



SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı Başkanlığı

**TÜRKİYE’DE SAĞLIK VE SOSYAL YARDIMLAR: SİVAS
İLİNDE ŞARTLI SAĞLIK YARDIMI ALANLARIN
MEMNUNİYET DURUMU**

Yüksek Lisans Tezi

Fatma SARITEPE

Sivas
Şubat 2019

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı Başkanlığı

**TÜRKİYE’DE SAĞLIK VE SOSYAL YARDIMLAR: SİVAS
İLİNDE ŞARTLI SAĞLIK YARDIMI ALANLARIN
MEMNUNİYET DURUMU**

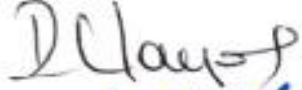


Yüksek Lisans Tezi

Fatma SARITEPE

Tez Danışmanı
Dr. Öğretim Üyesi Naim KARAGÖZ

Sivas
Şubat 2019

KABUL VE ONAY

Üniversite: : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü
Ana Bilim Dalı : Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği
Bilim Dalı :
Tezin Başlığı : Türkiye’de Sağlık ve Sosyal Yardımlar: Sivas İlinde
Şarhı Sağlık Yardımı Alanların Memnuniyet Durumu
Savunma Tarihi : 15.02.2019
Danışmanı : Dr. Öğretim Üyesi Naim Karagöz
Unvanı - Adı Soyadı İmza
Jüri Başkanı : Doç. Dr. Rüştü Yayar 
Üye : Prof. Dr. İlhan Çetin 
Üye : Dr. Öğretim Üyesi Naim Karagöz 
Oy Birliği X
Oy Çokluğu

Fatma Sarıtepe tarafından hazırlanan “Türkiye’de Sağlık ve Sosyal Yardımlar: Sivas İlinde Şarhı Sağlık Yardımı Alanların Memnuniyet Durumu.” başlıklı tez, kabul edilmiştir.

.....
Prof. Dr. Ahmet ŞENGÖNÜL
Enstitü Müdürü

ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü bünyesinde hazırladığım bu Yüksek Lisans/Doktora/Sanatta Yeterlik tezinin bizzat tarafımdan ve kendi sözcüklerimle yazılmış orijinal bir çalışma olduğunu ve bu tezde;

- 1- Çeşitli yazarların çalışmalarından faydalandığımda bu çalışmaların ilgili bölümlerini doğru ve net biçimde göstererek yazarlara açık biçimde atıfta bulunduğumu;
- 2- Yazdığım metinlerin tamamı ya da sadece bir kısmı, daha önce herhangi bir yerde yayımlanmışsa bunu da açıkça ifade ederek gösterdiğimi;
- 3- Başkalarına ait alıntılanan tüm verileri (tablo, grafik, şekil vb. de dahil olmak üzere) atıflarla belirttiğimi;
- 4- Başka yazarların kendi kelimeleriyle alıntıladığım metinlerini, tırnak içerisinde veya farklı dizerek verdiğim yine başka yazarlara ait olup fakat kendi sözcüklerimle ifade ettiğim hususları da istisnasız olarak kaynak göstererek belirttiğimi,

beyan ve bu etik ilkeleri ihlal etmiş olmam halinde bütün sonuçlarına katlanacağımı kabul ederim.


Fatma SARITEPE

İÇİNDEKİLER
KISALTMALAR
TABLolar
ÖZET
ABRACTS
GİRİŞ

BÖLÜM 1

1. SAĞLIK HİZMETLERİ	1
1.1. Sağlık Kavramının Tanımlanması.....	1
1.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	3
1.3. Dünya’da Sağlık Hizmetleri	7
1.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri	14
1.4.1 Cumhuriyet Öncesi Osmanlı Dönemi Sağlık Hizmetler.....	14
1.4.2 Cumhuriyet Sonrası Sağlık Hizmetler.....	15
1.4.3. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	24
1.4.3.1. Bağışıklama	24
1.4.3.1.1. Bağışıklamanın Tarihçesi	25
1.4.3.1.2. Bağışıklamanın Türleri	29
1.4.3.1.3. Bağışıklamayı Etkileyen Faktörler	29
1.4.3.2. Çocukluk Çağı Aşuları	31
1.4.3.3. Türkiye’de Çocukluk Çağı Aşı Takvimi	36
1.4.4. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	38
1.4.4. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	39

BÖLÜM 2

2. TÜRKİYE’DE SOSYAL YARDIMLAR	40
2.1. Sosyal Yardımın Amacı.....	41
2.2 Sosyal Hizmet Kanunu.....	45
2.3. Sosyal Yardım Çeşitleri	49
2.3.1. Tek Seferlik Yardım	49
2.3.2. Aile Yardımları	49
2.3.3. İstihdam Yardımı	50
2.3.4. Düzenli Merkezi Yardımlar	51
2.3.4.1. Gebelik Yardımı	51
2.3.4.2. Eşi Vefat Etmiş Kadınlara Yönelik Düzenli Yardımlar	52
2.3.4.3. Muhtaç Asker Ailelerine Yönelik Düzenli Yardımlar	52
2.3.4.4. Muhtaç Asker Çocuğu Yardımı	53
2.3.4.5. Öksüz, Yetim ve Asker Çocuğu Yardım Programı	53
2.3.4.6. 2022 Sayılı Kanun Aylıkları (Engelli ve 65 Yaş)	55
2.3.4.7. Sosyal Uyum Yardımı (SUY – Yabancı Uyruklulara Verilen Yardımlar	56
2.3.4.8. Şartlı Eğitim ve Sağlık Yardımı	56

2.3.4.9. Şartlı Nakit Transferi (Şartlı Sağlık Yardımı)	57
2.1.4.10. Şartlı Sağlık Yardımı Müracaat Aşaması	62

BÖLÜM 3

3. ŞARTLI SAĞLIK YARDIMINDAN FAYDALANAN SAYISI VE GERÇEKLEŞEN DOĞUM ORANLARI ile SİVAS İLİ ÖRNEĞİ.....	68
3.1. Şartlı Sağlık Yardımından Faydalanan Çocuk Göstergeleri	68
3.2. Türkiye’de ve Sivas’ta Dünyaya Gelen Çocuk Göstergeleri	69
3.3 Materyal ve Yöntem.....	71
3.4 Araştırma Bulguları.....	72
TARTIŞMA VE SONUÇ.....	87
KAYNAKÇA	92

EKLER

ÖZ GEÇMİŞ

KISALTMALAR

AÇP: Asker Çocuğu Yardımı

BSYBS: Bütünleşik Sosyal Yardım Bilgi Sistemi

EVEK: Eşİ Vefat Etmiş Kadınlara Yönelik Düzenli Yardım

MAAY: Muhtaç Asker Ailelerine Yönelik Düzenli Yardımlar

MEB: Milli Eğitim Bakanlığı

ÖYAÇ: Öksüz, Yetim Yardımı Ve asker Çocuğu Yardım Programı

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SUY: Sosyal Uyum Yardımı

SYDGM: Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü

SYDV: Sosyal Yardımlaşma Ve Dayanışma Vakfı

ŞESY: Şartlı Eğitim Sağlık Yardımı

ŞNT: Şartlı Nakit Transferi

TABLolar

Tablo 1: Türkiye’de Uygulanan Aşı Takvimi	37
Tablo 2: Sağlık Bakanlığının Yıllık Aşı İhtiyacı	37
Tablo 3: Yıllara Göre Bağışıklama Bütçesi.....	38
Tablo 4: Yıllara Göre Şartlı Sağlık Yardımından Faydalanan Çocuk Sayılarına İlişkin Veriler.....	68
Tablo 5: Yıllara Göre Şartlı Sağlık Yardımından Faydalananlara Ödenen Miktar.....	69
Tablo 6: Yıllara göre Türkiye’de ve Sivas’ta dünyaya gelen çocuk sayısı...69	
Tablo 7: Yararlanıcıların Yaş Durumu.....	71
Tablo 8: Yararlanıcıların Eğitim Durumu.....	71
Tablo 9: Yararlanıcıların Medeni Hali.....	72
Tablo 10: Yararlanıcıların Hane Büyüklüğü.....	72
Tablo 11: Yararlanıcıların İş Durumu.....	72
Tablo 12: Yararlanıcıların Geçim Kaynağı.....	73
Tablo 13: Yararlanıcıların Gelir Durumu.....	73
Tablo 14: Yararlanıcıların Emekli, Dul, Yetim, Sakatlık Maaşı Alma Durumu.....	74
Tablo 15: Yararlanıcıların Sağlık Giderlerini Karşılama Durumu.....	74
Tablo 16: Yararlanıcıların Yardım ve Destek Aldığı Kurumlar.....	74
Tablo 17: Yararlanıcıların Sosyal Yardımlaşma Ve Dayanışma Vakfından (SYDV) Yardım Ve Destek Alma Durumu.....	75
Tablo 18: Yararlanıcıların ŞNT’nin Ne Demek Olduğunu Bilme Durumu..75	
Tablo 19: Yararlanıcıların ŞNT İçin Nereye Başvuru Yapacağını Bilme Durumu.....	75
Tablo 20: Yararlanıcıların ŞNT İle İlgili Bilgiyi Nasıl Kimden Öğrendiği.76	
Tablo 21: Yararlanıcıların ŞNT Sözleşmesi Hakkında Bilgi Sahibi Olup Olmadığı.....	76
Tablo 22: ŞNT Sözleşmesinin Hangi Tarihlerde Yapıldığı.....	76
Tablo 23: ŞNT Sözleşmesinin Okunup Okunmadığı.....	77

Tablo 24: ŞNT Yardımından Faydalanmak İçin Nüfusa Kaydettirilen Çocuk Olup Olmadığı.....	77
Tablo 25: ŞNT Yardımından Faydalanmak İçin Resmi Nikah Yaptırıp Yaptırmadığı	77
Tablo 26: ŞNT Yardımına Başvurduktan Ne Kadar Süre Sonra Yardım Alabildiği.....	78
Tablo 27: ŞNT Yardımından Aldığınız Tutar.....	78
Tablo 28: ŞNT Yardımından Faydalanan Bebeğinizin/Çocuğunuzun Ayı/Yaşı.....	78
Tablo 29: Bebeğinizi Doğumdan Sonra Sağlık Kuruluşuna Götürme Nedeniniz.....	79
Tablo 30: Alınan Yardım Parasının Tatmin Edici Olup Olmadığı.....	79
Tablo 31: Aldığınız Yardımların Kesilme Durumu Olup Olma.....	79
Tablo 32: Aldığınız Yardımların Kesilme Nedeni.....	80
Tablo 33: Yapılan Yardımların Yaşam Kalitesine Etkisi.....	80
Tablo 34: Yapılan Yardımların Devam Etmesini İsteyip İstememes.....	81
Tablo 35: “Yoksulluğun ortadan kaldırılması için sizce devlet öncelikle ne yapmalıdır?”	81

ÖZET

Sosyal yardımlar, ihtiyaç sahiplerinin çeşitli kanallar aracılığıyla ihtiyacını giderecek olan devletle ilişkiye geçmesi sonucu sağlanan faydalardır. Bu faydalarla, ihtiyacın tamamının giderilmesinden ziyade ortada olan ve kriz durumu olarak adlandırılabilir durumun aşılması sağlanmaktadır. Devlet tarafından karşılıksız olarak sağlanan bu faydalar ile ihtiyaç sahipleri geçici bir rahatlama yaşamaktadırlar. Günümüzde devlet eliyle resmî kanallardan yapılan yardımlar, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bağlı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı Başkanlıkları - *koordinasyonu illerde Valilik olmak üzere ilçelerde Kaymakamlıklar tarafından Mütevelli heyeti yoluyla* - ve Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlükleri, Kültür ve Turizm Bakanlığına bağlı Vakıflar Genel Müdürlüğü ve yerel anlamda Belediyelerdir.

Bu çalışmanın amacı Türkiye’de uygulanan yoksullukla mücadele programlarını ve yoksullukla mücadele amacıyla oluşturulan resmi ve sivil örgütlenmeyi gözden geçirmek, makro bir yaklaşımla sosyal yardımların yoksulluğu azaltmadaki etkisini araştırmak şartlı sağlık yardımının Sivas İli merkez ve Merkeze bağlı köylerde etkisini değerlendirmektir.

Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Sosyal Yardımlar Genel müdürlüğü tarafından ihtiyaç sahibi dezavantajlı kişilerde, sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde faydalanabilmek amacı ile oluşturulmaya çalışılan farkındalığa ilişkin veriler ile elde edilen veriler ışığında gerçekleşen doğum oranlarına istinaden Şartlı Sağlık Yardımından faydalanan çocuk sayısının oranına ilişkin ayrıntılı değerlendirmeler yapılmıştır.

Bu çalışma 31 sorudan oluşan anket ile Sivas merkez ve merkeze bağlı köylerden örneklem seçilmiş ve 300 kişi ile yüz yüze görüşme ile anket tekniği uygulanmıştır. Anket formlarında büyük ölçüde kapalı uçlu sorular hazırlanmıştır. Anket sonuçları sosyal bilimler alanında yaygın olarak kullanılan ve adının “Statistical Package For Social Sciences” (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi) ilk harflerinden alan SPSS versiyon 22 istatistiksel analiz programı kullanılarak analiz edilmiştir. Ankette kullanılan değişkenler ise frekans yöntemi kullanılarak test edilmiştir.

Bu çalışmada Sivas ilinde Şartlı sağlık yardımı alan 0-6 yaş grubu çocukların sayısı, Türkiye geneli ve Sivas ilindeki doğum oranları, tablolar halinde gösterilmiş olup, ailelerin ekonomik/sosyal durumları, coğrafi özellikleri, nüfus yapıları gözler önüne serilerek gelecekteki çalışmalara ışık tutacağı gibi birçok bakanlığın verilerini yeniden yapılandırmasına da yardımcı olacaktır.

2011 yılı ile 2016 yılları arasında (2016 dahil) Sivas ili merkez ve merkeze bağlı köylerde ikamet eden ve Şartlı Sağlık Yardımından faydalanan kişiler ve bu kişilere yönelik sayısal verilere yer verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Şartlı Sağlık Yardımı, sosyal devlet, sosyal yardım.



ABSTRACT

Social benefits are benefits provided as a result of contact with the state, which addresses the needs of the needers through various channels. With these benefits, it is ensured that the situation which is in the middle rather than the whole need is overcome and which can be called crisis situation. With these benefits provided by the state free of charge, the needy people are experiencing temporary relief. Today, through official channels, made by the help of the state, family and Social Policy Ministry of social assistance and Solidarity Foundation president, in coordination with the governor's office in the county through the board of trustees by the district governor and the provincial directorates of family and social policies, General Directorate of foundations affiliated to the Ministry of culture and tourism and local Municipalities.

The aim of this study is to review the anti-poverty programs implemented in Turkey and the official and non-governmental organization created to combat poverty, to investigate the impact of social benefits on poverty reduction with a macro approach and to evaluate the impact of conditional health assistance on the villages of Sivas province and Central and central.

Detailed evaluations were carried out by the Ministry of family, labour and Social Services General Directorate of social assistance regarding the number of children benefiting from the conditional health assistance in the light of the data on awareness which is tried to be created by the Ministry of family, labour and Social Services in order to make effective use of the health services.

This study consisted of 31 questions and samples were selected from Sivas central and central villages and 300 interviews with face to face and questionnaire technique was applied. Questionnaires have been largely closed-ended questions. The results of the questionnaires were analysed using the SPSS version 22 Statistical Analysis Program, commonly used in the field of Social Sciences and whose name is "Statistical Package for Social Sciences". The variables used in the survey were tested using the frequency method.

In this study, in Sivas province Conditional health care field 0-6 age group, the number of children across Turkey and Sivas birth rates in the province, are shown in the tables of families in economic / social status, geographical features, revealing population structure by laying several ministries such as shed light on future work will also help to reconfigure its data.

Between 2011 and 2016, (2016 included) people living in the central and central villages of Sivas Province and those benefiting from Conditional Health Assistance and numerical data for these persons were included.

Key words: Conditional Health Aid, social state, social assistance.

GİRİŞ

Sahip olduğumuz en kıymetli varlığımız sağlığımızdır. Bir toplumun en önemli göstergesi sağlıklı insan sayısı tablosunda en yüksek persental da olmasıdır. Toplumsal yaşam süresinin uzun olmasının yanında sağlıklı bireylerin varlığı, her alanda kendini fazlasıyla etkili bir şekilde göstermektedir.

Sağlık, insanın yaşamı boyunca ihtiyaç duyduğu en önemli niteliktir. İnsanoğlunun gündelik yaşamında veya daha geniş zaman diliminde yaşam kalite düzeyinde kendini toplum içerisinde etkin bir şekilde gösterebilmesinin önceliği, sağlıklı olma halidir. Sağlıklı bir bünyeye sahip olma ile diğer insanlardan kendini ayırt edebilme imkânına sahip olan kişiler, toplumsal rollerde kendilerine düşen görevleri eksiksiz bir şekilde yerine getirebilmekte ve sorun yaşama ihtimalini azaltmaktadır. Sağlıklı bireylerin varlığı sadece kişisel anlamda değil aynı zamanda toplumsal yaşam içerisinde de diğer insanların sağlıkları ile ilgili önemli bir etkidir. Çünkü ölümcül ve yayılcı bir hastalık taşıyan kişilerin toplumsal yaşamdaki tehdit boyutu, oldukça ciddi kayıplara neden olabilir. Gereken tedbirlerin zamanında alınmaması/alınmaması veya ölümcül salgınların engellenmemesi / engellenmemesi gibi durumlarda, toplumsal sağlığın ciddi bir şekilde tehlike altında olduğu bilinen bir durumdur. Bu nedenle genelde toplumun özelde ise bireylerin sağlık göstergelerinin iyi bir tablo ortaya koyması, her devletin başlıca hedefidir. Toplumsal sağlığının korunmadığı / korunamadığı veya oldukça kötü olduğu durumlar düşünüldüğünde kalkınma ile ilgili diğer gelişmelerin yaşanması beklenemez.

Sağlıklı bireylerin kalkınmadaki rolünün göstergeleri, oldukça önemli sonuçları gösteren bir tablo ortaya koymaktadır. Bilinmektedir ki gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetleri oldukça ileri seviyededir ve toplumsal sağlık, oldukça iyi göstergelere sahiptir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile sağlık göstergeleri doğru orantılıdır denilebilir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin ihtiyaç sahibi dezavantajlı kesimlere ulaştırılması, bütün ülkelerde yönetimde bulunan politik kişilerin önemli görevleri arasındadır ve bu kişiler bu hizmetlerin ulaştırılmasının ne kadar önemli olduğunun farkındadırlar - *ki Türkiye'de de bunun en iyi göstergesi, 2002 yılında iktidara gelen Adalet ve Kalkınma Partisi tarafından çeşitli politik çalışmaların yanında Türkiye*

için belki de en etkili denilebilecek Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulamaya konmasıdır. Bu program ile milyonlarca ihtiyaç sahibinin sağlık alanındaki ihtiyaçlarına en etkin şekilde karşılık verilmiştir -. Çünkü sağlık hizmetlerin ulaştırılmasında yaşanan sorunlarla gerekli tedbir çalışmaları yapılmadığı/yapılmadığı takdirde ortaya çıkan sonuçlarla daha ciddi ileri boyutta sorunlar ortaya çıkmaktadır - veremle savaş dispanserlerinin kurulmadığı yaşam alanlarında verem hastalığını önlenememekte ve verem hastalığına bağlı ölümler artmaktadır -. Bu sonuçlar, hastalığın ilk zamanlarında gereken çalışmaları (maddî veya manevî) kat kat daha da ileri düzeye çıkarmakta ve daha fazla çabaların ortaya konmasına ve söz sahibi kişilerin ve toplumun daha fazla yorulmasına (maddî ve manevî anlamda) neden olmaktadır. Toplumsal yaşamda varlık gösteren hastalıklarla mücadelede maddî anlamda yapılan yatırımlar, - gerekli tedbir çalışmalarının yapılmadığı zamanlarda - daha sonraki tedavi sürecinde de kendini göstermekte ve ekonomik anlamda kayıplara neden olmaktadır. Gelişmiş ülkelerde sağlığa yapılan yatırımlar ülke bütçelerinin en fazla kullanıldığı alanlar olarak gözükmektedir. Erken yaşlarda yapılan kontrol ve tedaviler ileriki yaşlarda karşılaşılabilecek hastalıkları en asgari düzeye çekmek ve dönüşü olmayan sonuçlardan korumak amacıyla yapılmaktadır.

Sağlıklı bireylerin yaşadığı toplumlarda sağlık hizmetlerindeki gelişmişliğe bağlı olarak finansman düzeyinde de diğer alanlara yönelik olarak çalışmalar yapılabilmektedir.

Türkiye de de sağlık alanında Osmanlı'dan bu yana kamusal anlamda birçok hizmet sahası açılmış ve ihtiyaç sahibi dezavantajlı kesimlere farklı şekillerde ulaşılmıştır. Türkiye de sağlık alanında başlıca söz sahibi Sağlık Bakanlığı olarak görülmektedir. Ancak diğer bakanlıklar da dolaylı yoldan sağlık alanında hizmet sunmaktadır - başta Maliye Bakanlığı'nın bütçe, Milli Eğitim Bakanlığı'nın eğitim, Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı'nın ulaştırma anlamında -. Örneğin, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, engelli ve yaşlı hizmetleri hizmet sahası ile ihtiyaç sahibi kişilere sağlık hizmeti sunmaktadır. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın ihtiyaç sahiplerine yönelik sunduğu sağlık desteği, direkt olarak Sağlık Bakanlığı hizmet kolları ile eş anlamlı değildir.

Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı hizmet çatısı altında yer alan Engelli Evde Bakımı ve Danışmanlığı birimi ile ihtiyaç sahibi sağlık sorunu yaşayan bireye sahip ailelerin tedavi süreçlerinde veya hastalarının ihtiyaçlarının karşılanmasında devlet olarak hem ekonomik destek olmak hem de bu hastaların sağlıklarının daha iyi düzeye ulaştırılmasında - *tabi ki her hastalık için geçerli değildir* - kontrollü bir şekilde danışmanlık hizmeti sunmak amaçlanmaktadır. Yine Engelli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri hizmeti ile ihtiyaç sahibi engelli veya sağlık sorunu yaşayan bireylerin bakımlarının yapılmasında ailelerin yaşadığı zorlukların - *bazı kişilerin bakımları yapılırken ev ortamında sağlık, maddî ve manevî yönden zorluklar yaşanmaktadır* - giderilmesinde destek olmak amaçlanmaktadır.

Ayrıca bu hizmetlerin yanında anne ve çocuk sağlığının korunması amacıyla Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı Başkanlıkları aracılığıyla da maddî destek sağlanmaktadır. Şartlı Nakit Transferi yardımı başlığı altında yer alan Şartlı Sağlık Yardımı ile 0-6 yaş arasındaki çocukların aşılarının eksiksiz bir şekilde yapılması ve sağlık kontrollerinin düzenli bir şekilde yaptırılması, hamile anne adaylarının hamilelik süreçlerinin ve doğumlarının daha sağlıklı bir şekilde gerçekleşebilmesi amacıyla sağlık kuruluşlarından etkili ve daha bilinçli bir şekilde faydalanabilmelerini sağlamak amaçlanmaktadır.

Şartlı Sağlık Yardımının miktarı oldukça düşük olmasının amacı, bu kişilerin sağlık kuruluşlarından faydalanmada bilinç düzeylerinin artırılmasına yönelik farkındalık oluşturmaktır. Yapılan nakdi yardımın şartlı olması sağlık kontrollerinin düzenli şekilde yapılmasına bağlanmıştır. Ayrıca bu yardım ile kişilerin sadece sağlık kuruluşlarına ulaşımında kolaylık sağlamak amaçlanmıştır. Çünkü diğer gerekli çalışmalar ve yardımlar Sağlık Bakanlığı tarafından bu kişilere ulaştırılmaktadır.

Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı Başkanlıkları bünyesinde bulunan Şartlı Sağlık Yardımı, ihtiyaç sahiplerinin Vakıf Başkanlıklarına müracaat etmeleri ile gerekli çalışmalar sonucu ihtiyaç sahiplerine ulaştırılmaktadır.

BÖLÜM 1

1. SAĞLIK HİZMETLERİ

1.3. Sağlık Kavramı

İnsanoğlunun, doğduğu günden itibaren en çok değer verdiği konu sağlığıdır. Yaşamını sürdürmesine yardımcı birçok yeti ile dünyaya gelen insanoğlu, bu yetilerini korumak veya iyileştirmek için çok çeşitli eylemlerde bulunmaktadır.

Sağlık üzerine birçok tanım yapılmıştır. Kimi tanım “sağlık, insanın ruh ve bedeninin iyi olma halidir” (MEB, 2013:3) diyerek bir bütünlüğü ele almış, kimi tanım “yaşayan her canlı türünün devamlılığını sürdürebilmesi için koruması gereken temel bir değerdir (Sayın ve Yeginboy, 2008:1)” diyerek manevî açıdan ele almış, kimi tanım ise “her insanın kanunlarla garanti altına alınan temel hakkı olmasının yanı sıra verimli işgücünün üretimi ile ekonomik büyümeye katkıda bulunan “sağlık”... ” (Yılmaztürk, 2013:177) diyerek maddî açıdan ele almıştır.

Dünya Sağlık Örgütü de sağlık kavramını “bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamıştır. Dünya Sağlık Örgütünün bu tanımlaması, daha geniş çerçeveli bir tanımdır. Sağlık kavramı üzerine onlarca tanım yapılmasına rağmen tüm dünyada halen genel kabul gören bir tanım ortaya konulamamıştır. Çalışmada ise sağlık kavramının tanımı, tüm vücut fonksiyonlarının görevlerini eksiksiz olarak yerine getirmesi şeklinde kullanılacaktır.

Sağlığın korunması gerektiği ve değer bulduğuna yönelik bir diğer önemli faaliyet, sağlığın korunmasına yönelik sahip olunması gereken eğitimidir. Sağlık eğitimi, kişilerin, sağlığı, toplumsal bir değer haline getirip gündelik yaşamda karşılaşılan sağlık sorunlarında daha etkin bir şekilde çözüm yollarına başvurulması amacıyla bilinçlendirme faaliyetleri olarak adlandırılabilir.

Sağlık eğitimi, çok geniş bir alanda kendini göstermesine rağmen gündelik yaşamda daha dar alanda bir bilgi düzeyine sahip olunması gerekmektedir. Örneğin, olağanüstü durumlarla karşılaşıldığında veya acil durumların ortaya çıkışında sahip olunan sağlık bilgisi, can kayıplarının engellenmesini sağlayacaktır.

Bir ülkede sağlık politikaları, diğer kamusal politikalara göre daha öncelikli bir konuma sahiptir. Çünkü sağlıklı toplumların varlığını devam ettirebilmeleri, o toplumdaki bireylerin sağlıkları ile doğru orantılıdır. Sağlıklı bireylerin olduğu toplumlarda toplumsal yaşamın her alanında görülen gelişmeler, sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyetin göstergesidir. Ayrıca sağlıklı bireylerin topluma katkısı düşünüldüğünde sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesinin, daha faydalı sonuçları ortaya koyacağı kesindir. Sağlıklı bireylerin kalkınmaya katkısı, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi amacıyla öncü bir itici güçtür.

Sağlık politikaları, sadece sağlık hizmetlerinin ihtiyaç sahiplerine nasıl ulaştırılabileceği konusu üzerinde değil aynı zamanda ihtiyaç sahiplerine ulaştırılan bu sağlık hizmetlerinin ve hizmet gören ihtiyaç sahiplerinin sağlıklarının korunması amacıyla tüm çevresel faktörlerin birlikte ele alınmasını gerektirdiğinden bir devlet politikası olarak yer almaktadır. Bu nedenle sağlık politikalarının planlanma aşamasında devlet yetkililerinin tasarruflarını kullanmak ve ihtiyaç sahiplerine gereken her türlü yardımı - ulusal varlıkların etkin ve verimli kullanılması ile - sunmak amacıyla hareket etmeleri oldukça önemlidir. Hatta denilebilir ki tüm kamusal hizmetlerin yanı sıra sağlık hizmetleri bir devlette yönetim değişikliklerine dahi neden olabilir.

Sağlık hizmetlerinin sunumundan rahatsız olan ihtiyaç sahipleri, hizmetlerden tam olarak faydalanamama başta olmak üzere sorunlu faydalanma gibi çeşitli nedenlerle ortaya koydukları hoşnutsuzlukları ile toplumsal yaşam açısından bir tehlike haline gelebilirler. Bunun sonucunda da toplumsal huzursuzluk ile yönetim kademesinde değişikliğe neden olabilecek her türlü davranış örüntüleri ile karşılaşılabilir. Bunun önlenmesi amacıyla gereken her türlü çalışmanın yapılması büyük önem arz eder.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda günün değişen şartlarına uyum sağlayabilmek adına teknolojik çalışmaların takip edilmesi önem taşımaktadır. Özellikle toplumsal yararlılığın sağlanabilmesi amacıyla oldukça yüksek maliyetli olmasına rağmen sağlık ürünlerinin kullanımına özen gösterilmeli ve teşvik edilmelidir. Gelişen teknoloji sayesinde hastalıkların tedavisinde daha kısa sürelere ihtiyaç

duyulmaktadır. Ayrıca daha etkin bir tedavi sürecinin işlenmesi açısından da önem arz etmektedir.

Türkiye’de sağlık hizmetleri, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olarak sınıflandırılmaktadır;

- **Koruyucu sağlık hizmetleri**, hastalık ortaya çıkmadan önce hastalığın nedenleri içerisinde yer alabilecek tüm çevresel ve kişisel önlemlerin alınmasına yönelik sağlık hizmeti çeşitleridir. Koruyucu sağlık hizmetlerinde önceden gerekli tedbir çalışmaları sayesinde hastalığın önlenmesi amaçlanmaktadır.
- **Tedavi edici sağlık hizmetleri**, hastalık ortaya çıktıktan sonra hastanın sağlık durumunun tekrar eski haline gelmesi amacıyla yapılan çalışmalardır. Tedavi edici sağlık hizmetleri birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak kendi içerisinde kategorilere ayrılmaktadır.
- **Rehabilite edici sağlık hizmetleri** ise olağandışı durumlarda ortaya çıkan sakatlıkların etkisini en aza indirgeyerek kişinin yaşamına olabildiği kadar devam edebilmesini sağlamak amacıyla yapılan çalışmalardır.

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında ihtiyaç sahibinin tedavi sürecinin belirli aşamalardan oluştuğunu göz önüne alırsak bu süreç, temel olarak birinci basamak sağlık hizmetleri aşamasından başlamaktadır. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetlerinin çerçevesinin bilinmesi faydalı olacaktır.

1.4. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetinin ihtiyaç sahiplerine ulaştırılmasında hastaya en yakın olan ve en kısa sürede hizmetten faydalanacağı sistem, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri’dir. Tedavi edici sağlık hizmetleri kolunda ihtiyaç sahiplerine ulaştırılan birinci basamak sağlık hizmetleri, en geniş teşkilat ağına ulaşmış bir yapılanmadır.

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri, 1961 yılından bu yana yürürlükte olan 224 sayılı yasaya göre yürütülmektedir. Bu uygulamada temel hizmet birimi sağlık ocağı olup, günümüzdeki uygulamaya göre; köy tipi (nüfusu 10 binden az),

ilçe tipi (nüfusu 10-20 bin arasında) ve il tipi(nüfusu 20 binden fazla) olmak üzere üç tipi vardır. Bu ocaklarda, yaklaşık her 2000-2500 kişiye bir hekim, 2000 kişiye bir sağlık memuru ve hemşire, 1500 kişiye bir ebenin yanında, sayıları ocak tipine göre değişen memur, hizmetli ve şoförü de içeren bir ekip çalışması öngörülmektedir. Sağlık ocaklarından, evde ve ayakta tedavi edici hizmetler, bireye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetler gibi temel işlevlerinin yanında, diğer sektörlerle birlikte toplumsal kalkınmada da rol alması beklenir. Bu nedenle de başta belediye, milli eğitim, tarım, sosyal hizmetler il ve ilçe müdürlükleri gibi diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde çalışması beklenir. Sağlık ocağı gerek gördüğünde hastaları bir üst basamağa sevk eder (Akdur, 2003 ve Altinyollar ve Güleriyüz, 2002; Akt: Akdur, Ocaktan ve Özdemir, 2003:208).

Birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde sağlık ocakları, Verem Savaş Dispanserlerinin yanına Aile Hekimliği, Aile Sağlığı Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezlerinin dahil edilmesiyle yeni bir şekil almıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık hizmeti sunumunu insan merkezli olarak planlarken birinci basamak sağlık hizmetinde de aile hekimliği uygulamasına geçişi öngörmektedir (Akdağ, 2008:143).

Aile hekimliği, sağlığın aile ortamıyla birlikte geliştiği gerçeğinden hareketle, bireyin sağlığını “aile sağlığı” kavramı çerçevesinde, biyo-psiko-sosyal çerçevede, doğumdan ölüme bir bütün olarak ele almaktadır (Akdağ, 2008:143). Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilen aile hekimliği uygulaması ile daha bireysel tedavi süreçlerinin başlaması amaçlanmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerine aile hekimliği uygulamasının gelmesi ile ihtiyaç sahipleri kendilerinin seçtiği doktorlardan sağlık hizmeti almakta ve buna göre tanı, tedavi ve koruyucu hizmet süreçleri işlemektedir. Aile hekimleri, aile içerisinde yer alan bütün bireylerin sağlığından sorumlu olacağından eğitimini de buna göre almakta ve görev yapmaktadır. Ayrıca aile hekimliği uygulaması ile bir nevi sağlık danışmanı hizmeti de sunulmaya başlanmıştır. Aile hekimi daha fazla uzmanlık gerektiren durumlarla karşılaştığında ise bu danışmanlık rolü sayesinde ihtiyaç sahiplerini yönlendirmektedir.

Aile hekimliği uygulaması yurt çapında bütün kesimlere sağlık hizmetlerinin sunulması amacıyla çok büyük bir ađ Şeklinde rgtlenmiŐtir. Her mahallede bulunması, o ikamet bölgesinde yaşayan ihtiyaç sahiplerine daha hızlı ulaşabilmek adına önem arz etmektedir. Aile hekimi, kendi sorumluluğu altındaki bireyleri yalnızca bir hastalık çerçevesinde değil, bütüncül bir yaklaşımla, sağlık açısından ortaya çıkabilecek riskler, mevcut sağlık Şartları, psikososyal evre ve varsa diğer akut veya kronik sağlık sorunları ile birlikte bir bütün olarak değerlendirir (Akdağ, 2008:144).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekiminin bulunması, bireyin yaşadığı sağlık sorununda tedavi sürecinde sürekli olarak danışmanlık hizmeti alabileceği veya yönlendirilebileceği bir sistem olması nedeniyle oldukça önemlidir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel taşı olarak görev alacak aile hekimlerinin sayısının azlığı sorunuyla karŐılaŐılmıŐtır. Bu sorunun çözümü amacıyla aile hekimi olacak bütün pratisyenlerin standart bir eğitim almaları uygulamasına gidilmiŐtir. Bu amaçla meslek örgütleri ve akademisyenlerin katılımı ile Aile Hekimliği DanıŐma Kurulu oluŐturuldu. Bu kurul düzenli ve disiplinli bir çalışma sonucunda aile hekimliği uygulamasında görev alacak pratisyen hekimlerin eğitim müfredatını hazırladı. İki aŐamalı düşünülen eğitimin ilk aşamasında aile hekimliği uygulamasında yer alacak hekimler - *aile hekimliği uzmanları hariç* - 10 günlük, yardımcı sağlık personeli ise 3 günlük uyum eğitimine tabi tutuldu. İkinici aŐama eğitim, meslek bilgilerin güncelleŐtirilmesi ve geliŐtirilmesini hedefleyen daha uzun süreli bir eğitim olarak planlandı. Bu plan dahilinde birinci aŐama uyum eğitimlerini tamamlayan hekimler 1 yıllık ikincii aŐama modüler eğitime tabi tutulacaklar. İkinici aŐama eğitim, klinik içerikte 37 bilgi modülü ve 3 adet beceri geliştirme eğitimi olacak Şekilde planlandı. İkinici aŐama eğitim, internet üzerinden uzaktan eğitim ve yüz yüze eğitimden oluşan karma bir eğitim yöntemi ile verilecektir (Akdağ, 2008:145).

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Türkiye’de Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Sosyal Güvenlik Kurumu ve Maliye Bakanlığı arasında imzalanan protokolle 1 Temmuz 2007 tarihinde tamamen ücretsiz hale getirildi.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde daha fazla ihtiyaç sahibine ulaşabilmek ve tedavi sürecinin daha sağlıklı ilerlemesini sağlamak amacıyla sağlık ocağı ağı daha da genişletilmiş ve sağlık ocaklarında çalışan her doktora bir oda – *hasta mahremiyetine saygı duyulması amacıyla* - verilmiştir. Ayrıca bu sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personellerine performans dayalı olarak ek demeler yapılarak teşvik edilmesi sağlanmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir diğer uygulayıcı olarak Toplum Sağlığı Merkezleri gösterilebilir. Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) için ise ağırlıklı olarak halk sağlığı anabilim dalı akademisyenlerinden oluşan bir bilimsel danışma kurulu oluşturulmuş olup Toplum Sağlığı Merkezi personelinin de hizmet alanlarına özgü bilgi birikimlerinin geliştirilmesi, sertifikasyonu hedeflenmektedir (Akdağ, 2008:146).

Toplum sağlığı merkezleri ile aile hekimliklerinin sorumluluk alanı ve rehabilitasyon hizmetleri dışında kalan temel sağlık hizmetlerini tek çatı altında toplamayı hedeflemiştir. Toplum sağlığı merkezleri için aile hekimliklerini tamamlayan ya da aile hekimliklerinin ihtiyaç duyduğu tıbbi gereksinimleri tedarik edici bir sağlık birimi denilebilir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri ihtiyaç sahiplerinin daha kısa sürede tedavi sürecine dahil edilmeleri açısından büyük memnuniyet oluşurmaktadır. Böylece hastanelerde görülen yoğunluklar birinci basamak sağlık hizmetleri sayesinde oldukça azalmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi çalışmaları halen devam etmektedir. Alanında uzman birçok kişinin bir araya gelerek birinci basamak sağlık hizmetlerinin durumu değerlendirme ve ileriye dönük uygulama çalışmaları belirli periyotlarla görüşülmektedir. Aynı zamanda ihtiyaç sahiplerinin istek, talep ve şikayetleri de göz önünde bulundurulduğu birçok araştırma da değerlendirilmektedir.

1.5. Dünya’da Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri, bütün kamusal hizmetlerin yanında malî açıdan bütçeyi ciddi anlamda zorlayan bir yapıya sahiptir. Bu nedenle dünya geneline bakıldığında sağlık hizmetlerinin sorunsuz bir şekilde ihtiyaç sahiplerine ulaştırıldığı yerler, gelişmiş ülkelerdir.

Sağlık hizmetlerinin maliyetli yapısı nedeniyle bütün ülkelerde gelişmişlik düzeyine bağlı olarak farklılıklar görülmektedir. Öyle ki ekonomik açıdan sorun yaşamayan birçok Avrupa devleti arasında bile sağlık hizmetlerinin sunumunda farklılıklar görülebilir. Ülkeler arasında bu farklılığın asgari düzeye indirgenmesi amacıyla – asıl amaç, tüm insanların sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi - Birleşmiş Milletler nezdinde Dünya Sağlık Örgütü kurulmuştur.

II. Dünya Savaşından sonra Birleşmiş Milletler çatısı altında sağlıkla ilgili yeni bir oluşum kurulması fikri doğdu. 1946’da 51 ülkenin katılımıyla New York’ta toplanan uluslararası konferansta Dünya Sağlık Örgütü Şartı ilan edildi. Bu şartla tarihte ilk defa uluslararası bir dokümanda ırk, din, politik görüş, ekonomik ve sosyal statü gözetmeksizin, sağlık insan haklarından biri olarak ifade ediliyordu. Dünya Sağlık Örgütü şartı, hükümetleri yurttaşlarının sağlığından sorumlu tutuyor ve bu sorumluluk, sosyal sektörler ve sağlık sektöründe düzenlemeler yapılmasını gerektiriyordu. Bu şart, 2 yıl sonra, 26 ülkenin onayını takiben 7 Nisan 1948’de yürürlüğe kondu (Aydın, 2008:28).

Dünya Sağlık Örgütü’nün kurulması ile bütün dünya çapında sağlık hizmetlerinde ihtiyaç sahiplerine ulaşmak için gerekli bütün çalışmaların bir üst koordinatör kontrolünde yürütülmesi sağlanmıştır. Özellikle ülkelerin sağlık sistemlerindeki çalışmaları Dünya Sağlık Örgütü’nün kontrolüne bırakması ve eksikliklerin giderilmesinde Dünya Sağlık Örgütü büyük rol oynamıştır.

Batı dünyasında birçok ülke sağlık hizmetlerini yaygın ve entegre bir şekilde örgütleme çabaları içinde olmasına rağmen, temel sağlık hizmetlerine erişimde en fazla kolaylık sağlayabilen İngiltere örneği oldu (Aydın, 2008:27). 1946’da kabul edilen Milli Sağlık Sistemi, halen yürürlüktedir. Sonraki yıllarda İsveç, Fransa, Almanya ve Kanada gibi ülkeler de kendi temel sağlık hizmetleri organizasyonlarını

oluşturmaya başladılar. Bu nedenle birçok Avrupa ülkesinde uygulama açısından farklılıklar görülmektedir. Öyle ki Avrupa Birliği'nin kendi üye ülkeleri arasında bile uygulama açısından farklılıklarla karşılaşılabilir. Mesela İngiltere, Avusturya, İtalya gibi bazı ülkelerde birinci basamak sağlık hizmetleri, hastanın ilk başvuru yeri olmasına rağmen İsveç, İsviçre gibi ülkelerde ise birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurulmadan direkt olarak uzman doktora gidilebilir.

1978 yılında Kazakistan'ın Alma-Ata şehrinde 70 ülkenin sağlık bakanıyla ve 40 ülkenin de maliye, eğitim gibi bakanlıklarıyla gerçekleşen konferansta temel sağlık hizmetleri, bir ülkede herkes tarafından kabul görmüş, günün teknolojik şartlarına uyum sağlayabilen ve herkesin faydalanabildiği bir sistem parçası olarak tanımlanmıştır. Ancak konferansa karşı görüşler de damgasını vurmuş ve aleyhte birçok şey söylenmiştir. Ayrıca belirtmek gerekir ki Alma-Ata Konferansı, bütün ülkelerde hiçbir surette kabul edilemez olan sağlık eşitsizlikleri ile politik, sosyal ve ekonomik olarak mücadele etmek üzere çeşitli meslek grupları, kuruluşlar, hükümetler, sivil toplum örgütleri ve araştırmacılar nezdinde "Temel Sağlık Hareketi" başlatmıştır. Alma-Ata'nın Bildirgesi'nin ortaya koyduğu değerler netti: herkesin daha iyi sağlık düzeyine kavuşma hakkı, sosyal adalet, katılımcılık ve dayanışma (Aydın, 2008:32). Görüldüğü üzere Alma-Ata, sağlık alanı üzerinden aslında tüm kamusal alanda düzenlemeleri öngörüyordu. Çünkü toplumsal sağlığın korunmasında kamusal alanların temizliği ve düzenlenmesi gibi konular dahil olmak üzere birçok kamusal hizmet büyük önem arz eder.

Ülkeler bazında farklılık göstermekle birlikte, genel bir eğilim olarak 1980'li yıllara kadar sağlık ve eğitim, işgücünün niteliklendirilmesi, sürekliliğinin sağlanması ve yeniden üretimi açısından en anahtar alan olarak görülmekte ve bu hizmetler kamu eliyle verilmekteydi (Sönmez, 2012:156). Sağlık hizmetlerinin kamu eliyle verilmesi bir yandan özellikle yirminci yüzyılın başından itibaren başta İngiltere olmak üzere Avrupa'da uzun süren sınıf mücadelelerinin ve İkinci Dünya Savaşı sonrası Keynesyen ekonomik politikaların bir sonucu, diğer taraftan sermaye için dolaylı ücretlerin ve işgücünün kaybının azaltılması ihtiyacının bir gereği idi (Balta, 2012:148). Bu nedenle sağlık hizmetlerinin kamusal hizmet olarak sunulması, aynı zamanda politik ve ekonomik açıdan fayda sağlamaktadır.

Sağlık hizmetlerinin dünya açısından gelişimi, diğer bütün alanlarda olduğu gibi Batı’da gerçekleşen gelişmeler ışığında değerlendirilmektedir. 1980’li yıllara gelene kadar dünyada sağlık politikaları ve hizmetleri temel olarak iki şekilde üretilmekteydi. Birincisi, sağlık hizmetlerinin planlanması, üretilmesi, harcamaların karşılanması anlamında devletin tek otorite olduğu, sağlık hizmetlerinin küçük bir yüzdesinin yerel yönetimlere devredildiği modeldir ki başta İngiltere ve İspanya olmak üzere Kıta Avrupası’nın klasik büyük devletleri “Beveridge” denilen bu modeli uygulamaktadır. Modelde sağlık harcamalarının vergilerden karşılanması esastır. Bu noktada, sistemin İkinci Dünya Savaşı’nın hemen sonrasında ortaya çıkan yıkımın sonuçlarını azaltmak, özellikle göçmen işgücü ihtiyacını karşılamak amacıyla inşa edildiğini de eklemek gerekir. Almanya’nın uyguladığı Bismarck sisteminde ise, primi esas alan sağlık sigortası, işçi ve işveren payları ile karşılanır. Her iki sistem de temel olarak sosyal güvenceyi çalışma ilişkisi ile sınırlı tutmuş, bunun dışındaki alana ise yaşlılar, çocuklar başta olmak üzere sosyal yardımları yerleştirmiştir. Bu sürece kadar Türkiye’de uygulanan model ise Güney Avrupa ülkelerine yakın bir biçimde “Bismarckçı bir korporatizmle ile daha geleneksel, aile tabanlı bir vurguyu birleştiren” bir sistem olarak tanımlanmaktadır (Keyder, 2007:15). Türkiye’nin karmaşık denilebilecek bu sistemi kullanmasının nedeni olarak sürekli değişen sağlık politikaları gösterilebilir. Sağlık hizmetlerinin sunulmasına adına uygulanması düşünülen politikalarda istikrarın sağlanamaması, bu karmaşıklığın ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

21 Kasım 1986’da Ottawa’da toplanan “Sağlığı Geliştirme” konulu ilk uluslararası konferans, 2000 yılı ve sonrasında “Herkes İçin Sağlık” a ulaşma eyleminin şartlarını sunmuştur. Bu konferans, öncelikle, dünyadaki yeni halk sağlığı hareketi için gittikçe büyüyen beklentilere bir yanıt niteliğindedir (Konferans, 1986).

1986 yılında Kanada’nın Ottawa şehrinde düzenlenen Birinci Sağlığın Geliştirilmesi Konferansı’nda beş ana prensip sunulmuştur;

1. **Sağlığın geliştirilmesi mevcut şartlara bağlıdır:** Sağlığın geliştirilmesi hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerde, toplumdaki temel değişimlerden etkilenmektedir. Bazı etkiler daha ön plana çıkmışlardır, örneğin yoksulluk, şiddet ve ruh sağlığı, HIV/AIDS gibi yeni hastalıklara karşılık verebilme ve

küreselleşme gibi yeni sosyal etkilerin sağlık üzerine bariz etkileri olmuştur - *bu nedenle sağlık hizmetlerinin tek düze bir şekilde bütün toplumlarda aynı görülmesi mümkün değildir -.*

2. **Sağlığın geliştirilmesi Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımının üç boyutunu bütünlemektedir:** Sağlığın geliştirilmesi; sağlığın fiziksel, sosyal ve ruhsal boyutlarını hedef almaktadır. Pek çok ülke ve toplum için kültürel yapı içerisinde dördüncü bir boyut olan manevî/ruhanî boyutunu da içermektedir –*daha çok batıl inançların veya toplumsal inançların getirdiği tedavi yöntemleri, sağlığın geliştirilmesinde yeniliklere karşı olma durumunu ortaya çıkarmaktadır -.*
3. **Sağlığın geliştirilmesi hükümetlerin sağlık alanındaki sorumluluklarını destekler:** Hükümetler vatandaşlarının sağlığını korumak, devamını sağlamak ve iyileştirmekle yükümlüdürler ve politika geliştirirken ya da hizmet sunarken sağlığı, ana bileşen olarak kapsamak zorundadırlar - *diğer kamusal hizmetler sağlık durumu gözetilerek uygulamaya konulur -.* Hükümetlerin ya da sistemlerin zayıf olduğu ve kamu hizmetlerinin yetersiz olduğu ülkelerde – *ki Türkiye de 2000'li yıllara kadar sağlık sisteminde büyük sorunların yaşandığı bir ülkedir -*, gönüllü kuruluşlar ve özel sektör halkın sağlığına katkıda bulunur.
4. **Sağlığın geliştirilmesi sağlığı toplum adına savunur:** Sağlığın geliştirilmesi, toplumun bütününe sosyal ve ekonomik gelişim açısından fayda sağlamaktadır – *toplumda yer alan bireylerin sağlıklı olma durumları, gelişime ve kalkınmaya katkı sağlaması açısından bir anahtar rol oynayıp itici bir güce sahiptir -.* Bu açıdan bakılınca sağlık toplum yararındır ve modern vatandaşlığın temel bileşenidir.
5. **Sağlığa katılım sağlığın geliştirilmesinin esas unsurudur:** Sağlık eğitimi ve sağlık okur-yazarlığının (health literacy) artırılması, toplumu oluşturan bireylerin sağlık bilincini ve davranışını geliştirerek, sağlıklarını koruyabilir, sağlık hizmetlerine katılabilir, sağlık haklarını savunabilir hale getirmek üzere bilgilendirilmesidir – *halk arasında çokça yer alan “kişi, kendinin*

doktorudur” sözü hayat bulmaktadır - (WHO Secretariat, 2005; Akt: Gögen, Mollahaliloğlu ve Yardım, 2009:30).

23 Haziran 1998’de Atina’da bir araya gelen Avrupa kentleri belediye başkanları ve üst düzey politikacılar, Avrupa Sağlıklı Kentler Hareketinin ilk on yılını kutladılar ve WHO sağlıklı kentler projesinin üçüncü evresini(1998-2002) başlatırken bu deklarasyonu yayınladılar. Bu politik deklarasyon, tüm Avrupa kentlerinin sağlık ve sürdürülebilir kalkınma konusunda kararlılıklarını açık ve güçlü biçimde ortaya koyar. Bu deklarasyon kentler için üzerinde yoğunlaşılacak öncelikleri ve yeni çabaları vurgular, ulusal hükümetlerin ve Dünya Sağlık Örgütü’nün yerel ve kent düzeyinde sağlıkla ilgili eylemleri destekleme yollarını tanımlamaktadır. Bu deklarasyonla Avrupa bölgesi hükümetlerine şu çağrılar yapılmıştır:

- Ulusal sağlık politikalarının yerel boyutlarının önemini görmek ve kentlerin Herkes İçin Sağlık ve Gündem 21 ulusal stratejilerine önemli katkılar yapabileceğini kabul etmek,
- Ulusal sağlık stratejilerinde, sektörler arası yaklaşımla, yerel sağlık koşullarının analizi ve verilecek yanıtlarda kentlerin deneyim ve iç bakışlarını kullanmaları,
- Herkes İçin Sağlık ve sürdürülebilir kalkınma politikalarını desteklemek üzere ek kaynaklar sağlayacak yolları araştırmak,
- Eşgüdüm sağlayıcı ve kapasite sağlayıcı rollerinde ulusal sağlıklı kentler ağını desteklemek,
- WHO yönetim organlarının ve diğer geçerli uluslararası forumların toplantılarına üye ülke delegasyonları ile birlikte yerel yönetim temsilcilerinin de katılmasını teşvik etmek (Gögen vd., 2009:31).

Toplum sağlığını tehdit eden ve sağlık politika yapımcılarının göz ardı etmemesi gereken önemli gelişmeleri fark etmemiz gerekir. Dünya Sağlık Raporu bunları sırasıyla göz önüne sermektedir:

1. Son 20-30 yılda sağlıktaki gelişmeler eşitsizliği daha da artırmıştır; dünyanın önemli bir kısmında sağlık imkanları çok iyi düzeylere çıkarken, aksine birçok ülke daha fazla mevzi kaybetmiştir – özellikle *Avrupalı devletlerin sağlık alanındaki gelişmeleri çok fazla maliyetli bir şekilde sunmaları birçok ihtiyaç sahibinin yararlanamamasına neden olmaktadır* -. Bu durum bir yandan kaynaklara ve gelişmelere ulaşma eşitsizliğinden doğarken, diğer yandan daha iyi dokümantasyonla daha fazla belirgin hale gelmiştir. Otuz yıl öncesinde olmadığı kadar fazla dokümantasyon ve fazla iletişim imkanının mevcut olması, ülkeler arasında ve ülkelerin kendi içlerindeki eşitsizlikleri daha görünür kılmaktadır.
2. Sağlık problemlerinin tabiatı zamanla önemli bir değişime uğramaktadır. Nüfusun yaşlanması ve sağlıksız şehirleşme ile küreselleşme, dünya çapında bulaşıcı hastalıkların yayılımını hızlandırmakta ve bulaşıcı olmayan kronik hastalık yükünü artırmaktadır. Hastaların birden fazla hastalık ve karmaşık semptomlarla başvuruyor olması, entegre ve kapsayıcı sağlık hizmetinin sunumunu tehdit etmektedir. Belli disiplinler doğrultusunda eğitim almış sağlık personelinin sorun karşısında yetersiz kalmasına yol açmaktadır. Çalışma şartlarının değişmesi, gelir ve nüfus artış değişiklikleri, iklim değişikliği, gıda güvenliğindeki değişmeler ve sosyal gerginlikler önümüzdeki yıllarda sağlık konusunda atılacak adımların önünde duran belirleyicilerdir.
3. Sağlık sistemleri bugünün küreselleşen dünyasının önemli özelliği olan hızlı bir dönüşüm ve değişim sürecinden bağımsız kalamamaktadır. Ekonomik ve politik krizler, devletleri ve devletlerin erişim, hizmet sunumu ve finansmanı garanti altına alacak kurumsal rollerini riske etmektedir. Kontrolsüz ticarileşme, kamu ve özel aktörlerin arasındaki sınırı gittikçe bulanıklaştırmakta, yetkiler ve hakların teslimi gittikçe daha fazla politikayla ilişkilendirilmektedir. Bilgi çağı, vatandaşlar, meslek erbabı ve politikacılar arasındaki ilişki tarzını değiştirmiştir - *tamamen sanal dünya üzerinden yürüyen ilişkilere dönüşmektedir* -. Sağlık sektörünün kapsamı ve çerçevesi, alışılmış sınırlı sektör tanıtımının ötesine geçmiş durumdadır; özellikle insan kaynağı ve meslekler arası ilişkiler açısından son derece karmaşık bir hal almıştır. Toplum sağlığı, sağlık hizmeti sunumu, finansman, altyapı veya bilgi

sistemleri için var olan insan kaynağı problemleri, sağlık sektöründen sınırların ötesine geçmiş ve uluslararası sorun olarak tartışılmaya başlanmıştır (Aydın, 2008:38-39).

Söz konusu nedenlerle, sağlık alanı son yıllarda politikacıların vaatlerinin başlıca yerini almıştır. Unutulmamalıdır ki, Türkiye de de 2002 seçimlerinde tek başına iktidara gelen Adalet ve Kalkınma Partisi de 2003 yılında ilan ettiği Sağlıkta Dönüşüm Programı ile 2007 seçimlerine yönelik olarak vatandaşlar üzerinde iyi bir itibar bırakmıştır. Bıraktığı bu itibarın izleri halen devam etmektedir. Çünkü toplumsal olarak sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyi, diğer kamusal hizmetlerin yanında daha fazla önemli bir şekilde politik aktörlerin ömürlerini belirleyici bir öneme sahiptir. Sağlık hizmetlerinin çağdaş döneminde, çevredeki bazı olumsuzlukları gidererek, hastalıkların önlenebileceği ve hatta yeryüzünden silinebileceği anlaşılmıştır (Akdur, 1999:4). Bu nedenle sadece hastalıklar üzerinde değil diğer çevresel etmenler üzerinde de gerekli her türlü tedbir çalışmasının yapılması faydalı olacaktır.

Özellikle değişen toplumsal anlayışlarda, insanların kendilerinden sonra aileleri ve içinde yaşadıkları toplumun sağlığı açısından uzun dönemli iyileştirmeler ve koruyucu önlemler istemeleri, nerede olursa olsun politik aktörlerin göz ardı etmemesi gereken bir etmen olarak yerini almaktadır. Sağlık hizmetlerinin bütün alanlarında da öncelikle sağlığın korunması, erken tanı ve uygun tedavi yöntemleri anlayışı yer edinmektedir.

2008 Dünya Sağlık Raporu'nda en gelişmiş ülkelerde bile sağlık sistemlerinin tam olarak işleyemediğini/arzulanan hedeflere ulaşamadığını ve insanların sistemden yeteri kadar memnun olmadıklarını ortaya koymuştur. Bu nedenle 2008 Dünya Sağlık Raporu bir takım önerilerde bulunmuştur. Bunlar, toplumun tümünü kapsayıcı bir sağlık güvencesinin oluşturulması, sağlık hizmetlerinin sunumunda değişen dünya şartları göz önünde bulundurularak beklentilere karşılık verebilecek bir yapıya kavuşturulması, sağlık hizmetlerinin sunumunda diğer kamusal alanlarla da işbirliği içerisine girilmesi ve toplumsal sağlığın tehlikeye düşmesini engellemek adına tüm kamusal hizmetlerde kontrolör gibi davranabilecek liderlik vasfının oluşturulmasıdır –ki bu liderlik vasfından kasıt tek elden yürütülmesi olarak değerlendirilebilir-.

Dünya Sağlık Raporu ışığında sunulan öneriler yerine getirildiği takdirde sağlık alanında daha ciddi değişimlerin yaşanacağı elbette tahmin edilebilir. Ancak bu önerilerin yerine getirilmesinin toplumsal şartların uygunluğuna bağlı olduğu da unutulmamalıdır.

Bütün ülkelerin sağlık sistemleri incelendiğinde karmaşık bir sistem ağı gibi bir görüntü ile karşılaşılacaktır. Ancak biraz daha derine doğru inceleme yapıldığında görülecektir ki temelde iki felsefenin sağlık hizmetlerine hakim olduğu görülecektir. Bunlardan birincisi, sağlığın toplumsal bir olgu olarak ele alınıp sağlık hizmetlerini toplumsal bir görev olarak gören ve sağlıklı yaşam ve tıbbî bakımı ise doğuştan kazanılmış temel insanlık hakkı olarak görürken diğeri sağlığı bireysel bir olgu olarak ele alıp sağlık hakkının gereklerini toplumsal bir görev olarak ele almaz ve bu hakkın yerine getirilmesini tamamen kapitalist çıkarlar ilişkisi olarak görür (Akdur, 1999:7). Dünyanın en sağlıklı ülkelerine veya gelişmemiş ülkelere bakıldığı zaman Akdur'un söz ettiği görüntü ile rahatlıkla karşılaşılacaktır.

1.6. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin geçmişi oldukça gerilere kadar gitmektedir. Bunu ayırt etmenin en bilinen yolu ise Cumhuriyet Öncesi ve Cumhuriyet Sonrası olarak adlandırmaktır.

1.6.1. Cumhuriyet Öncesi Osmanlı Dönemi Sağlık Hizmetleri

Cumhuriyet öncesindeki sağlık hizmetleri, daha geleneksel bir yapı olarak adlandırabilecek Osmanlı Devleti yönetimindeki Adem-i Merkeziyetçi anlayışı ile yakından ilgilidir. Saray ve ordu benzeri bir merkezî teşkilatlanması bulunan sağlık hizmetlerinin başında, günümüzdeki Sağlık Bakanının görevini icra eden bir kişi bulunurdu. “Hekim Başı” olarak adlandırılan bu kişi, sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde görev alan veya alacak olan personellerle ilgili iş ve işlemlerden sorumluydu. Ayrıca Osmanlı döneminde de günümüzde olduğu gibi bir ücret karşılığında serbest olarak hizmetler sunan hekimlerde bulunmakta olduğu gibi vakıf medrese vb. gibi yapılanmalarla da sağlık hizmetleri ihtiyaç sahiplerine ulaştırılmaktaydı.

Osmanlı'ya kadar olan dönemde tıp medreselerinin verdiği hizmet türü Osmanlı'da da devam etmiştir. Bu hizmet yerleri bir kamusal hizmet yeri olarak değerlendirilmemelidir. Buralarda hem eğitim verilmekte hem de ihtiyaç sahiplerinin tedavi hizmeti yapılmaktaydı. Osmanlı'da sağlığın bir kamu hizmeti olarak sunulmaya başlaması ancak 19.yy'da Batılılaşma hareketleri ile başlamıştır (Bardakçı, 2013). Batılılaşma hareketi ile sağlığın daha fazla ihtiyaç sahibine ulaşabilmek amacıyla kamu hizmeti olarak sunulmaya başlamasının yanı sıra tıp biliminin gelişmesi açısından öğrencilerin eğitime katkı sağlayacak olan çalışmaların bazılarında –ölü vücutların kullanımı gibi- halkın tepkisini çekeceği düşünülmüş ve gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Görülmektedir ki sağlık çalışmaları sadece bir bilimsel çalışma olarak değil toplumsal yaşam alanında da önemli bir rolü olan etken biçimine bürünmüştür. Nitekim 1867'de genel idari örgütlenme içinde artık sağlık da yer alırken; 1870'de ilk merkezi sağlık birimi (Nezaret-i Tıbbiye-i Milliye) kurulmuştur (Kasapoğlu, 2016:134). Yine bu dönemde birçok Avrupa devleti örnek alınmış olup Osmanlı'da yaşayan öğrencilerin Batılı tarzda da eğitim alabilmeleri için yabancı doktorlar getirilmiştir. Bu yenilenme hareketleri Cumhuriyet'in kuruluşuna kadar çeşitli aksaklılara rağmen gelmiştir.

1.4.2 Cumhuriyet Sonrası Sağlık Hizmetleri

Türkiye Cumhuriyeti'nde modern sağlık hizmetlerinin temeli aslında Cumhuriyet'in ilanından öncesine dayanmaktadır. Daha 1920'de Osmanlı'daki yapılanma, yerini Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin de kurulmasıyla tamamen daha modern bir yapı olan Bakanlık düzeyine bırakmıştır. Milli Mücadelelerin başlangıcında ilk Milli Hükümet bünyesinde SIHHIYE ve MUAYENET-İ İÇTİMAİYE VEKÂLET (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı)ine yer verilmiştir (Koçak, 1994:9). Sağlık alanındaki gelişmeler böylece daha modernize bir şekilde organize edilip ihtiyaç sahiplerine ulaştırılması kolaylaşmıştır.

Cumhuriyet'in kuruluş yıllarında yeni Türkiye Cumhuriyeti'nin kuruluşunun temel yapıtaşlarından biri olan sağlık alanı da Cumhuriyet'in kurucusu Mustafa Kemal Atatürk tarafından önemi bilinen bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Cumhuriyetin kuruluş yılları, ihtiyaç sahiplerine ulaştırılması amacıyla bütün kamusal hizmetlerin kısıtlı kaynakları en verimli şekilde kullanılması nedeniyle

oldukça zorlu geçmiştir. Özellikle Osmanlı'nın parçalanması ile birlikte Birinci Dünya Savaşı'nda birçok sömürü devletinin egemenliği altına terk edilmiş olan topraklarda yaşayan Türk milletinin oldukça yoksun imkanlar içerisinde bağımsızlık mücadelesi vermesi ve bu mücadelenin zaferle sonuçlanması ile kaynak yokluğundan dolayı yeni bir devletin kurulması açısından zorluklar yaşanmıştır.

Bilindiği üzere hiçbir şeyi olmayan bir halkın bağımsızlıklarını elde ederek yeni bir devlet kurulması ve bu devletin sınırları içerisinde yaşayacak olan vatandaşlara kamusal hizmetlerin sunulması için yeterli miktarda kaynağa ihtiyaç vardır. Türk milletinin hiçbir kaynağı olmadan – *ki eldeki bütün kaynaklarını bağımsızlık mücadelesi uğruna feda etmişlerdir* - bir devlet kurarak bir sömürü devleti olmadan uluslararası arenada yer alması da bu açıdan başta sorunlar yaşanmasına neden olmuştur. Her ne kadar bütün kamusal hizmetlerin vatandaşlara ulaştırılması amaçlansa da sağlık hizmetlerinin ulaştırılması diğerlerine göre daha büyük önem arz etmiştir. Sağlık hizmetini kamusal kılan nitelik, hizmet sunumunun devlet tarafından, üretim ilişkileri alanının kurallarından belirli düzeyde bağışık kılınarak üstlenilmesi ve bu hizmetlerin temel bir yurttaşlık hakkı olarak sunulmasıdır (Ünlütürk Ulutaş, 2011:22).

Sağlık Bakanlığı, Türkiye Büyük Millet Meclisinin açılışını takiben 3 Mayıs 1920'de 3 sayılı kanun ile kurulmuş ve ilk Bakanı olarak da Dr. Adnan Adıvar atanmıştır. Cumhuriyet'in ilanı sonrası ise Bakanlığa Refik Saydam atanmıştır. Hiçbir yasal mevzuat çalışması olmadan sağlık hizmetlerinin vatandaşlara ulaştırılmasında fazladan sorunların yaşanacağı öngörüsü ile Cumhuriyet'in ilk yılları, sağlık hizmetlerinin mevzuat çalışmalarının ağırlıklı olduğu bir dönem olmuştur.

Sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığının kurulduğu ilk yıllarda başta başkent Ankara olmak üzere çevre illerde yavaş yavaş genişlemeye başlamıştır. Cumhuriyet'in kuruluş yıllarındaki kaynak yoksunluğu da göz önüne alındığında başta taşra teşkilatlanmasına önem verilmesinin zor olacağı ortaya çıkacaktır. Merkezî yapılanmanın daha sistematik olarak işleyebileceği bir hale gelmesi ve ilerleyen zamanlarda taşra teşkilatlarında karşılaşılabilecek olası sorunlarla daha kısa sürede başa çıkabilmek amacıyla çevre illerde uygulamalar yapılması bu açıdan

önemlidir. Sonraki yıllarda merkeze biraz daha uzak yerlerde ilk aşamada bölgesel hizmet vermesi düşünülen sağlık kuruluşları hizmete girmiştir.

Ayrıca sağlık hizmetlerinde karşılaşılan bir diğer sorun da personel yokluğundan kaynaklanmaktaydı. Kuruluş yıllarındaki personel sayısı, sağlık hizmetlerinin geniş çaplı bir örgütlenme ile sunulmasına olanak vermemekteydi. Her ne kadar durumun farkında olup da hoşgörü gösterilse de yine de bir memnuniyet havası etkisini göstermekteydi. Uluslararası arenada yarışabilecek kadar güçlü olmadan bağımsızlık elde etmenin zararlı olacağını düşünenlerin varlığı da toplumsal düzen açısından ayrı bir tehdit unsuru oluşturmaktaydı. Ancak bu tehdit öyle ciddi boyutlara ulaşmamıştır.

Cumhuriyet sonrası dönemde yaygın olan bulaşıcı hastalıklarla mücadele edebilmek amacıyla Sağlık Bakanı Refik Saydam tarafından Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı bünyesinde Biyolojik Kontrol Laboratuvarı açılmıştır. Bu Enstitünün kurulması ile bulaşıcı hastalıklardan korunma amaçlı tedbir çalışmaları – *deri altına uygulanan BCG aşısının üretimi, boğmaca aşısının üretimi gibi* - yürütülmesi hedeflenmiştir.

Refik Saydam döneminde yürütülen sağlık politikalarında şu dört ilke söz konusudur:

1. Sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması ile yönetiminin tek elden yürütülmesi,
2. Koruyucu hekimliğin merkezî yönetime, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlere bırakılması,
3. Sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak üzere tıp fakültelerinin cazibesinin artırılması tıp fakültesi mezunlarına mecburî hizmet uygulanması ve
4. Sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programlarının başlatılması.

Bu ilkeler ışığında;

- Sağlık hizmetleri, “geniş bölgede tek amaçlı hizmet” / “dikey örgütlenme” modeli ile yürütülmüştür.

- Yasal düzenlemelerle, koruyucu hekimlik kavramı geliştirilmiş, yerel yönetimlerin hastane açmaları teşvik edilmiş, her ilçede hükümet tabibi olması hedeflenmiştir.
- Nüfusun çok olduğu yerlerden başlayarak 1924'te 150 ve 1936'da 20 ilçe merkezinde muayene ve tedavi evleri açılmış, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin maaşları arttırılmış ancak serbest çalışmaları yasaklanmıştır.
- İllere rehber olmak üzere ilk olarak 1924'te Ankara, Diyarbakır, Erzurum, Sivas Numune Hastaneleri ve 1936'da Trabzon ve Adana Numune Hastaneleri ile Numune Hastanesi sayısı 7'ye çıkmıştır (Akdağ, 2008:15).

Cumhuriyet sonrası sağlık hizmetlerinde temel taşı denilen çalışmalar, Behçet UZ döneminde yapılmıştır denilebilir. Dr. Behçet UZ tarafından Cumhuriyet dönemi ilk yazılı sağlık planı olarak görülen “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı”, 12 Aralık 1946'da açıklanmıştır ancak Uz'un görevden ayrılması ile plan uygulanamamıştır. Daha sonraki yıllarda Uz'un yeniden sağlık bakanı olmasına ve planı tekrar gündeme getirip Meclis'e getirmesine rağmen yaşanan hükümet değişikliği nedeni ile kanunlaşamamıştır. Yine 1954'te Uz tarafından “Milli Sağlık Programı ve Sağlık Bankası Hakkında Etütler” adlı plan ve organizasyon şekli açıklanmıştır.

1950'den sonra sağlık hizmetlerinin sunumunda devletin rolünün zayıflığı - *kaynakların yetersizliği ve yurdun her yanına sağlık hizmetlerinin ulaştırılmasında farklı sorunların (ekonomik, coğrafi, politik) yaşanması* - görüldüğü için sağlık alanında özel girişimler teşvik edilmiştir. Özel girişimlerin teşviki aslında ilerleyen yıllarda – *ki halen günümüzde devam etmektedir* - sağlık alanında çok başlılığın yaşanmasına neden olmuştur. Her ne kadar Sağlık Bakanlığı'nın kontrolü altında olsa da hem hizmetin ihtiyaç sahiplerine ulaştırılmasında teknik açıdan hem de ihtiyaç sahiplerinin yeterli düzeyde faydalandırılması açısından zaman zaman sorunlar yaşanmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin ihtiyaç sahiplerine ulaştırılmasında devlet rolünün yetersiz kaldığı durumlarda özel sağlık kuruluşlarının bu durumu istismar etmesi gibi görüntüler de ortaya çıkmaktadır. Hizmetin sunumunda kalitenin karşılığının, devlet sağlık kurumlarına göre özel sağlık kurumlarının daha yüksek

meblağlara denk gelmesi bu istismarın en bilinen örneğidir. Özel sağlık kurumlarının hizmete girmesi aynı zamanda kaynak kullanımını da olumsuz etkilemiştir.

1950 sonrasında Devlet Planlama Teşkilatı tarafından hazırlanan kalkınma planları ile sağlık alanında daha etkili çalışmaların yapılması sistematik bir hal almıştır. 1950 sonrasındaki enfeksiyonlara bağlı ölümlerin ve çocuk ölümlerinin artması üzerine bu ölümlerin önüne geçebilmek amacıyla sağlık Bakanlığı bünyesinde Ana Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğü kurulmuş ve çeşitli uluslararası yardım fonları aracılığıyla birçok tesis oluşturulmuştur. Ayrıca hem işçilerin hem de memurların devlet güvencesindeki sosyal sigortaları bağlamında sağlık hizmeti almalarını sağlayan Sosyal Sigortalar Kurumu 1952 yılında; Emekli Sandığı ise 1953 yılında kurulmuştur (Kasapoğlu, 2016:137). Böylece sağlık hizmetlerinin sunulmasında devlet güvencesinin sağlanması ile vatandaşlar açısından çok önemli bir çalışma yapılmış oldu. Aynı yıllarda yapılan bir düzenleme ile yerel yönetimlerin kontrolünde olan sağlık kuruluşları, direkt olarak Sağlık Bakanlığına bağlanmıştır.

1954 yılında Uz tarafından açıklanan Milli Sağlık Planı'nda Türkiye de her bölgeye bir tıp fakültesinin kurulacağı ve sağlık hizmetinin sunulmasında görev alacak personelin yetiştirilmesi ve sayısının artırılması amacıyla 16 sağlık bölgesi oluşturulmuştur. Aynı yıllarda hastane ve yatak sayısının artırılması için gereken çalışmalar yapılmıştır. Alt yapı çalışmalarında görülen bu iyileşmeler, sağlık hizmetinin ihtiyaç sahiplerine ulaştığı ve sonuçlarının alması ile de kendini göstermiştir. Bu dönemde verem hastalığından hayatını kaybedenlerin sayısı ile bebek ölümlerinde ciddi düşüşler görülmüştür.

Hem Milli Sağlık Planı ve hem de Milli Sağlık Programında, halkı bir ücret karşılığında sigortalamak, sigortası olmayan ve tedavi giderlerini ödeyemeyenlerin masraflarını özel idare bütçesinden sağlamak, bir sağlık bankası kurarak sağlık harcamalarının finansmanını buradan sağlamak, ilaç, serum ve aşı gibi tıbbî malzemelerin üretimini denetim altına almak, süt ve mama gibi çocuk besinlerini sağlayacak sanayi kuruluşlarını oluşturmak gibi hedefler bulunmaktaydı (Akdağ, 2008:17).

1961 yılında darbe sonrası hazırlanan Anayasa ile sağlık, bir devlet hizmeti olarak tanımlanmıştır. Bu çerçevede 1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin

Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun çıkarılmıştır. Bu kanunla birlikte sağlık çalışmaları hız kazanmış ve yaklaşık 20 yıl kadar sonra ülkenin tümüne yayılmıştır.

Sağlık alanında yaşanan personel sayısına bağlı sorunların önüne geçebilmek ve sağlık hizmetini sunanların kontrolünü daha kolay sağlamak adına 1978’de Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun çıkarılmış ve böylelikle hekimlerin kendi özel muayenehanelerini açmasının önüne geçilmiştir. Ancak bu durumu çok fazla sürmemiş 2 yıl sonra çıkarılan bir kanunla tekrar özel muayenehane açılmasına izin verilmiştir. Buradaki etkeni, hizmete ihtiyaç duyanların sayısının fazlalığı ve çalışma şartlarının ağırlığı karşısında meslekî doyumun maddî olarak sağlanamaması gösterilebilir.

1992 yılında 3816 sayılı kanunla hiçbir sosyal güvencesi bulunmayan ihtiyaç sahiplerinin de sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi amacıyla “Yeşil Kart” uygulaması başlamıştır. Yeşil Kart uygulaması ile sağlık hizmetlerinin sunulduğu kitle sayısı, oldukça geniş alanlara yayılmıştır.

Sigorta sistemin parçalı ve hiyerarşik yapısı, sosyal “yardım” olarak görülen Yeşil Kart uygulaması ve bu uygulamadan dahi yararlanamayanların sayısal olarak yoğunluğu, artan hastalık yüküne rağmen kaynakların eşitsiz ve rasyonel olmayan dağılımı, sağlık harcamalarının bütçe üzerindeki baskısı ve elbette AB’ye üyelik sürecinde Maastricht kriterlerini yerine getirmek ve IMF’ye borçları ödemek için gündeme gelen kemer sıkma politikaları, 1998 kriziyle de birleşince sağlık alanında kullanıcı hoşnutsuzluğunun da giderek arttığı bir dönem yaşanmıştır (Balta, 2012:153).

Geniş perspektifte 1990’lı yıllarda yürütülen Sağlık Reformu çalışmalarının ana bileşenleri;

1. Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortasının kurulması,
2. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi,
3. Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,

4. Sağlık Bakanlığı'nın koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması (Akdağ, 2008:20).

2000'li yıllara gelirken sağlık alanında teorik alanda birçok uygulamanın düşünüldüğü ancak ülkenin içinde bulunduğu politik durum nedeniyle – yönetimde koalisyon hükümetlerinin olması nedeniyle politik çıkarların daha öncelikli bir halde olması denilebilir- hiçbirinin gerçekleştirmediği ve sağlık hizmetlerinin yanı sıra diğer kamusal hizmetlerde de sorunların yaşandığı görülmüştür. 2000'li yılların başında yaşanan ekonomik kriz ile de ihtiyaç sahipleri sağlık hizmetlerinden hem kamusal olarak hem de özel olarak faydalanmakta oldukça zorlanmıştır.

Milenyum Çağı olarak adlandırılan ve tüm dünyanın daha da hızlı bir şekilde değişime yüz tuttuğu 2000'li yılların başında 3 Kasım 2002 tarihinde yapılan seçimlerle Türkiye Cumhuriyeti tarihinde – *Cumhuriyet Halk Partisinin Tek Partili yönetim yılları hariç* - ikinci kez bir parti tek başına iktidara gelmiş ve yönetimde söz sahibi olmuştur. İktidarın tek bir parti tarafından elde edilmesi, birçok avantajı da beraberinde getirmiştir. Öyle ki bütün kamusal hizmetlerin sunulmasında tek bir söz sahibinin olması, hizmetlerin ihtiyaç sahiplerine ulaştırılmasında daha da kolaylaştırıcı bir etken olmaktadır.

3 Kasım 2002 seçimlerinin hemen ardından 16 Kasım 2002 tarihinde açıklanan 58.Hükümet Acil Eylem Planı'nda "Herkesin Sağlık" başlığı altında sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler belirlenmiştir. Bunların başlıcaları;

1. Sağlık Bakanlığı'nın idarî ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması,
2. Tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması,
3. Sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması,
4. Hastanelerin idarî ve malî açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması,
5. Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi,
6. Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi,
7. Koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması,
8. Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi,
9. Tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri,

10. Kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğini giderilmesi,

11. Sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi.

Acil Eylem Planı'nın belirlenmesinden hemen sonra 2003 yılı başında **Sağlık Dönüşüm Programı** hazırlanarak Sağlık Bakanlığı tarafından kamuoyuna duyurulmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı 8 tema etrafında dönüşmeyi hedeflemiştir:

1. Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
2. Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası,
3. Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
 - a. Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği,
 - b. Etkili, kademeli sevk zinciri,
 - c. İdarî ve malî özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
4. Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
8. Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemi (Akdağ, 2008:20-21).

“Sağlıkta Dönüşüm Programı, hakkaniyet ilkesi doğrultusunda, vatandaşlarımızın ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunacakları ve sağlık hizmetlerini ihtiyaçları ölçüsünde alacakları bir sosyal sigorta modeli geliştirmeyi hedeflemiştir (Akdağ, 2008:53)”. Dönemin Sağlık Bakanı Recep AKDAĞ'ın ifadesiyle gözler önüne serilen program, toplumsal yaşamda sağlık alanında yaşanan eşitsizliğin ve “herkesin parası kadar tedavi hizmeti göreceği” anlayışı yerine daha geniş ve kapsayıcı olarak “herkesin ihtiyacı oranında tedavi göreceği” anlayışını benimsemiştir. Bu anlayış, toplumsal anlamda büyük bir öneme sahiptir. Cumhuriyetin kurulmasından bu yana sağlık alanında özellikle maddiyata dayalı olarak yaşanan sorunlar, artık bir program sayesinde geride kalacak ve bundan sonraki süreçte devletin eli tüm ihtiyaç sahiplerinin üzerinde olacaktır.

2003 yılı sonrasındaki yaklaşık 5 yılda Sağlıkta Dönüşüm Programı ışığında sağlık alanında önemli değişikliklerin yaşandığı görülmüştür. Özellikle geçmişte yaşananların ve değişen dünya düzeninde ihtiyaç sahiplerinin faydası açısından daha hızlı entegre edilebilir olması göz önünde bulundurularak hazırlanan ve uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı, kendisinden önceki birçok konunun unutulmasını – ihtiyaç sahiplerinin hizmete erişiminde yaşanan sorunların yerine memnuniyetinin konuşulduğu, erişimde kaynak tüketiminde yaşanan sorunların yerine ihtiyaç sahiplerinin tedavi sürecinde kaynak sıkıntısı yaşamadığını gözler önüne seren memnuniyetin konuşulduğu - sağlamıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, toplumda gerek iktidar yanlısı ihtiyaç sahiplerinin gerekse de iktidar karşıtı ihtiyaç sahiplerinin rahatlıkla faydalanabildiği hizmetlerin sunulduğunun açıkça görüldüğü bir program olmuştur. Özellikle kişilerin sosyal güvencelerindeki farklılıklardan dolayı tedavi hizmetinden faydalanmalarında yaşanan sorunlar, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlıklarının ortak çalışmasıyla ortadan kaldırılmıştır. Ayrıca ihtiyaç sahiplerinin istedikleri sağlık kuruluşunda sorunsuz bir şekilde hizmet almasını sağlamak adına gerekli adımlar atılmış – hastalardan alınan ilave ücretin belirlenmesinin hizmeti sunanların yerine Bakanlar Kurulu yetkisine bırakılması ve bu oranında sabitlenerek %30 olarak belirlenmesi - ve ilaç kullanımında gerek israfın önüne geçilmesi gerekse de ilaç kullanımının kontrolünün daha kolay yapılabilmesi amacıyla teknolojik gelişmeler yaşanmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, ihtiyaç sahiplerine her anlamda en kısa sürede ulaşılması amacını güdüyordu. Öyle ki acil sağlık hizmetlerinde de bu kapsamda büyük çaplı modern değişiklikler meydana gelmiştir. İhtiyaç sahiplerine daha kısa sürede bir sağlık ekibiyle daha koordineli bir şekilde ulaşılması amacıyla 112 Acil Sağlık Hizmetleri Komuta Kontrol Merkezleri hizmete girmiştir. Bu komuta merkezleri aynı zamanda sahip oldukları dijital altyapısı sayesinde tüm illerde;

- Çağrılarının kullanıcılar tarafından Operasyon Yönetim Yazılımı ile bilgisayarları üzerinden karşılanması ve gelen telefonların çağrı karşılayıcılara otomatik olarak dağıtım yapılabilmesi,
- Arayanın telefon numarasının görünmesi,

- Telefon ve telsiz çağrılarının numara veya sinyal düştüğü anan itibaren ses kayıtlarının yapılabilmesi,
- Bilgilerin veri bankasına kaydedilmesi ve bu bilgilerin eş zamanlı olarak danışman hekim veya diğer ünitelerle paylaşılması,
- Şehrin sayısal haritaları üzerinde adres araması yapılabilmesi,
- GPS uyduları ile ambulansların on-line olarak takip edilmesi,
- Hastanelerdeki boş yatak sayılarının takibi,
- Gelen çağrı adetleri, günlük vak'a sayıları, operatör durumları, ekip durumları, ulaşım süreleri, çalışma formları ve istatistiklerin anlık veya geçmişe yönelik alınabilmesi sağlanabilmektedir (Akdağ, 2008:62).

Yapılan çalışmalar sadece bununla sınırlı kalmamış çok daha geniş bir ağda ilerlemiştir. Hava ambulanslarının ve ağır mevsim koşullarında ihtiyaç sahiplerine ulaşabilmek adına kar araçlarının hizmete girmesi çok önemli çalışmalardır. Özellikle kar araçlarının hizmete girmesi, Doğu Anadolu Bölgesi ve Güneydoğu Anadolu Bölgesinin yüksek kesimlerinde kış mevsimlerinde ölümlerle sonuçlanan birçok vakanın engellemesini sağlamıştır. Ayrıca sadece günlük yaşamın olağan koşullarında değil olağanüstü durumlarda - *doğal afet* - karşılaşılan zorlukların önüne geçebilmek için de gerekli her türlü çalışma yapılmıştır.

Türkiye Cumhuriyeti yetkilileri yaşanan ve birçok can kaybına neden olan afetlerden elde edilen tecrübelerle ilerleyen zamanlarda olası afet durumlarında daha profesyonel davranabilmek ve büyük can kayıplarının önüne geçebilmek amacıyla tüm yurt çapında "Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri" adlı ekipler oluşturulmuştur. Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri, aldıkları eğitim ve organize olma yapıları sayesinde dünyanın en büyük medikal ekibi olarak görev yapmaktadır.

1.4.3 Koruyucu Sağlık Hizmetleri

1.4.3.1 Bağışıklama

İster kronik olsun ister kronik olmasın bütün hastalıklarla mücadelede en etkin yol, bağışıklama yöntemidir. Özellikle mümkün olduğu ölçüde anne rahminde

değilse de çocukluk döneminde hastalıklarla mücadelede bağışıklamanın etkisi oldukça önemlidir.

Kişinin hastalığın etkilerinden daha fazla korunabilmek amacı ile bilinçli bir şekilde hastalığa kalması durumu olarak ifade edebilecek bağışıklama, genellikle ilk olarak uygulanan tedavi yöntemlerindedir. Çocukluk çağında erken teşhis ile uygulanan bağışıklık, hastalığın tedavisinde tamamen söz sahibi olamasa da riski olabildiğince aza indirmektedir. Bağışıklamanın en çok tercih edilen tedavi yöntemi olmasını “Bağışıklama, kişinin immün sisteminin yapay yollarla uyarılarak enfeksiyon etkenlerine karşı korunmasının sağlanması işlemidir (Bakır, 2005).” tanımı ortaya koymaktadır. Tıbbî anlamda yeterliliğe sahip dozajla sağlanan bağışıklama, kişiyi enfeksiyon etkilerinden korumaktadır. Ayrıca bağışıklamada kullanılan aşılar, öldürülmüş veya virülansı azaltılmış mikroorganizmaların (bakteri veya virüs) doğrudan kendisinin ya da mikroorganizmaların belirli kısımlarından (toksin, hücre duvarı polisakkariti vb.) hazırlanan süspansiyonlardır (Bakır, 2005).

1.4.3.1.1 Bağışıklamanın Tarihçesi

İnsanların hastalıklar ile mücadelesi insanlığın başlangıcına dayanmasına rağmen büyük kitleler halinde salgınlar ile mücadele daha gelişmiş zamanlarda söz konusu olmaya başlamıştır.

İnsanların hastalıklar ile mücadelesinde bireysel anlamda tedavi yöntemi, direkt olarak hastalığa maruz kalması yönünde olmuştur. Nüfus bakımından gittikçe artan günümüz dünyasında büyük kitlelerin salgınlar karşısında korunma yolları, ancak 20. yüzyıldan sonra söz konusu olmaya başlamıştır. Aşı uygulaması konusundaki ilk veriler M.Ö. 590 yılında Çin'de Sung Hanedanı döneminde, sağlıklı kişilerin çiçek hastalığından korunması için, hasta kişinin cildindeki iltihaplı ekstrenin sağlıklı kişilerin burun mukozası üzerine tatbik edilmesi suretiyle aşılamanın yapılmaya çalışıldığı yönündedir (Yörük, 2008). Ayrıca 18. yüzyılda Uzak Doğu'ya ait kaynaklarda yer alan bilgilere göre, bazı hastalıkların tedavi edilmesinde ölü derilerden faydalanılmakta ve basit yöntemlerle vücuda enjekte edilmektedir. Sadece Uzak Doğu'da değil Türk tarihinde tıbbî anlamdaki birçok kaynaktan ve uygulamada

bağışıklama sistemi sayesinde hastalıklardan korunulduğu bilgileri mevcuttur. Öyle ki Avrupalı doktorların Türkiyeyi ziyaretlerinde karşılaştıkları durumları, kendi ülkelerinde yaşayan arkadaşlarına bildirirken özellikle çiçek hastalığı ile mücadelede hastalıklı kimseden sağlıklı kimseye aktarılan materyaller sayesinde bağışıklamanın etkin bir şekilde kullanıldığı yönünde ifadeler kullanması, bağışıklama sisteminin önemi anlaşılmaktadır. İngiltere’de de 18. yüzyılın ortalarından sonra, bir sığır yetiştirici olan Benjamin Jesty, çiçek hastalığına yakalanan inekleri sağan kadınların, çiçek salgınlarına daha dirençli olduğunu keşfederek, 1774’te hastalığa yakalanan sığırların derileri üzerinde oluşan kurutlardan kendisini ve ailesini aşılamaı başarmıştır (Plotkin, 2013). Jenner 1796’da süt sağan bir kadının elindeki çiçek lezyonundan aldığı cerahatli materyali, James Philips isimli bir çocuğa uygular ve yapmış olduğu uygulamaya vaksınasyon adını verir (Töreci, 2012).

Bağışıklama sadece enjektör yöntemi/yardıımı ile uygulanmamaktadır. 18. yüzyılda İngiltere’de yaşamış olan Edward Jenner isimli doktor, farklı bir teknik sayesinde bağışıklama tedavisi uygulamıştır. Jenner, çiçek hastalığına yakalanan bir kız çocuğunun derisinden aldığı iltihaplı dokuyu, kollarında küçük kesikler/çizikler oluşturduğu ve kanamayı sağladığı sağlıklı olan bir erkek çocuğuna enjektör olmadan aşılamaı başarmıştır. Jenner bu sayede bağışıklama tedavisinde kendi adı ile anılan yöntemi ortaya koymuştur ancak bunun bir tedavi şeklinde yerleşmesi ve sonrasında bir aşının ortaya konması uzun yıllar gerektirmiştir.

Çiçek hastalığı, söz konusu dönemde sadece Türkiye de ve Avrupa’da değil dünyanın birçok köşesinde salgın bir şekilde yayılmış ve birçok insanın ölümüne sebep olmuştur. Bu nedenle bu hastalık üzerinde ciddi çalışmaların yapılması, hem dönemin hekimlerinin hem de yöneticilerinin öncelikli çalışmaları arasında yer almıştır. Ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre tedavi yöntemleri geliştirilmiş ve uygulanmıştır.

Değişen yaşam koşullarında tıbbî çalışmalar da değişiklik göstermeye ve gelişmeye başlamıştır. 19. yüzyılda Louis Pasteur, yaklaşık 40 yıllık çalışmalarının sonucunda kendi tedavi yöntemini geliştirmiştir. Günümüzde Pasteur yöntemi olarak bilinen uygulama, şarbon ve kuduz aşısının uygulanması yöntemidir. Pasteur’un özellikle bağışıklama alanında ortaya koyduğu yöntem de aynı şekilde aşılamaı

dayanmaktadır. Plotkin'e göre, atenüasyon adı verilen bu yöntem, daha önceki yöntemlerden çok daha güvenli ve aynı zamanda aşılama esnasında diğer hastalıkların bulaşma şansının görece çok daha az olduğu bir yöntemdir. Pasteur'un yöntemi ilk olarak, kuduz hastalığına yakalanan bir hasta üzerinde uygulanmıştır.

19. yüzyılda Pasteur'un dışında İngiltere, Almanya, Hollanda gibi birçok Avrupa ülkesinde kuduz aşısı, çiçek aşısı gibi birçok hastalığa yönelik bağışıklık aşısı çalışmaları ortaya konmuştur.

Pasteur'un başarılı çalışmaları, dönemin Osmanlı yöneticilerinin de dikkatini çekmeyi başarmıştır. Öyle ki Pasteur'un çalışmalarının desteklenmesi amacı ile maddî anlamda yardımda bulunulmuş olup tedavi yöntemlerinin öğrenilmesi ve Türkiye de uygulanması için bilim insanlarının Pasteur ile birlikte çalışması sağlanmıştır. Pasteur'dan yeterli derecede bilgilenererek yurda dönen bu hekimler Türkiye de de bir tedavi merkezinin kurulmasını sağlamışlardır. Osmanlı'dan sonraki dönemde 1930'lu yıllarda kurulan Refik Saydam Hıfzısıhha Enstitüsü sayesinde çiçek ve kuduz hastalıkları ile etkin bir mücadele yürütülmüştür.

20. yüzyıl ile birlikte daha önce kullanılması sakınca görülen birçok bağışıklık aşısı yeterliliklerini ortaya koyarak ihtiyaç sahibi geniş kitlelere ulaşmıştır.

Dünya nüfusunun gittikçe artması ve kaynakların kullanımında görülen eksiklikler sadece çiçek ve kuduz hastalıklarını değil birçok farklı hastalığı beraberinde getirmiştir. Kolera, difteri, boğmaca, tifo, veba, tifüs, tetanoz gibi hastalıklar aynı dönemlerde ortaya çıkan ve birçok insanın yaşamını yitirmesine sebep olan hastalıklardır. Bu hastalıkların tedavisinde de bağışıklama yönteminin kullanılması amacı ile Yuji Sato, Pfeiffer, Kolle, Salmon, Fuenzalide, Wright, Haffkine gibi isimler yoğun çalışmalar içerisinde yer almışlardır. Birçok başarısız denemeden sonra istenilen başarının elde edildiği bu çalışmalar neticesinde günümüzde de kullanılan birçok aşının temeli ortaya konmuştur.

Zamanla birçok hastalık türünde birçok bağışıklık aşılarının geliştiği ve uygulandığı görülmektedir. Türkiye de de rutin aşı takvimine eklenen aşılar;

- 1937: Difteri ve Boğmaca aşılması başladı,

- 1952: BCG aşılması başladı,
- 1963: Oral polio (OPA) aşılması başladı,
- 1968: DBT aşılması başladı,
- 1970: Kızamık aşılması başladı,
- 1981: GBP başlatıldı,
- 1985: Türkiye Aşı Kampanyası yapıldı,
- 1989: Polio Eradikasyonu Programı başlatıldı,
- 1995: Ulusal Polio Aşı Günleri yapıldı,
- 1996: Kızamık Aşısı Hızlandırma Kampanyası yapıldı,
- 1997: Polio Mop-up başladı,
- 1998: Hepatit-B (HBV) Aşılması başlatıldı ve son polio olgusu tespit edildi,
- 2003: Kızamık Okul Aşı Günleri yapıldı,
- 2004: Erişkin tetanoz aşısı uygulanması gereken her durumda Td aşısına geçiş başlatıldı,
- 2005: Kızamık Aşı Günleri yapıldı,
- 2006: Kızamıkçık, Kabakulak ve Hib aşuları rutin aşı programına eklendi, Hepatit B için ergen aşılması başlatıldı,
- 2007-2008: Aşısız ilköğretim öğrencilerinin Hepatit B ve Kızamıkçık aşılarının tamamlanması gerçekleşti,
- 2008: Beş valanlı (DaBT-P/HiB) aşının kullanılmaya başlandı,
- 2008 Kasım: 7 valanlı Konjuge pnömokok aşısının aşı takvimine alınması gerçekleşti,
- 2009 Şubat: Anne-yenidoğan Tetanoz Eliminasyon programı başlatıldı,
- 2010: İlköğretim 1. Sınıf öğrencilerinde Td ve Canlı polio aşısı yerine DBT-İnaktif Polio (İPA) aşısının uygulanmasına geçildi,
- 2011 Nisan: 13 valanlı konjuge pnömokok (KPA) aşısının aşı takvimine alınması gerçekleşti,
- 2012 Kasım: Hepatit A aşısının aşı takvimine alınması gerçekleşti
- 2012 Aralık: Suçiçeği aşısının aşı takvimine eklenmesi gerçekleşti (Topaç, 2015).

1.4.3.1.2 Bağışıklama Türleri

Bağışıklama, Aktif Bağışıklama ve Pasif Bağışıklama olarak iki sınıfa ayrılır:

a. Aktif bağışıklama: Aktif bağışıklamada temel hedef, aşı veya toksoid ile konağın primer bağışıklık sistemini uyarmaktır. Primer bağışıklık sisteminin uyarılması ile B lenfosit çoğalması, antikor yanıt ve T lenfosit hücrelerin hedef mikroorganizmaya karşı duyarlılaşması sağlanır. Eğer aşı yoluyla düzenli antijenik uyarı sağlanırsa, B lenfosit hücrelerinde çoğalma ve sonunda istenilen antikor yanıtı oluşturulur. Sonuç olarak, hedeflenen patojenin neden olacağı enfeksiyona karşı korunma sağlanır (Yörük, 2008).

b. Pasif bağışıklama: Pasif bağışıklama, doğrudan antikorların konağa verilmesi ile yapılır. Söz konusu antikorlar, immünize edilmiş insan ya da hayvan serumlarından elde edilir. Kısa süreli bir bağışıklama sağlar. Sağlıklı erişkinlerde rutin kullanımda önerilmemekle birlikte sağlık çalışanları, gebeler ve yurt dışı seyahat edecek kişilere, enfekte kişi ya da havan ile şüpheli temas sonrası profilakside kullanılır (Yörük, 2008; Orenstein, Walter, Wharton, Bart and Hinman, 2000).

1.4.3.1.3 Bağışıklamayı Etkileyen Faktörler

Bağışıklık tedavisinde aşuların etkili olabilmesinin önemli birkaç faktörü bulunmaktadır. Bu faktörler, genellikle aşının miktarı, uygulanma yolu ve aşıya yardımcı bileşimlerin kullanımı olarak ifade edilmektedir:

a. Verilen antijenin yapısı ve dozu: Bağışıklık tedavisinde aşının etkili olabilmesinin koşulu, aşı içerisinde yer alan moleküllerin ve uyarıcıların gücünün yüksek olmasıdır. Aşı içerisinde yer alan uyarıcıların gücü, bağışıklık sistemine etki eden moleküllerin gücü, bu moleküllerin etkilerinin ölü ya da diri hangi durumda daha etkili olabileceği değişiklik göstermektedir. Bu nedenle bağışıklık sisteminin tepkimeye vereceği karşılık da değişiklik göstermektedir. Bakır ve Orenstein vd. göre aşının taşıyıcı molekülü, agregasyon veya partikülasyon özelliği taşıyorsa, söz

konusu antijenin immün yanıt oluşturma gücü yüksektir (ör: split aşılar). Verilen antijenin miktarı da oluşan antikor yanıtını etkileyebilir veya sonraki uygulamalarda aynı antijene immün tolerans gelişebilir (Bakır, 2005; Orenstein vd., 2000).

b. Aşının uygulanma şekli: Bağışıklık sisteminin güçlendirilmesinde önemli faktörlerden birisi de tedavinin uygulanma biçimidir. Yapılması düşünülen aşının uygulanma şekli sonucunda uyarıcıların ve tepkimenin ne derecede vereceği bir karşılığı değişiklik göstereceğinden uygulanma şekli önem arz etmektedir. Bu nedenle hastalıkların tedavisinde tedavinin uygulanma şekli hayati öneme sahiptir. Orenstein ve diğerlerinin de belirttiği gibi subskapuler, deltoid kasın deri altına ya da kas içine uygulanan aşılar; Boğmaca, difteri, poliomyelit, kolera, influenza, kızamık, kızamıkçık, kabakulak gibi aşılardır. İntradermal yoldan BCG, kolera, tifo, influenza gibi aşıları tatbik etmek mümkündür. İnfluenza aşısının bazı formları intranasal yol ile de uygulanabilir. Poliomyelit ve tifo aşılarının oral formları da mevcuttur. İmojet gibi basınçlı enjektörler genelde kitlesel aşı kampanyalarında kullanılır (Orenstein vd., 2000).

c. Adjuvan varlığı: Bağışıklık sisteminin güçlendirilmesinde tedavinin uygulanma şeklinin arz ettiği önem, sadece tedavi esnasında değil tedaviden sonra pozitif durumun stabilize edilmesinde de geçerlidir. Hastanın iyileşmesinin sağlandıktan sonra tekrar hastalığa yakalanmaması, bağışıklık sistemi üzerinde uygulanacak doğru bir tedavi yolu ile mümkündür. Hastanın durumunun stabilizesinin sağlanması, sadece sağlık açısından değil maddî açıdan ve medikal malzemelerin kullanılması açısından da önemlidir. Tedavi sürecinin uzaması ile oldukça pahalı tıbbî malzemelerin kullanımı, malî açıdan zorlukların yaşanmasına neden olmaktadır. Bu nedenle sadece tedavi süresince tedaviden sonra da durumun korunması oldukça önemlidir.

Hastanın durumunda stabilizenin sağlanması, sürekli aynı ilaçların kullanımı veya aynı tedavi yöntemi ile değil de uygulanan tedavi yöntemine ve ilaçlara ek olarak destekleyici uygulamaların da

planlanması ile mümkündür. Özellikle tıbbî anlamda destekleyici uygulamaların yapılması, hem hasta açısından hem de tedaviyi uygulayan sağlık görevlileri tarafından kolaylık sağlamaktadır. Destekleyici veya yardımcı maddeler olarak adlandırılan adjuvanlar, hastalığı türüne göre değişiklik göstermektedir. Burada önemli olan şey, adjuvanların ortaya koyacağı dayanıklılıktır.

1.4.3.2 Çocukluk Çağı Aşuları

Sağlık Bakanlığı, çocukluk çağı aşılama takviminde olan aşular aşağıdaki gibidir.

- **Hepatit B aşısı:** Oldukça küçük bir hastalıktan başlayıp ömür boyu sürebilecek siroz, kanser vb. gibi sonuçlara yol açabilen karaciğer hastalığı olan Hepatit B (HBV)'nin tedavisinde kullanılan aşıdır. Halk arasında “sarılık aşısı” olarak bilinen aşı, özellikle küçük yaşlarda çocuklara uygulanarak bu hastalıkların ortaya çıkması önlenmeye çalışılmaktadır. Aşı, HBV virüsünün zayıflatılmış şekilde kişinin vücuduna enjekte edilmesi ile uygulanır ve kişinin bağışıklık oluşturması sağlanır. Aşının ihmal edilmesi durumunda bağışıklık oluşmadığından hastalığa yakalanma riski artmaktadır. Öyle ki tüm dünya genelinde ciddi bir sağlık sorunu olduğundan ve yaklaşık yarım milyon kişinin bu hastalıktan muzdarip olduğu ifade edilmektedir.

Bebeklerde birincil bağışıklama genellikle 0, 1-2 ay ve 6-18 aylarda, rutin aşı takvimine uygun olarak üç doz yapılır. Dört doz (0, 1, 2 ve 12. ay) olarak uygulanan aşılar da mevcuttur. Çocuk ve adölesanların aşılama sürecinde aşı dozları 0, 1, 6. aylarda uygulanabilir. Aşı; süt çocuklarında uyluk anterolateral bölgesine, erişkinlerde ve çocuklarda ise deltoid kasın içine uygulanır (Kwinta, Przemko, Klimek, Mabgorzata, Zofia and Pietryzk, 2004).

- **Difteri aşısı:** Difteri, üst solunum yollarında bakterilerin neden olduğu bir hastalık türüdür. Boğaz ağrısı, soluk alıp vermede güçlük, üst solunum yollarında akıntı, yutakta sorun yaşanması ve ateş gibi belirtilerle kendini gösteren hastalık, farklı olarak boğazda gri bir zar tabakasının oluşması ile

diğer gribal enfeksiyonlardan ayrılmaktadır. Hastalığı tedavisinde önceleri difteri serumu kullanılmakta iken günümüzde hastalığa az rastlandığından serum yerine uygun antibiyotik ilaçlarla tedavi sağlanmaktadır. Hastalığın tedavi edilmemesi durumunda zararlı bakterilerin vücudun diğer bölgelerine sıçraması ile daha hayati hastalıkların ortaya çıktığı görülebilir.

Tezer'e göre, difteriye karşı gelişen bağışıklık aktif ve pasif bağışıklık olmak üzere iki türde oluşur. Antikorların anneden plasenta yoluyla veya dışarıdan verilmesi ile pasif bağışıklık gelişir. Aktif bağışıklık için hastalığın geçirilmesi ya da çocuğa difteri toksoidi (yetişkinler ile 0-6 yaş grubundaki çocuklar arasında dozaj farkı bulunmaktadır) verilmesi gerekir.

- **Boğmaca aşısı:** Difteri benzeri bir hastalıktır. Burun akıntısı, ateş, ara ara öksürük (nöbetler halinde) gibi belirtiler şeklinde kendini gösteren solunum yolu hastalığıdır. Hastalık virüsünün vücuda girmesinden yaklaşık 10 gün sonra belirtiler kendini göstermeye başlar. Boğmaca aşısı, tetanoz ve difteri aşıları birlikte uygulanmaktadır. Boğmaca aşısının Tezer'in belirttiği gibi aselüler ve tam hücre aşısı olarak iki türü olup 2008 yılında Türkiye de Ulusal Aşı Programı kapsamına alınmıştır.

Yenidoğan bebeklerin boğmaca hastalığından korunabilmeleri amacı ile bebek ile temasa geçmesi muhtemel kişilerin öncelikle bağışıklık kazanmaları sağlanmaktadır. Bu kişiler aile üyelerinden olduğu gibi sağlık görevlilerindedir de. “Koza Stratejisi” adı verilen bu uygulama ile hem aileler ve sağlık çalışanları hem de yenidoğan bebekler koruma kalkanı içerisinde alınmış olmaktadır (Wood and McIntyre, 2008).

- **Tetanoz aşısı:** Tetanoz hastalığı, difteri ve boğmaca hastalıklardan farklı bir yapıya sahiptir. Bu nedenle diğer hastalıklar gibi bulaşıcı değildir. Kişinin boyun ve çene yapısında (hastalığın ilerleyen dönemlerinde diğer kas yapılarını da gevşek bir şekilde başlayıp sonraları ağırlaşan bir şekilde etkilemektedir) ciddi kasılmalara neden olduğu ve kişinin bu kasılmalardan dolayı ağzını açamaması nedeni ile halk arasında “Kazıklı Humma” olarak bilinmektedir.

Tetanoz aşısını taşıyan bakteriler, ıslak topraklarda, gübrelerde ve oksijensiz ortamlarda yaşayabildikleri için çoğunlukla sindirim sistemlerinde de rahatlıkla çoğalabilir. İnsanların bu hastalığa yakalanması, virüsün yer aldığı maddelerin neden olduğu küçük kesikler, kaza (yanık dahil çeşitli kazalar) sonucu ölen dokular ve özellikle yeni doğumlarda göbek bağı kordonu (yeterli derecede sterilize edilmemesi) nedeni ile olmaktadır. Hastalığın ortaya çıkması yaklaşık 10 günlük bir zaman dilimi ile gerçekleşmektedir.

Hastalığın tedavisi, kas içerisine uygulanan aşılama yolu bağıışıklık kazanarak yapılmaktadır. Aşılama, çocukluk yaşlarında belirli periyotlarla uygulanan bir tedavi süreci şeklinde uygulanmakta ve bağıışıklık kazanılmaktadır. Bağıışıklığın kuvvetlendirilmesi ve devamının sağlanması amacı ile yaklaşık her on yılda bir aşılama yapılmaktadır.

- **Hemophilus influenzae tip B aşısı:** Halk arasında menenjit ve zatürre olarak bilinen hastalıklardan kaynaklı çocuk hastalıklarının temelinde Hemophilus influenzae'ye bağı enfeksiyonlar neden olmaktadır. Hemophilus influenzae tip B aşısı ile bu ölümlerin önüne geçilmektedir.

Hemophilus influenzae, üst solunum yollarında görülen bir hastalık türüdür. Çocukluk çağlarında bağıışıklığın kazandırılmaması sonucunda ölüm vakalarına rastlanmaktadır. Bu nedenle bebeklik döneminde aşılanmanın (kas içerisine tedavi süreci şeklinde belirli periyotlarla) yapılması büyük önem arz etmektedir. Aşı uygulaması yapıldıktan sonra bazı vakalarda birkaç gün içerisinde geçen ağrı, şişkinlik ve kızarıklık görülmektedir. Aşının maliyetinin yüksek olması nedeni gelişmemiş olan ülkelerde zorluklar yaşanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde aşı takviminde yer alan aşuların maliyeti devlet tarafından karşılanmakta iken gelişmemiş bazı ülkelerde ekonomik anlamda aşının maliyetini karşılayabilecek hastalar bu aşıdan faydalanabilmektedir.

- **Poliovirüs aşısı:** Halk arasında “Çocuk Felci” olarak bilinen hastalığın önlenmesine yönelik uygulanan bir aşı türüdür. Hastalığın ortaya çıkışı

hijyenik koşullara bağlıdır. Hastalığın tedavisinde ağızdan damlatma ve kas içerisine enjekte yolu şeklinde iki türde tedavi süreci uygulanmaktadır. Ancak bu iki aşılama yolu arasında farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıklardan en önemlisi bir milyonda bir görülen vakalarla, ağızdan damlatmanın neden olduğu felçlilik yaşanması durumudur. Damlatma yönteminin böyle bir riski bulunmasına rağmen en çok tercih edilen yöntemdir.

- **Pnömonokok aşısı:** Genellikle kış aylarında bebek ve çocukların yakalandığı menenjit ve zatürre gibi hastalıklara benzeyen ve bazı vakalarda ölümlerin yaşandığı hastalık grubudur. Solunum ve temas yolu (öksürme, yıkanmamış ellerle tokalaşma) kişiye bulaşan hastalık grubundan en bilinen türü orta kulak iltihabı olup en çok ölümlü vakaların yaşandığı türü ise zatürredir. Hastalık grubunun en riskli alanı beş yaşından küçük olan çocuklar olup yaşlılar ve bağışıklık sistemi zayıf olanlar da risk altındadır.
- **Tüberküloz aşısı:** Halk arasında “Verem” olarak bilinen hastalık, tüm dünyanın önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. “Mycobacterium tuberculosis” adı verilen bakterinin akciğerlere yerleşmesiyle şiddetli öksürük şeklinde ortaya çıkan hastalık solunum yolu (hapşırma veya öksürük) ile bulaşmaktadır. Hastanın kilo kaybı yaşaması, şiddetli öksürük durumu, vücut direncinin azalması ve ateş hastalığın belirtileri arasında yer almaktadır.

Dünya nüfusunun ciddi bir oranı bu hastalıktan muzdarip durumda olması neticesinde, 1921 yılında Albert Calmette ve Camille Guerin tarafından üretilen Bacillus Calmette Guerin (BCG) aşısı kullanılarak 1950’li yıllarda hastalık ile mücadele edebilmek için aşılama kampanyası (Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu – UNICEF tarafından) başlatılmıştır.

- **Kızamık, Kızamıkçık ve Kabakulak aşısı:** Öksürük, ateş, burun akıntısı, gözlerde kızarıklık ve vücudun bazı yerlerinde noktalar şeklinde kızarıklarla kendini ortaya koyan kızamık, döküntüye neden olan bir hastalık türüdür. Hastalığın süresi yaklaşık iki hafta kadardır.

Kızamık, tüberküloz, zatürre, orta kulak iltihabı gibi hastalıkların ortaya çıkmasına da neden olabilmektedir. Kızamıktan korunmanın yolu, bebeklik çağlarında aşılama yolu ile mümkün olmaktadır. Ancak bağışıklığın zayıf olması durumunda aşı tekrar uygulanarak korunma sağlanır.

Kızamıkçık hastalığı da kızamık gibi bir döküntü hastalığıdır ve kızamıkla benzer özellikler göstermektedir. Öyle ki kızamık ve kızamıkçık aşıları birlikte uygulanmaktadır.

Kabakulak hastalığı ise adını hastalığın olduğu bölgeden almaktadır. Kulağın arka kısmında oluşan şişlik bu hastalığa adını vermiştir. Kabakulağın tedavisinde veya bağışıklığının oluşturulmasında kullanılan aşı, kızamık ve kızamıkçık aşıları ile birlikte uygulanmaktadır. Kabakulak hastalığı, daha çok kış ve bahar aylarında tükürük bezlerinin enfeksiyon kapması ve burada büyüyüp çoğalması ile şişliğe neden olarak kendini göstermektedir. Hastalık genellikle çocukluk dönemlerinde görülmesine rağmen çocukken hastalığa yakalanmayan kişilerde yetişkinlikte de görülmektedir. Kabakulak hastalarında sadece kulak bölgesinde şişlik değil boğazda ağrı, ateş, baş ağrısı, iştah kaybı, bulantı ve kusma gibi belirtiler de görülmektedir.

- **Suçiçeği (Varicella) aşısı:** Suçiçeği hastalığı, kızamık ve kızamıkçık hastalıkları ile benzerlik göstermektedir. Belirtileri arasında ateş, yorgunluk, baş ağrısı, kaşıntı ve vücudun çeşitli yerlerinde meydana gelen döküntü yer almaktadır. Bulaşıcı olan hastalığın etki alanı oldukça geniş bir kitledir. Ancak çocukların bağışıklık sisteminin daha tam olarak oturmamış olması nedeni ile çocuklarda daha sık görülmektedir.

1.4.3.3 Türkiye’de Çocukluk Çağı Aşı Takvimi

Çocukların yukarıda adı geçen hastalıklardan korunmalarının en önemli yolu aşılama yolu ile bağışıklık kazanmalarıdır. Bu nedenle çocukların sağlık kontrollerinin sağlanması ve hastalıklardan korunmaları açısından devlet mekanizması geliştirilmiştir. Bu mekanizma sayesinde çocukların hangi yaş grubunda hangi aşıları yapılacağı belirlenmiştir.

Türkiye de çocukların sağlıklı bireyler halinde yaşamlarını sürdürebilmeleri için gerekli aşıların uygulanmasını Sağlık Bakanlığı kontrol etmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya konulan Genişletilmiş Bağışıklama Programı (ülke geneline yayılarak aşısı yapılmayan hiçbir bebek/çocuk kalmaması düşünülmüştür) sayesinde bir aşı takvimi hazırlanmış ve her bebek/çocuk için ayrı ayrı tutulmaya başlanmıştır. Böylelikle bebek/çocukların tüm aşıları gelişimlerine ve hazırlanan takvime uygun olarak eksiksiz bir şekilde uygulanmaktadır.

Genişletilmiş Bağışıklama Programı, alanında uzman kişilerin bir araya gelmesi ile oluşturulmaktadır. Bebek ve çocuğun gelişimleri bilimsel olarak ortaya konularak aşı takvimi belirlenmiş ve program kapsamında uygulamaya konulmuştur.

Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamında Boğmaca, Difteri, Tetanoz, Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Tüberküloz, Poliomyelit ve Hepatit B ile Hemofilus influenza tip b’ye bağlı hastalıkların ve bu hastalıklardan kaynaklanan bebek ve çocuk ölümlerinin ve sakatlıkların engellenmesi hedeflenmektedir (Sağlık Bakanlığı Genelgesi, 2008).

Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamında uygulanması düşünülen aşı sayısı, 2005 yılına kadar 7 iken 2005 sonrasında aşı takvimine 6 aşı daha eklenerek son eklemelerle birlikte güncel aşı sayısı 13’tür. Bu aşılar, çocukların gelişim çağlarına göre belirli periyotlarla uygulanmaktadır.

Tablo 1: Türkiye’de Uygulanan Aşı Takvimi

Aşılar	Doğumda	1. ayın sonu	2. ayın sonu	4. ayın sonu	6. ayın sonu	12. ayın sonu	18. ayın sonu	24. ayın sonu	İlköğretim 1. sınıf	İlköğretim 8. sınıf
Hepatit B	I	II			III					
BCG (Verem)			I							
DaBT - İPA – Hib			I	II	III		R			
KPA			I	II	III	R				
KKK						I			R	
DaBT - İPA									R	
OPA					I		II			
Td										R
Hepatit A*							I	II		
Suçiçeği**						I				
* Ekim 2012'den itibaren ** Aralık 2012'den itibaren										
DaBT - İPA - Hib: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilos İnfluenza Tip b Aşısı										
KPA: Konjuge Pnömiokok Aşısı										
KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı										
DaBT - İPA: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio Aşısı										
OPA: Oral Polio Aşısı (Çocuk Felci Aşısı)										
Td: Erişkin Tipi Difteri - Tetanoz Aşısı										
R: Rapel (Pekiştirme)										

Kaynakça: T. C. Sağlık Bakanlığı, 2018

Tablo 2: Sağlık Bakanlığının Yıllık Aşı İhtiyacı

Aşının Adı	Yıllık Alınan Doz
DaBT - İPA – Hib (Beşli Karma)	6.000.000
DaBT - İPA (Dörtlü Karma)	1.350.000
13 Valanlı Konjuge Pnömiokok Aşısı	6.000.000
Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı	3.000.000
Pediadrik Tipi Difteri Hepatit B Aşısı	7.000.000
Erişkin Tipi Difteri - Tetanoz Difteri aşısı	8.000.000
Pediadrik Tipi Difteri Hepatit A Aşısı	3.000.000
Suçiçeği Aşısı	1.500.000
BCG Aşısı	4.500.000
Oral Polio Aşısı	4.000.000
Mevsimsel İnfluenza Aşısı	130.000
Kuduz Aşısı	900.000
Kızamık Aşısı	1.500.000

Kaynakça: T. C. Sağlık Bakanlığı, 2018 Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Tablo 2 incelendiğinde sağlık bakanlığının yıllık aşı miktarı en çok Erişkin Tipi Difteri -Tetanoz Difteri aşısına ihtiyaç olduğu görülmüştür.

Tablo 3: Yıllara Göre Bağışıklama Bütçesi

Yıl	Bütçe (TL)	Enflasyondan Arındırılmış Tutar (TL)
2002	18.010.960	22.721.029
2003	20.270.630	20.364.306
2004	43.500.000	39.338.034
2005	51.000.000	42.613.636
2006	113.500.000	86.390.622
2007	156.115.000	111.782.185
2008	180.850.000	114.876.458
2009	538.231.000	337.724.164
2010	396.736.000	229.406.731
2011	397.155.000	206.733.122
2012	396.278.000	194.425.474
2013	407.000.000	191.124.677
2014	469.000.000	211.261.607
2015	629.000.000	254.460.132
2016	882.841.000	342.438.618

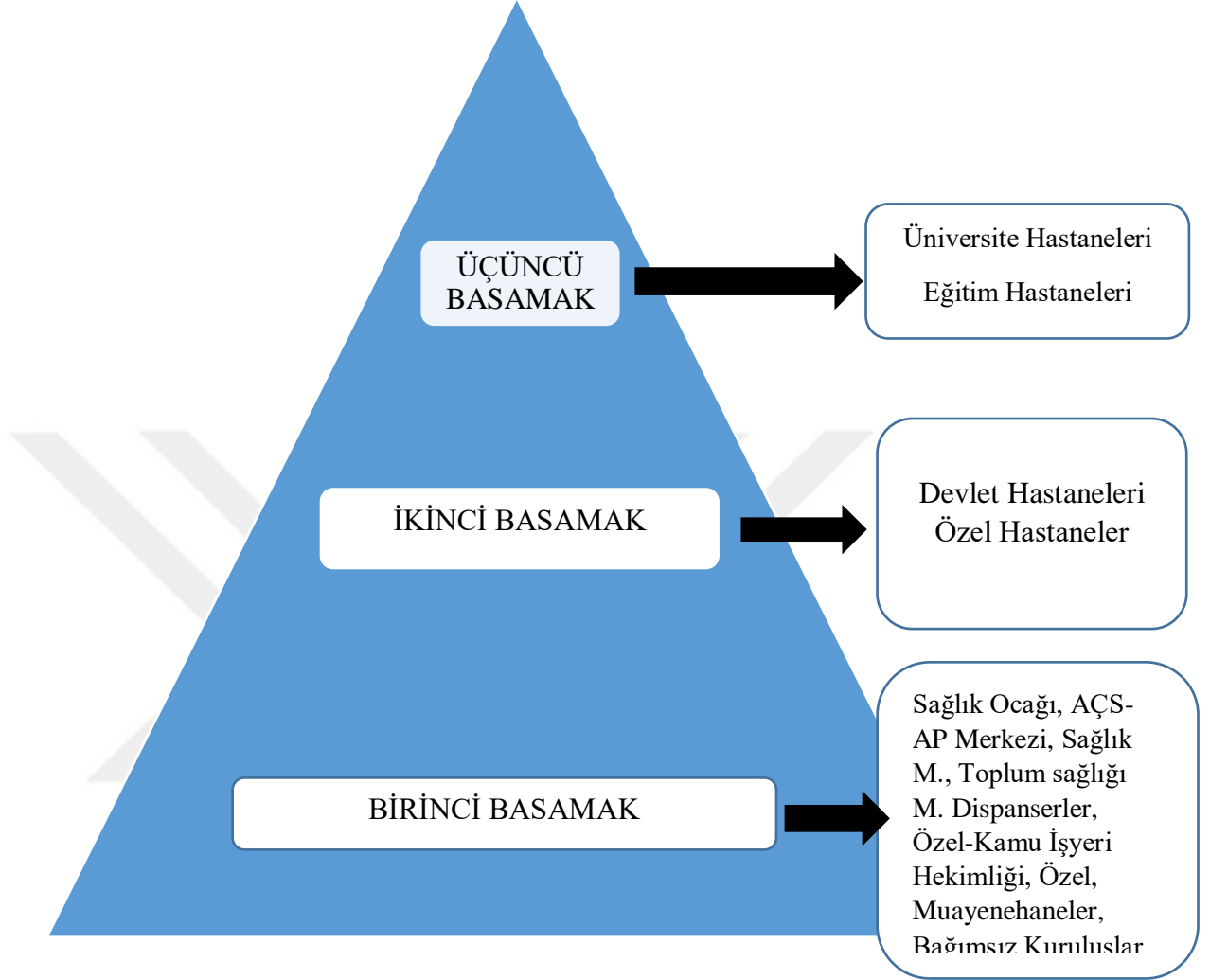
Kaynakça: T. C. Sağlık Bakanlığı, 2018 Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Tablo 3 incelendiğinde 2002 yılında aşilar için kullanılan bütçe 18.010.960 iken enflasyondan arındırılmış hali ile 22.721.029 TL'dir. 2016 yılında ise 882.841.000 iken enflasyondan arındırılmış hali ile 342.438.618 TL'dir.

1.4.4 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık ortaya çıktıktan sonra hastanın sağlık durumunun iyileşmesi amacıyla yapılan çalışmalar tedavici sağlık hizmetleri olarak adlandırılmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak kendi içerisinde de kategorilere ayrılmaktadır. Bu kategorilerden birinci basamaktaki sağlık kuruluşları hariç (birinci basamak sağlık kuruluşları ilk adım sağlık kuruluşları olup sadece teşhis ve tedaviye yönelik yönlendirici hizmet sunmaktadırlar.) diğer ikisi

basamak sağlık kuruluşlarında kuruluşun fizikî şartlarının (personel, tıbbî malzeme, araç-gereç) yeterliliğine bağlı olarak benzer hizmetler sunulmaktadır.



Kaynakça: Türkiye’de Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerini Sunan Kuruluşlar (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2018.)

Şekil 1: Sağlık Hizmetleri Basamakları

1.4.5 Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilite edici sağlık hizmetleri, bedensel veya ruhsal yönden bakım ihtiyacı olan kişilerin başkalarına olan bağımlılıklarını ortadan kaldırmak ve ihtiyaçlarını kendilerinin giderilmesini sağlamak üzere sunulan hizmetlerdir.

BÖLÜM 2

2 TÜRKİYE'DE SOSYAL YARDIMLAR

Ulusal varlığın sürdürülmesinde en önemli koşullardan birisi de, birlikte yaşanılan topraklarda ihtiyaç sahiplerinin yoksulluklarının/yoksunluklarının asgarî yaşam düzeyinde giderilmesidir. Devlet politikalarında sosyal yardım olarak adlandırılan bu koşul, birçok insanın hayatta kalmasının en önemli etkeni olarak rol oynamaktadır.

Kamusal hizmetlerden faydalanmada çeşitli nedenlerden dolayı eksiklik yaşayan ya da kendi bireysel çabalarının yetersiz kaldığı bireylerin hayatî öneme sahip hizmetlerden faydalanamaması yoksulluk / yoksunluk durumunu ortaya çıkarmaktadır.

Sosyal yardımlar, ihtiyaç sahiplerinin çeşitli kanallar aracılığıyla ihtiyacını giderecek olan devletle ilişkiye geçmesi sonucu sağlanan faydalardır. Bu faydalarla, ihtiyacın tamamının giderilmesinden ziyade ortada olan ve kriz durumu olarak adlandırılabilir durumun aşılması sağlanmaktadır. Devlet tarafından karşılıksız olarak sağlanan bu faydalar ile ihtiyaç sahipleri geçici bir rahatlama yaşamaktadırlar. Sosyal yardım temel gereksinimlerini karşılayabilme durumundan yoksun olan kişilere yönelik bir sosyal güvenlik yöntemi ve sosyal hizmet alanı ve sosyal koruma programları içerisinde yeterli gelire sahip olmayan kişiler için son mercide sağlanan maddî destek (Özcan, Şahin ve Zengin, 2012:134); sosyal yardımlar, yararlanıcıların herhangi bir biçimde katkı sunmadığı, devletin yoksulluğa karşı geliştirdiği destek mekanizmalarıdır (Şener, 2010:2) iken geleneksel olarak sosyal yardım programları; geliri, ihtiyacı olanlara yeniden dağıtarak onların kısa dönemde yoksulluğu yenmelerini ve beşerî sermayeyi arttırmayı amaçlayan hedefleme mekanizmalarıdır (*Türkiye'de Uygulanan Şartlı Nakit Transferi Programının Fayda Sahipleri Üzerindeki Etkisinin Nitel ve Nicel Olarak Ölçülmesi Projesi Final Raporu*, 2012:7).

İhtiyaç sahiplerinin zorlu dönemlerinde kendilerini yalnız hissetmelerini engellemek adına devletin eli olarak görülen sosyal yardımlar, bir çeşit koruma mekanizması olarak da görev alırlar. Eğitim, sosyal güvenlik, barınma, istihdam

olanaklarının sağlanması, sağlık ve sosyal hizmet alanlarında devletin, ihtiyaç sahiplerinin yanında görüldüğü sosyal yardım türleri, gerek maddî gerekse de manevî olarak sunulmaktadır.

Toplum bütünlüğünün sağlanması aile bütünlüğüne, aile bütünlüğünün sağlanması ise ihtiyaç sahibi ailelere gereken desteğin sağlanmasına bağlıdır. Devletin sosyal yönü, burada kendini göstermektedir. Sosyal yardımlar aracılığıyla toplumsal yaşamda oluşan eşitsizliklerin minimum düzeyde giderilmesi ve yaşam koşullarının asgarî düzeyde oluşturulması hedeflenmektedir.

Toplumsal yaşamda yoksul/yoksun olarak adlandırılan ihtiyaç sahiplerinin, yoksulluk/yoksunluk sebeplerinin ortadan kaldırılması amacıyla çok yönlü çalışmalar yürütülmektedir. Bu çalışmalardan bazıları, devletin direkt olarak müdahil olduğu yardım türleri ve devletin dolaylı yoldan dahil olduğu yardım türleri olarak bilinmektedir. Doğrudan müdahil olunan durumlarda ihtiyaç sahiplerine aynî ve nakdî yardım olarak ulaştırılan yardımlar dolaylı yoldan ihtiyaç sahiplerinin de kendi emeklerini kattıkları ve devletin insan gücünden faydalandığı yardımlar olarak ulaştırılmaktadır. Bu durumlarda ihtiyaç sahibi, bir istihdam alanında değerlendirilip ilk aşamada ihtiyaç sahibinin faydalandığı dolaylı yoldan da devletin işgücüne katkı sağlandığı görülür.

2.1 Sosyal Yardımın Amacı

Sosyal yardımlarda amacın, ihtiyaç sahiplerinin kriz durumlarının ortadan kaldırılması olması nedeni ile bu durumun suüstimal edilmesinin önüne geçebilmek adına alanında uzman birçok kişi bir araya getirilerek bazı tedbirler de alınmıştır. Sosyal yardımlardan faydalanabilme kriterleri olarak karşımıza çıkan bu tedbirler, zaman zaman birçok ihtiyaç sahibi tarafından sert şekillerde eleştirilmektedir. Tedbir çalışmaları çerçevesinde oluşturulan kriterler eşliğinde yapılan değerlendirmelerde gerçek ihtiyaç sahiplerinin tespit edilmesi ve devlet kaynaklarının verimli kullanılması amaçlanmaktadır. Ayrıca yapılan yardım ile asgarî bir düzeyin karşılanması ile ihtiyaç sahiplerinin de etkinliğinin artırılması amaçlanmaktadır.

Sosyal yardımlar birçok ülkede temelde aynı düşünceye sahip olmasına rağmen uygulamada farklılıklar göstermektedir. Kimi ülkelerde hiçbir şekilde herhangi bir geliri olmayan kişiler yoksul/yoksun olarak değerlendirilip yardımlardan faydalandırılırken kimi ülkelerde farklı alanlardan geliri bulunan kişiler yoksul/yoksun olarak değerlendirilip yardımlardan faydalandırılmaktadır. Buradaki temel etken, ihtiyaç sahipliği düzeyinin ülkenin başta ekonomik yapısının olmak üzere diğer kamusal alanların da göz önünde bulundurularak değerlendirilmesidir. Örneğin bazı ülkelerde çalışan kişilerin ihtiyaç sahipleri olmadığı düşünülerek sosyal yardımlardan faydalandırılmaları uygun görülmez iken Türkiye’de üst düzey bir doktor dahi gerekli diğer şartlar sağlandığı takdirde yoksul/yoksun olarak değerlendirilip sosyal yardımlardan faydalanabilmektedir.

Türkiye Cumhuriyetinin kurulması ile birlikte bağımsızlığını kazanan ve bunun her alanda sürdürülmesi gerekliliğine olan inanç, Mustafa Kemal Atatürk ve beraberindekileri oldukça zorlu bir süreçle baş başa bırakmıştır. Bağımsızlık mücadelesinin sonucu olan kaynak yoksunluğu içerisinde birçok kamusal düzenleme, en asgarî düzeyde en verimli şekilde gerçekleştirilmek zorunluluğunu getirmiştir. Bu kamusal hizmetlerin içerisinde en önemlisi de yaralarını sarmaya çalışan ihtiyaç sahiplerine devlet elinin uzanmasıdır. Her ne kadar devlet kaynaklarında da yeterli imkan olmasa da tüm vatandaşların eşit ve özgür bir hayat sürmeleri bir şekilde sağlanmalıydı.

Ayrıca toplumun kırsal alanlarda yaşayan büyük kesiminin, ekonomik nedenlerle ellerindeki küçük miktarda yatırımları - *altın, para vb.* - daha büyük yerleşim yerlerine göç etmeleri sonucu geçimlerini sağlamak için kullanmaları - *yaşam şartlarının daha pahalı olması nedeniyle çok uzun bir süre olmamakla beraber* - sonunda tamamen ihtiyaçlı durumuna düşmeleri de, toplumsal yaşamda ekonomik anlamda büyük farklılıkların ortaya çıkmasına neden olmuştur. İlçe ya da kent merkezinde yerleşmiş hayatı olan halk ile sonradan göç ederek gelen ve ekonomik anlamda zorluklar yaşayan kişiler arasında büyük ölçüde kendini gösteren bu farklılıkların ortadan kaldırılmasının en büyük etkeni devlet elinin bu ihtiyaç sahiplerine uzanmasıdır. Çünkü hiçbir yeterliliği olmayan bir kişinin göç ettiği yerleşim yerinde yaşamını devam ettirebilmesi adına geçimini sağlayacak bir istihdam alanına yerleşmesi oldukça zordur veya yerleşse bile vasıfsız olması

nedeniyle oldukça düşük ücretli çalışmak zorundadır. Ayrıca burada kişinin emeğinin sömürülmesi de oldukça yaygın bir şekilde suüstimal edilen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır.

Devletin ihtiyaç sahiplerine uzanan eli veya sosyal yönü dediğimiz sosyal yardımlar, toplumsal alanda karşılaşılan bu sorunların çözümlenmesi veya bu suüstimal durumlarının önlenmesi amacıyla büyük rol oynamaktadır. Maddî veya manevî olarak desteklenen ihtiyaç sahipleri, yaşamlarını daha kaliteli bir hale getirebilmek için gelişimlerine bireysel katkı sağlayabilecekleri çeşitli yararlılık etkinlikleri ile ihtiyaç durumlarını ortadan kaldırabilirler. Ancak ne yazık ki sosyal yardımlar, bilinçsizce kullanılmakta ve toplumsal olarak faydası sadece yaşam şartlarının yerine getirilmesinden ibaret bir hâl almaktadır. İhtiyaç sahiplerinin sosyal yardımları devletin zorunlu bir hizmeti olarak görmeleri, bahsedilen gelişim - ihtiyaç durumundan kendi bireysel çabaları ile kurtulma durumu - çalışmalarının yerine getirilmemesi gibi suüstimal görüntülerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Yoksulluğun görünür olmasıyla birlikte önce 1976 yılında daha dar kapsamlı olan 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun, hizmet kapsamının daha da genişletildiği 1983 yılında 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu ve 1986 yılında da Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu çıkarılmıştır. 1992 yılında ise sosyal güvenlik sistemi içinde yer almayan nüfusun sağlık hizmetlerinden yararlanması için Yeşil Kart uygulaması başlamıştır (Şener, 2012:12).

Günümüzde devlet eliyle resmî kanallardan yapılan yardımlar, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bağlı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı Başkanlıkları - *koordinasyonu illerde Valilik olmak üzere ilçelerde Kaymakamlıklar tarafından Mütevelli heyeti yoluyla* - ve Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlükleri, Kültür ve Turizm Bakanlığına bağlı Vakıflar Genel Müdürlüğü ve yerel anlamda Belediyelerdir. Bu kurum ve kuruluşlar ihtiyaç sahiplerini toplumun dezavantajlı kesimi olarak adlandırmakta ve öncelik sağlamaktadırlar. Bu grubun içerisinde yaşlılar, engelliler, kadınlar ve çocuklar yer almaktadır.

Belediyelerin giyim, yemek vb. gibi yardımlarla; Vakıflar Genel Müdürlüğü'nün yemek ve maddî yardımlarla ulaştığı dezavantajlı ihtiyaç sahiplerine en geniş hizmet alanı, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından sağlanmaktadır.

Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlı Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüklerinde engelli ve yaşlı hizmetleri başlığı altında engelli ve yaşlı bakım hizmetleri - *engelli evde bakım hizmeti ve hem yaşlılar için hem de engelliler için bakım merkezleri hizmetleri* -, kadın hizmetleri başlığı altında kadın koruma hizmetleri - *sığınma evleri ve aile danışmanlığı hizmetleri* - ve çocuk hizmetleri başlığı altında sosyal ve ekonomik destek ve eğitim - *kreş hizmetleri* - gibi maddî sosyal yardım çeşitleri dezavantajlı olarak adlandırılan gruplara ulaştırılmaktadır. Bunların yanında çocuklara yönelik danışmanlık-psikolojik destek-hizmetleri ve ailelere ve kadınlara yönelik eğitim hizmetleri - *danışmanlık amaçlı eğitimler* - manevî sosyal yardım çeşitleri ihtiyaç sahiplerine ulaştırılmaktadır.

Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı Başkanlıklarındaki hizmet çeşitleri daha geniş çerçeveye sahiptir. Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı Başkanlıklarının barınma, gıda, sağlık hizmetleri, eğitim hizmetleri, engelli - ve yakını - hizmetleri, kadın ve yaşlılara yönelik hizmetler ile olağanüstü durumlarda - afet vb. durumlarında - ortaya çıkan olumsuzlukların giderilmesi gibi birçok hizmet alanında büyük öneme sahip bir rolü vardır.

Sosyal yardımların bir diğer önemli ayağı, sosyal güvenlik uygulamalarıdır. Sosyal güvenlik, kişilerin ihtiyaçlarının asgarî düzeyde karşılanması amacıyla devlet tarafından gerekli tedbirlerin alınması olarak tanımlanabilir. Bilindiği üzere ki sosyal güvenlik denildiği zaman akıllara Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı gibi yapılanmalar akıllara gelmektedir. Akla gelen bu yapılanmalar ilk etapta sağlık alanında hizmet veriyor gibi görünse de ilerleyen aşamalarda - emeklilik durumlarında- daha geniş çerçevede hizmet sunmaktadır.

Türkiye de sosyal yardımların en önemli hizmet kolu, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı Başkanlıklarıdır. Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı

Başkanlıklarının hizmet alanının geniş olması, her türlü ihtiyaç sahibinin ilişki kurabileceği bir yapılanma ortaya koymuştur. İhtiyaç sahiplerinin kolaylıkla başvurabileceği ve ihtiyaç durumlarının kesinleşmesi sonucu yardım alabilecekleri yapılanmalar olan Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı Başkanlıklarında hizmet alanında en hızlı şekilde ulaştırılabilecek hizmetler sunulmaktadır.

Bilindiği üzere çeşitli yardımların prosedürleri gereği zaman zaman ihtiyaç sahiplerine sunulmasında sorunlar yaşanmakta ve mağduriyetler giderilememektedir. Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı Başkanlıkları sayesinde bu mağduriyetler hızlı bir şekilde -mevzuatlar çerçevesinde- giderilmektedir.

Bu çalışmanın konusunu oluşturan çocuk hizmetlerinden Şartlı Sağlık Yardımı ile ilgili bilgilere geçmeden önce çocuklarla ilgili yapılan mevzuat çalışmalarından söz etmek, hizmet sunumundaki önceliklerin bilinmesi açısından önem arz etmektedir.

2.2 Sosyal Hizmet Kanunu

01/07/1976 tarihinde kabul edildikten 9 gün sonra 10/07/1976 tarih ve 15642 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun kullanılan “65 yaşını doldurmuş, kendisine kanunen bakmakla mükellef kimsesi bulunmayan, iş görme ve çalışma gücünden mahrum olduğunu tam teşekküllü hastanelerin Sağlık Kurulu raporu ile belgeleyen ve muhtaçlığını il veya ilçe idare heyetlerinden alacakları belgelerle kanıtlayan, Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının herhangi birisinden her ne nam altında olursa olsun bir gelir veya aylık hakkından yararlanamayan nafaka bağlanmamış veya bağlanması mümkün olmayan mahkeme kararıyla veya doğrudan doğruya kanunla bağlanmış herhangi devamlı bir gelire sahip olmayan Türk vatandaşları hayatta buldukları sürece 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu esaslarına göre 60 gösterge rakamının her yıl Bütçe Kanunu ile tespit edilecek kat sayı ile çarpımından bulunulacak miktarda aylık bağlanır.” ifadesi ve sonrasında da engelli kişilere yönelik maddeler ile dezavantajlı kişilerin yaşam standartlarına yönelik çalışmalar yapılmıştır.

24/05/1983 tarihinde kabul edildikten üç gün sonra 27/05/1983 tarih ve 18059 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren 2828 sayılı Sosyal Hizmetler

Kanunu ile korunmaya, bakıma veya yardıma muhtaç aile, çocuk, özürli, yaşlı ve diğer kişilere götürülen sosyal hizmetlere ve bu hizmetleri yürütmek üzere kurulan teşkilatın kuruluş, görev, yetki ve sorumluluklar ile faaliyet ve gelirlerine ait esas usulleri düzenlemek amaçlanmıştır (Resmî Gazete, 1983:Md:1).

Söz konusu Kanunun 3. maddesinin a bendinde sosyal hizmetlerle ilgili olarak “kişi ve ailelerin kendi bünye ve çevre şartlarından doğan veya kontrolleri dışında oluşan maddî, manevî ve sosyal yoksunluklarının giderilmesine ve ihtiyaçlarının karşılanmasına, sosyal sorunlarının önlenmesi ve çözümlenmesine yardımcı olunmasını ve hayat standartlarının iyileştirilmesi ve yükseltilmesini amaçlayan sistemli ve programlı hizmetler bütünü” tanımı yapıldıktan sonra 4. maddesinin d bendinde yer alan “Sosyal hizmetlerin yürütülmesi ve sunulmasında sınıf, ırk, dil, din, mezhep veya bölge farklılığı gözetilemez, hizmet talebinin hizmet arzından fazla olması halinde öncelikler, muhtaç olma derecesi ve başvuru veya tespit sırası esas alınarak belirlenir” ifadesi, tüm hizmetlerin eşit bir şekilde dezavantajlı ihtiyaç sahiplerine ulaştırılması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Ayrıca hemen öncesinde yer alan c bendinde “Sosyal hizmet programlarının uygulanmasında korunmaya muhtaç çocuk, muhtaç sakat ve muhtaç yaşlıya öncelik tanınır.” ifadesi, önceliğin çocuk olduğunu kanunen de ortaya koymaktadır.

Aynı kanunla geleceği tehlike altında olan ihtiyaç sahibi çocukların barınmalarının devlet tarafından karşılanması amacıyla bakım hizmetlerine yönelik çalışmalar da ortaya konulmuştur.

İlgili kanunla sosyal yardımların ulaştırılmasında “sosyal hizmet kuruluşlarının coğrafik ve fonksiyonel görev alanlarının ve yurt sathında dengeli dağılımının görev boşluğu bırakılmayacak şekilde düzenlenmesi esastır.” ifadesi, daha önce bahsedilen kamusal hizmetlerin sunumundaki bazı farklılıkların yaşanmasının, sosyal yardımlar söz konusu olduğunda tolere edilemeyeceğini gözler önüne sermektedir.

Söz konusu kanunda, çocukların tehlikeli yaşam durumlarının ortadan kaldırılması ve geleceklerinin güvenceye alınması amacıyla gerekli tedbirler de-
koruma kararı- alınmıştır. Ayrıca bu çocukların geleceklerine yönelik eğitim hizmetlerinden faydalandırılmaları, eğitim ve öğrenim süreleri boyunca

desteklenmeleri ve eğitim durumlarında görülen olumsuzluklara alternatif olarak meslek edindirme gibi tedbir çalışmaları da yapılmıştır.

2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu'nun yürürlüğe girmesinden sonra bazı aksaklıklarla karşılaşmıştır. Kanunda yer alan bazı hizmet standartlarından faydalanma kriterleri, mağduriyetlerin giderilmesinde eksikliklerin yaşanmasına neden olmuştur. Örneğin, engellilerin bazı hizmet türlerinden faydalanabilmeleri için gerekli olan gelir kriterinin sağlanamaması nedeniyle mağduriyetler devam etmiştir. Söz konusu mağduriyetlerin dezavantajlı ihtiyaç sahiplerinin lehine sonuçlanabilmesi ve daha kısa sürede yardımın ulaştırılabilmesi amacıyla daha esnek bir yapılanmaya ihtiyaç duyulmuş ve yaklaşık 3 yıl sonra 14/06/1986 tarih 19134 sayılı Resmî Gazete'de 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu yayınlanarak yürürlüğe girmiştir.

Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu'nun birinci maddesinde “amaç, fakru zaruret içinde ve muhtaç durumda bulunan vatandaşlar ile gerektiğinde her ne suretle olursa olsun Türkiye'ye kabul edilmiş veya gelmiş olan kişilere yardım etmek, sosyal adaleti pekiştirici tedbirler alarak gelir dağılımının adilane bir şekilde tevzi edilmesini sağlamak, sosyal yardımlaşma ve dayanışmayı teşvik etmektir (Resmi Gazete, 1986:1. mad.)” ve “Fakru zaruret içinde ve muhtaç durumda bulunan kanunla kurulu sosyal güvenlik kuruluşlarına tabi olmayan ve bu kuruluşlardan aylık ve gelir almayan(...) vatandaşlar ile geçici olarak küçük bir yardım veya eğitim ve öğretim imkanı sağlanması halinde topluma faydalı hale getirilecek, üretken duruma geçirilebilecek kişiler bu Kanun kapsamı içindedir (Resmi Gazete, 1986:2. mad.)” ifadesi ile toplumun her kesimine ulaşmanın hedeflendiği açıkça görülmektedir.

Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu'nun 7. Maddesinde geçen “Bu kanunun amacına uygun faaliyet ve çalışmalar yapmak ve ihtiyaç sahibi vatandaşlara nakdî ve aynî yardımda bulunmak üzere her il ve ilçede sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıfları kurulur (Resmî Gazete, 1986:md.7)” ifadesi ile Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı Başkanlıklarının kuruluşuna yasal zemin hazırlanmıştır. Ayrıca aynı maddenin devamında kurulan sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıflarına kimin başkanlık edeceği ve üyeleri de belirlenmiştir: “Mülkî idare amirleri vakfın tabiî başkanı olup, illerde belediye başkanı, defterdar, il milli

eğitim m¼d¼r¼, il sağlık m¼d¼r¼, il tarım m¼d¼r¼, il sosyal hizmetler ve çocuk esirgeme kurumu m¼d¼r¼ - Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının kurulması ile Aile ve Sosyal Politikalar İl m¼d¼r¼ olarak değişmiştir - ve il m¼ft¼s¼; ilçelerde belediye başkanı, mal m¼d¼r¼, ilçe milli eğitim m¼d¼r¼, Sağlık Bakanlığının ilçe üst görevlisi, varsa ilçe tarım m¼d¼r¼ ve ilçe m¼ft¼s¼ vakfin m¼tevelli heyetini oluşturur (Resmî Gazete, 1986:md.7).

Sosyal Hizmetler Kanunu ve Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu, dezavantajlı ihtiyaç sahiplerinin yaşam standartlarını veya refah d¼zeylerini daha yaşanabilir kılma amacıyla oldukça faydalı olmuştur. S¼z konusu kanunlar g¼n¼m¼ze kadar birçok değişikliklerle s¼regelmiřtir. Ayrıca Sosyal Hizmetler Kanunu, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'nun Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı olarak hizmete d¼n¼ř¼m¼nden itibaren b¼t¼n dezavantajlı kesimlere daha ayrıntılı olarak ve çok kollu hizmet vermeye devam etmiştir. Bu hizmet d¼n¼ř¼m¼ yaşanmadan hemen önce “huzurevleri le huzurevi yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde bakım g¼recek 60 yaş üzerindeki yaşlıların saptanması, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlandırılması, verilecek hizmetin t¼r ve niteliği ile işleyiş esaslarını belirlemek, personelin g¼rev, yetki ve sorumluluklarını d¼zenlemek” amacıyla 21.02.2001 tarih ve 24325 sayılı Resmî Gazete’de Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Y¼netmeliđi (Resmi Gazete, 2001:md.1) ve sonrasında “korunma ihtiyaçlı olan veya suça s¼r¼klenen çocukların korunmasına, haklarının ve esenliklerinin g¼vence altına alınmasına ilişkin us¼l ve esasları d¼zenlemek” amacıyla 15/07/2005 tarih ve 25876 sayılı Resmî Gazete’de 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu çıkarılmıştır (Resmî Gazete, 15/07/2005:md.1).

5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu ile çocukların psikolojik, eğitim, bakım, sağlık ve barınmalarına y¼nelik tedbir kararları uygulanmakta ve çocuğun geleceği g¼vence altına alınmaktadır. Kanunun 5. maddesinin d bendinde yer alan sağlık tedbirinde “çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması ve tedavisi için gerekli geçici veya s¼rekli tıbbî bakım ve rehabilitasyonuna, bağımlılık yapan maddeleri kullananların tedavilerinin yapılmasına” y¼nelik tedbirdir (Resmi Gazete, 2005:md.5). Bu tedbir kararın uygulanması başta Sağlık Bakanlığına bağlı kuruluşlarına olmasının yanı sıra maddî destek sağlanması anlamında Sosyal

Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı Başkanlıkları da büyük rol oynamaktadır. Özellikle sağlık sorunu yaşayıp da tedavi sürecinde maddî sıkıntılar yaşayan çocukların ve ailelerinin çeşitli ihtiyaçlarının giderilmesi açısından Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı Başkanlıklarının rolü yadsınamaz.

06/04/2011 tarihli ve 6223 sayılı Kanunun verdiği yetkiye dayanılarak 633 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile **Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname** çıkarılmış ve Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'nun dönüşümü gerçekleştirilmiştir. Daha sonra 08/03/2012 tarih ve 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun, 2013 yılında da 1976 yılında çıkarılan 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun'da değişiklik yapılmıştır. Yine aynı dönemlerde ve sonrasında çıkarılan çeşitli yönetmeliklerle hizmet alanına yönelik sürekli olarak iyileştirmeler gerçekleştirilmiştir.

Genel olarak bahsetmek amacıyla bir kısmını aktarılan mevzuat çalışmaları çoğunlukla çocuk üzerinde yoğunlaşmıştır. Çocuk hizmetlerine yönelik bu çalışmanın konusunu oluşturan Şartlı Sağlık Yardımının da bahsedilen mevzuat çalışmaları içindeki yeri ve önemi hakkında ayrıntılı bilgilere geçebiliriz.

2.3 Sosyal Yardım Çeşitleri

2.3.1 Tek seferlik Yardım

Vatandaşların ikamet ettikleri il veya ilçe dışında buldukları süre içerisinde yol konaklama, sağlık giderleri ve gıda gibi acil ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla ihtiyaç sahiplerine yapılan yardım türüdür. Bu kişiler için Vakıf sisteminde hane dosyası açılmadan da o anki ihtiyacı karşılamak üzere verilen yardım türüdür.

2.3.2 Aile Yardımları

Fakir ve muhtaç durumdaki dezavantajlı aileleri kapsayan yardım türünde ailelere muhtaçlık dosyası oluşturulmakta ve talepleri göz önünde bulundurularak Vakıf imkânları (Vakfa ihtiyaç sahiplerine ulaştırılması amacı ile ödeneğin paylaşılması) ölçüsünde destek olunmaktadır. Yapılan yardımlar aşağıdaki gibidir.

- a) Diğer aile yardımı
- b) Gıda yardımı
- c) Giyim yardımı
- d) İnternet erişimi yardımı
- e) Barınma yardımı
- f) Sağlık yardımı
- g) Eğitim Materyali yardımı
- h) Yakacak yardımı
- i) Özel amaçlı yardım (afet yardımı; yangın, sel, deprem vb.)
- j) Nakdi yardımlar

2.3.3 İstihdam Yardımı

Sosyal yardımlar, kişilerin ciddi derecede öneme sahip ihtiyaçlarının karşılanması ve bu sayede ihtiyaç sahiplerinin bağımlı hale gelmesini engellemek amacı ile yapılmaktadır. Sosyal yardımların ihtiyaç sahiplerine ulaştırılmasının yanı sıra kişilerin kendi kazançlarını elde edebilmeleri amacı ile de hareket edilmektedir. Bu amaçla bu kişiler kişisel kabiliyetlerine yönelik olarak istihdam alanlarına yönlendirilmektedir. Bu yönlendirme durumunda ihmal ve istismarın önüne geçebilmek amacı ile de yönlendirilen bu kişilerin denetim ve kontrolü gerçekleştirilerek kişinin çalıştığı işte süreklilik sağlanmakta ve ayrıca yönlendirilen bu kişilerin ihtiyaçlı durumuna ve kabiliyetinin yeterli olmasına rağmen çeşitli bahaneler ileri sürerek çalışmadıkları durumlarda sosyal yardımları ile ilgili düzenlemeler yapılmaktadır. Ayrıca bu kişilerin çalışmaya başladıktan sonra maaşlarını sonradan alacakları için işe başlama yardımı yapılmaktadır.

Sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfı tarafından belirlenen İstihdam Görevlisi tarafından çalışmak isteyenler İŞKUR'a yönlendirmeden İŞKUR sistemi üzerinden, iş arayan kayıtları yapılmakta durumlarına uygun işgücü taleplerine yönlendirilmektedir. İş için yönlendirilen kişilerin iş görüşmesine gitmesi ve işe kabul edilmesi durumunda gereken yol masrafı, sağlık raporu, fotoğraf vb. giderler için, 'İşe Yönlendirme Yardımı', işe yönlendirilen kişilerin, işe yerleşmesi durumunda, 'İşe Başlama Yardımı' yapılmaktadır. İşine düzenli devam edenler ise yakacak, eğitim ve gıda vb. yardımlarda öncelikli olarak değerlendirilmektedir.

2.1.4 Düzenli Merkezi Yardımlar

Düzenli Merkezi Yardımlar kapsamında yapılan başvurular, hane temelli değerlendirilir. Hane kavramı; şehir dışında öğrenim gören çocuklar da dâhil olmak üzere, aralarında akrabalık bağı bulunsun ya da bulunmasın adrese dayalı nüfus kayıt sistemine göre aynı konut ya da aynı konut bölümüne kaydedilmiş kişilerden, sosyal inceleme ile birlikte muhtaç oldukları tespit olunanlara yapılan yardımlardır.

Düzenli merkezi yardımlar aşağıdaki gibidir:

2.3.4.1 Gebelik Yardımı

Şartlı Gebelik Yardım Programı, hak sahibi gebe kadınların gebeliğin başlangıcından, doğum da dâhil olmak üzere, lohusalığın bitişine kadarki olan süreçlerinde Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen sağlık kontrol aylarında takip ve izlemlerini düzenli olarak yaptırmaları koşuluyla, yardım almaya hak kazanılan bir şartlı nakit yardım programıdır.

Bu kapsamda gebelik boyunca en fazla 9 aylık süreyle sınırlı olmak üzere, gebelik yardımı adı altında aylık 35 TL; canlı ya da ölü doğum fark etmeksizin hastanede doğum yapılması şartıyla doğum takibi ödemesi adı altında bir kereye mahsus olmak üzere 75 TL; son olarak da canlı/ölü doğum fark etmeksizin gerçekleştirilen doğumdan sonra 2 aylık lohusalık süresince, lohusalık takibi ödemesi adı altında aylık 35 TL ödeme yapılır. Hak sahibinin gebeliğinin 9 aydan daha kısa sürmesi veya

düşük yapılması durumunda, yalnızca doğum tarihine veya düşük yapılan tarihe kadar ödeme yapılır.

Bu yardım programı kapsamında yapılan ödemelerin aralıkları ve artış miktarları, Fon Kurulu kararıyla belirlenir.

2.3.4.2 Eşi Vefat Etmiş Kadınlara Yönelik Düzenli Yardımlar

EVEK yardım programına başvurular, resmi olarak ikamet edilen yerdeki Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarına yapılır. Başvuru sırasında müracaatçılardan üzerinde T.C. kimlik numarası yazılı resmi kimlik, ehliyet veya pasaport dışında herhangi bir belge istenmez.

EVEK yardım programına başvuru, tercihen eşi vefat eden kadının kendisi veya zaruret halinde kendisi adına (ilgili belgeler hak sahibi tarafından doldurulmak üzere) 18 yaş üzerindeki herhangi bir yakını tarafından yapılır.

Başvuru sırasında BSYHBS üzerinden yapılan SGK kontrollerinde Mernis kayıtlarına göre aynı adreste bulunan hane dosyasına kayıtlı kişilerden herhangi biri üzerinde sosyal güvencesi tespit edilenlerin yardım başvuruları Mütevelli Heyeti tarafından “Kabul Edildi” durumuna alınmaz. Hanede herhangi bir sağlık güvencesi olmadan alınan Eşi Vefat Etmiş kadınlara Yönelik Yardım Sağlık güvencesi tespit edildiği dönemlerde ödeme yapılması durdurulur, sağlık güvencesi bittiği zaman ödeme zamanı geldiğinde tekrar yardım almaya başlayabilirler.

EVEK yardım programında hak sahibi kişilere, aylık 275 TL olmak üzere her iki ayda bir düzenli nakdi ödeme yapılmaktadır. Bu yardım programı kapsamında yapılan ödemelerin aralıkları ve artış miktarları Fon Kurulu kararıyla belirlenir.

2.3.4.3 Muhtaç Asker Ailelerine Yönelik Düzenli Yardımlar

MAAY programında, şartları sağlayan hak sahibi kişilere aylık 275 TL olmak üzere her iki ayda bir düzenli nakdi ödeme yapılır. Bu yardım programı kapsamında yapılan ödemelerin aralıkları ve artış miktarları Fon Kurulu kararıyla belirlenir.

Hanede birden fazla asker olması durumunda, her bir asker için yardım başvurusu alınır ve şartları sağlaması halinde her bir asker için ayrı ödeme oluşturulur

MAAY programına başvuru sırasıyla askerin resmi nikâhlı eşi, asker evli değilse önce annesi, o da yoksa babası tarafından yapılır. Hâlihazırda asker olan kişi başvuru yapamaz. Başvuru, tercihen hak sahibinin kendisi veya zaruret halinde kendisi adına (ilgili belgeler hak sahibi tarafından doldurulmak üzere) 18 yaş üzerindeki herhangi bir yakını tarafından yapılır.

Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarına yapılan başvurunun Mütevelli Heyeti tarafından değerlendirilebilmesi için, askerde olan kişinin “Sevk Tarihi” bilgisinin BSYHBS üzerinden görüntülenebiliyor olması gerekmektedir. Sevk tarihi bilgisi görüntülenemeyen kayıtlar BSYHBS’ de başvuru konumunda kalır ve MH’ye aktarılamaz. Ayrıca, başvuru sırasında BSYHBS üzerinden yapılan SGK kontrollerinde sosyal güvencesi tespit edilenlerin yardım başvuruları MH tarafından “Kabul Edildi” durumuna alınamaz.

2.3.4.4 Muhtaç Asker Çocuğu Yardımı

Askere giden evli kişilerin eğer varsa çocuklarının ihtiyaçlarının karşılanmasına destek olunması amacı ile yapılan yardım türüdür. Yapılan yardım miktarı çok yüksek olmayıp çocuğun temel ihtiyaçlarının karşılanması amaçlanmaktadır.

2.3.4.5 Öksüz, Yetim ve Asker Çocuğu Yardım Programı

Öksüz/yetim yardım programına başvurular, resmi olarak ikamet edilen yerdeki Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarına yapılır. Başvuru sırasında müracaatçılardan üzerinde T.C. kimlik numarası yazılı resmi kimlik, ehliyet veya pasaport dışında herhangi bir belge istenmez.

Öksüz/yetim yardım programına başvuru, öncelikle çocuğun sağ olan anne veya babası tarafından yapılır. Anne ve babanın her ikisinin de ölmüş olduğu durumda başvurunun, çocuğun yasal velisi/vasisi tarafından (resmi vasilik belgesi veya adrese

dayalı nüfus kayıt sisteminde beraber yaşadıklarına dair belge ile birlikte başvurmak kaydıyla) yapılması gerekmektedir.

Çocuğun yasal vasisi olmaması veya yasal vasinin çocukla birlikte aynı hanede yaşamaması durumunda, başvurular çocukla birlikte aynı hanede yaşayan 18 yaş üstü akrabası tarafından yapılır. Ayrıca, başvuru sırasında Bütünleşik Sistem üzerinden yapılan SGK kontrollerinde sosyal güvencesi tespit edilenlerin yardım başvuruları MH tarafından “Kabul Edildi” durumuna alınamaz.

Öksüz/yetim ve asker çocuğu yardım programı (ÖYAÇ); öksüz/yetim yardım programı (ÖYP) ve asker çocuğu yardım programı (AÇP) olmak üzere iki alt bileşenden oluşur.

Öksüz/yetim yardım programında, şartları sağlayan hak sahibi kişilere, çocuk başına aylık 100 TL olmak üzere her iki ayda bir düzenli nakdi ödeme yapılır. Bu yardım programı kapsamında yapılan ödemelerin aralıkları ve artış miktarları Fon Kurulu kararıyla belirlenir. Ödemeler, programın hak sahibinin banka/PTT hesabına yapılır.

Hanede birden fazla öksüz/yetim bulunması durumunda, her bir öksüz/yetim için yardım başvurusu alınır ve şartları sağlaması halinde her bir çocuğa ayrı ödeme oluşturulur.

Öksüz / yetim yardım programı kapsamında hak sahibi olabilmek için başvuran kişinin;

- a) Fayda sahibi çocukla birlikte aynı hanede ikamet etmesi,
- b) İkamet ettiği hanede sosyal güvenceli kişinin bulunmaması,
- c) 3294 sayılı yasa kapsamında fakir ve muhtaç durumda olduğunun Mütevelli Heyeti kararıyla tespit edilmesi,
- d) Bakıma ihtiyacı olan engellilerin evde bakımını desteklemek amacıyla, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından yapılan sosyal yardımlardan (evde bakım yardımı) faydalanmaması, gerekmektedir.

Ayrıca, öksüz / yetim yardım programı kapsamında hak sahibi olabilmek için başvuran kişinin;

- a) Muhtaçlık durumu devam ettiği sürece, muhtaç asker ailelerine yönelik düzenli nakit yardım programı (MAAY), eşi vefat etmiş kadınlara yönelik düzenli nakit yardım programı (EVEK), şartlı eğitim ve sağlık yardımları programı (ŞESY) ile diğer düzenli merkezi yardım programları kapsamında olması,
- b) Muhtaçlık durumu devam ettiği sürece, tekrar evli/evlenmiş olması,
- c) Kendisinin veya aynı hanede ikamet eden diğer kişilerin 2022 sayılı kanun kapsamında aylık alması, bu yardım programı kapsamında hak sahibi olmasına engel teşkil etmez.

2.3.4.6 2022 sayılı Kanun Aylıkları (Engelli ve 65 Yaş)

Sosyal güvenlik kuruluşlarının herhangi birinden her ne nam altında olursa olsun bir gelir veya aylık hakkından yararlananlar ile uzun vadeli sigorta kolları açısından zorunlu olarak sigortalı olunması gereken bir işte çalışanlar veya nafaka bağlanmış ya da nafaka bağlanması mümkün olanlar hariç olmak kaydıyla, her ne nam altında olursa olsun her türlü gelirler toplamı esas alınmak suretiyle, son değişen kanun maddesine göre yalnızca yaşlılık aylığına (65 yaş ayığı) özel olarak eşlerin geliri hesaplanmak suretiyle kişi başına düşen ortalama aylık gelir asgari ücretin aylık net tutarının 1/3'ünden az olanlar ile aynı tutardan fazla gelir sağlaması mümkün olmayanlardan Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları tarafından muhtaç olduğuna karar verilen 65 yaşını doldurmuş Türk vatandaşlarına yaşlılık maaşı bağlanır.

Yetkili Hastanelerin heyet kurlundan alınacak sağlık raporuyla %40 ve üzeri engel oranı olmak şartıyla başvuran kişinin herhangi bir sağlık güvencesi olmaması esas alınarak verilen yardımlardır. Engelli aylığı engel oranı %40 ve üzeri olan 18 yaş üstü bireyler faydalanabilir. 65 yaş üstü bireylerin engelli aylığı bağlanabilmesi için gerekli oran %70 ve üzeri olması gerekmektedir. 18 yaşından küçük, engel oranı %40 ve üzeri olan bireylerin öncelik olarak anneye yoksa baba ya ve ya bakmakla

yükümlü 18 yaş üzeri aynı hanede yaşayan kişilere bağlanan engelli yakını aylığı bulunmaktadır. Hane içinde kişi başına düşen ortalama aylık gelir tutarı asgari ücretin aylık net tutarının 1/3'ünden az olduğu ya da aynı tutardan fazla gelir sağlamasının mümkün olmadığı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları tarafından tespit olunarak muhtaçlığına karar verilenlere Engelli Yakını Aylığı bağlanır.

2.3.4.7 Sosyal Uyum Yardımı (SUY – Yabancı Uyruklulara Verilen Yardım)

Sosyal Uyum Yardımı, Avrupa Birliği (AB) tarafından finanse edilen ve Birleşmiş Milletler Dünya Gıda Programı (WFP), Türk Kızılayı ve Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı arasında oluşturulan ortaklıkla uygulanan bir yardım programıdır. Söz konusu yardım programı AB tarafından fonlanan en insanî yardım operasyonudur. Yüksek bütçeli ve 2018 yılının sonuna kadar devam etmesi beklenmektedir.

Yabancılara Yönelik Sosyal Uyum Yardım (SUY) Programından geçici barınma merkezleri dışında ikamet eden ve muhtaçlık, hanede sosyal güvence olmaması ve demografik kriterlerden en az birine uyması şartlarını sağlayan 99 ile başlayan kimlik numarasına sahip Suriyeliler ve diğer tüm mülteci durumunda olan yabancılar faydalanabilmektedir. Yardımı almaya hak kazanan ailelere her ay kişi başı 120 TL olmak üzere yapılan yardımdır.

2.3.4.8 Şartlı Eğitim ve Sağlık Yardımı

Şartlı Eğitim ve Şartlı Sağlık Yardım Programları (ŞESY) kapsamında yapılan yardımlar, fayda sahibi kişilerin önceden belirlenmiş birtakım şartları yerine getirmeleri ile sağlanan düzenli ve nakdi yardım programlarıdır. ŞESY kapsamında, diğer yardımlardan farklı olarak, şartlılık ilkesi ile yoksul kişilerin temel eğitim ve temel sağlık hizmetlerine katılmaları sağlanarak kronik yoksulluk ile daha etkin bir şekilde savaşılabilmek amaçlanmaktadır. Dünyanın birçok farklı ülkesinde de

örnekleri olan Şartlı Nakit Transferi yardım programları, bu özelliği ile diğer yardım programlarından farklılaşmaktadır.

Türkiye’de uygulanmakta olan ŞNT Yardım Programının, Şartlı Eğitim Yardım Programı (ŞEY) ve Şartlı Sağlık Yardım Programı (ŞSY) olmak üzere iki alt yardım programı bulunmaktadır. Şartlı Sağlık Yardımları ise; Şartlı Sağlık Çocuk Yardımı, Şartlı Gebelik Yardımı, Şartlı Doğum Takibi Ödemesi ve Şartlı Lohusalık Takibi Ödemesi şeklinde farklı alt kategorilere ayrılmaktadır.

ŞEY programı kapsamında şartlar sağlandığı durumda her takip ayı için; ilköğretim erkek çocuklarına aylık 35 TL, ilköğretim kız çocuklarına aylık 40 TL, ortaöğretim erkek çocuklarına aylık 50 TL, ortaöğretim kız çocuklarına aylık 60 TL ödeme yapılır. Ödemeler, sadece okulun açık olduğu aylar için ve toplamda en fazla yıllık 10 ay üzerinden yapılır.

ŞEY programı, e-okul sisteminde okula gittiğine dair bilginin olması şartı ile, en erken 48 aylık yaşa sahip çocuklara verilir. ŞEY programı kapsamındaki yardım ödemesi, örgün eğitime devam etse bile, fayda sahibi 20 yaşını doldurduğu zaman kesilir.

Bu yardım programı kapsamında yapılan ödemelerin aralıkları ve artış miktarları Fon Kurulu kararıyla belirlenir.

2.3.4.9 Şartlı Nakit Transferi (Şartlı Sağlık Yardımı)

Toplumsal yaşamda yoksul/yoksun ailelerin ihtiyaçlarını karşılayabilmek amacıyla çeşitli sosyal yardımlarla desteklendiğini daha önce açıklamıştık. Bu bölümde yardım çeşitlerinden Şartlı Nakit Transferi başlığı altında Şartlı Sağlık Yardımına ilişkin bilgilere yer verilecektir.

Sosyal yardımlar, gündelik hayatta toplumsal eşitliği asgarî düzeyde sağlamak üzere ihtiyaç sahibi dezavantajlı kesimlerin desteklenmesi yoludur. Bu yardımlar bütün ülkelerde farklı isimler altında sağlanmaktadır. Şartlı Nakit Transferi, yoksul ailelere nakdî destekle eğitim çağındaki çocuklarının eğitimini, 0-6 yaş grubundaki çocuklarının ise sağlık kontrollerini tamamlamalarını ayrıca anne adaylarının ise

düzenli olarak kontrollerini yaptırarak hastanede doğum yapmalarını teşvik etmeyi amaçlayan şartlı bir sosyal yardım programıdır... daha açık bir ifadeyle Şartlı Nakit Transferi, 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu kapsamında yoksulluk nedeniyle çocuklarını okula gönderemeyen ya da okuldan almak zorunda kalan, okulöncesi çocuklarının sağlık kontrollerini düzenli olarak yaptıramayan ve doğumlarını bir sağlık kuruluşunda gerçekleştiremeyen yoksul durumdaki aileleri desteklemeyi hedefleyen şartlı nakdî bir sosyal yardım programıdır (*Türkiye’de Uygulanan Şartlı Nakit Transferi Programının Fayda Sahipleri Üzerindeki Etkisinin Nitel ve Nicel Olarak Ölçülmesi Projesi Final Raporu*, 2012:7-13). Şartlı Nakit Transferi, maddi yetersizlikler içinde bulunan ve toplumdan dışlanma riski taşıyan belli bir kesimi, özellikle çocukları ve kadınları hedef alarak, yoksulluk ile mücadele eden ve yardım başvurusunda bulunan kişilerin belirli şartları yerine getirmeleri durumunda yani yoksulluk veya sahip olunan dezavantajlar nedeniyle eğitim ve sağlık gibi ana hizmetlerden mahrum kalan kişilere, belirli şartları gerçekleştirmeleri koşuluyla verilen ve genellikle hanedeki anne adına açılan hesaplara yatırılan nakdî bir sosyal yardım programıdır (Uzun, 2012:38-39). Bu programın amacı, sağlık açısından değerlendirildiğinde annelerin çocuklarını düzenli olarak sağlık ocaklarına götürerek bilinç kazanmalarını ve sağlıklı bireyler olarak yetişmelerini sağlamaktır.

Şartlı Nakit Transferi ilk olarak Amerika’da hizmete sunulmaya başlamasının ardından faydası Avrupa devletleri tarafından görülüp uygulamaya konulan bir sosyal yardım türüdür. Ancak bilinmesi gereken uygulamanın her ülkede farklı alanlara hitap etmesidir. Bazı ülkelerde eğitim ve sağlık alanlarının her ikisi de yardım kapsamı içerisinde iken bazı ülkelerde sadece biri yardım kapsamına alınmıştır. Ayrıca ülkelerde uygulama kesiminden kaynaklanan farklılıklarda görülmektedir. Bazı ülkelerde her iki cinsiyete de hizmet sunulurken bazı ülkelerde tek cinsiyet taraflı hizmet sunumu yapılmaktadır.

Türkiye tarihinde en büyük kayıpların yaşandığı 2001 ekonomik krizi sonrası hızlı bir şekilde Dünya Bankası tarafından mali olarak destek çalışmaları başlamıştır. Bu kapsamda ilk olarak Sosyal Riski Azaltma Projesi başlatılmıştır.

Sosyal Riski Azaltma Projesi’nin özel hedefi;

- Yaşanan ekonomik krizin muhtaç nüfus üzerindeki etkisinin azaltılması (hızlı yardım),
- Yoksullara hizmet ve sosyal yardım sağlayan devlet kurumlarının kapasitelerinin artırılması (kurumsal gelişim),
- Temel sağlık ve eğitim hizmetlerinin iyileştirilmesi için nüfusun en yoksul %6'lık bölümünü hedef alan temel bir sosyal yardım sisteminin kurulması (şartlı nakit transferi) ve
- Yoksulların gelir elde etme ve istihdam fırsatlarının artırılması (yerel girişimler) dır (ŞNT El Kitabı, 3).

Sosyal Riski Azaltma Projesi, son ekonomik krizin yoksul haneler üzerindeki etkilerini hafifletmek, mevcut sosyal güvenlik ağı programlarını genişletmek ve güçlendirmek amacıyla tasarlanmıştır. Bu hedeflere ulaşmak için SRAP çerçevesinde Şartlı Nakit Transferi Programı başlatılmıştır. Şartlı Nakit Transferi, yoksulların eğitim ve sağlık hizmetlerine olan talebini teşvik etmek için olumlu davranış değişikliği şartına bağlı olarak sürekli nakit transferleri sağlar. Şartlı Nakit Transferi, dezavantajlı kişileri hedefler ve acil yoksulluğun giderilmesini sağlamanın yanı sıra gelecekteki beşerî sermayeyi artırmayı hedefler (Türkiye'de Uygulanan Şartlı Nakit Transferi Programının Fayda Sahipleri Üzerindeki Etkisinin Nitel ve Nicel Olarak Ölçülmesi Projesi Final Raporu, 2012:3). Ayrıca projenin tasarlanmasındaki amaç, hem en yoksulları hedef alan bir güvenlik ağı oluşturmak hem de yoksulluktan kurtulabilmeleri için trampelen görevi üstlenecek yeni bir sosyal yardım sistemi kurmaktır (ŞNT El Kitabı, 3).

Şartlı Nakit Transferi yardımlarının ihtiyaç sahibi dezavantajlı kişilere ulaştırılması, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı Başkanlıkları aracılığıyla gerçekleşir. Özellikle 1986 yılında kurulan Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu kapsamında ülke çapındaki tüm yoksul/yoksunlara ulaşmak hedeflenmiştir.

Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı Başkanlıklarının sahip oldukları fonun daha etkin ve verimli kullanılması amacıyla 2004 yılında Başbakanlığa bağlı olarak Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü olarak daha sistematik hizmet sunmaya başlamıştır. İlerleyen yıllarda - 2011 yılında - Aile ve Sosyal Politikalar

Bakanlığının kurulması ile Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü olarak Bakanlık bünyesine girmiştir.

Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü, tüm ülke çapında yer alan yapılanmaları – Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı Başkanlıkları - sayesinde yaklaşık 15 milyon insan sosyal koruma yardımlarından faydalanmaktadır.

Sosyal yardımların ihtiyaç sahibi dezavantajlı kişilere ulaştırılmasında sunulan hizmet türleri sürekli olarak geliştirilip iyileştirilmektedir. İhtiyaç sahiplerinin daha kolay bir şekilde ulaşabilmelerini sağlamak amacıyla bir çeşit denetim mekanizması sayesinde yardımların ulaşılabilirliği daha verimli hale getirilmektedir- ayrıca ihtiyaç sahiplerinin yardımlara karşılık tepkileri de ölçülmektedir -. Şartlı Nakit Transferi programının etkinliğini ve yatırımların verimliliğini belirlemek amacıyla sosyal yardımların yürürlükte olduğu her ülkede bu yardım programlarının eğitim, sağlık, yoksulluk, kadın-erkek eşitliği, ev içi ilişkiler, çocuk işçiliği ve beslenme üzerine etkilerini araştıran çalışmalar yapılmaktadır (Türkiye’de Uygulanan Şartlı Nakit Transferi Programının Fayda Sahipleri Üzerindeki Etkisinin Nitel ve Nicel Olarak Ölçülmesi Projesi Final Raporu, 2012:6).

Şartlı Nakit Transferi’nin sağlık boyutunda 0-6 yaş arası çocuklar için sağlık ocaklarına düzenli götürülerek aşularının tamamlanması şartına bağlı olarak ayda yaklaşık 35 – 40 TL arası yardım yapılmaktadır. Ayrıca Ocak 2005 itibariyle kadınların düzenli sağlık merkezi ziyaretlerine şartlı olarak, hamile kadınlar için sağlık desteği de sağlanmaktadır (Türkiye’de Uygulanan Şartlı Nakit Transferi Programının Fayda Sahipleri Üzerindeki Etkisinin Nitel ve Nicel Olarak Ölçülmesi Projesi Final Raporu, 2012:8).

Şartlı Nakit Transferi, Türkiye’nin geleceğe sağlık yatırımı yapması açısından - yoksulların faydalanabildiği ve farkındalık düzeylerinin arttırılabildiği - oldukça önemli bir programdır. Şartlı Nakit Transferi’nin kısa dönemli amacı, yoksul ailelere yardım sağlamak olarak tanımlanırken uzun dönemdeki amacı, şartların gerçekleştirilmesiyle birlikte beşerî sermayenin gelişimidir. Şartlı Nakit Transferi, insan sermayesinin geliştirilmesi, etkili sosyal koruma ve güvenlik ağları sağlamasına yönelik özellikleriyle kapsayıcı büyüme stratejisi yaklaşımlarında etkili bir sosyal ve ekonomik araç olarak kabul edilmektedir (Türkiye’de Uygulanan Şartlı

Nakit Transferi Programının Fayda Sahipleri Üzerindeki Etkisinin Nitel ve Nicel Olarak Ölçülmesi Projesi Final Raporu, 2012:8). Ayrıca, Şartlı Nakit Transferi ile kısa dönemde, temel hizmet alanlarında kişilerin ihtiyaçlarının karşılanması, eğitim ve sağlık gibi öncelikli alanlarda kişilerin bu hizmetlere erişimlerinin artırılması, muhtaç kişilerin hane gelirlerine katkı yapılarak hayat standartlarının iyileştirilmesi, yoksulluğun kişiler üzerindeki olumsuz etkilerinin en aza indirilmesi, çocuk yoksulluğunun ve çocuk işçiliğinin azaltılması hedeflenmektedir. Uzun dönemde ise beşerî sermayeye yapılan yatırım sonucunda sağlıklı ve bilinçli bireylerin yetiştirilmesi, yardım alanların olası ekonomik şoklara karşı daha dirençli kılınması, beşerî sermayeye yapılan her bir katkının büyüme rakamları üzerinde olumlu sonuçlarının görülebilmesi, yoksulluğun “miras” olarak kuşaktan kuşağa geçişinin kırılması ve kadınların toplumdaki yerinin güçlendirilmesi arzulanmaktadır (Uzun, 2012:42).

Görüldüğü üzere hep kısa dönemli olarak görülmesine rağmen programın hedefi, daha uzun dönemde gelişimin sağlanmasına yönelik sadece kamusal hizmetler veya devlet mekanizmalarının işlemesi değil aynı zamanda bireysel çabaların da etkin bir şekilde rol oynamasını sağlamaktır.

Sosyal yardımların miktarının az olması tüm ihtiyaç sahipleri tarafından eleştirilen bir göstergedir. Ancak bilinmelidir ki yardım miktarının az olması aslında bir nevi teşvik sağlamaktadır. Şöyle ki yapılan bütün sosyal yardımlar ihtiyaç sahiplerinin farkındalığını yükselterek kendi ekonomik bağımsızlıklarını kazanmalarını teşvik etmeyi amaçlamaktadır. Daha önce de belirtildiği gibi amaç kriz döneminin geçişini sağlamak veya kriz döneminin etkilerini azaltmaktır. Bu nedenle yapılan yardımların miktarı belirli kriterlere - *sağlık kuruluşlarına ulaşımdaki yol masrafı baz alınmıştır* - bağlanmış ve normal yaşam standartlarının sağlanmasından ziyade asgarî düzeyde standardın sağlanması amaçlanmaktadır. Ayrıca ihtiyaç sahiplerinin bilinç kazanarak yoksulluklarının bir miras misali gelecek kuşaklara aktarılmasının önüne geçmek amaçlanmaktadır.

Şartlı Sağlık Yardımlarının hizmet vereceği kesimin belirlenmesi, yardım miktarının ne kadar olacağı, yardımın ne kadar süre ile verileceği, hizmetten faydalanabilecek ihtiyaç sahiplerinin tespit edilmesinde kullanılacak olan kriterler ve

hizmet sunumunda diğer kurumlarla herhangi bir paydaşlık içerisine girilip girilemeyeceği gibi konular önceden planlanmaktadır.

Şartlı Sağlık Yardımının başarıya ulaşması için diğer tüm kamusal hizmetlerle birlikte koordineli bir şekilde uygulanması gerekmektedir. Sağlık alanında faaliyet gösteren kurum ve kuruluşların eksikliğinin yaşandığı bölgelerde Şartlı Sağlık Yardımı pek etkin olmayacaktır. Özellikle bazı bölgelerde kamusal hizmetlerde görülen eksikliklerin sağlık alanında kendini göstermemesi, bu açıdan büyük önem arz etmektedir. Bu nedenle politikaların uygulama aşamasında daha iç içe bir şekilde ilerleyebilecek şekilde öngörülerek davranılması gerekmektedir. Şartlı Sağlık Yardımının başarıya ulaştığı ülkelerde/bölgelerde gözle görülen görüntü, yardımın sonucunda faydalılığın arttığına dair göstergelerdir.

Şartlı Sağlık Yardımının belki de en önemli sonucu olarak gösterilebilecek durum, faydalanıcıların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak sayesinde özellikle bulaşıcı hastalıkların erkenden teşhisi ve tedavi edilmesi ile gelecek nesillerin de sağlıklarının korunmasıdır. Bu nedenle Şartlı Sağlık Yardımını koruyucu veya önleyici sağlık hizmetleri içerisinde değerlendirebiliriz. Birçok ülkede uygulanan benzeri Şartlı Sağlık Yardımları sayesinde birçok hastalığın oranının azaldığı ve çocukların sağlık göstergelerinin arttığı görülmüştür. Bu nedenle Şartlı Sağlık Yardımının en temel ilkesi olan şartlılık durumu, çocuğun sağlığının kontrol altında tutulması açısından oldukça fayda sağlamaktadır.

2.3.4.10 Şartlı Sağlık Yardımı Müracaat Aşaması

Şartlı Sağlık Yardımından faydalanmak üzere ihtiyaç sahibi kişi Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı Başkanlıklarına müracaat etmektedir.

Şartlı Sağlık Yardımından faydalanmak üzere, ekonomik güçlükler nedeniyle çocuklarının düzenli sağlık kontrollerini yaptıramayan, nüfusun en yoksul %6'lık kesimine dahil olan aileler, ŞNT'nin temel hedef kitesidir. Bu kapsamda,

- Sosyal güvencesi olmayan,
- Bebek bekleyen ve/veya

- 0-6 yaş grubu ve/veya

aileler, ŞNT uygulanmasına başvurabilirler (ŞNT El Kitabı, 8).

Türkiye'deki Şartlı Nakit Transferi uygulamasında, hanelerin sosyoekonomik özelliklerinin sorgulandığı ve Temsilî İmkan Testi kullanılarak geliştirilen ekonometri temelli bir puanlama formülü kullanılmaktadır. Şartlı Nakit Transferi yardımlarından yararlanacak fayda sahiplerinin belirlenmesine yönelik geliştirilen bu puanlama formülü, hane halklarının refah düzeyi - *kişi başına düşen gelir veya tüketim harcaması* - ile ilişkili olduğu tespit edilen sosyoekonomik ve demografik sorulara dayalı bir araştırmadır. Regresyon analizi ile puanlama formülünde kullanılacak ilgili değişkenlerin ağırlıkları elde edilmiştir. Haneler, hane yoksulluğu bakımından sıralanmış ve bir kesme noktası belirlenmiştir. Puanlama formülünde bu kesme noktasının altında kalan başvurular Şartlı Nakit Transferi programından faydalanmaya hak kazanan haneler; üstünde kalanlar ise hak kazanamayan haneler olarak değerlendirilmektedir. Bu formüle ait bilgileri içeren bir Şartlı Nakit Transferi Başvuru Formu tasarlanmış ve Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları aracılığıyla hanelerin bu forma verdiği cevaplar yazılım programına girilmiştir (Ortakaya, 2009:25-26; Akt: Uzun, 2012:44).

Başvurular, **3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu** kapsamında değerlendirilmektedir. Bu nedenle yardımdan faydalanmak isteyen kişilerin veya eşinin hiçbir sosyal güvencesinin olmaması, ekonomik olarak geçimlerini sağlayacak yeterlilikte olmaması ve en önemlisi başvurunun değerlendirilmesi açısından hane içerisinde hamile birinin veya 0-6 yaş aralığında çocuk bulunması gereklidir. Başvuru için ya kişinin annenin kendisi, anne sağ değilse baba, anne veya baba yoksa - her ikisi de sağ değilse veya çocuk ebeveynleri ile birlikte yaşamıyorsa - çocuk adına karar verebilecek yasal vasisi gereklidir.

Başvuruların anneler tarafından yapılması teşvik edilmelidir. Annenin hayatta olması durumunda, ödemeler anneler adına açılan hesaplara yapılacağı için başvurunun annelerce yapılması yönünde Sosyal Yardımlaşma ve dayanış Vakfı Başkanlıklarınca yönlendirme yapılması, ileri aşamalarda işlem kolaylığı sağlayacaktır. Babanın aile adına başvurmak istemesi durumunda, babanın başvurusu geri çevrilmez; ancak ödemenin anneye yapılabilmesi için başvuru formunun Bölüm

2'si eksiksiz olarak doldurulur ve annenin okunaklı nüfus cüzdanı fotokopisi istenir. Annenin vefat etmiş olması veya ailede boşanma olması durumunda, şayet velayet babaya verildiği gerekli belgelerle ispat edilirse, çocuğun babayla yaşadığı başvuru formunun ilgili sorusunda açıkça belirtilir ve ödemeler babaya yapılır (ŞNT El Kitabı, 8-9). Eğer ki anne ile baba arasında resmî nikah ahdi yok ise kişiler resmî nikaha teşvik edilir ve yasal prosedürler yerine getirilir.

Şartlı Sağlık Yardımından faydalanmak üzere başvuru yapan ihtiyaç sahibi yoksul/yoksun kişinin ilgili formlara – **ŞARTLI NAKİT TRANSFERİ HAK SAHİBİ BAŞVURU FORMU** ile **ŞARTLI NAKİT TRANSFERİ SAĞLIK YARDIMI FAYDA SAHİBİ BAŞVURUSU FORMU** veya **GEBELİK YARDIMI FAYDA SAHİBİ BAŞVURU FORMU** - yazdıkları bilgilerin sistem üzerinden değerlendirilmesinin ardından - *hanede yaşayan bireylerin sosyoekonomik ve demografik durumları* - bu bilgilerin teyit edilmesi amacıyla yapılan hane ziyareti sonucuna göre hak sahibi olup olmadığına karar verilir. Şartlı Sağlık Yardımından faydalanmaya hak kazanan dezavantajlı ihtiyaç sahiplerinin sosyoekonomik ve demografik bilgileri belirli periyotlarla kontrol edilmekte ve güncellenmektedir.

Ayrıca başvuru sahipleri başvuru formuna (form örnekleri ekte sunulmuştur) ek olarak aşağıdaki belgeleri de temin ederler (ŞNT El Kitabı, 10) - bu bölümde istenen belgeler gelişen teknolojik gelişmeler sayesinde sistem üzerinden Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı Başkanlıkları Bütünleşik Sosyal Yardım Sistemi'nden elde edilmektedir - :

- **Yeşil Kart Sahipleri İçin;**
 - Yeşil kartın ön sayfası ile vize yapılmış bölümünün fotokopisi,
 - İkametgah belgesi,
 - Başvuru sahibi ve çocuklarının nüfus cüzdanı fotokopisi,
 - Başvuru sahibi ve çocuklarının T.C. kimlik numaraları,
 - Sağlık raporu (gebelik yardımı için),
 - Gerektiği durumlarda vasilik belgesi.
- **2022 sayılı kanun kapsamında maaş alanlar için;**
 - Maaş kimlik kartı fotokopisi,

- İkametgah belgesi,
- Başvuru sahibi ve çocuklarının nüfus cüzdanı fotokopisi,
- Başvuru sahibi ve çocuklarının T.C. kimlik numaraları,
- Sağlık raporu (gebelik yardımı için),
- Gerektiği durumlarda vasilik belgesi.

- **Diğer başvurular için;**

- Çocuğun hem anne hem de babası (veya vasisi) adına SSK, BAĞKUR ve Emekli Sandığına kayıtlı olmadıklarına dair belge (mevcut ise başvuru sahibi tarafından temin edilecek; değil ise Vakıf tarafından temin edilecektir),
- İkametgah belgesi,
- Başvuru sahibi ve çocuklarının nüfus cüzdanı fotokopisi,
- Başvuru sahibi ve çocuklarının T.C. kimlik numaraları,
- Sağlık raporu (gebelik yardımı için),
- Gerektiği durumlarda vasilik belgesi.

Sağlık yardımı almaya hak kazanan fayda sahibinin, Sağlık Bakanlığı tarafından verilen çizelgeye göre düzenli olarak sağlık ocağına götürülmesi gerekir. Sağlık yardımını düzenli olarak alabilmenin koşulu, sağlık takip çizelgesine göre çocukları düzenli olarak sağlık kontrolüne götürmektir. Sağlık takip dönemleri aşağıdaki gibidir:

- Çocuk 0-6 aylık ise, her ay düzenli kontrol gerekir,
- Çocuk 7-18 aylık ise, iki ayda bir düzenli kontrol gerekir,
- Çocuk, 19-72 aylık ise, altı ayda bir düzenli kontrol gerekir.

Ayrıca anne adayının sağlık yardımını düzenli olarak alabilmesinin koşulu, hak sahibi olmasını takiben doğuma kadar geçen süre içerisinde her ay sağlık kontrolünü düzenli olarak yaptırmasıdır-takip formu ekte sunulmuştur-. Takip dönemleri aşağıdaki gibidir:

- Doğuma kadar her ay düzenli kontrol gerekir,
- Doğumun hastanede yapılması gerekir ve

- Doğumdan sonra 2 ay lohusalık kontrolü gerekir (ŞNT El Kitabı, 6-7).

Şartlı Sağlık Yardımı, hane ziyaretinin kararlaştırılan zaman dilimlerinde gerçekleştirilememesi durumunda askıya alınmaktadır. Ayrıca;

- Ölüm,
- Hak sahibinin talebi doğrultusunda programdan ayrılması,
- Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı Başkanlıkları tarafından yapılan değerlendirmeler sonucu,
- Hane içerisinde yaşayan bireylerin bilgi beyanlarında aldatıcı davranışlar içerisinde bulunmaları ve
- Birbirini takip eden dönemde uyumsuzluk nedeni ile askıya alınması durumunda Şartlı Sağlık Yardımı fesih edilmektedir.

Hizmetin şartlı olması, faydalanma süresini belirleme açısından oldukça fayda sağlamaktadır. Sistem üzerinden güncellenen bilgileri sayesinde hak sahipliği sonlandırılabilir. Ayrıca bilgilerin sürekli kontrol edilmesi ve güncellenmesi sayesinde hanelerin yoksulluk durumları ve hizmetin sunumunda sorunlu kesimlere dair bilgiler sistem üzerinden hazır bir şekilde elde edilmektedir.

Şartlı Sağlık Yardımının ihtiyaç sahiplerine ulaştırılmasında kolaylık sağlamak adına 2009 yılı itibari ile öncelikle Ankara pilot il olmak üzere sistem geliştirilmiştir. Şartlı Sağlık Yardımı modülünün hayata geçirilmesine gerekçe niteliği taşıyan hususlar şunlardır:

- Muhtaçlık tespiti için kişinin farklı kurum ve kuruluşları dolaşarak bilgi ve belge toplaması gerekliliği; zaten muhtaç durumda bulunan vatandaşların yol masraflarına katlanması ve ciddi zaman kaybetmesi,
- Yardım programında şartların sağlanıp sağlanmadığının takibi için sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarında bulunan takip formlarının ilgili sağlık kurumlarından onaylanarak Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarına periyodik olarak götürülmesi,
- Sağlık yardımı takibine ilişkin formların yıl boyunca her ay Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarına ilgili sağlık kuruluşlarından onaylanarak teslim edilmesi,

- Kağıt ortamındaki söz konusu formların Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarınca manuel olarak sisteme girilmesi,
- Sosyal yardım başvurusunda bulunan vatandaşların sayısı düşünüldüğünde bu formların Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarının iş yüklerini ciddi anlamda arttırması,
- Sistemde hak sahibi sayısının yüksek olması ve takiplerinin kağıt ortamında fayda sahibi sayısı kadar çoğaltılması sebebiyle önemli ölçüde kağıt israfının oluşmasıdır (Türkiye’de Uygulanan Şartlı Nakit Transferi Programının Fayda Sahipleri Üzerindeki Etkisinin Nitel ve Nicel Olarak Ölçülmesi Projesi Final Raporu, 2012:15).

Modülün geliştirilmesi ile birlikte ihtiyaç sahipleri sadece kimlikleri ile başvuru yapabilmekte ve başvuruya ilişkin bilgiler sistem üzerinden Aile Hekimliği Bilgi Sistemi’nden alınmaktadır. Ayrıca ihtiyaç sahibinin hak edişine yönelik olarak sistematik olarak elde edilen veriler sayesinde ailenin durumu değerlendirilmekte ve her türlü değişiklik gözlenebilmektedir. Bu gözlem sonucunda herhangi bir değişikliğe ilişkin olarak gerekli iş ve işlemler gerçekleştirilmektedir. Başvuru sahibinin Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlık numarasının sistem üzerinden kontrolü sayesinde hizmetten faydalanabilmesi için gerekli şartların devamlılığına bakılmaktadır.

Modülün geliştirilmesi birçok alanda verimliliği arttırmıştır. Özellikle ihtiyaç sahiplerinin hak edişlerine yönelik elde edilen veriler sayesinde israflar ve suiistimler engellenmekte ve sosyal yardımlar gerçekten hak edenlere ulaştırılmaktadır. Böylece hizmet sunumundaki aksaklıklar - hak edişlere yönelik suiistimallerin önüne geçilmesi ve tekrarlı yardımların yapılmasının engellenmesi - olduğunca azalmıştır.

Şartlı Sağlık Yardımı kapsamında nüfusun en yoksul %6 - bu oran 2012’ye ait olup değişme ihtimali vardır - diliminde yer alan ailelerin 0-6 yaş arasındaki çocuklarının düzenli sağlık muayenelerini ve aşılarını yaptırmaları, kontrollerini yaptırdıkları sağlık kliniklerinde verilen sağlık eğitimi programlarına düzenli olarak katılmaları şartıyla düzenli nakdî yardımlar şeklinde yapılmaktadır (ASPB/SYGM, 2012:13).

BÖLÜM 3

3 ŞARTLI SAĞLIK YARDIMINDAN FAYDALANAN SAYISI VE GERÇEKLEŞEN DOĞUM ORANLARI İLE SİVAS İLİ ÖRNEĞİ

Çalışmanın bu bölümünde Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Sosyal Yardımlar Genel müdürlüğü tarafından ihtiyaç sahibi dezavantajlı kişilerde, sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde faydalanabilmek amacı ile oluşturulmaya çalışılan farkındalığa ilişkin veriler sunulmuştur.

Elde edilen veriler ışığında gerçekleşen doğum oranlarına istinaden Şartlı Sağlık Yardımından faydalanan çocuk sayısının oranına ilişkin ayrıntılı değerlendirmeler araştırmanın son bölümünde yer alacaktır.

3.1 Şartlı Sağlık Yardımından Faydalanan Çocuk Göstergeleri

Sivas Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı Başkanlığı tarafından 2011 yılı ile 2016 yılları arasında (2016 dahil) Sivas merkez ve merkeze bağlı köylerde ikamet eden ve Şartlı Sağlık Yardımı hizmetinden faydalanan kişi/çocuk sayılarına ilişkin veriler tabloda sunulmuştur. Tablo 4 ün yorumlamasında kişi/müracaatçı olarak ifade edilen ibare ile anne veya çocuk kastedilmektedir.

Tablo 4: Yıllara Göre Şartlı Sağlık Yardımından Faydalanan Kişi/Çocuk Sayılarına İlişkin Veriler

Yıllar	Kabul	Durdurulan (SGK Tespiti)	Durdurulan (Vakıf Sınırları Dışına Çıkan)	Red	Tamamlandı (Yardım Yaş Üst Sınırı Geçen)
2011	-	93	4	170	786
2012	70	127	19	186	431
2013	176	170	13	227	286
2014	174	73	13	134	95
2015	236	63	16	131	79
2016	276	43	23	132	38

*Kaynakça: Sivas Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı, 2018.

Tablo 5: Yıllara Göre Şartlı Sağlık Yardımından Faydalananlara Ödenen Miktar

Yıllar	Kişi Sayısı	Hane Sayısı	Ödenen Miktar (Bin TL)
2011	1053	1234	335.770,00
2012	833	1572	727.920,00
2013	872	1572	571.260,00
2014	489	1345	507.305,00
2015	525	1243	518.315,00
2016	512	1257	533.890,00

Genel olarak bakıldığında 2011 yılı ile 2016 yılları arasında (2016 dahil) Sivas merkez ve merkeze bağlı köylerde ikamet eden ve Şartlı Sağlık Yardımı hizmetinden faydalanan kişi/çocuk sayısı toplamda **4284** kişidir. Bu hizmetten faydalanan kişilere ise toplamda **3.194.390,00 TL** yardım yapılmıştır.

3.2 Türkiye’de ve Sivas’ta Dünyaya Gelen Çocuk Göstergeleri

2011 yılından 2016 yılına kadar (2016 dahil) hem Türkiye Cumhuriyeti genelinde hem de Sivas ili özelinde gerçekleşen çocuk doğumlarına ilişkin veriler, **Tablo 6**’de sunulmuştur.

Tablo 6: Yıllara göre Türkiye’de ve Sivas’ta dünyaya gelen çocuk sayısı

Yıllar	Türkiye	Sivas	Sivas/ Türkiye
2011	1.237.172	9.812	0,0079
2012	1.286.828	9.727	0,0075
2013	1.283.062	9.337	0,0073
2014	1.337.504	9.384	0,0070
2015	1.333.329	9.139	0,0070
2016	1.309.771	9.007	0,0069

*Kaynakça: Türkiye İstatistik Kurumu, 2018.

Tablo 6 ya bakıldığında **Türkiye’de** 2015 yılından **1.333.329** çocuk dünyaya gelirken **Sivas’ta 9.139** çocuk dünyaya gelmiştir. Sivas’ta dünyaya gelen çocuk sayısı Türkiye’ye oranla 0.0070’tir

3.3 Materyal ve Yöntem

Bu alt bölümde Sivas merkez ve merkeze bağlı köylerde Şartlı Nakit Transferi (ŞNT) kapsamında yapılan yardımlardan yararlanan hanelere yönelik hazırlanan ve ŞNT’nin etkisini ölçmeyi amaçlayan anketin sonuçları verilecek ve bir takım analizler yapılacaktır.

20 Kasım 2018 tarihi itibarıyla Sivas merkez ve merkeze bağlı köylerde bulunan SYD Vakfına kayıtlı 1149 kişi şartlı sağlık yardımı almaktadır. ŞNT yardımları anneler vasıtasıyla hak sahiplerine ulaştırılmaktadır. Anne yoksa velisi veya vasisi olan kişiye yardım verilmektedir. Dolayısıyla, ŞNT uygulamasıyla ilgili anketin ana kütlesi (evreni) **1.149**’dur.

Toplam 31 sorudan oluşan bu anket, Sivas Merkez ve merkeze bağlı köylerden tesadüfi olarak seçilen **300** kişiyle yüz yüze görüşme tekniği uygulanarak yapılmıştır.

Anket Formlarında yer alan sorular büyük ölçüde kapalı uçlu olarak hazırlanmış ve anket uygulanacak kişilerin eğitim düzeylerinin yetersiz olma olasılığı dikkate alınarak anket sorularının olabildiğince yalın ve anlaşılır olmasına dikkat edilmiştir.

Anket uygulanacak kişilerin Sivas SYD vakfına başvuru için gelen şartlı sağlık yardımından faydalanan kişilere uygulanmış olup böylece daha doğru bilgilere ulaşılması hedeflenmiştir.

Anket sonuçları, sosyal bilimler alanından yaygın olarak kullanılan ve adının “Statistical Package For Social Sciences” (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi) ilk harflerinden alan SPSS V22 istatistiksel analiz programı kullanılarak analiz edilmiştir. Ankette kullanılan değişkenler ise frekans yöntemi ve ki-kare analizi kullanılarak test edilmiştir.

3.4 Araştırma Bulguları

Yapılan çalışmada Sivas Merkez ve Merkeze bağlı köyler de ki tesadüfi seçilen 300 katılımcılara ilişkin veriler tablo 7 de sunulmuştur.

Tablo 7: Yararlanıcıların Yaş Durumu

Yaş	Frekans	Yüzde
16-25	46	15,3
26-35	114	38
36-45	94	31,3
46-55	44	14,7
56 ve üstü	2	0,7
Toplam	300	100,0

Tablo 7 incelendiğinde Yararlanıcıların %38'i 26- 35 yaş aralığında olup 114 kişi olarak bulunmuştur.

Tablo 8: Yararlanıcıların Eğitim Durumu

Eğitim	Frekans	Yüzde
Okuryazar değil	38	12,7
Okuryazar	41	13,7
İlkokul	96	32
Ortaokul	57	19
Lise	63	21
Yüksekokul	4	1,3
Diğer	1	,3
Toplam	300	100,0

Tablo 8'e göre ŞNT den yararlananların eğitim düzeyinin genel olarak düşük olduğu söylenebilir. Çünkü yararlanıcıların %32'si ilkokul eğitimi almıştır. Bunları %21 ile lise ve %19 oranıyla ortaokul eğitimi alanlar takip etmiştir.

Tablo 9: Yararlanıcıların Medeni Hali

Medeni Hali	Frekans	Yüzde
Evli	256	85,3
Boşanmış	35	11,7
Dul	9	3,0
Toplam	300	100,0

Tablo 9’da Şartlı sağlık yardımından faydalananların %85,ü evli kişilerden oluşmaktadır.

Tablo 10: Yararlanıcıların Hane Büyüklüğü

Hanede Yaşayan Kişi Sayısı	Frekans	Yüzde
0-2	26	8,7
3-4	138	46
5-6	103	34,3
7 ve üzeri	33	11
Toplam	300	100,0

Tablo 10’a göre yararlanıcıların hane büyüklüğü %46 ile 3 -4 kişi yani çekirdek aile olarak yaşayan anne baba ve çocuklardan oluşmaktadır. Bunu %34,3 ile 5-6 kişi yaşayan aileler takip etmektedir.

Tablo 11: Yararlanıcıların İş Durumu

Hanede Reisin Düzenli Bir İşi Var Mı?	Frekans	Yüzde
Var	63	21,0
Yok	237	79,0
Toplam	300	100,0

Tablo 11’e göre yararlanıcıların %79’u hane reisinin düzenli bir işi olmadığını ifade etmişlerdir. Düzenli bir işi olan hane reisinin oranı ise %21’dir. Bu durum işsizlikle yoksulluk arasında çok yakın ilişki olduğunu göstermektedir.

Tablo 12: Yararlanıcıların Geçim Kaynağı

Hanenizin Geçim Kaynağı	Frekans	Yüzde
Tarım	20	6,7
Hayvancılık	11	3,7
Tarım Hayvancılık	2	,7
Ücret maaş	57	19
Geçici mevsimlik	109	36,3
Yardım destekler	81	27
Diğer	20	6,7
Toplam	300	100,0

Daha öncede belirtildiği gibi ŞNT'den yararlananların büyük çoğunluğunun hane reisinin düzenli bir işi bulunmamaktadır. Tablo 12'ye göre %36,3'lük orandan da anlaşılacağı gibi geçimlerini daha çok geçici (mevsimlik – inşaat) işlerde çalışarak sağlamaktadırlar. Bu oranı %27 oranıyla yardım ve desteklerle geçinenler takip etmektedir.

Tablo 13: Yararlanıcıların Gelir Durumu

Hanenizin Gelir Durumu	Frekans	Yüzde
Gelir giderden az	233	77,7
Gelir Gidere Denk	64	21,3
Geliri Giderden fazla	3	1
Toplam	300	100,0

Tablo 13'e göre ŞNT'den faydalananların % 77,7'si aylık gelirinin giderinden daha az olduğunu ifade etmişlerdir. Geliri gidere denk olanlar %21,3 geliri giderden fazla olanların oranı ise sadece %1'dir.

Tablo 14: Yararlanıcıların Emekli, Dul, Yetim, Sakatlık Maaşı Alma Durumu

Hanenizde Emekli Dul Yetim Sakatlık Maaşı Alan Var Mı?	Frekans	Yüzde
Yok	210	70
Kendim	29	9,7
Eşim	31	10,3
Çocuğum	18	6
Annem-babam	7	2,3
Diğer	5	1,7
Toplam	300	100,0

Tablo 14'e göre yararlanıcıların %70'i Emekli, Dul, Yetim, Sakatlık Maaşı almamaktadır. %10,3'ü eşinin, %9,7'si kendisinin aylık aldığını ifade etmiştir.

Tablo 15: Yararlanıcıların Sağlık Giderlerini Karşılama Durumu

Sağlık Sorunlarınızı Nasıl Gideriyorsunuz?	Frekans	Yüzde
Karşılayamıyorum	12	4
GSS (Yeşilkart)	226	75,3
Kendi kazancımla	62	20,7
Toplam	300	100,0

Tablo 15'e göre ŞNT yararlanıcılarının %75,3'ü Genel Sağlık Sigortası (GSS) prim ödemeyen eski ismiyle Yeşilkart sahipleri oluşturmaktadır. %20,7'si kendi kazancı ile % 4 ise karşılayamadığını ifade etmiştir.

Tablo 16: Yararlanıcıların Yardım ve Destek Aldığı Kurumlar

Alınan yardım destekler	Frekans	Yüzde
Valilik (SYDV)	270	90
Kızılay	1	,3
Belediye	4	1,3
Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü	21	7
Hiçbiri	4	1,3
Toplam	300	100,0

Tablo 16’da ŞNT’den faydalananların %90’ı Valilikten (SYDV), %7’si Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğünden yardım aldığını ifade etmiştir. Bu durumda en çok yardımı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarından aldıkları görülmektedir.

Tablo 17: Yararlanıcıların Sosyal Yardımlaşma Ve Dayanışma Vakfından (SYDV) Yardım Ve Destek Alma Durumu

Alınan yardım destekler	Frekans	Yüzde
Sağlık Yardımı	300	100
Eğitim	130	44
Gıda	85	28,3
Yakacak	208	69,3
Proje Destek	5	1.6

Tablo 15’e Fayda sahiplerinin SYDV’den aldıkları yardım birden fazla seçenek ile ifade edilmiştir. Hesaplama yapılırken ankete katılan 300 kişi üzerinden yüzdelik hesabı yapılmıştır. ŞNT’den yararlananların %100’ü Şartlı Sağlık, %44’ü Şartlı Eğitim, %28,3’ü Gıda, %69,3’ü Yakacak, %1,6’sı proje destek yardımı aldığını ifade etmiştir.

Tablo 18: Yararlanıcıların ŞNT’nin Ne Demek Olduğunu Bilme Durumu

ŞNT Ne demektir biliyor musunuz?	Frekans	Yüzde
Evet biliyorum	191	63,7
Hayır bilmiyorum	109	36,3
Toplam	300	100,0

Tablo 18’de fayda sahiplerinin %63,7’si ŞNT’nin ne demek olduğunu bildiğini ifade etmiş, %36,3’ü ise bilmediğini çocuk parası, bez parası, süt parası vb. diyerek başvurduklarının belirtmiştir.

Tablo 19: Yararlanıcıların ŞNT İçin Nereye Başvuru Yapacağını Bilme Durumu

ŞNT için nereye başvuru yapılacak biliyor musunuz?	Frekans	Yüzde
Evet biliyorum	258	86
Hayır bilmiyorum	42	14
Toplam	300	100,0

Tablo 19’da fayda sahiplerinin %86’sı ŞNT için nereye başvuru yapacağını bildiğini ifade etmiş, %14’ü ise başvuru yapılacak yeri bilmediklerinin SYD Vakfına geldikleri zaman öğrendiklerinin beyan etmişlerdir.

Tablo 20: Yararlanıcıların ŞNT İle İlgili Bilgiyi Nasıl Kimden Öğrendiği

ŞNT yi kimden/nerden öğrendiniz?	Frekans	Yüzde
Köy/Mahalle muhtarı	31	10,3
Cami İmamı	2	,7
Okul Müdürü/Öğretmen	41	13,7
Ebe/Hemşire/Doktor	17	5,7
Televizyon/Gazete	17	5,7
Belediye	8	2,7
Valilik/Kaymakamlık (SYDV)	184	61,3
Toplam	300	100,0

Tablo 20 ‘ye göre ŞNT’den yararlananların büyük çoğunluğu (61,3), ŞNT ile ilgili bilgiyi Valilik (SYDV) ten öğrendiğini beyan etmiştir.

Tablo 21: Yararlanıcıların ŞNT Sözleşmesi Hakkında Bilgi Sahibi Olup Olmadığı

ŞNT Sözleşmesi Hakkında Bilginiz Var Mı	Frekans	Yüzde
Evet biliyorum	111	37
Hayır bilmiyorum	189	63
Toplam	300	100,0

Tablo 21’de “ŞNT sözleşmesi hakkında bilginiz var mı?” sorusuna verilen cevapta %63’ünün ŞNT sözleşmesinin hakkında bilgisi olmadığını belirtmiştir.

Tablo 22: ŞNT Sözleşmesinin Hangi Tarihlerde Yapıldığı

ŞNT Sözleşmesi Hangi Tarihlerde Yapılıyor ?	Frekans	Yüzde
Evet biliyorum	77	25,7
Hayır bilmiyorum	223	74,3
Toplam	300	100,0

Tablo 22’ye göre fayda sahiplerinin %74,3 gibi büyük çoğunluğu ŞNT sözleşmesinin hangi tarihte yapıldığını bilmediğini belirtmiştir.

Tablo 23: ŞNT Sözleşmesinin Okunup Okunmadığı

ŞNT Sözleşmesini Okudunuz Mu?	Frekans	Yüzde
Evet Okudum	42	14
Hayır Okumadım	258	86
Toplam	300	100,0

Tablo 23'e göre fayda sahiplerinin %86,0'ı ŞNT sözleşmesini okumadan imzaladığı ifade etmiştir.

Tablo 24: ŞNT Yardımından Faydalanmak İçin Nüfusa Kaydettirilen Çocuk Olup Olmadığı

ŞNT Yardımından Faydalanmak İçin Nüfusa Kaydettirdiğiniz Çocuğunuz Var Mı?	Frekans	Yüzde
Var	35	11,7
Yok	265	88,3
Toplam	300	100,0

Tablo 24'de Nüfusa kayıtlı olmadığı halde Şartlı Nakit Transferi (ŞNT) kapsamında yapılan yardımlardan 'sağlık' yardımından faydalanmak için nüfusa kaydının yaptırdığını çocuğunuz var mı? sorusuna yararlanıcıların % 11,7'si var cevabını vermiştir. Çok yüksek bir oran olmamakla birlikte ŞNT uygulamasının nüfusun kayıt altına alınması şeklindeki bir amaca hizmet ettiği söylenebilir.

Tablo 25: ŞNT Yardımından Faydalanmak İçin Resmi Nikah Yaptırıp Yaptırmadığı

ŞNT Yardımından Faydalanmak İçin Resmi Nikah Yaptırdınız Mı	Frekans	Yüzde
Evet yaptırım	20	6,7
Hayır zaten resmi nikahlıydım	280	93,3
Toplam	300	100,0

Resmi nikahlı olmadığınız halde, Şartlı Nakit Transferi (ŞNT) kapsamında yapılan yardımlardan faydalanmak için resmi nikah yaptırdınız mı? Sorusuna yararlanıcıların % 6,7'si (20 kişi) evet cevabını vermiştir. Kalan % 93,3'ü zaten resmi nikahlıydım cevabının vermiştir

Tablo 26: ŞNT Yardımına Başvurduktan Ne Kadar Süre Sonra Yardım Alabildiği

ŞNT Yardımına Başvurduktan Ne Kadar Süre Sonra Yardım Alabildiniz ?	Frekans	Yüzde
1-2 ay	143	48,3
3-4 ay	120	40
5-6 ay	35	11,7
Toplam	300	100,0

Tablo 26’da yararlanıcılar % 48,3 oranıyla başvurduktan 1-2 ay sonra yardım alabildiği ifade edilmiştir.

Tablo 27: ŞNT Yardımından Aldığınız Tutar

ŞNT Yardımından Aldığınız Tutar Ne Kadar?	Frekans	Yüzde
0-40 TL	77	25,7
41-80 TL	102	34
81-120 TL	59	19,7
121-160 TL	62	20,7
Toplam	300	100,0

Tablo 27’e göre yararlanıcıların % 34’ü 41-80 TL yardım aldıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 28: ŞNT Yardımından Faydalanan Bebeğinizin/Çocuğunuzun Ayı/Yaşı

Bebeğiniz/Çocuğunuz Kaç Aylık/Yaş	Frekans	Yüzde
0-1 yaş	44	14,7
2-3 yaş	106	35,3
4-5 yaş	47	15,7
6 yaş ve üstü	103	34,3
Toplam	300	100,0

Tablo 28’e göre fayda sahiplerinin çocuklarının en yüksek % 35,3 oranıyla 2-3 yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 29: Bebeğinizi Doğumdan Sonra Sağlık Kuruluşuna Götürme Nedeniniz

Bebeğinizi Doğumdan Sonra Sağlık Kuruluşuna Götürme Nedeniniz	Frekans	Yüzde
Hastaneye işitme – tarama testi için	35	11,7
Sağlık ocağına kayıt yaptırmak için	67	22,3
Hastaneye hasta olduğu için	28	9,3
Sağlık ocağına aşı yaptırmaya	80	26,7
Sağlık ocağına topuk kanı aldırmaya	74	24,7
Diğer	16	5,3
Toplam	300	100,0

Tablo 29' göre fayda sahipleri “**Bebeğinizi Doğumdan Sonra Sağlık Kuruluşuna Götürme Nedeniniz?**” sorusuna % 26,7'si sağlık ocağına aşı yaptırmaya % 24,7'si sağlık ocağına topuk kanı aldırmaya cevabını vermişlerdir.

Tablo 30: Alınan Yardım Parasının Tatmin Edici Olup Olmadığı

Aldığınız Çocuk Parası Yardımı Tatmin Edici Mi?	Frekans	Yüzde
Evet	49	16,3
Hayır	251	83,7
Toplam	300	100,0

Tablo 30'da alınan yardım parasının % 83,7 oranıyla tatmin edici olmadığı ifade edilmiş, % 16,3 oranıyla tatmin edici olduğu ifade edilmiştir.

Tablo 31: Aldığınız Yardımların Kesilme Durumu Olup Olmadığı

Daha Önce Aldığınız Yardımların Kesilme Durumu Oldu Mu?	Frekans	Yüzde
Evet	94	31,3
Hayır	206	68,7
Toplam	300	100,0

Tablo 31'de alınan yardımların % 31,3'ü yardımların kesildiğini belirtmiş, % 68,7'si herhangi bir kesilme olmadığını ifade etmiştir.

Tablo 32: Aldığınız Yardımların Kesilme Nedeni

Aldığınız Yardımın Kesilme Nedeninin Belirtiniz	Frekans	Yüzde
Çocuğumun düzenli olarak aşısını yaptırmadım	5	1,7
Çocuğu iki ay üst üste sağlık ocağına götürmedim	11	3,7
Eşim/haneden biri sigortalı bir işte çalışmaya başladı	74	24,7
Diğer	4	1,3
Toplam	94	31,3

Tablo 32'e göre % 31,3 oranında alınan yardımların kesildiği görülmektedir. Bu kesintinin sebepleri ise şöyledir; % 24,7oranıyla eşi ya da haneden herhangi biri sigortalı bir işte çalışmaya başladığı için, % 3,7'sinin çocuğunun iki ay üst üste sağlık ocağına düzenli olarak götürmediği için, % 1,7'sinin düzenli aşısının yaptırmadığı için, % 1,3'ünün de başka sebeplerden (vakıf sınırları dışına çıkma, 6 ay boyunca paranın hesaptan çekilmemesi vb.) kesildiğini belirtmiştir.

Tablo 33: Yapılan Yardımların Yaşam Kalitesine Etkisi

Yapılan Yardımlar Yaşam Kalitenizde Herhangi Bir Düzelmeye Sebep Oldu Mu?	Frekans	Yüzde
Evet oldu	195	65
Hayır olmadı	105	35
Toplam	300	100,0

Tablo 33'e göre "ŞNT kapsamında Yapılan Yardımlar, sizin ve çocuklarınızın (eğitim, sağlık, beslenme, vb.) Yaşam Kalitesinde Herhangi Bir Düzelmeye Sebep Oldu Mu?" sorusuna % 65'i evet oldu, %35'i hayır olmadı cevabını vermiştir. Yapılan yardımların yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisi bulunduğu şekliinden yorumlanabilir.

Tablo 34: Yapılan Yardımların Devam Etmesini İsteyip İstememesi

Bu Tür Yardımların Devam Etmesini İster Misiniz?	Frekans	Yüzde
Evet devam etmesini isterim	293	97,7
Hayır devam etmesin. Çünkü hiçbir faydası yok	7	2,3
Toplam	300	100,0

Tablo 34'e göre Yararlanıcıların % 97,7'si ŞNT yardımlarının devam etmesini istediklerini belirtmişlerdir. Hiçbir faydasının olmadığını düşünen değerlendirdikleri için devam etmesini istemeyenlerin oranı sadece % 2,3'tür.

Tablo 35: “Yoksulluğun ortadan kaldırılması için sizce devlet öncelikle ne yapmalıdır?”

Öncelik	Devlete düşen görev	Yüzde
1	Yoksullara iş verilmelidir.	30,0
2	Yoksullara aylık nakdi (para) yardımı yapılmalıdır.	21,4
3	Yoksullara ayni (yiyecek, giyecek, yakacak vb) yardımı yapılmalıdır.	20,0
4	Yoksulların yeni meslekler öğrenmesi için kurslar düzenlenmelidir.	17,8
5	Yoksullara kendi işlerini kurabilmeleri için ucuz kredi verilmelidir.	10,8
Toplam	300	100,0

Tablo 35'de “Yoksulluğun ortadan kaldırılması için sizce devlet öncelikle ne yapmalıdır?” sorusuna %30 oranında yoksullara devlet öncelikle iş vermeli denilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Sosyal devlet anlayışı, yurttaşlarının ihtiyaç düzeylerine göre çeşitli politikalar planlayıp uygulayarak asgarî düzeyde fayda sağlamaktır. Tüm ihtiyaçların karşılanmasından ziyade temel yaşam ihtiyaçlarının karşılanmasını temel alır.

Birçok ülkede gelişmişlik düzeyine göre ihtiyaçların asgarî düzeyde karşılanmasında devletin sosyal yardımları önemli bir yere sahiptir. Özellikle sosyal politikalar eşliğinde sunulan hizmetlerin ihtiyaçların giderilmesindeki rolü zaman zaman hayati öneme sahip olabilmektedir. Ancak daha önce de belirtildiği üzere sosyal yardımların amacı, ihtiyacın asgarî düzeyde giderilip ihtiyaç sahiplerini kendi ihtiyaçlarını karşılayabilecek yeterliliğe sahip olmasına teşvik etmektir. Bu nedenle birçok yardım türünden miktarının az olmasından dolayı şikayet edilmektedir.

Bu çalışmada da görüldüğü üzere yardım miktarı az ama yaşam koşullarına bir miktar da olsa etki ettiği görülmüştür. Devlet politikası olan sosyal yardımların amacına ulaşmış olduğu görülmektedir.

Sivas'ta ekonomik anlamda bu derece bir yoksulluk olması, ihtiyaç sahiplerinin devlet yardım kanallarına yönlendirmektedir. Devlet eliyle yapılan yardımlarda çeşitli kriterlerin aranması, yardım sayısını etkilemektedir. Kriterler arasında yer alan gelir kriteri, birçok ailenin Şartlı Sağlık Yardımından faydalanma durumunu etkilemektedir. Sivas'ta ekonomik anlamda ifade ettiği ekonomik yoksulluk, dört kişilik bir aile için belirlenen açlık sınırının altında olan gelirleri ile alakalıdır. Asgarî ücretli bir çalışanın ve ailesinin açlık sınırının altında yaşaması / yaşamaya çalışması, yoksul olarak adlandırılmasına neden olmaktadır.

Çocukların büyüme çağından eşitlik sağlamak ve ihtiyaçlarını karşılamada aileye destek olmak amacıyla birçok gelişmekte olan ülkede ve yaygın olarak kullanılan ŞNT uygulamasında, yardımların anneler vasıtasıyla çocuklara ulaştırılarak annenin aile içerisinde güçlenmesi hem de çocukların yardımdan daha fazla faydalanması hedefinin büyük ölçüde gerçekleştiği söylenebilir.

2008 yılında yapılan Aydın ili ŞNT uygulamasında “**Hanede Yaşayan Kişi Sayısı**” sorusuna verilen cevapta en yüksek değer olan hanelerin %43’ünde 5-6 kişi yaşamakta iken (Karakoyun, 2008:125), 2019 yılı Sivas ili ŞNT uygulamasında en yüksek değer %46 ile 3-4 kişilik ailelerin olduğu görülmektedir. Ayrıca Aydın ilinde yapılan ŞNT uygulamasında 7 ve üstü hanelerin oranı %27,7 iken Sivas ili ŞNT uygulamasında bu oran %11 olarak tespit edilmiştir. Böylece yıllar içerisinde ortalama hane büyüklüğünde azalma olduğu sonuca ulaşılmıştır.

Bir başka örnekte ise; Aydın ili ŞNT uygulamasında “**Eğitim Durumu**” sorusuna verilen cevapta % 60,4 ile ilkokul,% 8 ile lise mezunu iken (Karakoyun, 2008:124), Sivas ili ŞNT uygulamasında % 32 ile ilkokul, % 21 ile lise mezunu bulunmaktadır. Mezuniyet derecesinde ki farklılıkta 2012-2013 eğitim öğretim yılında uygulanmaya başlayan 12 yıllık zorunlu eğitimin etkisinden bahsedilebilir.

Anketlerden de anlaşıldığı gibi sosyal yardımların yoksulluğu azaltmada önemli katkısı olduğu bulunmuştur. Ama tek başına yeterli değildir. Bu durumum sosyal devlet olmanın gereğidir. Sadece yardımlarla kalmayıp işsizliği azaltmak ve istihdam artırmak için gerekli tedbir alınıp çalışmalar yapılmalıdır. Nitekim *Yoksulluğun ortadan kaldırılması için sizce devlet öncelikle ne yapmalıdır?* Sorusuna ankete katılanların %30’u yoksullara iş verilmelidir seçeneğini birinci öncelik olarak işaretlemiştir.

Özellikle çocukların eşit şartlarda yetişmeleri ve yoksulluğun aile mirası olmaması için etkili bir yöntem olan ŞNT uygulamaları sürdürülmelidir. Nitekim anket uygulamasına katılan fayda sahiplerinin %97,7 gibi çok yüksek bir oran ile ŞNT kapsamında yapılan yardımların devam etmesini isteyip, %65’inin de *yapılan yardımın yaşam kalitesinde herhangi bir düzelmeye sebep oldu mu* sorusuna evet cevabının vererek ŞNT yardımların katkısına dikkat çekmiştir.

Sonuç olarak yoksullukla mücadele sosyal devlet olma, gelişmiş ve gelişmekte olan bütün devletlerin ilk ve en öncelikli konusudur. Yoksullukla mücadelenin tek bir yöntemi, tek tarafı yoktur. Toplum olarak hep birlikte hareket edilmelidir. Farklı ülkelerde uygulanan başarı elde etmiş yöntemler kullanılabilir.

Şartlı Nakit Transferi de bu yöntemlerden sadece biridir. Fakat doğru kullanıldığı takdirde daha verimli olacaktır. Sadece yardımlarla geçinmeyi değil insanların çalışmasını üretmesini hedefleyecek ve yaşadığı hayattan tat alacak şekilde kendini gerçekleştirme yönünde de destekler verilmelidir. Eğitim seviyesi artan bir toplumun bilinçlenerek hedef ve idealleri doğrultusunda hayat yaşaması yoksulluğun azalmasına sebep olacaktır. Tabii ki ülkelerin bulunduğu coğrafya yer altı zenginlikleri iklim vb. çevresel faktörlerde yoksulluğun temel sebeplerinden olup değiştirilemez etkenlerdir. Yoksulluğu azaltmak için farklı yöntemler arayışı sürdürülmelidir.



KAYNAKÇA

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü (2012), Türkiye’de Uygulanan Şartlı Nakit Transferi Programının Fayda Sahipleri Üzerindeki Etkisinin Nitel ve Nicel Olarak Ölçülmesi Projesi Final Raporu, Ankara.

Akdağ, Recep (2008), Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:770, Ankara.

Akdur, Recep (1999), Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması, A.Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara.

Akdur, Recep (2003), “Sağlık Sektörü”, Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu, Ankara; Akt: Akdur, Recep, Ocaktan, Esin ve Özdemir, Oya (2003), Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupa’da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası Cilt 56, Sayı 4.

Altinyollar, Hülya ve Güleriyüz, İsmail. (2002), Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, Sağlık Personeli İçin Temel Mevzuat, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara; Akdur, Akt: Recep, Ocaktan, Esin ve Özdemir, Oya (2003), Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupa’da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası Cilt 56, Sayı 4.

Aydın, Sabahattin (2008), Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:770, Ankara.

Bakır, Mehmet (2005), Erişkinde Aşılama; Edt.: Usluer, Gaye, Leblebicioğlu, Hakan ve Ünal, Serhat, Aşılama ve Profilaksi El Kitabı, Bilimsel Tıp Kitapevi, s. 27–45.

Balta, Ecehan (2012), Herkes İçin Sağlıktan Paran Kadar Sağlığa: Türkiye’de Sağlık Politikalarının Neoliberal Dönüşümü, Praksis.

Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Teşvik Fonu, Şartlı Nakit Transferi El Kitabı, Proje Koordinasyon Birimi, Ankara.

Bardakçı, Murat (2013), İlk Tıp Fakültesinde Kadavra İçin İmama Rüşvet Teklif Edildi, <http://www.haberturk.com/yasam/haber/861489-ilk-tip-fakultemizde-kadavra-icin-bir-imama-rusvet-teklif-edilmisti>

Global health promotion scaling up for 2015 – A brief review of major impacts and developments over the past 20 years and challenges for 2015, WHO Secretariat Background Document for the 6th Global Conference on Health Promotion in Bangkok, Thailand, 7-11 August 2005, http://www.who.int/healthpromotion/conference/6gchp/hpr_conference_background.pdf, (Erişim tar:19.07.07),; Akt: Gögen, Sibel, Mollahaliloğlu, Salih ve Yardım, Nazan (2009), Sağlık Geliştirilmesi (Health Promotion): Dünyada ve Türkiye’de Mevcut Durum, İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 25.11.2009.

Gögen, Sibel, Mollahaliloğlu, Salih ve Yardım, Nazan (2009), Sağlık Geliştirilmesi (Health Promotion): Dünyada ve Türkiye’de Mevcut Durum, İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 25.11.2009.

Karakoyun, İlhan (2008), Türkiye’de 1980 Sonrasında Uygulanan Yoksullukla Mücadele Programları: Sosyal Riski Azaltma Projesi (Srap) Örneği – Aydın İli Doktora Tezi, T.C. Adnan Menderes Üniversitesi, Tez No: 219900, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Aydın.

Kasapoğlu, Aytül (2016), Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü, Sosyoloji Araştırmaları Dergisi, Cilt 19, Sayı 2.

Keyder, Çağlar (2007), “Giriş” Keyder, Ç. vd. (der.), Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar içinde, İletişim Yayınları, İstanbul.

Koçak, Nuran Avcı (1994), Ana ve Çocuk Sağlığına Hizmet Eden Sağlık Kuruluşlarının Verdikleri Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Hizmetleri Açısından İncelenmesi, Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Programı Doktora Tezi,

T.C. Hacettepe Üniversitesi, Tez No: 40953, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Kwinta, Przemko, Klimek, Mabgorzata, Mitkowska, Zofia and Pietrzyk, Jacek (2004), Hepatitis B vaccination in preterm infants - three year follow-up, *Med Sci Monit*, s. (10):48–52.

Milli Eğitim Bakanlığı (2013), Bedensel ve Süreğen Hastalıklar, Çocuk Gelişimi ve Eğitimi, Ankara.

Orenstein, Walter, Wharton, Melinda, Bart, Kenneth and Hinman, Alan (2000), Immunization; Eds.: In: Mandell, Gerald L, Bennet, John and Dolin, Raphael, Principles and practice of infectious diseases. 7. ed., Philadelphia: Churchill Livingstone: A Hartcourt Health Sciences Company, s. 3917–51.

Ortakaya, Ahmet Fatih (2009), ŞNT Programı İçin Yapılan Başvuruların Zaman Serileri ile Modellenmesi, Uzmanlık Tezi, SYDGM, Ankara; Akt: UZUN, Ceren Büşra (2012), Türkiye’deki Şartlı Nakit Transferi Yardımlarının Bölgesel Dağılımı, Sosyal Politika Çalışmaları, Yıl 12, Cilt 7, Sayı 28.

Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986, WHO/HPR/HEP/95.1, <http://www.paho.org/English/AD/SDE/HS/OttawaCharterEng.pdf>

Özcan, Salih, Şahin, Ayhan ve Zengin, Eyüp (2012), Türkiye’de Sosyal Yardım Uygulamaları, Celal Bayar Üniversitesi İ.İ.B.F Yönetim ve Ekonomi, Cilt 19, Sayı 2, Manisa.

Plotkin, Stanley (2013), Plotkin Stanley A Short History Of Vaccination; Eds.: In: Plotkin Stanley, Orenstein, Walter, Offit Paul, Vaccines, 6. ed. Saunders Elsevier, s. 1–13.

Resmi Gazete (1976), 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanmasına Hakkında Kanun, Yayın Tarihi: 10/07/1976 tarih ve 15642 sayılı, Ankara.

Resmî Gazete (1983), 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu, Yayın Tarihi: 27/05/1983 tarih ve 18059 sayılı, Ankara.

Resmî Gazete (1986), 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu, Yayın Tarihi: 14/06/1986 tarih ve 19134 sayılı, Ankara.

Resmi Gazete (2005), 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu, Yayın Tarihi: 15/07/2005 tarih ve 25876 sayılı, Ankara.

Sayın, Yrd. Doç. Dr. K. Şevket ve Yeginboy, Yrd. Doç. Dr. E. Yasemin (2008), Cumhuriyet Döneminden Günümüze Sağlık Politikaları ve Sorunları, 2.Ulusal İktisat Kongresi, DEÜ İİBF İktisat Bölümü, İzmir.

Sönmez, Mustafa (2012), “Sağlığa Harcadıkça Sağlıklı mı Oluyoruz?”, Arslanoğlu, İlnur (der), Tıp Bu Değil içinde s.155-163, İthaki, İstanbul.

Şener, Ülkü (2010), Yoksullukla Mücadelede Sosyal Güvenlik, Sosyal Yardım Mekanizmaları ve İş Gücü Politikaları, Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2004), Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerini Sunan Kuruluşlar.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2008/14 sayılı Genelge.

Tezer, Hasan (2006), Difteri-Boğmaca-Tetanoz Aşıları, Katkı Pediatri Dergisi, s. 573–89.

Topaç, Osman (2015), Aşı ile Önlenebilir Hastalıklar; Edt.: Ertem, Melikşah ve Çan, Gamze, 2014 Türkiye Sağlık Raporu, 1. Baskı, Edirne, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, s. 77–85.

Töreci, Kurtuluş (2012), Aşıların Tarihçesi; Edt.: Badur, Selim, ve Bakır, Mustafa, Aşı Kitabı, 1. Baskı, İstanbul, Ekspres Basımevi, s. 1–12.

Uzun, Ceren Büşra (2012), Türkiye’deki Şartlı Nakit Transferi Yardımlarının Bölgesel Dağılımı, Sosyal Politika Çalışmaları, Yıl 12, Cilt 7, Sayı 28.

Ünlütürk Ulutaş, Çağla (2011), Proleterleşme ve Profesyonelleşme Tartışmaları Bağlamında Türkiye’de Sağlık Emek Sürecinin Dönüşümü, Notabene Yayınları, Ankara.

Wood, Nicholas and McIntyre, Peter (2008), Pertussis: review of epidemiology, diagnosis, management and prevention, Paediatr Respir Rev. S. 9(3):201–11.

www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13618

www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10923, 2011 doğum istatistikleri.

www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13618, 2012 doğum istatistikleri.

www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16048, 2013 doğum istatistikleri.

www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18621, 2014 doğum istatistikleri.

www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21514, 2015 doğum istatistikleri.

www.nufus.mobi/turkiye/dogum/sivas, 2015 doğum istatistikleri.

www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24647, 2016 doğum istatistikleri.

www.sivasirade.com/haber/2016-da-9-bin-bebek-dogdu-15344.html, 2016 doğum istatistikleri.

Yılmaztürk, Aysun (2013), Türkiye’de Sağlık Reformlarının Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Küresel Niteliğinin Değerlendirilmesi, Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi I.

Yörük, Fügen (2008), İmmünoprofilaksi; Edt.: Topçu, Ayşe, Söyletir, Güner ve Doğanay, Mehmet, Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi, Nobel Tıp Kitapevleri, s. 491–503.

EKLER:

T.C.
AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI
SOSYAL YARDIMLAR GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
SİVAS
SOSYAL YARDIMLAŞMA VE DAYANIŞMA VAKFI
ŞARTLI SAĞLIK YARDIMI BAŞVURU FORMU



Çocuk İle İlgili Bilgiler	
T.C. Kimlik No	
Adı	
Soyadı	
Doğum Tarihi	
Cinsiyeti	
Sağlık Durumu (Varsa Özur/Hastalık durumu)	
Daha Önce Aşıları Yapıldı mı?	
Kayıtlı Olduğu Sağlık Kurumu Bilgileri	
İl	
Köy/Mahalle	
Adı	
Aile Hekimi Onay Adı-Soyadı İmza	



T.C.
AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI
SOSYAL YARDIMLAR GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
SİVAS
SOSYAL YARDIMLAŞMA VE DAYANIŞMA VAKFI
BAŞVURU BEYAN VE SORGU İZİNİ FORMU



Başvuru Tarihi: / / 201...

Sivas ilinde ikamet etmekteyim. Aşağıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ediyorum. Gerekli inceleme ve araştırmaların yapılması ile gerçeğe aykırı beyanımın tespiti halinde yasal sorumluluğu kabul ediyorum.

Belirtmiş (işaretlemiş) olduğum talebin değerlendirilmesini arz ederim.

Gelir Testi Sosyal Güvenceli / Sosyal Yardım Şehit Yakını-Gazi / Sosyal Yardım

NOT: Başvuru sahibinin kimlik fotokopisini ve hanedeki emekli kişilerin maaş bordrosunu ekleyiniz.

BAŞVURU SAHİBİNE AİT BİLGİLER					
T.C. KİMLİK NO:				İMZA	
Ad - Soyad:					
Adres:					
Cep Tel:					
BEYAN BÖLÜMÜ					
İKAMET ETTİĞİ KONUTA AİT BİLGİLER					
Ev Sahibi	Kira	Kira ise tutarı	TL	Bakım karşılığı	Diğer
Konut türü:	Apartman dairesi		Gecekondu		Diğer
Konutun ısınma şekli:	Oda sayısı:				
Kaç yıldır Sivas ilinde yaşamaktasınız?					
BAŞVURU SAHİBİNE VE KONUTTA BİRLİKTE YAŞADIĞI KİŞİLERİN TÜMÜNE AİT MENKUL VE GAYRİ MENKUL DURUMU					
Gayrimenkul veya menkule sahip olan kişinin Adı Soyadı	Gayrimenkul veya menkulün türü (Ev, Araba, Arsa, vb.)	Mesken veya tarla ise kaç m2 olduğu (Arsa, tarla, vb.)	Araç ise marka ve modeli (Otomobil, kamyon)		Tahmini değeri (TL)

HANEDE YAŞAYAN TÜM BİREYLERE AİT BİLGİLER (LÜTFEN EKSİKSİZ DOLDURUNUZ)					
Ad - Soyad	Yakınlığı	Yaşı	Mesleği	Eğitim Durumu	Gelir
HANEDE YAŞAYAN TOPLAM KİŞİ SAYISI			HANENİN TOPLAM AYLIK GELİRİ		

SORGU İZİN BÖLÜMÜ

Vakfınıza,

- > Sosyal yardım ve projje destek programlarından faydalanmak,
- > Genel Sağlık Sigortası uygulaması kapsamında gelir testi yaptırmak,
- > 2022 sayılı kanun uyarınca verilen aylıklardan faydalanmak,

için başvurmuş olup kişisel bilgilerimin ve muhtaçlığımın / gelir durumumun tespiti için aşağıda maddeler halinde sayılı sorgulamaların ikamet ettiğim bölgede 3294 sayılı kanun hükümleri doğrultusunda kurulan Vakıflar Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğüne yapılmasına; ikamet ettiğim hanede ve çevrede ilgili Vakıf tarafından inceleme yapılmasına; elde edilen bilgilerin başvurumun değerlendirilmesi sürecinde kullanılmasına; çalışabilir durumda olduğum tespiti halinde İŞKUR kaydımın yapılmasına, istihdamı ve istihdam kazandırıcı faaliyetlere haklı bir sebep olmaksızın katılmamam halinde müeyyide uygulanmasına, mevzuatta belirtilen zamanlarda hakkımdaki sorgulama ve incelemelerin incelenmesine ve 13 Eylül 2014 gün ve 29118 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Sosyal Yardım Verilerinin Kaydedilmesine ve Paylaşılmasına İlişkin Yönetmelik kapsamında verilerimin kaydedilmesine ve paylaşılmasına;

HANEDE YAŞAYAN 18 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERE AİT BİLGİLER DOLDURULUP İMZALANACAKTIR.

TC Kimlik Numarası	Ad Soyad	İzin veriyorum	İzin vermiyorum	Tarih	Başvurana Yakınlığı

1) İçişleri Bakanlığı Nüfus ve Vatandaşlık

İşleri Genel Müdürlüğü

- 1- Nüfus Aile Kayıt Örneği
- 2- Aile Kayıt Örneği
- 3- Kişi Kayıt Örneği
- 4- Olay Bilgileri
- 5- Adres Bilgileri
- 6- Kontrol Bilgisi

2) İŞKUR Genel Müdürlüğü

- 7- İŞKUR Kaydı
- 8- İşsizlik Sigortası Ödeneği
- 9- Kısa Çalışma Ödeneği
- 10- İş Kaybı Tazminatı
- 11- İstihdama Yönelik Faaliyet Sonucu

3) Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü

- 12- Aynî / Nakdî Yardım

4) Vakıflar Genel Müdürlüğü

- 13- Muhtaç Aylığı
- 14- Kuru Gıda Yardımı

5) Gelir İdaresi Başkanlığı

- 15- Vergi Mükellefiyeti
- 16- Araç Sahipliği

6) Tapu Kadastro Genel Müdürlüğü

- 17- Gayrimenkul Sahipliği
- 18- Harcama Bilgileri

7) Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü

- 19- Şartlı Eğitim ve Sağlık Yardımı
- 20- Gelir Getirici Proje Bilgileri
- 21- Sosyal Yardım Bilgileri (YBB)

22- Gelir Testi Sonucu

23- Evde Bakım Aylığı

8) Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı

24- Çiftçi Kayıt Sistemi Sorgulamaları

9) Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı

25- Sosyal Güvenlik Bilgileri

26- Sağlık Müstahaklık Bilgileri

10) Sağlık Bakanlığı

27- Aile Hekimliği Bilgi Sistemi Sağlık

11) Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Müdürlüğü

28- Burs ve Kredi Bilgisi

12) İçişleri Bakanlığı İller İdaresi Genel Müdürlüğü

29- Terör Kaybı Tazminatı

30- Geçici Köy Korucusu Maaş Bilgileri

13) Milli Eğitim Müdürlüğü

31- Okul Devam Bilgisi

32- Okul Başarı Bilgisi

14) Milli Savunma Bakanlığı

33- Askerlik Durum Bilgisi

34- Özürlü Vatandaşların Askerlik Bilgisi

15) Adalet Bakanlığı

35- UYAP Nafaka Bilgisi

16) Bankalarda Kayıtlı Mevduat

SİVAS
SOSYAL YARDIMLAŞMA VE DAYANIŞMA VAKFI BAŞKANLIĞI
ŞARTLI SAĞLIK YARDIMI
HAK SAHİBİ SÖZLEŞMESİ

İşbu sözleşme ile aşağıda belirtilen, Şartlı Sağlık Yardımından yararlanabilme koşulları konusunda talep sahibi ile ilgili Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı (SYDV) arasında mutabakata varılmıştır. Bu sözleşmenin imzalanması, talep sahibine ilgili yardımı kesintisiz alabileceği konusunda herhangi bir taahhüt **bahsetmez**. Hak sahipliği ancak sözleşmede öngörülen koşullarının taşındığının SYDV tarafından tespit edilmesi ile başlar ve devam ettirilir.

1. Yardım Başvuru Formundaki tüm beyanlarımın doğru olduğunu, talep edildiği takdirde beyanlarımı doğrulayacak her türlü bilgi ve belgeyi ibraz edeceğimi, vakıfça hakkımda yapılacak her türlü incelemeyi, araştırmayı; başvuru formunda belirtmiş olduğum hususlardan herhangi birinin doğru olmadığını ve yardım sözleşme kapsamındaki işler dışında harcadığının ortaya çıkması halinde hak sahipliğimin sona erdireceğini ve **hesabımdaki ilgili yardım parasının geri alınacağını,**
2. İlgili yardım parasını yalnızca çocuğumun / çocuklarımla sağlık ihtiyaçları ve / veya gebeliğim süresince kendi sağlık ihtiyaçları için **kullanacağımı,**
3. Yoksulluk halimin ortadan kalkması, ikametgahımın değişmesi; kendimin veya hanemdeki diğer kişilerin güvenceye (SGK) sahip olması durumumu en geç bir ay içerisinde vakfa bildireceğimi, bu durumda ilgili yardım hak sahipliğimin feshedilmesine razı olacağımı; ayrıca hak sahipliği koşullarını haiz olmamama rağmen sehven veya hile ile hesabıma yatırılan ilgili yardım tutarlarını **kanuni faiziyle birlikte geri ödeyeceğimi,**
4. Şartlı Sağlık Yardımı aldığım süre içerisinde, 0-6 yaş grubu çocuğum/çocuklarımla tarafıma bildirilen tarihlerde bağlı bulunduğum Sağlık Ocağın/Aile Hekimliğine götürerek sağlık kontrollerini aksatmadan yaptıracağımı ve sağlık kontrollerini yaptırmadığının tespit edilen çocuğum/çocuklarımla için bu aylara ait ödemeleri alamayacağımı ve **bu konuda herhangi bir hak talebinde bulunmayacağımı,**
5. Şartlı Gebelik Yardımı aldığım süre içerisinde, tarafıma bildirilen tarihlerde bağlı bulunduğum sağlık kurumuna giderek sağlık kontrollerimi aksatmadan yaptıracağımı ve sağlık kontrollerini yaptırmadığımı tespit edilen aylara ait ödemeleri alamayacağımı ve **bu konuda herhangi bir hak talebinde bulunmayacağımı,**
6. Şartlı Sağlık Yardımı programı kapsamında tarafıma yatırılan yardım tutarlarını yatırılma tarihinden itibaren 6 ay içerisinde çekmediğim takdirde yardım talebinden vazgeçmiş sayılacağımı ve bu sebepten dola geri çekilen yardım param üstünde herhangi bir hak iddia etmeyeceğimi,
7. Yardım hak sahipliğimin herhangi bir sebepten ötürü feshedilmesi sonucunda, adıma yatırılan paraya bloke konulmasını ve Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü'nün hesabına iadesini ve bundan dolayı herhangi bir hak talebinde bulunmayacağımı,
8. SYGM, tümüyle kendi takdirinde olmak üzere ve önceden haber vermeksizin bu sözleşme şartlarını değiştirilebilir veya düzeltebilir.

Yukarıdaki 8 maddeyi içeren metni okudum / tarafıma okundu ve kabul ettim.

BAŞVURAN ADINA	SYDV ADINA
Adı-Soyadı:	Adı-Soyadı:
İmza:	İmza:
Tarih:	Tarih:

ANKET FORMU

Bu anket yoksulluğun azaltılması için uygulamaya konulan şartlı sağlık yardımının etkilerinin akademik açıdan araştırmaya yönelik yüksek lisans tezinde kullanılmak amacıyla yapılmaktadır. Katkınız için teşekkür ederim.

- 1) Yaşınız ?
a) 16 - 25 b)26 – 35 c) 36 – 45 d) 46 – 55 e) 56 ve üstü
- 2) Eğitim durumunuz?
a) Okur – yazar değil b)Okur – yazar c)İlkokul d)Ortaokul e) Lise f) Yüksekokul g) Diğer ...
- 3) Medeni haliniz
a) Evli b)Bekar c)Boşanmış d)Dul
- 4) Hanenizde (aynı çatı altında) kişi sayınız nedir?
a) 0 -2 b)3 -4 c)5- 6 d) 7 ve üzeri
- 5) Hane reisinin düzenli bir işi var mı ?
a) Var b)Yok
- 6) Hanenizin temel geçim kaynağı nedir ?
a) Tarım b) Hayvancılık c)Tarım ve hayvancılık d) Ücret maaş
e) Geçici mevsimlik işçi f) Yardım ve destekler e) Diğer...
- 7) Ailenizin gelir durumu ?
a) Gelir giderden az b) Geliri gidere denk c)Geliri giderden fazla
- 8) Hanenizde emekli, dul yetim, sakatlık, yaşlılık aylığı alan var mı varsa kimler?
a) Yok b) kendim c) Eşim d) Çocuğum
e) Annem – babam f) Diğer
- 9) Siz ve hanenizde yaşayanlar sağlık sorunlarınızı nasıl gideriyorsunuz?
a) Karşılayamıyorum b) Yeşil kart c)Kendi kazancılar
- 10) Siz ve yaşadığınız haneden herhangi biri daha önce sağlık kuruluşlarından hangi veya hangilerinden yardım ve destek aldı?
a) Valilik (SYDV) b)Belediye c) Kızılay d) Sosyal hizmetler il müdürlüğü
e) Dernek ve vakıflar f)Hiçbiri
- 11) Yaşadığınız haneden herhangi biri daha önce sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfından aşağıda ki yardım veya proje desteklerinden aldı mı?
a) Almadı b) Sağlık c) Eğitim d) Gıda
e) Yakacak f)Proje destek
- 12) Şartlı Nakit Transferi (ŞNT) ne demektir biliyor musunuz? Açıklayınız.
.....
- 13) Şartlı Nakit Transferinden (ŞNT) yararlanabilmek için nereye başvuru yapılacağını biliyor musunuz? Belirtiniz.
a) Evet b) Hayır
- 14) Şartlı Nakit Transferi (ŞNT) ilgili bilgiyi nasıl/kimden öğrendiniz?
a) Köy/Mahalle muhtarı b) Cami İmamı c) Okul müdürü/Öğretmen
d)Ebe/Hemşire/Doktor e) Televizyon/Gazete f) Belediye g) Valilik/ Kaymakamlık (SYDV)
- 15) Şartlı Nakit Transferi (ŞNT) sözleşmesi hakkında bilginiz var mı?
Evet Hayır
- 16) Şartlı Nakit Transferi (ŞNT) sözleşmesi hangi tarihlerde yapılıyor biliyor musunuz? Belirtiniz

.....
17) Şartlı Nakit Transferi (ŞNT) sözleşmesini okuyup mu imzaladınız? İçeriği hakkında bilgi sahibi misiniz ? belirtiniz

18) Şartlı Nakit Transferi (ŞNT) hangisini ya da hangilerini alıyor sunuz?

- a) Gebelik yardımı b) Doğum yardımı c) Sağlık yardımı d) Eğitim yardımı

19) Nüfusa kayıtlı olmadığı halde, Şartlı Nakit Transferi (ŞNT) kapsamında yapılan yardımlardan 'sağlık' yardımından faydalanmak için nüfusa kaydı yaptırdığınız çocuğunuz var mı?

- a) Var b) Yok

20) Resmi nikahlı olmadığınız halde, Şartlı Nakit Transferi (ŞNT) kapsamında yapılan yardımlardan faydalanmak için resmi nikah yaptırdınız mı?

- a) Evet yaptırdım b) Hayır, zaten resmi nikahlıyım

21) Şartlı Nakit Transferi (ŞNT) başvurduktan ne kadar süre sonra yardımı alabildiniz? Belirtiniz.

.....

22) Aldığınız yardım tutarı ne kadar ? belirtiniz

.....TL

23) Şartlı Nakit Transferi (ŞNT) kapsamında aldığınız yardımları aşağıdakilerden hangisi için harcadınız ? (1 den fazla işaretlenebilir)

- a) Yiyecek için harcadım b) Giyim için harcadım c) Eğitim için harcadım
d) Sağlık için harcadım e)Eve eşya aldım f)Tasarruf ettim
g) Eşim alıp kendisine harcadı h) Diğer

24) Bebeğiniz /çocuğunuz kaç Aylık /yaşında ? belirtiniz.

25) Bebeğinizi doğumdan sonra sağlık kuruluşuna götürme nedeninizi belirtiniz?

- a) Hastaneye işitme – tarama testi için b)Sağlık ocağına kayıt yaptırmak için
c) Hastaneye hasta olduğu için d) Sağlık ocağına aşı yaptırmaya
e) Sağlık ocağına topuk kanı aldirmaya f)Diğer...

26) Aldığınız çocuk parası yardımı tatmin edici mi?

- a) Evet b) Hayır

27) Daha önce aldığınız yardımların kesilme durumu oldu mu?

- a) Evet b) Hayır

28) Aldığınız yardımın kesilme nedenini belirtiniz ?

- a) Çocuğumun düzenli olarak aşısınz yaptırmadım
b) Doğumdan 5 gün sonra topuk kanı (FKÜ) için sağlık ocağına gitmedim
c) Çocuğu iki ay üst üste sağlık ocağına götürmedim
d) Eşim /haneden biri sigortalı bir işte çalışmaya başladı e)Diğer.....

29) Şartlı Nakit Transferi (ŞNT) kapsamında yapılan yardımlar, sizin ve çocuklarınızın yaşam kalitesinde (eğitim ,sağlık, beslenme... vb) herhangi bir düzelmeye sebep oldu mu?

- a) Evet oldu b)Hayır olmadı

30) Bu tür yardımların (eğitim ,sağlık...) devam etmesini ister misiniz ?

- a) Evet devam etmesini isterim b) Hayır devam etmesin. Çünkü hiçbir faydası yok

31) Yoksulluğun ortadan kaldırılması için sizce Devlet öncelikle ne yapmalıdır? (1 den başlayarak sıralayınız)

- a) Yoksullara ayni (yiyecek giyecek yakacak ...vb) yardımı yapılmalıdır.
- b) Yoksullara aylık nakdi (para) yardımı yapılmalıdır.
- c) Yoksullara iş verilmelidir.
- d) Yoksulların yeni meslekler öğrenmesi için kurslar düzenlenmelidir.
- e) Yoksulların kendi işlerini kurabilmeleri için ucuz kredi verilmelidir.



KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Fatma SARITEPE

Uyruğu: T.C.

Doğum Tarihi ve Yeri:03.02.1986 SİVAS

e-posta:ftmcsn@hotmail.com

EĞİTİM

1992 - 2000 Sivas Vali Aydın Güçlü İÖÖ

2000 - 2003 Sivas Kongre Lisesi

2005 - 2009 Sivas Cumhuriyet Üniversitesi İİBF İşletme Bölümü

2012 – 2015 Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim Fakültesi Okul Öncesi Öğretmenliği

İŞ TECRÜBESİ

Tarih	Kurum	Görev
2009 -2011	Özel Sektör	SAP HR Modül Danışmanı
2014 – Halen	SYDV	Büro Görevlisi