T.C.

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SOMALİ SAĞLIK SİSTEMLERİ VE SAĞLIK HARCAMALARININ OECD ÜLKELERİNDEN TÜRKİYE İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Kowthar Isak HASSAN

TEZLİ YÜKSEK LİSANS

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Fatma Özlem YILMAZ

KONYA-2022

T.C.

SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SOMALİ SAĞLIK SİSTEMLERİ VE SAĞLIK HARCAMALARININ OECD ÜLKELERİNDEN TÜRKİYE İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Kowthar Isak HASSAN

TEZLİ YÜKSEK LİSANS

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Fatma Özlem YILMAZ

KONYA-2022

ÖNSÖZ

Çalışmamı gerçekleştirmede bana yol gösteren, değerli bilgi ve deneyimlerini paylaşan, yardımını, desteğini, sabrını, zamanını esirgemeyen, çalışmanın her aşamasında özveri ile katkıda bulunarak bu yolda bana rehberlik eden ve mesleki hayatım boyunca kullanacağım değerli bilgileri bana kazandıran saygı değer danışman hocam **Dr. Öğr. Üyesi. Fatma Özlem YILMAZ**'a, çalışmanın her konusunda özellikle veriler bulmayı ve tez düzeltmeleri yardım eden yol arkadaşlarım Abdullahi Abdukadir ISAK ve Muhudin Mohamed SAHAL'a, Bugünlere gelebilmem için, hayatımın her aşamasında varlarını yoklarını ortaya koyan, zorlandığım her anda 'zahmet olmadan rahmet olmaz' diyerek tekrar motive olmamı sağlayan, dualarıyla her daim güç bulduğum, bana inanmaktan ve desteklemekten vazgeçmeyen kıymetli canım annem Fadumo Moalim ABDULLAHI, babam Isak HASSAN ve abim Abdikafi Yusuf ADAM başta olmak üzere ve diğer Aileme, sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Kowthar Isak HASSAN

İÇİNDEKİLER

SİMGELER ve KISALTMALAR ..... **iv**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **v**
ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **vi**
ÖZET ..... **vii**
ABSTRACT ..... **viii**
1. GİRİŞ **1**
1.1 Sağlık Kavramı 1
1.2 Sağlığın Önemi 3
1.3 Sağlık Sistemleri 4
1.3.1 Sistem Kavramı 4
1.3.2 Sağlık Sistemi Kavramı 4
1.3.3 Sağlık Sisteminin Amacı 5
1.3.4 Sağlık Sisteminin Sınıflandırılması 7
1.4 Sağlık Harcamaları 14
1.4.1 Sağlık Harcamaları Kavramı 14
1.4.2 Sağlık Harcamalarının Önemi 15
1.4.3 Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler 16
1.4.4 Sağlık Harcamalarının Finansmanı 18
2. GEREÇ ve YÖNTEMLER **23**
2.1 Araştırmanın Amacı 23
2.2 Araştırmanın Özgün Değeri 23
2.3 Araştırmanın Yaygın Etkisi 23
2.4 Araştırmanın Yöntemi 23
3. TÜRKİYE'NİN SAĞLIK SİSTEMİ ve HARCAMALARI **24**
3.1 Coğrafya 24
3.2 İklim 24
3.3 Sosyo -Demografi 25
3.4 Dini İnanış 26
3.5 Kültür 27
3.6 Sağlık Hizmetleri 28
3.7 Türkiye'nin Sağlık Sistemi 28
3.7.1 Genel Bakış 28
3.7.2 Türkiye Sağlık Sisteminin Tarihi 31
3.7.3 Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) 34
3.7.4 Organizasyonel görünüm 35
3.8 Türkiye'deki Hastaneler ve Sağlık Çalışanları 37
3.8.1 Türkiye'de Hastaneler 37
3.8.2 Türkiye'de Sağlık Çalışanları 39
3.9 Türkiye'de Sağlık Harcamaları 41
3.9.1 Türkiye'de Toplam Sağlık Harcaması 41
3.9.2 Cari Sağlık Harcaması 44
3.9.3 Kişi Başına Sağlık Harcaması 45
3.9.4 Toplam Sağlık Harcaması (GSYİH'nin Yüzdesi) 45
3.9.5 Cari Sağlık Harcaması (GSYİH'nın Yüzdesi) 46
3.9.6 Hane Halkının Sağlık Harcamalarındaki Payı 47
4. SOMALİ SAĞLIK SİSTEMİ ve SAĞLIK HARCAMALARI **48**

4.1 Coğrafya 48
4.2 İklim 49
4.3 Etnisite ve Dil 49
4.4 Dini İnanış 51
4.5 Kültür 51
4.6 Somali'deki Genel Ekonomi Durumu 52
4.7 Somali'deki Genel Sağlık Durumu 54
4.8 Somali'de Sağlık Sistemi 55
4.8.1 Somali Sağlık Sisteminin Tarihi 55
4.8.2 Sağlık Kurumları 57
4.9 Somali'de Sağlık Harcamaları 59
4.9.1 Somali'deki Toplam Sağlık Harcaması 59
4.9.2 Somali'de Cari Sağlık Harcamaları 61
4.9.3 Somali'de Kişi Başına Sağlık Harcaması 62
4.9.4 Somali'de Toplam Ve Cari Yıl Sağlık Harcaması (GSYİH'nin Yüzdesi) 63
4.9.5 Somali'de Hane Halkının Cepten Sağlık Harcamaları 64
4.10 Somali Sağlık Sistemleri Ve Harcamalarının Türki'yle Karşılaştırılması . 65
5. SONUÇ ve ÖNERİLER 68
6. KAYNAKLAR 69
7. EKLER 79
EK-A. Etik Kurul Kararı 79
Ek-B. Türnitin Raporu 80
8. ÖZGEÇMİŞ 87

SİMGELER ve KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AMA	Amerikan Tabipler Birliği
	American Medical Association
CMS	Central Management System
	Merkezi Yönetim Sistemi
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GSYIH	Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
HBV	Hepatit B Virüsü
HCV	Hepatit C Virüsü
İSK	İş sigortalar kurumu
JAMA	Amerikan Derneği Dergisi
	Journal of the American Association
KAV	Kaiser Aile Vakfı
OECD	Organization For Economic Co-Operation and Development
	Ekonomik İş birliği ve Kalkınma Örgütü
RW	Rothgang ve Wendt
SDP	Sağlık Dönüşüm Programı
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
SSS	Sosyal Sağlık Sigortası
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
	Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü
USH	Ulusal Sağlık Hizmeti
USS	Ulusal Sağlık Sigortası

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1.1 Sağlık Sistemlerinin Tanımı 8
Tablo 3.1 Türkiye'de İşlevlerine Göre Sağlık Kuruluşları 35
Tablo 3.2 Genel Devlet Sağlık Harcama Oranı 43
Tablo 3.3 Özel Sektör Sağlık Harcama Oranı 43
Tablo 3.4 Sağlık Hizmeti Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları, 2019, 2020 44
Tablo 3.5 2000'den 2020'ye Kadar Toplam Sağlık Harcaması (GSYİH'nin Yüzdesi) 46
Tablo 3.6 Cari sağlık harcaması (GSYİH'nın yüzdesi) 47
Tablo 4.1 Somali'de Özel Sağlık Sistemi Sunumu (2018) 58
Tablo 4.2 Somali Bölgeye Göre Fonksiyonel Kamu ve Özel Sağlık Tesisleri 59
Tablo 4.3 Toplam Sağlık Harcaması 60
Tablo 4.4 Genel Devlet Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı 61
Tablo 4.5 Özel Sektör Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı 61
Tablo 4.6 2019 Ve 2020 Yıllarında Sağlık Hizmeti Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları 62
Tablo 4.7 Kişi Başına Sağlık Harcaması 2011-2020 63
Tablo 4.8 Toplam Ve Cari Sağlık Harcaması (GSYİH'nin Yüzdesi) 2011-2020 64
Tablo 4.9 Somali Ve Türkiye'yle Karşılaştırması 67

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1 Etnik 26
Şekil 3.2 Din 27
Şekil 3.3 Türkiye'de Toplam Sağlık Harcaması 42
Şekil 3.4 Kişi Başına Sağlık Harcaması, 2011-2020 45
Şekil 4.1 Etnik 50
Şekil 4.2 Din 51

ÖZET

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Somali Sağlık Sistemleri ve Sağlık Harcamalarının OECD Ülkelerinden Türkiye ile Karşılaştırılması

Kowthar Isak HASSAN
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi/Konya

Bu çalışmada, Somali'nin sağlık sistemi ve harcamalarını OECD ülkelerinden Türkiye ile karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu çalışmanın materyali, konulara farklı açılardan bakan yoğun bir literatür taramasından oluşturmuştur. Çalışmada Somali Sağlık Sistemleri ve Harcamalarının OECD Ülkelerinden Türkiye ile Karşılaştırılması üzerindeki etkileri ile ilgili kitap, makale, resmî gazete ve yayınlar, ulusal ve uluslararası ilgili kurumların raporları gibi birçok yazılı belge araştırılıp değerlendirilmiştir. Çalışma, her iki ülkenin de kamu ve özel sağlık hizmetlerinin bir birleşiminden oluşan sağlık sistemine sahip olduğunu göstermiştir. Ancak, Somali'deki sağlık sisteminin büyük ölçüde özel sektöre, Türkiye'deki sağlık sisteminin ise ağırlıklı olarak kamu sektörüne bağlı olduğu tespit edilmiştir. 2019 ve 2020'de, Türkiye sağlık harcamalarının sırasıyla 30.927,8 ve 33.324,2 milyon dolar olarak gerçekleştiği, Somali toplam sağlık harcamalarının ise 132,5 ve 125,3 milyon dolar ile Türkiye sağlık harcamalarına kıyasla çok düşük olduğu görülmüştür. Araştırmanın son iki yılına göre Somali'nin mevcut sağlık harcaması 125,8 milyon dolar ve 121,6 milyon dolar olurken, Türkiye'nin mevcut sağlık harcaması 28.959,5 milyon dolar ve 31.074,9 milyon dolar olmuştur. 2019 ve 2020'de sırasıyla, Somali'nin toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı %2,62 ve %2,57 iken, Türkiye'nin ise %4,7 ve %5'tir. Mevcut sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı Somali'de %2,49 ve %2,19 olurken, Türkiye'de bu oran %4,34 ve %4,68 olduğunu açıklanmıştır. Bu çalışma aynı zamanda Somali'nin 2019 ve 2020'de kişi başına yılda sırasıyla 65,9 dolar ve 61,7 dolar harcadığını, Türkiye'nin ise sırasıyla 374,5 dolar ve 399,6 dolar harcadığını göstermiştir. Sonuç olarak, Somali'nin Türkiye'ye göre çok az miktarda sağlık harcaması yaptığı tespit edilmiştir.

Anahtar kelimeler: Sağlık harcamaları, sağlık sistemi, Somali, Türkiye

ABSTRACT

REPUBLIC OF TURKIYE
SELÇUK UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Comparing of Somali Health Systems and Health Expenditures with Turkey from OECD Countries

Kowthar Isak HASSAN
Department of Health Management
Master's Thesis /Konya

The purpose of this study was to compare Somalia's health care system and expenditures with those of Turkey from OECD countries. The material for this study consisted of an intensive literature review, looking at the topics from different perspectives. The study was examined and analyzed many written documents such as books, articles, official newspapers and publications, reports of national and international relevant institutions related to the Somali health systems and expenditures in comparison with Turkey from OECD countries. The study showed that both countries have health care systems that consist of a mix of public and private health care services. However, the difference is that health care system in Somalia is largely dependent on the private sector, while the Turkish health care system is mainly dependent on the public sector. Somalia's total health expenditure of $132.5 million and $125.3 million is very low compared to Turkey's health expenditure of $30,927.8 million and $33,324.2 million in 2019 and 2020, respectively. According to the last two years of the study, Somalia's current health expenditure was $125.8 million and $121.6 million, while Turkey's current health expenditure was $28,959.5 million and $31,074.9 million. On the other hand, Somalia's total health spending as a share of GDP is 2.62% and 2.57%, while Turkey is spending 4.7% and 5% in 2019 and 2020, respectively. Current health expenditure as a share of GDP in Somalia was 2.49% and 2.19%, while in Turkey it was 4.34% and 4.68%. This study also showed that Somalia spent $65.9 and $61.7 per person per year, while Turkey spent $374.5 and $399.6 per person per year in 2019 and 2020, respectively. Finally, it has been determined that Somalia spends very small number on health compared to Turkey.

Key words: Health expenditure, healthcare system, Somalia, Turkey

1. GİRİŞ

1.1 Sağlık Kavramı

Birey ve çevre arasındaki denge, ruh ve bedenin birliği ve hastalığın doğal kökeni olarak sağlık kavramı, antik Yunan'da sağlık algısının bel kemiğiydi. Eski Hint ve Çin tıbbında da benzer kavramlar vardı. MÖ 5. yüzyılda Pindar, sağlığı "organların uyumlu çalışması" olarak tarif etmiş ve sağlığın fiziksel boyutunu, fiziksel bedeni ve genel fonksiyonları, sağlıklı ve ağrısızlık duygusuyla birlikte belirtmiştir. Bugün bile onun tanımı, genel sağlık ve zindelik için bir ön koşul olarak önem taşımaktadır (Donev 1996). Democritus, sağlığı davranışla ilişkilendirerek, insanların esasen kendi kontrolleri altında olan sağlık için Tanrı'ya neden dua ettiğini araştırmıştır (Tiljak 2017).

Hipokrat, sağlığı çevresel faktörler ve yaşam tarzı ilişkili olduğunu aydınlatmıştır. Hipokrat, birincil insan doğası (şimdi genetik olduğunu düşündüğümüz), diyet ve egzersize dayanan "pozitif sağlık" kavramının kreasyonuydu. Uygun beslenme ve egzersizin sağlık için yaşamsal olduğuna ve mevsim değişikliğinin zihin ve beden üzerinde derin bir etkisi olduğuna, bu sebeple kış (solunum hastalıkları) ve yazın (sindirim hastalıkları) farklı hastalık türlerinin baskın olduğuna inanıyordu (Millstein ve Irwin 1987).

Orta Çağ'da sağlık algısı, din ve Kiliseden güçlü bir şekilde etkili olduğunu düşünülmüştür. Roma İmparatorluğu'nun çökmesinden sonra, kiliselerde, örneğin manastır bahçelerinde yetiştirilen şifalı otları araştırmak ve insanlara sağlamak için tek önemli altyapı olduğunu biliniyordu. (Julia 2003). Sanayi Devrimi sırasında sağlık, refah ve çalışma yeteneği sağlayan aynı zamanda hastalık nedeniyle kaybedilen günleri azaltan ekonomik bir kategori haline gelmiştir. Buna göre, sağlığın değeri ekonomik kazanç gibi bir şey olduğunu söylenmiştir. Sağlık, hayatın anlamının fiziksel olarak hayatta kalmaya bağlı olduğu Darwinci güç ve optimallik kavramlarıyla dâhil olduğunu açıklanmıştır. (Svalostog vd. 2017).

Bir diğer sağlık boyutu, bireyin tahammül edebileceği ve direnebileceği ölçüde çevreden gelen etkilere uyum sağlama yeteneği olarak değerlendirildi. Uyum bittiğinde, hastalık doğal bir sonuç olarak ortaya çıkmaktadır (Rutter 1987). Sağlık kavram olarak farklı araştırmacılar için farklı anlamlar ifade etmektedir. Bazıları sağlığı hastalıktan arınmış olma durumu olarak düşünürken bazıları bu tanımın sınırlı

olduğuna inanmaktadır. Dolayısıyla sağlığı tanımlamak çok zordur. Sağlığın evrensel bir tanımı yoktur (Lehoux vd. 2018).

Sağlık, tanımı kullanıldığı bağlama göre değişen dinamik ve karmaşık bir kavram olarak düşünülmektedir. Sağlığı anlama konusunda çeşitli bakış açıları vardır. Sağlık; biyolojik yaklaşım, biyomedikal yaklaşım, davranışsal yaklaşım, manevi yaklaşım, sağlık eğitimi yaklaşımı, halk sağlığı yaklaşımı ve daha pek çok anlayış ile ele alınabilir. Biyolojik yaklaşım genlerin rolünü araştırır. Biyomedikal yaklaşım, sağlık ve hastalığa bireyin patolojisi açısından bakar. Davranışsal yaklaşım, risk faktörlerine ve yaşam tarzı davranışına odaklanan sağlığın geliştirilmesidir. Halk sağlığı yaklaşımı, hastalık yaygınlık oranını düşürmeye ve bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesine vurgu yapmaktadır (Tang 2009).

Modern sağlık anlayışı, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) kurulduğu 1948 yılında sağlık tanımına anayasasında yer vermesiyle resmiyet kazanmıştır. Tanım, Dr. Andrija Štampar tarafından önerildi. Genel olarak kabul edilen bu tanım, "sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir" şeklindedir. Bu, sağlık ve hastalıkta fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörleri ayrıca bu faktörler arasındaki etkileşimleri dikkate alan biyo-psiko-sosyal sağlık modeli ile tutarlı olduğunu bulunmuştur. Sağlığı hastalık veya hastalık yokluğu olarak tanımlayan ve klinik teşhis ve müdahalenin rolünü vurgulayan geleneksel tıp modelinden farklıdır (Narayanasamy vd. 2020).

Bu tanıma küresel bir kavram olarak saygı duyan birçok araştırmacı ve teorisyen, daha sonra sağlığın işe yarayan, pratik ve operasyonel tanımlarının benimsenmesini savundu. 1977'de, DSÖ Küresel Stratejisi olan "2000 Yılına Kadar Herkes İçin Sağlığın benimsenmesiyle birlikte, faydacı bir sağlık kavramı, dolaylı olarak kabul edilen sosyal ve ekonomik olarak üretken bir yaşam sürdürme yeteneği olarak kabul edildi. Ayrıca bu, stratejinin temel bir hedefiydi (Pavlekoviç vd. 2008). 1986'da Kanada Ottowa'da düzenlenen 1. Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı'nda kabul edilen Ottowa Sözleşmesi'ne göre sağlık, insanların yaşadığı, sevdiği, çalıştığı ve oynadığı günlük yaşam ve çevre bağlamında yaratılır. Böylece aktif ve interaktif sağlık anlayışı ortaya konmuştur (Donev 2014).

1.2 Sağlığın Önemi

Sağlık, vücudun işlevsel ve metabolik etkinliği, fiziksel, zihinsel ve sosyal değişimlere uyum sağlama yeteneğidir; sağlık aynı zamanda vücudun fiziksel, sosyal ve ruhsal rahatsızlıklardan korunması anlamına gelen hastalığın da zıddıdır. Bir şahısın fiziksel sağlığı, vücudunun hastalıktan etkilenmemesi anlamına gelirken, zihinsel veya sosyal sağlık, bir kişinin çeşitli sosyal işlevleri yerine getirme yeteneği ile karakterize etmektedir (Bradley 2001). Bir insanın hayatında sağlığın önemi şüphesiz büyüktür. Sağlıklı olmak, uzun yaşamayı iyileştirmesi, hastalıkları önlemesi, ruh sağlığını iyileştirmesi, üretken bir yaşam sürmesi ve kişiye maddi fayda sağlaması nedeniyle hayati önem taşımaktadır (Abbaspour 2014).

Sağlıklı insan kendine, milletine ve toplumuna hizmet edebilir. Bir kişinin sağlıklı bir yaşam tarzı olmadığı anda, bu onun günlük rutinini etkilemektedir. Vücut uygun şekilde beslendiği zaman daha zinde ve sağlıklı hale gelir ve yaşam beklentisi artar. Sağlıklı yaşam tarzının en önemli kavramı çeşitli hastalıklara karşı bağışıklıktır. Hastalık geliştiği zaman kişi diğer insanlara bağımlı olduğunu görülür ve hayattaki çeşitli isteklerini artık karşılayamaz hale gelmiş olur, bu da çaresizlik ve kuvvetsizlik duyguları nedeniyle ruhsal durumunu etkilemektedir. Bu hastaların üretkenliği etkilendiği ve halka bağımlı hale geldikleri için, halk da kendi üyelerinde hastalığın varlığından etkilenmektedir. Toplumda sağlıklı kişilerin varlığı ise, üretme ve servis etme gücüne ayrıca yeteneğine sahip üretken kişilerin varlığı anlamına gelmektedir (Haskell 2009, Feldstein 2012).

Sağlığın önemi, tedavi masraflarından ve hastanelere gitme zahmetinden kurtarır. Bir birey erken yaştan başlayarak sağlığa yatırım yapmış olsa, bir hastalığa yakalanma derecesini önleyecek veya azaltacaktır. Sağlığa sahip olarak, hastaneye yatma olasılıklarını azaltabilir ve tıbbi tedavi için yapılan masrafları en aza indirebilir. Psikolojik olarak sağlıklı insanlar yaşamlarında kendilerini rahat ve mutlu hissederler ve hayattan iyi bir şekilde zevk alırlar. Ruhsal bunalımlar yaşayan kişi, kendisini her zaman karamsar ve kötümser olarak görür, hayatında ve insanlarla olan ilişkilerinde kendini mutlu hissetmez. Ancak sağlıklı bir insanın hayatında mutluluğun tadını çıkardığı, insanlarla iyi ilişkilerini kurduğu, sevgi, nezaket ve samimiyet gösterdiği görülür (Feldstein 2012).

1.3 Sağlık Sistemleri

1.3.1 Sistem Kavramı

On dokuzuncu yüzyılda termodinamik üzerinde çalışmalar yapan Fransız fizikçi Nicolas Léonard Sadi Carnot, doğa bilimlerinde bir "sistem" kavramının geliştirilmesine öncülük etmiştir. 1824'te, buhar motorlarında çalışma maddesi (tipik olarak bir su buharı kütlesi) olarak adlandırdığı sistemi, sistemin ısı uygulandığında iş yapabilme kabiliyeti açısından incelemiştir. 1850'de Alman fizikçi Rudolf Clausius bu resmi, çevre kavramını içerecek şekilde genelleştirdi ve sistemden bahsederken "çalışan cisim" terimini kullanmaya başlamıştır (Pouvreau ve Drack 2007). Biyolog Ludwig von Bertalanffy, genel sistem teorisinin öncülerinden biri olarak bilinmiştir. 1945'te, özel doğaları, bileşenlerinin doğası ve aralarındaki ilişkiler veya "kuvvetler" ne olursa olsun, genelleştirilmiş sistemlere veya alt sınıflarına uygulanabilir modeller, kural ve yasalar ortaya koymaktadır (Wiener 2019).

Sistem, plana göre belli bir amaca (veya hedeflere) ulaşmak için tasarlanmış bileşenlerin bir düzenlemesidir. Bileşenler fiziksel ya kavramsal ya da her ikisi birden olabilmektedir, ancak hepsinin birbiriyle ve sistemin genel amacı ile benzersiz bir ilişkisi olduğunu bilinmektedir (Backlund 2000). Ayrıca bir sistem, belirli bir amaç hedefini tamamlamak için yüksek düzeyde entegre edilmiş parçalardan veya alt parçalardan oluşan organize bir koleksiyondur. Sistem, belirli çıktılar üretmek için belirli prosedürlere tabi olan ve tümü sistemin belirtilen amacını yerine getiren birkaç girdiye sahiptir. Sistemin üç konsepti vardır: Sistem, önceden belirlenmiş belirli hedefleri tamamlayacak şekilde oluşturulmuş veya tasarlanmıştır. Sistemin parçaları ve alt parçaları aralarında karşılıklı bağımlılık ve ilişkiler olmalıdır. Örgütün amaçları her zaman alt sistemin hedeflerinden daha yüksek önceliğe sahiptir (Bailey 1994).

1.3.2 Sağlık Sistemi Kavramı

Sağlık sistemi, sağlık koruma sistemi olarak da bilinmektedir, hedef popülasyonun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için sağlık hizmeti sunan kişi, kurum ve kaynakların organizasyonudur (White 2015). Sağlık sistemleri karmaşıktır. Birincisi, birbiriyle etkileşimde olan birden fazla bileşenden oluşurlar. Gerçekten de, Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre bir sağlık sistemi, "temel amacı sağlığı geliştirmek,

iyileştirmek veya sürdürmek olan tüm kuruluşlar, insanlar ve eylemlerden" oluşur (Organization 2000). 2016 yılında, ABD Sağlık Sistemleri Özeti, sağlık sistemini, ortak mülkiyet veya ortak yönetim yoluyla birbirleriyle ve hastaneyle bağlantılı, birinci basamak ve özel bakım da dâhil olmak üzere kapsamlı bakım sağlayan en az bir hastane ve en az bir doktor grubunu içeren bir organizasyon olarak tanımlamıştır (Arnold ve Wade 2015).

Sağlık sistemleri, yalnızca sağlık hizmetleri ve sağlığı korumayı veya iyileştirmeyi amaçlayan diğer müdahaleleri sunmadıkları için toplumda birden fazla işlevi yerine getirmektedir. Hane halkını hem hastalığın mali etkisinden hem de sağlık hizmetlerinin maliyetinden koruyucu bir sistem olduğunu göstermektedir. Sağlık sistemlerinin toplumda ekonomik bir işleve de hizmet ettiğini not edilmesi önemlidir (Sachs vd. 2001). Örneğin, bir popülasyonun sağlığının ekonomik üretkenliği etkileyebileceğiyle alakalı bazı kanıtlar varken, birçok sağlık çalışanı ve işletmesi için; sağlık sistemi istihdam, ücret ve iş olanakları sağlayan ekonomik bir bölüm olduğunu açıklanmıştır. Sağlık sistemleri aynı zamanda "daha geniş bir toplumsal normlar ve değerler dizisi" oluşturulmasına yardımcı olma işlevi gören sosyal ve kültürel kurumlardır (Gilson 2003).

1.3.3 Sağlık Sisteminin Amacı

Sağlık sistemleri, 20. yüzyıl ve sonrasında dünya nüfusunun çoğu için daha iyi sağlığa büyük ölçüde katkıda bulunmuştur. Şimdi, zengin ve yoksul tüm ülkelerdeki sağlık sistemleri, insanların yaşamlarında her zamankinden daha büyük ve daha etkili olduğunu bulunmaktadır. İnsanlar sağlıklarını korumaya ve hastalıkları tedavi etmeye çalıştıklarından bugüne bir tür sağlık sistemleri var olmuştur. Genellikle manevi danışmanlık ile bütünleşen ve hem koruyucu hem de tedavi edici bakım sağlayan geleneksel uygulamalar binlerce yıldır varlığını sürdürmektedir ve günümüzde modern tıp ile sıklıkla bir arada bulunmaktadır (Organization 2002).

Dünya Sağlık Örgütü (2000), sağlık sistemi tanımındaki ana amacı "birincil amacı sağlığı geliştirmek, iyileştirmek ve sürdürmek olan tüm faaliyetler" olarak yeniden tanımlamıştır. Son yıllarda, amacın tanımı, hastalığa bağlı hane halkı yoksulluğunun önlenmesini içerecek şekilde genişletilmiştir. Sağlık sistemleri, yoksulluk, eğitim, altyapı ve daha geniş sosyal ve politik çevre gibi dış etkenlere karşı savunmasız oldukları için açık sistemler olarak bilinmektedir. Bir sağlık

sisteminin birçok bölümü, topluluk düzeyinde veya ulusal düzeyde tutarlılığı sağlamak için birden çok düzeyde çalışmaktadır (Deborah McElligott ve Penque 2017).

Sağlık sisteminin üç ana hedefi vardır: sağlık, yanıt verebilirlik ve finansal katkıda adalet. Tüm ülkeler tarafından, bu hedefler rutin olarak incelemelidir ve sağlık sistemi performansının değerlendirilmesinde birincil temel olmalıdır. Sağlık sistemi için potansiyel olarak önemli olan ve özel analiz ve değerlendirmenin konusu olması gereken sistemler arası hedefler de vardır. Örneğin, sağlık sistemi eğitime, demokratik katılıma, ekonomik üretime vb. ne kadar yardımcı oluyor ya da engel oluyor sorusu bunlar arasındadır (Buchmueller ve Valletta 1999).

Sistemler arası en önemli hedeflerden biri, sağlık sisteminin ekonomik performansa katkısıdır çünkü sağlık ve sağlık sistemlerinin ekonomik performansı artırabileceği veya azaltabileceği düşünülmektedir. Örneğin, istihdama dayalı sigorta gibi sağlık finansmanını düzenlemeye yönelik bazı yöntemler işgücü hareketliliğini ve makroekonomik performansı engelleyebilir. (Murray ve Frenk 2000). Aynı zamanda, sağlık alanındaki gelişmelerin ekonomik büyümeyi artırabileceğine dair kanıtlar giderek artmaktadır. Aşağıdaki tartışma, üç hedefin her birinin içeriğini daha kesin bir şekilde ifade etmeyi amaçlamaktadır (Sacks ve Gallup 1999).

Sağlık: Sağlık sistemlerinin açık amacı, popülasyonun sağlığını geliştirmektir. Sağlık sistemleri sağlığı iyileştirmeye yardımcı olmasaydı, onlara sahip olmadığını bilinmektedir. Popülasyon sağlığı, bireylerin hayatları boyunca sağlığını yansıtmalı ve hem erken ölüm hem de ölümcül olmayan sağlık sonuçlarını temel bileşenler olarak içermelidir. Burada hem ortalama nüfus sağlığı düzeyi hem de nüfus içindeki sağlık dağılımı eşitsizlikleri dikkate alınacaktır (Donabedian 1972).

Duyarlılık: İkinci temel amaç, sağlık sisteminin nüfusun meşru beklentilerine yanıt verme yeteneğini arttırmaktır. Duyarlılık, yukarıdaki ilk hedefte tam olarak yansıtıldığından, halkın sağlığı iyileştirme beklentilerini açıkça dışlar. "Meşru" terimi, kimilerinin sağlık sistemi için anlamsız umutları olsa da, bunların yanıt vermede hiçbir rol oynamaması gerektiğini açıkça belirtmek için kullanılmaktadır. Duyarlılığın iki ana bileşeni olduğu öne sürülmektedir. İlk olarak "kişilere saygı" olarak tanımlanabilir ve bireylerin sağlık sistemiyle etkileşiminin

genellikle önemli bir etik boyutu olan yönlerini yakalamaktadır (Murray vd. 1999). Kişilere saygının üç yönü vardır:

- ✓ İnsana saygı
- ✓ Bireysel özerkliğe saygı
- ✓ Gizliliğe saygı

İkinci bileşen "müşteri odaklılık" olarak isimlendirebilir ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi dışında tüketici memnuniyetinin farklı boyutlarını içermektedir. Müşteri odaklılığın dört yönü vardır: sağlık ihtiyaçlarına anında dikkat, temel kolaylıklar, bakıcılar için sosyal destek ağlarına erişim ve bakım sağlayıcıların ve bireylerin seçimidir. Sağlıkta olduğu gibi, korku sadece ortalama duyarlılık düzeyiyle değil, aynı zamanda dağılımındaki eşitsizliklerle de ilgili olduğunu açıklanmaktadır. Duyarlılığın insanlar arasındaki dağılımıyla ilgili endişe, sosyal, ekonomik, demografik faktörler ve diğer faktörlere bağlı farklılıklarla ilgili olduğu anlamına gelmektedir (Pernick 1997).

Mali katkıda adalet: Adil olmak gerekirse, sağlık hizmetlerinin finansmanı iki temel zorluğu ele almalıdır. Birincisi, hane halkı yoksullaştırılmamalı veya gelirlerinin aşırı bir kısmını gerekli sağlık hizmetlerine harcamak zorunda bırakılmamalıdır. Başka bir deyişle, adil finansal katılım, önemli finansal risk paylaşımını gerektirmektedir. İkincisi, yoksul haneler sağlık sistemine varlıklı hanelere göre daha az ödeme yapmak zorundadır. Yoksul hanelerin gelirleri daha düşük olmakla kalmıyor, aynı zamanda gelirlerinin daha büyük bir kısmı gıda veya barınma gibi temel ihtiyaçlara gitmektedir. Sağlık sistemine yapılan katkıların zengin ve fakir arasındaki harcanabilir gelirdeki bu farkı yansıtması gereklidir (Tandon vd. 2000).

1.3.4 Sağlık Sisteminin Sınıflandırılması

Sosyal, politik veya ekonomik varlıkların sınıflandırılmasında kullanılan sıralama ve karşılaştırma süreçlerinin özünde yer alan sınıflandırmalar, sosyal bilimlerde uzun süredir devam eden bir geleneğe sahiptir (Sun 2020). Bu tür sınıflandırmalar yapılarak, verilen kategorilerin üyelerine veya özelliklerine ilişkin genellemeler de yapılabilmektedir. Sağlık sistemleri araştırmaları alanında sınıflandırmanın yaygın bir iş olması ve birçok farklı sınıflandırmanın bir arada bulunmasına yol açmıştır (Freeman ve Frisina 2010).

Bunların çoğu, mevcut sağlık sistemlerinin gözlemleri temelinde tümevarımsal olarak geliştirilmiştir. Ancak bugüne kadar, daha tutarlı ve sağlam bir sınıflandırma ile sonuçlanacak olan sağlık sistemi türlerinin sistematik olarak kaldırılması konusunda eksiklikler olmuştur. Bu eksikliğe cevaben, Wendt ve Rothgang (RW) tarafından geliştirilen bir sağlık sistemleri tipolojisini detaylandırmıştır. Bu tipoloji, sağlık sistemlerini tanımlayan üç boyutu birbirinden ayırmaktadır: Finansman, Hizmet Sunumu ve Düzenleme. Her bir boyutun teknik olarak 27 farklı kombinasyon oluşturan devlet, toplumsal veya özel aktörler tarafından domine edilebileceği tartışılmaktadır (Rothgang vd. 2005, Frisina vd. 2009). Bu birleşim aşağıdaki Tablo 1'de açıklanmıştır.

Tablo 1.1 Sağlık Sistemlerinin Tanımı

Sağlık sistemi türü	**R**	**F**	**P**	**Ülkeler**
1. Ulusal Sağlık Servisi	**St**	**St**	**St**	**Danimarka, Finlandiya, İzlanda, Norveç, İsveç, Portekiz, İspanya, Birleşik Krallık**
2. Kar amacı gütmeyen Ulusal Sağlık Sistemi	St	St	so	
3. Ulusal Sağlık Sigortası	**St**	**St**	**Pr**	**Avustralya, Kanada, İrlanda, Yeni Zelanda, İtalya**
4. Devlet tabanlı karışık tip	St	So	St	
5. Devlet tabanlı karışık tip	St	Pr	St	
6. Devlet tabanlı karışık tip	So	St	St	
7. Devlet tabanlı karışık tip	Pr	St	St	
8. Devletçi Özel Sağlık Sistemi	St	So	So	
9. Sosyal tabanlı karma tip	So	St	So	
10. Sosyal tabanlı karma tip	So	So	St	Slovenya
11. Sosyal tabanlı karma tip	So	So	so	
12. Sosyal Sağlık Sigortası	**So**	**So**	**Pr**	**Avusturya *, Almanya, Lüksemburg, İsviçre ***
13. Sosyal tabanlı karma tip	So	Pr	So	
14. Sosyal tabanlı karma tip	Pr	So	So	

15. Devletçi Özel Sağlık Sistemi	St	Pr	Pr	
16. Özel tabanlı karma tip	Pr	St	Pr	
17. Özel tabanlı karma tip	Pr	Pr	St	
18. Korporatist Özel Sağlık Sistemi	So	Pr	Pr	
19. Özel tabanlı karma tip	Pr	So	Pr	
20. Özel tabanlı karma tip	Pr	Pr	so	
21. Özel Sağlık Sistemi	**Pr**	**Pr**	**Pr**	**USA**
22. Tamamen karışık tip	St	Pr	So	
23. Devletçi Sosyal Sağlık Sigortası	**St**	**So**	**Pr**	**Belçika, Estonya, Fransa, Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Hollanda, Polonya, Slovakya, İsrail *†, Japonya †, Kore *.**
24. Tamamen karışık tip	Pr	St	So	
25. Tamamen karışık tip	Pr	So	St	
26. Tamamen karışık tip	So	St	Pr	
27. Tamamen karışık tip	So	Pr	St	

Kalın/ince, makul/inanılmaz türleri belirtir.

Siyah/gri, deneysel olarak var olan/eksik türleri gösterir.

Kısaltmalar: (R)düzenleme, (F)finansman, (P)rovizyon, (St)Devlet, (So)Sosyal aktörler, (Pr) Özel aktörler. *Finansmanda sadece nispi çoğunluk; † hizmet sunumunda yalnızca göreceli çoğunluk.

Kaynak: (Böhm, Schmid ve ark. 2012).

Şimdiye kadar, bu tipoloji (aşağıdaki etiketli RW tipolojisinde), İngiltere, Almanya, ABD, Hollanda ve İtalya'daki sağlık sistemlerinin geniş tanımları için bir arka plan, karşılaştırmalı çerçeve olarak ve ayrıca sağlık sistemlerinin nicel kümelenmesi için kullanılmıştır. Aynı zamanda vakaların seçilmesi ve sağlık sistemi değişikliğine yönelik açıklayıcı yaklaşımlar için bir rehber işlevi görmüştür (Cacace 2011). Bununla birlikte, RW tipolojisinin daha geniş bir ülke örneklemine sistematik bir uygulaması henüz üstlenilmemiştir. RW tipolojisinin sunduğu 27 türden yalnızca

10 tanesinin mantıksal olarak makul olduğunu ve bu nedenle gerçek dünyada ortaya çıkma olasılığının yüksek olduğunu öne sürmektedir. (Rothgang vd. 2010).

Argüman, boyutların (düzenleme- finansman- hizmet sunumu) ve aktörlerin (devlet- sosyal- özel) hiyerarşisi olduğu varsayımına dayanmaktadır. Üst düzeydeki baskın aktörün, alt düzeylerdeki potansiyel aktör yelpazesini kısıtladığını varsayar. Bu tür bir tipolojiyi kullanan ülkeler beş farklı türde kümelenir: Ulusal Sağlık Hizmeti, Ulusal Sağlık Sigortası, Sosyal Sağlık Sigortası, Devletçi Sosyal Sağlık Sigortası ve Özel Sağlık Sistemi (Rothgang vd. 2005, Wendt vd. 2009, Böhm vd. 2013).

Ulusal Sağlık Hizmeti (USH):

Ulusal Sağlık Hizmeti (USH), 1946 tarihli Ulusal Sağlık Hizmeti Yasası ve müteakip mevzuat tarafından oluşturulan kapsamlı bir devlet sağlık hizmetidir. Neredeyse tüm nüfusu kapsamaktadır ve sağlık hizmetleri birkaç ücret dışında ücretsizdir. USH, düzenleme, finansman ve tedarikin devlet tarafından yönetildiği ideal bir tipi temsil eder. Sunulan hizmetler, pratisyen hekim ve diş hekimliği hizmetleri, hastane ve uzmanlık hizmetleri ve yerel sağlık otoritesi hizmetleri olmak üzere üç farklı gruba ayrılmaktadır. (Schieber 1987).

Genel pratisyenler veya aile hekimleri, kendilerine kaydolan bir grup insana birinci basamak sağlık hizmeti sağlamaktadır. Bu doktorlar ve diş hekimleri kendi muayenehanelerini yürütürler ancak devlet tarafından kişi başına (yani, onlara kayıtlı kişi sayısına göre) göre ödeme yapılır. Hizmetler yerel düzeyde bir yürütme kurulu tarafından organize edilir. Doktorlar programa katıldıkları sürece sözleşmeli ve özel hasta sahibi olmakta serbesttirler (Giaimo ve Manow 1999). Hastane ve uzmanlık servisleri, devlet hastanelerinde ve diğer tesislerde hastane kurulları olarak adlandırılan bölgesel yetkililerin yönetimi altında çalışan devlet tarafından ödenen profesyoneller tarafından sağlanmaktadır. Yerel sağlık kurulları doğum ve çocuk bakımı, hastane sonrası bakım, evde bakım, aşılar, ambulans hizmetleri ve diğer çeşitli önleyici ve eğitici hizmetler sağlar. Ayrıca aile planlaması kliniklerinin yanı sıra çocuklar için kreşler de işletebilmektedirler (Moran 2000).

Ulusal Sağlık Hizmeti, yerel vergiler, bordro vergileri ve hasta ücretlerinden daha küçük katkılarla, öncelikle genel vergilerle finanse edilmektedir. Hizmet, maliyetleri nispeten düşük tutarken yüksek düzeyde genel sağlık hizmeti

sunabilmiştir, ancak tıbbi teknolojideki gelişmeler hastanede kalmayı daha pahalı hale getirdiği için sistem artan mali baskı altına girmiştir. Son yıllarda USH'nin yapısı ve çalışma tarzının değişmiş olduğunu görülmüştür. Değişiklikler sağlıkla ilgili kararları kimin verdiğini ve bu hizmetleri finanse edecek bütçeye kimin sahip olduğunu etkilemiştir (Toth 2010).

Ulusal Sağlık Sigortası (USS):

Ulusal sağlık sigortası (USS), bazen yasal sağlık sigortası olarak da adlandırılır, ulusal bir nüfusu sağlık bakımı masraflarına karşı sigortalayan bir sağlık sigortası sistemidir. Kamu sektörü, özel sektör veya her ikisinin kombinasyonu tarafından yönetilebilir. Finansman mekanizmaları bilinen programa ve ülkeye göre değişmektedir (Tuohy 1999). Ulusal Sağlık Sigortası (USS) sistemleri, USS düzenleyici yapılarını ve vergi finansmanını ağırlıklı olarak özel hizmet sunumuyla birleştirir. Devlet; sağlayıcılar, ödeme yapanlar ve hastalar arasındaki ilişkiyi düzenlemekten sorumludur; hastaların doktor veya hastane seçme konusunda bir miktar esneklik vardır (Docteur ve Oxley 2003).

Ulusal veya yasal sağlık sigortası, devlet tarafından yürütülen veya devlet tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerine eşit değildir, ancak genellikle ulusal mevzuatla belirlenir. Ulusal Sağlık Sigortası (USS) geliştirme prensipleri, bütün nüfus için kaliteli sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirmek ve sağlıkla ilgili katastrofik harcamalara karşı finansal risk koruması sağlamaktır (Hassenteufel ve Palier 2007). Kapsamlı sağlık hizmetleri, toplum ve hane düzeyinde sağlığı geliştirme ve önleme hizmetlerine güçlü bir şekilde odaklanarak, nitelikli ve sözleşmeli kamu ve özel sağlayıcılar aracılığıyla sağlanacaktır. Avustralya'nın Medicare sistemi, Birleşik Krallık'ın Ulusal Sağlık Hizmeti ve Güney Kore'nin Ulusal Sağlık Sigortası Hizmeti gibi bazı ülkelerde, sisteme yapılan katkılar genel vergilendirme yoluyla toplanır ve bu nedenle, onu finanse eden sağlık sisteminin kullanılmasına rağmen isteğe bağlı değildir. Uygulamada, USS için ödeme yapan çoğu kişi aynı fikirde olacaktır. USS'nin birden fazla sigorta fonu seçimi içerdiği durumlarda, katkı oranları değişebilir ve kişi hangi sigorta fonuna ait olacağını seçmek zorundadır (Cuadrado vd. 2019).

Sosyal Sağlık Sigortası (SSS):

Sosyal Sağlık Sigortası (SSS), risk havuzuna dayalı sağlık hizmetlerini finanse etme ve yönetme şeklidir. SSS hem insanların sağlık risklerini hem de bireylerin, hanelerin, işletmelerin ve hükümetin katkılarını bir araya getirmektedir. Bu itibarla, insanları finansal ve sağlık yüklerinden korur ve nispeten adil bir sağlık finansmanı yöntemidir. Sosyal sağlık sigortası türü, sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve finanse edilmesinde sosyal aktörlerin baskın rolünü temsil ederken, hizmetler esas olarak özel, kâr amacı güden sağlayıcılar tarafından sağlanmaktadır. İstenen bir durum olsa da pek çok az gelişmiş ve düşük orta gelirli ülke SSS kapsamını yeterince genişletmeyi başaramamıştır. Çoğu ülke, aynı zamanda nispeten adil olan vergiyle finanse edilen finansmana güvenmektedir (Hassenteufel ve Palier 2007).

Japonya ve Kore Cumhuriyeti, evrensel SSS kapsamına sahip Asya ve Pasifik ülkeleri arasında yer alırken, Tayland ve Filipinler gibi düşük-orta gelirli ülkeler yüksek SSS kapsamına sahiptir. Çin, Endonezya ve Hindistan gibi daha güçlü ekonomilere sahip gelişmekte olan ülkeler, nüfuslarını sosyal güvenlik sistemleri aracılığıyla daha az kapsamaktadır. SSS'nin uygulanması, sosyoekonomik gelişmişlik düzeyine, finans sektörünün (özellikle bankacılık sektörünün) gelişimine ve istihdam koşullarına, özellikle de daha büyük ölçekte resmi sektör kuruluşlarının varlığına bağlı olduğu bilinmektedir. (Esping-Andersen 1990).

Daha yüksek sosyoekonomik statüye ve yüksek istihdam oranlarına sahip ülkeler, geniş SSS kapsamına sahip bulunmaktadır. Neredeyse evrensel kapsama ulaşan ülkeler, maliyet sınırlaması, bakım kalitesi, hakkaniyet sorunları, düzenleme ve politika yeniden tanımlama boğuşmalarıdır. Üniversal SSS kapsamına sahip olmayan ülkeler, karşılıklı sağlık sigortası ve topluluk temelli planlar yoluyla geniş bir nüfus kapsamı elde etmeye çalışmaktadır. Bu çabaların çoğu, politika çerçevesi, yetersiz düzenleme ve yetersiz idari kapasite konusunda ulusal uzlaşmanın olmaması nedeniyle sıklıkla engellenmektedir (Gerlinger 2009).

Özel Sağlık Sistemi:

Özel sağlık sistemi, Ulusal Sağlık Hizmetinden (USH) bağımsız olarak çalışan hastaneler ve kliniklerden oluşur. Katkılar, piyasa aktörleri, özel finansman kaynakları, kar sağlayıcılar tarafından yapılır ve bazıları hayır kurumları veya diğer

kar amacı gütmeyen kuruluşlar tarafından yürütülebilir. Kuruluşlar, Kâr amacı güden ve kâr amacı gütmeyen, resmi ve gayri resmi, yerel ve uluslararası olmak üzere alt kategorilere ayrılabilir (Wilsford 1994). Karma sağlık sistemlerinde özel sektörün rolü, yetkin sağlık sistemlerinin "tamamlayıcı, makul kalitede özel sektör" oluşturduğu erdemli bir biçim alabilir. Buna karşılık, özel sektör, düzenlenmeden bırakılırsa daha az titiz biçimler alabilir. Tüketiciler ayrıca sağlık ürünleri ve hizmetlerinin resmi olmayan statik, gezici veya dijital dağıtıcıları gibi resmi sağlık sisteminin dışında da hizmetler arayabilir. Bu bakım biçimleri, tam olarak genellikle sınırsız oldukları veya hükümet tarafından tanınmadıkları için sağlık sistemlerinin geleneksel sınırlarına meydan okur (Costa-Font ve Greer 2013).

Özel sektörde, organizasyonu yönetmek için bir bütçe belirlemekten bir şirket sahibi veya yönetim kurulu üyeleri sorumlu olacaktır. İşletme sahibi, maaşları belirlemek için çalışanlarla sözleşmeler hazırlayacaktır. Karlara dayalı olarak, özel sektör hastalara daha fazla hizmet sunma potansiyeline sahip olabilir. Özel sektör sağlık kuruluşu da yeni donanım parçalarına ve çalışma alanlarına daha fazla yatırım yapabilir. Özel sektör genellikle halk sağlığının tedarik zincirinin bir parçası olarak dâhil edilir. Devlet tarafından finanse edilen tıbbi kuruluşlar, özel sağlık gruplarından daha fazla bürokrasiyle karşı karşıya kalabilir. Bu nedenle kamu sağlık kuruluşlarının bıraktığı birçok boşluk özel sağlık grupları tarafından doldurulabilmektedir (Cacace ve Schmid 2008).

Devletçi Sosyal Sağlık Sigortası:

Devletçi Sosyal Sağlık Sigortası, gerçekte var olan ve üç boyuttan oluşan net bir hiyerarşi ile karakterize edilen, tamamen karma bir sağlık hizmeti türüdür. Sistemin düzenlenmesinden devlet sorumlu olduğunu, finansman ise toplumsal aktörler tarafından organize edilmesi ve hizmet sunumu insanlara verilmektedir. Sigorta primleri, sağlık harcamalarının en büyük kısmını oluşturur ve vergiler yalnızca küçük bir rol oynar. Bu türe ait farklı ülkeler arasında üç küme tanımlanabilir: birincisi, Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri olan Çek Cumhuriyeti, Estonya, Macaristan, Polonya ve Slovakya'yı içeren bir grup oluşturmaktadır. İkinci grup Asya ülkeleri Japonya ve Kore'den oluşmaktadır. Devletçi SSS türleri olarak tanımlanan üçüncü grup ise geçmişte sıklıkla SSS sistemleri altında kategorize edilen Belçika, Fransa, İsrail ve Hollanda gibi ülkeleri içermektedir (Chun vd. 2009).

1.4 Sağlık Harcamaları

1.4.1 Sağlık Harcamaları Kavramı

Sağlık harcamaları, sermaye yatırımı hariç, sağlık işlevlerine tahsis edilen ekonomik kaynakları nicelleştirir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin sağlanması, aile planlaması faaliyetleri, beslenme faaliyetleri ve sağlıkla ilgili acil durumlar için yapılan tüm harcamaları içermektedir, ancak içme suyu ve sanitasyonun sağlanmasını içermemektedir. Tüketimin nerede gerçekleştiğine (muhtemelen dünyanın geri kalanında) veya bedelini kimin ödediğine bakılmaksızın, öncelikle yerleşik birimler tarafından tüketilen sağlık ürünleri ve hizmetleriyle ilgili olduğunu tespit edilmiştir. Bu nedenle, sağlık ürünleri ve hizmetlerinin ihracatı (yerleşik olmayan kuruluşlara) hariç tutulurken, son kullanım için sağlık ürünleri ve hizmetlerinin ithalatı dâhil olduğunu görülmüştür. (WHO 2021).

Sağlıkla ilgili genel devlet harcamalarının düzeyi, kamu sektörü operasyonlarının toplam değeri içinde sağlığa yapılan kamu harcamalarının ağırlığını gösteren toplam devlet harcamalarının yüzdesi olarak ifade edilir. Bu, yalnızca devlet bütçeleri aracılığıyla kanalize edilen kaynakları değil, aynı zamanda devlet kurumları aracılığıyla parastataller, bütçe dışı kuruluşlar ve özellikle zorunlu sağlık sigortası tarafından sağlık için kanalize edilen harcamaları da içerir. Bu, tüm gelir yöntemleri de dâhil olmak üzere kamu kurumları tarafından toplanan ve bir havuzda toplanan kaynakları ifade eder (Musgrove, Zeramdini ve diğerleri, 2002).

Gayri safi yurtiçi hasılanın (GSYİH) yüzdesi olarak toplam sağlık harcaması, GSYİH'nin yüzdesi olarak sağlığa yapılan toplam harcama miktarını temsil eder, burada GSYİH, belirli bir yılda bir ülkede üretilen tüm nihai mal ve hizmetlerin değeridir. Bir ülkenin zenginliği ile ilgili olarak sağlığa harcanan para miktarı hakkında bilgi sağlamaktadır. Kişi başına toplam sağlık harcaması, o yıl için ABD doları cinsinden ortalama döviz kuruyla ifade edilen kişi başına sağlık harcamasını gösterir. Uluslararası karşılaştırmaları kolaylaştırmak için ABD doları cinsinden ifade edilen, yararlanıcı nüfusa göre sağlık için yapılan toplam harcamayı gösterir (WHO 2016).

Sağlık hizmeti harcama verileri, sağlayıcı kategorisine (örn. hastaneler, pratisyen hekimler), işlev kategorisine (örn. tedavi edici bakım hizmetleri, rehabilite edici bakım, klinik laboratuvar, hasta nakli, reçeteli ilaçlar) ve finansmana göre

farklı, işlevsel olarak tanımlanmış sağlık alanındaki harcamalar hakkında bilgi sağlar (örn. sosyal güvenlik, özel sigorta şirketi, hane halkı). Bu kategoriler Sağlık Hesapları Sisteminin 3 temel sınıflandırmasını oluşturur (Abolhallaje vd. 2013). Sağlık harcamaları, sağlık hesapları için uluslararası sınıflandırma (ICHA) ile ilgili olarak kaydedilir ve şunları tanımlar:

- **Finansman planlarına göre sağlık harcamaları:** İnsanların sağlık hizmetlerini aldıkları finansman düzenlemelerinin türlerini sınıflandırır. Sağlık hizmetleri finansman planları, hizmetler ve mallar için hane halkları tarafından yapılan doğrudan ödemeleri ve üçüncü şahıs finansman düzenlemelerini içerir.
- **Fonksiyona göre sağlık harcaması:** Tedavi edici bakım, rehabilite edici bakım, uzun süreli bakım veya önleyici bakım gibi sağlık hizmetlerinin amacını takip eden sağlık harcamalarındaki bölünmeyi detaylandırır.
- **Sağlayıcıya göre sağlık harcaması:** Hastaneler, yatan hasta tesisleri, ayakta bakım hizmetleri, yardımcı hizmetler veya tıbbi ürün perakendecileri gibi sağlık ürünleri ve hizmetlerinin sağlanmasına katkıda bulunan varlıkları sınıflandırmaktadır.
- **Sağlık hizmetleri finansman planlarının gelirleri:** Finansman düzenlemelerinin gelirlerini elde ettiği kaynakları belirtir (Jia, Jiang et al. 2021).

1.4.2 Sağlık Harcamalarının Önemi

Sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar, sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulmasına yol açarak beşerî sermayeyi güçlendirebilir ve üretkenliği artırabilir, böylece ekonomik performansa katkıda bulunabilmektedir. Sağlık harcamalarının ekonomik büyümeyi artırdığı, gelir dağılımında eşitliği desteklediği ve yoksulluğu azalttığı savunulmaktadır (Gupta ve ark. 2002). Bu nedenle bir ülkede sağlık harcaması olgusunu değerlendirmek önemli olduğunu belirlenmiştir. Bazı araştırmalar, sağlıktaki gelişmelerin gayri safi yurtiçi hasılada (GSYİH) bir artışa yol açabileceğini ve bunun tersi olduğunu göstermiştir. İnsan sermayenin kalitesi içinde sağlık önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık harcamalarının artması, beşerî sermayenin verimliliğini artırmakta ve dolayısıyla ekonomik büyümeye olumlu katkı sağlamaktadır (Boyaciöğlu 2012).

Sağlık harcamaları ile ekonomik performans arasındaki ilişkide önemli bir boyut da çalışan verimliliği faktörüdür. Burada, bireylerin sağlığının kötüleşmesi, büyük olasılıkla emek ve üretkenlik kaybına neden olacaktır. Genel olarak sağlıklı bireylerin fiziksel ve zihinsel iş yükü açısından daha verimli çalışabilecekleri varsayılmaktadır. Daha yüksek gelir, daha iyi beslenmeye, önleyici bakıma, iyi sanitasyona, temiz suya ve uygun fiyatlı ve kaliteli sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırarak daha sağlıkta iyileşmeye yol açabilmektedir. Ayrıca sağlık, bireylerin daha çok çalışmasına, daha üretken olmasına ve yaşam boyu daha yüksek gelir elde etmesine olanak tanıyarak yüksek gelir nedeni olabilmektedir (Obrizan ve Wehby 2018).

1.4.3 Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler

Sağlık hizmetleri maliyetleri son birkaç on yılda önemli ölçüde arttı. Peterson Sağlık Merkezi ve Kaiser Aile Vakfı (KFF) tarafından yapılan bir araştırmaya göre, sağlık harcamaları enflasyona göre ayarlandığında 2009'dan 2019'a yaklaşık bir trilyon dolar artmıştır. Çalışma, sağlık harcamalarında sonraki yılarda da artış beklendiğini belirtmiştir. (Richman ve Brodie 2014). ABD Medicare ve Medicaid Services (CMS) Merkezlerine (CMS) göre sağlık harcamaları 10 kategoriye ayrılabilir: Hastane bakımı, doktor hizmetleri ve reçeteli ilaçlar, diğer kişisel sağlık bakım maliyetleri, bakım tesisleri, diş hizmetleri, evde sağlık bakımı, diğer profesyonel hizmetler, diğer dayanıklı olmayan tıbbi ürünler ve dayanıklı tıbbi ekipman (Bernard vd. 2012).

Amerikan Tabipler Birliği Dergisi (JAMA) tarafından yapılan bir araştırma, hizmet fiyatı ve yoğunluğu, nüfus artışı, nüfusun yaşlanması, hastalık prevalansı veya insidansı, tıbbi hizmet kullanımı olmak üzere sağlık harcamalarını etkileyen beş temel faktör olduğunu göstermiştir. Ayrıca bu çalışma, bu beş temel faktörün 1996'dan 2013'e kadar sağlık hizmetlerindeki artışlarla nasıl ilişkili olduğunu araştırmıştır. Araştırmacılar, artan farmasötik ilaçların maliyeti de dâhil olmak üzere hizmet fiyatı ve yoğunluğunun, artışın %50'sinden fazlasını oluşturduğunu bulmuşlardır. Maliyet artışının geri kalanını oluşturan diğer faktörler, bakım türüne ve sağlık durumuna göre değişmektedir. Peter G. Peterson Vakfı tarafından yapılan daha yakın tarihli bir araştırma, artan fiyatların suçunu Amerikan Doktorlar Birliği (AMA) tarafından belirlenen aynı üç faktöre bağlamıştır: nüfus artışı, nüfusun yaşlanması ve artan fiyatlar (Papanicolas vd. 2018).

İnsanlar yaşlandıkça ve daha uzun yaşadıkça, buna bağlı olarak nüfus arttığında sağlık hizmetleri daha pahalı hale gelir. Bu nedenle, sağlık harcamalarındaki artışın %50'sinin, özellikle yatarak hastane bakımı olmak üzere hizmetlere yönelik artan maliyetlerden kaynaklanması şaşırtıcı değildir. Bu harcamanın sonraki en büyük iki itici gücünün nüfus artışı (%23) ve nüfusun yaşlanması (%12) olması da şaşırtıcı olmamalıdır. JAMA çalışmasının yazarları, çalışma süresi boyunca harcamalardaki en büyük artıştan sorumlu olan hastalık olarak diyabete işaret etmektedir. Tek başına diyabet ilaçlarının artan maliyeti, bu hastalığı tedavi etmek için diğer maliyetlerin karşılaştırılmasında %80'den sorumluydu. Şeker hastalığından sonra, maliyetlerde en çok artışa sebep olan durumlar şunlardı: Bel ve boyun ağrısı, yüksek tansiyon, yüksek kolesterol, depresyon, idrar yolu hastalığı, osteoartrit, kan dolaşımı enfeksiyonu, düşmeler ve ağız hastalıklardır. Ayakta bakım, ayakta tedavi hastane hizmetleri ve acil servis bakımı da dahil olmak üzere, incelenen tüm tedavi kategorilerinin çoğunu artırdı. Ayakta tedavi maliyetleri yıllık %85 yükseldi. Tüm sağlık koşullarında acil servis maliyetleri aynı dönemde %6,4 arttı (Papanicolas vd. 2018).

Bazı çalışmalar, tıbbi bakım maliyetlerini etkileyen faktörlerin bazılarının genel olarak dört kategoriye ayrıldığını göstermiştir. Birincisi, meydana gelmesi sağlık hizmetiyle ilgisi olmayan ancak yine de maliyetini etkileyen dış ekonomik ve çevresel değişikliklerdir. İkinci olarak, hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için yeni teknikleri kullanıma sunan tıbbi gelişmeler bulunmaktadır. Üçüncüsü, tıbbın organizasyonunda ve uygulamasında değişiklikler vardır. Son olarak, toplumun ve mesleğin beklentilerinde de değişiklikler olmaktadır (Gerdtham ve Jönsson 2000).

Bazı araştırmacılar, artan kişi başına düşen reel gelirlerin, teknolojik yeniliklerin ve tıbbi tedaviye karşı her yerde bulunan sigortanın genellikle sağlık harcamalarının büyümesi üzerinde önemli etkiler yarattığının kabul edildiğini göstermiştir. Bu faktörler arasındaki nedensel ilişkiler karmaşıktır. Yaygın algılara rağmen, sağlık harcamalarındaki artışın büyük kısmı yalnızca nüfusun yaşlanmasından değil, aynı zamanda kişi başına düşen reel gelir arttıkça yaşamı iyileştiren ve/veya uzatan yeni tıbbi teknolojilere olan talepteki büyümeden de kaynaklanmaktadır. GSYİH payları sadece harcamaları değil, geliri de yansıttığı için, sadece milli gelir kaynaklı sağlık harcamalarının değil, aynı zamanda sağlık harcamalarının da milli gelir artışını etkilediğini söylemek doğru olur. Sağlık

sektöründe teknolojik yeniliklere olan istek, yalnızca gelirle değil, çoğu yaşlanma ile ilişkili olan ihtiyaçlarla da artacaktır (Kim ve Lane 2013).

1.4.4 Sağlık Harcamalarının Finansmanı

Sağlık hizmetlerinin finansmanı oldukça geniş bir konu olmasına rağmen genel olarak sağlık sektöründe finansal kaynakların kullanımı ve seferber edilmesini ifade etmektedir. Sağlık harcamalarının temel amacı, herkesin sağlık hizmeti alabilmesi için sürdürülebilir kaynaklar sağlamaktır. Halk sağlığı finansmanının amacı, toplum sağlığını iyileştirmek, toplumu tedavi etmek ve hastalık veya sağlık maliyetlerine karşı finansal koruma sağlamaktır. Ayrıca, mali koruma sağlama sürecinde kaynakların etkin kullanılması, adaletin gözetilmesi ve halkın yoksullaşmasının önlenmesi gibi amaçları gözetmektedir. Ülkeler, sağlık finansmanı stratejilerini seçerken uygulanabilirlik, sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi, finansal kapasite, eşitlik, sürdürülebilirlik, erişilebilirlik ve verimlilik gibi bir dizi önemli değişkeni dikkate almalıdır (İstanbulluoğlu, Güleç et al. 2010).

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri kamu ve özel finansman olarak ayrılarak incelenebilir. Uluslararası ve ulusal kaynaklar, kamu finansmanını oluşturur. Ulusal fonlar hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ulusların fonlarını içerir ve genellikle vergileri ve kamu sigorta primlerini içermektedir. Uluslararası finans kaynakları, gelişmiş ülkeler, Dünya Bankası gibi uluslararası finans kuruluşları, Birleşmiş Milletler gibi uluslararası kuruluşlar ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) gibi kuruluşlar tarafından sağlanan paraları içermektedir. Bu kuruluşlar, özellikle gelişmekte olan ülkelere, mali katkılarından dolayı kredi, hediye ve yardım şeklinde finansman sunmaktadır. Özel finansman, cepten yapılan harcamalardan, özel sağlık sigortasından ve tıbbi tasarruf hesaplarından oluşmaktadır (Mutlu 2006).

Vergilerle Finansman:

Vergiler, bir devletin kamu hizmetlerini finanse etmek için yasal olarak vatandaşlarından topladığı ekonomik değerlerdir (Topuz 2009). Vergiler, kullanım amacına göre genel ve özel amaçlı olmak üzere iki grupta toplanmaktadır. Genel vergiler, akaryakıt vergisi ve gelir vergisi gibi farklı amaçlarla alınırken, özel amaçlı vergiler belirtilen amaçlar dışında (alkollü içecekler ve tütün mamulleri gibi ürünler için) kullanılamamaktadır (İstanbulluoğlu, Güleç et al. 2010). Sağlık harcamalarının en önemli finansman kaynağı, Dünya Sağlık Örgütü üyesi 191 ülkenin 106'sında

vergilerdir. Vergilerin finansman kaynağı olarak kullanılmasının avantajları arasında, vergi ödemelerinin zorunlu olması ve vergilerin miktar olarak büyük olması bulunmaktadır (Başol 2018).

Vergi finansmanında vatandaşlar sağlık hizmetleri için kullanacakları parayı vergiler aracılığıyla öderler ve sağlık hizmetlerine yönelik tüm harcamalar kamu bütçesinden karşılanır. Kişiler sağlık hizmetlerinden yararlanırken bazı ülkelerde belirlenen katkı payı dışında herhangi bir ödeme yapmamaktadır. Sağlık hizmeti sağlayıcıları ve yararlanıcıların doğrudan bir maaş ilişkisi yoktur. Vergi finansmanı stratejisini uygulayan ülkeler arasında İngiltere, İtalya, Danimarka, Norveç, İsveç, Kanada, Portekiz, Yunanistan, Kore, İspanya, İzlanda, Yeni Zelanda, Finlandiya, İrlanda ve Polonya bulunmaktadır (Akdur 2006).

Sosyal Sağlık Sigortacılığı:

Sigorta, ileride doğabilecek her türlü tehlikeden doğan zararları peşin yapılan ödemeler ile teminat altına almaktadır. Sosyal güvenliğin sağlanması açısından sigortalar, sosyal sigortalar ve özel sigortalar olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır (Orhaner 2014). Sosyal sigortanın temel amacı, dayanışma ilkesi çerçevesinde bireylerin korunmasını sağlamaktır. Dolayısıyla bireylerin ödeyeceği primler ile sağlık durumları arasında bir ilişki kurulamaz. Diğer bir deyişle, bireylerin sağlık riskleri yüksekse daha fazla, düşükse daha az prim ödemeleri beklenmemektedir. Sosyal sigortalı finansman yönteminde, işverenlerin, sigortalı çalışanların ve devletin, kişilerin gelirlerine göre kurallar çerçevesinde prim ödemesi beklenir. Bu gelirler bir havuzda toplanır ve bu havuzda biriken primlerden sigortalının, eşinin ve sonradan sağlık hizmetine ihtiyacı olan çocuklarının sağlık ve tedavi giderleri karşılanır. Bu yöntemin en önemli avantajlarından biri düzenli ve öngörülebilir finansman sağlamasıdır (Tatar 2011).

Sosyal sağlık sigortasının temel özellikleri, zorunlu kaydolması, bireysel riske bağlı olmadan işverenlerin, çalışanların ve hükümetin katkılarıyla finanse edilmesi ve tipik olarak belirli düzeyde özerkliğe sahip kurumlar tarafından yürütülmesi gerçeğidir. Zorunlu sağlık sigortası sistemini uygulayan ülkeler arasında Avusturya, Belçika, Çek Cumhuriyeti, Fransa, Almanya, Hollanda, Lüksemburg, İsviçre, Macaristan, Slovakya, Türkiye, Japonya ve Meksika yer almaktadır. Vergi finansmanında olduğu gibi sosyal sağlık sigortası ve finansmanında da sağlık hizmeti

sunanlar ile bu hizmetleri kullananlar arasında doğrudan parasal bir ilişki yoktur (Akdur 2006).

Sosyal sağlık sigortasının önemli özellikleri; işveren ve devlet katkı paylarından oluşan, bireysel riskle ilişkilendirilmeden çalışan, genellikle bağımsız ve yarı özerk kuruluşlar tarafından yönetilen sigorta üyeliğini zorunlu olarak sıralamak mümkündür. Zorunlu sağlık sigortası sistemi uygulayan ülkeler arasında Belçika, Avusturya, Çek Cumhuriyeti, Almanya, Fransa, Hollanda, İsviçre, Lüksemburg, Macaristan, Türkiye, Slovakya, Japonya ve Meksika yer almaktadır. Sosyal sağlık sigortası ve finansmanı, vergilerin nasıl finanse edildiğine benzer şekilde, hizmeti kullanan kişiler ile sağlık hizmeti sunanlar arasında doğrudan bir finansal bağlantı gerektirmemektedir (Akdur 2006).

Özel Sağlık Sigortaları:

Özel sağlık sigortası, sigortalının herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna kayıtlı olup olmadığına bakılmaksızın, hastalık veya kaza durumunda ihtiyaç duyacağı tedavi, muayene ve ilaç masraflarını karşılayan bir sigorta türüdür. Kurumlar sağlık risklerini, plansız tedavi masraflarını ve gelir kayıplarını önlemeye yönelik özel sağlık sigortası ile sigortalamaktadır. Üyelik, bireyin ve sigorta sağlayıcının ortak tercihlerine bağlıdır. Özel sağlık sigortası, poliçe başladıktan sonra doğabilecek riskleri karşılamayı amaçlar; Sigorta başlangıcından önce gelişen rahatsızlıklar teminat kapsamı dışındadır. Özel sağlık sigortası, sosyal sağlık sigortası veya onu tamamlayan veya destekleyen vergi finansmanı bileşeni tarafından finanse edilmez. Ayrıca daha spesifik faydalar elde etmek isteyenler tarafından kullanılan bir sistemdir. Kişiler ekonomik güçleri ve sosyal statülerine göre kendi irade ve kararları ile farklı özel sağlık sigorta şirketlerine aylık ödeme yapmaktadırlar (Orhaner 2006).

Mevzuat, kanun ve yönetmeliklere tabi olan sigorta sözleşmesi, tamamen kişiye özel teminat paketi ve prim teminatını belirtmektedir. Sigortalının sağlık hizmetine ihtiyaç duyması halinde, satın aldığı sigorta paketinde yer alan hizmetlerin bedeli sigorta şirketi tarafından karşılanacaktır. Özel sağlık sigortalarında en çok kullanılan prim hesaplama yöntemi bireysel risk esasına dayalıdır. Bu yöntem, bireyler arasında eşitlik ve eşitliğe bağlı değildir çünkü her kişi benzersiz bir prim öder ve benzersiz bir sigorta paketi almaktadır. Diğer bir deyişle, bireyler, diyabet veya kalp hastalığı gibi tedavi için yüksek prim gerektiren bir hastalığa sahiplerse

veya sigara veya içki içenler gibi hastalanma riski yüksekse, diğerlerine göre daha yüksek oranlar ödemek zorundadır. ABD'de özel sağlık sigortası benimsenmektedir (Akdur 2006, Tengilimoğlu, Işık et al. 2015).

Cepten Ödemeler:

Cepten ödeme, insanların bir sağlık hizmeti için ödeme yaptıklarında kendi ceplerinden yaptıkları harcamalardır. Cepten ödemeler, para toplamanın en sade ve basit şeklidir ve doğrudan finansman yöntemidir. Hizmetten yararlananlar ile sağlık hizmeti üretenler arasında yüz yüze ve doğrudan bir para ilişkisi bulunmaktadır. Ödemeler kişilerin gelirine bağlı olduğu için sadece parası olanlar ya da o sırada parası olanlar hizmetten yararlanabilmektedir. Bu nedenle katkı payları, insanların gelirleriyle ilgili ve sadece gerektiğinde bir sağlık sisteminin finansmanı için kullanılan bir finansman yöntemi olmalıdır (Başol 2018).

Ödemeli finansman yöntemi, hastalık olasılığına karşı finansal koruma sağlamaz. Ödemeler üç grupta incelenebilir: Kullanıcı katkıları, doğrudan ödemeler ve kayıt dışı ödemeler. Doğrudan ödemeler; sosyal güvenlik kapsamında olmayan veya uzun bekleme süresi nedeniyle bir hizmete erişimin zor olduğu hizmetler için yapılan tüm ödemeleri kapsamaktadır. Doğrudan ödemeler genellikle kapsam dışındaki ilaçlar, diş hekimleri, özel tıbbi muayeneler, laboratuvarlar ve plastik cerrahi için özel hizmet sağlayıcılara yapılmaktadır (Tatar 2011).

Kullanıcı katkıları; Sosyal Güvenlik kapsamındaki hizmetlerin maliyetini desteklemek, sağlık hizmetlerine olan talebi düzenlemek ve sağlık hizmetlerine daha fazla kaynak sağlamak için kullanıcılardan istenen katkı paylarıdır. Kullanıcı katkıları ile sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımının önüne geçilerek etkinliğin artırılması, hizmetin sürdürülebilirliği için ek gelir sağlanması ve kamu finansmanının yerine geçmesi hedeflenmektedir. Muayene ücretine veya ilaç masraflarına yapılan katkılar bu yönteme örnektir. Kullanıcı katkıları, düşük gelirli kişilerin sağlık hizmetlerinden kaçınmasına neden olabileceğinden, düşük gelirli kişiler için olumsuz bir yöntemdir (Tengilimoğlu, Işık et al. 2015).

Kullanıcı katkıları sosyal uyumu zayıflatır, finansman eşitsizliğini teşvik eder, mali yükün toplum genelinde adil dağılımını engeller ve riski dağıtır. Kanuna aykırı ve kayıt dışı ödemeler, kayıt altına alınmayan ödemelerdir. Sağlık hizmeti sunucularının isteklerini yerine getirmek veya sağlık hizmeti sunucularını etkilemek

amacıyla, hastaların veya bakmakla yükümlü oldukları kişilerin Sosyal Güvenlik kapsamındaki hizmetler için ödeme yapmasıdır. Tedavi öncesi verilen kapalı zarf, bıçak parası ve tedavi sonrası verilen teşekkür hediyeleri bu ödemelerin en ünlü örnekleridir (Arslanhan 2010).

Tıbbi Tasarruf Hesapları:

Medikal tasarruf hesapları, kişilerin ileride karşılaşabilecekleri her türlü sağlık riskine karşı bireysel banka hesaplarında önceden birikim yapılması ve bu paranın sadece sağlık ve tedavi giderleri için kullanılmasıdır. Tıbbi tasarruf hesaplarının üç ana hedefi vardır: birincisi, gelecekte beklenen yüksek maliyetli sağlık hizmetleri konusunda farkındalık yaratmak; ikincisi, sağlık hizmeti kullanıcılarının maliyetlerini kontrol etmelerini sağlamak; ve son olarak, sağlık harcamaları için ek fon sağlamaktır (Şantaş and Çıraklı 2019).

2. GEREÇ ve YÖNTEMLER

2.1 Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, çeşitli sağlık sistem modelleri kategorize edilerek OECD Ülkelerinden Türkiye ve Somali'nin sağlık harcamalarındaki değişimleri ve bu değişimlerin GSYİH içindeki payları incelenmiştir. Ayrıca, bu farklı sağlık sistemleri ve sağlık harcamalarının karşılaştırması hedeflenmiştir. Aynı zamanda Türkiye ile kıyaslanarak Somali için yeni sağlık sistem modellerle ilgili önerilerinin sunulması da bu çalışma kapsamında amaçlanmıştır.

2.2 Araştırmanın Özgün Değeri

Bu çalışmada, çeşitli kaynaklarda faydalanarak Somali'nin sağlık sistemleri ve sağlık harcamaları OECD ülkelerden Türkiye ile karşılaştırılması amaçlanmıştır. Somali ve Türkiye'nin sağlık sistemleri ve sağlık harcamalarının karşılaştırılması ilk kez bu tarz bir çalışma yapılmış olmasından ve bu konuyla ilgili öneriler içermesinden dolayı çalışma özgün değer taşımaktadır.

2.3 Araştırmanın Yaygın Etkisi

Bu çalışmada, OECD ülkelerinden Türkiye ile Somali'nin sağlık sistemleri ve sağlık harcamaları arasındaki farkı belirlenmiştir. Elde edilmiş sonuçlara göre Somali sağlık kurumlarının geliştirmesine imkân sağlar. Yapılmış olan çalışmada, araştırmacılara ve akademisyenlere güncel veriler ve detaylı bilgiler verilmesinin yaygın etki oluşturacağı ortaya koyulmaktadır. Bu araştırmanın sonuçları doğrultusunda alınacak tedbirler ile önemli ekonomik katkı sağlanmış olacağı ve tezin bu alanda yapılacak yeni araştırmalara ışık tutacağı düşünülmektedir.

2.4 Araştırmanın Yöntemi

Araştırmada farklı açılardan bakılarak yoğun bir literatür taraması yapılmıştır. Araştırmada objektifliği sağlamak için kaynakların nesnel veriye sahip olması öncelikli tercih sebebi olarak ele alınmıştır. Çalışmada Somali Sağlık Sistemleri ve Sağlık Harcamalarının OECD Ülkelerinden Türkiye ile Karşılaştırılması üzerindeki etkileri ile ilgili kitap, makale, resmî gazete ve yayınlar, ulusal ve uluslararası ilgili kurumların raporları gibi birçok yazılı belge ve elektronik kayıtlar araştırılıp değerlendirilmiştir.

3. TÜRKİYE'NİN SAĞLIK SİSTEMİ ve HARCAMALARI

3.1 Coğrafya

Türkiye, kısmen Asya'da ve kısmen Avrupa'da benzersiz bir coğrafi konuma sahip bir ülkedir. Balkanlar, Kafkasya, Orta Doğu ve Doğu Akdeniz'in birleştiği noktada yer alan bu ülke, tarihsel olarak Avrupa ve Asya kıtalar arasında hem bir bariyer hem de bir köprü görevi görmüştür. Bölge ve nüfus bakımından bölgedeki en büyük ülkelerden biridir ve herhangi bir Avrupa devletinden daha geniştir. Ülkenin tamamı neredeyse Asya'dadır ve Anadolu olarak da bilinen dikdörtgen şeklindeki Küçük Asya yarımadasını içine almaktadır. Geriye kalan Türk Trakya'sı, bir zamanlar Balkanların çoğuna yayılmış bir imparatorluğun küçük bir kalıntısı olan Avrupa'nın en güneydoğu kesiminde yer almaktadır (Çakar 1998).

Ülke, yaklaşık 480 ila 640 km (300 ila 400 mil) arasında değişen bir kuzey-güney mesafesine sahiptir ve batıdan doğuya yaklaşık 1.000 mil uzunluğundadır. Türkiye, kuzeyde Karadeniz, kuzeydoğuda Gürcistan ve Ermenistan, Doğuda Azerbaycan ve İran, güneydoğuda Irak ve Suriye, güneybatı ve batıda Akdeniz ve Ege Denizleri, kuzeybatıda Yunanistan ve Bulgaristan ile çevrilidir (Aydın, Kentel ve ark. 2010). Ağırlıklı olarak dağlık bir ülkedir ve gerçek ovalar kıyı kenarlarıyla sınırlıdır. Mega şehir ve liman İstanbul, Ankara ise ülkenin başkentidir. Worldometer'ın en son Birleşmiş Milletler verilerine göre (Ceylan, Güner Oytun ve ark. 2022) Türkiye'nin mevcut nüfusu Ağustos 2022 itibariyle 86 milyondur.

3.2 İklim

Türkiye çeşitli iklimlere sahiptir, ancak ülkenin çoğunluğu dağlarla kaplıdır ve kuzey, güney ve batıdaki denizlerden oldukça etkilenen kuru, yarı kıtasal bir Akdeniz iklimine sahiptir. İç ve kıyı bölgeleri arasındaki eşitsizlikler, deniz ve dağlardan kaynaklanmaktadır. Bazı bölgelerde Akdeniz rejimine özgü en fazla kış yağışı görülür ve yaz kuraklığı yaygındır. Ülkenin yüksekliği nedeniyle kış ve yaz sıcaklıkları arasında dikkate değer farklılıklar olsa da kışlar genellikle Akdeniz bölgelerine göre önemli ölçüde daha soğuk geçmektedir. İç ve kıyı bölgeleri arasındaki zıtlıklardan oluşan altı ana iklim bölgesi vardır (Vardar, Kurtulmuş vd. 2011).

Karadeniz kıyıları en yağışlı bölgedir ve en fazla kış aylarında olmak üzere yıl boyunca yağmur görülür. Yıllık toplamlar 813 mm'yi aşarak doğuda 2.438

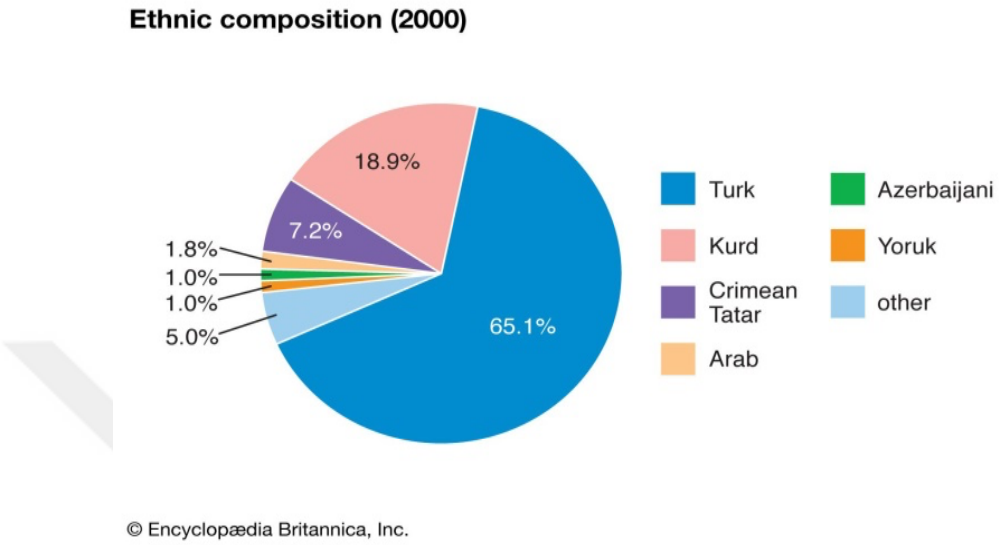
mm'ye ulaşır. Don olayı görülebilir ancak kışlar genellikle ılımandır ve ocak ayı ortalaması 6-7°C'dir. Yazlar sıcaktır, temmuz ayı 20°C'nin üzerindedir. Trakya ve Marmara, boğazlardan geçen kış depresyonlarından etkilenir, ancak yazlar Karadeniz'den daha kurak geçer. Yıllık yağış, belirgin bir kış maksimumu ile 610 ila 914 mm arasında değişmektedir. Ocak ayı ortalama sıcaklıkları donmaya yakındır. Yazlar sıcaktır ve temmuz ayı 25 °C'nin üzerindedir. Ege kıyılarında Akdeniz rejimi vardır. Ortalama sıcaklıklar ocak ayında 7–8°C ile temmuz ayında 25–30°C arasında değişmektedir ve don olayları nadirdir. Yıllık yağış miktarı 610 ile 813 mm arasında değişmekte olup, belirgin bir yaz kuraklığı söz konusudur (Türkoğlu, Şensoy ve ark. 2016).

Akdeniz kıyıları Ege'ye benzerdir ancak daha yoğun bir biçimde özellikler gösterir. Temmuz ortalamaları deniz seviyesinde 28°C'yi aşar. Adana Ovası'nda yıllık yağış batıda 1.000 mm'den ancak 610 mm'ye düşer ve yaz ayları deniz seviyesinde hemen hemen yağmursuz geçer. Güneydoğu, yaz aylarında kuru ve sıcaktır. Kışlar soğuktur, ocak ayı dona yakındır. Temmuz ayı ortalamaları ise genellikle 30°C'nin üzerindedir. Yıllık yağış miktarı 305 ila 610 mm arasındadır. Anadolu içleri, geniş bir sıcaklık aralığına sahip yarı karasal bir iklime sahiptir. Ankara'nın ocak ayı ortalaması -2°C, temmuz ayı ortalaması 23°C'dir. Yağış rölyeften etkilenir. 305 mm ile Konya ülkenin en kurak yerleri arasındadır, ancak dağlık doğuda yıllık toplamlar genellikle 610 mm'yi aşmaktadır (Hoshikawa, Nagano ve diğerleri 2007).

3.3 Sosyo -Demografi

Türkiye Cumhuriyeti Anayasasına göre, siyasi bir terim olarak "Türk" kelimesi, ırk veya din ayrımı gözetilmeksizin tüm Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarını kapsar ve etnik azınlıkların resmi bir statüsü yoktur (Aktürk 2009). Dilbilimsel veriler, nüfusun çoğunluğunun anadillerinin Türkçe olduğunu gösterirken, geri kalanların çoğunun Kürtçe ve küçük bir azınlığın da ana dilleri olarak Arapça konuştuğunu göstermektedir. Etnik Kürtler, Doğu Anadolu'da önemli sayıda bulunur ve Ağrı, Bitlis, Bingöl, Diyarbakır, Hakkâri, Mardin, Muş, Siirt, Şanlıurfa ve Van dâhil olmak üzere birçok ilde çoğunluğu oluşturur. Başlıca Arapça konuşulan bölgeler Hatay, Adana, Mardin, Siirt ve Şanlurfa'dır. Altı önemli etnik grup daha vardır. Çerkesler, Gürcüler ve Lazlar tipik olarak doğuda bulunurken,

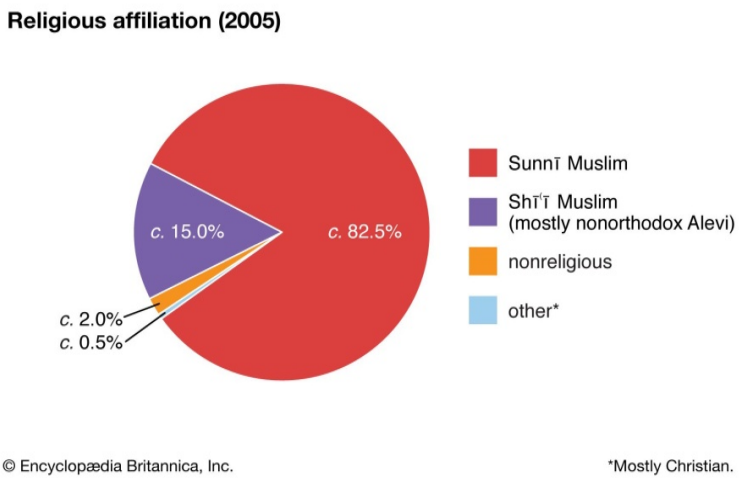
hemen hemen tüm Rumlar, Ermeniler ve Yahudiler İstanbul'da bulunmaktadır (Ünübol ve Sayar 2021).



Şekil 3.1 Etnik

3.4 Dini İnanış

Nüfusun onda dokuzundan fazlası Müslümandır ancak Türkiye laik bir ülkedir. 1928'de yapılan bir anayasa değişikliğinde İslam, resmi devlet dini olmaktan çıkarılmış ve o zamandan beri devlet, kendisini periyodik olarak dinle karşı karşıya bulmuştur. Silahlı kuvvetler, Türkiye'nin kurucu ilkeleri arasında bir kilit taşı olduğunu kabul ettikleri Türkiye'nin siyasi laikliğini dikkatli bir şekilde izlemektedir. Bu arada, Türkiye'nin güçlü laikliği, bazıları tarafından din özgürlüğü üzerindeki kısıtlamalar olarak algılanan düşüncelere yol açmaktadır. Müslüman çoğunluğun yanında az da olsa Yahudi ve Hristiyan gruplar da vardır. Roma Katolik, Protestan, Rum Ortodoks ve Ermeni Ortodoks dahil olmak üzere birçok farklı Hıristiyan mezhepleri vardır (Yılmaz 2021).



Şekil 3.2 Din

3.5 Kültür

Türkiye, pek çok açıdan olduğu gibi kültürel olarak da Doğu ile Batı arasında yer almakta ve her ikisinden de öğeler alarak kendi özgün kültürünü üretmektedir. Şimdi cumhuriyeti oluşturan bölge, çarpıcı bir dizi kültürel etkiye maruz kalmıştır. Klasik Avrupa ve İslami Orta Doğu medeniyetlerinden kalıntılarda hala görülebilen zengin bir arkeolojik miras alınmıştır (Özçetin 2019). Kültürel öneme sahip çeşitli yerler UNESCO Dünya Mirası alanları olarak belirlenmiştir. Bunlar arasında İstanbul çevresindeki tarihi alanlar, Divriği Ulu Camii ve Darüşşifası, Hattuşa'nın eski Hitit başkenti, Nemrut Dağı ve Xanthos-Letoon'daki kalıntılar, Safranbolu şehri ve Truva arkeolojik sit alanı bulunmaktadır (Ercişli 2009).

Bunlara ek olarak, UNESCO Türkiye'de iki karma ilgi alanı (hem kültürel hem de doğal öneme sahip siteler) tanımıştır. Bunlardan bazıları, etkileyici kayalık manzarasının ortasında günümüze kadar gelen Bizans sanatının izleriyle tanınan Göreme Milli Parkı ve Kayalık Alanları ve eşsiz mineral oluşumlarından oluşan teraslı havzaları ve taşlaşmış şelaleleri ile bilinen Hierapolis-Pamukkale bölgesidir. MÖ 2. yy'de burada inşa edilen kaplıca ve tapınak kalıntıları halen mevcuttur (Ciyer 2010). Küçük Asya, Roma İmparatorluğu'nun Batı ve Doğu bölümlerine bölünmesinden sonra, merkezi Konstantinopolis (İstanbul) olan Bizans İmparatorluğu'na katıldı. Yarımada, İslam'ın Doğu'da yayılması sonucunda Bizans Hristiyan dünyası ile İslami Ortadoğu arasında konumlanmış ve Türklerin gelişine kadar Küçük Asya İslam dünyasına katılmıştır (Ross 2000).

3.6 Sağlık Hizmetleri

Hem kamu hem de özel sağlık kuruluşları sağlık hizmeti sunmaktadır. Tüm çalışanların sosyal güvenlik temelli sağlık sigortasına erişimi yoktur. Türkiye'de yeterli sayıda hekim ve diğer tıp uzmanları vardır, ancak tesisler kentsel alanlarda yoğunlaşmıştır. Buna karşı koymak için devlet, köylerde her biri bir ebe tarafından çalıştırılan bir "sağlık evleri" ağı sağlamaktadır. Ayrıca ilçe ve il merkezlerinde köy grupları ve grup hastaneleri için doktor tarafından işletilen "sağlık istasyonları" bulunmaktadır. Sağlık ve Refah Bakanlığı'nın birçok kuruluşu emeklilik ve diğer sosyal sigorta programlarını koordine etmektedir. Bu girişimlere katılan tarım işçileri oldukça azdır (Gökalp, Guciz Doğan ve ark. 2010).

3.7 Türkiye'nin Sağlık Sistemi

3.7.1 Genel Bakış

Bu sektörde farklı planlar ve bölümler olduğu için Türkiye çok karmaşık bir sağlık sistemine sahiptir. Türkiye'deki sağlık sistemi, kamu ve özel sağlık hizmetlerinin bir karışımından oluşmaktadır. Sağlık Bakanlığı (SB), üniversiteler ve özel sektör Türk sağlık sisteminde sağlık hizmeti sunucularıdır (Gürsoy 2015). Sağlık Bakanlığı, sağlıkla bağlantılı tüm sosyal programların ve hizmetlerin koordine etmektedir. Devlet bu güveni oluşturmak için gerekli faaliyetleri organize eder ve yürütmektedir. Dolayısıyla Bakanlık, halka sağlık hizmeti vermek ve koruyucu sağlık hizmetlerini düzenlemek, devlet hastaneleri inşa etmek ve işletmek, özel hastaneleri denetlemek, sağlık personeli yetiştirmek ve düzenlemek, ülke çapında tıbbi ilaçların fiyatını düzenlemek ve ilaç üretimini ve tüm eczaneleri kontrol etmekle yükümlüdür (Gök 2013, Turgut topbaş 2020).

Bugün Türkiye'de sağlık hizmeti geçmişe göre daha iyi durumdadır ama yine de özellikle küçük şehirlerdeki devlet hastanelerinin çoğunda beklenen kaliteye ulaşılamamıştır. Özel hastaneler son zamanlarda bu sektöre daha fazla yatırım yaparak hekim ve tıbbi ekipman kalitesini yükselterek daha iyi bir iş çıkarmaktadır. Ne yazık ki, kırsal toplulukların sağlık hizmetlerine erişimi zayıf çünkü çoğu hastane ve doktor kentsel alanlarda ve yüksek nüfuslu ve ekonomik faaliyete sahip büyük ilçelerde yoğunlaşmış durumdadır. Üniversiteler ve Savunma Bakanlığı da kamu ve özel sektörün yanı sıra ülke genelinde hastaneler inşa etmekte ve işletmektedir (İşler, Keske vd. 2019).

Türkiye'de her bireyin sosyal güvenlik hakkı vardır, bu nedenle Türkiye'deki sosyal güvenlik sistemi üç farklı ana kuruluş ve diğer küçük kuruluşlardan oluşmaktadır (Aydede 2007).

- Sosyal Sigortalar Kurumu (SGK)
- Serbest Meslek Sahipleri Sosyal Güvenlik Kurumu (Bağ-Kur)
- Devlet Memurları Emekli Sandığı (Emekli Sandığı)

Bütün bu kurumlar devlet tarafından tek çatı altında toplanmaya çalışmaktadır. İşle ilgili hastalıkları, kazaları veya doğum iznini teminat altına almak için işverenler sigorta primi ödemek zorundadır. Hem şirketler hem de çalışanlar sağlık, engellilik, emeklilik ve hayat sigortasına belirli oranlarda katkıda bulunmaktadır. Yeni bir yasa, belirli kriterlere uymaları halinde işsizlere de sağlık hizmeti vermektedir (Minderhoud 2016). Üç büyük kuruluş şunlardır:

SGK

SGK (eski adıyla SSK), özel ve kamu sektöründe çalışanlar için bir sosyal sigorta kurumudur. Kanun, hizmet akdi ile istihdam edilen herkese sosyal sigorta ve sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkını vermektedir. Tarımda çalışanlar, serbest meslek sahipleri ve kanunla kurulan emeklilik sandıklarından birine ödeme yapanlar SGK kapsamında değildir (Wendt, Agartan ve ark. 2013). Sağlık Bakanlığı, SGK hastanelerinin yanı sıra, üyelerinin bu tür hastaneleri kullanabilmesi için üniversite ve özel hastaneler ile özel sözleşmeler yapabilir. Ayakta tedavi gören hastalar için tıbbi ilaçlarda katkı payı vardır ve bu pay emekli maaşından %10 ve çalışan maaşından %20'dir. SGK üyeleri, iş kazaları ve mesleki meslek hastalıkları, tıbbi bakım, hastalık, sakatlık ve analık sigortası kapsamındadır. Sigortalı, belirli bir süre için tüm katkı paylarını ödediğinde ve belirli bir yaşa ulaştığında yaşlılık aylığı almaya hak kazanmaktadır. Sigortalının ölümü halinde, ölen kişinin dul eşi, çocukları veya yakın ebeveynleri emekli maaşı almalı ve cenaze masrafları ödenmelidir (NadEri 2011).

Bağ-Kur

Bu kurum, Sosyal Sigortalar (SGK) Kanunu kapsamı dışında kalan serbest meslek mensuplarını kapsamaktadır. Bunlar arasında küçük işletme sahipleri, profesyoneller ve serbest meslek sahibi çiftçiler ile bir ticaret odası veya meslek grubuna kayıtlı esnaf, zanaatkarlar ve profesyoneller yer alabilir (Tarhan 2012). Bağ-

Kur üyeleri, belirli tıbbi bakım limitleri ile en düşük prim ödeme düzeyi olan 1 olmak üzere 1'den 24'e kadar olan basamaklar arasında katkılarını yapacakları adımı seçebilirler. Tüm ayakta ve yatarak teşhis ve tedavileri teminat altındadır. Bağ-Kur kendi sağlık tesislerini işletmez ancak diğer kamu sağlayıcılarıyla sözleşme yapmaktadır. Bu nedenle hastalar tedavi masraflarını karşılar ve ardından Bağ-Kur tarafından bunlar geri ödenir. Emekli üyeler ilaç giderlerinin %10'unu, aktif üyeler ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler ise %20'sini ödemek zorundadır (Gümüş 2006).

Emekli Sandığı

Emekli memurlar için Devlet Memurları Emekli Sandığı olup, sağlık sigortasını da içermektedir. Emekli devlet çalışanlarından sadece %10 ilaç ödemesi isteniyor; sağlık giderlerinin geri kalanı bu fon tarafından tamamen karşılanır. Faal memurlardan alınan belirli bir sağlık sigortası primi bulunmadığından, bu Fon; üzerinde çok az kontrole ve büyük harcamalara sahiptir. Bunların tamamı sadece Devlet ödenekleriyle finanse edilmekte ve Bakanlığın bütçesinde büyük bir yüke neden olmaktadır. Fon, belirli bir hizmet süresinden sonra emekli maaşına ek olarak, emekli maaşı ve hayatta kalanlara ödenen ölüm yardımı gibi birçok ayrıcalığın yanı sıra başka avantajlar da sunmaktadır (Türkal 1999).

Diğer Sağlık Hizmetleri

Yeşil Kart sistemi 1992 yılında kurulmuştur ve doğrudan Hükümet tarafından finanse edilmektedir. Kanunla belirlenen asgari gelir düzeyinin altında gelir elde eden yoksullara; devlet ve bazı üniversite hastanelerinde ayakta ve yatarak tedavi görmelerini sağlayan ve ayakta tedavi masrafları hariç, yatarak tedavi ilaç giderlerini karşılayan özel bir kart verilir. Yaklaşık 9 milyon Yeşil Kart sahibine yapılan harcama, bütçede büyük açığa neden olmuştur. Ayrıca, Yeşil Kart vermeye sadece Sağlık Bakanlığı yetkilidir (Yüksel 2017).

Türkiye'de özel sağlık sigortası oldukça gelişmiştir. Hastalık durumunda daha kaliteli tıbbi bakıma erişmek için birçok kişi, devlet sigorta sistemlerine aylık katkı paylarına ek olarak özel işletmelere primlerini ödemektedir. Yine 2003 yılında kurulan bireysel emeklilik fonları (BES olarak da bilinir) hızla büyümektedir. Bu özel fonlar genellikle bu hizmeti sunan özel bankalar veya büyük sigorta şirketleridir. Seçtiğiniz emeklilik planına bağlı olarak 10-20 yıl sonra bu özel fonlardan emekli olduğunuzda birikmiş ikramiye veya ölünceye kadar aylık emekliliğinizi alabilirsiniz

(Tunç ve Kıyak 2015). Türkiye'nin her yerinde özellikle hastanelerin yakınında ve aynı zamanda her mahallede yoğunlaşan birçok eczane bulunmaktadır. Bazı ilaçlar yeşil veya kırmızı reçetelerle satılmakta olup, bazı ilaçların satışını Bakanlığın denetimine bırakmaktadır ve reçetesiz satılan (OTC) birçok ilaç da bulunmaktadır (Akbulut, Sarp ve ark. 2007).

3.7.2 Türkiye Sağlık Sisteminin Tarihi

Türkiye, sağlık hizmetlerini iyileştirmek için çok sayıda reform yapmıştır. Türkiye Cumhuriyeti'nde sağlık politikası, dönemin koşulları ve uluslararası kuruluşların etkisi ile şekillenmiştir. TBMM, 23 Nisan 1920'de kuruluşundan sonra, sağlık hizmetlerini devletin asli görevleri arasında görmüş ve bu hizmetlerin sunumunda Sağlık Bakanlığı'nı ana merci haline getirmiştir (Savaş, Karahan ve diğerleri 2002). Bakanlığın birincil sorumlulukları, ülkenin savaş sonrası sağlık sorunlarını ele almak, sağlık çalışanlarının miktarını ve niteliğini artırmak ve dönemin iç siyasi iklimine uygun olarak sağlık hizmetlerini büyük şehir merkezlerinden köylere kadar genişletmek ve geliştirmektir. Sağlık hizmetlerinin tarihi dört ayrı döneme ayrılabilir (Buken 2009).

İlk dönem 1920 ile 1946 arasıdır. Bu döneme, Kurtuluş Savaşı'nın yaralarını sarmaya yönelik çabalar damgasını vurmuştur. 1921 Anayasası sağlık hizmetlerinin merkezileştirilmesi gerektiğini, koruyucu hekimliğin merkezi yönetimin, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlerin görevi olduğunu ilan etmiştir (Sülkü 2011). Devlet kurumları, yerel sağlık hizmetleri ve küçük sağlık departmanları, sağlık hizmetlerinin üç kategorisini oluşturur. Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmiştir ve girişimler bulaşıcı hastalıkları (sıtma, tüberküloz, cüzzam) hedef almıştır. Bazı ilçelerde muayene ve tedavi tesisleri kuruldu ve doktorların kendi muayenehanelerini açmalarına izin verilmemiştir. Büyük şehirlerde çok sayıda hastane de açılmıştır (Akdağ 2008).

İlk sağlık bakanı Refik Saydam bu dönemde sağlık sisteminde bir kısmı günümüzde de devam eden önemli değişiklikler yapmıştır. Bunlardan en önemlisi, ayrıntılı kural ve düzenlemelerle halk sağlığının çerçevesini oluşturan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'dur (Akdağ 2008, OECD 2008). 1928 yılında Umumi Hıfzıssıhha Enstitüsü'nün kurulması da koruyucu bakımdan önemli bir adım olmuştur. Enstitü, 1930 ve 1940 arasında çeşitli aşılar üretmiştir. Bu dönemde

hükümet, zaten kıt olan sağlık personelinin eşit coğrafi dağılımını sağlamak için zorunlu tıbbi hizmeti uygulamaya koymuştur. Ayrıca devlet, tıp fakültelerindeki daha yoksul öğrencileri ücretsiz barınma gibi ek yardımlarla destekleyerek 1930'da doktor sayısını 1182'ye (1923'te 554'ten) ve 1940'ta 2387'ye çıkarmıştır. Sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık çalışanları, önleyici hizmetler geliştirdikleri için diğer seviyelerdeki meslektaşlarına göre daha fazla ücret alıyordu (OECD 2008, Sülkü 2011).

İkinci dönem 1946 ile 1960 arasıdır. Türkiye'nin merkezi hükümeti 1946'dan sonra tüm sağlık hizmetlerinin sorumluluğunu üstlenmiştir. Sağlık ocakları, doğum hastaneleri, bulaşıcı hastalık tesisleri ve insan kaynaklarının geliştirilmesinde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Tüberküloza bağlı ölümler ve bebek ölüm oranları önemli ölçüde azalmış, İş Sigortaları Kurumu (İSK) 1946 yılında kurulmuştur (Akdağ, Aydın vd. 2009). 1947 yılında Refik Saydam Hijyen Merkezi kurularak aşı üretimine başlanmıştır. 1952 yılında kamu çalışanları için Emekli Sandığı kurulmuştur. 1952'den sonra sigortalı çalışanlar için sağlık kurumları ve hastaneler açılmış, "Ulusal Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Çalışmaları" başlıklı sağlık planlaması girişimi 1954'te kabul edilmiştir. İstanbul, Ankara ve diğer büyük şehirlerde üniversitelere bağlı tıp fakülteleri açılmış, sivil toplum kuruluşları (örneğin Türk Tabipleri Birliği) ve bazı tıp meslekleri (örneğin hemşireler) ile ilgili yasalar çıkarılmıştır (Akdur 2006).

Bu dönemdeki bir diğer önemli olay ise ülkenin genel hastanelerden psikiyatri hastanelerine ve sanatoryumlara, bulaşıcı hastalık hastanelerinden kreşlere kadar 21 farklı türde sağlık tesisi ile 7 bölgeye bölünmesidir. Tüm sağlık kurumlarının tek çatı altında toplanması amacıyla belediyeler dahil olmak üzere Milli Savunma Bakanlığı ve diğer bakanlıklara bağlı tüm kurumlar Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Türk sağlık sistemi, hizmetlerin yoğunlaşmasıyla birlikte bir dönüm noktası olmuştur. (Küçük 2018).

Üçüncü dönem ise 1961 yılında Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'un çıkarılmasıyla başlamıştır. 1960'ların başında, Türk nüfusunun üçte ikisi, temel sağlık hizmetlerine bile erişimi olmayan kırsal alanlarda yaşıyordu. Kırsal kesimde sıtma, trahom, frengi ve tüberküloz dışında dikey örgütler aracılığıyla verilen hizmetler mevcut değildi. Bu süre zarfında ulusun karşılaştığı ana sorunlar, düşük sağlık durumu göstergeleri, sağlık iş gücündeki coğrafi farklılıklar ve sağlık

hizmetlerine eşit olmayan erişimdi (Ilgün ve Şahin 2016). Yeni organizasyon modeli, topluluk katılımına, sektörler arası eyleme ve bir sevk zincirine özel vurgu yaparak entegre bir nüfus temelli yapıyı vurgulamıştır. Kanun, sağlık ocakları, ilçe hastaneleri ve il hastanelerinin yanı sıra sağlık eğitimi, aşılar ve doğum, ölüm ve göçün tespit ve takibi gibi birinci basamak sağlık hizmetlerinin kurulmasını zorunlu kılınmıştır. Ancak, uygulamanın uzun sürmesi, en önemlisi ilgili paydaşların bağlılığının olmaması, altyapı eksikliği ve politika oluşturma sürecine ilişkin sorunlar olmak üzere çeşitli nedenlerden kaynaklanmıştır (Aydın 2022).

Bu dönemde sosyal güvenlik açısından da birtakım gelişmeler de yaşanmıştır. 1965 yılında, "mavi yakalı" işçiler (beden işçiliği yapanlar) ve bakmakla yükümlü oldukları kişileri kapsayan Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) kurulmuş, 1971 yılında Esnaf, Sanatkâr ve Serbest Meslek Sahipleri Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur) kurulmuş, 1960'lı yıllarda bir diğer önemli gelişme, sağlık dahil tüm sektörlerin beş yılda bir planlanmasını hedefleyen kalkınma planlarının hazırlanması olmuştur. Bu planların uygulanmasında ciddi sorunlar olmasına rağmen, bu planlar yıllar içinde önemli sağlık politikası belgeleri olarak işlev görmüştür. Örneğin genel sağlık sigortasına girişten bu planlarda ilk olarak bahsedilmiş ve ilk taslak 1976 yılında hazırlanmıştır (Turan 2018).

Dördüncü dönem 1980'lerde başlamıştır. Türkiye, on yılın başından itibaren hem ekonomik hem de sosyal yaşam için liberal politikalar uygulamaya başlamıştır. 1982 yılında sağlık hizmetlerinin yaygınlaşmasını kolaylaştırmak amacıyla Genel Sağlık Sigortası kurulmuştur. 1986'da Esnaf ve Serbest Meslek Sahipleri için Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık yardımları (SSOASE) almaya başlamış, 1987 yılında Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarılmıştır. 1990 yılında Türkiye Sağlık Sektörü Ana Planı Çalışması hazırlanmıştır. 1992 ve 1993 yıllarında birinci ve ikinci Ulusal Sağlık Kongreleri yapılmış ve 1993 yılında Ulusal Sağlık Politikası hazırlanmıştır. 1992 yılında, herhangi bir sosyal güvenlik kurumunun kapsamadığı düşük gelirli vatandaşlar için devletin bazı sağlık harcamalarını ödemeye başladığı Yeşil Kart oluşturulmuştur (TÜSİAD ve Dernek 2005).

1980'li yıllarda sigorta güvencesinin olmaması, sağlık hizmetlerine erişimdeki coğrafi engeller, sağlık kaynaklarının dağıtımındaki sorunlar, hastaların hekimlerin özel muayenehanelerine devredilmesi veya tedarikçilere ve satıcılara yapılan resmi olmayan ödemeler Türkiye'de ve tüm dünyada sağlık reformunu

zorunlu kılmıştır. En önemli iki sağlık sorunu, hızla artan maliyetler ve sisteme erişim eksikliğidir. Bu dönemde Türkiye'de olduğu gibi ABD, Yunanistan, İtalya gibi dünyanın birçok ülkesinde sağlık reformları gerçekleştirilmiştir. 2002 yılında reformların çerçevesi SDP tarafından belirlenmiş, bu program sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmayı, hizmet kalitesini artırmayı, Sağlık Bakanlığı'nın planlama ve denetimini güçlendirmeyi, sağlık bilgi sistemlerini geliştirmeyi, ilaç ve malzemelerin akılcı kullanımını sağlamayı ve genel sağlık sigortası sistemini oluşturmayı amaçlamıştır (Aydın ve Bakoğlu 2011).

3.7.3 Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)

2003 yılında, Sağlık Bakanlığı tarafından 2003-2013 dönemini kapsayan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) yürürlüğe konulmuştur. Daha verimli bir sağlık sisteminin oluşturulması da AB'ye katılım sürecinin bir sonucu olarak ivme kazanmıştır. Sosyal yardım programı Ekim 2008'de tamamen uyumlu hale getirilerek sigortalı tüm vatandaşlar (Bağ-kur, SSK, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart sahipleri) tek bir sigorta planı altında toplanmıştır. Bu yeni çatı altında, resmi olarak sağlık sigortası planı kapsamını kanıtlamak için bir belge olan Sağlık Sigortası Sertifikasının ("Sağlık Karnesi") kaldırılması ve kimlik numaralarını kullanarak hasta kayıtlarını kolayca erişilebilir hale getirmek de yer almıştır. Ayrıca çalışanlara, hastanelere ve eczanelere sigorta ayrıntılarını sağlamak için kolayca kullandırılabilen kredi kartı benzeri sosyal güvenlik kartları verilmesine yönelik bir plan da bulunmaktadır (Ali ve ark. 2014).

Aile hekimliği, SDP'nin yürürlüğe girmesinden sonra çeşitli alanlarda benimsenmiştir ve programın amacı, kullanımını kademeli olarak tüm Türkiye'ye yaymaktır. Performansa dayalı bir ekstra tazminat mekanizması da uygulanmıştır. Bu sisteme göre döner sermaye, sağlık personeline işyerinin karşılaştırmalı yoksunluk düzeyine göre dağıtılmıştır. Performans kriteri olarak koruyucu bakım uygulamalarına da ağırlık verilmiştir. 2003 yılı başında tam zamanlı uygulayıcıların oranı yüzde 11 iken, bu uygulamalar sonucunda bu oran yüzde 75'e ulaşmıştır (Akdağ ve Koç 2012). SDP'nin diğer amaçları şunlardır:

- Birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek,
- Sağlık kurumlarının idari ve mali özerkliğinin geliştirilmesi
- Yüksek kaliteli ve etkili sağlık hizmetleri için akreditasyonun hızlandırılması

- Sağlık sisteminin eğitim ve bilim kurumları tarafından desteklenmesi
- Evde bakım politikasını iyileştirmek,
- Tarama alanında uzaktan sağlık hizmeti verebilmek için Tele-Tıp ve Tele-Sağlık sistemlerinin yaygınlaştırılması,
- Kaliteyi iyileştirmek ve yoğun bakım ünitelerinin sayısını artırmak,
- Anne ve bebek ölüm oranlarını azaltmak ve
- Avrupa Birliği'ne uyum/katılım sürecini yürütmek (SGK/Türkiye Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik Kurumu, 2008).

3.7.4 Organizasyonel görünüm

Tarihsel olarak, Türk sağlık sistemi çok karmaşık bir Organizasyonel ve finansal yapıya sahiptir. 2003 yılından itibaren sağlık reformlarının uygulanmasıyla bu yapı önemli ölçüde değişmiştir. Tablo 3,1 sağlık kuruluşlarını işlevlerine göre özetlemektedir (Gürbüz 1998).

Tablo 3.1 Türkiye'de İşlevlerine Göre Sağlık Kuruluşları

İşlev	Organizasyonlar
Politika oluşturma	Büyük Millet Meclisi (Parlamento) Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) Sağlık Bakanlığı Yüksek Öğretim Kurulu Yargıtay
İdari karar verme	Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlükleri
Sağlık hizmetleri finansmanı	Maliye Bakanlığı SGK Özel sigorta şirketleri Kendi kendini finanse eden kurumlar Uluslararası ajanslar
Sağlık hizmetlerinin halka arz edilmesi	Sağlık Bakanlığı Üniversite hastaneleri Millî Savunma Bakanlığı hastaneleri
Sağlık hizmetlerinin özel sunumu	Özel hastaneler

	Vakıf hastaneleri Azınlık hastaneleri Bağımsız pratisyen hekimler/uzmanlar Ayakta tedavi klinikleri Laboratuvarlar ve teşhis merkezleri Eczaneler tıbbi cihaz ve ekipman satıcıları
NGO	Kızılay Çeşitli vakıf ve dernekler

Sağlık dâhil tüm sektörler için en yüksek politika yapma yetkisi ve TBMM tarafından onaylanması gereken tüm yasal düzenlemeler Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne aittir. Politika yapma yetkisine sahip diğer kuruluşlar ise DPT, Sağlık Bakanlığı, Yükseköğretim Kurulu ve Yargıtay'dır. DPT'nin ana rolü, beş yıllık kalkınma planları hazırlamak ve sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere tüm sektörlerin genel yönünü belirlemektir. Sağlık Bakanlığı, sağlık politikasının şekillenmesinde ana aktördür. Politika girişimlerinin çoğuna öncülük eder ve uygulamada yer alan ana kurumdur (Gürbüz 1998).

Yüksek Öğretim Kurulu, üniversiteler aracılığıyla politika oluşturma ve sağlık işgücü eğitimine katılmaktadır. Ayrıca Yargıtay sağlık politikasının şekillenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Geçmişte mahkeme, politikanın uygulanmasını engelleyen bir dizi yasayı (veya bunların belirli kısımlarını) iptal etmiştir. Türk hukuk sisteminde kanuni ve anayasal hakları ihlal ettiği düşünülen kanunları iptal etmeye Yargıtay yetkilidir ve Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun bazı bölümlerinin iptali bu açıdan bir örnektir (Akdağ, Aydın ve ark. 2009).

Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden Sağlık Bakanlığı ve bakanlığa bağlı il sağlık müdürlükleri sorumludur. İl sağlık müdürleri, Sağlık Bakanlığı'nın koordinasyon organı olarak görev yapmakta ve kırsal alanlarda sağlık düzenlemelerini yürütmektedir. Bir ildeki en üst düzey idari ve siyasi konum, hükümeti ve tüm bakanlıkları temsil eden validir. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı karmaşıktır. Zaman içinde gelişen farklı yardım paketleri ve yararlanıcıları olan beş farklı sosyal sağlık sigortası planı vardır. Bazı programlar daha geniş kapsama alanı ve daha iyi erişim ile daha kaliteli sağlık hizmetleri sunduğundan, bu durum nüfus arasında eşitsizliklere yol açmıştır. 2006 yılında

Meclis, Ocak 2007'den itibaren geçerli olmak üzere mevcut beş planı tek bir çatı altında toplamak için Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nu onaylamıştır (Akdağ 2008).

Üç büyük sosyal sağlık sigortası programı olan SSK, Ba-Kur ve GERF, 2008 yılında yeni kurulan SGK'ya devredildi ve aynı yılın Ekim ayında uygulamaya başlandı. Ocak 2010'da aktif memurlar için programın SGK'ya taşınmasından sonra sadece bu kurum dışındaki ihtiyaç sahiplerine yönelik Yeşil Kart programı kalmıştır. Sağlık finansmanının çok küçük bir kısmı özel sigorta şirketleri, kendi kendini finanse eden kuruluşlar ve yabancı kuruluşlar tarafından sağlanmaktadır (Sülkü 2011).

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin halka sunumu Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanmaktadır. 2005'ten önce, hizmet sunumu çok farklı ve karmaşıktı, bu da erişimde eşitsizliklere yol açıyordu. Özellikle SSK'nın, yararlanıcıların tıbbi bakım alabilecekleri kendi tesisleri vardı. 2005 yılında Sağlık Bakanlığı bu tesislerin mülkiyetini almıştır (Akda 2009). Halihazırda halk sağlığı hizmetleri üniversite hastaneleri ve Millî Savunma Bakanlığına bağlı hastaneler tarafından verilmektedir. Sağlık hizmetlerinin özel sunumu birçok kuruluştan sorumludur. Özel sektör de 1990'ların ortalarından beri gelişmektedir, özellikle farklı sağlık sigortası planları bu sektörden artan miktarda hizmet satın alabilmektedir. Özel hastaneler, vakıf hastaneleri, azınlık hastaneleri, bağımsız doktorlar/uzmanlar, poliklinikler, teşhis merkezleri, eczaneler, tıbbi cihaz ve cihaz üreticileri sağlık sisteminde aktif olarak yer almaya devam etmektedir. Kızılay ve çeşitli vakıflar, Türk sağlık sistemi için STK'lar olarak hareket etmektedir (Tüsiad ve Dernek 2005).

3.8 Türkiye'deki Hastaneler ve Sağlık Çalışanları

3.8.1 Türkiye'de Hastaneler

Sağlık, insan yaşamının en önemli yönlerinden biri olmaya devam etmektedir. Önleme yoluyla, sağlık hizmetlerinin teşviki, işverenlerin, bireylerin, tıbbi tesislerin, ailelerin, toplulukların ve sigorta şirketlerinin ve devletin maruz kalabileceği hem insani hem de finansal maliyetleri azaltır. Sağlık hizmetlerinin teşvik edilmemesi durumunda bir ülkenin ekonomisi kötü bir şekilde zarar görebilir. Sağlık tesisleri, bunu başarmak için hastalığı tanımlamak, tedavi etmek ve yönetmek için kullanılır. Özel ve kamu hastaneleri, sağlık tesisleri için iki farklı mülkiyet

grubudur. Her ikisi de sağlık hizmeti sunsa da çeşitli şekillerde farklılık gösterirler. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı (SB) ulusal düzeyde ülkenin sağlık politikasının planlanmasından sorumludur ve aynı zamanda en büyük sağlık hizmeti sağlayıcısıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından işletilen 879 kamu hastanesi, 571 özel hastane ve 68 üniversite hastanesi bulunmaktadır (Küçük 2018).

Devlet hastaneleri, hükümetin tamamen denetlediği ve finanse ettiği hastanelerdir. Mali kısıtlamalar nedeniyle, hastalara sunulan hizmetler genellikle daha düşük kalitededir. Örneğin, hekim-hasta oranlarının düşük olması nedeniyle, bireyselleştirilmiş bakım özel hastanelerdeki kadar etkili olmayabilir. Bu hastaneler dolayısıyla daha az varlıklı kişileri veya kısıtlayıcı sigorta poliçeleri olan kişilerce kullanılmaktadır. Kamu hastaneleri, hizmetlerinin erişilebilirliği nedeniyle çok fazla hasta çekmekte ve bu da uzun bekleme sürelerine neden olmaktadır. Devlet hastanelerinin şu faydaları vardır: Maliyetleri yüksektir ve hasta kapasiteleri yüksektir. Ancak dezavantajları şunlardır: uzun bekleme süreleri ve kişiye özel sağlık hizmetinin olmaması (Hoşoğlu, Akalın ve ark. 2011).

Özel hastaneler, tek bir kişi veya bir grup insan tarafından yönetilen ve finanse edilen hastanelerdir. Hastanenin günlük işleyişi, mevzuata uygunluk, mali yönetim, insan kaynakları yönetimi ve son olarak hastane ekipmanı, hastane sahibinin sorumluluğundadır. Pahalı olmalarına rağmen özel hastaneler, bekleme sürelerini kısaltmaları ve kişiye özel bakım açısından kaliteli hizmet vermeleri nedeniyle geçmişte popülerlik kazanmıştır. Sunulan hizmetlerin pahalı olması, bu hastaneleri varlıklı hastalar arasında popüler kılmaktadır. Modern sağlık ekipmanları ile donatılmış olmaları, daha kısa bekleme sürelerine sahip olmaları ve kişiye özel hasta bakımı sunmaları özel hastanelerin avantajıdır. Pahalı olmaları, aynı anda sınırlı sayıda hastayı tedavi edebilmeleri ve tüm sigorta poliçelerini kabul etmemeleri dezavantaj olacaktır (Sulku 2012).

Üniversite hastanesi, bir hastanenin hizmetlerini tıp öğrencilerinin eğitimi ve tıbbi araştırma ile birleştiren bir kurumdur. Bu hastaneler tipik olarak bir tıp fakültesine veya üniversiteye bağlıdır. Üniversite hastaneleri kamu hastanelerine aittir ancak aralarındaki temel fark, üniversite hastanelerinin merkezi satın alma dışında kendi reklamlarını yayınlamalarıdır. Üniversite hastaneleri de maaşlarını kurumlarına ayrılan özel bütçeden veya nadiren döner sermaye ile öderler (Tengilimoğlu ve Kışa 2005).

3.8.2 Türkiye'de Sağlık Çalışanları

Çalışma Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığından belge almış, iş sağlığı ve güvenliği hizmetleri kapsamında çalışan kişiye sağlık çalışanı denir. Sağlık sektöründe farklı işlerde yardımcı olan elemanlar, sağlık çalışanıdır. Sağlık çalışanın bir diğer ismi de iş yeri hemşiresidir (Ünlü 2020). Sağlık çalışanın, sağlık tesislerinde yapması gereken çok farklı görevleri vardır. İş sağlığı ve güvenliği alanında plan yapma, veri toplama ve gerekli olan kayıtları tutma, hijyen şartlarına özen gösterme, uzman hekim tarafından istenen kan ve idrar tahlili vb. alma, açı takvim kontrolünü sağlama, doktor tarafından belirlenen ilaç ve enjeksiyon gibi tıbbi uygulamaları gerçekleştirme, çocuk ve yetişkinlere aşı uygulama, sünnet yapma, iş yeri açanların düzenli kontrolünü gerçekleştirme, gerekli görüldüğü an ilk yardım prosedürlerini yapma, hasta mahremiyetini koruma (Şen, Yılmaz et al. 2012).

Günümüzde sağlık çalışanları, diğer sektörlerde çalışanların karşılaştıkları iş risklerine ek olarak, yaptıkları işin niteliğine göre farklı iş risklerine maruz kalabilmektedir. Sağlık çalışanlarının karşılaştığı bu riskler, iğne yaralanmaları, bel sorunları ve sırt ağrısı, lateks alerjileri, şiddet ve stres gibi geniş bir yelpazede ortaya çıkmaktadır (Kaynak ve Keser, 2016). Sağlık çalışanlarının sağlığını etkileyen tehlike ve riskler: biyolojik, fiziksel, ergonomik, kimyasal ve psikososyaldir (Meydanlioğlu 2013).

Biyolojik Tehlikeler: Biyolojik tehlikeler, tüm sağlık hizmeti ortamlarında ve hastaların kanla kontamine olmuş kan veya vücut sıvılarıyla, HIV (insan immün yetmezlik virüsü), hepatit B virüsü (HBV), hepatit C virüsü (HCV), tüberküloz, bağırsak enfeksiyonları gibi önemli patojenlerle teması yoluyla mevcuttur. Ayrıca brusella ve salmonella enfeksiyonları vb. sağlık çalışanları tarafından da sıklıkla karşılaşılmaktadır (Melek, Aksebzeci et al. 2009).

Kimyasal Tehlikeler: Dermatit ve mesleki astıma yol açabilecek kimyasal riskler, sağlık çalışanları için bir risktir. Patoloji, biyokimya, hematoloji ve diğer laboratuvarlarda kullanılan asitler ve alkaliler, tuzlar, boyalar, uçucu organik çözücüler ve farklı ilaçlar özellikle antikanser ilaçlar alerjiden kansere kadar çeşitli hastalıkların ortaya çıkması için önemli risk faktörleridir. Gaz sterilizasyonunda formaldehit, glutaraldehit ve etilen oksit ile temizlik ve sterilizasyon için diğer deterjanlar kullanıldığında kullanıcı risk altındadır. Protez laboratuvarlarındaki

işçiler, maden işçileri arasında yaygın bir meslek hastalığı olan silikoz geliştirebilir (Özkan 2013).

Ergonomik Tehlikeler: Sağlık personeli, hastaları kaldırırken ve taşırken çok fazla çaba sarf etmek dahil olmak üzere ergonomik risklerin yanı sıra gürültü ve radyasyon gibi fiziksel risklere maruz kalmaktadır. Kas-iskelet sistemi sorunları hemen hemen tüm sağlık çalışanları için bir tehlikedir. Bel ağrısı için mesleki risk faktörleri olarak ağır sanayi çalışanları ve ağır vasıta sürücülerinden sonra hemşirelik üçüncü sırada yer almaktadır. Hemşirelerde olduğu gibi diş hekimleri, fizyoterapistler ve hastabakıcılar da bel ağrısı açısından yüksek risk altındadırlar (Ünlü ve Bilal, 2020). Yakın hasta temasını içeren faaliyetler, sağlık çalışanlarında kas-iskelet sorunlarının birincil nedenidir. Bel ağrısı, boyun rahatsızlığı, omuz ağrısı, kol ağrısı ve karpal tünel sendromu başlıca kas-iskelet rahatsızlıklarıdır. Genel popülasyonla karşılaştırıldığında, doktorlar, diş hekimleri, hemşireler, fizyoterapistler ve pratisyen hemşireler arasında bel ağrısı insidansının oldukça yüksek (% 50-60) olduğu bildirilmiştir (Altınel, Köse et al. 2007).

Fiziksel Tehlikeler: Sağlık uzmanları, özellikle radyasyon terapisi, nükleer tıp ve radyoloji alanlarında çalışanlar, iyonize ve iyonize olmayan radyasyon riskleriyle karşı karşıyadır. Çeşitli kanserojen, teratojenik ve mutajenik etkileri vardır Sağlık çalışanları da ultraviyole, lazer, mikrodalga, ultrason, fotokopi makineleri, bilgisayar ekranları, gürültü, aydınlatma koşulları, havalandırma sistemleri ve iç ortam hava kirliliğinden olumsuz etkilenmektedir. Elektromanyetik alanlara maruz kalan sağlık personeli sıklıkla baş ağrısı, görme bulanıklığı, çarpıntı, batma, kaşıntı, gözyaşı, işitme kaybı, halsizlik ve bitkinlik gibi semptomlar yaşamaktadır (İlhan, Erkan et al. 2017).

Psikososyal Tehlikeler: Artan iş yükü, birçok hastanın ve ölen kişinin bakımından doğrudan sorumlu olmanın stresiyle birleştiğinde, sağlık personelinin sağlığını ve esenliğini ciddi şekilde tehdit etmektedir. Vardiyalı çalışma, gece çalışması, nöbetçi çalışma gibi aşırı ve düzensiz çalışma saatleri birçok sağlık ve iş güvenliği sorununa neden olabilir. Bunlardan bazıları şunlardır: kronik uykusuzluk, yorgunluk, araba kazaları, hafıza ve konsantrasyon sorunları, yaralanmalar, obezite, bazı kanser türleri, yaygın kronik hastalıklar, duygu durum bozuklukları, tükenmişlik sendromu, yabancılaşma ve aile sorunlarıdır. (Özcan and Bilgin 2011).

Türkiye'de kamu hastanelerde "İnsan Gücü" verilerine göre 722,273 sağlık çalışanlar vardır. Bunlar 44,967'si uzman, 62,225'i doktor, 11,525'i diş hekimi, 205 bini hemşire-ebe, 398,556'sı ise diğer sağlık emekçilerinden oluşmaktadır. Üniversite hastanelerinde 17,013 uzman, 20,275 doktor, 4,875 diş hekimi, 34,255 hemşire-ebe, 59,690 diğer sağlık çalışanı olmak üzere toplam 136,108 sağlık çalışanı görev yapmaktadır. Özel sağlık kuruluşlarında ise 25,891 uzman tabip, 4,177 tabip, 17,842 diş hekimi, 36,197 hemşire-ebe, 177,398 diğer personel ile birlikte 261,505 sağlık personeli görev yapmaktadır. Bu nedenle Türkiye genelinde kamu, üniversite ve özel sektörde görev yapan 1 milyon 119 bin 886 sağlık çalışan vardır (Sağlık Bakanlığı 2022).

3.9 Türkiye'de Sağlık Harcamaları

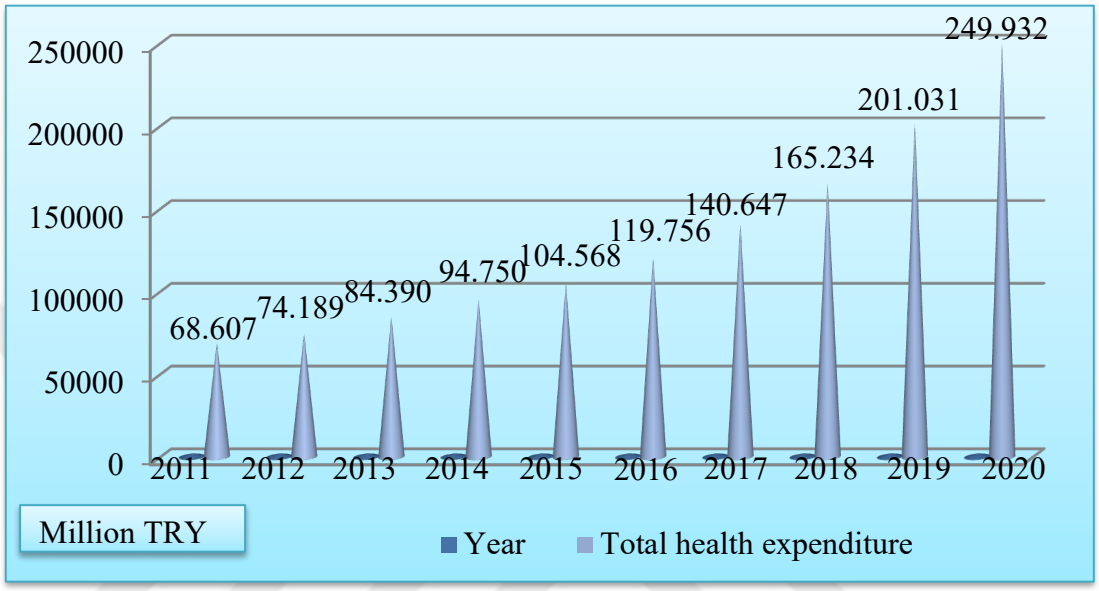
Birleşmiş Milletler tarafından yayınlanan Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri raporuna göre sağlık, hane halklarının, ülkelerin ve hatta tüm gezegenin ekonomik büyümesi ve kalkınması için en önemli değişkenlerden biridir. Bu hedefler daha iyi ve daha sürdürülebilir bir gelecek için gereklidir. Refah ve sağlık bu hedefler arasındadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) sayesinde Türk sağlık sistemi önemli ölçüde iyileşmiştir. En kapsamlı reformlar 2003 yılında bu programın uygulanmasından sonra gerçekleştirilmiştir (Kurt 2015).

2003 yılından itibaren sağlık hizmetlerinin finansmanında da köklü değişiklikler meydana gelmiştir. Sosyal güvenlik sistemi hem kamuda hem de özel sektörde halka sunulan sağlık hizmetleri için ödeme yapmaktadır (Çulha, 2019). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı kurumsallaşmış bakım sistemlerinin kurulmasından sorumludur. GSYH'nin toplam cari sağlık harcaması 2000 yılında %8,6 iken 2016 yılında %10'a yükselmiştir. Devletin sağlık harcamaları içindeki payı %79,2'dir (Türkstat 2021). SDP sağlık tesislerine ulaşarak kısıtlamalarda azalma sağlamıştır. Bu gelişmelerin bu yükselişte büyük rolü vardır. Sağlık sigortası sistemi, hastalık sırasında finansal kolaylık ve sağlık kuruluşlarına erişim, SDP'nin etkisinin özellikle yoksul vatandaşlar için iyileştirilmesini sağlamıştır (Boyacıoğlu 2012).

3.9.1 Türkiye'de Toplam Sağlık Harcaması

Aşağıdaki şekil, Türkiye'de 2011'den 2020'e kadar toplam sağlık harcamalarının çarpıcı bir şekilde arttığını göstermektedir. Grafik ayrıca 2020 yılında toplam sağlık harcamasının bir önceki yıla göre %24,3 artarak 249 milyar 932

milyon TL'ye (33 milyar 324 milyon dolar) ulaştığını göstermektedir. Öte yandan, 2011 yılında 98 milyar 607 milyon TL ile çalışmanın diğer yıllarına göre en düşük seviye olduğunu görülmektedir.



Şekil 3.3 Türkiye'de Toplam Sağlık Harcaması

Kaynak: TÜİK, 2021.

Genel Devlet Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%):

Aşağıdaki tablo, genel devlet sağlık harcamaları %26,3 artışla 198 milyar 62 milyon TL'ye (26 milyar 408 milyon dolar) ulaştığını, aynı zamanda genel devlet sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payını %79,2 olduğunu göstermektedir. Genel devlet alt grupları dikkate alındığında, sosyal güvenlik kurumu 2019 ve 2020 yıllarında sırasıyla %51,7 ve %51,0 ile genel devlet sağlık harcaması bütçesinden en fazla pay alan kurum olmuştur. Merkezi yönetim, her iki yılda da sırasıyla %25,6 ve %27,5 ile genel devlet sağlık harcamaları bütçesinin en yüksek ikinci yüzdesi olmuştur. Genel devlet sağlık harcamaları bütçesinin en düşük yüzdesi, iki yılın her birinde %0,7 ile yerel yönetimlere aittir.

Tablo 3.2 Genel Devlet Sağlık Harcama Oranı

	2019	Pay (%)	2020	Pay (%)
Toplam sağlık harcaması	201,031	100%	249,932	100%
Genel hükümet	156,819	78,0	198,062	79,2
Merkezi hükümet	51,492	25,6	68,927	27,5
Yerel yönetimler	1,373	0,7	1,632	0,7
Sosyal Güvenlik Kurumu	103,954	51,7	127,504	51,0

Kaynak: TÜİK, 2021. * Milyon TL

Özel Sektör Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%):

Aşağıdaki tablo, Özel sektör sağlık harcamaları %17,3 artışla 51 milyar 869 milyon TL (6 milyar 915 milyon dolar) olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, özel sektör sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının %20,8 olduğunu göstermektedir. Özel sektörün alt gruplarına bakıldığında, haneler 2019 ve 2020 yıllarında sırasıyla %16,7 ve %16,1 ile özel sektör sağlık harcaması bütçesinde en fazla paya sahip olandır. Sigorta şirketleri her iki yılda da özel sektör sağlık harcamaları bütçesinde sırasıyla %2,9 ve %2,6 ile ikinci en yüksek paya sahip olmuştur. Diğerleri (örneğin sağlık harcamaları, hane halkına hizmet veren kar amacı gütmeyen kuruluşların ve diğer tüm işletmelerin sağlık harcamalarını kapsamaktadır) 2019 ve 2020 yıllarında sırasıyla %2,4 ve %2,1 ile özel sektör sağlık harcamalarında üçüncü en yüksek yüzdeyi oluşturmuştur.

Tablo 3.3 Özel Sektör Sağlık Harcama Oranı

	2019	Pay (%)	2020	Pay (%)
Özel sektörler	44,212	22,0	51,869	20,8
Haneler	33,626	16,7	40,105	16,1
Sigorta şirketleri	5,801	2,9	6,458	2,6
Diğerleri	4,785	2,4	5,306	2,1

Kaynak: TÜİK, 2021. * Milyon TL

3.9.2 Cari Sağlık Harcaması

Aşağıdaki tablo, 2020 yılında 188 milyar 237 milyon TL olan cari sağlık harcamasını geçen yıla göre %23,8 artışla 233 milyar 62 milyon olarak açıklamaktadır. Ayrıca tabloda 12 milyar 794 milyon TL olan sağlık harcamalarına yapılan yatırımların bir önceki yıla göre %31,9 artarak 16 milyar 870 milyon TL'ye ulaştığı görülmektedir. Tabloda ayrıca sağlık hizmeti sunucularına göre toplam sağlık harcamalarının dağılımı da yer almakta olup, 2019 ve 2020 yıllarında ilk üç sıra aynı seviyede kalmıştır. Sağlık hizmeti satın almak için başvuran sağlık kuruluşlarında en büyük pay %49,4 ile hastanelere aittir. Hastaneleri sırasıyla %25,2 ile perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sağlayıcıları ve %10,3 ile ayaktan sağlık hizmeti sağlayıcıları izlemiştir.

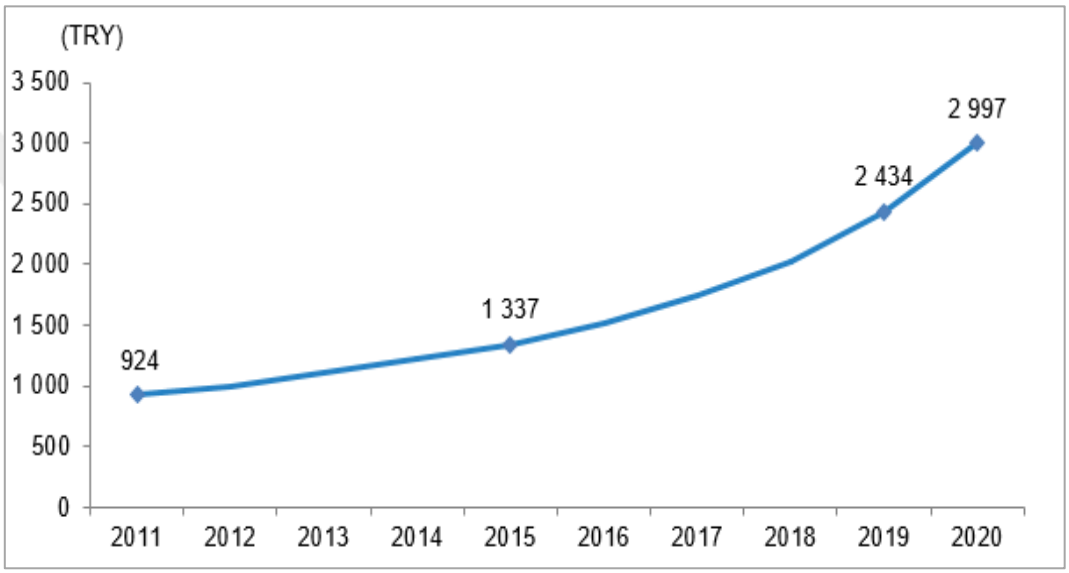
Tablo 3.4 Sağlık Hizmeti Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları, 2019, 2020

	2019	Pay (%)	2020	Pay (%)
Toplam sağlık harcamaları	201,031	100,0	249,932	100,0
Cari sağlık harcamaları	188,237	93,6	233,062	93,3
Hastaneler	97,446	48,5	123,397	49,4
Bakım ve yatılı bakım tesisleri	1	0,0	1	0,0
Ayakta sağlık hizmeti sağlayıcıları	23,971	11,9	25,664	10,3
Perakende satış ve diğer tıbbi ürün sağlayıcıları	51,922	25,8	63,053	25,2
Halk sağlığı programlarının sağlanması ve yönetimi	8,884	4,4	13,055	5,2
Genel sağlık yönetimi ve sigortalar	949	0,5	1,166	0,5
Türe göre belirtilmemiş	5,065	2,5	6,726	2,7
Yatırım	12,794	6,4	16,870	6,7

Kaynak: TÜİK, 2021. * Milyon TL

3.9.3 Kişi Başına Sağlık Harcaması

Aşağıdaki grafik Türkiye'de son 10 yılda kişi başına düşen sağlık harcamasını göstermektedir. 2011 yılında kişi başına en düşük sağlık harcaması 924 TL olmuş ve sonrasında ciddi şekilde artmaya başlamıştır. Kişi başına sağlık harcaması 2019 yılında 2 bin 434 TL iken 2020 yılında %23,1 artarak 2 bin 997 TL olmuştur.



Şekil 3.4 Kişi Başına Sağlık Harcaması, 2011-2020

Kaynak: TÜİK, 2021.

3.9.4 Toplam Sağlık Harcaması (GSYİH'nin Yüzdesi)

Aşağıdaki grafik, Türkiye'de son 10 yılda toplam sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hâsıla içindeki payını açıklamaktadır. 2007-2009 yılları arasında Türkiye'nin toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı %5,8 ile en yüksek seviyeye ulaşmıştır, ancak daha sonra düşmüştür. 2018 yılı %4,4 ile en düşük seviyeye indiği yıl olmuştur. Tablo aynı zamanda Türkiye'de sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hâsıla (GSYİH) içindeki payının 2019'da 4,7 iken 2020'de yüzde 5'e ulaştığını göstermiştir. Yani 2020 yılı, son beş yılın en yüksek seviyesine ulaştığı yıldır.

Tablo 3.5 2011'den 2020'ye Kadar Toplam Sağlık Harcaması (GSYİH'nin Yüzdesi)

Yıl	Toplam sağlık harcaması (GSYİH'nin yüzdesi)
2011	4.9%
2012	4.7%
2013	4.7%
2014	4.6%
2015	4.5%
2016	4.6%
2017	4.5%
2018	4.4%
2019	4.7%
2020	5.0%

Kaynak: Statista, Aralık 2021.

3.9.5 Cari Sağlık Harcaması (GSYİH'nin Yüzdesi)

Aşağıdaki tablo Türkiye'de son 10 yılda gayri safi yurtiçi hasıla (GSYİH) içindeki cari sağlık harcamalarını göstermektedir. 2020 yılı, diğer yıllara göre %4,68 ile en yüksek seviyeye ulaştığı yıl olmuştur. 2020 yılını %4,65 ile ikinci en yüksek düzey olarak 2011 yılı ve %4,44 ile üçüncü en yüksek düzey olarak 2012 yılı izlemiştir. Tabloda 2018 yılında GSYİH içindeki payı olarak cari sağlık harcamalarının en düşük seviyesi %4,12 ile son 10 yıl olmuştur.

Tablo 3.6 Cari sağlık harcaması (GSYİH'nin yüzdesi)

Yıl	Cari sağlık harcaması (GSYİH'nin yüzdesi)
2011	4,65
2012	4,44
2013	4,37
2014	4,32
2015	4,11
2016	4,28
2017	4,18
2018	4,12
2019	4,34
2020	4,68

Kaynak: Dünya Bankası, 2021

3.9.6 Hane Halkının Sağlık Harcamalarındaki Payı

Hane halklarının tedavi, ilaç vb. için yaptıkları cepten sağlık harcamaları 2020 yılında bir önceki yıla göre %19,3 artarak 40 milyar 105 milyon TL'ye (5,347 milyon dolar) ulaşmıştır. Hane halkı cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı 2020 yılında %16,0 olmuştur.

4. SOMALİ SAĞLIK SİSTEMİ ve SAĞLIK HARCAMALARI

4.1 Coğrafya

Somali, eski Mısırlılar tarafından Punt Ülkesi olarak biliniyordu. Mısırlılar buhur ve mür aromatik sakız reçineleri üreten ağaçlarına değer verdiler. Punt'tan İncil'de de bahsedilir ve eski Romalılar buna Cape Aromatica adını verirler. Somali, Somali halkının efsanevi babası Samaal'dan (veya Samale) adını almıştır (Njoku 2013). Somali Federal Cumhuriyeti olan Somali, 637.657 km^2 toplam yüzölçümü ile Doğu Afrika'nın Afrika Boynuzunda yer alan bir ülkedir. Ekvatorun hemen güneyinden kuzeyde Aden Körfezi'ne kadar uzanan Sahra altı Afrika ile Arabistan ve Güneybatı Asya ülkeleri arasında çok önemli bir jeopolitik konuma sahiptir. Başkent Mogadişu, Hint Okyanusu'ndaki Ekvator'un hemen kuzeyinde yer almaktadır (Jestin, Huchon ve diğerleri 1994).

Somali, coğrafi uç noktalara sahip bir ülkedir. Kuzeydeki dağlık bir kıyı bölgesi ve birkaç belirgin nehir vadisi dışında, ülkenin çoğu son derece düzdür ve göçebelerin ve hayvanlarının hareketliliğini kısıtlayan birkaç doğal engel vardır. Ülke, anakara Afrika ve Orta Doğu'daki en uzun olan 3.025 km'den fazla kıyı şeridine sahiptir. 2022'de Somali, 2021'e göre %3,12'lik bir artışla 17,6 milyondan fazla nüfusa sahiptir ve bunların %60'ı kırsal alanlarda göçebe veya yarı göçebe çobanlar olarak yaşamaktadır. Kuzeybatıda Cibuti, güneybatıda Kenya, kuzeyde Yemen ile Aden Körfezi, doğuda Hint Okyanusu ve batıda Etiyopya ile komşudur (Hadden 2007).

Bab el Mandeb'e güney yaklaşımları, Kızıldeniz'den geçen yol, Süveyş Kanalı ve Orta Doğu'nun petrol sahalarına yakın olan stratejik konumu, Somali'yi Soğuk Savaş sırasında hem Sovyetler Birliği hem de Birleşik Devletler ile çekişme odağı haline getirmiştir. Devletler nüfuzlarını sürdürmek için silah desteği vermişlerdir, ancak silahlar daha sonra rejim düştüğünde klan savaş ağalarının eline geçmiştir (Linke ve Raleigh 2011). Somali'de Jubba ve Shabeelle (Shebeli) olmak üzere iki nehir vardır. Etiyopya yaylalarından çıkan bu iki akarsu, alüvyonlu ovalardan kıyıya doğru kıvrılmadan önce platoları derin biçimde yarar. Jubba, Kismaayo'nun kuzeyinden doğrudan Hint Okyanusu'na akarken, Shabeelle Mogadişu'nun hemen güneybatısına sapar ve Jubba'ya ulaşmadan önce büyük bir bataklığa akar (Sebhat 2015).

4.2 İklim

İklim yılı dört mevsimden oluşur. Gu' veya ana yağmur mevsimi, Nisan'dan Haziran'a kadar sürer; Dayr adı verilen ikinci yağışlı mevsim Ekim'den Aralık'a kadar uzanır. Her birini kuru bir mevsim takip eder; ana olanı Aralık'tan Mart'a kadar Jiilaal ve ikincisi Haziran'dan Eylül'e kadar Xagaa'dır. İkinci kurak mevsimde, kıyı bölgesine yağmurlar düşer. Uzun vadeli yıllık ortalama yağış kuzeydoğuda 4 inçten (100 mm) daha azdır ve merkezi platolarda yaklaşık 8 ila 12 inç (200 ila 300 mm) arasındadır. Güneybatı ve kuzeybatı, yılda ortalama 20 ila 24 inç (500 ila 600 mm) yağış alır. Kıyı bölgeleri yıl boyunca sıcak ve nemli hava yaşarken, iç kısımlar kuru ve sıcaktır (Muchiri 2007).

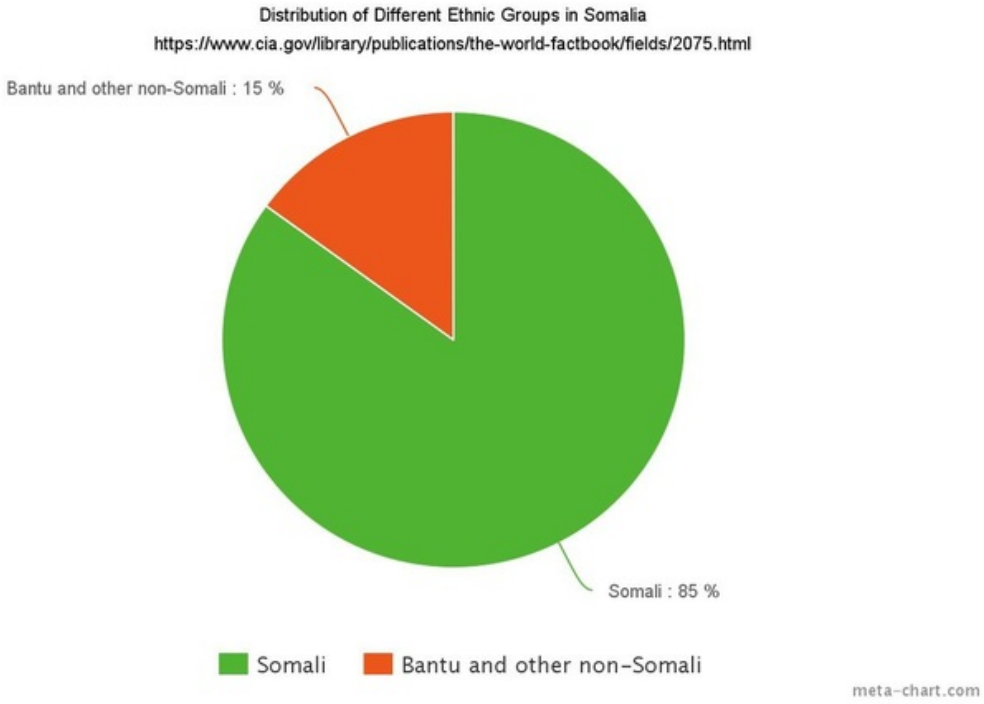
Başlıca iklim faktörleri, yıl boyunca sıcak bir iklim, mevsimsel muson rüzgârları ve düzensiz yağışlardır. Daha yüksek rakımlar ve doğu kıyıları hariç, günlük maksimum sıcaklık ortalaması 30°C ila 40°C arasındadır. Ortalama günlük minimum sıcaklık genellikle yaklaşık 15°C ila 30°C arasında değişir. Bir deniz meltemi olan güneybatı musonu, Mayıs'tan Ekim'e kadar Mogadişu'daki en ılıman mevsimi yapar. Mogadişu'daki iklim koşulları nadiren hoş olsa da, Aralık'tan Şubat'a kadar olan kuzeydoğu muson dönemi de nispeten ılımandır. İki muson arasında geçen sakin dönemler (Ekim-Kasım ve Mart-Mayıs) sıcak ve nemlidir. Güneydeki sıcaklıklar daha az aşırıdır. Kıyı bölgeleri genellikle iç bölgelere göre beş ila on derece daha soğuktur. Kıyı bölgesinin bağıl nemi kurak mevsimlerde bile genellikle yüzde 70 civarında kalır (Awale 2021).

4.3 Etnisite ve Dil

Kültür, dil ve yaşam biçiminde Somali, kuzeydoğu Kenya, Etiyopya'nın Ogaden bölgesi ve Cibuti'nin güney kesimi büyük ölçüde homojen bir gruptur. Somali halkı, Somali nüfusunun ezici çoğunluğunu oluşturmaktadır. Somalililer, Somali nüfusunun ezici çoğunluğunu oluşturmaktadır. Ortak atalarının tek bir babaya kadar izini süren gruplar, birkaç kabile ayrılırlar. Daha sonra çok sayıda alt aşiret ayrılan bu Kabile, daha üst düzeyde birleşerek kabile ailelerini oluştururlar (Besteman 2012).

Güney Somali'nin nehirler arası bölgesinde yaşayan klan aileleri, çoğunlukla çiftçiler ve tarımsal-pastoralistler olan Rahanwayn'dir. Daarood aileleri kuzeydoğu Somali, Ogaden ve Somali ile Kenya arasındaki sınır bölgesinde yaşamaktadır.

Hawiye aileleri esas olarak orta Shabeelle'nin her iki tarafında ve güney-orta Somali'de yaşamaktadır. Kuzey Somali'nin orta ve batı kesimlerinde yaşayan kabile aileleri Isaaq'tır (Osman 2007). Buna ek olarak, ülkenin kuzeybatı köşesinde yaşayan ama aynı zamanda güney Somali'ye dağılmış olan Dir ve Marca ile Kismaayo arasındaki kıyı şeridini işgal eden Tunni vardır. Kenya sınırına doğru dar kıyı şeridi ve açık deniz adaları, bir Swahili balıkçı halkı olan Bajuniler tarafından iskan edilmektedir. Ekonomik açıdan önemli bir azınlık, çoğu Yemen kökenli olan on binlerce Arap'tır. Ekonomik açıdan önemli bir diğer azınlık, Jubba ve Shabeelle nehirlerinin alt ve orta kesimlerinde karlı sulu tarımdan sorumlu olan Bantu nüfusu (Luling 2006).



Şekil 4.1 Etnik

Neredeyse tüm halk, Ekim 1973'e kadar Arap alfabesi olarak yazılan ve ülkenin modernleşmesi nedeniyle Latin alfabesine dönüştürülen Somali dilini konuşmaktadır. Somali dili, Afro-Asyatik dil ailesi Cushitic'e aittir (Brown ve Carpenter 2018). Birkaç bölgesel lehçeye rağmen, ülke genelinde anlaşılır ve resmi bir dildir. Güney-orta Somali'de Rahanwayn kabileleri tarafından konuşulan Af-Maay gibi azınlık dilleri ve kıyı boyunca konuşulan Swahili (Barawe) varyantları bulunmaktadır ancak önemli sayıda Somalili, dini nedenlerle ve Arap dünyası ve medyasıyla bağları nedeniyle Arapça konuşmaktadır. İtalyanca bir zamanlar ana dil

iken İngilizce de yaygın olarak kullanılmakta ve öğretilmektedir, ancak iç savaş ve İtalyanca dil eğitiminin olmaması nedeniyle yalnızca eski nesil tarafından konuşulmaktadır (Abbink 2009).

4.4 Dini İnanış

İslam, Somali'nin resmi devlet dinidir ve Somali nüfusunun büyük çoğunluğu (%99'dan fazlası) Müslüman olarak tanımlanmaktadır. Hemen hemen tüm Somali, İslam'ın Sünni mezhebinin Şafii grubuna aittir. Hıristiyanlığın etkisi, kilise tarafından işletilen okulların kapatıldığı ve misyonerlerin evlerine gönderildiği 1970'lerde önemli ölçüde azalmıştır. 1989'dan beri ülkede Katolik katedralinin başpiskoposu bulunmamaktadır. İslam dışında herhangi bir dinin savunulması ve yayılması Somali anayasası tarafından yasaklanmıştır. İslam'a bağlılık, Somalileri yakın Afrika komşularından ayıran farklılıkları pekiştiren bir durumdur (Gelletly 2014).



Şekil 4.2 Din

4.5 Kültür

Somali zengin bir sözlü geleneğe sahiptir. Aslında her Somali, ülkenin hikâyelerinin, mitlerinin, geleneklerinin ve soylarının yürüyen bir arşividir. Bazıları sürgünde yaşayan birçok ünlü Somalili sanatçı, şair, müzisyen, oyuncu ve dansçı vardır (Abdullahi 2001). Kültürel faaliyetler öncelikle şiir, halk dansları, oyun oynamak ve şarkı söylemekten oluşur. Özellikle kırsal kesimde hala önemini koruyan bu geleneksel faaliyetler, sadece aile içinde ve dini kutlamalarda değil,

devlet törenlerinde de uygulanmaktadır. Somali mutfağı bölgeden bölgeye değişmekte ve farklı pişirme tarzlarını kapsamaktadır. Somali yemeklerini birleştiren şeylerden biri helal olmasıdır. Bu nedenle domuz eti yemekleri yoktur, alkol servisi yapılmaz, kendi kendine ölen hiçbir şey yenmez ve kanı karıştırılmaz. Somali kültüründe en yaygın yemekler şunlardır: Canjeero, Canbuulo, Muufo, Sanbuusa, Soor, Oodkac/Luqmad, Bariis, Baasto ve Xalwo (Putman Briton ve Noor 1993).

Somali, Hargeisa'nın kırsal eteklerinde mağara oluşumları olan ve "Laas-Geel" olarak da bilinen Laas-Gaal gibi pek çok tarihi bölgeye sahiptir. Afrika Boynuzundaki evcilleştirilmiş Afrika yaban öküzüne ait bilinen en eski mağara resimlerinden bazılarını içerirler. Laas-Geel'in kaya sanatının MÖ 3500-2500 yıllarına ait olduğu tahmin edilmektedir (Njoku 2013). Zaila veya Zayla, Somali'nin kuzeybatı Awdal bölgesinde tarihi bir liman kasabasıdır. Antik çağda Zaila, Somalili tüccarları Fenike, Ptolemaic Mısır, Yunanistan, Part Pers, Saba, Nabataea ve Roma İmparatorluğu ile bağlayan kazançlı bir ticaret ağıyla meşgul olan Somali şehir devletlerinin bir parçasıydı (Mukhtar 2003). Berbera bir zamanlar Osmanlı İmparatorluğu'nun yönetimi altındaydı ve onlar tarafından Arabistan kadar yakın ve Mumbai ve Goa kadar uzak Hint Okyanusu havzasından gelen tüccarlar için bir odak noktası olarak hüküm süren Berbera şehri yakından bağlantılıdır (Stepputat ve Hagmann 2019).

4.6 Somali'deki Genel Ekonomi Durumu

1969 ile 1980'lerin başları arasında, Mohamed Siad Barre'nin askeri hükümeti, bankaların, sigorta şirketlerinin, petrol şirketlerinin ve büyük sanayi şirketlerinin kamulaştırılmasıyla devlete ait işletmelerin, çiftliklerin ve ticaret şirketlerinin kurulması ve devlet kontrolündeki kooperatiflerin örgütlenmesi ile karakterize edilen bir "Bilimsel Sosyalizm" sistemini dayatmıştır (Reno 2003). Askeri rejimin çöküşünden bu yana, iç savaş nedeniyle ekonomi zayıflamıştır. 21. yüzyılın başlarında, ülke dünyanın en fakir ülkelerinden biri olmaya devam etmiş ve ana gelir kaynakları dış yardım, işçi dövizleri ve kayıt dışı sektörden gelmiştir. Somali ekonomisinin yaklaşık beşte üçü tarıma dayalıdır; ancak, temel ekonomik faaliyet mahsul çiftçiliği değil, hayvancılıktır (Powell, Ford ve diğerleri 2008).

Somali'de tarım üç alt sektöre ayrılabilir. Birincisi ekili alanların dışında yapılan göçebe hayvancılıktır. Ağırlıklı olarak keçi, koyun, deve ve büyükbaş hayvan

yetiştiriciliğine odaklanan bu sektör, giderek pazar odaklı hale gelmiştir. İkinci sektör, esas olarak küçük çiftçiler tarafından uygulanan geleneksel geçimlik tarımdır. Bu geleneksel sektör iki biçim alır: güneyde ve kuzeybatıda, sorgum yetiştiren, genellikle hatırı sayılır bir hayvan başı ile yağmurla beslenen çiftçilik ve nehirler boyunca mısır (mısır), susam, börülce, sebze ve meyve üreten küçük sulu çiftlikler. Üçüncü sektör, aşağı Jubba ve Shabeelle nehirleri boyunca orta ve büyük ölçekli sulu tarlalarda pazara yönelik çiftçilikten oluşmaktadır. Orada başlıca mahsuller muz, şeker kamışı, pirinç, pamuk, sebzeler, greyfurt, mango ve papayadır (Treakle 1971).

Ülkenin küçük balıkçılık sektörü, kuzeyde ton balığı ve uskumru avcılığı ve konservesine odaklanmaktadır. Köpekbalıkları genellikle zanaatkâr kıyı balıkçıları tarafından yakalanır ve kurutulmuş olarak satılır. Güney Somali'de balık ve kabuklu deniz ürünleri ihracat için işlenir. 21. yüzyılın başlarında, Somali'nin balıkçılık endüstrisi iklim değişikliğinden, aşırı avlanmadan ve kıyılarda artan korsanlık olaylarından etkilendi. Kamulaştırılan üç ana banka, Somali Merkez Bankası, Somali Ticaret ve Tasarruf Bankası ve esas olarak kalkınma projelerine kredi sağlayan Somali Kalkınma Bankası'dır (Hassan ve Tako 1999). 1991'de hükümetin çöküşünden sonra, resmi bankacılık sektörünün işlevleri ciddi şekilde engellenmiştir. Ülkenin para birimi Somali şilini yıllardır değer kaybetmektedir. 1990'larda sert para sıkıntısı, sahte para biriminde artışa ve bölgesel para birimlerinin ortaya çıkmasına yol açtı. 2000'lerin başında yeni basılan para biriminin yaygınlaşması enflasyona neden olmuştur. Tüm bu faktörler ülkenin ekonomik kalkınmasını büyük ölçüde engellemiştir (Powell, Ford ve diğerleri 2008).

Somali'nin Gayri Safi Yurtiçi Hasılası 2021'de geçen yıla göre %3,3 oranında büyümüştür. Bu oran, 2020'de yayınlanan %0,3 rakamından yüzde 36'nın onda biri daha yüksektir. 2021'deki GSYİH rakamı 7.293 milyon dolardı ve Somali, 196 ülkenin GSYİH sıralamasında 153. sıradadır. Somali'de GSYİH'nin mutlak değeri 2020'ye göre 328 milyon dolar artmıştır. Somali'nin 2021'de kişi başına düşen GSYH'si 446 dolardı, bu 2020'de 438 dolar iken 8 dolar daha azdı. Kişi başına düşen GSYİH'nin evrimini görmek için birkaç yıl geriye bakmak ve bu verileri Somali'de kişi başına düşen GSYİH'nin 316 $ olduğu 2011 verileriyle karşılaştırmak ilginç olacaktır. Ülkeleri kişi başına düşen GSYH'ye göre sıralarsak, Somali 193. sıradadır. Bu parametreye göre nüfus, GSYH'sini yayınladığımız 196 ülkenin en yoksulları arasındadır (Ticaret Ekonomisi 2022).

4.7 Somali'deki Genel Sağlık Durumu

Son otuz yılda Somali, sonu gelmeyen silahlı çatışmaların ve doğal afetlerin arenası olmuştur. Bu olayların genel olarak sağlık sektörü ve özelde sağlık işgücü üzerindeki sonuçları, tüm sağlık hizmeti sunumunu etkileyerek yıkıcı olmuştur. Ülke şu anda küresel olarak en düşük sağlık ve refah göstergelerinden bazılarına sahiptir. Tekrarlayan aşırı kuraklık ve sel ve ardından gıda güvensizliği tarafından şiddetlenen uzun süreli çatışma ve güvensizlik dönemleri, nüfusun sağlık durumunu harap etmiş ve kırılgan sağlık sistemine ciddi şekilde zarar vermiştir. Kuraklık, eşi benzeri görülmemiş düzeyde yetersiz beslenmeye, sağlıkla ilgili acil durumlara ve salgın hastalıklara yol açan yerinden edilmelere neden olmuştur (Tiilikainen 2012).

Ülkenin genel morbidite ve mortalitesi, özellikle kadınlar ve çocuklar olmak üzere çok yüksek olmaya devam etmektedir. Somali şu anda dünyanın en yüksek çocuk ölüm oranına sahiptir. Yedi çocuktan biri beş yaşından önce ölmektedir. Somalili anneler, dünyadaki en yüksek altıncı anne ölümü riskinden mustariptir ve vasıflı sağlık personeli 10 doğumdan sadece birine katılmaktadır. Ortalama bir Somalili kadının 6,7 çocuğu vardır, bu da dünyadaki dördüncü en yüksek doğurganlık oranıdır (Qayad 2007). Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre, alt solunum yolu enfeksiyonları Somali'de önde gelen ölüm nedenidir ve bunu ishalli hastalıklar, kızamık, yetersiz beslenme, tüberküloz, menenjit ve anne hastalıkları izlemektedir. Frengi, HIV/AIDS, hepatit ve kalp-damar hastalıkları gibi diğer bulaşıcı hastalıklar ülkede yaygındır. Her ne kadar ölümcül olmasa da, sivrisinek kaynaklı sıtma, kaybedilen sağlıklı yaşam yıllarına göre Somali halkı üzerindeki üçüncü en büyük yüke sahiptir (WHO 2020).

Bununla birlikte, DSÖ'den alınan istatistikler, çatışmaya bağlı ölümlerde önemli bir artış olduğunu ve Somali'de artan zihinsel bozukluğun göstergesi olduğunu göstermektedir. Savaş bitmek üzereyken, Somali'yi akıl hastalığı denilen yeni bir zorlukla karşı karşıya bırakmıştır. Hastalığa karşı en savunmasız insanlar mültecilerdir veya yıllarca süren çatışmalar ve kuraklık nedeniyle ülke içinde yerinden edilmişlerdir. Ancak muazzam zorluklara rağmen, ülkenin sağlık sektörü krizlerden çıkmaktadır ve ileriye doğru bir yol çizmektedir. Ülke, sağlık yönetişim yapılarını yeniden kurmakta, sağlık kurumlarını yeniden inşa etmektedir. Kalkınma ortaklarıyla yeniden ilişki kurulmaktadır ve federal ve üye devlet düzeyindeki sağlık

bakanlıkları aracılığıyla merkezi olmayan bir sağlık yönetişimi sistemi benimsenmektedir (Ibrahim, Rizwan ve diğerleri 2022).

4.8 Somali'de Sağlık Sistemi

4.8.1 Somali Sağlık Sisteminin Tarihi

Tarihsel olarak, tedavi amaçlı olarak geleneksel tıp hastalıkları kullanılmıştır. Somali geleneksel tıbbı; İslam tıbbı, pratik tedaviler ve şifalı bitkiler olarak ayrılabilir. Din temelli tedaviler tamamen İslam'ın öğretisine dayanıyordu ve hem fiziksel hem de zihinsel hastalıklar için kullanılırken, pratik ve bitkisel tedaviler bedensel hastalıklara odaklanmıştır. Dağlama, kazıma ve kan alma gibi bu geleneksel tedavi biçimleri, Somali halkının büyük çoğunluğuna sunulan tek hizmetti. Bugün bile birçok Somalili, sağlık hizmetlerinin birincil kaynağı olarak hala geleneksel tıbba güvenmektedir (Samuelsson, Farah ve ark. 1991).

Somali'deki modern tıbbi uygulamalar, 1880'lerin sonlarında Avrupa sömürgeciliğinin gelişine kadar uzanmaktadır ve İngiliz ve İtalyan sömürge yönetimleri tarafından bazı gezici hizmetlerin kurulmasıyla başlamıştır. 1930'larda, İtalyan sömürge yönetimleri, temel tedavi edici, koruyucu tıbbi ve doğum hizmetleri sağlamak için, çoğunlukla ülkenin güneyinde, ilçe düzeyinde bazı tesisler inşa etmiştir (Kozma, Schayegh ve ark. 2014). Mogadişu'daki De Martino Hastanesi bu tesislerden biriydi. Ancak II. Dünya Savaşı'ndan sonra işler düzelmeye başlamış ve bazı şehirlerde daha fazla bölge düzeyinde hastane faaliyet göstermiştir. Ancak, Somaliler ve ardışık sömürge idarecileri arasında var olan güvensizlik nedeniyle, sağlık hizmetlerinin gelişimi asgari düzeydeydi (Weiss 2009).

Devlet kurumlarının 1991 başlarında çökmesinden önce, Somali, Afrika standartlarına göre makul olan ilkel bir halk sağlığı sistemine sahipti. Sivil ve askeri yönetimler bu sistemi son 30 yılda özenle inşa etmişti (WHO 2006). Sağlık Bakanlığı, bölgesel tıp görevlilerinin bir miktar yetkiye sahip olmasına rağmen, sektörün örgütsel ve idari yapısını denetledi. 1973'ten 1978'e kadar doktor sayısında önemli bir artış oldu ve bunların çok daha büyük bir kısmı Somaliliydi. 1973'te 96 doktordan 37'sine karşılık, 1978'de 198 doktordan 118'i Somaliliydi. 1970'lerde diğer sağlık personelinin sayısını artırmak ve sağlık tesislerinin inşasını teşvik etmek için çaba sarf edildi. Bu amaçla, iki hemşirelik okulu açıldı ve diğer sağlıkla ilgili eğitim programları başlatıldı. Tıbbi personel ve tesislerin ülke çapında dağılımı da

aynı derecede önemliydi. 1970'lerin başında, çoğu personel ve tesis Mogadişu'da ve diğer birkaç büyük şehirde yoğunlaşmıştı (WHO 2018).

Mevcut durum 1970'lerin sonunda biraz düzelmiştir, ancak sağlık hizmetlerinin dağılımı yetersiz kalmıştır. Somali sağlık sistemi, Siad Barre hükümeti zamanında, Mogadişu ile ülkenin geri kalanı arasında sağlık hizmetlerine erişimde geniş eşitsizliklerle zaten kargaşa içindeydi. Ancak o dönemde benimsenen politikaya göre sağlık ve eğitim ücretsizdir. Hükümetin sağlığa yönelik harcamaları, 1970'lerde ve 1980'lerin başında toplam harcamaların yüzde dört ila beşinden 1980'lerin ikinci yarısında yalnızca yüzde ikisine kadar giderek azalmıştır. Sağlık hizmetlerine erişim, yalnızca Mogadişu ve bazı sağlık hizmetleri sunan uluslararası toplum tarafından desteklenen bölgelerle daha da azalmıştır. Sağlık sistemi üzerindeki genel etki derindir ve insan kaynakları, altyapı, yönetim, hizmet sunumu ve destek sistemleri olmak üzere tüm bileşenlerini etkilemektedir (Warsame 2020).

1980'lerin sonlarında, artan istikrarsızlık ve ekonominin darmadağınık olmasıyla birlikte, sağlık profesyonelleri yurtdışında daha iyi fırsatlar aramak için Somali'den ayrılmaya başlamış ve her düzeyde büyük boşluklar yaratmışlardır. 1990'a gelindiğinde çoğu tıp uzmanı ülkeyi terk etmiş ve sadece birkaç pratisyen hekim kalmıştır. Bu beyin göçü sağlık sektörünü ciddi şekilde etkilemiştir ve çoğu temel sağlık hizmeti, nitelikli tıp doktorları, ebeler, hemşireler ve diğer sağlık personelinin yokluğu nedeniyle çoğu zaman imkânsız hale gelmektedir (Elmi 1978).

Somali'nin zaten mütevazı olan sağlık altyapısı, yıkıcı iç savaş sırasında yok edildi veya ciddi şekilde hasar görmüştür. Çoğu sağlık tesisi, ülke içinde yerinden edilmiş insanlar ve silahlı klan milisleri tarafından yağmalanmış, tahrip veya işgal edilmiştir. Önemli sayıda tıp doktoru, nitelikli hemşire, ebe ve nitelikli sağlık teknisyeni ya öldürüldü ya da yurtdışına göç edilmiştir. Hemen hemen tüm sağlık eğitimi kurumları ya yağmalandı ya da yok edildi, bu da büyük ve akut bir nitelikli sağlık çalışanı sıkıntısı yarattı. 1991-1993 yılları arasında, nüfusun tahminen yüzde 90'ının temel sağlık hizmetlerine erişimi yoktu. Sivil toplum kuruluşları, acil yardım kuruluşları ve özel sektör, devlet destekli sağlık sisteminin çöküşünün yarattığı boşluğu gelişigüzel doldurmak için devreye girmiştir (Weiss 2009).

Devlet sisteminin ortadan kalkması nedeniyle yavaş bir toparlanma başlamış, yerini tüm eyalet ve bölgelerde alternatif ve sivil toplum sağlık girişimlerine

bırakmıştır. Özel girişimciler, yerel yetkililer, uluslararası kalkınma ortakları ve uluslararası sivil toplum kuruluşlarının girişimleri, ülke genelinde farklı kalitede sağlık hizmeti sunucularının kurulmasıyla sonuçlanmıştır. Bu girişimler temel sağlık hizmetlerinin mevcudiyetini ve erişilebilirliğini önemli ölçüde artırmış olsa da özellikle kırsal ve göçebe ortamlarda Somali nüfusunun büyük bir kısmı herhangi bir sağlık hizmetine erişememektedir (Warsame 2020).

4.8.2 Sağlık Kurumları

Afrika'nın kırılgan ve istikrarsız statüsüne sahip en az gelişmiş ülkelerinden biri olan Somali, ülkenin sağlık sisteminin zayıflamasına yol açan uzun süreli çatışmalar, uzun süreli savaşlar ve siyasi huzursuzluklar yaşamaktadır (Qayad 2007). 2021'de Dünya Bankası raporları, Somali'nin sağlık sisteminin dünyanın en zayıflarından biri haline geldiğini göstermektedir. Somali'nin sağlık sistemi çok farklı ve bazen karmaşıktır. Ülke, vatandaşlarının çoğu için uzun süredir yetersiz sağlık sistemleri ve zayıf sağlık sonuçları ile ilişkilendirilmiştir. Ancak 2013 yılında Sağlık Bakanlığı, ülkedeki sağlık sistemini iyileştirmek için Somali'nin her bir kurucu bölgesi için Sağlık Sektörü Stratejik Planlarını (HSSP'ler) başlatmıştır (Warsame 2014).

Özel sağlık Kurumları:

Somali'deki sağlık sistemi büyük ölçüde özel sektördedir. Somali Federal Hükümeti ve Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenmektedir. Son yirmi yılda, Somali özel sağlık sektörü önemli bir büyüme göstermiştir ve şimdi kar amacı gütmeyen özel kurumları, kar amacı gütmeyen özel tesisleri (eğitim kurumları, küçük ölçekli klinikler ve teşhis tesisleri dahil) ve özel bakım sağlayan büyük hastaneleri içermektedir. Sektör şu anda tüm tedavi edici bakım hizmetlerinin yaklaşık yüzde 80'ini sağlamaktadır. SARA'ya göre, 2016 yılında Somali'de yaklaşık 3.289 özel sağlık tesisi vardı. Genel olarak, özel tesislerin yüzde 79'u kentsel alanlarda ve yüzde 20'si kırsal alanlardadır. Puntland, kırsal alanlarda ülkenin başka yerlerine kıyasla önemli ölçüde daha yüksek oranda tesise sahiptir (Gele, Ahmed ve diğerleri. 2017).

Tesislerin yüzde 58'i eczaneler veya dispanserlerden oluşurken, hastaneler dışındaki sağlık tesislerinin yüzde dördü bireylere aittir. Ülkede özel sağlık hizmeti sunumu düzensizdir ve bazen ülkenin sağlık sorunlarına çözüm olmaktan çok risk oluşturabilir. Dış destek ve geliştirme ortaklarının eksikliği ve kalifiye personel

eksikliği durumu daha da karmaşık hale getirmektedir. Bununla birlikte, özel sektör çok önemli bir sağlık sektörü oyuncusudur ve birçok gelişmekte olan ülkede olduğu gibi, halk sağlığı hizmetlerini uygun fiyatlarla sağlamak için bir platformdur. Bununla birlikte, Somali'deki özel sağlık sektörünün büyüklüğüne ilişkin güvenilir veriler mevcut değildir (WHO 2015).

Tablo 4.1 Somali'de Özel Sağlık Sistemi Sunumu (2018)

Özel kurum türleri	**Yüzde (%)**
Hastaneler	6
Klinikler	32
Teşhis merkezleri	4
Eczaneler	58
Toplam	100

Kaynak: OPM/ UNICEF (2018): Somali'deki özel sağlık sisteminin kapasitesinin değerlendirilmesi.

Kamu Halk Sağlığı Kurumları:

İç savaş sırasında sağlık altyapısı tahrip olmuştur ve başta güney ve orta bölgeler olmak üzere ülkenin birçok yerinde halk sağlığı hizmetleri yetersizdir. Hatta eksiktir ve sağlık hizmetlerine olan talep büyük oranda özel sektör tarafından karşılanmaktadır. Halk sağlığı tesisleri bölgelere, ilçelere, bucak düzeyinde ve kırsal alanlara dağılmıştır. Mevcut Somali kamu sağlık sistemi dört seviyeden oluşmaktadır: Kırsal alanlarda Birincil Sağlık Birimleri (PHÜ'ler), nahiye düzeyinde Sağlık Merkezleri (HC'ler), ilçelerde Sevk Sağlık Merkezleri (RFC'ler), bölgesel başkentlerde bulunan Bölge Hastaneleri (RH'ler) (Noor, Rage ve ark. 2009).

Tablo 4.2 Somali Bölgeye Göre Fonksiyonel Kamu ve Özel Sağlık Tesisleri

Sağlık Tesisleri Türü	Orta ve Güney Somali	Puntland	Somaliland	Toplam
Birincil sağlık birimi (PHU)	244	129	123	496
Sağlık merkezleri (HC)	169	84	104	357
Sevk sağlık merkezleri (RHC)	87	5	21	113
Bölge hastaneleri	11	8	16	35
Toplam	511	226	264	1001

Kaynak: OPM/ UNICEF (2018): Somali'deki özel sağlık sisteminin kapasitesinin değerlendirilmesi.

4.9 Somali'de Sağlık Harcamaları

4.9.1 Somali'deki Toplam Sağlık Harcaması

Aşağıdaki tablo, Somali'deki toplam sağlık harcamalarının son yıllarda önemli ölçüde dalgalandığını göstermektedir. 2011-2018 dönemleri arasında artış eğilimi göstermiştir ancak 2019 ve 2020 yıllarında ülkede o dönemde meydana gelen birçok sorun (sel, kuraklık ve COVID-19 gibi) nedeniyle azalma yaşanmıştır. 2018 yılında Somali'nin toplam sağlık harcaması 162,2 milyon dolar ile en yüksek seviyesine ulaşmıştır. Somali'de en düşük toplam sağlık harcaması 87,4 milyon dolar ile 2011'de olmuştur. Tabloda ayrıca özel sektörün ülkede genel hükümetten daha fazla orana sahip olduğu görülmektedir. Ancak genel devlet, son on yılda ortalama %7,2 artan özel sektöre göre ortalama %15,1 oranında artmıştır.

Tablo 4.3 Toplam Sağlık Harcaması

Yıl	Genel hükümet oranı	Özel sektör oranı	Toplam
2011	27,8	59,6	87,4
2012	29,5	62,3	91,8
2013	26,4	67,8	94,2
2014	33,6	63,8	97,4
2015	34,2	69,7	103,9
2016	52,7	82,8	135,5
2017	64,5	84,1	148,6
2018	75,8	86,4	162,2
2019	64,2	68,3	132,5
2020	61,4	63,9	125,3

Kaynak: Somali sağlık bakanlığı 2021 * Milyon ABD Doları

Genel Devlet Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı:

Bir sonraki tablo, 2019 ve 2020 yıllarında sırasıyla %48,4 ve %49,0 olan genel devlet sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranını açıklamaktadır. Genel yönetimin alt grupları dikkate alındığında, merkezi yönetim; yerel yönetim, 2019 ve 2020 yıllarında sırasıyla %2,1 ve %1,1 ile genel devlet sağlık harcaması bütçesinden çok az pay alırken, 2019 ve 2020 yıllarında sırasıyla %46,3 ve %47,9 ile genel devlet sağlık harcaması bütçesinden azami yüzdeyi almıştır.

Tablo 4.4 Genel Devlet Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı

	2019	Pay (%)	2020	Pay (%)
Toplam sağlık harcaması	132.5	100	125.3	100
Genel hükümet	64.2	48.4	61.4	49.0
Merkezi hükümet	61.3	46.3	60.1	47.9
Yerel hükümet	2.7	2.1	1.3	1.1

Kaynak: Somali sağlık bakanlığı 2021 * Milyon ABD Doları

Özel Sektör Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı:

Aşağıdaki tablo, 2019 ve 2020 yıllarında özel sektör sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranının %51,6 ve %51,0 olduğunu göstermektedir. Alt gruplara göre 2019 ve 2020 yıllarında %32,2 ve %32,9 ile özel sektör sağlık harcaması bütçesinin en büyük yüzdesini haneler almıştır. Diğerleri (Hormuud Teşkilatı, Kızılay vb. gibi) 2019 ve 2020 yıllarında ayrı ayrı %19,4 ve %18,1 olmuştur.

Tablo 4.5 Özel Sektör Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı

	2019	Pay (%)	2020	Pay (%)
Toplam sağlık harcaması	132,5	100	125,3	100
Özel sektör	68,3	51,6	63,9	51,0
Haneler	42,7	32,2	41,2	32,9
Diğerleri	25,6	19,4	22,7	18,1

Kaynak: Somali sağlık bakanlığı 2021 * Milyon ABD Doları

4.9.2 Somali'de Cari Sağlık Harcamaları

Aşağıdaki tablo, 2020 yılındaki cari sağlık harcamasını gösterirken, o dönemde 125,8 milyon dolar olan değer bir önceki yıla göre %3,5 düşüşle 121,6 milyon dolar olmuştur. 2020 yılında 3,7 milyon dolar olan yatırımlar, yine o

dönemde 6,7 milyon dolar olan bir önceki yıla göre %81,1 düşüş göstermiştir. Tabloda ayrıca sağlık hizmeti sunucularına göre toplam sağlık harcamalarının dağılımı da sunulmaktadır. Sağlık hizmet ve ürünleri satın almak için başvuruda bulunan hastaneler, 2019 ve 2020 yıllarında sırasıyla %43,4 ve %48,7 ile sağlık kuruluşlarında en büyük paya sahip olmuştur. Hastaneleri 2019 ve 2020 yıllarında sırasıyla %21,6 ve %21,1 ile perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sağlayıcıları ile ayaktan sağlık hizmetleri %14,6 ve %9,9 ile ayaktan sağlık hizmetleri izlemiştir.

Tablo 4.6 2019 ve 2020 Yıllarında Sağlık Hizmeti Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları

	2019	**Pay (%)**	**2020**	**Pay (%)**
Toplam sağlık harcamaları	132,5	100	125,3	100
Cari sağlık harcamaları	125,8	94,9	121,6	97,0
Hastaneler	57,6	43,4	61,1	48,7
Sağlık çalışanları	0,7	0,5	0,9	0,7
Ayakta sağlık hizmeti	19,2	14,6	12,4	9,9
Perakende satış ve diğer tıbbi ürün sağlayıcıları	28,7	21,6	26,4	21,1
Genel sağlık yönetimi	6,9	5,2	7,2	5,7
Diğerleri	12,7	9,6	13,6	10,9
Yatırımlar	6,7	5,1	3,7	3,0

Kaynak: Somali sağlık bakanlığı 2021 * Milyon ABD Doları

4.9.3 Somali'de Kişi Başına Sağlık Harcaması

Aşağıdaki tablo, Somali'de son 10 yılda kişi başına düşen sağlık harcamasını göstermektedir. Somali, kişi başına düşen sağlık harcaması bakımından dünyanın en alt sıralarda yer alan ülkelerinden biridir. Kişi başına en düşük sağlık harcaması, kişi başına yıllık 25,6 dolar ile 2011 yılında olmuştur. Ancak o yıldan sonra kişi başı

yıllık 71 dolar ile 2018 yılında maksimum seviyeye ulaşana kadar artmaya başlamıştır. 2019 ve 2020'de tablo, ülkedeki sel, kuraklık ve COVID-19 gibi sorunlar nedeniyle Somali'de kişi başına sağlık harcamalarının bir miktar azaldığını göstermiştir.

Tablo 4.7 Kişi Başına Sağlık Harcaması 2011-2020

Yıl	Kişi başına ABD doları
2011	25,6
2012	27
2013	30,4
2014	31,5
2015	33
2016	42
2017	57
2018	71
2019	65,9
2020	61,7

Kaynak: Somali sağlık bakanlığı 2021

4.9.4 Somali'de Toplam Ve Cari Yıl Sağlık Harcaması (GSYİH'nin Yüzdesi)

Aşağıdaki tablo, Somali'de son 10 yılda toplam ve cari yıl sağlık harcamalarını açıklamaktadır. 2018 yılında Somali'de toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı %2.85 ile en yüksek seviyesine ulaşmış ancak ülkede yaşanan bazı sorunlar nedeniyle son 2 yılda düşüş göstermiştir. Toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı olarak en düşük seviye 2011 yılı olmuş ve bundan sonra ülke ilerleme kaydetmiştir. Tablo ayrıca, Somali'de GSYİH içindeki payı olarak cari sağlık harcamalarının 2019 yılında yüzde 2,49 ile zirve yaptığını göstermektedir.

2012 yılı %1,47 ile Somali'de cari sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı olarak en düşük seviye olmuştur.

Tablo 4.8 Toplam Ve Cari Sağlık Harcaması (GSYİH'nin Yüzdesi) 2011-2020

Yıl	Toplam sağlık harcaması (GSYİH'nin yüzdesi)	Cari sağlık harcaması (GSYİH'nin yüzdesi)
2011	1,85	1,92
2012	2,06	1, 47
2013	2,42	2,16
2014	2,38	1,98
2015	2,47	2,19
2016	2,69	2,36
2017	2,74	2,41
2018	2,85	2,23
2019	2,61	2,49
2020	2,57	2,19

Kaynak: Somali sağlık bakanlığı 2021

4.9.5 Somali'de Hane Halkının Cepten Sağlık Harcamaları

Cepten ödemeler, sigortanın sağlık hizmetinin maliyetini karşılamadığı durumlarda doğrudan hasta tarafından karşılanan harcamalardır (OECD 2006). Bu harcamalar tıbbi olabileceği gibi tıbbi olmayan da olabilir. Cepten yapılan tıbbi harcamalar, doktor ücretleri, ilaç, teşhis, ameliyatlar, ambulans hizmetleri vb. için yapılan ödemeler olabilir (OECD 2006). Somali sağlık hizmetleri altyapısının otuz yıl önce çökmesinden bu yana, Somalili hanelerin çoğu herhangi bir mali korumaya sahip değildir ve hastalandıklarında ceplerinden ödeme yapmak zorunda

kalmışlardır. Aileler genellikle bu harcamaları karşılamak için borç para almaya veya varlık satmaya başvururlar.

4.10 Somali Sağlık Sistemleri Ve Harcamalarının Türki'yle Karşılaştırılması

Bu çalışmanın amacı, OECD ülkelerinden biri olan Türkiye'nin sağlık sistemi ve harcamalarının Somali ile karşılaştırılmasıdır. Türkiye'de sağlık sistemi büyük ölçüde kamu Sektöre bağlıdır. Somali'deki sağlık sistemi ise büyük ölçüde özel sektöre bağlıdır. Her iki ülkede de tüm sağlık hizmetleri ve ilgili sosyal refah faaliyetleri Sağlık Bakanlığı tarafından koordine edilmektedir. Sağlık hizmeti sunucuları her iki ülkede de Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastaneleri, üniversiteler ve özel hastanelerdir.

Türkiye vatandaşlarına sosyal güvenlik hizmetleri sosyal güvenlik kurumu tarafından üç çeşit şeklinde sağlanmaktadır; Genel sağlık sigortası (4A), Bağ-Kur (4B) ve Emekli Sandığı (4C). Ayrıca yeşil kart ve özel sektör tarafından sağlanan sigortalar da bulunmaktadır. Somali devletinin otuz yıl önce çökmesi, Somali'nin sağlık altyapısını da etkilenmiştir. Bu zamandan beri Somali halkının hiçbir sağlık güvencesi yoktur ve kendi sağlık masrafları karşılamak zorundalardır.

Bu çalışmanın amacı, Somali ve Türkiye'deki sağlık harcama farklılıklarını incelemektir. Somali, kuraklık, sel, savaş vb. ülkede pek çok sorun olmasına rağmen sağlık sektörüne en az harcayan ülkeler arasında yer almaktadır. 2013 yılında sağlık bakanlığı, ülkedeki sağlık sistemini iyileştirmek için Somali'nin federal eyaletlerinin her biri için Sağlık Sektörü Stratejik Planlarını (HSSP'ler) başlatmıştır. Ancak Türkiye, sağlık sektörüne daha fazla önem veren gelişmekte olan ülkeler arasında yer almaktadır. Topluma özel ve kamusal olarak sunulan sağlık hizmetleri sağlık sigorta kurumları tarafından finanse edilmektedir. En kapsamlı reformlar ise 2003 yılında sağlıkta dönüşüm programı uygulandıktan sonra gerçekleştirilmiştir.

Aşağıdaki tablo, 2019 ve 2020 yıllarında Somali sağlık harcama göstergelerinin Türkiye ile karşılaştırmasını açıklamaktadır. 2019 ve 2020'de, Somali toplam sağlık harcamaları 132,5 ve 125,3 milyon dolar iken, Türkiye sağlık harcamaları ise 30.927,8 ve 33.324,2 milyon dolar sırasıyla olduğunu görülmektedir. Dolaysıyla Somali, sağlık sektörlerde Türkiye'den çok az harcamaktadır. Ayrıca Somali'de özel sektörlerin toplam sağlık harcamalarına oranı, genel hükümet oranından daha fazla iken, aksine Türkiye'de de genel devletin toplam sağlık

harcamalarına oranı özel sektör oranından daha fazladır. Çalışmanın son iki yılına göre Somali'de mevcut sağlık harcaması 125,8 ve 121,6 milyon dolar iken, Türkiye'de mevcut sağlık harcaması sırasıyla 28.959,5 ve 31.074,9 milyon dolar olduğunu bulunmaktadır. Yani Somali'nin mevcut sağlık harcaması Türkiye'ninkinden çok daha azdır.

Öte yandan tabloda, Somali'nin GSYİH içindeki payı olarak toplam ve mevcut sağlık harcamalarını Türkiye ile karşılaştırmaktadır. Bu yüzden 2019 ve 2020 yıllarında GSYİH'nin payı olarak Somali'nin toplam sağlık harcaması sırasıyla %2,62 ve %2,57 iken, Türkiye %4,7 ve %5 olmuştur. Somali'de GSYİH payı olarak mevcut sağlık harcaması %2,49 ve %2,19 iken, Türkiye %4,34 ve %4,68 olmuştur. Bununla beraber Türkiye'nin toplam ve mevcut sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının Somali'den daha yüksek olduğu açıklanmaktadır.

Ayrıca tabloda Somali ve Türkiye'nin kişi başına düşen sağlık harcamalarını da karşılaştırmaktadır. 2019 ve 2020'de, Somali kişi başı yıllık sırasıyla 65,9 ve 61,7 dolar harcarken, Türkiye kişi başı yıllık 374,5 ve 399,6 dolar harcadığını tespit edilmiştir. Dolayısıyla Somali, Türkiye'ye kıyaslanarak sağlığa çok az harcama yapmaktadır. Ayrıca Somali, sağlığa harcaması gereken normal ortalamanın altında harcama yapmaktadır. Somali halkının herhangi bir maddi ve sosyal güvencesi olmadığı için haneler hastalandığında çepinden ödemek zorunda kalmaktadır. Bununla birlikte, ülkedeki güvensizlik nedeniyle cepten yapılan sağlık harcamaları hakkında gerçek bir veri bulunmamaktadır. Türkiye'de hane halkının yaptığı cepten sağlık harcaması 5.347 milyon dolara ulaşmıştır ve hane halkının cepten yaptığı sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı 2020 yılında %16,0 olmuştur.

Tablo 4.9 Somali Ve Türkiye'yle Karşılaştırması

USD$

Sağlık Harcama Göstergeleri	**Somali**		**Türkiye**	
	2019	2020	2019	2020
Toplam Sağlık Harcaması	132,5 Milyon	125,3 Milyon	30.927,8 Milyar	33.324,2 Milyar
Genel Hükümet	48.4%	49.0%	78.0%	79.2%
Özel Sektör	51.6%	51.0%	22.0%	20.8%
Mavcut Sağlık Harcaması	125,8 Milyon	121,6 Milyon	28.959,5 Milyar	31.074,9 Milyar
Toplam Sağlık Harcaması (%GSYİH)	2.62%	2.57%	4.7%	5.0%
Mevcut Sağlık Harcaması (%GSYİH)	2.49%	2.19%	4.34%	4.68%
Kişi Başına Sağlık Harcaması	65.9	61.7	374.5	399.6

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmada, Somali'nin sağlık sistemi ve harcamaları OECD ülkelerden Türkiye'yle karşılaştırılması amaçlanmaktadır. Sonuç olarak Somali sağlık sistemi Türkiye'ninkinden daha zayıf olduğunu ve sosyal güvenlik olmadığını bulunmaktadır. Somali'de, devlet sağlık hizmetleri ve harcamaları büyük bir rol oynamadığını, yani özel sektörler daha aktif olduğunu tespit edilmiştir. Yanı sıra, Somali, Türkiye'ye kıyaslanarak sağlığa çok az ve sağlığa harcaması gereken normal ortalamanın altında harcadığını açıklanmaktadır. Somali hane halkının hastalandığında cepten ödemek zorunda olduğunu bu araştırmada yer almaktadır. Somali'deki sağlık harcamaların verileri alabilmek için zordur. Ayrıca bununla ilgili veriler için devletin kaynaklarına başvurmak gereklidir.

Araştırma sürecinde elde edilen sonuçlardan hareketle bu alanda ileride yapılacak araştırmalar için aşağıdaki önerilerde bulunulabilecektir:

- Araştırma sonucunda Somali, Türkiye'yle kıyaslanarak güçlü ve kaliteli bir sağlık sistem oluşturulması gerekmektedir.
- Somali genel devleti sağlık hizmeti ve harcamaları önem vermesi ve daha çok ilgilenmesi ihtiyacı duymaktadır.
- Somali hükümeti, sağlık bakanlığına ayarladığı bütçeyi artırması gerekmektedir.
- Somali hane halklarının finansal koruma yapılması için Türkiye genel sağlık sigortasından kıyaslanarak uygun bir sosyal güvencesi uygulanmalıdır.
- Daha güvenli ve kaliteli veriler bulunması için Somali sağlık bakanlığı bu konuyla ilgili farklı araştırmalar yapılması sağlamalıdır.
- Somali sağlık sektörün gelişmişliği açısından sağlığa yapılan harcamaların, yatırımların daha planlı ele alınması, sağlığa ayrılan kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılması oldukça önem arz etmektedir.
- Gelecekteki sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için devlet çalışanları devlet tarafından yüksek maaş alan çalışanları maaşlarından belli bir miktarı kesip havuza dahil edilmelidir.

6. KAYNAKLAR

Abbaspour, N., et al. (2014). "Review on iron and its importance for human health." Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences 19(2): 164.

Abbink, G. (2009). "The total Somali clan genealogy." ASC Working Paper Series (84).

Abdullahi, M. D. (2001). Culture and customs of Somalia, Greenwood Publishing Group.

Abolhallaje, M., et al. (2013). "Determinants of catastrophic health expenditure in Iran." Iranian journal of public health 42(Supple1): 155.

Akbulut, Y., et al. (2007). "Reform of the health care system in Turkey: a review of universal health insurance." World Hospitals and Health Services 43(1): 13.

Akdağ, R. (2008). "Primary Health Care Services."

Akdag, R. (2009). "Progress Report Health Transformation Programme." Ankara: Ministry of Health of Turkey.

Akdağ, R. and Y. Koç (2012). Türkiye sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003-2011): herkes için sağlık, TC Sağlık Bakanlığı.

Akdag, R., et al. (2009). "Progress report: Health transformation program in Turkey." MoH Pub(749).

Akdur, R. (2006). Sağlık Sektörü" Temel Kavramlar ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu".

Akturk, S. (2009). "Persistence of the Islamic Millet as an Ottoman legacy: mono-religious and anti-ethnic definition of Turkish nationhood." Middle Eastern Studies 45(6): 893-909.

Ali Jadoo Alazawi, S. A., et al. (2014). "Turkish health system reform from the people perspective." BMC public health 14(1): 1-1.

Altınel, L., et al. (2007). "Profesyonel hastane çalışanlarında bel ağrısı prevelansı ve bel ağrısını etkileyen faktörler." Tıp Araştırmaları Dergisi 5(3): 115-120.

Arnold, R. D. and J. P. Wade (2015). "A definition of systems thinking: A systems approach." Procedia computer science 44: 669-678.

Arslanhan, S. (2010). "Artan Sağlık Harcamaları Temel Sağlık Göstergelerini Nasıl Etkiliyor." TEPAV Değerlendirme Notu: 1279030877-1279030872.

Awale, A. I. (2021). "Somalia Weather Forecast Using Machine Learning."

Aydede, Y. (2007). "Saving and social security wealth: A case of Turkey." Networks Financial Institute Working Paper(2007-WP): 03.

Aydin, N. (2022). "Historical Perspective on the Health Transformation in Turkey." Sağlık Bilimlerinde Değer 12(1): 188-193.

Aydın, N. and R. Bakoğlu (2011). "Patient care costs in the state training and research hospitals in Istanbul in years 2000-2007." Procedia-Social and Behavioral Sciences 24: 1070-1089.

Aydin, N. Y., et al. (2010). "GIS-based environmental assessment of wind energy systems for spatial planning: A case study from Western Turkey." Renewable and Sustainable Energy Reviews 14(1): 364-373.

Backlund, A. (2000). "The definition of system." Kybernetes.

Bailey, K. D. (1994). Sociology and the new systems theory: Toward a theoretical synthesis, Suny Press.

Bakanlığı'nın, T. S. (1998). "Ağustos 1998 tarih ve 23420 sayılı Hasta Hakları Yönetmeliği." Resmi Gazete.

Başol, O. (2018). "OECD ülkelerinde yaşam tatmini üzerine bir değerlendirme." ISGUC The Journal of Industrial Relations and Human Resources: 71-86.

Bernard, D., et al. (2012). "Reconciling medical expenditure estimates from the MEPS and NHEA, 2007." Medicare & medicaid research review 2(4).

Besteman, C. (2012). "Translating race across time and space: the creation of Somali Bantu ethnicity." Identities 19(3): 285-302.

Böhm, K., et al. (2013). "Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification." Health policy 113(3): 258-269.

Böhm, K., Schmid, A., Götze, R., Landwehr, C., & Rothgang, H. (2012). Classifying OECD healthcare systems: a deductive approach (No. 165). TranState Working Papers.

Boyacıoğlu, E. Z. (2012). "The importance of health expenditures on sustainable development." International Journal of Social Sciences and Humanity Studies 4(2): 147-158.

Bradley, C. (2001). "Importance of differentiating health status from quality of life." The Lancet 357(9249): 7-8.

Brown, J. R. and B. Carpenter (2018). "Heritage Somali and identity in rural Wisconsin." Journal of Language Contact 11(2): 348-371.

Buchmueller, T. C. and R. G. Valletta (1999). "The effect of health insurance on married female labor supply." Journal of Human Resources: 42-70.

Buken, N. O. (2009). "The health system, health policies and health transformation program in Turkey." Med. & L. 28: 23.

Cacace, M. (2011). Das Gesundheitssystem der USA: Governance-Strukturen staatlicher und privater Akteure, Campus Verlag.

Cacace, M. and A. Schmid (2008). "The healthcare systems of the USA and Canada: Forever on divergent paths?" Social Policy & Administration 42(4): 396-417.

Çakar, N. (1998). "A strategic overview of Turkey." Perceptions: Journal of International Affairs 3(2).

Ceylan, S., et al. (2022). "Place of Death of Geriatric Population in Turkey: A 7-Year Observational Study." Journal of Palliative Care 37(1): 18-25.

Chun, C. B., et al. (2009). "Republic of Korea: health system review."

Ciyer, A. (2010). Developing inclusive education policies and practices in Turkey: A study of the roles of UNESCO and local educators, Arizona State University.

Costa-Font, J. and S. L. Greer (2013). "Territory and health: perspectives from economics and political science." Federalism and decentralization in European health and social care: 13-43.

Cuadrado, C., et al. (2019). "National Health Insurance: a conceptual framework from conflicting typologies." Health policy 123(7): 621-629.

Çulha, E. D. (2019). Türkiye'de Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler Üzerine Araştırma (2003-2017). Gazi Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı. Yüksek lisans tezi.

Deborah McElligott, D. and S. Penque (2017). "Transforming Healthcare Through Innovative Partnerships."

Docteur, E. and H. Oxley (2003). "Health-care systems: lessons from the reform experience."

Donabedian, A. (1972). "Models for organizing the delivery of personal health services and criteria for evaluating them." The Milbank Memorial Fund Quarterly 50(4): 103-154.

Donev, D. (1996). "Strenghtening the fourth dimension of health–the spiritual health."

Donev, D. (2014). "Toward the fourth dimension of health–the spiritual health." Vox Medici 23: 318-321.

Elmi, A. S. (1978). "Research into medicinal plants: The Somali experience: ." Department of Pharmacology, Somali National University, Mogadishu-Somalia.

Ercisli, S. (2009). "Apricot culture in Turkey." Sci. Res. Essays 4(8): 715-719.

Esping-Andersen, G. (1990). The three worlds of welfare capitalism, Princeton University Press.

Feldstein, P. J. (2012). Health care economics, Cengage Learning.

Freeman, R. and L. Frisina (2010). "Health care systems and the problem of classification." Journal of Comparative Policy Analysis 12(1-2): 163-178.

Gele, A. A., et al. (2017). "Beneficiaries of conflict: a qualitative study of people's trust in the private health care system in Mogadishu, Somalia." Risk management and healthcare policy 10: 127.

Gelletly, L. (2014). Somalia, Simon and Schuster.

Gerdtham, U.-G. and B. Jönsson (2000). International comparisons of health expenditure: theory, data and econometric analysis. Handbook of health economics, Elsevier. 1: 11-53.

Gerlinger, T. (2009). Competitive Transformation and State Regulation in Social Health Insurance Countries. Germany, Switzerland, and the Netherlands Compared. Governance of Welfare State Reform: A Cross National and Cross Sectoral Comparison of Policy and Politics.

Giaimo, S. and P. Manow (1999). "Adapting the welfare state: the case of health care reform in Britain, Germany, and the United States." Comparative Political Studies 32(8): 967-1000.

Gilson, L. (2003). "Trust and the development of health care as a social institution." Social science & medicine 56(7): 1453-1468.

Gök, M. Ş. (2013). "Improving service quality in Turkish healthcare system: the role of medical technology." International Review of Economics and Management 1(2): 92-107.

Gökalp, S., et al. (2010). "National survey of oral health status of children and adults in Turkey." Community dental health 27(1): 12.

Gumus, E. (2006). "Benefit-Cost Analysis of Reforming the Turkish Social Insurance Institution for the Self-Employed (Bağ-Kur)." METU Studies in Development 33: 169-206.

Gürbüz, Y. (1998). Birinci Basamak sağlık Hizmetlerinde çalışan sağlık Personelinin iş Tatmin düzeyleri Ve Bunun örgütsel Stres kaynakları düzeyleri Ile karşılaştırılması, Marmara Universitesi (Turkey).

Gürsoy, K. (2015). "An overview of Turkish healthcare system after health transformation program: main successes, performance assessment, further challenges, and policy options." Sosyal Güvence(7): 83-112.

Hadden, R. L. (2007). The geology of Somalia: A selected bibliography of Somalian geology, geography and earth science, Army Topographic Engineering Center Alexandria.

Haskell, W. L., et al. (2009). "Physical activity: health outcomes and importance for public health policy." Preventive medicine 49(4): 280-282.

Hassan, M. G. and M. H. Tako (1999). Current status of marine fisheries in Somalia. Assessment & Monitoring of Marine System, Universiti Putra Malaysia Terengganu Kuala Terengganu, Malaysia.

Hassenteufel, P. and B. Palier (2007). "Towards neo-Bismarckian health care states? Comparing health insurance reforms in Bismarckian welfare systems." Social Policy & Administration 41(6): 574-596.

Hoshikawa, K., et al. (2007). "Evaluation of impact of climate changes on the Lower Seyhan Irrigation Project, Turkey." The Final Report of ICCAP.

Hosoglu, S., et al. (2011). "Healthcare workers' compliance with universal precautions in Turkey." Medical Hypotheses 77(6): 1079-1082.

Ibrahim, M., et al. (2022). "Mental health crisis in Somalia: a review and a way forward." International Journal of Mental Health Systems 16(1): 1-12.

Ilgun, G. and B. Sahin (2016). "Investigating the opinions of employees working in family medicine about family medicine practice." Hacettepe J Health Adm Educ 19(2): 115-130.

İlhan, M., et al. (2017). "Bir tıp fakültesi hastanesinde elektromanyetik alan haritası çıkarılması ve elektromanyetik alan bulunan yerlerde çalışanların sağlık durumları." Sağlık ve Sosyal Politikalara Bakış 1(1).

Isler, B., et al. (2019). "Antibiotic overconsumption and resistance in Turkey." Clinical Microbiology and Infection 25(6): 651-653.

İstanbulluoğlu, H., et al. (2010). "Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri." Dirim Tıp Gazetesi 85(2): 86-99.

Jestin, F., et al. (1994). "The Somalia plate and the East African Rift System: present-day kinematics." Geophysical Journal International 116(3): 637-654.

Jia, H., et al. (2021). Total health expenditure and its driving factors in China: a gray theory analysis. Healthcare, MDPI.

Julia, L. (2003). "Lay experiences of health and illness: past research and future agendas." Sociology of health & illness 25(3): 23-40.

Kaynak, K. Ö. ve Keser, H. (2016). Kamu Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin İstihdam Türleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Çalışma Ekonomisi Ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı. Doktora Tezi.

Kim, T. K. and S. R. Lane (2013). "Government health expenditure and public health outcomes: A comparative study among 17 countries and implications for US health care reform." American International Journal of Contemporary Research 3(9): 8-13.

Kozma, L., et al. (2014). A global Middle East: mobility, materiality and culture in the modern age, 1880-1940, Bloomsbury Publishing.

Küçük, A. (2018). "Public hospital reform in T urkey: The “public hospital union” case (2012-2017)." The International Journal of Health Planning and Management 33(4): e971-e984.

Kurt, S. (2015). "Government health expenditures and economic growth: a Feder-Ram approach for the case of Turkey." International Journal of Economics and Financial Issues 5(2): 441-447.

Lehoux, P., et al. (2018). "The unexplored contribution of responsible innovation in health to sustainable development goals." Sustainability 10(11): 4015.

Linke, A. and C. Raleigh (2011). "State and stateless violence in Somalia." African Geographical Review 30(1): 47-66.

Luling, V. (2006). "Genealogy as theory, genealogy as tool: aspects of Somali ‘clanship’." Social Identities 12(4): 471-485.

Melek, İ., et al. (2009). "Hastane çalışanlarında Hbv, Hcv ve Hıv seropozitifliğinin araştırılması." Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi 66(2): 59-66.

Meydanlioğlu, A. M. A. (2013). "Sağlik çalişanlarinin sağliği ve güvenliği." Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2(3): 192-199.

Millstein, S. G. and C. E. Irwin (1987). "Concepts of health and illness: different constructs or variations on a theme?" Health Psychology 6(6): 515.

Minderhoud, P. (2016). "Social Security Rights under Decision No 3/80 of the EEC-Turkey Association Council: Developments in the EU and in the Netherlands." European Journal of Social Security 18(3): 268-285.

Moran, M. (2000). "Understanding the welfare state: the case of health care." The British Journal of Politics and International Relations 2(2): 135-160.

Muchiri, P. (2007). "Climate of Somalia."

Mukhtar, M. H. (2003). Historical dictionary of Somalia, Scarecrow Press.

Murray, C. J. and J. Frenk (2000). "A framework for assessing the performance of health systems." Bulletin of the world Health Organization 78: 717-731.

Murray, C. J., et al. (1999). "A WHO framework for health system performance assessment."

Musgrove, P., et al. (2002). "Basic patterns in national health expenditure." Bulletin of the world Health Organization 80: 134-146.

Mutlu, A. (2006). "Küresel kamusal mallar bağlamında sağlık hizmetleri ve çevre kirlenmesi: Üretim, finansman ve yönetim sorunları." Maliye Dergisi 150: 53-78.

Naderi, S. (2011). "SGK verilerine göre Türkiye'de yapılan spinal cerrahi operasyonlarının analizi." Türk Nöroşirürji Dergisi 21(3): 225-230.

Narayanasamy, K., et al. (2020). "Geriatric Healthcare Issues: A Public Health Perspective." Perspective 9(2): 48-52.

Njoku, R. C. (2013). The history of Somalia, ABC-CLIO.

Noor, A. M., et al. (2009). "Health service providers in Somalia: their readiness to provide malaria case-management." Malaria Journal 8(1): 1-8.

Obrizan, M. and G. L. Wehby (2018). "Health expenditures and global inequalities in longevity." World Development 101: 28-36.

OECD, W. (2008). "OECD Review's of Health System: Turkey." Link: https://bit. ly/364VB8j.

Organization, W. H. (2000). The world health report 2000: health systems: improving performance, World Health Organization.

Organization, W. H. (2002). Health, economic growth and poverty reduction: The report of Working Group I of the Commission on Macroeconomics and Health, World health organization.

Orhaner, E. (2006). "Türkiye'de sağlık hizmetleri finansmanı ve genel sağlık sigortası." Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi(1): 1-22.

Orhaner, E. (2014). Türkiye'de sağlık sigortası, Siyasal Kitabevi.

Osman, A. A. (2007). "Cultural diversity and the Somali conflict: Myth or reality?" African Journal on Conflict Resolution 7(2): 93-133.

Özcan, N. K. and H. Bilgin (2011). "Türkiye'de Saglik Çalisanlarina Yönelik Siddet: Sistematik Derleme/Violence Towards Healthcare Workers in Turkey: A Systematic Review." Türkiye Klinikleri. Tip Bilimleri Dergisi 31(6): 1442.

Özçetin, B. (2019). "'The show of the people'against the cultural elites: Populism, media and popular culture in Turkey." European Journal of Cultural Studies 22(5-6): 942-957.

Özkan, N. (2013). "Diş teknisyenleri ve silikozis hastalığı." Eğitim Bilim Toplum Dergisi 11: 118-120.

Papanicolas, I., et al. (2018). "Health care spending in the United States and other high-income countries." Jama 319(10): 1024-1039.

Pavlekovic, G., et al. (2008). "Concepts and principles in health promotion." Programmes for Training on Research in Public Health for South Eastern Europe.

Pernick, M. S. (1997). "Eugenics and public health in American history." American Journal of Public Health 87(11): 1767-1772.

Pouvreau, D. and M. Drack (2007). "On the history of Ludwig von Bertalanffy's "General Systemology", and on its relationship to cybernetics: Part I: elements on

the origins and genesis of Ludwig von Bertalanffy's “General Systemology”." International Journal of General Systems 36(3): 281-337.

Powell, B., et al. (2008). "Somalia after state collapse: Chaos or improvement?" Journal of Economic Behavior & Organization 67(3-4): 657-670.

Putman Briton, D. and M. C. Noor (1993). "The Somalis. Their history and culture." CAL Refugee Fact Sheet.

Qayad, M. G. (2007). "Health care services in transitional Somalia: challenges and recommendations." Bildhaan: an International Journal of Somali Studies.

Reno, W. (2003). "Somalia and Survival in the Shadow of the Global Economy." Somaliland Cyberspace.

Richman, I. B. and M. Brodie (2014). "A national study of burdensome health care costs among non-elderly Americans." BMC health services research 14(1): 1-7.

Ross, S. K. (2000). Roman Edessa: Politics and culture on the eastern fringes of the Roman Empire, 114-242 CE, Routledge.

Rothgang, H., et al. (2005). "9 The changing role of the state in healthcare systems." European review 13(S1): 187-212.

Rothgang, H., et al. (2010). The state and healthcare: comparing OECD countries, Springer.

Rutter, M. (1987). "Psychosocial resilience and protective mechanisms." American journal of orthopsychiatry 57(3): 316-331.

Sachs, J. D., et al. (2001). "Investing in Health for Economic Development." WHO, Scaling up response to infectious diseases (Geneva: WHO, 2001): 2.

Sacks, J. and J. Gallup (1999). "Geography and economic growth. Cambridge MA, Consulting Assistance on Economic Reform." Harvard Institute for International Development.

Sağlık Bakanlığı, T. (2022). "Türkiye’de Kaç Sağlık Personeli Var?" https://saglikagi.net/turkiyede-kac-saglik-personeli-var-2022/.

Samuelsson, G., et al. (1991). "Inventory of plants used in traditional medicine in Somalia. I. Plants of the families Acanthaceae-Chenopodiaceae." Journal of ethnopharmacology 35(1): 25-63.

Şantaş, F. and Ü. Çıraklı (2019). "Sağlik Hizmetlerinin Finansman Ve Geri Ödenme Yöntemleri: Türkiye’de Mevcut Durum." Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi 5(1): 12-20.

Savas, S. B., et al. (2002). "Health care systems in transition: Turkey."

Schieber, G. J. (1987). Financing and delivering health care, Organisation for Economic Co-operation and Development.

Sebhat, M. Y. (2015). "Assessments of water demands for the Juba and Shabelle Rivers in Somalia." Journal of agriculture and environment for international development (JAEID) 109(2): 165-177.

Şen, H. T., et al. (2012). "Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının empatik beceri düzeyleri." Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 3(1): 6-12.

Stepputat, F. and T. Hagmann (2019). "Politics of circulation: The makings of the Berbera corridor in Somali East Africa." Environment and Planning D: Society and Space 37(5): 794-813.

Sülkü, S. N. (2011). "Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu." Finansmanı ve Sağlık Harcamaları, TC Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Yayın(414).

Sülkü, S. N. (2011). Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı öncesi ve sonrasında sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve sağlık harcamaları, Maliye Bakanlığı.

Sulku, S. N. (2012). "The health sector reforms and the efficiency of public hospitals in Turkey: provincial markets." The European Journal of Public Health 22(5): 634-638.

Sun Yaya, Chen Xi, Zhou Xiaoyang, Zhang Meixia. (2020). Evaluating the efficiency of China's healthcare service: A weighted DEA-game theory in a competitive environment. Journal of Cleaner Production.

Svalastog, A. L., et al. (2017). "Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society." Croatian medical journal 58(6): 431.

Tandon, A., et al. (2000). "Measuring overall health system performance for 191 countries." Geneva: World Health Organization.

Tang, J. (2009). Aged care in Australia: A guide for aged care workers-by D. Dawbin & A. Rogers, Wiley Online Library.

Tarhan, S. (2012). Bağ-Kur'un Bünyesi ve Gelişmesi. Journal of Social Policy Conferences.

Tatar, M. (2011). "Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri: Sosyal sağlık sigortasının Türkiye'de gelişimi." SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi 1(1).

Tengilimoglu, D. and A. Kisa (2005). "Conflict management in public university hospitals in Turkey: a pilot study." The health care manager 24(1): 55-60.

Tengilimoğlu, D., et al. (2015). "Sağlık işletmeleri yönetimi (7. Bs.)." Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Tiilikainen, M. (2012). "Somali health care system and post-conflict hybridity." Afrikan Sarvi(2).

Tiljak, M. K. (2017). "The 90th anniversary of Andrija Štampar School of Public Health." Croatian medical journal 58(5): 330.

Topuz, S. K. (2009). "Türkiye'de sosyal devlet harcamalarının genel eğilimi: 2001–2009 yılları arasında yapılan eğitim, sağlık ve sosyal koruma harcamaları." Alternatif Politika 1.

Toth, F. (2010). "Is there a southern European healthcare model?" West European Politics 33(2): 325-343.

Trading Economics, S. (2022). "The Gross Domestic Product (GDP) in Somalia " Trading Economics Journals , https://tradingeconomics.com/somalia/gdp.

Treakle, H. C. (1971). The Agricultural Economy of Somalia, US Department of Agriculture, Economic Research Service.

Tunc, O. and M. Kiyak (2015). "Private health insurance in Europe and Turkey." Journal of Economics Finance and Accounting: 409-425.

Tuohy, C. H. (1999). Accidental logics: The dynamics of change in the health care arena in the United States, Britain, and Canada, Oxford University Press.

Turan, M. (2018). "Türkiye'nin Yeni Yönetim Düzeni: Cumhurbaşkanliği Hükümet Sistemi." Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi 7(3): 42-91.

Turguttopbaş, N. (2020). "Analysis of the Equity of Health Care Financing System in Turkey." Turkish Studies-Economics, Finance, Politics 15(3): 1639-1653.

Türkal, H. (1999). Türk Sosyal Güvenlik Sistemi (TC Emekli Sandığı'na Özel Bir Bakış), Marmara Universitesi (Turkey).

Türkoğlu, N., et al. (2016). "Effects of climate changes on phenological periods of apple, cherry and wheat in Turkey Türkiye'de iklim değişikliğinin elma, kiraz ve buğdayın fenolojik dönemlerine etkileri." Journal of Human Sciences 13(1): 1036-1057.

Türkstat (2021). "Health Expenditure Statistics, 2020."

Tusiad, T. I. and B. S. Association (2005). Charting the way forward: Health Care Reform in Turkey, Istanbul.

Ünlü, N. (2020). Sağlık çalışanlarının öznel iyi oluş düzeylerinin çalışma motivasyonuna etkisi, Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Ünlü, N. ve Bilal A. K. (2020). Sağlık Çalışanlarının Öznel İyi Oluş Düzeylerinin Çalışma Motivasyonuna Etkisi. Biruni Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.

Ünübol, H. and G. H. Sayar (2021). "Prevalence and sociodemographic determinants of substance use in Turkey." European addiction research 27(6): 447-456.

Vardar, A., et al. (2011). "Local indications of climate changes in Turkey: Bursa as a case example."

Warsame, A. (2014). "Opportunity for health systems strengthening in Somalia." The Lancet Global Health 2(4): e197-e198.

Warsame, A. A. (2020). "Somalia's Healthcare System: A baseline study & human capital development strategy." Heritage Institute for Policy Studies and City University of Mogadishu, Mogadishu: HIPS.

Weiss, T. L. (2009). "Migration for Development in the Horn of Africa." Health expertise from the Somali.

Wendt, C., et al. (2009). "Healthcare system types: a conceptual framework for comparison." Social Policy & Administration 43(1): 70-90.

Wendt, C., et al. (2013). "Social health insurance without corporate actors: Changes in self-regulation in Germany, Poland and Turkey." Social Science & Medicine 86: 88-95.

White, F. (2015). "Primary health care and public health: foundations of universal health systems." Medical Principles and Practice 24(2): 103-116.

WHO, W. H. O. (2006). "Health system profile Somalia." Regional health systems observatory.

WHO, W. H. O. (2015). Strategic review of the Somali health sector: challenges and prioritized actions. Report of the WHO mission to Somalia, 2015.

WHO, W. H. O. (2016). "Total expenditure on health as a percentage of gross domestic product (US $)." Global Health Observatory.

WHO, W. H. O. (2018). "Somalia Country Cooperation Strategy 2019-23." World Health Organization.

WHO, W. H. O. (2020). "Emergency situation report: Somalia." Regional office for the easteren mediterranean https://www.emro.who.int/som/somalia-infocus/somalia-situation-reports.html.

WHO, W. H. O. (2021). Global health observatory (GHO) data: The data repository.

Wiener, N. (2019). Cybernetics or Control and Communication in the Animal and the Machine, MIT press.

Wilsford, D. (1994). "Path dependency, or why history makes it difficult but not impossible to reform health care systems in a big way." Journal of public policy 14(3): 251-283.

Yilmaz, I. (2021). "The emergence of islamist official and unofficial laws in the erdoganist turkey: The case of child marriages." Religions 12(7): 513.

Yüksel, H. (2017). "Welfare State Crisis in Turkey: An Assessment on the Basis of Green Card Health Insurance Program." Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi 16(60): 19-33.

7. EKLER

EK-A. Etik Kurul Kararı

Ek-B. Türnitin Raporu

SOMALİ SAĞLIK SİSTEMLERİ VE SAĞLIK HARCAMALARININ OECD ÜLKELERİNDEN TÜRKİYE İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Yazar Kowthar Isak Hassan

Gönderim Tarihi: 05-Ara-2022 12:06PM (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 1971876104
Dosya adı: Kowthar_sak_HASSAN_Tez_Son_Hal.docx (417.89K)
Kelime sayısı: 21036
Karakter sayısı: 140257

SOMALİ SAĞLIK SİSTEMLERİ VE SAĞLIK HARCAMALARININ OECD ÜLKELERİNDEN TÜRKİYE İLE KARŞILAŞTIRILMASI

ORİJİNALLİK RAPORU

%13	%13	%1	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%4
2	www.isgturkiye.com İnternet Kaynağı	%1
3	acikerisim.erbakan.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
4	tr.wikithe.ru İnternet Kaynağı	%1
5	bilgitopya.com İnternet Kaynağı	%1
6	www.alomaliye.com İnternet Kaynağı	%1
7	www.ogretmensitemiz.com İnternet Kaynağı	<%1
8	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
9	tr.ecotaf.net İnternet Kaynağı	<%1

10	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
11	tr.amerisitestorage.com İnternet Kaynağı	<%1
12	www.sagliksen.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
13	tr.sawakinome.com İnternet Kaynağı	<%1
14	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<%1
15	acikerisim.sakarya.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
16	econstor.eu İnternet Kaynağı	<%1
17	hdl.handle.net İnternet Kaynağı	<%1
18	www.mardinlife.com İnternet Kaynağı	<%1
19	www.sargutan.com İnternet Kaynağı	<%1
20	tez.sdu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
21	www.tarimkredi.org.tr İnternet Kaynağı	<%1

22	acikerisim.uludag.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
23	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<%1
24	projetezdanismanlik.com İnternet Kaynağı	<%1
25	konupara.com İnternet Kaynağı	<%1
26	kalite.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
27	9lib.net İnternet Kaynağı	<%1
28	Gökhan ABA, Metin ATEŞ, Haydar SUR. "Comparison of Health Inequalities Between Countries", Turkiye Klinikleri Journal of Health Sciences, 2016 Yayın	<%1
29	www.ceidizleme.org İnternet Kaynağı	<%1
30	tr.wikipedia.org İnternet Kaynağı	<%1
31	www.haberler.com İnternet Kaynağı	<%1
32	www.sgb.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1

33	BAYRAKTUTAN, Yusuf and PEHLİVANOĞLU, Ferhat. "Sağlik işletmelerinde etkinlik analizi: Kocaeli örneği", Kocaeli Üniv. Sosyal Bilimler Enst., 2012. Yayın	<%1
34	kids.britannica.com İnternet Kaynağı	<%1
35	www.sivilsayfalar.org İnternet Kaynağı	<%1
36	ets.anadolu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
37	forum.kursistem.com İnternet Kaynağı	<%1
38	openaccess.ogu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
39	www.healthworldnews.net İnternet Kaynağı	<%1
40	DAŞTAN, İlker and ÇETİNKAYA, Volkan. "OECD Ülkeleri ve Türkiyenin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması", SOSYAL GÜVENLİK KURUMU, 2015. Yayın	<%1
41	docs.wixstatic.com İnternet Kaynağı	<%1

42	doczz.biz.tr İnternet Kaynağı	<%1
43	dspace.ankara.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
44	ideastudies.com İnternet Kaynağı	<%1
45	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	<%1
46	shyk2018.mu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
47	yakinsamak.blogspot.com İnternet Kaynağı	<%1
48	www.milliyet.com.tr İnternet Kaynağı	<%1
49	epdf.pub İnternet Kaynağı	<%1

Alıntıları çıkart Kapat
Bibliyografyayı Çıkart üzerinde

Eşleşmeleri çıkar Kapat

33	BAYRAKTUTAN, Yusuf and PEHLİVANOĞLU, Ferhat. "Sağlik işletmelerinde etkinlik analizi: Kocaeli örneği", Kocaeli Üniv. Sosyal Bilimler Enst., 2012. Yayın	<%1
34	kids.britannica.com İnternet Kaynağı	<%1
35	www.sivilsayfalar.org İnternet Kaynağı	<%1
36	ets.anadolu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
37	forum.kursistem.com İnternet Kaynağı	<%1
38	openaccess.ogu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
39	www.healthworldnews.net İnternet Kaynağı	<%1
40	DAŞTAN, İlker and ÇETİNKAYA, Volkan. "OECD Ülkeleri ve Türkiyenin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması", SOSYAL GÜVENLİK KURUMU, 2015. Yayın	<%1
41	docs.wixstatic.com İnternet Kaynağı	<%1

8. ÖZGEÇMİŞ