**SOMALİ'DE SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ UYGULAMASI**

**THE APPLICATION OF THE HEALTH INSURANCE SYSTEM IN SOMALIA**

 Zahide Ayyıldız ONARAN,

 İstanbul Üniversity

 ORCID 0000-0002-9236-4666

Ahlam Hussein AHMED

 *İstanbul Üniversity*

**ÖZ**

*İnsanlar ekonomik, kültürel ve sosyal haklardan önce yaşama ve sağlık hakkına sahiptir. Sağlık hakkı olmadan diğer haklara sahip olmak insanoğlu için önemini tamamen kaybetmektedir. Sağlık hakkı tanım olarak; bireylerin toplumdan ve devletten, gerektiği durumlarda tedavi ve hastalığın çıkış nedeninin ortadan kaldırılmasını talep edebilmesidir. Sağlık sigortaları da bu aşamada devreye girmektedir.*

*Somali, İnsani Gelişme Endeksi'nde en az gelişmiş ülkeler arasında yer alan, 20 yıllık iç savaşı katlanmış olan ve daha once hiç sosyal sağlık sigorta sistemi olmayan bir ülkedir.*

*Bu çalışmanın amacı; her ülke bir sigorta sistemi başlamadan önce izlenen faktörleri Somalinin durumu inceleyip sağlık sigorta sistemi oluşturmak için yol göstermektedir. Çalışma için kaynaklar toplanarak araştırma yapılmıştır.*

**Anahtar Kelimeler:** *Ekonomi,Sigorta, Sağlık, Sağlık Sigortası.,hükümet politikaları*

**ABSTRACT**

*Having access to a proper healthcare is one of the basic human rights that was declared in 1948 Universal Declaration of Human Rights. It comes before economic, social and cultural rights. Other rights lose its importance when access healthcare isn't provided. Access to healthcare was defined in many ways one of which states that the public demands the community and the government to eliminate the cause of diseases and claim treatment along with health insurance when necessary such in plague or outbreak.*

*Somalia is* *the least developed countries in the Human Development Index in the world. Somalia has suffered an ongoing civil war for two decades where there was no national government. There is no social health insurance system since establishing the national government.*

*The significant reason behind this study is grasping all the factors that could affect the social health insurance system before it was applied on their countries in addition to describing the methods that could help apply it on the current situation for Somalia.*

**Keywords:** Economy *Insurance, Health, Health insurance .government policy*

*Jel codes:A12,I10,I11,I18,I19*

**GİRİŞ**

Sağlıklı yaşam hakkı, bireylerin en temel ve en vazgeçilmez haklarından biridir. Bir toplumun sosyal ve iktisadi açıdan ileri gidebilmesi, sağlıklı bireylerden oluşmasına bağlıdır. Bu sebeple ülkeler sundukları sağlık hizmetlerini çok iyi örgütlemeli ve sağlam kaynaklarla finanse etmelidir.Dünya’da sağlık sistemlerinin örgütlenmesinde özellikle sağlık sisteminin finansman yapısı da baskın rol oynamaktadır.Aynı zamanda sağlık hizmetlerinin tam anlamıyla sağlanabilmesinde, ülkelerin ekonomik, siyasi ve sosyal yapıları, gelir dağılımı gibi faktörler etkilidir.Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasında en temel olan Roemer’in sınflandırmasıdır. Günümüze kadar bu sınıflandırma geliştirilerek farklı yaklaşımlar benimsenmiştir.Bu farklı sınıflama içerik ve finansmanı olarak değişiklik göstermektedir.Roemer;

Serbest

Refah odaklı

Genel ve Kapsayıcı

Sosyalist

Merkezden sağlık sistemi olarak sınıflamaktadır.(Ayyıldız Onaran 2014)[[1]](#footnote-1) gelişmiş ülkelerde uygulanmakta olan üç temel sağlık sistemi öne çıkmaktadır. Daha öncede ifade edildiği üzere, belirtilen bu sistemler dışında farklı sistemlerinde uygulanması mümkün olmakla birlikte, sonuç itibariyle sistemin finansmanı noktasında, ya kamu ağırlıklı bir model esas alınarak finansman vergilerle karşılanmakta, ya sigorta ağırlıklı bir sistem esas alınarak finansman alınan primlerle sağlanmakta ya da her iki sisteminde kullanıldığı karma bir sistem esas alınmaktadır.

Sağlık sigortası, toplumu her çeşit ruhsal fiziksel olarak hastalanma riskin ve bunun sonuçlarına karşı tedavi edici, koruyucu, rehabilite amaçlı önlem alma gereksinimi temelli bir araçtır.. Burns ve diğerlerinin de belirttiği gibi (Burns, Batavia, & DeJong, 1991) sağlık sigortası, bireylerin,firmaların hatta devletin,sağlık hizmetlerinin yüksek maliyetlerini karşılayamama riskini elimine edecek şekilde topluma yayan bir uygulamadır.Önemli olan kısım herkesin sağlık sigortasına ulaşabilmesidir.

**Sağlık Sigortası**

Sağlık kavramı, ekonomik, siyasal, sosyal ve kültürel alandaki, kısacası insanlığın tüm tarihsel mirasındaki birikimlerle birlikte içeriği ve kapsamı gelişen ve değişen bir kavramdır (Ünal, 2013)

Bir toplumun gelişiminin sürdürülebilirliği sadece ülkelerin ekonomisi,sınırları ve gücüyle değil kalkınma yapısallarından olan sağlığının nasıl olduğuyla da ilgilidir. Sağlıktaki maksimum sürdürebilirlik için gerekli yapılandırılmalar şarttır.Giderek neoklasik iktisat öğelerinin yaygınlaştığı dönemde yani kapitalist sağlık anlayışının gücünün yükseldiği dönemde birçok araç ön plana çıkmaktadır.Bu araçlardan önemlisi sağlık sigortasıdır.Burada dikkat edilmesi gereken sağlık sigortasının herkese ulaştırılabilecek bir araç haline dönüştürülmesidir.Ülkeden ülkeye sağlık sigortası uygulanış olarak değişiklik göstermektedir.Aslında amaç; sigortanın kapsamındaki güvencenin, alt gelir kesimini dahil edecek şekilde topluma yayılmasını sağlamaktır.

Sigorta, güvencenin bireylerden alınan sigorta primi adlı peşin ödemeler karşılığında ve teorik olarak bu bedelin karşılığı olan önceden belirlenmiş hizmet paketi ile sınırlı olarak verilen bir diğer biçimidir.

Sosyal Sağlık Sigortası; bireylerin ihtiyaçları olabilecek, bireye yönelik koruyucu tedavi edici ve geliştirici tüm sağlık hizmetlerinin prim karşılığında verileceğini içeren devlet güvencesidir. (Sargurtan, 2005)

Sağlık; kamusal ve sosyal hak olarak uluslararası platformlarda yer almıştır.;İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin 25. Maddesinde de, “Herkesin, kendisi ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, barınma tıbbi bakım hakkı vardır” olarak yer almaktadır, 1966’da imzalanan Toplumsal, Ekonomik ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi’nde de sağlık hakkıyla ilgili düzenlemeler yapılmıştır. . (Pusatlı, 2006)

**Literatür**

Ekonomi literatüründeki başlangıçta olduğu gibi sağlık ekonomisi ve onun kapsamındaki araçlardan biri olan sigorta faaliyetleri 19.yüzyılda ağırlıklı olarak literatüre girmiştir.Bu potansiyeli değerlendirmek için en erken ve en önemli siyasal adım 1883’te Bismarck tarafından Almanya'da uygulanmıştır.Alman hükümeti, üretim faktörü emeğin içindeki,çok düşük kazanç sağlayan sektörlerin işçileri için, günümüzdeki zorunlu tasarrufa örnek olacak şekilde , işçilerin ve işverenlerinin mecburi katkılarıyla finanse edilen zorunlu bir hastalık fonu oluşturmuştur.Aslında zorunlu tasarrufların çıkış noktasının bu uygulamalar olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

Bu yasa, sağlık sigortasının başlangıcını, zorunlu bir sosyal sigorta mekanizması olarak, Avrupa çapında yayılan bir politika ortaya çıkarmıştır. Sıklıkla, insanların gönüllü olarak katıldığı programlar sağlık sigortasının zorunlu olmadan önce nüfusun yarısını kapsamaktaydı. (Ron, Abel-Smith, & Tamburi, 1990) kısa bir süre sonra iş kazası (1884) ile sakatlık ve yaşlılık (1889) zorunlu hastalık sigortası; sigortalarının da ortaya çıkmasına neden olan, zaman içinde gelişerek diğer birçok ülkenin sosyal güvenlik sistemine örnek oluşturmuştur (Fişek G, Özşuca ŞT, & Şuğle MA, 1998)

Hükümetin sağlık alanındaki toplumsal olumlu olumsuz beklentilerini şeffaflık ilkesi gözetilerek somut şekilde açıklaması,, işçilerin ve ailelerinin endişelerine yanıt vermesiyle birlikte zorunlu sağlık sigortasının kabul edilebilirliği hızlı bir şekilde artmıştır. Almanya'yı takiben İngiltere 1910 yılında, Fransa 1921 yılında da sağlık sigortası uygulamalarını baş­latmıştır . (Ron, Abel-Smith, & Tamburi, 1990) Sosyal sigorta yöntemiyle herkese sağlık güvencesi sağlamak, sadece bazı ülkelerle sınırlı olmak üzere ve ancak çok yakın zamanda mümkün olmuştur. Avrupa'da; 1996 yılında İsviçre, 1998 yılında Belçika, 2000 yılında ise Fransa tüm nüfusa %100 oranında sosyal sağlık güvencesi sağlamıştır (B. Saltman, Busse, & Figueras, 2004)

**Sağlık Sigorta Türleri**

Sağlık alanında sigorta uygulamaları sosyal sigorta ve özel sigorta olmak üzere iki şekilde gerçekleşmektedir. (William, 1991)

* **Sosyal sağlık sigortası**

Sosyal sağlık sigortası, standart bir tanımı olmamasına rağmen, genellikle “daha büyük bir nüfus grubu için sağlık risk paylaşımı ve fon havuzlaması yoluyla“ sağlık için bir finansal koruma mekanizması ”olarak algılanabilir. Finansal koruma ve risk paylaşımı gerektiren tüm durumları kapsayan daha geniş bir “sosyal güvenlik” çerçevesinin daha doğrusu güvencesi olan toplum bireyleri nedeniyle yaratılan sağlıklı olmanın parçası anlamına gelmektedir. (Pitacco, 2014)

“Sosyal” olarak nitelendirilmek için, Sosyal sağlık sigortası belirli özelliklere sahip olmalıdır:

(1) Risk havuzuna zorunlu katkılar;

 (2) Risk havuzunda çok sayıda insan olması, çünkü az sayıda insanın bulunduğu havuzlarda riski yeterince yaymak mümkün değildir. Büyük sağlık maliyetlerini karşılayamayacak kadar yetersizdir;

(3)Çok sayıda fakir insan nedeniyle, genellikle devlet gelirinden sübvanse edilen havuz oluşturulmuş fonlar.

Risk havuzu oluşturma”, ihtiyaç duyulduğunda sağlık hizmetlerinin mali yüküyle başa çıkmak için fon havuzu yapmak isteyen bireyler / hane halkları arasındaki risklerin paylaşılmasını ifade eder. (Doherty, McIntyre, & Gilson, 2000).

Sosyal sigortanın en önemli ilkesi sosyal dayanışma ilkesidir. Dayanışma, en genel anlamıyla “ortak bir amaç için herhangi bir hesap olmaksızın yapılan işbirliği” olarak tanımlanmaktadır (Saltman & Dubois, 2004) Bireyler arasında karşılıksız işbirliğinden söz edilmektedir. Saltman ve Dubois’e göre, sağlık hizmetlerinde sosyal adaleti sağlama olgusu, felsefi bir yaklaşım olup sosyal sağlık sigortası dayanışma ilkesi aracılığıyla bu yaklaşımın varlık kazanmasına sebep olmuştur.Aynı zamanda toplumsal verimliliği arttırmaktadır.

Özel sigorta

Özel sigorta, kişilerin özel çıkarlarının farklı risklere karşı teminat altına alınması için serbest iradeleriyle meydana getirdikleri bir risk teminatıdır. 1950'lerin sonlarında endüstriyel ülkelerin bir çoğu,vatandaşlarını genel sağlık sigortası kapsamına almıştır. Hükümetler üzerindeki yükü hafifletmek ve toplumun artan talebini karşılamak amacıyla özel sağlık sigortası ve özel sektörü teşvik edici ve geliştirici uygulamalara bulunmaktadır. (Derya T. & Mehtap T., 2000)

Örneğin bazı ülkelerde Fransa kamu sistemi ile birlikte tamamlayıcı bir rol üstlenirken bazı ülkelerde mesela;Amerika nüfusun önemli bir bölümü için temel sağlık finansmanı görülmektedir. Bir başka ifade ile kamu sağlık hizmetleri özel sağlık sigortasının, finanse etmediği bölümü finanse etmek için kullanılmaktadır.Bir nevi tamamlayıcı özellik söz konusudur.(Tatar, 2011) Özel sağlık sigortasının teorideki en büyük avantajı; kısıtlı olan kamu kaynaklarının düşük gelirli, dezavantajlı ve özel sigortaya ulaşamayacak gruplar için harcanmasına imkân verebilmesidir.

Sosyal sigorta ile özel sigorta arasındaki farklılıkları Yazgan(1977) şu şekilde bilirmiştir:

* Özel sigortaya katılım bireylerin tercihlerine bağlıyken Sosyal sigortaya katılım zorunludur.
* Sosyal sigortalar genel faydaları ve kamu yararını, koruyucu niteliktedir.Yani pozitif dışsalık söz konusudur.
* Sosyal sigortaların kapsamı kanunlarla belirmişken özel sigortalar herkese açıktır.
* Sosyal sigortaları düzenleyen hükümler ise kanunlarla belirlenirken özel sigortalar, sigortalı ve sigorta şirketi ile arasında yapılan sözleşme akdi ile çalışmaktadır. (İstanbulluoğlu, Güleç, & Oğur, 2010)

**SOMALİ**

Somalilerle sıkı olan etnisite paylaşılan bir dil, pastoral Ekonomi ve bağlılık Islam ve  kalan tabanlı sosyal ve politik sistem tarafından tanımlanan nüfusunun büyük çoğunluğu oluşturmak. (WHO, 2006) Ülke nüfusunun %90’nın 40 yaş altında olup, bu genç nüfusun ezici bir çoğunluğu (erkeklerde % 61, kadınlarda %74) işsizlik sorunuyla karşı karşıyadır. (Somali'nin Ekonomisi, 2018)

 **Ülke Profili**

Somali Afrika'nın en doğusunda yer alıp, Kuzeybatısında Cibuti, Güneybatısında Kenya, kuzeynde Aden Körfezi , doğusunda Hint Okyanusu, Batısında Etiyopya ile çevrilidir. (Tika, 2016) Somali, binlerce yıllık tarihe batmış durumda. Eski Mısırlılar bundan “Tanrı'nın Ülkesi” olarak bahsettiler, uzun kıyı şeridi (3,025 kilometre), özellikle Orta Doğu ve Doğu Afrika'nın geri kalanıyla ticarete izin vermede önemli olmuştur. (Metz, 1992)

Afrika Kalkınma Bankası'na göre Somali, "ciddi bir temel ekonomik ve sosyal istatistik eksikliği ile tanımlanan ülkedir. "Kaynakların doğru dağıtılmaması,jeopolitik özelliklerin ülkenin yararına kullanılmaması,üretim avantajlarının ülke lehine dönüştürülmemesi yapısallarının sağlanmamış olmasının etkilerinin de temel neden olmasının yanı sıra , iç savaş ve kurumsal çöküş ile daha da kötüleşti, (African Development Bank Group, 2015) Somali'nin sayısal verilerine temel bir istatistik ve data havuzu olmadığı aynı zamanda az gelişmiş ülke olması nedeniyle güvenilmezdi(Powell, Benjamin, Ford, Ryan, & Nowrasteh, Alex, 2008)

Somali Cumhuriyeti 1 Temmuz 1960'da kuruldu.Somali, göçebe mirasları kolektif kişiliğini belirlemede önemli bir rol oynayan esnek ve yüksek derecede bağımsız gruplar vardır. Somali kültürü Afrika Boynuzu'nun sert ve kurak ortamında hayatta kalmak mücadelesi içinde gelişti. (WHO, 2014) 1980'lerin başında, Somali'nin Kurtuluş Demokratik Cephesi bayrağı altında Güney Somali'deki Majeerteen klanlarının (Daarood) rejimine karşı silahlı bir ayaklanma ile bir iç savaş başladı.

1991'deki iç savaşın ardından ülke şu anda üç bölgeden oluşuyor: Somaliland olarak bilinen kuzeybatı Somali (NWS); Puntland olarak bilinen kuzeydoğu Somali (NES); ve güney / merkez Somali (SCS). Her birinin kendi yarı yönetimi vardır. (WHO, 2014)

20 yıllık iç savaşı nedenyle 870.000'den fazla Somalili Afrika Boynuzu ve Yemen'de mülteci olarak kaydedilirken, tahmini 2,1 milyon erkek, kadın ve çocuk ülke içinde yerlerinden edildi. (UNHCR, 2018) Aralık 2014'ten bu yana, 120.000'den fazla kişi gönüllü olarak Somali'ye geri döndü. Ayrıca Somali'de kayıtlı olan Etiyopya ve Yemen'den gelen bazı 31.000 mülteci ve sığınmacı da bulunuyor. (UNHCR, 2018)

Ancak, 2012 yılında, kalıcı siyasi ve yürütme kurumlarının kurulması, Geçici Federal Anayasa'nın (PFC) kabul edilmesi ile Somali, yeni bir döneme girdi. Uzun yıllar süren çatışma ve istikrarsızlıktan sonra,ulusal diyalog ve fikir birliği ile federal bir hükümet kuruldu.Bu yeni Federal Hükümet, yalnızca federalde değil, aynı zamanda federal üye devlet düzeyinde de, Somali halkına somut faydalar sunma aşamasında çerçeve ve kurumları inşa etmekte ciddi zorluklarla karşı karşıya kaldı. (FGS, 2017)

Tablo 1 Somali'nin Genel Bilgileri ve Göstergeleri

| **Resmi Adı** | Somali Demokratik Cumhuriyeti |
| --- | --- |
| **Yüzölçümü** | 637,655 km² |
| **Başkenti** | Mogadishu |
| **Dili** | Somalice |
| **Nüfus** | 15 milyon (2018) |
| **Nüfus artış hızı** | 2.9 % (2017) |
| **Ortalama Yaş** | 56.29 (2017) |
| **İşsizlik Oranı** | 67 % (2017) |

**Kaynak:** WHO, World Bank

**Somali`nin Genel Ekonomi Durumu**

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı'na (UNDP) göre Somali, 2012'den beri ülke dünyadaki en düşük kalkınma göstergelerinin bazılarına ve "çarpıcı derecede düşük" İnsani Gelişme Endeksi (İGE) değerine 0,285 kattı. Eğer karşılaştırılabilir veriler mevcut olsaydı bu, dünyanın en düşükleri arasında yer alacaktı ve Somali'de var olan önemli eşitsizlik için ayarlandığında, IGE daha da düşük olacaktı. UNDP "farklı bir toplumsal gruptaki eşitsizliklerin, büyük bir çatışma itici güçünün" genişlediğini belirtti. (UN, 2012)

Etkili bir ulusal üretim ve yönetim eksikliğine rağmen, Somali büyük ölçüde hayvancılık, ,para transfer şirketleri ve telekomünikasyon üzerine kurulu bir kayıt dışı ekonomi sürdürmektedir. Somali hükümeti yerel vergi geliri sağlayamamaktadır.2017 yılında Gayri Safi Yurtiçi Hasıla GSYİH'nın %77'si dış borç olarak tahmin edilmektedir.
Hayvancılık, GSYİH'nın yaklaşık% 40'ını ve ihracat kazançlarının% 50'sinden fazlasını oluşturan en önemli birincil üretim sektörüdür.Hayvancılığa bağımlı olan göçebeler ve yarı otoriter, nüfusun büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. (CIA, 2019)

Dünyanın en büyük doğal hayvan depolarından biri kabul edilen Somali’de Birleşmiş Milletler (BM)’ye bağlı Dünya Tarım Örgütü’nün (FAO) 1989 yılında yaptığı sayımda 10 milyonluk nüfusa karşın 40 milyon küçük ve büyükbaş olduğu hesaplanmıştır.Bu oranı dünyada yakalayabilen ülke sayısı çok azdır. (İnsamer, 2018) Buna rağmen ülkenin kendisini uluslararası gıda güvenliği ve ekonomik krizlerden etkileme kabiliyeti için önemli etkileri olan bir durum olan temel gıda ihtiyacının% 60'ını ithal etmek zorunda. (WHO, 2014)

Tarım, inşaat ve telekomünikasyon sektöründeki büyüme nedeniyle ekonomik aktivitenin 2017 yılında% 2,4 oranında arttığı tahmin edilmektedir.Son yıllarda, Somali'nin başkenti Mogadişu, 1991'de merkezi otoritenin çöküşünden sonra kentin ilk benzin istasyonlarının, süpermarketlerinin ve havayolu uçuşlarının, gelişmediği görülmektedir. Mogadişu'nun ana pazarı, yiyeceklerden elektronik aletlere kadar çeşitli mallar sunuyor .Oteller faaliyetlerine devam etmektedir.Koruma “Özel güvenlik güçleri” tarafından desteklenmektedir.Ekonomik büyüme henüz Mogadişu dışında görülememektedir.Diğer şehirlerde güvenlik endişeleri söz konusudur.Telekomünikasyon firmaları, büyük şehirlerin çoğunda kablosuz hizmetler sağlamakta ve kıtada en düşük uluslararası arama ücretlerini sunmaktadır. Resmi bankacılık sektörünün yokluğunda, para transferi / havale hizmetleri ülkeye yayılmış ve Somali'ye yapılan para transferleri konusundaki uluslararası kayıt dışılık endişeleri bu hizmetleri tehdit etmeye devam etmektedir.Buna rağmen yılda yaklaşık 1,6 milyar dolarlık havale yapılmaktadır.

2017'de Somali yeni seçildiği Cumhurbaşkanı rekor miktarda dış yardım topladı ve yatırım ekonomik toparlanma için olumlu bir işaret olarak görüldü. (CIA, 2019)

Hükümetin ayrıca, bazı bölgelerdeki güvenlik zorlukları arasında en çok etkilenen bölgelere odaklanan insani yardım dağıtımını daha iyi koordine etmesi ve izlemesi gerekli olacaktır.. (IMF, 2017)

Tablo 2 Somali'nin Genel Ekonomi Göstergeleri

| **Göstergeler** | **2012** | **2017** |
| --- | --- | --- |
| **GSYİH** | 6.39 biliyon $ | 7.369 biliyon $ |
| **Kişi Başı GSYİH** | 284 $ | 499.82 $ |
| **Büyüme Oranı** | 1.3% | 3.9% |
| **İthalat** | 2.16 biliyon $ | 2.40 biliyon $ |
| **İhracat** | 505.11 milyon $ | 275.45 milyon $ |

**Kaynak:** Tradingeconomics, World Bank

**Somali`nin Genel Sağlık Durumu**

Hükümetin Ocak 1991'de Siad Barre'nin çöküşüyle birlikte çökmesi, Somali'nin sağlık durumunun daha da kötüleşmesine yol açtı. 1990'ların başında devam eden yüksek hastalık insidansı zor bir ortamı, yetersiz beslenmeyi ve yetersiz tıbbi bakımı yansıtıyordu. (Metz, 1992)

Sağlık sisteminin çöküşünün göstergeleri arasında çocuk ve anne ölüm oranları dünyanın en yüksekleri arasındadır. 2015 yılı itibariyle yeni doğan ölümlerinin (yaşamın ilk 28 günü içinde meydana gelenler) 1.000 canlı doğumda 40, bebek ölüm oranı (yaşamın ilk yılında ölümler) 1.000 canlı doğumda 85 olarak tahmin edildi. Bu kabul edilemez derecede yüksek seviyelerdeki yeni doğan, bebek ve çocuk ölümlerinin,nedeninden en önemlileri, akut solunum hastalıkları, diari, aşı ile önlenebilir hastalıklar ve sıtma. (Somalia, 2016)Beş yaş altı yaşta ölüm oranı (1.000 canlı doğumda) 2017de 136.8e ulaştı; (Centre, 2018) kolera ve ishal, tifo, tüberküloz ve sıtma gibi bulaşıcı hastalıklar, özellikle çocuklar arasında yüksek ölüm oranlarının nedenidir.Bulaşıcı hastalıklar, Somali'deki 5 yaşın altındaki çocuklar arasındaki tüm ölüm nedenlerinin% 54'ünü oluşturuyor (Kalid Ali, Hussein Abdullahi, & Mohamed Omar, 2018) Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu UNICEF 2017 yılında yaptığı istatistiklere göre 1,2milyon çocuk akut yetersiz beslenme sorunu yaşamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün% 15'lik acil eşiğini aşan% 17.4 akut yetersiz beslenme prevalansı ve 6 ila 23 aylık, 6 çocuktan 1'i gerekli beslenmeyi sağlayamamaktadır. (Unicef, 2018) Somalide nüfüsun %60.7 sini oluşturan kadınların, 2018 yılında rahim ağzı kanseri riski olan (>=15 yaşları arasındaki kadın nüfusu) 3.1 milyon ve yıllık rahim ağzı kanseri vakası sayısı 989dir. (Centre, 2018) Her 3 saatte bir kadın gebeliğe bağlı nedenlerden dolayı ölüyor. (Unicef, 2018)

Yüksek ölüm oranları ve düşük yaşam süresi, yetersiz koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlık ve su sistemlerinin çöküşü, düzensiz gıda güvenliği ve hepsi de ölümcül hastalıklara karşı duyarlılığı artıran kronik yetersiz beslenmeden kaynaklanmaktadır. (UN, 2012) Yoksulluk, düşük eğitim düzeyleri ve okuma yazma bilmeyenlerin halk sağlığı üzerindeki etkisi yüksektir.Çünkü fakir insanlar genellikle hastalıklar ve bunların önlenmesi hakkında çok az bilgiye sahiptir. 2012 yılında yaralananların ölüm yüzdesi% 11.9; kasıtsız yaralanmalar % 55,5 (bunun% 19,7'si trafik kazası,% 19,7'si yangın, sıcak ve sıcak maddeler nedeniyle) ve kasıtlı yaralanmalar% 44,5'tir. 2010 yılında, tahmini karayolu trafik ölüm oranı 100.000 nüfusta 10,5 idi. 2016 yılında yaralananların ölüm yüzdesi %12ye ulaştı.Somalide yaralananların ölümü,ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. (LANDINFO, 2014)

Sağlık Bakanlığı'ndaki tam fonksiyonlu program yapısına ek olarak, şiddet ve yaralanma için kayıt ve raporlama sistemlerinin kurulmasına ihtiyaç vardır. Kanıta dayalı planlama için bir yaralanma gözetim sistemi kurulmasına ihtiyaç vardır. Travma bakım hizmetlerinin, hastane hizmetleri temel paketine ve tespit edilip ele alınan olası boşluklara entegre edilmesi gerekir. Özellikle ülkedeki durum göz önüne alındığında, bu önemli çalışma alanındaki kaynakları tespit etmek için acil bir ihtiyaç vardır. (Warsame, Handuleh, & Patel, 2015)

**Somali Sağlık Sistemi**

Federal hükümetin 1991'de çöküşüne kadar, Somali'nin sağlık sektörünün örgütsel ve idari yapısı Sağlık Bakanlığı tarafından denetlendi. Bölgesel sağlık yetkilileri belli oranda otoriteye sahip iken, daha sonra sağlık hizmetleri büyük ölçüde merkezileşti. Eski Somali Cumhurbaşkanı Siad Barre'nin sosyalist hükümeti, 1972'de özel tıbbi uygulamaya son verdi. (Barre, 1970) 1989 yılında, Sağlık Bakanlığı'na hükümetin düzenli bütçesinin% 2.95'ini ayırdı.1984 yılında toplam sağlık bütçesinin %67'si dış yardımdan gelirken,kullanılan bütçenin % 95'i,1990 yılında bu kaynaktan geldi.Bu dönemde,Sağlık Bakanlığı'nın mali kaynaklarının% 79'undan fazlası yalnızca başkent Mogadişu'ya tahsis edildi (WHO, 2010)Yirmi yıl süren iç savaştan sonra, Somali’nin sağlık sistemi tahrip oldu. Küresel Fon yatırımları,ülkenin halk sağlığı kuruluşlarını yeniden inşa etmeye, anne ve çocuk sağlığına öncelik vermekteydi. (FUND, 2017). İGE(Uluslararası Hükümet Harcaması) ,sağlık, eğitim ve gelir göstergelerini birleşimini göstermektedir. Somali’nin tüm bu alanlardaki düşüşü, düşük İGE’na yansıyor. 2010 İGE'nin üç boyutu arasında, eğitim endeksi 0.118'de en düşük, bunu 0.253'te gelir endeksi ve 0.486'da sağlık endeksi izlemektedir. (UN, 2012)

Somali, gurbetçi yardım çalışanları için ciddi güvenlik tehditleri oluşturuyor ve bunun sonucu olarak sağlık hizmeti sunumu, neredeyse tamamen güvenlik tehditleriyle karşı karşıya olan Somali ulusal personeline dayanıyor. (Maalim AM, Zachariah R, & Khogali M, 2014)

Somali’nin halk sağlığı sistemi, bölgesel sevk hastaneleri, ilçe hastaneleri, anne ve çocuk sağlığı merkezleri ve sağlık görevlilerinden oluşan bir sistemdir. Bununla birlikte, hastaneler ve sağlık tesisleri sayıca sınırlıdır, yeterince dağılmamaktadır.Çok farklı standartlar kullanarak faaliyet göstermektedir.Çoğu zaman asgari bir birinci basamak sağlık hizmeti paketini sunamamaktadır. Altyapı, personel ve hizmet sunumu konusunda sınırlı bir standardizasyon vardır.Çoğu tesis, amaçlanan kapasitelerinin çok altında bir seviyede çalışır.Sonuç olarak çok düşük kullanım oranları ile zayıf bir şekilde organize edilir, personel ve yönetilir.

Somali, üç idari bölgesinin, kuzeydoğuda Puntland eyaleti, kuzeybatıda Somaliland ve güney - orta bölgeleri ile ülke siyasi istikrarsızlık ve kronik sağlık krizleriyle en çok tanınan ülkedir. (UNICEF, 2012) Şu anda üç sağlık bakanlığı bulunmaktadır. (E, 2012)

Mart 2013’te, eski Sağlık Bakanı Maryam Qaasim’in altındaki federal hükümet, Somali’nin kurucu bölgelerinin her biri için Sağlık Sektörü Stratejik Planlarını (HSSP) başlattı. Yeni ulusal sağlık sistemi, tüm vatandaşlara evrensel temel sağlık hizmeti sunmayı amaçlamaktadır.Hükümetin kurumsal kapasitesi gelişirken, BM’in kurumları geçici olarak kamu-özel ortaklıkları aracılığıyla diğer ilgili sağlık programları arasında bağışları yönetmektedir. HSSP'ler toplam 350 milyon Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Doları değerinde olup sağlık hizmetleri için% 70 -% 75 arasında bir değere sahiptir. Tamamlandıktan sonra, yeni ulusal sağlık sisteminin sağlık sektöründeki insan sermayesini iyileştirmesinin yanı sıra sağlık programları ve genel sağlık altyapısı için finansmanı iyileştirmesi bekleniyor. (KFF, 2013)

Mayıs 2014'te Federal Hükümet, HSSP çerçevesinde, Sağlık Hizmetlerinin Temel Paketi'ni (EPHS) başlattı. (UNICEF, 2014) EPHS, ilk olarak 2008 yılında Somali Sağlık Bakanlığı tarafından, resmi ve özel sağlık hizmeti sağlayıcıları ile birlikte ortak BM kurumları ve Sivil Toplum Kuruluşları (STK)'larına yönelik ulusal sağlık hizmetleri için standartlar oluşturmak amacıyla tasarlanmıştır. (Mogadishu, 2014)

Kırsal alanlar dahil tüm vatandaşlara bütüncül ücretsiz sağlık hizmeti yelpazesi sunmayı amaçlamaktadır.Kadınlar ve çocuklar için üreme ve acil obstetrik bakım hizmetlerinin güçlendirilmesine odaklanan EPHS'nin temel programları bulaşıcı hastalıkları ortadan kaldırmayı amaçlamaktadır. Bunlar iyileştirici üreme, yeni doğan çocuk ve anne sağlığı; su ve sanitasyon teşviki dahil, sağlık kontrolünün sürdürülmesi ve iyileştirilmesi ,ölümcül hasta veya yaralıya ilk yardım ve tedaviyi sağlamak, aygın hastalıkları ve tüberkülozu tedavi etmektir. Somali sağlık otoriteleri, UNICEF, Birleşmiş Milletler Nüfus Faaliyetleri Fonu (UNFPA) ve DSÖ temsilcileri ile birlikte, yeni ilave bölgelerle birlikte Sağlık Hizmetleri Temel Paketi'ni dokuz bölgede uygulamak üzere oluşturmuştur.Sağlık tesislerinin daha iyi ekipmanlarla, daha fazla sağlık çalışanıyla ve daha uzun vardiyalarla çalışmasını sağlaması beklenmektedir. Ayrıca sağlık personeli eğitimi, sağlık sektörü reformu ve politika geliştirme kolaylaştırma konularında kurumsal kapasitenin arttırılmasına odaklanmıştır. (UNICEF, 2014)Yaklaşık 106 hastane / sevk sağlık merkezi, 391 Sağlık merkezi ve 620 sağlık görevlisi bulunmaktadır. 2014 yılında 621 hekim, 2.653 kayıtlı hemşire, 636 kayıtlı ebe ve 198 (FHWs) 'olmak üzere toplam sağlık için mevcut insan kaynakları sayısı 19 DSÖ'nün sağlık çalışanı-nüfus oranı için minimum eşiği Ülkede yaklaşık 30 00020 kalifiye sağlık çalışanının gerekli olduğunu göstermektedir. Kalite standartlarını sağlarken güçlendirilmesi ve düzenlenmesi gereken 47 tıbbi, hemşirelik ve ebelik eğitim programı bulunmaktadır. (FGS, 2017)

**Somali’deki Sağlık Sistemi Organizasyonu ve Yapısı**

EPHS, Somali sağlık hizmeti sunum sisteminin organizasyonu için temel bir taslak ve çerçeve oluşturmaktadır. Dört sağlık hizmeti sunumu düzeyinde verilmesi gereken altı temel ve dört ek programdan oluşan standart bir sağlık hizmetleri paketi üzerine kuruludur.

Şekil 1: Somali’deki sağlık sisteminin yapısı

 **Kaynak:** (Somalia Ministry of Health, 2014)

**Kamu sektörü**

Dünyada Sağlık hizmeti, koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığın geliştirilmesi hizmeti olarak sınıflandırılır.Koruyucu hizmet kendi içinde, bireye ve çevreye yönelik hizmet olarak gruplandırılır.Tedavi edici ise;ayaktan ve yatakta başlığı altında ayrılır.Bu çerçevede ,Somali’de de sağlık sisteminin organizasyon ve yönetim yapısı, dört basamağa dayalı sağlık hizmeti sunumu ve toplumu maksimumda kapsamayı sağlamayı amaçlayan toplu yapısal programdan oluşmaktadır (şekil 2). Bunlar arasında, temel olarak; önleyici ve birincil tedavi edici hizmetleri kapsayan,toplumun tümünü ifade eden çevre,coğrafi bölgelerde bulunan ve bulunması gereken Birinci Basamak Sağlık Üniteleridir (PHUs).PHU, sağlık hizmetlerinin sağlanmasında yerel liderler(belediyeler) tarafından desteklenen en az bir Toplum Sağlığı Çalışanı (CHW) tarafından yerine getirilmektedir.PHU hizmetleri özellikle aşılama Bağışıklama Genişletilmiş Programı (EPI), beslenme geliştirme ve eğitim konusundaki genişletilmiş programla ilgili hizmetlerde, sağlık merkezi (HC) desteği ile de güçlendirilmektedir.PHU'ya bir sonraki daha yüksek tesis seviyesi, nitelikli hemşire ve ebe tarafından işletilen HC ve özellikle EPI ve beslenme konusunda eğitim almış hemşirelerdir. Her HC, iki veya daha fazla PHU'nun yakalanma bölgesi popülasyonuna hizmet eder. HC'nin temel bir işlevi, bu amaç için sağlanan bir dizi doğum yatağı tarafından desteklenen Temel Acil Obstetrik Bakım hizmetlerinin sağlanmasıdır.

Üçüncü tesise dayalı basamak sevk sağlık merkezi (RHC) veya bölge hastanesidir. Sağlık tesisleri için toplama alanı popülasyonu için doğru tahmin eksikliği olmamasına rağmen, ortalama RHC'larda, HC'lerin ve PHU'ların yaklaşık 100.000'lik bir popülasyona hizmet edeceği tahmin edilebilir; Sırasıyla 30.000 ve 5.000. Bu tesislerin, uygun tesislerin ve eğitimli teknik personelin mevcudiyetini ima eden Kapsamlı Acil Obstetrik Bakım servislerini içeren önemli sevk destek fonksiyonları sağlamaları beklenmektedir. RHC, çeşitli sağlık merkezlerinin toplama alanı popülasyonlarına hizmet vermektedir.Başlıca sevk tesisi temelli seviye, bir dizi nitelikli tıbbi ve orta düzey sağlık uzmanı ve destek personeli tarafından gerçekleştirilen önemli sağlık uzmanlığı hizmetleri sunması beklenen bölgesel hastanedir. PHU'lar ve HC'ler bölge sağlık memurlarına rapor verir, hastane müdürü ile birlikte bölge sağlık memuruna rapor verir.

Şekil 2 Somalideki Bölgesel Sağlık Sistemi Örgütü

**Kaynak:** (Somalia Ministry of Health, 2014)

 Yukarıdaki çok aşamalı tesisin yapısı, yakın zamanda “Marwo Caafimad” olarak adlandırılan, eğitimli Kadın Toplum Sağlığı Çalışanlarının (FCHW), belirli yaş aralıklarında, eğitim seviyelerinde, topluluklarında ikamet etmeleri ve sahip oldukları sıkı seçim kriterlerini alarak işe alınmalarını sağlayan, topluluk temelli bir programla desteklenmiştir. FCHW'ler evlerinden faaliyette bulunur ve evlere hizmetlerini sunmak için ziyaretler yaparlar. FCHW'ler özel olarak eğitilmiş FCHW denetleyicileri tarafından desteklenir ve denetlenir. (Somalia Ministry of Health, 2014)

**Özel Sektör**

Somali'deki sağlık hizmetleri büyük ölçüde özel sektördedir. Federal Somali Hükümeti Sağlık Bakanlığı tarafından organize edilmektedir. (Hassan, 2017)

Geçtiğimiz yirmi yıl boyunca, eğitim kurumları, küçük ölçekli klinikler ve teşhis dahil geleneksel, kar amacı gütmeyen ve kar amacı gütmeyen özel sağlık tesislerinden, tüm bölgelerde özel sağlık sektörünün büyük bir genişlemesine tanık oldu. Özel bakım sağlayan tam teşekküllü genel hastane tesisleri arttı.Bu yaygın ağ, kamu sektörüne göre nüfusun yaklaşık% 30-35'ini oluşturan kentsel alanlarda daha sık kullanılmaktadır.Bu hizmetlerin önemli bir kısmı, göçebe ve kırsal nüfuslara sahipken, özel eczanelerde çözüm aranmaktadır. Bunun nedeni fiyatlı sağlık hizmetlerine sınırlı erişimdir.İlaç ve teknolojilerin ithalatı ve satışı, hükümet ve uluslararası ortakların desteklediği sağlık programları ve müdahalelere sağlananların yanı sıra, büyük ölçüde özeldir.

Özel sağlık sektörünü izlemek için mevcut yasal veya zayıf normların mevcut olmaması, özel sağlık uygulamaları ve eczacılık düzenlemeleri için uygulanan kalite ve güvenlik standart kılavuzlarının bulunmamasıyla gösterilmiştir. Öte yandan, orta seviyeli kategorilerdeki hizmet öncesi eğitimde, özellikle toplum evesinin temel sağlık hizmetlerine erişimini genişletme potansiyeli olan övgüye değer kamu özel ortaklık çalışmaları vardır. Modern sağlık hizmetlerinin kullanımını geciktiren genellikle gelişen, geleneksel, manevi ve bitkisel tıp uygulamalarının yüzyıllarca gelişen, sağlık sistemindeki potansiyel kaygıları için etkinlik ve güvenlik açısından dikkatlice değerlendirilmesi gerekir. (Somalia Ministry of Health, 2014) Somali'deki sağlık finansmanında önemli güçlükler ve ana zorluklar Tablo 3'te gösterilmektedir.

**Somali Sağlık Harcamaları**

**1-Yurtiçi kaynaklar**

Sağlıkla ilgili hükümet yatırımları, ekonominin gücü, sağlık sektörüne verilen göreceli önemi ve sağlığın harcamalarını hedeflediği gerçeği Somali bölgelerine göre değişir. Kuzey Batı toplam Devlet Harcamaları (TGE), 2009'da 40 milyon ABD dolar olan (Modol, 2015), 2015'de 251 milyon ABD dolara katlanarak çıkmıştır. (UNICEF, 2016) Devlet Sağlık Harcamaları (GHE), daha da hızlı bir oranda büyümüştür, 2009 yılına (1,1 milyon ABD doları) (Modol, 2015) göre 2015'e (7 milyon ABD Doları) TGE yüzdesi olarak sağlık% 3'ten% 5'e yükseldi. Ancak,bu büyümeye rağmen, kişi başına düşen harcama (GHE), 2015 yılında sadece 2.04 ABD Doları'na ulaşmıştır ve Personel harcaması, toplam tahsisatın yaklaşık üçte ikisini temsil eder. (UNICEF, 2016)

Şekil 3 Somalideki TGE ve GHE (2009-2015)

Kaynak:(Modol, 2015)

GHE rakamları Maliye Bakanlığı tarafından sağlanmaktadır ve Maliye Bakanlığı harcamalarını temsil etmektedir. Sağlık Bakanlığı düzeyinde, yalnızca fiili harcama yerine bütçe vardır.Her bir bütçe hattına tahsis edilen fonlamada yıllar arasında farklılıklar olmasına rağmen, personel harcamaları tutarlı bir şekilde toplam harcamaların yaklaşık 2 / 3'ünü temsil etmektedir. Sağlık Bakanlığı görevlileri, JHNP'ye katılan en az üç BM kuruluşundan (UNICEF, DSÖ ve UNFPA) fon almaya devam ettiklerini bildirmesine rağmen, dış kaynaklı harcamalardan hiçbir bilgi alınamadığı görülmektedir. Ekonomi ve dolayısıyla Hükümet harcamaları, Kuzeydoğu' da ki bu yükseliş eğilimini takip etmedi. TGE 2010-2014 yılları 40 milyon ABD doları civarında kaldı. Ekonomik durgunluk 2011'de TGE' nin % 2'sinden 2014'de% 0,7'ye gerileyen GHE' ye yansımıştır. Sağlık Bakanlığı kaynaklarına göre, 2013 yılında GHE, bir aylık maaş, mal ve hizmetler ile sınırlıydı. Kişi başına düşen kişi başı maliyet, hiçbir şekilde 1 ABD Doları'nı geçmedi. Sağlık Bakanlığı, 2014 yılında, çoğunlukla BM kuruluşları ve bazı uluslararası STK'lar tarafından 5,6 milyon ABD dolarına ulaşan harici harcamaları rapor etti.(Modol, 2015)

2015 yılında toplam devlet bütçesi 49.34 milyon ABD doları olarak artmıştır.Devlet sağlık tahsisi, 2015 yılında 1.07 milyon bütçesi olan, esasen personel ve işletme harcaması olan 2015 yılında hükümetin toplam bütçesinin yüzde 2'si civarındaydı.(UNICEF, 2016)

Son olarak, Mogadişu merkezli Federal Somali Hükümeti (FGS),Güney Merkez Bölgesinden sorumludur.2012 yılı sonundan beri uygulanmakta olan sağlık politikaları ve harcamaları konusunda,tam bir asimetrik bilgi,ahlaki risk örneğidir.Kısaca olumsuz örnek olduğunu söylemek mümkündür.Sağlık bakanlığının, Sosyal Hizmetler Geliştirme Bakanlığı'na entegre olması nedeniyle 2013 yılından önceki geçmiş yıllara ait sağlık harcamaları ile ilgili hiçbir kayıt bulunamamaktadır.. (World Bank, 2013) FGS'nin 2015 yılı için revize edilmiş bütçesi 190 milyon ABD Doları, aynı yıl için devlet sağlık bütçesi 781,932 ABD Doları olarak değiştirilmiş ve bu toplam devlet bütçesinin sadece yüzde 0,4'ü kadardır. Sağlıkta, bütçenin yüzde 90'ı (703,932 ABD doları) ücret ve maaşlar, genel ve operasyonel harcamalar için kullanılmıştır.(UNICEF, 2016)Burada sorulması gereken bu ücret maaşlar ne kadar gerekliydi?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bölge  | Toplam Devlet Harcaması $ (TGE):  | Devlet Sağlık Harcamaları $ (GHE):  | TGE den Sağlık Harcamaları % :  |
| **2009** | **2015** | **2009** | **2015** | **2009** | **2015** |
| NWZ | 40 milyon | 251 milyon | 1,1 milyon | 7 milyon | 3% | 5% |
| NEZ | 40 milyon | 49.34 milyon | 1 milyon | 1.07 milyon | 2% | 2% |
| CCS | N.A | 190 million | N.A | 781,932 | N.A | 0.4% |

Tablo 4 Somali'nin TGE,GHE ve TGEden sağlık harcamaları% Bölgelere gore (2009-2015)

**Kaynak:** (Modol, 2015),(UNICEF, 2016)

**2-Yurtdışı kaynaklar**

Sağlık sektörü için dış kaynaklar arasında, hem geleneksel hem de geleneksel olmayan bağışçılar,Birleşmiş Milletler (BM) ajansları ve Uluslararası Sivil Toplum Kuruluşları (STK)lar bulunmaktadır.BM kuruluşları bağışçılardan fon alabildikleri ve STK'lar için finansman kaynağı haline gelebildikleri için resim daha da karmaşık hale geliyor; Aynı Şekilde Uluslararası Sivil Toplum Örgütüler için geçerlidir.Uluslararası fonlar da bu kategoriye girmektedir.

**Şekil 4 Somalideki Sağlık fonlarının kaynaklara göre finansal aracıları (2010-2014)**

**Kaynak:** (Modol, 2015)

Çalışma için hazırlanan ankete ,Harcamaları İncelemesi (HPER) ekibinin BM ve STK'ların kendi kaynakları hakkında "kaynaklar" olarak sınıflandırılabilecek fonları hakkında bilgi toplamasını engellemiştir. Belirlenen harici finansman, bilgiyi toplamak için kullanılan araçlara göre aşağıda sunulmuştur. 2011'den beri, Uluslararası Kalkınma Departmanı harcamalarının toplam bağışta bulunan katkı paylarının% 50'sinden fazlasıdır.. (Modol, 2015)Somali genel olarak baksak son 8 yıl devletin toplam harcamaları hızlı bir şekilde artmasına rağmen (Şekil 3) devletin sağlık harcamaları artış oranı düşüktür.Ülke sağlık harcamaları %45'i kalkınma yardımı desteği almaktadır.(tablo 5)

Tablo 5 Somali kaynağa göre sağlık harcamaları 2015

|  |  |
| --- | --- |
| Kişi başına toplam sağlık harcaması  | 33.0 $ |
| GSYİH başına toplam sağlık harcaması (%) | 6.9 |
| Kamu Sağlık Harcamalarının Payı (%) | 25.0 |
| Özel Sağlık Harcamalarının Payı (%)  | 1.2 |
| Cepten ödeme sağlık harcamalarının payı (%) | 28.5 |
| Kalkınma yardımı sağlık harcaması payı (%) | 45.2 |
| Kişi başına düşen toplam sağlık harcamalarındaki yıllık değişme oranı, 1995 - 2014 (%) | 1.9 |

**Kaynak:** Financing Global Health Database 2016

**Somalide Sağlık Finansmanının Zorlukları**

* Kurumsal Reform

Üç Somali bölgesindeki sağlık hizmeti sunumlarının büyük bir kısmı,uluslararası bağışçılar tarafından finanse edilen ve Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilen (STK) sivil toplum kuruluşları tarafından yürütülmektedir.Önemli fark yapılan sözleşmeleri denetlemekle yükümlü olan Sağlık Bakanlığı programında özel birimler bulunmaktadır.

Uygulanan sağlık ekonomisi ve kaynak yönetimi alanındaki mevcut kapasite eksikliği, tüm Sağlık Bakanlığı bağlamında oldukça belirgindir.

* Doğru Sağlık Finansmanı Verilerinin Bulunmaması ve Analiz

Sağlık ekonomisi ve finansmanının önemli verilerin çoğu mevcut değildir. Daha iyi anlama ve karar verme için en önemli anahtar araştırmalar ve anketler henüz yapılmamıştır.

* Sağlık Sektöründe Yetersiz Kaynaklar

Sağlık giderleri için yatırım için mevcut kaynaklar çeşitli kaynaklardan gelebilir, ancak görünüşe göre bu yeterli değildir. Devletin sağlık harcamaları yılda 2 milyon ABD dolarına yakın olan ulusal bütçeden neredeyse % 6'sı gelmektedir.Ancak diğer uluslararası bağışçıların katkısı tam anlamıyla bir arada toplanamıyor veya konsolide edilemiyor.Sağlığa yapılan harcamanın büyük bir kısmı hane halkının cepten yaptığı ödemeler ile sağlanmaktadır.

* Sınırlı Yardım Koordinasyonu

Hükümet ve gelişmekte olan ortaklar tarafından stratejik ve operasyonel yatırım planlamasının uyumlaştırılması eksikliği var. Buna ulusal sağlık sistemine çeşitli şekillerde katkıda bulunan ancak ulusal önceliklerle uyumlu olmayan dikey programlar ve bağış ajansı projeleri dahildir. (Somalia Ministry of Health, 2016)

**Somali’de Sağlık Sigorta Sistemi Uygulaması İçin Neler Yapılmalıdır?**

Her ülkede uygulanan sosyal sağlık sigortası uygulamaları için gerekli planlama yapılarak eksikler belirlenmelidir.Dünya örneklerinden en uygulanabilir olanlar bağlamında ülkenin kendine uygun sistemi kurması gerekmektedir. Dünyada genel olarak temel 4 sağlık sigorta sistemi bulunmaktadir. Onlar da İngiltere’nin “**Beveridge Sigorta Modeli**”, ABD’nın “**Liberal tipi**”, Güney kore’nin “**Ulusal sağlık sigortası**” ve Almanya’nın “**Bismark Sigorta Modeli**” yer almaktadır. Somali, özel sağlık sigortası bulunmakta ancak devlet tarafından yönetilen sağlık sigortası mevcut değildir; 20 yıllık süren iç savaşı, ülkenin şimdiki güvenlik durumu, bazı bölgelerde kıtlık, yetersiz beslenme, bulaşıcı hastalıklar vs nedeniyle devlet sigorta yerine yapılacak daha önemli harcamalar olduğunu düşünmektedir.

Somali hükümetinin sağlık sistemi açısından içinde bulunduğu zorluklar vardır. Bu sorunlar: yetersiz sağlık ve insan kaynakları,Halk Sağlığı Sektörü İçin Temel İlaçlar Ve Donanımlar; Sağlık Hizmetlerinde Zayıf Altyapı; Parçalanmış Ve Yetersiz Fonlanmış Sağlık Sistemleri İşlevleri; Sağlık Sektörünün Gelişmesinde Dış Yardımın Öngörülemezliği; Sağlık Hizmetlerine Erişimin Az Olması; İnsan Sermayesi Kaybı; Nitelikli Profesyonel Kıtlığı; Düzensiz Bir Özel Sektör; Ulusal Sağlık Ve Tıp Politikaları; Sağlık Ve İlaç Sektörü Stratejilerini Uygulamaya Koyma ve Gerekli Sağlık Reformlarını Başlatma İhtiyacı; Dış Yardıma Yüksek Düzeyde Bağımlılık; Liderlik Sağlama, Politika Geliştirme, Programları Yönetme Performansı İzlemek İçin Sınırlı Kurumsal Kapasiteler;Mevzuat Eksikliği, Zayıf Düzenleme Gücü Ve Zayıf Yaptırım; Karar Vermede Sistem Sorumluluğu, Sınırlı Şeffaflık Eksikliği; Paydaşlar Arasında Ve Özel Sektörle Yetersiz Ortaklık İşbirliği eksikliği, ekonomik ve sosyal sorunların yanı sıra neden sağlam yapılanmanın oluşturulamadığını ortaya koymaktadır.

Somali ya da her hangi bir ülkenin SHI sistemi yayılması veya kurulmasına başlamadan önce bir takım koşulların yerine getirilmesi ve kilit soruların cevaplanması gerekmektedir .Bu sorular öncelikle iş piyasası ile ilgilidir. Birincisi; Serbest meslek sahibi ve kayıt dışı sektör çalışanları işgücü piyasasına hâkim olursa, bunlardan yardım almak ve kayıt altına almak ne kadar uygundur? Ayrıca, maaş bordrosu katkılarının toplam sosyal sağlık sigortası (SHI) katkı payının büyük bir kısmını kapsamasını planlanıyorsa, bu durum işgücü maliyetlerinin artması nedeniyle istihdam üzerinde olumsuz bir etkisi olacak mı? İkincisi, SHI kurumlarını kurmak ve işletmek için yeterli vasıflı idari personel mevcut mu? Üçüncüsü, diğerlerinin yanı sıra, ülkenin SHI planının hedeflerini, sigortalı üyelerin haklarını ve görevlerini, (SHI) işleten organizasyonların rollerini ve işlevlerini belirleyen yasal bir çerçeve olacak mı?Dördüncüsü, SHI yardım paketinin bir parçası olan sağlık hizmetlerini sağlayabilecek bir sağlık altyapısı var mı?

Son olarak, toplumun paydaşları arasında (özellikle sigortalı üyeler ve hastalar, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve işverenleri, Parlamento ve Hükümet) bir SHI programının temel kural ve düzenlemelerine uymak için geniş bir fikir birliği var mı? Bu soruların cevaplarının bir çoğu olumsuz olmasına rağmen Somali sigorta sistemine başlamadan önce planlama program ve uygulama ile koşulların uygun hale getirilmesi gerekmektedir.Bu plan ve programlamanın nerden başlaması gerektiği, kalkınmanın temellerini de oluşturan birkaç başlıkta analiz edilebilir.

**Gelir düzeyi açısından;**

Somali, düşük gelir ülkeler listesi yer alan GSYH’sı 2017 yılında 7.369 milyon,kışı başı GSYH 499.82 ABD dolarıdır.Buna rağmen dünyadaki bazı ülkelerin sağlık sigortasını uygulamaya başladıklarında,azgelişmiş, gelişmekte olan ülkeler kategorisinde olduğunu gözardı etmemek gereklidir.Ekonominin yarattığı gelir ve kişi başına düşen gelirin yetersizliği hem toplumu oluşturan nüfus için hem de ülkenin yapısalları için problemdir.Hem devletin harcama oranını yükseltmesini hem de düşük gelir seviyesindeki bireylerin sağlık mal ve hizmetini talep etmesini zorlaştıracaktır.

**Ekonominin yapısı açısından;**

Somali üretim açısından birincil üretim yapan yani ağırlıklı tarım hayvancılık, ormancılık yapılan ülke konumundadır. Katma değer yaratamamaktadır. Aynı zamanda teknolojik eksiklik nedeniyle verimlilik yetersizdir. Tasarruf yapma oranı düşük olduğu için yatırım uluslararası fonlar kurumlar ve destekler ile sürdürülmektedir. Aslında bu durumda verimli olan üretim alanlarının yabancı yatırımcılara gitmesi anlamına gelmektedir. Somali'nin GSYİH' sının yaklaşık %65'ini oluşturuyor. Somali'deki tarım işletmeleri, çoğunlukla sığır, koyun, deve ve keçi de dahil olmak üzere muz tarlaları ve hayvancılıktan meydana gelmektedir. Üretimde avantajlı olduğu sektör ve ürünleri geliştirmeleri durumunda gelir yaratma olanakları artacaktır. Dolayısıyla sağlık sistemi ve sigorta ile sağlanacak sosyal sağlık ve güven geçişi kolaylaştıracaktır.

Sağlık sigortası olan ülkeleri hepsinin geçiş dönemlerinde büyümekte olan resmi sektörleri yaşadığı açıktır. Bu, bu ülkelerin işçilerin madencilik ve sanayi alanındaki işçilerin yanı sıra tarım sektöründeki işçiler de dahil olmak üzere sistematik bir şekilde geliştirmelerini sağlamıştır.

**Nüfusun dağılımı açısından;**

Somali nüfusunun% 32.7'si kenttedir..Ülke'de yıllık nüfus artış hızı yaklaşık % 3tür.Dünyada dördüncü en yüksek kadın başına çocuk doğurganlık oranıyla hızlı nüfus artışı yaşanmaktadır. Bu oran kadın başına 6.26 çocuktur.Somali'nin nüfusu dünyada 74. sırada. Toplam nüfusla birlikte, kilometrekare başına yaklaşık 24 kişi olarak toplam nüfus yoğunluğunu vermektedir..

**Yönetme Yeteneği Ve Beşeri Sermaye Açısından:**

Somali sağlık sistemi ilk kuruması için yeterli ve eğitimli idari personal henüz bulmamaktadır. Devlet idari personelleri belirleyip; uzmanlar tarafından eğitim kursları vermesi gerekmektedir.

**Birlik ve Dayanışma Açısından;**

20 yıllık iç savaş,yoksulluk ve kıtlık nedeniyle , kabile hayatı yaşayan ve güvenlik açısından ciddi sorunu olan Somali’de bu yapı içinde bireyler arasında dayanışma çok zordur. Hükümetin dayanışma konusu büyuk rol oynamaktadır. Somali hükümeti vatandaşlarına güven vermesi, sigortalı üyeler, hastalar,sağlık hizmeti sağlayıcıları ve işverenleri arası güçlü ilişki sağlaması gerekmektedir.Toplumsal sağlığın ve dayanışmanın sağlanması etkisiyle faktürler arasında önem sırası değişebilir.

**Yönetim Açısından;**

Somali yerli kaynaklardan sağlığa fon toplamak ve tahsis etmek için sınırlı kurumsallık olduğu için henüz yasal sağlık sigortası fonları bulmamaktadır.Somali'de;Sağlık sigorta sistemi kurulması için önce sağlık sektörüne önem vermesi ve oturtması gerekmektedir.

Somali'de sağlık sigorta sistemi uygulanabilmesi için neler yapmalı? Şekil 3 baktığımızda Somali’nin TGE son 10 yıl yükselmesine rağmen GHE neredeyse aynıydı.Bunun nedenini hükümetin, sağlık sektörünü önemsememesini ve sağlık harcamaları yurtdışı kaynaklarına bağlanmasını söylemek mümkündür. Somali sağlık bakanlığı sağlık sisteminin karşılaştığı kilit zorluklar azaltması ya da gidermesi gerekmektedir. Hızlı ve temeli olan bir durum analizi geliştirmek için, bakanlık liderliğinde program ortakları sağlık sisteminin aşağıdaki alanlarını gözden geçirmek durumundadır.

1. Sağlık sisteminin mevcut durumu ve performans kapasitesi.

2. Nüfusun sağlık durumu ve ele alınması gereken mevcut eşitsizlikler.

3. Sağlık sisteminin operasyonel kapasiteleri ve müdahaleleri, ayrıca da uygulamayı kısıtlayan zorluklar.

4. Eşgüdümlü çoğaltma, gelişmiş sinerji, entegrasyon ile koordinasyon düzeyi ve daha fazla verimlilik için fırsatlar.

5. Özel sektörün rolünü, kapasitelerini ve kamu özel ortaklıkları için mevcut teknik ve operasyonel potansiyelleri araştırmak.

6. Sağlık için politik desteğin oluşturulmasından başlayarak Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesi uygulanması, üzerinde doğrudan etkisi olacak yerel yönetimler bağlamında yapılandırma yapılması; sektörler arası işbirliğini teşvik etmek; mevcut coğrafi kısıtlamaları ve hizmet sunumu erişilebilirlik zorluklarını azaltmak; yoksulluk giderici sağlıklı olma yöntemlerini gözden geçirmek, hüküm süren çatışmalar ve güvenlik kısıtlamaları ve çeşitli sağlık sağlayıcıların haritalandırılması ve bunların kapsamını belirlemek..

7. Sağlık işgücü eğitimi, üretimi ve etkin dağıtımın ölçeklendirilmesi için mevcut mali ve insan kaynaklarının ve sektör için ek finansman sağlama potansiyeliyle ilgili tam yapıyı oluşturmaya çalışması gereklidir.

**SONUÇ**

Somali’de toplam sağlık harcaması başına sağlık için kalkınma yardım oranı  45.2 % olan bir ülke olarak; devlet sağlık hizmetlerinin ve harcamalarının büyük bir rol oynamadığı göstermektedir., Devlet tarafından yönetilen “Risk Havuzu Oluşturma”, tüm üyeler arasında riski paylaşmayı kabul eden bir toplulukla birlikte fon havuzu oluşturarak , sağlık harcamaları sorununu azaltma yöntemidir. Üyeleri öncelikle devlet çalışanlarıdır. Devlet tarafından yüksek maaş alan çalışanları maaşlarından belli bir miktarı kesip havuza dahil edilerek gelecekteki sağlık ihtiyaçlarını karşılamaktadır. Bu uygulama gene halkı değil yönetime yakın kesimi desteklemektedir. Gerek çalışma bağlamında gerekse genel olarak Somali’de sağlık sigorta sistemi hakkında daha önce yapıldığı araştırmalar bulunmamaktadır. Data seti oluşturabilmek çok zordur. Ayrıca bununla ilgili veriler için hükümetin kaynaklarına başvurmak gereklidir. Ancak kurumsallık sorunları da göz önüne alındığında elde etmek kolay değildir. Örneğin ;sağlık bakanlığıyla iletişim kurulduğunda, Sağlık ve Sosyal Bakım Bakanı - Federal Somali Cumhuriyetinin yakın gelecekte sağlık sigorta sistemi başlaması yakın planlarından olmadığı bildirdi Somali, sağlık hizmetleri büyük ölçüde özel sektör olduğu için devlet tarafından sağlık sigorta sistemi kurulması sağlık hizmetlerinde kamu sektörünün büyümesine ve toplumu oluşturan %30’luk alt gelir seviyesinin bu hizmetlerden yararlanabilmesine olanak tanıyacaktır. Sağlık hizmeti üreten kurum ve kuruluşların daha etkin ve verimli bir üretim sürecine girebilmelerinin sağlanması için mevcut sorunların ortaya konması ve çözümlenmesi gerekmektedir. Son olarak araştırma; Somali hükümeti tarafından göz ardı edilen konuyu vurgulamak için yapılmaktadır. Sağlık bakanlığı; devletin şimdiki durumu nasıl sağlık sigorta sistemi oluşturmasına yol göstermektedir. Bu araştırmanın önemi ve ana sorunu, Somali daha önce hiç sağlık sigortası uygulanmamış bir ülke olarak nasıl sağlık sigorta sistemi uygulanır cevabını vermeye çalışmasıdır.

# Kaynakça

African Development Bank Group. (2015). Somalia: Country Brief 2013. *African Development Bank Group*, 2.

B. Saltman, R., Busse, R., & Figueras, J. (2004). *Social health insurance in perspective:the challange of sustaining stability.Social Health Insurance Systems in Western Europe.* England: Open University Press.

Barre, M. S. (1970). My country and my people: the collected speeches of Major-General Mohamed Siad Barre. *Somali Democratic Republic, 3*, 141.

Burns, T., Batavia, A., & DeJong, G. (1991). The Health Insurance Coverage of Working-Age Persons with Physical Disabilities. *Inquiry, 28*(2), 187-193.

Centre, H. I. (2018). *Human Papillomavirus and Related Diseases Report, SOMALIA.* HPV Information Centre.

CIA. (2019). *Central Intelligence Agency*. Somalia: https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/so.html adresinden alındı

Derya T., & Mehtap T. (2000). Sağlık Sigortası: Teori ve uygulama. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 5*(4), 123-136.

Doherty, J., McIntyre, D., & Gilson, L. (2000). Social Health Insurance. (A. Ntuli, Dü.) *South African Health Review*, 169-182.

E, P. (2012). The Somali healthcare arena: a still incomplete mosaic. *University of Queensland*.

FGS. (2017). *NATIONAL DEVELOPMENT PLAN 2017 - 2019.* Somalia: FEDERAL GOVERNMENT OF SOMALIA.

Fişek G, Özşuca ŞT, & Şuğle MA. (1998). *Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi 1946-1996.* İstanbul.

FUND, T. G. (2017). *Somalia*. theglobalfund.org: https://www.theglobalfund.org/en/portfolio/country/?loc=SOM&k=ef4cf219-ea30-4c9a-a2de-50e084257917 adresinden alındı

Hassan, S. (2017). *AN OVERLOOKED CONSEQUENCE OF CIVIL WAR: MENTAL ILLNESS IN SOMALIA*. Princeton university : https://pphr.princeton.edu/2017/08/24/an-overlooked-consequence-of-civil-war-mental-illness-in-somalia-and-the-somali-diaspora/ adresinden alındı

healthdata. (2018). *Somalia*. healthdata.org: http://www.healthdata.org/somalia adresinden alındı

IMF. (2017, April 11). *Six Things to Know About Somalia's Economy*. IMF- International Monetary Fund: https://www.imf.org/en/News/Articles/2017/04/11/NA041117-Six-Things-to-Know-About-Somalia-Economy adresinden alındı

İnsamer. (2018). *SOMALI*. INSAMER IHH Insani ve sosyal araştırma merkezi: https://insamer.com/tr/somali\_775.htm adresinden alındı

İstanbulluoğlu, H., Güleç, M., & Oğur, R. (2010). Sağlık Hizmetierinin Finansman Yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi, 85*(2), 86-99.

Kalid Ali, M., Hussein Abdullahi, L., & Mohamed Omar, A. (2018). Community Health and Social Accountability in Somalia Programme (CHASP). *Save the children*.

KFF. (2013, Mar 25). *Somalia aims to provide universal basic health care by 2016*. kff.org: https://www.kff.org/news-summary/somalia-aims-to-provide-universal-basic-health-care-by-2016/ adresinden alındı

LANDINFO. (2014). Report Somalia : Medical treatment and medication. *LANDINFO Norwegian Country of Origin Information Centre*.

Maalim AM, Zachariah R, & Khogali M. (2014). Supporting ‘medicine at a distance’for delivery of hospital services in war-torn Somalia: how well are we doing? *Int Health, 3*.

Menkhaus, K. (2006). Governance without government in Somalia: spoilers, state building and the politics of coping. *Int Secur, 31*, 74 -106.

Metz, H. C. (1992). Somalia : a country study. *Federal Research Divsion, Library of Congress*.

Modol, X. (2015). *Somalia Health Public Expenditure Review ,a preliminary exploration.* World Health Organization.

Mogadishu, B. E. (2014, July 7). Launch of the Essential Package of Health Services, Mogadishu. Mogadishu.

Onaran Ayyıldız.Z.(2014) Sağlığın Mikrosu İstanbul

Pitacco, E. (2014). *Health Insurance.* Switzerland: Springer International Publishing.

Powell, Benjamin, Ford, Ryan, & Nowrasteh, Alex. (2008). Somalia after state collapse: Chaos or improvement? *Journal of Economic Behavior & Organization*.

Pusatlı, A. (2006). SAĞLIK SİGORTASI. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: ANKARA ÜNİVERSİTESİ.

Ron, A., Abel-Smith, B., & Tamburi, G. (1990). *Health Insurance in Developing Countries.* International Labour Organisation- Geneva.

Roemer M.(1984) Analysis of Health Services Systems — A General Approach pp.47-59

Saltman, R., & Dubois, H. (2004). The historical and social base of social health insurance systems. *Social Health Systems in Western Europe*, 21-33.

Sargurtan, A. E. (2005). Sağlık Sektörü Ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergi, 8*(3), 400-428.

Somalia Ministry of Health. (2014, Sep). SOMALI HEALTH POLICY: PRIORITIZATION OF HEALTH POLICY ACTIONS IN SOMALI HEALTH SECTOR. Ministry of Health and Human Services, Federal Government of Somalia.

Somalia Ministry of Health. (2016). The Somali Health Care Financing Strategic Plan South Central , Puntland , and Somaliland January 2016 – December 2017. Mogadishu: Somalia Ministry of Health.

Somalia, U. (2016). *SITUATION ANALYSIS OF CHILDREN IN SOMALIA 2016.* UNICEF: https://www.unicef.org/somalia/resources\_18507.html adresinden alındı

*Somali'nin Ekonomisi*. (2018). Türkiye Cumhuriyeti Dışişleri Bakanlığı: http://www.mfa.gov.tr/somali-ekonomisi.tr.mfa adresinden alındı

Tatar, M. (2011, Haziran). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. *1*(1), 103-133.

Tika. (2016). *TIKA.* SOMALIA. adresinden alındı

UN. (2012). *Somalia Human Development Report 2012: Empowering Youth for Peace and Development.* United Nations Development Programe Somalia.

Ünal, E. (2013). Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi. *Bursa Ekin Yayınevi*, 160.

UNHCR. (2018). *Somalia*. unhcr.org: https://www.unhcr.org/somalia.html adresinden alındı

UNHCR. (2018). *SOMALIA*. reporting.unhcr.org: http://reporting.unhcr.org/node/2550#\_ga=2.199395562.574767208.1557872177-1623021312.1557872177 adresinden alındı

UNICEF. (2012). *Accelerating the Millennium Development Goals in Somalia: a Joint Health and Nutrition Programme (JHNP) 2012–2016.* Nairobi: 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 HEALTH AND NUTRITION PROGRAMME Annual Progress Report 2015.* UNICEF.

Unicef. (2018). *ANNUAL REPORT 2017.* UNICEF.

Warsame, A. (2014). Opportunity for health systems strengthening in Somalia. *2*(4), e197-e198.

Warsame, A., Handuleh, J., & Patel, P. (2015). Prioritization in Somali health system strengthening:a qualitative study. *Oxford University Press on behalf of Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*.

WHO. (2006). *HEALTH SYSTEM PROFILE‐ SOMALIA.* World Health Organization.

WHO. (2010). *A SITUATION ANALYSIS OF MENTAL HEALTH IN SOMALIA.* WHO.

WHO. (2014). *Country Cooperation Strategy for WHO and Somalia 2010–2014.* World Health Organization .

WHO. (2015). *Strategic review of the Somali health sector : Challenges and Prioritized actions.* WHO.

William, A. (1991). Health Insurance in Practice. *San Francisco, CA; Jossey-Bass*, 542.

World Bank. (2013). *Strengthening Somali Health Financing: “PFM Strengthening and use of Government systems”.* World Bank.

 **LİNKLER**

[**https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13623699.2014.874085?src=recsys&journalCode=fmcs20**](https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13623699.2014.874085?src=recsys&journalCode=fmcs20)

#  [https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-1-4613-2685-4\_5](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4613-2685-4_5)

1. #  Bknz; Analysis of Health Services Systems — A General Approach [https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-1-4613-2685-4\_5](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4613-2685-4_5)

 [↑](#footnote-ref-1)