



T.C.

ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK TURİZMİ ANA BİLİM DALI

**CEPTEN YAPILAN SAĞLIK HARCAMALARI VE GİDEN SAĞLIK TURİZMİ
İLİŞKİSİ**

Doktora Tezi

Nagehan ERDOĞAN DİLMEN

**Danışman
Prof. Dr. Seymur AĞAZADE**

**ALANYA
2025**

T.C.
ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**CEPTEN YAPILAN SAĞLIK HARCAMALARI VE GİDEN SAĞLIK
TURİZMİ İLİŞKİSİ**

Doktora Tezi

Nagehan ERDOĞAN DİLMEN

Anabilim Dalı: Sağlık Turizmi Ana Bilim Dalı

Program Adı: Sağlık Turizmi Programı

Danışman

Prof. Dr. Seymur AĞAZADE

ALANYA

(2025)

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Nagehan ERDOĞAN DİLMEN'in "Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları ve Giden Sağlık Turizmi İlişkisi" başlıklı tezi 30/12/2025 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği"nin ilgili maddeleri uyarınca, Sağlık Turizmi Anabilim Dalında Doktora tezi olarak oy birliği/oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

Unvanı-Adı Soyadı		İmza
Üye (Tez Danışmanı) :		
Üye :		
Üye :		
Üye :		
Üye :		

.....

Enstitü Müdürü

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 çalışmanın 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.

Nagehan ERDOĞAN DİLMEN

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 süresince daima destek olan Sağlık Turizmi Doktora Programı Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. İshak Suat ÖVEY'e, ders ve tez döneminde ihtiyacım olduğu anlarda bana desteğini esirgemeyen Dr. Öğretim Üyesi Fikret IŞIK'a,

Doktora eğitimimin her anında bana destek olan sevgili eşim Öğretim Görevlisi Ali Dilmen'e, manevi desteği ile bu yolda bana güç veren sevgili oğlum Ahmed Zahid DİLMEN'e, destekleri ile beni hiç yalnız bırakmayan sevgili aileme en içten teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

CEPTEN YAPILAN SAĞLIK HARCAMALARI VE GİDEN SAĞLIK TURİZMİ İLİŞKİSİ

Nagehan ERDOĞAN DİLMEN

Sağlık Turizmi Ana Bilim Dalı

Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü,

Aralık, 2025 (63 Sayfa)

Bu çalışma, cepten yapılan sağlık harcamalarının giden sağlık turizmi üzerindeki etkisini, 80 ülkeyi kapsayan 2005–2022 dönemi panel verisi kullanarak sistematik biçimde incelemektedir. Giden sağlık turizmi iki farklı operasyonelleştirme yoluyla ele alınmaktadır: kişi başına giden sağlık turizmi harcaması (Sturizm2, mutlak düzey) ve sağlık turizmi harcamalarının toplam hizmet ticareti içindeki payı (Sturizm21, göreceli pay). Cepten sağlık harcamaları ise toplam sağlık harcamaları içindeki payı, kişi başına cari ABD doları cinsinden değeri ve satın alma gücü paritesine göre düzeltilmiş kişi başına ABD doları cinsinden değeri olmak üzere üç farklı göstergeyle analiz edilmektedir. Metodolojik olarak çalışmada, ülkelere özgü gözlemlenemeyen heterojenliği kontrol edebilmek amacıyla sabit etkiler panel veri modelleri kullanılmış; yatay kesit bağımlılığı, otokorelasyon ve değişken varyans sorunlarına karşı Driscoll–Kraay dirençli standart hataları tercih edilmiştir. Toplam 29 farklı model spesifikasyonu çerçevesinde elde edilen bulgular, giden sağlık turizminde güçlü bir dinamik süreklilik (patika bağımlılığı) bulunduğunu ortaya koymaktadır. Gecikmeli bağımlı değişken katsayıları, kişi başına giden sağlık turizmi harcamaları (Sturizm2) için yaklaşık $\beta \approx 0,53$; göreceli pay göstergesi (Sturizm21) için ise $\beta \approx 0,43-0,52$ aralığında olup, tüm modellerde yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,01$). Ekonomik refah düzeyini temsil eden kişi başına gelir değişkeni, mutlak sağlık turizmi harcamaları (Sturizm2) üzerinde pozitif ve tutarlı biçimde anlamlı bir etkiye sahipken ($\beta \approx 0,0013$; $p < 0,05$), sağlık turizminin hizmet ticareti içindeki payını temsil eden Sturizm21 üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etki üretmemektedir. Fiyat düzeyi değişkeni ise kullanılan ölçüme bağlı olarak farklı sonuçlar ortaya koymaktadır: kişi başına harcama

modellerinde pozitif ve anlamlı katsayılar, daha yüksek maliyetli ancak nitelikli hizmetlere yönelik bir “üst segment” etkisine işaret ederken; görelî pay (Sturizm21) modellerinde fiyat etkisi zayıflamakta veya anlamsızlaşmaktadır.

Çalışmanın temel katkısı, cepten yapılan sağlık harcamalarının giden sağlık turizmi üzerindeki etkisinin tek yönlü değil; zaman boyutuna ve ölçüm yaklaşımına bağılı olarak farklılaşan çok boyutlu bir yapı sergilediğini ortaya koymasındır. Uzun dönemli ve yapısal perspektiften bakıldığında, ülkelerde yüksek ortalama cepten harcama yükünün sağlık turizmi performansını olumsuz etkilediği görülmektedir (ülke ortalamalarına dayalı modellerde $\beta \approx -0,37$ ile $-0,38$; $p < 0,05$). Bu bulgu, sağlık finansman sistemlerinde mali korumanın zayıflığını ve bireylerin sağlık hizmetlerine erişimde daha yüksek finansal risklerle karşı karşıya kaldığını yansıtmaktadır. Buna karşılık, kısa dönemli ve dinamik modellerde yıllık cepten harcama artışlarının, özel sektör genişlemesi ve piyasa dinamizmiyle ilişkili olarak giden sağlık turizmi üzerinde pozitif etki yarattığı tespit edilmiştir ($\beta \approx 0,035$; $p < 0,05$). Görelî pay göstergesi (Sturizm21) kullanılan modellerde ise cepten sağlık harcamaları genellikle pozitif katsayılara sahiptir; bu durum, özel finansman ağırlıklı sağlık sistemlerinin sağlık turizminin ticarileşmesine daha elverişli bir yapı sunduğunu göstermektedir.

Sağlık sistemi kapasitesini temsilen kullanılan hastane yatak sayısı, hekim yoğunluğu ve hemşire yoğunluğu değişkenleri çoğunlukla istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Bu sonuç, giden sağlık turizmi kararlarında niceliksel kapasite göstergelerinden ziyade, algılanan hizmet kalitesi, uzmanlaşma düzeyi, teknolojik donanım ve kurumsal güven gibi niteliksel unsurların daha belirleyici olduğuna işaret etmektedir. COVID-19 pandemisini temsil eden kukla değişken ise tüm model spesifikasyonlarında negatif ve istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar üretmiş; pandemi döneminde giden sağlık turizmi harcamalarının belirgin biçimde azaldığını ortaya koymuştur.

Genel olarak çalışma, sağlık turizmi politikalarının tasarımında hedef değişkenin belirleyici olduğunu göstermektedir. Kişi başına giden sağlık turizmi harcamalarının (Sturizm2) artırılmasında ekonomik kalkınma ve fiyat dinamikleri ön plana çıkarken; sağlık turizminin hizmet ticareti içindeki payının (Sturizm21) yükseltilmesinde özel sektör dinamizmi ve piyasa yapısı daha belirleyici olmaktadır. Bulgular, güçlü kamu finansmanı ile etkin özel sektör katılımının dengeli bir biçimde bir araya getirilmesinin, sürdürülebilir

sağlık turizmi performansı açısından kritik önem taşıdığını ortaya koymaktadır. Ayrıca, sağlık turizminin ölçüm biçiminin ampirik sonuçları sistematik olarak etkilediği gösterilmekte; bu durum, alandaki gelecekteki çalışmalar için metodolojik hassasiyetin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Sözcükler: Sağlık turizmi, Cepten sağlık harcamaları, Sağlık finansmanı, Panel veri analizi, Sabit etkiler modeli.



ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN OUT-OF-POCKET HEALTH EXPENDITURES AND OUTBOUND HEALTH TOURISM

Nagehan ERDOĞAN DİLMEN

Department of Health Tourism

Graduate School of Alanya Alaaddin Keykubat University,

December, 2025 (63 Pages)

This study systematically examines the impact of out-of-pocket health expenditures on outbound medical tourism using panel data covering 80 countries over the period 2005–2022. Outbound medical tourism is analyzed through two alternative operationalizations: per capita outbound medical tourism expenditure (Sturizm2, absolute level) and the share of outbound medical tourism expenditures in total service trade (Sturizm21, relative share). Out-of-pocket health expenditures are captured using three different indicators: their share in total health expenditures, per capita values in current U.S. dollars, and per capita values adjusted for purchasing power parity (PPP). Methodologically, the study employs fixed-effects panel data models to control for unobserved, country-specific heterogeneity. To ensure robustness against cross-sectional dependence, serial correlation, and heteroskedasticity, Driscoll–Kraay robust standard errors are used. Based on a total of 29 different model specifications, the empirical results reveal the presence of strong dynamic persistence (path dependence) in outbound medical tourism. The coefficients of the lagged dependent variable are positive and highly statistically significant across all models, indicating substantial inertia. Specifically, the estimated coefficients range between 0.49 and 0.56 for per capita outbound medical tourism expenditures (Sturizm2) and between 0.43 and 0.52 for the relative share measure (Sturizm21) ($p < 0.01$).

Per capita income, representing the level of economic prosperity, exhibits a positive and robust effect on absolute outbound medical tourism expenditures (Sturizm2), while its effect on the relative share indicator (Sturizm21) is statistically insignificant. This finding suggests that higher income levels primarily translate into increased spending volumes rather than changes in sectoral specialization. The price level variable produces measurement-dependent effects: in per capita expenditure models, positive and significant

coefficients point to a “premium segment” effect, reflecting demand for higher-cost yet higher-quality services, whereas in relative share models (Sturizm21), the price effect weakens or becomes statistically insignificant. The core contribution of this study lies in demonstrating that the effect of out-of-pocket health expenditures on outbound medical tourism is not unidirectional, but rather multidimensional and context-dependent, varying across time horizons and measurement approaches. From a long-run structural perspective, higher average out-of-pocket expenditure burdens are found to negatively affect outbound medical tourism performance, as evidenced by country-mean models. This result reflects weaknesses in financial protection mechanisms within health financing systems and indicates increased financial risk exposure for individuals seeking healthcare services. In contrast, short-run dynamic models reveal that annual increases in out-of-pocket health expenditures exert a positive effect on outbound medical tourism, likely reflecting private sector expansion and market dynamism. Moreover, in models using the relative share indicator (Sturizm21), out-of-pocket expenditures generally display positive coefficients, suggesting that health systems with a stronger reliance on private financing provide a more favorable environment for the commercialization of medical tourism. Indicators representing health system capacity—namely hospital bed density, physician density, and nurse density—are mostly found to be statistically insignificant. This finding implies that outbound medical tourism decisions are driven less by quantitative capacity measures and more by qualitative factors, such as perceived service quality, specialization, technological sophistication, and institutional trust. The dummy variable capturing the COVID-19 pandemic yields consistently negative and statistically significant coefficients across all model specifications, confirming a substantial decline in outbound medical tourism during the pandemic period.

Overall, the study demonstrates that the choice of the dependent variable critically shapes policy-relevant conclusions in the context of medical tourism. While economic development and price dynamics are more influential in increasing per capita outbound medical tourism expenditures (Sturizm2), private sector dynamism and market structure play a more decisive role in raising the relative importance of medical tourism within service trade (Sturizm21). The findings highlight that a balanced combination of strong public financing and effective private sector participation is essential for achieving sustainable

medical tourism performance. Furthermore, the results underscore that measurement choices systematically influence empirical outcomes, emphasizing the importance of methodological precision in future research on medical tourism and health economics.

Keywords: Health tourism, Out-of-pocket health expenditures, Health financing, Panel data analysis, Fixed effects model.



İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI	i
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ.....	ii
TEŞEKKÜRLER	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	x
TABLolar LİSTESİ.....	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiii
KISALTMALAR	xiv
1. GİRİŞ	1
2. LİTERATÜR	3
2.1. Sağlık Turizmi.....	3
2.2. Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları.....	7
2.3. Giden (Outbound) Sağlık Turizmi	10
2.4. Cepten Yapılan Harcamalar ile Giden Sağlık Turizmi İlişkisi	13
2.5. Araştırmanın Katkısı	16
2.5.1. Bilimsel Katkı	16
2.5.2. Politika Katkısı.....	17
2.5.3. Literatürde Doldurulan Boşluk	17
3. YÖNTEM.....	19
3.1. Araştırmanın Gerekçe, Amaç ve Önemi	19
3.2. Model, Veri ve Değişkenler	19
3.3. Sınırlılıklar	24
4. BULGULAR.....	25

4.1. Temel Tanımlayıcı İstatistikler	25
4.2. Normallik Analizi	26
4.3. Korelasyon Analizi	26
4.4. Değişkenler Arası İlişkilerin Görsel Analizi.....	28
4.5. Sağlık Turizmi ve Cepten Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişkinin Driscoll– Kraay Standart Hatalı Sabit Etkiler Modelleri ile Analizi	31
4.5.1. Statik Sabit Etkiler Modelleri	31
4.5.2. Dinamik Sabit Etkiler Modelleri.....	32
5. TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER	50
5.1. Tartışma	50
5.2. Sonuç.....	52
5.3. Öneriler	53
KAYNAKLAR	54
EKLER.....	62
Ek-1: Çalışmada incelenen ülkelerin listesi	62
ÖZGEÇMİŞ	63

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 2.1 Uluslararası Sağlık Turizmi: Ülke Profilleri.....	6
Tablo 3.1 Araştırmada Kullanılan Değişkenler.....	22
Tablo 4.1 Tanımlayıcı İstatistikler (2005–2022).....	25
Tablo 4.2 Değişkenler Arasındaki Korelasyon Katsayıları (2005–2022)	27
Tablo 4.3 Sturizm1 için Sabit Etkiler Panel Modeli Sonuçları	34
Tablo 4.4 Sturizm2 için Driscoll–Kraay Standart Hatalı Sabit Etkiler Modeli.....	36
Tablo 4.5 Sturizm1 ile Cepten Harcamalar Arasındaki Dinamik Sabit Etkiler	38
Tablo 4.6 Sturizm2 için Dinamik Sabit Etkiler Panel Modeli Sonuçları	41
Tablo 4.7 Ceptenharcama3 ile Sturizm2 Arasındaki İlişki	44
Tablo 4.8 Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları ile Kişi Başına Düşen Giden Sağlık Turizmi Harcamaları Arasındaki İlişki	47

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1 Sturizm1 ile Ceptenharcama1 Arasındaki İlişki (2005–2022)	28
Şekil 4.2 Sturizm2 ile Ceptenharcama2 Arasındaki İlişki (2005–2022)	29
Şekil 4.3 Sturizm2 ile Ceptenharcama3 Arasındaki İlişki (2005–2022)	30



KISALTMALAR

GSYH	Gayrisafı Yurt İçi Hasıla
JCI	Joint Commission International (Uluslararası Ortak Komisyon - Sağlık Akreditasyonu)
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)
OLS	Ordinary Least Squares (Sıradan En Küçük Kareler)
OOP	Out-of-Pocket (Cepten yapılan harcamalar)
PPP	Purchasing Power Parity (Satın Alma Gücü Paritesi)
UNCTAD	United Nations Conference on Trade and Development (Birleşmiş Milletler Ticaret ve Kalkınma Konferansı)
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

1. GİRİŞ

Günümüzde sağlık harcamaları, ülkelerin hem bireysel refah düzeyini hem de sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini doğrudan etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli bir bileşen olan cepten yapılan sağlık harcamaları, sistemlerinde önemli bir finansman kaynağı olarak görülmektedir. Cepten yapılan harcamalar; bireylerin sağlık hizmeti ve ürünleri sağlayıcılarına, herhangi bir geri ödeme mekanizması olmaksızın doğrudan yaptığı ödemeleri ifade etmektedir (Crystal vd., 2000, s. 136). Bu tür harcamalar, bireylerin sağlık hizmetlerine erişim düzeyini doğrudan etkileyerek sağlık sistemleri içinde önemli sosyoekonomik sonuçlar doğurabilmektedir. Literatürde, cepten yapılan sağlık harcamalarının sağlık hizmetlerine erişim üzerinde belirleyici bir rol oynadığı ve bazı durumlarda kişilerin yurt dışındaki sağlık hizmetlerine yönelmesine neden olduğu belirtilmektedir (Xu vd., 2003, s. 111).

Son yıllarda sağlık turizmi, küresel ölçekte hızla büyüyen bir sektör haline gelmektedir. Sağlık turizmi; bireylerin tedavi, rehabilitasyon, estetik ya da sağlıkla ilişkili diğer nedenlerle ülkeler arası hareketliliğini ifade etmektedir (Connell, 2013, s. 3). Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlık turizmini yalnızca tedavi amaçlı seyahatlerle değil, aynı zamanda önleyici ve iyileştirici sağlık hizmetleri bağlamında da değerlendirmektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerindeki yüksek maliyetler, uzun bekleme süreleri ve sigorta kapsamındaki sınırlılıklar, bireyleri yurt dışı sağlık hizmetlerine yönlentmektedir (Bookman ve Bookman, 2007, s. 24).

Bu çerçevede, cepten yapılan sağlık harcamaları ile giden sağlık turizmi arasındaki ilişki, sağlık ekonomisi literatüründe dikkat çekici bir araştırma alanı olarak görülmektedir. Bireylerin ülkelerinde karşılamakta zorlandığı sağlık giderleri, daha düşük maliyetli ya da daha kaliteli hizmet arayışıyla başka ülkelere yönelmelerine yol açabilmektedir. Bu bağlamda, cepten yapılan sağlık harcamalarının artışı ile giden sağlık turizmi arasında pozitif bir ilişkinin bulunması beklenmektedir. Ancak literatürde, bu ilişkinin doğrudan ve ampirik olarak ele alındığı çalışmaların oldukça sınırlı olduğu gözlenmektedir. Bu eksiklik, konunun akademik ve politika yapıcılar açısından daha fazla incelenmesini gerekli kılmaktadır.

Bu çalışma, cepten yapılan sağlık harcamalarının giden sağlık turizmi üzerindeki etkisini incelemeyi amaçlamaktadır. Çalışmada OECD (Organisation for Economic Co-

operation and Development: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü), UNCTAD (United Nations Conference on Trade and Development: Birleşmiş Milletler Ticaret ve Kalkınma Konferansı) ve Dünya Bankası verileri kullanılarak sağlık turizmi kapsamında yurt dışına çıkan bireyler ile sağlık harcamaları arasındaki ilişki analiz edilecektir. Cepten yapılan sağlık harcamaları, toplam sağlık harcamaları içindeki payı üzerinden belirlenecek ve elde edilen veriler panel veri analizi yöntemiyle değerlendirilecektir. Panel veri analizi, hem zamana hem de yatay kesite dayalı gözlemleri içermesi nedeniyle, ülkeler arası karşılaştırmalarda ve zaman içindeki değişimlerin incelenmesinde avantaj sağlamaktadır (Baltagi, 1995, s. 2; Kennedy, 2006, s. 143). Bu yönüyle çalışma, sağlık harcamaları ile sağlık turizmi arasındaki ilişkiye ilişkin literatüre ampirik ve yöntemsel bir katkı sunmayı hedeflemektedir.

2. LİTERATÜR

Bu bölüm, çalışmanın kavramsal çerçevesini oluşturan cepten yapılan sağlık harcamaları ile sağlık turizmi olgularını, literatürdeki teorik ve ampirik tartışmalar ışığında ele almaktadır. Sağlık harcamalarının finansman yapısı, özellikle bireylerin ve hanehalklarının doğrudan kendi kaynaklarından karşıladığı harcamalar, hem sağlık sistemlerinin etkinliği hem de bireylerin sağlık hizmeti arama davranışları üzerinde belirleyici bir unsur olarak değerlendirilmektedir. Günümüzde tedavi maliyetlerindeki artış, teknolojik gelişmeler ve hizmet kalitesine yönelik beklentiler, sağlık hizmetlerini uluslararası ölçekte talep edilen bir faaliyet alanına dönüştürerek sağlık turizmini hızla büyüyen bir sektör konumuna taşımıştır (Işık, 2025: 406).

Literatürde yer alan çalışmaların büyük bir bölümü, cepten yapılan harcamaların hanehalkı refahı ve yoksulluk üzerindeki etkilerine ya da ülkelerin sağlık turizmi aracılığıyla elde ettikleri ekonomik kazanımlara odaklanmaktadır. Ancak, bireysel finansal yükün bir göstergesi olan cepten sağlık harcamalarının, bireyleri yurt dışındaki sağlık hizmetlerine yönlendiren bir itici faktör olarak nasıl işlediğine ilişkin doğrudan ele alan ampirik çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu araştırma, cepten harcama düzeyinin uluslararası tedavi arayışını şekillendirme potansiyelini çok ülkeli panel veri analizi çerçevesinde değerlendirerek, sağlık ekonomisi ve sağlık turizmi literatüründeki bu önemli boşluğu doldurmayı hedeflemektedir.

Aşağıdaki alt başlıklarda, öncelikle cepten yapılan sağlık harcamalarının tanımı ve kapsamı incelenmekte, ardından sağlık turizminin gelişimi ile giden sağlık turizmi ve cepten harcamalar arasındaki teorik ve ampirik ilişki detaylandırılmaktadır.

2.1. Sağlık Turizmi

Sağlık turizmi literatürü, bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmak amacıyla uluslararası sınırları aşarak gerçekleştirdikleri seyahatleri konu almakta ve bu olguyu sağlık ekonomisi, turizm ve kamu politikaları bağlamında çok boyutlu biçimde ele almaktadır. Literatürde sağlık turizmi; medikal turizm, wellness turizmi ve termal turizm gibi alt türler altında sınıflandırılmakta ve özellikle son yıllarda küresel ölçekte hızla büyüyen bir sektör olarak değerlendirilmektedir (Kuzkaya vd., 2023: 239). Küresel sağlık turizmi pazarının 2024 yılı itibarıyla 144,5 milyar ABD doları büyüklüğe ulaştığı ve önümüzdeki yıllarda önemli ölçüde genişlemesinin beklendiği raporlanmıştır (Walimbwa

vd., 2025). Bu büyüme eğilimi, sağlık turizmini hem ekonomik hem de sağlık sistemleri açısından stratejik bir araştırma alanı hâline getirmiştir.

Literatürde sağlık turizmi, genellikle bireylerin kendi ülkelerinde karşılaştıkları yüksek tedavi maliyetleri, uzun bekleme süreleri ve sigorta kapsamındaki sınırlılıklar nedeniyle daha uygun maliyetli veya daha hızlı sağlık hizmeti sunan ülkelere yönelmeleri şeklinde tanımlanmaktadır. Bu yönüyle sağlık turizmi, bireysel sağlık hizmeti tercihlerinin yanı sıra sağlık sistemlerinin yapısal özellikleriyle de yakından ilişkilidir. Özellikle gelişmiş ülkelere gelişmekte olan ülkelere doğru gerçekleşen hasta hareketliliğinin temelinde maliyet avantajı ve erişilebilirlik unsurlarının belirleyici olduğu vurgulanmaktadır (Smith & Forgione, 2007; Singh, 2013).

Sağlık turizminin maliyet–yarar dengesi literatürde önemli bir tartışma alanı oluşturmıştır. Bazı çalışmalar, giden (outbound) sağlık turizminin ulusal sağlık sistemleri açısından kısa vadede maliyet azaltıcı etkiler yaratabildiğini; ancak komplikasyonlar ve tedavi sonrası bakım gereksinimleri nedeniyle uzun vadede ek yükler oluşturabildiğini göstermektedir. İngiltere’de Ulusal Sağlık Sistemi (NHS) üzerine yapılan bir araştırmada, yurt dışında tedavi gören hastaların geri dönüşlerinde sağlık sistemine ek maliyetler getirdiği, buna karşın bazı tedavi türlerinde bekleme listelerinin azalmasına katkı sağladığı tespit edilmiştir (Hanefeld vd., 2013). Bu bulgular, sağlık turizminin sağlık sistemleri üzerindeki etkilerinin çift yönlü olduğunu ortaya koymaktadır.

Sağlık turizmi kapsamında sunulan hizmetler literatürde ağırlıklı olarak tıbbi müdahaleler, diş tedavileri, kozmetik cerrahi ve üreme sağlığı uygulamaları gibi medikal hizmetler üzerinden ele alınmaktadır. Bu hizmetlerin tercih edilmesinde maliyet avantajı, bekleme sürelerinin kısalığı ve belirli uzmanlık alanlarına erişim önemli rol oynamaktadır (Singh, 2013). Bunun yanı sıra wellness ve termal turizm gibi iyileştirici ve önleyici sağlık hizmetleri de sağlık turizminin tamamlayıcı unsurları olarak değerlendirilmektedir. Ancak literatürde, bu alt türlerin genellikle bireysel refah ve yaşam kalitesi bağlamında ele alındığı; doğrudan uluslararası hasta hareketliliği üzerindeki etkilerinin daha sınırlı biçimde incelendiği görülmektedir.

Küresel sağlık turizmi eğilimleri incelendiğinde, yüksek gelirli ülkelerde artan sağlık harcamaları ve finansal yükün bireyleri alternatif tedavi arayışlarına yönelttiği dikkat çekmektedir. Özellikle cepten yapılan sağlık harcamalarının yüksek olduğu sağlık sistemlerinde, bireylerin daha düşük maliyetli uluslararası sağlık hizmetlerine yönelme eğiliminin arttığı belirtilmektedir. Bu durum, sağlık turizmini yalnızca bir turizm faaliyeti

olmaktan çıkararak, bireysel finansal baskılarla şekillenen bir sağlık hizmeti tercih mekanizması hâline getirmektedir.

Literatürde sağlık turizminin ekonomik etkileri kadar sosyal ve etik boyutları da tartışılmaktadır. Sağlık turistlerinin yoğunlaştığı destinasyonlarda sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliklerin artabileceği, yerel sağlık sistemleri üzerinde baskı oluşabileceği ve kaynak dağılımında dengesizlikler ortaya çıkabileceği ifade edilmektedir (Connell, 2011). Ayrıca tedavi sonrası bakım, hizmet kalitesi ve düzenleyici çerçevelerdeki farklılıklar, sağlık turizmine yönelik eleştirilerin odak noktaları arasında yer almaktadır (Crooks vd., 2013).

Genel olarak değerlendirildiğinde sağlık turizmi literatürü, bu olgunun bireysel maliyetler, sağlık sistemlerinin yapısı ve uluslararası hasta hareketliliğiyle güçlü bir biçimde ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, bireylerin kendi ülkelerinde karşılaştıkları finansal yüklerin, özellikle cepten yapılan sağlık harcamalarının, giden sağlık turizmini nasıl şekillendirdiğini çok ülkeli ve uzun dönemli verilerle inceleyen ampirik çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Bu çalışma, sağlık turizminin gelen (inbound) boyutundan ziyade, bireylerin finansal baskılar altında yöneldiği giden sağlık turizmi hareketliliğine odaklanarak literatürdeki bu boşluğu doldurmayı amaçlamaktadır.

Tablo 2.1 Uluslararası Sağlık Turizmi: Ülke Profilleri

Ülke / Bölge	Rol	Yıllık Yaklaşık Hasta	Başlıca Uzmanlık / Sebep	Açıklama
Tayland	Gelen Hastalar	Yaklaşık 2,5 milyon	Kozmetik cerrahi, diş tedavisi, kardiyovasküler	Yüksek sayıda uluslararası hasta çeken ülke.
ABD	Gelen / Giden Hastalar	Yaklaşık 1,9 milyon (gelen)	Genel cerrahi, kardiyovasküler, onkoloji	Uluslararası hastaları çekmektedir; aynı zamanda vatandaşlarını yurt dışına göndermektedir.
Meksika	Gelen Hastalar	Yaklaşık 1,3 milyon	Diş tedavisi, genel cerrahi	ABD'ye yakın ve uygun maliyetli hizmet sunmaktadır.
Malezya	Gelen Hastalar	Yaklaşık 1,0 milyon	Kardiyoloji, tüp bebek (IVF)	Bölgesel sağlık turizmi merkezi.
Türkiye	Gelen Hastalar	Yaklaşık 0,7–0,8 milyon	Saç ekimi, kozmetik cerrahi, göz sağlığı	Uygun maliyet ve hızlı hizmet sunmaktadır.
Fransa	Gelen / Giden Hastalar	Yaklaşık 0,3–0,4 milyon (gelen) / 0,5–0,6 milyon (giden)	Genel sağlık, estetik	Avrupa içi uluslararası hasta çekmektedir; yüksek maliyet nedeniyle vatandaşlarını yurt dışına göndermektedir.
Belçika	Gelen Hastalar	Yaklaşık 0,25–0,35 milyon	Onkoloji, estetik	Avrupa içi uluslararası hasta çekmektedir.
İngiltere	Gelen / Giden Hastalar	Yaklaşık 0,3 milyon (gelen) / 0,7–1,0 milyon (giden)	Kardiyoloji, estetik	Avrupa içi uluslararası hasta çekmektedir; yüksek maliyet giden (outbound) sebebidir.
Macaristan	Gelen Hastalar	Yaklaşık 0,4–0,5 milyon	Diş tedavisi, kozmetik	Uygun maliyetli gelen (inbound) hizmet sunmaktadır.
Polonya	Giden Hastalar	Yaklaşık 0,3–0,4 milyon	Fiyat avantajı	Avrupa'dan gelen hastaları çekmektedir.
Japonya	Giden Hastalar	Yaklaşık 0,6–0,8 milyon	Gelişmiş altyapı, yüksek maliyet	Vatandaşlarını yurt dışına göndermektedir.
Çin	Giden Hastalar	Yaklaşık 0,8–1,0 milyon	Gelişmiş altyapı, yüksek maliyet	Vatandaşlarını yurt dışına göndermektedir.
Güney Kore	Gelen / Giden Hastalar	Yaklaşık 0,5–0,6 milyon (gelen) / 0,2–0,3 milyon (giden)	Kozmetik, onkoloji, ileri teknoloji	Hem uluslararası hastaları çekmekte hem vatandaşlarını göndermektedir.
Singapur	Gelen Hastalar	Yaklaşık 0,5–0,7 milyon	Yüksek teknoloji ve ileri tedaviler	Bölgesel uluslararası hasta çekmektedir.
Kanada	Giden Hastalar	Yaklaşık 0,4–0,6 milyon	Yüksek maliyet, uzun bekleme süreleri	Vatandaşlarını ABD ve Meksika gibi destinasyonlara göndermektedir.

Not: Hasta sayıları, uluslararası raporlar ve literatürde yer alan tahmini aralıklar esas alınarak derlenmiş olup, ülkeler arasında karşılaştırmalı bir çerçeveyi sunmayı amaçlamaktadır (ClinicBooking, 2025; WTTC, 2024; Health Tourism Insights, 2023; Global Health Tourism Outbound Trends, 2023).

2.2. Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları

Bu çalışmanın temel amacı, literatürde doğrudan ve bütüncül biçimde ele alınmamış olan cepten yapılan sağlık harcamalarının giden sağlık turizmi üzerindeki etkisini analiz etmektir. Mevcut literatür incelendiğinde, cepten yapılan sağlık harcamalarına ilişkin çalışmaların ağırlıklı olarak bu harcamaların yoksulluk, gelir dağılımı, hanehalkı refahı ve sağlık sistemlerinin finansal sürdürülebilirliği üzerindeki etkilerine odaklandığı görülmektedir. Sağlık turizmi literatürü ise çoğunlukla ülkelerin sağlık turizmi yoluyla elde ettikleri gelirler, rekabet avantajları ve makroekonomik kazanımlar çerçevesinde, daha çok gelen (inbound) sağlık turizmi perspektifinden ele alınmaktadır. Buna karşılık, bireylerin maruz kaldıkları cepten sağlık harcaması yükünün, onları yurt dışında sağlık hizmeti aramaya yöneltten bir itici unsur olarak nasıl işlediğini inceleyen ampirik çalışmalar oldukça sınırlıdır.

Bu bağlamda söz konusu araştırma, OECD, UNCTAD ve Dünya Bankası verilerine dayalı çok ülkeli bir panel veri analizi çerçevesinde gerçekleştirilecek ampirik inceleme aracılığıyla literatürdeki bu boşluğu doldurmayı amaçlamakta; aynı zamanda sağlık politikaları ve sağlık turizmi stratejileri açısından yeni değerlendirme alanları sunmayı hedeflemektedir. Cepten sağlık harcamalarının yalnızca bireysel bir maliyet unsuru değil, aynı zamanda sağlık hizmeti kullanım davranışlarını ve uluslararası tedavi tercihlerini şekillendiren yapısal bir faktör olduğu varsayımı, bu bölümün temel kavramsal çerçevesini oluşturmaktadır.

Cepten sağlık harcaması (Out-of-Pocket Expenditure – OOP), bireylerin ve hanehalklarının sağlık hizmetleri için sigorta kapsamı dışında kalan giderleri, herhangi bir geri ödeme ya da finansal destek mekanizması olmaksızın doğrudan kendi gelirlerinden karşıladıkları harcamalar olarak tanımlanmaktadır (Kamath vd., 2025). Bu kapsamda cepten sağlık harcamaları; bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminde karşılaştıkları mali engelleri ve sağlık sistemleri içerisindeki finansal risk maruziyetini ölçen temel göstergelerden biri olarak kabul edilmektedir.

Cepten yapılan sağlık harcamaları, sağlık hizmeti ve ürünleri sunan sağlayıcılara hastalar tarafından yapılan doğrudan ödemelerin yanı sıra, sigorta primleri kapsamında bireylerin kendi bütçelerinden karşıladıkları tutarları da içermektedir (Crystal vd., 2000). Ortak ödemeler, muafiyetler, sigorta kapsamı dışında kalan sağlık hizmetleri ile herhangi bir sağlık sigortasına sahip olmayan bireylerin sağlık harcamaları da bu kapsama dâhildir (Baird, 2016). Birçok ülkede cepten sağlık harcamaları, kamu sağlık harcamalarının

ardından sağlık sistemlerinin ikinci en önemli finansman kaynağı olarak değerlendirilmektedir (Orhaner, 2017).

Literatürde cepten sağlık harcamalarının hanehalkı refahı ve yoksulluk üzerindeki etkileri özellikle vurgulanmaktadır. Yüksek düzeyde cepten sağlık harcaması, hanehalkı gelirlerinde önemli kayıplara yol açarak bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini sınırlamakta ve sağlık alanındaki eşitsizlikleri derinleştirmektedir (Kenanoğlu ve Aydın, 2022). Akdeniz ülkeleri üzerine yapılan çalışmalar, kamu finansmanının görece yetersiz olduğu sağlık sistemlerinde bireylerin özel sağlık harcamalarına yönelme eğiliminin arttığını ve bunun cepten harcama yükünü yükselttiğini ortaya koymaktadır (Grima vd., 2018). Makroekonomik açıdan ise Azerbaycan örneğinde cepten sağlık harcamalarındaki artışın, bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümler üzerinde etkili olduğu ve kamu sağlık harcamalarının artırılmasının politika açısından gerekli olduğu belirtilmektedir (Gulaliyev vd., 2025).

Cepten sağlık harcamalarının kapsamı ülkelerin sağlık sistemi ve finansman modellerine göre farklılık göstermekle birlikte, genel olarak tıbbi hizmetler, ilaç harcamaları, hastane hizmetleri, diş ve göz sağlığı hizmetleri ile sağlık sigortası primleri gibi kategoriler altında toplanmaktadır (Barros ve Bertoldi, 2008). Bu harcama kalemleri, özellikle kronik hastalıkların yaygın olduğu toplumlarda hanehalkı bütçeleri üzerinde ciddi baskı yaratmaktadır.

Birçok ülkede cepten yapılan sağlık harcamaları, özellikle düşük gelirli gruplar açısından önemli bir ekonomik yük oluşturmaktadır (Ebaidalla ve Ali, 2019). Bu harcamaların yüksekliği, bireyleri finansal risk altına sokarak yoksullaşma süreçlerini hızlandırabilmektedir (Sirag ve Mohamed Nor, 2021). Bu nedenle sağlık politikaları, cepten harcamaların azaltılması ve mali koruma mekanizmalarının güçlendirilmesi hedefi doğrultusunda şekillenmektedir (Damme vd., 2004).

Gelir grupları arasındaki farklılıklar incelendiğinde, Kore örneği düşük gelirli hanelerin gelirlerinin yaklaşık yüzde 12,5'ini cepten sağlık harcamalarına ayırmak zorunda kaldığını, buna karşılık yüksek gelir gruplarında bu oranın yüzde 2 civarında olduğunu göstermektedir (Ruger ve Kim, 2007). Kronik hastalıkların varlığı bu yükü daha da artırmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde kalp yetmezliği hastaları üzerinde yapılan çalışmalarda, yıllık ortalama cepten sağlık harcamasının 4.423 ABD doları olduğu belirlenmiştir (Wang vd., 2021). Birden fazla kronik hastalığı bulunan bireylerde bu tutarın yıllık 20.016 ABD dolarına kadar çıkabildiği ifade edilmektedir (Meraya vd., 2015).

Orta Doğu ülkelerinde cepten sağlık harcamaları özellikle kronik ve yüksek maliyetli hastalıklarda öne çıkmaktadır. Suudi Arabistan’da kalp yetmezliği hastalarının yıllık doğrudan tıbbi maliyetlerinin ortalama 9.563 ABD doları olduğu, hastalığın ileri evrelerinde bu tutarın 16.447 ABD dolarına kadar yükseldiği belirtilmektedir (Alghamdi vd., 2021). Birleşik Arap Emirlikleri’nde ise diyabet ve transfüzyon bağımlı talasemi gibi hastalıkların cepten harcamalar üzerinde belirleyici olduğu; talasemi hastalarında yıllık doğrudan maliyetlerin 35.713 ABD doları düzeyine ulaştığı ifade edilmektedir (Alshamsi vd., 2022). Bu ülkelerde sağlık sisteminin uluslararasılaşması ve sağlık turizmi politikaları da cepten harcamaların yapısını dolaylı olarak etkilemektedir (Alshamsi, 2024).

Avrupa ülkelerinde kamu sağlık sigortası sistemlerinin kapsamlı yapısı nedeniyle cepten sağlık harcamaları görece düşük olmakla birlikte, kronik hastalıklar ve özel sağlık hizmetleri bu harcamaların tamamen ortadan kalkmasını engellemektedir. İsveç’te kalp yetmezliği ve felç gibi hastalıkların sağlık bütçesi üzerindeki yükü yüksek olmakla birlikte, bireylerin cepten yaptığı harcamalar sınırlı düzeyde kalmaktadır (Rydén-Bergsten ve Andersson, 1999). İspanya’da ise özel sağlık sigortasının yaygınlaşması cepten sağlık harcamalarının yapısını değiştirmekte; bazı hasta gruplarında cepten ödeme yükünün devam ettiği görülmektedir (Jarach vd., 2024).

Doğu Avrupa ülkelerinde cepten sağlık harcamalarının görece yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Bulgaristan’da ayakta ve yataklı tedavi hizmetlerinde cepten ödeme oranlarının yüksekliği sağlık hizmetlerine erişimi sınırlandırmaktadır (Atanasova vd., 2012). Romanya’da cepten harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki payı yüzde 19,55 düzeyindedir (Radu vd., 2021). Polonya ve Macaristan’da ise cepten ödemeler, vergi temelli finansman modellerine rağmen sağlık sistemi içinde önemli bir yer tutmaya devam etmektedir (Białczyk vd., 2024; Szigeti vd., 2019).

Düşük ve orta gelirli ülkelerde cepten sağlık harcamaları daha yıkıcı sonuçlar doğurmaktadır. Mısır’da cepten harcamalar toplam sağlık harcamalarının yüzde 60’ından fazlasını oluştururken (Fasseeh vd., 2022), Pakistan’da bu oran yaklaşık yüzde 67’dir (Muhammad Malik ve Syed, 2012). Gürcistan’da ise cepten harcamaların yüzde 87 gibi son derece yüksek bir düzeyde olması, sağlık hizmetlerine erişimi ciddi biçimde kısıtlamaktadır (Skarbinski, 2002).

Kuzey Amerika’da Kanada örneğinde, cepten sağlık harcamaları özellikle düşük gelirli ve kırsal kesimler için önemli bir mali yük oluşturmaktadır. Kanseri hastaları üzerinde yapılan çalışmalarda, aylık ortalama cepten harcamanın 518 Kanada doları

olduğu ve gelir kaybının önemli bir ekonomik sorun olarak öne çıktığı belirtilmektedir (Longo vd., 2021).

Asya ülkelerinde sigorta kapsamındaki farklılıklar cepten harcamaların düzeyini belirlemektedir. Güney Kore’de sigorta kapsamı dışında kalan bireylerin cepten harcama ve yıkıcı sağlık harcaması riskinin yüksek olduğu ifade edilmektedir (Park, 2021). İran’da ise sağlık finansmanının büyük ölçüde cepten ödemelere dayanması, yoksul haneler açısından ciddi finansal riskler yaratmaktadır (Hajizadeh ve Nghiem, 2011; Hedayati vd., 2024). Hindistan’da toplam sağlık harcamalarının yaklaşık yüzde 47,1’inin cepten karşılanması, kronik hastalıkların yaygınlığıyla birlikte hanehalklarını ciddi mali baskı altına sokmaktadır (Kamath vd., 2025).

Bu bağlamda cepten sağlık harcamalarının yüksekliği, bireylerin sağlık hizmeti kullanım davranışlarını ve tercihlerini doğrudan etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinden vazgeçme, tedaviyi erteleme ya da daha düşük maliyetli alternatiflere yönelme gibi davranışlar, uzun vadede sağlık sonuçlarının kötüleşmesine neden olmaktadır (Charron-Chénier ve Mueller, 2018).

Son olarak, cepten sağlık harcamalarının yüksek düzeyde seyretmesi, giden sağlık turizmi eğilimlerini şekillendiren temel faktörlerden biri olarak değerlendirilmektedir. Sağlık hizmetlerinin pahalı olduğu veya sigorta kapsamının sınırlı kaldığı ülkelerde bireyler, maliyet avantajı ve daha hızlı hizmet alabilme amacıyla yurt dışındaki sağlık hizmetlerine yönelmektedir (Smith ve Forgione, 2007; You ve Kobayashi, 2011). Bu durum, cepten sağlık harcamalarının sağlık turizmi hareketliliği üzerindeki etkisinin ampirik olarak incelenmesini gerekli kılmaktadır.

2.3. Giden (Outbound) Sağlık Turizmi

Giden (outbound) sağlık turizmi, bireylerin tanı, tedavi ya da rehabilitasyon hizmeti almak amacıyla kendi ülkeleri dışındaki sağlık sistemlerine yönelerek uluslararası sınırları aşmalarını ifade etmektedir. Küreselleşme, ulaşım imkânlarının gelişmesi ve sağlık hizmetlerinin giderek daha uluslararası bir nitelik kazanmasıyla birlikte, giden sağlık turizmi literatürde giderek artan bir araştırma alanı haline gelmiştir. Özellikle yüksek tedavi maliyetleri, uzun bekleme süreleri ve sağlık sistemlerindeki kapasite kısıtları, bireyleri alternatif sağlık hizmeti arayışına yönelten temel faktörler arasında yer almaktadır (Hanefeld vd., 2013; Snyder vd., 2016).

Literatürde, giden sağlık turizminin bireyler açısından daha hızlı, erişilebilir ve maliyet açısından avantajlı bir seçenek sunduğu vurgulanmaktadır. Hastaların yurt

dışındaki sağlık hizmetlerini tercih ederken tedavi kalitesi, sağlık altyapısının gelişmişliği, maliyet düzeyi, hekimlerin uzmanlığı, uluslararası akreditasyonlar ve önceki hasta deneyimlerini dikkate aldıkları belirtilmektedir (Mahmud vd., 2020). Bu tercihin, bireylerin kendi ülkelerinde karşılaştıkları mali ve yapısal sınırlamalara karşı rasyonel bir uyum ve telafi mekanizması taşıdığı anlaşılmaktadır (Crooks vd., 2013).

Özellikle gelişmekte olan ülkelerin son yıllarda sağlık altyapılarını güçlendirmeleri, ileri teknoloji yatırımlarını artırmaları ve daha düşük maliyetlerle hizmet sunmaları, bu ülkeleri uluslararası hastalar için cazip destinasyonlar hâline getirmiştir. Bu durum, yalnızca (inbound) gelen sağlık turizmini değil, aynı zamanda gelişmiş ülkelere giden sağlık turizmini de hızlandırmıştır (Wang vd., 2023). Bununla birlikte, giden sağlık turizminin büyümesi yalnızca bireysel faydalar üretmemekte; ulusal sağlık sistemleri ve kamu maliyesi açısından yapısal riskleri de beraberinde getirmektedir.

Giden sağlık turizminin ekonomik etkileri literatürde iki temel boyutta ele alınmaktadır. İlk olarak, bireylerin tedavi amacıyla yurt dışına yönelmesi, kaynak ülkeler açısından döviz çıkışına neden olmakta ve ulusal sağlık harcamalarının ülke dışına transfer edilmesi sonucunu doğurmaktadır. Bu durum, özellikle yüksek sayıda hasta gönderen ülkelerde sağlık sistemlerinin finansal sürdürülebilirliği açısından önemli bir sorun olarak değerlendirilmektedir (Hanefeld vd., 2013). İkinci olarak, bazı ülkelerin yurtdışındaki daha düşük maliyetli sağlık hizmetlerinden faydalanarak kısa vadede bütçe baskısını azalttığı; ancak yurtdışında tedavi görüp komplikasyonlarla geri dönen hastaların tedavisinin yerel sağlık sistemleri üzerinde ek ve öngörülemeyen mali yükler oluşturduğu da ortaya konmuştur (Naranong & Naranong, 2011).

Giden sağlık turizmi, bölgeler arası eşitsizlikleri derinleştirebilen bir dinamiğe de sahiptir. Bazı ülkeler ve bölgeler sağlık turizminden önemli ekonomik kazançlar elde ederken, hasta gönderen ülkelerde sağlık hizmetlerine erişimin zorlaştığı, maliyetlerin arttığı ve kamu sağlık sistemlerine olan güvenin zayıfladığı gözlemlenmektedir (Klijs vd., 2016). Bunun yanı sıra, antibiyotik dirençli enfeksiyonlar gibi sağlık risklerinin sınır ötesi dolaşımı, giden sağlık turizmini yalnızca ekonomik değil, aynı zamanda halk sağlığı açısından da tartışmalı bir alan hâline getirmektedir (Naranong & Naranong, 2011).

Hasta tercihlerini şekillendiren unsurlar incelendiğinde, literatürde üç temel faktörün öne çıktığı görülmektedir: kalite, fiyat ve erişim. Hizmet kalitesinin hasta memnuniyeti üzerindeki belirleyici etkisi çok sayıda ampirik çalışmayla ortaya konmuştur. Teknik yetkinlik, hizmetin etkililiği, sağlık personelinin iletişim becerileri ve

kişiselleştirilmiş bakım unsurları, hasta memnuniyetini doğrudan etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (Carvalho vd., 2025). Güvenilirlik ve empati boyutları da özellikle uluslararası hasta deneyimlerinde kritik öneme sahiptir.

Fiyat faktörü ise giden sağlık turizmini tetikleyen en güçlü unsurlardan biri olarak değerlendirilmektedir. Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde yüksek tedavi maliyetleri, bireylerin gerekli sağlık hizmetlerine erişimini sınırlandırmakta ve onları daha uygun fiyatlı alternatifler aramaya yöneltmektedir. Baltussen (2002), yüksek maliyetlerin sağlık hizmeti kullanımını azalttığını, buna karşılık uygun fiyatlı hizmetlerin sağlık talebini artırdığını göstermektedir. Bu bağlamda maliyet unsuru, giden sağlık turizminin merkezi belirleyicilerinden biri olarak öne çıkmaktadır.

Erişim boyutu ise coğrafi konum, ulaşım imkânları, sağlık altyapısının yeterliliği ve dilsel-kültürel engeller çerçevesinde değerlendirilmektedir. Kırsal bölgelerde sağlık altyapısının yetersiz olması, bireylerin hem ulusal hem de uluslararası düzeyde alternatif sağlık hizmeti arayışına yönelmesine neden olmaktadır (Zhao vd., 2025). Dil bariyerleri ve kültürel farklılıklar da sağlık hizmeti arayışını zorlaştıran unsurlar arasında yer almakta; bu nedenle uluslararası hasta destek mekanizmalarının ve aracı kurumların rolü giderek artmaktadır (Rasi, 2020).

Giden sağlık turizmi literatüründe önemli araştırma boşlukları bulunduğu da dikkat çekmektedir. Mevcut çalışmaların büyük ölçüde (inbound) gelen sağlık turizmine odaklandığı, (outbound) giden sağlık turizminin ise daha sınırlı biçimde ele alındığı görülmektedir (Su vd., 2022). Özellikle teorik çerçevelerin yetersizliği, sosyal, etik ve hukuki boyutların sınırlı düzeyde incelenmesi ve devlet politikalarının rolüne ilişkin analizlerin eksikliği literatürde sıkça vurgulanan sorunlar arasındadır (Tse, 2014; Law vd., 2016).

Makro çevresel faktörlerin giden sağlık turizmi üzerindeki etkisi de yeterince açıklığa kavuşturulamamıştır. Sosyo-ekonomik koşullar, politik istikrar, sağlık reformları ve devlet müdahaleleri gibi unsurların sağlık turizmi akışlarını nasıl şekillendirdiğine ilişkin çalışmaların sınırlı olduğu belirtilmektedir (Tse & Hobson, 2008). Ayrıca giden sağlık turizminin bir yumuşak güç unsuru olarak nasıl işlev gördüğü ve ülkeler arası ilişkiler üzerindeki etkileri de literatürde henüz yeterince ele alınmamıştır (Xu vd., 2018).

Sonuç olarak, giden sağlık turizmi bireyler açısından maliyet, kalite ve erişim avantajları sunan önemli bir sağlık hizmeti alternatifi olarak öne çıkarken; ulusal sağlık sistemleri açısından ekonomik, yapısal ve politik sonuçlar doğuran çok boyutlu bir olgu niteliği taşımaktadır. Literatür, bu alanın daha bütüncül teorik çerçevelerle, karşılaştırmalı

analizlerle ve ampirik çalışmalarla derinleştirilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Bu bağlamda giden sağlık turizmi, hem sağlık ekonomisi hem de sağlık politikaları açısından stratejik bir araştırma alanı olarak onemini korumaktadır.

2.4. Cepten Yapılan Harcamalar ile Giden Sağlık Turizmi İlişkisi

Cepten yapılan sağlık harcamalarının bireylerin sağlık hizmeti arama davranışları üzerindeki etkisi, sağlık ekonomisi literatüründe giderek artan bir ilgi alanı hâline gelmiştir. Genel kabul gören yaklaşım, cepten harcama yükündeki artışın bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini zorlaştırdığı ve bu durumun hastaları alternatif tedavi seçenekleri aramaya yönelttiği yönündedir. Bu alternatifler arasında, daha düşük maliyetli, daha hızlı erişilebilir ya da göreli olarak daha yüksek kalite sunduğu algılanan yurt dışı sağlık hizmetleri önemli bir yer tutmaktadır. Bu çerçevede cepten yapılan sağlık harcamaları, giden (outbound) sağlık turizmini şekillendiren temel ekonomik belirleyicilerden biri olarak değerlendirilmektedir.

Literatürde, yüksek cepten harcama düzeylerinin sağlık hizmetlerine erişim üzerinde yarattığı olumsuz etkiler çok sayıda ampirik çalışmayla ortaya konmuştur. Wang ve arkadaşları (2021), cepten harcama yükünün özellikle düşük gelir gruplarında sağlık hizmetlerine erişimi geciktirdiğini ve bazı durumlarda tamamen engellediğini göstermiştir. Bu durum, cepten harcamaların yalnızca bireysel bir maliyet unsuru olmadığını; aynı zamanda sağlık sonuçlarını ve sağlık hizmeti kullanım kararlarını doğrudan etkileyen yapısal bir kısıt niteliği taşıdığını ortaya koymaktadır.

Artan finansal yükün hasta tercihleri üzerindeki etkisi de literatürde önemli bir tartışma alanıdır. Iragorri ve çalışma arkadaşları (2021), cepten harcamalardaki artışın bireyleri tedavi seçeneklerini yeniden değerlendirmeye zorladığını ve daha düşük maliyetli alternatiflerin tercih edilme olasılığını anlamlı biçimde artırdığını tespit etmiştir. Bu bulgu, giden sağlık turizminin yükselişini açıklayan temel teorik çerçevelerden biriyle örtüşmektedir. Zira hastalar, kendi ülkelerinde yüksek maliyetli veya sigorta kapsamı dışında kalan tedavilere alternatif olarak uluslararası sağlık hizmetlerine yönelmektedir.

Cepten harcamaların artışı yalnızca sağlık turizmini değil, aynı zamanda maliyet azaltıcı farklı sağlık arayışlarını da tetiklemektedir. Snoswell ve arkadaşları (2021), tele-sağlık uygulamalarının maliyet baskısı altındaki haneler için önemli bir alternatif oluşturduğunu belirtmekle birlikte, bu hizmetlerin bazı tedavi türlerinde yetersiz kalması nedeniyle bireylerin nihai çözüm olarak yurt dışı tedavi seçeneklerine yöneldiğini

vurgulamaktadır. Bu durum, sağlık turizminin çoğu zaman geçici çözümlerin ötesinde, kalıcı ve yapısal maliyet baskılarının bir sonucu olarak ortaya çıktığını göstermektedir.

Cepten sağlık harcamalarının uzun vadeli mali planlamalar üzerindeki etkisi de sağlık turizmi kararlarıyla yakından ilişkilidir. Callaghan ve arkadaşları (2019), özellikle kronik hastalıklarda cepten harcama yükünün hanehalkı bütçeleri üzerinde kalıcı baskı yarattığını ve bu durumun bireyleri daha sürdürülebilir maliyet yapısına sahip tedavi seçenekleri aramaya yönelttiğini göstermiştir. Uzun süreli tedavi gerektiren kanser ve kronik hastalıklar söz konusu olduğunda, sağlık turizmi birçok hasta için ekonomik bir tercih olmanın ötesine geçerek zorunlu bir başa çıkma stratejisi hâline gelmektedir (Gordon vd., 2018; Rodriguez-Acevedo vd., 2021).

Ampirik çalışmalar, cepten harcamaların sağlık turizmi üzerindeki etkisinin özellikle gelişmiş ülkelere doğru yönelen hasta akımlarında belirginleştiğini göstermektedir. Biddle ve arkadaşları (2020), yüksek tedavi maliyetleri ve sigorta kapsamındaki sınırlılıkların, bireyleri daha uygun maliyetli ve kaliteli sağlık hizmeti sunan ülkelere yönlendirdiğini ortaya koymuştur. Benzer biçimde Knoppers ve arkadaşları (2012), cepten harcama baskısının gelişmiş ülkelere çıkan medikal turistlerin temel motivasyonlarından biri olduğunu vurgulamaktadır.

Cepten harcama yükünün sağlık turizmine yönelimi artırdığı, farklı ülke örnekleriyle de desteklenmektedir. Singh (2013), gelişmiş ekonomilerdeki yüksek tedavi maliyetleri ve uzun bekleme sürelerinin, bireyleri yurt dışı sağlık hizmetlerine yönlendiren yapısal itici faktörler arasında yer aldığını belirtmektedir. ABD örneğinde, Smith ve Forgione (2007), medikal turistlerin kararlarında tedavi maliyetleri, hastane akreditasyonları, bakım kalitesi ve hekim eğitiminin belirleyici olduğunu göstermiştir. Tayland örneğinde ise medikal turizmin ülke ekonomisi üzerindeki etkisinin gayrisafi yurtiçi hasılanın yaklaşık %0,4'üne ulaştığı rapor edilmiştir (Naranong & Naranong, 2011).

Cepten harcamaların sağlık turizmi üzerindeki etkisi belirli demografik gruplarda daha belirgin hâle gelmektedir. Düşük gelirli haneler, sağlık harcamalarının gelirleri içindeki payının yüksek olması nedeniyle cepten harcama yükünü daha yoğun hissetmekte ve bu durum onları maliyet açısından daha erişilebilir alternatiflere yöneltmektedir (Shen & McFeeters, 2006). Kırsal bölgelerde yaşayan bireyler ise hem erişim sorunları hem de tamamlayıcı sağlık hizmetlerine ulaşım maliyetleri nedeniyle daha yüksek cepten harcama yapmakta ve bu bağlamda giden sağlık turizmine yönelme eğilimi göstermektedir (Kaonga vd., 2019).

Kanser hastaları ve kronik hastalığa sahip bireyler de cepten harcama yükünün en yoğun hissedildiği gruplar arasında yer almaktadır. Goldsbury ve arkadaşları (2024), yeni teşhis almış kanser hastalarının diğer hasta gruplarına kıyasla daha yüksek düzeyde cepten harcama yaptığını ve bu durumun finansal toksisiteyi artırdığını göstermektedir. Finansal toksisite, bireylerin tedaviye uyumunu azaltmakta ve alternatif tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesini hızlandırmaktadır (Porterfield & Derigne, 2011).

Ülkeler arası sağlık sistemlerindeki yapısal farklılıklar da cepten harcamalar ile sağlık turizmi arasındaki ilişkiyi güçlendirmektedir. Sigorta kapsamının sınırlı olduğu, yüksek primlerin uygulandığı veya bazı hizmetlerin teminat dışı bırakıldığı sağlık sistemlerinde bireylerin yurt dışı tedavi arayışına yönelme olasılığı artmaktadır (Béland & Zarzeczny, 2018). Ayrıca sağlık altyapısı ve teknolojik kapasitesi gelişmiş ülkeler, sağlık turizmi açısından cazibe merkezi hâline gelmekte ve maliyet–kalite dengesini belirleyici bir unsur olarak öne çıkmaktadır (Ormond, 2011).

Giden (outbound) sağlık turizmi, bazı ülkeler için ciddi ekonomik sonuçlar doğurabilmektedir. Afganistan örneğinde, Hindistan ve Pakistan’a tedavi amaçlı yapılan seyahatlerin ülke ekonomisi ve hanehalkı tasarrufları üzerinde önemli bir baskı yarattığı belirtilmektedir (Karim, 2015). Umman örneğinde ise yurt dışına çıkan hastaların önemli bir bölümünün çocuklardan oluştuğu ve bu hareketliliğin genetik ve kronik hastalıklarla ilişkili olduğu ortaya konmuştur (Al-Aamri vd., 2025). Bu bulgular, giden sağlık belirli yaş grupları ve hastalık profilleri etrafında yoğunlaştığını göstermektedir.

Mevcut literatürde (inbound) gelen sağlık turizmine ilişkin çalışmaların daha baskın olduğu, buna karşılık (outbound) giden sağlık turizminin görece sınırlı biçimde ele alındığı dikkat çekmektedir (Su vd., 2022). Oysa giden sağlık turizmi, ülkeler açısından döviz kaybı, yerel sağlık sistemlerine duyulan güvenin zayıflaması ve tedavi sonrası komplikasyonların yönetimi gibi önemli riskler barındırmaktadır.

Cepten sağlık harcamaları ile giden sağlık turizmi arasındaki ilişkiye yönelik ampirik bulgular ülke bazında farklılaşmaktadır. G7 ülkelerini kapsayan bir panel veri analizinde, toplam sağlık harcamaları ile giden turist sayıları arasında genel bir nedensellik bulunmazken, Almanya ve İtalya örneklerinde sağlık harcama düzeylerinin giden sağlık turizmini etkilediği tespit edilmiştir (Çeviker & Özcan, 2020). Bu durum, ilişkinin sağlık finansmanı yapısı, gelir düzeyi ve sigorta kapsamı gibi faktörlere bağlı olarak değiştiğini göstermektedir.

Türkiye bağlamında ise cepten harcamaların artışı ile giden sağlık turizmi arasındaki ilişkinin özellikle döviz kuru duyarlılığı ve satın alma gücü etkisi üzerinden

güçlenebileceği değerlendirilmektedir. Döviz kurlarındaki dalgalanmalar, bazı ülkelerde sunulan sağlık hizmetlerini görece olarak daha cazip hâle getirebilmekte ve bu durum bireylerin tedavi arayışlarını uluslararası destinasyonlara yönlendirebilmektedir (Ağazade & Ergün, 2024).

Genel olarak değerlendirildiğinde, literatür cepten sağlık harcamalarının artışı ile giden sağlık turizmi talebi arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olabileceğine işaret etmektedir. Ancak bu ilişkinin büyüklüğü ve yönü, ülkelerin sağlık finansmanı yapıları, sigorta sistemleri ve ekonomik koşulları doğrultusunda farklılaşmaktadır. Bu nedenle cepten yapılan sağlık harcamalarının giden sağlık turizmi üzerindeki etkisini doğrudan, karşılaştırmalı ve nedensellik temelli olarak inceleyen kapsamlı ampirik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışma, söz konusu literatür boşluğunu doldurmayı ve politika yapıcılar için yol gösterici bulgular üretmeyi amaçlamaktadır.

2.5. Araştırmanın Katkısı

Bu araştırma, cepten yapılan sağlık harcamaları ile giden sağlık turizmi arasındaki ilişkiyi doğrudan, sistematik ve ampirik olarak inceleyen sınırlı sayıdaki çalışmalardan biri olması bakımından özgün bir nitelik taşımaktadır. Literatürde sağlık turizmi çoğunlukla gelen (inbound) hasta hareketliliği, destinasyon rekabeti ve ekonomik getiriler bağlamında ele alınmakta; bireylerin karşı karşıya kaldığı cepten harcama yükünün, sağlık hizmetini yurt dışında arama kararları üzerindeki etkisi ise ikincil düzeyde ele alınmakta ya da büyük ölçüde ihmal edilmektedir. Bu çerçevede çalışma, sağlık ekonomisi ve sağlık turizmi literatürüne bilimsel, politika temelli ve kavramsal düzeylerde önemli katkılar sunmaktadır.

2.5.1. Bilimsel Katkı

Araştırma, cepten yapılan sağlık harcamalarının bireylerin sağlık hizmeti arayış davranışlarını ve giden sağlık turizmi eğilimlerini nasıl şekillendirdiğini ampirik olarak inceleyen öncü çalışmalardan biri olma özelliğine sahiptir. Mevcut literatür, ağırlıklı olarak medikal turizm eğilimleri, maliyet-fayda analizleri ve ülkelerin sağlık sistemlerinin karşılaştırılması üzerine yoğunlaşmakta; bireylerin üstlendiği doğrudan finansal yükün uluslararası sağlık hizmeti talebine nasıl dönüştüğünü açıklayan bütüncül ve karşılaştırmalı analizler sunmamaktadır (Hanefeld vd., 2014; Singh, 2013).

Bu çalışma, cepten harcama düzeyi ile sağlık hizmetini yurt dışında arama kararı arasındaki ilişkiyi panel veri analizi yoluyla inceleyerek, bireysel düzeydeki finansal baskının sağlık turizmi davranışları üzerindeki etkisini nicel olarak ortaya koymaktadır.

Böylece sağlık ekonomisi, sağlık turizmi ve tüketici davranışları literatürleri arasında disiplinlerarası bir bağ kurmakta ve sağlık finansmanı modellerinin uluslararası sağlık hareketliliği üzerindeki etkilerine ilişkin teorik yaklaşımları zenginleştirmektedir. Elde edilen bulgular, sağlık harcamalarının yalnızca sağlık çıktıları değil, aynı zamanda bireylerin mekânsal sağlık tercihleri üzerinde de belirleyici olduğunu göstermesi bakımından literatüre özgün bir katkı sunmaktadır.

2.5.2. Politika Katkısı

Araştırmanın bulguları, sağlık politikalarının tasarımı ve uygulanması açısından önemli ve doğrudan çıkarımlar içermektedir. Cepten yapılan sağlık harcamalarının artmasıyla birlikte bireylerin yurt dışına yönelme eğiliminin güçlenmesi, sosyal sağlık sigortası kapsamı, kamu sağlık harcamalarının payı ve hizmet fiyatlandırma politikalarının sağlık turizmi üzerinde dolaylı ancak güçlü etkiler yarattığını göstermektedir (Mishra & Sharma, 2021).

Bu bağlamda çalışma, politika yapıcılara cepten harcama yükünün azaltılmasına yönelik mali koruma mekanizmalarının güçlendirilmesi, kırılgan ve düşük gelirli grupların desteklenmesi ve sağlık hizmetlerine erişimde eşitliğin artırılması konusunda yol gösterici niteliktedir. Ayrıca giden sağlık turizminin neden olduğu döviz çıkışı ve yerel sağlık sistemleri üzerindeki baskının dengelenmesine yönelik stratejik sağlık planlamaların geliştirilmesine katkı sunmaktadır. Araştırma sonuçları, sağlık turizmini yalnızca ekonomik bir fırsat alanı olarak değil, ulusal sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğiyle doğrudan ilişkili bir politika meselesi olarak ele almanın gerekliliğini ortaya koymaktadır.

2.5.3. Literatürde Doldurulan Boşluk

Cepten yapılan sağlık harcamalarının giden sağlık turizmi üzerindeki etkisini doğrudan ve ampirik olarak inceleyen çalışmaların sınırlı olması, bu araştırmanın bilimsel önemini artırmaktadır. Literatürde sağlık turizmi çoğunlukla makroekonomik getiriler, destinasyon tercihleri ve hizmet kalitesi boyutlarıyla ele alınmakta; bireysel düzeydeki finansal yükün uluslararası tedavi arayışını nasıl şekillendirdiğine ilişkin ampirik kanıtlar yetersiz kalmaktadır (Hanefeld vd., 2014).

Bu çalışma, cepten harcamaların bireyleri yabancı sağlık destinasyonlarına yönlendirme potansiyelini, bu yönelimin ekonomik ve sosyal sonuçlarını ve özellikle düşük gelirli, kronik hastalığa sahip ve kırılgan gruplar üzerindeki etkilerini bütüncül bir çerçevede ele alarak literatürdeki önemli bir boşluğu doldurmaktadır. Elde edilen

bulgular, sağlık hizmeti maliyetlerinin sağlık hareketliliği üzerindeki etkilerini açıklamaya yönelik daha gelişmiş ampirik modellemelerin nn açmakta ve gelecekte yapılacak karşılaştırmalı ve nedensellik odaklı çalışmalara sağlam bir referans noktası sunmaktadır.



3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Gerekçe, Amaç ve Önemi

Bu çalışma, cepten yapılan sağlık harcamaları ile giden sağlık turizmi performansı arasındaki ilişkiyi, makroekonomik ve sektörel belirleyiciler çerçevesinde panel veri ekonometrisi yaklaşımıyla ampirik olarak incelemeyi amaçlamaktadır. Sağlık turizmi literatüründe cepten yapılan sağlık harcamaları çoğunlukla sağlık sistemlerinin finansman yapısı, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği ve bireylerin hizmet kullanım davranışları bağlamında ele alınmaktadır. Ancak, bu harcamaların uluslararası hasta hareketliliği üzerindeki etkisi, sınırlı sayıda çalışmada doğrudan incelenmiştir.

Bu yönüyle çalışma, cepten sağlık harcamalarının bireyleri yurt dışından sağlık hizmeti almaya yönlendirme potansiyelini analiz ederek literatüre özgün bir katkı sunmaktadır. Bu katkı, hem sağlık turizmi politikalarının belirlenmesine hem de ülkeler arası sağlık finansmanı karşılaştırmalarına ışık tutacak niteliktedir.

Araştırmada nicel araştırma desenlerinden biri olan ilişkisel tarama modeli benimsenmiştir. Bu model, değişkenler arasındaki ilişkilerin yönünü ve şiddetini ortaya koymaya imkân verir. Ülkeler arası karşılaştırmalı bir bakış açısı sunabilmek amacıyla hem zaman hem de yatay kesit boyutunu içeren panel veri analizi yöntemi kullanılmıştır. Panel veri yaklaşımı, ülkeler arasında gözlemlenemeyen ve zamana göre sabit kalan heterojenliği kontrol altına alarak, daha tutarlı ve güvenilir katsayı tahminleri elde edilmesini sağlar. Ayrıca, panel veri analizi sayesinde hem ekonomik hem de sağlık sistemi boyutlarıyla giden sağlık turizmi üzerindeki etkiler eş zamanlı olarak incelenebilir.

3.2. Model, Veri ve Değişkenler

Bu çalışmada, cepten yapılan sağlık harcamalarının giden sağlık turizmi üzerindeki etkisi, 2005–2022 dönemini kapsayan ve 80 ülkeden oluşan dengeli panel veri seti kullanılarak analiz edilmiştir. Analiz sürecinde, hem zaman hem de yatay kesit boyutunu birlikte değerlendirebilme imkânı sunan panel veri analizi yöntemi tercih edilmiştir. Panel veri modellerinde sıkça karşılaşılan değişen varyans (heteroskedastisite), otokorelasyon ve yatay kesit bağımlılığı (cross-sectional dependence) sorunlarını kontrol altına almak ve sapmasız tahminler elde etmek amacıyla Driscoll-Kraay (1998) dirençli standart hatalar (robust standard errors) tahmincisi kullanılmıştır. Bu yaklaşım, ülkeler arasında gözlemlenemeyen ve zamana

göre sabit kalan heterojenliği kontrol altına alarak daha tutarlı ve etkin tahminler elde edilmesine olanak sağlamaktadır.

Cepten yapılan sağlık harcamalarının giden sağlık turizmi üzerindeki etkisi, iki temel model aracılığıyla tahmin edilmiştir:

a) Statik Panel Veri Modeli

$$sturizm_{it} = \beta_1 + \beta_2 gelirduzeyi_{it} + \beta_3 fiyatlar_{it} + \beta_4 skalitesi_{it} + \beta_5 pandemi + \beta_6 ceptenharcama_{it} + \varepsilon_{it} \quad (3.1)$$

Bu modelde:

- $sturizm_{it}$: Bağımlı değişken olup, ülkesinin tyılındaki giden sağlık turizmi harcamasını temsil eder. Bu değişken hem toplam harcama hem de kişi başına düşen harcama biçiminde analiz edilmiştir.
- $gelirduzeyi_{it}$: Kişi başına düşen reel GSYİH ile bireylerin yurt dışında sağlık hizmeti talep etme kapasitesini gösterir.
- $fiyatlar_{it}$: Satın alma gücü paritesine göre nispi fiyat düzeyleri; ülkeler arası fiyat farklılıklarının sağlık turizmi kararları üzerindeki etkisini kontrol eder.
- $skalitesi_{it}$: Sağlık hizmet sunumuna ilişkin temel kalite göstergeleri (yatak, hekim, hemşire sayısı) ile sağlık altyapısını temsil eder.
- $pandemi$: COVID-19 salgınının küresel sağlık turizmi üzerindeki etkisini kontrol eden 2020–2021 kukla değişkeni.
- $ceptenharcama_{it}$: Bireylerin sağlık hizmetleri için doğrudan katlandıkları mali yükü ifade eden değişken (cepten sağlık harcaması).
- ε_{it} : Hata terimi.

b) Dinamik Panel Veri Modeli

$$sturizm_{it} = \beta_1 + \beta_2 gelirduzeyi_{it} + \beta_3 fiyatlar_{it} + \beta_4 skalitesi_{it} + \beta_5 pandemi + \beta_6 ceptenharcama_{it} + \beta_{it} sturizm_{it-1} + \varepsilon_{it} \quad (3.2)$$

Bu model, bağımlı değişkenin bir dönem gecikmeli değerini içermektedir ($sturizm_{it-1}$) ve sağlık turizmi harcamalarının zaman içindeki sürekliliğini ve alışkanlık etkisini yakalamayı amaçlar. Dinamik model, temel model sonuçlarının dayanıklılığını test etmek için kullanılmış, çalışmanın ana ampirik çıkarımları ise statik sabit etkiler modeli çerçevesinde yapılmıştır.

Dinamik modelden elde edilen bulgular, temel model sonuçlarının dayanıklılığını test etmek amacıyla değerlendirilmiş; çalışmanın ana ampirik çıkarımları statik sabit etkiler modeli çerçevesinde yapılmıştır. Çalışmada kullanılan değişkenler, sağlık turizmi performansını, ekonomik refah düzeyini ve sağlık altyapısını temsil eden göstergelerden oluşmaktadır. Bağımlı değişkenler olarak, ülkelerin giden sağlık turizmi harcamaları ve kişi başına düşen giden sağlık turizmi harcamaları kullanılmış olup, bu değişkenler sağlık turizmi talebinin hem makro (ülke düzeyinde) hem de mikro (bireysel düzeyde) boyutlarını yansıtmaktadır. Temel bağımsız değişken, cepten yapılan sağlık harcamalarıdır ve farklı ölçüm biçimleri dikkate alınarak alternatif model spesifikasyonlarında analiz edilmiştir; bu sayede bireylerin sağlık hizmetlerine doğrudan katkıları ile giden sağlık turizmi arasındaki ilişki kapsamlı bir biçimde incelenmiştir. Kontrol değişkenleri olarak ise kişi başına düşen gelir (Gelirdüzeyi), ülkelerin fiyat düzeyleri (Fiyatlar) ve sağlık hizmet sunumuna ilişkin temel kalite göstergeleri (Sağlıkkalitesi1, Sağlıkkalitesi2, Sağlıkkalitesi3) modele dâhil edilmiştir ve bu değişkenler, giden sağlık turizmi kararlarını etkileyen ekonomik ve sağlık sistemi boyutlarını kontrol altına almak amacıyla kullanılmıştır.

Modelde bağımlı ve bağımsız değişkenler, sağlık turizmi performansını, ekonomik refah düzeyini ve sağlık altyapısını kapsamlı bir şekilde açıklayacak biçimde seçilmiştir. Giden sağlık turizmi harcamaları, ülkelerin toplam hizmet ithalatı içindeki payını gösteren Sturizm1 ve kişi başına düşen sağlık turizmi harcamasını ifade eden Sturizm2 değişkenleri ile ölçülmüş olup, sırasıyla sağlık turizminin dış ticaret boyutunu ve bireysel düzeydeki talep yönünü yansıtmaktadır. Dinamik model kapsamında kullanılan Sturizm11 ve Sturizm21 değişkenleri ise, ilgili bağımlı değişkenlerin bir dönem gecikmeli değerlerini temsil ederek sağlık turizmi harcamalarının zaman içindeki sürekliliğini ve alışkanlık etkisini yakalamayı amaçlamaktadır. Ekonomik refah düzeyini temsil eden Gelirdüzeyi değişkeni, kişi başına düşen reel gayri safi yurtiçi hasılayı göstererek bireylerin yurt dışında sağlık hizmeti talep etme kapasitesini yansıtmaktadır; buna karşılık Fiyatlar değişkeni, satın alma gücü paritesine göre nispi fiyat düzeylerini ifade ederek ülkeler arası fiyat farklılıklarının sağlık turizmi kararları üzerindeki etkisini kontrol etmektedir. Sağlık hizmet sunumuna ilişkin kalite göstergeleri olarak, 1000 kişi başına düşen yatak sayısını gösteren Sağlıkkalitesi1, 1000 kişi başına düşen hekim sayısını ifade eden Sağlıkkalitesi2 ve 1000 kişi başına düşen hemşire sayısını temsil eden Sağlıkkalitesi3 değişkenleri modele dâhil edilmiş olup, bu göstergeler ülkelerin sağlık altyapısı ve hizmet kapasitesini yansıtarak yurt içi sağlık hizmetlerinin yeterliliğinin

giden sağlık turizmi üzerindeki etkilerini açıklamayı amaçlamaktadır. Temel açıklayıcı değişkenler arasında yer alan cepten yapılan sağlık harcamalarını ölçen Ceptenharcama1, cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payını, Ceptenharcama2 kişi başına düşen nominal harcamayı (USD) ve Ceptenharcama3 ise satın alma gücü paritesine göre düzeltilmiş kişi başına düşen harcamayı temsil etmektedir; bu sayede cepten sağlık harcamalarının düzeyi ve yapısının giden sağlık turizmi üzerindeki etkisi kapsamlı biçimde analiz edilebilmektedir. Son olarak, Pandemi değişkeni COVID-19 salgınının küresel sağlık turizmi üzerindeki etkilerini kontrol etmek amacıyla 2020–2021 yılları için oluşturulmuş bir kukla değişkendir. Kullanılan tüm değişkenlerin tanımları ve veri kaynakları Tablo 3.1’de sunulmaktadır.

Tablo 3.1 Değişkenler

Değişken	Tanım / Açıklama	Kaynak
Sturizm1	Toplam hizmet ithalatının yüzdesi olarak giden sağlık turizmi harcaması	UNCTAD
Sturizm2	Kişi başına düşen giden sağlık turizmi harcaması (sağlık turizmi harcaması / Nüfus)	UNCTAD
Gelirdüzeyi	Kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hasıla (2005/ABD Doları)	WB
Fiyatlar	Satın alma gücüne göre nispi fiyatlar	WB
Sağlkkalitesi1	1000 kişi başına düşen yatak sayısı	WB
Sağlkkalitesi2	1000 kişi başına düşen hekim sayısı	WB
Sağlkkalitesi3	1000 kişi başına düşen hemşire sayısı	WB
Ceptenharcama1	Cari sağlık harcamalarının yüzdesi olarak cepten yapılan sağlık harcaması	OECD
Ceptenharcama2	ABD Doları cinsinden kişi başına düşen cepten yapılan sağlık harcaması	OECD
Ceptenharcama3	Satın alma gücü paritesi ABD Doları cinsinden kişi başına düşen cepten yapılan sağlık harcaması	OECD
Pandemi	2020-2021 yılları için kukla değişken	

Bu araştırmada 2005–2022 döneminde 80 ülkeye ait dengeli panel veri seti kullanılmıştır. Veriler, yukarıda belirtilen veri tabanı ve istatistik sitelerinden elde edilerek Excel ortamına aktarılmış ve tasnif edilmiştir. İstatistiksel analizler Stata 17 ve Eviews 13 paket programları aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada, Driscoll ve

Kraay (1998) tarafından geliştirilen dirençli (robust) standart hatalı tahminci kullanılmıştır. Driscoll-Kraay tahmincisi, hata terimlerinin yatay kesitler arasında bağımlı olduğu, zaman boyutunda otokorelasyon içerdiği ve değişen varyansa sahip olduğu genel formda dahi tutarlı standart hatalar üreterek güvenilir sonuçlar sağlamaktadır. Yöntemin teorik altyapısı, Newey ve West (1987) tarafından geliştirilen HAC (Heteroskedasticity and Autocorrelation Consistent) tahmincisine dayanmaktadır ve panel veri yapısına uyarlanarak zaman ve kesit boyutlarındaki bağımlılıkları düzeltmektedir (Hoechle, 2007, s. 286). Driscoll-Kraay tahmincisi, özellikle zaman boyutunun görece olarak uzun ve kesit birimi sayısının yüksek olduğu makro panel veri setlerinde etkin sonuçlar vermektedir (Hoechle, 2007, s. 288). Metodolojik açıdan Driscoll-Kraay yaklaşımının Sabit Etkiler modeli ile entegre edilmesi, ülkeler arasındaki gözlemlenemeyen ve zamana göre sabit heterojenliği kontrol ederken istatistiksel sapmaları minimize etmektedir (Baltagi, 2013, s. 321). Bu özellikleri nedeniyle yöntem, yakın dönem ampirik literatürde enerji ekonomisi, çevre ekonomisi ve uluslararası iktisat çalışmalarında yaygın bir şekilde kabul görmektedir (Ağazade, 2026; Ağazade ve Ergün, 2024).

Modelin varsayımlarının geçerliliği ve tahmincinin güvenilirliği, çeşitli diagnostik testlerle sınanmıştır. Serilerde değişen varyans sorunu Modified Wald testi ile, zaman serisi içerisindeki ardışık bağımlılık Wooldridge otokorelasyon testi ile ve birimler arasındaki hata terimi korelasyonu ise Pesaran (2004) CD testi ile incelenmiştir. Yapılan testler sonucunda modellerde değişen varyans, otokorelasyon ve yatay kesit bağımlılığı sorunlarının eş zamanlı olarak varlığı tespit edilmiş; bu nedenle söz konusu sapmalara karşı dirençli olan Driscoll-Kraay yaklaşımının kullanılması gerekliliği doğrulanmıştır. Son olarak, değişkenler arasındaki ilişkinin yönü ve şiddeti hakkında ön bilgi edinmek amacıyla korelasyon matrisi analiz edilmiştir.

Panel veri analizinde, hangi modelin tercih edilmesi gerektiğini belirlemek için öncelikle F testi uygulanmıştır. F testi, havuzlanmış (pooled) modelin uygun olup olmadığını sınyarak, sabit etkiler modeline geçiş gerekliliğini ortaya koymaktadır. Ardından Sabit Etkiler ve Rastgele Etkiler modelleri arasındaki uygunluğun belirlenmesi amacıyla Hausman testi gerçekleştirilmiştir. Hausman testi, modeldeki katsayı tahminlerinin tutarlılığı açısından kritik bir kontrol mekanizmasıdır ve test sonuçları Sabit Etkiler modelinin daha uygun olduğunu göstermiştir. Böylece panel veri analizinde heterojenlikten kaynaklanan sapmaların minimize edilmesi sağlanmıştır. Bu doğrultuda, çalışmada hem dayanıklılığı yüksek sonuçlar elde etmek hem de ülke düzeyindeki

gözlemlenemeyen sabit etkileri kontrol altına almak için Driscoll-Kraay tahmincisi ile Sabit Etkiler modeli birlikte kullanılmıştır.

3.3. Sınırlılıklar

Bu çalışmanın temel sınırlılığı, sağlık turizmine ilişkin ülkeler arası verilerin düzenli, kapsamlı ve homojen biçimde toplanmasında yaşanan güçlüklerdir. Giden sağlık turizmi harcamaları çoğunlukla hizmet ithalatı kalemi altında raporlandığından, yalnızca sağlık amaçlı seyahatlerin diğer hizmet türlerinden tam olarak ayrıştırılamaması olası ölçüm hatalarına yol açabilmektedir. Ayrıca bazı ülkelerde giden sağlık turizmine ilişkin kayıtların eksik veya tutarsız olması, analiz sonuçlarının yorumlanmasında dikkat edilmesi gereken bir unsur olarak öne çıkmaktadır.

Bununla birlikte, çalışmada kullanılan veriler UNCTAD, OECD ve Dünya Bankası gibi uluslararası geçerliliği kabul edilmiş kurumlardan elde edildiğinden, bulguların ülkeler arası karşılaştırmalar açısından genel eğilimleri yansıtmaya gücünün yüksek olduğu değerlendirilmektedir.

4. BULGULAR

4.1. Temel Tanımlayıcı İstatistikler

Sağlık turizmi performansının belirleyicilerine yönelik ekonometrik analizlere geçmeden önce, modelde kullanılan değişkenlere ait temel tanımlayıcı istatistikler Tablo 4.1'de sunulmuştur. Bu çalışmada 2005–2022 dönemini kapsayan 80 ülkeli panel veri setinden elde edilen toplam 641 gözlem kullanılmıştır. Tablo 4.1'de özetlenen değişken seti sağlık turizmi çıktıları (Sturizm1 ve Sturizm2), makroekonomik koşulları (Gelirdüzei ve Fiyatlar), sağlık hizmeti sunum kapasitesini (Sağlık kalitesi1, 2 ve 3), hanehalkı cepten sağlık harcamalarını (Ceptenharcama1, 2 ve 3) ve pandemi dönemini yansıtan kukla değişkeni içermektedir.

Tablo 4.1 Değişkenlerin temel tanımlayıcı istatistikleri (2005–2022)

İstatistik	Sturizm2	Sturizm1	Gelirdüzei	Fiyatlar	Sağlık kalitesi1	Sağlık kalitesi2	Sağlık kalitesi3	Ceptenharcama1	Ceptenharcama2	Ceptenharcama3
Ortalama	0,9055	13,7665	15.110,31	0,5561	3,3526	2,3646	5,1126	32,9611	254,2337	382,0555
Medyan	0,2587	1,7749	8.704,71	0,4791	2,8500	2,3810	4,6720	30,2222	152,9000	316,4970
Maksimum	17,9826	257,7140	108.351,0	1,4187	8,2900	7,5550	20,5300	84,7943	1.191,08	1.398,81
Minimum	0,0006	0,0016	293,2330	0,1996	0,2000	0,0250	0,1330	3,3075	1,8677	3,0829
Std. Sapma	1,6776	33,4194	18.333,99	0,2459	2,1296	1,4817	3,4799	19,4139	268,8691	293,0536
Çarpıklık	4,1151	4,2739	2,3318	1,1464	0,5001	0,4122	0,9784	0,6987	1,3170	0,8613
Basıklık	29,2334	23,9743	9,7629	3,6994	2,2259	3,1332	4,4155	2,6322	3,6865	3,1931
Jarque–Bera	20.189,53	13.700,99	1.802,42	153,47	42,73	18,63	155,78	55,76	197,90	80,24
Olasılık	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0001	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Gözlem Sayısı	641	641	641	641	641	641	641	641	641	641

Tablo 4.1'de görülebileceği üzere, Sturizm2 değişkeninin maksimum değeri (17,9826) ortalama değerinin (0,9055) yaklaşık 20 katı büyüklüğündedir. Bu fark, sağlık turizmi harcamalarının ülkeler arasında homojen bir dağılım sergilemediğini ve belirli ülkelerde yoğunlaştığını göstermektedir. Sturizm1 ve Sturizm2 değişkenlerinin basıklık

değerleri sırasıyla 23,9743 ve 29,2334 olarak bulunmuştur. Bu değerler, dağılımların kalın kuyruklu özellik sergilediğini ve aykırı değerlerin varlığını ortaya koymaktadır.

4.2. Normallik Analizi

Gelirdüzeyi değişkeni için çarpıklık katsayısı 2,3318 olarak hesaplanmıştır. Ortalama (15.110,31) ve medyan (8.704,71) arasındaki fark ile birlikte değerlendirildiğinde, bu değer gelir düzeyinin ülkeler arasında asimetrik bir dağılım sergilediğini göstermektedir. Dağılımın sağa çarpık olması, örnekleme yüksek gelirli ülkelerin sayısının görece az olduğuna işaret etmektedir. Fiyatlar değişkeni için çarpıklık değeri 1,1464, basıklık değeri 3,6994 olarak bulunmuştur. Bu istatistikler, serinin normal dağılımdan saptığını göstermektedir.

Sağlık hizmeti sunum kapasitesini ölçen Sağlıklalitesi1, Sağlıklalitesi2 ve Sağlıklalitesi3 değişkenleri için maksimum değerlerin ortalama değerlerden belirgin biçimde yüksek olduğu izlenmiştir. Standart sapma değerlerinin ortalamaya yakın veya daha yüksek olması, ülkeler arası sağlık altyapısı varyasyonunun büyüklüğünü ortaya koymaktadır.

Ceptenharcama1 değişkeni için minimum değer 3,3075, maksimum değer 84,7943 olarak tespit edilmiştir. Bu geniş aralık, sağlık finansman sistemlerindeki yapısal farklılıkları yansıtmaktadır. Benzer şekilde Ceptenharcama2 ve Ceptenharcama3 değişkenlerinde maksimum değerlerin ortalama değerlerin 4-5 katına ulaştığı görülmüştür. Bu durum, cepten harcama düzeylerinin ülkeler arasında belirgin bir heterojenlik sergilediğini göstermektedir.

Tüm değişkenler için Jarque–Bera normallik testine ait olasılık değerleri istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,01$). Bu sonuç, serilerin normal dağılım varsayımını karşılamadığını göstermektedir. Normal dağılımdan sapma ve kalın kuyruklu yapı, klasik En Küçük Kareler tahmincilerinin etkinliğini zayıflatabileceğinden, bu çalışmada Driscoll-Kraay gibi dirençli standart hata tahmincilerinin kullanılması metodolojik olarak desteklenmektedir.

4.3. Korelasyon Analizi

Araştırmada kullanılan değişkenler arasındaki doğrusal ilişkinin yönü ve gücünü belirlemek amacıyla Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. 2005–2022 dönemine ait 641 gözlemden elde edilen bulgular Tablo 4.2'de sunulmaktadır.

Tablo 4.2 Korelasyon analizi sonuçları (2005–2022)

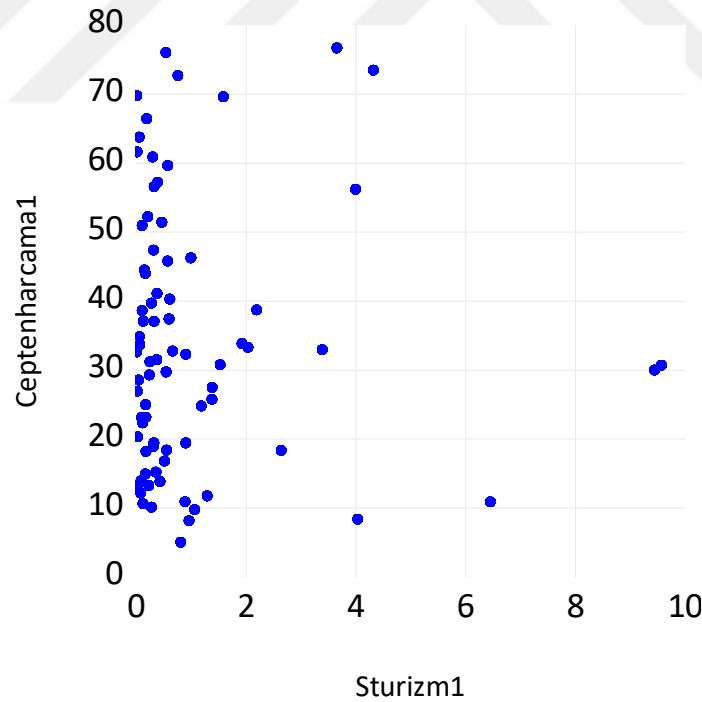
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
(1) Sturizm2	1									
(2) Sturizm1	0,602	1								
(3) Gelirdüzeyi	-0,150	0,402	1							
(4) Fiyatlar	-0,177	0,218	0,832	1						
(5) Sağlkkalitesi1	-0,028	0,094	0,222	0,158	1					
(6) Sağlkkalitesi2	-0,141	0,034	0,413	0,383	0,677	1				
(7) Sağlkkalitesi3	-0,107	0,204	0,757	0,642	0,514	0,607	1			
(8) Ceptenharcama1	0,030	-0,204	-0,504	-0,518	-0,139	-0,139	-0,386	1		
(9) Ceptenharcama2	-0,148	0,182	0,806	0,838	0,267	0,544	0,690	-0,302	1	
(10) Ceptenharcama3	-0,042	0,140	0,601	0,578	0,358	0,624	0,599	-0,085	0,893	1

Tablo 4.2'de görülebileceği üzere, değişkenlerin büyük çoğunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon ilişkileri bulunmaktadır. Sturizm1 ile Gelirdüzeyi değişkeni arasında orta düzeyli pozitif korelasyon tespit edilmiştir (0,402; $p<0,01$). Bu bulgu, gelir düzeyi yüksek olan ülkelerde giden sağlık turizmi harcamalarının görece olarak daha yüksek düzeylerde gerçekleştiğini göstermektedir. Benzer şekilde Sturizm1 ile Ceptenharcama2 değişkeni arasında pozitif yönlü korelasyon görülmüştür (0,182; $p<0,01$). Gelirdüzeyi ile cepten sağlık harcaması değişkenleri arasındaki ilişkinin yönünün farklılaştığı izlenmiştir. Gelirdüzeyi ile Ceptenharcama1 değişkeni arasında negatif korelasyon bulunmuştur ($-0,504$; $p<0,01$). Bu sonuç, gelir düzeyi arttıkça cepten yapılan harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki payının azalma eğilimi gösterdiğini ortaya koymaktadır. Buna karşılık Gelirdüzeyi ile Ceptenharcama2 (0,806) ve Ceptenharcama3 (0,601) değişkenleri arasında yüksek ve orta düzeyli pozitif korelasyon tespit edilmiştir ($p<0,01$). Bu bulgular, yüksek gelirli ülkelerde sağlık için yapılan bireysel harcamaların mutlak düzeyde arttığını göstermektedir. Sturizm2 ile Sağlkkalitesi1 değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu durum, hastane yatak kapasitesinin tek başına giden sağlık turizmi harcamalarını açıklamada yeterli bir gösterge olmadığını düşündürmektedir. Sağlkkalitesi2 ve Sağlkkalitesi3 değişkenleri ile Gelirdüzeyi arasında sırasıyla 0,413 ve

0,757 düzeyinde pozitif yönlü korelasyon görülmüştür ($p<0,01$). Bu sonuçlar, ekonomik refah düzeyi yükseldikçe sağlık sisteminde insan kaynağı kapasitesinin de arttığını ortaya koymaktadır. Korelasyon matrisi, ülkelerin ekonomik göstergeleri, sağlık sistemi kapasitesi ve cepten sağlık harcamalarına ilişkin yapıları ile giden sağlık turizmi göstergeleri arasında sistematik ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunduğunu göstermektedir. Bununla birlikte korelasyon analizi nedensel bir ilişkiyi ifade etmediğinden, bu ilişkiler izleyen bölümde panel veri modelleri aracılığıyla çok değişkenli bir çerçevede test edilmektedir. Ayrıca yüksek korelasyon gösteren değişkenler aynı modelde birlikte kullanılmamış, alternatif model spesifikasyonları kapsamında ayrı ayrı değerlendirilmiştir.

4.4. Değişkenler Arası İlişkilerin Görsel Analizi

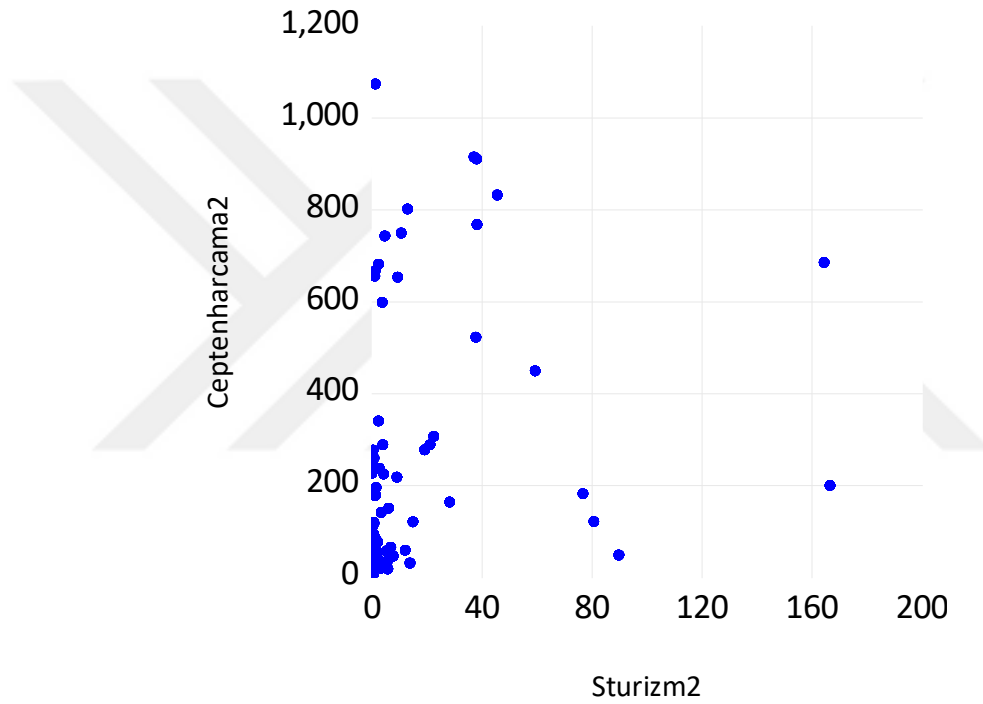
Sağlık turizmini temsil eden değişkenler ile bireylerin cepten sağlık harcamaları arasındaki ilişkileri görsel olarak değerlendirmek amacıyla üç ayrı dağılım grafiği oluşturulmuştur. Değişkenler arasındaki görsel ilişki örüntüleri Şekil 4.1, Şekil 4.2 ve Şekil 4.3'te yer almaktadır.



Şekil 4.1 Sturizm1 ile Ceptenharcama1 Arasındaki İlişki (2005–2022)

Şekil 4.1’de Ceptenharcama1 ve Sturizm1 değişkenlerinin dağılımı incelendiğinde, veri noktalarının büyük bir kısmının sol alt bölgeye yoğunlaştığı gözlenmektedir. Bu durum, ülkelerin toplam hizmet ithalatı içindeki giden sağlık turizmi

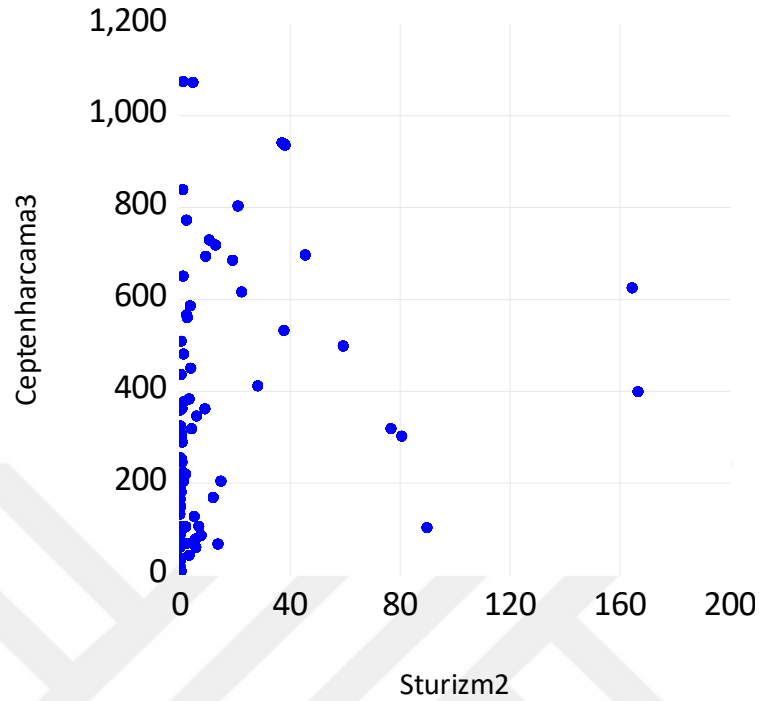
harcamasının (Sturizm1) düşük olduğu gözlemlerde dahi, cepten yapılan sağlık harcamalarının (Ceptenharcama1) %10 ile %80 arasında geniş bir aralıkta değişebildiğini göstermektedir. Grafik, iki değişken arasında açık ve güçlü bir doğrusal ilişki olmadığını ortaya koymaktadır. Bu görsel bulguyu destekleyen korelasyon analizi sonuçları da, Ceptenharcama1 ile Sturizm1 arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermektedir ($r=0,030$; $p>0,05$). Bu sonuç, cepten yapılan sağlık harcamalarının giden sağlık turizmi üzerindeki etkisinin tek başına doğrusal bir ilişki çerçevesinde açıklanamayacağını ve diğer ekonomik ve sağlık sistemi faktörlerinin de dikkate alınması gerektiğini işaret etmektedir.



Şekil 4.2 Sturizm2 ile Ceptenharcama2 Arasındaki İlişki (2005–2022)

Şekil 4.2'de Ceptenharcama2 ve Sturizm2 değişkenlerinin dağılımı incelendiğinde, veri noktalarının sol alt eksene yakın bir kümelenme sergilediği ancak değerler büyüdükçe seyrekleştiği gözlenmektedir. Grafik, cepten yapılan sağlık harcamalarının mutlak düzeyi (Ceptenharcama2) arttıkça sağlık turizmi çıktısının (Sturizm2) zayıf bir negatif eğilim sergilediğini, ancak bu ilişkinin güçlü ve belirgin bir doğrusal yapı oluşturmadığını göstermektedir. Bu görsel bulgu ile uyumlu olan korelasyon analizi sonuçları, iki değişken arasında negatif yönlü ancak zayıf bir ilişki olduğunu göstermektedir ($r=-0,148$; $p<0,01$). Bu istatistiksel sonuç, cepten harcama

düzeyindeki artışın sağlık turizmi üzerindeki etkisinin sınırlı olduğunu ve ilişkinin gücünün düşük olduğunu doğrulamaktadır.



Şekil 4.3 Sturizm2 ile Ceptenharcama3 Arasındaki İlişki (2005–2022)

Şekil 4.3'te görülebileceği üzere, Ceptenharcama3 ve Sturizm2 değişkenleri arasındaki saçılım grafiği, veri noktalarının sistematik bir yönelimden uzak ve rastgele bir dağılım sergilediğini göstermektedir. Grafikteki bu dağınık yapı, cepten sağlık harcamalarının payındaki (Ceptenharcama3) değişimin, sağlık turizmi performansı (Sturizm2) üzerinde belirgin bir açıklayıcı güce sahip olmadığını işaret etmektedir. Görsel analizi destekleyen korelasyon katsayısı da ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını ve istatistiksel ve ekonomik açıdan ihmal edilebilir düzeyde olduğunu kanıtlamaktadır ($r=-0,042$; $p>0,05$). Bu bulgu, söz konusu değişkenler arasında doğrudan ve doğrusal bir nedensellik ilişkisi kurmanın mümkün olmadığını, analizin çok değişkenli modellerle derinleştirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Şekil 4.1, Şekil 4.2 ve Şekil 4.3'te sunulan görsel analiz bulguları bütüncül olarak değerlendirildiğinde; sağlık turizmi performansı ile cepten sağlık harcamaları göstergeleri arasında, tüm ülke örneklemini kapsayan tek tip ve güçlü bir doğrusal ilişkinin varlığından söz etmek güçtür. Saçılım grafiklerindeki dağınık yapı ve düşük korelasyon katsayıları, sağlık turizmi talebinin sadece maliyet unsurlarıyla açıklanamayacak kadar karmaşık bir yapıya sahip olduğunu ve ülkeler arası heterojenliğin yüksek olduğunu göstermektedir.

4.5. Sağlık Turizmi ve Cepten Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişkinin Driscoll–Kraay Standart Hatalı Sabit Etkiler Modelleri ile Analizi

Bu bölümde, cepten yapılan sağlık harcamaları ile giden sağlık turizmi arasındaki ilişki, 2005–2022 dönemini kapsayan ve 80 ülkeden oluşan panel veri seti kullanılarak analiz edilmektedir. Analizler, yatay kesit bağımlılığı, otokorelasyon ve değişen varyans sorunlarına karşı dirençli olan Driscoll–Kraay standart hatalarıyla tahmin edilen sabit etkiler modelleri çerçevesinde gerçekleştirilmiştir.

Sağlık turizmi performansı, hem toplam hizmet ithalatı içindeki payı hem de kişi başına düşen düzeyi dikkate alınarak farklı bağımlı değişken tanımlarıyla ele alınmıştır. Bu doğrultuda Sturizm1 ve Sturizm2 değişkenleri temel bağımlı değişkenler olarak modellere dâhil edilmiştir.

4.5.1. Statik Sabit Etkiler Modelleri

Öncelikle statik sabit etkiler modelleri kapsamında, cepten yapılan sağlık harcamalarının giden sağlık turizmi üzerindeki etkisi, farklı cepten harcama ölçütleri ve sağlık hizmet sunumunu temsilen kullanılan alternatif kalite göstergeleri aracılığıyla incelenmiştir. Bu çerçevede, cepten sağlık harcamalarını temsilen Ceptenharcama1, Ceptenharcama2 ve Ceptenharcama3 değişkenleri ayrı model gruplarında ele alınırken; sağlık altyapısı ve hizmet sunumunun niteliğini temsilen sırasıyla Sağlkkalitesi1, Sağlkkalitesi2 ve Sağlkkalitesi3 değişkenleri kullanılmıştır.

Sturizm1'in bağımlı değişken olarak kullanıldığı modellerde, cepten yapılan sağlık harcamalarının giden sağlık turizmi üzerindeki etkisinin, sağlık hizmet sunumunun niteliğine bağlı olarak farklılaştığı görülmektedir. Ceptenharcama1 değişkeni, özellikle Sağlkkalitesi2 ve Sağlkkalitesi3 değişkenlerinin yer aldığı modellerde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu bulgu, bireylerin sağlık hizmetleri için doğrudan katlandıkları mali yük arttıkça, yurt dışı sağlık hizmetlerine yönelme eğiliminin güçlenebileceğine işaret etmektedir.

Buna karşılık, Sağlkkalitesi1 değişkeninin yer aldığı modellerde cepten sağlık harcamalarının istatistiksel olarak anlamlı bulunmaması, yalnızca fiziksel kapasiteyi yansıtan göstergelerin giden sağlık turizmi davranışlarını açıklamada sınırlı kalabileceğini düşündürmektedir.

Sturizm2'nin bağımlı değişken olarak kullanıldığı modellerde de benzer bir eğilim gözlenmektedir. Kişi başına düşen cepten sağlık harcamalarını temsil eden Ceptenharcama2 ve Ceptenharcama3 değişkenleri, özellikle Sağlkkalitesi2 ve

Sağlıkkalitesi3 değişkenlerinin yer aldığı modellerde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar vermektedir. Bu durum, bireysel düzeyde cepten sağlık harcamalarındaki artışın, kişi başına düşen giden sağlık turizmi harcamaları ile pozitif yönlü bir ilişki içinde olduğunu ortaya koymaktadır.

Sağlık hizmet sunumuna ilişkin kalite göstergeleri değerlendirildiğinde, Sağlıkkalitesi1 ve Sağlıkkalitesi2 değişkenlerinin çoğu modelde istatistiksel olarak anlamsız olduğu; buna karşılık Sağlıkkalitesi3 değişkeninin bazı modellerde pozitif ve anlamlı katsayılarla sahip olduğu görülmektedir. Bu bulgu, sağlık hizmetlerinde insan kaynağı yoğunluğunu ve bakım niteliğini yansıtan göstergelerin, giden sağlık turizmi kararları üzerinde fiziksel altyapı göstergelerine kıyasla daha belirleyici olabileceğine işaret etmektedir.

Tüm statik modellerde Pandemi değişkeni negatif işaretlidir ve bazı modellerde istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu sonuç, COVID-19 döneminde uluslararası hareketliliğin kısıtlanması ve sağlık sistemlerinin iç talebe yönelmesi nedeniyle giden sağlık turizmi harcamalarının azaldığını göstermektedir. Gelirdüzeyi ve Fiyatlar değişkenleri ise genel olarak teorik beklentilerle uyumlu işaretlere sahip olmakla birlikte, istatistiksel anlamlılıklarının model spesifikasyonuna duyarlı olduğu görülmektedir.

4.5.2. Dinamik Sabit Etkiler Modelleri

Statik model bulgularının dayanıklılığını test etmek amacıyla, bağımlı değişkenlerin gecikmeli değerlerinin modele dâhil edildiği dinamik sabit etkiler modelleri de tahmin edilmiştir. Bu kapsamda Sturizm11 ve Sturizm21 değişkenleri kullanılarak, giden sağlık turizmi harcamalarının zaman içindeki sürekliliği ve alışkanlık etkisi kontrol edilmiştir.

Dinamik modellerden elde edilen bulgular, giden sağlık turizmi harcamalarının geçmiş dönem değerlerinden pozitif ve istatistiksel olarak etkilendiğini göstermektedir. Bu durum, sağlık turizmi davranışlarında belirgin bir süreklilik yapısının varlığına işaret etmektedir. Gecikmeli bağımlı değişkenin modele dâhil edilmesine rağmen, Ceptenharcama1, Ceptenharcama2 ve Ceptenharcama3 değişkenlerinin işaret ve anlamlılık düzeylerinin büyük ölçüde korunduğu görülmektedir. Bu sonuç, cepten yapılan sağlık harcamalarının giden sağlık turizmi üzerindeki etkisinin, dinamik model yapısı altında da geçerliliğini sürdürdüğünü ortaya koymaktadır.

Bu çerçevede, cepten yapılan sağlık harcamaları ile giden sağlık turizmi arasındaki ilişkinin, sağlık hizmet sunumunu temsil eden alternatif kalite göstergeleri

dikkate alınarak nasıl şekillendiğini daha ayrıntılı biçimde ortaya koymak amacıyla, Driscoll–Kraay standart hatalarıyla tahmin edilen sabit etkiler modeli sonuçları aşağıda sunulmaktadır. Tablo 4.3’te, giden sağlık turizmi harcamalarının toplam hizmet ithalatı içindeki payını ifade eden Sturizm1 değişkeni ile cepten yapılan sağlık harcamaları arasındaki ilişkiye ilişkin Driscoll–Kraay standart hatalı sabit etkiler modeli sonuçları yer almaktadır. Tabloda yer alan modellerde cepten yapılan sağlık harcamalarını temsilen Ceptenharcama1 değişkeni kullanılmış; sağlık hizmet sunumunu temsilen Sağlkkalitesi1, Sağlkkalitesi2 ve Sağlkkalitesi3 değişkenleri alternatif biçimlerde modellere dâhil edilmiştir. Ayrıca Gelirdüzeyi, Fiyatlar ve Pandemi değişkenleri tüm modellerde kontrol değişkenleri olarak yer almaktadır.



Tablo 4.3 Giden Sağlık Turizmi (Sturizm1) için Sabit Etkiler Panel Modeli Sonuçları

Değişkenler	Model 1	Model 2	Model 3
Gelirdüzeyi	0,000049 (0,000036)	0,000025** (0,000012)	0,000012 (0,000011)
Fiyatlar	0,765629 (0,617252)	0,197181 (0,332057)	0,266271 (0,428406)
Sağlkkalitesi1	-0,024277 (0,169456)		
Sağlkkalitesi2		0,058332 (0,093529)	
Sağlkkalitesi3			0,082317* (0,048929)
Pandemi	-0,313412*** (0,074711)	-0,041999 (0,035460)	-0,135817** (0,057213)
Ceptenharcama1	-0,000365 (0,012275)	0,023744*** (0,006699)	0,028702*** (0,008903)
Sabit	0,042454 (0,648671)	-0,363156 (0,580500)	-0,573486 (0,590531)
Gözlem Sayısı	909	844	852
Grup Sayısı	79	80	80
Birim etkileri için F Testi	27,76***	43,88***	44,46***
Tesadüfi etkiler için Hausman Testi	13,580148**	14,585272**	12,661978**
F İstatistiği	27,192210***	43,296750***	43,869630***
R ²	0,732313	0,827340	0,827720

Not: Parantez içleri Driscoll–Kraay standart hatalarını göstermektedir *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,10$.

Tablo 4.3'ten elde edilen bulgular, Ceptenharcama1 değişkeninin Model 2 ve Model 3'te pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, sağlık hizmet sunumunun niteliğini yansıtan kalite göstergeleriyle birlikte değerlendirildiğinde, cepten yapılan sağlık harcamalarındaki artışın giden sağlık turizmi

harcamaları ile pozitif yönlü bir ilişki içinde olduğunu ortaya koymaktadır. Buna karşılık, yalnızca fiziksel kapasiteyi temsil eden Sağlık kalitesi1 değişkeninin yer aldığı Model 1’de cepten sağlık harcamalarının istatistiksel olarak anlamlı bulunmaması, bu tür göstergelerin giden sağlık turizmi davranışlarını açıklamada sınırlı kalabileceğini düşündürmektedir.

Bazı modellerde Gelirdüzeyi ve Fiyatlar değişkenlerinin istatistiksel olarak anlamsız bulunması, giden sağlık turizmi kararlarının yalnızca gelir düzeyi ya da göreceli fiyat farklılıklarıyla değil; sağlık sisteminde algılanan hizmet niteliği ve bireylerin karşı karşıya kaldıkları doğrudan mali yükler tarafından daha güçlü biçimde şekillendiğine işaret etmektedir. Benzer şekilde, Pandemi değişkeninin bazı model spesifikasyonlarında anlamlılığını yitirmesi, pandemi etkisinin ülkelerin sağlık hizmet sunum yapısına bağlı olarak farklılaştığını düşündürmektedir.

Genel olarak Tablo 4.3’te sunulan bulgular, cepten yapılan sağlık harcamalarının giden sağlık turizmi üzerinde, özellikle hizmet sunumunun niteliği dikkate alındığında, anlamlı ve pozitif bir etkiye sahip olduğunu göstermekte ve çalışmanın temel hipotezini desteklemektedir.

Bu bölümde giden sağlık turizmi, toplam hizmet ithalatı içindeki payı üzerinden ele alınmıştır. Analiz bir sonraki aşamada, giden sağlık turizmini kişi başına düşen harcama düzeyi üzerinden değerlendirmek amacıyla derinleştirilmektedir. Bu doğrultuda, bağımlı değişken olarak Sturizm2’nin kullanıldığı model sonuçları Tablo 4.4’te sunulmaktadır. Böylece cepten yapılan sağlık harcamalarının, bireysel düzeyde giden sağlık turizmi harcamaları üzerindeki etkisi karşılaştırmalı olarak incelenmektedir.

Tablo 4.4 Giden Sağlık Turizmi (Sturizm2) için Driscoll–Kraay Standart Hatalı Sabit Etkiler Modeli Sonuçları

Değişkenler	Model 1	Model 2	Model 3
Gelirdüzeyi	0,001348*** (0,000461)	0,000692*** (0,000164)	0,000226+ (0,000124)
Fiyatlar	22,094940 (15,232710)	12,052950*** (3,759574)	5,187655 (6,236828)
Sağlıkalitesi1	4,131498 (2,521605)		
Sağlıkalitesi2		3,403528*** (0,938764)	
Sağlıkalitesi3			1,408376** (0,558672)
Pandemi	-5,986658** (2,369054)	-3,187125*** (0,198368)	-5,262584*** (1,223593)
Ceptenharcama2	0,045083*** (0,014519)	0,030557*** (0,007959)	0,033820*** (0,008971)
Sabit	-38,216080** (16,333790)	-16,389750*** (5,657992)	-7,239479 (4,994324)
Gözlem Sayısı	909	844	852
Grup Sayısı	79	80	80
Birim etkileri için F testi	33,01***	127,52***	78,79***
Tesadüfi etkiler için Hausman testi	33,129393***	34,772735***	18,569149***
F İstatistiği	42,979070 ***	155,209200 ***	90,397870 ***
R²	0,812170	0,944986	0,908258

Not: Parantez içleri Driscoll–Kraay standart hatalarını göstermektedir *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,10$, + $p < 0,15$.

Tablo 4.4’te, giden sağlık turizmi harcamalarının kişi başına düşen düzeyini ifade eden Sturizm2 değişkeni ile cepten yapılan sağlık harcamaları arasındaki ilişki, Driscoll–Kraay standart hatalı sabit etkiler panel veri modelleri kullanılarak analiz edilmiştir.

Modellerde cepten yapılan sağlık harcamalarını temsilen Ceptenharcama2 değişkeni kullanılmış; sağlık hizmet sunumuna ilişkin kalite göstergeleri ise Sağlıkkalitesi1, Sağlıkkalitesi2 ve Sağlıkkalitesi3 değişkenleri aracılığıyla alternatif biçimlerde modele dâhil edilmiştir. Ayrıca Gelirdüzeyi, Fiyatlar ve Pandemi değişkenleri tüm modellerde kontrol değişkenleri olarak yer almaktadır.

Elde edilen bulgular, Ceptenharcama2 değişkeninin tüm modellerde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, kişi başına düşen cepten sağlık harcamalarındaki artışın, kişi başına düşen giden sağlık turizmi harcamalarını artırıcı bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Dolayısıyla bireylerin sağlık hizmetlerine erişim için katlandıkları doğrudan maliyetler arttıça, yurt dışı sağlık hizmetlerine yönelimin de güçlendiği söylenebilir.

Sağlık hizmet sunumuna ilişkin kalite göstergeleri değerlendirildiğinde, Sağlıkkalitesi göstergelerinin tamamı pozitif katsayılara sahip olmakla birlikte, özellikle Sağlıkkalitesi2 ve Sağlıkkalitesi3 değişkenlerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Bu bulgu, sağlık hizmetlerinde insan kaynağı yoğunluğunu yansıtan göstergelerin, bireylerin giden sağlık turizmi kararları üzerinde belirleyici bir rol oynadığını göstermektedir.

Tablo 4.4'te yer alan bazı kontrol değişkenlerinin, özellikle Fiyatlar değişkeninin ve Sağlıkkalitesi1 değişkeninin bazı modellerde istatistiksel olarak anlamsız olduğu görülmektedir. Bu durum, sağlık turizmi kararlarının yalnızca genel fiyat düzeyleri ya da fiziksel altyapı göstergeleriyle açıklanmasının yetersiz kaldığını; buna karşılık hizmetin niteliğini ve sağlık insan gücünü yansıtan göstergelerin daha belirleyici olduğunu düşündürmektedir.

Ayrıca, anlamsız bulunan katsayılar, ülkeler arası yapısal farklılıklar ve sağlık sistemlerinin kurumsal özellikleri nedeniyle söz konusu değişkenlerin giden sağlık turizmi üzerindeki etkilerinin dolaylı kanallar üzerinden ortaya çıkabileceğine işaret etmektedir.

Tablo 4.4'te, kişi başına düşen giden sağlık turizmi harcamalarını ifade eden Sturizm2 değişkeni ile cepten yapılan sağlık harcamaları arasındaki ilişki, cepten sağlık harcamalarının kişi başına düşen düzeyini temsil eden Ceptenharcama2 değişkeni üzerinden incelenmiştir. Bu analiz, bireysel düzeyde cepten sağlık harcamalarının giden sağlık turizmi üzerindeki etkisini ortaya koymuştur. Bu ervede, cepten yapılan sağlık harcamalarının farklı bir ölçüm biçimi olan ve satın alma gücü paritesine göre düzeltilmiş kişi başına düşen cepten sağlık harcamalarını temsil eden Ceptenharcama3 değişkeni

kullanılarak kurulan modellerin sonuçları Tablo 4.5'te sunulmaktadır. Böylece cepten sağlık harcamalarının giden sağlık turizmi üzerindeki etkisi, farklı tanımlar ve sağlık hizmet sunumunu temsil eden alternatif kalite göstergeleri altında karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 4.5 Giden Sağlık Turizmi (Sturizm2) için Sabit Etkiler Panel Modeli Sonuçları

Değişkenler	Model 1	Model 2	Model 3
Gelirdüzeyi	0,001438*** (0,000453)	0,000673*** (0,000174)	0,000223 (0,000139)
Fiyatlar	36,158920*** (12,152850)	21,824410*** (5,188658)	17,204600** (6,960425)
Sağlıkkalitesi1	4,067850 (2,561693)		
Sağlıkkalitesi2		3,208891*** (0,893261)	
Sağlıkkalitesi3			1,429186** (0,559819)
Pandemi	-5,885543** (2,324936)	-3,189563*** (0,262965)	-5,330672*** (1,248007)
Ceptenharcama3	0,018292*** (0,006343)	0,015013*** (0,003381)	0,018678*** (0,004274)
Sabit	-42,950820*** (15,760090)	-19,222010*** (5,693112)	-12,346820** (5,513324)
Gözlem Sayısı	909	844	852
Grup Sayısı	79	80	80
Birim etkileri için F testi	34,48***	129,42***	81,17***
Tesadüfi etkiler için Hausman testi	25,628498***	28,622765***	13,757005**
F İstatistiği	42,723260***	154,745400***	90,499980***
R² (within)	0,811257	0,944831	0,908352

Not: Parantez içleri Driscoll–Kraay standart hatalarını göstermektedir *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,10$.

Tablo 4.5'te, kişi başına düşen giden sağlık turizmi harcaması (Sturizm2) ile Gelirdüzeyi, Fiyatlar, farklı sağlık kalitesi göstergeleri (Sağlıkkalitesi1, Sağlıkkalitesi2,

Sağlıklalitesi3), Pandemi ve satın alma gücü paritesine göre kişi başına düşen Ceptenharcama3 arasındaki ilişki, Driscoll-Kraay dirençli standart hatalara sahip sabit etkiler modeli kullanılarak incelenmiştir.

Elde edilen bulgulara göre Gelirdüzeyi, tüm modellerde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu sonuç, kişi başına gelir düzeyindeki artışın, bireylerin sağlık hizmetleri için yurt dışına yönelme eğilimini artırdığını ve giden sağlık turizmi harcamalarını yükselttiğini göstermektedir. Ancak Sağlıklalitesi3'ün yer aldığı modelde Gelirdüzeyi katsayısının istatistiksel olarak anlamsızlaşması, gelir düzeyinin giden sağlık turizmi üzerindeki etkisinin model spesifikasyonuna duyarlı olabileceğine işaret etmektedir.

Fiyatlar değişkeni, tüm modellerde pozitif katsayıya sahiptir ve çoğunlukla istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu bulgu, yurt içi sağlık hizmetlerinin görece pahalı hale gelmesinin, bireyleri daha uygun maliyetli sağlık hizmetleri için yurt dışına yönelttiğini ve Sturizm2'yi artırdığını göstermektedir.

Sağlık sistemi kapasitesini temsilen modele dâhil edilen değişkenlerden Sağlıklalitesi1 (1000 kişi başına düşen yatak sayısı) istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Buna karşılık Sağlıklalitesi2 (1000 kişi başına düşen hekim sayısı) ve Sağlıklalitesi3 (1000 kişi başına düşen hemşire sayısı) pozitif ve anlamlı katsayılara sahiptir. Bu sonuç, sağlık hizmetlerinde nicelikten ziyade insan kaynağı kapasitesinin, giden sağlık turizmi üzerinde daha belirleyici bir rol oynadığını göstermektedir.

Pandemi değişkeni, tüm modellerde negatif ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu bulgu, 2020–2021 döneminde uygulanan seyahat kısıtlamaları ve sağlık riskleri nedeniyle bireylerin sağlık amaçlı uluslararası hareketliliğinin azaldığını ve kişi başına düşen giden sağlık turizmi harcamalarının düştüğünü ortaya koymaktadır.

Son olarak Ceptenharcama3, tüm modellerde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu durum, bireylerin sağlık harcamalarını daha fazla kendi ceplerinden karşıladığı ülkelerde, yurt içi sağlık hizmetlerinin maliyetine duyarlılığın arttığını ve bunun giden sağlık turizmi harcamalarını yükselttiğini göstermektedir.

Genel olarak Tablo 4.5 sonuçları, ekonomik faktörler (Gelirdüzeyi ve Fiyatlar) ile sağlık sisteminin insan kaynağı bileşenlerinin giden sağlık turizmi üzerinde belirleyici olduğunu; buna karşılık fiziksel kapasite göstergelerinin (yatak sayısı) her durumda anlamlı bir etki yaratmadığını ortaya koymaktadır.

Önceki tablolarda, giden sağlık turizmi harcamaları ile cepten yapılan sağlık harcamaları arasındaki ilişki, farklı ölçüm biçimleri ve sağlık hizmet sunumuna ilişkin

alternatif kalite göstergeleri dikkate alınarak analiz edilmiştir. Bu bağlamda, analize dinamik bir boyut kazandırmak amacıyla Tablo 4.6’da ise analize dinamik bir boyut kazandırmak, giden sağlık turizmi harcamalarının gecikmeli değeri (Sturizm11) modellere dâhil edilmiştir. Bu sayede, cepten yapılan sağlık harcamalarının giden sağlık turizmi üzerindeki etkilerinin yalnızca eşanlı değil, aynı zamanda zaman içinde süreklilik gösterip göstermediği incelenmektedir. Tablo 4.6’da yer alan Driscoll–Kraay standart hatalı sabit etkiler modeli sonuçları, sağlık hizmet sunumunu temsilen Sağlkkalitesi1, Sağlkkalitesi2 ve Sağlkkalitesi3 değişkenlerinin alternatif biçimlerde kullanıldığı üç farklı model çerçevesinde sunulmaktadır.



Tablo 4.6 Giden Sağlık Turizmi (Sturizm1) ile Cepten Sağlık Harcamaları Arasındaki İlişki: Dinamik Sabit Etkiler Modeli Sonuçları

Değişkenler	Model 1	Model 2	Model 3
Sturizm11	0,447005*** (0,083659)	0,316151** (0,116895)	0,376319** (0,131201)
Gelirdüzeyi	0,000007 (0,000040)	0,000019* (0,000009)	0,000011 (0,000017)
Fiyatlar	-0,093829 (0,420367)	-0,180972 (0,274073)	-0,262837 (0,337950)
Sağlıkalitesi1	-0,177460* (0,073629)		
Sağlıkalitesi2		0,006334 (0,089098)	
Sağlıkalitesi3			0,064529 (0,056134)
Pandemi	-0,273969* (0,118083)	-0,037950 (0,027199)	-0,142225** (0,047836)
Ceptenharcama1	0,016772+ (0,008669)	0,022599*** (0,006716)	0,027375** (0,009712)
Sabit	0,530352 (0,358933)	-0,227570 (0,365080)	-0,508247 (0,317666)
Gözlem Sayısı	837	784	791
Gruplar	79	80	80
Birim etkileri için F testi	3,57***	7,88***	5,10***
Tesadüfi etkiler için Hausman testi	247,508599***	561,358902***	348,317234***
F İstatistiği	35,878600***	53,646580***	54,512880***
R²	0,800308	0,867249	0,867943

Not: Parantez içindeki değerler Driscoll–Kraay standart hataları göstermektedir.
*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.10$, + $p < 0.15$.

Tablo 4.6’da, giden sağlık turizmi harcamalarının toplam hizmet ithalatı içindeki payını ifade eden $Sturizm1$ değişkeninin, kendi gecikmeli değeri ($Sturizm11$) ile birlikte ele alındığı dinamik sabit etkiler modeli sonuçları sunulmaktadır. Driscoll–Kraay standart hatalarıyla tahmin edilen modeller, giden sağlık turizmi harcamalarının zaman içerisinde gl bir sreklilik (alışkanlık etkisi) sergilediğini ortaya koymaktadır. Nitekim $Sturizm11$ değişkeni  modelde de pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, önceki dönem giden sağlık turizmi harcamalarının cari dönemdeki harcamaları artırdığını göstermiştir. Bu bulgu, sağlık hizmeti tüketiminde sınır ötesi hareketliliğin zamana yayılan ve tekrarlayan bir davranış niteliği taşıdığına işaret etmektedir.

Cepten yapılan sağlık harcamalarını temsil eden $Ceptenharcama1$ değişkeni, tüm modellerde pozitif katsayılara sahip olup, Model 2 ve Model 3’te istatistiksel olarak anlamlıdır. Model 1’de ise daha zayıf bir anlamlılık düzeyi sergilemektedir. Bu sonuç, ülkelerde cepten sağlık harcamalarının artmasının, bireyleri yurt dışından sağlık hizmeti talep etmeye yönelttiğini ve giden sağlık turizmini artırdığını göstermektedir. Elde edilen bulgu, çalışmanın temel hipotezi ile uyumlu olup, cepten harcama yükünün bireylerin sağlık hizmetlerine erişim davranışlarını sınır ötesine taşıdığı yönündeki varsayımı desteklemektedir.

Gelirdüzeyi değişkeni yalnızca Sağlık kalitesi2 değişkeninin yer aldığı Model 2’de sınırlı düzeyde anlamlı bulunurken, diğer modellerde istatistiksel olarak anlamsızdır. Bu durum, giden sağlık turizmi kararlarında gelir düzeyinin tek başına belirleyici olmaktan ziyade, sağlık hizmetlerinin niteliği ve cepten harcama yükü gibi faktörlerle birlikte etkili olduğunu düşündürmektedir. Bu durum, giden sağlık turizmi kararlarında gelir düzeyinin tek başına belirleyici olmadığını ve cepten harcama yükü gibi faktörlerle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Fiyatlar değişkeninin tüm modellerde istatistiksel olarak anlamsız bulunması, satın alma gücüne göre nispi fiyat farklılıklarının, giden sağlık turizmi harcamalarını açıklamada sınırlı bir rol oynadığını göstermektedir. Bu sonuç, sağlık turizmi kararlarının yalnızca fiyat düzeyine değil; hizmetin erişilebilirliği, kalite algısı, bekleme süreleri ve sigorta kapsamı gibi fiyat dışı unsurlara daha duyarlı olduğunu düşündürmektedir.

Sağlık hizmet sunumuna ilişkin kalite göstergeleri incelendiğinde, Sağlık kalitesi1 değişkeninin Model 1’de negatif ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Bu bulgu, ülkede yatak kapasitesinin artmasının, yurt dışına yönelik sağlık hizmeti talebini azaltıcı bir etki yaratabileceğine işaret etmektedir. Buna karşılık Sağlık kalitesi2 ve Sağlık kalitesi3 değişkenlerinin istatistiksel olarak anlamsız olması, insan kaynağına

dayalı kalite göstergelerinin giden sağlık turizmi üzerinde doğrudan ve tek başına belirleyici olmadığını, bu etkinin daha çok sistemsel ve finansal faktörler üzerinden şekillendiğini düşündürmektedir.

Pandemi değişkeni Model 1 ve Model 3'te negatif ve anlamlı bulunurken, Model 2'de anlamsızdır. Bu sonuç, COVID-19 döneminde seyahat kısıtlamaları ve sağlık sistemlerindeki olağanüstü koşulların giden sağlık turizmini genel olarak baskıladığını; ancak bu etkinin sağlık hizmet sunumunun niteliğine göre farklılaştığını göstermektedir.

Genel olarak Tablo 4.6'dan elde edilen bulgular, giden sağlık turizmi harcamalarının güçlü bir dinamik yapıya sahip olduğunu, cepten yapılan sağlık harcamalarının bu süreci anlamlı ve pozitif yönde etkilediğini ve sağlık sisteminin fiziksel kapasitesinin giden sağlık turizmi üzerinde sınırlayıcı bir rol oynayabildiğini ortaya koymaktadır. Buna karşılık gelir düzeyi, nispi fiyatlar ve bazı kalite göstergelerinin anlamsızlığı, giden sağlık turizmi kararlarının çok boyutlu ve yalnızca ekonomik göstergelerle açıklanamayacak bir yapıya sahip olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.6'da giden sağlık turizmi harcamalarının toplam hizmet ithalatı içindeki payını ifade eden Sturizm1 değişkeni için elde edilen dinamik bulguların ardından, bu bölümde giden sağlık turizmi harcamalarının kişi başına düşen düzeyini temsil eden Sturizm2 değişkeni esas alınarak kurulan dinamik modellerin sonuçları sunulmaktadır. Bu kapsamda Tablo 4.7, Sturizm2 değişkeninin kendi gecikmeli değeri (Sturizm21) ile birlikte ele alındığı ve cepten yapılan sağlık harcamaları (Ceptenharcama2) ile sağlık hizmet sunumuna ilişkin kalite göstergelerinin alternatif biçimlerde modellere dâhil edildiği Driscoll–Kraay standart hatalı sabit etkiler modeli sonuçlarını içermektedir. Böylece giden sağlık turizminin mutlak düzeyine ilişkin dinamik yapının, cepten sağlık harcamaları ve sağlık sistemi göstergeleri çerçevesinde nasıl şekillendiği analiz edilmektedir.

Tablo 4.7 Giden Sağlık Turizmi (Sturizm2) için Dinamik Sabit Etkiler Panel Modeli Sonuçları

Değişkenler	Model 1	Model 2	Model 3
Sturizm21	0,521966*** (0,129628)	0,373439*** (0,047519)	0,438239*** (0,088936)
Gelirdüzeyi	0,001084* (0,000532)	0,000717*** (0,000159)	0,000502+ (0,000260)
Fiyatlar	2,751825 (6,968235)	5,095545** (1,719708)	0,333380 (4,462369)
Sağlıkalitesi1	-0,432060 (1,058614)		
Sağlıkalitesi2		1,690716** (0,530741)	
Sağlıkalitesi3			0,956896+ (0,537837)
Pandemi	-8,998070*** (2,717713)	-3,007606*** (0,371385)	-5,461348*** (1,545506)
Ceptenharcama2	0,035098*** (0,012443)	0,021284*** (0,007070)	0,022557*** (0,007916)
Sabit	-15,276050* (6,969265)	-11,892210*** (3,098675)	-9,032788*** (2,508525)
Gözlem Sayısı	837	784	791
Grup Sayısı	79	80	80
Birim etkileri için F testi	3,11***	13,90***	5,04***
Tesadüfi etkiler için Hausman testi	233,226359***	911,751680***	368,217059***
F İstatistiği	66,466330***	218,032100***	112,669900***
R²	0,881298	0,963704	0,931433

Not: Parantez içindeki değerler Driscoll-Kraay standart hataları göstermektedir.
*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.10$, + $p < 0.15$.

Tablo 4.7’de, giden sağlık turizmi harcamalarının kişi başına düşen düzeyini ifade eden Sturizm2 değişkeni, gecikmeli değeri (Sturizm21) ile birlikte dinamik sabit etkiler

modeli çerçevesinde analiz edilmiştir. Modeller, 2005–2022 dönemini kapsayan ve Driscoll–Kraay dirençli standart hatalarla tahmin edilen panel veri yaklaşımına dayanmaktadır. Sağlık hizmet sunumuna ilişkin kalite göstergeleri, her bir modelde alternatif biçimlerde ele alınarak sonuçların duyarlılığı test edilmiştir.

Dinamik yapıdan elde edilen bulgular, Sturizm21 değişkeninin tüm modellerde pozitif ve %1 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, giden sağlık turizmi harcamalarının kişi başına düşen düzeyinde güçlü bir zaman içi süreklilik ve alışkanlık etkisi bulunduğuna işaret etmektedir. Başka bir ifadeyle, geçmiş dönemde yüksek olan giden sağlık turizmi harcamaları, cari dönemde de yüksek kalma eğilimindedir. Bu bulgu, sağlık turizmi kararlarının kısa vadeli şoklardan ziyade yapısal ve kalıcı faktörler tarafından şekillendiğini göstermektedir.

Cepten yapılan sağlık harcamalarını temsil eden Ceptenharcama2 değişkeni, tüm modellerde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç, kişi başına düşen cepten sağlık harcamalarındaki artışın, bireyleri yurt dışı sağlık hizmeti kullanımına yönlendirdiğini ortaya koymaktadır. Dinamik yapıda dahi bu etkinin korunması, cepten sağlık harcamalarının giden sağlık turizmi üzerinde güçlü ve istikrarlı bir itici unsur olduğunu göstermekte ve çalışmanın temel hipotezini açık biçimde desteklemektedir.

Gelir düzeyini temsil eden Gelirdüzeyi değişkeni, Model 1 ve Model 2’de pozitif ve istatistiksel olarak anlamlıdır; Model 3’te ise anlamlılık sınırında yer almaktadır. Bu bulgu, gelir artışının bireylerin yurt dışı sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırdığını, ancak bu etkinin sağlık hizmet sunumunun niteliğine bağlı olarak zayıflayabildiğini göstermektedir. Gelir etkisinin bazı modellerde zayıflaması, sağlık insan kaynağı kapasitesinin giden sağlık turizmi kararlarında gelirle birlikte etkileşim içinde olabileceğine işaret etmektedir. Özellikle hemşire yoğunluğunu temsil eden Sağlıklıkalitesi3 değişkeninin modele dâhil edildiği Model 3’te gelir etkisinin sınırlı kalması, sağlık insan kaynağı kapasitesinin bazı ülkelerde gelir etkisini ikame edebileceğine işaret etmektedir.

Fiyatlar değişkeni yalnızca Sağlıklıkalitesi2 değişkeninin yer aldığı Model 2’de pozitif ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu durum, satın alma gücüne göre düzeltilmiş göreceli fiyat düzeylerinin, özellikle hekim yoğunluğunun daha yüksek olduğu sağlık sistemlerinde, bireylerin yurt dışı sağlık hizmeti talebi üzerinde belirleyici olabildiğini göstermektedir. Diğer modellerde fiyat etkisinin istatistiksel olarak anlamsız olması, fiyat

farklılıklarının tek başına giden sağlık turizmi kararlarını açıklamakta yetersiz kaldığını düşündürmektedir.

Sağlık hizmet sunumuna ilişkin kalite göstergeleri incelendiğinde, Sağlık kalitesi¹ değişkeninin (1000 kişi başına düşen yatak sayısı) tüm modellerde istatistiksel olarak anlamsız olduğu görülmektedir. Bu bulgu, fiziksel altyapı kapasitesinin, kişi başına düşen giden sağlık turizmi harcamalarını açıklamada sınırlı bir role sahip olduğunu göstermektedir. Buna karşılık Sağlık kalitesi² (hekim yoğunluğu) Model 2’de pozitif ve anlamlı; Sağlık kalitesi³ (hemşire yoğunluğu) ise Model 3’te sınırdan anlamlıdır. Bu sonuçlar, sağlık hizmetlerinde insan kaynağı niteliğini yansıtan göstergelerin, kişi başına düşen giden sağlık turizmi kararları üzerinde fiziksel kapasite göstergelerine kıyasla daha etkili olabildiğini göstermektedir.

Pandemi dönemini temsil eden Pandemi değişkeni, tüm modellerde negatif ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu sonuç, COVID-19 döneminde uluslararası seyahat kısıtlamaları, sağlık sistemlerinin iç talebe yönelmesi ve belirsizliklerin artması nedeniyle giden sağlık turizmi harcamalarının belirgin biçimde azaldığını göstermektedir. Bulgular, pandemi etkisinin hem statik hem de dinamik modellerde tutarlı biçimde ortaya çıktığını göstermesi bakımından önemlidir.

Genel olarak Tablo 4.7’den elde edilen sonuçlar, kişi başına düşen cepten sağlık harcamalarının ve geçmiş dönem sağlık turizmi davranışlarının, giden sağlık turizmi üzerinde belirleyici ve kalıcı etkiler yarattığını ortaya koymaktadır. Sağlık hizmet sunumunun niteliğini yansıtan insan kaynağı göstergelerinin, özellikle dinamik yapı altında daha anlamlı sonuçlar üretmesi, giden sağlık turizminin yalnızca maliyet temelli değil, aynı zamanda algılanan hizmet kalitesiyle de yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, çalışmanın ampirik çerçevesini güçlendirmekte ve cepten sağlık harcamalarının giden sağlık turizmi üzerindeki etkisini dinamik bir perspektiften doğrulamaktadır.

Tablo 4.7’de cepten yapılan sağlık harcamalarının kişi başına düşen düzeyi (Ceptenharcama²) dikkate alınarak elde edilen bulguların ardından, Tablo 4.8’de analiz bir adım ileri taşınmaktadır. Bu tabloda cepten yapılan sağlık harcamaları, satın alma gücü paritesine göre düzeltilmiş kişi başına düşen ABD doları cinsinden değerleri (Ceptenharcama³) ile modele dâhil edilmekte; böylece ülkeler arası fiyat düzeyi farklılıkları kontrol edilerek giden sağlık turizmi harcamaları (Sturizm²) üzerindeki etkiler yeniden değerlendirilmektedir. Aynı zamanda sağlık hizmeti kapasitesini temsilen

yatak, hekim ve hemşire sayıları ayrı modellerde ele alınarak sonuçların sağlamlığı test edilmektedir.

Tablo 4.8 Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları (Ceptenharcama3) ile Kişi Başına Düşen Giden Sağlık Turizmi Harcamaları (Sturizm2) Arasındaki İlişki

Değişkenler	Model 1	Model 2	Model 3
Sturizm21	0,523183*** (0,129414)	0,372874*** (0,047733)	0,437048*** (0,090134)
Gelirdüzeyi	0,001218* (0,000565)	0,000704*** (0,000166)	0,000520+ (0,000280)
Fiyatlar	12,672830** (4,870112)	12,072420** (3,515730)	8,331612* (3,918800)
Sağlkkalitesi1	-0,667843 (0,989142)		
Sağlkkalitesi2		1,586574** (0,527063)	
Sağlkkalitesi3			0,971300+ (0,562518)
Pandemi	-8,627796*** (2,725009)	-2,965492*** (0,433870)	-5,429445*** (1,550685)
Ceptenharcama3	0,009697+ (0,005043)	0,010194** (0,003422)	0,011583** (0,004227)
Sabit	-17,234830** (6,580377)	-13,959560*** (3,413712)	-12,426810*** (2,597605)
Gözlem Sayısı	837	784	791
Grup Sayısı	79	80	80
Birim etkileri için F testi	3,01***	13,81***	5,02***
Tesadüfi etkiler için Hausman testi	225,934815***	904,501698***	366,742374***
F İstatistiği	65,903510***	217,420500***	112,572400***
R²	0,880405	0,963606	0,931378

Not: Parantez içindeki değerler Driscoll–Kraay dirençli standart hataları göstermektedir. *** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,10$, + $p < 0,15$.

Tablo 4.8’de, giden sađlık turizmi harcamalarının kiři bařına dűřen dűzeyi (Sturizm2) bađımlı deđiřken olarak ele alınmıř; bireylerin yurtiçinde sađlık hizmetleri için yaptıđı satın alma gűcű paritesine gűre kiři bařına dűřen cepten sađlık harcamaları (Ceptenharcoma3) temel açıklayıcı deđiřken olarak modele dâhil edilmiřtir. Analizler, sađlık hizmetlerinin arz ve kalite boyutunu temsilen sırasıyla 1000 kiři bařına dűřen yatak sayısı (Sađlıkkalitesi1), hekim sayısı (Sađlıkkalitesi2) ve hemřire sayısı (Sađlıkkalitesi3) deđiřkenlerini içeren űç ayrı sabit etkiler modeliyle gerçekteřtirilmiřtir.

Elde edilen bulgular, Sturizm2’nin gecikmeli deđerinin (Sturizm21) tűm modellerde pozitif ve %1 anlamlılık dűzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduđunu gűstermektedir. Bu sonuç, kiři bařına dűřen giden sađlık turizmi harcamalarının gűçlű bir zamansal sűreklilik (atalet) sergilediđini; geçmiř dűnemde yűksek olan yurtdıřı sađlık harcamalarının, cari dűnemde de benzer eđilimleri sűrűklediđini ortaya koymaktadır.

Gelir dűzeyi (Gelirdűzeyi) deđiřkeni tűm modellerde pozitif katsayıya sahiptir. Model 1 ve Model 2’de istatistiksel olarak anlamlı olan bu bulgu, kiři bařına dűřen gelir arttıkça bireylerin yurtdıřında sađlık hizmeti alma eđiliminin gűçlendiđini gűstermektedir. Model 3’te gelir dűzeyinin daha dűřűk anlamlılık dűzeyinde kalması, sađlık hizmetlerinin beřerű kapasitesini temsil eden deđiřkenlerin gelir etkisini kısmen absorbe edebildiđine iřaret etmektedir. Satın alma gűcűne gűre nispi fiyatlar (Fiyatlar) deđiřkeni, Tablo 4.8’de tűm modellerde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu bulgu, yurtiçinde sađlık hizmetlerinin gűreli olarak pahalılařmasının, bireyleri yurtdıřında sađlık hizmeti talebine yűnlendirdiđini açık biçimde gűstermektedir. űzellikle katsayı bűyűklűkleri, fiyat farklarının giden sađlık turizmi kararlarında belirleyici bir maliyet unsuru olduđunu teyit etmektedir.

Sağlık hizmetlerinin arz ve kalite boyutunu temsilen kullanılan değişkenler incelendiğinde; 1000 kiři başına dűřen yatak sayısının (Sağlıkkalitesi1) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gűrűlmektedir. Buna karşılık, hekim sayısı (Sağlıkkalitesi2) ve hemşire sayısı (Sağlıkkalitesi3) değişkenleri pozitif katsayıya sahip olup hekim sayısı istatistiksel olarak anlamlı, hemşire sayısı ise sınırda anlamlıdır ($p < 0,15$). Bu durum, giden sağlık turizmi kararlarında fiziksel kapasiteden ziyade, sağlık hizmetlerinin beřerű sermaye ve algılanan hizmet kalitesi boyutunun daha etkili olduğunu gűstermektedir.

Pandemi dűnemini temsil eden kukla deđiřken (Pandemi), tűm modellerde negatif ve yűksek dűzeyde anlamlıdır. Bu bulgu, 2020–2021 dűneminde COVID-19 pandemisi nedeniyle uygulanan seyahat kısıtlamaları, sađlık sistemlerinin acil hizmetlere yűnelmesi

ve artan belirsizlik ortamının, kiři başına dūřen giden sağlık turizmi harcamalarını belirgin biçimde azalttığını ortaya koymaktadır.

Çalışmanın temel ilgi değışkeni olan Ceptenharcoma³, tüm modellerde pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç, bireylerin yurtiçinde cebinden yaptığı sağlık harcamaları arttıkça, yurtdışında sağlık hizmeti alma eğilimlerinin güçlendiğini göstermektedir. Satın alma gücü paritesine göre düzeltilmiş bu değışkenin istatistiksel olarak anlamlı bulunması, söz konusu ilişkinin ülkeler arası fiyat düzeyi farklılıklarından bağımsız olarak da geçerli olduğunu ortaya koymakta ve çalışmanın ana hipotezini güçlü biçimde desteklemektedir.

Genel olarak değerlendirildiğinde, Tablo 4.8 bulguları; kiři başına dūřen giden sağlık turizmi harcamalarının, gelir düzeyi, nispi fiyatlar, sağlık hizmetlerinin beşerî kapasitesi ve özellikle cepten yapılan sağlık harcamaları ile yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, cepten sağlık harcamalarının artmasının bireyleri yurtdışında sağlık hizmeti arayışına yönelten önemli bir itici faktör olduğunu ortaya koymakta ve önceki tablolarla birlikte çalışmanın ampirik bütünlüğünü güçlendirmektedir.

5. TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada, sağlık finansman sistemlerinin temel göstergelerinden biri olan cepten yapılan sağlık harcamalarının, giden sağlık turizmi performansı üzerindeki etkisi incelenmiştir. Araştırma, 2005–2022 dönemini kapsayan ve 80 ülkeden oluşan dengeli panel veri seti kullanılarak yürütülmüştür. Analiz sürecinde, panel veri ekonometrisinin güçlü yöntemlerinden biri olan; yatay kesit bağımlılığı, otokorelasyon ve değişen varyans sorunlarına karşı dirençli sonuçlar üreten Driscoll–Kraay standart hatalı sabit etkiler yaklaşımı tercih edilmiştir.

Giden sağlık turizmi performansı; (i) toplam hizmet ithalatının yüzdesi olarak (Sturizm1) ve (ii) kişi başına düşen harcama düzeyi olarak (Sturizm2) iki farklı boyutta ele alınmış; statik ve dinamik modeller aracılığıyla kapsamlı bir değerlendirmeye tabi tutulmuştur. Bu bölümde, elde edilen ampirik bulgular literatür ışığında tartışılmakta, çalışmanın sonuçları özetlenmekte ve politika yapıcılar ile gelecek araştırmalar için öneriler sunulmaktadır.

5.1. Tartışma

Bu çalışmada elde edilen ampirik bulgular, sağlık turizmi talebini etkileyen faktörleri inceleyen uluslararası yazınla karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiş ve dört temel eksenle tartışılmıştır.

Finansal Yük ve "İtici Güç" (Push Factor) Olarak Cepten Harcamalar: Çalışmanın en çarpıcı ve özgün bulgusu, cepten yapılan sağlık harcamalarının (OOP) giden sağlık turizmi üzerindeki pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı etkisidir. Bu sonuç, sağlık turizmi literatüründeki "İtici ve Çekici Güçler" (Push and Pull Factors) teorisi bağlamında güçlü bir kanıt sunmaktadır. Smith ve Forgione (2007), hastaları sınır ötesine iten en önemli faktörlerin başında menşe ülkedeki yüksek maliyetler ve finansal koruma eksikliğinin geldiğini belirtmektedir. Çalışmamızda OOP değişkeninin pozitif katsayısı, bireylerin kendi ülkelerindeki sağlık sisteminde karşılaştıkları doğrudan mali yük arttıkça, alternatif ve daha uygun maliyetli pazarlara yönelme eğiliminin (cost-sensitivity) arttığını doğrulamaktadır.

Ayrıca bu bulgu, Xu ve diğerleri (2007) tarafından ortaya konulan "yüksek cepten harcamaların hanehalkı üzerinde finansal felaket riski yarattığı" teziyle birlikte okunduğunda; giden sağlık turizminin, bireyler için bir tür rasyonel maliyet minimizasyonu davranışı olarak değerlendirilebileceği söylenebilir. Connell (2013) de

benzer şekilde, özellikle gelişmiş ülkelerden gelişmekte olan ülkelere yönelik hasta akışının temelinde, yurt içindeki finansal erişim zorluklarının yattığını vurgulamaktadır. Dolayısıyla, cepten harcamalar arttıkça vatandaşların yurt dışı seçeneklere yönelmesi, rasyonel bir tüketici davranışı olarak ortaya çıkmaktadır.

Gelir Etkisi ve Sağlık Hizmetinin Niteliği: Kişi başına düşen gelirin (Gelirdüzeyi) sağlık turizmi harcamalarını artırıcı etkisi, sağlık ekonomisindeki "Lüks Mal Hipotezi" ile paralellik göstermektedir. Bulgularımız, gelir düzeyi arttıkça bireylerin sağlık hizmeti için uluslararası hareketliliğinin arttığını göstermektedir. Bu durum, Horowitz ve Rosensweig (2007) tarafından belirtildiği üzere, sağlık turizminin yalnızca "maliyet odaklı" (tasarruf arayanlar) değil, aynı zamanda "kalite odaklı" (daha iyi teknoloji ve hizmet arayanlar) bir yönü olduğunu kanıtlamaktadır. Gelir arttıkça, sağlık hizmetinin marjinal faydası artmakta ve bireyler yerel pazarın kısıtlarını aşarak küresel pazara entegre olmaktadır. Fiyatlar değişkeninin pozitif etkisi de yurt içi fiyatlar genel seviyesinin yükselmesinin (görelî pahalılık), bireyleri maliyet avantajı sunan ülkelere yönlendirdiğini göstermektedir. Gelir etkisinin bazı modellerde zayıflaması, sağlık hizmetlerinin beşerî kapasitesini temsil eden göstergelerin, gelir düzeyi ile birlikte etkileşim içinde çalıştığını ve bireylerin kararlarında yalnızca satın alma gücünün değil, algılanan hizmet niteliğinin de belirleyici olduğunu düşündürmektedir.

Nicelikten Ziyade Nitelik: Sağlık İnsan Kaynağının Rolü: Analiz sonuçlarında fiziksel altyapıyı temsil eden yatak sayısının istatistiksel olarak anlamsız, buna karşılık beşerî sermayeyi temsil eden hekim ve hemşire sayısının anlamlı ve pozitif çıkması, literatürdeki "kalite sinyali" (quality signaling) tartışmalarıyla örtüşmektedir. Hanefeld ve diğerleri (2014), medikal turistlerin destinasyon seçiminde en kritik unsurun "güven" ve "uzmanlık" olduğunu belirtmektedir. Yatak sayısı salt bir fiziksel kapasiteyi ifade ederken; hekim ve hemşire yoğunluğu, hizmetin tıbbi kalitesine ve bakım standartlarına işaret etmektedir. Çalışmamızın bu bulgusu, Turner (2007)'in "sağlık turizminde rekabetin artık fiyat üzerinden değil, akreditasyon ve uzmanlaşmış insan kaynağı üzerinden şekillendiği" görüşünü ampirik olarak desteklemektedir. Yani yüksek hekim yoğunluğu olan ülkelere de yurt dışına çıkış olması, hastaların "genel bakım" değil, "niş uzmanlık" arayışında olduğunu düşündürmektedir.

Dinamik Süreklilik ve "Ağ Etkisi" (Network Effect): Dinamik panel veri modellerinden elde edilen gecikmeli değişken katsayılarının yüksek anlamlılığı, sağlık turizminin yapısal bir atalet (inertia) içerdiğini göstermektedir. Bu bulgu, Song ve Li (2008) tarafından turizm talebi modellerinde vurgulanan "alışkanlık etkisi"nin sağlık

turizmi özelinde de geçerli olduğunu ortaya koymaktadır. Bir ülke vatandaşları belirli bir destinasyona gitmeye başladığında, oluşan "kulaktan kulağa pazarlama" (word-of-mouth) ve kurulan kurumsal bağlantılar, fiyat veya gelir şokları olsa bile akışın devam etmesini sağlamaktadır. Bu durum, sağlık turizmi pazarının kısa vadeli fiyat dalgalanmalarından ziyade, uzun vadeli güven ilişkilerine ve yerleşik davranış kalıplarına dayandığını göstermektedir.

Ayrıca elde edilen bulgular, giden sağlık turizminin yalnızca bireysel maliyet hesaplarına dayalı bir karar olmadığını; sağlık sisteminin kurumsal yapısı, insan kaynağı kapasitesi ve algılanan hizmet kalitesi ile birlikte şekillenen bütüncül bir süreç olduğunu göstermektedir. Bu yönüyle çalışma, sağlık turizmini yalnızca fiyat farkları veya gelir düzeyi ile açıklayan yaklaşımlardan ayrılmakta; sağlık sistemlerinin yapısal özelliklerinin bireylerin sınır ötesi sağlık hizmeti tercihlerinde belirleyici rol oynadığını ortaya koymaktadır. Dolayısıyla giden sağlık turizmi, sağlık finansmanı, hizmet sunumu ve kalite algısının kesişim noktasında yer alan çok boyutlu bir olgu olarak değerlendirilmelidir.

5.2. Sonuç

Bu tez çalışması, cepten yapılan sağlık harcamalarının giden sağlık turizmi üzerindeki etkisini çok boyutlu bir perspektifle analiz ederek literatürdeki önemli bir boşluğu doldurmuştur. Ekonometrik analizler sonucunda; yurt içi sağlık finansman sisteminin vatandaşlara yeterli koruma sağlayamaması (yüksek cepten harcamalar) durumunda, giden sağlık turizminin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmanın temel çıkarımı şudur: Vatandaşların sağlık hizmetleri için ceplerinden yaptıkları harcamalar, onları yurt dışı alternatifleri aramaya iten güçlü bir finansal motivasyon aracıdır. Ancak giden sağlık turizmi sadece maliyet odaklı bir tercih değil; geçmiş davranışların (alışkanlık), gelir düzeyinin ve sağlık hizmet sunum kapasitesinin (insan kaynağı niteliğinin) etkileşimiyle şekillenen dinamik ve karmaşık bir süreçtir. Pandemi değişkeninin negatif ve istatistiksel olarak anlamlı çıkması ise, küresel sağlık krizlerinin bu pazar üzerindeki yıkıcı etkisini ampirik olarak doğrulamış, ancak modelin temel yapısal ilişkilerinin kriz dönemlerinde dahi (yön olarak) tutarlılığını koruduğunu göstermiştir.

Bu bağlamda çalışma, sağlık finansman sistemlerinde cepten harcamaların azaltılmasının yalnızca sosyal refah ve finansal koruma açısından değil, aynı zamanda

ülkelerin dış sağlık harcamalarını ve giden sağlık turizmi kaynaklı döviz çıkışlarını kontrol edebilmesi açısından da kritik bir politika aracı olduğunu ortaya koymaktadır. Bulgular, güçlü bir sağlık insan kaynağına ve kapsayıcı finansman yapısına sahip ülkelerde, bireylerin yurt dışı sağlık hizmetlerine yönelme eğiliminin zayıflayabileceğine işaret etmektedir. Dolayısıyla sağlık turizmi politikaları, yalnızca uluslararası hasta çekmeye odaklanmak yerine, ulusal sağlık sisteminin iç tutarlılığını ve vatandaşlar için cazibesini artırmayı da hedeflemelidir.

5.3. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular ışığında, politika yapıcılar ve araştırmacılar için aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

Politika Yapıcılara Yönelik Öneriler: Finansal Korumanın Güçlendirilmesi: Ülkeler, giden sağlık turizmini (potansiyel döviz çıkışını) kontrol altına almak ve vatandaşlarını yurt içinde tutmak istiyorlarsa, öncelikle cepten yapılan sağlık harcamalarını düşürecek kapsayıcı sigorta modellerini hayata geçirmelidir. Finansal koruma kalkanının güçlendirilmesi, dışa kaçışı azaltacak en etkili araçtır.

İnsan Kaynağına Yatırım: Analiz sonuçları, fiziksel kapasite artışının (yatak sayısı) tek başına yeterli olmadığını göstermiştir. Bu nedenle sağlık politikalarında öncelik, bina inşaatından ziyade hekim ve hemşire istihdamının ve niteliğinin artırılmasına verilmelidir.

Uzun Vadeli Strateji: Sağlık turizminin yüksek "alışkanlık etkisi" taşıdığı dikkate alındığında, ülkelerin sağlık stratejilerini kısa vadeli fiyat rekabeti üzerine değil, uzun vadeli güven ve kalite algısı üzerine inşa etmeleri gerekmektedir (Işık, 2024: 1226).

Gelecek Araştırmalar İçin Öneriler: Bu çalışma makro verilerle (ülke düzeyi) sınırlandırılmıştır. İleride yapılacak çalışmaların, hasta düzeyindeki mikro verileri (hastane kayıtları, anketler) kullanarak bireysel tercih mekanizmalarını incelemesi, maliyet ve kalite tercihleri arasındaki değiş tokuşu (trade-off) daha net ortaya koyacaktır.

Giden sağlık turizminin tedavi türlerine (estetik, onkoloji, diş vb.) göre ayrıştırıldığı daha detaylı veri setleri, farklı motivasyonların anlaşılmasını sağlayabilir.

Pandemi sonrası dönemin (2023 ve sonrası) verilerinin de dâhil edileceği güncel çalışmalar, sektördeki toparlanma dinamiklerinin ve değişen tüketici alışkanlıklarının anlaşılması açısından yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

- Ağazade, S. (2026). Is there a global trend toward better energy structure? Convergence analysis of energy diversification. *International Journal of Green Energy*, 23(2), 504–513. <https://doi.org/10.1080/15435075.2025.2561202>
- Ağazade, S., & Ergün, A. (2024). Health Tourism Revenues and Real Exchange Rate Relationship in Türkiye. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*, 25(5), 1402–1419. <https://doi.org/10.1080/1528008X.2022.2158992>
- Al-Aamri, A. K., Al-Busafi, S. A., Al-Harthi, H. A., Al-Harthy, S. S., Al-Alawi, K., Al-Maamari, A., Al-Maniri, A. A., Al-Sabti, H., Al-Rasadi, K., ve Padmadas, S. S. (2025). Demographic data of patients travelling from public hospitals for medical treatment abroad: Outbound medical tourism in the Sultanate of Oman. *BMJ Public Health*, 3, e002282. <https://doi.org/10.1136/bmjph-2024-002282>
- Alghamdi, A., Algarni, E., Altowaijri, A., Balkhi, B., ve Alhossan, A. (2021). Healthcare expenditures associated with heart failure in Saudi Arabia: a cost of illness study. *Healthcare*, 9(8), 988. <https://doi.org/10.3390/healthcare9080988>
- Alshamsi, A. I. (2024). A review of the United Arab Emirates healthcare systems on medical tourism and accreditation. *Frontiers in Health Services*, 4. <https://doi.org/10.3389/frhs.2024.1329252>
- Alshamsi, S., Narci, H. O., ve Hamidi, S. (2022). Healthcare resource utilization and direct costs of transfusion-dependent thalassemia patients in Dubai, United Arab Emirates: a retrospective cost-of-illness study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 304. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07663-6>
- Atanasova, E., Rechel, B., Moutafova, E., Pavlova, M., ve Groot, W. (2012). Out-of-pocket payments for health care services in Bulgaria: financial burden and barrier to access. *The European Journal of Public Health*, 23(6), 916–922. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks169>
- Baird, K. E. (2016). The impact of health insurance coverage on health disparities. *Health Economics*, 25(2), 149–163. <https://doi.org/10.1002/hec.3130>
- Baltagi, B. H. (1995). *Econometric analysis of panel data*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Baltagi, B. H. (2013). *Econometric analysis of panel data* (5th ed.). John Wiley & Sons.
- Baltussen, R. (2002). Perceived quality of care of primary health care services in Burkina Faso. *Health Policy and Planning*, 17(1), 42–48. <https://doi.org/10.1093/heapol/17.1.42>
- Barros, A. J., ve Bertoldi, A. D. (2008). Out-of-pocket health expenditure in a population covered by the Family Health Program in Brazil. *International Journal of Epidemiology*, 37(4), 758–765. <https://doi.org/10.1093/ije/dyn063>
- Białczyk, A., Leśniak, G., Mrowiec, J., Otałęga, A., ve Nadolny, F. (2024). Exploring digital health horizons: a narrative review of e-health innovations in Poland, Spain, Romania and Estonia. *Prospects in Pharmaceutical Sciences*, 22(1), 32–37. <https://doi.org/10.56782/pps.178>
- Biddle, L., Bozorgmehr, K., ve Wahedi, K. (2020). Health system resilience: a literature review of empirical research. *Health Policy and Planning*, 35(8), 1084–1109. <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa032>

- Bookman, M. Z., ve Bookman, K. R. (2007). *Medical tourism in developing countries*. New York: Palgrave Macmillan.
- Béland, D., ve Zarzeczny, A. (2018). Medical tourism and national health care systems: an institutionalist research agenda. *Globalization and Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0387-0>
- Callaghan, B. C., Magliocco, B., Kerber, K. A., Esper, G. J., Reynolds, E., Banerjee, M., Burke, J. F., ve Skolarus, L. E. (2019). Out-of-pocket costs are on the rise for commonly prescribed neurologic medications. *Neurology*, 92(22), e2604–e2613. <https://doi.org/10.1212/wnl.00000000000007564>
- Carvalho, M., Paecheco, A., Exposto, L., Pires, C., ve Ximenes, L. (2025). The quality of health service towards patient satisfaction in Liquidoe Health Centre, Aileu Municipality, Timor-Leste. *International Journal of Scientific Multidisciplinary Research*, 3(4), 617–626. <https://doi.org/10.55927/ijsmr.v3i4.182>
- Charron-Chénier, R., ve Mueller, C. W. (2018). Racial disparities in medical spending: healthcare expenditures for Black and White households (2013–2015). *Race and Social Problems*, 10(2), 113–133. <https://doi.org/10.1007/s12552-018-9226-4>
- Connell, J. (2011). A new inequality? Privatisation, urban bias, migration and medical tourism. *Asia Pacific Viewpoint*, 52(3), 260–271. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8373.2011.01454.x>
- Connell, J. (2013). Contemporary medical tourism: conceptualisation, culture and commodification. *Tourism Management*, 34, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2012.05.009>
- Crooks, V. A., Turner, L., Cohen, I. G., Bristeir, J., Snyder, J., Casey, V., ve Whitmore, R. (2013). Ethical and legal implications of the risks of medical tourism for patients: a qualitative study of Canadian health and safety representatives' perspectives. *BMJ Open*, 3(2), e002302. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002302>
- Crystal, S., Johnson, R. W., Harman, J., Sambamoorthi, U., ve Kumar, R. (2000). Out-of-pocket health care costs among older Americans. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(1), S51–S62. <https://doi.org/10.1093/geronb/55.1.S51>
- Çeviker, K., ve Özcan, C. C. (2020). G7 ülkelerinde turist sayıları ve sağlık harcamaları ilişkisi: panel nedensellik testi. *Turkish Studies - Economy*, 15(3), 1285–1297. <https://doi.org/10.47644/TurkishStudies.43425>
- Damme, W. V., Meessen, B., Hardeman, W., Por, I., ve Leemput, L. V. (2004). Out-of-pocket health expenditure and debt in poor households: evidence from Cambodia. *Tropical Medicine & International Health*, 9(2), 273–280. <https://doi.org/10.1046/j.1365-3156.2003.01194.x>
- Driscoll, J. C., ve Kraay, A. C. (1998). Consistent covariance matrix estimation with spatially dependent panel data. *Review of Economics and Statistics*, 80(4), 549–560.
- Ebaidalla, E. M., ve Ali, M. E. M. (2019). Determinants and impact of household's out-of-pocket healthcare expenditure in Sudan: evidence from urban and rural population. *Middle East Development Journal*, 11(2), 181–198. <https://doi.org/10.1080/17938120.2019.1668163>
- Fasseeh, A., Elezbawy, B., Adly, W., Elshahawy, R., George, M., Abaza, S., Elshalakani, A., ve Kaló, Z. (2022). Healthcare financing in Egypt: a systematic literature review.

- Goldsbury, D. E., Haywood, P., Pearce, A., Collins, L. G., Karikios, D., Canfell, K., ... & Weber, M. F. (2024). Out-of-pocket health care expenses for people with and without cancer, New South Wales, 2020: a cross-sectional study. *The Medical Journal of Australia*, 221(2), 94–102. <https://doi.org/10.5694/mja2.52367>
- Goniewicz, K., Burkle, F. M., Dzhus, M., ve Khorram-Manesh, A. (2023). Ukraine's healthcare crisis: sustainable strategies for navigating conflict and rebuilding for a resilient future. *Sustainability*, 15(15), 11602. <https://doi.org/10.3390/su151511602>
- Gordon, L. G., Pandeya, N., Whiteman, D. C., Study, F., Olsen, C. M., ve Elliott, T. M. (2018). Patient out-of-pocket medical expenses over 2 years among Queenslanders with and without a major cancer. *Australian Journal of Primary Health*, 24(6), 530. <https://doi.org/10.1071/py18003>
- Gulaliyev, M., Abadov, M., Gapagov, V., Mehdiyeva, I., ve Mahmudov, J. (2025). The impact of macroeconomic factors on mortality from non-communicable diseases: evidence from Azerbaijan. *Economies*, 13(5), 115. <https://doi.org/10.3390/economies13050115>
- Hajizadeh, M., ve Nghiem, H. S. (2011). Out-of-pocket expenditures for hospital care in Iran: who is at risk of incurring catastrophic payments? *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 11(4), 267–285. <https://doi.org/10.1007/s10754-011-9099-1>
- Hall, C. M. (2011). Health and medical tourism: a kill or cure for global public health? *Tourism Review*, 66(1/2), 4–15. <https://doi.org/10.1108/16605371111127198>
- Hanefeld, J., Horsfall, D., Lunt, N., ve Smith, R. (2013). Medical tourism: a cost or benefit to the NHS? *PLoS ONE*, 8(10), e70406. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0070406>
- Hanefeld, J., Horsfall, D., Smith, R., ve 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. *Journal of Travel Medicine*, 21(6), 410–417. <https://doi.org/10.1111/jtm.12147>
- Hanefeld, J., Lunt, N., Smith, R., ve Horsfall, D. (2014). Why do medical tourists travel to where they do? The role of networks in determining medical travel. *Social Science & Medicine*, 124, 356-363.
- Hedayati, M., Maleki, M., Asl, I. M., Fazaeli, A. A., ve Goharinezhad, S. (2024). Exploring the driving forces and scenario analysis for catastrophic and impoverishing health expenditures in Iran. *BMC Health Services Research*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10551-w>
- Hoechle, D. (2007). Robust standard errors for panel regressions with cross-sectional dependence. *The Stata Journal*, 7(3), 281-312.
- Horowitz, M. D., ve Rosensweig, J. A. (2007). Medical tourism: health care in the global economy. *The Physician Executive*, 33(6), 24-30.
- Iragorri, N., De Oliveira, C., Fitzgerald, N., ve Essue, B. (2021). The out-of-pocket cost burden of cancer care—a systematic literature review. *Current Oncology*, 28(2), 1216–1248. <https://doi.org/10.3390/curroncol28020117>

- Işık, F. (2024). OECD ülkelerinin rekabet performansının entropi tabanlı GİA yöntemiyle değerlendirilmesi. *Uluslararası Yönetim Akademisi Dergisi*, 6(4), 1214-1230. <https://doi.org/10.33712/mana.1343883>
- Işık, F. (2025). Mobil sağlık uygulamalarında kullanıcı deneyimi: e-nabız üzerine bir içerik analizi. In M. Ashfaq, S. Bali, G. Bayramoğlu, N. Palabıyık, & S. Yousaf (Eds.), *Planet, people, and peace in the age of artificial intelligence: full text proceedings book* (ss. 403–420). Academic Studies Publishing. <https://doi.org/10.71284/asc.2025240>
- Jarach, C. M., Lugo, A., Trochidis, I., Cederroth, C. R., Van Den Brandt, P. A., Cima, R., Lopez-Escamez, J. A., Schoisswohl, S., Cima, R., Cima, R., Odone, A., Lopez-Escamez, J. A., Cederroth, C. R., Langguth, B., Schlee, W., Langguth, B., Lopez-Escamez, J. A., Kikidis, D., Schlee, W., ... Schecklmann, M. (2024). The out-of-pocket expenses of people with tinnitus in Europe. *Journal of Epidemiology*, 34(11), 515–525. <https://doi.org/10.2188/jea.je20230358>
- John, S. P., ve Larke, R. (2016). An analysis of push and pull motivators investigated in medical tourism research published from 2000 to 2016. *Tourism Review International*, 20(2), 73–90. <https://doi.org/10.3727/154427216x14713104855810>
- Kamath, S., Maliyekkal, J., Elstin Anbu Raj, S., Varshini, R. J., Brand, H., Sirur, A., Singh, V., Prabhu, V., Sumit, K., ve Kamath, R. (2025). Understanding out-of-pocket expenditure in India: a systematic review. *Frontiers in Public Health*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1594542>
- Kaonga, O., Banda, C., ve Masiye, F. (2019). Hardship financing of out-of-pocket payments in the context of free healthcare in Zambia. *PLoS ONE*, 14(4), e0214750. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214750>
- Karim, M. (2015). Afghanistan's outbound medical tourism and its socio-economic consequences. *Central Asian Journal of Global Health*, 4(1), 123. <https://doi.org/10.5195/cajgh.2015.123>
- Kenanoğlu, S., ve Aydın, O. (2022). Out-of-pocket health expenditures and poverty in Turkey: an empirical evaluation. *Anadolu University Journal of Social Sciences*, 22(2), 145–162. <https://doi.org/10.53443/anadoluibfd.907290>
- Kennedy, P. (2006). *A guide to econometrics* (6th ed.). Malden, MA: Blackwell.
- Klijs, J., Heijman, W., Ormond, M., Mainil, T., ve Peerlings, J. (2016). A state-level analysis of the economic impacts of medical tourism in Malaysia. *Asian-Pacific Economic Literature*, 30(1), 3–29. <https://doi.org/10.1111/apel.12132>
- Knoppers, B. M., Deschênes, M., Zawati, M. H., ve Tassé, A. M. (2012). Population studies: return of research results and incidental findings policy statement. *European Journal of Human Genetics*, 21(3), 245–247. <https://doi.org/10.1038/ejhg.2012.152>
- Kraay, A. (1998). In search of the macroeconomic effects of capital account liberalization. World Bank, 201.
- Kuzkaya, Ü., Işık, F., ve Sözen, M. E. (2023). Sektörel paydaşlar perspektifinden Alanya'da medikal turizm. *Uluslararası Ekonomi Siyaset İnsan Ve Toplum Bilimleri Dergisi*, 6(4), 236-250. <https://doi.org/10.59445/ijephss.1340238>

- Law, R., Fu, H., Fong, L. H. N., Fong, D. K. C., ve Sun, S. (2016). A systematic review of China's outbound tourism research. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 28(12), 2654–2674. <https://doi.org/10.1108/ijchm-06-2015-0323>
- Longo, C. J., Maity, T., Cheung, W. Y., D'Souza, D., Wright, J., Gopaul, D., Ringash, J., Mathews, M., Urquhart, R., Turner, D., Carlson, L. E., Stevens, C., Loree, J. M., Haddad, E., Fitch, M. I., Balderrama, F., ve Ellis, J. (2021). Patient and family financial burden associated with cancer treatment in Canada: a national study. *Supportive Care in Cancer*, 29(6), 3377–3386. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05907-x>
- Mahmud, M. S., Annie, E. J., Lima, R. P., ve Rahman, M. M. (2020). Outbound medical tourism experience, satisfaction and loyalty: lesson from a developing country. *Journal of Hospitality and Tourism Insights*, 4(5), 545–564. <https://doi.org/10.1108/jhti-06-2020-0094>
- Meraya, A. M., Raval, A. D., ve Sambamoorthi, U. (2015). Chronic condition combinations and health care expenditures and out-of-pocket spending burden among adults, Medical Expenditure Panel Survey, 2009 and 2011. *Preventing Chronic Disease*, 12(2). <https://doi.org/10.5888/pcd12.140388>
- Mishra, V., ve Sharma, M. G. (2021). Framework for promotion of medical tourism: a case of India. *International Journal of Global Business and Competitiveness*, 16(Suppl 1), 103–111. <https://doi.org/10.1007/s42943-021-00027-7>
- Muhammad Malik, A., & Azam Syed, S. I. (2012). Socio-economic determinants of household out-of-pocket payments on healthcare in Pakistan. *International Journal for Equity in Health*, 11(1), 51.
- Naranong, A., ve Naranong, V. (2011). The effects of medical tourism: Thailand's experience. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(5), 336–344. <https://doi.org/10.2471/blt.09.072249>
- Newey, W. K., ve West, K. D. (1987). A simple, positive semi-definite, heteroskedasticity and autocorrelation consistent covariance matrix. *Econometrica*, 55(3), 703-708.
- Orhaner, E. (2017). Sağlık harcamalarının finansmanında özel sağlık sigortalarının rolü. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 3(3), 398-412
- Ormond, M. (2011). Shifting subjects of health-care: placing 'medical tourism' in the context of Malaysian domestic health-care reform. *Asia Pacific Viewpoint*, 52(3), 247–259. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8373.2011.01457.x>
- Park, S. (2021). Medical service utilization and out-of-pocket spending among near-poor National Health Insurance members in South Korea. *BMC Health Services Research*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06881-8>
- Pesaran, M. H. (2004). General diagnostic tests for cross section dependence in panels. *Cambridge Working Papers in Economics*, 0435, 1-39.
- Pocock, N. S., ve Phua, K. H. (2011). Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia. *Globalization and Health*, 7(1), 12. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-7-12>

- Porterfield, S. L., ve Derigne, L. (2011). Medical home and out-of-pocket medical costs for children with special health care needs. *Pediatrics*, 128(5), 892–900. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-1307>
- Radu, C.-P., Pana, B. C., Pele, D. T., ve Costea, R. V. (2021). Evolution of public health expenditure financed by the Romanian social health insurance scheme from 1999 to 2019. *Frontiers in Public Health*, 9, 795869. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.795869>
- Rasi, S. (2020). Impact of language barriers on access to healthcare services by immigrant patients: a systematic review. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 15(1), 35–48. <https://doi.org/10.24083/apjhm.v15i1.271>
- Rodriguez-Acevedo, A. J., Chan, R. J., Olsen, C. M., Pandeya, N., Whiteman, D. C., ve Gordon, L. G. (2021). Out-of-pocket medical expenses compared across five years for patients with one of five common cancers in Australia. *BMC Cancer*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12885-021-08756-x>
- Rodríguez-Antón, J. M., ve Alonso-Almeida, M. D. M. (2020). COVID-19 impacts and recovery strategies: the case of the hospitality industry in Spain. *Sustainability*, 12(20), 8599.
- Ruger, J. P., ve Kim, H.-J. (2007). Out-of-pocket healthcare spending by the poor and chronically ill in the Republic of Korea. *American Journal of Public Health*, 97(5), 804–811. <https://doi.org/10.2105/ajph.2005.080184>
- Rydén-Bergsten, T., ve Andersson, F. (1999). The health care costs of heart failure in Sweden. *Journal of Internal Medicine*, 246(3), 275–284. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2796.1999.00520.x>
- Shen, Y.-C., ve Mcfeeters, J. (2006). Out-of-pocket health spending between low- and higher-income populations. *Medical Care*, 44(3), 200–209. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000199692.78295.7c>
- Singh, N. (2013). Exploring the factors influencing the travel motivations of US medical tourists. *Current Issues in Tourism*, 16(5), 436–454. <https://doi.org/10.1080/13683500.2012.695341>
- Sirag, A., ve Mohamed Nor, N. (2021). Out-of-pocket health expenditure and poverty: evidence from a dynamic panel threshold analysis. *Healthcare*, 9(5), 536. <https://doi.org/10.3390/healthcare9050536>
- Skarbinski, J. (2002). The burden of out-of-pocket payments for health care in Tbilisi, Republic of Georgia. *JAMA*, 287(8), 1043. <https://doi.org/10.1001/jama.287.8.1043>
- Smith, M., ve Puczko, L. (2014). *Health, tourism and hospitality: spas, wellness and medical travel* (2nd ed.). Routledge.
- Smith, P. C., ve Forgione, D. A. (2007). Global outsourcing of healthcare: a medical tourism decision model. *Journal of Information Technology Case and Application Research*, 9(3), 19–30. <https://doi.org/10.1080/15228053.2007.10856117>
- Snoswell, C. L., Smith, A. C., Page, M., ve Caffery, L. J. (2021). Patient preferences for specialist outpatient video consultations: a discrete choice experiment. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 29(9), 707–715. <https://doi.org/10.1177/1357633x211022898>

- Snyder, J., Dharamsi, S., ve Crooks, V. A. (2011). Fly-by medical care: conceptualizing the global and local social responsibilities of medical tourists and physician voluntourists. *Globalization and Health*, 7(1), 6. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-7-6>
- Snyder, J., Johnston, R., Adams, K., Crooks, V. A., ve Morgan, J. (2016). 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>
- Song, H., ve Li, G. (2008). Tourism demand modelling and forecasting—a review of recent research. *Tourism Management*, 29(2), 203–220.
- Su, Y., Wang, C., ve Li, J. (2022). Outbound tourism and its economic implications: a review. *Journal of Travel Research*, 61(4), 857–874. <https://doi.org/10.1177/00472875211028188>
- Szigeti, S., Evetovits, T., Gaál, P., ve Kutzin, J. (2019). Tax-funded social health insurance: an analysis of revenue sources, Hungary. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(5), 335–348. <https://doi.org/10.2471/blt.18.218982>
- Tse, T. S. M. (2014). A review of Chinese outbound tourism research and the way forward. *Journal of China Tourism Research*, 11(1), 1–18. <https://doi.org/10.1080/19388160.2014.984798>
- Tse, T. S. M., ve Hobson, J. S. P. (2008). The forces shaping China's outbound tourism. *Journal of China Tourism Research*, 4(2), 136–155. <https://doi.org/10.1080/19388160802279459>
- Turner, L. (2007). 'First world health care at third world prices': globalization, bioethics and medical tourism. *Biosocieties*, 2(3), 303–325.
- Turner, L. (2010). “Medical tourism” and the global marketplace in health services: U.S. patients, international hospitals, and the search for affordable health care. *International Journal of Health Services*, 40(3), 443–467. <https://doi.org/10.2190/hs.40.3.d>
- Turner, L. G. (2010). Quality in health care and globalization of health services: accreditation and regulatory oversight of medical tourism companies. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(1), 1–7. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq078>
- Walimbwa, D., Nakibuuka, J., ve Lumu, R. (2025). Medical tourism in Uganda: trends, drivers and policy challenges. *Turkish Journal of Health Policy*, 3(1), 18–35.
- Wang, L., Jia, H.-X., Cheng, S.-J., ve Wong, P. P. W. (2023). Extending the theory of planned behaviour to foreign students' perceptions of traditional Chinese medical tourism. *Environment and Social Psychology*, 9(1). <https://doi.org/10.54517/esp.v9i1.1861>
- Wang, S. Y., Nasir, K., Krumholz, H. M., Valero-Elizondo, J., Khera, R., Ali, H., Cainzos-Achirica, M., ve Pandey, A. (2021). Out-of-pocket annual health expenditures and financial toxicity from healthcare costs in patients with heart failure in the United States. *Journal of the American Heart Association: Cardiovascular and Cerebrovascular Disease*, 10(14). <https://doi.org/10.1161/jaha.121.022164>
- Wooldridge, J. M. (2010). *Econometric analysis of cross section and panel data* (2nd ed.). MIT Press.

- Xu, H., Wang, K., ve Song, Y. M. (2018). Chinese outbound tourism and soft power. *Journal of Policy Research in Tourism, Leisure and Events*, 12(1), 34–49. <https://doi.org/10.1080/19407963.2018.1505105>
- Xu, K., Evans, D. B., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A. M., Musgrove, P., ve Evans, T. (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affairs*, 26(4), 972–983.
- Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramardini, R., Klavus, J., ve Murray, C. J. L. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *The Lancet*, 362(9378), 111–117. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13861-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13861-5)
- Ying, M., Wang, S., Bai, C., ve Li, Y. (2020). Rural-urban differences in health outcomes, healthcare use, and expenditures among older adults under universal health insurance in China. *PLOS ONE*, 15(10), e0240194. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240194>
- You, X., ve Kobayashi, Y. (2011). Determinants of out-of-pocket health expenditure in China. *Applied Health Economics and Health Policy*, 9(1), 39–49. <https://doi.org/10.2165/11530730-000000000-00000>
- Zhao, C., Shen, C., Wang, Q., ve Wang, C. (2018). China’s achievements and challenges in improving health insurance coverage. *Drug Discoveries & Therapeutics*, 12(1), 1–6. <https://doi.org/10.5582/ddt.2017.01064>
- Zhao, S., Wang, Y., Chen, Y., ve Zhou, M. (2025). Healthcare resource allocation and patient choice: evidence from rural China. *International Journal for Equity in Health*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12939-025-02450-1>
- Zhao, Y., Lu, Y., Yang, J., ve Song, J. (2025). The effects of tourism motivation and perceived value on tourists’ behavioral intention toward forest health tourism: the moderating role of attitude. *Sustainability*, 17(2), 713. <https://doi.org/10.3390/su17020713>

EKLER

Ek-1: Çalışmada incelenen ülkelerin listesi

Afganistan	Kanada	İtalya	Nijerya
Arnavutluk	Komorlar	Ürdün	Kuzey Makedonya
Cezayir	Kosta Rika	Kazakistan	Umman
Ermenistan	Hırvatistan	Letonya	Panama
Avusturya	Kıbrıs	Libya	Filipinler
Azerbaycan	Çekya	Lüksemburg	Polonya
Bahamalar	Mısır	Madagaskar	Romanya
Bangladeş	El Salvador	Malavi	Senegal
Belçika	Estonya	Malezya	Seyşeller
Belize	Esvatini	Maldivler	Sierra Leone
Benin	Etiyopya	Mali	Slovenya
Butan	Fiji	Malta	İsveç
Bosna-Hersek	Gürcistan	Meksika	Tacikistan
Botsvana	Almanya	Moğolistan	Tayland
Brezilya	Yunanistan	Karadağ	Tunus
Bulgaristan	Macaristan	Fas	Türkiye
Burkina Faso	İzlanda	Mozambik	Birleşik Krallık
Burundi	Hindistan	Namibya	Amerika Birleşik Devletleri
Yeşil Burun Adaları	Irak	Hollanda	Uruguay
Kamerun	İrlanda	Nijer	Özbekistan

ÖZGEÇMİŞ

Adı-Soyadı : Nagehan ERDOĞAN DİLMEN

Eğitim ve Mesleki Geçmişi:

- 2011; Başkent Üniversitesi, Ankara, Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü
- 2021; Akdeniz Üniversitesi, Antalya Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Hareket Antrenman Bilimleri (YL) (Tezli)
- 2013-2020; Özel Antalya Meydan Tıp Merkezi, Fizyoterapist
- 2021-2022; Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, SHMYO, Öğretim Görevlisi

Yayımları ve Bilimsel/Sanatsal Faaliyetleri:

- 2011; Erdoğan N., Şahin E., Daşkapan A., (2011). Postmenepozal Kadınlarda Egzersiz ile Yaşam Kalitesi ve Farkındalık Arasındaki İlişki, Başkent Üniversitesi Bitirme Tezi.
- 2019; Erdoğan N., Dilmen A., Melekoglu T., (2019). El Bilek Güreşçilerinde Ön Kol Çevresi ve El Kavrama Kuvveti İlişkisi, 2. Dünya Spor Bilimleri Araştırmaları Kongresi, Sözel Bildiri
- 2021; Erdoğan Dilmen N., (2021). İzokinetik Antrenman ve Toparlanmada Elektrouyarım Uygulamalarının Etkileri, Akdeniz Üniversitesi, Yüksek Lisans Bitirme Tezi
- 2022; Erdoğan Dilmen, N., Uymaz, A., O. Sağlık Turizminde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları. Editör: Dr. Öğr. Üyesi Davut Karaman, Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Alanında Uluslararası Araştırmalar X, Eğitim Yayınevi, ss. 293–303 (2022).

Yabancı Dil Bilgisi:

- İngilizce C1
- Almanca B1