KAYSERİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SOMALİ VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİ PERFORMANS DEĞERLENDİRMESİ

HALİMO ABDULLAHİ ALİ

DANIŞMAN
DOÇ. DR. NADİDE SEVİL TÜLÜCE



2025

T.C.
KAYSERİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

SOMALİ VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİ PERFORMANS DEĞERLENDİRMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Hazırlayan
Halimo ABDULLAHİ ALİ

Danışman
Doç. Dr. Nadide SEVİL TÜLÜCE

Jüri Üyeleri
1. Doç. Dr. Nadide SEVİL TÜLÜCE
2. Dr. Öğretim Üyesi Tuğba BAYNAL DOĞAN
3. Dr. Öğretim Üyesi Zeynep ÖZTÜRK YAPRAK

Ağustos 2025
KAYSERİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Halimo ABDULLAHİ ALİ

İmza

	TEZ İNTİHAL RAPORU TESLİM FORMU	Doküman No	FR-287
		İlk Yayın Tarihi	8/02/2022
		Revizyon Tarihi	-
		Revizyon No	0
		Sayfa No	1/1

T.C.
Kayseri Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi
Program Adı : Yüksek Lisans
Tez Başlığı : Somali ve Türkiye Sağlık Sistemleri Performans Değerlendirmesi

Yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının a) Giriş, b) Ana bölümler ve c) Sonuç kısımlarından oluşan (Kapak, Önsöz, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) toplam 131 sayfalık kısmına ilişkin 29/07/2025 tarihinde ***Turnitin*** intihal programından aşağıda belirtilen filtreleme uygulanarak alınmış olan özgünlük raporuna göre tezin benzerlik oranı**: % 11'**dir.

Uygulanan filtrelemeler:

1- Giriş dahil
2- Ana Bölümler dahil
3- Sonuç dahil
4- Alıntılar dahil
5- Kapak hariç
6- Önsöz ve Teşekkür hariç
7- İçindekiler hariç
8- Kaynakça hariç
9- Özet hariç
10- Yedi (7) kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Kayseri Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Önerisi Hazırlama, Tez Yazma ve Teslim Yönergesini inceledim ve bu yönergede belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini, aksinin tespit edileceği muhtemel durumlarda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini bilgilerinize arz ederim. 31/07/2025

Danışman
Doç. Dr. Nadide SEVİL TÜLÜCE
İmza

Öğrenci
Halimo ABDULLAHİ ALİ
İmza

KILAVUZA UYGUNLUK

" Somali ve Türkiye Sağlık Sistemleri Performans Değerlendirmesi" başlıklı Yüksek Lisans Tezi, Kayseri Üniversitesi Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan	**Tez Danışmanı**
Halimo ABDULLAHİ ALİ	Doç. Dr. Nadide SEVİL TÜLÜCE
İmza	İmza

Sağlık Yönetimi ABD Başkanı

Prof. Dr. Özgür DEMİRTAŞ

İmza

KABUL VE ONAY TUTANAĞI

Doç. Dr. Nadide SEVİL TÜLÜCE danışmanlığında Halimo ABDULLAHİ ALİ tarafından hazırlanan "Somali ve Türkiye Sağlık Sistemleri Performans Değerlendirmesi" başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından Kayseri Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

14 / 08 / 2025

JÜRİ:

Danışman	: Doç. Dr. Nadide SEVİL TÜLÜCE	İmza
Üye	**:** Dr. Öğretim Üyesi Tuğba Gül BAYNAL DOĞAN	İmza
Üye	**:** Dr. Öğretim Üyesi Zeynep ÖZTÜRK YAPRAK	İmza

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun ……...…… tarih ve …… sayılı kararı ile onaylanmıştır.

……. /……../ ……

Doç. Dr. Ahmet TERZİ

İmza

Enstitü Müdürü

ÖN SÖZ / TEŞEKKÜR

Bu tez çalışması, yüksek lisans eğitimim süresince edindiğim bilgi ve deneyimlerin bir ürünüdür. Çalışmamın hazırlanma sürecinde bana rehberlik eden, yönlendirmeleriyle akademik gelişimime katkıda bulunan değerli tez danışmanım Nadide SEVİL TÜLÜCE ’ye en içten teşekkürlerimi sunarım. Araştırma sürecinde desteğini esirgemeyen, görüş ve önerileriyle çalışmama katkıda bulunan değerli hocalarıma da şükranlarımı ifade etmek isterim. Bu süreçte her zaman yanımda olan, sabır ve anlayışlarıyla bana moral veren aileme ve değerli eşime de minnettarlığımı belirtmek isterim. Onların manevi desteği, bu çalışmayı tamamlamamda en önemli güç kaynaklarımdan biri olmuştur. Bu çalışmanın hazırlanmasında doğrudan veya dolaylı katkı sağlayan herkese teşekkür eder, çalışmanın Somali ve Türkiye sağlık sistemleri performans alanında yapılacak gelecek araştırmalara faydalı olmasını temenni ederim.

Halimo ABDULLAHİ ALİ, Kayseri, 2025

SOMALİ VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİ PERFORMANS DEĞERLENDİRİLMESİ

Halimo ABDULLAHI ALI

Kayseri Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Yüksek Lisans Tezi, Ağustos 2025
Danışman: Doç. Dr. Nadide SEVİL TÜLÜCE

ÖZET

Sağlık sistemlerinin temel hedefi, halkın sağlık düzeyini iyileştirmek, sağlık hizmetlerine erişimi artırmak ve finansal adaleti sağlamaktır. Ülkelerin sağlık sistemleri, sosyo-kültürel ve demografik yapılarına göre farklılıklar gösterse de bu ortak amaçlara ulaşmak için çeşitli stratejiler ve politikalar geliştirmektedir. Son yıllarda artan veri erişilebilirliği, uluslararası düzeyde sağlık sistemlerinin karşılaştırılmasını kolaylaştırmış ve bu alandaki analizlerin derinleşmesini sağlamıştır. Bu bağlamda sağlık sistemleri performans ölçme ve değerlendirme yaklaşımları, dünya genelinde sağlık reformlarının ve sağlığa yönelik tutumların değişim gösterdiği bir dönemde giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Bu tezde kullanılan yöntem, karşılaştırmalı analiz yaklaşımını benimsemekte olup Somali ve Türkiye sağlık sistemlerinin performansını değerlendirerek her iki ülkenin sağlık sistemleri yapısını, sağlık politikalarını, sağlık hizmetlerinin sunumunu ve sağlık sistemlerinin genel işleyişini analiz etmeyi amaçlamaktadır. Çalışmada, sağlık sistemlerinin finansman harcamaları, sağlık hizmetlerine erişim, sağlık göstergeleri, sağlık altyapısının mevcut durumu, sağlık insan gücü e sağlık sonuçları gibi temel bileşenlere odaklanacaktır. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin kalitesini etkileyen sosyal, ekonomik ve kültürel faktörler de incelenerek sağlık sistemi performanslarını artırmaya yönelik politika önerileri sunmayı hedeflemektedir. Araştırmanın bulguları, Türkiye sağlık sisteminin reformlar sayesinde önemli ilerlemeler kaydettiğini, özellikle sağlık hizmetlerine erişimde ve halk sağlığına yönelik yapılan yatırımlarda belirgin bir gelişme olduğunu ortaya koymaktadır. Öte yandan, Somali'nin sağlık sistemi, büyük zorluklarla karşı karşıya kalmaya devam etmekte, altyapı eksiklikleri, sağlık hizmetlerine düşük erişim ve yetersiz sağlık harcamaları ve sağlık personeli gibi sorunlar, hizmet kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Anahtar kelime: Somali, Türkiye, Sağlık sistemi, Performans Değerlendirme

SOMALIA AND TURKEY HEALTH SYSTEMS PERFORMANCE EVALUATION

Halimo ABDULLAHI ALI

Kayseri University Institute of Graduate Education
Master Thesis August 2025
Thesis Advisor: Doç. Dr. Nadide SEVİL TÜLÜCE

ABSTRACT

The main goals of health systems are to improve the health status of the population, expand access to health services, and ensure financial equity. Although the health systems of countries differ based on their socio-cultural and demographic structures, they develop various strategies and policies to achieve these common objectives. In recent years, increased data accessibility has facilitated international comparisons of health systems and deepened analyses in this field. In this context, approaches to performance measurement and evaluation have gained growing importance during a period of global health reforms, when attitudes towards health are changing worldwide.

The methodology of this thesis adopts a comparative analysis approach, aiming to evaluate the performance of the health systems of Somalia and Turkey, and to analyze their structure, policies, healthcare delivery, and overall functioning. The study focuses on key components such as health system financing, access to healthcare, health indicators, healthcare infrastructure, healthcare workforce, and health outcomes. Furthermore, the social, economic, and cultural factors influencing the quality of healthcare services are examined, with the goal of offering policy recommendations to enhance health system performance.

The findings of the research reveal that Turkey's health system has made significant progress due to its health reforms, particularly in terms of access to healthcare and investments in public health. On the other hand, Somalia's health system continues to face major challenges, including infrastructure deficiencies, limited access to healthcare services, low health spending, and an inadequate workforce, all of which undermine service quality.

Keywords: Somalia, Turkey, Health system, Performance Evaluation

İÇİNDEKİLER

SOMALİ VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİ PERFORMANS DEĞERLENDİRİLMESİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK i
TEZ İNTİHAL RAPORU TESLİM FORMU ii
KILAVUZA UYGUNLUK iii
KABUL VE ONAY TUTANAĞI iv
ÖN SÖZ / TEŞEKKÜR v
ÖZET vi
ABSTRACT vii
İÇİNDEKİLER viii
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ xi
TABLOLAR LİSTESİ xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ xiv
GİRİŞ 1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SİSTEMİ VE SAĞLIK SİSTEMİ PERFORMANSI

1.1. Sağlık Sistemleri Tanımı 3
1.2. Sağlık Sistemlerinin Özellikleri 4
1.3. Sağlık Sistemlerinin Amaçları ve Toplumsal Önemi 7
1.3.1. Temel Amaçlar: 7
1.3.2. Yardımcı Amaçlar 7
1.4. Sağlık Sistemlerinin İşlevleri 8
1.5. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması 11
1.5.1. Serbest Piyasa Yönelimli Sağlık Sistemi 14
1.5.2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemi 14
1.5.3. Genel Kapsayıcı Sağlık Sistemi 14
1.5.4. Sosyalist Sağlık Sistem 15
1.6. Sağlık Sistemlerinde Performans Kavramsal Çerçeve 15

1.6.1. Farklı Yaklaşımlarda Performans Tanımlamaları....16
1.7. Sağlık Sistemlerinde Performans Önemi....18
1.8. Sağlık Sistemlerinde Performans Boyutları....20
1.9. Sağlık Sistemlerinde Performans Ölçüm Model ve Yöntemleri....23
1.9.1. Veri Zarflama Analizi (Data Envelopment Analysis- DEA)....24
1.9.2. Çok Kriterli Karar Analizi (Multi-Criteria Decision Analysis- MCDA)....24
1.9.3. PATH Yöntemi....24
1.9.4. Karşılaştırmalı Analiz (Benchmarking)....24
1.10. Yöntemsel Çerçeve....26

İKİNCİ BÖLÜM

SOMALİ DEĞERLENDİRMESİ

2.1. Somali Genel Bilgiler....27
2.2. Somali'nin Genel Ekonomik Durumu....29
2.3. Somali Sağlık Sistemi Tarihçesi....32
2.4. Somali Sağlık Sistemi Politikaları ve Organizasyonu....36
2.4.1. Sağlık Sistemi Politikaları....36
2.4.2. Sağlık Sistemi Organizasyon Yapısı....38
2.4.2.1. Kamu Sağlık Sektörü....39
2.4.2.2. Özel Sağlık Sektörü....44
2.5. Somali Sağlık Bilgi Sistemi....46
2.6. Somali Sağlık Finansman Harcamaları....47

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE DEĞERLENDİRMESİ

3.1. Türkiye Genel Bilgiler....52
3.2. Türkiye Genel Ekonomik Durumu....53
3.3. Türkiye Sağlık Sistemi Tarihçesi....55
3.3.1. 1920-1938 Dönemi....56
3.3.2. 1938-1960 Dönemi....56
3.3.3. 1960-1980 Dönemi....57
3.3.4. 1980-2002 Dönemi....57
3.3.5. 2003 Sonrası Dönemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı....58
3.4. Türkiye Sağlık Sistemi Politikaları ve Organizasyonu....59

3.4.1. Türkiye Sağlık Sistemi Hizmet Sunumu Yapısı 62
3.5. Türkiye Sağlık Finansman Harcamaları 62
3.6. Türkiye Sağlık Bilgi Sistemleri 65

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
SOMALİ VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİ PERFORMANS GÖSTERGELERİNİN KARŞILAŞTIRMASI

4.1. Sağlık Sistemi Performans Göstergeleri 66
4.1.1. Sağlık Hizmetine Erişim ve Kapsayıcılık Göstergeleri 66
4.1.2. Sağlık Sisteminin Girdi Göstergeleri 74
4.1.3. Sağlık Sisteminin Çıktı Göstergeleri 78
4.1.4. Yönetişim, Eşitlik ve Sürdürülebilirlik Göstergeleri 88
SONUÇ VE ÖNERİLER 94
KAYNAKÇA 96
TEZ İNTİHAL RAPORU 114
ÖZGEÇMİŞ 118

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

AB : Avrupa Birliği

BM : Birleşmiş Milletleri

ABD : Amerikan Birleşik devleti

UNDP : Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı

UNFPA : Birleşmiş Milletler Nüfus Faaliyetleri Fonu

UNİCEF : Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

FAO : Dünya Tarim Örgütü

FINIDA : Finlandiya Uluslararası Kalkınma Ajansı

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

DALY : Sakatlığı ayarlanmış yıllar

FGS : Federal Somali Hükümeti

GSYHİS : Gayrı Safi Yurtiçi Hasılası

FCHW : Kadın Toplumu Sağlık Çalışanları

CHW : Toplam Sağlığı Çalışanı

PHU : Birinci Basamak Sağlık Üniteleri

RHC : Sevk Sağlık Merkezi

EPHS : Sağlık Hizmetlerinin Temel Paketi

EPI : Bağışıklama Genişletilmiş Programı

HC : Sağlık Merkezi

UHC : Evrensel Sağlık Kapsamı

HSSP : Sağlık Sektörü Stratejik Planları

EPHS : Sağlık Hizmetleri Temel Paketi

JHNP : İş Sağlığı ve Beslenme Programı

HMIS : Sağlık Yönetimi Bilgi Sistemi

DHIS : Bölge Sağlık Bilgi Yazılımı

IHME : Sağlık Metriği ve Değerlendirme Enstitüsü

IDSR : Entegre Hastalık İzleme ve Yanıt

IGE : İnsani Gelişme Endeksi

GHE	: Devlet Sağlık Harcamaları
GFF	: Küresel Finansman Tesisi
HDI	: Human Development Index (İnsani Gelişme Endeksi)
STK	: Sivil Toplum Kuruluşları
TB	: Tüberküloz
WB	: Dünya Bankası
IMF	: Uluslararası Para Fonu
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
OECD	: Ekonomik İş birliği ve Kalkınma Örgütü
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
HALE	: Doğumda sağlıklı yaşam süresi
YDO	: Yeni Doğan Ölüm Oranı

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.1. Sağlık sistemi türleri ve ayırt edici özellikleri 13
Tablo 1.2. Sağlık sistemlerinin performans ölçümünün boyutları 21
Tablo 2.1. Somali'nin ekonomi göstergeleri 31
Tablo 2.2. Somali bölgeye göre fonksiyonel kamu ve özel sağlık tesisleri 44
Tablo 2.3. 2018-2020 yılları arasında Somali'deki kamu harcamaları ve sağlık bütçesi verileri 50
Tablo 3.1. Türkiye'nin 2019-2023 yılları arasında temel ekonomik göstergeleri 54
Tablo 3.2. Türkiye toplam sağlık harcamaları ve GSYİH oranları 2013-2022 63
Tablo 4.1. Somali ve Türkiye: 2012-2021 yılları arasında toplam doğurganlık oranı 68
Tablo 4.2. Somali ve Türkiye: sağlık insan gücü ve hastane kapasitesi göstergeleri 76
Tablo 4.3. Somali ve Türkiye'nin 2013-2022 yılları arasındaki yaşam süreler göstergesi 78
Tablo 4.4. Somali ve Türkiye'nin 2013-2022 yılları arasındaki HALE göstergeleri 79
Tablo 4.5. Somali ve Türkiye'nin kronik hastalıkları prevalansı ve en önde gelen ölüm nedenleri 88
Tablo 4.6. Somali ve Türkiye sağlık çalışanı başına düşen nüfus 91

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1. Sağlık sisteminin unsurları ve çıktıları 5
Şekil 1.2. Sağlık sisteminin işlevleri 9
Şekil 2.1. Somali sağlık bakanlığı teşkilat yapısı 40
Şekil 2.2. Somali'deki sağlık sistemi organizasyon yapısı 41
Şekil 3.1. T.C. Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı 61
Şekil 4.1. Somali ve Türkiye: 20213-2022 yılları arasında kaba doğum hızı 67
Şekil 4.2. Türkiye ve Somali'de 2013-2022 yılları arasında anne ölüm oranları 70
Şekil 4.3. Türkiye ve Somali 2013- 2022 yılları arasındaki bebek ölüm oranları..... 71
Şekil 4.4. Somali ve Türkiye kişi başına sağlık harcamalarının göstergeleri..... 74
Şekil 4.5. Somali ve Türkiye 2013-2022 yılları arasındaki kaba ölüm oranı 81
Şekil 4.6. Somali ve Türkiye 2013-2022 yılları arasındaki yenidoğan ölüm oranı..... 83
Şekil 4.7. Somali ve Türkiye 2013-2022 yılları arasındaki beş yaş altı ölüm oranı..... 83
Şekil 4.8. Somali ve Türkiye 2013-2022 yılları arasında cepten yapılan sağlık harcamaları oranı (%)..... 89

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1946 yılında yapılan sağlık tanımı, yalnızca hastalık veya sakatlık halinin yokluğu ile sınırlı kalmayıp bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hâlinde olma durumunu da kapsamaktadır. Bu yaklaşım, geleneksel sağlık tanımlarından farklı olarak sağlık anlayışına sosyal boyutun da dahil edilmesini sağlar. Bu tanım, sağlığı yalnızca tıbbi bir eksende ele almak yerine, sosyal ve psikolojik faktörleri de sağlık değerlendirmelerine dâhil eden bütüncül bir perspektifi benimsemektedir. Bu kapsayıcı bakış açısı, sağlığı bireysel bir durumun ötesinde, toplumsal refah ve sosyal adaletin temel unsurlarından biri olarak değerlendirmeyi zorunlu kılar. Bu doğrultuda modern sağlık sistemleri, yalnızca hizmet sunum kapasitesi temelinde değil, aynı zamanda bu hizmetlerin erişilebilirliği, kalitesi, etkinliği ve finansal sürdürülebilirlik düzeyi üzerinden de değerlendirilmektedir. Artan sağlık talebi, demografik dönüşüm, teknolojik gelişmeler ve toplumsal beklentiler ülkeleri sağlık kaynaklarını daha verimli, adil ve etkili biçimde yönetmeye yönlendirmektedir. Bu çerçevede, farklı gelir gruplarına sahip ülkelerin sağlık sistemleri performansının karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi, küresel sağlık eşitsizliklerinin anlaşılması ve bu doğrultuda çözüm önerilerinin geliştirilmesine olanak sağlayan değerli bir analitik temel oluşturmaktadır. Dolayısıyla sağlık sistemlerinin performansı yalnızca nicel sağlık göstergeleri ile değil, aynı zamanda bu sistemlerin toplumun sağlık ihtiyaçlarına ne ölçüde karşılık verebildiği ve uzun vadede nasıl sürdürülebilir kılındığı ile de yakından ilişkilidir.

Bu çalışmada, sağlık sisteminin yapısı, performans göstergeleri ve hizmet sunum modelleri açısından belirgin farklılıklar gösteren Somali ve Türkiye sağlık performans değerlendirmesi karşılaştırmalı olarak ele alınmıştır. Türkiye, özellikle 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerine erişimi artırmış, sağlık finansmanında kapsayıcı modeller geliştirmiş ve sağlık göstergelerinde kayda değer iyileşmeler sağlamıştır. Buna karşılık Somali, 1991 sonrası iç savaş, siyasi istikrarsızlık,

yetersiz kamu yatırımları ve dışa bağımlı sağlık hizmetleri nedeniyle zayıf bir sağlık altyapısına ve düşük düzeyde performans göstergelerine sahiptir. 2012 yılında Somali Federal Cumhuriyeti'nin yeniden kurulmasıyla sağlık sistemi yeniden yapılandırılmış ve iyileşmeler kaydedilmiştir. Ancak, mevcut altyapının hâlâ ciddi eksiklikler barındırdığı görülmektedir.

Türkiye'de kamu ve özel sektör iş birliğiyle yürütülen sağlık yönetimi, yaygın sağlık insan gücü ve gelişmiş altyapı sayesinde temel sağlık hizmetlerine erişim yüksek düzeydedir. Somali'de ise sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümü dış kaynaklar ve sivil toplum kuruluşları tarafından sağlanmaktadır. Kamu sağlık sistemi ise kaynak, personel ve koordinasyon eksiklikleri nedeniyle sınırlı kapasiteyle faaliyet göstermektedir.

Somali ve Türkiye sağlık sistemlerinin performansı birçok boyutta farklılık göstermektedir. Bu tez çalışması, söz konusu farklılıkların sistematik biçimde ortaya konmasına katkı sağlamayı amaçlamaktadır. Bu kapsamda çalışma, her iki ülkenin genel bilgileri, ekonomik durumu, sağlık sistemleri tarihsel gelişim süreçleri, organizasyonel yapıları, hizmet sunum modelleri, sağlık finansman mekanizmaları, bilgi sistemleri ve sağlık sistemi performansını etkileyen göstergeler (sağlık hizmetine erişim ve kapsayıcılık göstergeleri, sağlık sisteminin girdi ve çıktı göstergeleri, yönetişim, eşitlik ve sürdürülebilirlik göstergeleri) detaylı bir şekilde değerlendirilmiştir. Bu çerçevede yapılacak karşılaştırmalı analiz, yalnızca her iki ülkenin mevcut sağlık sistemlerine katkı sağlamakla kalmayacak, aynı zamanda sağlık sistemlerinin performanslarını artırmaya yönelik stratejik yaklaşımların geliştirilmesine de zemin oluşturacaktır.

Sonuç olarak çalışma, Somali ve Türkiye sağlık sistemlerinin yapısal ve işlevsel düzeyde karşılaştırmalı analizini sunarak sağlık hizmetlerinin verimliliği, etkinliği ve erişilebilirliğini artırmaya yönelik politikaların geliştirilmesine katkıda bulunacak ve sağlık sistemlerinin iyileştirilmesine yönelik uygulanabilir çözüm önerileri sunacaktır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SİSTEMİ VE SAĞLIK SİSTEMİ PERFORMANSI

1.1. Sağlık Sistemleri Tanımı

Sağlık sistemlerinin tanımları hem teorik hem de uygulamalı düzeyde çeşitli perspektiflere dayalı olarak farklılıklar göstermektedir. Sağlık kavramı, tarihsel süreç boyunca toplumsal, kültürel ve ekonomik faktörlere bağlı olarak evrilmiş ve bunun sonucunda birçok farklı tanım ortaya çıkmıştır. Bu bağlamda, sağlık sistemleri; ülkelerin sahip olduğu kaynaklar, toplumların katılım düzeyi, bireylerin sağlıklı ve kaliteli bir yaşam sürmelerine olanak tanınması, sağlık sorunlarının en aza indirilmesi ve toplumsal refahın artırılması amacıyla tasarlanmış karmaşık organizasyonlar olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü 2000 yılında yayınladığı raporda sağlık sistemlerinin ana amacının sağlığı geliştirmek, korumak ve sürdürmek olduğunu söylemektedir (WHO, 2000; Frenk, 2010).

Sağlık sistemi, yalnızca sağlık hizmetlerinin sunulmasını değil, aynı zamanda bu hizmetlerin finansmanı, insan kaynakları, sağlık politikaları ve sağlık bilgisi sistemleri gibi temel bileşenleri de içerir. Bu bileşenler, sağlık hizmetlerinin etkinliğini, erişilebilirliğini ve kalitesini belirleyen temel unsurlar olarak karşımıza çıkar. Dolayısıyla, sağlık sistemi sadece hastaların tedavisini sağlamaktan ibaret olmayıp aynı zamanda sağlık politikalarının belirlenmesi, kaynakların etkili bir şekilde dağıtılması ve sağlık hizmetlerine eşit erişim sağlanması gibi önemli hedefleri de içermektedir. Bu doğrultuda, sağlık otoriteleri, sağlık hizmetlerinin sunulmasında kritik rol oynayan insan kaynakları, finansal yapılar ve bilgi sistemleri arasındaki etkileşimler, sağlık sisteminin etkinliğini doğrudan etkileyen faktörlerdir (Öztürk, 2022; Atun & Moore, 2021).

DSÖ, 2010 yılında yaptığı yeni tanımda ise sağlık sistemlerini, "temel hedefi sağlığı korumak ve iyileştirmek olan, tüm bireyleri ve faaliyetleri kapsayan bir yapı" olarak ifade etmiştir. Aynı zamanda sağlık sistemlerinin yalnızca tedavi edici değil, koruyucu ve iyileştirici önlemleri de kapsayan bütüncül bir yaklaşım benimsemesi gerektiğini

vurgulamaktadır. Bu bakış açısı, sağlık sistemlerinin çok disiplinli bir yapıya sahip olması gerektiğini ve yalnızca hastalıkların tedavisiyle sınırlı kalmayıp bireylerin sağlıklı yaşam sürmelerine yönelik önleyici ve destekleyici faaliyetleri de kapsadığını ortaya koymaktadır (WHO, 2010).

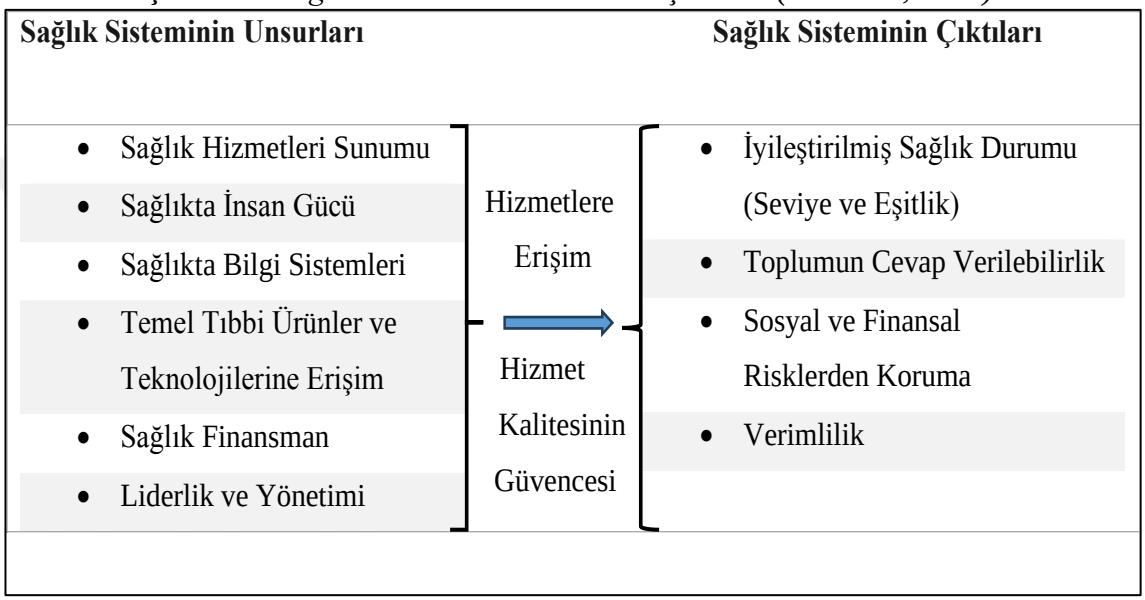
1.2. Sağlık Sistemlerinin Özellikleri

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık sistemlerinin temel görevi, bireylerin, ailelerin ve toplumların sağlık düzeyini iyileştirmek, koruyucu sağlık önlemlerini güçlendirmek, finansal risklere karşı koruma sağlamak, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak ve toplumun karar alma süreçlerine katılımını teşvik etmektir (WHO, 2000). Sağlık sistemlerinin etkin şekilde işleyebilmesi için ise belirli özelliklerin yerine getirilmesi gerekmektedir. Bu özellikler, sağlık sistemlerinin halk sağlığını iyileştirme ve sürdürülebilir sağlık yapısı oluşturma hedeflerine ulaşmasını mümkün kılan temel unsurları ifade etmektedir. Roemer tarafından yapılan çalışmada, verimli bir sağlık sisteminin sahip olması gereken başlıca özellikler şu şekilde sıralanabilir: (Roemer, 1993)

- Sağlık sistemi, bireylerin demografik, ekonomik ve sosyokültürel özelliklerine bakılmaksızın toplumun tüm kesimlerini kapsayıcı nitelikte olmalıdır.
- Sağlık hizmetlerinin kapsamı, fiziksel sağlığı ve ruhsal sağlığı geliştirmeye katkı sağlayabilecek tüm teknolojileri içerecek biçimde geniş tutulmalıdır.
- Sağlık hizmetlerinin sunumu, özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilerek dengeli bir şekilde dağıtılmalıdır.
- Sağlık personellerinin, hizmetlerin gereksinimlerini karşılayabilecek sayıda olmalı ve mesleki gelişimlerini destekleyecek profesyonel eğitim programları teşvik edilmelidir.
- Tıp eğitimi veren kurumlar ile diğer sağlık kuruluşları, sağlık hizmetleri ağıyla uyumlu ve iş birliği içerisinde faaliyet göstermelidir.
- Sağlık personelinin maaşlarının verilmesi, mesleki becerileri, kıdemi ve sorumlulukları dikkate alınarak yapılan işin niteliği ve niceliği doğrultusunda adil bir şekilde belirlenmelidir.
- Sağlık sistemi, yeterli finansal kaynaklarla desteklenmesini sağlayacak biçimde etkin ve sürdürülebilir bir şekilde planlanmalıdır (WHO, 2007; Roemer, 1993; Papanicolas vd., 2022).

Yukarıda belirtilen özellikler sağlık sistemlerinin operasyonel ve yapısal boyutlarını tanımlarken, Dünya Sağlık Örgütü'nün geliştirdiği çerçeve ise bu yapıyı sistematik biçimde sınıflandırarak performans değerlendirmesine yönelik kapsamlı bir model ortaya koymaktadır (WHO, 2010). Söz konusu çerçeve, sağlık sistemini oluşturan altı temel yapı taşı ile sistemin ulaşmayı hedeflediği dört ana çıktıyı ilişkilendirerek bütüncül bir değerlendirme yapılmasına imkân tanımaktadır.

Şekil 1.1. *Sağlık sisteminin unsurları ve çıktıları (Fekri vd., 2018)*



Şekil 1.1'de gösterildiği üzere, DSÖ sağlık sisteminin temel bileşenlerini sağlık hizmet sunumu, sağlık insan gücü, sağlık bilgi sistemleri, temel tıbbi ürünlere erişim, finansman ve liderlik olmak üzere altı başlık altında tanımlamıştır. Bu bileşenler, sistemin ulaşmayı amaçladığı dört ana çıktıya yöneliktir (Fekri vd., 2018). Söz konusu unsurlar, sağlık sisteminin amaçlarına ulaşmasını sağlayarak toplum sağlığının iyileştirilmesine katkıda bulunur. Bu yapısal bileşenler, sağlık sisteminin etkili ve verimli bir biçimde işleyişini sağlar ve toplum sağlığını geliştirmede temel belirleyiciler olarak ön plana çıkmaktadır. DSÖ tarafından önerilen bu çerçevenin sistematik biçimde kullanılması, sağlık sistemlerinin etkinliğini, kapsayıcılığını ve sürdürülebilirliğini artırmaya yönelik stratejik planlamalarda önemli bir rehber niteliği taşımaktadır (WHO, 2007).

1) **Sağlık Hizmetler Sunumu**: Etkili, güvenli, kaliteli ve ihtiyaç temelli kişisel toplumsal sağlık hizmetlerinin, zamanında ve uygun biçimde sunulmasını ifade eder. Bu süreçte kaynakların etkin kullanımına önem verilerek sağlıkta en yüksek faydanın elde edilmesi amaçlanmaktadır (Murray & Frenk, 2000).

2) **Sağlıkta İnsan gücü**: Mevcut kaynaklar ve koşullar dikkate alınarak en iyi sağlık sonuçlarına ulaşmak için adil, duyarlı ve verimli şekilde çalışan bir ekipten oluşur. Bu işgücü, yeterli sayıda ve çeşitlilikte personeli kapsamalı; personel adil dağılımla yerleştirilmiş, yetkin ve üretken olmalıdır (Fekri vd., 2018).

3) **Sağlıkta Bilgi Sistemleri:** Sağlık belirleyicileri, güvenilir, güncel ve analiz edilebilir veriler üreterek, sistemin performansı ve toplum sağlığına ilişkin bilgileri sunar. Bu sistemler, elde edilen bilgiyi doğru şekilde işleyerek sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmada ve kaynakların daha verimli kullanımı konusunda kritik rol üstelenmektedir (WHO, 2010).

4) **Temel Tıbbi Ürünlere Erişim**: Güvenilir, etkili ve maliyet açısından verimli tıbbi ürünlere, aşılara ve sağlık teknolojilerine herkesin eşit şekilde ulaşabilmesi sağlanmalıdır. Ayrıca, bu ürünlerin bilimsel kanıtlara dayalı ve rasyonel kullanımının güvence altına alınması gerekmektedir (WHO, 2007).

5) **Sağlık Finansmanı:** Sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak için bireylerin ihtiyaç duyduğu gerekli kaynakların toplanmasını ve dağıtımını organize etmelidir. Ayrıca, bu hizmetlerinin maliyetleri karşılanırken finansal yıkım veya yoksullaşma risklerine karşı koruma sağlamalıdır. Böylece, sağlık hizmetlerine erişim adil ve sürdürülebilir olur (Papanicolas vd., 2022).

6) **Liderlik ve Yönetim:** Sağlık sisteminin başarısı; stratejik yönetişim, politika geliştirme, düzenleme, paydaş iş birlikleri ve hesap verebilirlik mekanizmalarının işlerliği ile mümkündür. Bu yapı taşı, sistemin genel yönelimi ve bütüncül uyumunun sağlanmasında kritik öneme sahiptir (WHO, 2014).

Bu altı yapı taşı, sağlık sistemlerinin güçlendirilmesine farklı boyutlarda katkı sunmaktadır. DSÖ'nün önerdiği değerlendirme çerçevesi, sağlık sisteminin girdileri ve süreçlerinin (örneğin insan gücü, altyapı) hangi çıktılara (örneğin kapsayıcılık, sağlık müdahaleleri) yol açtığını; bu çıktılar üzerinden hangi sonuçların (örneğin hizmet kullanımı, kapsama oranı) ve nihayetinde hangi etkilerin (örneğin mortalite, morbidite) ortaya çıktığını göstermeyi hedeflemektedir. Bu sonuç zinciri, sistemin genel performansının anlaşılması açısından kritik bir rol oynar. Ayrıca, ülkelerin sağlık yatırımlarını ne ölçüde etkin kullandığını değerlendirmelerine, politika ve reform süreçlerinin etkilerini analiz etmelerine ve kaynak verimliliğini artırmalarına imkân tanımaktadır (Konca, 2021).

1.3. Sağlık Sistemlerinin Amaçları ve Toplumsal Önemi

Sağlık sistemlerinin amacı, bireylerin ve toplumun sağlık düzeyini iyileştirmek, sağlık hizmetlerine erişimi güvence altına almak ve bu hizmetlerin adil, etkili ve sürdürülebilir bir şekilde sunulmasını sağlamaktır. DSÖ'ye göre, modern sağlık sistemlerinin üç temel hedefi gerçekleştirmeyi amaçlamaktadır, sağlık düzeyinin iyileştirilmesi, hizmet sunumunda yanıt verilebilirlik ve finansal korumanın sağlanması (WHO, 2000). Bu hedefler yalnızca teknik ve tıbbi etkinliği değil, aynı zamanda sosyal adalet, yönetişim ve finansal sürdürülebilirlik ilkelerini de içermektedir. Bu amaçlar, temel ve yardımcı amaçlar olarak iki ana grupta incelenebilir.

1.3.1. Temel Amaçlar

- **Sağlık Düzeyini İyileştirme:** Sağlık sisteminin temel hedefi toplumun genel sağlık düzeyini artırmak ve korumaktır. Bu hedef yalnızca bireysel değil, aynı zamanda ekonomik, sosyal ve kültürel dinamiklerin iyileşmesini de tetiklemektedir (Marmot vd., 2012).
- **Beklentilere Cevap Verme (Yanıt Verebilirlik):** Sağlık sistemi, bireylerin yalnızca sağlıkla ilgili değil, aynı zamanda diğer meşru beklentilerini de karşılayabilmelidir. Bu beklentilerin karşılanması, bireylere saygı gösterilmesi (gizlilik gibi) ve hasta odaklılık (hasta memnuniyeti) gibi unsurlarla sağlanabilmektedir (WHO, 2010).
- **Finansal koruma ve adalet:** Sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini sağlamak, bireylerin yoksullaşmasını önlemek ve gelir düzeyine göre eşitlikçi bir yapı oluşturmak temel bir gerekliliktir. Sağlık hizmetlerini finanse ederken, yüksek gelirli bireylerin daha fazla katkıda bulunduğu ve finansmanın gelir seviyesine duyarlı bir şekilde dağıtıldığı modeller benimsenmelidir. Bu tür bir yapı, hem herkesin sağlık hizmetlerine erişim hakkını güvence altına alır hem de finansman yükünü adaletli bir biçimde dağıtarak sosyal dengeyi korur. Sağlık sisteminin işleyişinde, bireylerin maddi kayıp yaşamadan hizmetlere erişebilmesi ve gelir gruplarına uygun bir finansal katkı düzenlemesi kritik bir önem taşımaktadır (Papanicolas vd., 2022; WHO, 2014).

1.3.2. Yardımcı Amaçlar

- **Erişim ve Kapsayıcılık:** Sağlık sisteminin en temel beklentilerinden biri, bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminde herhangi bir engel veya zorlukla karşılaşmaksızın ihtiyaç duydukları hizmetlerden faydalanabilmeleri, sağlık hizmetlerinin tüm bireyler

için eşit ve kolay erişilebilir bir biçimde sunulması temel bir hedef olarak benimsenmelidir (Penchansky & Thomas, 1981).

- **Kalite, Memnuniyet ve Güvenlik:** Memnuniyet, bireylerin kendilerine sunulan hizmetin kalitesiyle beklentileri arasındaki uyumu ifade eder. Sağlık hizmetlerinde yüksek kalite standardı, memnuniyetin temel ölçütlerinden biri olarak öne çıkar ve aynı zamanda verilen sağlık hizmetlerinin etkinliğiyle doğrudan ilişkilidir (Tengilimoğlu & Toygar, 2013).
- **Verimlilik ve etkinlik:** Sağlık hizmetlerinin kaliteli bir şekilde sunulması, tüm sağlık sistemlerinin hedeflediği bir durumdur. Ancak sınırlı kaynaklar nedeniyle, çoğu zaman bu hedeflerin her ikisine birden ulaşmak mümkün olmamaktadır; genellikle birine öncelik verildiğinde diğeri göz ardı edilebilmektedir (Moran, 2013).
- **Sürdürülebilirlik:** Sağlık hizmetlerinin sürekliliği ve sağlık sisteminin uzun vadede işlevini yerine getirebilmesi, sistemin sürdürülebilirliğini sağlamakla mümkün olacaktır (OECD/WHO/World Bank Group, 2018)
- **Hesap Verebilirlik ve Şeffaflık:** Sağlık sistemlerinde hesap verebilirlik ve şeffaflık sağlamak, diğer sistemlere göre daha karmaşık bir süreç gerektirebilir. Sağlık hizmeti sunucularının karar alma süreçlerinde hesap dağıtımı ve şeffaflık politikaları benimsenmeli, bu sayede güven tesis edilmelidir (Brinkerhoff & Bossert, 2008).
- **Yenilik:** Sağlık sistemlerinin teknolojik gelişmeler ve toplumsal ihtiyaçlara uyum sağlaması, sürekli iyileşme ve rekabet ortamında gelişim için şarttır (Bate, Robert, & Bevan, 2004)
- **Toplumsal katılım:** Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinde toplumun aktif gelişiminin sürdürülmesi, performans etkinliği ve kabulü açısından önem arz etmektedir (Gilson, 2003).

Özetle, sağlık sistemlerinin temel sorumluluğu yalnızca bireylerin sağlıklarını iyileştirmek değil, aynı zamanda onlara saygılı bir şekilde yaklaşmak ve hastalıkların finansal etkilerinden korumaktır. Bu sebeple, sağlık sistemleri, yukarıda belirtilen temel ve yardımcı hedeflere ulaşmayı amaçlar (Çelebi & Cura, 2013).

1.4. Sağlık Sistemlerinin İşlevleri

Sağlık sistemlerinin belirlediği hedeflere ulaşabilmesi için bir dizi işlevi etkili bir şekilde yerine getirmesi gerekmektedir. Roemer, bu işlevleri kaynak yaratımı, sağlık

hizmetlerinin organize edilmesi, ekonomik destek mekanizmalarının oluşturulması, yönetim stratejilerinin belirlenmesi ve hizmet sunumu olarak sıralamaktadır (Roemer, 1993). London ve Frenk ise sağlık sistemlerinin işlevlerini finansman, hizmet sunumu, modülasyon ve entegrasyon başlıkları altında toplamışlardır (Londono & Frenk, 1997). Diğer yandan, Roberts ve meslektaşları (2004) bu işlevleri finansman, geri ödeme, organizasyon, düzenleme ve davranış gibi kategorilere ayırmışlardır. Farklı araştırmacılar, sağlık sistemlerinin işlevlerine dair benzer ana temalar üzerinde durmasına karşın, her birinin kendine özgü bir perspektif sunduğu görülmektedir (Roberts vd., 2008).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 yılında sunduğu öneriler doğrultusunda sağlık sistemlerinin işleyişi dört temel işlev üzerine kurulmuştur: finansman, hizmet sunumu, yönetişim (stewardship) ve kaynak geliştirme (insan gücü, fiziksel altyapı ve bilgi kaynakları). Sağlık sistemlerinin etkin bir şekilde çalışabilmesi, bu işlevlerin yerine getirilmesini sağlayan kurum ve organizasyonların tasarımı, uygulanması ve yönetimi süreçlerinde pek çok zorluğun aşılmasını gerektirir (Atun vd., 2010; WHO, 2007). Söz konusu işlevlerin yapısal düzenlemeleri ve yönetim stratejilerini analiz etmek, bir sağlık sisteminin başarısını değerlendirmek açısından kritik öneme sahiptir. Devam eden bölümde, her bir işlevin hayata geçirilmesi için gerekli olan unsurlar detaylı şekilde açıklanmaktadır.

Şekil 1.2. *Sağlık sisteminin işlevleri (Murray & Frenk, 2000)*



Finansman: Sağlık sistemi finansmanı, sağlık hizmetlerinin etkin ve sürdürülebilir biçimde sunulabilmesi için kritik bir unsurdur. Sağlık sistemlerinin ihtiyaç duyduğu

kaynaklar doğru biçimde temin edildiğinde hem hizmetlerin kalitesi yükselir hem de sistemin genel performansı iyileşir. Böyle bir finansal yapı, yalnızca mevcut sağlık taleplerini karşılamayı değil, gelecekte doğabilecek ihtiyaçlara proaktif bir şekilde yanıt vermeyi de mümkün hale getirir (Çelebi & Cura, 2013). Sağlık sistemi finansmanının temelini gelir toplama, fon havuzlama ve satın alma gibi üç anahtar alt işlev oluşturur. Gelir toplama süreci, haneler, işletmeler, hükümetler ve bağışçı kuruluşlardan elde edilen finansal kaynakları ifade eder. Bu süreçte toplanan gelirler, fon havuzlarına aktarılır ve burada biriken kaynaklar katılımcılar arasında dengeli bir biçimde paylaştırılır. Ardından, satın alma aşamasında bu havuzlarda toplanmış olan kaynaklar, sağlık hizmetlerini sunan kurumlara tahsis edilerek sistemin işlerliği sağlanır. Sağlık sistemi finansmanı böylelikle yalnızca mevcut talepleri karşılamakla kalmayıp uzun vadede hem kalitenin artırılması hem de hizmetlerin erişilebilirliğinin sürdürülmesi için sağlam bir altyapı sunar (Papanicolas vd., 2022; Kutzin, 2013).

Kaynak Üretimi ve Örgütlenme: Sağlık sistemleri, yalnızca hizmet sunumu veya finansman sağlayan kurumlarla sınırlı olmayıp aynı zamanda insan kaynakları, altyapı ve bilgi gibi çeşitli unsurları bir araya getiren kapsamlı bir yapı içerir. Bu sistemlerde kaynak yaratma, temel işleyiş için gerekli girdilerin sağlanmasını ifade eder. Sağlık sektörü için değerli olan kaynaklar, başlıca insan gücü ve finansal fonlar olarak öne çıkarken, aynı zamanda bilgi, deneyim gibi soyut öğeler ile altyapı, ekipman ve malzeme gibi somut kaynaklar da vazgeçilmezdir. Sağlık sistemlerin etkinliğini sürdürebilmesi adına, belirtilen tüm kaynakların uygun bir şekilde temin edilmesi hayati bir öneme sahiptir. Bu girdiler genel olarak beşerî, fiziksel kaynaklar ve fiziksel olmayan kaynaklar şeklinde sınıflandırılabilir (Frenk, 2010). Kaynak yaratma süreci, sağlık sistemlerinin temel yapısının oluşmasında kritik bir rol oynasa da tek başına yeterli değildir. Oluşturulan kaynakların etkili biçimde örgütlenmesi ve yönetimi de sistemin işleyişinde kilit bir yere sahiptir. Bu örgütlenme süreci, hem toplumun sağlık hizmeti ihtiyaçlarının karşılanmasında adil bir dağılımı mümkün kılar hem de sağlık hizmetlerinin üretimi, finansmanı ve diğer operasyonel işlevlerin sürekliliğini ve verimli bir şekilde ilerlemesini sağlar. Sağlık sisteminin bütüncül başarısı, kaynakların doğru yönlendirilmesine ve toplum odaklı bir yapı içinde organize edilmesine bağlıdır (OECD/WHO/World Bank Group, 2018).

Yönetim ve Düzenleme: Sağlık sistemleri, tartışmasız en karmaşık ve en kritik unsurlardan biridir. Yönetim, politikalarının belirlenmesi, düzenleyici çerçevelerin oluşturulması, izleme ve denetim fonksiyonunun yerine getirilmesini kapsar. Sağlık politikalarının geliştirilmesi ve uygulanmasında devletin rolü büyüktür; zira devlet halk sağlığını koruma, sağlık yasalarını uygulama yetkisine sahiptir (WHO, 2014). Yönetişim, sağlık sistemlerinin etkin ve yeterli işleyişini sağlayarak kaynakların optimal kullanımını garanti eder. Aynı zamanda halk sağlığı kurumlarının yapılandırılması, sağlık çalışanlarının işe alımı ve salgın hastalıkları tespit, önleme ve müdahale etme konusunda gereken hizmetlerin etkili bir şekilde sunulması için nasıl bir yönetim anlayışı geliştirilmesi gerektiğini belirler. Ayrıca, devlet yalnızca kamu sağlığını korumakla kalmaz, aynı zamanda özel sağlık sistemlerini de denetler ve yönlendirir. Kamu kaynaklarının etkili ve verimli kullanımı devletin sorumluluğundadır; ancak tüm bu görevlerin merkezi hükümet tarafından yerine getirilmesi zorunlu değildir (Sungur, 2021; Brinkerhoff & Bossert, 2008).

Hizmet Sağlama: Sağlık hizmet sunumu, sağlık sisteminin toplumla en doğrudan temas ettiği temel bileşenlerden biridir. Bu işlev, bireylere ve topluluklara yönelik sağlık hizmetlerinin üretilmesini ve etkili bir biçimde ulaştırılmasını kapsamaktadır. Toplumun sağlıklı bir yapıya kavuşabilmesi ile bu yapının sürdürülebilirliğinin sağlanabilmesi, hizmetlerin etkili ve sürekli bir şekilde sunulmasına bağlıdır. Sağlık hizmetlerinin niteliği kapsamında, toplumların sosyoekonomik gelişmişlik düzeyine paralel olarak değişmekte ve her ülkenin kültürel, sosyal ve demografik özelliklerine göre şekillenmektedir. Dolayısıyla DSÖ'ye göre sağlık hizmet sunumu iki ana kategoriye ayrılır, birincisi kişisel sağlık hizmetleri, bireyin teşhis, tedavi ve rehabilitasyon gibi bireysel ihtiyaçlarını karşılamaya yöneliktir. İkincisi kolektif sağlık hizmetleri ise, aşılama, salgın kontrolü, çevresel sağlık önlemleri gibi topluma yönelik faaliyetleri içermektedir (WHO, 2007). Özetle sağlık hizmet sağlama, yalnızca bireysel sağlığı iyileştirmekle kalmamakta; aynı zamanda hizmet kalitesini ve erişilebilirliğini artırarak toplumun genel sağlık düzeyine doğrudan katkı sağlamaktadır. Bu yönüyle, sağlık sisteminin etkinliği ve performansını belirleyen en kritik unsurlardan biri olarak değerlendirilmektedir.

1.5. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması

Ülkeler arasında kültürel, ekonomik ve gelişim düzeyleri bakımından önemli farklılıkların varlığı, sağlık sistemlerinin kapsamlı bir şekilde sınıflandırılmasını

zorlaştırmaktadır. Bu nedenle, sağlık sistemlerinin sınıflandırılması sırasında her ülkenin kendi bağlamında değerlendirilmesi, çeşitli analizlerin ve indekslerin kullanılması, ülkelerin ihtiyaçlarına uygun sağlık sistemlerinin belirlemesine katkı sağlayacaktır (Kılıç & Aksakoğlu, 1994-1995).

Geçmişten günümüze, ülkelerin gelişmişlik seviyeleri dikkate alınarak sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına dair birçok çalışma gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmalardan biri, 1960 yılında Karl Evang tarafından yapılan önemli bir sınıflandırmadır. Bu çalışmada, ülkelerin sağlık sistemleri dört ana grupta toplanmıştır: Batı Avrupa tipi, Amerikan tipi, Sovyet Rusya tipi ve Gelişmemiş ülkeler tipi (Sargutan, 2005).

Bir başka önemli yaklaşım ise Milton Terris tarafından 1978'de geliştirilen yaklaşımda dünya genelindeki yaklaşık 165 ülkenin sağlık sistemlerini üç ana kategoriye ayırmıştır: Kamuya Dayalı Sistem, Sigorta Dayalı Sistem ve Ulusal Sağlık Sistemi olarak 3 kategoriye ayırmıştır. Mark G. Field ise 1989 yılında gerçekleştirdiği çalışmasında ise sağlık sistemlerini beş farklı grupta inceleyerek "tipoloji" adını verdiği bir sınıflandırma geliştirmiştir: Tip-1 Gelişmemiş Ülkeler, Tip-2 Serbest Piyasa Modeli, Tip-3 Sigorta ve Sosyal Güvenlik Sistemi, Tip-4 Ulusal Sağlık Hizmeti Modeli ve Tip-5 Sosyalist Sağlık Sistem. Bu çalışmalar, sağlık sistemlerinin yapı ve işleyişini anlamak için önemli referanslar sunmaktadır (Terris, 1978; Feild, 1989)

Ülkelerin sağlık sistemlerinin karşılaştırılmasına yönelik birçok farklı çalışma yapılmış olsa da Milton I. Roemer'in 1993'te geliştirdiği sınıflandırma modeli en kapsamlı ve detaylı olarak kabul edilmektedir. Roemer, bu çalışmasında, gelişmekte olan ve sanayileşmiş ülkelerdeki sağlık sistemlerini inceleyerek, yaklaşık 165 ülkeyi sosyo-politik yapılarına göre değerlendirmiş ve dört ana kategoride toplamıştır (Roemer, 1993).

Roemer'in sınıflandırmasında, sağlık sistemleri dört başlık altında ele alınmaktadır: Serbest Piyasa Yönelimli, Refah Yönelimli, Genel Kapsayıcı ve Sosyalist Sistem. Bu türler, ülkelerin hangi sağlık sistemi türüne dahil olacağını, o ülkelerin sağlık sistem yapısına dayanarak belirlemektedir. Dolayısıyla, sağlık sistemlerinden hangisinin baskın özelliklere sahip olduğu ve bireylerin sağlık hizmetlerine erişim şekli, o sistemin hangi tipe uygun olduğunu belirleyen kriterler arasında yer almaktadır (Sargutan, 2005; Roemer, 1993).

Geliştirilen sağlık sistemi sınıflandırmasında her bir sağlık sisteminin özellikleri, Tablo 1.1'de yer almaktadır. Bir ülke, bu dört sağlık sistemi tipinden yalnızca birinin özelliklerine sahip olabileceği gibi, birden fazla özelliği de taşıyabilir. Bir ülkenin hangi sağlık sistemi modeline ait olduğunu belirlemek için, şu iki soruya verilen cevaplar belirleyici rol oynar:

- Ülkedeki sağlık sisteminin hangi türü daha belirgin ve yaygın bir şekilde uygulanmaktadır?
- Ülkedeki halkın büyük kısmının sağlık hizmetlerini ödeme şekli, hangi sağlık sistemi özellikleriyle daha uyumludur?

Eğer bu iki soruya verilen yanıtlar aynı sağlık sistemi türünü işaret ediyorsa, o ülkenin sağlık sistemi bu modele uygun olarak kabul edilir (Sungur, 2021).

Tablo 1.1. *Sağlık sistemi türleri ve ayırt edici özellikleri (Sargutan, 2005; Roemer, 1993)*

Serbest Piyasa Yönelimli	Refah Yönelimli	Genel ve Kapsayıcı	Sosyalist Sistem
1. Bireysel, doğrudan ödeme ve/veya isteğe bağlı sigortalar ile hastalık ve sağlık hizmeti talebi karşılanmaktadır. 2. Kamu sektörü sağlık hizmetleri arz ve talebinde yer alsa da bu sistemde esas unsur özel sektördür. 3. Özel sektör, sağlık hizmetlerinin sunumu ve talep edilmesinde ana belirleyici rolü oynar.	1. Bireyler için zorunlu, kişisel prim ödemeli kamu hastalık sigortası (ve bazen sağlık sigortası) aracılığıyla sağlık hizmeti talebi gerçekleştirilir. 2. Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir rol oynarken, arz kısmında kamu sektörü daha sınırlıdır 3. Özel sektör, sağlık hizmetlerinin sunumunda yer alabilir, ancak talep kısmında ek imkanlar sunar.	1. Tüm bireyler için zorunlu, tam kapsamlı sağlık sosyal güvenliği ile sağlık hizmeti talebi gerçekleştirilir ve kamu tarafından nitelikli, ücretsiz sağlık hizmeti arzı sağlanır. 2. Kamu sektörü, sağlık hizmetlerinin hem arz hem de talebinde esas unsurdur. 3. Özel sektör sağlık hizmetleri arzında yer alabilir, ancak talep kısmında ek imkanlar sunar.	1. Tüm bireyler, zorunlu toplumsal sağlık güvencesi kapsamında sağlık hizmeti alır ve bu hizmetler toplumun ortak sağlık sistemi tarafından ücretsiz sunulur. 2. Kamu sektörü, sağlık hizmetlerinin sunumu ve talebi konusunda temel rolü üstlenir. 3. Özel sektör sağlık hizmetlerinin sunumu ve talebinde yer almaz veya yalnızca özel durumlarda yer alır.

1.5.1. Serbest Piyasa Yönelimli Sağlık Sistemi

Bu sağlık sistemi, liberal bir yaklaşım üzerine inşa edilen bir sağlık modelidir. Bu sistemde, sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı özel sektöre ait olup özellikle tedavi edici hizmetler tamamen piyasa koşullarına bırakılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı, özel sağlık sigortaları gibi dolaylı ödeme yöntemlerinin yanı sıra, bireylerin doğrudan cepten ödeme yapmasıyla sağlanmaktadır. Serbest piyasa yönelimli sağlık sistemlerinde, tedavi hizmetleri özel sektör tarafından sunulurken, devlet genellikle koruyucu sağlık hizmetlerini sağlar. Bu modelin en belirgin örneği, sağlık sisteminin büyük ölçüde özel sektöre dayandığı Amerika Birleşik Devletleri'dir. Ayrıca Tayland, Filipinler, Güney Afrika, Gana, Bangladeş ve Nepal gibi ülkeler de benzer sağlık sistemlerini benimsemişlerdir. Bu ülkelerde, sağlık hizmetlerine erişim genellikle piyasa dinamiklerine bağlı olarak şekillenmektedir (Çevik & Yüksel, 2019).

1.5.2. Refah Yönelimli Sağlık Sistemi

Bu tür sağlık sistemi, prim gelirlerine dayalı bir sosyal sigorta modelidir. Bu yapıda hem kamu hem de özel sektör yer almakta, ancak özel sektörün rolü sınırlı ve tamamlayıcıdır. Sağlık hizmetleri genellikle kamu sektörü tarafından sunulmakta, özel sektör ise sadece destekleyici bir işlev görmektedir. Sosyal Sigorta Modeli, Sosyal Hastalık Fonu ya da Sosyal Güvenlik Sistemi olarak da adlandırılabilir. Bu model, yalnızca aktif işgücü nüfusu içindeki çalışanları kapsar, emekliler ve bağımlılar ise çalışan nüfus üzerinden dahil edilmektedir. Refah yönelimli sağlık sistemini en belirgin örnek ülkeleri ise Türkiye, Almanya, Fransa, Japonya, Kanada, Brezilya, Mısır, Malezya, Hindistan, Burma, Libya gibi ülkeler uygulamaktadır (Roemer, 1993; Sungur, 2021).

1.5.3. Genel Kapsayıcı Sağlık Sistemi

İkinci Dünya Savaşı sonrasında İngiltere'de uygulamaya konulan ve "Beveridge Modeli" olarak bilinen sağlık sistemi, devletin hem finansmanını hem de hizmet sunumunu üstlenmesi nedeniyle, sağlık harcamalarının büyük bir kısmının genel vergilerle karşılandığı ulusal sağlık hizmetleri modeli olarak tanımlanır. Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemi, sadece çalışanlar için değil, tüm vatandaşlar için geçerli bir sağlık güvencesi sunar. Bu sistemin temel dayanağı eşitlik ilkesidir ve en önemli göstergesi, sağlık hizmetlerinin genel vergilerle finanse edilmesidir. Kapsayıcı evrensel sağlık sistemi, hastalık dahil olmak üzere tüm sağlık hizmetlerinin sigorta sistemi olmadan, devlet

tarafından sunulmasıdır ve bu hizmetlerin finansmanı tamamen vergilerle sağlanır. Bu tür bir sistemde özel sektör de mevcut olabilir (Sargutan, 2005).

İngiltere, kapsayıcı evrensel sağlık sistemi uygulayan başlıca ülkedir. Ayrıca, Norveç, Yeni Zelanda, İsrail, Nikaragua, Sri Lanka, Tanzanya, Kuveyt ve Suudi Arabistan gibi ülkeler de benzer bir sağlık sistemi modelini hayata geçirmiştir. Bu sistemlerde, sağlık hizmetlerinin evrensel ve eşit bir şekilde sunulması ön planda tutulur, böylece tüm vatandaşlar, gelir düzeylerine bakılmaksızın sağlık hizmetlerinden faydalanabilir (Yıldırım vd., 2012).

1.5.4. Sosyalist Sağlık Sistem

Sosyalist sağlık sistemi, sağlık hizmetlerinin tamamının devlet tarafından finanse edildiği ve hastalık tedavisi dahil tüm sağlık hizmetlerinin devletin kontrolünde sunulduğu bir modeldir. Bu sistemde, sağlık hizmetleri genellikle temel sağlık ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olup koruyucu sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere tüm sağlık alanında devletin hizmet sağlayıcı olarak tek başına bir yapıya sahiptir. Özel sektör sağlık hizmetlerinde ya hiç yer almaz ya da payı oldukça küçüktür. Sosyalist sağlık sistemini benimseyen ülkeler arasında eski SSCB, Küba, Kuzey Kore, Çin ve Vietnam gibi ülkeler örnek gösterilebilir. Bu modelde, sağlık hizmetlerine erişim genellikle eşitlikçi bir şekilde sağlanmakta ve tüm bireyler sağlık hizmetlerinden aynı derecede faydalanmaktadır (Çevik & Yüksel, 2019; Kılıç & Aksakoğlu, 1994-1995).

1.6. Sağlık Sistemlerinde Performans Kavramsal Çerçeve

Son yıllarda, ulusal sağlık sistemleri ve uluslararası düzeyde performans ölçümü için birçok girişim başlatılmış ve çeşitli modeller geliştirilmiştir. Bu çerçeveler farklı amaçlarla oluşturulmuş olsa da hepsi sağlık sistemini daha iyi anlamayı, sistemin yapısını ve performansını tanımlayan ve yönlendiren göstergeleri incelemeyi hedeflemektedir. Sağlık sistemlerinin performansı için oluşturulan kavramsal çerçevede, sağlık kurumlarının amaçları ve işlevleri yanı sıra, sosyo-ekonomik belirleyiciler ve sisteminin kültürü gibi diğer iç ve dış faktörler de dikkate alınmıştır (Durakovıc, 2022). Bu bağlamda, sağlık sistemleri ve sağlık kuruluşlarının performansını ölçmek için kullanılan en önemli modeller, birincil sağlık hizmetleri sunan kurumlarda performans ölçümüne yönelik kavramsal çerçeve geliştirmede teorik bir temel sağlamaktadır (Rendell vd., 2022). Çalışmanın bu bölümünde, performans kavramı tanımlanarak ve çeşitli boyutları ve ölçüm yöntemleri üzerinde durulmuştur.

Performans kavramı, sanattan spora, tıptan sosyal bilimlere kadar geniş bir yelpazede, çeşitli disiplinlerde farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Disiplinler arasındaki bu çeşitlilik bir yana, aynı disiplin içinde bile performansla ilgili çeşitli tanımlarla karşılaşmak mümkündür. Bu durum, tanımlama zorluklarının bir yansıması olarak görülebilir ve genellikle, kişilerin bir sistemin performansını değerlendirirken kendilerini yeterli hissedip her birinin süreci veya sistemi farklı boyutlar üzerinden ele almasıyla açıklanabilir (Tengilimoğlu & Toygar, 2013). Performansa yönelik bu çeşitlilik, kavramın anlaşılmasını zorlaştıran bir faktör olarak öne çıkmakta ve daha kapsamlı bir perspektif geliştirilmesini güçleştirmektedir.

Performans, bir bireyin, grubun veya organizasyonun belirli bir işte ulaştığı hedefler doğrultusunda nitel ve nicel olarak elde ettiği sonuçları ifade eden bir kavramdır. Kısacası, bir işin yerine getirilme düzeyini ya da bir hizmetin veya ürünün sunulma etkinliğini tanımlar. Genel anlamda, amaçlı ya da planlı bir etkinlik sonucunda elde edilen çıktıları nicel veya nitel biçimde belirleyen bir ölçüttür. Üstün performans ise genellikle başarı ile eş anlamlı olarak kabul edilir ve bu durum, performansın değerini ve önemini artırır (Tunçer, 2013).

1.6.1. Farklı Yaklaşımlarda Performans Tanımlamaları

Performans özellikleri, oluşum ve bireysel düzeyde hem davranışları hem de sonuçları açısından çok boyutlu bir yapıya sahip olup farklı seçenekler aracılığıyla çeşitli şekillerde değerlendirilir. Performans yönetimi, bu çok boyutlu yapıyı dikkate alarak amaç ve hedeflere ulaşmak için gerçekleştirilen uygulamaların uyumlu bir şekilde işlemesini sağlayarak hem bireysel hem de örgütsel verimliliği ve etkinliği artırmayı amaçlamaktadır (Aguinis, 2019). Performans ölçümü ise, örgütün faaliyetlerinin etkinliğini değerlendirmek amacıyla çeşitli yöntemler ve yaklaşımlar kullanılarak yapılabilir. Bu süreç, organizasyonların verimliliğini ve başarı düzeyini belirlemekte önemli bir rol oynamaktadır (Sevim, 2021).

Performans kavramının tanımlanması ve ölçülmesi konusunda önemli farklılıklar göstermektedir. Literatürde, performansın yalnızca çıktıların ölçülmesiyle sınırlı bir kavram olmadığı; aynı zamanda süreçler, verimlilik, kalite ve etkinlik boyutlarını da kapsayan çok boyutlu bir olgu olduğu vurgulanmaktadır. Bu nedenle, sağlık sistemlerinde performans değerlendirmesi, çeşitli perspektiflerden ele alınmakta ve her yaklaşım farklı

bir ölçüm çerçevesi sunmaktadır (Gülcü vd., 2004). Söz konusu teorik çerçeve kapsamında performans değerlendirilmesine yönelik başlıca yaklaşımlar şunlardır:

- Amaç Yaklaşımı: Örgütlerin performansını, önceden belirlenen amaç ve hedeflere ulaşma derecesiyle ölçer. Bu yaklaşımda başarı, ölçülebilir çıktılarla doğrudan ilişkilidir (Steiss, 2003).
- Sistem Kaynakları Yaklaşımı: Bir örgütün hayatta kalabilme ve hizmet üretme kapasitesini, çevresel kaynaklara erişme ve bunları mobilize etme becerisi üzerinden değerlendirir (Katz & Kahn, 1978).
- İç Süreç Yaklaşımı: Örgüt içindeki süreçlerin rasyonelliği, koordinasyonu ve istikrarını esas alır. Bu yaklaşım, örgütsel verimliliği süreç odaklı olarak analiz eder (Morgan, 2006).
- Bileşenler Yaklaşımı: Örgütün stratejik bileşenlerini en azından asgari düzeyde tanıması (Gülcü, 2004).
- Meşruluk Yaklaşımı: Örgütlerin faaliyetlerinin toplumsal normlar, yasal düzenlemeler ve kabul görmüş etik değerler doğrultusunda yürütülmesini performans kriteri olarak kabul eder (Scott, 2003).
- Hata Yaklaşımı: Performansı hata yapmama ya da hata riskini minimize etme üzerine temellendirir; özellikle sağlık gibi yüksek riskli alanlarda önem kazanır (Reason, 1990)
- Yüksek Performanslı Sistemler Yaklaşımı: Örgütlerin benzer faaliyet gösteren yapılarla karşılaştırmalı olarak daha etkin, daha verimli ve kaliteli etkili olmasını hedefler (Shortell & Kaluzny, 2006).
- Beşerî Kaynaklar Yaklaşımı: Örgütün fonksiyonel alt birimlerinin iş özelliklerinin uyumunu, insan kaynaklarının işlevsel yapılarla ne ölçüde uyumlu çalıştığını analiz eder (Ulrich, 1997).
- Organizasyonel Rekabet Yaklaşımı: Örgütün rekabet avantajı yaratarak sektörde sürdürülebilir bir üstünlük sağlayıp sağlayamadığını ölçer.
- Açık Sistem Yaklaşımı: Örgütün çevresiyle olan etkileşimi ve değişen çevresel koşullara adaptasyon kapasitesini temel alır (Katz & Kahn, 1978).

- Rasyonel Sistem Yaklaşımı: çıktı üretimi ve verimlilik artışı üzerinden örgütsel performansı değerlendirir (Scott, 2003).

Bu yaklaşımlar, performansın yalnızca sonuç odaklı değil, süreçler, kaynak kullanımı ve bağlamsal faktörler dikkate alınarak çok boyutlu bir biçimde değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Böylelikle performansın karmaşık yapısı daha iyi anlaşılmakta ve ölçme-değerlendirme sürecine sistematik biçimde entegre edilebilmektedir (Scott, 2003; Smith vd., 2010).

1.7. Sağlık Sistemlerinde Performans Önemi

Performans ölçümü, sağlık sisteminin faaliyetlerinin belirlenen hedeflerine ve politikalarına uygunluğunu kontrol etmek için hayati bir gerekliliktir. Karar alma süreçlerinde, performans yönetiminin odaklandığı unsurlar arasında, sağlık sistemlerinin etkinliğinin ve kalitesine ilişkin çıktının ölçülebilir olması büyük önem taşır (Klazinga vd., 2018). Bu ölçülebilirlik, sisteminin verimliliğini artırmak ve hasta bakımını iyileştirmek amacıyla atılacak adımların daha sağlam bir temel üzerine inşa edilmesini sağlar. Ayrıca, sağlık sisteminin performansının düzenli olarak değerlendirilmesi, kaynakların etkili kullanımını ve hizmet sunumundaki adaleti sağlamak için kritik bir rol oynamaktadır (Smith vd., 2010)

Sağlık sistemlerinin performansını ölçmenin iki ana önemi bulunmaktadır. İlk olarak, sağlık sisteminin eksikliklerini belirleyerek, finansmanda adalet, halkın beklentilerine yanıt verme ve benzer sağlık standartlarına ulaşma gibi alanlarda ülkelerin neden benzer gelir seviyelerinde olduğu halde başarısız olduğunu açıklamaya yardımcı olur. İkinci olarak bu ölçümler, sağlık sisteminin yıllar içindeki performansını değerlendirmeye olanak tanıyan göstergeler sağlar. Her iki fayda, belirli sağlık politikalarının (finansman ve hizmet sunum mekanizmaları dahil) belirli sosyo-ekonomik koşullarda farklılık göstermesi durumunda, gelecekte bu politikaların doğrulanması ya da reddedilmesi için bir temel oluşturabilir (Uğurluoğlu & Çelik, 2005). Ülkeler arası sağlık statüsü, gelir ve eğitim düzeyi gibi alanlarda belirgin farklar bulunmaktadır ve bu farkların bir kısmı sağlık sisteminin performansıyla ilişkilidir. Sağlık sisteminin planlanması, içeriği ve yönetimindeki farklılıklar, toplumların beklentilerine cevap verme, sağlık seviyelerini iyileştirme ya da finansal adalet sağlama gibi toplumsal açıdan önemli sonuçlara yansımaktadır (Kruk & Freedman, 2008).

Sağlık performans yönetimi hem örgütsel performansı hem de bireysel sağlık çalışanlarının performansını kapsamlı bir şekilde ele alarak, hasta memnuniyeti, hizmet kalitesi ve maliyet etkinliği gibi çok boyutlu hedeflere ulaşmayı mümkün kılar. Özellikle etkinlik (effectiveness), verimlilik (efficiency), adalet (equity) ve kalite (quality) gibi performans boyutlarının düzenli olarak izlenmesi, sağlık hizmetlerinin daha kapsayıcı ve sürdürülebilir bir yapıya kavuşmasını sağlar (Kaplan & Norton, 2001). Bu nedenle, performans değerlendirme sistemlerinin, sağlık sektörüne özgü dinamikler ve paydaş beklentileri göz önüne alınarak, esnek ve kapsamlı şekilde inşa edilmesi gerekmektedir.

Sağlık sistemlerinde, doğru, şeffaf ve geçerli yöntemlerle yapılan performans ölçümleri ve bu ölçümlerden elde edilen sonuçların kamuoyu ile paylaşılması, hesap verebilirlik ve kanıta dayalı sağlık politikalarının oluşturulması için kritik öneme sahiptir (Konca, 2021). Bu performansı etkileyen faktörleri tanımlamak ve mevcut koşullar altında daha iyi sonuçlar elde etmek için uygulanabilecek politikaları belirlemek, tüm düzeylerdeki karar alıcılar için kritik bir ihtiyaçtır. Ayrıca, sağlık sisteminin alt bileşenlerinin, örneğin ülke içindeki bölgeler veya halk sağlığı hizmetlerinin performansı, dikkatle izlenmesi gereken önemli unsurlardır. Anlamlı ve karşılaştırılabilir verilerle, performanstaki değişimlerin ardındaki temel faktörlerin açıklanması, ulusal ve uluslararası sağlık politikalarının bilimsel temellerini güçlendirebilir. Sağlık sistemi performansını güvenilir bir şekilde değerlendirebilecek bir modelin varlığı, hükümetlerin ve kalkınma kuruluşlarının etkili bir şekilde çalışabilmesi için son derece önemlidir (Murray & Frenk, 2000; Papanicolas & Smith, 2013).

Ayrıca, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere sağlık yardımı sağlayan hükümetler ve uluslararası bağışçı kuruluşlar için, destekledikleri ülkelerin sağlık sistemlerinde performans iyileşmesi sağlanıp sağlanmadığını değerlendirmek son derece önemli bir konudur (Kruk & Freedman, 2008). Bu durum, sağlık sistemlerinde performans değerlendirmenin yalnızca yerel bir konu olmadığını, aynı zamanda küresel çapta büyük bir öneme sahip olduğunu vurgulamaktadır. Bu bağlamda, sağlık sisteminin etkinliğini artırmak için yapılan çabalar, uluslararası iş birliğinin ve bilgi paylaşımının gerekliliğini ortaya koymaktadır (Smith vd., 2010)

Murray ve Frenk tarafından tanımlanan bir sağlık sistemi performansının üç içsel hedefi bulunmaktadır (Murray & Frenk, 2000).

1. Sağlığı iyileştirmek: Bu hedef, nüfusun sağlık durumunu artırmaya odaklanır ve sağlık sonuçlarının yanı sıra genel refahın önemini vurgular.

2. Finansmanda adalet: Bu hedef, sağlık hizmetlerine eşit erişim ihtiyacını ele alır ve mali engellerin bireylerin gerekli bakımı almasını engellememesini sağlamayı amaçlar.

3. Duyarlılık: Bu, sağlık sisteminin nüfusun beklentilerine ve ihtiyaçlarına cevap verme yeteneğini kapsar; hizmet sunumu kalitesini ve hasta deneyimini içerir.

Bu içsel hedefler, sağlık sistemi performansını değerlendirmek için kapsamlı bir çerçeve sağlar ve yalnızca sağlık sonuçlarının ötesine geçen çok boyutlu bir değerlendirme imkânı sunmaktadır. Bu hedefleri dikkate alarak, politika yapıcılar reformların etkisini daha iyi anlayabilir ve sağlık sistemlerinde iyileştirme alanlarını belirleyebilirler (Papanicolas vd.,, 2022; Tandon vd., 2000).

Güncel akademik literatürde bu çerçeveye sürdürülebilirlik, dayanıklılık, verimlilik ve hakkaniyet gibi yeni boyutlar da eklenmiştir. OECD'nin 2024 tarihli raporu, sağlık sistemi performans değerlendirmelerinde söz konusu hedeflerin kritik öneme sahip olduğunu vurgulamaktadır. Raporda, sağlık sistemlerinin yalnızca sağlık sonuçları üzerinden değil; aynı zamanda kaynak kullanım biçimi, finansal sürdürülebilirlik ve sağlık hizmetlerine eşit erişim gibi açılardan da sistematik olarak değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (OECD, 2024).

1.8. Sağlık Sistemlerinde Performans Boyutları

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), performans değerlendirmesini, ülkelerin özgün özellikleri dikkate alınarak belirlenen sağlık hedeflerinin geliştirilmesi, izlenmesi, sonuçların paylaşılması ve analiz edilmesi süreçlerini kapsayan bir yaklaşım olarak tanımlar. Bu değerlendirme sürecinde, sağlık sisteminin farklı boyutlarını bütüncül bir perspektifle ele almayı önerir. Literatürdeki çeşitlilik ise, sağlık sistemi performansının boyutlarına ilişkin ortak bir görüş oluşturma konusunda sınırlı ilerleme olduğunu gösterirken, bazı temel kavram ve yönlerin daha belirgin şekilde ön plana çıktığı göstermektedir. Bu doğrultuda sağlık sistemlerinin performans ölçüm boyutları Tablo 1. 2'de sunulmaktadır (OECD, 2023; Figueras vd., 2024).

Tablo 1.2. *Sağlık sistemlerinin performans ölçümünün boyutları (Tengilimoğlu & Toygar, 2013)*

Ölçüm Alanı	Ölçümün Açıklanması	Gösterge Örnekleri
Sağlık Nüfusu	Nüfus sağlığına ilişkin verilerin toplanıp analiz edilmesi, genel sağlık durumunun değerlendirilmesi açısından önemlidir.	Yaşam beklentisi, Sağlıklı yaşam beklentisi, Yaşam yılları, Önlenebilir ölüm, Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılları (DALY)
Bireysel Sağlık Çıktıları	Bireylerin sağlık durumlarının ölçülmesi, grup ve nüfus bazında karşılaştırmalar yapılmasını sağlar.	Genel Ölçümler: Kısa Form 36 (SF-36), EQSD; Hastalığa Özel Ölçümler: Artrit Etkisi Ölçeği, Parkinson Hastalığı Anketi (PD-39)
Klinik Kalite ve Bakım Uygunluğu	Sağlık hizmetlerinin ve hasta bakım kalitesinin ölçülmesi, hedeflenen sağlık çıktılarının elde edilmesini sağlar.	Çıktı Ölçümü: Sağlık durumu, Belirli post-operatif ölüm oranları Süreç Ölçümü: Kan basıncı ölçüm sıklığı
Sağlık Sisteminin Duyarlılığı	Tedavi gören bireylerin ve sağlık hizmeti alanların deneyimlerinin ölçülmesi, sağlık sisteminin duyarlılığını anlamak için gereklidir	Hasta onuru, özerkliği, gizliliği, İletişim ve sosyal destek, Temel hizmetlerin kalitesi, Hasta deneyimi ölçümleri, Hasta memnuniyet anketleri, Geniş ölçekli çalışmalardan elde edilen veriler
Eşitlik	Sağlık hizmetlerine erişim, cevap verebilirlik ve finansman konularında eşitlik, sağlık sisteminin adaletini ölçmek için kullanılır.	Kullanım ölçümleri, Erişim oranları, Kullanım-ihtiyaç oranları, Harcama eşikleri
Verimlilik	Sağlık sisteminin, kurumlarının ve kişisel uygulayıcıların verimliliğini ölçmek, kaynakların etkin kullanımını değerlendirmek açısından önemlidir.	Çalışan verimliliği, Maliyet-etkililik ölçümleri, Teknik etkililik (girdi/çıktı oranları), Tahsis etkililiği (maliyet-fayda analizleri)

Bu boyutlar, sağlık sisteminin performansını değerlendirirken kapsamlı bir çerçeve sunarak, hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik önemli bilgiler sağlamaktadır.

Bu bağlamda DSÖ performans değerlendirmesini "Her ülkeyi özgü bir süreç olarak, sağlık sistemlerinin stratejilerine dayalı üst düzey sağlık hedeflerinin başarıyla izlenmesi, değerlendirilmesi, sonuçların paylaşılması ve gözden geçirilmesi" şeklinde tanımlamaktadır. Bu tanıma göre, performans kavramının farklı boyutlarını anlamak için bir çerçeve sunmaktadır (Murray & Frenk, 2000).

Literatürde performans tanımları arasında çeşitlilik bulunması, performansın boyutları üzerinde de farklı görüşlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Genel bir görüş birliğinin eksik olduğu gözlemlenmektedir. Ancak, performans ölçme ve değerlendirme, bir organizasyonun sürdürülebilirliği ve sağlık hizmetlerinin gelişimi açısından kritik bir rol oynamaktadır. Farklı tanımlamalar doğrultusunda, performansa ilişkin çeşitli boyutlar da belirlenmiştir (Öztürk, 2022). Bu bölümde, öncelikle performans değerlendirmesi ve performans ölçüm olarak literatürde yaygın olarak kullanılan temel performans

ölçütleriyle birlikte, etkinlik, etkenlik, tutumluluk, verimlilik, kalite, iş yaşamının kalitesi, yenilik ve karlılık ve bütçe uyumu kavramlarının anlamları da açıklanmaya çalışılacaktır.

- **Etkinlik (Effectiveness):** Bir işletmenin ürün veya hizmet üretme sürecinde kaynakları ne ölçüde verimli kullandığını gösteren bir ölçüttür (Çelebi & Cura, 2013). Başka bir deyişle, sunulan sağlık hizmetlerinin birey ve toplum sağlığı üzerindeki somut etkileriyle ilgilidir. Bu etki genellikle ölüm oranları, hastalık düzeyleri ve yaşam kalitesi gibi göstergelerle değerlendirilir. Donabedian'ın modelinde etkenlik, "sonuçlar" ile doğrudan ilişkilendirilerek sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve başarısını ortaya koyar (Donabedian, 1988; Rosis, 2023).
- **Etkililik (Efficiency):** Bir kuruluşun belirlediği politikalar ve projelerle önceden tanımlanmış hedeflere ne ölçüde ulaşıldığını gösteren bir kavramdır (Çınaroğlu, 2016). Etkililik, sağlık sistemlerinde tesisatlara erişimde kaynakların ne derece verimli kullanıldığını ortaya koyar. Mali, insan gücü ve zaman gibi kaynakların en iyi şekilde değerlendirilmesi; minimum çaba ile maksimum sonuç elde edilmesi açısından büyük önem taşır. OECD ve güncel ampirik incelemelerde bu boyuta vurgu yapılmaktadır (OECD, 2023).
- **Tutumluluk (Economy):** Sağlık harcamalarını kontrol altına alarak ekonomik sürdürülebilirliği desteklemeyi amaçlayan bir boyuttur (Bayar, 2007). OECD'nin 2024 yılı analizine göre, bütçe yönetimindeki yeterlilik ve maliyet etkinliği, sağlık hizmetlerinin uzun vadeli sürdürülebilirliği açısından hayati bir rol oynamaktadır (OECD, 2024).
- **Verimlilik (Productivity):** Belirli bir zaman dilimi içerisinde üretilen mal veya hizmet miktarının, kullanılan kaynaklarla olan oranını ifade eder. Sağlık sistemlerinde verimlilik ise, sunulan hizmetlerin kapsamını, miktarını ve kalitesini temsil eden çıktılar ile insan kaynağı, sermaye ve zaman gibi girdiler arasındaki ilişki çerçevesinde değerlendirilmektedir. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinin etkinliği ve sürdürülebilirliği, kullanılan kaynakların optimal düzeyde değerlendirilmesiyle doğrudan bağlantılıdır (Xu vd., 2024)
- **Kalite (Quality):** Bir ürün veya hizmetin, belirlenen beklentileri karşılama veya bu beklentilerin ötesine geçme kapasitesi, kalitesini belirler. Sağlanan sağlık hizmetlerinin niteliği, hasta konforunun sağlanması, klinik verimliliğin artırılması ve uygun çözümlerle değerlendirilmektedir. Donabedian Modeli kapsamında, kalite

değerlendirmesi üç temel boyutta ele alınmıştır: yapı, süreç ve sonuç. Günümüzün modern kalite ölçüm yaklaşımları ise hasta memnuniyetini esas almakta, kanıta dayalı uygulamaları önceliklendirmekte ve bu unsurların planlamasına yönelik kapsamlı bir çerçeve sunmaktadır (Rosis, 2023; Busse vd., 2019)

- **İş Yaşamının Kalitesi (Quality of Working Life):** İş yerindeki genel deneyimlerini ve yaşam kalitesini ifade eden bir kavramdır (Saluvan & Kaya, 2010). Sağlık çalışanlarının iş ortamı, mesleki performansı, tükenmişlik düzeyi ve iş-yaşam dengesi, sağlık sisteminin genel verimliliği üzerinde doğrudan belirleyici unsurlar arasında yer almaktadır. 2024 OECD raporları ile yapılan ampirik araştırmalar, sağlıklı bir çalışma ortamının çalışanların kuruma karşı kişisel bağlılıklarını artırdığına ve dolayısıyla sunulan hizmetlerin kalitesiyle hastalara erişimin kapsamını iyileştirdiğine işaret etmektedir (OECD, 2024; Çolak vd., 2024).
- **Yenilik (Innovation)**: Üretim sürecindeki yenilikleri ifade eden bir kavramdır (Örücü, Kılıç, & Savaş, 2011). Yenilik, sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni yöntemler, teknolojik çözümler ve süreçlerin geliştirilmesini sürdüren bir yaklaşımı temsil eder. Dijital sağlık uygulamaları, tele-tıp ve elektronik sağlık kayıtları gibi inovatif çözümler, sistemin etkinliğini artırırken aynı zamanda krizlere karşı daha dirençli hale gelmesini sağlamaktadır (Khvatova vd., 2024; Xu, Yasmeen vd., 1988).
- **Karlılık ve Bütçe Uyumu (Profitability and Budgetability):** Kârlılık, belirli bir dönemde elde edilen kârın, yatırılan sermayeye oranını gösterir ve sağlık kurumlarının mali performansını analiz etmek açısından önemli bir göstergedir. Özellikle kamu sektöründe, finansal disiplini temin etmek amacıyla bütçe fazlalığı sıklıkla ön plana çıkmaktadır. Son yıllarda mali sürdürülebilirlik ve olumlu finansal sonuçlar hem özel hem de kamu sağlık kuruluşları için kritik bir performans göstergesi haline gelmiştir (OECD, 2024).

Bu sekiz başlık, performans değerlendirmesinde dikkate alınması gereken önemli boyutları temsil etmektedir.

1.9. Sağlık Sistemlerinde Performans Ölçüm Model ve Yöntemleri

Sağlık sistemlerinin performansının ölçülmesi, politikaların etkinliğini değerlendirme, kaynak tahsisini optimize etme ve nihayetinde toplum sağlığını iyileştirme açısından kritik bir süreçtir. Performans ölçümü kapsamında, sağlık sistemlerinin erişilebilirlik,

kalite, etkililik, verimlilik ve hakkaniyet gibi yukarıda detaylı şekilde anlatılan temel boyutlarını kullanılan temel yöntemler, göstergeler ve modeller incelenmektedir.

- Donabedian Modeli: Sağlık hizmetlerinin performansı, yapısal (sağlık tesisleri, altyapı, insan kaynağı), süreç (hizmet sunumu yöntemleri) ve sonuç (sağlık çıktıları) boyutları ile incelenir (Donabedian, 1987).
- Dengeleme Kartı (Balanced Scorecard): Kaplan ve Norton (1992) tarafından geliştirilen bu model, finansal ve finansal olmayan göstergeleri birlikte değerlendirerek çok yönlü performans ölçümü sağlamaktadır (Kaplan & Norton, 2001).
- Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Sağlık Sistemi Performans Çerçevesi: Sağlık sistemini hizmet sunumu, insan kaynakları, bilgi sistemleri, tıbbi ürün ve teknoloji, finansman ile liderlik ve yönetişim açısından değerlendirmektedir (WHO, 2000).
- OECD Sağlık Sistemi Performans Göstergeleri: OECD, performansı üç temel başlıkta sınıflandırır: etkililik, verimlilik ve eşitlik. Göstergeler nicel verilere dayalı olup ülkeler arası karşılaştırma yapmaya elverişlidir (OECD, 2024).

1.9.1. Veri Zarflama Analizi (Data Envelopment Analysis- DEA)

DEA, sağlık kurumlarının çoklu girdi ve çıktılarına göre verimliliklerini ölçen parametrik olmayan bir yöntemdir. Hastanelerin kaynak kullanım etkinliği ve hizmet kalitesi bu yöntemle göreli olarak karşılaştırılır (Öztürk, 2022).

1.9.2. Çok Kriterli Karar Analizi (Multi-Criteria Decision Analysis- MCDA)

Birden fazla performans kriterinin uzman görüşleri doğrultusunda ağırlıklandırılarak toplam performans skoru oluşturulmasını sağlar. Farklı paydaşların önceliklerini dikkate alan bütünsel bir değerlendirme yöntemidir (Uğurluoğlu & Çelik, 2005)

1.9.3. PATH Yöntemi

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi tarafından geliştirilen PATH yöntemi, hastanelerde kalite geliştirme amaçlı performans değerlendirme aracıdır. Klinik etkinlik, verimlilik, personel oryantasyonu, duyarlı yönetim, güvenlik ve hasta merkezlilik boyutlarını kapsar (Veillard vd., 2005; Tengilimoğlu & Toygar, 2013)

1.9.4. Karşılaştırmalı Analiz (Benchmarking)

Sağlık sistemi karşılaştırmalı analizi, sağlık hizmetlerinin performansını ölçmek ve değerlendirmek amacıyla kullanılan stratejik bir yaklaşımdır. Bu analiz çeşitli sağlık kurumları, bölgesel yetkililer veya ülkeler arasında performans göstergelerinin sistematik

karşılaştırılmasını içerir. Sağlık sektöründe kaliteyi artırmayı ve sistemlerin etkinliğini geliştirmeyi amaçlayan kritik bir yaklaşımı temsil etmektedir (Kara & Öztürk, 2021; Ettorchi-Tardy vd., 2012). Bu analiz süreci aynı zamanda sağlık politikalarının şekillendirilmesinde, öğrenme süreçlerinin hızlandırılmasında ve kaynak kullanımında verimliliğin teşvik edilmesinde kritik bir role sahiptir. Karşılaştırmalı analiz, temelde üç temel aşamadan oluşur: veri toplama, verilerin analitik araçlarla işlenmesi ve kıyaslama sonuçlarına dayanarak iyileştirme stratejilerinin geliştirilmesi (Sargutan, 2005).

Bu yöntem süreci sayesinde, en etkili uygulamaların tanımlanarak bu uygulamaların yaygınlaştırılması ve böylece sağlık sistemlerinin genel verimlilik ve etkinlik düzeyinin artırılmasıdır. Başarılı uygulamalar ve yenilikçi yöntemler daha net biçimde belirlenebilmekte ve bu bilgi birikimi, sağlık sektöründe daha geniş ölçekte uyarlanabilmektedir. Elde edilen veriler, politika yapıcıların daha bilinçli ve bilgiye dayalı stratejiler geliştirmesine olanak tanırken, sağlık hizmetlerinin kullanıcı odaklı bir perspektifle yeniden yapılandırılmasına da zemin oluşturmaktadır (Ellis, 2023).

Böylece ilgili zayıf noktalar üzerine yoğunlaşarak, kaynakların daha akılcı tahsisi mümkün hâle gelir. Örneğin, bir ülkede anne ve çocuk sağlığı alanında başarılı sonuçlar elde eden uygulamalar başka bir ülkeye uyarlanabilir ya da bir hastanede yürütülen yenilikçi dijital çözümler daha geniş bir ölçeğe taşınabilir. Bununla birlikte, sağlık sistemi karşılaştırmalı analizi çeşitli zorlukları da beraberinde getirebilir. Farklı ülkelerde veya kurumlar arasındaki ekonomik kaynaklar, kültürel farklılıklar, sağlıkla ilgili düzenleyici çerçeveler ve hastalık yükleri gibi faktörler karşılaştırma süreçlerini karmaşık hâle getirebilir (Kara & Öztürk, 2021; Sargutan, 2006).

Ayrıca veri kalitesi, uygunluk ve erişilebilirlik gibi konular da bu süreçte önemli sınırlayıcı unsurlar olarak öne çıkmaktadır. Özellikle düşük gelirli veya gelişmekte olan ülkelerde veri altyapısı eksiklikleri sağlıklı bir analiz yapmayı engelleyebilir. Bu bağlamda, sağlık sistemi karşılaştırmalı analizi gerek politika yapıcılar gerekse sağlık sektörü profesyonelleri için etkili bir öğrenme aracı sunmaktadır. Ancak bunun sürdürülebilir ve faydalı olabilmesi için metodolojik standartların geliştirilmesi, veri toplama süreçlerinde şeffaflık sağlanması ve uluslararası alanda dinamik bir iş birliği ortamının desteklenmesi gereklidir. Böylece daha eşitlikçi, erişilebilir ve sürdürülebilir sağlık sistemlerine ulaşmak mümkün olabilir (Willmington vd., 2022; Ettorchi-Tardy vd., 2012).

1.10. Yöntemsel Çerçeve

Bu araştırma, Somali ve Türkiye'nin sağlık sistemlerinin performansını değerlendirmek amacıyla ikincil veri analizine dayalı nitel bir yaklaşım çerçevesinde yürütülmüş olup yöntem olarak karşılaştırmalı literatür ve veri analizi esas alınmıştır. Çalışmada, sağlık sistemi performansı ile ilgili kavramsal ve kuramsal çerçeve belirlenerek, araştırmanın temelinde, her iki ülkenin sağlık sistemi performans göstergelerinin uluslararası kabul görmüş, güvenilir ve doğrulanmış veri tabanlarından elde edilen istatistiklerinin sistematik bir biçimde karşılaştırılması yer almaktadır. Araştırma tasarımı, sağlık sistemi performans göstergelerinin belirlenmesi, bu göstergeler üzerinden iki ülkenin mevcut durumlarının analiz edilmesi ve elde edilen bulguların karşılaştırmalı olarak yorumlanması ve politik çıkarımı esasına dayanmaktadır. Veri toplama sürecinde, DSÖ, Dünya Bankası, Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF ve IGME), TÜİK, Türkiye ve Somali Sağlık Bakanlıklarının resmi istatistikleri, hakemli akademik makaleler, kitaplar, politika belgeleri ve güvenilir elektronik kaynaklardan elde edilen veriler sistematik olarak incelenmiştir. Kullanılan göstergelerin veri yılları, 2013–2022 yılları arasındaki en güncel ve karşılaştırılabilir olma kriteri dikkate alınarak tercih edilmiş, verilerin tanım ve ölçüm yöntemlerinin uluslararası standartlarla uyumlu olmasına özen gösterilmiştir.

Karşılaştırmalı analizde, sağlık hizmetine erişim ve kapsayıcılık göstergeleri (kaba doğum hızı ve doğurganlık oranı, anne, bebek ölüm oranı, sağlık sigorta kapsamı ve hizmet erişimi), sağlık girdi göstergeleri, (kişi başına sağlık harcaması ve GSYİH oranları, kişi başına hekim ve hemşire sayısı) sağlık çıktıları, (beş yaş altı ve yenidoğan ölüm oranı, kaba ölüm hızı, yaşam süresi, HALE, aşılama oranı ve hastalık prevalansı) ve yönetişim, eşitlik ve sürdürebilirlik göstergeleri temel alınmıştır. Bu göstergeler, karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir ve her gösterge bağımsız olarak yorumlanmıştır. Analiz sürecinde tanımlayıcı istatistikler ve görsel karşılaştırma teknikleri (tablo ve grafikler) kullanılmıştır. Bu kapsamda hem nicel göstergeler hem de nitel veriler bir araya getirilerek analiz bütüncüllüğü sağlanmıştır. Böylece çalışmanın amacı, her iki ülkenin sağlık sistemi performansı dair özgün ve kapsamlı bir değerlendirmesine sunarak gelecekte yapılacak politika geliştirme ve akademik araştırmalara sağlam bir veri ve analiz temeli oluşturmaktır. Ayrıca araştırmanın sınırlılıkları literatür taramasında Somali'ye ilişkin bilimsel kaynakların azlığı, çalışmanın analiz derinliğini bir ölçüde sınırlandırmıştır.

İKİNCİ BÖLÜM

SOMALİ DEĞERLENDİRMESİ

2.1. Somali Genel Bilgiler

Somali, coğrafi açıdan Afrika kıtasının Doğusunda bulunan ve yaklaşık olarak 637,657 km² yüz ölçümüne sahip bir ülkedir (SHDS, 2020). Somali'nin batısında Etiyopya yer almakta olup doğusu ise Hint Okyanusu ile çevrilidir. Kuzeybatısında Cibuti, güneybatısında ise Kenya bulunmaktadır. Somali'nin kuzeyinde ise Aden Körfezi yer alır. Binlerce yıllık bir geçmişe sahip olan Somali, Antik Mısırlılar tarafından (Tanrı'nın Ülkesi) olarak anılmıştır. Somali, 3.333 kilometre km boyunca uzanan Afrika'daki en uzun kıyı şeridine sahiptir. Bulunduğu coğrafi bölgenin avantajlarından yararlanan ülke, uzun kıyıları ve çeşitli ülkelere ve körfezlere yakın olan birçok sınırı sayesinde Somali önemli bir ticaret bölgesidir. Ülkede sınır ötesi ticaret ve çeşitli limanlar aracılığıyla uluslararası ithalat ve ihracat yapılmaktadır. Somali, özellikle Orta Doğu ve Doğu Afrika ile ticareti teşvik etmede önemli rol oynamaktadır (SHDS, 2020; Demircioğlu & Buyruk, 2018).

Ülkenin kuzey kısmı dağlık olsa da Aden Körfezi boyunca uzanan uzun bir kıyı şeridine de sahiptir. Orta ve Güney Somali, dalgalı ovalarla kaplıdır. Etiyopya'dan doğan Jubba ve Shabelle Nehirleri Somali'nin sürekli akarsularıdır. Ülkenin iklimi genellikle kuru ve yarı kuraktır. Günlük ortalama sıcaklık 25 ºC ile 37 ºC arasında değişmektedir. Merkezde daha sıcak, güneyde ise tropikal bir iklim vardır. Ortalama yağış miktarı da değişiklik gösterir: Kuzeybatı ve Kuzeydoğuda yaklaşık metrekareye 400 mm, kuru merkezi bölgede metrekareye 100-150 mm düşmekte ve bu oranlar güneyde metrekareye 400-500 mm'ye kadar ulaşmaktadır. Somali'de dört ana mevsim görülmemektedir. Bu nedenle hayvancılık ve tarımsal faaliyetlerin şekillenmesinde değişen rüzgâr faaliyetleri oldukça belirleyici bir rol oynamaktadır. Bu rüzgâr faaliyetlerinin aynı zamanda olumsuz etkileri

de vardır. Bu değişken rüzgarlar, yerel yaşam tarzını ve ekonomik faaliyetleri de derinden etkilemektedir (WHO, 2010).

Afrika Kıtasında yer alan Somali, Avrupa ve Körfez ülkelerinin genişleme politikalarını uzun yıllar devam ettirdiği bir coğrafyadadır. Günümüzde pek çok ülke de bu bölgede çıkarlarını koruyabilmek adına yeni ekonomik iş birlikleri geliştirme arayışındadır. Avrupa, Afrika ve Asya'yı bir araya getiren Kızıldeniz, Bab'ül Mendep Boğazı ve Hint Okyanusu gibi hayati önem taşıyan deniz yollarının kesişim noktasında yer alan ülke, sahip olduğu limanlarıyla da uluslararası anlamda ve jeopolitik açıdan stratejik bir öneme sahiptir. Bölgedeki değerli doğal kaynaklar, zengin maden rezervleri ve su varlıklarının yanı sıra, güçlü ve dinamik insan kaynağı da bölgenin ve ülkenin uluslararası ilgi odağı haline gelmesine katkı sağlamaktadır (Demircioğlu, & Buyruk, 2018).

Somali Cumhuriyeti, 1 Temmuz 1960 tarihinde kurulmuştur. 1991'deki Merkezi devlet çöküşünden sonra iç savaş patlak vermesiyle, ülke şu anda üç bölgeden oluşmaktadır: Kuzeybatıda Somaliland, kuzeydoğuda Puntland ve güneyde ise Güney/Merkez Somali. Uzun yıllar boyunca bu üç bölge, kendi yarı özerk yönetimi ile faaliyet göstermektedir (WHO, 2010).

Ancak 2012'de, kalıcı siyasi ve yürütme yapılarının oluşturulması, Geçici Federal Anayasa'nın kabul edilmesi ve önemli askeri zaferler sayesinde Somali, yeni bir döneme girmiştir. Yıllarca süren çatışma ve belirsizliklerin ardından, ulusal bir diyalog ve uzlaşma yoluyla federal bir hükümetin kurulması sağlanmıştır. Bu yeni kurulan Federal Hükümet hem federal düzeyde hem de federal üye devletler bazında Somali halkına somut faydalar sunma ihtiyacını karşılarken, aynı zamanda yapısal zorluklarla da başa çıkma mücadelesi vermektedir (FGS, 2017).

Somali'nin nüfus yapısı ve demografik özellikleri ise, 2024 yılı itibarıyla toplam nüfusun yaklaşık %3,5 büyümeyle 19 milyon nüfus olduğu tahmin edilmektedir (World Bank, 2025). Bu nüfusun yaklaşık %47'si kentlerde, %37'si kırsal bölgelerde ve %16'sı göçebe bir yaşam sürmektedir. Demografik açıdan Somali, yüksek doğurganlık oranları ve düşük ortalama yaşam etkisiyle ciddi bir şekilde gençleşmiş bir nüfus profiline sahiptir. Ülkenin 0-14 yaş aralığındaki grubu, toplam nüfusun yaklaşık %46'sını teşkil ederken; 15-64 yaş grubunun nüfus içindeki payı %51 olarak hesaplanmaktadır. Bunun yanı sıra, 65 yaş ve üzerindeki kesim toplam nüfusun yalnızca %2,7'sini oluşturmaktadır (World Bank, 2025; WHO, 2024).

Somali’nin resmi ve ana dili Somalice dilidir ve ülkede bulunan birçok vatandaş tarafından konuşulmaktadır. Okullarda eğitim dili olarak da Somalice kullanılmakta ve öğretilmektedir. Ayrıca Somali’de Arapça, İngilizce ve İtalyanca da yaygın olarak kullanılmaktadır (İnsamer, 2018).

2.2. Somali’nin Genel Ekonomik Durumu

Somali'nin ekonomik durumu, yıllarca süren iç savaş ve siyasi istikrarsızlık nedeniyle oldukça zorlu bir dönemden geçmiştir. 1991 yılında merkezi devletin çöküşüyle birlikte ülkenin ekonomik yapısı ciddi anlamda sarsılmıştır. Ancak son yıllarda bazı alanlarda iyileşmeler yaşanmaktadır. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) verilerine göre, Somali 2012 yılından bu yana dünya genelinde düşük kalkınma göstergelerine sahip ülkeler arasında yer almaya devam etmektedir (WHO, 2024).

İnsani Gelişme Endeksi (İGE), bir ülkenin kalkınma düzeyini üç temel boyut üzerinden değerlendiren ölçüte sahiptir. Bu ölçütler şu şekildedir:**1-** Sağlık (yaşam süresi), **2-** Eğitim (okullaşma oranları ve okur yazarlık oranı) ve **3-**Gelir (kişi başına düşen gelir). Özellikle İGE açısından dünyanın en düşük sıralamalarında yer almaktadır. Bu üç ölçüt açısından Somali’nin İGE değeri oldukça düşük olup 2012 yılında bu oran 0,285 olarak kaydedilmiştir. Bu değer, dünyanın en düşük İGE'leri arasında yer alırken, aynı zamanda ülkenin kalkınma düzeyindeki zorluklarını da yansıtmaktadır. Somali, yaşanan iç isyan sonrası da devam eden bu üç alanda da ciddi gerilemeler yaşamaktadır. 2010 yılına ait verilere göre, eğitim endeksi 0,118 gibi düşük bir seviyedeyken, gelir endeksi 0,253 ve sağlık endeksi ise 0,486 olarak kaydedilmiştir. Somali'nin bu düşük İGE değerleri, ülkenin savaşlar, doğal felaketler, yoksulluk ve siyasi istikrarsızlık gibi ciddi zorluklarla karşı karşıya olduğunu göstermektedir. Ülkedeki temel hizmetlere erişim, altyapı eksiklikleri ve sosyal eşitsizlikler, Somali'nin kalkınma sürecinde ülkenin önünde büyük engeller oluşturmaktadır. Bu durum hem bireysel yaşam kalitesini hem de ulusal gelişimi olumsuz etkilemektedir (UNDP, 2012).

Tüm bu zorluklara rağmen Somali'nin İGE değerinde son yıllarda bazı gelişmeler kaydedilmiştir. Somali'nin, özellikle son yıllarda yapılan analizlere göre 2022 yılı İGE değerinde HDI değeri ise 0,380 olarak belirlenmiştir. Bu değer, ülkenin gelişim sürecinde hala önemli zorluklarla karşılaştığını, ancak belirli bir ilerleme kaydedildiğini de göstermektedir. Yine de Somali'nin İGE değeri dünya genelindeki birçok ülkenin

gerisinde kalmaktadır. Bu nedenle sağlık, eğitim ve gelir düzeylerindeki eksikliklerin etkileri hala ülkede kendisini göstermektedir (UNDP, 2023) .

Somali ekonomik yönetim kurumlarını yeniden inşa etmeye devam etmektedir. Bu süreçte de ülke birkaç fırsata sahiptir. Bunlar; hızlı kentleşme, dijital teknolojilerin artan kullanımı, enerji kaynaklarının bulunması ve kullanımının artması limanlar, jeopolitik konumu, eğitim ve sağlık alanlarında planlı yatırımlar bu avantajlara örnek gösterilebilir. Bu nedenlerle ülkenin krizlere karşı dayanacak bir mekanizma oluşturması, ekonomik büyümeyi sağlamak ve iş imkanları yaratmak için bir öncelik olmaktadır. Ancak şiddetli kuraklıklar, seller, çekirge istilaları, pandemi, değişken küresel fiyatlar, ayrıca güvensizlik ve ülke içi çatışmalar ülkenin toparlaması için gerekli olan süreyi yavaşlamıştır. Ülkenin Gerçek GSYİH büyümesi, 2019-2023 yılları arasında ortalama %2,1 gibi düşük ve dalgalı bir seviyede kalmış, kişi başına düşen reel GSYİH büyümesi ise %0,7 gibi negatif bir seyir izlemiştir (World Bank, 2024).

Somali, dünyanın en büyük doğal hayvan varlıklarına sahip ülkelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Birleşmiş Milletlere bağlı Dünya Gıda ve Tarım Örgütü (FAO) tarafından 1989 yılında gerçekleştirilen bir sayımda, 10 milyonluk nüfusa karşılık 40 milyon küçük ve büyükbaş hayvanın mevcut olduğu tespit edilmiştir. Bu oran, dünya genelinde yalnızca çok az ülkenin erişebildiği bir düzeyi temsil etmektedir (İnsamer, 2018). Ancak bu doğal potansiyele rağmen Somali, temel gıda ihtiyacının yaklaşık %60'ını ithal etmek durumunda kalmaktadır. Bu da uluslararası gıda güvenliğinin ülke içindeki ekonomik krizler üzerindeki etkilerinin ne kadar önemli olduğunu anlatan önemli bir durumdur (WHO, 2014).

Günümüzde, sanayi sektörü Somali ekonomisinin yaklaşık %13'ünü oluştururken, hizmet sektörü %34,9'luk bir paya sahiptir. Somali'nin ekonomik yapısında, tarım ve hayvancılıkla birlikte, diaspora aracılığıyla gelen finansal yardımlar ve telekomünikasyon sektörü de önemli bir yer tutmaktadır. Tarım sektörü, (GSYIH) %50'sine yakın bir kısmını oluştururken, bazı kaynaklar bu oranı %40 olarak belirtse de, tarım sektörü ekonomideki en büyük paya sahip olmaya devam etmektedir. Bununla birlikte, tarım ve hayvancılık sektörü henüz istenilen düzeyde gelişmemiştir. Bu durum, sektörü özellikle iklim değişiklikleri ve çevresel koşullar karşısında savunmasız hale getirmektedir (DEİK, 2020).

Tablo 2.1. *Somali'nin ekonomi göstergeleri (World Bank, 2012-2019; World Bank, 2024; UNDP, 2023; Ticaret Bakanlığı, 2024)*

Göstergeler	2012	2019	2022	2023	2024
GSYİH (Cari Fiyatlar milyar $)	6.39	7,70	10,2	10,97	12,73
Kişi Başı GSYİH	284 $	499.82 $ (2017)	653 $	683 $	735 $
Büyüme Oranı	%2,6	%2,9	2,7	4,2	4,4
Toplam İthalat (milyar $)	2.16	2.40	2.671	1.023	7.918 (2021)
Toplam İhracat (milyon $)	505.11	345.2	751.873	210.672	522.397 (2021)

Yukarıdaki tabloya göre Somali'nin ekonomik göstergeleri, son yıllarda belirli bir büyüme ve iyileşme süreci yaşadığını göstermektedir. Bu tabloda belirtilen göstergeler ışığında, Somali ekonomisinin 2012'den 2024'e kadar nasıl bir değişim geçirdiği incelenebilir:

- **GSYIH (Cari Fiyatlar, milyar $)**: 2012'de 6,39 milyar dolar olan GSYİH, 2024 yılına kadar yaklaşık iki katına çıkarak 12,73 milyar dolara ulaşmıştır. Bu, ülkenin ekonomik büyümesinin sürdüğünü ve büyüyen bir ekonomiye doğru ilerlediğini gösteriyor. Ancak, bu büyümenin ne kadar sürdürülebilir olduğu ve potansiyel zorluklarla nasıl başa çıkılacağı, ekonomik kalkınma açısından önemli bir sorudur (World Bank, 2024).
- **Kişi Başı GSYIH**: 2012'de kişi başına GSYİH 284 dolar iken, 2024'te bu rakam 771 dolara çıkmıştır. Bu artış, ülkenin genel ekonomik büyümesinin vatandaşların yaşam standartlarına olumlu yansıdığını ancak hala düşük bir seviyede olduğunu göstermektedir. Ancak, bu büyüme hızının daha yüksek olması, Somali'nin daha güçlü ve sürdürülebilir bir kalkınma yolunda ilerlemesi için önemlidir (UNDP, 2023; Ticaret Bakanlığı, 2024).
- **Büyüme Oranı**: 2012'de %2,6 olan büyüme oranı, 2023'te %4,2'ye yükselmiştir. 2024 yılı için %4,4'lük bir büyüme olmuştur. Somali'nin ekonomik büyümesinin hız kazandığını ve ulusal ekonomide önemli bir ivme kaydedildiğini göstermektedir. Bu oran, gelecekteki kalkınma ve yatırım çekme açısından umut vericidir. Ancak, büyüme oranlarının sürdürülebilir olması için yapısal reformlar ve altyapı yatırımları gerekmektedir (Ticaret Bakanlığı, 2024).

- **Toplam İthalat (milyar $)**: 2012'de 2,16 milyar dolar olan ithalat, 2019'da 2,40 milyar dolara çıkmış, ancak 2021'de 7,918 milyar dolara yükselmiştir. Bu artış, Somali'nin dış ticaretinde bir genişleme olduğunu, ithalatın arttığını ve muhtemelen yerli üretim ile karşılanamayan ihtiyaçların dışarıdan karşılandığını göstermektedir. Ancak, bu artan ithalat, dış borç yükünü ve ekonomik dengeyi de zorlayabilir (Ministry of Finance Somalia, 2022).

Son dönemde kaydedilen ekonomik büyüme, Somali'nin kişi başına düşen gelirinde iyileşme sağlarken yaşam standartlarında da nispi bir büyüme göstermektedir. Bununla birlikte gelir seviyesinin hala düşük düzeylerde olması ve ithalatta görülen dalgalanma Somali ekonomisinin önünde çözülmesi gereken zorlukları gözler önüne sermektedir. Daha sürdürülebilir bir kalkınma modeli benimseyebilmek için ciddi yatırımların yapılması, yapısal reformların hayata geçirilmesi ve yerli üretim kapasitesinin artırılması gereklidir. Ayrıca, artan ithalat ve dış ticaret dengesi oluşturmak adına stratejik yaklaşımlar geliştirilmesi elzemdir. Somali'nin karşılaştığı içsel sorunlar ve çevresel faktörler göz önünde bulundurulduğunda söz konusu büyümenin istikrarlı bir şekilde devam edebilmesi için kapsamlı ve öngörülü bir planlama gerekmektedir.

2.3. Somali Sağlık Sistemi Tarihçesi

Somali'nin sağlık sistemi, başlangıçta geleneksel tıbbın tarihsel süreçteki gelişimi ve uygulama yöntemlerine dayanmakta olup modern sağlık hizmetlerinin yaygınlaşmasından önce hastalıkların tedavisinde temel bir kaynak olarak kullanılmıştır. Somali toplumunda geleneksel tıp uygulamaları, temelde üç ana kategoride toplanmaktadır: İslami tedavi yöntemleri, pratik uygulamalara dayalı tedaviler ve bitkisel tedavi yöntemleri. Bu üç yaklaşım, bedensel ve ruhsal hastalıkların tedavisinde hem yaygın hem de toplumsal olarak kabul gören bir sistem oluşturur. İslam temelli tedavi yöntemleri; Kur'an ayetlerinin okunması (rukye), dualar ve çeşitli dini ritüeller bu kapsamdaki uygulamalarla hem fiziksel hem de psikolojik rahatsızlıkların iyileştirilmesini kullanılmaktadır. Öte yandan, pratik ve bitkisel tedavi yöntemleri ise genellikle bedensel hastalıkların tedavisinde kullanılmakta ve kuşaktan kuşağa aktarılan yerel bilgi birikimini temel almaktadır. Bu kapsamda hacamat, dağlama, yara açma veya deri çizme gibi yöntemler ile kan alma uygulamaları ön plana çıkmaktadır. Modern sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu kırsal kesimlerde, bu tür uygulamalar uzun yıllar boyunca halk sağlığının ana dayanak noktası olmuştur (Warsame, 2020; Yusuf vd., 1983).

Ayrıca Somali'nin 1960'taki bağımsızlığının ardından ülke, temel ancak işleyen bir sağlık sistemine sahipti ve bu sistem birkaç önemli bazı başarılara imza atmıştır. 1966'da Hargeisa'da ve 1970 yılında başkent Mogadişu'da birer hemşirelik okulu açılmıştır. Bu yıllara özel sağlık hizmetleri, kamu sağlık hizmetleriyle paralel olarak varlığını sürdürmekteydi. Ancak Eski Somali Cumhurbaşkanı Siyad Barre'nin sosyalist hükümeti 1972'de özel sağlık hizmetleri uygulamasına son vermiştir (Barre, 1971). Ulusal bütçenin büyük bir kısmı askeri harcamalara ayrılmıştır. Ülkede diğer hizmetlerin yanı sıra sağlık hizmetleri için de çok az kaynak bırakılmıştır. Tüm kaynaklara askeri hükümetin kendisi ulaşabilir hale gelmiştir. 1973'te ise başkent Mogadişu'da tıp ve cerrahi fakültesi kurularak sağlık insan kaynakları artırılmaya çalışılmıştır. 1970'lerin ortasında, Somali'de birinci basamak sağlık hizmetleri (PHC) uygulanmaya başlandı ve yeni Tüberküloz (TB) rejimi tedavisi devreye alınmıştır. 1970'lerin sonlarına gelindiğinde, Finlandiya Uluslararası Kalkınma Ajansı (FINIDA) desteğiyle birinci basamak sağlık hizmetleri uygulamaya konmuştur (Qayad, 2008). 1977 yılı itibarıyla, Somali çiçek hastalığını ortadan kaldırarak, doğada görülen son çiçek vakasını raporlayan ülke olmuştur (Deria, 2011). Bu başarılar, yabancı yatırımların artmasına yol açtı ve özellikle solunum hastalıklarına yönelik tıbbi eğitim kurumlarının kurulmasını sağlanmıştır. Somali'nin sağlık sistemi örgütsel ve idari yapısı Sağlık Bakanlığı tarafından denetlenerek yönetiliyordu. Bölgesel tıbbi yetkilileri belirli bir yetkiye sahip olsa da sağlık hizmetleri açısından büyük bir kısmı merkezi otorite tarafından yürütülmüştür (World Bank, 2021).

1991 yılında Siyad Barre hükümetinin çöküşüyle birlikte, Somali'yi yıllarca süren siyasi istikrarsızlık ve toplumsal çatışmaların şekillendirdiği bir dönem bekliyordu. Bu süreç, ülkenin sağlık altyapısına ciddi zararlar vermiştir, özellikle kadınlar ve çocuklar arasında akut sağlık sorunlarının artmasına yol açmıştır. İç savaşın başlaması ülkedeki mütevazı sağlık altyapısının neredeyse tamamen yok olmasına neden olmuş, var olan sağlık tesisleri yağmalanmış, tahrip edilmiş. Çatışmalar sonucunda, ülkenin sağlık sistemindeki iş gücü kaybı derinleşmiş, güvenlik kaygısıyla 1.000'den fazla sağlık çalışanı göç etmiş, ilk beş yıl içinde doktorlar, hemşireler ve ebeler gibi sağlık personelinin %20'si, ülkeyi terk etmiştir. Ek olarak, bu dönemde ülkedeki tek tıp fakültesinin kapanması, sağlık hizmet sağlayıcılarının eğitimini de kesintiye uğratmıştır (Qayad, 2008; Dalmar vd., 2017).

Söz konusu kriz ortamı, özellikle kadınlar ve çocuklar arasında ciddi sağlık sorunlarının artmasına neden olmuştur. Sağlık altyapısının büyük ölçüde işlemez hale gelmesi, temel sağlık hizmetlerine erişimi ciddi biçimde sınırlamıştır. Ancak son yıllarda, özellikle Küresel Fon gibi uluslararası paydaşların desteğiyle başlatılan yatırımlar, Somali'nin halk sağlığı altyapısının yeniden inşasında önemli rol oynamaktadır. Bu çabalar, başta anne ve çocuk sağlığı olmak üzere temel sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesine öncelik verilerek, sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması yönünde atılmış kritik adımlar arasında yer almaktadır (Said & Kicha, 2024).

1991 ile 2012 yılları arasında devam eden iç karışıklıklar Somali'de sağlık sistemini, sanitasyon altyapısını ve temiz içme suyu sistemlerini yok ederek, geleneksel tıbbi tedaviye zemin hazırlamıştır. Bu durumdan kadınlar ve çocuklar en çok etkilenen gruplar olmuştur. Somali, dünyada en yüksek doğurganlık oranlarından birine sahip ülkelerden biri olmasına karşın, anne ve çocuk sağlığı hizmetleri neredeyse yok denecek kadar yetersiz kalmıştır. Bulaşıcı hastalıklar, üreme sağlığı, yenidoğan sağlığı ve ergen sağlığı alanlarında artan hastalık yükü, acil yatırımlar yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır. Özellikle önlenebilir hastalıkların kontrol altına alınması, üreme sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesi ve tedavi kapasitesinin artırılması sağlık sektöründe kritik bir öncelik haline gelmiş durumdadır. Bu yatırımlar, özellikle üreme sağlığı, anne ve çocuk sağlığı hizmetlerine odaklanmalı, sürdürülebilir, korunabilir olmalı ve tüm bu çalışmalar ekonomik olarak da güçlendirilmelidir. Bu sürecin ve çatışmaların olumsuz etkilerinin ardından güçlü bir özel sektör ortaya çıkmış olsa da halkın sağlık ihtiyaçlarının bir kısmı hâlâ karşılanamıyor, sağlık hizmetlerinin yaklaşık %60'ı ve tedavi için getirilen ilaçların %70'i özel sektör tarafından sunulmakta ve bu hizmetler en çok büyük şehirlerde yoğunlaşmaktadır (World Bank, 2021). Ancak Somali'nin özel sektörü, hükümetin istikrarsız şekilde ilerlemesi sonucunda oluşan ekonomik kısıtlamalar nedeniyle gayri resmi ve denetimden yoksundur. Bu durum, sağlık hizmetleri ve ilaç ürünlerinde kalite ve güvenlik standartlarının oluşturulamamasına yol açarak özel sektör potansiyeli tam anlamıyla kullanılamamaktadır. Bu alanın denetimsiz şekilde ilerlemesinin aleyhe bir sonucunu da kırsalda yaşayan vatandaşları görmektedir. Hastanelerin şehirlerde yoğunlaşması, ilaçların şehirlere getirilmesi, sağlık hizmetinin neredeyse tamamının özel sektörde para ile işlemesi sonucunda kırsal kesimde yaşayan vatandaşlar da bu hizmetlerden yararlanamamaktadır. Somali'nin sağlık sisteminde sürdürülebilir iyileşme

sağlanması için düzenleyici yapılar güçlendirilirken, kamu ve özel sektör iş birliğinin geliştirilmesi gerekmektedir (WHO, 2024).

2010'ların başında sağlık sisteminin toparlanma süreci, geçici bir federal hükümetin kurulmasıyla başlamıştır. Bu gelişme, evrensel sağlık kapsamına (UHC) ulaşma çabalarının başlatılması için önemli fırsatlar yaratmıştır. Toparlanma döneminde, tıp veya sağlıkla ilgili lisans programları sunan yaklaşık 25 akademik kurum faaliyete geçmiş, ayrıca İsveç üniversiteleriyle iş birliği yeniden kurulmaya başlanmıştır (Dalmar vd., 2017).

2013'teki Somali Konferansı'ndan sonra ülke, siyasi ve ekonomik gelişmenin yeni bir aşamasına girmiştir. Federal Hükümeti ve uluslararası toplum, sürdürülebilir barış, hizmet sunumunun artırılması ve ekonomik kalkınma için bir anlaşma imzalandı. Somali Sağlık Bakanlığı liderliği, sağlık sisteminin güçlendirilmesi gibi alanlarda önemli bir rol üstlenmiştir. Mart 2013'te, merkezi yetkililer 2016 yılına kadar tüm vatandaşlara evrensel temel sağlık hizmeti sağlamayı amaçlayan yeni bir ulusal sağlık sistemi olan Sağlık Sektörü Stratejik Planları (HSSP'ler) başlattı ve bu hizmetleri günümüze kadar halen devam etmektedir (Ministry of Health Somalia, 2014).

Bu proje, bölgesel sağlık stratejik planlarının ilgili bakanlıklar tarafından taslaklarının hazırlanması ve BM ajanslarının desteklerinin uygulamaya konulmasıyla şekillenmiştir. Sağlık sistemi güçlendirilmesi, günümüz Somali liderliğinin en önemli rol oynadığı alanlardan biri olarak görülmektedir. Bu proje, ilgili bakanlıklar tarafından hazırlanan ve bölgesel sağlık sektörü stratejik planlarının oluşturulması şeklinde somutlaştırılmıştır. Bu planlar, şu anda çoklu bağışçılar tarafından finanse edilen Ortak Sağlık ve Beslenme Programı (JHNP) aracılığıyla uygulanmıştır (UNICEF, 2012). Devlet, sağlık hizmetlerini BM ajanslarının teknik rehberliği altında uygun uygulayıcı partnerlere devretme rolünü üstlenmiştir. 2013–2016 Sağlık Sektörü Stratejik Planı (HSSP) çerçevesinde, üç bölgenin de yöneticileri ve hükümetleri yerel ve uluslararası sağlık sektörü ortakları ve bağışçılarla birlikte bu yıllar içinde kendi sağlık sektörü stratejik planlarını da geliştirmiştir. Sağlık Sektörü Stratejik Planı ve Ortak Sağlık ve Beslenme Programının uygulanması, Somali sağlık sistemindeki en acil sorunlara çözüm ararken, aynı zamanda benzer koşullarda çalışan politika uygulayıcıları için bir öğrenme fırsatı sunan yeniden yapılandırma ve gelişim çabasının göstergesidir (Warsame vd., 2016).

2018 yılında Somali'de sağlık sistemi zayıf çevre koşulları, sınırlı su erişimi ve yetersiz sanitasyon altyapısı, 2017 yılındaki kuraklığın etkileriyle daha da ağırlaşarak, özellikle sel felaketi ve Sagar Kasırgası'nın ardından Somali özellikle ekonomik ve sağlık açısından durumunu kötüleşmesine yol açmıştır. Bu olumsuz salgın dinamikler, 2018 yılında ortaya çıkan sel felaketleri ve özellikle Sagar Kasırgası ile daha da ağırlaşmıştır. Söz konusu afetler, yalnızca fiziksel altyapıya zarar vermekle kalmamış, aynı zamanda zaten kırılgan olan sağlık hizmeti sunumunu ciddi biçimde aksatmıştır. Sağlık sistemi, hayat kurtarıcı ve koruyucu hizmetler sunma konusunda büyük zorluklar yaşadı ve yetersiz kaldı, bu da sağlık altyapısının daha da parçalanmasına neden olmuştur (Ahmed vd., 2020).

2018 yılından sonraki gelişmelerde Somali Federal Hükümeti (FSG), ölüm ve hastalık oranlarını etkileyen temel nedenleri ele almak için kalkınma ortaklarını koordine etme konusunda çaba sarf etmiştir. Hükümet, sağlık sektöründeki kalkınma ortaklarını bir araya getirmek amacıyla düzenli sağlık sektörü koordinasyon toplantıları düzenlemiştir. 2020 yılında, hükümet Temel Sağlık Hizmetleri Paketi (EPHS) yenileyerek, bağışçı finansmanının parçalanmasını ortadan kaldırmayı ve güncellenmiş EPHS'nin uygulanmasına yönelik kapsamlı bir sağlık ve beslenme hizmetleri paketi geliştirmiştir. Şu anda Dünya Bankası ve Küresel Finansman Tesisi (GFF) tarafından desteklenmesi planlanan Damal Caafimaad Projesi, hükümete, Somali'deki ölüm oranlarını etkileyen temel nedenleri ele almak için yüksek etkili, temel sağlık ve beslenme hizmetlerine erişimi hızla genişletme konusunda yardımcı olacaktır. Ayrıca, bu proje, faaliyete geçtiği andan itibaren sağlık sistemlerini güçlendirerek federal ve eyalet sağlık bakanlıklarının kurumsal kapasitelerini artırarak ve sağlık kaynaklarını daha verimli bir şekilde koordine edip kullanarak Somali halkının sağlık sonuçlarını iyileştirmeye katkı sağlamaktadır. (Ministry of Health Somalia, 2018; World Bank, 2021).

2.4. Somali Sağlık Sistemi Politikaları ve Organizasyonu

2.4.1. Sağlık Sistemi Politikaları

Federal Sağlık Bakanlığı ve Eyalet Sağlık Bakanlıkları, Somali halkına sağlık hizmetlerinin sağlanmasında önemli bir rol oynamaktadır. Bu bakanlıklar, sağlık politikalarının oluşturulması ve sağlık hizmetlerinin denetlenmesi gibi kritik işlevlere sahip olup aynı zamanda kamu sağlık hizmetlerinin sunulmasında da sorumludur. Bu sorumluluk özel sağlık hizmetleri üzerinden hizmet veren Somali'de büyük bir önem

taşımaktadır. Bu nedenle Somali'deki sağlık hizmetleriyle ilgili birçok önemli bütçe kararı ve sağlık müdahalesinde bu bakanlıkların doğrudan etkisi ve katılımı bulunmaktadır. Somali Federal Sağlık Bakanlığı (FMoH), sağlık hizmetlerinin ülke çapında eşit bir şekilde dağıtılmasını sağlamak, sağlık sistemini güçlendirmek ve toplumsal sağlık sorunlarına çözüm bulmak amacıyla farklı devlet ve yerel otoritelerle iş birliği yapmaktadır. Öte yandan, sağlıkla ilgili mali kaynakların sağlanmasında bir diğer önemli paydaş, Maliye Bakanlığıdır. Maliye Bakanlığı, sağlık alanında yapılacak yatırımlar için hükümetin bütçe tahsisatlarını belirleyip yönetmekle sorumludur. Bu bakanlık, sağlık harcamalarının önceliklendirilmesi ve gerekli kaynakların sağlanabilmesi için sağlık bakanlıklarıyla yakın bir şekilde çalışmaktadır. Ayrıca, sağlık sektöründeki kamu harcamalarının etkin bir şekilde kullanılabilmesi ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi oluşturulabilmesi için mali yönetimi sağlamaktadır (Ministry of Health Somalia, 2021).

Somali'nin sağlık sisteminin yönetimi karmaşıktır ve çok sayıda eyalet ve paydaş katmanını içermektedir. Somali'nin sağlık sistemi, bölgesel hastaneler, ilçe hastaneleri, anne ve çocuk sağlığı merkezleri ile sağlık çalışanlarından oluşan bir sistemdir. Ancak, sağlık hizmetlerini sunan hastane ve tesis sayısı yetersizdir, dağılımları eşit değildir ve farklı kalite standartlarına göre çalışmaktadır. Birçok sağlık tesisi, asgari düzeyde birinci basamak sağlık hizmeti sunamayacak kadar düşük kapasiteyle faaliyet göstermektedir. Altyapı, personel ve hizmet sunumu açısından standartlar sınırlıdır. Çoğu tesis, hedeflenen kapasitenin çok gerisinde çalışmakta ve bu durum, düşük kullanım oranları ve zayıf organizasyon, personel ve yönetim sorunlarına yol açmaktadır (Said & Kicha, 2024).

Mart 2013'te, eski Sağlık Bakanı Maryam Qaasim, Somali'nin her bir kurucu bölgesi için 'Sağlık Sektörü Stratejik Planlarını' (HSSP) başlatmıştır. Geliştirilen bu planlar, yeni ulusal sağlık sisteminin tüm vatandaşlara evrensel temel sağlık hizmeti sunmasını hedeflemekte ve ülkenin sağlık yatırımını geliştirmeyi amaçlamaktadır. Aynı zamanda bu uzun vadeli hedefleri ve stratejileri içeren belgeler de hükümet tarafından saklanmaktadır. Plan Somali'nin sağlık performansını artırmayı, sağlık altyapısını genişletmeyi ve kalıcı sağlık hizmetlerine daha iyi erişim sağlamayı hedeflemektedir. Hükümetin kurumsal kapasitesinin güçlenmesiyle birlikte, BM kuruluşları geçici olarak kamu-özel iş birlikleri aracılığıyla bağışıklama gibi diğer sağlık hizmetlerini yönetmektedir. HSSP'ler, toplamda

350 milyon ABD Doları değerinde olup bu bütçenin %70 ila %75'i sağlık hizmetlerine ayrılmıştır. Bu planların tamamlanmasıyla, yeni sağlık sisteminin, sağlık alanındaki insan kaynaklarını geliştirmesi ve sağlık programları ile genel sağlık altyapısının finansmanını gelecek yıllarda güçlendirmesi beklenmektedir (Ministry of Health Somalia, 2022).

EPHS, Somali Sağlık Bakanlığı tarafından 2008 yılında, resmi ve özel sağlık hizmeti sağlayıcıları, Birleşmiş Milletler (BM) birimleri ve Sivil Toplum Kuruluşları (STK) iş birliği içerisinde, ulusal sağ lık hizmetlerine standartlar kazandırmak amacıyla geliştirilmiştir. Mayıs 2014'te ise Federal Hükümet, Sağlık Sistemini Güçlendirme Programı (HSSP) çerçevesinde Temel Sağlık Hizmetleri Paketi'ni (EPHS) uygulamaya koymuştur (UN Somalia, 2014).

Somali sağlık sistemi, kırsal bölgeler dâhil olmak üzere tüm vatandaşlarına kapsamlı ve ücretsiz sağlık hizmeti sunmayı amaçlamaktadır. Bu çerçevede, özellikle kadınlar ve çocuklar için üreme sağlığı ve acil obstetrik bakım hizmetlerinin güçlendirilmesine öncelik verilmektedir. Temel Sağlık Hizmetleri Paketi'nin asıl odak noktası bulaşıcı hastalıkların ortadan kaldırılması, üreme sağlığı, yeni doğan, anne ve çocuk sağlığının iyileştirilmesi, sağlık denetimi ve izleme sistemlerinin güçlendirilmesi, su ve hijyen teşviklerinin artırılması ve ölümcül hastalıklar ile yaralılar için acil müdahalelerin sağlanmasıdır. Ayrıca, yaygın hastalıklar ve tüberküloz gibi enfeksiyonların tedavi edilmesi de program kapsamında yer almaktadır. Somali sağlık yetkilileri, UNICEF, UNFPA ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) birlikte iş birliği halinde hareket ederek, Sağlık Hizmetleri Temel Paketi'ni dokuz bölgede genişletmek için hazırlık yapmaktadır. Bu süreçte sağlık tesislerinin daha modern ekipmanlarla donatılması, daha fazla sağlık personeli istihdam edilmesi ve vardiya sürelerinin uzatılması öngörülmektedir. Öte yandan, sağlık personelinin eğitimine, sağlık sektörü reformlarının gerçekleştirilmesine ve politika geliştirme süreçlerinin güçlendirilmesine yönelik kurumsal kapasitenin arttırılması amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmasına da odaklanmaktadır (UNICEF, 2014; Ministry of Health Somalia, 2021).

2.4.2. Sağlık Sistemi Organizasyon Yapısı

Somali sağlık sistemi, kamu ve özel sektörü bir araya getiren karma bir yapıya sahiptir. Kamu sektöründeki sağlık hizmetleri, federal düzeydeki Sağlık Bakanlıkları, üye eyalet düzeyi ve bölge/ilçe düzeyi olarak üç ana kategoriye ayrılmaktadır. Özel sektör sağlık hizmeti sağlayıcıları ise yerel ve uluslararası sivil toplum kuruluşlarını (hayır kurumu

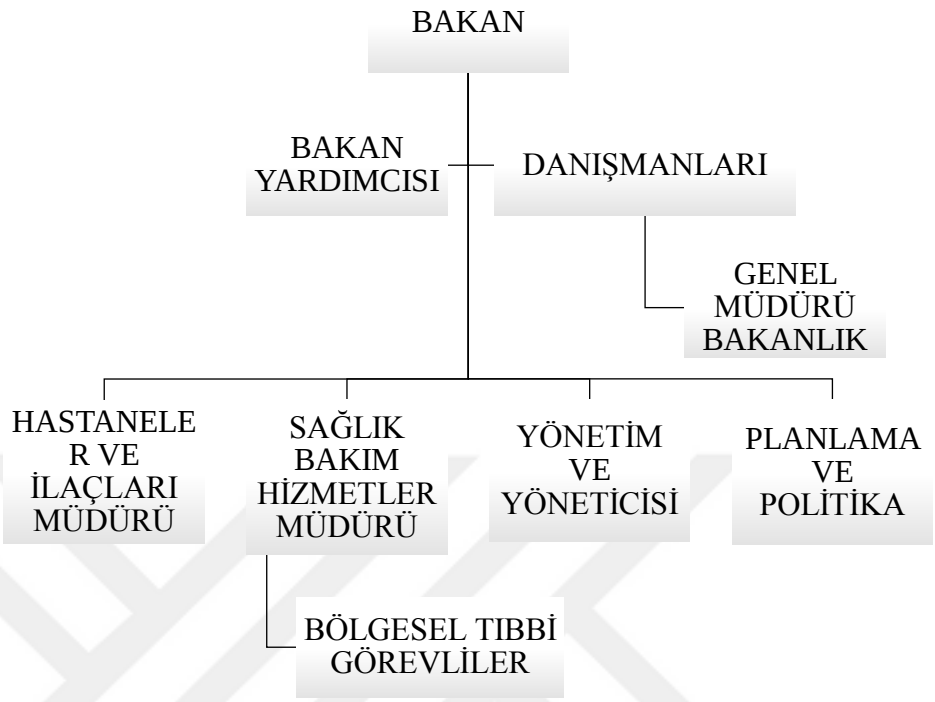
olarak sınıflandırılan), kâr amacı güden ve kâr amacı gütmeyen, bireysel olarak işletilen sağlık hizmet sağlayıcılarını kapsamaktadır. Sağlık tesisleri ayrıca yarı-kamusal ve kâr amaçlı sağlık hizmeti düzenlemeleri de mevcuttur. Örneğin, Somali Türk Recep Tayyip Erdoğan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, kapasite bakımından Somali'nin en önde gelen hastanesi olarak kabul edilmekte ve Somali ile Türk makamları tarafından ortak şekilde işletilmektedir (WHO, 2024).

2.4.2.1. Kamu Sağlık Sektörü

Somali, üç ana idari bölgeye ayrılmıştır: Kuzeydoğuda Puntland, Kuzeybatıda Somaliland ve Güney ile orta bölgeler. Ülkenin siyasi belirsizlikleri ve sağlık krizleri nedeniyle, merkezi sağlık bakanlığı tüm ülkeye hâkim olamamaktadır. Bu nedenlerle her eyaletin kendine özgü bir sağlık yapılandırması bulunmaktadır. Mevcut durumda, her bir bölgenin kendine has fırsatları ve zorlukları olan üç ayrı sağlık bakanlığı faaliyet göstermektedir. Bu bakanlıklar, bölgesel ihtiyaçları karşılamak ve sağlık hizmetlerini geliştirmek amacıyla çalışmakta, aynı zamanda yerel koşullara uygun stratejiler geliştirmektedir. Böylece, Somali sağlık sistemi, bölgesel düzeyde esneklik ve adaptasyon sağlama potansiyeline sahiptir (Ministry of Health Somalia, 2021).

Birden çok bölgeye ayrılan sağlık sistemlerinin avantajları olduğu kadar dezavantajları da mevcuttur. Somali'nin sağlık sisteminin yönetimi karmaşıktır ve birden fazla hükümet katmanını ve paydaşı içerir. Bu nedenlerle tek bir elden ve aynı şekilde yönetimi sağlamak daha da zorlaşmaktadır. Bunun üzerine gerçekleşen Federal Sağlık Bakanlığı tarafından kurulan Ulusal Sağlık Meslekleri Komisyonu (NHPC), birden fazla aşamalı olan sağlık sistemindeki katmanlı yapıdaki sorunları düzeltmeye çalışmakta aynı zamanda federal hükümetin düzenleyici konularda, özellikle de tıbbi uygulama hatalarına karşı koruma sağlama ve sağlık sektöründe etik davranışları teşvik etme konusundaki önemli bir rolü üstlenmektedir (Said & Kicha, 2024).

Şekil 2.1. *Somali sağlık bakanlığı teşkilat yapısı (Ministry of Health Somalia, 2014)*



Yukarıdaki şekil da görüleceği üzere Somali Sağlık Bakanlığı; planlama ve eğitim, personel, korunma hizmetleri, tedavi hizmetleri, finans ve idare, tedarik ve tıbbi malzeme gibi farklı departmanlardan oluşmaktadır (şekil 2.1). Sağlık Bakanlığı, karar alma süreçlerinde merkeziyetçi bir sistem uygulamakta ve 18 idari bölgeye bağlı olan ve tedavi hizmetleri departmanına rapor veren bölgesel tıbbi görevliler aracılığıyla merkezi Sağlık Bakanlığı'na bilgi verilmekte, izin alınmakta ve kararlar alınmaktadır. Ancak, bölgesel birincil sağlık hizmetleri proje koordinatörleri, bölgesel tıbbi görevlilerden farklı olarak yarı bağımsız bir şekilde yönetilmekteydi. Bu proje koordinatörleri ulusal PHC koordinatörünün yönergeleri ve yetkisi altında çalışmakta; bu koordinatör ise korunma hizmetleri departmanına rapor vermektedir. Sağlık Bakanlığı, merkezde yaşayan Somali halkı kadar çoğunluğu kırsal kesimde yaşayan dokuz milyon Somalilinin sivil nüfusunun sağlık hizmetlerinden de sorumludur (Ministry of Health Somalia, 2021).

Ancak sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımına dair bilgiler kırsal kesimlerde çok daha sınırlıdır. Bu nedenlerle genellikle, nüfusun %30'undan azının sağlık hizmetlerine erişim sağladığı bildirilmektedir. Bu da birden fazla yönetim ve fazla kola ayrılmanın zorluğu, iletişimin ve koordinasyonun zorluğundan ileri gelmektedir (Qayad, 2008).

Merkezi yönetimde Somali sağlık sisteminin yapı ve yönetim organizasyonu, dört temel sağlık hizmeti sunum seviyesi ile topluma geniş bir kesimine hizmet sağlamayı

hedefleyen bütünleşik bir programa dayanmaktadır. Bu yapı, çeşitli coğrafi bölgelerde bulunan birinci basamak sağlık üniteleri ile başlar ve toplulukların temel sağlık ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlamaktadır (Ministry of Health Somalia, 2014; Ministry of Health Somalia, 2021).

Somali sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve sunumunu güçlendiren bir diğer önemli unsur ise, "Marwo Caafimaad" adıyla bilinen ve çok düzeyli tesis yapısını destekleyen bir programdır. Program kapsamında belirli yaş grupları, eğitim düzeyleri ve yerel topluluklarda görev alan eğitilmiş Kadın Toplum Sağlığı Çalışanları (FCHW) aktif rol almaktadır. FCHW'ler, doğrudan kendi bölgelerinde yaşayan bireylere ulaşarak evden çalışmakta ve ev ziyaretleri gerçekleştirerek toplum temelli sağlık hizmetlerini etkin bir şekilde sunmaktadır. Bu çalışanlar, FCHW denetleyicileri tarafından özel eğitimle desteklenmekte ve çalışmalarının hem niteliği hem de kapsamı sıkı bir şekilde izlenmektedir. Programın temel amacı, yerel toplulukların sağlık ihtiyaçlarını karşılamada evlere yönelik ve topluluk odaklı bir model geliştirmek ve böylelikle Somali sağlık sistemi içinde daha erişilebilir, sürdürülebilir ve etkili bir hizmet yaklaşımı ortaya koymaktır (Somali Ministry of Health, 2014).

Şekil 2.2. *Somali'deki sağlık sistemi organizasyon yapısı (Ministry of Health Somalia, 2021)*



Şekil 2.2'de gösterilen çok düzeyli tesis yapısının ayrıntıları aşağıda sunulmuştur. Somali'de Sağlık Bakanlığı, 2020 tarihli Sağlık Hizmetleri Temel Paketi'nin (EPHS) tasarımında hizmet sunumunda yer alan unsurları dikkate alarak, EPHS'nin kademeli bir

şekilde uygulanmasını planlamıştır. Bu yöntem, EPHS'nin tüm bileşenlerinin etkin bir biçimde hayata geçirilebilmesi için gerekli insan kaynakları ve malzeme olanaklarının aşamalı olarak artırılmasını öngörmektedir. Bunun yanı sıra, ilçe düzeyinde kapasite geliştirme çabaları, EPHS rehberine uygun bir şekilde sağlık hizmetlerinin yönetimi ve koordinasyonunun güçlendirilmesine zemin hazırlamaktadır. Bununla birlikte, üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin mevcut olmaması, sağlık hizmeti arayışında önemli bir değişime yol açmaktadır. Özellikle ödeme gücü olan bireyler, tedavi için komşu ülkelere yöneldiği gözlemlenmektedir (Ministry of Health Somalia, 2021).

Birinci Basamak Sağlık Üniteleri (PHU)

Birinci basamak sağlık üniteleri, tanımlı bir nüfusa hizmet veren, önleyici ve basit tedavi hizmetleri sunan temel tesislerdir. Bu üniteler, yerel liderlerin desteğiyle en az bir toplum sağlığı çalışanı (CHW) tarafından yönetilmektedir. PHU'lar, özellikle aşılama ve beslenme konularında genişletilmiş programlar aracılığıyla sağlık merkezlerinden (HC) destek alarak hizmet sunmaktadır (Said & Kicha, 2024).

Sağlık Merkezleri (HC)

Birinci Basamak Sağlık Ünitelerinin bir sonraki seviye olan sağlık merkezleri, nitelikli hemşireler ve ebeler tarafından yönetilmektedir. Bu merkezler, genellikle iki veya daha fazla PHU'nun hizmet verdiği popülasyonlara yönelik hizmet sunmaktadır. Sağlık Merkezlerin en önemli işlevlerinden biri, acil obstetrik bakım hizmetlerinin sağlanmasıdır; bu hizmet, doğum yatağı gibi gerekli altyapı ile desteklenmektedir (Ministry of Health Somalia, 2014).

Sevk Sağlık Merkezleri (RHC)

Üçüncü sevk sağlık tesisleri, bölge hastaneleri veya sevk sağlık merkezleridir. Bu tesisler, ortalama olarak 100.000 kişilik bir popülasyona hizmet edecek şekilde tasarlanmıştır. RHC'lar, çeşitli sağlık merkezlerinin toplama alanlarına hizmet vererek, kapsamlı acil obstetrik bakım gibi önemli sağlık hizmetleri sunmaktadır (Qayad, 2008).

Bölgesel Hastaneler

Son olarak, bölgesel hastaneler, nitelikli tıbbi uzmanlar ve orta düzey sağlık personeli tarafından yürütülen ileri düzey sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Bu hastaneler, birinci basamak sağlık üniteleri ve sevk sağlık merkezlerden gelen verileri toplamakta ve bu

bilgiler doğrultusunda bölge sağlık müdürü ile iş birliği yaparak hizmetlerini optimize etmektedir.

Somali sağlık sisteminin bu yapılandırılması, toplumsal sağlık ihtiyaçlarını etkili bir şekilde karşılamak ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak amacıyla tasarlanmıştır. Her bir seviye, diğerleriyle etkileşim içinde çalışarak, sağlık hizmetlerinin sürekliliğini ve erişilebilirliğini sağlamaktadır (Ministry of Health Somalia, 2018)

2020 yılında, Federal Sağlık Bakanlığı, Somali halkının sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için Genişletilmiş Temel Sağlık Hizmetleri (EPHS) programını yeniden düzenlemiştir. Şekil 2.4'te gösterilen Yenilenen EPHS, altı ana alana odaklanmaktadır: (Ministry of Health Somalia, 2021)

- **Herkese erişim**: Sürekli bakım planlaması ve koordinasyonu, acil bakım, yaygın belirtiler ve semptomlara yaklaşım.
- **Üreme, anne ve bebek sağlığı**: Anne ve bebek bakımı, cinsel ve üreme sağlığı.
- **Yaşam boyu gelişim ve büyüme**: Çocukluk ve ergenlik dönemi (beslenme dahil), yaşlılık ve yetişkinlik.
- **Kronik hastalıklar**: Sağlık teşviki ve hastalıkların önlenmesi, kardiyovasküler ve akciğer hastalıkları, diyabet, kanser, mental sağlık ve madde bağımlılığı, yaralanmalar ve diğer kronik hastalıklar.
- **Bulaşıcı hastalıklar**: Aşılamalar, HIV, tüberküloz (TB), sıtma ve hepatit yönetimi, unutulmuş tropikal hastalıklar, solunum yolu enfeksiyonları, bağırsak enfeksiyonları, diğer enfeksiyonlar, salgın izleme.
- **Rehabilitasyon**: Bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlıklarının iyileştirilmesi.

Bu yenilikçi yaklaşım, Somali'deki sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini ve kalitesini artırmayı hedeflemektedir (Ministry of Health Somalia, 2021; WHO, 2024).

Tablo 2.2. *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

Son verilere göre, 2019 yılında ülkede toplam 1001 faal sağlık tesisi vardır. 2016 yılında yapılan bir anket, sağlık tesisi yoğunluğunun 10.000 kişi başına 1,69 olduğunu, 10.000 kişi başına 0,76 kamu tesisi ve 10.000 kişi başına 0,93 özel tesise bölünebileceğini, açıkçası sağlık hizmetlerinin çoğunun özel sektör tarafından sunulduğunu göstermiştir (WHO, 2022).

2.4.2.2. Özel Sağlık Sektörü

Somali'deki sağlık hizmetleri, büyük ölçüde özel sektörde faaliyet göstermektedir ve Sağlık Bakanlığı, Federal Somali Hükümeti tarafından koordine edilmektedir (Hassan, 2017).

Geçtiğimiz yıllar içinde, Somali'deki sağlık sektörü önemli bir gelişim süreci geçirmiştir. Eğitim kurumları, küçük ölçekli klinikler, teşhis hizmetleri ve geleneksel sağlık uygulamalarını kapsayan kâr amacı güden ve de kâr amacı gütmeyen özel sağlık tesislerinin sayısında artış yaşanmıştır. Bu süreç, tüm bölgelerde özel sağlık sektörünün önemli ölçüde genişlemesine yol açmıştır. Özellikle özel hastaneler, tam teşekküllü sağlık hizmetleri sunan büyük tesisler olarak yaygınlaşmıştır ve kentsel bölgelerde daha sık tercih edilmektedir. Bu bölgelerde nüfusun yaklaşık %30-35'i özel sağlık hizmetlerinden yararlanırken, bu hizmetlerin büyük kısmı, göçebe ve kırsal nüfuslar için sınırlı erişimle sağlanmaktadır ve genellikle özel eczaneler aracılığıyla temin edilmektedir (Ahmed, 2019).

Özel sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı, daha uygun fiyatlı olan, ancak kırsal ve daha az gelişmiş alanlarda sınırlı erişime sahip sağlık hizmetleridir. Ayrıca, ilaç ve sağlık teknolojilerinin ithalatı ile satışı, hükümet ve uluslararası işbirlikçilerinin desteklediği

sağlık programlarına ek olarak büyük ölçüde özel sektöre bağlıdır. Ancak, özel sağlık sektörü denetlemek amacıyla mevcut bulunan yasal düzenlemeler ve standartlar zayıf olup özel sağlık hizmetleri ve eczacılık uygulamaları için yeterli kalite ve güvenlik standartlarını belirleyen kılavuzlar da mevcut değildir (Said & Kicha, 2024).

Buna rağmen, bazı kamu-özel sektör ortaklıkları, özellikle temel sağlık hizmetlerine erişimin artırılması noktasında büyük bir potansiyele sahiptir ve bu tür girişimler, sağlık hizmetlerinin daha geniş kesimlere ulaşmasını sağlayarak takdirle karşılanmaktadır. Ancak, modern sağlık hizmetlerinin yaygınlaşmasını engelleyen geleneksel, manevi ve bitkisel tedavi yöntemlerinin hala yaygın olması, sağlık sisteminde çeşitli kaygılara neden olmaktadır. Bu tedavi yöntemlerinin etkinliği ve güvenliği, sağlık sistemi üzerinde oluşturabileceği potansiyel risklerin minimize edilmesi amacıyla dikkatlice değerlendirilmelidir (Somalia ministry of health, 2014).

Somali'de, özel sağlık hizmeti sağlayıcıları, kapasite, hizmet sunumu, teşhis ekipmanları ve deneyimli personel açısından domine etmektedir.

- **Kar Amacı Güdülen Özel Sektör**

Kâr amacı güdülen, resmi ve özel sektör sağlık tesisleri genellikle sağlık niteliklerine sahip diaspora geri dönenler tarafından kurulmaktadır. Özel sektör; küçük ölçekli klinikler, teşhis tesisleri, eczaneler ve hastaneleri içermektedir. Bireyler tarafından sahip olunan tesisler genellikle kâr amacı güden işletmeler olarak faaliyet göstermektedirler. Organizasyonlar tarafından sahip olunan kâr amacı güden tesisler, bazen kâr amacı gütmeyen kuruluşlar gibi hareket edebilir ve resmi olarak kâr amacı gütmeyen olarak etiketlenmemekle birlikte savunmasız nüfuslara ücretsiz sağlık hizmeti sunabilir. Bunlar arasında, diaspora topluluğu üyeleri veya sosyal bir amaç güden İslami bağışçılar tarafından finanse edilen bazı özel sağlayıcı tesisleri bulunmaktadır. İslami hayır kurumlarının sağlık sektöründeki katkısı oldukça anlamlıdır (Somali Research and Development Institute, 2021).

- **Kar Amacı Gütmeyen Özel Sektör**

Kâr amacı gütmeyen sağlık sektörü, Somali'de baskın olan sektördür. Bu sektörün çoğu, Birleşmiş Milletler ajansları veya sivil toplum kuruluşları (STK'lar) tarafından sağlık hizmetleri devredilerek işletilmektedir. Örneğin, UNICEF, üç eski idari bölgede Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi'ni (HMIS) güçlendirmek için bir özel sağlık firmasıyla sözleşme

yapmıştır. 1200 faal sağlık tesisinin yarısından fazlası, sivil toplum kuruluşları (STK'lar) tarafından işletilmektedir ve bazıları Federal Somali Hükümeti (FGS) ile kurumsal düzenlemelere sahiptir. Örneğin, çoklu bağışçı fonlarıyla finanse edilen Ortak Sağlık ve Beslenme Programı'nda, hükümet sağlık hizmetlerini uygulayıcı ortaklara sözleşmeli olarak devretmiş, Birleşmiş Milletler ajanslarının teknik rehberliği altında bu süreç yönetilmiştir. Bu yaklaşım, finansal risklerin azaltılması adına önerilen bir yöntem olarak belirtilmiştir. Hükümet, sağlık hizmetlerinin genel liderliğini, denetimini ve kalite kontrolünü denetlemekte ve desteklemektedir (Ministry of Health Somalia, 2021).

Somali'deki sağlık hizmetlerinin ana uygulayıcıları olan sivil toplum kuruluşları, insan kaynaklarını sağlık planlaması, hizmet içi eğitim programları ve denetim sorumluluğu için Federal Hükümet ve üye devletlerle paylaşmaktadır. Ancak bazı ajanslar ve/veya uluslararası sivil toplum kuruluşları, uygulayıcı ortaklarla çalışmaktadır. Yapılan bir ankette, yalnızca kâr amacı gütmeyen tesislerin tüm özel sağlık tesislerinin yaklaşık %9'unu oluşturduğu rapor edilmiştir. Bu ankette, kâr amacı gütmeyen tesislerin en yüksek yoğunluğunun Puntland'da (%19), ardından Somaliland'da (%10) bulunduğu, ancak FGS kontrolündeki diğer eyaletlerde bu oranının sadece %6 olduğu belirtilmiştir. Ancak, resmi olarak kâr amacı gütmeyen kuruluşlar olarak görülmeyen, ücretsiz sağlık hizmeti sunan birçok kâr amacı gütmeyen özel sektör tesislerinin daha fazla olabileceği belirtilmektedir (Somali Research and Development Institute, 2021).

2.5. Somali Sağlık Bilgi Sistemi

Somali Sağlık Bilgi Sistemi (HMIS), sağlık sisteminin temel bileşenlerinden biri olup kanıta dayalı karar alma süreçlerinde önemli bir rol oynamaktadır. Bu sistem, sağlık politikalarının önceliklendirilmesinde ve diğer sağlık sistem bileşenleriyle (yönetim, hizmet sunumu, insan kaynakları, ilaçlar, malzeme ve finansal kaynaklar gibi) ilgili tüm alanlarda verilerin toplanması ve analiz edilmesinde kritik bir işlev görmektedir. Somali'deki HMIS verileri, kamu sağlık tesislerinin ayakta tedavi bölümlerinden, özellikle hastanelerden düzenli olarak toplanan verilerin analiz edilmesiyle elde edilmektedir. Bu veriler, aynı zamanda belirli dikey sağlık programları ve hastalık izleme sistemi aracılığıyla sağlanan bilgilerle desteklenmektedir (Said vd., 2025).

Ancak, bu sistemde bazı önemli eksiklikler bulunmaktadır. Örneğin, yataklı tedavi hizmetlerinden veya sağlık sisteminin diğer bileşenlerinden, ilaçlar, malzemeler, ekipmanlar ve insan kaynakları ile finansal kaynaklardan rutin olarak veri

toplanmamaktadır. Ayrıca, sağlık verilerinin toplanması, raporlanması, analiz edilmesi ve bu verilerin kanıta dayalı karar alma, planlama ve uygulama için yaygın şekilde kullanılması konusunda ciddi kapasite eksiklikleri söz konusudur. Bunlara ek olarak, sağlık araştırma gündeminin olmaması ve veri tabanlarının sınırlı olması da en sık karşılaşılan zorluklar arasında yer almaktadır. Bu eksiklikler, etkili sağlık politikaları geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için gerekli olan doğru ve zamanında verilere erişimi engellemektedir (Ministry of Health Somalia, 2018).

2017 yılına kadar, Somali genelinde temel bir Sağlık Yönetim Bilgi Sistemi (HMIS) işliyordu. 2017 yılında, tüm ilçelerde HMIS verilerini toplamak, raporlamak, analiz etmek, görselleştirmek ve yaymak amacıyla çevrimiçi Bölge Sağlık Bilgi Yazılımı (DHIS2) platformu tanıtıldı. Bu platform, aşılama ve sıtma gibi genişletilmiş programları da kapsayan tüm programlar için veri toplama ve yayma işlemlerini desteklemektedir. Aynı zamanda, yenilenmiş veri araçları da devreye alındı. Ancak, sonrasında yapılan HMIS incelemeleri, sistemin zayıf olduğunu ve sağlık bilgi sisteminin tüm bileşenlerine sürekli destek verilmesi gerektiğini ortaya koymuştur. Bu boşluğu gidermek için 2018-2022 Sağlık Bilgi Sistemi Stratejik Planı (HISSP) hazırlanmıştır (WHO, 2022).

Bu bağlamda, 2021'de DHIS2 güncellenmiş, Entegre Hastalık İzleme ve Yanıt (IDSR) ile Lojistik Yönetim modülleri dahil edilmiş ve hizmetlerin planlanması ve izlenmesinin iyileştirilmesi için otomatikleştirilmiş gösterge panelleri, puan kartları, uyarılar ve raporlar kullanılabilir hale getirilmiştir. Ancak, DHIS içindeki entegrasyon eksiklikleri devam etmekte ve finansman eksiklikleri, uygulamanın zayıf olmasının başlıca nedenlerinden biri olmaya devam etmektedir (Ministry of Health Somalia, 2021).

2.6. Somali Sağlık Finansman Harcamaları

Somali sağlık sisteminin sağlık finansman verileri, Maliye Bakanlığı tarafından sağlanmakta olup bu veriler kamu sağlık harcamalarının düzeyini yansıtmakla birlikte, Sağlık Bakanlığı düzeyinde yalnızca bütçe tahsisatlarına ilişkin bilgiler mevcuttur; fiili harcamaların izlenmesi ise veri eksikliği nedeniyle sınırlı kalmaktadır. Sağlık Bakanlığı bütçesinde personel giderleri, toplam harcamaların yaklaşık üçte ikisini oluşturmakta ve bu durum, kaynakların operasyonel kapasite yerine sabit maliyetlere ağırlıklı olarak aktarıldığını göstermektedir (Ministry of Finance Somalia, 2022).

Ülkede sağlık hizmetlerinin finansmanı, kamu, özel sektör ve uluslararası kuruluşları tarafından sağlanmakla birlikte sağlık hizmetlerinin finansman kapsamı ve kalitesi

açısından ciddi eşitsizlikler mevcuttur. Hükümetin sağlık harcamaları, dünyadaki en düşük seviyelerden birinde yer almakta olup bu durum sınırlı mali kapasitenin ve vergi gelirlerinin yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerine erişimi artırmak amacıyla son yıllarda bazı reform girişimlerinde bulunulmuştur. Sağlık güven fonu kurulması ve sosyal sağlık sigortası gibi alternatif finansman yöntemlerinin geliştirilmesiyle yerel kaynakların artırma çabaları yönelik önemli adımlar olarak değerlendirilmektedir. Bu girişimler, sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirmeyi amaçlamaktadır (Ahmed vd., 2023).

Somali'de sağlık finansmanı, bir dizi karmaşık zorlukla karşı karşıyadır. Ülkedeki sağlık hizmetleri, büyük ölçüde özel sektörün hâkim olduğu ve hükümetin sağlık alanındaki harcamalarının sınırlı kaldığı bir yapıya sahiptir. Bu durum, sağlık hizmetleri maliyetlerinin önemli bir kısmının bireylerin kendi maddi imkanları ile yaptıkları ödemelerle finanse edilmesine yol açmaktadır. Uluslararası verilere göre, Somali'deki kişi başına sağlık hizmetlerine yapılan harcamalarının oldukça düşük seviyelerde olduğunu göstermektedir. Somali hükümeti, sağlık hizmetlerine erişimi artırmak ve finansman açıklarını kapatmak amacıyla çeşitli yatırımlar gerçekleştirmektedir. Bununla birlikte, Dünya Bankası tarafından desteklenen "Damal Caafimaad Projesi" gibi uluslararası kalkınma projelerine ve bağışçı yardımlarına önemli ölçüde güvenilmektedir (Said & Kicha, 2024)

Aynı zamanda hükümetin düşük vergi gelirleri toplama sistemi nedeniyle sağlık sektörü, yabancı ve özel sağlık finansmanına büyük ölçüde bağımlıdır. Sağlık finansmanı konusunda kapsamlı veriler eksik olduğundan, Sağlık Metriği ve Değerlendirme Enstitüsü (IHME), 2018 yılında kişi başına toplam sağlık harcamasının 7 ABD doları olduğunu tahmin etmektedir. Bu harcamanın 3 doları cebinden yapılan ödemeler, 2 doları hükümet harcaması ve 2 doları da sağlık için sağlanan gelişim yardımlarıdır. Öte yandan, kamu sağlık sigortası neredeyse hiç yoktur (WHO, 2024). Bunun yanında yüksek cebinden ödemeler, hanelerin tasarruflarını kullanmalarına, varlıklarını (özellikle hayvanlarını) satmalarına veya sağlık hizmetleri için borç almalarına neden olarak, sağlık hizmetinden yararlananları mali risklere maruz bırakmaktadır. Hanelerin neredeyse yarısı, sağlık hizmetleri için kendi gelirlerini kullandıklarını belirtmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ise parçalı bir yapıdadır; gelişim yardımları yalnızca kısmen hükümet sistemleri aracılığıyla yönlendirilmekte, bu da önceliklendirme, koordinasyon,

verimlilik ve hesap verebilirlik açısından zorluklar doğurmaktadır. Bu durum, Federal Sağlık Bakanlığı'nın kaynak kullanımı konusunda sınırlı bir rol üstlenmesine neden olmaktadır (Ministry of Finance Somalia, 2022)

Dolasıyla Sağlık sektörünün yetersiz finansmanı, temel sağlık hizmetlerinin sağlanmasında ciddi eksiklikler yaratmaktadır. İlaçların temini, gerekli teknolojilerin ve aşıların alımı ile sağlık çalışanlarının temel yaşam standartlarını sürdürebilecek şekilde ücretlendirilmesi konularında bütçe tahsisleri son derece yetersiz kalmaktadır. Sağlık sektörüne ayrılan kaynaklar, tüm üç bölgede hükümet bütçelerinin yalnızca %3-6'sını kapsamaktadır ve bu oran, nüfusun temel sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli değildir. Bu belirgin kaynak açığı, uluslararası sağlık ortaklarının katkıları ve kentsel alanlardaki özel sağlık hizmetleri ile, çeşitli kâr amacı gütmeyen kuruluşların sunduğu makul hizmet yelpazesi ile kısmen kapatılmaktadır. Ancak sağlık finansmanındaki zorluklar, devletin sağlık alanındaki katkılarının yetersizliği, sağlık profesyonellerine sunulan düşük ücret ve teşvik paketleri, sosyal sağlık sigortası sistemlerinin yokluğu ve birçok bireyin cebinden yaptığı harcamalara olan ağır bağımlılığı içermektedir. Bu durum, hastaların sağlık hizmetlerine erişim davranışlarını olumsuz etkileyerek, temel sağlık hizmetlerine eşit olmayan erişimi daha da kötüleştirmektedir (Ahmed vd., 2023).

Nitekim, sağlık hizmetleri finansmanının büyük ölçüde dış kaynaklara ve bireylerin cepten yaptığı ödemelere dayanması, sistemin sürdürülebilirliği ve sağlık hizmetlerinin eşit bir şekilde sunulması konusunda ciddi endişelere yol açmaktadır. Sağlık finansmanı verileri, hükümetin sınırlı bütçesi ve vergi toplama kapasitesindeki yetersizlikler nedeniyle kısıtlı kalmaktadır. Bu durum, sağlık sektörünün daha fazla kaynağa ve güçlü bir finansman yapısına ve sigorta altyapısı ve desteğine ihtiyaç duyduğunu açıkça göstermektedir (Ministry of Health Somalia, 2022).

Hükümetin, sağlık hizmetlerinin finansmanını kendi kaynaklarıyla sağlamayı hedeflemekte ve bu bağlamda yerel kaynakların önemli ölçüde artırılması gerekliliğini vurgulamaktadır. Ancak, sağlık bütçesinin düşük seviyelerde kalması ve vergi toplama kapasitesinin sınırlı olması, sistemin sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir. Ayrıca, sağlık finansmanı kapasitesinin geliştirilmesi için Sağlık Finansmanı Birimi'nin kurulması gerekliliği, Somali'nin uzun vadeli sağlık stratejilerinin başarısı için kritik öneme sahiptir (Hassan, 2022)

Tablo 2.3. *2018-2020 yılları arasında Somali'deki kamu harcamaları ve sağlık bütçesi verileri (Ministry of Finance Somalia, 2022)*

Yıl	Toplam Kamu Harcaması ($)	Sağlık Harcaması ($)	Sağlık Bütçesi ($)	Sağlık Bütçesinin Kamu Harcamasına Oranı	Sağlık Bütçesinin GSYH'ye Oranı
2018	286.066.601	1.168.173	4.393.320	%1,5	%0,09
2019	314.014.117	2.638.841	7.260.440	%2,3	%0,15
2020	494.747.61	6.235.712	9.350.466	%1,9	%0,18

Bu tablo, Somali'nin yıllık kamu harcamalarına ve sağlık harcamalarına ilişkin verileri göstermektedir. Sağlık bütçesinin toplam kamu harcamalarına oranı 2018'de %1,5 iken, 2020'de %1,9'a yükselmiştir. Sağlık bütçesinin GSYH'ye oranı ise 2018'de %0,09 iken, 2020'de %0,18'e çıkmıştır. Bu oranlar, Somali'nin sağlık harcamalarına yaptığı yatırımların düşük seviyelerde olduğunu ancak yıllar içinde hafif bir artış gösterdiğini ortaya koymaktadır. Toplam kamu harcamaları yıllık olarak artarken, sağlık harcamaları ve sağlık bütçesinde de bir artış söz konusudur. Ancak, sağlık bütçesinin toplam kamu harcamalarına oranı ve GSYH'ye oranı hala düşük seviyelerdedir. Bu durum, sağlık sektörünün daha fazla kaynağa ve güçlü bir finansman yapısına ihtiyaç duyduğunu ortaya koymaktadır.

Somali'nin yıllık kişi başına hükümet sağlık 2019 yılında yaklaşık 6 ABD Dolardır. Toplumların sağlık hizmetleri için cepten ödeme yapacak fazla geliri yokken, neredeyse her iki haneden biri (%48) sağlık harcamalarını kendi gelirleriyle finanse etmektedir. Somali'nin kişi başına yıllık tahmini kamu sağlık harcaması 10-12 ABD doları arasında olup bu rakam sağlık sektörüne yapılan küresel yatırımların çok altındadır. 2020 yılı için FGS'nin sağlık bütçesi 9,4 milyon ABD doları olup bu miktar GSYIH'nin yaklaşık %0,18'ine ve toplam 494,7 milyon ABD doları olan devlet harcamasının %1,9'una denk gelmektedir (Tablo 2.3). Sonuç olarak, sağlık sektörü kaynakları büyük ölçüde cepten ödemeler veya dış kaynak yoluyla finanse edilmektedir, Sağlık çalışanı maaşları, ilaçlar ve malzemeler ile sağlık tesislerinin işletilmesi ve yönetimi gibi giderleri karşılamaktadır (Ministry of Health Somalia, 2022; Ministry of Finance Somalia, 2022).

Bunun yanında, sağlık bakanlığı yetkilileri, BM kuruluşlarından (UNICEF, DSÖ ve UNFPA) gelen fonların hala sağlık sektöründe kullanıldığını bildirmelerine rağmen, dış kaynaklı harcamalara dair ayrıntılı bir bilgiye ulaşılamamıştır (Ministry of Finance Somalia, 2022).

Somali'nin sağlık sektörü finansmanı ayrıca, yurt dışında yaşayan Somali diasporası tarafından sağlanan remittance (havale) kaynaklarından da faydalanmaktadır. Her yıl, Somali diasporası, ülkesine yaklaşık 1,4 milyar dolar göndererek, ekonominin ve sağlık sektörünün önemli bir finansman kaynağı olmuştur. Somali diasporası, özellikle sağlık hizmetlerine erişim ve acil yardım projeleri için önemli bir destek sunmaktadır (World Bank, 2012-2019).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE DEĞERLENDİRMESİ

3.1. Türkiye Genel Bilgiler

Türkiye, coğrafi açıdan Kuzey Yarımküre ’de yer almakta olup Avrupa ile Asya'yı birbirine bağlayan bir köprü işlevi görmektedir. Komşu ülkeler arasında Azerbaycan, Yunanistan, Bulgaristan, Gürcistan, Ermenistan, İran İslam Cumhuriyeti, Suriye ve Irak yer almaktadır. 2023 yılı itibariyle Türkiye'nin nüfusu 85,33 milyon olup bunun %21,4'sı 14 yaş ve altındadır (TÜİK, 2023).

Türkiye, yürütme, yasama ve yargı güçlerinin belirgin bir şekilde ayrıldığı parlamenter demokrasi ile yönetilmektedir. 1982 Anayasası, Türkiye'yi demokratik, laik ve sosyal bir hukuk devleti olarak tanımlamaktadır. Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM), halkın temsilcisi olarak yasama görevini üstlenmektedir. Cumhurbaşkanı, halk tarafından seçilmekte olup yürütme yetkisini Cumhurbaşkanı ve Cumhurbaşkanına bağlı Ofisler ve Bakanlar tarafından kullanılmaktadır. Bağımsız mahkemeler ise yargı görevini yürütmektedir. Türkiye, idari olarak 81 ile ayrılmıştır ve her ilin başında, merkezi hükümet tarafından atanan bir vali bulunmaktadır. Vali, her bakanın illerdeki temsilcisi olarak görev yapmaktadır. Sağlık Bakanlığı da dahil olmak üzere tüm bakanlıkların illerde kendi yerel teşkilatları bulunmaktadır ve bu teşkilatların başkanları valiye karşı sorumludur (Tatar vd., 2011).

Türkiye, 1990'lı yıllardan bu yana sağlık alanında önemli ilerlemeler kaydetmiş olsa da doğurganlık oranları ve sağlık hizmetlerine erişim konusunda ülkenin doğusu ile batısı arasında hala belirgin farklar bulunmaktadır. 2021 yılında Türkiye genelinde 1.000 canlı doğumda gerçekleşen bebek ölüm hızı 9,1 olarak kaydedilirken, bu oran en yüksek olarak Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde (13,6), Orta Anadolu Bölgesi'nde (11,6) ve Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi'nde (11,2) gözlemlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2022). Aynı yıl, OECD ülkeleri arasında bebek ölüm hızı ortalaması ise 4,1 olarak belirlenmiştir (Göktaş & Tuna, 2024).

Ayrıca, Türkiye'de 1.000 kişi başına düşen hekim sayısı, OECD ortalamasının oldukça altında kalmaktadır. OECD ülkelerinde bu oran 3,7 iken, Türkiye'de bu rakam yalnızca 2,1'dir. Bu durum, sağlık hizmetlerine erişim konusunda bölgeler arası eşitsizliklerin yanı sıra, sağlık altyapısının güçlendirilmesi gerektiğini de göstermektedir (Öztürk, 2022).

Türkiye'de sağlık hizmeti sunumunda uygulanan politikalar ve stratejiler yıllar içinde önemli değişiklikler göstermiş olsa da sağlık hizmetlerini sağlayan temel aktörler aynı kalmıştır: Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve özel sektör. Bu üç sektör, uzun yıllardır halkın tedavi ihtiyaçlarını karşılayan sağlık tesislerini işletmektedir. Bu bağlamda Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin yıllık değişimler, sektörler arasındaki hastane sayılarındaki artış veya azalışlarla da kendini göstermektedir. Bu değişimler, sağlık altyapısının güçlendirilmesine yönelik yapılan yatırımlar ve uygulanan sağlık politikalarıyla doğrudan ilişkilidir. Her bir sektörün sağlık hizmetlerine katkısı zamanla şekillenmiş ve bu sektörlerin hastane sayıları, yıllar içinde önemli bir artış göstermiştir. Bu süreç hem devletin hem de özel sektörün sağlık alanındaki sorumluluklarını nasıl dönüştürdüğünü ve her iki tarafın da halkın sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak için nasıl bir rol üstlendiğini ortaya koymaktadır (Göktaş & Tuna, 2024). Ancak, bu oranlara ve artan hastane sayısına rağmen, Türkiye'nin sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler ve bölgesel farklar da devam etmektedir. Her ne kadar sağlık altyapısı gelişse de sağlık hizmetlerine erişimin her bölgede eşit düzeyde olmadığı gerçeği, hala çözülmesi gereken önemli bir sorundur.

3.2. Türkiye Genel Ekonomik Durumu

Türkiye, son yirmi yılda etkileyici bir kalkınma performansı sergileyerek reel GSYH'sini 2002 ile 2022 yılları arasında ortalama %5,4 oranında artırmış ve kişi başına düşen GSYH'si iki katından fazla yükselmiştir. Bu büyüme, yoksulluk oranını da önemli ölçüde azaltmış, 2007'de %20'nin üzerinde olan yoksulluk oranı, 2021'de %10'un altına inmiştir. COVID-19 pandemisine rağmen Türkiye ekonomisi 2020'de %1,9 büyümeyi başarmış, ardından 2021'de %11,4 ve 2022'de %5,5 büyüme kaydetmiştir. Ancak bu büyüme yüksek enflasyon, döviz kuru değer kaybı ve yükselen cari açık gibi makroekonomik risklere yol açmıştır. Mayıs 2023 seçimlerinden sonra, Türkiye ekonomisi yönetimi normalleşme sürecine girmiş ve daha sıkı para politikası, ihtiyatlı mali duruş ve yapısal reformlarla başarılı sonuçlar elde edilmiştir. 2023'te büyüme %5,1 olarak güçlü kalmış, cari açık daralmış ve enflasyon düşüşü başlamıştır (TCBM, 2024; World Bank, 2024).

Risk primleri azalmış, rezerv birikimi hızlanmış ve büyüme dengelenmeye başlamıştır. Bu gelişmeler, kredi derecelendirme kuruluşları tarafından Türkiye'nin risk notunun yükseltilmesiyle taçlanmıştır. Makroekonomik normalleşme, fırsatlar ve zorluklar sunmaktadır. Sıkı para politikası, finansal güveni artırmış, yatırımcı ilgisini çekmiş ve enflasyon beklentilerini düşürmüştür. Ancak dezenflasyon süreci zaman aldığından maliye politikası desteği henüz tam olarak sağlanamamıştır. Enflasyonun sürdürülebilir şekilde düşürülmesi için mali konsolidasyon ve para-maliye politikalarının koordinasyonu kritik öneme sahiptir. Bu süreçte, kırılgan grupların da desteklenmesi gerekmektedir. Hükümet sürdürülebilir büyüme ve istikrarı hedefleyerek makroekonomik dengesizlikleri gidermeye yönelik politikalar uygulamaktadır. 2023'te %5,1 büyüyen Türkiye'nin 2024'te %3,2 olmuştur, 2025'te ise %2,6 büyümesi beklenmektedir. Orta Vadeli Mali Program, büyümenin özel tüketimden yatırımlar ve ihracata kaydırılmasını vurgulamaktadır. Hükümetin, yüksek enflasyonla mücadele etmesi, iklim ve deprem risklerine karşı direnç oluşturması, üretkenliği artırması ve yeşil dönüşümü sağlaması gerekmektedir. Uzun vadeli sürdürülebilir büyüme için mevcut politikaların devam ettirilmesi önemlidir (World Bank, 2024).

Tablo 3.1. *Türkiye'nin 2019-2023 yılları arasında temel ekonomik göstergeleri (T.C. Hazine Ve Maliye Bakanlığı, 2024; TCBM, 2024)*

Göstergeler	2019	2020	2021	2022	2023
GSYİH (Cari Fiyatlarla milyon $)	760.359	717.141	807.924	905.814	1.130.009
Kişi Başı GSYİH	9.208	8.600	9.601	10.659	13.243
Büyüme Oranı	0,8	1,9	11,4	5,5	5,1
İşsizlik Oranı	13,7	13,1	12,0	10,4	9,4
İhracat (milyon$)	180.835	169.637	225.215	254.171	255,6 28
İthalat (milyon $)	210.344	219.517	271.425	363.712	362,967

Bu veriler, Türkiye ekonomisinin son 5 yılda önemli değişimler geçirdiğini ve bazı temel göstergelerin önemli artışlar gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Türkiye'nin GSYİH'si 2019'daki 760,4 milyar dolardan 2023'te 1.130 milyar dolardan yükselmiştir. Bu, yaklaşık %48'lik bir artışa işaret etmektedir. Bu büyüme, genel olarak ekonomik büyümeyi gösterse de döviz kuru ve enflasyon etkileri göz önüne alındığında nominal artışlar anlamına gelmektedir.

Kişi başı GSYİH: 2019'daki 9.208 dolardan 2023'te 13.243 dolara çıkmıştır. Bu da %44'lük bir artış anlamına gelmektedir. Ancak, döviz kuru dalgalanmaları ve enflasyonun etkileriyle, reel olarak bu artışın halkın yaşam standartlarına ne kadar yansıdığı tartışılmaktadır ve gerçekteki refah artışını etkileyebilmektedir.

Büyüme Oranı: Türkiye ekonomisi, 2020'de pandemi nedeniyle düşük bir büyüme gösterse de 2021'de hızlı bir toparlanma ile %11,4 büyümüş. Ancak, 2022 ve 2023'te büyüme hızının %5,5 ve %5,1'e gerilediği gözlemlenmiş. Bu, küresel ve iç ekonomik zorlukların etkisiyle büyüme hızının yavaşladığını göstermektedir.

İşsizlik Oranı: İşsizlik oranı, 2019'dan 2023'e kadar düşüş göstermiş. 13,7 olan işsizlik oranı, 2023'te %9,4'e gerilemiş. Bu, ekonomik toparlanma ve iş gücü piyasasında iyileşmeye işaret ediyor. Ancak, işsizlik oranının hâlâ yüksek olması, iş gücü piyasasındaki yapısal sorunları ve istihdamın kalitesini farklı açılardan işaret etmektedir.

İhracat: İhracat, 2019'daki 180,8 milyar dolardan 2023'te 255,6 milyar dolara yükselmiş. Bu, Türkiye'nin küresel ticarette daha rekabetçi hale geldiğini ve dış ticaretin büyüdüğünü göstermektedir. Ancak, ithalatın da hızla arttığı gözlemlenmektedir.

İthalat: İthalat, 2023'te 362,97 milyar dolara ulaşmış ve ihracatın oldukça üzerinde. Bu durum, dış ticaret açığını büyütmüş ve Türkiye'nin dışa bağımlılığını artırmıştır. İthalatın büyük kısmı enerji, hammadde ve ara mallardan oluşmaktadır, bu da Türkiye'nin cari açığını ve döviz ihtiyacını artırmaktadır (T.C. Hazine Ve Maliye Bakanlığı, 2024).

3.3. Türkiye Sağlık Sistemi Tarihçesi

Sağlık politikaları, küresel gelişmelere paralel olarak zaman içinde değişiklik göstermektedir. Toplum sağlığı ve refahını iyileştirmek, mevcut koşullar ve toplumsal değişimlerin göz önünde bulundurulmasıyla mümkündür. Bu süreçte seçilen sağlık politikalarının etkili bir şekilde uygulanması ve sürekli geliştirilmesi önemlidir. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin yapısı, Selçuklulardan Cumhuriyet dönemi ve sonrasına kadar süreklilik göstermiş, batıdaki gelişmeler de göz önünde bulundurularak ilerlemiştir. Cumhuriyet'in kuruluşundan itibaren sağlık hizmetlerinin kapsamı genişlemiş ve sağlık politikaları sürekli olarak gündeme gelmektedir (Ak, 2021).

Bu bölümde, Türkiye sağlık sisteminin 1920'de Sağlık Bakanlığı'nın kurulmasından günümüze kadar yaşanan gelişmeleri incelenmiştir. Selçuklu ve Osmanlı İmparatorluğu dönemlerinde tıp alanındaki köklü miras, sağlık hizmetlerinin organizasyonunda da

süreklilik göstermiştir. Cumhuriyetin ilanıyla birlikte, bu geleneği daha çağdaş bir yapıya dönüştürme çabaları hız kazanmış ve Türkiye'nin sağlık sisteminin temelleri atılmaya başlanmıştır. Cumhuriyetin ilk yıllarında sağlık politikaları büyük ölçüde Batı'dan alınan örneklerle şekillendirilmiştir. Bu süreç, dünyadaki sağlık eğilimleriyle paralel bir şekilde ilerleyerek, temel sağlık tercihleri zaman içinde değişiklik göstermiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019).

3.3.1. 1920-1938 Dönemi

Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açılmasını takiben 3 Mayıs 1920'de "3 sayılı kanun" ile Sağlık Bakanlığı kurulmuş, ilk bakan Adnan Adıvar olmuştur. Bu erken Cumhuriyet döneminde öncelik savaş yaralarının tedavisi ve sağlık mevzuatının oluşturulması olmuştur. 1923'te Cumhuriyet'in ilanından sonra Dr. Refik Saydam, 1937'ye dek Bakanlık görevini yürütmüş ve Sağlık Bakanlığı görevi sırasında sağlık alanında köklü reformlar yapılmıştır. Dönemin temel sağlık politikaları arasında hizmetlerin merkezi plânlanması, koruyucu hekimliğin güçlendirilmesi, tıp eğitiminin teşvik edilmesi ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele yer almıştır. Sağlık hizmetlerinin kurumsallaşması için 1928'de 1219 sayılı Tababet Kanunu, 1930'da 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu gibi kanunlar çıkarılmıştır. Ayrıca her bölgede Numune Hastaneleri ve muayenehane açılması teşvik edilmiş, ilk yıllarda çok sınırlı sayıda (1923'te 86 yataklı istirahat kurumu ve 554 hekim) olan hizmet kapasitesi hızla artırılmıştır. Nitekim 1923'te 554 olan hekim sayısı, 1937'de 1391'e çıkmıştır. Bu dönemde sağlık kurumu sayısı ve insan gücü hızla büyümüş; yürürlüğe konan düzenlemeler, koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması ve sağlık personelinin nicelik artışını sağlamıştır. (Altındağ & Yıldız, 2020; Ak, 2021)

3.3.2. 1938-1960 Dönemi

İkinci Dünya Savaşı ve sonrasında ülke genelinde sağlık hizmetlerini yaygınlaştırmayı amaçlayan planlamalar yapılmıştır. 1946'da Sağlık Bakanı Behçet Uz tarafından hazırlanan "Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı", hizmetlerin ülke geneline yayılmasını öngörmüş, sağlık hizmetlerinin entegre ve merkezi planlanmasını hedeflemiştir. Bu plan, her 40 köy için 10 yataklı sağlık merkezleri kurulmasını ve sekiz tabipten oluşan sağlık ekiplerinin köylere hizmet sunmasını öngörmüştür. Bu dönemde köy sağlık evleri ile sağlık ocakları açılmış, il ve ilçe hastaneleri sayısı artırılmıştır. Çocuk ve anne sağlığını desteklemek üzere 1950'lerden itibaren UNICEF ve WHO iş birliğiyle programlar başlatılmıştır. Sonuç olarak 1950–60 arasında doğumda beklenen yaşam süresi önemli

oranda uzamış örneğin 1950–55 aralığı 43,6 yıldan 1960–65'te 52,1 yıla çıkmıştır (Akdağ, 2002).

Bu dönemde sağlık altyapısı da genişletilmiş; 1950'de Bakanlığa bağlı 118 kurumda 14.581 yatak varken, 1960'ta 442 kurumda 32.398 yatağa ulaşılmıştır. 1946'da kurulan İşçi Sigortaları İdaresi (SSK), 1952'den başlayarak sigortalı işçiler için sağlık kuruluşları ve hastaneler açmaya başlamış, böylece sosyal güvenlik bünyesinde sağlık hizmeti sunumu ilk kez örgütlenmiştir. 1953 yılında Türk Tabipleri Birliği Kanunu da kabul edilerek hekimlik mesleğinin örgütlenmesi tamamlanmıştır (5491 sayılı Sağlık Kabinesi, vb.). Bu dönemde yapılan reform ve düzenlemeler, halkın sağlık hizmetlerine erişimini artırmış, bulaşıcı hastalıklar önemli ölçüde kontrol altına alınmış ve sağlık göstergeleri iyileşmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019; Akdur, 2008).

3.3.3. 1960-1980 Dönemi

1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun çıkarılarak sağlık hizmetleri entegre bir yapıda sosyal devlet anlayışına devredilmiştir. Bu uygulamada "geniş bölge tek hizmet" anlayışından vazgeçilerek, köy ve mahallelerde sağlık evleri/ocakları, ilçe ve il düzeyinde hastaneler bir arada hizmet verecek şekilde yaygın, kademeli bir sağlık sistemine geçilmiştir. 1965'te çıkarılan 554 sayılı Nüfus Planlaması Kanunu ile nüfus artış hızını sınırlayıcı politikalar benimsendi. Bu politikalar, önce koruyucu hekimlik ağırlıklı sosyalleştirme modeliyle birlikte uygulandı. 1960'lar boyunca Genel Sağlık Sigortası kurma girişimleri sıkça gündeme gelmiş, 1967, 1969, 1971 ve 1974'te kanun taslakları hazırlanmasına rağmen yasal düzenlemeye dönüşememiştir. Bu dönemde ayrıca sağlık personelinin çalışma koşullarını düzenleyen yasalar çıkarıldı; örneğin 1978'de doktorlara "tam gün çalışma" getirilirken, 1980'de bu düzenleme kaldırılarak muayenehane açma serbestisi yeniden tanınmıştır. Böylece 1960-80 arasında sağlık hizmetleri geniş halk kitlelerine yayılmış, merkezi plânlama anlayışıyla birincil, ikincil ve üçüncül hizmet kademeleri kurgulanmış, kurumlar arası koordinasyon artırılmıştır (Ceylan vd., 2023; Akdur, 2008).

3.3.4. 1980-2002 Dönemi

1980'lerden sonra dünya genelinde yayılan "Neo-Liberal" akımı, Türkiye'yi de etkilemiş ve bu politikalarla özel sektörün güçlendirilmesi hedeflenmiştir. 1982 Anayasası'nın 56. maddesi, devletin sağlık hizmetlerini planlayarak, bedensel ve ruhsal sağlık koşullarını iyileştirmeyi ve iş birliğini geliştirerek sağlık hizmetlerinin verimli bir şekilde

sunulmasını sağlamayı amaçladığını belirtmektedir. Bu doğrultuda, devletin kamu ve özel sektörle, sağlık ve sosyal hizmetlerde iş birliği yaparak görevini yerine getirmesi öngörülmüştür.1990'lı yıllarda, sağlık reformları için temel planlar oluşturulmuş ve "Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması" ile bu alandaki iyileştirmeler için önemli adımlar atılmıştır (Ak, 2021). 1992-93'te Ulusal Sağlık Kongreleri düzenlenmiş, 1993'te Sağlık Bakanlığı tarafından bir Ulusal Sağlık Politikası belgesi yayımlanmıştır. 1992'de 3816 sayılı kanunla sosyal güvenlik şemsiyesi dışında kalan düşük gelirli nüfus için "Yeşil Kart" uygulaması başlatılarak sağlık hizmetlerine erişim sağlanmaya çalışılmıştır. Bu dönemde sağlık reformu ile eşzamanlı olarak öngörülen başlıca hedefler; sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortası sisteminin kurulması, birinci basamak hizmetlerin aile hekimliği çatısı altında örgütlenmesi, hastanelerin özerk işletmelere dönüştürülmesi ve Sağlık Bakanlığı'nın koruyucu sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen yapıya kavuşturulması şeklinde özetlenmiştir. 1998 ve 2000'de Genel Sağlık Sigortası konulu kanun tasarıları Meclis'e sunulsa da yasalaşamamıştır. 1980-2002 arası dönemde yapılan yasal değişiklikler ve planlamalar, sağlık hizmetinin erişilebilirliğini artırmayı ve sosyal güvenlik sistemlerinin birleştirmesini hedeflemiştir (Erol & Özdemir, 2014; Çavmak & Çavmak, 2017).

3.3.5. 2003 Sonrası Dönemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı

3 Kasım 2002 seçimlerinin ardından, 16 Kasım 2002 tarihinde açıklanan 58. Hükümetin Acil Eylem Planı, sağlık alanında önemli reformları içeren hedefler belirlemiştir ve 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), Türkiye'nin sağlık sisteminde kapsamlı bir reform sürecini başlatmıştır. 58. Hükümetin Acil Eylem Planı çerçevesinde hazırlanan bu program, sekiz ana eksende sağlık sistemini yeniden yapılandırmayı hedeflemiştir (Akdağ, 2002). Bu hedefler Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılanması, tüm vatandaşların Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınması, kamu sağlık kuruluşlarının tek çatı altında birleştirilmesi ve özerk hastaneler gibi reform başlıkları içermiştir. Programın temel öncelikleri; yaygın aile hekimliği uygulamasına geçilmesi, Anne-Çocuk sağlığı ile koruyucu hekimliğe ağırlık verilmesi ve özel sektör katılımının özendirilmesi olarak belirlenmiştir. Bu kapsamda 2006'da 5502 ve 5510 sayılı yasalarla Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) oluşturulmuş, ülke çapında Genel Sağlık Sigortası sistemine geçiş yapılmıştır. Aile hekimliği uygulaması 2005'te başlatılmış, hastaneler özerk işletmelere dönüştürülmüş ve performans esaslı ödeme sistemi hayata geçirilmiştir. Öte yandan, e-sağlık projeleri, sağlık bilgi sistemleri ve kamu-özel ortaklıkları gibi yapısal yeniliklerle

hizmet sunumu çağdaşlaştırılmıştır. Bu reformların sonucunda sağlık hizmetlerine erişim büyük oranda artmış, hasta memnuniyetine odaklanılmış ve sağlık göstergelerinde hızlı iyileşmeler gözlenmiştir (Ceylan vd., 2023; Akdağ, 2002).

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel amacı, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve adil bir şekilde düzenlenmesi, finansmanının sağlanması ve bu hizmetlerin sunulmasıdır. Program, insan merkezli bir yaklaşımı benimseyerek, sürdürülebilirlik, sürekli kalite iyileştirmesi, uzlaşma, gönüllülük, güçler ayrılığı ve hizmette rekabet gibi ilkeler doğrultusunda belirlenen hedeflere ulaşmayı hedeflemektedir. 2003 yılı sonrası yapılan reformlar, Türkiye'nin sağlık sistemini daha modern, erişilebilir, etkili ve kaliteli hale getirmeyi hedeflemiştir (Kart, 2013).

Sonuç olarak Türkiye'nin sağlık hizmetleri tarihi süreci boyunca sürekli bir değişim ve dönüşüm süreci içinde şekillenmiştir. Cumhuriyetin ilk yıllarından günümüze kadar atılan adımlar, ülkenin sağlık altyapısını güçlendirmiş, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmış ve halk sağlığını iyileştirmeye yönelik önemli başarılar elde edilmiştir. Her dönemde farklı sağlık sorunlarına yönelik stratejiler geliştirilmiş ve bu politikalar, halkın sağlığını güvence altına almak amacıyla şekillenmektedir.

3.4. Türkiye Sağlık Sistemi Politikaları ve Organizasyonu

Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi karmaşık bir yapıya sahiptir. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden öncelikli olarak sorumlu kamu kurumu T.C. Sağlık Bakanlığı'dır. Sağlık Bakanlığı, tüm nüfusa hizmet verme sorumluluğu taşırken, aynı zamanda Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), üniversiteler, çeşitli bakanlıklar, kamu kuruluşları, belediyeler ve özel sektör de sağlık hizmeti sunmaktadır. Sağlık kurumlarının organizasyon yapısı genellikle finansman kaynaklarına bağlı olarak şekillenir. Kamu ya da özel sektör tarafından finanse edilen sağlık kurumlarının yapı ve yönetim biçimleri, finansman modeline göre farklılık gösterebilmektedir (Daşhan, 2012) .

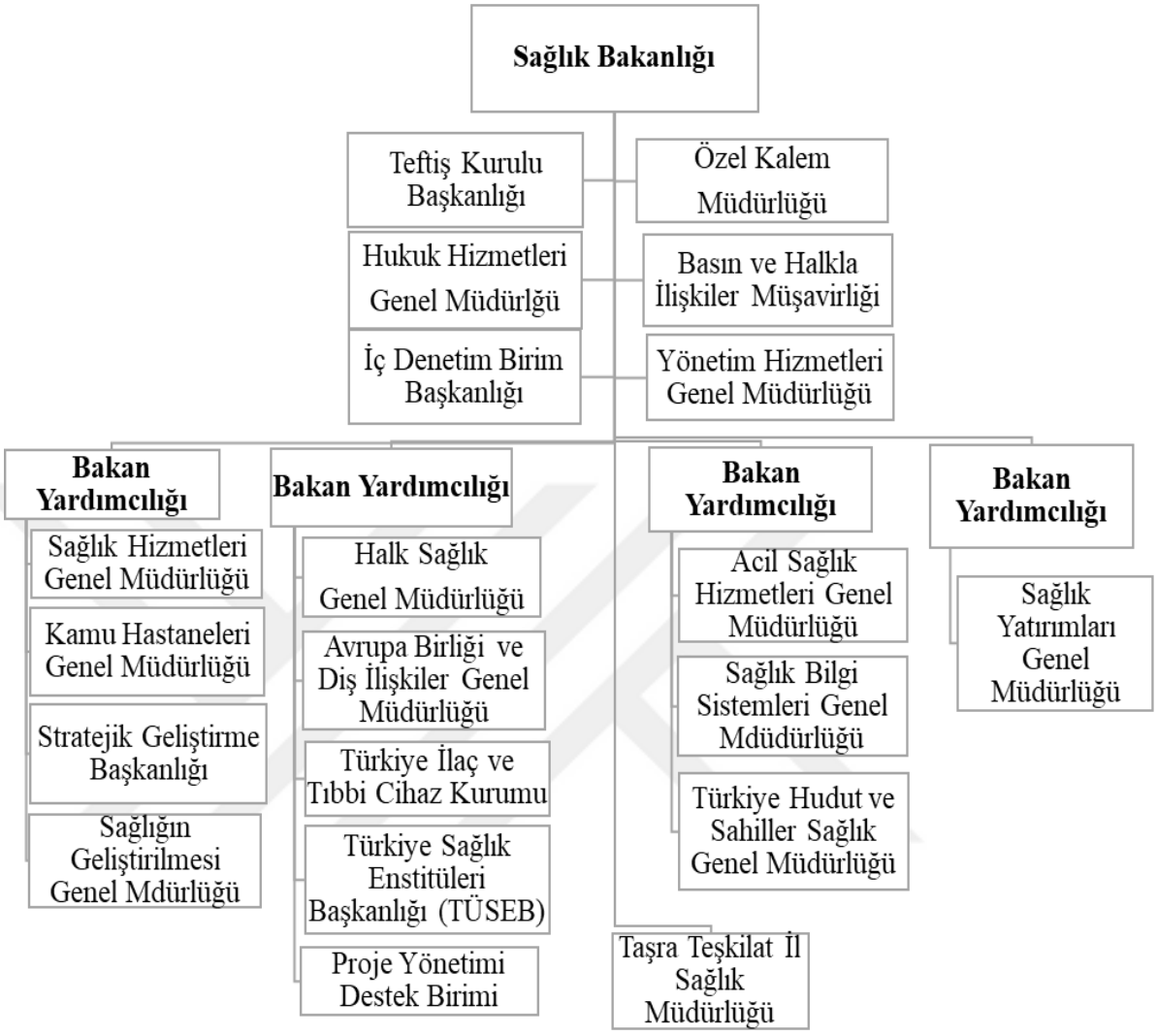
Sağlık Bakanlığı, 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (2011) ile yeniden yapılandırılmış ve düzenleyici-denetleyici bir role kavuşturulmuştur. Bakanlık; politika geliştirme, hizmet standardizasyonu, koordinasyon, denetim ve kriz yönetimi gibi üst düzey işlevleri yürütmektedir. Sağlık hizmet sunumu ise hem kamu hem özel sektörde faaliyet gösteren sağlık kuruluşları aracılığıyla gerçekleştirilmektedir (Durmuş & Durmuş, 2019).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı'nın organizasyon yapısı, merkezi teşkilat, taşra teşkilatı, bağlı ve ilgili kurumlar olmak üzere üç temel eksen etrafında şekillendirilmiştir.

- **Merkezi Teşkilat,** politika üretimi, mevzuat düzenlemeleri, ulusal sağlık stratejilerinin belirlenmesi ve standart geliştirme görevlerini üstlenmektedir. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, teknik uygulamaların koordinasyonunu yürüten ana birimlerdir
- **Taşra Teşkilatı,** iller düzeyinde örgütlenmiş İl Sağlık Müdürlükleri aracılığıyla hizmetin yerel planlamasını ve denetimini sağlamaktadır. Her ilin kendi dinamiklerine uygun şekilde hizmet sunumu ve kaynak tahsisi İl Sağlık Müdürlükleri tarafından koordine edilmektedir.
- **Bağlı Kurumlar,** ilaç, tıbbi cihaz, akreditasyon, araştırma ve sınır sağlığı gibi özel alanlarda faaliyet göstermektedir. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK), Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA),

  Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü ve Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB), bu kapsamda en kritik kurumlar arasında yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

Şekil 3.1. *T.C. Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025)*



Sağlık Bakanlığı, tüm faaliyetlerinden ve altında çalışanların işlemlerinden Cumhurbaşkanına karşı sorumludur. Bakanlık bünyesindeki Müsteşar ve Müsteşar Yardımcılığı görevleri kaldırılarak, Bakan Yardımcıları atanmıştır. Bu değişiklikle birlikte, Bakan Yardımcıları, Bakan'a destek olma ve yönetsel süreçlere katkı sağlama rolünü üstlenmiştir. Ayrıca, Cumhurbaşkanlığı, Sağlık Bakanlığı ile sağlık politikalarının belirlenmesinde önemli bir aktör olarak yer almakta, bu alandaki stratejik kararların şekillendirilmesinde etkili bir rol oynamaktadır (Durmuş & Durmuş, 2019).

Türkiye'deki sağlık hizmeti sunumu hem kamu hem de özel sektör kuruluşlarının yer aldığı bir yapı ile gerçekleştirilmektedir. Ancak, Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde bu yapı önemli ölçüde değiştirilmiş ve Sağlık Bakanlığı dışındaki kamu kuruluşları sağlık hizmeti sunumundan çekilmiştir. İlk olarak, Sosyal Sigortalar Kurumu'na ait hastaneler Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş, son olarak ise askeri hastaneler

de devredilerek sağlık hizmeti sunan kamu kuruluşları, yalnızca Sağlık Bakanlığı ve kamu üniversite hastaneleri olarak yapılandırılmıştır. Özel sektör ise sağlık hizmetleri alanındaki faaliyetlerini sürdürmektedir. Bu düzenlemeyle birlikte, Sağlık Bakanlığı'nın sorumlulukları ve yetki alanı genişlemiş, aynı zamanda sağlık hizmetleri için yapılan harcamalar da artmıştır (Ünal & Tagiyev, 2016).

3.4.1. Türkiye Sağlık Sistemi Hizmet Sunumu Yapısı

Türkiye'de sağlık sisteminde hizmet sunumu üç ana basamakta örgütlenmiştir: birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri. Bu yapı, hizmetin niteliğine ve uzmanlaşma düzeyine göre kademelendirilmiş olup bireylerin sağlık ihtiyaçlarının uygun düzeyde ve etkili biçimde karşılanmasını amaçlamaktadır (Altay, 2007).

- **Birinci Basamak**, ağırlıklı olarak Aile Hekimliği Sistemi üzerinden yürütülmekte olup; koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık eğitimi, bağışıklama, gebe ve bebek izlemleri, kronik hastalıkların takibi gibi işlevleri yerine getirmektedir. Her bireyin kayıtlı olduğu bir aile hekimi bulunmakta ve hizmetler Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) aracılığıyla sunulmaktadır.
- **İkinci Basamak**, uzman hekimlerin görev yaptığı devlet hastaneleri ve özel hastaneler aracılığıyla genel poliklinik hizmetleri ve yataklı tedavi hizmetlerini kapsamaktadır.
- **Üçüncü Basamak**, ileri düzey tedavi ve özel uzmanlık alanlarını kapsayan üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinden oluşur. Bu kurumlar aynı zamanda sağlık personelinin eğitimine katkı sağlayan akademik birimlerdir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025; Altay, 2007).

Sağlık hizmetlerinde kademeli başvuru sistemi teorik olarak benimsenmiş olsa da uygulamada bireyler çoğu zaman doğrudan üst basamaklara başvurmakta, bu da hizmet yoğunluğu ve kaynak kullanımında dengesizlikler yaratmaktadır.

3.5. Türkiye Sağlık Finansman Harcamaları

Türkiye'nin sağlık harcamaları ve finansman yapısı, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini ve kalitesini artırma amacıyla önemli değişiklikler geçirmiştir. Türkiye'de sağlık finansmanı kamu ağırlıklı bir sistemle yürütülmekte olup Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) çerçevesinde, 2006 yılında başlatılan reformlarla birlikte, sağlık finansman sistemi köklü bir şekilde yeniden şekillendirilmiştir. SDP öncesinde, sağlık finansmanı, SSK,

BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı gibi farklı kurumlar tarafından sağlanmaktadır (Göktaş & Tuna, 2024).

SDP ile sağlık finansman kurumları tek bir çatı altında toplanmış ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) bünyesinde Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi kurulmuştur. Bu sistemin amacı, tüm nüfusa sağlık sigortası sağlayarak sağlık hizmetlerinin finansmanını daha etkili bir şekilde yönetmektir. Türkiye'de sağlık harcamalarının büyük bir bölümü kamu kaynaklarıyla karşılanmaktadır. 2016 yılı itibarıyla sağlık harcamalarının %78,5'i kamu sektörü tarafından, %21,5'i ise özel sektör ve hane halkları tarafından finanse edilmektedir (Çotur, 2024).

Genel Sağlık Sigortası'nın finansmanı; çalışan kesim için prim ödemeleri, devlet katkısı ve gelir testine bağlı katkı payları yoluyla sağlanmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), sağlık hizmetlerinin finansmanında en önemli aktördür ve gerek kamu gerekse özel hizmet sunucularına ödeme yapan kuruluştur. Bu sistem, bireylerin gelir düzeyinden bağımsız olarak asgari bir sağlık hizmetine erişmesini sağlamakta; aynı zamanda sağlık harcamalarının kontrol altına alınması ve kaynakların verimli kullanılması amacına hizmet etmektedir (Orlu & Köse, 2018).

Tablo 3.2. *Türkiye toplam sağlık harcamaları ve GSYİH oranları 2013-2022 (TÜİK, 2024)*

Yıl	Toplam sağlık harcaması (Milyon TL)	Toplam sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı (%)
2013	84.390	4,7
2014	94.750	4,6
2015	104.568	4,5
2016	119.756	4,6
2017	140.647	4,4
2018	165.234	4,5
2019	201.031	4,7
2020	249.937	5,0
2021	353.941	4,9
2022	606.835	4,0

Yukarıdaki tabloya göre, Türkiye'deki sağlık harcamaları 2013-2022 yılları arasında sürekli artmıştır. Ancak, bu artışın yanı sıra sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı zaman zaman dalgalanmıştır. Başlangıç yıllarında oranlar daha yüksekken, ilerleyen yıllarda oranlarda belirli bir düşüş yaşanmıştır. Özellikle 2022'de sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı belirgin şekilde azalmıştır. Sağlık harcamalarındaki artış, ülkenin sağlık

sektörüne olan yatırım ve harcamalarının giderek büyüdüğünü göstermektedir. Ancak, bu artışın GSYİH içindeki payının değişmesi, ekonomik büyüme ile sağlık harcamalarının uyumlu bir şekilde gelişmediğini, ancak yine de sağlık alanındaki yatırımların sürdüğünü ortaya koymaktadır. Sağlık harcamalarının artışı, sağlık finansman kaynaklarının önemini de artırmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı, izlenecek sağlık politikasını belirlemede önemli bir rol oynamaktadır (TÜİK, 2024).

Türkiye, sağlık hizmetleri finansman yapısında tek bir yöntem kullanmamaktadır; bunun yerine karma bir yapı benimsenmektedir. Zorunlu sigorta sistemi, özel sigorta, cepten yapılan ödemeler ve kamu gelirleri gibi finansman yöntemleri bir arada ve iç içe uygulanmaktadır. Bu karmaşık yapı çerçevesinde, sağlık harcamaları genellikle hem kamu hem de özel sektör tarafından karşılanmaktadır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı, arz ve talep açısından çeşitlilik göstermektedir. Sağlık sisteminin performansını büyük ölçüde etkileyen finansman, temelde kamu ve özel sektör olmak üzere iki ana kaynaktan sağlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde arz, özel ve kamu kuruluşları tarafından sağlanırken, talep ise sağlık sigortası kapsamındaki bireyler ile sigortasız olanlar olarak ayrılmaktadır. Bu finansman yöntemlerinin oluşturduğu sağlık harcamaları, farklı kurum ve kuruluşlar tarafından yapılmakta olup ülke genelinde tek tip bir organizasyon yapısı kurulmamıştır. Kamu kaynaklı finansman yöntemleri arasında sosyal sağlık sigortası ve vergilerle sağlanan finansman; özel finansman yöntemleri ise özel sağlık sigortası, cepten ödemeler ve tıbbi tasarruf hesapları gibi seçenekleri içermektedir (Sevinç & Yılmaz, 2020).

Özetle sağlık hizmetleri finansmanı sağlanan yöntemler sırasıyla şunlar: Vergi gelirleri, sosyal sağlık sigortası, özel sağlık sigortası, tıbbi tasarruf hesapları, cepten yapılan harcamalar, bağışlardır. Kamu kaynaklı sağlık finansmanı, vergilerle sağlanan finansman ve sosyal sağlık sigortası gibi yöntemlerle sağlanırken, özel kaynaklı finansman ise özel sağlık sigortası, tıbbi tasarruf hesapları ve cepten yapılan ödemeler gibi yöntemlerle gerçekleşir. Bağışlar ise, bağışı yapan kurumların kamu ya da özel statüsüne bağlı olarak ya kamu finansmanı ya da özel finansman kapsamında değerlendirilebilir (Uğurluoğlu & Özgen, 2008).

3.6. Türkiye Sağlık Bilgi Sistemleri

Türkiye, dijital sağlık altyapısını güçlendirme konusunda önemli adımlar atmış ve bu alanda öncü ülkeler arasında yerini almıştır. Sağlık bilgi sistemleri; hasta kayıtları, tedavi süreçleri, finansal raporlamalar ve kamu sağlığı yönetimi gibi çok boyutlu alanlarda etkili bir veri yönetimi sağlamaktadır (Orhan vd., 2021).

- **E-Nabız kişisel sağlık sistemi**, bireylerin sağlık verilerine dijital erişimini sağlayarak hasta merkezli sağlık yönetimini desteklemektedir. Vatandaşlar, laboratuvar sonuçlarından radyolojik görüntülere, reçete bilgilerinden acil durum sistemine kadar tüm sağlık kayıtlarını 7/24 izleyebilmekte ve yönetebilmektedir. Ayrıca biyometrik giriş, mobil uygulama entegrasyonları ve 112 Acil butonu gibi yeniliklerle kullanım kolaylığı ve erişilebilirlik artırılmıştır (Birinci, 2018).
- **Medula Sistemi**, SGK ile sağlık hizmeti sunucuları arasında otomatik veri ve fatura bildirimlerinin gerçekleştirilmesini sağlamakta ve ödeme süreçlerini şeffaflaştırmaktadır.
- **E-Reçete,** Teletıp ve Uzaktan Sağlık Hizmetleri gibi uygulamalar, özellikle pandemi döneminde kritik önem kazanmış ve yaygın biçimde kullanılmaya başlanmıştır.

Bu dijital sağlık bilgi sistemler sayesinde hem klinik karar destek sistemleri hem de kamu sağlığı izleme faaliyetleri veri temelli bir yapıya kavuşmuş, etkili kaynak yönetimi ve performans değerlendirme süreçleri hız kazanmaktadır (Orhan vd., 2021; Birinci, 2018).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SOMALİ VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİ PERFORMANS GÖSTERGELERİNİN KARŞILAŞTIRMASI

4.1. Sağlık Sistemi Performans Göstergeleri

Ülkelerin sağlık sistemlerinin uluslararası düzeyde karşılaştırılmasında, çeşitli sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik göstergeler, sağlık hizmetleri insan gücü gibi faktörler kullanılarak sağlık sistemi performansı değerlendirilmektedir. Dünya Bankası, OECD ve Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası kuruluşlar, sağlık sistemlerinin performansını ölçerken genellikle üç ana başlık altında toplar (Boz & Önder, 2017).

Bu göstergeler, bir ülkenin sağlık altyapısının etkinliğini, halk sağlığına yönelik hizmetlerin kalitesini ve toplumun genel sağlık durumunu anlamak için temel araçlar olarak kullanılır. Ölüm oranlarındaki azalma, hastalık oranlarının kontrol altına alınması ve doğurganlık oranlarının dengelenmesi, bir sağlık sisteminin ne kadar başarılı olduğunu ve topluma ne kadar iyi hizmet verdiğini gösteren önemli performans göstergeleridir. Bu ana sağlık göstergesi, sağlık sistemlerinin performansını anlamada ve karşılaştırmada temel araçlar olarak kullanılır (Daştan & Çetinkaya, 2015). Ölüm oranlarının azaltılması, hastalıkların önlenmesi ve doğurganlık oranlarının dengelenmesi, sağlık sistemlerinin gelişmişlik düzeyini belirler. Sağlık politikaları, bu göstergeler doğrultusunda şekillenir ve toplumun sağlık düzeyini iyileştirmek için sürekli olarak izlenir ve güncellenir (WHO, 2022). Çalışmanın bu bölümünde, sağlık sisteminin performansını etkileyen üç ana konu başlığı ile yönetişim ve sürdürebilirlik göstergeleri ayrıntılı bir şekilde ele alınacaktır.

4.1.1. Sağlık Hizmetine Erişim ve Kapsayıcılık Göstergeleri

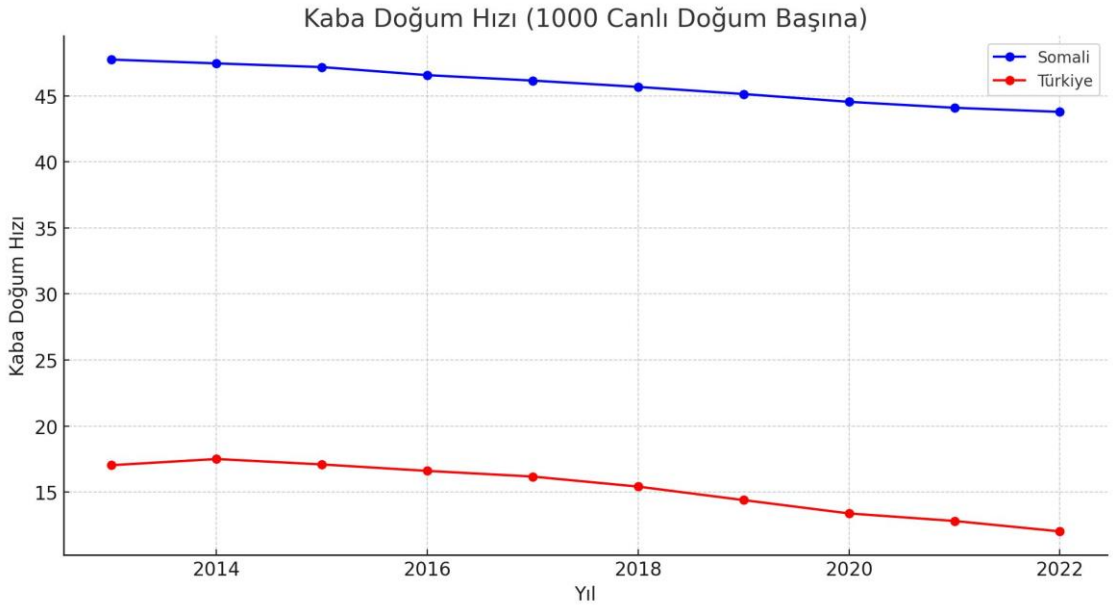
Sağlık hizmetlerine erişim ve kapsayıcılık, sağlık sistemlerinin başarısını değerlendirmede temel ölçütlerden biridir. Bu göstergeler, bir toplumun sağlık ihtiyaçlarının ne ölçüde karşılandığını ve sağlık hizmetlerinin tüm nüfus gruplarına eşit şekilde ulaşıp ulaşmadığını ortaya koyar (WHO, 2021). Dolayısıyla, erişim ve

kapsayıcılık göstergeleri yalnızca sağlık çıktılarının iyileştirilmesinde değil, aynı zamanda sağlıkta eşitlik ve hakkaniyetin sağlanmasında da merkezi bir rol üstlenmektedir. Literatürde bu kapsamda sıklıkla kullanılan aşağıdaki temel göstergelere göre değerlendirilme yapılmaktadır.

- **Kaba Doğum Hızı**

Kaba doğum oranı, belirli bir yıl içinde gerçekleşen canlı doğum sayısının aynı yılın ortasında tahmin edilen toplam nüfusa oranlanmasıyla hesaplanır ve genellikle 1.000 kişi başına doğum sayısı şeklinde ifade edilir. Bu gösterge, doğurganlık düzeyine ilişkin kaba ancak genel eğilimleri ortaya koyan önemli bir parametredir.

Şekil 4.1. *Somali ve Türkiye: 20213-2022 yılları arasında kaba doğum hızı (TÜİK, 2023; Trading Economics, 2025)*



2013 ile 2022 yılları arasındaki verilere dayanarak Somali ve Türkiye'nin kaba doğum hızları karşılaştırmalı olarak analiz edilmiştir. Bu değerlendirme, TÜİK verileri ve Dünya Bankası istatistikleri kullanılarak ülkelerin doğurganlık oranlarındaki demografik değişimlerin nicel biçimde ölçülmesine olanak tanımıştır.

Yukarıdaki grafikteki verilere göre, Somali'nin kaba doğum hızı, 2013 yılında 47,74 olarak kaydedilmişken, 2022 yılında bu oran 43.78'e gerilemiştir. Buna karşın Türkiye'de 2013 yılında 17,03 olarak tespit edilen kaba doğum hızı, belirgin bir azalma eğilimi göstermiş ve 2022'de 12.02'ye kadar düşmüştür.

- **Toplam Doğurganlık Oranları**

Toplam doğurganlık oranları, doğurganlık çağındaki (genellikle 15 ila 44 yaş arası kabul edilir) bir kadının üreme yılları boyunca sahip olmayı bekleyebileceği ortalama çocuk sayısını ifade eder.

Tablo 4.1. *Somali ve Türkiye: 2012-2021 yılları arasında toplam doğurganlık oranı (World Bank, 2024)*

Ülke	**Toplam Doğurganlık Oranı**									
	2013	***2014***	***2015***	***2016***	***2017***	***2018***	***2019***	***2020***	***2021***	***2022***
Somali	7.1	7.1	7	6.9	6.8	6.7	6.6	6.5	6.4	6.3
Türkiye	2.1	2.2	2.2	2.1	2.1	2	1.9	1.7	1.8	1.6

Toplam doğurganlık oranları karşılaştırıldığında, Somali'de kadın başına düşen çocuk sayısı 2013'te 7,1 iken 2022'de 6,3'e gerileyerek en düşük seviyeye ulaşmıştır. Bu düşüş, Somali'nin geleneksel yüksek doğurganlık oranlarıyla tanınmasına rağmen ülkede meydana gelen önemli demografik değişikliklerin habercisi niteliğindedir. Buna karşılık Türkiye'de toplam doğurganlık oranı, 2013 yılında kadın başına 2.1 çocuk düzeyindeyken, bu oran 2022'de yaklaşık olarak 1.6'ya düşerek gerilemiştir.

Bu veriler her iki ülkenin demografik eğilimleri değerlendirildiğinde, toplumsal ve ekonomik faktörlerin belirleyici olduğu açıkça görülmektedir.

Somali'deki kaba doğum hızının ve toplam doğurganlık oranlarındaki azalma; toplumsal dönüşümlerin yavaş ancak istikrarlı bir şekilde başlamakta olduğunu, teknolojinin yaygınlaşmasının aile yapısı üzerindeki etkisini artırdığını, aile planlaması politikalarının uygulanmaya başladığını ve sağlık hizmetlerindeki bazı iyileşmeleri olduğunu göstermektedir. Ancak hala doğum oranlar dünya ortalamasına göre yüksek seyretmektedir.

Somali'deki yüksek kaba doğum hızının ve doğurganlık oranın yüksek olmasının temelinde genç nüfus oranının yüksekliği, geleneksel aile yapılarında çocuk sayısına verilen önemine yönelik kültürel tutumlar, aile planlaması hizmetlerine erişimde yaşanan yapısal zorluklar, toplumsal inanç karşılığı ve bu hizmetlerin yaygın olmayışı ile kadınların düşük eğitim düzeyine sahip olması gibi faktörler bulunmaktadır (Mohamud, 2023). Buna karşılık Türkiye'de azalan kaba doğum hızları ve doğurganlık oranlarının nedenleri, kentleşmenin hızlanması, modern yaşam tarzının benimsenmesi, kadınların eğitim düzeyinin yükselmesi ve iş gücüne katılımının artışı, çocuk sahibi olma yaşının

ilerlemesi ve ekonomik koşulların getirdiği mali yükler ile çocuk bakım maliyetlerinin yükselmesi şeklinde sıralanabilir (Işık, 2025).

Bu bağlamda kaba doğum hızı ve toplam doğurganlık oranları açısında her iki ülke için politik öneriler geliştirmek gerekmektedir. Somali açısından sağlık sisteminin altyapısının güçlendirilmesi ve üreme sağlığı hizmetlerine erişim artırılmalı, ücretsiz ve ulaşılabilir kapsamlı aile planlaması programlarının hayata geçirilmesi, kız çocuklarının eğitimine öncelik verilmesi ve erken yaşta evliliklerle mücadele edilmelidir. Ayrıca kadınların ekonomik hayata entegrasyonu teşvik edilerek toplumsal yapı içerisinde statülerinin yükseltilmesi sağlanabilir.

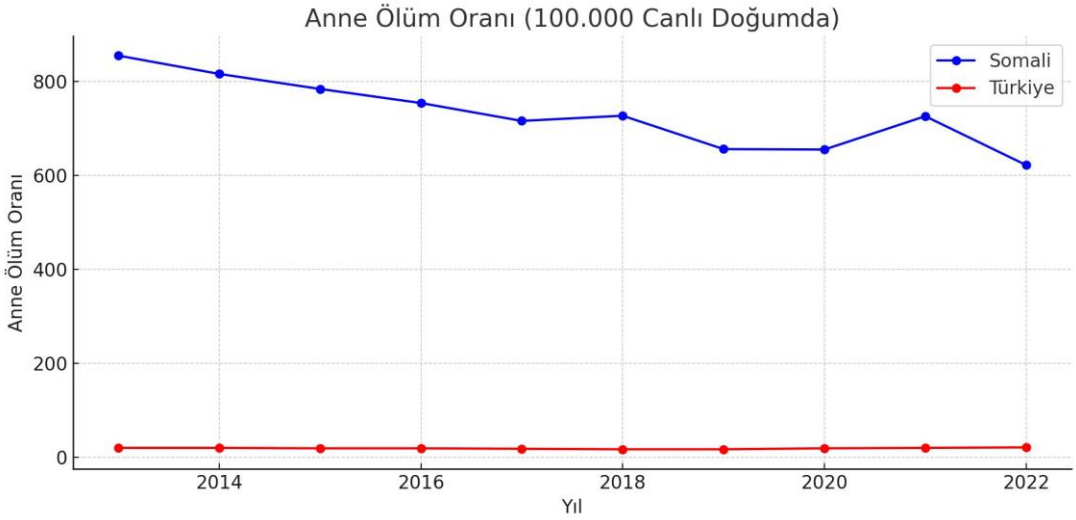
Türkiye için ise doğum oranlarındaki azalmayı dengeleyebilecek sosyal destek programlarının güçlendirilmesi gereklidir. Kadınların iş ve aile yaşamını uyumlu bir şekilde sürdürebilmesini sağlamak için esnek çalışma modelleri geliştirilmeli ve çocuk bakım hizmetlerine erişim kolaylaştırılarak ekonomik yükler hafifletilmelidir. Ayrıca erken çocukluk eğitimi ve aile içi destek programları aracılığıyla genç çiftlerin çocuk sahibi olma süreçlerini destekleyecek politikalar oluşturulmalıdır.

Sonuç olarak, Somali ve Türkiye'nin farklı demografik süreçleri toplumsal, ekonomik ve siyasi faktörlerle şekillenmekte olup bu alanda uygulanması gereken politikalar hem bireylerin yaşam kalitesini artırmayı hem de ülke geneli için sürdürülebilir kalkınmayı hedeflemelidir.

- **Anne Ölüm Oranı**

Anne ölüm oranı, 100.000 canlı doğumda gebelik sırasında veya gebelik sonlandırıldıktan sonraki 42 gün içinde gebelikle ilişkili nedenlerden ölen kadınların ortalama sayısıdır.

Şekil 4.2. *Türkiye ve Somali'de 2013-2022 yılları arasında anne ölüm oranları (World Bank, 2023)*



Anne ölüm oranı, her 100.000 canlı doğumda meydana gelen anne ölümlerini ifade eden ve sağlık sisteminin genel kalitesini, kadın sağlığına verilen önemi ve doğum öncesi, sırası ve sonrası sağlık hizmetlerinin etkinliğini ölçen kritik bir göstergedir (World Bank, 2024).

Anne ölüm oranı, 2013 yılında Somali ve Türkiye anne ölüm oranı her 100.000 canlı doğumda; Somali, 2013'te 855 olan anne ölüm oranı, 2022'de 622'ye düşmüştür. %27'lik bir azalma gerçekleşmiştir. Ancak bu düşüşe rağmen Somali, halen dünyada en yüksek anne ölüm oranlarına sahip ülkeler arasında yer almakta ve ciddi sağlık sorunları ile karşı karşıya bulunmaktadır. Türkiye'de ise bu oran, 2013 yılında 20, 2022'de 21 olmuştur bu yılları arasında 17–21 seyretmiştir, genel olarak stabil kalmasına rağmen Türkiye'nin düşük seviyelerde seyretmektedir (World Bank, 2023).

Bu bağlamda, anne ölüm oranlarının Somali'de yüksek seyretmesinin temel etkenlerin arasında sağlık hizmetlerine sınırlı erişim, yetersiz doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetleri özellikle doğumhane ve acil obstetrik bakım birimlerinin eksikliği, nitelikli ebelerin ve kadın doğum uzmanlarının sayısının az olması, zamanında müdahaleyi zorlaştırmakta ve komplikasyon risklerini artırmaktadır. Kırsal ve göçebe bölgelerde yoksulluk, ulaşım zorlukları ve sürekli çatışma ortamı, sağlık hizmetlerine erişimi ciddi ölçüde kısıtlamaktadır. Sağlık sisteminin özelleştirme odaklı yapısı nedeniyle, cepten harcamaları maliyetlerin yüksek olması ve sağlık sistemi kamu yatırımı yetersizliği gibi çeşitli faktörler yer almaktadır. Ayrıca sağlık sigortası eksikliği de Somali'de bu sorunun kronikleşmesine katkıda bulunan önemli bir unsurdur.

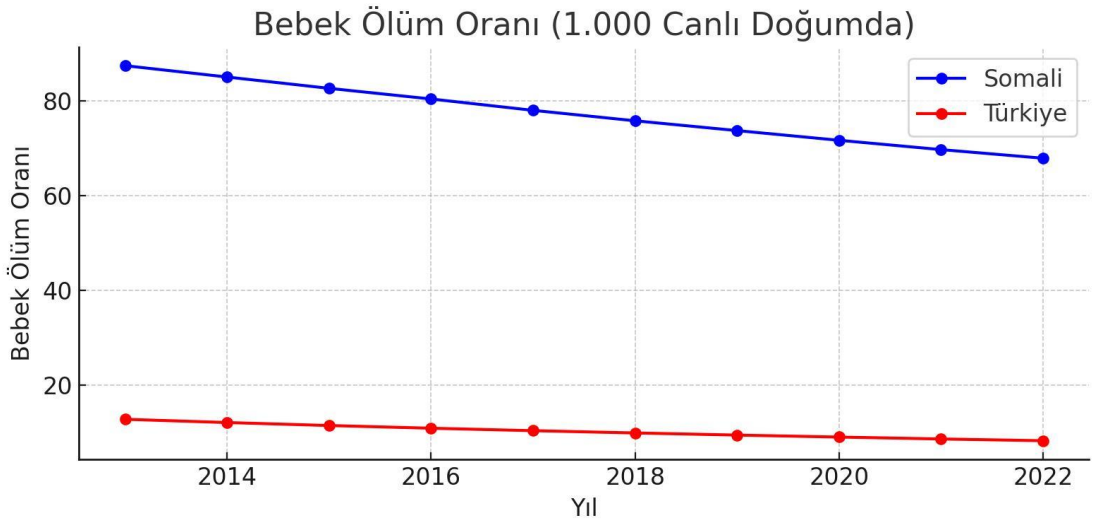
Türkiye’de ise anne ölüm oranı açısından daha olumlu bir tablo gözlenmektedir. Bu bağlamdaki başarısı, sağlık politikalarının etkililiği ve kadın sağlığına verilen önemin bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

- **Bebek Ölüm Hızı (Infantil Mortalite)**

Bir yılda canlı doğan 1.000 bebeğin doğum başına ifade edilen, doğum ile tam 1 yaş arasında ölme olasılığıdır. Bebeklik çağında, özellikle ilk yıl içinde yaşamını yitiren bebeklerin oranı, dünya genelinde sağlık düzeyini değerlendiren önemli bir göstergedir. 1990 yılında, her 1.000 bebekte 63 ölüm kaydedilirken, bu oran 2012 yılına gelindiğinde her 1.000 bebekte 35'e düşmüştür. Ancak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, gelişmemiş ülkelerinde bebek ölüm oranları, gelişmiş ülkelerine kıyasla hala yaklaşık altı kat daha yüksektir. Bu durum, bölgesel sağlık altyapısı farklarının ve beslenme, sağlık hizmetleri gibi faktörlerin etkisini açıkça ortaya koymaktadır (Daştan & Çetinkaya, 2015).

Birleşmiş Miletler Çocuk Ölümleri Tahmini için Kurumlar Arası Grup (BM IGME) tarafından aşağıdaki şekilde verilen veriler, Türkiye ve Somali arasındaki bebek ölüm oranlarındaki farkları ve gelişim süreçlerini göstermektedir.

Şekil 4.3. *Türkiye ve Somali 2013- 2022 yılları arasındaki bebek ölüm oranları* (UNICEF, 2024; TÜİK, 2023)



Yukarıdaki grafikler, 2013–2022 yılları arasında Somali ve Türkiye’de 100.000 canlı doğum başına düşen anne ölüm oranlarının ve 1.000 canlı doğum başına düşen bebek ölümleri karşılaştırmasıdır. Veriler, Türkiye’nin sağlık reformlarının etkisini ve Somali’deki kronik sağlık altyapısı sorunlarını yansıtmaktadır.

Somali’de bebek ölüm oranı 1.000 canlı doğumda 2013 yılında 87,5'ten 2022'de 67,9'a %22’lik bir düşüş olsa da bu oranlar hala dünya ortalamasının oldukça üzerinde seyretmekte ve ülkedeki sağlık hizmetlerinin eksikliklerini gözler önüne sermektedir (UNICEF, 2024).

Türkiye’de ise 2013'te 14,02'den 2022'de 9,2’e düşüşle gerilemiştir. Bunun temelinde sağlık altyapısındaki iyileşmeler, sağlık hizmetlerine erişiminde kolaylaşması, aşılama programlarının yaygınlaştırılması ve halk sağlığı politikalarının güçlenmesi yer almaktadır (TÜİK, 2023).

Somali’nin çocuk sağlığındaki bu olumsuz etkeni, aşılama hizmetlerindeki yetersizliklerden, temel pediatrik sağlık hizmetlerine erişimdeki zorluklardan ve kronik beslenme problemlerinden kaynaklanmaktadır. UNICEF’in "Çocuk Ölümlerinde Düzeyler ve Eğilimler" raporuna göre (2023), dünya genelindeki ortalama bebek ölüm oranı 2021 itibarıyla her 1.000 canlı doğumda 27 olarak belirlenmiştir (UNICEF, 2023). Dolasıyla Türkiye’nin bu küresel ortalamanın oldukça altında yer alması, sağlık sistemindeki koruyucu hizmetlerin etkinliğini göstermekteyken; Somali’nin ortalamanın oldukça üzerinde kalan değerleri ile ülkedeki sağlık altyapısının eksikliklerini ve mevcut politikaların yetersizliğini ortaya koymaktadır.

Bu bağlamda yapılan analizler doğrultusunda Türkiye'nin sağlam bir sağlık altyapısı, yaygın koruyucu sağlık hizmetleri ve anne-çocuk sağlığını bütüncül bir şekilde ele alan politikaları sayesinde bu başarıyı sergilemektedir. Bu analiz doğrultusunda geliştirilecek politik öneriler dikkate alındığında, Türkiye'nin mevcut sağlık başarılarının korunması ve sürdürülmesi adına daha geniş kitlelere ulaşmayı hedefleyen alanlara yoğunlaşması önerilmektedir. Öte yandan Somali için ise temel odak noktası, sağlık hizmetlerine erişimin genişletilmesi olmalıdır. Özellikle doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması, maliyetlerin azaltılmasıyla halkın sağlık hizmetlerinden faydalana bilirliği artırılmalı ve nitelikli tıbbi personelin yetiştirilmesine yönelik yatırımlar hızlandırılmalıdır. Ayrıca aşı kampanyalarının etkinliğini artırmak, temel pediatrik hizmetleri erişilebilir kılmak ve toplumun sağlık bilinci düzeyini yükseltmek gibi uzun vadeli stratejiler belirlenmelidir. Somali hükümetinin uluslararası destek mekanizmalarıyla iş birliği yaparak sürdürülebilir sağlık politikaları oluşturması, kadın ve çocuk ölümlerini azaltma hedefinde kritik önem taşımaktadır.

- **Sağlık Sigortası Kapsamı ve Hizmet Erişimi**

Sağlık sigortası, bireylerin sağlık hizmetlerine finansal güvence altındaki erişim oranını temsil etmektedir. Kamu sigorta sistemlerinin veya evrensel sağlık kapsamının güçlü bir yapıya sahip olması, sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştıran ve hızlandıran kritik bir katalizör işlevi görmektedir.

Türkiye'de sağlık sigortası uygulamaları bağlamında, 2023 itibarıyla nüfusun %99'u sağlık sigortası güvencesi altındadır. Bu yüksek kapsayıcılık, bireylerin genel sağlık sigortası (GSS) kapsamında çeşitli sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırarak ülkenin sağlık altyapısındaki kayda değer ilerlemeyi göstermektedir. Gelir grupları arasındaki sağlık hizmetlerinden yararlanma farklılıkları önemli ölçüde azaltılmış olup kentsel ve kırsal bölgeler arasındaki hizmet erişim dengesi ise özellikle aile hekimliği uygulamaları sayesinde sağlanmıştır. Dolayısıyla, Türkiye'nin sağlık sigortası sistemi, kapsayıcı ve erişim odaklı yapısıyla toplum sağlığı açısından önemli kazanımlara olanak vermektedir. (Ezer, 2023).

Buna karşın Somali'de sağlık sigortası uygulamaları neredeyse bütünüyle yok denecek seviyededir. Çoğunlukla halkın özel sektöre ait sağlık hizmetlerinden yararlanması oldukça güçtür ve nüfusun büyük bir kısmı devlet tarafından sunulan sınırlı sağlık hizmetlerine ulaşmayı hedeflemektedir. Bununla birlikte, kamu hizmetlerinin yetersizliği ve özellikle kırsal bölgelerde sağlık kuruluşlarının bulunmayışı nedeniyle ciddi coğrafi eşitsizlikler dikkat çekmektedir. Somali'deki bu durum, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini iyileştirmek için gerekli yapısal reformların bir göstergesi olarak değerlendirilebilir (Ahmed vd., 2023).

Özetle Türkiye ile Somali arasında sağlık hizmetine erişim ve kapsayıcılık konusunda belirgin ve çarpıcı farklılıklar olduğunu göstermektedir. Türkiye, yaygın sağlık sigortası ve etkili politikaları sayesinde sağlık alanındaki temel göstergelerde önemli iyileşmeler kaydederken, Somali'de ise sistemsel yetersizlikler ve kırsal bölgelerdeki erişim eksikliği, özellikle anne ve bebek ölümleri, sağlık sisteminin girdi ve çıktı gibi performansı etkileyen kritik göstergelerde olumsuz sonuçların artmasına yol açar. Kırsal bölgelerde gereken yatırımlar yapılmaksızın ve kurumsal kapasite güçlendirilmeden, kapsayıcı ve sürdürülebilir sağlık hizmetlerine erişimin sağlanması mümkün görülmemektedir.

4.1.2. Sağlık Sisteminin Girdi Göstergeleri

Sağlık sisteminin girdi (kaynak) göstergeleri, bir sağlık sisteminin hizmet üretme kapasitesini belirleyen ve genellikle yapısal ile finansal unsurlara dayanan ölçütlerdir. Bu göstergeler, sağlık hizmetlerinin sunulabilmesi için gerekli olan temel yapısal kaynakların miktarını ve niteliklerini değerlendirmeye olanak tanımaktadır. Ayrıca, sağlık sisteminin iyileştirilmesi amacıyla gerçekleştirilen yatırımları ve bu doğrultuda oluşturulan kapasiteyi ortaya koyarak, sistemin etkinliğini ve sürdürülebilirliğini sağlama açısından kritik bir rol oynamaktadır.

- **Sağlık Harcamaları**

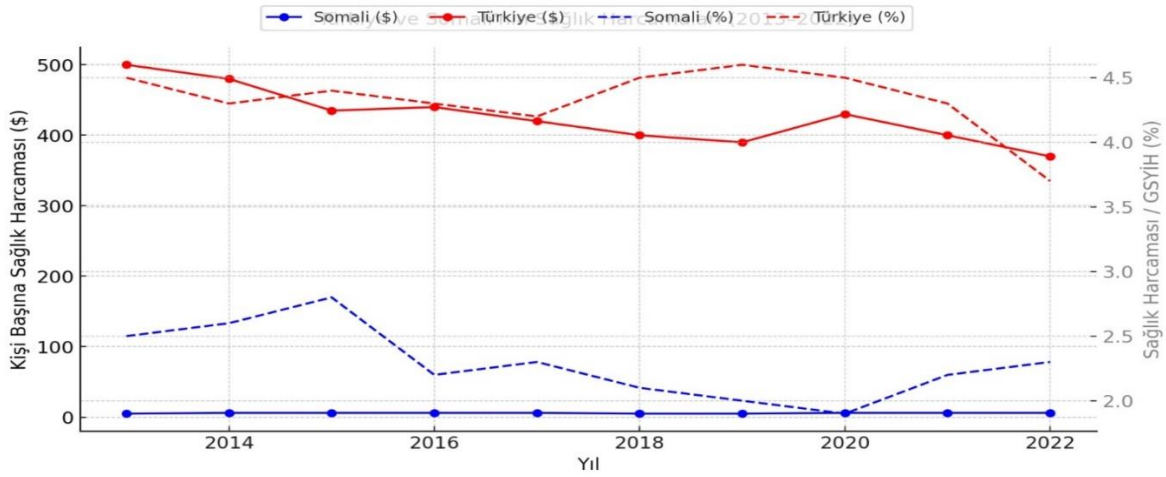
Sağlık harcaması: bir ülkenin sağlık hizmetlerinin finansmanına ayırdığı toplam kaynakları ifade eden ve sağlık sisteminin mali kapasitesini gösteren temel bir göstergedir.

Bu bölümde kişi başına düşen sağlık harcamaları ve sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı gibi göstergeleri üzerinden Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü verileri kullanılarak analiz edilecektir. Aşağıda, bu göstergelerin detaylı bir değerlendirmesi sunulmaktadır.

Kişi Başına düşen Cari Sağlık Harcaması ($): Bir ülkede yıllık kişi başına düşen toplam sağlık harcamasını cari fiyatlarla gösterir.

Cari Sağlık Harcaması GSYİH Oranları (%): Sağlık harcamalarının gayrisafi yurt içi hasıla içindeki oranını gösterir GSYİH Oranları ise bir ülkenin ekonomik öncelik düzeyi göstermektedir.

Şekil 4.4. *Somali ve Türkiye kişi başına sağlık harcamalarının göstergeleri (World Bank, 2022; World Bank, 2022)*



Yukarıdaki grafikte, 2013–2022 yılları arasında Somali ve Türkiye'de cari sağlık harcamaları kişi başına düşen sağlık harcaması ve GSYİH oranları karşılaştırmalı olarak gösterilmektedir.

Bu göstergeye ilişkin veriler, Dünya Bankası'nın Küresel Sağlık Harcamaları veri tabanından alınarak değerlendirilmektedir.

Kişi başına sağlık harcamaları, Türkiye 2013'te 547$, 2022'de 385 $ olmuştur, GSYİH'ya oranları da yaklaşık %4,3–4,6 olmuştur. Somali'de ise 2013'te 12.85 $, 2022'de 15.35 $'tır, GSYİH'ya oranları de %2,2–2,8 olmuştur (World Bank, 2022; World Bank, 2022). Buna göre her iki ülkenin arasındaki fark, sağlık sistemlerinin ölçeğini ve finansman kapasitesini göstermektedir. Bu farklılıkların temel nedenleri şu şekildedir;

Türkiye, sağlık sektörüne ayırdığı kaynaklarla, gelir seviyesi ve altyapı yatırımları açısından Somali'den çok daha ileri bir ekonomik düzeye sahiptir. Somali'nin düşük GDP oranı ve sınırlı ekonomik imkanları, sağlık harcamalarını ciddi şekilde kısıtlamaktadır.

Sağlık sistemi yapısı ve finansmanı ise Türkiye'de sağlık harcamaları hem kamu kaynakları hem de özel sektör katkısıyla geniş bir şekilde finanse edilir. Buna karşın Somali'de sağlık sektörü, kamu kaynakları yetersizliği, büyük ölçüde dış kaynaklar ve hane halkının doğrudan yaptığı harcamalar üzerinden sürdürülmektedir. Ayrıca dış desteğe olan yüksek bağımlılık Somali'nin sağlık sistemini sürdürülebilirlik ve kapsam açısından zayıflatmakta ve çeşitli sorunlar ortaya çıkarmaktadır.

Dolasıyla Somali'de sağlık finansmanının artması ve dış yardımların azaltılması için ekonomik kalkınmanın desteklenmesi, yönetim sağlık harcamalarını artırması teşvik edilmelidir. Türkiye'de düşüş trendi tersine çevrilmeli; sağlık harcamasının niteliği ve etkisi gözden geçirilmelidir.

- **İnsan Gücü ve Hastane Kapasitesi:**

Sağlıktaki insan gücü: Sağlık sisteminin işleyişinde kritik bir rol oynayan, nitelikli sağlık alanında çalışan tüm profesyonel ve yardımcı sağlık personelini kapsar. Bu kişiler sağlık sisteminin etkinliği ile doğrudan kullanılabilir. İnsan gücünün yeterliliği, kapsamlı personel sayıları, güncel gelişmeler ve hizmet sunumundaki verimlilik gibi parçalar içerir. Bu girdi sağlık sistemlerinin yaygın olarak kullandığı temel girdilerden biridir.

Hastane kapasitesi: Bir sağlık kuruluşunun fiziksel altyapısını, teknolojik donanımını ve yatak sayısını kapsayan ve sağlık sisteminin tedavi edici sağlık hizmetleri sunma potansiyelini ifade eder.

Tablo 4.2. *Somali ve Türkiye: sağlık insan gücü ve hastane kapasitesi göstergeleri (WHO Türkiye, 2024; WHO Somalia, 2024; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019; WHO, 2023; Abdullahi, 2023; Karaca, 2023)*

GÖSTERGELERİ	SOMALİ	TÜRKİYE
10.000 kişi başına düşen doktor sayısı	0,48	21.7
10.000 kişi başına düşen hemşire ve ebe sayısı	2.61	34.2
1.000 kişi başına Hastane Yatak Sayısı	0,5	2,8
10.000 kişi başına yatan hasta yatağı sayısı	8,7	27

Yukarıdaki göstergelere, Somali ve Türkiye'nin sağlık insan gücü ve sağlık altyapı kapasitesini karşılaştırmalı olarak ortaya koymaktadır.

Doktor sayısı: bir ülkenin hekim yoğunluğunu ve sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini ölçer. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), asgari 10.000 kişi başına 23 sağlık çalışanı (hekim, hemşire, ebe) önermektedir (WHO, 2023).

Verilere göre, Somali, 2021 yılında 10.000 kişi başına düşen doktor sayısı 0,48'olmuştur. Türkiye ise 10.000 kişi başına düşen doktor sayısı 21.7 olmuştur.

Somali'deki bu belirgin farkın altında, çeşitli yapısal sorunlar yatmaktadır. Özellikle hekim eksikliğinin temel nedenleri arasında kritik hekim eksikliğinin, beyin göçü, tıp eğitimi altyapısının yetersizliği ve sektörel yatırımlardan kaynaklanmaktadır (Abdullahi, 2023; Karaca, 2023).

Hemşire-ebe sayısı: Birincil sağlık hizmetlerinin temel taşıyıcılarıdır. Bu gösterge, özellikle doğum ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlığını gösterir.

Somali için 2021 yılında 10.000 kişi başına yalnızca 2,61 hemşire-ebe düşerken, Türkiye ise 2021 yılında 10.000 kişi başına düşen hemşire-ebe 34.2 olmuştur (WHO Somalia, 2024; WHO Türkiye, 2024).

Hastane yatak kapasitesi: sağlık sisteminin acil ve yatan hasta hizmetlerindeki yeterliliğini gösterir. Bu verilere, 1.000 kişi başına düşen hastane yatak sayısı Somali'de 0,5 iken Türkiye'de 2,8'dir.

Yatan Hasta Yatağı Sayısı: Bu gösterge, hastanelerdeki yatak doluluk oranını ve hizmet kalitesini yansıtır. Verilere göre 2016 yılında 10.000 kişi başına yatan hasta yatağı sayısı Somali'de 8,7, Türkiye'de ise 27 olarak kaydedilmiştir (Abdullahi, 2023; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019).

Her iki ülkenin karşılaştırmalı olarak analiz edildiğinde çarpıcı bir fark olduğunu görülmektedir. Bu farklılıkların temel nedenleri arasında, ülkelerin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyleri, sağlık alanında yapılan yatırımlar ve kamu yönetimi kapasiteleri yer almaktadır. Türkiye, yaptığı sağlık reformlarını kurumsallaştırmış, düzenli kamu yatırımları ile insan kaynağı kapasitesini artırmış, altyapısını büyük ölçüde güçlendirmiştir. Buna karşılık Somali, uzun yıllar süren iç çatışmalar, merkezi yönetim eksikliği, devam eden güvenlik problemleri, yetersiz sağlık bütçeleri ve sınırlı eğitim altyapısı nedeniyle sağlık insan gücü yetiştirme ve istihdam etme konusunda ciddi zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır.

Sağlık insan gücü ve altyapıdaki bu yetersizlikler, Somali'de sağlık hizmetlerine erişimin sınırlı kalmasına, hizmet kalitesinin düşmesine ve başta anne ve çocuk sağlığı olmak üzere ölümlerin artmasına, kronik hastalık prevalansının yükselmesine ve düşük HALE gibi olumsuz sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Kırsal bölgelerde nitelikli sağlık personeli ve yeterli sağlık tesislerinin yokluğu, temel sağlık hizmetlerinin dahi sunulmasını imkânsız hale getirebilmektedir.

Somali'nin sağlık insan gücü ve altyapı eksiklikleri, ülkenin sürdürülebilir kalkınma hedeflerine (SKH'ler) ulaşmasının önündeki en kritik engellerden biri olarak değerlendirilmektedir. Bu doğrultuda, Somali'nin sağlık sisteminin mevcut kapasitesinin güçlendirilmesi, ülkenin genel kalkınma stratejileriyle bütünleşik bir şekilde ele alınmalıdır. Sağlık çalışanlarının kırsal kesimler ve sosyo-ekonomik açıdan dezavantajlı bölgelerde istihdamı teşvik edilerek eşitsizliklerin minimize edilmesi için özlük haklarının iyileştirilmesi ve cazip ücret politikalarının hayata geçirilmesi gerekmektedir. Altyapı açısından ise düşük maliyetli, temel sağlık hizmetlerini önceleyen ve sürdürülebilir modeller üzerine inşa edilecek sağlık tesislerinin hayata geçirilmesi aciliyet arz etmektedir Somali'nin sağlık sisteminde kalıcı iyileştirmeler sağlanabilmesi için kapsamlı, uzun vadeli ve sürdürülebilir reformların hayata geçirilmesi kaçınılmazdır.

Türkiye ise, görece iyi durumda olmakla birlikte, özellikle sağlık çalışanlarının coğrafi dağılımındaki eşitsizliklerin giderilmesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin

güçlendirilmesi alanında daha fazla yapısal iyileştirmeye ihtiyaç duymaktadır. Bu gereklilikler doğrultusunda, Türkiye'nin mevcut sağlık sisteminin performansını artıracak stratejik düzenlemeler kritik önem taşımaktadır.

4.1.3. Sağlık Sisteminin Çıktı Göstergeleri

Sağlık sisteminin çıktıları, sağlık hizmetlerinin nihai sonuçlarını ve toplum sağlığı üzerindeki etkilerini ölçen, aynı zamanda sağlık politikalarının başarısını yansıtan temel performans göstergeleridir. Bu göstergeler, yalnızca sağlık hizmetlerinin sayısal sonuçlarını değil, aynı zamanda kalite, eşitlik, erişilebilirlik, verimlilik ve hasta memnuniyeti gibi geniş bir yelpazede değerlendirme yapılmasını sağlamaktadır. Başka bir ifadeyle, sağlık çıktılarının (örneğin yaşam süresi, bebek ölüm oranı, hastalık yükü vb.) göstergelerinin sağlık sisteminin etki gücünü ve sonuçlarını göstermektedir.

- **Yaşam Süresi ve Sağlıklı Yaşam Beklentisi**

Doğumda beklenen yaşam süresi, en yaygın kullanılan sağlık göstergelerinden biridir ve bir toplumun genel sağlık durumunu anlamada önemli bir rol oynar. Bu gösterge, bir bireyin doğum anındaki ortalama ölüm riskine dayanarak, tüm nüfusun (çocuk, ergen, yetişkin ve yaşlılar dahil) hayatının ne kadar süreyle devam edebileceğini tahmin eder.

Tablo 4.3. *Somali ve Türkiye'nin 2013-2022 yılları arasındaki yaşam süreler göstergesi (WHO Türkiye, 2024; WHO Somalia, 2024)*

YIL	**SOMALİ**			**TÜRKİYE**		
Doğumda Beklenen Yaşam süresi	***Kadın***	***Erkek***	***Ortalama***	***Kadın***	***Erkek***	***Ortalama***
2013	55	50.2	52.2	79.7	73.8	76.8
2014	55.6	50.8	53.1	79.5	73.9	76.7
2015	56	51.3	53.5	79.3	74	76.7
2016	56.4	51.6	53.9	79.3	74.1	76.7
2017	56.8	51.7	54.2	79.6	74.5	77.1
2018	57.3	52.2	54.7	80.1	75	77.6
2019	57.7	52.9	55.2	80.1	75.1	77.6
2020	57.6	52.8	55.1	79	73.4	76.2
2021	56.3	51.7	54	78.1	72.5	75.3

Sağlıklı Yaşam Beklentisi: bir kişinin yaşamayı bekleyebileceği yıl sayısını ifade eder. Bir nüfusun sağlığını değerlendirmenin önemli bir yoludur ve günlük yaşamı etkileyen sağlık politikaları ve girişimlerini bilgilendirmek için kullanılmaktadır (WHO, 2022).

Tablo 4.4. *Somali ve Türkiye'nin 2013-2022 yılları arasındaki HALE göstergeleri (WHO Türkiye, 2024; WHO Somalia, 2024)*

YIL	SOMALİ			TÜRKİYE		
Sağlıklı Yaşam Beklentisi	***Kadın***	***Erkek***	***Ortalama***	***Kadın***	***Erkek***	***Ortalama***
2013	47.8	45	46.3	67.4	65.5	66.5
2014	48.3	45.5	46.8	67.2	65.6	66.5
2015	48.7	45.9	47.2	67.1	65.7	66.4
2016	49.1	46.2	47.6	67.1	65.7	66.4
2017	49.4	46.3	47.8	67.4	66.1	66.8
2018	49.8	46.7	48.2	67.7	66.5	67.2
2019	50.1	47.3	48.7	67.8	66.6	67.2
2020	49.9	47.3	48.6	66.8	65.6	66
2021	48.7	47.4	46.2	65.9	64.5	65.3

Doğumda Beklenen Yaşam Süresi ve Sağlıklı yaşam beklentisi arasındaki farkı: Doğumda beklenen yaşam süresi, yeni doğmuş bir bebeğin yaşamayı bekleyebileceği ortalama yıl sayısıdır (ortalama ölüm yaşı). "Doğumda sağlıklı yaşam süresi (HALE)", bir kişinin doğumdan itibaren "tam sağlık" içinde yaşamayı bekleyebileceği ortalama yıl sayısıdır (WHO, 2022).

Yukarıdaki tabloları baz alarak, Somali ve Türkiye ülkelerinde yeni doğmuş bir bebeğin yaşam süresi ve yaşamayı bekleyebileceği ortalama yıl sayısı ve cinsiyete göre, 2013 ve 2021 yıllara arasında karşılaştırmalı olarak değerlendirilmektedir. Bu oranlar, sağlık hizmetlerinin etkinliğini, yaşam kalitesini ve bir ülkenin sağlık sisteminin gücünü yansıtan temel bir ölçüttür.

Doğumda Beklenen Yaşam Süreleri, 2013 Yılında Türkiye'de yaşam süresi, kadınlar için 79,7 yıl, erkekler için ise 73,8 yıl olarak hesaplanmıştır. Ortalama yaşam süresi ise yıl 76,8 olarak belirlenmiştir. 2021 yılı itibarıyla Türkiye'de doğumda beklenen yaşam süreleri kadınlar için 78,1 yıl, erkekler için ise 72,5 yıl olmuştur, ortalama yaşam süresi ise 75,3 yıla olmuştur (WHO Türkiye, 2024).

Somali'de ise doğumda beklenen yaşam süresi, 2013 yılında kadınlar için 55 yıl, erkekler için 50,2 yıl, ortalama olarak ise 50,2 yıl olarak hesaplanmıştır. 2021 yılı itibarıyla, Somali'de doğumda beklenen yaşam süresi kadınlar için 56,3 yıl, erkekler için 51,7 yıl olmuş ve ortalama yaşam süresi 54 yıl olmuştur (WHO Somalia, 2024). Her ne kadar

2013’e kıyasla arada iyileşme sağlanmış olsa da Somali’deki yaşam süreleri dünya genelinde ve Türkiye ile karşılaştırıldığında oldukça düşük kalmaktadır.

HALE: Türkiye’de sağlıklı yaşam beklentisi, 2013 yılında ortalama 66,5 yıl iken, 2021’de 65,3 yıla küçük bir düşüş olmasına rağmen yüksek düzeyde seyretmektedir. Kadınlar ve erkekler arasındaki fark, kadınların daha uzun sağlıklı yaşam sürdüğünü ortaya koymaktadır. Kadınlar için sağlıklı yaşam beklentisi, 2021’de 65,9 yıl olarak belirlenmişken, erkekler için 64,5 yıl olarak hesaplanmaktadır (WHO Türkiye, 2024).

Somali’de sağlıklı yaşam beklentisi ise 2013 yılında ortalama 46,3 yıl iken, 2021'de 46,2 yıla sabit kalmakla birlikte belirli artışlar olmuştur. Ancak, dünya ortalamasına göre sağlıklı yaşam süresi hala oldukça düşük seviyelerdedir. Kadınlar için sağlıklı yaşam beklentisi 48,7 yıl, erkekler için ise 47,4 yıldır (WHO Somalia, 2024).

Somali ve Türkiye arasında yaşam süresi ve HALE açısından belirgin farklar vardır bu farklar; sağlık sistemi kapasitesi, ekonomik kalkınma düzeyi, politik istikrar, halk sağlığı önlemleri ve toplumsal refahla doğrudan ilişkilidir.

Türkiye’de doğumda yaşam süresi ve Hale’nin yüksek olmasında, evrensel sağlık sigortası kapsamında sunulan yaygın sağlık altyapısı, düzenli tarama programları, bağışıklama hizmetleri ve gebelik takibi gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin etkili rolü bulunmaktadır. Ayrıca temiz su, sanitasyon ve yeterli beslenme imkanlarının yaygın olması, yaşam koşullarını iyileştirerek sağlıklı yaşam süresini uzatmaktadır. Türkiye'de hastalık yükünün büyük bir bölümü kronik hastalıklardan kaynaklanmaktadır.

Öte yandan Somali’de hem bulaşıcı hem de kronik hastalık yükü bir arada görülmekte ve bu durum yaşam süresini olumsuz etkilemektedir. Somali’de düşük kapsamlı sağlık hizmetleri, kırsal bölgelerde erişim zorlukları, yetersiz koruyucu sağlık uygulamaları ve temiz su ile beslenme imkanlarının sınırlılığı sağlık sonuçlarını olumsuzlaştırmaktadır. Bunun yanında silahlı çatışmalar, göç ve insani krizler de HALE ve yaşam beklentisini doğrudan kısaltmaktadır. Her iki ülkede de kadınlar erkeklerden daha uzun yaşadığını görülmektedir. Ancak Somali’de yüksek doğurganlık oranı, gebelik ve doğum sırasında karşılaşılan sağlık riskleri ile yüksek anne ölüm oranı, kadınların bu avantajını önemli ölçüde sınırlandırmaktadır.

Sonuç olarak Somali için öncelikli hedef yaşam kalitesini artıracak önleyici ve destekleyici sağlık politikaları ile kırsal bölgelerde birinci basamak sağlık merkezlerinin

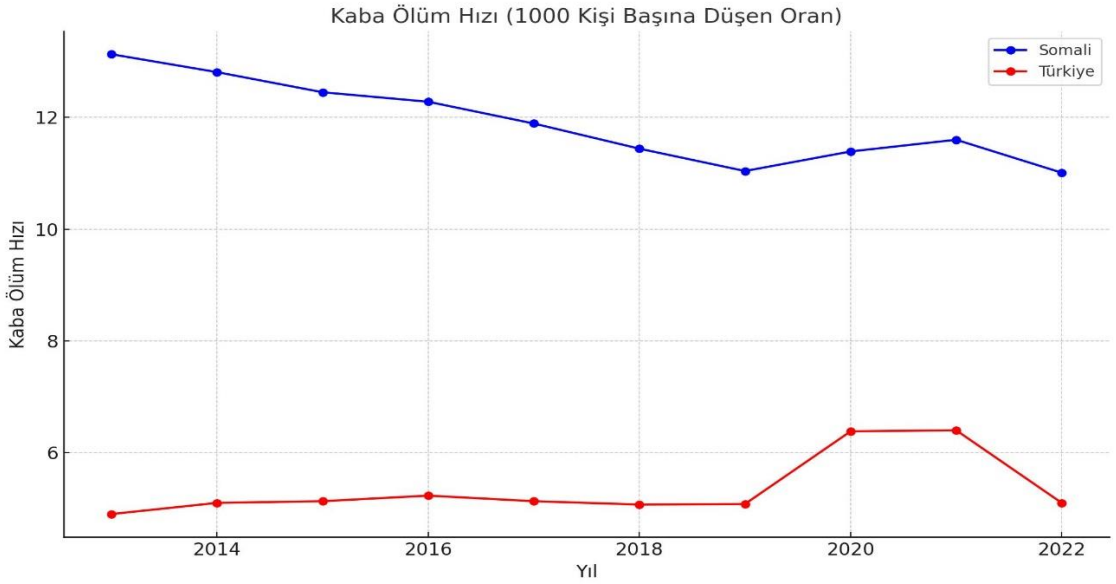
kurulmasıyla temel sağlık hizmetlerine erişimin artırılması, bulaşıcı hastalıkların kontrolü amacıyla kapsamlı aşılama kampanyaları yürütülmesi, temiz su ve sanitasyon projelerinin hayata geçirilmesi gerekmektedir.

Türkiye için ise, sağlıklı yaşam süresini artırmak amacıyla kronik hastalıkların toplum temelli önleme programlarıyla yönetilmesi ve yaşlı nüfusa yönelik olarak palyatif bakım, uzun dönem bakım hizmetleri ile yaşlı dostu şehir planlamasının yaygınlaştırılması önerilmektedir.

- **Kaba ölüm oranı:**

Kaba ölüm oranı, yıl ortasında tahmin edilen 1.000 nüfus başına yıl boyunca meydana gelen ölüm sayısını gösterir. Kaba ölüm oranı ile kaba doğum oranı arasındaki fark, göç olmadığı durumlarda doğal nüfus artışını gösterir. Bu gösterge, bir ülkenin sağlık sisteminin genel etkinliği, yaşam kalitesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin gücü ve sağlık altyapısının yeterliliği hakkında dolaylı fakat güçlü bir fikir verir.

Şekil 4.5. *Somali ve Türkiye 2013-2022 yılları arasındaki kaba ölüm oranı (O'Neill, 2024; TÜİK, 2023)*



Yukarıdaki grafikte Somali ve Türkiye'deki kaba ölüm oranları 2013-2022 yılları arasındaki değişimlere kıyaslayarak bir analiz yapabilecektir grafikte verilere;

Somali'nin kaba ölüm oranı: 2013'ten 2022'ye kadar azalma eğilimindedir. 2013'te 13,13 iken, 2022'de bu oran 11,01'e gerilemiştir (O'Neill, 2024). Bu, ülkenin genel sağlık koşullarındaki iyileştiğini ve yaşam süresinin arttığına işaret edebilir. Ancak, hala yüksek bir oran olduğunu söylemek mümkündür. Somali, 2022'de de 11,01 gibi bir orana

sahipken, gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında bu oran hala çok yüksektir. Bu, sağlık hizmetlerinin yetersizliği, beslenme sorunları ve hastalıklar gibi faktörlerin etkisiyle açıklanabilmektedir.

Türkiye'nin kaba ölüm oranı: 2013'te 4,9 olan oran, 2022'de 5,10'a yakın bir değere ulaşmıştır. Türkiye'de yıllık bazda dalgalanmalar olsa da genel olarak oldukça stabil bir seyrin izlendiği söylenebilir. 2020'deki yükselişin sebepleri, COVID-19 pandemisi ve bu dönemde artan ölüm oranları olabilir (TÜİK, 2023).

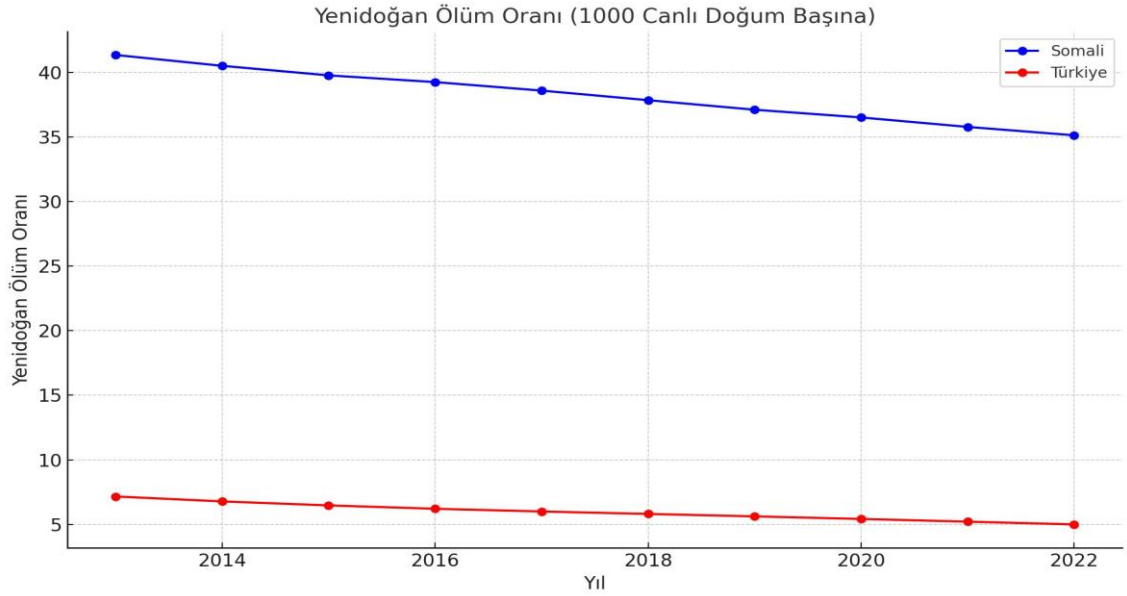
Somali ve Türkiye arasındaki kaba ölüm hızı farkı, sağlık altyapısı, sağlık finansman, hizmet kalitesi ve toplumsal koşullar açısından ne kadar farklı olduğunu göstermektedir. Somali'nin sağlık sisteminde gözlenen bu yapısal sorunlar, bulaşıcı hastalıklar ve kronik hasatlıkları yükü, kötü beslenme ve anne-çocuk ölümlerinin yüksekliğine de neden olmakta ve ölüm oranlarını artırmaktadır. Bu doğrultuda Somali'nin, kırsal bölgelerde sağlık altyapısını güçlendirmesi, insan gücünü artırması ve krizlere dayanıklı bir hizmet sunum modeli geliştirmesi kritik önemdedir.

Somali'de sağlık sisteminin ve temel sağlık hizmetlerine ilişkin çalışmaların sistematik politika alanlarıdır. Türkiye ise mevcut başarılarını sürdürmek ve eşitsizlikleri azaltmak için sağlıkta kalite ve erişim odaklı reformlara devam etmektedir. Bu karşılaştırma, sağlık sonuçlarının toplumsal sağlığın dağılımındaki rolünü genel olarak ortaya koymaktadır.

- **Yeni Doğan Ölüm Oranı:**

Yeni doğan ölüm oranı, 1 yaşın altındaki çocukların 1000 doğumda ölüm sayısını ifade eder.

Şekil 4.6. *Somali ve Türkiye 2013-2022 yılları arasındaki yenidoğan ölüm oranı*

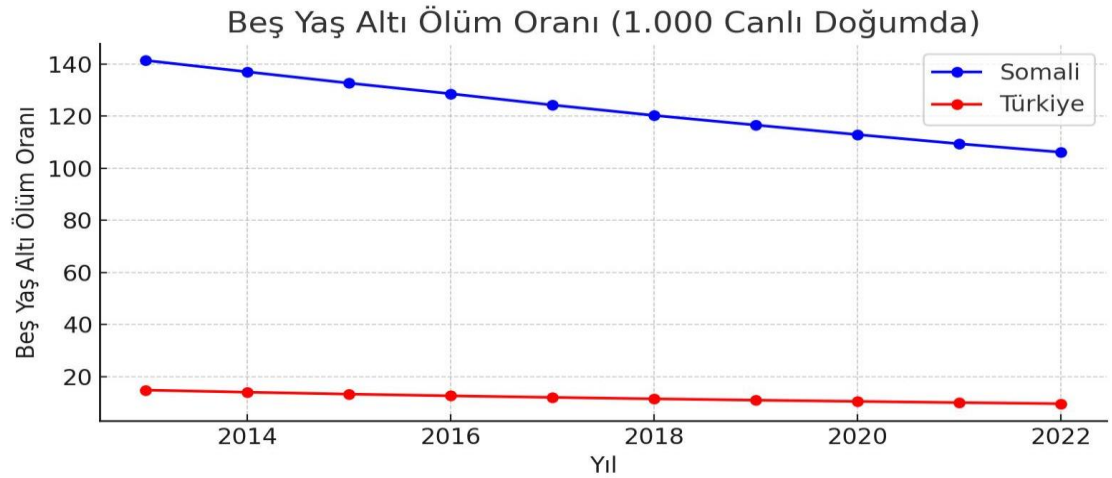


Yenidoğan ölüm oranı veriler, 2013–2022 yılları arasında hem Türkiye'de hem de Somali'de YDO açısından düşüş eğilimi olduğunu göstermektedir. Türkiye'de, 2013 yılında 7,16 olan yenidoğan ölüm oranı, 2022 itibarıyla 5'a gerilemiştir. Somali'de ise aynı dönemde YDO, 2013'te 41,35 iken, 2022 yılında 35,13'e düşmektedir.

- **Beş yaş altı ölüm oranı:**

Beş yaş altı ölüm oranı, belirli bir yılın yaşa özgü ölüm oranları dikkate alındığında, yeni doğan bir bebeğin beş yaşına gelmeden ölme olasılığının 1.000 kişi başına düşen oranıdır.

Şekil 4.7. *Somali ve Türkiye 2013-2022 yılları arasındaki beş yaş altı ölüm oranı (UNICEF, 2024; IGME, 2024)*



Yukarıdaki grafiklerdeki verilere, Türkiye ve Somali için yeni doğan ve beş yaş altı ölüm oranlarını (infantil mortalite oranı) 2013-2022 yıllar arasında karşılaştırmaktadır.

Beş Yaş Altı Ölüm Oranı, benzer şekilde, beş yaş altı ölüm oranları da iki ülke arasında ciddi farklılıklar göstermektedir. Türkiye'de, 2013 yılında 14,85 olan oran, 2022 yılında 9,63'e düşerek istikrarlı bir iyileşme göstermektedir. Somali'de ise bu oran, 2013'te 141,34 iken, 2022 itibarıyla 106,13 seviyesine gerilemiştir.

Türkiye'deki bu düşüş sağlık sisteminde kaydedilen yapısal ilerlemelerin bir sonucudur. Somali'de bu iki göstergede her ne kadar bu azalma olumlu bir eğilimi yansıtsa da oran hâlen dünya ortalamasına göre oldukça yüksek seviyelerdedir.

Her iki ülke arasındaki çocuk sağlığı göstergelerinde görülen bu belirgin uçurumun ardında yatan temel etkenler arasında; Sağlık Sistemi Altyapısı ve Erişim açısında Somali, Sağlık tesislerinin coğrafi dağılımı yetersiz olup kırsal bölgelerde doğum ve çocuk sağlığı hizmetlerine erişim sınırlıdır bu yüzden yüksek maternal mortalite oranları, doğum sırasında komplikasyonların yönetilememesi ve obstetrik acil hizmetlerin eksikliği, YDO ve B5AO'nun yüksek olmasına neden olmaktadır. Aynı zamanda Yenidoğan ve çocuk ölümlerinde enfeksiyon hastalıkları (pnömoni, neonatal sepsis, ishal) ve yetersiz beslenme yüksek oranda rol oynamaktadır. Aşılama oranlarının düşük olması ve temiz suya erişim kısıtlılığı bu durumu pekiştirmektedir.

Türkiye, güçlü birinci basamak sağlık hizmetleri modeli, yaygın aşılama programları, doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetlerine erişimin artırılması ve sağlık reformları sayesinde bu oranlarda kayda değer ilerlemeler kaydetmiştir. Buna karşın Somali, çatışma ve insani krizlerin sürekliliği, düşük gelir düzeyi, yetersiz altyapı, beslenme yetersizlikleri ve sınırlı kurumsal kapasite gibi çok boyutlu sorunlarla mücadele etmeye devam etmektedir. Bu bağlamda Sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, özellikle kırsal bölgelerde anne-çocuk sağlığı bakım hizmetleri yaygınlaştırılmalıdır., mobil klinikler yaygınlaştırılmalıdır.

- **Aşılanma oranları**

Aşılanma oranları: koruyucu sağlık hizmetlerinin performansını değerlendirmede önemli bir gösterge niteliği taşımaktadır. Özellikle bir yaştaki çocuklarda difteri, tetanoz ve boğmaca (DTP3) aşısı kapsamı, çocuk sağlığının korunmasında kritik bir rol oynar buna göre Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yayımlanan verilere göre, 2022 yılı

itibarıyla Somali'de DTP3 aşılama oranı yalnızca %42 düzeyinde gerçekleşmiştir (WHO Somalia, 2024). Bu oran, ülke genelinde temel aşılara erişimde ciddi sorunlar bulunduğunu ve bağışıklama sisteminin yeterince yaygınlaştırılamadığını göstermektedir.

Öte yandan, Türkiye'de aynı gösterge %99 gibi oldukça yüksek bir seviyeye ulaşmıştır (WHO Türkiye, 2024). Bu durum, Türkiye'nin ulusal bağışıklama programının hem kapsam hem de sürdürülebilirlik açısından güçlü olduğunu ortaya koymaktadır. Türkiye'de yaygın birinci basamak sağlık hizmetleri ağı, aile hekimliği sistemi ve düzenli izleme-değerlendirme mekanizmaları sayesinde çocukluk çağı aşılamaları oldukça yüksek oranlarda gerçekleştirilmektedir.

Bu iki ülke arasındaki fark, sağlık sistemlerinin koruyucu hizmetler konusundaki kurumsal kapasitesi, kaynak tahsisi ve halk sağlığı politikalarının etkililiği açısından belirgin bir eşitsizliğe işaret etmektedir. Somali'deki düşük aşılama oranı; sağlık merkezinde, altyapı eksiklikleri, hizmet erişimi ve aşı programlarının yetersiz olduğunu, Sağlık çalışanı yetersizliği ve sağlık sisteminin koruyucu hizmet kapasitesinde yapısal zayıflıklara işaret etmektedir. Ayrıca, cepten ödeme oranlarının yüksek olması ve temel sağlık hizmetlerinin kamu tarafından yeterince finanse edilememesi, aşılama hizmetlerine erişimi sınırlayıcı faktörler arasında yer almaktadır. Dolayısıyla Somali'de düşük DTP3 aşılama oranını iyileştirmek için, birinci basamak sağlık hizmetleri yaygınlaştırılmalı, toplum temelli kampanyalarla aşı kabulü artırılmalı, uluslararası destekler güçlendirilmeli, dijital veri sistemleri kurulmalı ve sağlık personeli kapasitesi artırılmalıdır. Bu bütüncül müdahaleler, koruyucu sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini ve etkinliğini artırarak toplum sağlığını güçlendirecektir.

- **Kronik Hastalık Prevalansı ve Hastalık Yükü:**

Kronik hastalık prevalansı, bir toplumdaki bireylerin belirli bir dönemde kronik hastalıklara sahip olma oranını ifade eder. Bu oran, toplumdaki yetişkin nüfusun önemli bir sağlık göstergesi olarak değerlendirilir. Öte yandan, hastalık yükü ise kronik hastalıkların bireyler ve toplum üzerindeki toplam etkisini kapsar.

Bu yük; ölüm oranları, engellilik, işgücü kaybı ve tedavi maliyetleri gibi doğrudan ve dolaylı faktörlerle ölçülmekte olup genellikle "Engelliğe Göre Ayarlanmış Yaşam Yılları (DALY)" veya ölüm oranları üzerinden tanımlanmaktadır.

Dolasıyla sağlık hizmetlerini iyileştirmek ve her ülkede önlenebilir ölümleri azaltmak için değişen koşullara etkili bir şekilde yanıt vermek amacıyla nasıl yaşadıklarını anlamada yardımcı olur. Ölüm nedenlerinin yıllık olarak izlenmesi, ülkelerin nedenlerini ele almalarına ve sağlık sistemlerini etkili bir şekilde tepki verecek şekilde uyarlamalarına olanak tanır.

Kronik hastalıklar (non-communicable diseases, NCDs), dünya genelinde dünya çapındaki hastalık ve ölümlerin başlıca nedenleri arasında yer almakta olup özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde artan bir yük oluşturmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, hipertansiyon, kronik solunum yolu hastalıkları ve kanser gibi (bulaşıcı olmayan hastalıklar), BOH'lar; etkili bir erken tanı, sürekli izlem ve yaşam tarzı müdahaleleri gerektirmektedir. Bununla birlikte, bir ülkenin sağlık sisteminin bu tür hastalıklara yönelik kapasitesi, toplumun genel sağlık durumunu doğrudan etkileyen bir faktör olarak değerlendirilmektedir.

Türkiye'de kronik hastalıklar, bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) kapsamında ele alınmakta ve toplum sağlığı üzerinde ciddi bir yük teşkil etmektedir. En sık görülen kronik hastalıklar arasında hipertansiyon, diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve obezite bulunmaktadır. Türkiye'de kronikleşen prevalans ve etkiler üzerine yapılan güncel araştırma ve resmi veriler göre:

Türkiye, kronik hastalık prevalansı açısından önemli bir yük taşımaktadır. Yetişkin nüfusun yaklaşık %33'ünde en az bir kronik hastalık bulunurken, hipertansiyon (%16,1–30,3), diyabet (%10,2–11,4), obezite (%20,2–33), KOAH (%5,1) ve astım (%8,9) en yaygın görülen hastalıklar arasında yer almaktadır. Ayrıca yetişkinlerin %28,3'ünün tütün kullanımı da dikkate değer bir risk faktörü oluşturmaktadır.

Hastalık yükü açısından incelendiğinde, bulaşıcı olmayan hastalıklar toplam ölümlerin %87,5'inden sorumlu tutulmaktadır. Erken ölüm oranları ise (70 yaş öncesi) %16,8 seviyesindedir. 2021 yılı itibarıyla kronik hastalıklara bağlı olarak 100.000 kişiye düşen ölüm oranı 537'dir. Türkiye'deki hastalık yükünün büyük kısmını kalp-damar hastalıkları, kanserler, diyabet ve kronik akciğer hastalıkları oluşturmakta olup bu durum ekonomik açıdan da ciddi sonuçlar doğurmaktadır. Kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetimi, ülke ekonomisine %10'a kadar tasarruf sağlayabilme potansiyeline sahiptir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021; Ünal & Aslan, 2022; T.C. Sağlık bakanlığı, 2025). Kronik hastalıkların yaygınlığı, yaşlı nüfusun artması ve riskli yaşam tarzı faktörlerinin etkisiyle

giderek daha kritik hale gelmektedir. Dolayısıyla halk sağlığı politikaları ve erken müdahale programları büyük bir önem taşımaktadır (WHO Türkiye, 2024).

Somali'de Kronik Hastalıkların Prevalansı bulaşıcı hastalıklar ön planda olsa da son yıllarda kronik hastalıkların prevalansında artış gözlenmektedir. Ancak kapsamlı ulusal veri eksikliği nedeniyle tahminler sınırlıdır. Ülkedeki sağlık sistemi ve veri toplama ile ilgili son saha araştırmaları ve uluslararası raporlar, bazı kronik hastalıkların yaygınlık oranlarını ortaya koymaktadır: Yaklaşık olarak her on iki yetişkinden birinde (%8,3) en az bir kronik rahatsızlık bulunmakta olup hipertansiyon %2,11 diyabet prevalansı %6,5 iken obezite oranı %8,3 düzeyindedir. Tütün kullanımı ise %4 gibi düşük bir orana sahiptir. Bununla birlikte kronik anemi ve malnütrisyonun özellikle çocuklarda yaygın olduğu gözlemlenmiştir. Somali'de kronik hastalıklardan kaynaklanan erken ölüm riski (30–70 yaş arası) %27,6 gibi yüksek bir seviyededir. Ayrıca bulaşıcı olmayan hastalıklara ek olarak tüberküloz insidansı da 100.000'de 259 oranında görülmektedir (WHO Somalia, 2024; İHME, 2025; Öner & Hassan, 2020; Jayte, 2023).

Bu bağlamda, Somali'nin sağlık altyapısındaki eksiklikler, kronik hastalık yükünü daha da ağırlaştırmaktadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan erken ölümler anlamlı bir düzeye ulaşmış olup bulaşıcı hastalıkların eklenmesiyle genel sağlık yükü daha da ciddi hale gelmektedir.

Türkiye'de ölüm nedenleri daha çok bulaşıcı olmayan hastalıklar (kronik hastalıklar) ve yaşam tarzıyla ilişkili faktörlerden kaynaklanmaktadır. Bu durum, Türkiye'nin nispeten gelişmiş bir sağlık altyapısına sahip olduğunu, ancak kronik hastalıkların yönetimi ve önlenmesi konusunda daha fazla çaba gösterilmesi gerektiğini göstermektedir.

Tablo 4.5. *Somali ve Türkiye'nin kronik hastalıkları prevalansı ve en önde gelen ölüm nedenleri (WHO Somalia, 2024; İHME, 2025; Öner & Hassan, 2020; Jayte, 2023; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2025; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2021; Ünal & Aslan, 2022)*

Göstergeler	Somali	Türkiye
Bulaşıcı Olmayan Hastalıkları Ölüm Oranı (30–70) yaş	%27,6	%16,8
Bulaşıcı, maternal, perinatal ve beslenme koşulları	%63,8	%22,2
Diyabet	%6,5	(%10,2–11,4),
Hipertansiyon	%2,11	(%16,1–30,3)
Obezite	%8,3	(%20,2–33)
KOAH	%1,05	(%5,1)
Astım	-	(%8,9)
Tütün Kullanma Oranı	%4	%28,3
Tüberküloz (100.000 kişide) 2021 yılında	66,9	İskemik kalp hastalığı (100.00) 119,8

4.1.4. Yönetişim, Eşitlik ve Sürdürülebilirlik Göstergeleri

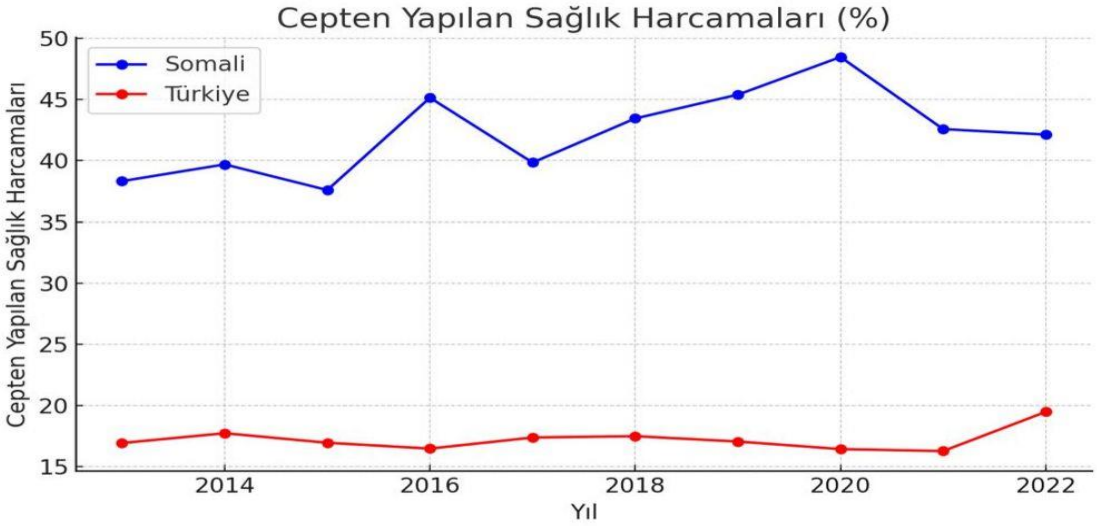
Sağlık politikası yönetimi, politika geliştirme, uygulama, denetleme ve kaynak kullanımı süreçlerinin şeffaflık, hesap verilebilirlik ve etik değerlerle güçlendirilmesini kapsar. Etkili yönetim, sağlık hizmetlerinin adil, etkili ve sürdürülebilir bir şekilde sunulmasını sağlarken; yolsuzlukla mücadele, birimler arası koordinasyon ve stratejik planlama gibi önemli unsurları da içerir. Bu göstergeler sağlık sisteminin uzun vadeli direncini ve finans adaletini ölçmektedir.

- **Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları Oranları**

Bireylerin doğrudan kendi ceplerinden sağlık hizmetleri için yaptıkları harcamaları ifade eder. Bu harcamalar genellikle sigorta kapsamında olmayan hizmetler, ilaç, tanı, tedavi ve bazen de gayri resmi ödemeleri kapsar. OECD ve Dünya Sağlık Örgütü, cepten yapılan harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki payının %20'nin altında tutulmasını önermektedir. Bunun üzerindeki oranlar, özellikle düşük gelirli bireyler için finansal

güvencesizlik, katastrofik sağlık harcaması riski ve ekonomik zorluklarla karşılaşma gibi olumsuz sonuçlara yol açabilir. (WHO, 2019).

Şekil 4.8. *Somali ve Türkiye 2013-2022 yılları arasında cepten yapılan sağlık harcamaları oranı (%) (World Bank, 2022)*



Yukarıdaki verilere Somali ve Türkiye'de cepten yapılan sağlık harcamaları incelendiğinde, Somali, 2013–2022 yılları arasında cepten yapılan sağlık harcaması oldukça yüksek seyretmiş, %38 ile başlayarak 2020'de %48,49'e ulaşmış, 2022 yılında ise %42,14 seviyesinde kalmıştır. Aynı dönemde Türkiye'de cepten ödeme oranı oldukça düşüktür (%16–%19 aralığında), 2022'de %19,4 ile en yükseğe çıkmıştır.

Sağlık sisteminin finansman yapısı açısından, cepten yapılan ödemelerin yüksekliği, hizmete erişimde gelir eşitsizliğini derinleştirir. OECD ve WHO standartlarına göre cepten yapılan harcama oranı %20'nin altında olmalıdır; Türkiye bu sınırın içindedir, Somali ise oldukça üstündedir.

Bu durum Somali sağlık hizmetlerinin büyük ölçüde bireylerin kendi kaynaklarıyla karşılanmaya devam ettiğini göstermektedir. Kamu sağlık finansmanı ise son derece sınırlı bir kapasiteye sahip olmakla birlikte ağırlıklı olarak dış kaynaklara dayanmaktadır. Ülkedeki sağlık hizmetlerinin yetersiz olması ve sosyal güvenlik sisteminin neredeyse yok denecek kadar düşük seviyede olması ise cepten ödeme oranlarının bu kadar yüksek olmasıyla ilişkilidir. Bununla birlikte cepten harcamaların yüksek olması bu sonuçları doğurmaktadır, Sağlık hizmetlerine erişimde ciddi eşitsizlikler olması, Gelir istikrarsızlığının artması, Kronik hastalıklarda tedavi sürekliliğinin kesintiye uğraması,

Çocuk ve anne sağlık hizmetlerinde düşük kapsama alanı ve beş yaş altı ve yeni doğan ölüm oranlarının yüksek seviyelerde kalmasında da önemli bir rol oynamaktadır.

Dolasıyla Somali cepten sağlık harcaması oranları için, kamu sağlık harcamalarının düzeltilmesi, ulusal sağlık sigortası modellerinin geliştirilmesi ve Donör katkılarının sürdürülebilir finansman sisteminin geliştirilmesi gerekmektedir.

Öte yandan Türkiye'de cepten harcama oran, DSÖ istikrarına yakın olsa da görece olarak daha iyi bir finansal koruma sağlıyor ve 2003 yılında uygulanan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile genel sağlık sigortası kapsamı, aile hekimliği sistemi kurulması ve kamu hastanelerinde hizmete erişimin kolaylaştırılması sayesinde bireysel yük azaltılmıştır. Ancak son yıllarda özel sağlık hizmetlerinin gösterdiği artış, bazı hizmetlerde katkı ödemelerinin artması ve ilaca erişim sorunları gibi bazı cepten harcamaları yeniden oranı yukarı çekmiş 2022'de bu oran %19,4'e çıkması bunu açıklar.

- **Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Oranı**

Sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı, sağlanacak sağlık imkanları, hizmete erişim kolaylığı, sağlık çalışanlarının durumu ve sunulan hizmet seçenekleri gibi unsurları kapsayan genel bir değerlendirme ölçütüdür. Bu oran, hasta deneyimi ve sağlık hizmetlerinin algılanan kalitesini ortaya koymada önemli bir göstergedir.

Somali'nin başkenti Mogadişu'da yapılan güncel bir çalışmada, sağlık hizmetlerinden genel memnuniyet oranı %71,5 olarak saptanmıştır. Ancak, empati, gizlilik, hijyen ve bekleme süreleriyle ilgili ciddi memnuniyetsizlikler bildirilmiştir. Memnuniyet, sağlık çalışanlarının iletişim yetkinliği ve tekrarlı başvurularda artış göstermektedir (Abdi vd., 2024)

Türkiye'de ise Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrası kullanıcı memnuniyeti belirgin şekilde artmıştır. 2004-2012 arasında memnuniyet oranı her yıl yükselmiş, 2012'de sağlık hizmetlerinden memnun olma olasılığı 2004'e göre 2,56 kat artmıştır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet yüksektir (Stokes vd., 2015). Buna göre güncel çalışmalarda, Türkiye'de sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı, 2003 yılında %39,5 seviyesindeyken, 2015-2018 döneminde %70'in üzerine çıkmış ve 2019 yılında %67,1 olarak kaydedilmiştir. Hastane türlerine göre memnuniyet dağılımına bakıldığında, ilk sırada %67,9 ile devlet hastaneleri yer alırken, bunu %57,8 ile üniversite hastaneleri ve %56 ile özel hastaneler takip etmiştir (Şantaş vd., 2021).

Farklılığın temel nedir Türkiye'de sağlık sisteminin kurumsallaşması, kapsayıcılığı ve hizmet kalitesindeki artış memnuniyeti yükseltirken, Somali'de altyapı ve insan kaynağı eksiklikleri memnuniyetin sınırlı kalmasına neden olmaktadır.

- **Sağlık Çalışanı Başına Düşen Nüfus**

Bu gösterge, belirli bir nüfus büyüklüğüne karşılık gelen hekim, hemşire, ebe gibi sağlık çalışanlarının sayısını ifade etmektedir. "1000 kişi başına düşen hekim ve hemşire sayısı" şeklinde kaydedilen bu veri, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği ve kaliteyi değerlendirmek açısından önemli bir göstergedir.

Tablo 4.6. *Somali ve Türkiye sağlık çalışanı başına düşen nüfus (WHO Somalia, 2021; Yıldırım vd.,, 2020)*

Ülke	**Sağlık Çalışanı Yoğunluğu (1000 kişi başına)**
Somali	0,11
Türkiye	1,9

Somali sağlık çalışanı yoğunluğu, küresel sürdürülebilir kalkınma hedeflerinin çok altındadır. Türkiye'de ise OECD ortalamasının altında olsa da sağlık çalışanı sayısı her yıl artmaktadır. Bu farklılığın nedeni ise Somali'de eğitim altyapısının zayıflığı, göç ve güvenlik sorunları insan kaynağı açığını derinleştirir. Türkiye'de ise son yıllarda tıp fakülteleri ve sağlık eğitimi yatırımlarıyla iyileşme sağlanmaktadır.

- **Kırsal alanda hizmet erişimi**

Kırsal bölgelerde hizmet erişimi, gezi veya uzak yerlerde hayatta kalmayı mümkün kılan temel sağlık hizmetlerine ulaşabilme imkânını ifade eder. Bu erişim, sağlık tesislerinin durumu, ulaşım olanakları, sağlık personelinin bulunabilirliği ve sunulan hizmetlerin çeşitliliği gibi unsurlara dayanmaktadır.

Somali'nin kırsal ve göçebe bölgelerinde sağlık hizmetlerine erişim çok sınırlıdır; sağlık tesislerinin çoğu kent merkezlerindedir. Kırsal nüfus genellikle eczanelerden doğrudan ilaç temin eder, profesyonel sağlık hizmeti alma oranı düşüktür (Ministry of Health Somalia, 2018). Öte yandan Türkiye'deki Kırsal alanlarda aile hekimliği sistemiyle hizmet yaygınlaştırılmıştır. Ancak, doğu ve kırsal bölgelerde hâlâ hizmet erişimi ve kalite farkları mevcuttur (Öztürk & Başar, 2020). Hizmet erişimin temel fark etkeni, Türkiye'de

devletin kırsal sağlık yatırımları ve mobil sağlık ekipleriyle erişim artırılırken, Somali'de güvenlik ve altyapı eksikliği hizmet sunumunu engellemektedir.

- **İklim Duyarlılığı Olan Sağlık Stratejisi**

İklim değişikliğinin etkilerine karşı dirençli bir sağlık sistemi oluşturmayı ve esnekliği artırmayı hedefleyen sağlık stratejisi, bu konuda çeşitli politika ve uygulamaları kapsamaktadır. Bu stratejiler, aşırı hava olaylarına, hastalıkların yayılmasına ve olası risklere karşı hazırlıklı olmayı da öncelik olarak ele almaktadır.

Somali, iklim değişikliğine bağlı sağlık riskleri (kuraklık, salgınlar) çok yüksek olmakla birlikte, iklim duyarlı sağlık politikaları ve erken uyarı sistemleri yetersizdir (Ministry of Health Somalia, 2022). Türkiye'de ise Afet ve kriz yönetimi kapsamında iklim değişikliğine duyarlı sağlık eylem planları geliştirilmiştir. Ancak uygulamada bölgesel farklılıklar ve kapasite sorunları devam etmektedir.

- **Krizlere Hazırlık Düzeyi**

Krizlere hazırlık düzeyi, sağlık sisteminin doğal afetler, uzun süreli kesintiler, savaş, göç gibi ani ve büyük değişimlere karşı hazır olma durumunu ifade eder. Bu hazırlık; planlama, erken uyarı, hızlı müdahale ve toparlanma süreçlerini kapsar. Söz konusu düzey, acil durum planları, kaynak rezervleri, eğitimli personel ve etkili bir yönetim sistemiyle şekillendirilir.

Somali'de sağlık sistemi çok kırılgan yapıda ve insani krizlere karşı hazırlık ve tepki kapasitesi düşüktür ve uluslararası kaynaklara bağımlılık yüksektir (Ministry of Finance Somalia, 2022). Diğer taraftan Somali'yle karşılaştırıldığında Türkiye, kriz ve afet yönetiminde kurumsal kapasite yüksek, ulusal ve bölgesel düzeyde planlar mevcuttur. Pandemi ve doğal afetlerde hızlı mobilizasyon sağlanabilmektedir (Ökem & Çakar, 2015).

Bütün bunlardan hareketle yönetişim ve eşitlik göstergelerine göre, Türkiye sağlıkta evrensel kapsayıcılık ve finansal koruma açısından Somali'ye göre çok daha ileri düzeydedir. Somali'de ise yönetimsel zafiyet, politik istikrarsızlık ve finansal kaynak yetersizliği temel engellerdir. Sürdürülebilirlik ise Türkiye'de sağlık sistemi sürdürülebilirlik açısından daha güçlüdür; ancak finansal sürdürülebilirlik ve bölgesel eşitsizlikler hâlâ sorun teşkil etmektedir. Somali'de ise dış kaynağa bağımlılık ve insan kaynağı eksikliği sürdürülebilirliği tehdit etmektedir. Kırsal ve kırılgan gruplara özellikle

her iki ülkede de kırsal ve dezavantajlı gruplara yönelik hizmetlerde eşitlik sorunları devam etmektedir. Krizlere hazırlık ve dayanıklılığı Türkiye, kurumsal kapasitesiyle krizlere daha hazırlıklıyken, Somali'nin sağlık sistemi krizlere karşı son derece savunmasızdır.

Dolayısıyla Somali için sağlık finansmanında kamu rolünü artıracak reformlar ve ulusal sağlık sigortası pilot uygulamaları başlatılmalıdır, sağlık çalışanı yetiştirme ve elde tutma programları güçlendirilmelidir, kırsal ve göçebe yönelik mobil sağlık hizmetleri yaygınlaştırılmalıdır, iklim değişikliği ve krizlere karşı erken uyarı ve hazırlık sistemleri kurulmalıdır, uluslararası iş birliğiyle kapasite geliştirme ve sürdürülebilir finansman modelleri teşvik edilmelidir.

Türkiye için ise bölgesel eşitsizliklerin azaltılması için kaynak dağılımında adalet artırılmalı, kırsal ve dezavantajlı bölgelerde sağlık altyapısı güçlendirilmelidir. Sonuç olarak Türkiye, sağlık sistemi yönetişimi, eşitlik ve sürdürülebilirlik göstergelerinde Somali'ye göre çok daha ileri düzeydedir. Somali ise sağlık sistemini güçlendirmek için bütüncül, kapsayıcı ve sürdürülebilir politikalara ihtiyacı duymaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, Somali ve Türkiye'nin sağlık sistemleri performansının karşılaştırmalı olarak sağlık hizmetleri performansını çeşitli parametreler üzerinden değerlendirilmektedir. Elde edilen bulgular, her iki ülkenin sağlık politikalarını şekillendirirken etkili olan temel yapısal farkları ortaya koymakta ve sağlık sistemlerinin güçlendirilmesine yönelik öneriler geliştirmeyi amaçlamaktadır.

Türkiye, 2003'li yıllından itibaren hayata geçirilen Sağlık Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerinde köklü değişiklikler gerçekleştirmiştir. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında tek çatı sigorta sistemi, aile hekimliği modeli, kamu-özel ortaklıkları ve hastanelerin birleştirilmesi, yönetim reformları ve performansa dayalı ek ödeme mekanizmalarının yanı sıra e-sağlık uygulamaları gibi yenilikçi adımlarla sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği ve sürdürülebilirliği önemli ölçüde artırılmıştır. Bu reformlar, kapsayıcı finansman modeli ve güçlü birinci basamak sağlık hizmetleri aracılığıyla sağlık göstergelerinde gözle görülür iyileşmeler sağlamıştır.

Somali'de sağlık sisteminin gelişimi, uzun süredir devam eden yönetim sorunları, siyasi istikrarsızlık, zayıf merkezi otorite, güvenlik tehditleri, altyapı eksiklikleri ve sağlık hizmetlerinde insan kaynağı yetersizliği nedeniyle ciddi biçimde kısıtlanmaktadır. Ülkedeki sağlık hizmetleri büyük ölçüde dış yardımlara ve cepten ödemelere bağımlı olup bu kaynaklar genellikle belirli bölgelerde yoğunlaşmaktadır. Özellikle kırsal alanlar ve çatışma riskinin yüksek olduğu bölgelerde sağlık tesislerinin bulunmaması, hizmetlere erişimdeki eşitsizlikleri daha da derinleştirmektedir. İnsan gücü eksikliği yalnızca hekim veya diğer sağlık personeli azlığından değil, aynı zamanda bölgesel farklılıklar nedeniyle personelin dengesiz dağılımından kaynaklanmaktadır.

Somali'de sağlık sistemi reformlarının başarıya ulaşması yalnızca teknik altyapı yatırımlarına dayanmakla sınırlı olmayıp aynı zamanda güvenlik ortamının iyileştirilmesine, yerinden yönetim mekanizmasının etkili bir şekilde tasarlanmasına ve toplumsal değişimin teşvik edilmesine bağlıdır. Bununla birlikte kırsal ve güvenlik riski

taşıyan bölgelerde birinci basamak sağlık tesislerinin kurulması, coğrafi erişim eşitsizliklerinin azaltılmasına katkı sağlayacaktır. Sağlık insan gücünün eğitimi ve dağılımında stratejik planlama, ulusal düzeyde sağlık eğitimi kapasitesi artırılmalı, yerli sağlık personelinin yetiştirilmesi ve istihdam edilmesi için teşvik edici politikalar geliştirilmelidir. Finansal sürdürülebilirlik sağlayacak modellerin geliştirilmesi, dış yardımlara olan bağımlılığı azaltacak, mali sürdürülebilirliği sağlayacak mikro sigorta modelleri ve kamu-özel sektör iş birlikleri desteklenmelidir. Sağlık bilgi sistemlerinin güçlendirilmesi, sağlık verilerinin düzenli toplanması ve analiz edilmesi yoluyla politika geliştirme süreçleri daha kanıta dayalı hale getirilmelidir ve temel sağlık hizmetlerine erişimin yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Türkiye açısından ise mevcut başarı göstergelerinin korunmasının yanı sıra bölgesel eşitsizliklerin azaltılması ve kırılgan gruplara yönelik hedeflenmiş politikaların yaygınlaştırılması önem taşımaktadır. Demografik değişimler sonucu artan yaşlı nüfus ve kronik hastalık yükü, sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini doğrudan tehdit etmekte olup entegre bakım modellerinin uygulanmasını zorunlu kılmaktadır. Veri yönetim politikalarının iyileştirilmesi, kalite odaklı ölçüm süreçlerinin yaygınlaştırılması ve sağlık çalışanlarının performanslarını artırmaya yönelik yatırımlar, uzun vadeli istikrar açısından kritik öneme sahiptir.

Sonuç olarak her iki ülkenin sağlık politikaları yalnızca hizmet sunumuyla sınırlı kalmamalı; toplumsal eşitsizliklerin azaltılması, koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve krizlere karşı direnç oluşturabilecek kurumsal yapıların tesis edilebilmesi gibi uzun vadeli amaçları da gözetmelidir. Somali'de güvenlik, kurumsal kapasite ve insan kaynakları eksiklikleri; Türkiye'de ise bölgesel eşitsizlikler, demografik değişimler ve artan sağlık talepleri, geleceğe yönelik sağlık politikalarını şekillendirecek başlıca faktörlerdir. Bu bağlamda, çalışma ulusal düzeyde karar alıcılar, politika yapıcılar ve hizmet sunucular ile uluslararası iş birliği ve bilgi paylaşımı stratejileri her iki ülkenin daha adil, erişilebilir ve sürdürülebilir sağlık sistemleri inşa etmesine katkı sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

Abdi, H., Warsame, M., Adan, M., & Hassan, M. (2024, Aralık 12). Assessment of patient satisfaction attaining primary health care services at health centers in Mogadishu, Somalia. *Patient Preference and Adherence, 18,* 2529–2543. https://doi.org/10.2147/ppa.s486919

Abdullahi, A. (2023). Strategies and challenges of universal health coverage in Somalia. *Asian Journal of Medicine and Health, 21*(8), 41–54.

Aguinis, H. (2019). Performance Management (4th ed.). Chicago Business Press.

Ahmed, A. (2019). *Somali sağlık sigorta sistemi uygulaması: Almanya ve Güney Kore sağlık sigorta sistemleri bir karşılaştırma* (Yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Ahmed, A., Nor, F., Ahmed, M., & Osman, M. (2023, Kasım 30). Universal health coverage in Somalia: Charting the path to equitable healthcare financing and governance. *Scientific Research Publishing Inc., 15,* 1298–1317. https://doi.org/10.4236/health.2023.1511085

Ahmed, Z., Ataullahjan, A., Gaffey, M., Osman, M., Umutoni, C., Bhutta, Z., & Dalmar, A. (2020, Mayıs 27). Understanding the factors affecting the humanitarian health and nutrition response for women and children in Somalia since 2000: A case study. *Conflict and Health, 14*(35). https://doi.org/10.1186/s13031-019-0241-x

Ak, S. (2021). Geçmişten günümüze Türkiye'nin sağlık politikaları. *Araştırma Makalesi, 20*(1), 28–36.

Akdağ, P. (2002, Kasım). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri 2002–2008*. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm.

Akdur, P. (2008, Ekim 21–25). Cumhuriyetten günümüze Türkiye'de sağlık. *12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi* (s. 45–71). Antalya.

Altay, A. (2007). Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve Türkiye açısından değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, (64), 33–58.

Altındağ, Ö., & Yıldız, A. (2020, Haziran). Türkiye'de sağlık politikalarının dönüşümü. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(1), 157–184.

Atun, R., & Moore, G. (2021). *Building a High-Value Health System.* Oxford University Press.

Atun, R., Jongh, T., Secci, F., Ohiri, K., & Adeyi, O. (2010, March). Integration of targeted health interventions into health systems: a conceptual framework for analysis. *Health Policy and Planning, 25*(2), s. 104–111. doi: https://doi.org/10.1093/heapol/czp055

Barre, M. S. (1971). *My country and my people: The collected speeches of Major-General Mohamed Siad Barre* (Cilt 3). Somali Democratic Republic.

Bate, P., Robert, G., & Bevan, H. (2004). The next phase of healthcare improvement: what can we learn from social movements? *Qual Saf Health Care, 13*(1), 62-6.

Bayar, E. (2007). *Kamu kesiminde performans ölçümü* (Yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı.

Birinci, S. (2018). Kişisel sağlık kaydı ve Türkiye örneği: e-Nabız. *Medipol Üniversitesi Sağlık Dergisi*, 24–27.

Boz, C., & Önder, E. (2017). OECD ülkelerinin sağlık sistemi performanslarının değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Uzmanları Derneği Dergisi* (11), 24–61.

Brinkerhoff, D., & Bossert, T. (2008). Health governance: Concepts, experience, and programming options. *Health*.

Busse, R., Panteli, D., & Quentin, W. (2019). *An introduction to healthcare quality: defining and explaining its role in health systems.* WHO and OECD.

Ceylan, B., Azizoğlu, F., & Mete, M. (2023). Sağlık politikaları ve Türkiye'de sağlık politikalarının dönüşümü. *Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi* (16), 186–203.

Çavmak, Ş., & Çavmak, D. (2017). Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 48–57.

Çelebi, A. K., & Cura, S. (2013). Etkinlik göstergeleri açısından sağlık sistemleri: Karşılaştırmalı bir analiz. *Maliye Dergisi* (164), 123–138.

Çevik, N., & Yüksel, O. (2019). Türkiye, Almanya ve Hindistan sağlık sistemleri: Karşılaştırmalı bir analiz. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi, 8*(16), 209–218.

Çınaroğlu, S. (2016). Sağlıkta etkililik ve sonuç göstergeleri arasındaki ilişkiler: Bir path modeli uygulaması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 19*(4), 397–411.

Çolak, b., Önder, Y., & Yalçın, N. (2024, December 31). Evaluation of Job Satisfaction and Quality of Life Among Employees of a University Hospital During the Pandemic. *Medical Research Archives*, *12*(12), s. 2375-1924. doi: https://doi.org/10.18103/mra.v12i12.6198

Çotur, Y. (2024). *Genel sağlık sigortasının sağlık hizmet sunumu üzerindeki etkileri: Türkiye sağlık sistemi açısından bir değerlendirme* (Yüksek lisans tezi). Mersin Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı.

Dalmar, A., Hussein, A., Walhad, S., İbrahim, A., Abdi, A., Ali, M., ... Kinsman, J. (2017). Rebuilding research capacity in fragile states: The case of a Somali-Swedish global health initiative. *Global Health Action*, *10*(1), 1348693. https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1348693

Daşhan, C. (2012). *Sağlık kurumlarında strateji haritalarının oluşturulması ve yönetsel kararlarda kullanılması üzerine bir araştırma* (Yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Daştan, İ., & Çetinkaya, V. (2015, Mart 23). OECD ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması. *Sosyal Güvenlik Dergisi, 5*(1), 104–134.

DEİK. (2020, Temmuz). *Somali bilgi notu*. Dış Ekonomik İlişkiler Kurulu (DEİK).

Deria, A. (2011). The emergency campaign for smallpox eradication from Somalia (1977–1979). *Vaccine*, *29*(Supplement 4), D36–D40. https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2011.06.038

Donabedian, A. (1987, Aralık). Commentary on some studies of the quality of care. *Health Care Financing Review. Annual Supplement*, 75–85.

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, *260*(12), 1743-1748. doi: https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743

Duraković, E. (2022). *Performance measurement applications in Serbian health system* (Yüksek lisans tezi). Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Durmuş, M., & Durmuş, A. (2019). Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejiler Araştırma Dergisi, 5*(2), 216–229.

Ellis, J. (2023). Quality Improvement In Healthcare: A Practical Guide For Providers (Part 2). *Transformative Medicine*, *2*(4), 113-118. doi: https://doi.org/10.54299/tmed/zgvb7814

Erol, H., & Özdemir, A. (2014, Ocak). Türkiye'de sağlık reformları ve sağlık harcamalarının değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi, 4*(1), 9–34.

Ettorchi-Tardy, A., Levif, M., & Michel, P. (2012). Benchmarking: A Method for Continuous Quality Improvement in Health. *Healthcare policy*, *7*(4), e101–e119.

Ezer, D. (2023). An evaluation of the Turkish general health insurance within the scope of the healthcare reform. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 25*(2), 847–893.

Federal Government of Somalia (FGS). (2017). *National development plan 2017–2019*. Mogadishu: Ministry of Planning, Investment and Economic Development.

Feild, M. (1989). *Success and crisis in national health systems: A comparative approach*. New York: Routledge Kegan & Paul.

Fekri, O., Macarayan, E., & Klazinga, N. (2018). *Health system performance assessment in the WHO European Region: Which domains and indicators have been used by Member States for its measurement*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/311018

Figueras, J., Karanikolos, M., Guanais, F., Lessof, S., Dedet, G., Muscat, N., . . . Colombo, F. (2024). *Health System Performance Proof of Concept for a HSPA dashboard of key indicators.* WHO and OECD.

Frenk, J. (1994, January 31). Dimensions of health system reform. *Health Policy*, s. 19-34.

Frenk, J. (2010, January 12). The Global Health System: Strengthening National Health Systems as the Next Step for Global Progress. *PLOS Medicine*, *7*(1). doi: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000089

Gilson, L. (2003, April). Trust and the development of health care as a social institution. *Soc Sci Med, 56*(7), s. 1453-68. doi: https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00142-9

Göktaş, B., & Tuna, A. (2024). *Türkiye'de sağlık hizmeti sunum verimliliğinin değerlendirilmesi* (Doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara.

Gülcü, A., Özkan, Ş., & Tutar, H. (2004). Devlet hastanelerinin 1998–2001 yılları arası veri zarflama analizi yöntemiyle görece verimlilik analizi: Yönetim ve organizasyon ilkeleri açısından bir değerlendirme. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, *18*(2), 397–421.

Hassan, K. (2022). *Somali sağlık sistemleri ve sağlık harcamalarının OECD ülkelerinden Türkiye ile karşılaştırılması* (Yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Hassan, S. (2017, August 24). An overlooked consequence of civil war: Mental illness in Somalia. *Princeton Public Health Review.* https://pphr.princeton.edu/2017/08/24/an-overlooked-consequence-of-civil-war-mental-illness-in-somalia-and-the-somali-diaspora/

IGME. (2024, Ekim 20). The Republic of Türkiye under-five mortality rate – total. *UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (IGME).* https://childmortality.org/all-cause-mortality/data/estimates?refArea=TUR&indicator=MRY0T4

IGME. (2024, Ekim 25). Somali yenidoğan ölüm oranı – toplam. *BM Çocuk Ölüm Oranı Tahmini Kurumlararası Grubu (IGME).* https://childmortality.org/all-cause-mortality/data/estimates?refArea=SOM&indicator=MRM0

Institute for Health Metrics and Evaluation (İHME). (2025, Mart 1). *Somalia.* https://www.healthdata.org/research-analysis/health-by-location/profiles/somalia

İNSAMER. (2018). *Somali.* İHH İnsani ve Sosyal Araştırmalar Merkezi (İNSAMER). https://insamer.com/tr/somali_775.htm

Işık, U. (2025). The impact of economic and social factors on birth numbers: A panel data. *Business, Economics and Management Research Journal, 8*(2), 92-102. doi: https://doi.org/10.58308/bemarej.1646092

Jayte, M. (2023, Eylül 8). Prevalence and associated factors of chronic illness among adults in Somalia: Findings from the Somali Health and Demographic Survey 2018–2019. *Internal Medicine Department of Kampala International University Teaching Hospital.*

Kaplan, R., & Norton, D. (2001). *The Strategy-Focused Organization.* Harvard Business School Press.

Kara, F., & Öztürk, İ. (2021). Comparative Analysis of Primary Health Care (Benchmarking): The Example of Turkey and Spain. *Medical Journal of Western Black Sea, 5*(1), 7-18. doi:10.29058/mjwbs.771151

Karaca, M. (2023). Türkiye, İspanya ve Kanada sağlık sistemi ve göstergelerinin karşılaştırmalı analizi. *Anadolu Akademi Sosyal Bilimler Dergisi*, *5*(1), 125–151.

Kart, E. (2013). "Sağlıkta dönüşüm" sürecinde performansa dayalı ücretlendirmenin hekimler üzerindeki etkileri. *Çalışma ve Toplum*, *4*, 169–182.

Katz, D., & Kahn, R. (1978). *The Social Psychology of Organizations (2nd ed.).* New Delhi: Wiley.

Khvatova, E., Joshi, P., Brothers, L., Ibadulla, A., Gidda, R., Senkaiahliyan, S., . . . Atun, R. (2024). *The 2024 Report on "Transitioning to High-Value Health Systems in the G20+ Countries". Health Systems Innovation Lab.* Boston, USA: Harvard University.

Kılıç, D., & Aksakoğlu, D. (1994–1995, Kasım–Şubat). Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına ilişkin kuramsal yaklaşımlar. *Toplum ve Hekim*, *9*(64–65), 4–13.

Klazinga, N., Boerma, W., Hutchinson, A., & Kringos, D. (2018). Performance measurement for health system improvement. *Health Policy*, 837–842.

Konca, M. (2021). *OECD ülkelerinin ulusal sağlık sistemlerinin zamana dayalı performansının değerlendirilmesi* (Doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara.

Kruk, M. E., & Freedman, L. P. (2008, March). Assessing health system performance in developing countries: A review of the literature. *Health Policy*, *85*(3), 263–276. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.09.003

Kutzin, J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization*, *91*(8), s. 602–611. doi: https://doi.org/10.2471/BLT.12.113985

Londono, J.-L., & Frenk, J. (1997). Structured pluralism: Towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*, *41*(1), 1–36. https://doi.org/10.1016/S0168-8510(97)00010-2

Marmot, P., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., & Goldblatt, P. (2012, September 15). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *WHO, 380*(9846), s. 1011-1029.

Ministry of Finance Somalia. (2022). *Revenue Explorer*. https://mof.gov.so/fiscal/REVexplorer.html

Ministry of Health Somalia. (2014, September). *Somali health policy: Prioritization of health policy actions in Somali health sector*. Mogadishu: Federal Government of Somalia, Ministry of Health and Human Services.

Ministry of Health Somalia. (2018). *Health Information System Statistical Plan (2018–2022)*. Federal Government of Somalia, Ministry of Health and Human Services.

Ministry of Health Somalia. (2018). *Somali roadmap towards universal health coverage*. Federal Government of Somalia, Ministry of Health and Human Services.

Ministry of Health Somalia. (2021, December 22). *Somalia Health Sector Strategic Plan 2022–2026 (HSSP III)*. Mogadishu: Federal Government of Somalia, Ministry of Health and Human Services.

Ministry of Health Somalia. (2022). *Investment case for the Somalia health sector*. Ministry of Health, Federal Republic of Somalia.

Ministry of Health Somalia. (2022, April). *The Somali investment case for reproductive, maternal, newborn, child, adolescent health and nutrition 2021–2026*. Global Financing Facility.

Mohamud, L. (2023). Socioeconomic Determinants of Fertility Rate in Somalia. *Journal of Statistics*, 1-12.

Moran, B. (2013). Sağlık sistemi içinde performans sistemi. *Düşünce Dünyasında Türkiz*, *4*(24), 17–28.

Murray, C. J. L., & Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, *78*(6), 717–731.

OECD. (2023). *Assessing Health System Performance: Proof of Concept for a HSPA Dashboard of Key Indicators.* Geneva: OECD Publishing, Paris/WHO. doi: https://doi.org/10.1787/107182c8-en

OECD. (2024). *Are Working Environments for Healthcare Workers Improving?* . OECD.

OECD. (2024). *Rethinking Health System Performance Assessment: A Renewed Framework, OECD Health Policy Studies.* Paris: OECD Publishing. doi: https://doi.org/10.1787/107182c8-en

OECD/WHO/World Bank Group. (2018). *Delivering quality health services: A global imperative for universal health coverage.* Switzerland: OECD Publishing.

Ökem, Z., & Çakar, M. (2015). What have health care reforms achieved in Turkey? An appraisal of the "Health Transformation Programme. *Health Policy, 119*(9), 1153-63.

O'Neill, A. (2024). Somalia: Death rate from 2012 to 2022. *Statista*. https://www.statista.com/statistics/580957/death-rate-in-somalia/

Orhan, S., Gümüş, M., & Kızılkaya, E. (2021). Türkiye'de sağlık bilgi sistemi. *Journal of Social, Humanities and Administrative Sciences*, *7*(39), 645–653.

Orlu, C., & Köse, A. (2018). Türkiye ve İsviçre genel sağlık sigortası sistemlerinin kıyaslanması ve Türkiye için yeni bir model önerisi. *Finansal Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, *10*(20), 303–329.

Ökem, Z. G., & Çakar, M. (2015). What have health care reforms achieved in Turkey? An appraisal of the “Health Transformation Programme.” *Health Policy*, *119*(9), 1153–1163. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.06.008

Öner, S., & Hassan, S. (2020). Somali'de ana-çocuk sağlığı hizmetleri. *Lokman Hekim Dergisi*, *10*(1), 7–13.

Örücü, E., Kılıç, R., & Savaş, A. (2011). KOBİ'lerde inovasyon stratejileri ve inovasyon yapmayı etkileyen faktörler. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, *12*(1), 58–73.

Öztürk, F. (2022). *Türkiye sağlık sistemi performansının değerlendirilmesi: Veri zarflama analizi* (Yüksek lisans tezi). Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Öztürk, S., & Başar, D. (2020). Equity in utilization of health care services in Turkey: An index based analysis. *Eastern Mediterranean Health Journal*, *26*(5), 547–555. https://doi.org/10.26719/emhj.20.029

Papanicolas, I., & Smith, P. (2013). *Health system performance comparison.* New York: World Health Organization.

Papanicolas, I., Rajan, D., Karanikolos, M., Soucat, A., & Figueras, J. (2022). *Health system performance assessment: A framework for policy analysis (Health Policy Series)*. World Health Organization, Regional Office for Europe.

Penchansky, R., & Thomas, J. (1981, February). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*, *19*(2), s. 127-40. doi: https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001

Qayad, M. (2008). Health care services in transitional Somalia: Challenges and recommendations. *Bildhaan: An International Journal of Somali Studies*, *8*, 190–211.

Reason, J. (1990). *Human Error*. Cambridge University Press.

Rendell, N., Rosewell, A., Lokuge, K., & Field, E. (2022). Common Features of Selection Processes of Health System Performance Indicators in Primary Healthcare: A Systematic Review. *Int J Health Policy Manag*, *11*(12), 2805–2815. doi: https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.6239

Roberts, M., Hsiao, W., Berman, P., & Reich, M. (2008). *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity.* Oxford University Press.

Roemer, M. (1971). The technical efficiency of hospitals. *Medical Care Review*, *28*(2), 97-150.

Roemer, M. I. (1983). Market failure and health care policy. *Journal of Public Health Policy*, *3*(4), 419–431. https://doi.org/10.2307/3342393

Roemer, M. I. (1993). National health systems throughout the world. *Annual Review of Public Health*, *14*(1), 335–353. https://doi.org/10.1146/annurev.pu.14.050193.002003

Rosis, S. (2023, November 10). Performance measurement and user-centeredness in the healthcare sector: Opening the black box adapting the framework of Donabedian. *The International Journal of Health Planning and Management*, *39*(4), s. 971-1197. doi: https://doi.org/10.1002/hpm.3732

Şahin, G., Demircioğlu, F., & Buyruk, A. (2018). Somali Barış, İstikrar ve Kurumsallaşma. *Milli Savunma Üniversitesi yayınları*. Merkez Basımevi ve Yayınevi.

Said, A., & Kicha, D. (2024, February 1). Implementing health system and the new federalism in Somalia: Challenges and opportunities. *Public Health Policy*, *12*. doi: https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1205327

Said, A., Kicha, D., Gushchina, Y., Geferso, A., & Omar, M. (2025, April 24). Health management information system utilization and associated factors in public and private health facilities of Mogadishu, Somalia. *Digital Health*, *11*, 1–17. https://doi.org/10.1177/20552076241250554

Şantaş, F., Şantaş, G., & Metin, Ü. (2021, Kasım 26). Türkiye Sağlık Sisteminden Memnuniyet Düzeyinin Belirlenmesine İlişkin Bir Araştırma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, *10* (3), s. 244 - 253.

Sargutan, A. (2005a). Karşılaştırmalı sağlık sistemleri yaklaşımı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, *8*(1), 81–111.

Sargutan, A. (2005b). Sağlık sektörü ve sağlık sistemlerinin yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, *8*(3), 400–428.

Sargutan, A. (2006). *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri.* Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayını.

Scott, W. (2003). *Organizations: Rational, Natural, and Open Systems (5th ed.).* Prentice Hall.

Sevim, F. (2021). *OECD ülkeleri sağlık sistemleri performansı üzerine bir değerlendirme* [Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.

Sevinç, Ş., & Yılmaz, F. (2020). Türkiye'de sağlık hizmetleri finansman yöntemleri. *Selçuk Sağlık Dergisi*, *1*(2), 118–132.

SHDS. (2020). *The Somali Health and Demographic Survey.* Somalia National Bureau of Statistics, Federal Government of Somalia.

Shortell, S., & Kaluzny, A. (2006). *Health care management: Organization design and behavior (5th ed.).* Delmar Cengage Learning.

Smith, P., Mossialos, E., Papanicol, I., & Leatherman, S. (2010, July). *Performance measurement for health system improvement: Experiences, challenges and prospects.* Cambridge University Press.

Somali Ministry of Health. (2014, September). *Somali health policy: Prioritization of health policy actions in Somali health sector*. Ministry of Health and Human Services, Federal Government of Somalia.

Somali Ministry of Health. (2021, December 22). *Somalia health sector strategic plan 2022–2026 (HSSP III)*. Ministry of Health and Human Services, Federal Government of Somalia.

Somali Ministry of Health. (2022, April). *The Somali investment case for reproductive, maternal, newborn, child, adolescent health and nutrition 2021–2026*. Global Financing Facility.

Somali Research and Development Institute. (2021). *Somali private sector partnerships in health: Market systems assessment*. Swiss Tropical and Public Health Institute.

Somalia National Bureau of Statistics. (2020). *The Somali health and demographic survey*. Federal Government of Somalia.

Stokes, J., Urganci, I., Hone, T., & Atun, R. (2015, December). Effect of health system reforms in Turkey on user satisfaction. *Journal of Global Health, 5*(2), Article 020403. https://doi.org/10.7189/jogh.05.020403

Steiss, A. (2003). *Strategic management for public and nonprofit organiz.* Marcel Dekker, Inc.

Sungur, C. (2021). Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması ve performans analizi üzerine. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 18*(3), 2174–2201.

Şahin, G., Demircioğlu, F., & Buyruk, A. (2018). *Somali: Barış, istikrar ve kurumsallaşma*. Milli Savunma Üniversitesi Yayınları, Merkez Basımevi ve Yayınevi.

Şantaş, F., Şantaş, G., & Metin, Ü. (2021, Kasım 26). Türkiye sağlık sisteminden memnuniyet düzeyinin belirlenmesine ilişkin bir araştırma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 10*(3), 244–253. https://doi.org/10.5505/bsbd.2021.19096

T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı. (2024). *Ekonomik göstergeler*. https://www.hmb.gov.tr/

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). *Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat ve görevleri hakkında Kanun Hükmünde Kararname*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019). Sağlık Bakanlığının tarihçesi. *T.C. Sağlık Bakanlığı*. https://www.saglik.gov.tr/TR-11492/tarihce.html

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2019). *Sağlık istatistikleri yıllığı*. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021). *Türkiye bulaşıcı olmayan hastalıklar ve risk faktörleri kohort çalışması*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2025). *Aile hekimliği 2025 rehberi: Uygulamalar ve mevzuat*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2025). *T.C. Sağlık Bakanlığı yönergeler ve genelgeler kitabı 2025*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2025). *Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri prevalansı*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

T.C. Ticaret Bakanlığı. (2024). *Ekonomik görünüm*. https://www.ticaret.gov.tr/

T.C. Ticaret Bakanlığı. (2024). *Somali ülke profili*. Uluslararası Anlaşmalar ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü. https://www.ticaret.gov.tr/yurtdisi-teskilati/afrika/somali

Tandon, A., Murray, C., Lauer, J., & Evans, D. (2000). *Measuring overall health system performance for 191 countries*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/66265

Tatar, M., Mollahaliloğlu, S., Şahin, B., Aydın, S., Maresso, A., & Quevedo, C. (2011). Turkey health system review. *Health Systems in Transition, 13*(6), 1–186. https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/turkey-health-system-review-2011

Teleş, M., Çakmak, C., & Konca, M. (2018). Comparison of health systems performance of countries in the European Union cycle. *Yönetim ve Ekonomi, 25*(3), 777–792. https://doi.org/10.29130/dubited.512184

Tengilimoğlu, D., & Toygar, Ş. (2013, Ocak). Hastane performansının ölçümünde PATH yöntemi. *Sosyal Güvenlik Dergisi, 3*(1), 50–78.

Terris, M. (1978). The three world systems of medical care: Trends and prospects. *American Journal of Public Health, 68*(11), 1125–1131. https://doi.org/10.2105/AJPH.68.11.1125

Trading Economics. (2025, Mayıs). *Somalia- Birth rate, crude*. https://tradingeconomics.com/somalia/birth-rate-crude-per-1-000-people-wb-data.html

Tunçer, P. (2013, Ocak). Örgütlerde performans değerlendirme ve motivasyon. *Sayıştay Dergisi*, (88), 113–134.

TÜİK. (2023). *Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları, 2023*. Türkiye İstatistik Kurumu. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2023-49684

TÜİK. (2023, Haziran 22). *Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri, 2022*. Türkiye İstatistik Kurumu. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679

TÜİK. (2023, Mayıs 15). *Doğum istatistikleri, 2022*. Türkiye İstatistik Kurumu. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2022-49673

TÜİK. (2024, Aralık 6). *Sağlık harcamaları istatistikleri, 2023*. Türkiye İstatistik Kurumu. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2023-53561

Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası (TCMB). (2024). *Temel ekonomik gelişmeler*. Ankara: TCMB. https://www.tcmb.gov.tr/

Uğurluoğlu, E., & Özgen, H. (2008). Sağlık hizmetleri finansmanı ve hakkaniyet. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 11*(2), 133–160.

Uğurluoğlu, Ö., & Çelik, Y. (2005). Sağlık sistemleri performans ölçümü, önemi ve Dünya Sağlık Örgütü yaklaşımı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8*(1), 1–27.

Ulrich, D. (1997). *Human Resource Champions.* Harvard Business School Press.

UN (United Nations). (2012). *Human development report 2012: Empowering youth for peace and development.* United Nations Somalia Development Programme.

UN Somalia. (2014, July 7). *Launch of the essential package of health services, Mogadishu*. United Nations Somalia.

UNDP. (2012). *Human development report 2012: Empowering youth for peace and development*. United Nations Somalia Development Programme.

UNDP. (2023). *Human development reports: Somalia*. https://hdr.undp.org/data-center/specific-country-data#/countries/SOM

UNICEF. (2012). *Accelerating the Millennium Development Goals in Somalia: A Joint Health and Nutrition Programme (JHNP) 2012–2016*. UNICEF.

UNICEF. (2014). *Joint press release: Essential Package of Health Services launched in Somalia to improve maternal and child health*. Warbahinta. UNICEF.

UNICEF. (2016). *Joint press release: Essential Package of Health Services launched in Somalia to improve maternal and child health*. Warbahinta. UNICEF.

UNICEF. (2023). *Levels and trends in child mortality: Report 2023*. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME).

UNICEF. (2024, Ekim 25). *Türkiye yeni doğan ölüm oranı- toplam*. IGME- UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. https://childmortality.org/all-cause-mortality/data/estimates?refArea=TUR&indicator=MRM0

UNICEF. (2024, Ekim 29). *The Federal of Somalia under-five mortality rate - total*. UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. https://childmortality.org/all-cause-mortality/data/estimates?refArea=SOM&indicator=MRY0T4

UNICEF. (2024, Kasım 15). *The Republic of Türkiye infant mortality rate*. IGME - UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. https://childmortality.org/all-cause-mortality/data/estimates?d_refArea=SOM&causes=LRI&causes=ASPHY_TRAUMA&causes=OTHER_U5&refArea=TUR&indicator=MRY0

UNICEF. (2024, Mart). *The Federal Republic of Somalia infant mortality rate*. IGME-UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. https://childmortality.org/all-cause-mortality/data/estimates?d_refArea=SOM&causes=LRI&causes=ASPHY_TRAUMA&causes=OTHER_U5&refArea=SOM&indicator=MRY0

Ünal, A., & Tagiyev, R. (2016). Sağlık sisteminde desantralizasyon: Türkiye ve Azerbaycan sağlık sistemleri üzerine bir inceleme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (25), 55–75.

Ünal, D. B., & Aslan, D. (2022). *Toplum için bilgilendirme dizisi*. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı.

Veillard, J., Champagne, F., Klazinga, N., Kazandjian, V., Arah, O., & Guisset, A.-L. (2005, December). A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *International Journal for Quality in Health Care, 17*(6), s. 487-96. doi: https://doi.org/10.1093/intqhc/mzi072

Warsame, A. (2020). *Somalia's healthcare system: A baseline study & human capital development strategy*. Heritage Institute for Policy Studies.

Warsame, A., Handuleh, J., & Patel, P. (2016). Prioritization in Somali health system strengthening: A qualitative study. *Global Health and Security, 8*, 204–210.

WHO Somalia. (2021). *Community health workers: Vital cog in Somalia's health system to build back better*. World Health Organization.

Willmington, C., Belardi, P., Murante, A., & Vainieri, M. (2022). The contribution of benchmarking to quality improvement in healthcare. A systematic literature

review. *BMC health services research, 22*(1), 139. doi: https://doi.org/10.1186/s12913-022-07467-8

World Bank. (2012–2019). *Strengthening Somali health financing: "PFM strengthening and use of government systems"*. World Bank.

World Bank. (2021). *Investing in health to anchor growth*. World Bank Group.

World Bank. (2022). *Current health expenditure (% of GDP) – Türkiye, Somalia*. Global Health Expenditure Database. https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?end=2022&locations=TR-SO&start=2000&view=chart

World Bank. (2022). *Current health expenditure per capita (current US$) – Türkiye, Somalia*. Global Health Expenditure Database. https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PC.CD?end=2022&locations=TR-SO&start=2000&view=chart

World Bank. (2022). *Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure) – Türkiye, Somalia*. Global Health Expenditure Database (WHO & World Bank). https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?end=2022&locations=TR-SO&start=2000&view=chart

World Bank. (2023). *Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births)*. https://genderdata.worldbank.org/en/indicator/sh-sta-mmrt?view=trend&geos=WLD_SOM_TUR#idRelatedIndicators

World Bank. (2024). *Fertility rate, total (births per woman) – Somalia, Türkiye*. World Population Prospects – UN Population Division; national statistical sources. https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?locations=SO-TR

World Bank. (2024, Aralık). *Somalia, Türkiye verileri*. World Bank Group. https://data.worldbank.org/?locations=SO-TR

World Bank. (2024, Aralık). *Turkey overview*. World Bank Group. https://www.worldbank.org/tr/country/turkey/overview#3

World Bank. (2024, Aralık). *World Bank Group data portal: Türkiye & Somalia*. https://data.worldbank.org/?locations=SO-TR

World Bank. (2024, Kasım). *The World Bank in Somalia*. World Bank Group. https://www.worldbank.org/en/country/somalia/overview#3

World Bank. (2025, May 20). *Somalia*. World Bank Group. https://data.worldbank.org/country/somalia

World Health Organization (WHO). (2000). *The world health report: 2000: Health systems: Improving performance*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2007). *Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2008). *Primary health care: Now more than ever*. World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2010). *A situation analysis of mental health in Somalia*. World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2010). *Country cooperation strategy for Somalia*. World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies*. Geneva: World Health Organization Publishing.

World Health Organization (WHO). (2014). *Country cooperation strategy for WHO and Somalia 2010–2014*. World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2014, June 5). Health Systems Governance for Universal Health Coverage; Geneva. *WHO*.

World Health Organization (WHO). (2021). *Child mortality data*. World Health Organization. https://www.who.int/data/gho/child-health/child-mortality

World Health Organization (WHO). (2021). *World health statistics report*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2022). *Comprehensive assessment of Somalia's health information system 2022*. World Health Organization, Eastern Mediterranean Region.

World Health Organization (WHO). (2022). *Country cooperation strategy for WHO and Somalia*. World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2022). *Monitoring health for the SDGs: Sustainable Development Goals (World health statistics)*. World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2023). *National health workforce accounts data portal*. World Health Organization. https://apps.who.int/nhwaportal/

World Health Organization (WHO). (2024). *Understanding the private health sector in Somalia*. Cairo: World Health Organization, Eastern Mediterranean Region.

World Health Organization Data (WHO Data). (2024, Aralık 1). *Health data overview for the Federal Republic of Somalia*. https://data.who.int/countries/706

World Health Organization Data (WHO Data). (2024, Aralık). *Health data overview for the Republic of Türkiye*. https://data.who.int/countries/792

Xu, X., Yasmeen, R., & Shah, W. (2024, August 23). Efficiency evaluation, regional technological heterogeneity and determinant of total factor productivity change in China's healthcare system. *Scientific Reports*(14), s. 19606. doi: https://doi.org/10.1038/s41598-024-70736-5

Yıldırım, D., Yıldırım, Y., & Akbulut, D. (2012). *Sağlık sigortacılığı*. T.C. Anadolu Üniversitesi.

Yıldırım, H., Yıldırım, T., Bilir, M., Arı, H., İşlek, E., Özatkan, Y., Ankara, H. (2020, May 28). Human resources for health in Turkey: Current situation, challenges and solutions. *Journal of Health Systems and Policies*, *2*(2).

Yusuf, H., Adan, A., Egal, K., Omar, A., Ibrahim, M., & Elmi, A. (1983). Traditional medical practices in some Somali communities. In *Proceedings of the Second International Congress of Somali Studies* (pp. 1–6). University of Hamburg.

TEZ İNTİHAL RAPORU

Halimo ABDULLAHİ ALİ- Yüksek -Lisans-Tezi.docx

Yazar Halimo ABDULLAHİ ALİ

Gönderim Tarihi: 29-Tem-2025 02:08ÖS (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 2712303432
Dosya adı: Halimo_ABDULLAH_AL_-_Y_ksek_-Lisans-Tezi.docx (2.8M)
Kelime sayısı: 30450
Karakter sayısı: 215881

Halimo ABDULLAHİ ALİ- Yüksek -Lisans-Tezi.docx

ORİJİNALLİK RAPORU

%11	%9	%6	%5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%2
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%2
3	openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
4	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<%1
5	Sevim, Ferit. "OECD ülkeleri sağlık Sistemleri performansı üzerine Bir değerlendirme", Ankara Universitesi (Turkey), 2024 Yayın	<%1
6	9lib.net İnternet Kaynağı	<%1
7	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	<%1
8	Submitted to Kastamonu University Öğrenci Ödevi	<%1

78	sbe.giresun.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
79	tez.sdu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
80	www.dap.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
81	www.gercekdiyetisyenler.com İnternet Kaynağı	<%1
82	www.turkish-media.com İnternet Kaynağı	<%1
83	www.yumpu.com İnternet Kaynağı	<%1
84	İlhan, Erhan. "Birinci Basamakta Reçetesiz ilaç Kullanimi Ve Sağlik Hizmetinin Değerlendirilmesi", Dokuz Eylul Universitesi (Turkey), 2024 Yayın	<%1
85	Yiech, Deng Chuol. "Assessment of the Availability of Public Health Services in Humanitarian Responses in Gambella, Ethiopia", University of South Africa (South Africa) Yayın	<%1

Alıntıları çıkart	Kapat	Eşleşmeleri çıkar	< 7 words
Bibliyografyayı Çıkart	üzerinde		

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı	Halimo ABDULLAHI ALI
Uyruğu	Somali

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	**Kurum**	**Mezuniyet Yılı**
Lisans	**Afyon Kocatepe Üniversiteleri**	**2020**
Lise	**Ahmet Baldöktü Sağlık Meslek Lisesi**	**2016**

İŞ DENEYİMLERİ

Derece	**Kurum**	**Görev Süresi**
Çevirmen	**Freelance (Sağlık Turizmi)**	**4 yıl**

YAYINLAR



Uygulama ve Proje Odaklı, İş Dünyası ile Bütünleşen Üniversite