

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
HASTANE VE SAĞLIK KURULUŞLARINDA YÖNETİM ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SOMALİ SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ UYGULAMASI: ALMANYA VE
GÜNEY KORE SAĞLIK SİGORTA SİSTEMLERİ BİR KARŞILAŞTIRMA**

AHLAM HUSSEIN AHMED

2501151264

TEZ DANIŞMANI
DOC. DR. ZAHİDE AYYILDIZ ONARAN

İSTANBUL 2019



YÜKSEK LİSANS
TEZ ONAYI

ÖĞRENCİNİN;

Adı ve Soyadı : AHLAM AHMED Numarası : 2501151264
Anabilim Dalı / Anasanat Dalı / Programı : HASTANE VE SAĞLIK KURULUŞLARINDA YÖNETİM Danışmanı : DOÇ.DR.ZAHİDE AYYILDIZ ONARAN
Tez Savunma Tarihi : 01.08.2019 Saati : 13:00
Tez Başlığı : SOMALİ'DE DEVLET SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMASI

TEZ SAVUNMA SINAVI, İÜ Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 36. Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULÜNE OYBİRLİĞİ / ~~OYÇOKLUĞU~~ YLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
1-PROF.DR.SADİ UZUNOĞLU		Kabul
2-PROF.DR.GÖKHAN KARABULUT		Kabul
3-DOÇ.DR.ZAHİDE AYYILDIZ ONARAN		Kabul

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
1-DR.ÖĞR.ÜYESİ SONAT BAYRAM		Kabul
2-DR.ÖĞR.ÜYESİ FİLİZ BALOĞLU		

ÖZ

SOMALİ SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ UYGULAMASI: ALMANYA VE GÜNEY KORE SAĞLIK SİGORTA SİSTEMLERİ BİR KARŞILAŞTIRMA

AHLAM AHMED

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.

Tüm dünya ülkelerinde sağlığın finansmanında benzer sorunlar yaşanmaktadır. Bu çalışmada Somali; şimdiye kadar yasal sağlık sigorta sistemi olmadığını bir ülke olarak dünyanın ilk sosyal sağlık sigortası uygulamasına sahip olan Alman sağlık sisteminin ve dünyanın en kısa zamanda ulusal sağlık sigorta sistemi uygulanması sahip olan Güney Kore sağlık sistemiyle karşılaştırma yaparak bu sorunlara karşı aldığı önlemler araştırılmış olup Somali için bir model önerisinde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: *Sigorta, Sağlık, Sağlık Sigortası. Sağlık sistemi*

ABSTRACT

SOMALIA HEALTH INSURANCE SYSTEM APPLICATION: A COMPARISON OF GERMANY AND SOUTH KOREA HEALTH INSURANCE SYSTEMS

AHLAM AHMED

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.

In this study, we have put lights to the social health insurance where we suggested a social insurance modal that Somalia can implement, Somalia as a country that lacks social health insurance system, by comparing between German health insurance system which thought-out as the first in the world and South Korea health insurance system that is the fastest to put into action.

Keywords: *Insurance, Health, Health insurance, Health system*

İÇİNDEKİLER

ÖZ	iii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
KISALTMALAR LİSTESİ	x
GİRİŞ	1
I. SAĞLIK VE SAĞLIK SİGORTASI	3
1.1. Sağlık Sigortası	3
1.2. Sosyal Sağlık Sigortası Tarihçesi.....	5
1.3. Sağlık Sigorta Türleri.....	6
1.3.1. Sosyal sağlık sigortası.....	6
1.3.2. Özel sigorta	10
1.4 Sağlık Sigortasının Önemi	11
1.4.1 Sağlık sigortasının birey ve toplum güvenliği anlamındaki rolü	11
1.4.2 Sağlık sigortası ve ekonomik kalkınma sürecindeki rolü	11
1.4.3 Sağlık sigortası ve önleme konusundaki rolü.....	12
1.4.4 Sağlık sigortası ve tasarruf sürecinde aktif rolü.....	12
1.5 Sağlık Sigortası Sağlığa Etki	13
1.5.1 Gözlemsel çalışmalar	13
1.5.2 Doğal deneyler	13
1.5.3 Deneysel çalışmalar	14
1.6 Sosyal Sağlık Sigortası Vasıtasıyla Evrensel Kapsamı Yönünde Geçiş Hızını Etkileyen Genel Faktörler	15
1.7 Sosyal Sağlık Sigortasının Avantajları Ve Dezavantajları	16
II. SAĞLIK VE SOSYAL SAĞLIK SİGORTASI FİNANSMANI.....	19
2.1 Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Kavramı.....	19
2.2 Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Sınıflandırılması.....	20
2.3 Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Modelleri.....	21
2.4 Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modeli Belirlenmesi İçin Temel Kriterler.....	22
2.4.1 Uygulanabilirlik	22
2.4.2 Mali kapasite	22
2.4.3 Ülkenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi	22

2.4.4 Verimlilik.....	23
2.4.5 Hakkaniyet	23
2.4.6 Tüketici Davranışı ve Kullanım/ Talep.....	23
2.4.7 Hizmet Sunucusu Davranış ve Hizmet/ Arz Sunumu	23
2.5 Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri	24
2.5.1 Cepten ödemeler	24
2.5.2 Özel sağlık sigortalar	24
2.5.3 Sosyal sağlık sigorta	26
2.5.4 Vergilerle finansman.....	27
2.6 Sağlık hizmetlerinin finansman evrensel kapsam mekanizmalar	28
2.6.1 Sistem hedeflerine ulaşmak	28
2.6.2 Sağlık sistemi için fon seferberliği.....	29
2.6.3 Riski paylaşma ve yönetme.....	30
2.6.4 Tedarikçilerden satın alma hizmetleri.....	30
2.6.5 Tasarım konuları	30
III. SOMALI 'DEKİ SAĞLIK SİSTEMİNİN İNCELENMESİ.....	32
3.1 Somali'nin genel ekonomi durumu.....	34
3.2 Somali'nin genel sağlık durumu	36
3.3 Somali sağlık sistemi	39
3.4 Somalideki sağlık sistemi organizasyonu ve yapısı	42
3.4.1 Kamu sektörü.....	42
3.4.2 Özel sektör	45
3.5 Somali Sağlık Harcamaları	47
3.5.1 Yurtiçi kaynaklar	47
3.5.2 Yurtdışı kaynaklar.....	49
3.6 Somalide Sağlık Finansmanının Zorlukları	51
IV. ALMANYA VE GÜNEY KORE'DE SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ İNCELENMESİ VE SOMALI İÇİN BİR MODEL ÖNERİSİ	52
4.1 Almanya.....	52
4.1.1 Almanya'nın sağlık sistemi.....	53
4.1.2 Almanya'nın sağlık sisteminin tarihçesi	54
4.1.3 Almanya'nın sağlık sisteminin örgütsel yapısı	57
4.1.4 Almanya'daki hastaneler ve sağlık çalışanları.....	60
4.1.5 Almanya'nın sigorta sistemi	63
4.1.6 Almanya'nın sağlık sigortasının finansmanı.....	65

4.2 Güney Kore.....	68
4.2.1 Güney Kore'nin sigorta sistemi	69
4.2.2 Güney Kore'nin sağlık sisteminin tarihçesi	72
4.2.3 Güney Kore'nin sağlık sisteminin yapısı	74
4.2.4 Güney Kore ulusal sağlık sigortasına geçişi	75
4.2.5 Güney Kore'deki hastaneler ve sağlık çalışanları	77
4.2.6 Güney Kore'nin sağlık sisteminin finansmanı	79
4.3 Almanya ve Güney Kore'de sağlık sistemlerinin ve sigortalarının karşılaştırılması	83
4.4 Somali, Almanya ve Güney Kore'de sağlık sistemlerinin karşılaştırılması	88
4.5 Somali'de sosyal sağlık sigortası uygulanması	90
ÖNERİLER.....	95
SONUÇ.....	97
KAYNAKÇA.....	99

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1 Sağlık sistemleri finansman modelleri	21
Tablo 2 Somali'nin Genel Bilgileri ve Göstergeleri.....	33
Tablo 3 Somali'nin Genel Ekonomi Göstergeleri	35
Tablo 4 Somali'nin Sağlık finansmanında güç ve zayıf noktaları	46
Tablo 5 Somali'nin TGE,GHE ve TGE'den sağlık harcamaları% Bölgelere göre (2009-2015)	49
Tablo 6 Somali kaynağa göre sağlık harcamaları 2015	50
Tablo 7 Almanya'nın Genel Bilgileri ve Göstergeleri	53
Tablo 8 Almanya'nın Anahtar Demografik ve Sosyal Göstergeleri.....	54
Tablo 9 Almanya Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (2007-2015)	66
Tablo 10 Güney Kore'nin Genel Bilgileri ve Göstergeleri	69
Tablo 11 Kore'de sağlık sigortasının gelişimi(1963-1989).....	73
Tablo 12 Güney Kore'nin Sağlık harcamaları Göstergeleri (2012-2017).....	75
Tablo 13 Güney Kore'nin mesleke göre sağlık personelleri (2000-2016).....	78
Tablo 14 Güney Kore Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (2007-2015)	80
Tablo 15 Güney Kore belirli sağlık hizmetleri için cepten yapılan ödemeler	81
Tablo 16 Almanya ve Güney Kore'nin sağlık personal sayısı	85
Tablo 17 Almanya ve Güney Kore'nin sağlık harcamaları 2017.....	86
Tablo 18 Somali, Almanya ve Güney Kore'nin sağlık harcamaları 2015	89

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1 Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı: Cepten Ödeme	24
Şekil 2 Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı : Özel Sağlık Sigortaları	25
Şekil 3 Sosyal Sağlık Sigortası Sistemlerinin Piramit Modeli.....	27
Şekil 4 Sağlık finansmanı hedefleri ve nihai sağlık sistemi hedefleri	29
Şekil 5 Sağlık finansmanında kilit tasarım konuları	31
Şekil 6 Somali'nin ölüm nedenleri % (2017)	37
Şekil 7 Somali'nin ölüm nedenlerinin sıralaması (2000-2017).....	38
Şekil 8 Somalideki sağlık sisteminin yapısı.....	42
Şekil 9 Somalideki Bölgesel Sağlık Sistemi Örgütü.....	44
Şekil 10 Somalideki TGE ve GHE (2009-2015)	47
Şekil 11 Somalideki Sağlık fonlarının finansal aracıları kaynaklara göre(2010-2014)49	
Şekil 12 Almanyadaki sağlık Bismark'ın önceki dönem.....	55
Şekil 13 Almanya Sağlık Sigortası Organizasyon Yapısı.....	58
Şekil 14 Almanya Hastanelerin Sınıflandırılması.....	61
Şekil 15 Almanya Hastanelerin Sayısı.....	61
Şekil 16 Almanya'nın sağlık personelleri	62
Şekil 17 Almanya Yasal Sağlık Sigortası Finansman Akışı.....	67
Şekil 18 Ulusal Sağlık Sigortası Operasyonu	82
Şekil 19 Dünyada kişi başına düşen hastane yataklarının sayısı	84

KISALTMALAR LISTESİ

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BM	: Birleşmiş Milletler
CHW	: Toplam Sağliğı Çalışanı
DSÖ	: Dünya Sağliğ Örgütü
EPHS	: Sağliğ Hizmetlerinin Temel Paketi
EPI	: Bağışıklama Genişletilmiş Programı
FAO	: Dünya Tarım Örgütü
FCHW	: Kadın Toplumu Sağliğ Çalışanları
FGS	: Federal Somali Hükümeti
GHE	: Devlet Sağliğ Harcamaları
GKV	: Almanya Yasal Sağliğ Sigortası
GSYH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
HC	: Sağliğ Merkezi
HMIS	: Sağliğ Yönetimi Bilgi Sistemi
HPER	: Sağliğ Kamu Harcamalar İncelemesi
HSSP	: Sağliğ Sektörü Stratejik Planları
IGE	: İnsani Gelişme Endeksi
JHNP	: İş Sağliğı Ve Beslenme Programı
NES	: Kuzey Doğu Somali
NHI	: Ulusal Sağliğ Sigortası
NWS	: Kuzey Batı Somali
OECD	: Ekonomik İşbirliği Ve Kalkınma Örgütü
PEC	: Geçici Federal Anayasa
PHU	: Birinci Basamak Sağliğ Üniteleri
PKV	: Almanya Özel Sağliğ Sigortası
RHC	: Sevk Sağliğ Merkezi

SCS	: Güney/ Orta Somali
SHI	: Sosyal Sağlık Sigortası
STK	: Sivil Toplum Kuruluşları
TGE	: Toplum Devlet Harcamaları
UNDP	: Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı
UNFPA	: Birleşmiş Milletler Nüfus Faaliyetleri Fonu
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu



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 baskın rol oynamaktadır. Bunun yanında sağlık hizmetlerinin sunulma biçimi, ülkelerin ekonomik, siyasi ve sosyal yapıları, gelir dağılımı gibi diğer hususlarda hiç şüphesiz sağlık sistemlerinin şekillenmesinde etkilidir. Bu bağlamda, sağlık sistemlerinin değişik şekillerde sınıflandırılması mümkün olmakla birlikte öğretilen ve 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 itibarıyla 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, hastalanma riskine ve bunun sonuçlarına karşı bir önlem alma gereksinimi ortaya çıkış temel nedeniydi . Burns ve diğerlerinin de belirttiği gibi (Burns, Batavia, & DeJong, 1991) sağlık sigortası, grubun ve birey taşıdığı sağlık hizmetlerinin yüksek maliyetlerini karşılayamama riskini topluma veya diğer sigortalılara yayan bir uygulamadır.

Somali, 2012 İnsani Gelişme Endeksi'nde en az gelişmiş ülkeler arasında yer alan, 20 yıllık iç savaşı katlanmış olan ve daha önce hiç sosyal sağlık sigorta sistemi olmayan bir ülkedir.

Bu çalışmanın amacı; Somali için, bir sosyal sağlık sistemi modeli oluşturmaktır. Amaca yönelik olarak, dünyanın en iyi sağlık sistemleri arasında gösterilen Alman sağlık sistemi ve dünyanın en hızlı sağlık sigortası evrensel kapsamı arasında geçebilen Güney Kore sağlık sistemi incelenmiştir. Demografik değişimler için Almanya’nın ve Güney Kore’nin uyguladığı önlemler ve özel sağlık sigortası ile

sosyal sağlık sigortasından oluşan karma sistem yapısı üzerinde durularak Somali için uygun bir model oluşturulması amaçlanmaktadır. Çalışma için kaynaklar toplanarak araştırma yapılmıştır.

Çalışmanın birinci bölümünde sosyal sigortaların da anlaşılabilmesi açısından; Sağlık Sigortası,nemi, ve sağlık sistemlerinin kavramsal erevesi ve tarihsel gelişimi ele alınmıştır. ayrıca bu bölümünde dünyada sosyal sağlık sigortası vasıtasıyla evrensel kapsamı yönünde geçiş hızını etkileyen genel faktörler detaylı olarak incelenmiştir.

İkinci bölümünde sağlık hizmetlerinin finansmanı kavramı, modeli, yöntemleri ve sağlık hizmetlerinin finansman modeli belirlenmesi için temel kriterler bahsedilmiştir.

nc bölümünde Somali`nin genel ekonomi durumu, Somali sağlık sistemi ve Somali sağlık sektöründe sağlık finansmanın zorlukları anlatılmıştır.

Dördüncü ve son bölümünde Almanyanın sigorta sistemi ve Güney Korenin sigorta sistemi incelenmiştir. ve yapılan karşılaştırma sonucunda Somali`de sağlık sistemi oluşturması için neler yapmalı açıklanmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

I. SAĞLIK VE SAĞLIK SİGORTASI

1.1. Sağlık Sigortası

Yakın zamana kadar sağlık; sakatlığın ve hastalığın olmayışı, hastalık da sağlıklı olmama gibi dar bir çerçeve içinde tanımlandığından, bu tanımların bireyi etkileyen sosyal ve ruhsal faktörleri önemsemediğini düşünmüştür. Oysaki sağlık, çeşitli faktörler tarafından etkilenmektedir. Bu faktörler; biyolojik, kültürel, sosyal, fiziksel ve ekonomik olarak bulunmaktadır (Bolsoy & Sevil, 2006).

Kişiler açısından sağlık hasta olmama hali olarak tanımlanmaktayken, uzmanlar açısından bireyin sağlıklı olmadığı ve sağlık durumundaki en küçük bir sapma hastalık olarak kabul edilmektedir (Çoban, 2009, s. 211).

Sağlık kavramı, diğer kavramlar gibi ekonomik, siyasal, sosyal ve kültürel alandaki, kısacası insanlığın tüm tarihsel mirasındaki birikimlerle birlikte içeriği ve kapsamı gelişen ve değişen bir kavramdır (Ünal, 2013, s. 160).

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 biçimdir.

Sosyal Sağlık Sigortası; bireylerin ihtiyaçları olabilecek, bireye yönelik koruyucu tedavi edici ve geliştirici tüm sağlık hizmetlerinin prim karşılığında verileceğini içeren devlet güvencesidir (Sargurtan, 2005, pp. 400-428).

Temel insan haklarının başında sağlık hakkı gelir; zira bu hakkın sağlanmadığı durumda diğer hakların da gerçekleşmesi mümkün değildir. Sağlıklı olmayan ve sağlığına dikkat etmeyen bir insan ne kendisine ne de bakmakla yükümlü olduğu bireylere faydası dokunmaz. Bunu sağlamak için öncelikle sağlıklı olabilmek ve sağlıklı yaşayabilmenin gerektirdiği şartlara ve durumlara uymak gerekir. Sağlığına dikkat etmeyen bireyler hem yaşamları boyunca bedensel sıkıntı yaşarlar hem de maddi açıdan çıkacak zorluklara göğüs germek zorunda kalırlar. Bireyler öncelikle bedensel sağlığını düşünmeli ve sağlıklı yaşamının ve sağlıklı olabilmenin şartlarına

uymalıdır. Bu durum hem kendisi açısından hem de bakmakla yükümlü olduğu kişiler açısından yararlıdır.

Hastalık sebebiyle ortaya çıkan gelir kayıplarının ve gider artışlarının karşılanabilmesi için yapılacak kişisel tasarruflar çoğunlukla yetersiz kalır. Hastalıklar genellikle maliyet bakımından, normal aile bütçesiyle karşılanmayacak kadar yüksek masraf gerektirdiğinden, hastalığı toplumsal bir sorun olarak görmek ve ortaya çıkan riskin mali yükünü sigorta yöntemi ile örgütlenmiş bir topluluğa dağıtmak, etkili bir sosyal güvenlik önlemdir.

Sağlık hakkı birçok uluslararası kaynakta yer almıştır. 1946'da kurulan Uluslararası Sağlık Örgütünün Anayasasında “sağlık, sosyal, zihinsel ve fiziksel açıdan iyi durumda olma” hali olarak belirtilmiştir. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin 25. Maddesinde de, “Herkesin, kendisi ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, barınma tıbbi bakım hakkı vardır. Öte yandan, 1966'da imzalanan Toplumsal, Ekonomik ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi'nde de sağlık hakkı düzenlenmiştir. 12 Eylül 1972'de DSÖ desteği ile 134 ülke temsilcisi Alma Ata'da toplanarak sağlık için temel ilkeleri belirlemişlerdir. Toplumların sağlıklı yaşayabilmeleri için şart olan bu ilkeler şu şekilde sıralanmıştır; eğitim-sağlık açısından ana babanın eğitimi çok önemlidir, zira eğitilmiş anneler daha sağlıklı çocuk yetiştirirler, yeterli beslenme ve bunu sağlayacak parasal güç, kullanma ve temiz içme suyu sağlanması, insana ve çevreye zarar vermeyecek biçimde kirli atıkların toplanması, ana ve çocuk bakımının devamlı ve periyodik olarak izlenmesi, bulaşıcı hastalıklara karşı aşı uygulamasının yaygın ve etkin biçimde sürdürülmesi, salgın hastalıkların yayılmasına sebep olan aracı taşıyıcıların ortadan kaldırılması, her yerde acil sağlık yardımı ve gerekli ilaçların hazır bulundurulması gerekmektedir (Pusatlı, 2006, p. 25).

1.2. Sosyal Sağlık Sigortası Tarihçesi

Bu potansiyeli değerlendirmek için en erken ve en önemli siyasal adım 1883'te Bismarck tarafından Almanya'da uygulanmıştır. Alman hükümeti çok düşük kazanç sağlayan sektörlerin işçileri için, işçilerin ve işverenlerinin zorunlu katkılarıyla finanse edilmek şartıyla zorunlu bir hastalık fonu oluşturmuştur.

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, s. 21-33) 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, s. 24-25) .

Hükümetin sağlık alanındaki sosyal kaygılarını somut bir şekilde bilertmesi, işçilerin ve ailelerinin beklentilerine yanıt vermesi sebebi ile 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, s. 3-20).

1.3. Sağlık Sigorta Türleri

Sağlık alanında sigorta uygulamaları sosyal sigorta ve özel sigorta olmak üzere iki şekilde gerçekleşmektedir (William, 1991, p. 542) aşağıda her iki sigorta türü açıklama yapılmıştır:

1.3.1. 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 parçası olarak da düşünülebilir (Pitacco, 2014, p. 162).

“Sosyal” olarak nitelendirilmek için, sosyal sağlık sigortası belirli özelliklere sahip olmalıdır: (1) risk havuzuna zorunlu katkılar (Kutu1); (2) risk havuzunda çok sayıda insan olması, çünkü az sayıda insanın bulunduğu havuzlar riski yeterince yayamaz ve büyük sağlık maliyetlerini karşılayamayacak kadar küçüktür; ve (3) çok sayıda fakir insan nedeniyle, genellikle devlet gelirinden sübvans edilen havuzlanmış 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, pp. 169-182).

Kutu: Risk havuzu

Sağlık sigortası ve halk sağlığı hizmeti olmadığını ve yüksek maliyetlere yol açan ciddi bir hastalığınız olduğunu hayal edin. Tasarrufunuzu kullanmak, hatta varlığınızı faturayı ödemek için satmak zorunda kalabilirsiniz. Aynı zamanda, tüm komşularınız sağlıklı ve hastalıkları yok. belli bir süre boyunca, belki bir yıl boyunca, komşularınız yokken, sizi ciddi şekilde etkileyebilecek yüksek sağlık masrafları ile karşı karşıya kalırsınız. Ancak, gelecek yıl hastalanan komşunuz olabilir.

Birçok hastalık ve kaza tahmin edilemez. Bu yüzden herkes için finansal bir risk oluşturuyorlar. Risk havuzu oluşturma, bu sorunu bir kez oluşturduktan sonra tüm üyeler arasında riski paylaşmayı kabul eden bir topluluk - havuz - oluşturarak bu sorunu azaltma yöntemidir. Bu, hepsinin risk ortaya çıktıktan sonra büyük miktarda ödeme yapmak yerine düzenli olarak küçük ve katlanılabilir bir miktar ödeme yapmasıdır. Empirical çalışmalar, sağlık hizmeti maliyetlerinin aileleri mahvedebileceğini ve risk havuzunun olmadığı yerlerde yoksulluğa yol açabileceğini göstermektedir, bu nedenle riskin havuzlanması bir tür sosyal koruma biçimidir.

Kaynak: (World Health Organization, 2010)

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, pp. 21-33) Bu tanımdan da bakıldığı üzere kişi tek ve bağımsız bir varlık olarak ele alınmak yerine birbirleri arasında karşılıksız bir 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.

Sosyal sağlık sigortası, çeşitli sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi için fon havuzlarının oluşturulması ve toplanmasına imkân sağlayan kurumsal

mekanizmalardan biridir. Genel olarak, Avrupa'nın daha gelişmiş sosyal sigorta sistemlerinde, çalışanlar, işverenler ve serbest meslek sahipleri prim ödemek sureti ile kendileri ve aile fertleri için sunulan sağlık hizmetlerinden faydalanmaktadırlar. Çoğu zaman bu sigorta primleri ödenmesi yasal bir zorunluluk hale gelmiştir. Birçok hükümet de sağlık hizmetlerinin finansal olarak sürdürülebilirliklerini sağlamak veya geliştirmek için sigorta sistemlerine finansal desteği sağlamaktadırlar.

Bu bağlamda, sosyal sağlık sigorta sistemlerinin gelişme biçimleri ülkeler arasında dair önemli değişiklikler olmuştur. Bazı durumlarda tüm primler tek bir fonda tutulurken bazen de veya üyelik için rekabet eden çeşitli fonlar oluşturulur. Bu fonlar hükümet, sivil toplum kuruluşları veya parasal olarak bilinen ve yarı devlet yarı özel ortaklığına sahip olan kuruluşlar tarafından yönetilebilir. Sigorta primleri, her zaman olmasa da genel olarak zenginlerin fakirlerden daha fazla katkıda bulunmasını sağlar ancak sigorta primleri genel anlamda sağlık durumuna göre değişmektedir hastalar, sosyal sigorta kapsamında sağlıklı kişilerden daha fazla prim ödemektedirler Sosyal sağlık sigortası kapsamında sunulan hizmetler ödenen primleri fark etmeksizin hizmet sunarken bazı durumlarda özel sözleşmeler ile anlaşmalı fiyatlar dâhilinde sigorta hizmetleri sağlanabilir.

Sosyal sağlık sigortası sistemleri geliştikçe, hizmet kapasitesi daha da gelişmiştir. Bazı hükümetler, yoksullar ve işsizler gibi sigorta primleri ödeyemeyen kişileri de sosyal sigorta mekanizmasına dâhil edilmek üzere maliyetler devlet vergisi veya vergi dışı gelirlerden karşılanarak sosyal sigortanın kapsama alanını genişletmiştir. Son dönemde hiçbir sosyal sağlık sigorta sistemi tamamen bordro kesintileriyle finanse edilmesinin mümkün olmadığı ortaya çıkmıştır. Gayri resmi sektörde, gelirlerin kesin olarak belirlenmesi zor olduğu gerçeğini hesaba katarak kişiler sabit oranlar ile (sosyal sağlık sigorta sistemine katılacak kişilerin geliri veya aile servetine bakılmaksızın aynı prim ödeyerek) sigorta sistemine dâhil edilmiştir.

Günümüzdeki dünyadaki sosyal sağlık sigorta sistemleri karşılaştırıldığında çok büyük farklılık ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle bazı yerlerde kişilerin gönüllü olarak katıldığı sistemlere de sosyal sağlık sigortası olarak adlandırılabilir. Bunun amacı ise, tüm insanların, sağlık ile ilgili finansal risklerin paylaşılarak azaltılan bir mekanizmaya katılım sağlamak olarak görünmektedir. Sonunda, geniş kapsamlı

olarak tanımlanan herhangi bir GSS sisteminin fizibilitesi ve sürdürülebilirliği, sahip olduğu özelliklerin kombinasyonuna bağlı olacaktır. (Ole, Guy, & David, 2010, p. 26) Sosyal Sağlık sigortası, dünya çapında birçok farklılıklar gösterir. Örneğin, bir Sosyal Sağlık sigortası planına katılmaya uygun üyelik, memurlar gibi küçük bir gruptan tüm popülasyona kadar değişebilir. (Doherty, McIntyre, & Gilson, 2000, pp. 169-182)

Sosyal sağlık sigortası, aşağıdaki üç koşuldan en az birini karşılayan bir sigorta programıdır:

- Programa katılım ya yasalar ya da çalışma şartları ile zorunludur.
- Program bir grup adına yürütülür ve grup üyeleriyle sınırlandırılır
- Bir işveren, program adına bir çalışan adına katkıda bulunur.

Sigortalı bireyler, kullandıkları hizmetlerin maliyetine bağlı olmayan düzenli ve çoğunlukla gelirle ilgili katkılarda bulunurlar.

Katkıları, bir veya daha fazla yarı-bağımsız kamu kurumu/kurumlar tarafından, normalde bakımın mükellefleri / müşterileri olarak hareket eden “yasal” sorumluluklarla (genellikle “hastalık fonları” olarak adlandırılır) yönetilir.

Katkıların asıl koleksiyonu bir devlet kurumu aracılığıyla da organize edilebilir.

Sosyal sağlık sigortası devlet tarafından zorunlu tutulursa, yasal sağlık sigortası da denir. (EOHSP, 2009) Günümüzde sosyal sağlık sigortası tarihsel özünü korumakla birlikte ülkelerin ekonomik, ideolojik, sosyal ve kurumsal yapılarındaki farklılıklara bağlı olarak yapısı, teknik yönleri ve işleyişi açısından farklılık göstermektedir. Sosyal sağlık sigortası sistemlerinin bazı temel özellikleri şu şekilde kısıtlanmaktadır:

- Üyelik zorunludur.
- İlk uygulama, işveren ve işçi katkıları ile başlamış, sonra zamanla devlet de finansmana katılmıştır.
- Tespit edilen primler genellikle işveren ve işçi arasında paylaştırılmaktadır.
- Genel vergilerin, sosyal sağlık sigortalı ile finansmanda önemli bir rolü bulunmaktadır.

- Sigorta kuruluşları bazı ülkelerde kâr amacı taşımamakta iken, bazı ülkelerde taşımaktadır. (İstanbuluoğlu, Güleç, & Oğur, 2010, s. 86-99)

1.3.2 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 birçoğu, vatandaşlarını genel sağlık sigortası kapsamına almışken talebin ve hizmet kullanımı karşılanması konusunda yoğun bir baskı altına soktuğu için hükümetler üzerindeki yükü hafifletmek ve toplumun artan talebini karşılamak amacıyla faaliyet gösteren özel sağlık sigortasını ve özel sektörü teşvik edici ve geliştirici uygulamalara bulunmaktadır. (Derya T. & Mehtap T., 2000, s. 123-136)

Özel sağlık sigortası, cepten yapılan ödemelerde olduğu gibi bir sağlık sisteminin finansmanında ağırlıklı olarak başvurulmaması gereken finansman yöntemlerinden biridir. Bu model, farklı amaçlarla ve düzeylerde kullanılabilir. Örneğin bazı ülkelerde Fransa kamu sistemi ile birlikte tamamlayıcı bir rol üstlenirken bazı ülkelerde Amerika , nüfusun önemli bir bölümü için temel sağlık finansman kurumaktadır. Bir başka ifade ile kamu sağlık hizmetleri özel sağlık sigortasının, finanse etmediği bölümü finanse etmek için kullanılmaktadır (Tatar, Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi, 2011) Özel sağlık sigortasının teorideki en büyük avantajı; kısıtlı olan kamu kaynaklarının düşük gelirli, dezavantajlı ve özel sigortaya ulaşamayacak gruplar için harcanmasına imkân verebilmesidir. (İstanbuluoğlu, Güleç, & Oğur, 2010, s. 86-99) 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.
- Sosyal sigortaların kapsamı kanunlarla belirmişken özel sigortalar herkese açıktır.
- Sosyal sigortaları düzenleyen hükümler ise kanunlarla belirleyken özel sigortalar, sigortalı ve sigorta şirketi ile arasında yapılan sözleşme akdi ile çalışmaktadır.

1.4 Sağlık Sigortasının Önemi

Sağlık sigortası, en önemli sigorta türlerinden biridir ve güvenlik, tasarruf, aile koruma, hastalıkların önlenmesi ve ekonomik kalkınmaya katkısı üzerindeki olumlu etkisi nedeniyle toplum ve kuruluşlarıyla yakından ilgilidir. Sağlık sigortasının önemi, bazı sosyal ve ekonomik faktörlerden kaynaklanıyorsa, bunlardan bazılarını aşağıda belirtebiliriz:

1.4.1 Sağlık sigortasının birey ve toplum güvenliği anlamındaki rolü

- Bireyin, ailenin mutluluğu, toplumun ilerlemesi ve refahı için tıbbi bakımın hayati önemi göz önüne alınmalıdır.
- Modern tıbbi bakımın maliyetindeki yüksek ve sürekli artış, bireylerin ve ailelerin çoğunluğunun mali kapasitesinin üzerinde olduğu için, bazı hastalık durumlarda tedavi için gereken her şeyi satmayı ya da borç almak zorunda kalacaklardır.
- Birey ve aile düzeyindeki hastalığın öngörülemezliği veya maliyeti, bu maliyetleri karşılamak için geliri dengelemek için gerekli önlemleri almayı zorlaştırmaktadır.
- Sağlık sigortasının, çalışan kategorilerinin psikolojik ve sosyal istikrarını sağlamada ve uygun tedavi yöntemlerinin bulunmaması nedeniyle olası kaygıların giderilmesinde katkısı.

1.4.2 Sağlık sigortası ve ekonomik kalkınma sürecindeki rolü

- Sağlık sektöründeki ve çeşitli şubelerindeki yatırım fırsatlarını artırarak ve yatırımcıları paralarını sağlık projelerine yatırmaya teşvik ederek ulusal ekonomiyi desteklemeye katkıda bulunun.
- Kurumlar ve sigorta şirketlerinde ve sağlık hizmetlerinin sağlayıcılarında daha fazla iş sağlanmasına katkıda bulunun.
- Nüfusun sağlık ve aile iş gücü ve sanitasyon tesislerinin oranlarını artırmak için katkıda bulunmak.

1.4.3 Sağlık sigortası ve önleme konusundaki rolü

Önleyici sağlık kavramlarına dikkat edilmesi ve bunlara odaklanması, sigortanın amaçlarından biri olarak, önleyici ve erken tedaviye dikkat edilerek sağlığın önlenmesi ve sürdürülmesidir; bu da yüksek düzeyde sağlık ve düşen hastalık oranlarına yol açmakta ve pahalı tedavi maliyetlerini düşürmektedir.

1.4.4 Sağlık sigortası ve tasarruf sürecinde aktif rolü

Pahalı sağlık sektörü harcamalarını finanse etmek için mali kaynakların sağlanması katkıda bulunur ve böylece çalışanlarının tedavisinden sorumlu hükümetlerin, kurumların, şirketlerin ve bireylerin genel bütçesinin yükünü azaltır. (Pitacco, 2014, p. 162)

1.5 Sağlık Sigortası Sağlığa Etki

Sağlık sigortası sağlığı iyileştirir mi? Bu soru, kapsamı genişletmeye yönelik girişimlerin değeri hakkındaki tartışmalarda sıklıkla gündeme gelmektedir. Kapsama genişlemelerinin savunucuları genellikle bu politikaların olası bir faydası olarak sağlığın iyileştirilmesine işaret eder. Ancak böyle bir iddiayı destekleyecek kanıtlar ne kadar iyidir? Sağlık sigortasının sağlığı iyileştireceği açıktır; Sonuçta, sağlık sigortası kesinlikle tüketilen sağlık bakım miktarını arttırmaktadır ve birçok tıbbi müdahalenin çok faydalı olduğu kanıtlanmıştır. Ancak artan kanıtlar, birçok kişinin, sınırda çok az klinik fayda sağlayan bakım aldığını göstermektedir. Daha fazla tıbbi bakım her zaman daha iyi değildir ve bazen daha kötüdür.

Bu nedenle, sigorta genişlemesinden kaynaklanacak sağlık yardımlarının kapsamı tartışmaya açık kalmaktadır. Sigorta kapsamında tüketilen ek tıbbi bakım, sağlığı iyileştirmek için büyük değer sağlıyor mu? Kısacası, sağlık sigortası sağlığı iyileştirir mi?

Çalışmalar, sağlık sigortasının yersizliğine yaklaşımlarına dayanarak üç gruba ayrılmıştır:

1.5.1 Gözlemsel çalışmalar

Şimdiye kadar ki en geniş olan ilk grup, endojenite sorununu gidermek için çok az ya da hiçbir şey yapmayan çalışmalardan ibarettir.

Bu çalışmaların çoğu sağlık sigortası teminatı ile sağlık arasında pozitif bir ilişki bulmaktadır. Ne yazık ki, endojenite problemine yönelik bu tür yaklaşımlara güvenemeyiz; sigortalı ve sigortacı arasındaki gözlemlenemeyen farklılıklar, sağlık sonuçlarında gözlenen farklılıkları tetikleyebilir. Gözlenemeyenleri şaşırtma potansiyeli nedeniyle, sağlık sigortasının sağlık üzerindeki nedensel etkisine ilişkin öngörü sağlamak için gözlemsel çalışmalara güvenemeyiz.

1.5.2 Doğal deneyler

İkinci grup, doğal deneylerden veya yarı deneylerden oluşmaktadır. Bu çalışmalar, sağlık sigortası kapsamındaki değişikliklerle sonuçlanan, sağlık ve sağlık sigortası kapsamının altında yatan diğer belirleyiciler ile makul bir şekilde ilişkili

olmayan varyasyonla sonuçlanan, politikadaki veya diğer dışsal olaylardaki bir değişikliği analiz eder.

Çalışmanın değişen sonuçları mutlaka farklı değildir, çünkü farklı topluluklara uygulanmaktadır.

Ancak, bu farklılıklar “Sağlık sigortası sağlığı nasıl etkiler?” Sorusunun karmaşık olduğu gerçeğinin altını çiziyor ve bunun cevabı, sağlık sigortası ile neyi kastettiğimize ve sağlığı dikkate alındığına bağlı olacak.

1.5.3 Deneyisel çalışmalar

Sadece RAND Sağlık Sigortası Deneyimi, sağlık sigortası kapsamının bireylere rastgele atandığı ve sonraki sağlık sonuçlarının deney grupları arasında karşılaştırıldığı gerçek bir sosyal deneydir.

Bu tür bir randevu atama, tıp dünyasında randomize bir klinik çalışmaya benzer olarak nedensellik değerlendirmesi için altın standarttır. RAND deneyi, sigortacılık cömertliğinin, ortalama bir yetişkin için çeşitli sağlık durumu ölçütleri üzerinde önemli bir etkisi bulunmadığını tespit etmiştir.

Bununla birlikte, RAND deneyi, insanları sağlık sigortası almayacak şekilde randomize etmedi; bunun yerine, yalnızca değişen derecelerde jenerasyon derecesine sahip sağlık sigortası aldılar. Bununla birlikte, görme yetersizliği veya yüksek tansiyonu olan kişiler için daha cömert sigorta kapsamı daha iyi sağlık durumuna dönüştü. Bu nedenle RAND deneyinden elde edilen sonuçlar, sağlık sigortasının sağlık üzerindeki etkilerinin, kimin sağlığı üzerinde çalışıldığına çok fazla bağlı olduğu noktasını tekrar vurgulamaktadır.

O zaman bize sunulan tüm kanıtlar göz önüne alındığında, orijinal derlememiz, sağlık sigortasının belirli sağlık önlemleri veya alt popülasyonlar için sağlığı önemli ölçüde iyileştirdiği görüşünü destekleyen bazı kanıtların olduğu sonucuna varmıştır. Bununla birlikte, çalışma sağlık sigortasına sahip olmanın nüfus sağlığını ortalama olarak iyileştirdiğini göstermek için çok az ikna edici kanıt buldu. Özellikle, sağlık sigortasının sağlık üzerinde nedensel bir etki gösterdiğini iddia eden birçok gözlem

alışmasının aslında yukarıda belirtilen endojenite sorununu çözemedikleri için ikna edici kanıtlar sunmadığı sonucuna varmaktadır. (Levy & Meltzer, 2008, s. 309-409)

1.6 Sosyal Sağlık Sigortası Vasıtasıyla Evrensel Kapsamı Yönünde Geçiş Hızını Etkileyen Genel Faktörler

Genel olarak sosyal sağlık sigortası aracılığıyla evrensel kapsamına ulaşma hızını artıracak pek çok faktör bulunmaktadır. İlk olarak, ülkenin genel gelir seviyesi bu faktörlerden birisidir. Kişi başına düşen gelir artıkça, işletmelerin ve vatandaşların sosyal sağlık sigorta katkılarının ödeme kapasitesi de artar. Ayrıca, ülke çapında gelir yükselişi devletin vergi gelirlerinin artmasına yardım etmektedir. Böylece, devletin sosyal sağlık sigortasına yaptığı finansal katkıların analize edilmesini kolaylaştırmaktadır. Sonuç olarak, bir ülkede yaşanan istikrarlı ekonomik büyüme sosyal sağlık sigortası için gereken imkânları artırabilmektedir.

İkincisi, ülkenin ekonomik yapısı sosyal sağlık sigortası kapsamının genişlemesinde önemli bir rolü vardır. Bu bağlamda resmi ve gayri resmi sektörün büyüklüğünde önem arz etmektedir. Pek çok gelişmekte olan ülkelerde tarım, imalat ve hizmet sektörleri bulunmaktadır ve istihdamın büyük bir kısmı gayri resmi olmasıyla birlikte pek çok çalışan resmi bir maaş almamaktadır. Bu durum kişisel gelirleri değerlendirmek ve katkı tahsil etmek için idari zorluklarla yol açmaktadır. Sosyal sağlık sigorta programının hane halkı katkılarına önemli ölçüde bağlı olduğu durumlarda, nüfusun gayri resmi istihdam kapsamında olan kesimi için sağlık sigortası sağlanmasını engelleyebilir.

Üçüncüsü, sosyal sağlık sigorta mekanizmasının yürütülmesinde ortaya çıkan idari maliyetler, kapsayacağı nüfusun dağılımı ile etkilenmektedir. Düşük altyapı ile yüksek nüfus yoğunluğuna sahip olan kentsel alanlardaki nüfusun, dağınık bir kırsal nüfusa oranla sosyal sigorta kapsamında hizmet vermesi daha kolay olacaktır.

Dördüncü faktör, ülkenin yönetim kabiliyetidir. Sosyal sağlık sigortası programının oluşturulması, defter tutma, bankacılık ve bilgi işlemede kapasiteleri olan yetkin bir iş gücü gerektirir. İkincil ve üçüncül eğitim seviyeleri ideal olarak bu eğitim ihtiyaçlarına karşılayabilir. Finansal hizmet sunucuları, diğer sigorta şirketleri ve hatta

özel sağlık sigortası kuruluşları gibi ilgili piyasalar da sosyal sağlık sigortası mekanizmasında çalışacak personele uygun bir şekilde eğitim verebilir.

Sosyal sağlık sigorta genişletme hızını etkileyen beşinci faktör ise toplumdaki dayanışma seviyesidir. Daha yüksek bir dayanışma düzeyine sahip bir toplum, bireyleri diğer bireyleri desteklemeye daha istekli olan bir toplum olarak nitelendirilmektedir. Tam bir finansal koruma sistemi, hem zenginlerden fakirlere hem de düşük risklerden yüksek risklere kadar önemli miktarda kapsayan mekanizma çapraz sübvansiyon gerektirmektedir. Her ülke, bu çapraz sübvansiyonu sağlamak için uygun dayanışma seviyesini belirlemektedir. Karar vericileri, zaman zaman, dayanışmayı gerektiğinde zorunlu kılabilirler, ancak sosyal sigorta mekanizmasının sürdürülebilmesi için toplumda yeterli derecede bir iç dayanışmanın olması gerekmektedir

Son olarak, yukarıda tartışılan beş faktör sosyal sağlık sigortasının uygulamasında kolaylaştırır veya daha büyük bir derecede etkileyebilir, ancak sistemin başarısı hükümetin herkese zorunlu olarak sisteme yönlendirmesine bağlı olmaktadır. Sosyal sigorta mekanizmasında hükümet liderliğinde daha önemli bir unsur ise sisteme katılacak veya katkı sağlayacak çeşitli paydaşların ve genel halkın sosyal politikalarda söz sahibi olmalarıdır. Herkese açık siyasal tartışmaları ve finansal bilgilerin ulaşılabilirliği, nüfusun hükümete ve sosyal sağlık sigortası uygulamasına dâhil olan diğer kurumlara güven kazanmasına yardımcı olur. (Carrin & James, 2004, s. 50)

1.7 Sosyal Sağlık Sigortanın Avantajları Ve Dezavantajları

Sosyal sağlık sigortası, sağlık hizmetlerini finanse etmenin bir yoludur. Ana finansman mekanizması veya ek bir sistem olabilir. Ülkeler, çeşitli nedenlerden dolayı bir sosyal sağlık sigortası programı oluşturmak veya büyütmek isteyebilirler. Her durumda, sosyal sağlık sigortasının avantaj ve dezavantajlarını göz önünde bulundurmak faydalıdır.

Sosyal sağlık sigortasının birçok avantajı vardır:

- Sosyal sağlık sigortası, sağlık bakım maliyetleri nedeniyle insanların yoksulluktan korunmalarına yardımcı olur yani, felaket kazalar veya hastalıklar nedeniyle yapılan harcamalar - sosyal sağlık sigortası ön ödeme ile risk havuzlamayı karşılıklı destekle birleştirdiğinden beri.
- Sosyal sağlık sigortası, bazı ölkelerde risk havuzu oluşturma ve sosyal dayanışma için bir çerçeve olarak vergi fonlarından daha kabul edilebilir.

Bu, özellikle geçerli kullanıcı ücretlerine bağımlılığı yüksek ölkelerde geçerli olabilir. Bu, daha şeffaf fon akışlarından ve ödemeler ile haklar arasındaki bağlantıdan kaynaklanmaktadır. Bu nedenle kişisel sorumluluk ve daha geniş piyasa ekonomisine uygunluk açısından vergi fonlarından daha uyumlu görünüyor.

- Sosyal sağlık sigortası, sağlık sistemi için, işverenlerden fon gibi ek kaynakları harekete geçirebilir.
- Sosyal sağlık sigortası, sağlık hizmetleri için genel devlet bütçesinden ayrı ve bütçe karşılığından bağımsız olarak istikrarlı bir finansman kaynağı sağlayabilir.
- Sosyal sağlık sigortası, doğrudan kamu bütçesinden pay almak için rekabet etmemektedir.
- Sosyal sağlık sigortası, cep harcaması ve ticari sigortadan daha adildir.
- Sosyal sağlık sigortası, hastaların sağlık hizmeti sağlayıcılarının müşterileri olarak haklarının güçlendirilmesine yardımcı olabilir.
- Sosyal sağlık sigortası fiyatların, maliyetlerin ve harcamaların şeffaflığını artırabilir.
- Sosyal sağlık sigortası çerçevesi, sağlık hizmetlerinde etkinliği artırabilecek olan açık satın alma düzenlemelerinin ve daha fazla sağlayıcı özerkliğinin geliştirilmesini teşvik eder.
- İşveren ve işçi temsilcileri, sosyal sigorta yönetimi kurulumunun bir parçası ise, harcamaları izlemek için teşviklere sahiptir.

Her ne kadar risk havuzu oluşturma ve satın alma sosyal sağlık sigortasına münhasır olmasa da, insanların hak ettiği hizmetleri sağlama ve maliyetlere karşı sorumlu olma gereksinimi iyi uygulamayı teşvik eder.

Potansiyel avantajların ne ölçüde gerçekleştiği, sosyal sağlık sigortasının nasıl tasarlandığı ve geliştirildiğinin detaylarına bağlıdır.

Öte yandan, sosyal sağlık sigortasının bazı dezavantajları vardır:

- Sosyal sağlık sigortası, yetersiz teminatı olabilecek kapasite ve altyapı gerektiren idari bir zorluk teşkil eder.
- İnsanlar sağlık sigortası kavramını anlayamaz ve kabul edemezler. Bu nedenle sağlık sigortasının birçok kişiye, özellikle gelişmekte olan ülkelerde ve daha yoksul ve daha az eğitilmiş topluluklar arasında açıklanması gerekmektedir.
- Dayanışma ve karşılıklı destek için sınırlı bir coşku olabilir.
- Çalışanları kayıt dışı sektörde kayıt altına almak ve onlardan katkı toplamak için daha fazla idari çaba gerektirebilir.
- Havuzlama ve satın alma ile ilgili fonksiyonel sorumluluklar, diğer programlar ve mekanizmalarla sinerji olmadığı sürece çoğaltılabilir.
- Uygun kalitede hizmet sunma kapasitesi gereklidir.
- Katkı ödeyemeyen yoksulları kapsayacak özel mekanizmalar gerekebilir.

(Normand & Weber, 2009, s. 11-150)

İKİNCİ BÖLÜM

II. SAĞLIK VE SOSYAL SAĞLIK SİGORTASI FİNANSMANI

2.1 Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Kavramı

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, her ülkenin çözümünü oldukça zor ve önemli bir konu olmuştur. Sağlık hizmetlerinin finansmanın birbiri ile ilişkili ve önemli 3 ayağı bulunmaktadır.

Birincisi; sağlık hizmetlerinin finansmanı için yeterli fon bulunması, ikincisi; ödeyiciler arasında risk paylaşımı esasına dayalı olarak fonların havuzlanması ve üçüncüsü; fonların gerekli sağlık hizmetinin sağlanması ya da satın alınması için uygun biçimde kullanılmasıdır. (Atasever, 2014, p. 283)

Sağlık hizmetlerinin finansmanı geniş kapsamlı bir kavramdır. Genel olarak, sağlık sektöründe finansal kaynakların harekete geçirilmesi ve kullanılması ile birlikte temel amacı; sağlık hizmetlerinin maliyetlerini karşılamak için gerekli kaynakları bulmak, bireyleri ve toplumu sağlık ihtiyaçlarının finansal yüküne karşı adil bir şekilde korumaktır. (Tıraş, p. 142)

Farklı ülkelerdeki finansman düzenlemelerinin çeşitliliği, literatürde kabul edilen çok çeşitli tanımlara ve çeşitli sağlık hizmetleri fonu kaynaklarını tanımlayan hükümetler tarafından yansıtılmaktadır.

Geleneksel olarak sağlık finansmanı programları iki boyutta sınıflandırılır: "kamu" ve "özel". Ancak, kamu veya özel finansman programlarına atfedilen anlamlar tek tip olarak tanımlanmamıştır. Kamu ve özel sağlık hizmetleri finansman programları arasında ayırım yapmanın birkaç yolu vardır. Bu ayrımlar, programda yer alan çapraz sübvansiyon derecesi, düzenlemenin yoğunluğu, programın mülkiyeti ve yönetimi, katılım zorunluluğu, bir sigorta kuruluşunun fiili olarak ne kadar finansal borçlu olduğu gibi faktörlere dayanabilir. riskler ve fon kaynakları. Farklı ayırt edici faktörlerin kullanılması nedeniyle, özel ve kamu sağlık hizmetleri finansman programları arasındaki sınırlar oldukça bulanık görünmektedir. (Van de Ven, Wynand P.M.M., & Frederik T. Schut, 2008)

Sağlık Hizmetleri Finansmanının Amaçları Tüm kişilerin sağlık hizmetlerine finansal açıdan ulaşabilmesi için sürdürülebilir kaynak yaratmak temel amaçtır. Toplumun finansal koruma sağlarken adaleti gözetmek, kaynak oluştururken insanların yoksullaşmasını engellemek ve kaynakları verimli bir şekilde kullanmak gibi hedefleri bulunmalıdır. (İstanbulluoğlu, Güleç, & Oğur, 2010, s. 86-99)

Sağlık hizmetlerine sosyal sağlık sigortası yoluyla fon sağlama, on dokuzuncu yüzyılda kökeni Almanya'dadır. Sağlık sigortasının en eski versiyonları, devlet müdahalesi olmadan önemli ölçüde gelişti. Sanayileşme beraberinde büyük firmaların ortaya çıkmasını sağladı ve bu firmalarda çalışan işçiler kendilerini sendikalar halinde örgütlemeye başladılar. (Busse & Riesberg, 2004)

2.2 Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Sınıflandırılması

Kamu-özel ikilemi temel alan bir sağlık hizmetleri finansman sınıflandırılması net ve tek tip bir tanımını sağlayamaz. Bu nedenle, özellikleri ve farklı finansman programları arasındaki etkileşimleri analiz etmek için farklı sağlık hizmetleri finansman şemaları arasında açıkça ayırt eden tek tip ve tutarlı bir kavramsal çerçeveye ihtiyaç vardır. Farklı sağlık hizmetleri finansman düzenlemelerini tanımlamak için iki temel boyut öngörülmektedir: (1) hizmet türleri ve (2) sağladıkları teminat türü.

Hizmet derken sağlık hizmetlerini ve hizmetleri kastediyoruz. kapsama alanına göre, önceden tanımlanmış bir dizi sağlık hizmeti hizmetinin maliyetinin tazminat seviyesini kastediyoruz. Kapsama aynı veya nakit olabilir. Temel ve ek hizmetler arasında ve zorunlu ve gönüllü kapsam arasında ayrım yapılmaktadır. Bu nedenle, temel hizmetler, hükümetin düşük riskli gruplardan yüksek veya düşük gelirli gruplardan zorunlu çapraz sübvansiyon sistemi uyguladığı sağlık hizmetleri seti olarak tanımlanmaktadır. Tamamlayıcı hizmetler, temel olarak kabul edilme koşullarını yerine getirmeyen sağlık hizmetleri seti olarak tanımlanır. (Paolucci, 2011)

2.3 Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Modelleri

Sağlık hizmetlerinin finansmanında dünyada dört ana model söz konusudur. Bunlar: doğrudan, dolaylı ve özel finansman yöntemleridir. Genellikle sağlık hizmetlerinin finansman modelleri arasında, temel kaynakların genel vergilerden oluştuğu ve İngiltere'nin öncülük ettiği “**Beveridge Sigorta Modeli**” ve temel kaynağı primlere dayalı olan sosyal sağlık sigortaların olduğu, öncülüğünü Almanya'nın yaptığı “**Bismarc Sigorta Modeli**”, Güney Kore'nin yaptığı “**Ulusal sağlık sigortası**” ve ABD'nin “**Liberal tipi**” yer almaktadır.

Ağsadaki tablo tipolojiye göre sınıflandırılmış her sağlık bakım sisteminin özelliklerini gösterir.

Tablo 1 Sağlık sistemleri finansman modelleri

	NHS	SHI	NHI	LİBERAL TİPİ
Sağlık hizmeti sunumu	Kamu	Kamu	Özel	Özel
Finansman yönetimi	Tek / konsantre edilmiş	Çoklu / dağınık	Tek / konsantre edilmiş	Çoklu/ dağınık
Temel prensip	Evrenselcilik	Korporatizm	Evrenselcilik	Liberalizm
Nüfus kapsamı ilkesi	Tüm vatandaşlar	Sigortalı	Tüm vatandaşlar	Savunmasız
Sosyal dayanışmanın kapsamı	Ulusal	Sigortalı bireysel gruplar arasında	Ulusal	Hassas ve diğerleri arasında
Devlet düzenlemelerinin sağlık hizmeti sistemi üzerindeki gücü	Kapsamlı/güçlü	Sınırlı / orta	Kapsamlı/güçlü	Sınırlı / zayıf
Sağlık hizmeti finansmanının kaynağı	Vergi	Aylık katkılar	Aylık katkılar ve vergi	Primler ve vergiler
Temsilci	İngiltere	Almanya	Kore	ABD

Kaynak: Navarro V,1989

Kapsayıcı tip sağlık sistemlerinde sağlık sigortaları büyük çoğunlukla kamuya aittir. Refah yönelimli sağlık sistemlerinde, özel ve kamu sigortaları biri birine yakın oranda yer almakta; piyasa tipi sağlık sistemlerinde ise çoğunlukla özel sağlık sigortaları para ilişkisini düzenlemektedir. (Uzun, 2015)

2.4 Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modeli Belirlenmesi İçin Temel Kriterler

Bir ülkede sağlık hizmetlerinin finansman modelinin belirlenmesi, birçok farklı dinamiğin etki sahibi olduğu bir süreçtir. Bu süreçte göz önüne buldurması gereken en temel kriterler aşağıdaki şekilde kısaltabiliriz:

2.4.1 Uygulanabilirlik

Sağlık hizmetlerinin finansmanında hangi model uygun olsa olsun kaynakların bulması ve bulunduğu kaynakların harcaması en önemli iki süreç olarak bilirmektedir. Seçilen finansmanın yöntemine göre, gereksinim duyulan kayıt ve veriler ile yönetsel süreçler de farklılık gösterecektir.

2.4.2 Mali kapasite

Bu noktada sorgulanması gereken en kritik konu, seçilen stratejinin sürdürülebilir olup olmamasıdır. Sağlık hizmetlerini vergilerle dayalı bir modele göre finans etmeyi benimsemiş ülkelerde; vergi yapısı, vergi toplama kapasitesi, vergilerin adil olup olmadığını ve toplumda nasıl dağıtıldığı soruları sorulmalıdır. Ülkenin mali kapasitesinin önemli belirleyicilerinden biri gelişmişlik düzeyidir.

2.4.3 Ülkenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi

Herhangi bir ülkenin Sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyinin en önemli göstergelerinden biri kişi başına düşen milli gelir olup aynı zamanda ülkenin kaynaklarını harekete geçirebilme gücünün de önemli bir belirleyicisidir. Gelir düzeyi, hane halklarının sağlık hizmetlerini ödeme kapasitesinin önemli bir belirleyicisi olduğu gibi kayıtlı ekonomide çalışan işgücü miktarının, vergi tabanının ve desteklenmesi gereken yoksul miktarının da önemli bir göstergesidir.

2.4.4 Verimlilik

Her hangi bir finansman modeli seçilirse seçilsin, her modelin kendine özgü bir yönetsel maliyeti bulunmaktadır. Seçilen modelin yönetim maliyetleri, elde edilen gelirler içinde önemli bir yer tutuyorsa bu durumda modelin verimlilik açısından sorgulanması gerekecektir.

2.4.5 Hakkaniyet

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemine karar verilirken sorgulanması gereken en önemli konulardan biri , ödeme yükünü ağırlıklı olarak toplumun hangi kesiminin üstlendiğidir.

2.4.6 Tüketici Davranışı ve Kullanım/ Talep

Sağlık hizmetlerinin finansmanında seçilen model, kullanılan hizmet düzeyini ve türü önemli ölçüde etkileyebilir. Bazı modeller hizmet sunucularını daha çok hizmet sağlamaya yönlendirirken bazıları bireylerin daha çok ya da gereksiz sağlık hizmeti talep etmesine yol açabilir. Örneğin; sigorta, ister kamu ister özel kaynaklı olsun, kişilerin sağlık hizmetleri kullanımını artıran bir finansman yöntemidir. Bu nedenle hem özel hem de sosyal sağlık sigortası sistemlerinde gereksiz kullanımı engellemek amacıyla farklı düzeylerde kullanıcı katkılarının kullanımı söz konusudur.

2.4.7 Hizmet Sunucusu Davranış ve Hizmet/ Arz Sunumu

Seçilen finansman yöntemi sağlık hizmetini sunan bireylerin ya da kurumların davranışını doğrudan etkileyebilir. Özellikle, finansman yöntemi içinde belirlenen ve hizmet sunucusuna hangi hizmetler için ne kadar ödeme yapılacağını ortaya koyan geri ödeme modelleri hizmet sunucusunu daha az ya da fazla hizmet sunmaya yönlendirebilir. Bu yönde yapılan araştırmalar; hizmet sunucularının, sosyal güvence kapsamındaki kişiler için daha serbest davrandıklarını, hizmet başı ödeme modelleri ile geri ödeme yapılan uzmanların daha çok sağlık hizmeti sunma eğiliminde olduğunu göstermiştir. (Tatar, 2011, pp. 103-133)

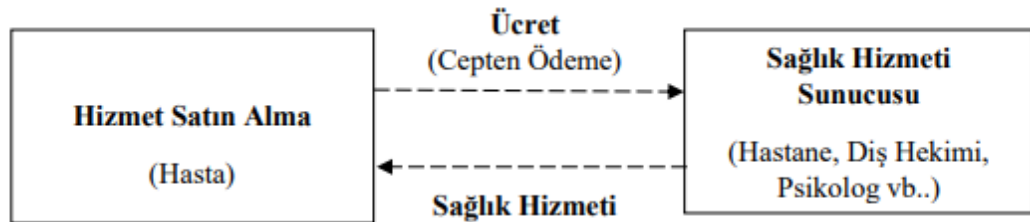
2.5 Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri

2.5.1 Cepten ödemeler

Cepten ödemeler dünya çapında en yaygın kullanılan sağlık hizmetleri finansman yöntemi olarak göze çarpmaktadır. Ancak, genel sağlık harcamaları içinde cepten harcamaların payı sosyal sigorta, özel sigorta ve genel vergilerle yapılan harcamaların oranı arttıkça giderek azılır hale gelmektedir. (Çelik, 2011)

Cepten ödemeler, kişilerin sağlık hizmetleri kullanımı için cepten ödeyerek yapıldığı tüm harcamalardır. Hastalık riski için herhangi bir finansal koruma sağlamamaktadır. Cepten ödemeler; doğrudan ödeme, kullanıcı katkısı ve resmi olmayan ödemelerdir. (İstanbuluoğlu, Güleç, & Oğur, 2010, s. 86-99)

Cepten yapılan ödemeler, her sağlık sisteminde var olmakla birlikte, sağlık hizmetleri ihtiyacının nerede, ne zaman ortaya çıkacağını ve ne kadar maliyeti olacağını bilinmemesi için tek başına bir sağlık hizmeti finansman yöntemi olması uygun görülmemektedir. Cepten yapılan ödemeleri savunanlar, bu ödemelerin hem gerek olmayan talepleri engellemekte önemli rol oynayacağı hem de ilave kaynak yaratacağını görmektedir. (Tatar, 2011, pp. 103-133)



Şekil 1 Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı: Cepten Ödeme

Kaynak: (Çelikay & Gümüş)

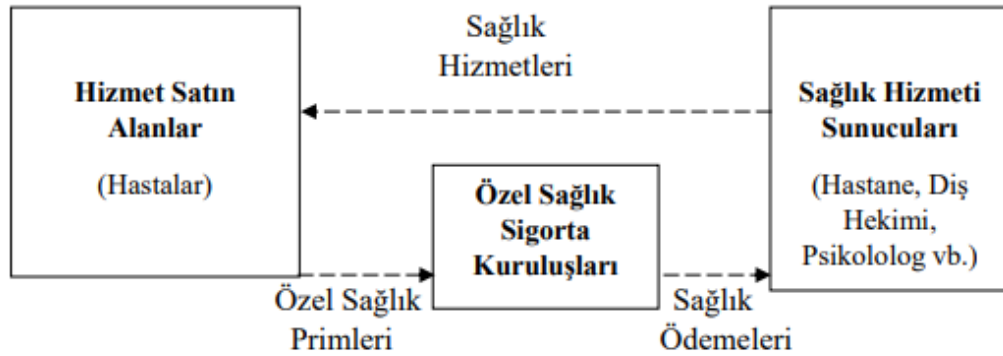
2.5.2 Özel sağlık sigortalar

Günümüzde sağlık hizmetlerinin finansmanında özel sağlık sigortası giderek yaygınlaşma aşamaktadır. Birçok ülkede isteğe bağlı uygulanırken bazı ülkelerde (İsviçre, ABD) zorunlu olarak uygulamaktadır. Bazı ülkelerde ise (Hollanda,

Almanya, Belçika) kamu sağlık güvencesi programları tarafından sağlanan imkânlardan tamamen veya kısmen kapsam dışı bırakılan bireyler için ikame edici olarak kullanılmaktadır (Tıraş, p. 141)

Özel sağlık sigortaları; işlevlerine, primlerin hesaplanma , sigorta şirketlerinin statüsüne ve yardımların belirlenmesine göre farklılaşmaktadır. Primlerin hesaplanma tipleri açısından; bireysel, toplumsal ve grupsal riske göre belirlenen özel sağlık sigortaları bulunmaktadır. Sigorta şirketleri statü açısından, kâr amaçlı olmayanlar ve olanlar olarak farklılaşmaktadır. (İstanbuluoğlu, Güleç, & Oğur, 2010, s. 86-99)

Sağlık hizmetlerinin piyasa ekonomisi vasıtasıyla finanse edilmesinin bir diğer yol özel sağlık sigortası müessesesidir. Özel sağlık sigortası sistemi cepten yapılan ödemelerin olumsuz özelliklerini bir ölçüde giderebilen nitelikleri bünyesinde barındırmaktadır. Bu sistemde, hizmeti satın alan ile hizmeti sunan arasında aracı rolünü üstlenen özel sağlık sigortası kuruluşları bulunmaktadır. Bunun için özel sağlık sigortası kuruluşlarına “Üçüncü Taraf Ödeyici” denilmektedir. Şekil 2’de özel sağlık sigortası kuruluşlarının yer aldığı bir sistemde sağlık hizmetlerinin alımı ve sunumu yer almaktadır. (Çelikay & Gümüş, pp. 177-216)



Şekil 2 Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı : Özel Sağlık Sigortaları

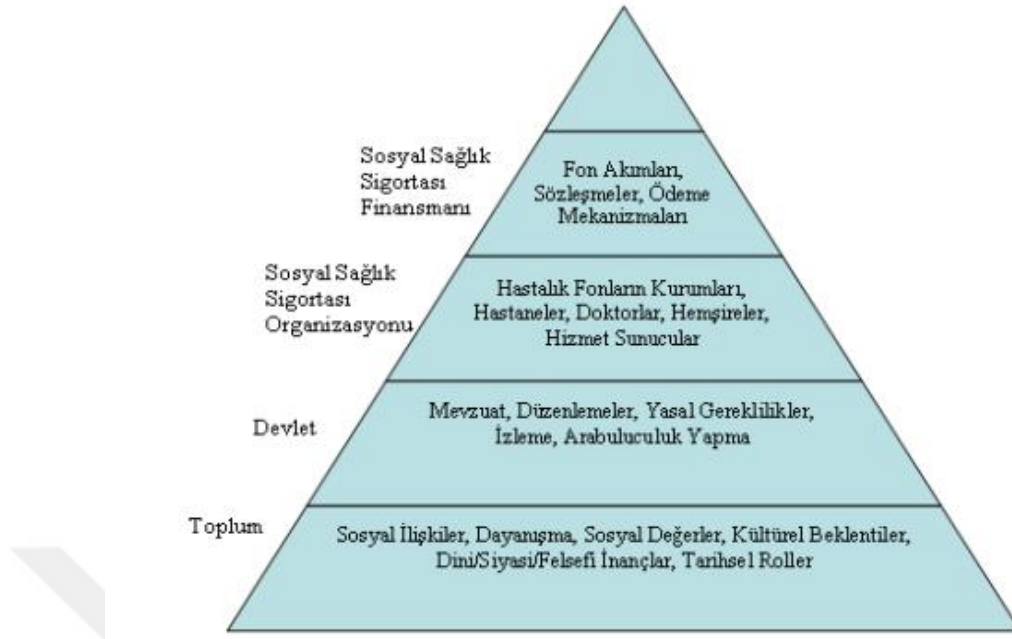
Kaynak: (Çelikay & Gümüş)

2.5.3 Sosyal sağlık sigorta

Kanuni olarak ilk kez Bismarck tarafından 1883 yılında Almanya'da uygulanmıştır. Bu uygulama fonun finansmanının işverenler ve işçilerden alınan zorunlu katkılarla ve hastalık fonuna üye olma zorunluluğunu gerçekleştirilmesini gerektirmektedir.

Devletin sağlık alanındaki sosyal kaygılarını somut bir şekilde ifade etmesi, ailelerinin ve işçilerin ve beklentilerine yanıt vermesi sebebi ile zorunlu sağlık sigortasının kabul edilirliliği hızla artmıştır. Sosyal sigorta yöntemiyle herkese sağlık güvencesi sağlamak, sadece bazı ölkelerle sınırlı olmak üzere ve ancak çok yakın zamanda mümkün olmuştur. Avrupa'da; fransa 2000, Belçika 1998, İsviçre 1996 yılında tüm nüfusa %100 oranında sosyal sağlık güvencesi sağlamıştır. (İstanbuluoğlu, Güleç, & Oğur, 2010, s. 86-99)

Sosyal sağlık sigortası, işverenve işçi, primlerle sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlandığı ve devlet tarafından yapılan katkı, bu şekilde belirsizlikler için ortaya çıkabilecek sosyal maliyetlerin ve ekonomik en az indirildiği bir sistem için çaba sarf etmektedir (Saltman & Dubois, 2004, pp. 21-33)



Şekil 3 Sosyal Sağlık Sigortası Sistemlerinin Piramit Modeli

Kaynak: (Saltman & Dubois, 2004, pp. 21-33)

2.5.4 Vergilerle finansman

Vergilerle finans sistemlerinin 1920'de başlamaktadır. Sovyetler Birliği, kamu finansman yöntemini 1938 yılına kadar büyük oranda tüm nüfusa kapsamaktadır. 1948 yılında bu uygulamayı başlatan ilk Batı Avrupa ülkesi İngiltere olmuştur. Bu ülkeleri, Kanada, Japonya ve İskandinav ülkeleri izlemiştir.

Ulusal vergilendirme yoluyla kaynak sağlama, sağlık sektörü ve diğer kamu alanlarına yapılan harcamalar konusunda bir tercih yapmayı gerektirmektedir. Vergileri ulusal olarak toplamanın avantajı; yönetimde ölçek ekonomisinden faydalanmaktır. Toplanan vergiler amaçlarına göre özel ve genel amaçlı olarak ikiye ayrılmaktadır. Özel amaçlı vergiler, sadece sağlık sektöründe kullanılmak üzere toplanan vergilerdir, Genel amaçlı da vergiler çeşitli amaçlar için kullanılmak üzere toplanan vergilerdir. En önemli avantajları; sağlık sektörü ile diğer kamu harcamaları arasında tercih yapmaya olanak sağlaması ve büyük bir gelir tabanı oluşturmalarıdır. (İstanbuluoğlu, Güleç, & Oğur, 2010, s. 86-99)

Genel vergi gelirleri, dünyanın her ülkesinde sağlık hizmetlerinin belirli bileşenlerini finanse etmek için kullanılır ve gelişmiş olan ülkelerde, çoğu zaman en önemli finansman kaynağıdır. Gelişmiş olan ülkelerde genel vergi gelirleri ithalat, ihracat ve satış vergilerinden oluşturmaktadır. Ticari işlemler, kârlar ve gelirler üzerindeki vergiler daha az önem taşımaktadır (Andargie, 2008, p. 258)

2.6 Sağlık hizmetlerinin finansman evrensel kapsam mekanizmalar

Evrensel kapsam sağlamak için her ülkenin izlemesi gereken bazı mekanizmalar var. Onlar da şu şekildedir:

2.6.1 Sistem hedeflerine ulaşmak

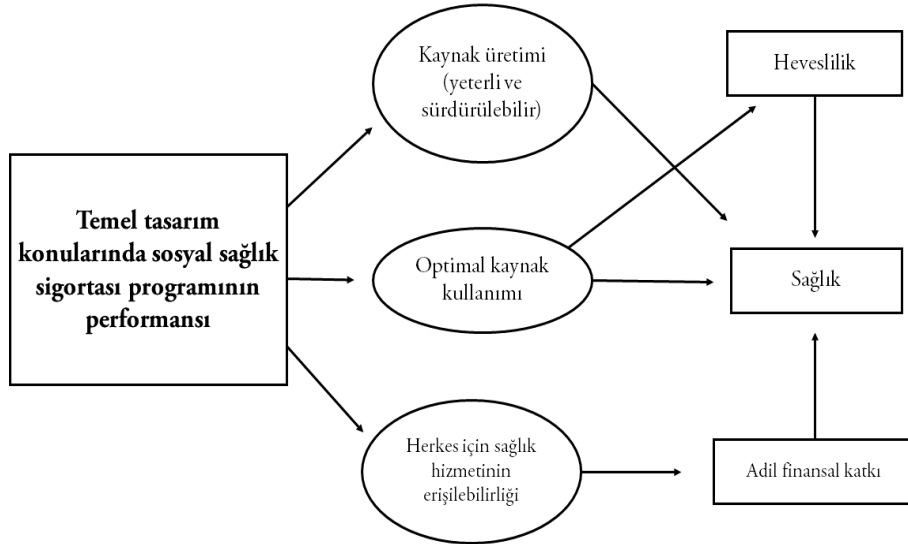
Sağlık finansmanı önemli bir sağlık sistemi işlevidir ve sağlık sistemlerinin genel hedeflerine katkıda bulunmalıdır. Sağlık, bir sağlık sisteminin birincil veya tanımlayıcı amacıdır ve hem nüfusun genel sağlık durumu hem de sağlığın nüfus arasında dağılımı önemlidir. Ancak, sağlıksız sonuçlar da önemlidir. İnsanların (tıbbi olmayan) beklentilerine cevap verme ve finansal katkının adil olması da sağlık sisteminin önemli nihai hedefleri olarak kabul edilmektedir.

Bu nedenle, sağlık finansman planlarının herhangi bir değerlendirmesi (ve tasarımı) sonuçta sağlık sistemi hedefleriyle ilgili olmalıdır. En doğrudan, iyi tasarlanmış bir sağlık finansman planı, risklerin bir araya getirildiği ve paylaşıldığı ve ödeme kabiliyetine göre kaynakların elde edildiği, finansal katkılarda adalet hedefini gerçekleştirmenin etkili bir yolu olmalıdır. Ancak bir sağlık finansmanı programı ayrıca, sağlık için kaynaklar sağlayarak ve bu kaynakların nasıl kullanıldığını şekillendirerek bir popülasyonun hem dağılımını hem de genel sağlık durumunu etkilemektedir. Son olarak, iyi bir sağlık finansmanı planı, sağlık hizmeti sağlayıcılarının karşılaştığı teşvikleri değiştirerek, yanıt verme hedefi üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabilir.

2.6.2 Sağlık sistemi için fon seferberliği

Sağlık finansmanının özel amacı, herkesin etkili halk sağlığına ve kişisel sağlık hizmetlerine erişebilmelerini için fonlamayı, aynı zamanda sağlayıcılar için gerekli finansal teşvikleri sağlamaktır. Bu nedenle, iyi performans gösteren bir sağlık finansman sistemi - ve dolayısıyla iyi performans gösteren bir sosyal sağlık sigortası - aşağıdaki hedeflere sahip olmalıdır:

- (i) Sağlık için yeterli ve sürdürülebilir kaynaklar üretmek,
- (ii) Kaynakları en iyi şekilde kullanmak (teşvikleri değiştirerek ve uygun kullanım yoluyla) bu kaynaklardan bazıları)
- (iii) Toplumu oluşturan tüm bireylerin sağlık hizmetlerine finansal olarak erişilebilir olmasını sağlamak. Sağlık finansman planlarının performansını (ve tasarımını) değerlendirirken, yukarıda sıralanmakta olan sağlık finansman hedeflerine göre bunu yapmak önemlidir. Şekil 4, sağlık finansmanı tasarım konularının performansının sağlık finansmanı hedefleri ve nihai sağlık sistemi hedefleriyle nasıl ilişkili olduğunu göstermektedir.



Şekil 4 Sağlık finansmanı hedefleri ve nihai sağlık sistemi hedefleri

Kaynak: (Carrin & James, 2004)

2.6.3 Riski paylaşma ve yönetme

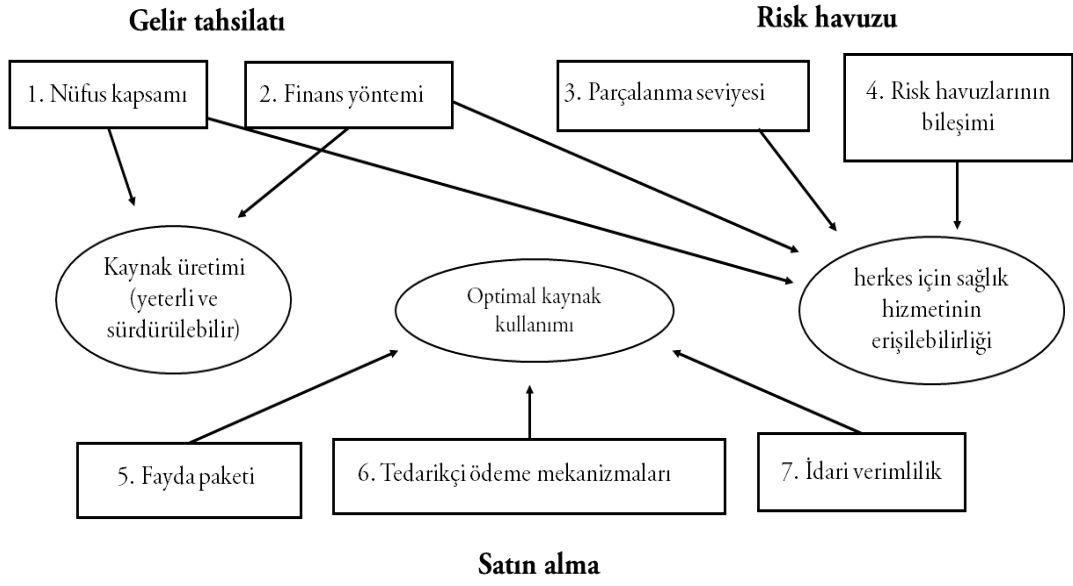
Havuzlama, bireylerin sağlık hizmetleri için ödemelerini sınırlandırmak amacıyla gelirlerin birikimi ve yönetimidir. Böylece artık risklerini tek başına üstlenemezler. Sağlık hizmetlerinin evrensel finansal erişilebilirliği ile yakından ilgilidir. Aynı zamanda kaynak üretimi ile ilişkilidir. Havuzlamanın temel tasarım konuları, parçalanma veya risk havuzu ve risk eşitlemesidir.

2.6.4 Tedarikçilerden satın alma hizmetleri

Satın alma, bir dizi sağlık müdahalesi sağlamak için sağlayıcılara ödeme yapmak için havuzlanmış katkıların kullanıldığı süreçtir. Satın alma pasif ya da stratejik olabilir, pasif satın alma sadece önceden belirlenmiş bütçeleri izleyerek ya da sunulduğunda faturaları öder. Stratejik satın alma, genellikle, en iyi satın alma yöntemi ve sağlık hizmetleri için kaynak araştırması için sürekli bir araştırma yapması nedeniyle tercih edilir. Satın alma için kilit tasarım konuları fayda paketi, hizmetlerin organizasyonu, sağlayıcı ödeme mekanizmaları ve operasyonel / idari verimliliğidir.

2.6.5 Tasarım konuları

Yukarıdaki sağlık finansmanı işlevlerinin performansını belirleyen dikkate alınması gereken çok sayıda tasarım konu ve alınması gereken tasarım seçimleri vardır. Şekil 5, sağlık finansmanı fonksiyonları içindeki temel tasarım sorunları ile sağlık finansmanı hedefleri arasındaki ilişkiyi özetlemektedir. (Normand & Weber, 2009, s. 150)



Şekil 5 Sağlık finansmanında kilit tasarım konuları

Kaynak: (Carrin & James, 2004)

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

III. SOMALI 'DEKİ SAĞLIK SİSTEMİNİN İNCELENMESİ

Somali Afrika'nın en doğusunda yer alıp, Kuzeybatısında Cibuti, Güneybatısında da Kenya, kuzeyinde 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)

Somalilerle sıkı olan etnisite paylaşılan bir dil, pastoral Ekonomi ve bağlılık İslam 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)

Afrika Kalkınma Bankası'na göre Somali, "ciddi bir temel ekonomik ve sosyal istatistik eksikliği ile karakterize". Bu durum iç savaş ve kurumsal çöküş ile daha da kötüleşti, (African Development Bank Group, 2015) Somali'nin devlet başarısızlığından önce bile, veriler genellikle güvenilirmezdi. (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 bir insan tarafından doldurulur. Somali kültürü Afrika Boynuzu'nun sert ve kurak ortamında hayatta kalmak için 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. Artan hükümetin baskısı ve ardından çıkan popüler direniş dalgalarında Somali toplumu şiddet ve anarşiye patladı ve Siad Barre (O dönemde Somalinin Cumhurbaşkanı) ve geri kalan destekçileri 1991 başlarında kaçmaya zorlandı (Metz, 1992) Somali 1991'deki askeri darbeden bu yana merkezi bir hükümete sahip değildi. (Menkhaus, 2006, s. 74 -106)

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 nedeniyle 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 ve ayrıca önemli askeri suçlar ve güvenlik kazanımları ile Somali, yeni bir döneme girdi; daha uzun vadeli barışın mümkün olduğu bir dönem. Onlarca yıl 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, aynı anda Somali halkına somut faydalar sunmaya ihtiyaç duyurken, aynı zamanda çerçeve ve kurumlar inşa etmekte ciddi zorluklarla karşı karşıya kaldı. (FGS, 2017)

Tablo 2 Somali'nin Genel Bilgileri ve Göstergeleri

Resmi Adı	Somali Demokratik Cumhuriyeti
Yüzölçümü	637,655 km ²
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

3.1 Somali'nin genel ekonomi durumu

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı'na (UNDP) göre Somali, 2012'den beri ülke dünyadaki en düşük kalkınma göstergelerinin bazılarında ve "çarpıcı derecede düşük" İnsani Gelişim 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, İGE daha da düşük olacaktı. UNDP "farklı bir toplumsal gruptaki eşitsizliklerin, büyük bir çatışma itici gücünün" genişlediğini belirtti. (UN, 2012)

Etkili bir ulusal yönetim eksikliğine rağmen, Somali büyük ölçüde hayvancılık, havale ,para transfer şirketleri ve telekomünikasyon üzerine kurulu bir kayıt dışı ekonomi sürdürmektedir. Somali hükümeti yerel gelir tahsil etme yeteneğinden yoksundur ve 2017 yılında Gayri Safi Yurtiçi Hasıla GSYİH'nın% 77'ü çoğunlukla borç olarak dış borç olarak tahmin edilmiştir. Hayvancılık, normalde GSYİH'nın yaklaşık% 40'ını ve ihracat kazançlarının% 50'sinden fazlasını oluşturan en önemli sektör tarımdır. Hayatlarını hayvanlara bağımlı olan göçebeler ve yarı otöriter, 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 hayvan varlığı tespit edilmiştir ki 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.

Somali'nin tarımsal ürünlerin işlenmesine dayanan küçük sanayi bölgesi büyük oranda yağmalandı ve makinalar hurda metal olarak satıldı. Son yıllarda, Somali'nin başkenti Mogadişu, 1991'de merkezi otoritenin çöküşünden bu yana kentin ilk benzin istasyonlarının, süpermarketlerinin ve havayolu uçuşlarının, gelişmesine tanık oldu. Mogadişu'nun ana pazarı, yiyeceklerden elektronik aletlere

kadar çeşitli mallar sunuyor . Oteller faaliyetlerine devam ediyor ve özel güvenlik güçleri tarafından destekleniyor. Ekonomik büyüme henüz Mogadişu dışında da genişlemiyor ve şehir içinde güvenlik endişeleri iş dünyasına hâkim. 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 endişeler bu hizmetleri tehdit etmeye devam etmesine rağmen yılda yaklaşık 1,6 milyar dolarlık havale yapıyor.

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

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

Tablo 3 Somali'nin Genel Ekonomi Göstergeleri

Göstergeler	2012	2017
GSYİH	6.39 milyar \$	7.369 milyar \$
Kişi Başı GSYİH	284 \$	499.82 \$
Büyüme Oranı	1.3%	3.9%
İthalat	2.16 milyar \$	2.40 milyar \$
İhracat	505.11 milyon \$	275.45 milyon \$

Kaynak: tradingeconomics, world bank

3.2 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)

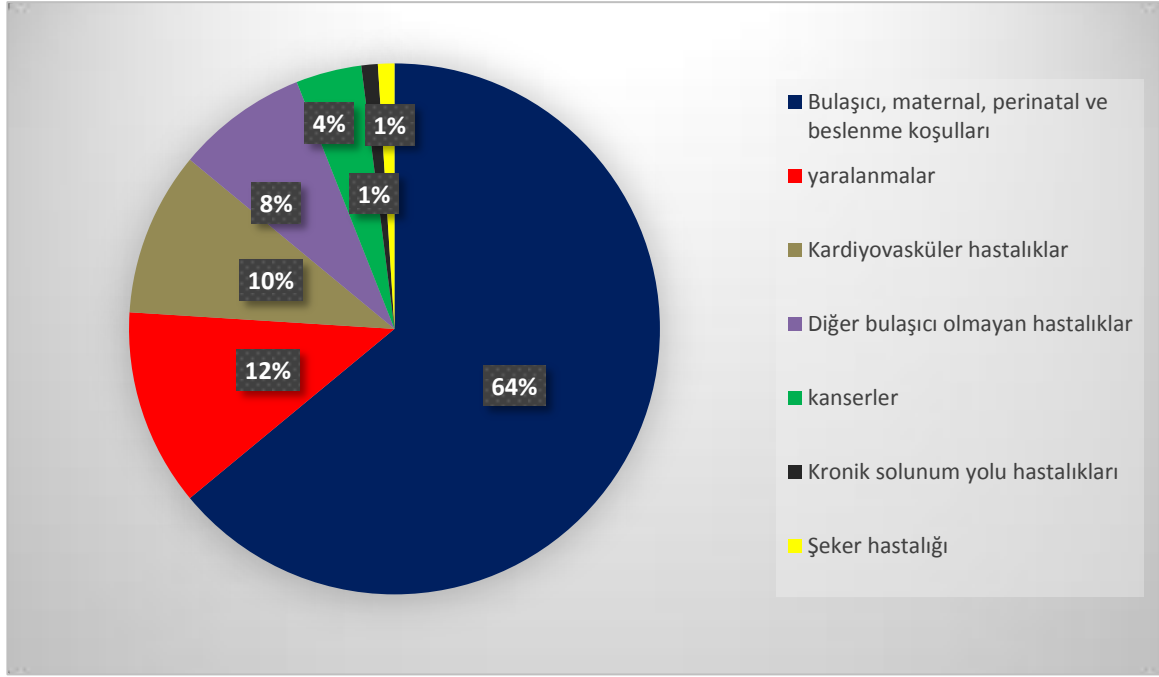
Sağlık sisteminin çöküşünün göstergeleri arasında çocuk ve anne ölüm oranları dünyanın en yüksekleri arasındadır. 2015 yılı itibariyle yenidoğan ölümlerinin (yaşamın ilk 28 günü içinde meydana gelenler) 1.000 canlı doğumda 40, bebek ölüm oranı (yaşamın ilk yılında ölümler) 1.000 canlı doğumda 85 olarak tahmin edildi.

Bu kabul edilemez derecede yüksek seviyelerdeki yenidoğan, bebek ve çocuk ölümlerinin, bunlardan en önemlisi, yenidoğan meseleleri, akut solunum hastalıkları, diyare, aşı ile önlenabilir hastalıklar ve sıtma. (Somalia, 2016)

Beş yaş altı 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 oranlarından sorumludur. 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 istatistikleri göre 1,2milyon çocuk akut yetersiz beslenmeden muzdarip, DSÖ'nün% 15'lik acil eşliğini aşan% 17.4 akut yetersiz beslenme prevalansı ve 6 ila 23 aylık 6 çocuktan 1'i önerilen dört yiyecek grubundan daha azını yiyor. (Unicef, 2018) Somalide nüfusun %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 989'dır. (Centre, 2018) Her 3 saatte bir kadın gebeliğe bağlı nedenlerden dolayı ölüyor. (Unicef, 2018)

Yüksek ölüm oranları ve düşük yaşam süresi, yetersiz şifa verici ve önleyici sağlık hizmetleri, sağlık ve su sistemlerinin çöküşü, düzensiz gıda güvenliği ve hepsi de ölümcül hastalıklara karşı duyarlılığı artıran kronik yetersiz beslenme ceplerinden kaynaklanmaktadır. (UN, 2012) yoksulluk, düşük eğitim düzeyleri ve okuma yazma bilmeyenlerin hepsinin halk sağlığı üzerinde etkisi vardır, çünkü fakir insanlar genellikle hastalıklar ve bunların önlenmesi hakkında çok az bilgiye sahiptir.

2012 yılında yaralananların ölüm yüzdesi% 11.9; bunun sonucunda 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, yaralananların ölümü somalide ölüm nedenleri ikinci sıra almış. (LANDINFO, 2014)



Şekil 6 Somali'nin ölüm nedenleri % (2017)

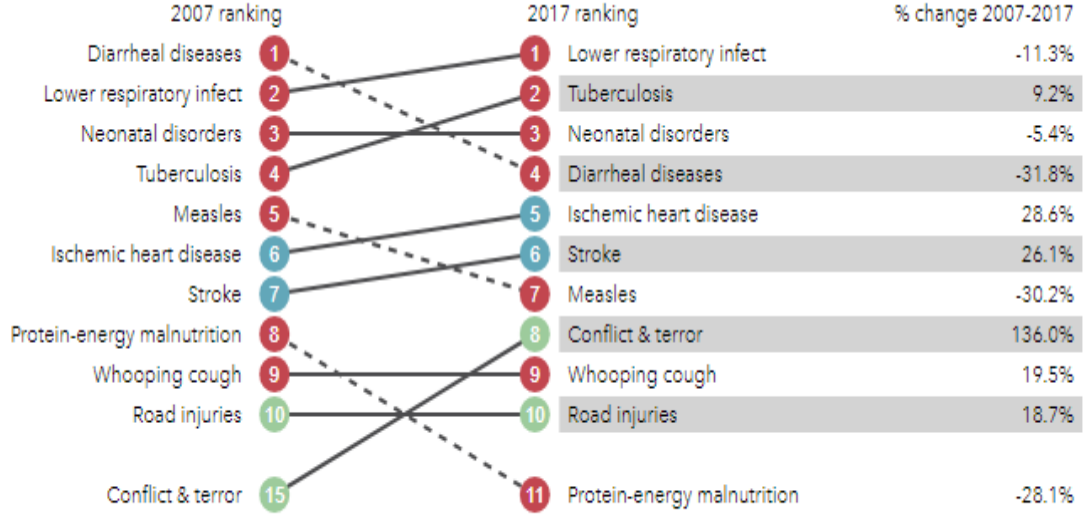
Kaynak: World Health Organization – Non communicable Diseases (NCD) Country Profiles, 2018.

Başlıca zorluklar yetersiz mali ve insan kaynakları ile ilgili davaları rapor etmek ve gereken müdahaleleri planlamak için kanıt oluşturmak için yetersiz raporlama ve bilgi sistemleridir. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı'nın bu önemli alanı sistematik olarak ele almak için ulusal yaralanmayı önleme konusunda programlı bir yapısı bulunmamaktadır. Güvenlik durumunun kendi olumsuz etkileri vardır.

Sağlık Bakanlığı'ndaki işlevsel bir 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)

Aşağıdaki şekil Somalideki ölüm nedenlerinin sıralaması gösterir (2007-2017 % farkı)



Şekil 7 Somali'nin ölüm nedenlerinin sıralaması (2000-2017)

Kaynak: (healthdata, 2018)

3.3 Somali sağlık sistemi

Federal hükümetin 1991'de  k   ne kadar, Somali'nin sağlık sektörünün örgütsel ve idari yapısı Sağlık Bakanlığı tarafından denetlendi. Bölgesel sağlık yetkilileri bir miktar otoriteye sahipti ancak sağlık hizmetleri büyük ölçüde merkezile ti. Eski Somali Cumhurbaşkanı Siad Barre'nin sosyalist hükümeti, 1972'de özel tıbbi uygulamaya son verdi. (Barre, 1970, p. 141)

1989 yılında, Sağlık Bakanlığı'na hükümetin düzenli bütçesinin %2.95'ini ayırdı. 1984 yılında toplam sağlık b t esinin% 67'si dış yardımdan gelirken, kullanılan b t enin% 95'i 1990 yılında bu kaynaktan geldi. 1990'da, Sağlık Bakanlığı'nın mali kaynaklarının% 79'undan fazlası yalnızca başkent Mogadi u'ya tahsis edildi (WHO, 2010)

Yirmi yıl süren i  savaştan sonra, Somali'nin sağlık sistemi kronik olarak dengesiz ve neredeyse tahrip oldu. Küresel Fon yatırımları, ülkenin halk sağlığı tesislerini yeniden inşa etme çabalarını destekliyor ve anne ve  ocuk sağlığına öncelik veriyor. (FUND, 2017)

 GE, sağlık, eğitim ve gelir göstergelerini birleştirir. Somali'nin tüm bu alanlardaki d    , düşük  GE saflarına yansıyor. 2010  GE'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, il e hastaneleri, anne ve  ocuk sağlığı merkezleri ve sağlık görevlilerinden oluşan bir sistemdir. Bununla birlikte, hastaneler ve sağlık tesisleri sayıca sınırlıdır, yeterince dağılmamaktadır, çok farklı standartlar kullanarak faaliyet göstermektedir ve çoğu zaman asgari bir birinci basamak sağlık hizmeti paketi sunmamaktadır. Altyapı, personel ve hizmet sunumu konusunda sınırlı bir standardizasyon vardır. Çoğu tesis,

amaçlanan kapasitelerinin çok altında bir seviyede çalışır ve sonuç olarak çok düşük kullanım oranları ile zayıf bir şekilde organize edilir, personel ve yönetilir.

Somali, üç idari bölgeye ayrılmıştır - kuzeydoğuda Puntland eyaleti, kuzeybatıda Somaliland ve güney - orta bölgeler - ülke siyasi istikrarsızlığı ve kronik sağlık krizleriyle en çok tanınan ülkedir, (UNICEF, 2012) her birinin kendine özgü fırsatları ve zorlukları olan, 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 bağışıklamayı yöneteceklerdi. 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)

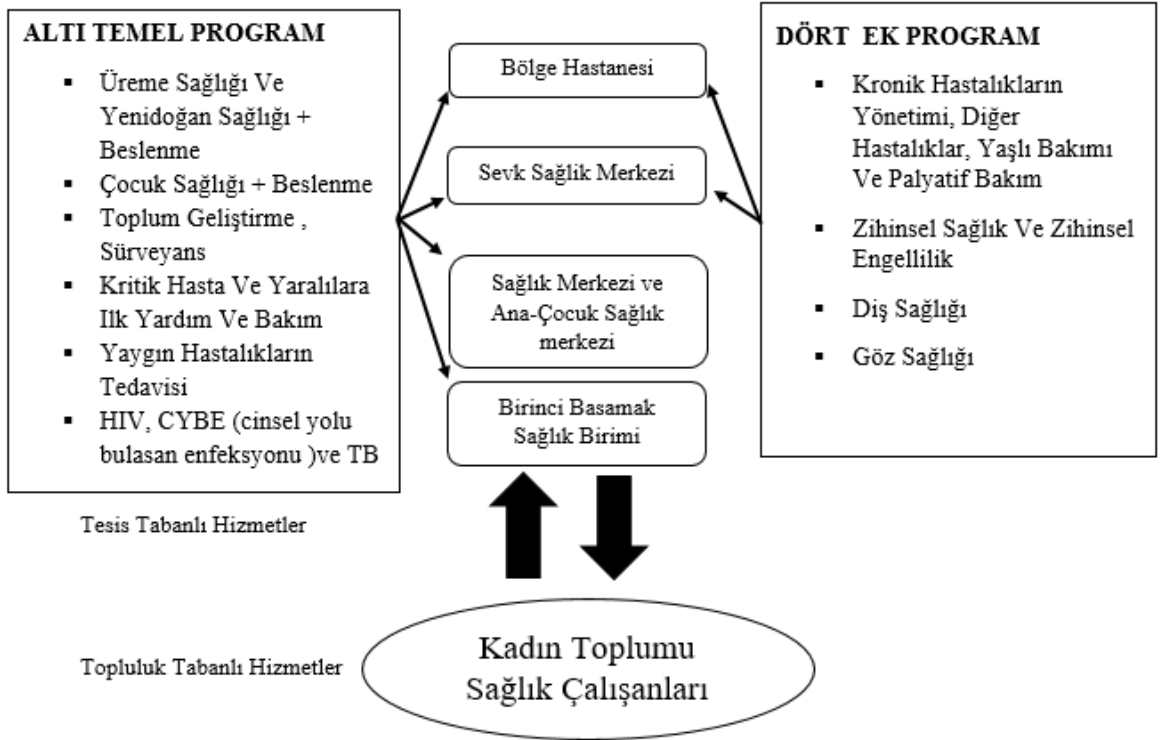
Kırsal alanlar dahil tüm vatandaşlara bütüncül bir ücretsiz sağlık hizmeti yelpazesi sunmayı amaçlamaktadır. Kadınlar ve çocuklar için üreme ve acil obstetrik bakım hizmetlerinin güçlendirilmesine odaklanan EPHS'nin temel programları bulaşıcı hastalıkları ortadan kaldırmaktır; iyileştirici üreme, yenidoğan, çocuk ve anne sağlığı; su ve sanitasyon teşviki dahil, sağlık kontrolü ve sürveyansının iyileştirilmesi; ölümcül hasta veya yaralıya ilk yardım ve tedaviyi sağlamak; yaygın hastalıkları ve tüberkülozu tedavi etmek. Somali sağlık otoriteleri, UNICEF, Birleşmiş Milletler Nüfus Faaliyetleri Fonu (UNFPA) ve DSÖ temsilcileri ile birlikte, ilave bölgelerde

Sağlık Hizmetleri Temel Paketi'ni dokuz bölgede uygulamak üzere hazırlanmıştır. ve 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 artırılmasına 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 3,000,020 kalifiye sağlık çalışanının gerekli olduğunu göstermektedir. Kalite standartlarını sağlarken güçlendirilmesi ve düzenlenmesi gereken 47 tıbbi, hemşirelik ve ebelik eğitim programı bulunmaktadır. (FGS, 2017)

3.4 Somalideki 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 8 Somalideki sağlık sisteminin yapısı

Kaynak: (Somalia Ministry of Health, 2014)

3.4.1 Kamu sektörü

Somali sağlık sisteminin organizasyon ve yönetim yapısı, dört tesise dayalı sağlık hizmeti sunumu seviyesinden ve topluma maksimum kapsama sağlamayı amaçlayan toplu bir programdan oluşmaktadır (şekil 9). Bunlar arasında, temel tanıtım, önleyici ve basit iyileştirici hizmetleri olan tanımlı bir toplama alanı

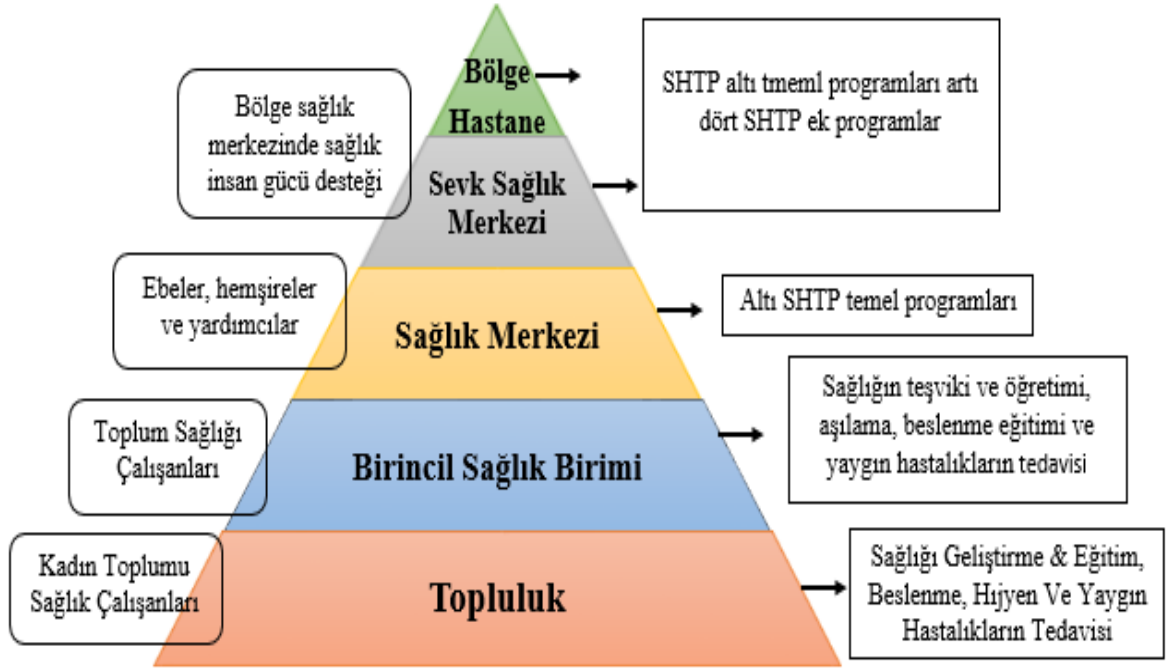
popölasyonunu kapsayan, en çevre coğrafi bölgelerde bulunan birinci basamak sağık üniteri (PHUs) bulunmaktadır.

PHU, sağık hizmetlerinin sunumunda yerel liderler tarafından desteklenen en az bir toplum sağığı çalışanı (CHW) tarafından işletilmektedir. PHU hizmetleri ayrıca, özellikle aşılama Bağışıklama Genişletilmiş Programı (EPI), beslenme geliştirme ve eğitim konusundaki genişletilmiş programla ilgili hizmetlerde, sağık merkezi (HC) desteğı 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 popölasyonuna hizmet eder. HC'nin temel bir işlevi, bu amaç için sağılanan bir dizi doğum yatağı tarafından desteklenen Temel Acil Obstetrik Bakım hizmetlerinin sağılanmasıdır.

Üçüncü tesise dayalı seviye sevk sağık merkezi (RHC) veya bölge hastanesidir. Sağık tesisleri için toplama alanı popölasyonu için doğru tahmin eksikliği olmamasına rağmen, ortalama RHC'larda, HC'lerin ve PHU'ların yaklaşık 100.000'lik bir popölasyona 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 sağılamaları beklenmektedir. RHC, çeşitli sağık merkezlerinin toplama alanı popölasyonlarına hizmet vermektedir.

Başlıca sevk tesisi temelli seviye, bir dizi nitelikli tıbbi ve orta düzey sağık uzmanı ve destek personeli tarafından gerçekleştirilen önemli sağık uzmanlığı hizmetleri sunması beklenen bölgesel hastanedir. PHU'lar ve HC'ler bölge sağık memurlarına rapor verir, hastane müdürü ile birlikte bölge sağık memuruna rapor verir.



Şekil 9 Somalideki Bölgesel Sağlık Sistemi Örgütü

Kaynak: (Somalia Ministry of Health, 2014)

Yukarıdaki çok düzeyli 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. kabul ve destek. FCHW'ler evlerinden faaliyette bulunur ve ev kapılarına atanmış hizmetlerini sunmak için ev ziyaretleri yaparlar. FCHW'ler özel olarak eğitilmiş FCHW denetleyicileri tarafından desteklenir ve denetlenir. (Somalia Ministry of Health, 2014).

3.4.2 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 ortamlarına yönelik tesisler. Bu yaygın ađ, kamu sektörüne göre nüfusun yaklaşık% 30-35'ini oluşturan kentsel alanlarda daha sık kullanılmaktadır ve bu hizmetlerin önemli bir kısmı, göçebe ve kırsal nüfuslara sahipken, özel eczanelerde genellikle aranmaktadır. Bu daha az uygun fiyatlı sağlık hizmetlerine sınırlı erişim. 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 4'te gösterilmektedir.

Tablo 4 Somali'nin Sağlık finansmanında güç ve zayıf noktaları

Güçlü noktaları	Zayıf noktalar
• Rasyonelleştirilmiş bir yaklaşımla insani yardımın sürdürülmesi: daha fazla çatışmadan etkilenen alanlara odaklanmak ve insani yardım fonlarının istikrarlı / çatışma sonrası alanlardan çekilmesi. • Somali nüfusunun yarısına sağlanan temel sağlık hizmetlerine erişim (hem kalkınma hem de insani yatırım yoluyla). • Hizmet alımı için “sözleşme yapma” yaklaşımının kullanılması.	• Yerli kaynaklardan sağlığa fon toplamak ve tahsis etmek için sınırlı kurumsal kapasite. • Somali nüfusunun kalan% 50'sine hizmet sunumunu sağlamak için finansman açığını kapatmaya ve aynı zamanda cep harcaması harcamalarının felaketi / harcamalarını azaltmak için bir ön ödeme mekanizmasına ihtiyaç duyulması. • Harcama - harcamaları ve veri güncelleme mekanizmasının bulunmaması dahil olmak üzere sağlık finansmanı konusunda veri eksikliği. • Sektörler arası kamu mali yönetimi reformları ile paralel olarak sağlık sektöründe kamu mali yönetimi reformlarına acil ihtiyaç vardır. • Kamu sektöründe mal ve hizmet alımları için kurallar / prosedürler geliştirmemek. • Kamu sektöründe güçlü bir hesap verebilirlik sisteminin sağlanmaması.

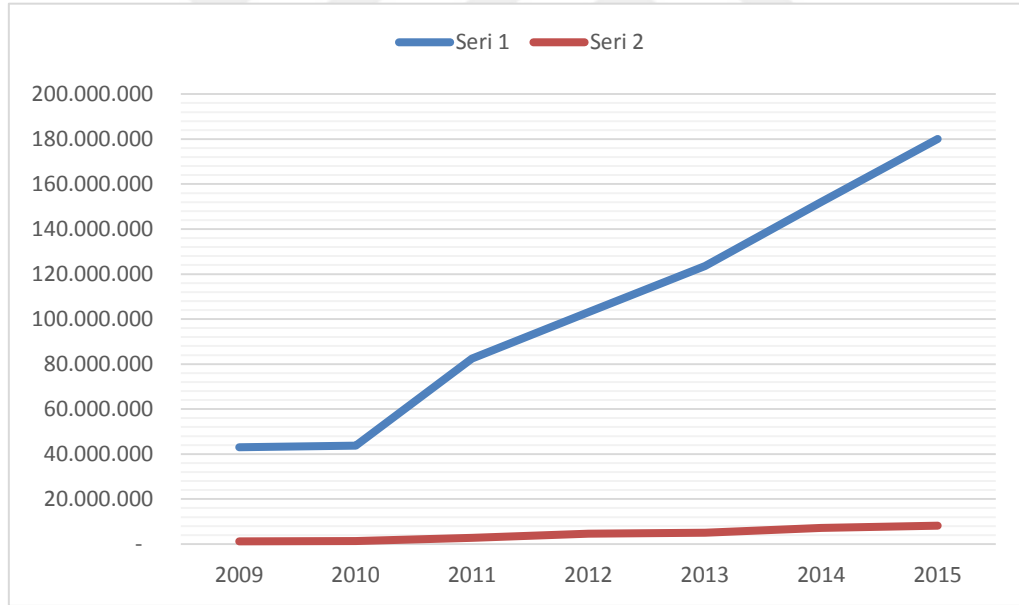
Kaynak: (WHO, 2015)

3.5 Somali Sağlık Harcamaları

3.5.1 Yurtiçi kaynaklar

Sağlıkla ilgili hükümet yatırımları, ekonominin gücü, sağlık sektörüne verilen göreceli önemi ve muhtemelen sağlığın verici harcamaları hedeflediği gerçeğini yansıtan Somali bölgelerinde değişir. Kuzey Batı toplam Devlet Harcamaları (TGE), 2009'da 40 milyon ABD doları olan (Modol, 2015), 2015'de 251 milyon ABD dolarına katlanarak artmıştır. (UNICEF, 2016).

Devlet Sağlık Harcamaları (GHE), daha da hızlı bir oranda büyümüştür, 2009 yılına (1,1 milyon ABD doları) (Modol, 2015) , ve 2015'e (7 milyon ABD Doları) TGE yüzdesi olarak sağlık% 3'ten% 5'e yükseldi. Ancak, tüm bu büyümeye rağmen, kişi başına düşen GHE, 2015 yılında sadece 2.04 ABD Doları'na ulaşmıştır ve Personel harcaması, toplam tahsisatın yaklaşık üçte ikisini temsil eder. (UNICEF, 2016).



Şekil 10 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 bulunmuştur. 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 alınmadı.

Ekonomi ve dolayısıyla Hükümet harcamaları, Kuzeydoğu'daki 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. Sağlık Bakanlığı görevlileri, personele teşviklerle harcamaya ve denetim ve eğitim gibi faaliyetlerin uygulanmasına rağmen, bu fonlarla neyin kapsandığına dair ayrıntılar elde edilmedi. (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) 'nin Güney Merkez Bölgesinden sorumlu ve 2012 yılı sonundan beri uygulanmakta olan sağlık harcamaları yine başka bir örnek gösteriyor. Sağlık bakanlığının, Sosyal Hizmetler Geliştirme Bakanlığı'na entegre olarak 2013 yılında ayrı bir kurum olarak kaybolduğu için geçen yılların tekabül eden sağlık harcaması hakkında hiçbir kayıt bulunmamasının nedenidir. (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 için, genel ve operasyonel harcamalar için denge kullanılmıştır. (UNICEF, 2016).

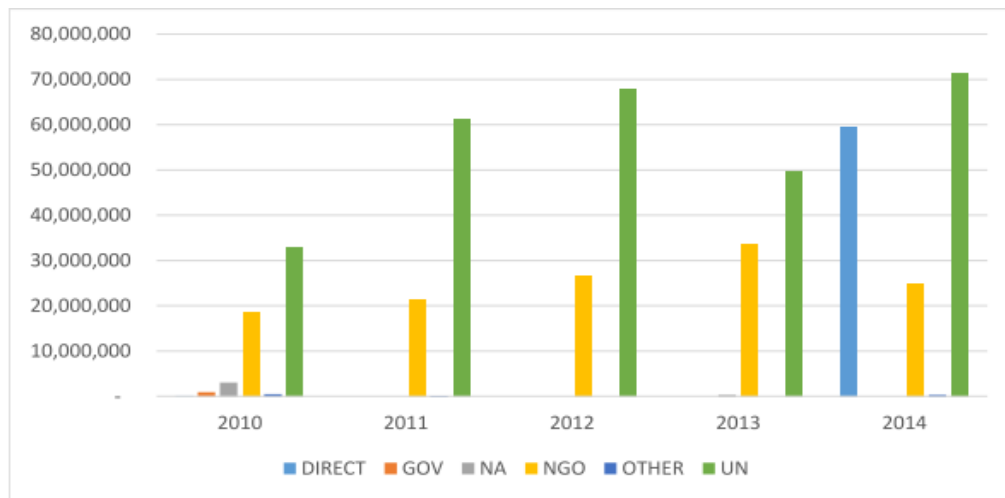
Tablo 5 Somali'nin TGE,GHE ve TGE'den sağlık harcamaları% Bölgelere göre (2009-2015)

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%

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

3.5.2 Yurtdışı kaynaklar

Sağlık sektörü için harici kaynaklar arasında, hem geleneksel hem de geleneksel olmayan bağışçılar, BM ajansları ve Uluslararası STKlar bulunmaktadır. BM kuruluşları bağışçılardan fon alabildikleri ve STK'lar için finansman kaynağı haline gelebildikleri için resim daha da karmaşık hale geliyor; Aynı şey Uluslararası Sivil Toplum Örgütleri ile olur.



Şekil 11 Somalideki Sağlık fonlarının finansal araçları kaynaklara göre(2010-2014)

Kaynak: (Modol, 2015)

Metodoloji bölümünde tanımlanan ankete verilen yanıtın değişken seviyesi, Sağlık Kamu Harcamaları İncelemesi (HPER) ekibinin BM ve STK'ların kendi kaynakları hakkında "kaynaklar" olarak sınıflandırılabilen fonları hakkında bilgi toplamasını engellemiştir. Belirlenen harici finansman, bilgiyi toplamak için kullanılan araçlara göre aşağıda sunulmuştur. Bu bölümde sunulan tüm figürlerin harcamaları değil harcamaları temsil ettiğine dikkat edin.

Metodoloji bölümünde tanımlanan HPER, sağlık sektöründe daha aktif olan bu donörlerin katkılarıyla ilgili bilgi verdi. 2011'den beri, Uluslararası Kalkınma Departmanı harcamalarının toplam bağışta bulunan katkı paylarının% 50'sinden fazlası. (Modol, 2015).

Somali genel olarak baksak son 8 yıl devletin toplam harcamaları hızlı bir şekilde arttığı rağmen (Şekil 9) devletin sağlık harcamaları artış oranı düşüktür, ülke sağlık harcamaları %45' i kalkınma yardımı destek almaktadır.(tablo 6)

Tablo 6 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 (%)	45.3
Kişi başına düşen toplam sağlık harcamalarındaki yıllık değişme oranı, 1995 - 2014 (%)	1.9

Kaynak: Financing Global Health Database 2016

3.6 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 STKlar tarafından yürütülmektedir. Önemli bir adım olarak, sözleşmeleri denetlemekle yükümlü olan Sağlık Bakanlığı organogramında özel Birimler bulunmaktadır.

- Hafta Ulusal Kapasite

Uygulanan sağlık ekonomisi ve kaynak yönetimi alanındaki mevcut kapasite eksikliği, tüm Sağlık Bakanlığı seviyelerinde 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 ve diğer uluslararası bağışçıların katkısı bir araya toplanmıyor veya konsolide edilmiyor. Sağlık harcamasının büyük bir kısmı hane halkı cepten yapılan harcamalardan kaynaklanmaktadır.

- Sınırlı Yardım Koordinasyonu

Hükümet ve gelişmekte olan ortaklar tarafından stratejik ve operasyonel yatırım planlamasının uyumlaştırılması ve uyumunun 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)

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

IV. ALMANYA VE GÜNEY KORE'DE SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ İNCELENMESİ VE SOMALİ İÇİN BİR MODEL ÖNERİSİ

4.1 Almanya

Almanya ülkesi coğrafi olarak Kuzey Denizi ile Alp Dağları arasında Orta Avrupa kıtasında yer almaktadır. Ülke olarak Çek Cumhuriyeti,Avusturya,Polonya,Fransa,Hollanda,Belçika,İsviçre,Lüksemburg ve Danimarka komşularıdır.Ülkenin genel coğrafik yapısını Kuzey bölgesinde ovalar,Orta ve güney batı bölgesinde ihtiyar dağlar,güneyinde Alpler,Bavyera alpleri ve tepeler oluşturmaktadır.Coğraf i olarak Avrupa'nın tam ortasında yer almaktadır. Avrupanın ortasındaki konumunu 3 Ekim 1990 tarihinde Demokratik Almanya Cumhuriyeti ile birleştirerek daha bariz duruma getirmiştir. (Almanya ülke raporu, 2018).

Avrupanın en büyük ekonomisine sahip dünyanın en gelişmiş beşinci ülkesidir. Sanayi olarak en gelişmiş Avrupanın en büyük nüfusuna sahip ülkesidir.Avrupa'da Ulaşım araçları,kimyasallar ve ev aletleri ihracatındaki liderlerden biridir.Eğitimli iş gücüne sahip olmasına rağmen Batı Avrupa ülkeleri gibi Yaşlılık nüfusu sorunu sebebiyle uzun 2 vadede sürdürebilir bir büyüme sorunuyla karşı karşıyadır.Sosyal güvenlik Sistemine Yaşlanan nüfusun olumsuz etkisi büyüktür.En olumsuz ekonomik noktalardan biri ülkenin sağlık harcamalarının çok yüksek olmalarıdır.. (Almanya ülke raporu, 2018).

Alman Anayasasının 20.maddesine göre Almanya sosyal bir devlettir.Devletin öncelikli görevleri arasında sosyal güvenlik sayılmaktadır.Devlet vatandaşlarının ekonomik ve sosyal durumları ne olursa olsun,sağlıklarının geliştirilmesi ve korunması olarak eşit haklara sahip olduklarını kabul etmektedirler. (Kuruca, 2012).

Tablo 7 Almanya'nın Genel Bilgileri ve Göstergeleri

Resmi Adı	Almanya Federal Cumhuriyeti
Yüz ölçümü	357.386 km ²
Başkenti	Berlin
Dili	Almanca
Nüfus	82,790,996 kişi (2017)
Nüfus artış hızı	0.4% (2017)
Ortalama Yaş	46.8 (2017)
İşsizlik Oranı	%3,2 (2017)

Kaynak: WHO, World Bank

4.1.1 Almanya'nın sağlık sistemi

Almanya, nüfus artışı, küreselleşme ve finansal kriz dönemlerinde nispeten yüksek oranda işsizlik oranının, yeniden birleşme, artan talebin ve yeni (ve her zaman etkili olmayan) farmakolojik ve yenilikçi teşhis araçlarının ve cerrahi tekniklerinin yerine getirilmesinin katılımı gibi birçok zorlukla karşı karşıya. Bu nedenle, genellikle pahalı teşhis ve tedavi seçenekleri artan maliyetlere yol açmaktadır. Son on yılda, temelde yeniden düzenlenmiştir. (F Dietrich & Hommel, 2012)

Bu zorluklarla rağmen Almanya dünyada sağlık hizmetlerinin en güçlü ülkelerinden birisidir. Herkesin sağlık hizmetlerine kolayca ulaşmasını hastahanelerin, doktor muayenehanelerinin ve tıbbi kuruluşların oluşturduğu geniş bir hizmet ağı sağlar. Toplamda gayri safi yurtiçi hasılatının yaklaşık yüzde 10.5'i sağlık giderlerine ayrılmaktadır. 10.5 yüzdeliğiyle OECD ülkeleri yüzdelik oranına nazaran 1,5 puan üstündedir. Sürmekte olan sağlık alanındaki reformlar arasında çıkarılan yasalardan biri “masrafları düşürme yasası” sonucunda Almanya OECD ülkeleri içerisinde kişi başına sağlık harcamalarının en düşük yükselen ülke konumuna gelmiştir. Almanya sağlık sistemi olarak sadece AB içerisinde değil dünyadaki sağlık sistemleri içerisinde en güçlü ve en iyilerinden birisidir. (Tontuş, 2015)

Tablo 8 Almanya'nın Anahtar Demografik ve Sosyal Göstergeleri

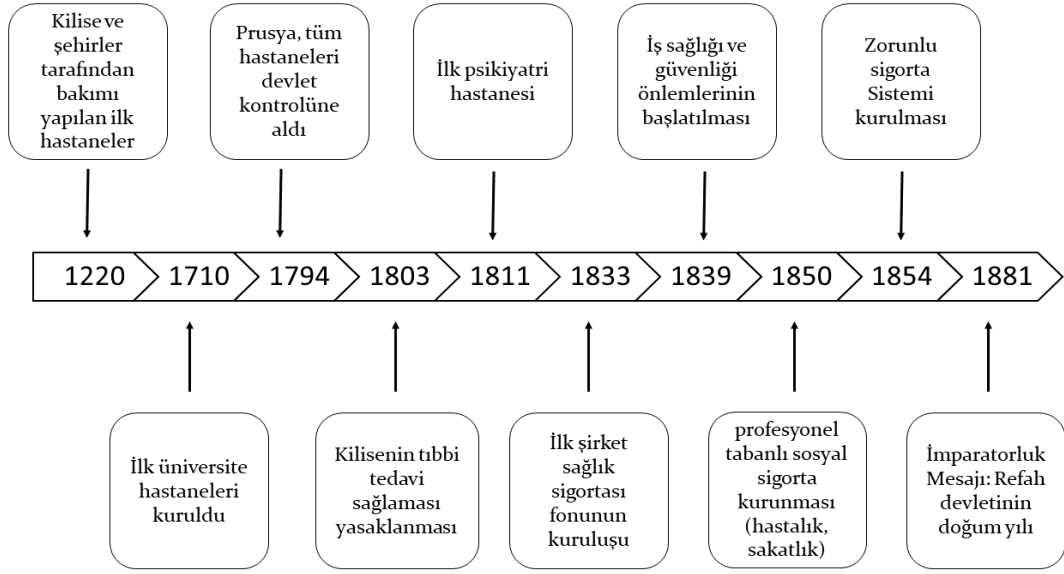
Göstergeler	2012	2017
GSYİH	3.554 Trilyon \$	4.119 Trilyon \$
Kişi Başı GSYİH	44,089 \$	50,800 \$
Büyüme Oranı	2.51%	3.15%
Toplam Sağlık Harcamaları (\$)	377,251.8 Milyon \$	472,721.2 Milyon \$
Kişi Başı Sağlık Harcamaları (\$)	4,690.7 \$	5,728.5 \$
Kamu Sağlık Harcamalarının Payı (%)	83.1	85.0
Özel Sağlık Harcamalarının Payı (%)	16.9	15.0

Kaynak: World Bank (Germany, 2019), Statista (Germany, 2019)

4.1.2 Almanya'nın sağlık sisteminin tarihçesi

İlk dönem sağlık sigortası, orta çağda loncalar ve madenciler dernekleri şeklinde gelişmiştir. Bunun nedeni, önemli risklerle yüzleşmenin, nispeten iyi durumda olmanın ve bir çeşit dayanışma içini aşmaya çalışmaktan kaynaklanıyordu. Çalkantılı bir endüstriyel gelişme içinde 1880'lerde büyük reformlar yapıldı. Sanayileşme, kırsal kesimden şehirlere büyük bir emek göçüne yol açmıştı. Nüfusun büyük bölümleri yetersiz sağlık hizmetlerinden muzdaripti, bu da çalışamama nedeniyle kötüleşmeye yol açtı.

Aslında, Bismarck'ın 1883'teki sosyal sağlık sigortası reformundan önce bile, yerel yönetim mevcut gönüllü hastalık fonlarına kaydolmayı zorunlu hale getirme hakkını elde etti. (Carrin, 2003, p. 39)



Şekil 12 Almanyadaki sağlık Bismark'ın önceki dönem

Kaynak: (Fischer M.D)

Almanya'nın modern sağlık sisteminin yükselişi, parlamentonun ülke çapında sağlık sigortasını zorunlu hale getirdiği 1883 yılına dayanıyor. Almanya, ulusal bir sosyal güvenlik sistemi sunan ilk ülke olarak tanındı. Takip eden yıllarda, 'Bismarck sistemi' olarak adlandırılan yasal sosyal sigorta prensibi, işle ilgili kazalar ve hükümsüzlük (1884), yaşlılık ve sakatlık (1889), işsizlik (1927) ve ihtiyaç risklerini azaltmak için de uygulanmıştır. (Jacobs & Goddard, 2000, p. 117) .

1910 ve 1930'da sigorta kapsamı nüfusun % 37 ve% 50'ye ulaştı. 1950'de sigorta kapsamı nüfusun% 70'ini oluştuyordu. (Carrin & James, 2004, s. 50).

Almanya'da sağlık hizmetleri maliyetindeki artışı önleyebilmek adına 1970 yıllarının ortalarından beri ciddi ve baştan sona kadar genellikle aynı kalitede devam eden işler yapılmaktadır.1970li yılların ilk yarısında sağlık giderlerinde hızlı artış görülmesi 1977'lerde Sağlık Sigortası Maliyet Kontrolü Yasası'nın çıkarılmasıyla sonuçlanmıştır.

Bu yasa ile bir danışma kurulu olan sağlık hizmetlerinde Planlanmış Eylemler yasası oluşturuldu. Bu kuruluş, Sağlık hizmetlerinde maliyet artışlarının yavaşlatılmasına katkıda bulunmuş olsa da sonra farklı yasal düzenlemeler yapma ihtiyacı duymuşlardır. (Sargutan, Almanya Sağlık Sistemi, 2016)

1984'te hastalık fonları üyelerinde hastahane hizmetleri,tedaviler,diş tedavileri ve diğer hizmetler adına ek ücret ödemesi alınmaya başlanılmıştır. (Jacobs & Goddard, 2000, s. 117)

1990 yıllarının ortalarında sigorta alanında faydalanılan ambülatör hizmetler,sağlık hizmetleri,doktor seçme hakkı,hastahane hizmetleri,anneler için ücretsiz sağlık hizmetleri,sağlık taramaları,hasta yakınları için fiziksel terapi,rehabilitasyon ve refakatçi izinleri gibi hizmetler dahil olacak şekilde genişletilmiştir. (Sargutan, Almanya Sağlık Sistemi, 2016)

2002 yılında Avrupa Birliği (AB)'de sağlık harcamalarının milli gelir içindeki oranı% 11,2 ile en yüksekdi (Harmancı, 2005)

Çalışan başına aylık 4,162,50 euro gelir düzeyinde (2010), bir çalışan özel bir sigorta fonuna geçebilir. Biri özel bir fon kullanmayı seçerse, sadece iş kaybı gibi belirli koşullar altında yasal bir fon tarafından karşılanabilir. Akrabalar, ortaklar ve çocuklar için ek bir özel sigorta gerekir. (Düllings, 2010)

2012 yılı Almanyasında sağlık sigortası 70 milyon kişinin yani nüfusun %85 finansmanını kapsamaktadır. Sigortalı nüfusu zorunlu üyeler %35, zorunlu üyelerin bakmakta yükümlü olduğu kişileri %18 , gönüllü üyeler %5, emekliler %21,emeklilerin bakmakta yükümlü olduğu kişileri %2, ,gönüllü üyelerin bakmakla yüküm olduğu kişiler %4 kişiler oluşturmaktadır.Yine 2012 yılında nüfusun %10,9'u özel sağlık sigortasına sahiptir. (hspm.org, 2014)

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) 2013 yılı verilerine göre kişi başı sağlık harcaması 4.884 \$ ve sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki yeri %11.3'tür. Sağlık harcamalarının tümü %76,8 devlet,%24'ü özel tarafından yapılmaktadır. Sigorta şirketleri tarafından %40'ın özel tarafından yapılan harcamalar olduğu bilinmektedir. (Uzun, 2015)

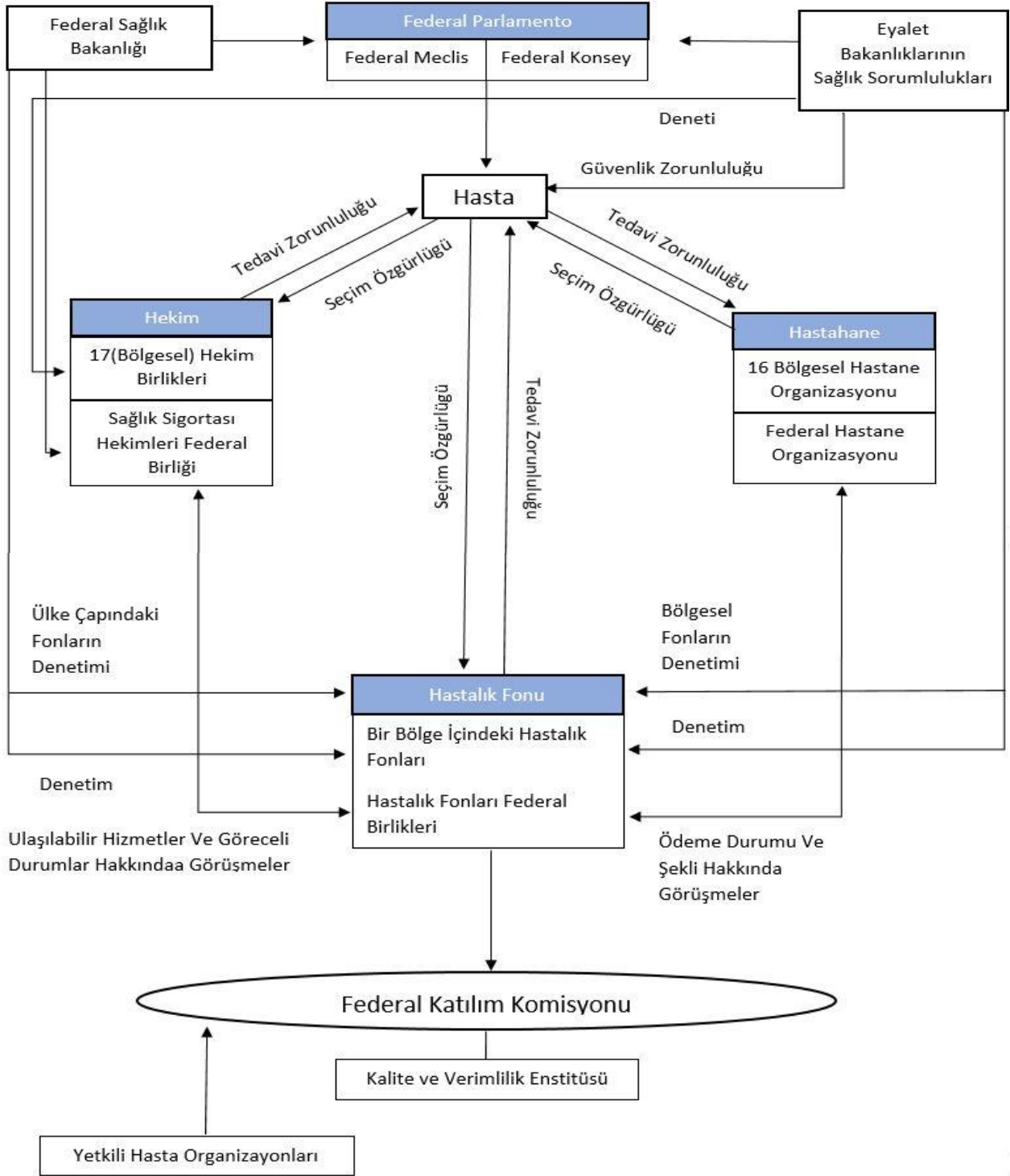
4.1.3 Almanya'nın sağlık sisteminin örgütsel yapısı

Almanya' da sağlık hizmetleri kavramı toplumun sağlığını koruyan, geliştiren ve yeniden üreten tüm kişi ve kuruluşları kapsar. Resmi ve resmi olmayan birçok kurum bu hizmetlerin sunumunda yer alır. Resmi nitelik taşıyanlar Özel görev sorumluluğunu üstlenmiş federe, Belediyeler ve eyalet kademesindeki tüzel kurumlar oluşturmaktadır.. (Erdogan & Ekuklu, 1995)

Merkezi/Federal Yönetim

- FDR/Eyalet Yönetimi
- Devlet dışı birlikler
- Yasal haklar
- Zorunlu üyelik
- şahsi finansal kaynaklarını yükselme hakkı

Bu oluşumların Almanya sağlık sistemi içerisindeki yerine şekil 13'te bulunmaktadır.



Şekil 13 Almanya Sağlık Sigortası Organizasyon Yapısı

Kaynak: (Busse & Riesberg, 2004)

4.1.3.1 Federal (land) düzey merkezi yönetim

Federal Konsey,Federal Sağlık Bakanlığı,ve Federal Meclis Ulusal düzey Ulusal düzeyde temel örgütlerdir. Önceki çalışma 2012 yılında Sosyal Politika Bakanlığı'na aktarıldı.Bununla birlikte 1991'den önceki gibi tek bakanlık sosyal güvenliğin işsizlik hariç tüm dallarından sorumlu oldu.Federal Sağlık Bakanlığı 1991'den bu yana 8 birim 8 birim halinde örgütlenmişlerdir.Her birimin kendisine bağlı üç ve ya iki alt bölümü vardır. Federal yapı,16 eyalet yasasına temel olarak tabidir.16 Lander yönetimin 13'ü isminde “sağlık” sözcüğü geçen bir bakanlığa sahipti.Oysa ki hiçbirisi sağlıkla ilgili bir bakanlık değildirler.Çoğu çalışma ve sosyal sağlıkla ilgilidirler.Çevre sağlığı,gençlik,sağlık ve aile ile birlikte yer alınırlar.

4.1.3.2 Federal sağlık bakanlığı

Demokrasi ve refah sistemi Almanya'da birbiriyle yakından ilgilidir.Refah için temel prensipler; kişisel sorumluluk ve dayanışmadır.Gerçekle şebilmesi için devlet geniş sosyal servis ağı oluşturmuştur.Devletin amaçladığı refah düzeyi koşulu;vatandaşlarının yasalarla birlikte özgürlüğünü koruyarak işler bir sosyal güvenlik sistemi ortaya koyabilmektir.

4.1.3.3 Federe / eyalet (lander) düzeyi yerinden yönetimi

Kalabalık bir nüfusu olan Almanya geleneksel olarak sağlık hizmetlerini yerinden yönetim temeli esas alınarak örgütlenilmiştir.En belirgin özelliklerinden biri hükümet yetkilileri Federe/Eyalet yönetimlerine devri ve özel sektörün kamu sektörünü tamamlaması ve yetkinin sağlık sigortası içerisindeki,kendi kendi yöneten kuruluşlar arasında dengeli bir şekilde dağılmıştır.Ayakta tedavi hizmetlerinin hemen hemen tamamı,kar amaçlı sıkı bir kontrol mekanizmasına tabi olan özel sağlık hizmeti sunucuları tarafından sunulurken,karma bir yapıdaki hastane hizmetleri özel ve kamu sektörü sunucuları tarafından sunulmaktadır. (Sargutan, Almanya Sağlık Sistemi, 2016)

4.1.4 Almanya'daki hastaneler ve sağlık alışanları

Almanya'da hastahanelerin mülkiyeti dernekler,özel sektör ve vakıflardan oluşmaktadır. Kamunun payı %61 civarlarında iken halka açık derneklere ve Kiliselere ait hastahanelerin oranı ise %34 civarlarıdır. %4 civarlarında kalan pay ise özel sektöre aittir. (akıcı, 2006)

Hastaneler, sabit bütçeler, eksiklik tehdidi, ameliyatıvar cerrahi, 1996'dan sonraki muhtemel ödemelerin başlatılması ve Teşhise İlişkin Grupların neredeyse tek bir ödeme sistemi olarak tanıtılması nedeniyle zorluklarla hızla değişen bir ortamla karşı karşıya kalmıştır. (Dietrich CF, Rosien U, & Caspar y WF, 2001)

Hastane planındaki akut hastaneler acil hasta bakımı sağlarken, sadece üniversite hastanelerinde uzun süre boyunca resmi ayakta tedavi olanakları vardı. Gündüz ameliyatı ve ayaktan hastane öncesi ve sonrası bakım, artan aktivite alanları haline gelmiştir. 2004 yılından bu yana, genel olarak hastanelere düzenli olarak uzmanlık gerektiren yüksek bakım gerektiren ayakta tedavi görenlere bakım sağlamak için ek yetkinlikler verilmiştir. Ayrıca, entegre bakım modellerine katılım, ayakta bakımda aktif olmak için yeni fırsatlar sunmaktadır. (Scheller-Kreinsen D, Quentin W, & Busse R, 2011)

1000 kişiye 10,4 hasta yatağı düştüğünden ötürü Avrupa çerçevesinde iyi bir durumu vardır.(Avrupa 7 ortalamaoya sahiptir) 4 100 kişiden hastaneye kabul oranı 21 ile Avrupa ortalaması (16) üzerindedir. 13,4 gün ile Akut hastanelerde ortalama yatış süresi Avrupa ortalamasından (10) daha yüksektir.Hükümet,has tanelerin üst kurul politikasını belirleme işini devam ettirmesine rağmen,eyalet hükümetleri hastanelerin idaresi,programlanmas ı,yürütölmesi ile finansmanından sorumludur.

Hastane hizmetleri,ihtiyaç duyulan bakım türü ve ortalama hastahanede yatış sürelerine göre gün başına (per diem) finans kaynağı sağlanılmaktadır.Bütün sağlık ödeyicileri aynı oranda ödeme yaparlar.Esnek bütçeler ve beklenen bütçeler,gelecek yıl hastahane yatak işgal oranına dayanarak tahmin edilir.Hastaların hastahane seçme özgürlüğüne rağmen tüm hastane kabulleri doktor sevki gerektirmektedir. (Düllings, 2010)

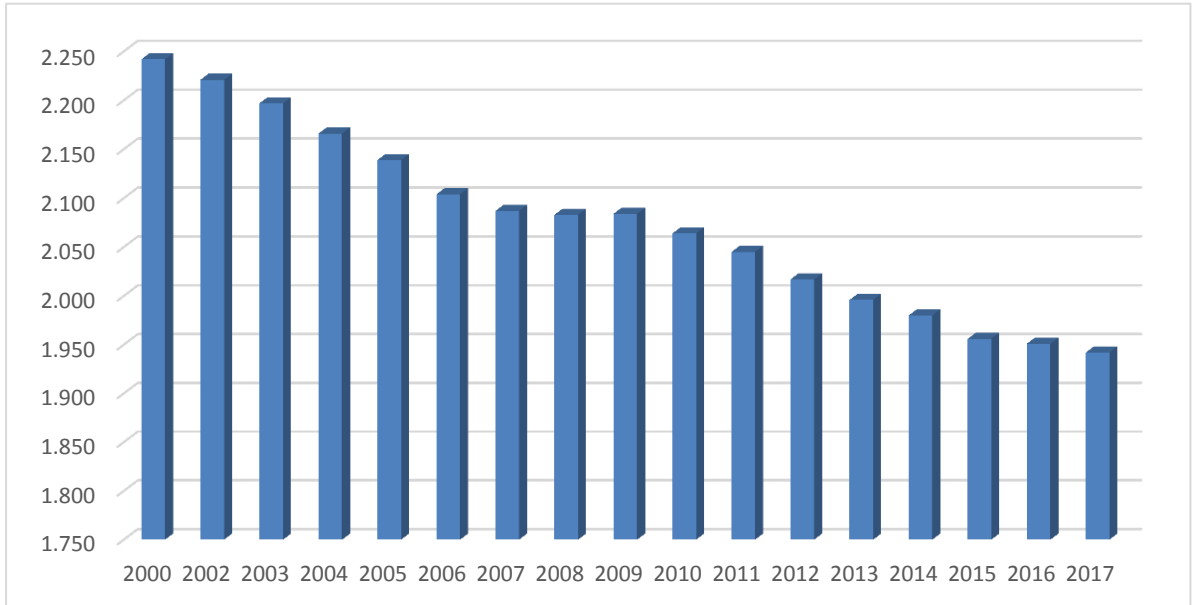
Şekil 14 Almanya Hastanelerin Sınıflandırılması



Kaynak: (Öztürk & Karakaş, 2015)

Bu istatistik 2000 - 2017 yılları arasında Almanya'daki hastane sayısını göstermektedir. 2017'de hastane sayısı 1.942'dir. Hastane sayıları değerlendirme döneminde düzenli olarak azalmaktadır.

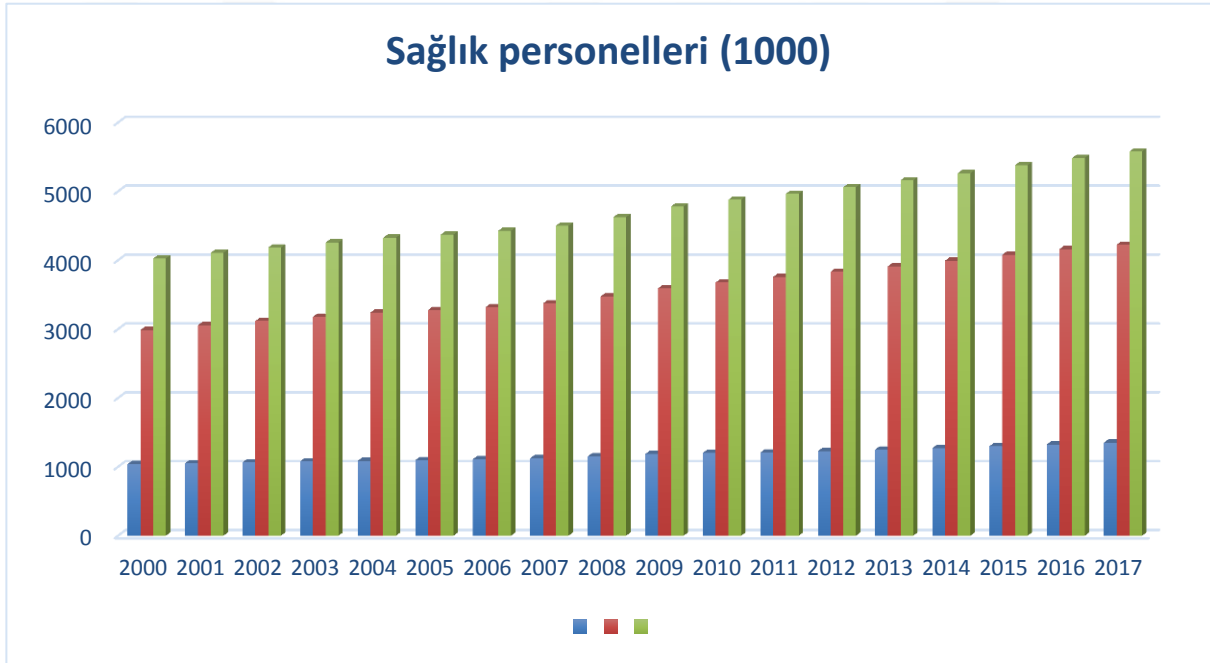
Şekil 15 Almanya Hastanelerin Sayısı



Kaynak: Statista (2019)

Yıllar içinde artmaya devam eden sağlık çalışanları Almanya'daki en güçlü insan kaynağından biri olarak kabul edilmektedir. son yıllarda doktor sayısındaki istikrarlı yükseliş devam etti: hem ayakta tedavi alanın hem de biraz daha önemli yatan hasta alanın, sayısal olarak, düzenli bir şekilde büyüme oranlarını göstermesi, böylece - ortalama yaşı artmasına rağmen - 35 yaşın altındaki doktorlar son yıllarda kabaca yüzde 18'e yükselmiştir (2005'te yüzde 15). Sonuç olarak, tıbbi bir uygulamada bir pozisyon almaya hazır olma durumu da daha yaygın hale geldi. Poliklinikte çalışan doktor sayısı son on yılda üç kattan fazla arttı.

Şekil 16 Almanya'nın sağlık personelleri



Kaynak: destatis Statistisches Bundesamt

4.1.5 Almanya'nın sigorta sistemi

Almanya, sosyal sağlık sigortası sistemi sunan ilk ülke olarak kabul edilmektedir. 1883 yılında Otto von Bismarck'ın şansölyesi sırasında zorunlu bir sağlık sigortası şartı getirilmiş ve izleyen yüzyılda iş kazaları ve hastalıkları (1884), yaşlılık ve sakatlık (1889), işsizlik (1927) alanlarına genişletilmiştir. ve uzun süreli bakım (1994). (Busse & Blümel, 2014)

Sosyal sağlık teşviki, üyelerin katkılarıyla ve daha küçük ölçüde, genel gelirlerle finanse edilmektedir. Ocak 2009'dan bu yana, primler gelirle ilgili katkı ve ek bir ücretten oluşmaktadır. Tüm üyeler, 3675 Euro'ya kadar aylık ücret kazançlarında veya maksimum 570 Euro'luk bir prim karşılığında% 15,5'lik tek bir orana karşılık gelirdi. (Bauhoff, 2012) 2010'da bir üye işveren, çalışanlarının brüt gelirinin yüzde yedi'ini ödüyordu. Çalışan yüzde 7,9 ödüyordu. 2009'dan önce sigorta oranları fona göre farklılık gösteriyordu, ancak 2010'de tüm oranlar standart oldu. 2004'ten bu yana, fonlar federal bütçeden geliyor ve yılda 12 milyar avro destekleniyor ve 2010'da, 2012'de 14 milyar avroya ulaşması bekleniyordu. (Düllings, 2010)

Almanya'da çalışanları eğer yılda 57.600 Avro'dan daha az kazanıyorsa (2017'de ayda 4.800 Avro), sağlık sigortasına katılması gerekir iş sözleşmeniz imzaladığınız anda sağlık sigortası yaptırmak zorundasınız. (expatica.com, 2019)

Alman Sağlık Sigortası Sistemi'nin organizasyonu,Yasal Sağlık Sigortası (GKV) ile Özel Sağlık Sistemi (PKV) arasındaki ikili sistemin etkisidir. (Tontuş, 2015)

PKV genellikle GKV'den çok daha geniş bir tıbbi ve dış tedavisi yelpazesini kapsar. Şirketler farklı teminat seviyeleri sunar, primler programa girme sırasındaki yaşa bağlıdır ve önceden var olan herhangi bir koşul ve teminat, devlet sigortası programlarında olduğu gibi aile başına değil, genellikle kişi başıdır. Sağlık sigortası primlerinin bir kısmı vergiden düşülebilir. (expatica.com, 2019)

Almanya'daki işverenler ayrıca, aylık maksimum 317,55 Avro'ya kadar özel sağlık sigortası ücretlerine de katkıda bulunur.

1990'lardan bu yana, yasal sağlık sigortasına hak kazanmış olan Almanlar, sigortacılarını seçme özgürlüğüne sahipti ve her 12 ayda bir sağlayıcıyı değiştirebildiler. 20 -karten (akıllı kartlar), 100 yıllık bir sigorta sertifikası sisteminin yerini aldı (Krankenschein).

Hastalık fonları altı ana gruba ayrılır:

- Genel bölgesel fonlar, şemsiye organizasyonu altında bulunan Alg Federal Birliği, Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK). Bu fonlar Alman nüfusunun yaklaşık üçte birini kapsıyor.
- Betriebskrankenkassen (BKK) olarak bilinen şirket bazlı fonlar. Bunlar, 2004 yılında nüfusun yaklaşık beşte birini kapladı.
- Ticaret lonca fonları, Innungskrankenkassen (IKK).
- Tarımsal fonlar, Landwirtschaftliche Krankenkassen (LKK).
- Madenciler-Demiryolu-Deniz fonları, Knappschaft-Bahn-See
- Ersatzkassen olarak bilinen yedek fonlar. Selefleri, ilk karşılıklı yardımlaşma toplumlardı ve AOK gibi Ersatzkassen, nüfusun yaklaşık üçte birini kapsıyordu. (Green & Irvine, 2001)

Bu plan, uygun brüt çalışanların maaşı% 14,6'sını (her yıl en fazla 4,350 Avro'ya kadar) aynı temel ücrete tabi olması gereken 110 Krankenkassen, kar amacı gütmeyen dernek tarafından yönetilmektedir. Çalışanın geliri daha yüksek olsa bile, bundan daha fazlasını ödemez. Bu miktar çalışan ve işvereniniz arasında eşit olarak paylaşılır. Çalışan işçiler, yalnızca ayda 850 Avro kazandıkları takdirde prim ödüyorlar. (expatica.com, 2019)

4.1.6 Almanya'nın sağlık sigortasinin finansmanı

Sağlık hizmetlerin sosyal sağlık sigortası yolu ile fon sağlamaktadır . Bu sistemin on dokuzuncu yüzyılda kökeni Almanya'ya sahiptir . Sağlık sigortanın en eski modeli olmasına rağmen devlet müdahale olmadan önemli ölçüde gelişmiştir ve bununla beraber sanayilleşme döneminde büyük firmalara orataya çıkmsını neden oldu. Bu firmalardaki çalışan işçilerin kendilerini sendikalar halinde örgütlemeye başladılar. İşveren tarafından düzenlenen hastalık fonları Karşılıklı destek olarak, çalışanlarında daha iyi sağlık hizmetlerine erişimi sağlamaktadır . Bu nedenle, bir firmada çalışan işçilerin bazıları veya tümü için sağlık sigortasının sağlandığı bir model ortaya çıktı. (Mossialos, Dixon, Figueras, & Kutzin, 2002)

Batı Almanya 1970den 1980'nin ortalarından itibaren sağlık harcamalarının büyümesini engellemede diğer OECD ülkelerinin çoğundan daha başarılıydı: GSYH'dan sağlık hizmetlerine yapılan toplam harcamalar, 1975'te% 8.0'dan% 8.2'ye yükseldi. 1990 yılında. Hastalık fonlarının harcamaları aynı dönemde sadece% 0,1 artarak (% 5,2'den% 5,3'e) paralel bir gelişme göstermektedir. (B.aarnighausen & Sauerborn, 2002)

Almanya 2015'te en çok bütçe sağlık harcamalarına ayıran 10. Ülkeydir. Dünya sağlık Örgütünün (WHO, 2017) Verilerine göre; 2017 yılı toplam sağlık harcamaları 472,721.2 Milyon \$' dır. Bu tutar GYSH'nin %11,3 karşılığıdır.

Sigortalıların aldıkları bazı sağlık hizmetleri için katılım payı ödemekle yükümlüdürler. Belirli kurallar içerisinde 18 yaşın üzerindeki sigortalılar; yılın her çeyreği için ayakta tedavi, diş tedavisi ve ilaç harcamaları için katılım payı ödemekle yükümlüdürler.18 yaş altındakiler; sadece diş protezleri ve ortodonti için katılım payı alınır. (AY, 2017)

Tablo 9 Almanya Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (2007-2015)

Yıl	Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH içindeki Payı	Toplam Sağlık Harcamaları Devlet Payı	Toplam Sağlık Harcamaları Özel Sağlık Sigortası Payı	Toplam Sağlık Harcamaları Cepten Ödeme Payı
2015	11.2	84.5	15.5	12.5
2014	11.1	84.3	15.7	12.7
2013	11.0	83.3	16.2	13.2
2012	10.8	83.1	16.9	13.9
2011	10.7	83.3	16.7	13.9
2010	11.0	83.4	16.6	13.9
2009	11.2	83.6	16.4	13.8
2008	10.2	76.2	23.8	14.0
2007	10.0	76.1	23.9	14.2

Kaynak: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.HEALTHFINANCING?lang=en>

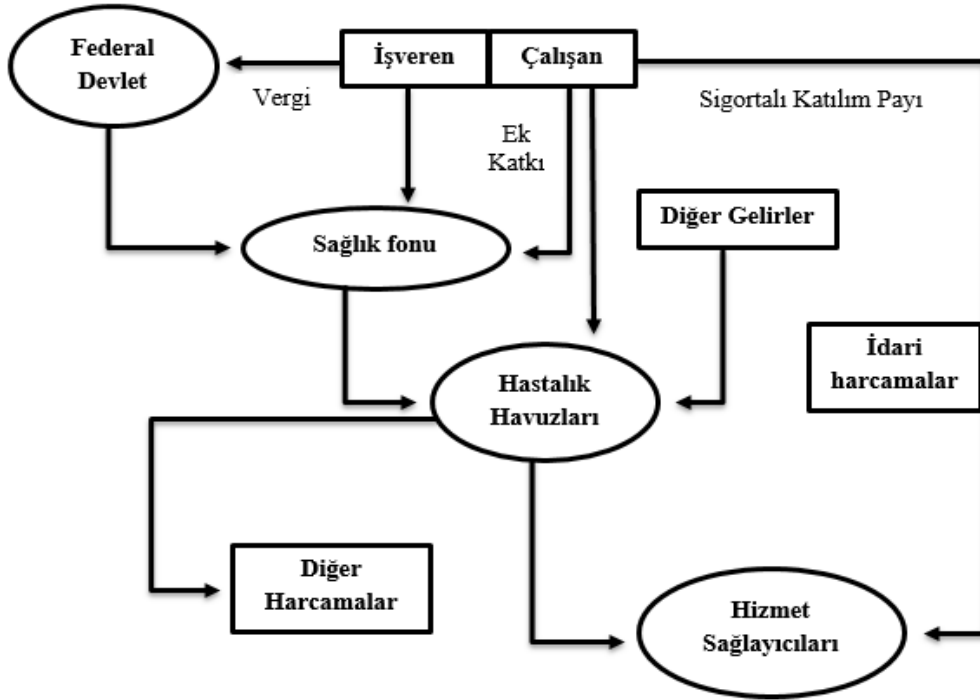
Tablo 9 da görüldüğü gibi sağlık harcamalarının en büyük finansman kaynağı sosyal sağlık sigortasıdır. Yasal sağlık sigortası harcamaları payı 2007 yılında %76,1 olup 2015 yılında bu oran %84,5'e gerilemiştir. 2007 yılından itibaren özel sigorta harcamaları payının orantılı bir şekilde düştüğü görülmektedir.

Gelişmiş birçok ülkede Son 10 yılda ki sağlık harcamalarının GYSH içindeki payının yükseldiği görülmektedir. Bu artışın bir çok nedeni vardır. Yaşlı nüfusun artış sebebi ve Demografik yapının değişmesi ile azalan sigorta prim gelirleri ve eskiden tedavisi olmayan sağlık problemlerinde yaşanan gelişmeler ve bunların giderleri buna sebep olarak gösterilebilir. (Avgurzy B, Bauer T, & Schaffner S, 2006)

Almanya'daki sağlık harcamalarının büyük kısmı SHI sistemine bağlanabilir. 1996-2008 yılları arasında SHI harcamaları büyük ölçüde GSYH'ye paralel olarak gelişti. GSYH büyümesinin üzerinde artışlar özellikle 1995-1996, 2001-2003, 2005,

2008 ve özellikle 2009 dönemlerinde gözlenebilmiştir. 2009 yılında GSYH'deki düşüş ve aynı zamanda SHI harcamalarındaki eşzamanlı artış, o yıl en belirgin artışa işaret etmiştir. Bunun tersi (yani GSYİH büyümesinin altında bir artış), 1993, 1997, 2004 ve 2011'de gözlemlendi. (Busse & Blümel, 2014)

Şekil 17 Almanya Yasal Sağlık Sigortası Finansman Akışı



Kaynak: (Busse & Blümel, 2014)

Şekil 17’de görüşmek üzere yasal sağlık sigortası finansman akışı görülmektedir. Çalışan kişiler ve işverenler prim ödemeleri sağlık fonuna aittir. Toplanan bütün primlerin ve hastalık havuzlarına dağıtılan ana havuzdur. Sigortalıların prim ödemelerinin yanı sıra devletin yaptığı vergi katkıları da ana havuzda toplanılmaktadır. Sağlık Fonu gelirleri hastalık havuzları arasında paylaşırma yükünü üstlenirler. Hastalık havuzları ana havuzdan elde edecekleri gelir haricinden sigortalılardan, sigortalının aylık brüt gelirinin %1’ini geçmeyecek vaziyette ek katkı alma hakkına sahiptirler. Hizmet sağlayıcılarıysa sigortalı katılım paylarından be ödemeleri hastalık havuzlarında yer almaktadır. (AY, 2017)

4.2 Güney Kore

Resmî adıyla Kore Cumhuriyeti , Doğu Asya'da Kore Yarımadası'nın güneyinde kalan bir devlet. Ülkenin başkenti Seul'dur. Güney Kore'nin komşu devletleri doğusunda Japonya batısında Çin Halk Cumhuriyeti, ve kuzeyinde Kuzey Kore. Güney Kore ılıman iklim kuşağında kalıyor ve ülke arazisi dağlık topraklardan oluşuyor.

Japonya'nın 1945'teki yenilgisinden sonra, Birleşik Devletler ve Sovyetler Birliği yarımadaı iki etki alanına böldü. Ağustos 1948'e kadar ABD yanlısı. Kore Cumhuriyeti (veya Güney Kore), güçlü komünizm karşıtı Syngman Rhee liderliğinde Seul'de kuruldu. Kuzeyde, Sovyetler Kim Il Sung'u, daha önce Kuzey Kore olarak bilinen Kore Demokratik Halk Cumhuriyeti (DPRK) 'nin ilk öncüsü olarak Pyongyang'daki başkentiyle kurdular. (history.com, 2018)

25 Haziran 1950'de Kuzey Kore Güney'i işgal etti. Sadece iki gün sonra, Güney Kore Devlet Başkanı Syngman Rhee hükümete Kuzey kuvvetleri tarafından hızla istila edilen Seul'den tahliye edilmesini emretti. Aynı gün, Birleşmiş Milletler, Güney Kore'ye askeri yardım sağlama konusunda üye ülkelere yetki verdi ve ABD başkanı Harry Truman, Amerikan kuvvetlerine bu zorunlulukları atmalarını emretti.

Hızlı ABD cevabına rağmen, Güney Kore'nin birlikleri Kuzey Kore saldırıları için ne yazık ki hazırlıksızdı. Ağustos ayına kadar, Kuzey Kore Halk Ordusu (KPA), Kore Cumhuriyeti (ROK) yarımadasının güneydoğu kıyısında, Busan kentinde küçük bir köşeye itti. Kuzey, iki aydan kısa bir sürede Güney Kore'nin yüzde 90'ını işgal etmişti.

1950 Eylül'ünde, ABD ve Güney Kore kuvvetleri Busan çevresinden ayrıldı ve KPA'yı geri almaya başladı. Seul yakınlarındaki deniz kıyısında Incheon'un eşzamanlı istilas, Kuzey kuvvetlerinin bir kısmını çekti. Ekim ayı başında, ABD ve ROK askerleri Kuzey Kore topraklarının içindeydi. Kuzeye Çin sınırına doğru iterek Mao Zedong'u Çin Halk Gönüllü Ordusunu KPA'yı güçlendirmesi için göndermeye zorladı.

Önümüzdeki iki buçuk yıl boyunca, rakipler 38. Paralel boyunca kanlı bir çıkmazla savaştılar. Sonunda, 27 Temmuz 1953'te ABD, Çin ve Kuzey Kore savaşı sonlandıran bir ateşkes anlaşması imzaladı. Güney Kore devlet başkanı Rhee

imzalamayı reddetti. Savaşta yaklaşık 2,5 milyon sivil hayatını kaybetti. (Szczepanski, 2019)

Tablo 10 Güney Kore'nin Genel Bilgileri ve Göstergeleri

Resmi Adı	Güney Kore Cumhuriyeti
Yüzölçümü	100,210 km ²
Başkenti	Soul
Dili	Korece
Nüfus	51.47 Milyon (2017)
Nüfus artış hızı	0.4% (2017)
Ortalama Yaş	41.8 (2017)
İşsizlik Oranı	3, 6% (2017)

Kaynak: WHO, World Bank

4.2.1 Güney Kore'nin sigorta sistemi

Kore'nin sağlık sigortası sistemine ilişkin ilk tasarı, Kore'nin kişi başına düşen GSMH'sının halen 100 ABD Doları'nın altında olduğu 1963 Aralık tarihli Sağlık Sigortası Kanunu ile başlatılmıştır. Bu program öncelikle gönüllü olarak kapsamayı hedefliyordu. Ancak, sınırlı finansal kaynaklar ve katılım eksikliği nedeniyle çok az şey başarıldı. (Min yang, 2016)

1970'lerin başlarında, otoriter bir askeri hükümet Kore'de iktidarı ele geçirdi. Bu gelişme hükümeti, devlet seçkinleri tarafından başlatılan ve ağır kimya endüstrisinin gelişimine odaklanan hızlı ve toplu bir ekonomik büyüme stratejisini benimsemiştir (Kim E. , 1980) 1972'de, oldukça baskıcı olan Yushin Anayasası'nın dayatılması, Park rejiminin meşruiyetini azalttı (1961-1979) ve entelektüellerden ve işçilerden oluşan sosyal bir hareket, otoriter kalkınma devletine meydan okudu. Ancak, işçi sınıfı ve diğer sosyal güçler iyi organize edilmedi. (Chung, 1993)

1977'den itibaren ülkedeki çeşitli meslek grupları için zorunlu sigortalar kuruldu. Aynı yıl çalışanların sağlık sigortası çalışanlar (500 çalışanı ve üzeri olan şirketlerde aktif) ve bağımlıları için zorunlu hale geldi. Daha sonra, kapsama

sistematik olarak genişletildi. 1979'da, asgari 300 çalışanı olan firmalarda aktif olan işçiler (ve onların bağımlıları) için kapsama alanı zorunlu hale geldi. Hükümet yetkilileri ve özel okul öğretmenleri de bu yıl zorunlu sigortalıydı. Daha sonra 1981 ve 1983'te, kapsamı sırasıyla en az 100 ve 16 çalışanı olan firmalarda çalışanlara uzatıldı.

1981 yılında seçilen kırsal ve kentsel alanlarda serbest meslek sağlık sigortası için gösteri programcıları ile son bir aşama izlendi. Nihayet 1988 ve 1989'da, sağlık sigortası, kırsal kesimde ve serbest çalışanlarda sırasıyla ülke genelinde zorunlu hale geldi. Bu nedenle, geçiş dönemi ilk 1963 Sağlık Sigortası Yasası'nın yürürlüğe girmesinden bu yana 26 yıl sürmüştür. (Carrin, G. & James, C., 2004)

2000 yılının Temmuz ayında, güçlü bir siyasi liderlik altında, toplumlar tek bir programda birleştirildi. Entegrasyon 139 çalışan toplumunu, 227 serbest meslek grubunu ve devlet ve özel okul programlarını içermektedir. Gelir ve meslek grupları arasındaki eşitsizlik, reformlara yol açan önemli bir husustur. Mali birleşme Temmuz 2003'e kadar tam olarak uygulanmamıştır. Planların entegrasyonu nedeniyle idari maliyetler çok daha düşüktür - tüm harcamaların tahmin edilen yüzde 10,0'undan 1994'te 2006'ya yüzde 0,4'e düşmüştür. (Somanathan, Tandon, Lan Dao, L. Hurt, & L. Fuenzalida-Puelma, 2014)

Pek çok ülke, sağlık hizmetlerini sert bir şekilde artan sağlık harcamaları problemi ile karşı karşıya bırakarak daha sürdürülebilir hale getirmek için çalışmıştır. Avrupa ülkeleri kamu harcamalarını asgariye indirmeye ve neoliberalizm ilkelerine dayanan özelleştirmeyi uygulamaya koyma girişiminde bulundu. Bu ülkeler, piyasadaki rekabeti arttırırken, halk üzerindeki mali yükü en aza indirmek için sağlık sistemlerini iyileştirdiler veya düzeltmeye çalışıyorlar. Genel olarak, sağlık bakım sistemlerindeki değişiklikler neoliberalizm üzerinde birleşmiştir.

Özellikle, Kore deneyimi bu küresel eğilime karşı çıktı. Kore, tüm sağlık sigortası topluluklarını tek bir sigorta sistemine entegre etti, kamu sağlık harcamalarını arttırmayı, kamu hizmet harcamalarını azaltmayı ve rekabeti güçlendirmeyi gerektiren neo-liberalizme karşı koruma kapsamını arttırmaya devam etti (Wong J. , 2004) Bununla birlikte, 2007 yılında devlet yataklarının payı, Kore'deki toplam yatak sayısının yaklaşık% 9,5'idir; bu, diğer uluslara kıyasla son derece zayıf halk sağlığı hizmeti sistemi anlamına gelmektedir. Bunlar mevcut Kore sağlık

sisteminin tarihsel gelişim süreçlerinden kaynaklanan temel özellikleridir. (Lee SY, Kim MS, Kim SY, & et al., 2010)

Kore sağlık sisteminde iki büyük kurumsal değişiklik meydana geldi. Bunlardan biri, 1977'de zorunlu sağlık sigortasının getirilmesi idi, diğeri ise 2000'de evrensel ulusal sağlık sigortasına geçiydi. Bu büyük reformlar, Kore'yi sağlık sektöründeki yol bağımlılığı hakkında genel iddialar verildiğinde sağlık politikası değişikliği için iyi bir vaka incelemesi haline getirdi.

Kore'nin kendi sağlık sistemini bu şekilde geliştirmeyi neden ve nasıl seçtiğini ayrıntılı olarak incelemek önemlidir. Ancak, Kore sağlık sisteminin gelişim sürecini sosyal ve politik açıdan açıklamaya çalışan çok az sayıda çalışma yapılmıştır. Bu nedenle, Kore sağlık sistemindeki tarihi gelişim süreçlerini ve değişimleri analiz etmek gerekmektedir. (V, 1989)

Asya'daki gelişmekte olan birçok ülke, kamu sağlık sigortası programlarını ya göz önünde bulundurmakta ya da uygulamaktadır ve Kore'nin başarılı deneyimleri hakkında daha fazla bilgi edinmek istemektedir. Kore sağlık sisteminin kurumsal gelişim süreci, bu gelişmekte olan ülkeler için iyi bir örnek olacaktır.

Refah politikalarındaki pek çok uzman, sağlık hizmetlerinin oluşumunu ve gelişimini, siyasi ve sosyal güçlerin dinamikleri veya siyasi yapıdaki değişiklikler gibi, makroskopik bakış açılarından açıklama eğiliminde olmuştur. (Tang, 2000)

Bu açıdan, araştırmacılar sağlık sistemlerinde geçişleri daha net bir şekilde açıkladılar. Wong, Sosyal Sağlık Sigortasından (SHI) Ulusal Sağlık Sigortası (NHI)'na geçişin ve Kore ve Tayvan'da sağlık hizmetlerinin evrenselleşmesinin demokratik reformlardan kaynaklandığını ileri sürdü. Bununla birlikte, Wong'un geçişin nedenine ilişkin önerisinden, iki ülkenin sistemlerinin neden kurumist SHI'den NHI'ye değil, yeni türüne NHI dönüştüğünü açıklamak zor. (Wong J. , 2001)

4.2.2 Güney Kore'nin sağlık sisteminin tarihçesi

Kore'nin tarihinin çoğunluğu için, Japonya ve diğer feodal krallıklar alternatif olarak ülkeye hükmetti. 1910'da Japonya, Kore'yi ilhak etti ve 2. Dünya Savaşı'nın sonuna kadar Kore imparatorluğunu yönetmeye devam etti. Japonya'nın Kore'yi ele geçirmesinin bir sonucu olarak, Japonya'nın sağlık bakım sistemi, Kore'nin sağlık bakım sisteminin erken evriminde önemli bir rol oynamıştır. İkinci Dünya Savaşı'ndan kısa bir süre içinde çıkan Kore savaşının gelişi, Kore'nin Kuzey ve Güney olarak ikiye bölünmesiyle sonuçlandı. Ülkenin Kuzey kısmı daha sonra Kuzey Kore, Güney bölgesi ise Kore Cumhuriyeti olarak tanındı. Kore Savaşı sonlarından kısa bir süre içinde, Kore Cumhuriyeti amaç olarak ekonomik büyümeyi önceliğe aldı. günümüzdeki, sağlık projeleri ve hükümet halk sağlığı faaliyetlerinin geliştirilmesi uluslararası kaynaklar tarafından finanse edilmektedir. Geçmişte Kore hükümeti, sağlık için ulusal bütçenin% 1'inden daha azını harcıyordu, bu diğer ülkelere göre daha düşük oranda olduğu görülmektedir. (Anderson, 1989) Tarihsel olarak, Kore'nin sağlık hizmeti sunumu yöntemi geleneksel Kore tıbbi alternatif bitkisel yöntem ve bunu benimseyen doktorlara dayanıyordu. Hastaların tedavisinde bitkisel ilaçlar, acil tedavi, korunma ve sanitasyon için Batı tıbbi kullanılmıştır (Son, 1998)

Koreliler, sistemlerini 1976'da başlayan sıfırdan yarattıklarını söylemek abartı olmayacaktır. Böylece, diğer sanayileşmiş ulusların olgunlaşmış sistemlerinden sonra sistemlerini modellerken, “ülkenin ekonomik büyüme planlarıyla tutarlı politika kararları” verebildiler. (Michael, Lori, & Debbie, 2001)

Tablo 11 Güney Kore'de sağlık sigortasının gelişimi(1963-1989)

1963	Sağlık sigortası yasası, gönüllü sağlık sigortasına izin verilmesini öngörmüştür.
1966	İki firma, çalışanları için gönüllü sigorta kuruluşları kurdu.
1976	Serbest çalışanlar için gönüllü sigorta hareketi finansal olarak uygun değildir.
1977	Çalışanlar ve büyük firmalardaki bağımlıları (500 çalışandan fazla) için sağlık sigortası zorunludur.
1977	Düşük gelirli, kırsal, engelli ve hükümetin sağladığı yaşlılar için kapsama (Tıbbi Yardım Programı).
1979	Devlet çalışanları, öğretmenler ve özel kurumlardaki personel için sağlık sigortası zorunludur.
1979	300'den fazla çalışanı olan sanayi çalışanları için sağlık sigortası zorunludur.
1981	100 çalışanın üzerindeki sanayi işçileri için sağlık sigortası zorunludur.
1983	15 çalışanın üzerindeki sanayi işçileri için sağlık sigortası zorunludur.
1988	Kırsal bölge sakinleri için bölgesel sağlık sigortası zorunludur.
1989	Şehir sakinleri için bölgesel sağlık sigortası zorunlu hale geldi

Kaynak: (Hum Yu & F. Anderson, 1992)

Özel bakım dağıtım sistemi, Hükümetin vatandaşlar için sağlık hizmeti sağlamada yetersiz bir duruşu Kore Cumhuriyeti'nin ilk yıllarına kadar izlenmektedir. Nüfusun sağlık ihtiyaçlarını karşılama görevi, ilk sosyal sağlık sigortası 1977'de dördüncü ekonomik kalkınma programının bir ölçüsü olarak (1977-1981) getirilene kadar özel sektöre bırakıldı. Sosyal sağlık sigortasının ve vergiye dayalı Tıbbi Yardım Programının getirilmesi, alt gelir seviyesindekiler için maliyetli olan sağlık hizmetlerine erişimin önemli ölçüde kolaylaşmasına ve ulaşılabilirliğine katkıda bulunmuştur.

Kapsamı genişletmeye yönelik sonraki artan yaklaşım, 1989 yılında evrensel nüfus kapsamının sağlanmasına neden olmuş ve çok kısa sürede sağlık hizmeti kullanımında bir artışa yol açmıştır. Bu artışa karşılması için bir sonucu olarak, özel sektör çarpıcı biçimde genişledi. (Kwon, Lee, & Kim, 2015)

4.2.3 Güney Kore'nin sağlık sisteminin yapısı

Son 30 yıl içerisinde hızlı bir sosyoekonomik gelişim ve önemli bir ekonomik büyüme göstermiştir. Bu hızlı kalkınmanın yüksek yaşam standartlarının imkanlarından yararlanırlarken, kentleşmenin ve endüstrileşmenin getirdiği çevre kirliliği yan etkileri gibi, aşırı nüfus yoğunluğu ve gelir düzeyleri arasındaki uçurumlar gözden kaçmamaktadır. Bu nedenden ötürü devlet etkinliklerine olan istek bu yan etkilerinin getirdiği sorunların çözülmesidir. Sosyal güvenlik sisteminin hızla uygulamaya geçirilmesiyle birlikte kısa sürede yaygınlaşması, Güney Kore sosyal sigorta kurumlarının temel çerçevesini oluşturmuşlardır. Fakat var olan refah sistemi eskiden olduğu gibi Kore halkının talep ettiği refah düzeyinin gerisindedir. Bu nedenden ötürü hizmet sağlayıcı yönelimi sosyal güvenlik yönetiminin yapısını tekrar oluşturmaları gerekmektedir.

ve olan Sosyal Refah Sistemi üç bölümden oluşmaktadır:

- Sosyal Sigorta (Ulusal Sağlık Sigorta Sistemi (NHI), Endüstri Kazalarına karşı Sigorta, Çalışma Sigortası)
- Kamu yardımları (İlaç yardımı, Yaşama ortamının korunması vs.)
- Sosyal refah hizmetleri (Çocuklar, özürlüler, kadınlar, yaşlılar ve ruhsal sorunları olanlar için) (Sargutan, 2016)

Tablo 12 Güney Kore'nin Sağlık harcamaları Göstergeleri (2012-2017)

Göstergeler	2012	2017
GSYİH	1.223 Trilyon \$	2.035 Trilyon \$
Kişi Başı GSYİH	24,358 \$	39,500 \$
Büyüme Oranı	2.3%	3.1%
Toplam Sağlık Harcamaları (\$)	92.66 Trilyon Won	131 Trilyon Won
Güney Kore'nin sağlık harcaması GSYİH'nın bir yüzdesi olarak	6.44%	7.57%
Kişi Başı Sağlık Harcamaları (\$)	2,070 \$	2,900 \$
Kamu Sağlık Harcamalarının Payı (%)	58.22	58.89
Özel Sağlık Harcamalarının Payı (%)	47.78	41.11

Kaynak: Statista, tradingeconomics.com, mohw.go.kr

4.2.4 Güney Kore ulusal sağlık sigortasına geçişi

Kore SHI sistemi, 1990'ların başında 420 olan çok sayıda merkezi olmayan sağlık sigortasını sürdürdü. Cepten yapılan yüksek ödemeler, projenin içsel olarak gerilemesine neden oldu. Yapısal ademi merkeziyetçilik sosyal dayanışma ilkesini zayıflattı ve sigortacılar arasındaki mali eşitsizliği daha da şiddetlendirdi (Lee SY, Chun CB, Lee YG, & Seo NK, 2008)

Bu arada, emek ve toplumsal hareketlerdeki büyük değişiklikler 1987'deki Kore demokrasi hareketini takip etti. Sonuç olarak, işçi sınıfı, çiftçiler ve balıkçılar aktivizmlerini sosyal hareketler üzerine yoğunlaştırdılar (H., 1990)

Sosyal güçler arasındaki bu değişimin ortasında, ulusal çapta bir toplumsal hareket, korporatist SHI'yi bir NHI sistemine dönüştürmeye çalıştı. 1988 yılının Haziran ayında, entegrasyon reformu hareketi, 48 sosyal hareket grubundan oluşan bir sağlık sigortası entegrasyonu Ulusal Komitesi oluşturdu.

1990'larda neoliberal küreselleşme, devlet finansmanının azalması ve refahın azalması ile birlikte geldi. Bu küreselleşmeyi en açık şekilde yansıtan hükümet

politikası 1992'nin finansal kurtuluş politikasıydı. Bu politika, Kore'nin kapitalist güçlerinin hükümetten daha özerk olmasını sağladı. Kore ekonomik politikası bir bütün olarak küreselleşmeden de etkilendi (C.Nam, 2000). Daha sonra, 1997 yılında, küreselleşmenin etkileri döviz krizi sırasında Kore ekonomisini etkiledi. O zamanlar, NHI'ye geçiş, sosyal reform hareketinin gündeminde önemli bir kalemdi (Kim S. , 2005) NHI'nin baskısındaki bir faktör, demokratikleşme sonrası toplumsal hareketteki değişiklikleri içeriyordu. 1980'lerde ve 1990'lar arasında NHI'ye geçiş için politika süreci, işçi ve çiftçi örgütleri ve aynı zamanda sağlık sivil toplum örgütleri de dahil olmak üzere sosyal güçlerini harekete geçirmesi ve hükümetin şiddetle karşı çıktığı sağlık reformu talep etmesinde belirgindi.

1997'de, cumhurbaşkanlığı seçiminden önce, iktidar ve muhalefet partileri serbest çalışan tüm sigorta şirketlerini ve toplumu kamu görevlileri ve özel okul çalışanları için entegre eden NHI Yasası'nı geçti. 1998 yılında Kim Dae-Jung (1998–2003) göreve geldiğinde, tek bir sigorta şirketine tam entegrasyon için bir yasa kabul edildi. 1 Temmuz 2000'de Kore'de tamamen entegre bir NHI kuruldu (S., Welfare state is life, 2014)

Kim'in hükümetinin refah politikalarını anlamak için, temel özelliklerinden ikisini tanımlamak gerekir. İlk olarak, uzun süredir dayanışmış sosyal dayanışmayı destekleyen ilerici sosyal güçlerin desteğiyle kuruldu. İkincisi, Kim, Uluslararası Para Fonu'nun finansal krizden kaynaklanan reform programını izlemesi gerekiyordu. Kim'in hükümeti, NHI'ye geçişin sosyal dayanışmayı artıracaklarını ve aynı zamanda idarenin verimliliğini artıracaklarını tahmin etti. Başka bir deyişle, sağlık sistemi reformunun teşvik edilmesi hem ilerici sosyal güçlerin beklentilerini tatmin etti hem de kamu sektörünün boyutunu azaltarak verimliliği arttırdı (S., 19 reasons why a welfare state is good for me, 2012)

Devlet gücü, despotik gücün geçici olarak artması sonucunda Uluslararası Para Fonu krizinin dış şokuyla baş etmek için merkezileştirildi. Bu artış, hükümet yetkilileri ve kapitalist güçlerin itirazları gibi politika ataletini aştı ve sağlık sistemi reformunda 20 yıl süren sosyal tartışmaların sona ermesiyle NHI'ye geçişi sağladı. Ağırlıklı olarak özel sağlık hizmeti sağlama sistemi, Kore sağlık sistemini bir NHI tipine dönüştürmeyi imkansız hale getirdi. Başka bir deyişle, sağlık hizmeti sunum

sistemindeki altyapı gücünün zayıf olması, NHI modelinin dikkate alınmamasının ana nedenidir. (P., 2000)

4.2.5 Güney Kore'deki hastaneler ve sağlık çalışanları

Kore'deki hastalar her zaman hastaneleri, özellikle üniversite hastanelerini, ayakta tedavi hizmetleri için tercih etmeleri nedeniyle, hizmetlere olan talebin, kapsama alanındaki genişlemenin ardından göz ile görülür şekilde artması şaşırtıcı değildi. (Hum Yu & F. Anderson, 1992)

Veriler, 2011'den 2016'ya Kore Sağlık Sektörü Gelişim Enstitüsü tarafından toplanan ve Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan bilgilere dayanmaktadır. Hükümet bu değerlendirmeleri her beş yılda bir Güney Kore'yi Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü'nün (OECD) diğer üyeleriyle karşılaştırarak yürütmektedir.

Verilere göre, 2016 yılında toplam 89.919 sağlık kurumu kaydedildi, ülkedeki sanatoryumların sayısının 2016 yılında 1.428'e ulaştığını ve ortalama yıllık büyümenin yüzde 7.6 gibi gözle görülür derecede büyük olduğunu gösterdi.

Veriler, Güney Kore'nin 2016 yılında 4.7 olan OECD ortalamasıyla karşılaştırıldığında, klinik veya hastane başına ortalama 13 yatağa sahip olduğunu gösterdi.

Ayrıca, Güney Koreli tıp kurumları, verilere göre, bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRI) tarayıcıları gibi diğer araçlara sahiptir.

2016 yılında, yerel hastanelerde 1.923 BT tarayıcı, 1.407 MRG cihazı ve 208 pozitron emisyon tomografi (PET) makinesi hizmete girdi.

Veriler, 1 milyon popülasyon için CT, MRI ve PET tarayıcı sayısının Güney Kore'de sırasıyla OECD ortalaması 25.6, 15.5 ve 2'ye göre 37.2, 27.2 ve 4'e ulaştığını gösterdi. (Asia News, 2018)

Tablo 13 Güney Kore'nin mesleke göre sağlık personelleri (2000-2016)

Meslek Yıl	2000	2005	2010	2013	2015	2016
Doktor	72.503	85.369	101.443	109.500	115.976	118.696
Hemşire	160.295	213.644	270.274	307.797	338.629	355.772
Eczacı	50.623	54.829	60.956	63.292	65.510	66.992
Diş doktoru	18.039	21.581	25.390	27.398	28.942	29.632
Oryantal tıp doktoru	12.108	15.271	19.123	21.287	23.178	23.845

Kaynak:http://www.mohw.go.kr/eng/hs/hs0104.jsp?PAR_MENU_ID=1006&MENU_ID=100604

Sağlık çalışanları 2016 yılında lisanslı sağlık personeli sayısı 2015 yılına göre% 2,4 artarak 118,696'ya yükselmiştir. Bunlar arasında diş hekimleri 29,632 (% 2,4), Geleneksel Koreli Tıp Doktorları 23,845 (% 2,9), eczacılar 66,992 (% 2,3) ve hemşireler 355,772 (% 5,1) oluşturuyor.

2016 yılında, çalışan sağlık hizmeti veren sayısı, 2010'dan bu yana yıllık ortalama% 9,1'lik bir büyüme gösteren 621,189'a ulaştı. Bunlar arasında, hastanelerde% 56,3, klinik ve doğum merkezlerinde% 41,3 ve halk sağlığı merkezlerinde% 2,4'lük bir çalışma görüyor.

4.2.6 Güney Kore'nin sağlık sisteminin finansmanı

Sağlayıcılar, sigorta kapsamındaki hizmetler için hizmet ücreti ödenir. Bu ücretler kısmen Ulusal Sağlık Sigortası Kurumu (NHIC) tarafından ödenmekte, geri kalan kısmı cepten yapılan ödemelerde karşılanmaktadır. Ulusal Sağlık Sigortası da, tüketiciler ve işverenler tarafından ödenen prim katkıları ve vergi gelirlerinin sağladığı devlet yardımı ile finanse edilmektedir. (Bong-min Yang, Eun-young Bae, & Jinhyun Kim, 2006)

Kore, Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) 'nın yüzde 4,8'ini sağlık hizmetlerine 1986'da ya da kişi başına ortalama 115 ABD doları harcadığı görülmektedir. Sağlık harcamaları son yıllarda hızla artmaktadır. 1980'den 1986'ya, kayıtlı kişi başına sağlık harcaması, sanayideki işçiler için yıllık ortalama yüzde 14,4 devlet çalışanları, öğretmenler ve emekliler için yüzde 19,9 oranında artmıştır. Bu artışın yüzde 6,3'ü ücret artışına, kalanı da kullanım artışına bağlıdır. Toplumu oluşturan bireyler ilk kez sağlık sigortası kapsamına girdiğinden, kullanımdaki bu artış oranı şaşırtıcı değildir. Program başlatıldığında Koreli ekonomistler tarafından öngörülmüştür. (Anderson, 1989) 2007'de GSYİH'nin yüzde 6,3 olarak ,kişi başına düşen sağlık harcaması da 1,27 milyon dolar ve satın alma gücü paritesinde 1,690 ABD doları olarak gerçekleşmiştir.

Güney Kore, diğer OECD ülkeleriyle karşılaştırıldığında nispeten düşük, ancak hızla büyüyen bir sağlık harcaması düzeyi göstermektedir. Güney Kore düzeyi ile OECD ortalaması arasındaki fark, sağlık harcamalarında ekonomik kalkınmadan çok daha fazla: Ülkedeki kişi başına GSYH'nin yüzde 77'si olmasına rağmen, Güney Kore'de kişi başına sağlık harcaması yalnızca OECD ortalamasının yüzde 59'unu oluşturuyor . (Jeong, 2011)

Tablo 14 Güney Kore Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (2007-2015)

<i>Yıl</i>	Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH içindeki Payı	Toplam Sağlık Harcamaları Devlet Payı	Toplam Sağlık Harcamaları Özel Sağlık Sigortası Payı	Toplam Sağlık Harcamaları Cepten Ödeme Payı
2015	7.4	56.4	43.6	36.8
2014	7.1	56.2	43.8	37.1
2013	6.9	56.2	43.8	37.3
2012	6.7	56.3	43.7	37.8
2011	6.6	57.3	42.7	37.2
2010	6.5	57.9	42.1	37.3
2009	6.4	57.9	42.1	37.5
2008	5.8	57.2	42.8	39.0
2007	5.7	57.5	42.5	39.4

Kaynak: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.HEALTHFINANCING?lang=en>

Tablo 14’te görüleceği üzere devlet sağlık harcamaları çok yüksek olmaması rağmen diğer sektörlerden daha yüksektir. 2007 Yılında Ulusal sağlık sigortası harcamaları payı % 57,5 olup bu oran 2015 yılında % 56.4’e düşmüştür . Özel sigorta harcamaları payının ise 2007 yılından itibaren orantılı bir şekilde arttığı görülmektedir.

NHI'nin finanse edilmesi, esas olarak, çalışanlar ve serbest meslek sahipleri tarafından sağlanan katkılardan, aynı zamanda hükümet tarafından sağlanan sübvansiyonlardan ve 2002'den beri, bir tütün vergisinden elde edilen gelirlerden gelmektedir. Serbest meslek sahibi NHI üyeleri, toplam üye sayısı olarak, 1995'teki yüzde 50'den 2008'de yüzde 37'ye düşmüştür. Bu kısmen, 2003 yılından beri maaş bordrosunda çalışan bir işyerinin bir şantiye sigortası aboneliğine geçmesini gerektiren düzenlemelerin sonucudur. Serbest meslek sahibi tarafından NHI'ya katkıları üyelik paylarının altındadır. Örneğin, 2008'de serbest meslek sahibi, NHI'ye katkıda bulunanların yüzde

37'sini temsil etti, ancak katkıları toplam üye katkılarının yalnızca yüzde 24'ü idi. Bu kısmen serbest meslek sahibinin nispeten düşük gelirinden kaynaklandı, aynı zamanda vergileri artırmak için gereken veri eksikliği ve katkı tabanını genişletmenin yollarının yetersiz araştırılmasından da kaynaklandı. Katkı gelirleri, katkı tabanını, örneğin vergiye tabi gelirleri genişleterek arttırılabilir. Gelirleri artırmanın bir başka yolu, NHI'ye katkıda bulunan, yüksek gelir grubundakiler de dahil olmak üzere hane sayısının artmasıyla sonuçlanabilecek olan sızıntıyı ve gelirin düşük raporlanmasını azaltmaktır. (Bitran, 2014)

Bunun yanında, Sağlık bakımı tedavileri alan kişiler, sağlık bakımı maliyetlerinin belirli bir kısmını eş ödemeler olarak öderler. Yatan ya da ayakta tedavi hizmetinde ortaya çıkan masrafların ödenmesi için bir ortak ödeme oranı ayrı ayrı belirlenir (bakım kurumunun seviyesine ve türüne göre). Bu, insanların sağlık hizmetlerine aşırı bağımlı olmalarını önlemektir.

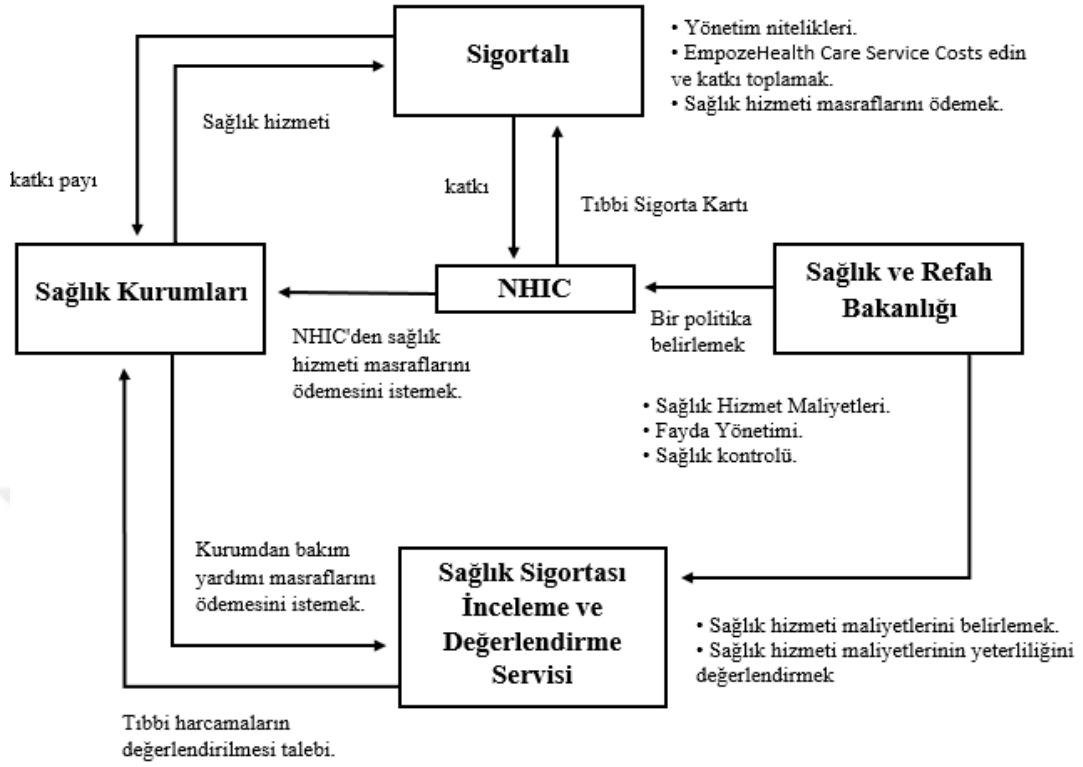
Tablo 15 Güney Kore belirli sağlık hizmetleri için cepten yapılan ödemeler

	Tip	Katkı Payı
Yataklı Tedavi		Toplam tedavi maliyetinin% 20'si (Kayıtlı kanser hastaları% 5, Kayıtlı nadir / tedavi edilemez hastalıklar% 10)
	Üst düzey genel hastane	Toplam tedavi maliyetinin% 60'ı
Ayakta Tedavi	Genel hastane	Toplam bakım yardımı harcamalarının % 45-50'si (idari bölgeye bağlı olarak)
	Eczane	Toplam bakım yardımı harcamalarının % 35-40'ı (idari bölgeye bağlı olarak)
	Hastane	Toplam bakım yardımı giderlerinin% 30'u
	klinik	Toplam bakım yardımı giderlerinin% 30'u

Kaynak: (NHIS, 2010)

Ulusal sağlık sigortası fonu üye primlerinden, işveren katkılarından ve devlet ödemelerinden toplanır. Her vatandaş ya ulusal sağlık sigortası programına (çalışan ya da serbest çalışan bir katılımcı olarak) ya da Tıbbi Yardım sistemine (çok fakir ve gaziler için) otomatik olarak kaydolmaktadır. (WHO, Ministry of Health and Welfare, 2012)

Şekil 18 Ulusal Sağlık Sigortası Operasyonu



Kaynak: (WHO, Ministry of Health and Welfare, 2012)

4.3 Almanya ve Güney Kore’de sağlık sistemlerinin ve sigortalarının karşılaştırılması

2015 yılı çerçevesinde Almanya nüfusunun %85 yasal, %11 özel, Mesleki sağlık ise %4’ü mesleki sağlık sigortası karşılamaktadır. Tüm vatandaşların yasal ve ya özel herhangi bir sağlık sigortası kapsamında yer alma zorunluluğu vardır. Güney Kore nüfusuysa %96.7’si bir sigorta programına kayıtlı iken geriye kalan %3,3’ü yoksulluk sınırı altındaki kesimlerde kamu yardımları programları altında katkılar yapılmaktadır.

Almanya Bismarcktan önce gönüllü hastalık fonları olduğu rağmen 1883 yılında zorunlu haline getirilmiş, Almanya SHI evrensel kapsamı geçmesi için 100 yıl sürdüğü rağmen almanya dünyada sağlık sistemlerin hem en eski hem de en güçlü olduğu ülkeler arasında kabul edilmektedir. Güney Kore ise Geçiş dönemi, ilk 1963 Sağlık Sigortası Yasası’nın yürürlüğe girmesinden bu yana 26 yıl sürmüştür, Güney Kore dünyada evrensal kapsamına geçiş yapan en hızlı olduğu ülkeler arasında kabul edilmektedir.

Aslında, bir Bismarck sağlık sigortası sistemi, Almanya’dakine çok benzer bir artımlı süreci takiben orta gelirli ülkelerde uygulanabilir. 1965 yılında Kore’de ilk gönüllü sağlık sigortası fonu kuruldu.

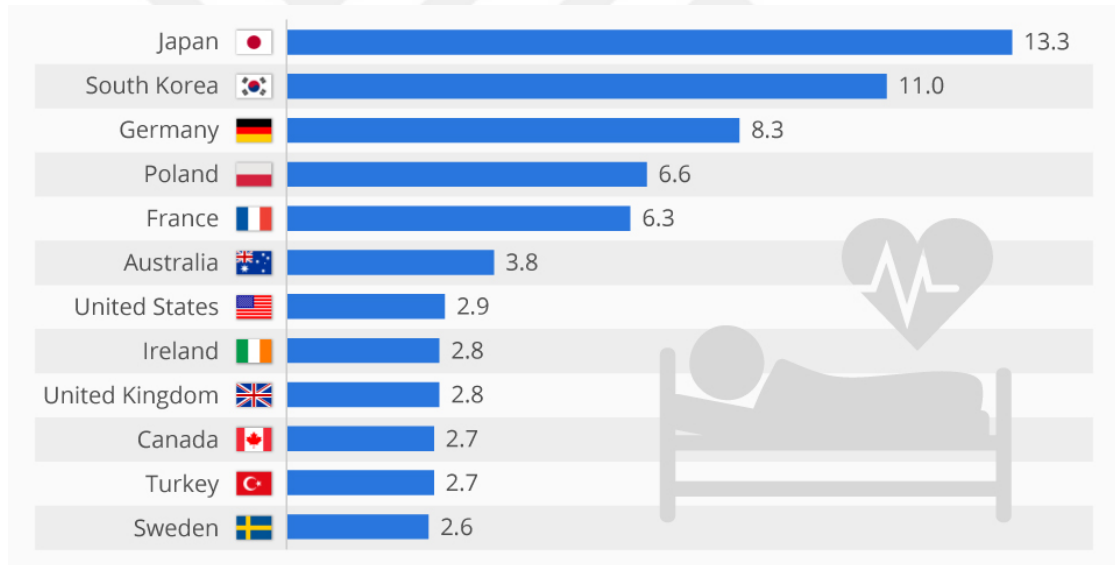
1977’de, zorunlu sigorta ilk kez kullanıldığında, nüfusun yaklaşık% 0,2’sini kapsayan 11 gönüllü fon vardı. Zorunlu sigorta, altı yıl boyunca 500, 300, 100 ve son olarak 16 çalışanı olan şirketlere adım adım dikey olarak genişletildi. Benzer bir şekilde, devlet memurlarına ve özel okul öğretmenlerine (1979) ve askeri asker ailelerine ve özel okul vakıf çalışanlarına (1980) yönelik kapsama alanı yatay olarak genişletildi. Evrensel zorunlu kapsama, ilk gönüllü fonun kurulmasından 26 yıl sonra, kırsal kesim ve serbest meslek alanlarını kapsayan programlar aracılığıyla (1988 ve 1989’da) sağlandı. Güney Kore’de evrenselliğin kazanılması, Bismarckian sağlık sigortasının, Almanya’dakinden çok farklı sosyal, politik ve kültürel bir geçmişi olan bir ülkede kurulabileceğini göstermektedir. Ayrıca, artımlı gelişim hızının çok daha hızlandırılabilmesini göstermektedir. Bununla birlikte, bunun, hızlı ve sürdürülebilir bir ekonomik büyüme ve bir SHI oluşturmak için elverişli olmayan iki şartın

daraldığı, küçülen bir kayıt dışı sektör fonu karşısında gerçekleştiği akılda tutulmalıdır.

Alman vatandaşları bütünüyle yasal ve ya özel bir sağlık sigortası yer alma zorunluluğuna sahiptirler. Güney Kore’de bütün vatandaşlar genel sağlık sigortası kapsamında yer almak zorundadırlar.

Kişi başına düşen hastane yataklarının sayısının analiz edilmesi, hastanelerde yatan hastaları tedavi etmek için bir ülke için mevcut kaynakların seviyesinin iyi bir göstergesidir. Dünyadaki gelişmiş ekonomiler söz konusu olduğunda, Japonya ve Güney Kore, hastane yatak kapasitesinde, nüfusun 1000’i başına sırasıyla 13,3 ve 11,0 oranında yol göstermektedir. Üçüncü sırada yer alan Almanya nüfusun 1000’i başına 8.3 oranında almaktadır.(2015)

Şekil 19 Dünyada kişi başına düşen hastane yataklarının sayısı



Kaynak: <https://www.statista.com>

Güney kore’nin hastane yatak sayısı Almanya’nın daha yüksek olması rağmen 2016 verilere göre doktor, hemşireler ve ebelik sayısı almanyadan daha düşüktür. tablo 16 iki ülkenin nüfüsüne göre baksak aslında iyi rakamlardır.

Tablo 16 Almanya ve Güney Kore'nin sağlık personal sayısı

Ülke	Tıp doktorları (her 10.000 nüfus için)	Tıp doktorları (sayı)	Hemşirelik ve ebelik personeli (10.000 kişi başına)	Hemşirelik ve ebelik personeli (sayı)
Almanya	42.087	344755	131.967	1081000
Güney Kore	23.124	117450	68.594	348401

Almanya'daki sağlık sigortası reformu süreci uzamış korporatist yolundan belirgin bir şekilde sapmadı. Kaliteyi ve sağlık hizmetlerinin maliyetlerini artırmak, farklı sınıflar arasında yüklerin adil bir şekilde paylaşılması ve “katkı adaleti” ve belirli toplumsal grupların diğerlerine kıyasla avantajları ve dezavantajları, sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan ana unsurlar olmaya devam etmektedir. Çerçeve sistemi aracılığıyla sağlık sistemi için geniş politika hedefleri ve kuralları belirleyen hükümet olmasına rağmen, Alman hastalık fonları, sektörel aktörler tarafından sübvansiyon ve özyönetim ilkeleri tarafından güçlü bir şekilde yönlendirilmektedir; bu, önemli bir özerkliğe sahip oldukları ve devlet sübvansiyonuna dayanmadıkları anlamına gelmektedir. Sağlık sigortası topluluklarının sıkı bir şekilde düzenlendiği ve devlet sübvansiyonuna bağlı olduğu Kore'den farklı olarak, hali hazırda bağımsız hastalık fonları arasında rekabeti başlatmak, onları bir araya getirmekten daha çekici olurdu. Bu anlamda, hastalık fonları arasında serbest seçimin yapılması, temel kurallara zarar vermeden ve piyasaya dayalı neo-liberal çözümlere başvurmadan hastalık fonlarının daha homojen bir risk yapısını sağlamak için rekabetçi bir yaklaşımın benimsenmesiydi.

Tablo 17 Almanya ve Güney Kore'nin sağlık harcamaları 2017

	Almanya	Güney Kore
Sağlık harcaması GSYİH'nın bir yüzdesi olarak	11.5 %	7.57 %
Kişi Başı Sağlık Harcamaları (\$)	5,728.5 \$	2,900 \$
Kamu Sağlık Harcamalarının Payı (%)	85.0 %	58.89 %
Özel Sağlık Harcamalarının Payı (%)	1.7 %	6.6 %
Cepten ödeme sağlık harcamalarının payı (%)	13.3 %	34.51 %

Tablo 17 göre Almanya GSYİH'nın Sağlık için harcadığı payı 2017 yılında %11.5 ulaştı bu oranı Güney Korenin sağlık için ayarladığı oranı % 7.57 daha yüksektir.

Almanya sağlık harcamalarının rekamlarına baksak almanya devleti sağlık sektörüne verdiği önem göstermektedir. Diğer tarafa Güney Korenin sağlık harcamaları Almanyadan daha düşük olmasına rağmen dünya bankası gelir grubuna göre üst orta gelir ülkelerinden sayılır, yani aslında ekonomik ve sağlık sistemi 40 yıl içinde oturduğu bilen Güney Kore iyi rekam göstermektedir.

Alman ve Güney Kore sağlık sistemlerinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi sonucunda aşağıda belirtilen farklılıklara rastanmıştır.

1. Almanya Sosyal sağlık sigortası (SHI) sistemi, işveren ve sağlık hizmetini finanse eden çalışanlar tarafından yapılan katkılarla devlet tarafından zorunlu kılınır. Sağlık hizmeti özel sağlayıcılar tarafından sağlanır. Kâr amacı gütmeyen özel sigorta şirketleri, primleri toplamaktan ve hekimlere ve hastanelere geri ödeme yapmaktan sorumludur. Güney kore ise Ulusal sağlık sigortası (NHI), hükümetin sağlık hizmetlerini genel vergiler yoluyla finanse ettiği, fiili bakım ise özel hizmet sağlayıcılar tarafından sağlandığı yerdir.

2. Güney Kore NHI sistemlerinin birçok yönü, rekabetçi olmayan hastalık fonlarının korporatist bir ilkeye dayandığı Alman sosyal sigorta sisteminin ardından

modellenmiştir. Bununla birlikte, bir şirket yolunda yakınlaşmaktan veya kalmaktan uzak olmakla birlikte, iki ülke küreselleşme çağında kendine özgü bir reform yörüngesini izlemiştir: Almanya, farklı hastalık fonları arasında seçim özgürlüğü vermeyi seçmeyi seçtiğinde, Güney kore çok sayıda sigorta topluluğunu bir araya getirerek yönlendirmektedir.

3. Alman yasal sağlık sigortası sistemi eyalet bazında yönetilmektedir. Güney Kore’de ise Ulusal Sağlık Sigortası Hizmeti, merkez ve yerel şubeler tarafında yönetilmektedir.

4. Almanya örneğinde primler işçi ve işveren arasında eşit paylaştırılmış olup Kore genel sağlık sigortasında ise çalışma sektörüne göre ödemektedir (devlet kurumu “Devlet %50 – Devlet çalışanı %50”, Özel şirket “işçi %50 – işveren %50”, Özel okul “Devlet %20 – işveren %20 – işçi %50”)

5. Alman sağlık sistemi yasal ve özel sağlık sigortasından oluşan gelire bağlı karma bir yapıya sahiptir. Güney kore sağlık sisteminde ise tüm vatandaşları kapsama almayı hedefleyen genel sağlık sigortası bulunmaktadır.

6. Alman yasal sağlık sigortası sisteminde finansman kar amacı olmayan havuzlar tarafından yürütülmektedir. Güney kore’de %94.5 sigorta için harcamaktadır diğer kalanlar ise ilgili bakanlıklar kapsamındaki birimler prim tahsilatı ve idari harcama yapılması gereken ödemeleri gerçekleştirmektedir.

7. Kronik hastalığa sahip sigortalılardan alınan katılım payları Alman yasal sağlık sigortasında yıllık gelirin % 1’i ile sınırlı olup Kore genel sağlık sigortasında katılım payı alınmamaktadır.

8. Alman sağlık sistemi içerisindeki tamamlayıcı sağlık sigortası modeli, yasal sağlık sigortası kapsamı dışında kalan hizmetleri kapsam içine alırken; Güney kore sağlık sisteminde uygulanan tamamlayıcı sağlık sigortası modelinde ulusal sağlık sigortası kapsamındaki hizmetler için özel hastanelerin talep ettiği fark ücretleri karşılanmaktadır.

9. Alman yasal sağlık sigortası ile Güney kore ulusal sağlık sigortası kapsamındaki koruyucu sağlık hizmetleri karşılaştırıldığında; Almanya’da tüm halk sağlığının korunması ve sağlık giderlerinin azaltılmasının, Güney kore’de ise diğer ülkelere göre

daha hızlı yaşlanan bir toplum haline gelmesi için kronik dejeneratif hastalıklar için tıbbi harcamalarda artış oldu bu nedenle hükümeti kapsamlı sağlık reformu ile özellikle genç nüfus için mali yükü azaltmaya çalışmaktadır ve ülkenin doğurganlık oranı 1.17 düşmesi için çocuk ve anne karnında ya da doğumda ölüm oranlarının azaltılmasının hedeflendiği saptanmıştır.

10. Alman hastalık fonları tamamen merkezi hükümetin dışında kendi kendini yöneten organizasyonların arasında rekabet mevcuttur, Güney kore ise kâr amaçlı olmayan organizasyon ve bölgesel sigorta grubuların arasında rekabet ise yok denecek düzeydedir.

Çalışılan iki ülkelerde, her ülke için tam sağlık sigorta kapsamına doğru geçiş, aşamalı bir süreç olmuştur ve geçiş dönemindeki sistematik popülasyon kapsamının genişlemesi ile birlikte olmuştur. Ancak, bu genişlemeyi başarmak için başlatılan organizasyonel düzenlemeler farklıydı. Bunlar, başlangıçta gönüllü olarak yürütülen çoklu hastalık fonlarında üyeliğin sürekli genişlemesinden hükümet odaklı bir merkezi sağlık sigortası örgütü tarafından yönlendirilen üyeliğin uzatılmasına kadar uzanıyordu. Ayrıca, yukarıda belirttiği göre geçiş hızının Almanyadan Güney koreye değiştiğini de farklı olduğunu göstermektedir.

4.4 Somali, Almanya ve Güney Kore’de sağlık sistemlerinin karşılaştırılması

Somali kişi başına düşen gelir dünyadaki en düşük gelirlerden biri. Son yirmi yıl boyunca devam etmekte olan iç savaş, ülkedeki tüm sağlık ve ekonomik altyapıları yok etti. Hükümet tarafından kurulan birçok toplum kliniği ve hastanesi tamamen parçalandı ve yağmalandı. Yaygın gıda kıtlığı krizlerinin bir sonucu olarak, birçok insan kırsaldan şehirlere ve kasabalara taşındı. Kıtlıktan dolayı Mogadişu'ya, özellikle sağıktan ve sanitasyon üzerinde acılı bir etkiye sahip olan, özellikle kırsal kesimden kaçan kitlesel bir göç vardı.

Somali az gelişmiş, Almanya ile Güney Kore gelişmiş ülkeler olarak sağlık sistemlerinin karşılaştırma yapıldığı nedeni; Somali devleti sağlık sistemi eksikleri ve zayıf noktaları vurgulamak ve iki ülkenin örneklerinden faydalanmak için yapılmaktadır.

Tablo 18 Somali, Almanya ve Güney Kore'nin sağlık harcamaları 2015

	Somali	Almanya	Güney Kore
Kişi başına toplam sağlık harcaması	33.0 \$	5,356.0 \$	2,507.0 \$
GSYİH başına toplam sağlık harcaması (%)	6.9	11.2	7.1
Kamu Sağlık Harcamalarının Payı (%)	25.0	77.3	56.0
Özel Sağlık Harcamalarının Payı (%)	1.2	9.4	6.6
Cepken ödeme sağlık harcamalarının payı (%)	28.5	13.3	37.4
Kalkınma yardımı sağlık harcaması payı (%)	45.2	–	–
Kişi başına düşen toplam sağlık harcamalarındaki yıllık değişme oranı, 1995 - 2014 (%)	1.9	2.6	7.6

2017 somali sağlık harcamaları verilerin bulunmadığı için 2015'in verileri karşılaştırma yapıldı. Somali kişi başına toplam sağlık harcaması baktığımızda devlet sağlık için ayarladığı bütçe çok düşük olduğunu belirtebiliriz.

Somali devleti sağlık harcamaları %45.2i yurtdışı kalkınma yardımı bağlanmaktadır, dış yardımları bazen tahmin edilemez olduğundan, kullanımın etkinliğini etkiler.

Sağlık tüm insan türlerine temel ihtiyaç duyduğu sürece, Somali'deki sağlık sektörü dünyadaki en kötü sağlık göstergelerinden biriyle ciddi bir durumda kalmaya devam ediyor, Somali sağlık sektörünün ihtiyaçları, dalgalı çatışma seviyeleri, yoksulluk, ekonomik kriz, siyasi belirsizlikler, kuraklık, sel ve salgınlar dahil olmak üzere, doğal ve insan kaynaklı felaketlere karşı çok büyük ve hassastır. Akut insani ihtiyaçlar bir dereceye kadar artıyor; İnsani desteğe ihtiyacı olan mevcut insan sayısı, nüfusun% 40'ından fazlası olan 5 milyona ulaştı.

4.5 Somali’de sosyal sağlık sigortası uygulanması

Her ÷lkede sosyal sağlık sigortası uygulanabilmesi için bir kaç fakt÷rler izleyerek ÷lkenin kendi uygun sistemi kurması gerekmektedir. Yukarda bahsedildiği gibi dñnyada genel olarak Ana 4 sağlık sistemi bulunmaktadır. Onlar da İngiltere’nin “**Beveridge Sigorta Modeli**”, ABD’nin “**Liberal tipi**”, Güney kore’nin “**Ulusal sağlık sigortası**” ve Almanya’nın “**Bismark Sigorta Modeli**” yer almaktadır.

Araştırmada Almanya ve Güney Kore’nin sigorta sağlık sistemi karşılaştırma yapıldığında diğer sistemlerde iyi olmadığını göstermemektedir. Somali, 4 sistemleri inceleyerek SHI ve NHI şimdilik uygulanabileceğini bulunmaktadır.

Somali, özel sağlık sigortası bulumakta ancak devlet tarafından yönetilen sağlık sigorta mevcut değildir; 20 yıllık süren iç savaşı, ÷lkenin şimdiki güvenlik durumu, bazı bölgelerde kıtlık, yetersiz beslenme, bulaşıcı hastalıklar vs Devlet sigorta yerine yapılacağı daha önemli şeyler olduğunu düşünmektedir.

Somali hukumeti sağlık sistemi açısından çok zorluklar bulumakta onlar da şu şekilde özetildi: yetersiz sağlık ve insan kaynakları, halk sağlığı sektörü için temel ilaçlar ve donanımlar; sağlık hizmetlerinde zayıf altyapı; parçalanmış ve yetersiz fonlanmış sağlık sistemleri işlevleri; sağlık sektörünün gelişmesine dış yardımın öngörülemezliği; sağlık hizmetlerine erişimin az olması; insan sermayesi kaybı; nitelikli profesyonel kıtlığı; düzensiz bir özel sektör; ulusal sağlık ve tıp politikalarını ve sağlık ve ilaç sektörü stratejilerini uygulamaya koyma ve gerekli sağlık reformlarını başlatma ihtiyacı; dış yardıma yüksek düzeyde bağımlılık; liderlik sağlama, politika geliştirme, programları yönetme ve performansı izlemek için sınırlı kurumsal kapasiteler; mevzuat eksikliği, zayıf düzenleme işlevleri ve zayıf yaptırım; karar vermede sistem sorumluluğu ve sınırlı şeffaflık eksikliği; ve paydaşlar arasında ve özel sektörle yetersiz ortaklık ve işbirliği.

Somali ya da her hangi bir ÷lkenin SHI sistemi yayılması veya kurulmasına başlamadan önce bir takım koşulların yerine getirilmesi ve kilit soruların cevaplanması gerekmektedir. Bu sorular öncelikle iş piyasası ile ilgilidir. Serbest meslek sahibi ve kayıt dışı sektör çalışanları iřgücñ piyasasına hâkim olursa,

bunlardan yardım almak ve kayıt altına almak ne kadar uygundur? Ayrıca, maaş bordrosu katkılarının toplam SHI katkı payının büyük bir kısmını işgal etmesi planlanıyorsa, işgücü maliyetlerini istihdam üzerinde olumsuz bir etkisi olacak şekilde artıracak 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'yi 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 cevapları çoğu olumsuz olsa somali sigorta sistemi başlamadan önce soruların cevabı olumlu haline getirmesi gerekmektedir.

Her ülke, hem her hangi bir Sigorta sistemi başlamadan izlenen faktörleri hem de yukardaki soruları cevaplayarak somali durumu incelenecektir.

1. Gelir düzeyi açısından;

Somali, düşük gelir ülker listesi yer alan GSYH'sı 2017 yılında 7.369 milyar ABD dolardı, aynı yılı kış başı GSYH 499.82 ABD dolardı, ama bazı ülkelerdeki sağlık sigortasının düşük, düşük-orta gelirli ülkeler olduğu zamanlarda başladığını belirtmek ilginçtir.

Güney Kore'de, kişi başına gelir seviyesi birinci sağlık sigortası yasasının yürürlüğe girmesinde oldukça kişi başına GSYİH 209 ABD dolardı, Almanya daha yüksek oranla kişi başına GSYİH, Bismarck'ın 1883 yasası sırasında 2.237 ABD Dolardı.

Demek ki bu faktörü şimdi somali sigorta sistemin başlaması engel olmaması gerekmektedir.

2. Ekonominin yapısı açısından;

Somali'nin ekonomik yapısı, ülkenin tarım ve pastoral sektörleri tarafından desteklenmektedir. Bunlar 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 oluşuyor.

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. Almanya'da, tarım ve ormancılık işçileri zaten 1911'de kaplandılar. Güney kore'de, yüksek büyüme olgusunun ekonominin yapısını hızla değiştirdiği ve ekonominin büyüyen resmi sektörünün SHI'de etkili olduğu kabul edildi.

3. Nüfusun dağılımı açısından;

Somali nüfusunun% 32.7'si kentseldir. Ülke'de yıllık nüfus artış hızı yaklaşık % 3 ve dünyada dördüncü en yüksek kadın başına 6.26 çocuk doğurganlık oranıyla hızlı bir büyüme yaşanmaktadır. Somali'nin nüfusu dünyada 74. sırada. Toplam nüfusla birlikte, bu bize kilometrekare başına yaklaşık 24 kişinin toplam nüfus yoğunluğunu veriyor.

Çalışılan ülkelerdeki kayıtlı sektörün güçlenmesinin, artan kentleşme ve artan nüfus yoğunluğu ile de ilişkili olduğu görülmektedir. İdari maliyet tasarrufu, özellikle de SHI üyelerinin tanımlanması ve kayıt altına alınmasında ve müteakip katkıların toplanmasında daha fazla verimin bir sonucu olarak, bu özel gelişimden gerçekleştirilebilir. Örneğin, Güney kore'da kent nüfusunun 1966'da (gönüllü sağlık sigortasının başlamasından 3 yıl sonra) toplam nüfusun% 36,6'sıydı . Bu oran 1975'te% 48.4'e yükseldi (SHI'nin zorunlu hale gelmesinden iki yıl önce). 1980 yılında, kentsel nüfus toplam nüfusun% 57,3'ünü oluşturuyordu. Bu tür bir evrimin,

Güney kore'deki evrensel kapsamaya kayda değer geçiş hızına da katkıda bulunduğunu belirtmektedir.

4. Yönetme yeteneği açısından;

Somali sağlık sistemi ilk kuruması için yeterli ve yetenekli idari personal henüz bulmamaktadır. Devlet idari personelleri billertip uzmanlar tarafından eğitim kursları vermesi gerekmektedir. Almanya'nın tecrübesiyle ilgili olarak, ilk zorunlu sağlık sigortası yasalarının önündeki gönüllü yardım fonlarının, sigorta idaresindeki ve aktüerya bilimlerinde fon düzeyinde olduğu kadar fon düzeyinde de yeteneklerinin geliştirilmesi için bir çiraklık aşaması olarak hizmet ettiği iddia edilmektedir. devlet düzeyinde sigorta düzenlemesi. Benzer bir yorumun, gönüllü fonların ilk resmi yasalardan önce faaliyet gösterdiği diğer ülkeler için geçerli olması muhtemeldir. Güney kore'de, iyi eğitilmiş orta düzey yönetim işçilerinin mevcudiyeti SHI'yi genişletmede etkili oldu.

5. Dayanışma açısından;

20 yıllık iç savaşı uğurayan, yoksulluk ve kıtlık çeken, kabilelik ve güvenlik durumları oturmayan Somali vatandaşları arası dayanışma yok eden en önemli sebeplerdir. Hükümet dayanışma konusu büyük rol oynamaktadır. Somali hükümeti vatandaşlarına güven vermesi konusunda sigortalı üyeler ve hastalar, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve işverenleri arası güçlü ilişki sağlaması gerekmektedir. Dayanışmanın etkisiyle ilgili olarak, beşinci faktör, dördüncü yetenek faktörü ile benzer bir tartışma yapılabilir. Almanya'daki başlangıçtaki gönüllü programlar, daha büyük programların kurulmasını veya katılımını kolaylaştıran ya da zorunlu düzenlemelerle uyumluluğa yardımcı olan “dayanışma için öğrenme modelleri” olarak yorumlanabilir. Ayrıca, elde edilen dayanışmanın, gönüllü programların yönetiminde sigortalı üyeler arasında önemli bir güven birikimi ile desteklendiği söylenmelidir. Bazı durumlarda, siyasi ya da ideolojik ilişki daha büyük planlara ulaşılmasına yardımcı oldu.

6. Yöneticilik açısından;

Somali yerli kaynaklardan sağlığa fon toplamak ve tahsis etmek için sınırlı kurumsal kapasite olduğu için henüz yasal sağlık sigortası fonları bulunmamaktadır. Almanya örneğinde, yasal sağlık sigortası fonlarının ve sağlayıcı kuruluşların tarihsel olarak SHI gelişiminde etkili olduğu unutulmamalıdır. Hükümetin genel denetimi altında olmasına rağmen, özerk kurumlardır. Geçtiğimiz on yıllar boyunca, bu kurumlar bölgesel temelleri ile federal komiteler ve müzakereler yoluyla giderek daha merkezi bir karar alma sürecine girmiştir. Almanya'nın federal hükümeti de sağlık politikasındaki rolünü artırdı; örneğin, federal Sağlık Bakanlığı'nın 1993 yılında risk eşitleme sisteminin kurulması üzerinde önemli bir etkisi oldu.



ÖNERİLER

Somali'de Sağlık sigorta sistemi kurulması için önce sağlık sektörü önem vermesi ve oturturması gerekmektedir.

Bu araştırmanın önemi ve ana sorunu, Somali daha önce hiç sağlık sigortası uygulanmamış bir ülke olarak Almanya ve Güney Korenin örnekleri göze atarak, Somali'de nasıl sağlık sigorta sistemi uygulanur cevabı vermesidir.

Peki Somali'de sağlık sigorta sistemi uygulanabilmesi için neler yapmalı?

Şekil 10 baktığımızda Somalinin TGE son 10 yıl yükselmesi rağmen GHE neredeyse aynıydı, bunu hükümet, sağlık sektörü önemsememesi ve sağlık harcamaları yurtdışı kaynaklarına bağlanması göstermektedir.

İlk yapılacağı şey sağlık sektörü daha önem vermek, sağlık sistemi güçlendirmek için yoğun araştırmalar yapmak, Somali sağlık bakanlığı sağlık sisteminin karşılaştığı kilit zorluklar azaltması ya da gidermesidir onlar şu şekilde belirlenmiştir:

(i) sürekli yüksek hastalık yükü; (ii) zayıf kurumsal kapasite; (iii) sağlık ve donör finansmanına bağımlılıkta cepten yapılan harcamaların büyük bir kısmı ile yetersiz ve sağlık finansmanı; (iii) uygun beceri karması ile dengeli, motive, iyi dağıtılmış ve iyi yönetilen sağlık işgücünün olmaması; (iv) aile planlaması dahil temel sağlık hizmetlerine ve her bakım düzeyindeki hizmetlerin kalitesizliği ve kalitesinin sınırlı ve eşitsiz erişimine; (v) yetersiz tedarik / tedarik sistemi ve temel teknoloji ve ilaçların irrasyonel kullanımı; (vi) ulusal anket ve nüfus sayımının olmaması, doğum ve ölüm kayıtlarının bulunmaması, sınırlı operasyonel araştırma ve hastalık sürveyansı; (vii) insancıl sağlığa müdahale sinerjisi eksikliği; (viii) sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda yetersiz eylem.

Hızlı ve özlü bir durum analizi geliştirmek için, SB liderliğinde ortaklar sağlık sisteminin aşağıdaki alanlarını gözden geçirecek:

1. Sağlık sisteminin mevcut durumu ve performans kapasitesi.
2. Nüfusun sağlık durumu ve ele alınması gereken mevcut eşitsizlikler.

3. Sağlık sisteminin operasyonel kapasiteleri ve dersteki programatik müdahaleler ve ayrıca uygulamayı kısıtlayan zorluklar.
4. Eşgüdümlü çoğaltma ve gelişmiş sinerji ve 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 gerekli politik desteğin kurulmasından başlayarak Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesinin uygulanması üzerinde doğrudan etkisi olacak yerel bağlamın analizi; sektörlerarası işbirliğini teşvik etmek; mevcut coğrafi kısıtlamaları ve hizmet sunumu erişilebilirlik zorluklarını ele almak; Yoksulluk bağlamında sağlığı gözden geçirmek, hüküm süren çatışmalar ve güvenlik kısıtlamaları ve çeşitli sağlık sağlayıcıların haritalandırılması ve bunların kapsamı.
7. Sağlık işgücü eğitimi, üretimi ve etkin dağıtımın ölçeklendirilmesi için mevcut mali ve insan kaynaklarının ve sektör için ek finansman sağlama potansiyelinin değerlendirilmesi.

SONUÇ

Bu çalışmada somali, Almanyanın SHI ve Güney Korenin NHI sistemleri sumak için yapılmaktadır. İki sistemleri karşılaştırma yaparak yapılmaktadır.

Somali, kişi başına düşen GSYİH 499.82 \$ olduğunu devlet sağlık sigorta sistemi yapması zor ama yapmayabileceğini anlamında da gelmez; Çalışmaya göre Güney kore kişi başına düşen GSYİH 209 ABDYken başlamıştır.

Alman ve Güney korenin sistemleri ana farkı Sosyal Sağlık Sigortası (SHI): yalnızca katkıda bulunanlara yardım hakkı verilir. Katkıda bulunanlar, belirli sektörlerde veya tüm vergi mükelleflerinde çalışan tüm çalışanlar veya tanımlanmış gruplar olabilir.

Ulusal Sağlık Sigortası (NHI): genellikle aynı vergi mükellefleri katkıda bulunanlar olacaktır, ancak herkes yararlanma hakkına sahip olacaktır.

Somali şimdiki ekonomik duruma baksak NHI ile başlaması imkansızdır; Somali vergi sistemi yok olması ve devlet ayarladığı sağlık bütçeyle tüm vatandaşları sağlık hizmetleri sağlaması mümkün değildir.

Somali hükümeti, Sağlık bakanlığına ayarladığı sağlık hizmetlerin payı son yıllarda TGE büyük oranlarla yükseldiği rağmen devlet sağlık harcamaları düşüktür.

Somali; Toplam sağlık harcaması başına sağlık için kalkınma yardım oranı 45.2 % olan bir ülke olarak devlet sağlık hizmetleri ve harcamaları büyük bir rol oynamadığı gösterir, bazen de devlet yurtdışı sağlık kaynakları olası olmaması ciddi sorunlar çıkarmaktadır.

Devlet tarafından yönetilen risk havuzu oluşturma, bu sorunu bir kez oluşturduktan sonra tüm üyeler arasında riski paylaşmayı kabul eden bir topluluk - havuz - oluşturarak somali sağlık harcamaların sorunları azaltma yöntemidir, üyeleri de ilk olarak devlet çalışanları ve yüksek maaş devlet tarafından kaydedilen çalışanları belli bir miktar maaşlarından kesip onların sağlık ihtiyaçları karşılamaktır.

Ancak araştırma yapıldığı süreçte Somalia sağlık sigorta sistemi hakkında daha önce yapıldığı araştırmalar bulunmadığında sağlık bakanlığıla iletişim kurup Sağlık ve

Sosyal Bakım Bakanı - Federal Somali Cumhuriyeti sağlık sigorta sistemi başlaması yakın planlarından olmadığı bilirtti.

Somali, sağlık hizmetleri büyük ölçüde özel sektör olduğu için devlet tarafından sağlık sigorta sistemi kurması sağlık hizmetlerin kamu sektörü büyümesi yardımcı olacaktır.

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; Almanya ve güney kore sigorta sistemleri karşılaştırarak ve Somali hükümeti tarafından göz ardı edilen konuyu vurgulamak için yapılmaktadır.

Verilere göre somalideki durumu sadece katkıda bulunan sağlık ihtiyaçları karşılabileceği için Almanyadaki sigorta sistemi ile başlamamsı tercih edilmektedir.

Sağlık bakanlığı; şimdiki ülkenin durumları bu sistemi başlaması mümkün olmazsa bile bu konuyu ciddi bir şekilde araştırmalar başlaması önermektedir.

KAYNAKÇA

- African Development Bank Group. (2015). Somalia: Country Brief 2013. *African Development Bank Group*, 2.
- Almanya ülke raporu. (2018). *ALMANYA ÜLKE RAPORU*. Kütahya Ticaret ve Sanayi Odası.
- Almanya ülke raporu. (2018). *ALMANYA ÜLKE RAPORU*. SILIFKE Ticaret ve Sanayi Odası.
- Andargie, G. (2008). Introduction to Health Economics. *University of Gondar*, 258.
- Anderson, G. (1989). Universal Health Care Coverage in Korea. *Health Affairs*, 8(2), 24-34.
- Asia News. (2018, Oct 17). *South Korea has most hospital beds, medical equipment but fewer doctors*. <http://www.asianews.it/news-en/South-Korea-has-most-hospital-beds,-medical-equipment-but-fewer-doctors-45234.html> adresinden alındı
- Atasever, M. (2014). Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi. 283.
- Avgurzy B, Bauer T, & Schaffner S. (2006). Copayments in the German Health System: Does It Work? *IZA Discussion Paper Series*.
- AY, S. (2017). TÜRKİYE'DE BİREYLERİN GELİR DURUMUNA UYGUN SAĞLIK SİGORTASI MODELİ ÖNERİSİ: ALMANYA SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİ İLE MUKAYESELİ OLARAK . *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: İSTANBUL TİCARET ÜNİVERSİTESİ.
- B. Saltman, R., Busse, R., & Figueras, J. (2004). *Social health insurance in perspective: the challenge of sustaining stability. Social Health Insurance Systems in Western Europe*. England: Open University Press.
- B.aarnighausen, T., & Sauerborn, R. (2002). One hundred and eighteen years of the German health insurance system: Are there any lessons for middle- and low-income countries? *Social Science and Medicine*, 54(10), 1559-1587.
- Barre, M. S. (1970). My country and my people: the collected speeches of Major-General Mohamed Siad Barre. *Somali Democratic Republic*, 3, 141.
- Bauhoff, S. (2012). Do health plans risk-select? An audit study on Germany's Social Health Insurance. *Journal of Public Economics*, 96(9-10).
- Bitran, R. (2014). Universal health coverage and the challenge of informal employment : lessons from developing countries. *Health, Nutrition, and Population (HNP) Discussion Paper*, 1-86.
- Bolsoy, N., & Sevil, Ü. (2006). SAĞLIK-HASTALIK VE KÜLTÜR ETKİLEŞİMİ. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(3).

- Bong-min Yang, Eun-young Bae, & Jinhyun Kim. (2006). Economic Evaluation And Pharmaceutical Reimbursement Reform In South Korea's National Health Insurance. 27(1).
- Burns, T., Batavia, A., & DeJong, G. (1991). The Health Insurance Coverage of Working-Age Persons with Physical Disabilities. *Inquiry*, 28(2), 187-193.
- Busse, R., & Blümel, M. (2014). Germany Health system review. *Health Systems in Transition*, 16(2).
- Busse, R., & Riesberg, A. (2004). Health Care Systems in Transition. *WHO Regional Office for Europe on Behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen*.
- Busse, R., & Riesberg, A. (2004). Health Care Systems in Transition: Germany. *Copenhagen:European Observatory on Health Systems and Policies*, 6(9).
- C.Nam. (2000). The present condition and the issues of Korean social welfare.
- Çakıcı, S. (2006). YÖNETİMİN YENİDEN YAPILANDIRILMASI BAĞLAMINDA GENEL SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMASI. *YÜKSEK LİSANS TEZİ*. Cumhuriyet Üniversitesi.
- Carrin, G. (2003). Community based Health Insurance Schemes in Developing Countries: facts, problems, and perspectives. 1-39.
- Carrin, G., & James, C. (2004). Reaching universal coverage via social health insurance : key design features in the transition period. 86(11).
- Carrin, G., & James, C. (2004). Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period. *WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 1-50.
- Çelik, Y. (2011). *Sağlık Ekonomisi*. Ankara.
- Çelikay , F., & Gümüş, E. (tarih yok). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 177-216.
- Centre, H. I. (2018). *Human Papillomavirus and Related Diseases Report, SOMALIA*. HPV Information Centre.
- Chung, M. (1993). State autonomy, state capacity, and public policy. 27, 493–516.
- CIA. (2019). *Central Intelligence Agency*. Somalia:
<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/so.html>
adresinden alındı
- Çoban, H. (2009). Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması. *Doktora Tezi*, 211.
- Derya T., & Mehtap T. (2000). Sağlık Sigortası: Teori ve uygulama. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 5(4), 123-136.

- Dietrich CF, Rosien U, & Caspar y WF. (2001). Diagnosis related groups (DRG) –current significance in gastroenterology. *Z Gastroenterol*, 357–363.
- Doherty, J., McIntyre, D., & Gilson, L. (2000). Social Health Insurance. (A. Ntuli, Dü.) *South African Health Review*, 169-182.
- Düllings, J. (2010). Overview of the German Healthcare System. *Health Management*, 12(1).
- E, P. (2012). The Somali healthcare arena: a still incomplete mosaic. *University of Queensland*.
- EOHSP. (2009). *European Observatory on Health Systems and Policies*. The LONDON SCHOOL of ECONOMICS AND POLITICAL SCIENCE: <http://www.lse.ac.uk/lse-health/research/observatory> adresinden alındı
- Erdogan, M. S., & Ekuklu, G. (1995). ALMANYA SAGLIK SİSTEMİ. *TOPLUM ve HEKİM*, 9, 64-75.
- expatica.com. (2019). *The German healthcare system: A guide to healthcare in Germany*. [www.expatica.com: https://www.expatica.com/de/healthcare/healthcare-basics/the-german-healthcare-system-a-guide-to-healthcare-in-germany-103359/#germanHealthInsurance](https://www.expatica.com/de/healthcare/healthcare-basics/the-german-healthcare-system-a-guide-to-healthcare-in-germany-103359/#germanHealthInsurance) adresinden alındı
- F Dietrich, C., & Hommel, P. (2012). Challenges for the German Health Care System. 557-572.
- FGS. (2017). *NATIONAL DEVELOPMENT PLAN 2017 - 2019*. Somalia: FEDERAL GOVERNMENT OF SOMALIA.
- Fischer M.D, J. (tarih yok). Understanding the German Health Care System. *Mannheim Institute of Public Health (MIPH) Heidelberg University*, 1-263.
- 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](https://www.theglobalfund.org/en/portfolio/country/?loc=SOM&k=ef4cf219-ea30-4c9a-a2de-50e084257917) adresinden alındı
- Germany. (2019). [worldbank.org: https://data.worldbank.org/country/germany](https://data.worldbank.org/country/germany) adresinden alındı
- Germany. (2019). [statista.com: https://www.statista.com/search/?q=germany&qKat=newSearchFilter&sortMethod=idrelevance&isRegionPref=0&sortMethodMobile=idrelevance&statistics=1&accuracy=and&isoregion=0&isocountrySearch=&category=412&subCategory=0&interval=0&archive=1](https://www.statista.com/search/?q=germany&qKat=newSearchFilter&sortMethod=idrelevance&isRegionPref=0&sortMethodMobile=idrelevance&statistics=1&accuracy=and&isoregion=0&isocountrySearch=&category=412&subCategory=0&interval=0&archive=1) adresinden alındı
- Green, D., & Irvine, B. (2001). *Healthcare Systems: Germany*. Civitas.
- H., C. (1990). A study on Korea society. (K. J, Dü.)
- Harmancı, M. (2005). ALMANYA ÜLKE ARAŞTIRMASI.

- 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
- history.com. (2018, Aug 2). *South Korea*. history.com: <https://www.history.com/topics/korea/south-korea> adresinden alındı
- hspm.org. (2014). *European Observatory on Health Systems and Policies "Germany"*. <http://www.hspm.org/countries/germany28082014/livinghit.aspx?Section=2.1%20Overview%20of%20the%20health%20system&Type=Section> adresinden alındı
- Hum Yu, S., & F. Anderson, G. (1992). Achieving universal health insurance in Korea: A model for other developing countries? *Elsevier Science Publishers* .
- 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 İnsani ve sosyal araştırma merkezi: https://insamer.com/tr/somali_775.htm adresinden alındı
- İstanbuluoğlu, H., Güleç, M., & Oğur, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2), 86-99.
- İstanbuluoğlu, H., Güleç, M., & Oğur, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2), 86-99.
- Jacobs, R., & Goddard, M. (2000). The Role of the Insurer in the Health Care System: A Comparative Study of Four European Countries. *Centre for Health Economics*, 6-117.
- Jeong, H.-S. (2011). Korea's National Health Insurance—Lessons From The Past Three Decades. 30(1).
- 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
- Kim, E. (1980). An inside story about intervention of investments for development of the heavy chemical industry. 63–252.
- Kim, S. (2005). Policy networks and policy outputs in the process of Korean health care reform. 17, 1063–98.

- Kuruca, M. (2012). GENEL SAĞLIK SİGORTASI. *Doktora Tezi*. İSTANBUL: MARMARA ÜNİVERSİTESİ.
- Kwon, S., Lee, T.-j., & Kim, C.-y. (2015). Republic of Korea Health System Review. *Health Systems in Transition*, 5(4).
- LANDINFO. (2014). Report Somalia : Medical treatment and medication. *LANDINFO Norwegian Country of Origin Information Centre*.
- Lee SY, Chun CB, Lee YG, & Seo NK. (2008). The National Health Insurance system as one type of new typology: the case of South Korea and Taiwan. *85*(1), 13-105.
- Lee SY, Kim MS, Kim SY, & et al. (2010). Logic and strategies of dynamic welfare states.
- Levy, H., & Meltzer, D. (2008). The Impact of Health Insurance on Health. *Annual Reviews*, 309-409.
- 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 Division, Library of Congress*.
- Michael, L., Lori, R., & Debbie, F. (2001). Lessons learned from the South Korea Health Care System.
- Min yang, B. (2016, June 5). Health insurance in Korea: opportunities and challenges. *School of Public Health, Seoul National University*.
- 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.
- Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., & Kutzin, J. (2002). *Funding health care: options for Europe*. Buckingham: European Observatory on Health Care Systems Series.
- NHIS. (2010). *NHI program (National Health Insurance Service)*. nhis.or.kr: <http://www.nhis.or.kr/static/html/wbd/g/a/wbdga0405.html> adresinden alındı
- Normand, C., & Weber, A. (2009). SOCIAL HEALTH INSURANCE A guidebook for planning. *Verlag für Akademische Schriften*, 11-150.
- Number of hospitals in Germany from 2000 to 2017*. (2019). statista.com: <https://www.statista.com/statistics/578444/number-of-hospitals-germany/> adresinden alındı

- Ole, D., Guy, C., & David, E. (2010). Thinking of introducing social health insurance? Ten questions. *Department of Health Systems Financing, World Health Organization*, 26.
- Öztürk, Z., & Karakaş, E. T. (2015). AVRUPA BİRLİĞİ'NE ÜYE ÜLKELERDE SAĞLIK SİSTEMLERİ YÖNETİM VE ORGANİZASYON YAPISI ALMANYA, FRANSA, İRLANDA ve İNGİLTERE ÖRNEKLERİ. *ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ*, 1(2), 39-59.
- P., P. (2000). Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *94*, 251–67.
- Paolucci, F. (2011). *Health Care Financing and Insurance : Option for Design* (Cilt 10). Developments in Health Economics and Public Policy.
- 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*, 25. Ankara: ANKARA ÜNİVERSİTESİ.
- Ron, A., Abel-Smith, B., & Tamburi, G. (1990). *Health Insurance in Developing Countries*. International Labour Organisation- Geneva.
- S., L. (2012). 19 reasons why a welfare state is good for me.
- S., L. (2014). Welfare state is life.
- Saltman, R., & Dubois, H. (2004). The historical and social base of social health insurance systems. *Social Health Systems in Western Europe*, 21-33.
- Sargutan, A. E. (2005). Sağlık Sektörü Ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergi*, 8(3), 400-428.
- Sargutan, A. E. (2016). *Almanya Sağlık Sistemi*. SAĞLIK YÖNETİMİ VE İŞLETMECİLİĞİ: <http://www.sargutan.com/ALMANYA%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf> adresinden alındı
- Sargutan, A. E. (2016). *Güney Kore Sağlık Sistemi*. SAĞLIK YÖNETİMİ VE İŞLETMECİLİĞİ. adresinden alındı
- Scheller-Kreinsen D, Quentin W, & Busse R. (2011). DRG-based hospital paymentsystems and technological innovation in 12 European countries. *Value Health*, 1166 –1172.
- 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
- Somanathan, A., Tandon, A., Lan Dao, H., L. Hurt, K., & L. Fuenzalida-Puelma, H. (2014). Moving toward Universal Coverage of Social Health Insurance in Vietnam.
- Son, A. (1998). Modernization of the system of traditional Korean Medicine (1876 – 1990). (44), 261 – 268.
- Szczepanski, K. (2019, May 23). *South Korea / Facts and History*. <https://www.thoughtco.com/south-korea-facts-and-history-195724> adresinden alındı
- Tang, K.-I. (2000). The East Asian Welfare Model: Welfare Orientalism and the State. 27(1).
- Tatar, M. (2011, Haziran). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. 1(1), 103-133.
- Tatar, M. (2011, Haziran). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. 1(1), 103-133.
- Tika. (2016). *TIKA. SOMALIA*. adresinden alındı
- Tıraş, H. (tarih yok). Sağlık Ekonomisi: Teorik Bir İnceleme. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, 125-152.
- Tontuş, H. Ö. (2015). Kıta Avrupası Almanya. *SATURK*.
- UN. (2012). *Somalia Human Development Report 2012: Empowering Youth for Peace and Development*. United Nations Development Programme 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.
- Uzun, S. (2015). YÜKSEK LİSANS TEZİ. *TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI*. İSTANBUL: OKAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ.
- V, N. (1989). Why some countries have national health insurance, others have national health services, and the U.S. has neither. *9*(28), 887-98.
- Van de Ven, Wynand P.M.M., & Frederik T. Schut. (2008). Universal Mandatory Health Insurance In The Netherlands: A Model For The United States? *HEALTH REFORM REVISITED*, 27(3).
- 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.
- WHO. (2017). *Global Health Observatory data repository*. who.int:
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.GHEDGGHEDCHESHA2011?lang=en>
adresinden alındı
- WHO,Ministry of Health and Welfare. (2012). *Health Service Delivery Profile: Republic of Korea*. WHO,Ministry of Health and Welfare.
- William, A. (1991). Health Insurance in Practice. *San Francisco, CA; Jossey-Bass*, 542.
- Wong, J. (2001). Democracy and welfare: health policy in Taiwan and South Korea.
- Wong, J. (2004). *Healthy democracies: welfare politics in Taiwan and South Korea*. Cornell University Press.
- World Bank. (2013). *Strengthening Somali Health Financing: “PFM Strengthening and use of Government systems”*. World Bank.
- World Health Organization. (2010). *Health systems financing: the path to universal coverage*. The World Health Report.