



T.C.

ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK TURİZMİ ANA BİLİM DALI

**SAĞLIK SİGORTA PİYASASI VE SAĞLIK AMACI İLE SEYAHAT: PANEL
GMM ANALİZLERİ**

Doktora Tezi

Uğur BOZBAYIR

**Danışman
Prof. Dr. Seymur AĞAZADE**

**ALANYA
2026**

T.C.
ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK SİGORTA PİYASASI VE SAĞLIK AMACI İLE SEYAHAT: PANEL
GMM ANALİZLERİ

Doktora Tezi

Uğur BOZBAYIR
Sağlık Turizmi Ana Bilim Dalı
Sağlık Turizmi Doktora

Danışman
Prof. Dr. Seymur AĞAZADE

ALANYA
(2026)

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.

.....

(İmza)

Uğur BOZBAYIR

ÖNSÖZ / TEŞEKKÜR SAYFASI

Bu tez çalışmam süresince bana yol gösteren ve her aşamada destek olan değerli danışmanım Prof. Dr. Seymur AĞAZADE'ye en içten teşekkürlerimi sunarım. Akademik bilgisi, sabrı ve yönlendirmeleri sayesinde bu çalışmayı tamamlayabilme fırsatım oldu.

Ayrıca, eğitim alma fırsatı bulduğum tüm diğer değerli hocalarıma ve Ana bilim dalı başkanımız Doç. Dr. İ. Suat ÖVEY'e, verdikleri destek ve rehberlik için teşekkürlerimi sunarım.



ÖZET

SAĞLIK SİGORTA PİYASASI VE SAĞLIK AMACI İLE SEYAHAT: PANEL GMM ANALİZLERİ

Uğur BOZBAYIR

Sağlık Turizmi Anabilim Dalı

Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü,

Şubat, 2026 (68 Sayfa)

Sigorta sahipliği ya da sigortasızlık durumu, bireylerin sağlık hizmetine erişim stratejilerini ve sağlık amacıyla seyahat (SAS) kararlarını önemli ölçüde etkilemektedir. Bu çalışma, özel sağlık sigortasının (ÖSİGORTA) SAS üzerindeki etkisini 22 ülkenin 2010-2022 dönemi verileri ile panel veri yöntemi kullanarak incelemektedir. SAS, sağlık amaçlı seyahat harcamalarının toplam hizmet ithalatı içindeki payı ile ölçülürken, ÖSİGORTA bireylerin özel sağlık sigortasına sahip olma oranı ile temsil edilmiştir. Modelde kontrol değişkenleri olarak gelir (GELİR), fiyat (FİYAT), sağlık hizmeti kalitesi (SAĞKALİTE), turizm (TURİZM) ve sağlık sistemi türü (SİSTEM) değişkenleri de yer almaktadır. Tahmin yöntemi olarak Arellano-Bover/Blundell-Bond Sistem Genelleştirilmiş Momentler Yöntemi (Sistem GMM) kullanılmıştır. Gecikmeli bağımlı değişken SAS(-1) tüm modellerde pozitif ve büyük ölçüde anlamlı bulunmuş, SAS harcamalarının geçmiş değerlerine duyarlı olduğunu göstermiştir. Fiyat değişkeni (FİYAT) çoğu modelde pozitif katsayı almış ancak anlamlılığı sınırlıdır, gelir değişkenleri ise büyük çoğunlukta istatistiksel olarak anlamsız çıkmıştır. Sağlık hizmeti kalitesi değişkenleri (YATAK1000, DOKTOR1000) sınırlı ve tutarsız etkiler göstermiştir. Turizm değişkenleri incelendiğinde, uluslararası seyahat edenlerin nüfusa oranı (USO) istatistiksel olarak anlamsız bulunurken, turizm harcamalarının GSYİH'ye oranı (THGO) SAS üzerinde anlamlı ve pozitif etkiler göstermiştir. Sağlık sistemi türünü temsil eden BİSMARCK ve BEVERIDGE kukla değişkenlerinin çoğu modelde anlamlı bulunmaması, sağlık sistemi yapısındaki farklılıkların SAS üzerinde ayrıştırıcı bir etki yaratmadığını göstermektedir. ÖSİGORTA değişkeni ise tüm modellerde tutarlı olarak negatif etki göstermiş, 24 modelin 19'unda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç, özel sağlık sigortasına sahip bireylerin yerel sağlık sistemine yönelimini artırarak yurt dışına yönelik SAS harcamalarını azalttığını ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, özel

sağlık sigortası sahipliği, bireylerin SAS kararlarını açıklamada önemli bir belirleyici olarak öne çıkmakta; gelir, fiyat, sağlık hizmeti kalitesi ve sağlık sistemi türü gibi diğer faktörler ise sınırlı veya tutarsız etkiler göstermektedir. Turizm harcamaları ise SAS üzerinde güçlü ve anlamlı bir destekleyici rol oynamaktadır.

Anahtar Sözcükler: Sağlık Amacı ile Seyahat, Özel Sağlık Sigortası, Dinamik Panel Veri, Sağlık Sistemi Modelleri, Sağlık Turizmi.



ABSTRACT

HEALTH INSURANCE MARKET AND TRAVEL FOR HEALTHCARE

PURPOSES: PANEL GMM ANALYSES

Uğur BOZBAYIR

Department of Health Tourism

Graduate School of Alanya Alaaddin Keykubat University,

February, 2026

The status of insurance ownership or lack of insurance significantly shapes individuals' healthcare access strategies and their health-related travel (HRT) decisions. This study examines the effect of private health insurance ownership (PHI) on HRT using panel data from 22 countries over the period 2010-2022. HRT is measured as the share of health-related travel expenditures in total service imports, while PHI represents the proportion of individuals who own private health insurance. Control variables in the model include income (INCOME), price levels (PRICE), healthcare quality (HEALTH_QUALITY), tourism (TOURISM), and the type of health system (SYSTEM). The estimation method employed is the Arellano-Bover/Blundell-Bond System Generalized Method of Moments (System GMM). The lagged dependent variable SAS(-1) is positive and highly significant in all models, indicating that HRT expenditures are sensitive to their past values. The PRICE variable shows mostly positive coefficients but limited statistical significance, whereas income variables are largely statistically insignificant. Healthcare quality indicators (BEDSPER1000, DOCTORSPER1000) display limited and inconsistent effects. When examining the tourism variables, the proportion of international travelers in the population (PITP) was found to be insignificant, whereas the ratio of tourism expenditures to GDP (RTG) exhibited significant and positive effects on HRT. Dummy variables representing health system types (BISMARCK and BEVERIDGE) are mostly insignificant, suggesting that structural differences in health systems do not meaningfully differentiate HRT outcomes. The PHI variable consistently shows a negative effect across all models and is statistically significant in 19 out of 24 models. This finding indicates that increased private health insurance ownership encourages individuals to utilize domestic healthcare services, thereby reducing SAS expenditures abroad. In conclusion, private health insurance ownership emerges as an important determinant of individuals' HRT decisions, whereas

other factors such as income, price, healthcare quality, and health system type demonstrate limited or inconsistent effects. Tourism expenditures, on the other hand, play a strong and significant supporting role in influencing HRT.

Keywords: Travel for Healthcare Purposes, Private Health Insurance, Dynamic Panel Data, Health System Models, Health Tourism.



İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI	i
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ	ii
ÖNSÖZ / TEŞEKKÜR SAYFASI	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
KISALTMALAR LİSTESİ	xii
1.GİRİŞ	1
2. LİTERATÜR	6
2.1. Sağlık Sigorta Piyasası	6
2.1.1. Sağlık sigortası teorisi.....	6
2.1.2. Sağlık sigortası modelleri	8
2.2. Sağlık Sigortasının Sağlık Amacı ile Seyahate Etkisini Ele Alan Çalışmalar	11
2.2.1. Sağlık sigortasının sağlık amacı ile seyahate etkisini doğrudan ele alan çalışmalar	12
2.2.1.1. Sağlık sigorta kapsamının ve sağlık sigortası statüsünün sağlık amacı ile seyahate etkisi	12
2.2.1.2. Sigorta şirketlerinin politikalarının sağlık amacı ile seyahate etkisi	17
2.2.1.3. Devlet sigorta düzenlemelerinin sağlık amacı ile seyahate etkisi	20
2.2.2. Sağlık sigortasının sağlık amacı ile seyahate etkisini dolaylı olarak ele alan çalışmalar	23
2.2.2.1. Sağlık sigorta kapsamının ve sağlık sigortası statüsünün sağlık amacı ile seyahate etkisi	23
2.2.2.2. Sigorta şirketlerinin politikalarının sağlık amacı ile seyahate etkisi	28
2.2.2.3. Devlet sigorta düzenlemelerinin sağlık amacı ile seyahate etkisi.	29
3. ARAŞTIRMA MODELİ, VERİ SETİ VE YÖNTEM	33
4. BULGULAR.....	38
5. TARTIŞMA	49
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	54

KAYNAKLAR	57
-----------------	----

ÖZGEÇMİŞ



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 3.1 Değişkenlerin tanımları.....	35
Tablo 3.2 Analiz edilen ülkeler ve yakın oldukları sağlık sistemi	35
Tablo 4.1 Değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler.....	39
Tablo 4.2 Değişkenlerin korelasyon tablosu	38
Tablo 4.3 Sistem GMM analizi sonuçları 1 (Bismarck sağlık sistemi için kukla değişken ile)	46
Tablo 4.4 Sistem GMM analizi sonuçları 2 (Beveridge sağlık sistemi için kukla değişken ile)	48

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1 SAS ve ÖSİGORTA dağılım grafiği (ülkelerin ortalamalarına göre)..... 43

Şekil 4.2 SAS ve ÖSİGORTA dağılım grafiği (yılların ortalamasına göre)..... 44



KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ANOVA	Analysis of Variance (Varyans Analizi)
GATS	General Agreement on Trade in Services (Hizmet Ticareti Genel Anlaşması)
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
HEKK	Havuzlanmış En Küçük Kareler
JCI	Joint Commission International
MICMAC	Cross-Impact Matrix Multiplication Applied to Classification (Çapraz Etki Matrisi Çarpımı ile Sınıflandırma)
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)
PVAR	Panel Vector Autoregression (Panel Vektör Otoregresyon)
SAS	Sağlık Amacı ile Seyahat
Sistem GMM	System Generalized Method of Moments (Arellano-Bover/Blundell-Bond Sistem Genelleştirilmiş Momentler Yöntemi)
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats (Güçlü Yönler, Zayıf Yönler, Fırsatlar ve Tehditler)
UNCTAD	United Nations Conference on Trade and Development (Birleşmiş Milletler Ticaret ve Kalkınma Konferansı)
VECM	Vector Error Correction Model (Vektör Hata Düzeltme Modeli)

1. GİRİŞ

Sağlık sistemleri, sınırlı bütçeleri nedeniyle mali katkı taleplerini artırmaktadır (de Souza & Wong, 2013; Laba vd., 2015); bu durum sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği ve toplumun sağlık hizmetlerine erişimi üzerinde baskı yaratabilmektedir. Gelişmiş ülkelerdeki sağlık sistemleri genellikle üç ana model şeklindedir: İlki Beveridge sistemi, devletin sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumunda bütünsel olarak yer aldığı bir modeldir. İkincisi Bismarck modeli, sosyal sigortaya dayalı işleyen bir sistemdir. Bir diğeri ise özel sigortanın önemli bir rol oynadığı piyasa odaklı sağlık sistemidir (Bhattacharya vd., 2014). Bu modeller arasındaki yapısal farklılıklar, sağlık sigortasının kapsamı ve finansman yöntemleri konusunda ülkeler arasında süregelen tartışmaları beraberinde getirmiştir.

Dünya genelinde sağlık sigortası sistemleri konusundaki tartışmalar devam etmektedir ve sağlık finansmanının temel hedefleri arasında kaynakların yönlendirilmesi, sağlık hizmeti sağlayıcılarına uygun mali teşvikler sunulması ve tüm bireylerin etkili sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanması yer almaktadır (Khan vd., 2021). Sağlık finansmanına ilişkin bu tartışmalar, bireylerin sağlık hizmetlerine erişim biçimlerini de dolaylı olarak etkilemektedir. Bireylerin sağlık hizmeti alma yöntemlerinden biri olan sağlık amacı ile seyahat (SAS), uluslararası sınırları aşarak sağlık hizmeti almak için yapılan seyahatleri ifade etmektedir (Kohler, 2009). SAS kavramı ve sınıflandırması hâlâ net olmasa da, literatürde genellikle iki kategori öne çıkmaktadır: hastalık hizmetleri ve sağlık hizmetleri. Buna göre insanlar medikal veya estetik amaçlı prosedürler için seyahat ederler (Hofer vd., 2012; Leahy, 2008; UNWTO, 2017). SAS eden turistler; medikal turizm, nakil turizmi veya dış turizmi gibi somut sağlık hizmetleri için seyahat ettikleri gibi sağlıklı bir beden, zihin ve ruh dengesi arayışıyla da yola çıkmaktadırlar (Chen vd., 2013).

Bu alandaki bireysel tercihleri ve motivasyonları incelemek önemlidir; zira bu unsurlar SAS'ın gelişimini ve yönelimlerini belirleyen temel faktörlerdir. Sağlık turistlerinin önemli tercih sebepleri arasında uzun bekleme listeleri yer almaktadır (Lunt vd., 2011). Öte yandan, gelişmekte olan ülkelerin sağlık turistleri, ülkelerinde mevcut olmayan tedavilere erişebilmek amacıyla gelişmiş ülkelerdeki sağlık merkezlerinde bakım almayı tercih etmektedirler (Ayoub, 2018). Bu motivasyonlara ek olarak

günümüzdeki sağlık turistleri daha yüksek kalite, daha düşük maliyet veya daha hızlı tedavi gibi nedenlerle yurt dışına seyahat etmektedirler (Blouin vd., 2006).

Sağlık turistleri genellikle birkaç gün veya hafta sonu sağlık amaçlı seyahat eder ve SAS yalnızca medikal tedaviyi değil, boş zaman ve esenlik gibi amaçları da içerir; buna ek olarak SAS ülke içindeki siyasi ve sosyal durumu etkileyebilecek bir olgu olarak değerlendirilmektedir (Ormond, 2015). Bu etkilerinin bazı olumsuz sonuçları bulunmaktadır; örneğin organ nakli gibi medikal prosedürlerde etik sorunlar ortaya çıkabilir (Gill vd., 2008). Buna ek olarak yabancı hastaların yerli sağlık sistemini baskı altına alarak iki başlı bir sağlık sistemi yaratma riski de bulunmaktadır (Alvarez vd., 2011). Öte yandan, SAS geleneksel değerleri ve bakımın sürekliliğini göz ardı ederek tıbbi hatalara yol açabilir (Leahy, 2008). Bunun yanında, hükümetlerin SAS'ı geliştirmek için vereceği tavizler, vergi kayıplarına ve yerli sağlık sistemine finansal etkilere yol açabilir.

Diğer bir olumsuz etkisi olarak, SAS beyin göçüne katkıda bulunabilir ve yerli nüfusun sağlık hizmetlerine erişimini olumsuz etkileyebilir (Hadi, 2009). SAS'ın potansiyel olumsuz etkileri dikkate alındığında, sektör kapsamında politika müdahaleleri gerçekleştirilmesi ve yasal koruma mekanizmalarının tesis edilmesi gerekmektedir (Siegal, 2012). Buna karşılık, SAS'ın olumlu etkileri de bulunmaktadır; yüksek maliyetler nedeniyle hastalar, özellikle Amerika ve İngiltere gibi ülkelerden, daha uygun fiyatlarla yurt dışında tedavi olmayı tercih edebilmektedirler (Bookman & Bookman, 2007; MacReady, 2007). Ayrıca, hastalar ihtiyaç duydukları medikal tedaviyi bulamadıkları veya yerel sağlık hizmetlerine güvenemedikleri durumlarda, yurt dışındaki gelişmiş tesislerde uzmanlar tarafından sunulan hizmetleri tercih edebilmektedirler (Achouri & Achour, 2002; Leon, 2002; Widiatmoko & AGani, 2002). Buna ek olarak yurt dışındaki sağlık hizmetleri, gelişmiş bakım, ileri teknoloji ve yüksek uzmanlık seviyesi sunarak hastalara kendi ülkelerine kıyasla önemli avantajlar sağlayabilmektedir (Khan vd., 2021).

SAS, üç farklı tüketici grubunu hedeflemektedir: İlk grup, sağlık sigortasından yoksun veya yetersiz sigortaya sahip olan bireylerdir; bu kişiler, masrafları kendileri karşılamak suretiyle daha uygun fiyatlarla sağlık hizmeti sunan merkezleri tercih etmektedirler (Turner, 2010b). İkinci grup, sağlık sigortası şirketleridir; bu şirketler, maliyet tasarrufu sağlamak amacıyla sağlık hizmetlerini yabancı kaynaklardan temin edebilmek için yabancı varış noktalarına seyahatleri önceden planlayabilmektedirler. Üçüncü grup, hükümet destekli SAS kapsamında hareket eden kişilerdir; bu tür turizmde,

vatandaşlar destinasyon ülkelerde medikal tedavi alabilmeleri için devlet tarafından desteklenmektedir (Cohen, 2011).

SAS'ın finansmanı için kamu gelirleri, sosyal sigorta, özel sigorta, doğrudan ödemeler (out-of-pocket) veya topluluk temelli finansman gibi beş olası kaynak kullanılabilir (Asadi-Lari & Vaez-Mahdavi, 2011). Özellikle doğrudan ödemeler yoluyla sağlık hizmeti alan bireyler, yetersiz arz veya sınırlı sigorta kapsamı nedeniyle istedikleri hizmetlere erişememeleri durumunda, beklemek istememeleri veya uygun sigorta kapsamına sahip olmamaları hâlinde SAS tercih edebilmektedirler (Cohen, 2012). Bu hastalar, daha uygun maliyetli sağlık hizmetlerini bulmak ve tasarruf etmek amacıyla başka ülkelerdeki sağlayıcılara başvurumaktadırlar (Picazo, 2013). Amerika Birleşik Devletleri (ABD) örneğinde, SAS'ın popülaritesi sosyal eşitsizlikler, işveren sağlık sigortası kaybı, artan sağlık sigortası primleri, sınırlı kamu finansmanı ve sağlık hizmetlerine erişimdeki zorluklarla ilişkilendirilmektedir.

Ayrıca, sigortasız veya yetersiz sigortalı olan ve artan sağlık sigortası primlerini ödemekte zorlanan kişilerin sayısındaki artış, ABD'nin uluslararası müşteriler için çekici bir SAS pazarı olmasına katkı sağlamaktadır (Turner, 2010a). Geçmişte gelişmiş ülkelerde, özellikle ABD'deki sağlık sigortası planları genellikle yurtdışında alınan tedavileri kapsamamaktaydı; bu durum sağlayıcı kalitesi, maliyetler ve yasal engeller gibi endişelerden kaynaklanmaktaydı (Wendt, 2012; Porter vd., 2008; Matoo & Rathindran, 2005). ABD'de birçok büyük sağlık sigortası planı, olası davalardan kaynaklanan endişeler nedeniyle hâlen SAS'ı kapsamamaktadır. Bununla birlikte, sigorta planlarının denizaşırı tesislerdeki tedavileri kapsayacak şekilde düzenlenmesi, seyahat masrafları da göz önünde bulundurulduğunda hem sigorta şirketleri hem de sigortalılar için önemli tasarruflar sağlayabilmektedir (Wendt, 2012).

Son yıllarda ise bazı sağlık sigortası planları SAS seçenekleri sunmaya başlamış olmasına rağmen, birçok tüketici ve sağlayıcının bu durumun farkında olmadığı ve sağlık sigortası piyasasında değişimler yaşandığı bildirilmektedir (Wendt, 2012; Porter vd., 2008; Matoo & Rathindran, 2006). Özel sigorta şirketleri, yabancı sağlık kuruluşlarına erişimi artırmak için bazı ürünlerine ek teminatlar eklemeye başlamış ve SAS için özel sigorta ürünleri geliştirmiştir (Benavides, 2002). Sağlık sigortası, uluslararası sağlık hizmetlerinin kapsamını sağlamada önemli bir rol oynamakta olup sigorta şirketleri bu alanı dikkatle izlemektedirler (Turner, 2007).

Bu doğrultuda ABD ve diğer gelişmiş ülkelerde sağlık sigortası sağlayan şirketler, SAS'ı yerel alternatiflere uygun bir seçenek olarak değerlendirmekte ve aktif şekilde

kullanılmaktadırlar (Aydın & Karaahmet, 2017). Örneğin özel sigorta şirketleri, doğurganlık tedavisi gibi yurtdışında da uygulanabilen özel tedaviler için özel poliçeler sunmaktadır. Bu poliçeler, belirli bir başarı şansı eşiği üzerinde tedavi masraflarını karşılamaktadır (Barbu, 2022). SAS endüstrisi popülerlik kazandıkça sağlık sigortası şirketleri bu alana odaklanmakta ve yeni ürünler geliştirmektedir (Jadhav, 2014). Özel sağlık sigortası sektörü gelişmiş ülkelerde, özellikle Amerika’da, SAS’ın maliyet avantajlarından yararlanmaya teşvik edilmektedir (Labonté, 2013). Özetle, hem sağlık sigortası planlarının yurtdışındaki sağlık bakım masraflarını karşılaması hem de kendi ülkelerinde sigortasız veya yetersiz sigortalı olan kişilerin sağlık hizmetleri için seyahat etmesinin önemli bir faktör olduğu vurgulanmaktadır.

Literatürde sağlık sigortasının SAS’a etkisi farklı bağlamlarda ele alınmaktadır. Devlet sağlık sigortası düzenlemeleri (yasal zorunluluklar ve kapsam sınırları) bireylerin SAS kararlarını etkileyen önemli faktörlerdendir (Warner & Jahnke, 2001; Vargas Bustamante vd. 2008; Brown, 2008; Glinos vd. 2010; Vargas Bustamante vd. 2012; Cohen, 2015; Ulaş & Anadol, 2016; Béland & Zarzeczny, 2018; Momeni vd. 2018; Samiee vd. 2022; Barbu, 2022; Najar, 2024). Sağlık sigorta şirketlerinin politikaları da (geri ödeme ve yönlendirme politikaları) hizmet kullanımını ve seyahat eğilimini yönlendirmektedir (Mattoo & Rathindran, 2006; MacReady, 2007; York, 2008; Sam, 2011; Peters & Sauer, 2011; Turner, 2012; Hudson ve Li, 2012; Badulescu & Badulescu, 2014; Paul vd. 2017; Dabbagh, 2017; Zolfagharian vd. 2018; Shi & Gan, 2021).

Sağlık sigortasının kapsamı (planın yurt içi ve yurt dışı hizmetleri kapsama derecesi) bireylerin yurtdışına sağlık amacıyla seyahat etme kararını belirleyebilir (Bies ve Zacharia, 2007; Debata vd., 2012; Picazo, 2013; Fisher & Sood, 2014; Burns, 2015; Henson vd. 2015; John & Larke, 2016; Koggalage vd. 2017; Collins vd. 2019). Son olarak sağlık sigortası statüsü (bireylerin sigortalı olup olmaması) seyahat davranışlarını etkileyebilir (Macias & Morales, 2001; Milstein & Smith, 2006; Wallace vd. 2009; Cabbage, 2014; Mathijssen, 2019; Kwong vd. 2019; Medhekar & Wong, 2020; Biswas & Rai, 2024). Dolayısıyla, sigorta sahipliği ya da sigortasızlık durumu bireylerin sağlık hizmetine erişim stratejilerini ve seyahat kararlarını şekillendirmektedir.

Örneğin, Macias ve Morales (2001) ve Wallace vd. (2009) ABD’de sigortasız bireylerin yüksek maliyetler ve sınırlı erişim nedeniyle sınır ötesi sağlık hizmetlerini tercih ettiklerini göstermiştir; Milstein ve Smith (2006) ise sigortasız veya yüksek prim ödeyen bireylerin Hindistan ve Tayland gibi düşük maliyetli ülkelere yöneldiğini belirtmiştir. Cabbage (2014) ve Medhekar ve Wong’un (2020) çalışmaları ise sigorta

sahipliğinin yurt dışı tedavi kararlarını anlamlı biçimde artırdığını ortaya koyarken Mathijsen (2019) ve Kwong vd. (2019), sigortalılık durumunun gelir ve eğitim gibi sosyoekonomik faktörlerle birlikte SAS davranışlarını şekillendirdiğini göstermiştir.

Biswas ve Rai (2024), Hindistan'daki yerli sağlık turistleri arasında sigorta sahiplerinin maliyet tasarrufu, memnuniyet ve turistik katılım düzeylerinin daha yüksek olduğunu rapor etmiştir. Buna karşın literatürde özel sağlık sigortası statüsünün SAS'a etkisine odaklanan çalışmaya rastlanmamıştır. Mevcut çalışmaların çoğu ABD ve Hindistan bağlamına yoğunlaşmış olup farklı ülkelerdeki sağlık sigortası statüsünün sağlık amacıyla seyahate etkilerini ele alan ampirik çalışmalar sınırlıdır. Bununla birlikte, mevcut çalışmaların çoğu yöntemsel açıdan anket uygulamaları ve literatür taramasına dayanmaktadır. Bu çalışma ise, panel veri analizi yöntemiyle farklı yıllar ve ülkelere ait verileri bir araya getirerek özel sağlık sigortası statüsünün SAS üzerindeki etkilerini dinamik ve uzun dönemli bir bakış açısıyla incelemeyi amaçlamaktadır. Ayrıca çalışma, sağlık sistemlerinin yapısal farklılıklarının SAS üzerindeki etkilerini de ortaya koymayı hedeflemektedir.

Bu çalışma sağlık sigortası statüsü ve SAS etkileşimini bireysel tercihler düzeyinde değil, ülkeler düzeyinde ve zaman boyutunu dikkate alarak inceleyen ilk çalışmalardan biridir. Bu sayede, ülkeler düzeyinde özel sağlık sigortasının yaygınlaşmasının SAS'a etkileri ampirik olarak değerlendirilebilecek; elde edilen bulguların sağlık sigortası şirketlerinin uluslararası hizmet stratejilerini, devlet sağlık politikalarını ve SAS talep ve arzının planlanmasını destekleyecek somut kanıtlar sunması beklenmektedir.

2. LİTERATÜR

2.1. Sağlık Sigorta Piyasası

Sağlık sigortası, bireylerin sağlık bakım maliyetlerindeki finansal riski, ön ödemelerle zaman içinde ve risk paylaşımı yoluyla kişiler arasında havuzlama yöntemiyle bölüştürme anlamına gelmektedir (AlJohani & Bugis, 2024). Buna bağlı olarak sağlık sigortası piyasası ise bireylerin sağlıkla ilgili mali risklerini yönetmeye yardımcı olan bir sektördür ve bireylerin sağlıkla ilgili harcamalarını karşılamaya yönelik kapsamlı poliçeler sunan bu piyasa, sağlık sektöründe önemli bir yere sahiptir (Al-Hanawi vd., 2020; Pauly & Herring, 2001). Bu piyasa, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini artırırken (Anasel vd., 2024), aynı zamanda yüksek maliyetli tedavi ve hizmetlerin finansmanında güvence sağlar (Osei Afriyie vd., 2023). Gelişen sağlık hizmetleri, artan sağlık maliyetleri ve yaşlanan nüfus gibi etkenler, sağlık sigortası piyasasına olan talebi giderek artırmaktadır (Wu vd., 2023).

2.1.1. Sağlık sigortası teorisi

Sağlık sigortası, potansiyel sağlık harcamalarının risklerini bir grup birey veya hane halkı arasında yayma mekanizmasıdır. Amacı, ciddi bir hastalık durumunda bireyi büyük bir finansal kayıptan korumaktır. Bu sigorta sistemi, hastalık masraflarının yükünü katılımcılar arasında paylaştırarak sağlıklı, hasta, zengin ve fakir kişilerin bu maliyeti paylaşmasını sağlar (Management Sciences for Health, 2012).

Bir bireyin tıbbi hizmetlere olan talebi, gıda veya giysi gibi düzenli ihtiyaçlardan farklı olarak düzensiz ve öngörülemezdir. Tıbbi bakımda iki risk vardır: hastalanma riski ve iyileşmenin eksik veya gecikmeli gerçekleşme riski. Hastalıktan doğan kayıplar sadece tıbbi masraflarla sınırlı değildir; rahatsızlık, kaybedilen üretken zaman ve ciddi durumlarda ölüm veya işlev kaybını da kapsar. Bu kayıplar, bireylerin sigorta yaptırmaya isteğini belirlemektedir. Hastalık öngörülemez olduğundan, bu risklerin başkalarına devredilmesi birçok kişi için değerli bir avantajdır. Havuzlama (risk paylaşımı) sayesinde bazı bireyler bu riskleri üstlenmeye istekli olabilirler (Arrow, 1963). Ancak bu risk paylaşımı, sigortalının davranışında değişikliğe yol açabilir; sigortacılar, bir kişinin sigortalı olduğunda davranışında meydana gelen değişikliği ahlaki tehlike (moral hazard) olarak adlandırır. Ahlaki tehlike, sigortalı bir kişinin hastanede fazladan bir gün kalması veya normalde yaptırmayacağı bir prosedürü tercih etmesi durumunda ortaya çıkmaktadır. Ekonomistler, ahlaki tehlikeyi olumsuz bir durum olarak görür; çünkü sigortanın yol açtığı ek sağlık harcamaları toplum için refah kaybı anlamına gelmektedir.

Sağlık sigortası piyasasında ahlaki tehlike büyük bir net fayda kaybına yol açabilir ve sigortayı istenmeyen hâle getirebilir. Tüm bireylerin riskten kaçınan kişiler olduğu varsayılrsa bile bazı belirsiz tıbbi bakım masrafları optimal durumda sigortalanmamalıdır. Hiçbir sigorta poliçesi, farklı zevklere sahip bir toplumun tamamı için “en iyi” veya “en verimli” değildir; sigortalanabilir masraflar kişilerin zevklerine ve davranışlarına bağlıdır (Pauly, 1968). Dolayısıyla, sigortalanabilir masrafların kişisel tercihlere bağlı olması, bireylerin sigorta almadaki motivasyonlarını da etkiler. Sigorta genellikle riskleri başkalarına devretmek için alınmaktadır. Ancak psikologlar, insanların küçük ama kesin bir kayıp yerine kayıp yaşamama olasılığını tercih ettiklerini göstermiştir; bu da sigorta almanın sadece risk transferiyle açıklanamayacağını düşündürmektedir. Primler düşükse sigorta alma olasılığı artmakta, moral hazard ve ters seçim primleri yükselttiğinde bu olasılık düşmektedir. Vergi desteği primleri düşürerek sigortayı teşvik edebilmekte ve sağlık sigortası, pahalı sağlık hizmetlerine ulaşmanın genellikle en uygun yolu olarak görülmektedir (Nyman, 1999).

Sigortanın yalnızca risk transferi amacı taşımadığı ve bireylerin psikolojik tercihlerini de etkilediği düşünüldüğünde geleneksel sağlık sigortası teorisi, ahlaki tehlikenin artırdığı harcamaları refah kaybı olarak görmüş ve bunun azaltılması gerektiğini savunmuştur. Çözüm olarak sigortalılardan tıbbi bakım için katkı payları alınmasını ve muafiyetler getirilmesini önermiştir. 1970’lerde birçok sigorta şirketi, sağlık harcamalarını düşürmek için katkı paylarını uygulamaya başlamıştır. 1980’ler ve 1990’larda ise ekonomistler, ahlaki tehlikeyi azaltmak amacıyla kullanım incelemesini ve sağlayıcılara sabit ödemeleri teşvik etmişlerdir. Bugünkü sağlık sistemi büyük ölçüde bu teorilerin bir ürünüdür (Nyman, 2004). Cutler ve Zeckhauser’a (2000) göre sağlık sigortası, piyasa başarısızlıklarını gidermede önemli bir araçtır çünkü bireyleri finansal riskten korur ve sağlık hizmetlerine erişimi artırır. Ancak bu süreçte moral hazard etkisi de ortaya çıkar. Sigortalı bireyler, cepten ödemedikleri için sağlık hizmetlerini aşırı şekilde kullanabilirler, bu da sistemde verimsizlik yaratır. Bu nedenle sigorta tasarımında risk paylaşımı ve aşırı tüketim arasında bir denge kurmanın gerekliliğini vurgulamaktadır. Yeni bir teoriye göre sağlık sigortası, sağlıklı bireylerden hastalara gelir aktarımı sağlar. Hastalar bu geliri sağlık harcamalarını karşılamak veya sigortasız erişemeyecekleri hizmetleri almak için kullanır. Sağlıklı bireyler ise herkesin hastalanma riski bulunduğu için sisteme gönüllü olarak katkıda bulunur. Bu gelir aktarımı toplum refahını artırarak ulusal sağlık sigortasının verimlilik açısından desteklenmesi gerektiğini savunur (Nyman, 2004; Nyman, 2007).

Bu kapsamda sağlık sigortası teorisi üç temel amaca dayanır: (1) riskten korunma, bireyleri beklenmedik sağlık giderlerine karşı korur; (2) ahlaki tehlike, sigortalı olmanın hizmet kullanımını artırma eğilimini açıklar; (3) erişim güdüsü ise sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırır. Weis (2018) tarafından geliştirilen model ise, bu teorileri birleştirir ve sağlık hizmetlerinin uygunluğuna dair ampirik bulgular sunar. Modelde ahlaki tehlike refah kazancı kavramı, eğer sigortalı bireylerin ek hizmet kullanımı sağlık sonuçlarını iyileştiriyorsa refah artışı sağlağını; dolayısıyla ahlaki tehlikenin her zaman verimsiz olmadığını belirtir. Öte yandan erişim güdüsü refah kaybını ise sigorta nedeniyle değer düşük hizmetlerin tüketilmesi sonucu kaynakların verimsiz kullanımıyla ortaya çıkan refah kaybını ifade etmektedir.

2.1.2. Sağlık sigortası modelleri

OECD ülkeleri, kamu ve özel sağlık sigortasının heterojen karışımlarını kullanmaktadır. Sağlık sigortası modelleri; finansman kaynakları, planın zorunluluk düzeyi, grup veya bireysel temelli olması ve prim hesaplama yöntemi (primlerin sağlık riski, sağlık durumu veya yaşı gibi sağlık göstergelerine göre değişebilme derecesi) gibi dört temel kritere göre sınıflandırılmaktadır. Bu kriterler ışığında OECD (2004a) sağlık sigortası modellerini aşığıdaki şekilde gruplandırmıştır:

KAMU SAĞLIK SİGORTASI (Public health insurance): Kamu sağlık sigortası, vergi tabanlı veya sosyal güvenlik sistemine dayalı olarak uygulanabilir.

- Vergi tabanlı kamu sağlık sigortası (Tax-based public health insurance): Devletin sağlık hizmetlerini sunmak için genel vergilendirme yoluyla fon topladığı bir sistemdir. Bu modelde, hükümet vergi gelirlerini kullanarak sağlık hizmetlerini finanse etmektedir (Savedoff, 2004).
- Sosyal güvenlik sistemleri (Social security schemes): Çalışanların ve işverenlerin zorunlu olarak katkıda bulunduğu ve bu katkılarla finanse edilen bir sosyal sigorta mekanizmasıdır (Wagstaff, 2009).

Sosyal güvenlik sistemleri içerisinde olan sosyal sağlık sigortası ve vergi tabanlı kamu sağlık sigortası veya bu ikisinin bir karışımı yüksek gelirli ülkeler ve bazı düşük ve orta gelirli ülkeler Brezilya, Kolombiya, Kosta Rika, Meksika ve Tayland arasında baskın sağlık sigortası modelleridir (Wang vd., 2012).

ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI (Private health insurance): Özel sağlık sigortası farklı türlerden oluşmaktadır; zorunlu, işveren temelli, topluluk temelli veya risk temelli gibi.

- Zorunlu özel sağlık sigortası (Private mandatory health insurance): Zorunlu özel sağlık sigortası hastalık, kaza ve hamilelikle ilgili temel tedavilerin masraflarını karşılamaktadır (Sagan & Thomson, 2016). Örnek olarak İsviçre zorunlu özel sağlık sigortasına dayalı liberal bir sağlık sistemine sahiptir. Hükümet bu sistemde sağlık koruyucusu, bakım hizmeti sağlayıcısının garantörü ve düzenleyicisi olmak üzere üç farklı rol üstlenmektedir (Amador-Fernández vd., 2023).
- Özel işveren grubu sağlık sigortası (Private employment group health insurance): İşverenler tarafından çalışanlarına sunulan sağlık sigortası türüdür ve risk temelli değildir. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki işveren temelli sağlık sigortası bu sigorta türüne örnek gösterilebilir (Claxton vd., 2024).
- Topluluk temelli özel sağlık sigortası (Private community-rated health insurance): Poliçelerin bireyler veya gruplar tarafından gönüllü alındığı ve sigortacıların primleri yaş, sağlık durumu veya hasar geçmişi gibi faktörlere dayalı ayırım yapmadan yasal olarak topluluk temelli hesaplamak zorunda olduğu sağlık sigortasıdır (Management Sciences for Health, 2012). İrlanda ve Avustralya'daki gönüllü sağlık sigortası ve Hollanda'da sağlık sigortasına erişim yasası kapsamında sunulan, tedavi edici hizmetler için hastalık fonu sistemine uygun olmayan 65 yaş üstü bireyler için açık olan gönüllü sağlık sigortası örnek gösterilebilir.
- Risk temelli özel sağlık sigortası (Private risk-rated health insurance): Genellikle gönüllülük esasına dayanır ve primler risk temellidir veya aktüeryal hesaplamalara dayalıdır. Yani, insanlar hizmetlerin sağlanması beklenen ortalama maliyete göre prim öderler ve bu maliyet, sağlık risklerine dayanır. Risk faktörleri arasında yaş, cinsiyet, önceden var olan ve kronik hastalıklar yer alır (Normand & Weber, 2009). Birleşik Krallık'taki bireysel sağlık sigortası buna örnek gösterilebilir.

Özel sağlık sigortası, belirli bir dizi sağlık hizmetinin kapsamını sağlar ve esas olarak sigorta kuruluşuna veya karşılıklı havuza yapılan, gelirle bağlantılı olmayan özel ödemeler (primler) aracılığıyla finanse edilir. Bu sigorta güvencesi genellikle özel bir taraf ile sigorta kuruluşu arasında, sağlık hizmetlerinin ödemesi veya geri ödemesi için geçerli olan şartları ve koşulları belirten bir sözleşmeyle tanımlanır. Sigorta kuruluşu, sözleşmede belirtilen hizmetlerin maliyetini karşılama riskinin büyük kısmını veya tamamını üstlenir (OECD, 2004b). Bu bağlamda, gönüllü sağlık sigortası (Voluntary

Health Insurance), sigortalıların kendi isteğiyle ve özel primler aracılığıyla finanse ettikleri sigorta programlarını ifade eder. Kamu sağlık sigortasıyla ilişkili olarak gönüllü sağlık sigortalarının işlevleri aşağıdaki gibi tanımlanmaktadır:

- Birincil Özel Sağlık Sigortası (Primary private health insurance): Kişilerin kamu sağlık sigortasına sahip olmamaları nedeniyle temel sağlık hizmetlerine erişim için tek seçenek olan özel sigorta özelliğidir. Bu durum; kamu sağlık sigortasının bulunmaması, bireylerin kamu sağlık sigortası kapsamına uygun olmaması (*ana kapsama*) ya da kamu sağlık sigortasına hakları olmasına rağmen bu kapsama katılmamayı tercih etmeleri (*ikame kapsama*) gibi nedenlerden kaynaklanabilir (Roman-Urrestarazu vd., 2018). Bu sigorta türü, ABD’de önemli bir rol oynarken Hollanda ve Almanya’da yapısı oldukça farklı olmasına rağmen sağlık sisteminde hâlâ önemli bir yere sahiptir (Dhalla, 2007). Birincil özel sağlık sigortası, kamu sigortası eksikliği veya tercihi nedeniyle gerekli hâle gelmektedir. Ana kapsama ve ikame kapsama gibi şu iki şekildeki gibi ortaya çıkmaktadır:
- ✓ Ana kapsama (Principal): Sosyal güvenlik sisteminin geçerli olmadığı durumlarda, sigortalı birey için sağlık giderlerine erişimde tek seçenek olan özel sigorta özelliğidir (Pitacco, 2014).
- ✓ İkame kapsama (Substitute): Sosyal sigorta, kamu tarafından finanse edilen sigorta veya işverenin sigorta planı tarafından sağlanabilecek sağlık sigortasının yerine geçen özel sigorta özelliğidir (Pitacco, 2014).
- Çift Kapsama (Duplicate cover): Kamu sağlık sigortası kapsamında zaten yer alan sağlık hizmetlerini kapsayan özel sigorta özelliğidir. Çift kapsama sağlık sigortası aynı tıbbi hizmetlere erişim sağlarken farklı sağlayıcılar veya hizmet seviyelerine erişim de sunabilir. Ancak bu, bireyleri kamu sağlık sigortasına katkıda bulunmaktan muaf tutmamaktadır (Preker vd., 2007).
- Tamamlayıcı Kapsama (Complementary cover): Kamu tarafından sigortalanan hizmetler veya ana/ikame sağlık sigortası kapsamındaki hizmetleri tamamlayan özel sigorta özelliğidir. Bu sigorta, bakım maliyetlerinin yalnızca bir kısmını ödeyecek şekilde tasarlanmış olup geri ödenmeyen ilave maliyetlerin tamamını veya bir kısmını (katkı payları vb.) kapsamaktadır (Sagan & Thomson, 2016).
- Ek Kapsama (Supplementary cover): Kamu sistemi tarafından kapsanmayan ek sağlık hizmetlerini sağlayan özel sağlık sigortası özelliğidir. Bu sigorta, ülkeye bağlı olarak, kamu sistemi tarafından karşılanmayan hizmetleri (lüks bakım,

elektif bakım, uzun dönem bakım, diş bakımı, ilaçlar, rehabilitasyon, alternatif veya tamamlayıcı tıp vb.) karşılamaktadır (Mossialos & Thomson, 2004).

Yukarıdaki modellerin bir ülke özelinde nasıl uygulandığını göstermek amacıyla, Türkiye'nin sağlık sigortası sistemi örnek olarak ele alınabilir. OECD üyesi Türkiye'de sağlık sigortası sistemi, genel sağlık sigortası temelinde yapılandırılmıştır. Bunun yanında, özel sağlık sigortası ve tamamlayıcı sağlık sigortası gibi alternatif modeller de bulunmaktadır. Genel Sağlık Sigortası (GSS); kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşmaları hâlinde ise oluşan harcamaların finansmanını sağlayan sigortayı ifade etmektedir (SGK, 2024). Özel sağlık sigortası, kamu sağlık sigortasına ek olarak bireylerin kendi istekleri doğrultusunda yaptırdığı sigorta türüdür. Tamamlayıcı sağlık sigortası, GSS kapsamında verilen sağlık hizmetlerinin kapsamadığı ya da sınırlı olarak kapsandığı ek masrafları karşılayan bir sigorta türüdür (Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği, 2013). Diğer bir sigorta türü olan seyahat sağlık sigortası, dünya genelinde ülkelerin farklı sağlık sistemlerine ve seyahat düzenlemelerine göre farklı şekillerde düzenlenmektedir. Ancak genel olarak seyahat eden bireylerin yurt dışında karşılaşılabileceği sağlık sorunlarına karşı finansal koruma sağlayan sağlık sigortası türüdür (Hazine Müsteşarlığı, 2006).

2.2. Sağlık Sigortasının Sağlık Amacı ile Seyahate Etkisini Ele Alan Çalışmalar

Bu başlık altında, sağlık sigortasının SAS üzerindeki etkilerine ilişkin çalışmalar özetlenmiştir. Bu kapsamda literatür iki ana alt başlık olarak ele alınmıştır: Birinci başlık, sağlık sigortasının SAS'a etkisini doğrudan inceleyen çalışmaları kapsamaktadır; bu çalışmaların odak noktası, sigorta kapsamı, sağlık sigortası statüsü, sigorta şirketlerinin politikaları veya devlet düzenlemelerinin bireylerin SAS kararları üzerindeki etkileridir. İkinci başlık ise sağlık sigortasının etkisini dolaylı olarak ele alan çalışmaları içermektedir; bu çalışmaların ana odağı sağlık sigortasının SAS üzerine etkisi olmasa da çalışmaların teorik kısmında sigorta kapsamı, sağlık sigortası statüsü, sigorta şirketlerinin politikaları veya devlet düzenlemelerinin SAS üzerindeki etkilerine değinilmiştir.

Literatürde yer alan çalışmalar incelendiğinde, sınır ötesi sağlık hizmeti kullanımının temel belirleyicileri arasında sağlık hizmeti maliyetleri, bekleme süreleri, hizmet kalitesi ve sağlık sigortası kapsamının önemli rol oynadığı görülmektedir. Özellikle sağlık hizmetlerinin yüksek maliyetli olduğu ülkelerde, sigorta kapsamının yetersizliği veya sigortasızlık durumunun bireyleri yurtdışında tedavi arayışına yönlendiren önemli bir itici faktör olduğu vurgulanmaktadır.

Bununla birlikte bazı çalışmalar, sigorta kapsamının tek başına belirleyici olmadığını; bireylerin finansal kapasitesi, seyahat deneyimi ve destinasyonun sunduğu hizmet kalitesi gibi unsurlarla birlikte değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca literatürdeki çalışmaların büyük bir kısmının yöntem olarak anket, mülakat ve literatür incelemesine dayalı mikro düzey analizlere odaklandığı, ülkeler düzeyinde nicel analizlerin ise sınırlı sayıda olduğu dikkat çekmektedir. Bu durum, sağlık sigortası ile sınır ötesi sağlık hizmeti kullanımı arasındaki ilişkinin makro düzeyde incelenmesine yönelik çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

2.2.1. Sağlık sigortasının sağlık amacı ile seyahate etkisini doğrudan ele alan çalışmalar

Bu başlık altında incelenen çalışmalar, sağlık sigortasının SAS'a etkisini doğrudan ele almaktadır. Bu çalışmaların odak noktası; sigorta kapsamı, sağlık sigortası statüsü, sigorta şirketlerinin politikaları veya devlet düzenlemeleri gibi faktörlerin bireylerin SAS kararları üzerindeki etkilerini ortaya koymaktır. Bu çerçevede, literatür üç başlık altında incelenmiştir: (1) Sağlık sigorta kapsamının ve sağlık sigortası statüsünün SAS'a etkisi, (2) Sigorta şirketlerinin politikalarının SAS'a etkisi ve (3) Devlet sigorta düzenlemelerinin SAS'a etkisi.

2.2.1.1. Sağlık sigorta kapsamının ve sağlık sigortası statüsünün sağlık amacı ile seyahate etkisi

Sağlık sigortası, bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminde hem finansal hem de yapısal bir belirleyici olarak SAS davranışlarının kaynağını oluşturmaktadır. Literatürde sigortanın varlığı, kapsamı ve işleyişinin bireylerin tedavi için sınır ötesine yönelme eğiliminde belirleyici bir rol oynadığına ilişkin geniş bir görüş birliği bulunmaktadır. Fakat bu ilişkinin yönü ve gücü; ülkelerin sağlık sistemlerinin maliyet düzeyi, sigorta kapsamı ve bireylerin sosyoekonomik özellikleriyle yakından ilişkilidir. Konuya ilişkin literatür özetleri kronolojik sıra ile aşağıda sunulmuştur:

Macias ve Morales (2001), ABD'de yaşayan yoksul ve çoğunlukla yabancı doğumlu Latin kökenli yetişkinler arasında özel sağlık sigortası eksikliğinin sınır ötesi sağlık hizmeti kullanımına etkisini incelemiştir. Güney Los Angeles County'de düzenlenen bir sağlık fuarına katılan yetişkinlerle yapılan mülakat ve anket verilerine tanımlayıcı analiz gerçekleştirilmiştir. ABD'deki yüksek sağlık hizmeti maliyetleri ve özel sağlık sigortasına erişim eksikliğinin yoksul ve sigortasız bireyleri SAS'a yönlendirdiği belirlenmiştir.

Milstein ve Smith (2006), ABD’de sağlık sigortasına erişimi olmayan veya yuğsek maliyetler nedeniyle yerel hizmetlerden yararlanamayan bireylerin yurtdişında tedavi arayışlarını incelemiştir. Literatür taraması ve vaka örnekleri üzerinden politika ile betimsel analizler gerçekleştirilmiştir. Hindistan ve Tayland gibi uğkelerdeki cerrahi işlemlerin ABD’ye kıyasla çok daha ucuz olduğu ve yuğsek primler ile sigorta kapsamı yetersizliğinin bireyleri yurtdişında tedavi arayışına yuğlendiren başlıca faktuğler olduğu belirlenmiştir.

Bies ve Zacharia (2007), gelişmiş uğkelerden gelişmekte olan uğkelere yapılan SAS’ın ekonomik, sosyal ve tıbbi etkilerini incelemiştir. Çalışmada analitik ağ sũreci yuğntemi kullanılarak, ABD’de sağlık hizmetlerine erişim ve maliyetler temelinde dũrt alternatif SAS modeli değerlendirilmiştir. Bireysel SAS’ın dũřuk maliyet, daha fazla seçim uėzgũrlũėu ve kısa bekleme sũreleri nedeniyle en çok tercih edilen model olduğu; işveren destekli SAS’ın sosyal avantajlar sunmasına rağmen daha yuğsek maliyetli olduğu ve devlet destekli modelin en az tercih edilen seçenek olduğu belirlenmiştir. Sigorta kapsamının yetersiz olduğu durumlarda bireylerin sınır uğtesi SAS’a yuğeldiği gũsterilmiřtir.

Wallace vd. (2009), Meksika kũkenli gũmenlerin sağlık hizmeti için Meksika’ya yuğnelme nedenlerini ve sınır uğtesi sağlık hizmeti kullanımını incelemiştir. Çalışmada California’da yaşayan 5.310 Meksika doğumlu gũmen, 3.171 ABD doğumlu Meksika kũkenli Amerikalı ve 31.818 ABD doğumlu Latin kũkenli olmayan kişinin 2001 California HealthInterviewSurvey verileri lojistik regresyon ile test edilmiştir. Yurtdişı sağlık hizmeti arayışını etkileyen başlıca faktuğlerin sigortasızlık, erişim gecikmeleri, sınırlı İngilizce yeterliliği ve Meksika’daki hizmetlerin kũltuėel olarak daha kabul edilebilir olması olduğu tespit edilmiştir.

Debata vd. (2012), Hindistan’da SAS’ı etkileyen temel faktuğleri ve bu faktuğlerin birbirleriyle olan ilişkilerini incelemiştir. Uzman gũrũřleri ve literatür taraması yoluyla 11 kritik etken belirlenmiş ve bu etkenler uğzerinde yorumlayıcı yapısal modelleme, MICMAC ve Bulanık MICMAC analizleri gerçekleştirilmiştir. Sağlık sigortası kapsamı, uluslararası sağlık iş birlikleri ve etkin bilgi sistemleri gibi faktuğlerin SAS’ın gelişimi için diğer gũlũ faktuğlere bağlı olduğu, buna karşılık ulusal sağlık politikası, yuğnetim desteği ve nitelikli sağlık personeli gibi unsurların SAS’ı doğrudan etkileyen gũlũ belirleyiciler olduğu belirlenmiştir.

Picazo (2013), sağlık sigortası sistemlerinin yetersizliği ve yuğsek tedavi maliyetlerinin bireyleri alternatif arayışlara yuğlendirmesiyle ortaya çıkan SAS olgusunu

Filipinler örneğinde incelemiştir. Çalışmada sektörel veriler ve literatür incelenerek 21 hastane ve çeşitli kliniklerin hizmet kalitesi, fiyat rekabeti, uluslararası akreditasyon durumu ve pazarlama stratejileri karşılaştırılmış ve SWOT (Güçlü Yönler, Zayıf Yönler, Fırsatlar, Tehditler) analizi yapılmıştır. Filipinler'in düşük maliyetli sağlık hizmetleri ve İngilizce konuşan sağlık personeli gibi rekabet avantajlarına rağmen zayıf koordinasyon, yetersiz veri altyapısı, sınırlı uluslararası tanıtım ve sağlık sigortası kapsamının darlığı gibi faktörler nedeniyle küresel SAS pazarından yeterli pay alamadığı ortaya konmuştur.

Fisher ve Sood (2014), SAS'ın büyümesini etkileyen faktörleri tüketici anketiyle incelemiştir. Uluslararası seyahat deneyimine sahip 575 katılımcıdan çevrimiçi anket yoluyla veri toplanmış ve bu veriler üzerinde tanımlayıcı istatistikler ile diskriminant ve regresyon analizleri gerçekleştirilmiştir. Maliyet en güçlü motivasyon faktörü olarak öne çıkarken sigorta kapsamının SAS'a katılım üzerinde belirleyici bir etkisi olmadığı bulunmuştur; bu durum, sigortasız bireylerin finansal kısıtlılıkları nedeniyle yurtdışında da tedaviye erişimlerinin sınırlı olabileceğine işaret etmektedir. Sağlık sigortası kapsamının yetersizliği SAS'ı teşvik eden bir unsur olarak öne çıkmakla birlikte, bireyin finansal kapasitesi ve seyahat alışkanlıklarıyla birlikte değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir.

Cabbage (2014), ABD'de bireylerin yurtdışında sağlık hizmeti alma eğilimlerini incelemiştir. Sosyal medya aracılığıyla ulaşılan 72 katılımcıya anket uygulanmış ve veriler üzerinde korelasyon analizi gerçekleştirilmiştir. Sağlık sigortasına sahip olmanın bireylerin yurtdışında tedavi olma kararlarını en güçlü şekilde etkilediği ve sigorta teşvikleri sunulduğunda yurtdışı tedaviye olan eğilimin %47'den %62,5'e yükseldiği belirlenmiştir.

Burns (2015), ABD-Hindistan SAS'ının uluslararası hizmet ticareti bağlamında değer üretme kapasitesini, sağlık hizmetlerinin erişim, kalite ve maliyet dengesini sağlama potansiyelini ve sağlık harcamalarındaki artış eğilimini değiştirme gücünü incelemiştir. ABD'den Hindistan'a SAS, sektörel veriler ve literatürü incelenerek betimsel analiz yapılmıştır. Sigorta kapsamı ve maliyet baskısının bireylerin yurtdışında tedavi arayışını yönlendirdiği, Hindistan'ın düşük maliyetli ve kaliteli hizmetleriyle öne çıktığı; ancak sigorta sınırlamaları ve kalite standartlarındaki belirsizliklerin SAS'ı kısıtladığı belirlenmiştir.

Henson vd. (2015), ABD'de SAS'a yönelen bireylerin motivasyonlarını, karar kriterlerini ve bilgi kaynaklarını incelemiştir. ABD genelinde 207 katılımcıya anket uygulanmış, elde edilen veriler kümeleme analizi, tek yönlü ANOVA (Varyans Analizi)

ve bağımsız örneklem t-testi gibi nicel analiz teknikleriyle değerlendirilmiştir. Sağlık sigortası kapsamını yetersiz bulan bireylerin yurtdışında tedaviye daha açık olduğu ve sigorta şirketlerinin yurtdışı tedavi masraflarını karşılaması durumunda SAS'a yönelimin arttığı belirtilmiştir.

John ve Larke (2016), SAS çalışmalarında ele alınan motivasyonel faktörleri itici ve çekici unsurları açısından incelemiştir. 2000-2016 yılları arasında yayımlanan 407 makale içerik analizi yöntemiyle çözümlenmiştir. İtici motivasyonların doktor veya aile tavsiyesi, yetersiz sigorta kapsamı ve mahremiyet ihtiyacı; çekici motivasyonların ise düşük maliyet, yüksek hizmet kalitesi, uluslararası akreditasyon ve kısa bekleme süreleri olduğu belirlenmiştir.

Koggalage vd. (2017), Sri Lanka'da yatarak tedavi gören sağlık turistlerinin tercih nedenleri ve deneyimlerini incelemiştir. 2015 yılında 235 hastaya anket uygulanmış ve veriler frekans dağılımları ile ki-kare testi kullanılarak analiz edilmiştir. Yüksek kaliteli sağlık profesyonelleri, uluslararası akredite hastaneler ve müşteri odaklı hizmetin tercihleri etkilediği ve sağlık sigortası kapsamında tedavi alabilmenin SAS'a yönelimi artırdığı tespit edilmiştir.

Mathijsen (2019), Belçika'da yaşayan Polonya diasporasının neden kendi ülkelerinde sağlık hizmeti aldıklarını incelemiştir. 20 katılımcı ile yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler yapılarak veri toplanmış ve veriler, tematik analiz yöntemiyle çözümlenmiştir. Diasporik SAS'ın genellikle ikincil bir seyahat motivasyonu olduğu ancak önceden planlandığı ve organize edildiği ortaya konmuştur. Katılımcıların sağlık hizmeti alma motivasyonları arasında zaman uygunluğu, göreceli maliyet avantajı, en iyi kaliteyi arama ve kültürel yakınlık gibi faktörler öne çıkmıştır. Belçika'da yaşayan bazı Polonyalı göçmenlerin, ek sağlık sigortasına sahip olmadıkları veya sigorta sistemini yeterince anlamadıkları için Polonya'da sağlık hizmeti almayı tercih ettikleri belirtilmiştir.

Collins vd. (2019), ABD'den yurtdışına SAS yapan bireylerin destinasyon ve sağlık kuruluşu seçiminde etkili olan faktörleri incelemiştir. Amazon Mechanical Turk platformu aracılığıyla, son 12 ayda yurtdışında tedavi almış 541 ABD vatandaşından çevrimiçi anket yoluyla veri toplanmış ve bu veriler açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleriyle incelenmiştir. SAS'ta yüksek maliyetler, yetersiz sigorta kapsamı ve uzun bekleme sürelerinin itici; düşük maliyet ve yüksek hizmet kalitesinin ise çekici faktörler olduğu belirlenmiştir.

Kwong vd. (2019), karaciğer nakli bekleyen hastaların daha kısa bekleme süresi ve yüksek nakil olasılığı elde etmek amacıyla başka bölgelere seyahat etme davranışlarını ve sonuçlarını incelemiştir. 2004-2016 yılları arasında ABD’de karaciğer nakli için bekleme listesine alınan 104.914 yetişkin hastanın verileri kullanılarak çok değişkenli analizler gerçekleştirilmiştir. Uzak merkezlere başvuran hastaların genellikle özel sigorta sahibi, yüksek gelirli ve eğitilmiş olduğu belirlenmiştir. Sigorta türü, gelir ve eğitim düzeyi hem seyahat etme olasılığını hem de nakil sonuçlarını anlamlı şekilde etkilediği belirtilmiştir.

Medhekar ve Wong (2020), Hindistan’a SAS’a gelen yabancı hastaların tercihlerini etkileyen faktörleri incelemiştir. 15 özel hastanede 600 yabancı hastaya uygulanan anketler kullanılarak yapısal eşitlik modellemesi ile analiz gerçekleştirilmiştir. Hastane duyarlılığı, çalışanların yeterliliği, bekleme süresi ve bilgi arama davranışının SAS kararlarını anlamlı şekilde etkilediği; katılımcıların çoğunun özel sağlık sigortasına sahip olmamasının Hindistan’ın uygun maliyetli hizmetlerini tercih etmelerinde belirleyici olduğu ve sağlık sigortası yetersizliğinin bireyleri maliyet avantajı sunan destinasyonlara yönlendirerek SAS tercihlerini etkilediği belirlenmiştir.

Salam vd. (2023), sağlık sigortası kapsamının Nijeryalı bireylerin yurt dışında sağlık hizmeti alma kararları ve bu hizmetleri kullanma biçimleri üzerindeki etkisini incelemiştir. Son beş yıl içinde SAS’a katılmış 385 Nijeryalı yetişkinden toplanan anket verilerine tanımlayıcı istatistikler, korelasyon ve doğrusal regresyon analizleri uygulanmıştır. Sağlık sigortası kapsamı ile yurt dışında tedavi alma kararı arasında orta düzeyde pozitif ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki belirlenmiştir. Benzer şekilde, sağlık sigortası kapsamı ile yurt dışı sağlık hizmeti kullanım düzeyi arasında orta düzeyde negatif bir ilişki saptanmış, bu ilişkinin de istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

Biswas ve Rai (2024), Hindistan’ın kuzeydoğu eyaletlerinden gelen yerli sağlık turistlerin seyahat motivasyonları ve deneyimlerini sosyo-demografik ve tedavi profilleri temelinde incelemiştir. 2017-2018 yılları arasında Kalküta’daki 20 hastane ve 9 konaklama tesisinde yerli sağlık turisti 336 bireye uygulanan anket verilerine çeşitli istatistiksel analizler yapılmıştır. Yaş ve cinsiyetin motivasyonları etkilemediği, ikamet edilen eyalet, finansman kaynağı ve ziyaret niteliğinin belirleyici olduğu tespit edilmiştir. Sigorta sahiplerinin maliyet tasarrufu ve sağlık hizmeti bilgisine erişimde daha yüksek puanlar aldığı, memnuniyet ve turistik katılım düzeylerinin daha yüksek olduğu

bulunmuştur. Sağlık sigortasının SAS kararlarını ve destinasyon deneyimini şekillendiren önemli bir faktör olduğu ifade edilmiştir.

Biswakarma ve Basnet (2025), Nepal'de yaşayan bireylerin yurt dışında sağlık hizmeti alma kararlarını etkileyen motivasyonel faktörleri incelemiştir. Yurt dışında tedavi görmüş 382 bireyden anket yoluyla veri toplanmış; analiz sürecinde ölçüm ve yapısal modeller değerlendirilmiş, hipotezler yol analizi ile test edilmiştir. Hizmet kalitesi ve ağızdan ağıza iletişim faktörlerinin yurtdışı SAS kararları üzerinde anlamlı ve olumlu etkiler yarattığı; sigorta politikası, tedavi maliyeti, dil ve kültür ile prosedürel güvenlik gibi faktörlerin ise doğrudan etkilerinin istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı tespit edilmiştir.

2.2.1.2. Sigorta şirketlerinin politikalarının sağlık amacı ile seyahate etkisi

Sigorta şirketlerinin politikaları, SAS kararları üzerinde hem doğrudan hem de dolaylı etkiler yaratmaktadır. Mevcut çalışmalar, sigorta planlarının yurtdışı sağlık hizmetlerini kapsama düzeyi ile bireylerin SAS'a yönelme motivasyonları arasındaki ilişkiyi farklı açılardan ele almış; maliyet tasarrufu, hizmet kalitesi, risk ve hukuki belirsizlikler gibi unsurların hem sigorta şirketlerinin politikalarını hem de bireylerin seyahat kararlarını etkilediğini göstermiştir. Konuya ilişkin literatür özetleri kronolojik sıra ile aşağıda sunulmuştur.

Mattoo ve Rathindran (2006), ABD'deki sağlık sigortası planlarının yurtdışı tedaviye etkilerini ve bunun SAS ile ekonomik kazanımlara yansımalarını incelemiştir. ABD'de yaygın olarak uygulanan 15 düşük riskli cerrahi işlem için yurtiçi ve yurtdışı fiyatlar karşılaştırılmış; Medicare ve özel sigorta planlarının yurtdışında alınan sağlık hizmetlerine yönelik kapsayıcılığı betimsel olarak analiz edilmiştir. ABD'de sağlık hizmetlerinin yurtdışına kıyasla çok daha pahalı olduğu ve yalnızca bu işlemlerden yılda 1,4 milyar dolarlık tasarruf sağlanabileceği; mevcut sigorta planlarının yurtdışı tedavi masraflarını karşılamaması ve yüksek katkı payları uygulamasının ise hastaların yurtdışına gitme motivasyonunu azalttığı tespit edilmiştir.

MacReady (2007), gelişmekte olan ülkelerde SAS'ın yükselişini ve bunun gelişmiş ülkelerdeki sağlık sistemleri üzerindeki etkilerini incelemiştir. Literatür, uluslararası konferans verileri, hastane yöneticilerinin görüşleri ve sektör temsilcilerinin açıklamaları betimsel analizle değerlendirilmiştir. Sigorta kapsamının yetersiz olduğu durumlarda bireylerin düşük maliyetli ve hızlı erişilebilir hizmet sunan ülkelere yöneldiği

ve özel sigorta şirketlerinin bazı durumlarda bu talebi karşılamak için özel ürünler geliştirdiği belirlenmiştir.

York (2008), ABD’de sağlık hizmeti maliyetlerinin yüksekliği nedeniyle bireylerin yurtdışında tedavi arayışına yönelmesini incelemiştir. Vaka örnekleri, hasta görüşmeleri ve sektörel verilerden yararlanılarak betimsel analiz yapılmıştır. Yurtdışındaki cerrahi işlemlerin ABD’ye kıyasla %50-80 daha ucuz olduğu, bazı eyaletlerin yurtdışı tedaviyi teşvik ettiği, sigorta şirketlerinin bu hizmetleri kapsayan poliçeler geliştirdiği ve JCI (Joint Commission International) akreditasyonlarının kalite güvencesi sağladığı belirlenmiştir.

Sam (2011), sağlık sigortasının SAS üzerindeki etkilerini özel sigorta şirketlerinin bakış açısından incelemiştir. ABD merkezli özel sağlık sigortası şirketlerinin SAS’a yönelik tutumları, motivasyonları ve çekinceleri literatür taraması ile veri toplanarak betimsel olarak analiz edilmiştir. Maliyet tasarrufu, artan talep, yeterli hizmet kalitesi, hükümet politikaları ve sorumluluk rejimleri gibi unsurların sigorta şirketlerini SAS’a yönlendirdiği; buna karşılık talep belirsizliği, kalite ve seyahat riskleri, etik sorunlar ve hukuki belirsizliklerin süreci karmaşıklaştırdığı tespit edilmiştir.

Peters ve Sauer (2011), ABD merkezli SAS hizmet sağlayıcılarının bakış açısından, bireylerin yurtdışında tedavi arayışına yönelten motivasyonları incelemiştir. OnlineMedicalTourism.com veritabanından seçilen 91 firmaya anket uygulanmış, 17 firmadan geçerli yanıt alınmış ve veriler betimleyici istatistikler ile bazı değişkenler için tek örnek t-testi kullanılarak analiz edilmiştir. Yurtdışında tedavi arayışının başlıca nedenlerinin düşük maliyet, yüksek hizmet kalitesi, kısa bekleme süreleri, yurtiçinde bulunmayan tedavi seçenekleri, sağlık sigortası kapsamının yetersizliği ve bazı sigorta planlarının yurtdışı tedaviye teşvik sunması olduğu bulunmuştur.

Turner (2012), Kanada merkezli 35 şirketin SAS hizmetlerini pazarlama stratejilerini incelemiştir. Şirket web siteleri incelenerek içerik analizi yöntemiyle çözümlenmiştir. Bazı sigorta şirketlerinin bireylerin yurtdışındaki özel sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak amacıyla sigorta ürünleri geliştirdiği ancak hizmetlerin büyük ölçüde cepten ödemelerle finanse edildiği; sağlık sigortasının varlığı ya da yokluğunun uluslararası sağlık hizmeti kullanımını doğrudan etkilediği belirlenmiştir.

Hudson ve Li (2012), ABD’de yurt içi SAS olgusunu ve bireylerin seyahat motivasyonlarını incelemiştir. ABD’deki hastaneler, sigorta şirketleri ve işverenlerin yurt içi SAS’ı teşvik eden uygulamaları incelenerek betimsel analiz gerçekleştirilmiştir.

Sigorta kapsamı, maliyet avantajı ve hizmet kalitesinin bireyleri yurt içi SAS'a yönlendirdiği, ayrıca sigorta şirketleri ile işverenlerin hastaları belirli sağlık kuruluşlarına yönlendirdiği belirlenmiştir.

Badulescu ve Badulescu (2014), SAS'ı girişimcilik fırsatları ve biyoetik sınırlar bağlamında ele alarak ekonomik boyutlarını incelemiştir. Literatür taraması yapılarak anlatı derleme yöntemiyle SAS girişimcilik fırsatları ve biyoetik sınırlar açısından analiz edilmiştir. Sağlık sigortası sistemlerinin yetersizliği (yetersiz finansal kaynaklar) ve yüksek maliyetlerin bireyleri yurtdışında daha uygun maliyetli sağlık hizmeti arayışına yönlendirdiği belirtilmiştir. Ayrıca kamu ve özel sağlık sigortası sistemlerinin yurt dışı tedavileri kapsamına alması durumunda, SAS'a katılan vatandaşların sayısında artış meydana geleceği ortaya konmuştur.

Paul vd. (2017), SAS'ın fayda ve riskleri ile ABD sigorta sektörünün artan SAS eğilimine nasıl tepki verdiğini incelemiştir. 2005-2016 yılları arasında yayımlanmış İngilizce kaynaklar taranmış, elde edilen literatüre içerik analizi gerçekleştirilmiştir. ABD'de SAS'ın artan sağlık maliyetlerine karşı bir çözüm olarak benimsendiği, bazı sigorta şirketlerinin SAS'ı kapsayan pilot planlar geliştirdiği ve bu eğilimin maliyet tasarrufu sağladığı için giderek yaygınlaştığı; kalite endişeleri, takip bakım eksikliği ve hasta mahremiyeti gibi risklerin ise yaygınlaşmanın önündeki başlıca engeller olduğu belirtilmiştir.

Dabbagh (2017), SAS'ı bütüncül bir bakış açısıyla ele alarak SAS'ın bileşenlerini incelemiştir. Web of Science veri tabanından seçilen 195 bilimsel makale içerik analiziyle incelenerek tematik alanlara ayrılmıştır. Sigortasız veya yetersiz sigortalı bireylerin daha uygun maliyetli ve erişilebilir sağlık hizmetleri için yurtdışına yöneldiği ve bazı özel sigorta şirketleri ve devlet kurumlarının maliyetleri düşürmek amacıyla hastaları yurtdışında tedavi olmaya teşvik ettiği ifade edilmiştir.

Zolfagharian vd., (2018), SAS destinasyonlarının seçimini etkileyen faktörleri incelemiştir. ABD'de 539 bireyden anket tekniği ile veri toplanarak yapısal eşitlik modellemesi ile analiz edilmiştir. Yüksek sağlık maliyetleri ve sınırlı sigorta kapsamının bireyleri yurtdışında tedavi arayışına yönlendirdiği; sigortalıların prim artışı endişesiyle uygun maliyetli ve gizli seçenekleri tercih ettiği ve bazı sigorta şirketlerinin SAS'ı kapsayan planlar sunarak hem hastalara hem de sigorta şirketlerine maliyet avantajı sağladığı belirtilmiştir.

Shi ve Gan (2021), sağlık sigortası şirketlerinin neden SAS'ı sigorta poliçelerine dahil etme konusunda isteksiz davrandıklarını ve bireylerin yurt içi ve yurt dışı tedavi

seçenekleri arasında nasıl seçim yaptıklarını incelemiştir. Çalışma bireylerin yurt dışında tedavi sırasında karşılaşabilecekleri beklenmedik maliyetlere karşı olan risk toleranslarındaki farklılıkları dikkate alan bir teorik model üzerine kurulmuştur. Rothschild ve Stiglitz'in (1976) rekabetçi sigorta piyasaları modeli kullanılarak bireylerin risk toleranslarına göre nasıl ayrıştığı ve buna bağlı olarak ortaya çıkan ayrışan ve havuzlanan denge durumları, matematiksel modelleme ve denge analizine dayalı teorik yöntemlerle incelenmiştir. Hem yurt içi hem de yurt dışı tedavi maliyetlerinin yüksek olduğu ve acil olmayan tedavi gereksiniminin arttığı durumlarda, sigorta şirketlerinin SAS'ı kapsayan planları poliçelerine dahil etme olasılığının yükseldiği; bireylerin ise risk toleranslarına göre yurt içi veya yurt dışı tedavi seçeneklerini tercih ettikleri ve bu tercihlerin sigorta şirketlerinin poliçe tasarımlarını etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

2.2.1.3. Devlet sigorta düzenlemelerinin sağlık amacı ile seyahate etkisi

Devlet sigorta düzenlemelerinin, SAS kararlarının şekillenmesinde kritik bir rol oynadığı bilinmektedir. Literatürde, kamu sağlık sigortası sistemleri, sınır ötesi sağlık hizmeti erişimi, geri ödeme mekanizmaları ve sigorta reformları gibi düzenlemelerin bireylerin yurtdışında veya yurtiçinde sağlık hizmeti arayışına doğrudan ve dolaylı etkileri olduğu vurgulanmaktadır. Konuya ilişkin literatür zetleri kronolojik sıra ile aşağıda sunulmuştur.

Warner ve Jahnke (2001), ABD'den Meksika'ya emekli olarak taşınan bireylerin sağlık sigortası yetersizliklerini ve bunun ekonomik, sosyal ve sağlık sonuçlarını literatür taramayla veri toplayarak betimsel analiz yöntemi ile incelemiştir. Mevcut sigorta sistemlerinin yetersizliğinin bireylerin Meksika'da kalıcı olarak yaşamalarını zorlaştırdığı; Medicare taşınabilirliğinin artırılması ve Medicaid muafiyetlerinin genişletilmesi gerektiği, ayrıca özel sigorta reformlarının uygulanmasının ekonomik ve sosyal faydalar sağlayabileceği belirtilmiştir.

Vargas Bustamante vd. (2008), ABD'de yaşayan Meksika kökenli göçmenlerin sınır ötesi sağlık sigortası planlarına talep ve ödeme istekliliğini incelemiştir. 2005 yılında Los Angeles'ta düzenlenen Copa Federaciones Futbol Turnuvası sırasında, anket yöntemiyle 702 Meksika doğumlu bireyden veri toplanmış ve bu veriler üzerinde regresyon analizleri gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların %62'sinin sınır ötesi sağlık sigortasına ilgi gösterdiği, %57'sinin kamu hastaneleri için aylık 75-125 ABD doları ödemeye istekli olduğu ve Meksika'da bakmakla yükümlü oldukları kişilerin bulunması

ile sağlık amaçlı para göndermenin sınır ötesi sigorta talebinin en güçlü belirleyicileri olduğu belirlenmiştir.

Brown (2008), Meksika kökenli göçmenlerin ABD’de sağlık sigortası edinme kararlarını ve Meksika’daki sağlık hizmetlerine erişim olanaklarıyla ilişkisini mesafe temelli bir ereve de incelemiştir. 616 göçmenin 1987-2005 yılları arasındaki Mexican Migration Project verileri, rastgele etkili probit regresyonu kullanılarak analiz edilmiştir. Meksika’ya uzaklığın ABD’de özel sağlık sigortası edinme olasılığını artırdığı, Güney Meksika kökenli göçmenlerin sağlık hizmeti için memleketlerine dönme eğiliminde olduğu ve ABD vatandaşlığı veya yeşil kart sahipliğinin özel sigorta edinme olasılığını yükselttiği; ancak Medicaid ile anlamlı bir ilişki göstermediği belirlenmiştir.

Glinos vd. (2010), Avrupa’daki kamu sağlık sigortası kurumlarının yurtdışındaki sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla yaptıkları sözleşmelerin SAS ve sağlık sistemleri üzerindeki etkilerini incelemiştir. İrlanda, İngiltere, Norveç, Hollanda, Almanya ve Danimarka sağlık sigortası kurumları ve hastaneleri ele alınmıştır. Belçika’da yapılandırılmış görüşmeler ve Avrupa genelindeki hasta hareketliliğine ilişkin veriler sistematik bir yöntemle toplanmış ve tematik bir ereve de analiz edilmiştir. Kamu sigorta kurumlarının yurtdışındaki daha hızlı veya uygun maliyetli sağlayıcılarla sözleşme yaparak bekleme sürelerini azalttığı ve maliyetleri düşürdüğü belirtilmiştir.

Vargas Bustamante vd. (2012), ABD’deki sağlık reformunun sigortasız Meksikalı göçmenler üzerindeki etkilerini ele alarak Salud Migrante ve Medicare in Mexico sınır ötesi sağlık sigortası girişimlerini incelemiştir. Literatür ve politika belgeleri incelenerek betimsel analiz yapılmıştır. Salud Migrante programı, ABD’deki düşük gelirli ve sigortasız Meksikalı göçmenlere ABD’de acil ve ayakta tedavi hizmetleri ile Meksika’da kapsamlı sağlık hizmetleri sunmayı hedeflerken; *Medicare in Mexico* girişimi, Meksika’da yaşayan ABD’li emeklilerin Medicare kapsamında sağlık hizmeti alabilmesini amaçlamaktadır. Bu girişimlerin sağlık hizmetlerine erişimi artırabileceği, maliyetleri azaltabileceği ve iki ülke sağlık sistemleri arasında kurumsal entegrasyonu teşvik edebileceği; ancak yasal, politik ve düzenleyici engellerin bu programların uygulanabilirliğini sınırladığı belirtilmiştir.

Cohen (2015), SAS’ın hukuki, etik ve sigorta boyutlarını incelediği çalışmasında karşılaştırmalı hukuk analizi ve politika değerlendirmesi yaparak sağlık sigortasının SAS’a etkilerini ortaya koymayı amaçlamıştır. Avrupa Birliği lkeleri, ABD ve Hindistan rnek olarak ele alınmıştır. Özel sağlık sigortası şirketlerinin yurt dışında tedavi imknları sunarak sağlık hizmetlerinin küreselleşmesine katkı sağladığı ve kamu sigortası

sistemlerinin ise daha sınırlayıcı ve temkinli bir yaklaşım sergilediği ifade edilmiştir. Çalışma, sigorta politikalarının SAS'ın yönü ve erişilebilirliği üzerinde belirleyici olduğunu ortaya koymuştur.

Ulaş ve Anadol (2016), Türkiye'de özel bir hastanenin SAS sektörüne giriş sürecini stratejik pazarlama bağlamında incelemiştir. Ankara'daki bir özel hastanede iki yönetici ve on iki uzman doktorla yüz yüze görüşmeler ve yarı yapılandırılmış yazılı formlar ile veri toplanmış; elde edilen veriler betimsel analizle temalara ayrılarak değerlendirilmiştir. Ekonomik koşullar, hükümet desteği, teknolojik altyapı, insan kaynakları, hasta beklentileri ve rekabetin SAS'ı etkileyen başlıca faktörler olduğu bulunmuştur. Sağlık sigortasının da uluslararası sigorta anlaşmaları ve geri ödeme sistemleri bağlamında önemli bir değişken olduğu değerlendirilmiştir.

Béland ve Zarzeczny (2018), SAS ve ulusal sağlık sistemlerini kurumsal yapı perspektifiyle incelemiştir. Literatür taraması yapılarak elde edilen bilgiler karşılaştırmalı, kavramsal ve kuramsal çözümleme teknikleriyle analiz edilmiştir. Kanada'da sigorta kapsamı dışındaki hizmetler ve uzun bekleme sürelerinin SAS'ı teşvik ettiği ve ABD'de ise yüksek sağlık hizmeti maliyetlerinin ve sigorta erişimindeki eşitsizliklerin yurtdışında tedavi arayışını artırdığı tespit edilmiştir.

Momeni vd., (2018), İran'ın Doğu Azerbaycan eyaletinde SAS'ın gelişimini engelleyen faktörleri incelemiştir. SAS alanında kamu ve özel sektör temsilcileri, uzmanlar, hastalar ve araştırmacılarla yapılan 16 derinlemesine yüz yüze görüşme ile veri toplanarak içerik analizi yapılmıştır. Pazarlama eksiklikleri, uluslararası sorunlar, kültürel engeller, hasta transferi, aracılık faaliyetleri, yönetsel zayıflıklar ve politika eksikliklerinin SAS'ın gelişimini engelleyen temel bariyerler olduğunu ortaya konmuştur. Sağlık sigortası ile ilgili olarak uluslararası hastalar için sigorta kapsamının bulunmamasının önemli bir engel olduğu vurgulanmış, bu durumun hastaların hizmete erişimini zorlaştırdığı ifade edilmiştir.

Samiee vd., (2022), İran Sosyal Güvenlik Kurumunun SAS pazarlama modelinde sigortanın rolünü ve etkili bileşenlerini incelemiştir. 2021 yılında 17 uzmandan Delphi tekniğiyle, 426 sağlık yöneticisinden ise anket yoluyla veriler toplanmış; elde edilen veriler keşfedici faktör analizi, doğrulayıcı faktör analizi ve yapısal eşitlik modellemesiyle analiz edilmiştir. Geri ödeme hızı, tam kapsamlı sigorta, ek sigorta hizmetleri, uluslararası sigortanın kabulü ve sigortaların transfer edilebilirliği olmak üzere beş temel bileşen tespit edilmiş, sigorta faktörünün SAS pazarlamasında anlamlı ve olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir.

Barbu (2022), sınır ötesi üreme tedavileri bağlamında SAS'ın hukuki boyutlarını incelemiştir. Literatür taraması yapılarak Almanya, Avusturya, İtalya ve Fransa'daki tıbbi destekli üreme mevzuatları, mevzuat analizi yöntemiyle karşılaştırılmıştır. Ülkeler arasındaki yasal farklılıkların bireyleri yurtdışında tedavi arayışına yönlendirdiği ve sağlık sigortası kapsamı, yaş ve medeni durum gibi kriterlerin tıbbi destekli üreme erişimini sınırlandırarak SAS'ı teşvik ettiği belirtilmiştir.

Najar (2024), Hindistan'da uluslararası sağlık sigortası modellerinin SAS üzerindeki etkilerini incelemiştir. 31'den fazla ulusal ve uluslararası kaynak içerik analizi yöntemi ile analiz edilmiştir. Uluslararası sağlık sigortası modellerinin sağlık turistlerinin mali yükünü azaltarak memnuniyeti artırdığı, sigorta fonlarının büyümesine katkı sağladığı ve dijital-teknoloji destekli sigorta modellerinin Hindistan'ı ekonomik ve tercih edilen bir sağlık destinasyonu hâline getireceği belirtilmiştir.

2.2.2. Sağlık sigortasının sağlık amacı ile seyahate etkisini dolaylı olarak ele alan çalışmalar

Bu başlık altında incelenen çalışmalar, sağlık sigortasının SAS'a etkisini doğrudan ele almasa da bu etkinin teorik olarak ele alındığı çalışmalardır. Bu çalışmalarda sigorta kapsamı, sağlık sigortası statüsü, sigorta şirketlerinin politikaları veya devlet düzenlemeleri gibi faktörlerin bireylerin SAS kararları üzerindeki etkilerine çalışmanın bağlamında değinilmiştir. Bu çerçevede, literatür üç başlık altında incelenmiştir: (1) Sağlık sigorta kapsamının ve sağlık sigortası statüsünün SAS'a etkisi, (2) Sigorta şirketlerinin politikalarının SAS'a etkisi ve (3) Devlet sigorta düzenlemelerinin SAS'a etkisi.

2.2.2.1. Sağlık sigorta kapsamının ve sağlık sigortası statüsünün sağlık amacı ile seyahate etkisi

Bu başlık altında yer alan çalışmaların teorik kısmında sigorta kapsamı ve sağlık sigortası statüsünün bireylerin SAS'ayönelimi üzerinde etkisi olduğuna dikkat çekilmektedir. Konuya ilişkin literatür özetleri kronolojik sıra ile aşağıda sunulmuştur:

Calvillo ve Lal (2003), ABD vatandaşlarının Meksika'dan ilaç satın alma davranışlarını ve bu eğilimin demografik özelliklerini, nedenlerini ve satın alınan ilaç türlerini incelemiştir. 2001 yılında Nuevo Progreso'da bir eczaneden ilaç alan 100 ABD vatandaşına uygulanan anket verileri tanımlayıcı analize tabi tutulmuştur. Katılımcıların %60'ının özel sağlık sigortasına sahip olduğu, %19'unun ise sigortasız olduğu ve katılımcıların %66,7'sinin ilaçları daha düşük fiyat nedeniyle Meksika'dan satın aldığı belirlenmiştir. Yüksek ilaç maliyetlerinin sağlık sigortasına sahip bireyleri bile sınır ötesi

SAS'a yönlendirdiği ve bu eğilimin ilaç fiyatlandırması sorunları çözülmedikçe devam edeceği vurgulanmıştır.

Connell (2006), SAS'ın küresel ölçekte yükselişini, nedenlerini ve sonuçlarını kapsamlı bir biçimde incelemiştir. Vaka örnekleri, ülke karşılaştırmaları ve sektör verileri kullanılarak betimsel ve yorumlayıcı analiz gerçekleştirilmiştir. Sağlık sigortası kapsamının yetersizliği nedeniyle bireylerin Hindistan, Tayland, Malezya gibi ülkeleri tercih ettiği belirtilmiştir. Sağlık sigortası kapsamının yetersizliğinin SAS'ı tetikleyen temel faktörlerden biri olduğu ve bunun hem kaynak hem de hedef ülkelerde sağlık hizmetlerinde eşitsizliği artırabileceği dolaylı olarak ifade edilmiştir.

McCallum ve Jacoby (2007), ABD sağlık sistemindeki maliyet, erişim ve kalite sorunlarına alternatif olarak SAS'ı incelemiştir. Literatür, vakalar ve maliyetler incelenerek betimsel ve yorumlayıcı analizler gerçekleştirilmiştir. Sınırlı sigorta kapsamının bireyleri daha uygun maliyetli ve kaliteli tedavi sunan yabancı ülkelere yönlendirdiği; bazı sigorta planlarının ise yurtdışı tedaviyi teşvik ederek SAS'ı desteklediği belirtilmiştir.

Horowitz vd. (2007), gelişmiş ülkelerdeki bireylerin daha uygun maliyetli sağlık hizmetleri sunan gelişmekte olan ülkelere yönelimini konu alan SAS'ı incelemiştir. Literatür ve sektör verileri incelenerek betimsel analiz ve vaka analizi gerçekleştirilmiştir. Sağlık sigortasının yetersizliği veya kapsama dışı hizmetler nedeniyle bireylerin estetik cerrahi, diş tedavisi ve kalp ameliyatı gibi işlemler için Hindistan, Tayland ve Brezilya'ya yöneldiği; sigorta şirketlerinin ise bu eğilimi destekleyerek yurtdışı tedaviye teşvik edici poliçeler sunduğu belirtilmiştir.

Burkett (2007), SAS'ın Amerikan sağlık sistemi üzerindeki etkilerini incelemiştir. Literatür, vakalar, yasal düzenlemeler ve sağlık politikaları ele alınarak betimsel analiz yapılmıştır. Sigorta kapsamının yetersiz olduğu durumlarda bireylerin yurtdışına yöneldiği ve bunun ABD'de maliyet baskısına, destinasyon ülkelerde ise kaynak kaybına yol açtığı belirtilmiştir. Ayrıca sigorta şirketlerinin teşviklerinin maliyetleri düşürebileceği, ancak kalite ve erişim için yeni düzenlemeler gerektiği vurgulanmıştır.

Gray ve Poland (2008), ABD'de SAS olgusunu incelemiştir. Literatür, vaka örnekleri ve politika belgeleri kullanılarak betimsel analiz gerçekleştirilmiştir. Sigorta kapsamının yetersizliğinin bireyleri yurtdışında tedavi aramaya yönlendirdiği ve sigorta şirketlerinin sürece dahil olmasının SAS'ı geliştirdiği belirtilmiştir.

Smith vd. (2009), sağlık hizmetlerinin uluslararası ticaretini sınır ötesi hizmet sunumu, yurtdışında hizmet tüketimi (SAS), doğrudan yabancı yatırım ve sağlık

profesyonellerinin hareketliliği olmak üzere dört model üzerinden incelemiştir. Literatür taraması ve uluslararası veri analizine dayanan çalışmada, küresel düzeyde sağlık hizmeti sunan ve alan ülkeler incelenmiştir. Sigorta kapsamının yetersizliği ve sigorta taşınabilirliğinin sınırlı olmasının bireylerin yurtdışında tedavi alma kararlarını zorlaştırdığı belirtilmiştir.

Turner (2010a), ABD’li hastaların uluslararası sağlık hizmetlerine yönelme nedenlerini ve bu sürecin sağlık sigortası, sağlık sistemi ve hasta güvenliği üzerindeki etkilerini incelemiştir. Çalışmada literatür taraması ve politika analizlerine dayalı nitel bir yöntem kullanılmıştır. Sağlık sigortası yetersizliği ve yüksek maliyetlerin bireyleri Hindistan, Tayland ve Meksika gibi ülkelere yönlendirdiği ve bazı sigorta şirketleri ve eyaletlerin yurtdışı tedavi seçeneklerini teşvik ettiği, ancak hasta güvenliği ve yasal koruma alanlarında eksiklikler bulunduğu belirtilmiştir.

Crooks vd. (2010), hastaların yurtdışında tedavi alma kararlarını etkileyen motivasyonları, algıladıkları riskleri ve deneyimlerini incelemiştir. Akademik yayınlar, medya içerikleri ve gri literatürden toplam 216 kaynak üzerinde tematik analiz gerçekleştirilmiştir. Yüksek maliyetler, sigorta yetersizliği ve uzun bekleme sürelerinin hastaları yurtdışına yönlendirdiği ve bazı sigorta şirketleri ve işverenlerin maliyetleri düşürmek için bu süreci teşvik ettiği belirlenmiştir.

Heung vd. (2010), gelişmekte olan ülkelerde en hızlı büyüyen sektörlerden biri olan SAS’ın dinamiklerini incelemiştir. Literatür taraması yapılarak bütüncül SAS için bir model önermiştir. Sağlık sigortası kapsamının yetersizliği, yüksek maliyetler ve sigorta dışı işlemlerin bireyleri yurtdışında tedavi arayışına yönlendirdiği; bazı sigorta şirketlerinin ise yurtdışı tedavi masraflarını karşılayarak SAS’ı artırdığı belirlenmiştir.

Amodeo (2010), ABD’de GATS (Hizmet Ticareti Genel Anlaşması) çerçevesinde SAS’ın ekonomik ve politik sonuçlarını incelemiştir. Literatür ve uluslararası anlaşmalar üzerinde betimsel analiz gerçekleştirilmiştir. Sağlık sigortası kapsamı yetersiz olan bireylerin daha düşük maliyetli ve kaliteli hizmet arayışıyla yurtdışına yöneldiği ve bunun ABD sağlık sisteminde rekabet baskısı yarattığı ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin gelişimini teşvik ettiği belirtilmiştir.

Gill ve Singh (2011), ABD’li bireylerin SAS destinasyon seçimlerini etkileyen faktörleri incelemiştir. Batı Amerika’daki bir üniversiteden sağlık hizmeti almak amacıyla yurtdışını tercih edebilecek 194 ABD’li öğrenciyle anket yapılmış; veriler tanımlayıcı istatistikler kullanılarak analiz edilmiş ve bulgular grafiklerle görselleştirilmiştir. Destinasyon seçiminde başarı oranı, doktor yetkinliği, tedavi kalitesi

ve hızlı erişimin öncelikli olduğu ayrıca sigorta kapsamının yetersizliği, yüksek maliyetler ve bazı prosedürlerin ABD’de bulunmamasının da yurtdışında tedavi arayışını tetikleyen faktörler olduğu belirtilmiştir.

Pocock ve Phua (2011), Tayland, Singapur ve Malezya örneklerinden hareketle, SAS’ın büyümesinin sağlık sistemleri üzerindeki politika sonuçlarını ortaya koyan kavramsal çerçeveyi incelemiştir. Çalışmada literatür taraması yapılarak kavramsal çerçeve oluşturulmuş, karşılaştırmalı politika analizi ve tanımlayıcı istatistikler gerçekleştirilmiştir. Sağlık sigortası kapsamının yetersiz olmasının bireyleri daha uygun maliyetli ve kaliteli sağlık hizmeti arayışıyla yurt dışında tedavi olmaya yönlendirdiği; bu durumun ise kaynak ülkelerde sağlık sistemine olan güveni zayıflattığı, hedef ülkelerde yerel halkın sağlık hizmetlerine erişimini kısıtlayabildiği belirtilmiştir.

Heung vd. (2011), Hong Kong’da SAS’ın gelişimini etkileyen faktörleri ve karşılaşılan engelleri incelemiştir. Kamu hastaneleri ve özel hastaneler ile ilgili kurum temsilcileriyle yapılan görüşmelerden elde edilen verilere içerik analizi uygulanmıştır. Bireylerin, sigorta poliçeleri tarafından karşılanmayan tedavileri almak ya da kendi ülkelerinde sigorta kapsamının çok pahalı olması nedeniyle daha uygun maliyetli sağlık hizmeti bulmak için uzak ülkelere seyahat ettikleri belirtilmiştir.

Crooks vd. (2011), şirketlerin Hindistan’ı küresel bir SAS destinasyonu olarak pazarlamak için kullandıkları basılı materyal stratejilerini incelemiştir. Hindistan’ın SAS’ı tanıtmak amacıyla Kanada’daki bir fuarda dağıtılan basılı materyaller toplanmış ve bu materyallerin mesaj ile görselleri üzerinde tematik içerik analizi gerçekleştirilmiştir. ABD gibi evrensel sağlık sigortası olmayan sistemlerden gelen hastalar için maliyet tasarruflarının, uygun fiyatlı veya kendi ülkelerinde sunulmayan bakım arayışını teşvik eden önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir.

Singh (2013), ABD’li bireylerin yurtdışında sağlık hizmeti alma motivasyonlarını etkileyen faktörleri incelemiştir. Gelecekte yurtdışında tedavi olmayı düşünebileceklerini belirten 482 kişinin anket verisi üzerinde tanımlayıcı istatistikler ve faktör bazlı önem derecelendirmesi gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların %22’sinin sağlık sigortası bulunmadığı, geri kalanının ise çeşitli sigorta türlerine sahip olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların en çok “tedavi başarı oranı”, “tıbbi hizmet kalitesi”, “doktorların eğitim ve lisans durumu”, “yerel doktor tavsiyesi” ve “hükümet politikaları” gibi sağlıkla ilgili değişkenleri öncelikli olarak değerlendirdiği belirlenmiştir. Sigorta kapsamının yetersizliği ve yüksek tedavi maliyetlerinin bireyleri alternatif sağlık hizmetlerine yönlendiren itici faktörler arasında yer aldığına da değinilmiştir.

Labonté (2013), SAS'ın küresel ölçekteki gelişimini ve sağlık hizmetlerine erişim, maliyet ve eşitlik üzerindeki etkilerini incelemiştir. Sistematik literatür taraması yöntemiyle SAS'daki dört temel yönlü akış (Kuzey-Kuzey, Güney-Kuzey, Güney-Güney, Kuzey-Güney) ve bu akışlara dahil olan ülkeler üzerine betimsel bir analiz gerçekleştirilmiştir. Sigorta kapsamı olmayan veya sınırlı olan bireylerin düşük maliyetli ve kaliteli hizmet arayışıyla sınır ötesi tedaviye yöneldiği, özel sağlık sigortası şirketlerinin maliyet avantajı nedeniyle SAS'ı teşvik etmeye başladığı ancak sigorta taşınabilirliğinin sınırlı olmasının ise SAS'ı engellediği belirtilmiştir.

Mason (2014), Kosta Rika'daki kamu ve özel sağlık kuruluşlarında hastaların kültürel ihtiyaçlarına uygun bakım uygulamalarını analiz ederek SAS altyapısının kalitesini incelemiştir. Kosta Rika'daki akreditasyon kurumları, hastane yöneticileri, özel klinik sahipleri ve SAS aracılığı ile yapılandırılmış görüşmeler yapılarak tematik analiz gerçekleştirilmiştir. Sağlık sigortası kapsamının bireyleri yurtdışında tedavi arayışına yönlendirdiği ve hasta odaklı hizmet anlayışının SAS deneyimini doğrudan etkilediği belirtilmiştir.

OrozcoNúñez vd. (2014), Meksika'da Mexico City ve Monterrey şehirlerinde SAS'ın durumu ve sağlık sistemi arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Medya içerikleri, politika belgeleri, saha gözlemleri ve paydaş görüşmeleri kullanılarak betimsel analiz yapılmıştır. Sağlık sigortası kapsamının sınırlı olmasının, bireylerin daha uygun maliyetli sağlık hizmeti arayışıyla SAS'a yönelmesine katkı sağladığı ve bazı özel hastanelerin uluslararası sigorta şirketleriyle yaptıkları anlaşmaların ülkenin SAS potansiyelini artırdığı belirtilmiştir.

Henama (2014), Güney Afrika'da SAS'ın gelişim potansiyeli ve mevcut fırsatlarını incelemiştir. SAS'a ilişkin akademik yayınlar ve önceki çalışmalar incelenerek literatür taraması yapılmış; elde edilen bulgular yorumlayıcı ve betimsel analiz yöntemiyle değerlendirilmiştir. Sağlık sigortası kapsamının yetersiz olduğu ülkelere gelen hastaların daha uygun maliyetli ve kaliteli sağlık hizmeti arayışına yöneldiği, bunun Güney Afrika'da hem sağlık sistemi hem de turizm sektörü açısından ekonomik katkılar sağladığı belirlenmiştir.

Aydın ve Karaahmet (2016), uluslararası sağlık hizmeti sağlayıcılarının tercih edilmesinde etkili faktörleri incelemiştir. Türkiye'de dört büyük hastanede 28 sağlık profesyoneli ve 37 uluslararası hasta ile yapılandırılmış görüşmeler yapılarak toplanan nitel veriler, Miles ve Huberman'ın üç aşamalı analiz yöntemi ile açık kodlama ve frekans tabloları kullanılarak değerlendirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin maliyetinin yüksek ve

sigorta teminatının sınırlı olduğu ülkelerde, sağlık sigortası kapsamının bireylerin yurt dışında tedavi arama kararında önemli bir rol oynadığı ve maliyet avantajları, kültürel yakınlık, siyasi ve ekonomik istikrar, erişim kolaylığı ile uluslararası akreditasyon gibi faktörlerin de tercihleri şekillendirdiği belirlenmiştir.

Fetscherin ve Stephano (2016), ülkelerin SAS destinasyonu olarak çekiciliğini ölçmek için medikal turizm indeksi geliştirmiş ve doğrulamıştır. Çalışma ölçek geliştirme süreci, literatür taraması, uzman görüşleri ve ABD temsili örneklerle dört aşamalı olarak yürütülmüştür. Sağlık sigortası kapsamının sınırlı olmasının ve yüksek maliyetlerin, bireyleri yurtdışında daha uygun fiyatlı ve kaliteli sağlık hizmeti arayışına yönlendiren temel itici faktörler olduğu; sigorta eksikliği veya yetersizliğinden kaynaklanan talebin SAS'ın büyümesinde önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir.

Ayoub (2018), Mısır'ın SAS alanındaki rekabet gücünü değerlendirerek sektörün güçlü ve zayıf yönlerini, fırsatlarını ve tehditlerini incelemiştir. SAS sektöründeki 11 uzmanla yapılan yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen verilere SWOT analizi yapılmıştır. Sağlık sigortası kapsamının yetersiz olduğu ülkelerde bireylerin yurtdışında daha uygun maliyetli ve kaliteli sağlık hizmeti arayışına yöneldiği belirtilmiştir.

Tapia vd. (2022), bireylerin İspanya'ya SAS kararlarını etkileyen sosyal, ekonomik ve davranışsal faktörleri incelemiştir. İspanya Turizm Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen EGATUR anketinden elde edilen resmî mikro veriler kullanılmış; SAS ile İspanya'ya seyahat etme olasılığını etkileyen faktörler lojistik regresyon modeli ile analiz edilmiştir. SAS'da finansman temelli motivasyonun iki şekilde ortaya çıktığı belirtilmiştir. İlk olarak, tedavinin ikamet edilen ülkede erişilebilir olmasına rağmen hastaların daha düşük maliyetle hizmet almak amacıyla yurtdışını tercih ettiği; ikinci olarak ise sağlık sigortasının bulunmadığı ve yerel tedavi maliyetlerinin yüksek olduğu durumlarda bireylerin yurtdışında tedavi olmayı seçtiği ifade edilmiştir.

2.2.2.2. Sigorta şirketlerinin politikalarının sağlık amacı ile seyahate etkisi

Bu başlık altında yer alan çalışmaların teorik kısmında sigorta şirketlerinin politikalarının bireylerin SAS'a yönelimi üzerinde etkisi olduğuna dikkat çekilmektedir. Konuya ilişkin literatür özetleri kronolojik sıra ile aşağıda sunulmuştur:

Gan ve Frederick (2011), SAS aracılığı hizmetleri pazarındaki farklılaşma biçimlerini ABD'deki SAS aracı kurumları üzerinden incelemiştir. 46 ABD merkezli yurtiçi SAS aracı firmasının web siteleri incelenmiş ve 18 değişken üzerinden veri toplanarak temel bileşen ve kümeleme analizi yapılmıştır. Bazı sigorta şirketleri ve

işverenlerin yurtdışında tedavi olan çalışanlara finansal teşvikler sunduğu, SAS aracı kurumlarının sigorta şirketleriyle kurduğu stratejik ortaklıkların ise sağlık hizmetlerine erişimi artırırken maliyetleri azalttığı belirtilmiştir.

Gaines ve Lee (2019), SAS'ı tanımlayarak SAS kapsamında yapılan seyahatlerin nedenleri, sonuçları ve risklerini incelemiştir. Literatür taraması yapılarak elde edilen verilere betimleyici ve yorumlayıcı analiz gerçekleştirilmiştir. Sağlık sigortası kapsamının bireylerin yurt dışında tedaviye erişimini kolaylaştırdığı, bazı sigorta şirketlerinin yurt dışı tedavileri teşvik eden uygulamalar sunduğu ve bunun SAS'ı artırdığı belirtilmiştir. Bununla birlikte, sigorta kapsamının ülkeler arasında farklılık göstermesi, yasal düzenlemelerin yetersizliği ve tedavi sonrası bakım süreçlerindeki zorlukların SAS ile ilişkili riskleri artırdığına değinilmiştir.

2.2.2.3. Devlet sigorta düzenlemelerinin sağlık amacı ile seyahate etkisi

Bu başlık altında yer alan çalışmaların teorik kısmında devlet sigorta düzenlemelerinin SAS üzerindeki etkilerine dikkat çekilmektedir. Konuya ilişkin literatür özetleri kronolojik sıra ile aşağıda sunulmuştur:

Outreville (1998), sağlık sigortasının uluslararası sağlık hizmetleri ticareti üzerindeki etkilerini incelemiştir. Literatür taraması yapılarak teorik ve grafiksel analizlerle farklı ülkelerdeki sağlık sigortası uygulamaları ele alınmıştır. Sigorta kapsamının taşınabilir olmamasının SAS'ı sınırladığı, piyasa segmentasyonunun erişimde eşitsizlik yarattığı ve sigorta sistemlerinin sağlayıcı ağları aracılığıyla maliyet kontrolü ve kalite artırımı sağlayabileceği gösterilmiştir.

Bertinato vd. (2005), Avrupa'da sınır ötesi sağlık hizmetlerinin gelişiminin hasta hareketliliği üzerindeki etkilerini incelemiştir. Politika belgeleri, yasal düzenlemeler, finansal veriler ve hasta hakları literatürü incelenerek betimsel olarak analiz edilmiştir. Sigorta kapsamının sınır ötesi hizmetlere erişimde belirleyici olduğu ve ön izin mekanizmalarının hasta hareketliliğini sınırladığı belirtilmiştir.

Holden (2005) tarafından sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ve uluslararası düzeyde sağlık hizmeti ticaretinin durumu incelenmiştir. OECD verileri, Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü raporları incelenerek betimsel analiz yapılmıştır. Özel sağlık sigortası ve doğrudan ödemelerin yaygınlaşmasının yanı sıra sağlık sigortası sistemlerinin uluslararası taşınabilirliğinin de SAS'ın büyümesinde belirleyici bir faktör olduğu belirtilmiştir.

Carrera ve Bridges (2006), sağlık ve medikal turizm kavramları ile uluslararası sağlık hizmetleri ticaretinin kapsamını incelemiştir. Sistematik literatür taraması ile 149 çalışma elde edilmiş ve bu çalışmalar üzerinde betimsel analiz ile Ogden-Richards modeline dayalı kavramsal analiz gerçekleştirilmiştir. Almanya ve ABD’de bazı sigorta sistemlerinin yurtdışı tedavi masraflarını karşıladığı belirtilerek, sağlık sigortası kapsamının genişletilmesinin SAS’ı teşvik edebileceğı belirtilmiştir.

Lunt ve Carrera (2010), Avrupa’da SAS’ın küresel sağlık hizmetleri piyasasındaki rolünü incelemiştir. Literatür taraması yoluyla, özellikle orta yaş ve üzeri bireylerin cepten ödeme ile sağlık hizmeti alma eğilimleri betimsel analiz yöntemiyle incelenmiştir. SAS’ın büyük ölçüde özel sağlık hizmetleri ve bireysel talepler doğrultusunda şekillendiğı, kamu sağlık sigortası sistemlerinin ise genellikle yurt dışında alınan planlı tedavileri kapsamadığı ve bunun da SAS hacmini sınırladığı belirtilmiştir.

Laugesen ve Bustamante (2010), Avrupa ve ABD’de SAS’ta hasta hareketliliğı türlerini incelemiştir. Literatür, 2007 Eurobarometer ve 2001 California HealthInterviewSurvey verileri kullanılarak karşılaştırmalı analizler yapılmıştır. Sigortasızların temel hizmet için yurtdışına çıkması, sigortalıların sigorta kapsamı dışı hizmetleri araması, hızlı veya kaliteli hizmet arayışı ve kurumların teşvik politikaları olmak üzere dört hareketlilik türü belirlenmiştir. Avrupa’da hasta hareketliliğinin daha çok kalite ve erişim odaklı olduğı, ABD-Meksika örneğinde ise ekonomik zorunluluklar ve sigorta erişim sınırlılıkları olduğı belirtilmiştir.

Lunt vd. (2011), SAS’ın küresel ölçekteki gelişimini, etkilerini ve sağlık sistemleri üzerindeki yansımalarını incelemiştir. OECD ülkeleri ve gelişmekte olan ülkeler arasındaki hasta hareketliliğı, sigorta kapsamı, hizmet maliyetleri ve kalite göstergeleri politika analizi yaklaşımı ile analiz edilmiştir. Kamu sağlık sigortası sistemlerinin genellikle yurt dışında alınan planlı tedavileri kapsamadığı, bu durumun bireyleri cepten ödeme yaparak SAS’a yönlendirdiğı ve sigorta kapsamının yetersizliğı nedeniyle yurt dışında alınan tedaviler sonrasında ortaya çıkan komplikasyonların mali yükünün çoğunlukla hastanın kendi ülkesindeki kamu sağlık sistemine kaldığı belirtilmiştir.

Boga ve Weiermair (2011), SAS’da marka oluşturma sürecini değerlendirmek amacıyla Araç-Amaç zinciri teorisini kullanarak Alpler’de SAS hizmetlerinin marka taşıyıcılığı potansiyelini incelemiştir. Almanya’daki iki büyük kamu sağlık sigortası kurumuyla yürütölen çalışmada 1.607 katılımcıdan çevrimiçi anketle veri toplanmış; Araç-Amaç zincirializinde marka çağrışımları, faktör analizi, kümeleme analizi ve

Kruskal-Wallis testleriyle incelenmiştir. Almanya'daki kamu sağlık sigortası kurumlarının SAS'ı birincil önleme aracı olarak değerlendirdiği, bu hizmetlerin erişilebilirliğini artırdığı SAS'ın gelişimine katkı sağladığı belirtilmiştir.

Loh (2013), SAS'ın küresel eğilimlerini ve sağlık sigortası sistemleriyle olan ilişkisini incelemiştir. 2003-2009 yılları arasında 35 ülkenin ithalat ve 31 ülkenin ihracat verileri üzerinde doğrusal regresyon ve kantil regresyon analizleri gerçekleştirilmiştir. Kamu sağlık sigortası sistemlerinin genellikle yurtdışında alınan planlı sağlık hizmetlerini kapsamamasının gelişmekte olan ülkelerin SAS potansiyelini sınırladığı ve özel sigorta şirketlerinin uluslararası sağlık hizmeti sağlayıcılarını kapsama alma girişimlerinin SAS'ın gelecekteki büyümesi açısından umut verici olduğu belirtilmiştir.

Jadhav vd. (2014), Güney Asya ülkelerinde sınır ötesi sağlık hizmetlerine erişim bağlamında SAS'ın sürdürülebilirliği incelenmiştir. Literatür taraması yöntemiyle Güney ve Güneydoğu Asya ülkelerindeki SAS uygulamaları incelenmiş, betimsel ve karşılaştırmalı analiz gerçekleştirilmiştir. Sağlık sigortası kapsamının uluslararası taşınabilirliğinin SAS'ın büyümesinde belirleyici bir faktör olduğu, sigorta şirketleri ve işverenlerin sınır ötesi tedaviye yönelik teşviklerinin SAS'ı desteklediğine işaret edilmiştir.

Langvinienė (2014), Litvanya'daki SAS sektöründeki değişimleri genel turizm sektörüyle karşılaştırmalı olarak incelemiştir. 2008-2012 yılları arasına ait resmî istatistikler ve literatür incelenerek karşılaştırmalı ve betimsel analizler yapılmıştır. Sağlık sigortasının uluslararası geçerliliğinin özellikle Avrupa Birliği vatandaşlarının başka ülkelerde tedavi olabilmesini sağlayarak SAS'ın büyümesinde önemli rol oynadığı belirtilmiştir.

Couture vd. (2015), sınır ötesi reprogenetik hizmetlerini SAS bağlamında; özellikle yasal açıdan, erişim ve ekonomik motivasyonlar açısından incelemiştir. 1994-2014 yılları arasında yayımlanmış 52 akademik makale tematik analize tabi tutulmuştur. Sağlık sigortası politikalarının yerel erişim kısıtlarının ve ekonomik faktörlerin bireyleri daha uygun, erişilebilir veya yasal olarak izin verilen ülkelerde sağlık hizmeti aramaya yönlendirdiğine atıfta bulunulmuştur.

Kamassi vd. (2019), SAS sektöründe yer alan temel paydaşları ve bu paydaşların SAS'ın gelişimine olan katkılarını incelemiştir. Sistemik literatür taraması ile 2003-2018 yılları arasında yayımlanmış 84 akademik çalışma incelenerek içerik analizi gerçekleştirilmiştir. Sağlık sigortası sistemlerinin uluslararası taşınabilirliğinin SAS'ın

büyümesinde kritik bir rol oynadığına ve sigorta kapsamının yetersizliğinin, SAS’da hastaların tedavi masraflarını cepten karşılamasına neden olduğuna dikkat çekilmiştir.

Jiang vd. (2022), Çin’de SAS’ın gelişimini etkileyen temel faktörleri incelemiştir. Veri toplama amacıyla saha çalışmaları, vaka incelemeleri, resmî istatistikler ve ikincil kaynaklar kullanılmış; veri analizi ise en küçük kareler regresyonu modeli, pearson korelasyon katsayısı ve gri ilişki derecesi analizi ile gerçekleştirilmiştir. Kişi başına sağlık harcaması ve yerli sağlık tüketicisi sayısının SAS’ı belirlediği; Çin’de temel sağlık sigortasının uluslararası sağlık harcamalarını kapsamaması nedeniyle bireylerin yurtdışında sağlık hizmeti alma kararlarının sınırlandığı ve yerel hizmetlere yöneldikleri belirtilmiştir.



3. ARAŞTIRMA MODELİ, VERİ SETİ VE YÖNTEM

Bu çalışmada, SAS harcamalarını etkileyen başlıca faktörlerin ampirik olarak incelenmesi amacıyla panel veri modeli kurulmuştur. Modelde bağımlı değişken olarak SAS ele alınırken, bağımsız değişkenler SAS_{it-1} , ÖSİGORTA, GELİR, FİYAT, SAĞKALİTE, TURİZM ve SİSTEM olarak belirlenmiştir. Aşağıda yer alan model aracılığıyla ilgili değişkenlerin SAS üzerindeki etkileri hem zamansal hem de ülkesel düzeyde değerlendirilmektedir:

$$SAS_{it} = \alpha SAS_{it-1} + \beta_1 ÖSİGORTA_{it} + \beta_2 GELİR_{it} + \beta_3 FİYAT_{it} + \beta_4 SAĞKALİTE_{it} + \beta_5 TURİZM_{it} + \beta_6 SİSTEM_{it} + \varepsilon_{it} \quad (3.1)$$

Veri erişilebilirliği kısıtı nedeniyle çalışmanın örneklemini 22 ülke ile sınırlandırılmış ve analizlerde bu ülkelere ait 2010-2022 dönemini kapsayan yıllık veriler kullanılmıştır. Model (3.1)'de kullanılan alt indislerden “i” ülkeleri, “t” ise yılları temsil etmektedir. Tablo 3.1’de gösterilen SAS değişkeni, UNCTAD verilerinden elde edilen ülkelerin toplam hizmet ithalatı içindeki SAS hizmetlerinin yüzdesini ifade etmektedir. SAS harcamalarının süreklilik göstermesi ve geçmiş deneyimlerin bireylerin mevcut tercihlerini etkilemesi; patika bağımlılığı, sürü etkisi, ağızdan ağıza yayılma ve ağ dışsallıkları gibi kavramlarla açıklanabilmektedir. Bu dinamik yapıyı modelde yansıtmak amacıyla gecikmeli bağımlı değişken olan SAS_{it-1} modele dahil edilmiştir (Economides, 1996; Kozak & Rimmington, 2000; Yoon & Uysal, 2005; Martin & Sunley, 2006; MacKinnon vd., 2009; Lee & Pennington-Gray, 2025). ÖSİGORTA değişkeni, OECD verilerinden elde edilen ülkelerin gönüllü sağlık sigortasına sahip nüfus yüzdesini ifade etmektedir. Genel olarak sağlık sigortası, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini artırabilir ve dolayısıyla SAS harcamalarını da etkileyebilir. Sigorta kapsamı yurtdışında geçerli olan bireyler, yurtdışında tedavi için daha fazla harcama yapma eğiliminde olabilirler çünkü sigorta kapsamındaki maliyetler daha düşük olabilir (Benavides, 2002; Turner, 2007; Labonté, 2013). Bu değişkenin etkisinin pozitif olması beklenmektedir. Gelir değişkenini ölçen GELİR1, GELİR2 ve GELİR3 değişkenleri ise Dünya Bankası verilerinden elde edilip logaritmik dönüşüm uygulanarak oluşturulmuştur. GELİR1, 2015 sabit fiyatlarıyla kişi başına düşen reel gayri safi yurtiçi hasıla (GSYİH)’ yı ifade ederken, GELİR2 2021 sabit uluslararası dolar cinsinden satın alma gücü paritesine göre kişi başına düşen GSYİH’ yı temsil etmektedir. GELİR3, 2021 yılı fiyat düzeyine sabitlenmiş satın alma gücü paritesi kullanılarak hesaplanan çalışan başına düşen GSYİH’ yı ifade etmektedir. Kişi başına düşen millî gelir dolaylı olarak bireylerin sağlık harcamaları

üzerinde artırıcı yönde etkiye sahip olduğu bilinmektedir (Gerdtham & Löthgren, 2000; Qureshi vd., 2017; Kwong vd., 2019); bu artış, bireylerin daha maliyetli ve nitelikli sağlık hizmetlerine yönelmesini kolaylaştırarak, yerel sağlık hizmetlerinin yetersiz algılandığı durumlarda SAS harcamalarını da artırabilmektedir (Lautier, 2014). Bu değişkenin etkisinin de pozitif olması beklenmektedir.

FİYAT değişkeni, satın alma gücü paritesi dönüşüm faktörü ile piyasa döviz kuru arasındaki fiyat düzeyi oranını göstermektedir ve Dünya Bankası verilerinden alınmıştır. Genel fiyat düzeyi bir ülkenin genel yaşam maliyetini ve ekonomik koşullarını yansıtır. Yüksek genel fiyat düzeyi, sağlık harcamalarını artırabilmektedir (Papanicolas, 2024). Bu artan yaşam maliyeti ve sağlık hizmetlerine erişimde ortaya çıkan ekonomik baskı, bireyleri daha uygun maliyetli tedavi seçeneklerine yönelterek bireylerin SAS motivasyonunu artırabilmektedir (Macias ve Morales 2001, Picazo, 2013; Ridderstaat, 2022). Bu nedenle bu değişkenin etkisinin de pozitif olması beklenmektedir. Sağlık hizmeti kalitesi ilgili değişkenlerden YATAK1000, 1.000 kişi başına düşen hastane yatağı sayısını; DOKTOR1000, 1.000 kişi başına düşen aktif doktor sayısını ifade etmekte olup bu veriler OECD verilerinden alınmıştır. Sağlık hizmetlerinin kalitesi bireylerin SAS tercihlerini etkileyen önemli bir faktördür. Yüksek kaliteli sağlık hizmetleri sunan destinasyonlar, daha fazla sağlık turisti çekebilir. Düşük kaliteli sağlık hizmetine sahip ülkeler daha fazla sağlık turisti gönderebilir. Kalite faktörü, bireylerin tedavi için yurtdışını tercih etmelerinde belirleyici olabilmektedir (Burkett, 2007; Pocock & Phua2011; Österle vd., 2021; Mahmud vd., 2021). Bu değişkenin etkisinin talep fonksiyonunda negatif olması beklenmektedir. Turizmle ilgili değişkenlerden USO, ülkelerde uluslararası turizm amaçlı çıkış yapan kişi sayısının toplam nüfusa oranını gösterirken THGO, ülkelerde uluslararası turizm harcamalarının GSYİH'ya oranını temsil etmektedir. Bu değişkenlerin hesaplanmasında Dünya Bankası ve OECD verilerinden yararlanılmıştır. Turizm faaliyetlerinin ve uluslararası hareketliliğin artması, SAS harcamalarını destekleyen temel dinamiklerden biri olarak görülmektedir. SAS ve turizm sektörleri arasındaki simbiyotik ilişki, SAS'ın gelişiminde karşılıklı olarak birbirini desteklemiştir (McCartney & Wang, 2024; Jalali vd., 2025). Dolayısıyla, her iki değişkenin de SAS harcamaları üzerinde pozitif yönde bir etkiye sahip olması beklenmektedir. Sağlık sistemi türünü temsil eden SİSTEM değişkeni, ülkelerin Beveridge, Bismarck veya Amerikan sağlık sistemlerine yakınlıklarını gösteren kategorik bir değişkendir. Farklı sağlık sistemleri hastaların ülke içinde veya yurtdışında sağlık hizmeti alma talebini etkileyerek SAS harcamalarını da etkileyebilir (Lunt vd., 2011;

Ormond & Lunt, 2020). Bu doğrultuda, Beveridge sistemindeki kamu finansmanı ve ücretsiz hizmetler yurtdışına çıkışı azaltır fakat uzun bekleme süreleri bazı hastaları yurtdışına yönlendirebilir. Bismarck sistemi, sosyal sigorta temelli kapsayıcı yapı yurtdışına çıkışı büyük ölçüde azaltabilir fakat özel tedavilerde maliyet avantajı için yurtdışına yönelim olabilir. Amerikan sağlık sistemi ise yüksek bireysel maliyetler ve özel sigorta temelli yapısı nedeniyle, özellikle sigortasız veya yetersiz sigortalı bireylerin yurtdışında daha uygun maliyetli sağlık hizmetlerine yönelmesine yol açabilir. Bu nedenle, farklı sağlık sistemi türlerinin SAS harcamaları üzerinde yön ve büyüklük bakımından farklı etkiler yaratması beklenmektedir.

Tablo 3.1 Değişkenlerin tanımları

Değişken	Tanımlar	Veri Kaynakları
SAS	Sağlık amacıyla yapılan seyahat harcamalarının, toplam hizmet ithalatı içindeki payını göstermektedir.	UNCTAD
ÖSİGORTA	Özel sağlık sigortasına sahip olan kişilerin toplam nüfusa oranı	OECD
GELİR1	Dolar (\$) cinsinden kişi başına düşen GSYİH verisini (2015 yılına ait sabitlenmiş dolar) gösterir	Dünya Bankası
GELİR2	Dolar (\$) cinsinden satın alma gücü paritesi kullanılarak hesaplanmış kişi başına düşen GSYİH verisini (2021 yılına ait sabitlenmiş dolar) gösterir	
GELİR3	Dolar (\$) cinsinden satın alma gücü paritesi kullanılarak hesaplanan çalışan başına düşen GSYİH verisini (2021 yılı fiyat düzeyine sabitlenmiş) gösterir	
FİYAT	Satın Alma Gücü Paritesi dönüşüm faktörü ile piyasa döviz kuru arasındaki oranı gösterir	
YATAK1000	1,000 kişiye düşen hastane yatağı sayısını gösterir	OECD
DOKTOR1000	1,000 kişiye düşen aktif doktor sayısını gösterir	
USO	Ülke nüfusuna göre uluslararası seyahat edenlerin yüzdesi gösterir	Dünya Bankası ve OECD
THGO	Uluslararası turizm hizmet giderlerinin ülke ekonomisine (GSYİH) oranını gösterir	
AMERİKAN	Amerikan sağlık sistemine yakın olan sağlık sistemini temsil eder	Literatür
BEVERİDGE	Beveridge sağlık sistemine yakın olan sağlık sistemini temsil eder	
BİSMARCK	Bismarck sağlık sistemine yakın olan sağlık sistemini temsil eder	

Tablo 3.2’de sağlık sistemlerini tanımlayan kategorik değişkenler arasında AMERİKAN, Amerikan sağlık sistemini (pazar temelli, bireysel); BEVERİDGE, Beveridge sağlık sistemini (kamusal, vergi temelli) ve BİSMARCK, Bismarck sağlık sistemini (sosyal sigorta temelli) temsil etmektedir. Ülkeleri yakın oldukları sağlık sistemine göre sınıflandırırken önceki çalışmalardan faydalanılmıştır (Bancalari vd., 2023; Bhattacharya vd., 2014; Moisidou, 2022; Lisovska, 2021; Patašienė vd., 2013; Kozuń-Cieślak & Zdrazil, 2021; Rosengren vd.,2021; Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, t.y.).

Tablo 3.2 Analiz edilen ülkeler ve yakın oldukları sağlık sistemi

Yakın Olduğu Sağlık Sistemi		
Beveridge	Bismarck	Amerikan
Brezilya	Meksika	Amerika Birleşik Devletleri
Kanada	Almanya	
Birleşik Krallık	Hollanda	
Yunanistan	İsrail	
Portekiz	Avusturya	
Danimarka	Belçika	
Finlandiya	Fransa	
İrlanda	Litvanya	
Letonya	Slovenya	

İzlanda	Türkiye
	Estonya

Bu çalışmanın tahmini, sistem genelleştirilmiş momentler yöntemi (Sistem GMM)'ne dayanmaktadır. Ekonomik değişkenler arasındaki etkileşimler dinamik bir yapı gösterebilmekte ve bu dinamik ilişkilerin otoregresif panel modeller çerçevesinde havuzlanmış en küçük kareler (HEKK) yöntemiyle tahmin edilmesi içsellik sorunlarına yol açmaktadır. Her bir değişkenin içsel olduğu varsayımına dayanan panel vektör otoregresyon (PVAR) ve vektör hata düzeltme modeli (VECM) yaklaşımları da dinamik ilişkilerin yakalanmasında yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak bu modellerde bağımlı değişkenin gecikmeli değerlerinin bağımsız değişken olarak modele dâhil edilmesi içsellik ve buna bağlı yanlılık sorunlarına neden olabilmektedir. Bağımlı değişkenin gecikmeli değerlerinin bağımsız değişken olarak modele alınması, bağımsız değişkenler ile birim etkileri arasında ilişki olmadığı varsayımına dayanan rassal etkiler yöntemini de geçersiz kılmaktadır. Otoregresif panel modellerin sabit etkiler yöntemiyle tahmin edilmesi ise kukla değişkenler nedeniyle gözlem sayısını azaltmakta ve özellikle zaman boyutunun kısa olduğu panellerde çeşitli sorunlara yol açmaktadır. Bu nedenle, dinamik ilişkilerin tahmininde HEKK, rassal etkiler ve sabit etkiler gibi geleneksel panel veri yöntemlerinin ya da PVAR ve VECM modellerinin ötesinde, daha sağlam yöntemlerin kullanılması gerekmektedir. GMM yöntemleri, söz konusu tahmin tekniklerinin karşılaştığı bu sorunların aşılmasına olanak sağlamaktadır (Ağazade, 2021). Çalışmanın temel dinamik panel modeli aşağıdaki şekilde ifade edilebilir:

$$Y_{it} = \alpha Y_{it-1} + X'_{it}\beta + \mu_i + u_{it} \quad (3.2)$$

Burada Y_{it} SAS harcamasını, Y_{it-1} gecikmeli SAS harcamasını, X'_{it} bağımsız değişkenler vektörünü, μ_i bireysel etkileri ve u_{it} hata terimini göstermektedir. GMM yöntemi ilk olarak Hansen (1982) tarafından biçimsel olarak geliştirilmiş, Anderson ve Hsiao (1981, 1982) tarafından ise panel veri analizine uygulanmıştır. Birinci fark alma işlemi panel birim etkilerini ortadan kaldırmakta olup, model aşağıdaki şekilde ifade edilebilir:

$$\Delta SAS_{it} = \beta_1 \Delta SAS_{it-1} + \beta_2 \Delta ÖSİGORTA_{it} + \beta_3 \Delta GELİR_{it} + \beta_4 \Delta FİYAT_{it} + \beta_5 \Delta SAĞKALİTE_{it} + \beta_6 \Delta TURİZM_{it} + \varepsilon_{it} \quad (3.3)$$

Anderson ve Hsiao yaklaşımı içsellik ve eşanlılık sorunlarını kontrol edebilmesine rağmen, değişkenlerin seviye bilgilerini ihmal etmesi ve birinci fark hata terimindeki otokorelasyonu göz ardı etmesi nedeniyle etkin tahminciler üretmemektedir (Ağazade, 2021). Bu sorunu gidermek amacıyla Arellano ve Bond (1991), birinci farkı alınmış

dinamik modelin araç değişkenler kullanılarak genelleştirilmiş en küçük kareler yöntemiyle tahmin edilmesini önermiştir. Ancak dinamik panel modellerde kullanılan birinci fark GMM, otoregresif parametre sayısı çok fazla ya da birim etkinin varyansının artık hatanın varyansına oranı çok yüksek ise zayıf kalmaktadır. Ayrıca dengesiz panel verilerle çalışırken ya da T (zaman boyutu) küçükken, birinci fark dönüşümü yine zayıf kalmaktadır. Bu durumda, birinci fark alınarak bazı birimlere ait veriler tümüyle kaybolabilmektedir (Tatoğlu, 2023). Bu nedenle Sistem GMM, birinci fark dönüşümü yerine önerilen ve veri kaybını minimize eden "ileri ortogonal sapmalar" ya da "ortogonal sapmalar" yöntemini kullanmaktadır. Arellano ve Bover (1995), dinamik panel veri modelleri için bu yöntemi kullanarak etkin araç değişken tahmincisi önermişlerdir. Blundell ve Bond (1998) ise, özellikle T 'nin küçük olduğu durumda ($N > T$) tahmin etkinliğini artırmak için yararlanılan ekstra moment koşulunun önemini vurgulamışlardır. Bu yaklaşım, araç değişkenlerin farklarının sabit etkilerle ilişkisiz olduğu yönünde ek bir varsayım içermektedir (Roodman, 2009). Daha fazla araç değişken kullanımına imkân tanıyan ve etkinlik ile tutarlılık sağlayan bu tahminci, dönüştürülmüş denklem ile orijinal denklemin birlikte kullanıldığı iki denklemlili bir yapıya sahiptir ve bu nedenle sistem GMM olarak adlandırılmaktadır. Tahmin sürecinde genellikle iki aşamalı GMM yaklaşımı tercih edilmekte ve standart hatalar yerine Windmeijer'in dirençli standart hataları kullanılmaktadır (Tatoğlu, 2023).

Tahmin edilen modellerin geçerliliğini ve araç değişkenlerin uygunluğunu test etmek amacıyla Hansen testi uygulanmaktadır (Hansen, 1982). Hansen testi, aşırı tanımlılık kısıtlarının geçerliliğini değerlendirerek kullanılan araç değişkenlerin modelle tutarlı olup olmadığını istatistiksel olarak test etmektedir. Ayrıca, modelde ikinci dereceden otokorelasyon olup olmadığını kontrol etmek amacıyla Arellano-Bond AR(2) testi dikkate alınmaktadır (Arellano & Bond, 1991). Bu testlerin sonuçları, sistem GMM tahminlerinin güvenilirliği açısından önemli bir kontrol mekanizması sağlamaktadır. Bu çalışmada sistem GMM analizi Stata 17 programında xtabond2 komutu kullanılarak twostep robust seçenekleri ile gerçekleştirilmiştir. Analiz öncesinde değişkenler arasındaki ilişkilerin ve verinin genel özelliklerinin incelenmesi amacıyla yapılan korelasyon ve tanımlayıcı istatistikler ise EViews 13 programı ile hesaplanmıştır. Elde edilen bulguların görselleştirilmesi ve grafiksel analizlerin sunulması için Microsoft Excel programı kullanılmıştır. Bu yaklaşım, hem dinamik panel veri analizinin güvenilirliğini artırmakta hem de sonuçların yorumlanmasını kolaylaştırmaktadır.

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışmada kullanılan değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistiklere, değişkenler arasındaki ilişkileri ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilen korelasyon analizine ve bu ilişkilere görsellik kazandıran korelasyon grafiklerine yer verilmiştir. Ayrıca, çalışmanın temel ampirik aşamasını oluşturan Sistem GMM tahmin sonuçları sunulurken modelin dinamik yapısı, değişkenlerin etkileri ve istatistiksel geçerlilik testleri kapsamlı bir şekilde ele alınmıştır.

Tablo 4.1’de gösterilen SAS değişkeni için ortalama değer 0,153 olarak hesaplanmıştır. Maksimum değer 0,777 minimum değer ise 0,000’dır. Bu değerler, bazı ülkelerde sağlıkla ilgili seyahat harcamalarının önemli bir yer tuttuğunu ancak diğerlerinde hiç olmadığını veya çok düşük olduğunu göstermektedir. ÖSİGORTA değişkeni için ortalama 38,313’tür. Maksimum değer 97,900 ile oldukça yüksektir, minimum değer ise 0,200’dür. Bu değişkenin yüksek ortalama değeri, birçok ülkede özel sağlık sigortasının yaygın olduğuna ancak bazı ülkelerde çok düşük bir oranda kaldığına işaret etmektedir. GELİR1, GELİR2 ve GELİR3 değişkenlerinin ortalamaları sırasıyla 10,270, 10,712 ve 11,498’dir. Maksimum değerler sırasıyla 11,486, 11,717 ve 12,414’tür, minimum değerler ise 9,019, 9,739 ve 10,579 olarak verilmiştir. Bu değişkenlerin logaritmik değerleri, ülkelerin gelir seviyelerindeki farklılıkları yansıtmaktadır. FİYAT değişkeninin ortalaması 0,842 olarak hesaplanmıştır. Maksimum değer 1,391 minimum değer ise 0,278’dir. Bu değerler, ülkeler arasındaki satın alma gücü paritesinin farklılıklarını göstermektedir. YATAK1000 ve DOKTOR1000 değişkenlerinin ortalamaları 4,110 ile 3,422’dir. Maksimum değerleri 8,380 ve 6,306’dır. Minimum değerler ise 0,950 ve 1,500’dür. Bu veriler, ülkelerin sağlık hizmeti sunum kapasitesini, özellikle hastane yatakları ve doktor sayıları açısından ortaya koymaktadır. USO değişkeninin ortalaması 100,229’dur. Maksimum değeri 289,650 minimum değeri ise 2,690’dır. Bu, uluslararası seyahatlerin halkın geneli tarafından nasıl bir düzeyde gerçekleştirildiğini gösteren önemli bir göstergedir. Son olarak, THGO değişkeninin ortalaması 0,002 maksimum değeri 0,007 ve minimum değeri 0,000’dır. Bu değerler, turizme yapılan harcamaların toplam GSYİH’ye oranının nispeten düşük olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.1 Değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler

	SAS	ÖSİGORTA	GELİR1	GELİR2	GELİR3	FİYAT	YATAK1000	DOKTOR1000	USO	THGO
Ortalama	0,153	38,313	10,270	10,712	11,498	0,842	4,110	3,422	100,229	0,002
Medyan	0,096	25,600	10,593	10,855	11,556	0,868	3,400	3,290	102,776	0,002
Maksimum	0,777	97,900	11,486	11,717	12,414	1,391	8,380	6,306	289,650	0,007
Minimum	0,000	0,200	9,019	9,739	10,579	0,278	0,950	1,500	2,690	0,000
Standart Sapma	0,159	30,820	0,621	0,395	0,346	0,236	1,813	1,005	60,175	0,001
Çarpıklık	1,678	0,576	-0,547	-0,688	-0,721	-0,125	0,629	0,635	0,403	0,864
Basıklık	5,565	1,894	1,987	2,911	3,610	2,178	2,522	3,334	2,962	4,224
Jarque-Bera	190,346	27,928	26,514	22,650	29,221	8,797	21,191	19,885	6,343	53,046
Olasılık	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,012	0,000	0,000	0,042	0,000
Gözlem Sayısı	256	263	286	286	286	286	281	277	234	284

Tablo 4.2'deki çoklu korelasyon sonuçlarına göre, değişkenler arasında çeşitli düzeylerde ilişkiler bulunmaktadır. SAS ile diğer değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde SAS ile ÖSİGORTA arasında zayıf düzeyde negatif ve %10 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = -0.1133$, $p = 0.0843$). SAS'ın GELİR1 ile olan pozitif yönlü ilişkisi ise zayıf düzeyde %5 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($r = 0.1602$, $p = 0.0103$). SAS ile GELİR2 arasında benzer şekilde zayıf düzeyde pozitif ve %1 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r = 0.1772$, $p = 0.0045$). SAS ile GELİR3 arasındaki ilişki oldukça oldukça zayıf düzeyde pozitif fakat istatistiksel olarak anlamsızdır ($r = 0.0528$, $p = 0.4000$). SAS'ın FİYAT ile olan ilişkisi zayıf düzeyde pozitif ve %5 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiyi göstermektedir ($r = 0.1487$, $p = 0.0173$). SAS ile YATAK1000 arasında benzer şekilde zayıf düzeyde pozitif ve %5 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmektedir ($r = 0.1466$, $p = 0.0201$). SAS ile DOKTOR1000 arasında da pozitif yönlü zayıf %1 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r = 0.3176$, $p = 0.0000$). Son olarak, SAS ile THGO arasında pozitif yönlü, zayıf ve %1 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenirken ($r = 0,1844$, $p = 0,0031$), USO ile arasında zayıf pozitif ilişki olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r = 0,0926$, $p = 0,1833$).

ÖSİGORTA'nın diğer değişkenlerle ilişkileri incelendiğinde, ÖSİGORTA ve GELİR1 arasında orta düzeyde pozitif ve %1 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($r = 0.4062$, $p = 0.0000$). GELİR2 ile ilişki benzer şekilde zayıf düzeyde pozitif yönlü ve %1 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($r = 0.3856$, $p = 0.0000$). ÖSİGORTA ile GELİR3 arasında ise orta düzeyde pozitif ve %1 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmektedir ($r = 0.4145$, $p = 0.0000$). ÖSİGORTA ile FİYAT arasındaki ilişki zayıf düzeyde pozitif ve %1 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r = 0.3188$, $p = 0.0000$). ÖSİGORTA ile YATAK1000 ve DOKTOR1000 arasında negatif ilişkiler vardır; YATAK1000 ile olan ilişki oldukça zayıf düzeyde negatif ve istatistiksel olarak anlamsızdır ($r = -0.0554$, $p = 0.3745$), DOKTOR1000 ile olan ilişki ise oldukça zayıf düzeyde negatif ama %5 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($r = -0.1448$, $p = 0.0209$). ÖSİGORTA ile USO ve THGO arasında zayıf düzeylerde ilişkiler vardır; USO ile ilişki pozitif ve %1 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır ($r = 0.1924$, $p = 0.0047$) ancak THGO ile ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($r = 0.0376$, $p = 0.5456$).

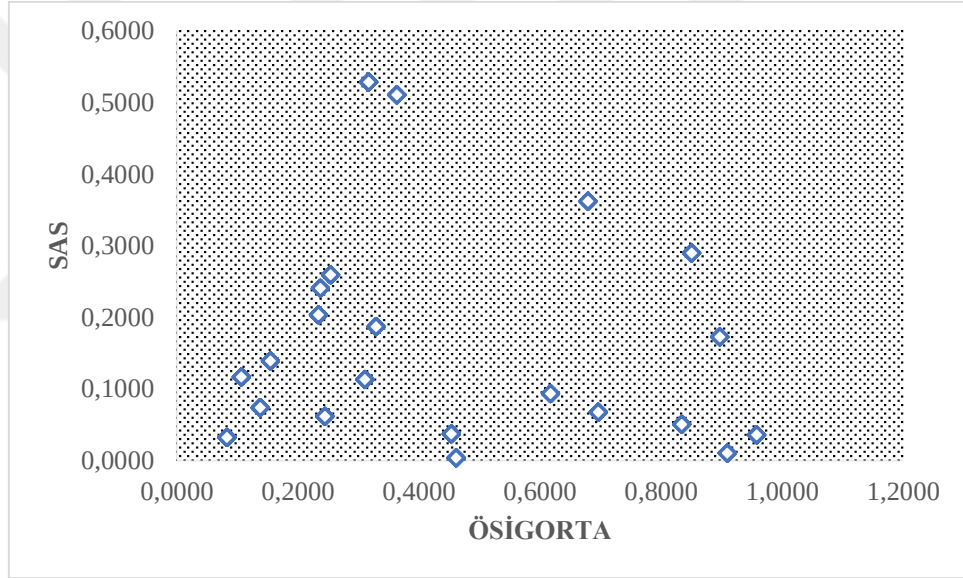
Korelasyon tablosu genel olarak değerlendirildiğinde, değişkenler arasındaki ilişkilerin büyük ölçüde zayıf düzeyde olduğu; bu ilişkilerin bir kısmının istatistiksel olarak anlamlı, bir kısmının ise anlamsız olduğu ve hem pozitif hem de negatif yönlü korelasyonların bulunduğu görülmektedir.



Tablo 4.2 Değişkenlerin Korelasyon Tablosu

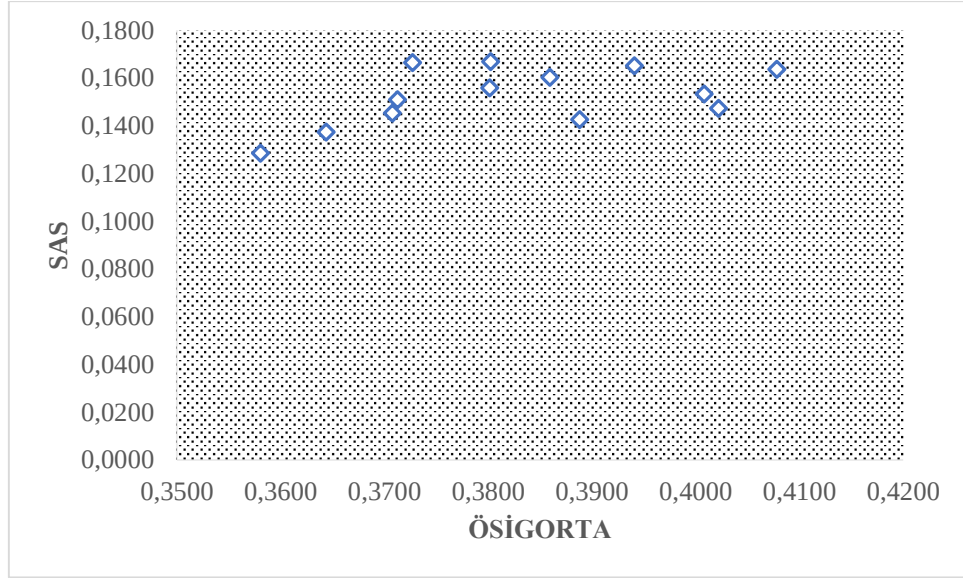
	SAS	ÖSİGORTA	GELİR1	GELİR2	GELİR3	FİYAT	YATAK1000	DOKTOR1000	USO	THGO
SAS	1,0000 ----- -----									
ÖSİGORTA	-0,1133 (-1,7338) [0,0843]	1,0000 ----- -----								
GELİR1	0,1602 (2,5862) [0,0103]	0,4062 (7,1810) [0,0000]	1,0000 ----- -----							
GELİR2	0,1772 (2,8697) [0,0045]	0,3856 (6,7516) [0,0000]	0,9613 (58,8104) [0,0000]	1,0000 ----- -----						
GELİR3	0,0528 (0,8430) [0,4000]	0,4145 (7,3588) [0,0000]	0,9150 (38,2117) [0,0000]	0,9564 (55,1815) [0,0000]	1,0000 ----- -----					
FİYAT	0,1487 (2,3958) [0,0173]	0,3188 (5,4334) [0,0000]	0,7794 (20,9671) [0,0000]	0,6493 (14,3883) [0,0000]	0,5992 (12,6114) [0,0000]	1,0000 ----- -----				
YATAK1000	0,1466 (2,3390) [0,0201]	0,0554 (0,8896) [0,3745]	0,0883 (1,4801) [0,1400]	0,2352 (4,0420) [0,0001]	0,2466 (4,2507) [0,0000]	0,0067 (0,1116) [0,9112]	1,0000 ----- -----			
DOKTOR1000	0,3176 (5,2420) [0,0000]	-0,1448 (-2,3237) [0,0209]	0,2276 (3,8768) [0,0001]	0,3161 (5,5254) [0,0000]	0,3268 (5,7349) [0,0000]	0,0653 (1,0858) [0,2785]	0,4922 (9,3266) [0,0000]	1,0000 ----- -----		
USO	0,0926 (1,3353) [0,1833]	0,1924 (2,8548) [0,0047]	0,3544 (5,7729) [0,0000]	0,4233 (7,1169) [0,0000]	0,3292 (5,3105) [0,0000]	0,2798 (4,4386) [0,0000]	0,1887 (2,9200) [0,0038]	0,0972 (1,4868) [0,1384]	1,0000 ----- -----	
THGO	0,1844 (2,9906) [0,0031]	0,0376 (0,6052) [0,5456]	0,2858 (5,0079) [0,0000]	0,3206 (5,6832) [0,0000]	0,1975 (3,3827) [0,0008]	0,3272 (5,8151) [0,0000]	0,2674 (4,6187) [0,0000]	0,2336 (3,9690) [0,0001]	0,5515 (10,0697) [0,0000]	1,0000 ----- -----

Şekil 4.1’de, ülkelerin ortalamalarına göre SAS ve ÖSİGORTA dağılım grafiğinde veri noktalarının geniş bir aralıkta ve düzensiz şekilde dağıldığı görülmektedir. ÖSİGORTA değerleri 0,08 ve 0,95 arasında, SAS değerleri ise 0,003 ve 0,529 arasında değişmektedir. Grafikte belirgin bir doğrusal ilişki bulunmamakla birlikte dikkat çeken bir durum bulunmaktadır: ÖSİGORTA değeri yüksek olan ülkelerde (0,90 civarı) SAS değerleri oldukça düşük (0,01-0,17), buna karşılık ÖSİGORTA değeri düşük olan bazı ülkelerde SAS değerleri daha yüksek (0,24-0,52). Bu durum, ÖSİGORTA ve SAS arasında negatif yönlü bir ilişki olabileceğini göstermektedir. Ancak veri noktalarının heterojen yapısı ve geniş dağılımı, ilişkinin güçlü olmadığını düşündürmektedir. Bu bulgu, ülke düzeyinde özel sigortaya sahip olma oranının yüksek olduğu yerlerde SAS harcamalarının düşük, özel sigortaya sahip olma oranının düşük olduğu yerlerde ise SAS harcamalarının daha fazla olduğunu göstermektedir.



Şekil 4.1 SAS ve ÖSİGORTA dağılım grafiği (ülkelerin ortalamalarına göre)

Şekil 4.2’de, yılların ortalamalarına göre ÖSİGORTA ve SAS dağılım grafiğinde veri noktalarının dar bir aralıkta yoğunlaştığı görülmektedir. ÖSİGORTA değerleri 0,35 ve 0,41 arasında, SAS değerleri ise 0,13 ve 0,17 arasında değişmektedir. Bu dar aralık nedeniyle grafikte güçlü bir doğrusal ilişki görsel olarak belirgin değildir. Ancak ÖSİGORTA arttıkça SAS’ın da artma eğiliminde olduğu görülmektedir. Yıllar içinde ÖSİGORTA ve SAS’ın beraber artması, bu iki alanın paralel bir gelişim gösterdiğini ve muhtemelen aynı makroekonomik veya politik faktörlerden etkilendiğini düşündürmektedir. Dolayısıyla, zamansal düzeyde ÖSİGORTA ve SAS arasında pozitif yönlü bir eğilim olduğu yorumu yapılabilir. Ancak, veri aralığının dar olması bu ilişkinin görsel olarak güçlü görünmesine olanak vermemektedir.



Şekil 4.2 SAS ve ÖSİGORTA dağılım grafiği (yılların ortalamasına göre)

Tablo 4.3'te modellerin genel uyumu ve geçerliliği alt kısımda verilen Wald testi ve Hansen testleriyle değerlendirilmiştir. Wald testleri, modellerin genel anlamda istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir. Hansen testleri ise, modellerde kullanılan enstrümanların geçerli olduğunu ve aşırı tanımlı enstrüman problemi olmadığını göstermektedir. Hata terimlerinde ikinci dereceden otokorelasyon olup olmadığı AR(2) testi ile sınanmıştır. AR(2) testinin anlamsız çıkması, kullanılan araç değişkenlerin geçerli olduğunu göstermektedir. Tüm tahminlerde heteroskedastisiteye ve otokorelasyona karşı dirençli standart hatalar kullanılmıştır. 12 modelde, değişkenlerin katsayıları ve anlamlılık düzeyleri şu aralıklarda değişmektedir: SAS(-1) değişkeni, 12 modelde pozitif yönlü bir etki sergilemiş; katsayıları 0,4302 ile 0,7620 arasında değişirken 9 modelde %1, 1 modelde ise %10 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş; yalnızca 2 modelde etkisi istatistiksel olarak anlamsız kalmıştır. FİYAT değişkeninin katsayıları 0,0282 ile 0,0782 arasında seyrederken 5 modelde %1 düzeyinde, 1 modelde %10 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı iken 6 modelde istatistiksel olarak anlamsız sonuç vermiştir. BİSMARCK değişkeni bakımından etkiler genellikle istatistiksel olarak anlamsız çıkmış, katsayıları -0,0009 ile 0,0263 aralığında olup yalnızca 3 modelde %10 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlılık göstermiştir. ÖSİGORTA değişkeni ise negatif yönde bir etki sunmuş; katsayıları -0,0007 ile -0,0005 arasında olmuş ve 3 modelde %1, 7 modelde %5 ve 1 modelde %10 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, yalnızca 1 modelde istatistiksel olarak anlamsız kalmıştır. Gelir değişkenleri, model kümelerine göre farklılaşmış; GELİR1 (Modeller 1-4) için katsayılar -0,0056 ile 0,0008 aralığında seyrederken sadece 1 modelde %10

düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş, GELİR2 (Modeller 5-8) katsayıları -0,0048 ile 0,0005 aralığında kalıp 1 modelde %10 düzeyinde, GELİR3 (Modeller 9-12) ise -0,0053 ile 0,0001 aralığındaki katsayıları yalnızca 1 modelde %5 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olup diğerlerinde istatistiksel olarak anlamsızdır. Sağlık hizmeti kalitesinin ilk ölçümü YATAK1000 6 modelde de istatistiksel olarak anlamsız çıktığı halde ikinci ölçümü DOKTOR1000 değişkeni 0,0062 ile 0,0182 aralığındaki katsayıları 3 modelde %10 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlılık taşımıştır. Son olarak, turizm değişkeninin ilk ölçümü USO değişkeni 6 modelde sabit 0,0001 katsayısı ile hiçbir modelde istatistiksel olarak anlamlı olmazken ikinci ölçümü THGO değişkeni 10,3221-13,9979 aralığındaki katsayıları ile 2 modelde %5, 3 modelde %10 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı kalmış, yalnızca 1 modelde istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.

Tablo 4.3 Sistem GMM analizi sonuçları 1 (Bismarck sağlık sistemi için kukla değişken ile)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SAS(-1)	0,4302 (0,2485) [0,0830]*	0,7620 (0,0770) [0,0000]***	0,5675 (0,1640) [0,0010]***	0,7261 (0,1135) [0,0000]***	0,4371 (0,2932) [0,1360]	0,7502 (0,0784) [0,0000]***	0,5776 (0,1587) [0,0000]***	0,7426 (0,0863) [0,0000]***	0,4925 (0,3844) [0,2000]	0,7371 (0,0882) [0,0000]***	0,5612 (0,1616) [0,0010]***	0,7413 (0,0868) [0,0000]***
FİYAT	0,0761 (0,0269) [0,0050]***	0,0286 (0,0340) [0,4000]	0,0688 (0,0232) [0,0030]***	0,0303 (0,0439) [0,4910]	0,0760 (0,0296) [0,0100]***	0,0292 (0,0338) [0,3890]	0,0617 (0,0213) [0,0040]***	0,0282 (0,0372) [0,4480]	0,0782 (0,0401) [0,0510]*	0,0339 (0,0339) [0,3160]	0,0702 (0,0208) [0,0010]***	0,0323 (0,0380) [0,3960]
BİSMARCK	0,0132 (0,0072) [0,0650]*	0,0017 (0,0115) [0,8820]	0,0234 (0,0146) [0,1090]	0,0004 (0,0188) [0,9850]	0,0136 (0,0080) [0,0890]*	-0,0001 (0,0117) [0,9950]	0,0231 (0,0144) [0,1080]	-0,0009 (0,0166) [0,9580]	0,0140 (0,0119) [0,2420]	0,0002 (0,0117) [0,9860]	0,0263 (0,0149) [0,0780]*	0,0000 (0,0169) [1,0000]
ÖSİGORTA	-0,0007 (0,0003) [0,0410]**	-0,0006 (0,0002) [0,0030]***	-0,0005 (0,0002) [0,0260]**	-0,0005 (0,0003) [0,0370]**	-0,0007 (0,0004) [0,0620]*	-0,0006 (0,0002) [0,0050]***	-0,0005 (0,0002) [0,0260]**	-0,0005 (0,0002) [0,0290]**	-0,0006 (0,0004) [0,1260]	-0,0006 (0,0002) [0,0050]***	-0,0005 (0,0002) [0,0240]**	-0,0005 (0,0002) [0,0300]**
GELİR1	-0,0010 (0,0024) [0,6800]	0,0008 (0,0034) [0,8240]	-0,0056 (0,0030) [0,0630]*	-0,0013 (0,0037) [0,7200]								
GELİR2					-0,0010 (0,0022) [0,6310]	0,0005 (0,0030) [0,8810]	-0,0048 (0,0025) [0,0610]*	-0,0014 (0,0032) [0,6610]				
GELİR3									-0,0017 (0,0020) [0,3880]	0,0001 (0,0028) [0,9820]	-0,0053 (0,0024) [0,0250]**	-0,0018 (0,0030) [0,5480]
YATAK1000	0,0095 (0,0058) [0,1030]	-0,0007 (0,0044) [0,8700]			0,0093 (0,0064) [0,1440]	-0,0011 (0,0044) [0,8020]			0,0085 (0,0076) [0,2650]	-0,0008 (0,0043) [0,8570]		
DOKTOR1000			0,0175 (0,0098) [0,0740]*	0,0062 (0,0076) [0,4110]			0,0169 (0,0093) [0,0700]*	0,0063 (0,0076) [0,4120]			0,0182 (0,0096) [0,0580]*	0,0069 (0,0077) [0,3700]
USO	0,0001 (0,0001) [0,2550]		0,0001 (0,0001) [0,3610]		0,0001 (0,0001) [0,2960]		0,0001 (0,0001) [0,3920]		0,0001 (0,0001) [0,4160]		0,0001 (0,0001) [0,3900]	
THGO		10,3221 (6,3144) [0,1020]		10,3873 (5,3097) [0,0500]*		13,5076 (7,2016) [0,0610]*		10,7355 (5,1155) [0,0360]**		13,9979 (7,1893) [0,0520]*		10,6831 (5,1365) [0,0380]**
Wald	747.02 [0.000]	535.54 [0.000]	610.89 [0.000]	659.04 [0.000]	829.52 [0.000]	665.02 [0.000]	431.17 [0.000]	730.71 [0.000]	796.70 [0.000]	697.11 [0.000]	535.88 [0.000]	711.24 [0.000]
AR(1)	-2.10 [0.035]	-1.89 [0.059]	.	-1.81 [0.070]	-0.87 [0.385]	-1.84 [0.065]	.	-1.90 [0.057]	-0.54 [0.589]	-1.81 [0.070]	.	-1.90 [0.058]
AR(2)	-0.46 [0.646]	0.07 [0.943]	-0.51 [0.613]	-0.12 [0.908]	-0.52 [0.601]	0.07 [0.945]	-0.50 [0.619]	-0.12 [0.907]	-0.90 [0.367]	0.07 [0.947]	-0.50 [0.621]	-0.12 [0.906]
Hansen	11.72 [1.000]	14.60 [1.000]	13.00 [1.000]	14.98 [1.000]	11.89 [1.000]	15.12 [1.000]	13.07 [1.000]	15.17 [1.000]	12.72 [1.000]	14.94 [1.000]	12.93 [1.000]	15.19 [1.000]

*' *** verilen sıra ile %10, %5 ve %1 anlamlılık düzeyindedir. Normal parentez () katsayıları ait dirençli standart hataları köşeli parentez [] ise anlamlılık değerini göstermektedir.

Tablo 4.4'te modellerin genel uyumu ve geçerliliği alt kısımda verilen Wald testi ve Hansen testleriyle değerlendirilmiştir. Wald testleri, modellerin genel anlamda istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir. Hansen testleri ise modellerde kullanılan enstrümanların geçerli olduğunu ve aşırı tanımlı enstrüman problemi olmadığını göstermektedir. Hata terimlerinde ikinci dereceden otokorelasyon olup olmadığı AR(2) testi ile sınanmıştır. AR(2) testinin anlamsız çıkması, kullanılan araç değişkenlerin geçerli olduğunu göstermektedir. Tüm tahminlerde heteroskedastisiteye ve otokorelasyona karşı dirençli standart hatalar kullanılmıştır. 12 modelde, değişkenlerin katsayıları ve anlamlılık düzeyleri şu aralıklarda değişmektedir: SAS(-1) değişkeni için bulunan katsayılar 0,4398 ile 0,7491 arasında değişmiş, %1 ve %5 anlamlılık düzeylerinde istatistiksel önem taşımıştır; bu değişken her 12 modelde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. FİYAT değişkeninin katsayıları 0,0296 ile 0,0715 arasında olup 2 modelde %5 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı, 10 modelde ise istatistiksel olarak anlamsız sonuçlar vermiştir. BEVERIDGE değişkeni ise -0,0178 ile -0,0032 arasında negatif değerler almış, hiçbir modelde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ÖSİGORTA değişkeni katsayıları -0,0007 ile -0,0005 arasında değişmiş, 8 modelde %1 veya %5 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı, 4 modelde ise istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Gelir değişkeni (GELİR1, GELİR2 ve GELİR3) farklı modellerde pozitif ve negatif katsayılarla sahip olmakla birlikte, hiçbir modelde istatistiksel olarak anlamlı değildir. Sağlık hizmeti kalitesinin ilk ölçümü YATAK1000 değişkeni -0,0019 ile 0,0098 arasında değişen katsayıları ile 2 modelde %5 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı, 4 modelde istatistiksel olarak anlamsız sonuç vermiştir; ikinci ölçüm DOKTOR1000 değişkeni ise pozitif katsayılarla sahip olmasına rağmen hiçbir modelde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Turizm değişkeninin ilk ölçümü USO değişkeni 0,0000 ile 0,0001 arasındaki katsayıları ile hiçbir modelde istatistiksel anlamlılık düzeyi yakalayamamıştır. İkinci ölçüm olarak ele alınan THGO değişkenin katsayıları 12,6302 ile 13,6670 arasında değişmiş, 6 modelde %5 veya %10 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı sonuç vermiştir.

Tablo 4.4 Sistem GMM analizi sonuçları 2 (Beveridge sağlık sistemi için kukla değişken ile)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SAS(-1)	0,4503 (0,2013) [0,0250]**	0,7491 (0,0779) [0,0000]***	0,7225 (0,2436) [0,0030]***	0,7072 (0,0866) [0,0000]***	0,4398 (0,2151) [0,0410]**	0,7487 (0,0777) [0,0000]***	0,7229 (0,2430) [0,0030]***	0,7066 (0,0861) [0,0000]***	0,6757 (0,1969) [0,0010]***	0,7481 (0,0775) [0,0000]***	0,6729 (0,2344) [0,0040]***	0,7384 (0,0721) [0,0000]***
FİYAT	0,0695 (0,0320)[0,0 300]**	0,0343 (0,0337) [0,3090]	0,0609 (0,0473) [0,1990]	0,0387 (0,0340) [0,2550]	0,0715 (0,0309) [0,0210]**	0,0372 (0,0311) [0,2320]	0,0577 (0,0469) [0,2180]	0,0384 (0,03161) [0,2250]	0,0619 (0,0384) [0,1070]	0,0403 (0,0311) [0,1950]	0,0640 (0,0397) [0,1070]	0,0296 (0,0324) [0,3620]
BEVERİDGE	-0,0120 (0,0087) [0,1670]	-0,0093 (0,0100) [0,3530]	-0,0138 (0,0211) [0,5110]	-0,0077 (0,0149) [0,6070]	-0,0125 (0,0089) [0,1600]	-0,0090 (0,0101) [0,3720]	-0,0139 (0,0211) [0,5100]	-0,0077 (0,0150) [0,6090]	-0,0057 (0,0106) [0,5900]	-0,0084 (0,0100) [0,4040]	-0,0178 (0,0214) [0,4070]	-0,0032 (0,0142) [0,8220]
ÖSİGORTA	-0,0007 (0,0003)[0,0 380]**	-0,0006 (0,0100) [0,0030]***	-0,0005 (0,0004) [0,2250]	-0,0006 (0,0002) [0,0120]**	-0,0007 (0,0003) [0,0380]**	-0,0006 (0,0002) [0,0040]***	-0,0005 (0,0004) [0,2210]	-0,0006 (0,0002) [0,0120]**	-0,0005 (0,0003) [0,1270]	-0,0006 (0,0002) [0,0040]***	-0,0005 (0,0004) [0,1500]	-0,0005 (0,0002) [0,0170]**
GELİR1	0,0003 (0,0020) [0,8960]	0,0012 (0,0031) [0,7000]	-0,0028 (0,0029) [0,3460]	-0,0022 (0,0036) [0,5500]								
GELİR2					0,0002 (0,0018) [0,9000]	0,0009 (0,0027) [0,7550]	-0,0023 (0,0025) [0,3630]	-0,0022 (0,0031) [0,4880]				
GELİR3									-0,0010 (0,0019) [0,5930]	0,0004 (0,0025) [0,8670]	-0,0028 (0,0022) [0,1940]	-0,0025 (0,0029) [0,3880]
YATAK1000	0,0097 (0,0047)[0,0 410]**	-0,0019 (0,0047) [0,6750]			0,0098 (0,0049) [0,0470]**	-0,0018 (0,0047) [0,6970]			0,0056 (0,0045) [0,2130]	-0,0015 (0,0047) [0,7520]		
DOKTOR1000			0,0104 (0,0117) [0,3750]	0,0081 (0,0093) [0,3840]			0,0102 (0,0116) [0,3810]	0,0084 (0,0092) [0,3650]			0,0133 (0,0118) [0,2590]	0,0097 (0,0098) [0,3190]
USO	0,0001 (0,0001) [0,1420]		0,0001 (0,0001) [0,4630]		0,0001 (0,0001) [0,1580]		0,0001 (0,0001) [0,4710]		0,0000 (0,0001) [0,5380]		0,0001 (0,0001) [0,3870]	
THGO		13,1962 (5,7044) [0,0210]**		12,6302 (6,3185) [0,0460]**		13,1978 (5,7116) [0,0210]**		12,7224 (6,3339) [0,0450]**		13,1816 (5,7163) [0,0210]**		13,6670 (8,0089) [0,0880]**
Wald	670.94 [0.000]	523.65 [0.000]	1934.82 [0.000]	735.52 [0.000]	747.33 [0.000]	541.77 [0.000]	1976.25 [0.000]	777.43 [0.000]	18046.19 [0.000]	538.94 [0.000]	5537.70 [0.000]	917.64 [0.000]
AR(1)	.	-1.85 [0.064]	-1.50 [0.132]	-1.88 [0.059]	.	-1.85 [0.064]	-1.51 [0.132]	-1.89 [0.059]	-1.73 [0.084]	-1.85 [0.064]	-1.73 [0.085]	-1.97 [0.049]
AR(2)	-0.39 [0.697]	0.07 [0.947]	-0.66 [0.506]	-0.11 [0.909]	-0.42 [0.678]	0.07 [0.948]	-0.66 [0.507]	-0.11 [0.909]	-0.59 [0.557]	0.06 [0.948]	-0.63 [0.525]	-0.12 [0.908]
Hansen	11.78 [1.000]	15.06 [1.000]	17.36 [1.000]	14.33 [1.000]	11.70 [1.000]	15.09 [1.000]	17.35 [1.000]	14.35 [1.000]	14.86 [1.000]	15.11 [1.000]	16.54 [1.000]	16.01 [1.000]

*' *** verilen sıra ile %10, %5 ve %1 anlamlılık düzeyindedir. Normal parentez () katsayıları ait dirençli standart hataları, köşeli parentez [] ise anlamlılık değerini göstermektedir.

5. TARTIŞMA

Çalışmanın ana değişkeni olan ÖSİGORTA değişkeni tahmin edilen tüm modellerde tutarlı biçimde negatif etkiler göstermiştir. ÖSİGORTA değişkeninin yer aldığı modeller çoğunlukla %1 veya %5 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunurken 24 modelin 19'unda istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar vermiştir. Bu bulgu, özel sağlık sigortası sahipliğinin artmasının bireylerin yurt dışına yönelik sağlık hizmeti talebini azalttığını göstermektedir. Başka bir ifadeyle özel sağlık sigortasına sahip bireylerin sayısının artması, bireylerin kendi ülkelerindeki sağlık hizmetlerinden yararlanma olasılığını artırarak dışa dönük SAS eğilimini zayıflatmaktadır. Bu sonuç, sigortasız bireylerin daha uygun maliyetli veya erişilebilir hizmet arayışıyla SAS'a yöneldiğini belirten Macias ve Morales (2001), Milstein ve Smith (2006), Wallace vd. (2009), Mathijssen (2019) ile Medhekar ve Wong'un (2020) bulgularıyla tutarlıdır. Ancak Cabbage (2014), Kwong vd. (2019) ve Biswas ve Rai'nin (2024) çalışmalarında sağlık sigortasına sahip olmanın bireylerin yurt dışında tedavi olma kararlarında belirleyici bir faktör olduğu yönündeki bulgularla çelişmektedir.

Öte yandan, sağlık sigortası kapsamının yetersiz olduğu durumlarda da bireylerin SAS'a yönelme eğiliminde olduğu da vurgulanmaktadır (Bies & Zacharia, 2007; Picazo, 2013; Burns, 2015; Henson vd., 2015; John & Larke, 2016; Collins vd., 2019). Ancak bu etkinin bireyin finansal durumu ve seyahat alışkanlıklarıyla birlikte değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Fisher & Sood, 2014). Ayrıca, sağlık sigortası kapsamında tedavi alabilmenin bazı durumlarda SAS'a yönelimi artırdığı da ifade edilmiştir (Koggalage vd., 2017). Bu tutarsızlıklar ülkeler arasındaki sağlık sigortası kapsamı, sağlık sistemlerinin kapasitesi ve hizmet kalitesi farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir. Özellikle bazı ülkelerde özel sigortaların yurt dışı tedavi masraflarını kısmen karşılaması, sigortalı bireylerin SAS'a yönelme olasılığını artırabilmektedir. Dolayısıyla, sağlık sigortasının SAS üzerindeki etkisi yalnızca sigorta sahipliğiyle değil, sigorta poliçesinin kapsamı ve sağlık sisteminin yerel hizmet sunum kalitesi ile birlikte ele alınması gerektiği söylenebilir.

Çalışmanın diğer ana değişkeni olan kukla değişkenlerden, BİSMARCK değişkeni çoğu modelde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış, sadece 3 modelde %10 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bulgu, sosyal güvenlik temelli sağlık sisteminin SAS harcamaları üzerindeki etkisinin genel olarak zayıf ve ihmal

edilebilir düzeyde olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, literatürdeki genel beklentilerle de uyumludur. Bismarck sistemi, zorunlu sigorta yapısı ve yüksek kalite standartları aracılığıyla vatandaşların kendi ülkelerinde sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırarak bireylerin tedavi amacıyla yurt dışına yönelme eğilimini azaltmaktadır (Stoskopf & Venn, 2021). Bununla birlikte, sağlık sistemlerinin SAS harcamaları üzerindeki sınırlı etkisi, ülkeler arasında sağlık sistemlerinin zaman içinde hizmet sunumu, kurumsal yapı ve finansman bakımından birbirine yakınlaşmasının da bir sonucu olarak değerlendirilebilir. BEVERIDGE değişkeni ise negatif katsayılara sahip olmuş fakat hiçbir modelde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır; bu durum, kamu ağırlıklı sağlık sistemlerinde yurt dışına yönelik SAS talebinin sınırlı olabileceğine işaret etmektedir. Ancak bu bulgu, literatürdeki beklentilerle örtüşmemektedir. Nitekim Béland ve Zarzecny'nin (2018) Beveridge tipi sistemlerde uzun bekleme süreleri ve sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan kısıtların yurt dışına dönük SAS talebini artırdığı yönündeki bulgularıyla tutarsızlık göstermektedir. 24 modelin 3'ünün istatistiksel olarak anlamlı olması sağlık sistemleri arasındaki yapısal farklılıkların giderek azalması nedeniyle sağlık sisteminin SAS harcamaları üzerinde ayrıştırıcı bir faktör olmadığını göstermektedir.

Çalışmada gecikmeli bağımlı değişken olan SAS(-1) değişkeni pozitif yönde etkiler göstermiştir. Kukla değişkenler 24 modelin 22'sinde %1, %5 veya %10 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Literatürde de belirtildiği gibi, dinamik panel veri modellerinde bağımlı değişkenin gecikmeli değeri serilerin uyum ve kalıcılık özelliklerini analiz etmek için kritik öneme sahiptir (Baltagi, 2005). Bu bağlamda elde edilen bulgular, SAS harcamalarının geçmiş değerlerine duyarlı olduğunu ve dolayısıyla dinamik bir süreçte sahip olduğunu göstermektedir. Turizm literatürü, turistlerin geçmiş deneyimlerinden kaynaklı olarak aynı destinasyonu tekrar tercih etmelerini çeşitli davranışsal ve ekonomik kavramlarla açıklamaktadır. Bu ilişki literatürde patika bağımlılığı, sürü etkisi, ağızdan ağıza yayılma etkisi ve ağ dışsallıkları gibi kavramlarla ele alınmaktadır (Economides, 1996; Kozak & Rimmington, 2000; Yoon & Uysal, 2005; MacKinnon vd., 2009; Martin & Sunley, 2006; Lee & Pennington-Gray, 2025). Turistler, daha önce deneyimledikleri bir destinasyonu tanıdık olması, güven vermesi ve belirsizlik içermemesi nedeniyle yeniden tercih etme eğilimindedir. Nitekim destinasyon sadakati ve tekrar ziyaret davranışı üzerine yapılan çalışmalarda, turistlerin önceki deneyimlerinden kaynaklı memnuniyet, algılanan değer ve hizmet kalitesine ilişkin güvenin yeniden ziyaret niyetini güçlendirdiği belirtilmektedir (Kozak & Rimmington,

2000; Oppermann, 1999; Chi & Qu, 2008; Stylos vd., 2016). Bu kapsamda SAS(-1)'in pozitif katsayıları, SAS harcamalarında geçmiş deneyimlerin belirleyici olduğunu ve geçmiş bağımlılığı barındırdığını ortaya koymaktadır.

Çalışmanın kontrol değişkenlerinden FİYAT değişkeni BİSMARCK ve BEVERİDGE kukla değişkenlerinin yer aldığı modellerde pozitif etkiler sergilemiştir. BİSMARCK kukla değişkeninin yer aldığı 6 modelde %1 veya %10, BEVERİDGE kukla değişkeninin yer aldığı 2 modelde %5 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonuç, yüksek genel fiyat düzeyinin sağlık harcamalarını artırarak yaşam maliyetini yükselttiğini; sağlık hizmetlerine erişimde ortaya çıkan bu ekonomik baskının bireyleri daha uygun maliyetli tedavi alternatiflerine yönlendirdiğini ve dolayısıyla bireylerin SAS motivasyonunu güçlendirdiğini ortaya koyan bulgularla uyumludur (Macias ve Morales, 2001; Picazo, 2013; Ridderstaat, 2022; Papanicolas, 2024). Ancak elde edilen sonuçlar, 24 modelin sadece 8'inde istatistiksel olarak anlamlı bulunan fiyatın SAS üzerinde tek başına tutarlı ve güçlü bir belirleyici olmadığını göstermektedir. Bu durum, SAS harcamalarının fiyat dışı faktörlerden de etkilendiğini düşündürmektedir.

Çalışmanın kontrol değişkenlerinden gelir değişkenleri (GELİR1, GELİR2, GELİR3), tahmin edilen tüm modellerde düşük katsayılar sergilemiş, 24 modelin 21'inde istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuş ve katsayı işaretleri modeller arasında pozitif ve negatif yönde değişmiştir. Gelir değişkenlerinin (GELİR1, GELİR2, GELİR3) çoğu modelde istatistiksel olarak anlamsız bulunması, ülkeler arası gelir düzeylerinin görece homojen bir dağılım sergilemesiyle açıklanabilir. Tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde, logaritmik biçimde tanımlanan gelir değişkenlerinin standart sapmalarının düşük olduğu ve maksimum-minimum aralıklarının sınırlı kaldığı görülmektedir. Logaritmik dönüşüm, ülkeler arasındaki gelir farklarını oransal düzeyde ifade ederek büyük mutlak farklılıkları daraltmakta; bu durum, örnekleme gelir heterojenliğinin sınırlı olduğu bir yapıda gelirin ayırt edici etkisini daha da zayıflatmaktadır. Ayrıca ortalama ve medyan değerlerin birbirine oldukça yakın olması, ülkelerin büyük ölçüde orta-yüksek gelir bandında yoğunlaştığını ve gelir düzeyinin belirli bir eşik değerin üzerinde bulunduğunu göstermektedir. Bu bağlamda, SAS gibi görece yüksek maliyetli bir hizmet türünde, gelir düzeyi farklılıklarının sınırlı olması gelirin talep üzerinde belirleyici bir faktör olarak öne çıkmasını engellemiş olabilir. Oysa literatürde kişi başına düşen milli gelirin ve yüksek gelirli olmanın bireylerin genel sağlık harcamalarını dolaylı olarak artırdığı, bu artışın ise bireylerin daha maliyetli ve nitelikli sağlık hizmetlerine yönelmesini kolaylaştırarak yerel sağlık hizmetlerinin yetersiz kaldığı durumlarda SAS harcamalarını da artırabildiği

vurgulanmaktadır (Gerdtham & Löthgren, 2000; Qureshi vd., 2017; Kwong vd., 2019; Lautier, 2014). Dolayısıyla gelir değişkeninin etkisinin pozitif olması beklenmekteydi. Ancak elde edilen sonuç, SAS bağlamında gelir düzeyinin doğrudan belirleyici olmaktan çok, sigorta kapsamı, sağlık hizmetine erişim veya hizmet kalitesi ile birlikte etkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgu, gelir artışının SAS'a yönelimi tek başına açıklamakta yetersiz kaldığına işaret etmektedir.

Çalışmanın kontrol değişkenlerinden sağlık hizmeti kalitesi göstergeleri modeller arasında farklılık göstermektedir. YATAK1000, BİSMARCK kukla değişkenin yer aldığı modellerin tamamında istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. BEVERİDGE kukla değişkenin yer aldığı 2 modelde %5 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır. DOKTOR1000, BİSMARCK kukla değişkenin yer aldığı 3 modelde %10 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı iken BEVERİDGE kukla değişkenin yer aldığı modellerin hiçbirinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuçlar, 24 modelin 5'inde istatistiksel olarak anlamlı bulunan sağlık hizmeti kalitesinin SAS harcamalarını açıklamada ölçüm yöntemine bağlı olarak sınırlı bir güce sahip olduğunu göstermektedir. Literatürde sağlık hizmeti kalitesi, bireylerin tedavi yeri tercihlerinde belirleyici bir unsur olarak vurgulanmaktadır (Burkett, 2007; Pocock & Phua, 2011; Österle vd., 2021; Mahmud vd., 2021). Bu nedenle YATAK1000 ve DOKTOR1000 değişkenlerinin etkisinin negatif yönde olması beklenmekteydi. Yüksek kaliteli sağlık hizmetleri sunan ülkeler yabancı sağlık turistleri açısından cazibe merkezi haline gelirken düşük kaliteli sağlık hizmeti altyapısına sahip ülkeler daha fazla sağlık turisti gönderen konumundadır. Dolayısıyla kaynak ülke perspektifinden bakıldığında sağlık hizmeti kalitesi arttıkça bireylerin yurt dışına tedavi amacıyla gitme eğiliminin azalması beklenmektedir. Ancak analiz sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Bu durum, sağlık hizmeti kalitesi değişkeninin ölçüm biçiminden, ülkeler arası yapısal farklılıklardan ya da kalite göstergelerinin SAS kararları üzerindeki dolaylı etkilerinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmanın diğer kontrol değişkeni olan turizm değişkenlerinden, USO tahmin edilen tüm modellerde istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Buna karşın THGO değişkeni BİSMARCK kukla değişkenin yer aldığı 5 modelde %5 ve %10 düzeyinde, BEVERİDGE kukla değişkenin yer aldığı 6 modelde %5 ve %10 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı pozitif etkiler göstermiştir. 12 modelin 11'inde istatistiksel olarak anlamlı pozitif etkisi bulunan genel turizm harcamalarının SAS üzerinde olumlu bir katkı sağladığı ortaya konmuştur. Turizm harcamalarının artması, SAS harcamalarını artıran

temel dinamiklerden biri olarak değerlendirilmektedir. Bu durum, SAS ve genel turizm sektörleri arasında karşılıklı bir etkileşim ve tamamlayıcılık ilişkisi bulunduğunu göstermektedir. McCartney ve Wang (2024) ile Jalali vd. (2025) tarafından da vurgulandığı üzere iki sektör arasındaki simbiyotik ilişki, her birinin diğerinin büyümesini destekleyerek SAS'ın küresel ölçekte yaygınlaşmasına katkıda bulunmaktadır.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma kapsamında elde edilen bulgular, özel sağlık sigortası sahipliğinin SAS harcamaları üzerinde güçlü ve tutarlı bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Tahmin edilen tüm modellerde özel sağlık sigortası değişkeninin negatif işaretli olması ve özellikle BİSMARCK kukla değişkenin yer aldığı modellerde yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bulunması, sigorta sahipliğinin bireylerin yurt dışına tedavi amacıyla gitme eğilimini azalttığını göstermektedir. Bu sonuç özel sağlık sigortasının bireylere yerel sağlık sistemi içinde daha erişilebilir, daha hızlı ve daha güvenli hizmet alma imkânı sunmasıyla yakından ilişkilidir. Yerel sağlık hizmetlerine erişim kolaylaştıkça tedavi için yurt dışına çıkma ihtiyacı azalmaktadır. Literatürde sigortasız bireylerin düşük maliyetli veya daha erişilebilir tedavi arayışıyla dışa dönük SAS'a yöneldiği yönündeki bulgularla paralellik göstermektedir (Macias & Morales, 2001; Milstein & Smith, 2006; Wallace vd., 2009; Mathijssen, 2019; Medhekar & Wong, 2020).

Kukla değişkenler açısından BİSMARCK ve BEVERIDGE sağlık sistemlerine yakın sağlık sistemlerini temsil eden değişkenler çoğu modelde istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Bu bulgu, sağlık sistemi yapısının tek başına SAS harcamaları üzerinde belirleyici bir etkisinin sınırlı olduğunu göstermektedir. Bu, sağlık sistemleri arasındaki yapısal farklılıkların zaman içinde azalıyor olabileceğine ve bu durumun sağlık sisteminin, SAS harcamaları üzerinde ayırıştırıcı bir faktör olma özelliğini zayıflatmış olabileceğine işaret etmektedir. Bununla birlikte bazı ülkelerde özel sigorta poliçelerinin yurt dışı tedavi masraflarını kısmen kapsaması, sigortalı bireylerin SAS'a yönelme eğilimini etkileyebilir. Bu durum, elde edilen bulguların yalnızca sigorta sahipliği ile değil; poliçenin kapsamı ve yerel sağlık sistemi ile birlikte değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Sigorta kapsamı yetersiz veya sınırlı olduğunda bireyler, kendi ülkelerinde yeterli hizmet alamadıkları durumlarda alternatif sağlık hizmeti arayışıyla SAS'a yönelebilmektedir. Bu bağlamda, özel sağlık sigortasının SAS üzerindeki etkisinin niteliği, sigorta sahipliğinin ötesinde poliçe kapsamı ve hizmet sunum kalitesi ile yakından ilişkilidir.

Bu çalışma teorik olarak, özel sağlık sigortasının SAS üzerindeki etkisini ülkeler düzeyinde ele alarak literatüre katkı sunmaktadır. Mevcut çalışmaların önemli bir bölümü bireysel düzeyde anket verilerine dayanırken, bu araştırma makro düzeyde panel veri yaklaşımı kullanarak sigorta sahipliğinin SAS harcamaları üzerindeki sistematik etkisini ortaya koymaktadır. Elde edilen bulgular, özel sağlık sigortasının yalnızca finansal bir

güvence mekanizması olmadığını, aynı zamanda bireylerin sağlık hizmeti tercihlerini ve SAS yönelimini etkileyen önemli bir unsur olduğunu göstermektedir. Ayrıca sağlık sistemi tiplerini temsil eden kukla değişkenlerin çoğu modelde istatistiksel olarak anlamlı bulunmaması, sağlık sistemi yapısının SAS harcamalarını açıklamada tek başına yeterli olmayabileceğini ortaya koyarak literatürdeki mevcut yaklaşımlara farklı bir bakış açısı kazandırmaktadır.

Çalışmanın sonuçları politika yapıcılar açısından farklı ülke koşullarına bağlı olarak çeşitli pratik çıkarımlar sunmaktadır. Öncelikle sınır ötesi sağlık hizmetleri harcamalarının yüksek olduğu ve SAS'ın ödemeler dengesi üzerinde olumsuz etki yarattığı ülkelerde, özel sağlık sigortası kapsamının genişletilmesi ve sağlık hizmetlerine erişimin artırılması bireylerin yerel sağlık hizmetlerini tercih etmesini teşvik ederek dışa dönük SAS talebini azaltabilir. Bu kapsamda özellikle ileri teknoloji gerektiren tedaviler, uzmanlık gerektiren sağlık hizmetleri ve yüksek maliyetli tanı hizmetlerinin sigorta kapsamına daha geniş ölçüde dâhil edilmesi bireylerin yurt dışına yönelme ihtiyacını sınırlandırabilir. Ayrıca estetik cerrahi, saç ekimi ve diş estetiği gibi sıklıkla sınır ötesi hareketliliğe konu olan hizmetlerin yerel sağlık sisteminde daha erişilebilir hale getirilmesi de dışa dönük SAS'ın azaltılmasına katkı sağlayabilir.

İkinci olarak SAS'dan faydalanan ve bazı tedavi türleri açısından yurt dışındaki sağlık hizmetlerinin daha düşük maliyetli veya daha erişilebilir olduğu ülkelerde, özel sağlık sigortası sistemleri aracılığıyla kontrollü sınır ötesi sağlık hizmeti kullanımını destekleyen politikalar geliştirilebilir. Özellikle yerel sağlık sisteminde bulunmayan veya maliyet açısından daha avantajlı olan tedaviler için uluslararası sağlık hizmeti sunucuları ile anlaşmalar yapılması ve sigorta poliçelerinde bu tür hizmetlerin belirli koşullar altında kapsama alınması, sağlık hizmetlerine erişimin artırılmasına katkı sağlayabilir. Bu tür uygulamalar özellikle nadir hastalık tedavileri, ileri uzmanlık gerektiren cerrahi işlemler veya yüksek maliyetli teknolojik tedaviler açısından sağlık sistemlerinin etkinliğini artırabilir.

Üçüncü olarak SAS'ı ekonomik bir fırsat olarak değerlendirmek ve içe dönük SAS'ı geliştirmek isteyen ülkelerde ise sigorta şirketleri ile sağlık hizmeti sunucuları arasında uluslararası iş birliklerinin geliştirilmesi önem taşımaktadır. Bu kapsamda yabancı sigorta şirketleri ile yapılacak geri ödeme anlaşmaları, uluslararası hasta kabul eden sağlık kuruluşlarının sayısının artırılması ve bu kuruluşların uluslararası kalite ve akreditasyon standartlarına uyumunun desteklenmesi içe dönük SAS'ı teşvik edebilir. Ayrıca estetik cerrahi, diş tedavileri ve saç ekimi gibi SAS açısından yüksek talep gören

hizmet alanlarında uzmanlaşmış sağlık merkezlerinin desteklenmesi ülkelerin SAS gelirlerini artırmasına katkı sağlayabilir.

Öte yandan bu çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle analizde kullanılan veriler ülke düzeyinde makro göstergelere dayanmaktadır ve bireylerin sağlık hizmeti tercihlerine etki edebilecek bireysel sosyoekonomik faktörler modele dâhil edilememiştir. Ayrıca özel sağlık sigortası değişkeni sigorta sahipliğini temsil etmekte olup poliçelerin kapsamı, teminat düzeyi veya yurt dışı tedavi masraflarını kapsama derecesi gibi farklılıkları yansıtmamaktadır. Bunun yanında sağlık sistemlerini temsil eden kukla değişkenler ülkelerin sağlık sistemi yapılarının tüm kurumsal özelliklerini tam olarak yansıtmayabilir. Çalışmada kullanılan 22 ülkenin 2010-2022 yıllarına ait yıllık veriler ve Sistem GMM yöntemi, güçlü dinamik panel tahminleri sağlamakla birlikte bazı kısa dönemli değişimleri veya heterojenlikleri yakalamakta sınırlı kalabilir. Bu durum, elde edilen bulguların yorumlanmasında dikkate alınması gereken bir sınırlılık oluşturmaktadır.

Gelecekte yapılacak çalışmalar, özel sağlık sigortasının SAS üzerindeki etkisini bireysel düzeyde veri kullanarak daha ayrıntılı biçimde inceleyebilir. Özellikle sigorta poliçelerinin kapsamı, geri ödeme mekanizmaları ve uluslararası tedavi hizmetlerini kapsama düzeyi gibi faktörlerin SAS talebi üzerindeki etkisinin araştırılması literatüre katkı sağlayabilir. Ayrıca daha uzun dönemli ve daha geniş ülke verileri ile analizlerin yapılması ve alternatif panel veri yöntemlerinin kullanılması, bulguların sağlamlığını artırabilir. Farklı sağlık sistemi modellerine sahip ülkelerde sağlık hizmeti kalitesi, bekleme süreleri ve maliyet farklılıklarının SAS talebi üzerindeki etkisi karşılaştırmalı çalışmalarla analiz edilebilir.

KAYNAKLAR

1. Achouri, H., & Achour, N. (2002). Health services in Tunisia in the light of World Trade Organization agreements. In C. Vieira (Ed.), *Trade in Health Services: Global, Regional, and Country Perspectives* (pp. 207-220). PAHO.
2. Ağazade, S. (2023). Does tourism source market structure affect international tourism demand for Antalya? A panel generalized method of moments analysis. *Journal of Policy Research in Tourism, Leisure and Events*, 15(4), 437–450. <https://doi.org/10.1080/19407963.2021.1972003>
3. Al-Hanawi, M. K., Mwale, M. L., & Kamninga, T. M. (2020). The effects of health insurance on health-seeking behaviour: Evidence from the Kingdom of Saudi Arabia. *Risk Management and Healthcare Policy*, 13, 595-607. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S257381>
4. AlJohani, B. A., & Bugis, B. A. (2024). Advantages and challenges of implementation and strategies for health insurance in Saudi Arabia: A systemic review. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 61, 00469580241233447. <https://doi.org/10.1177/00469580241233447>
5. Alvarez, M. M., Chanda, R., & Smith, R. D. (2011). The potential for bilateral agreements in medical tourism: A qualitative study of stakeholder perspective from the UK and India. *Globalization and Health*, 7(11), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-7-11>
6. Amador-Fernández, N., Jenkinson, S. P., & Berger, J. (2023). Vision and practice of self-care for community pharmacy in Switzerland. *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy*, 9, 100253. <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2023.100253>
7. Amodeo, J. (2010). Medical refugees and the future of health tourism. *World Medical & Health Policy*, 2(4), Article 6. <https://doi.org/10.2202/1948-4682.1103>
8. Anasel, M. G., Komba, C., Kacholi, G., et al. (2024). The effects of health insurance on maternal healthcare utilization in Tanzania. *Global Social Welfare*, 11, 343-357. <https://doi.org/10.1007/s40609-024-00345-7>
9. Anderson, T. W., & Hsiao, C. (1981). Estimation of dynamic models with error components. *Journal of the American Statistical Association*, 76(375), 598–606. <https://doi.org/10.1080/01621459.1981.10477691>
10. Anderson, T. W., & Hsiao, C. (1982). Formulation and estimation of dynamic models using panel data. *Journal of Econometrics*, 18(1), 47–82. [https://doi.org/10.1016/0304-4076\(82\)90095-1](https://doi.org/10.1016/0304-4076(82)90095-1)
11. Arellano, M., & Bond, S. (1991). Some tests of specification for panel data: Monte Carlo evidence and an application to employment equations. *Review of Economic Studies*, 58(2), 277-297. <https://doi.org/10.2307/2297968>
12. Arellano, M., & Bover, O. (1995). Another look at the instrumental-variable estimation of error-components models. *Journal of Econometrics*, 68(1), 29-51. [https://doi.org/10.1016/0304-4076\(94\)01642-D](https://doi.org/10.1016/0304-4076(94)01642-D)
13. Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 53, 941-973.
14. Asadi-Lari, M., & Vaez-Mahdavi, M. R. (2011). *An overview of URBAN-HEART Tehran experience: Tehran municipality*. Deputy for Social and Cultural Affairs.
15. Aydın, G., & Karaahmet, B. (2016). Factors affecting health tourism and international health-care facility choice. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 11(1), 16-36. <https://doi.org/10.1108/IJPHM-05-2015-0018>
16. Ayoub, M. (2018). *Medical tourism in Egypt: Opportunities and challenges* [Yüksek Lisans Tezi, The American University in Cairo]. AUC Knowledge Fountain. <https://fount.aucegypt.edu/etds/477>

17. Badulescu, D., & Badulescu, A. (2014). Medical tourism: Between entrepreneurship opportunities and bioethics boundaries: Narrative review article. *Iranian Journal of Public Health*, 43(4), 406-415.
18. Baltagi, B. H. (2005). *Econometric analysis of panel data* (3rd ed.). John Wiley & Sons.
19. Bancalari, A., Berlinski, S. G., Buitrago, G., García, M. F., de la Mata, D., & Vera-Hernández, M. (2023). Health systems and health inequalities in Latin America (No. IDB-WP-01533). *IDB Working Paper Series*.
20. Barbu, R. M. (2022). Fertility tourism: The legal side of this phenomenon without borders. *Bioethica*, 8(1), 48-65. <https://doi.org/10.12681/bioeth.30542>
21. Béland, D., & Zarzeczny, A. (2018). Medical tourism and national health care systems: An institutionalist research agenda. *Globalization and Health*, 14(68). <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0387-0>
22. Benavides, D. D. (2002). Trade policies and export of health services: A development perspective. In *Trade in health services: Global, regional, and country perspectives* (pp. 53-69). Pan American Health Organization.
23. Bertinato, L., Busse, R., Fahy, N., Legido-Quigley, H., McKee, M., Palm, W., Passarani, I., & Ronfini, F. (2005). *Cross-border health care in Europe* (Policy Brief). European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization. https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/120200/E86775.pdf
24. Bhattacharya, J., Hyde, T., & Hu, P. (2014). *Health economics*. Palgrave Macmillan.
25. Bies, W., & Zacharia, L. (2007). Medical tourism: Outsourcing surgery. *Mathematical and Computer Modelling*, 46(7-8), 1144-1159. <https://doi.org/10.1016/j.mcm.2007.03.027>
26. Biswakarma, G., & Basnet, B. (2025). Motivational factors affecting outbound medical tourism: The case of Nepal, a developing nation. *International Hospitality Review*, 39(1), 1-27. <https://doi.org/10.1108/IHR-12-2023-0062>
27. Biswas, T., & Rai, A. (2024). Medical travel from North-east India: An assessment of domestic medical tourists' travel profile and experience. *Asian Geographer*, 41(1), 95-119. <https://doi.org/10.1080/10225706.2022.2098506>
28. Blouin, C., Gobrecht, J., Lethbridge, J., Singh, D., Smith, R., & Warner, D. (2006). Trade in health services under the four modes of supply: Review of current trends and policy issues. In C. Blouin, N. Drager, & R. Smith (Eds.), *International trade in health services and the GATS: Current issues and debates* (pp. 203-233). The World Bank.
29. Blundell, R., & Bond, S. (1998). Initial conditions and moment restrictions in dynamic panel data models. *Journal of Econometrics*, 87(1), 115-143. [https://doi.org/10.1016/S0304-4076\(98\)00009-8](https://doi.org/10.1016/S0304-4076(98)00009-8)
30. Boga, T. C., & Weiermair, K. (2011). Branding new services in health tourism. *Tourism Review*, 66(1/2), 90-106. <https://doi.org/10.1108/16605371111127260>
31. Bookman, M. Z., & Bookman, K. R. (2007). Introduction to medical tourism. In *Medical Tourism in Developing Countries* (1st ed., pp. 1-19). Palgrave Macmillan.
32. Brown, H. S. (2008). Do Mexican immigrants substitute health care in Mexico for health insurance in the United States? The role of distance. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2036-2042. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.014>
33. Burkett, L. (2007). Medical tourism: Concerns, benefits, and the American legal perspective. *The Journal of Legal Medicine*, 28(2), 223-245. <https://doi.org/10.1080/01947640701357763>
34. Burns, L. R. (2015). Medical tourism opportunities and challenges: Illustration from US-India trade. *International Journal of Healthcare Management*, 8(1), 15-26. <https://doi.org/10.1179/2047971914Y.0000000091>

35. Cabbage, T. D. (2014). *The phenomenon of outbound medical tourism in the United States* [Undergraduate honors thesis, University of Tennessee]. TRACE: Tennessee Research and Creative Exchange. https://trace.tennessee.edu/utk_chanhonoproj/1811
36. Calvillo, J. P., & Lal, L. (2003). Pilot study of a survey of US residents purchasing medications in Mexico: Demographics, reasons, and types of medications purchased. *Clinical Therapeutics*, 25(2), 561-577. [https://doi.org/10.1016/S0149-2918\(03\)80097-8](https://doi.org/10.1016/S0149-2918(03)80097-8)
37. Carrera, P. M., & Bridges, J. F. P. (2006). Globalization and healthcare: Understanding health and medical tourism. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 6(4), 447-454. <https://doi.org/10.1586/14737167.6.4.447>
38. Chen, K. H., Chang, F. H., & Wu, C. (2013). Investigating the wellness tourism factors in hot spring hotel customer service. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 25(7), 1092-1114. <https://doi.org/10.1108/IJCHM-06-2012-0086>
39. Chi, C. G., & Qu, H. (2008). Examining structural relationships of destination image, tourist satisfaction and destination loyalty. *Tourism Management*, 29(4), 624-636.
40. Claxton, G., Rae, M., & Winger, A. (2024, May 28). Employer-sponsored health insurance 101. In D. Altman (Ed.), *Health Policy 101*. Kaiser Family Foundation. <https://www.kff.org/health-policy-101-employer-sponsored-health-insurance/>
41. Cohen, E. (2012). Medical travel and the quality-of-life. In M. Uysal, R. R. Perdue, & M. J. Sirgy (Eds.), *Handbook of Tourism and Quality-of-Life Research: Enhancing the Lives of Tourists and Residents of Host Communities* (pp. 169-191). Springer Science_Business Media B.V.
42. Cohen, I. G. (2011). Protecting patients with passports: Medical tourism and the patient protective argument. *Iowa Law Review*, 95, 1467-1567.
43. Cohen, I. G. (2015). *Patients with passports: Medical tourism, law, and ethics*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199975099.001.0001>
44. Collins, A., Medhekar, A., Wong, H. Y., & Cobanoglu, C. (2019). Factors influencing outbound medical travel from the USA. *Tourism Review*. <https://doi.org/10.1108/TR-06-2018-0083>
45. Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and surgery. *Tourism Management*, 27(6), 1093-1100. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2005.11.005>
46. Couture, V., Drouin, R., Tan, S.-L., Moutquin, J.-M., & Bouffard, C. (2015). Cross-border reprogenetic services. *Clinical Genetics*, 87(1), 1-10. <https://doi.org/10.1111/cge.12418>
47. Crooks, V. A., Kingsbury, P., Snyder, J., & Johnston, R. (2010). What is known about the patient's experience of medical tourism? A scoping review. *BMC Health Services Research*, 10, 266. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-266>
48. Crooks, V. A., Turner, L., Snyder, J., Johnston, R., & Kingsbury, P. (2011). Promoting medical tourism to India: Messages, images, and the marketing of international patient travel. *Social Science & Medicine*, 72, 726-732. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.024>
49. Cutler, D. M., & Zeckhauser, R. J. (2000). The anatomy of health insurance. In A. J. Culyer & J. P. Newhouse (Eds.), *Handbook of health economics* (Vol. 1, pp. 563-643). Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S1574-0064\(00\)80170-5](https://doi.org/10.1016/S1574-0064(00)80170-5)
50. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. (t.y.). *Social Security in Türkiye*. <https://www.csgeb.gov.tr/digm-en/contents/working-life-and-social-security-in-turkiye/social-security-in-turkiye/> (Erişim: 04 Aralık 2024)
51. Dabbagh, M. (2017). *Healthcare tourism* [Yüksek Lisans Tezi, International Hellenic University]. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.18652.74886>

52. de Souza, J. A., & Wong, Y. N. (2013). Financial distress in cancer patients. *Journal of Medical Personnel*, 11(2), Article 10.1007/s12682-013-0152-3. <https://doi.org/10.1007/s12682-013-0152-3>
53. Debata, B. R., Sree, K., Patnaik, B., & Mahapatra, S. S. (2012). Evaluating medical tourism enablers with interpretive structural modeling. *Benchmarking: An International Journal*, 20(6), 716-743. <https://doi.org/10.1108/BIJ-10-2011-0079>
54. Dhalla, I. (2007). Private health insurance: An international overview and considerations for Canada. *Healthcare Quarterly*, 10(4), 89-96. <https://doi.org/10.12927/hcq.2013.19340>
55. Economides, N. (1996). The economics of networks. *International Journal of Industrial Organization*, 14(6), 673-699. [https://doi.org/10.1016/0167-7187\(96\)01015-6](https://doi.org/10.1016/0167-7187(96)01015-6)
56. Fetscherin, M., & Stephano, R.-M. (2016). The medical tourism index: Scale development and validation. *Tourism Management*, 52, 539-556. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2015.08.010>
57. Fisher, C., & Sood, K. (2014). What is driving the growth in medical tourism? *Health Marketing Quarterly*, 31(3), 246-262. <https://doi.org/10.1080/07359683.2014.936293>
58. Gaines, J., & Lee, C. V. (2019). Medical tourism. In J. Gaines & C. V. Lee (Eds.), *Travel medicine* (4th ed., pp. 371-375). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-54696-6.00039-2>
59. Gan, L. L., & Frederick, J. R. (2011). Medical tourism facilitators: Patterns of service differentiation. *Journal of Vacation Marketing*, 17(3), 165-183. <https://doi.org/10.1177/1356766711409181>
60. Gerdtham, U. G., & Löthgren, M. (2000). On stationarity and cointegration of international health expenditure and GDP. *Journal of Health Economics*, 19(4), 461-475. [https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(99\)00036-3](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(99)00036-3)
61. Gill, H., & Singh, N. (2011). Exploring the factors that affect the choice of destination for medical tourism. *Journal of Service Science and Management*, 4(3), 315-324. <https://doi.org/10.4236/jssm.2011.43037>
62. Gill, J., Madhira, B. R., Gjertsin, D., Lipshutz, G., Cecka, M., Pham, P. T., Wilkonson, A., Bunnapradist, S., & Danovitch, G. M. (2008). Transplant tourism in the United States: A single-centre experience. *American Society of Nephrology*, 3, 1820-1828. <https://doi.org/10.2215/CJN.02180508>
63. Glinos, I. A., R. B., & Boffin, N. (2006). Cross-border contracted care in Belgian hospitals. In M. Rosenmöller, R. Baeten, & M. McKee (Eds.), *Patient mobility in the European Union: Learning from experience*. European Observatory on Health Systems and Policies.
64. Gray, H. H., & Poland, S. C. (2008). Medical tourism: Crossing borders to access health care. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 18(2), 193-201. <https://doi.org/10.1353/ken.0.0006>
65. Hadi, A. (2009, Kasım). Globalization, medical tourism and health equity. In *Symposium on implications of medical tourism for Canadian health and health policy* (Vol. 13, pp. 1-29).
66. Hansen, L. P. (1982). Large sample properties of generalized method of moments estimators. *Econometrica*, 50(4), 1029-1054. <https://doi.org/10.2307/1912775>
67. Hazine Müsteşarlığı. (2006). *Seyahat Sağlık Sigortası Genel Şartları*. Türkiye Sigorta Birliği. https://www.tsb.org.tr/content/Legislations/Seyahat_Sagl%C4%B1k_Sigortas%C4%B1_Genel_Sartlar%C4%B1.pdf (Erişim Tarihi: 25 Kasım 2024)
68. Henama, U. S. (2014). Health tourism in South Africa: Opportunities and possibilities. *African Journal of Hospitality, Tourism and Leisure*, 3(1), 1-9. <http://www.ajhtl.com>

69. Henson, J. N., Guy, B. S., & Dotson, M. J. (2015). Should I stay or should I go?: Motivators, decision factors, and information sources influencing those predisposed to medical tourism. *International Journal of Healthcare Management*, 8(1), 4-14. <https://doi.org/10.1179/2047971914Y.00000000083>
70. Heung, V. C. S., Kucukusta, D., & Song, H. (2010). A conceptual model of medical tourism: Implications for future research. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 27(3), 236-251. <https://doi.org/10.1080/10548401003744677>
71. Heung, V., Kucukusta, D., & Song, H. (2011). Medical tourism development in Hong Kong: An assessment of barriers. *Tourism Management*, 32(5), 995-1005. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2010.07.011>
72. Hofer, S., Honegger, F., & Hubeli, J. (2012). Health tourism: Definition focused on the Swiss market and conceptualisation of health(i)ness. *Journal of Health Organization and Management*, 26(1), 60-80. <https://doi.org/10.1108/14777261211211098>
73. Holden, C. (2005). Privatization and trade in health services: A review of the evidence. *International Journal of Health Services*, 35(4), 675-689. <https://doi.org/10.2190/8Y8Y-0C7Y-2W4K-6J6N>
74. Horowitz, M. D., Rosensweig, J. A., & Jones, C. A. (2007). Medical tourism: Globalization of the healthcare marketplace. *MedGenMed*, 9(4), 33. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2234298/>
75. Hudson, S., & Li, X. (2012). Domestic medical tourism: A neglected dimension of medical tourism research. *Journal of Hospitality Marketing & Management*, 21(3), 227-246. <https://doi.org/10.1080/19368623.2011.615018>
76. Jadhav, S., Yeravdekar, R., & Kulkarni, M. (2014). Cross-border healthcare access in South Asian countries: Learnings for sustainable healthcare tourism in India. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 157, 109-117. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.11.014>
77. Jalali, M., Haghighoshayie, E., Janati, A., Youshary, P., & Khodayari-Zarnaq, R. (2025). Health tourism: A global perspective on the barriers and facilitators. *Discover Public Health*, 22(1), 157. <https://doi.org/10.1186/s12982-025-00545-2>
78. Jiang, L., Wu, H., & Song, Y. (2022). Diversified demand for health tourism matters: From a perspective of the intra-industry trade. *Social Science & Medicine*, 293, 114630. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114630>
79. John, S. P., & Larke, R. (2016). An analysis of push and pull motivators investigated in medical tourism research published from 2000 to 2016. *Tourism Review International*, 20, 73-90. <https://doi.org/10.3727/154427216X14713104855810>
80. Kamassi, A., Abd Manaf, N. H., & Omar, A. (2019). The identity and role of stakeholders in the medical tourism industry: State of the art. *Tourism Review*, 75(3), 559-574. <https://doi.org/10.1108/TR-01-2019-0031>
81. Khan, A., Mir, M. S., & Kumar, S. (2021). Recent advances in hospital administration.
82. Koggalage, P. D., Gunawardena, N. S., & De Silva, A. H. (2017). Medical travellers' perspectives in selecting in-patient services at selected private hospitals in Sri Lanka. *Asia Pacific Journal of Tourism Research*, 22(7), 747-757. <https://doi.org/10.1080/10941665.2017.1319396>
83. Kohler, K. (2009). *Health tourism in South Africa and KwaZulu-Natal*. <http://www.zulu.org.za>
84. Kozak, M., & Rimmington, M. (2000). Tourist satisfaction with Mallorca, Spain. *Journal of Travel Research*, 38(3), 260-269. <https://doi.org/10.1177/004728750003800308>
85. Kozuń-Cieślak, G., & Zdrazil, P. (2021). Efficiency of healthcare systems in the European Union states – Who performs better – Bismarckians or Beveridgeans? *European Research Studies Journal*, 24(4), 397-411.

86. Kwong, A. J., Mannalithara, A., Heimbach, J., Prentice, M. A., & Kim, W. R. (2019). Migration of patients for liver transplantation and waitlist outcomes. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 17(11), 2347-2355. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2019.04.060>
87. Laba, T. L., Essue, B. M., & Jan, S. (2015). Financing options to sustain Medicare: Are we committed to universalism? *Medical Journal of Australia*, 203(6), 244-245.e1. <https://doi.org/10.5694/mja15.00431>
88. Labonté, R. (2013). Overview: Medical tourism today-What, who, why, and where. In R. Labonté (Ed.), *Travelling well: Essays in medical tourism* (pp. 6-42). Institute of Population Health, University of Ottawa. <https://doi.org/10.1057/jphp.2010.10>
89. Langvinienė, N. (2014). Changing patterns in the health tourism services sector in Lithuania. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 156, 310-316. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.11.194>
90. Laugesen, M. J., & Vargas-Bustamante, A. (2010). A patient mobility framework that travels: European and United States-Mexican comparisons. *Health Policy*, 97(2-3), 225-231. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.05.006>
91. Lautier, M. (2014). International trade of health services: Global trends and local impact. *Health Policy*, 118(1), 105–113. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.07.017>
92. Leahy, A. L. (2008). Medical tourism: The impact of travel to foreign countries for healthcare. *Surgeon*, 6(5), 260-261. [https://doi.org/10.1016/s1479-666x\(08\)80047-9](https://doi.org/10.1016/s1479-666x(08)80047-9)
93. Lee, S., & Pennington-Gray, L. (2025). Metatheorizing tourist flow at macro-level: Universal forces theory and herding among tourists. *Annals of Tourism Research*, 113, 103961. <https://doi.org/10.1016/j.annals.2025.103961>
94. Leon, F. (2002). The case of the Chilean health system, 1983-2000. In C. Vieira (Ed.), *Trade in Health Services: Global, Regional, and Country Perspectives* (pp. 155-183). PAHO.
95. Lisovska, O. (2021). System of financing health care in the European Union countries as an experience for Ukraine. *Three Seas Economic Journal*, 2(1), 48-52. <https://doi.org/10.30525/2661-5150/2021-1-8>
96. Loh, C.-P. A. (2014). Health tourism on the rise? Evidence from the Balance of Payments Statistics. *European Journal of Health Economics*, 15(7), 759-766. <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0521-0>
97. Lunt, N., & Carrera, P. (2010). Medical tourism: Assessing the evidence on treatment abroad. *Maturitas*, 66(1), 27-32. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2010.01.017>
98. Lunt, N., Smith, R. D., Exworthy, M., Green, S. T., Horsfall, D. G., & Mannion, R. (2011). *Medical tourism: Treatments, markets and health system implications: A scoping review*. OECD. <http://www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf>
99. Macias, E. P., & Morales, L. S. (2001). Crossing the border for health care. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 12(1), 77-87. <https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0643>
100. MacKinnon, D., Cumbers, A., Pike, A., Birch, K., & McMaster, R. (2009). Evolution in economic geography: Institutions, political economy, and adaptation. *Economic Geography*, 85(2), 129-150. <https://doi.org/10.1111/j.1944-8287.2009.01017.x>
101. MacReady, N. (2007). Developing countries court medical tourists. *The Lancet*, 369(9576), 1849-1850. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60833-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60833-2)
102. Mahmud, M. S., Lima, R. P., Rahman, M. M., & Rahman, S. (2021). Does healthcare service quality affect outbound medical tourists' satisfaction and loyalty? Experience from a developing country. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 15(3), 429-450. <https://doi.org/10.1108/IJPHM-04-2020-0028>

103. Management Sciences for Health. (2012). *MDS-3: Managing access to medicines and health technologies*. Arlington, VA: Management Sciences for Health.
104. Martin, R., & Sunley, P. (2006). Path dependence and regional economic evolution. *Journal of Economic Geography*, 6(4), 395-437. <https://doi.org/10.1093/jeg/lbl012>
105. Mason, A. M. (2014). Overcoming the “dual-delivery” stigma: A review of patient-centeredness in the Costa Rica medical tourism industry. *The International Journal of Communication and Health*, 4, 1-9.
106. Mathijssen, A. (2019). Home, sweet home? Understanding diasporic medical tourism behaviour: Exploratory research of Polish immigrants in Belgium. *Tourism Management*, 72, 373-385. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2018.12.009>
107. Mattoo, A., & Rathindran, R. (2006). How health insurance inhibits trade in health care. *Health Affairs*, 25(2), 358-368. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.25.2.358>
108. McCallum, B. T., & Jacoby, P. F. (2007). Medical outsourcing: Reducing clients' health care risks. *Journal of Financial Planning*, 20(10), 60-69.
109. McCartney, G., & Wang, C. F. (2024). Medical tourism and medical tourists: Providing a sustainable course to integrating health treatments with tourism. *Journal of Travel Medicine*, 31(5), taae034. <https://doi.org/10.1093/jtm/taae034>
110. Medhekar, A., & Wong, H. Y. (2020). Medical travellers' perspective on factors affecting medical tourism to India. *Asia Pacific Journal of Tourism Research*, 25(12), 1295-1310. <https://doi.org/10.1080/10941665.2020.1837893>
111. Milstein, A., & Smith, M. (2006). America's new refugees — seeking affordable surgery offshore. *The New England Journal of Medicine*, 355(16), 1637-1640. <https://doi.org/10.1056/NEJMp068190>
112. Moissidou, A. (2022). Beveridge, Bismarck and Southern European health care systems: Can we decide which is the best in EU-15? A statistical analysis. *European Journal of Medicine and Natural Sciences*, 5(2), 56-63. <https://doi.org/10.26417/615kco65p>
113. Momeni, K., Janati, A., Imani, A., & Khodayari-Zarnaq, R. (2018). Barriers to the development of medical tourism in East Azerbaijan province, Iran: A qualitative study. *Tourism Management*, 69, 307-316. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2018.05.007>
114. Mossialos, E., & Thomson, S. (2004). *Voluntary health insurance in the European Union*. Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. <https://doi.org/10.2190/k6bp-3h1r-l41m-hvge>
115. Najar, P. A. (2024). Adopting global health insurance models for medical tourists in India: Implications for stakeholders in digitalized era. *The Journal of Insurance Institute of India*, 11(1), 102-111.
116. Normand, C., & Weber, A. (2009). *Social health insurance: A guidebook for planning* (2nd ed.). Germany.
117. Nyman, J. A. (1999). The value of health insurance: The access motive. *Journal of Health Economics*, 18(2), 141-152. [https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(98\)00049-6](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(98)00049-6)
118. Nyman, J. A. (2004). Is ‘moral hazard’ inefficient? The policy implications of a new theory. *Health Affairs*, 23(5), 194-199. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.23.5.194>
119. Nyman, J. A. (2007). Health insurance theory: The case of the missing welfare gain. *The European Journal of Health Economics*, 9, 369-380. <https://doi.org/10.1007/s10198-007-0084-z>
120. OECD. (2004a). *Proposal for a taxonomy of health insurance*. OECD Study on Private Health Insurance: OECD Health Project. Organisation for Economic Cooperation and Development.
121. OECD. (2004b). *Private health insurance in OECD countries*. The OECD Health Project. OECD Publishing.

122. Oppermann, M. (1999). Predicting destination choice: A discussion of destination loyalty. *Journal of Vacation Marketing*, 5(1), 51-65. <https://doi.org/10.1177/135676679900500105>
123. Ormond, M. (2015). Solidarity by demand? Exit and voice in international medical travel: The case of Indonesia. *Social Science & Medicine*, 124, 305-312. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.06.007>
124. Ormond, M., & Lunt, N. (2020). Transnational medical travel: Patient mobility, shifting health system entitlements and attachments. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 46(20), 4179-4192. <https://doi.org/10.1080/1369183X.2019.1597465>
125. Orozco Núñez, E., Bejarano Arias, R. M., Aguilar Martínez, M. E., Ruiz Larios, J. A., Crooks, V. A., Labonté, R., Snyder, J., & Nigenda, G. (2014). *An overview of Mexico's medical tourism industry: The cases of Mexico City and Monterrey*. SFU Medical Tourism Research
126. Osei Afriyie, D., Masiye, F., Tediosi, F., & Fink, G. (2023). Purchasing for high-quality care using National Health Insurance: Evidence from Zambia. *Health Policy and Planning*, 38(6), 681-688. <https://doi.org/10.1093/heapol/czad022>
127. Outreville, J. F. (1998). The health insurance sector: Market segmentation and international trade in health services. In *International trade in health services: A development perspective* (pp. 111-122). UNCTAD/WHO Joint Publication.
128. Österle, A., Diesenreiter, C., Glinsner, B. & Reichel, E. (2021). *Inbound and outbound medical travel in Austria*. *Journal of Health Organization and Management*, 35(9), 34-49. <https://doi.org/10.1108/JHOM-04-2020-0129>
129. Papanicolas, I., Cylus, J., & Lorenzoni, L. (2024). Cross-country comparisons in health price growth over time. *Health Services Research*, 59(6), e14295. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.14295>
130. Patašienė, R., Strazdienė, D., & Žaltauskienė, N. (2013). Lithuania health insurance system interface with classical social security system model. *Management Theory & Studies for Rural Business & Infrastructure Development*, 35(3), 423-430.
131. Paul, D. P., Barker, T., Watts, A. L., Messinger, A., & Coustasse, A. (2017). Insurance companies adapting to trends by adopting medical tourism. *The Health Care Manager*, 36(4), 326-333. <https://doi.org/10.1097/HCM.0000000000000179>
132. Pauly, M. V. (1968). The Economics of Moral Hazard: Comment. *The American Economic Review*, 58(3, Part 1), 531-537. <https://www.jstor.org/stable/1813785>
133. Pauly, M., & Herring, B. (2001). Expanding coverage via tax credits: Trade-offs and outcomes. *Health Affairs*, 20(1), 9-26. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.1.9>
134. Peters, C. R., & Sauer, K. M. (2011). A survey of medical tourism service providers. *Journal of Marketing Development and Competitiveness*, 5(3), 117-126.
135. Picazo, O. F. (2013). *Medical tourism in the Philippines: Market profile, benchmarking exercise, and SWOT analysis*.
136. Pitacco, E. (2014). *Health insurance*. In *Basic Actuarial Models*. Cham, Switzerland: Springer Verlag.
137. Pocock, N. S., & Phua, K. H. (2011). Medical tourism and policy implications for health systems: A conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia. *Globalization and Health*, 7, 12. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-7-12>
138. Porter, M. E., De Vera, M., Huang, B., Khan, O., Qin, Z. A., & Tan, A. (2008). *Medical tourism in the Philippines*.
139. Preker, A. S., Scheffler, R. M., & Bassett, M. C. (Eds.). (2007). *Private voluntary health insurance in development: Friend or foe?* World Bank Publications.
140. Qureshi, M. I., Hassan, M. A., Hishan, S. S., Rasli, A. M., & Zaman, K. (2017). Dynamic linkages between sustainable tourism, energy, health and wealth: Evidence

- from top 80 international tourist destination cities in 37 countries. *Journal of cleaner production*, 158, 143-155. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2017.05.001>
141. Ridderstaat, J. (2022). Measuring hidden demand and price behavior from US outbound health tourism spending. *Tourism Economics*, 29(3), 759-787. <https://doi.org/10.1177/13548166211067925>
 142. Roman-Urrestarazu, A., Yang, J. C., Ettelt, S., et al. (2018). Private health insurance in Germany and Chile: Two stories of co-existence, segmentation and conflict. *International Journal for Equity in Health*, 17, 112. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0831-z>
 143. Roodman, D. (2009). How to do xtabond2: An introduction to difference and system GMM in stata. *The Stata Journal*, 9(1), 86–136. <https://doi.org/10.1177/1536867X0900900106>
 144. Rosengren, K., Brannefors, P., & Carlstrom, E. (2021). Adoption of the concept of person-centred care into discourse in Europe: A systematic literature review. *Journal of Health Organization and Management*, 35(9), 265-280. <https://doi.org/10.1108/jhom-01-2021-0008>
 145. Sagan, A., & Thomson, S. (Eds.). (2016). *Voluntary health insurance in Europe: Country experience*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
 146. Salam, R. A., Salaudeen, T. O., & Adeniji, R. O. (2023). Health insurance coverage and its influence on medical tourism decision in Nigeria: An empirical investigation from Nigerian medical tourists. *Enugu State University of Science & Technology Journal of Social Sciences & Humanities*, 8(2), 84-101.
 147. Sam, Y. Y. (2011). *Medical tourism in the eyes of insurance companies* [Yüksek Lisans/doktora tezi, The University of North Carolina at Pembroke].
 148. Samiee, Q., Hajikarimi, B., & Mozafari, M. M. (2022). The role of insurance in the marketing model of medical tourism of the Social Security Organization. *Iranian Journal of Health Insurance*, 5(3), 230-237. <https://journal.ihio.gov.ir>
 149. Savedoff, W. D. (2004). *Tax-based financing for health systems: Options and experiences* (Discussion Paper No. 4, EIP/FER/DP.04.4). Geneva: World Health Organization.
 150. Shi, X., & Gan, L. (2021). Equilibrium in competitive insurance markets with medical tourism. *Studies in Microeconomics*, 11(2), 246-269. <https://doi.org/10.1177/23210222211051439>
 151. Siegal, G. (2012). Enabling globalization of health care in the information technology era: Telemedicine and the medical world wide web. *Virginia Journal of Law & Technology*, 17(1), 1-34.
 152. 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>
 153. Smith, R. D., Chanda, R., & Tangcharoensathien, V. (2009). Trade in health-related services. *The Lancet*, 373(9663), 593-601. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61778-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61778-X)
 154. Sosyal Güvenlik Kurumu. (2023, January 25). *Genel sağlık sigortası nedir?* <https://www.sgk.gov.tr/Content/Post/742c02df-68e1-422c-a387fa2e4326b015/Genel-Saglik-Sigortasi-nedir-2023-01-25-11-25-46> (Erişim Tarihi: 25 Kasım 2024)
 155. Stoskopf, C. H., & Venn, M. A. (2021). Comparative health systems analysis and evaluation. In *Handbook of Global Health* (pp. 1389-1435). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-45009-0_61

156. Stylos, N., Vassiliadis, C. A., Bellou, V., & Andronikidis, A. (2016). Destination images, holistic images and personal normative beliefs: Predictors of intention to revisit a destination. *Tourism management*, 53, 40-60. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2015.09.006>
157. T.C. Resmî Gazete. (2013, 23 Ekim). *Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği*. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/10/20131023.pdf> (Erişim Tarihi: 25 Kasım 2024)
158. Tapia, J., Dieste, M., Royo, E., & Calvo, E. (2022). Factors affecting the choice of medical tourism destination: Spain as a host country. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*, 23(1), 115-138. <https://doi.org/10.1080/1528008X.2020.1848749>
159. Tatoğlu, F. Y. (2023). *İleri panel veri analizi: Stata uygulamalı (5. Baskı)*. İstanbul: Beta Yayınları.
160. Turner, L. (2007). "First world health care at third world prices": Globalization, bioethics and medical tourism. *BioSocieties*, 2(3), 303-325. <https://doi.org/10.1017/S1745855207005765>
161. Turner, L. (2010a). "Medical tourism" and the global marketplace in health services: U.S. patients, international hospitals, and the search for affordable healthcare. *International Journal of Health Services*, 40(3), 443-467. <https://doi.org/10.2190/hs.40.3.d>
162. Turner, L. (2012). Beyond "medical tourism": Canadian companies marketing medical travel. *Globalization and Health*, 8(16). <https://doi.org/10.1186/1744-8603-8-16>
163. Turner, L. G. (2010b). Quality in healthcare and globalization of health services: Accreditation and regulatory oversight of medical tourism companies. *International Journal of Quality in Health Care*, 1-7. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzq078>
164. Ulaş, D., & Anadol, Y. (2016). A case study for medical tourism: Investigating a private hospital venture in Turkey. *Anatolia: An International Journal of Tourism and Hospitality Research*, 27(3), 327-338. <https://doi.org/10.1080/13032917.2016.1191763>
165. Vargas Bustamante, A., Laugesen, M., Caban, M., & Rosenau, P. (2012). United States-Mexico cross-border health insurance initiatives: Salud Migrante and Medicare in Mexico. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(1), 74-80. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2012.01.74>
166. Vargas Bustamante, A., Ojeda, G., & Castañeda, X. (2008). Willingness to pay for cross-border health insurance between the United States and Mexico. *Health Affairs*, 27(1), 169-178. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.1.169>
167. Wagstaff, A. (2009). Social health insurance vs. tax-financed health systems: Evidence from the OECD. *World Bank Policy Research Working Paper*, 4821.
168. Wallace, S. P., Mendez-Luck, C., & Castañeda, X. (2009). Heading south: Why Mexican immigrants in California seek health services in Mexico. *Medical Care*, 47(6), 662-669. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318190cc95>
169. Wang, H., Switlick, K., Ortiz, C., Zurita, B., & Connor, C. (2012). *Health insurance handbook: How to make it work* (Vol. 219). World Bank Publications. <https://doi.org/10.1596/978-0-8213-8982-9>
170. Warner, D. C., & Jahnke, L. R. (2001). Toward better access to health insurance coverage for U.S. retirees in Mexico. *Salud Pública de México*, 43(1), 59-66. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342001000100008>
171. Weis, D. S. (2018). More on the value of health insurance: The appropriateness approach. SSRN. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3276543>
172. Wendt, K. (2012). *Medical Tourism: Trends and Opportunities* [Yüksek Lisans Tezi, University of Nevada, Las Vegas].

173. Widiatmoko, D., & AGani, A. (2002). International relations within Indonesia's hospital sector. In C. Vieira (Ed.), *Trade in Health Services: Global, Regional, and Country Perspectives*, 107-117.
174. World Tourism Organization & European Travel Commission. (2018). *Exploring Health Tourism*. UNWTO. <https://doi.org/10.18111/9789284420209>
175. Wu, W., Long, S., Cerda, A. A., Garcia, L. Y., & Jakovljevic, M. (2023). Population ageing and sustainability of healthcare financing in China. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 21(1), 97. <https://doi.org/10.1186/s12962-023-00505-0>
176. Yoon, Y., & Uysal, M. (2005). An examination of the effects of motivation and satisfaction on destination loyalty: A structural model. *Tourism Management*, 26(1), 45-56. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2003.08.016>
177. York, D. (2008). Medical tourism: The trend toward outsourcing medical procedures to foreign countries. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28(2), 99-102. <https://doi.org/10.1002/chp.165>
178. Zolfagharian, M., Rajamma, R. K., Naderi, I., & Torkzadeh, S. (2018). Determinants of medical tourism destination selection process. *Journal of Hospitality Marketing & Management*, 27(7), 775-794. <https://doi.org/10.1080/19368623.2018.1444527>