

T.C
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİCİLİĞİ BİLİM DALI

**SOSYAL GÜVENCESİ OLMAYAN KENT
YOKSULLARININ SAĞLIK SORUNLARI**
(Yüksek lisans tezi)

Tezi Hazırlayan: Gülay Gürbüz

İstanbul, 2010

T.C
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİCİLİĞİ BİLİM DALI

**SOSYAL GÜVENCESİ OLMAYAN KENT
YOKSULLARININ SAĞLIK SORUNLARI**
(Yüksek lisans tezi)

Tezi Hazırlayan:

Gülay GÜRBÜZ

Öğrenci No:

080746033

Danışman:

Yrd. Doç. Dr: Kenan Göçer

İstanbul, 2010

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum ‘‘Sosyal Güvencesi Olmayan Kent Yoksullarının Sağlık Sorunları’’ başlıklı çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullandıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

.../.../.....

(İmza)

Aday: Gülay GÜRBÜZ

SOSYAL GÜVENCESİ OLMAYAN KENT YOKSULLARININ SAĞLIK SORUNLARI

Tezi Hazırlayan: **Gülay GÜRBÜZ**

Özet

Bu Tez çalışmasında sosyal güvencesi olmayan kent yoksullarının sağlık sorunları ele alınmaktadır. Buna göre, kent yoksulluğu ile sağlık problemleri ilişkilendirilmektedir. Yapılan çalışmaya katılan 350 deneğin 145' inin sosyal güvencesi bulunmamakta, 205' inin ise bireysel veya sosyal sağlık sigortaları bulunmaktadır. 350 deneğin tamamının yoksul kesimden olması, yoksullar arasında sağlık sigortası olanların sağlık hizmeti alımının, sağlık sigortası olmayanlara oranla daha iyi olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç olarak toplumsal göç olayları, kaynakların azlığı ve buna bağlı üretimin yetersizliği, dışa bağımlılık, kırsal üretimden kentsel üretime geçilme çalışmaları, hızlı nüfus artışı, nüfus içindeki yaş dağılımının dengesiz olması, üretim dışı yaş grubunun fazlalığı, kaynakların dengesiz dağılımı, üreticinin Pazar bulma sıkıntısı, iş gücünün işsizlikten dolayı olan ucuzluğu gibi nedenlerden dolayı toplum içerisinde giderek tüm dünya da olduğu gibi artan yoksulluğu beraberinde getirmiştir. Buna bağlı sağlık alanında büyük sıkıntılar yaşanmakta; birinci basamak sağlık hizmeti başta olmak üzere sağlık hizmetlerinin genelinin topluma ulaşmasında yetersizlikler ortaya çıkmakta, sağlık hizmetleri kısıtlı olarak sağlanabilmektedir.

Anahtar kelimeler: Kent Yoksulluğu, Sağlık, Sağlık Sigortası

ASSURANCE OF SOCIAL HEALTH PROBLEMS OF NON-URBAN POVERTY of

Presented by: Gülay GÜRBÜZ

Abstract

In this thesis work without social security health problems of urban poor are addressed. Accordingly, urban poverty is associated with health problems. 350 subjects participated in the studies of 145 'in the social security do not have, 205' in the individual or social health insurance are up. Be from the poorer sections of the entire 350 subjects, among the poor health insurance for those who purchase health care services, health insurance was found to be better than non.

As a result of social processes of migration, sources of the scarcity and the related production failure, external dependency, rural production from the urban into production of studies, rapid population growth, population, the age distribution of the imbalance that production out of age group surplus of resources unbalanced distribution, the manufacturer's Sunday finding difficulty The cheapness of the labor force due to reasons like unemployment due within society as well as the whole world increasingly has brought increasing poverty. Are great difficulties in health related fields, especially in primary health care services to the community in achieving the overall lack of health services for the emerging, limited health services as possible.

Key words: Urban Poverty, Health, Health Insurance

GİRİŞ

Bu çalışma, İstanbul ili Kadıköy ilçesine bağlı Fikirtepe mahallesinde yaşayan ve sağlık güvencesi olmayan kent yoksullarının bir profilini çıkarmak, özellikle de bu kesimin sağlık problemleri ile ilgili genel bir tablo oluşturmak amacıyla yürütüldü. Araştırmanın temel varsayımlarından biri, yoksulluğun halk arasında yaygın olduğu ve herkesinden (yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, eğitim durumu v.b.) insanı etkilediği ve temel nedenin yanlış sosyoekonomik politikalar olduğuydu. İkinci varsayım ise yoksulluğun beraberinde özellikle sağlık güvencesi olmayan kesim başta olmak üzere sağlık sorunlarını getirdiği ve bunun çeşitli çevresel etkenlere bağlı olarak kişiler arasında etkisinin farklı hissedildiğiydi. Bu iki varsayım çerçevesinde, ülke genelinde geçerli olan sonuçların yanı sıra, ülke genelinden göç almış bir mahallede sağlık güvencesine bağlı olarak ortaya çıkan, farklı ölçeklerde geçerli sonuçlara ulaşmayı amaçladık. Çalışmanın genel özelliklerine girmeden önce çalışmanın içeriğini belirleyen bazı konuları ve tanımlamaları kısaca ele almak lazım.

Yoksulluk: Genel olarak yoksulluk kişilerin, toplumun eğitim, sağlık, barınma, yeme-içme gibi en temel ihtiyaçlarını karşılayamaması, standartlarının normalin altında olması ve yaşam için gerekli olan ihtiyaçları karşılayamaması olarak ifade edilir.

Kent: genel anlamıyla toplum nüfusunun sanayi, ticaret, işletme, yönetim gibi işlerle uğraşan ve tarım-hayvancılık gibi çalışma alanlarının, etkinliklerin olmadığı site ve yerleşim alanlarıdır.

Kent yoksulluğu: bir kentin, bir şehrin kişilere sunduğu olanaklara toplumun ulaşamaması sonucu kent yoksulluğu ortaya çıkar. Dünya bankası yoksulluk ve kent yoksulluğunu belirli bir asgari düzeyin, seviyenin altında kalanlar için maddi yani parasal gelir anlamında tanımlamaktadır.

Sosyal güvenlik: kişilerin bugün ve gelecekte yaşam koşullarının değişmesi ve çalışma koşullarının yitirilmesi, yok olması sonucu kendini bütün risklere karşı yaşamını sürdürebilmesi için güvence altına almasıdır. Bu güvence kişilerin aynı zamanda gelir güvencesidir. Sosyo- ekonomik sorunlar, meslek hastalıkları, iş kazası, hastalık, yaşlılık ve ölüm gibi nedenler sosyal güvenlik sisteminin gelişimine neden olmuştur.

Bu bağlamda Fikirtepe mahallesinde ikamet eden 206 tane sağlık güvencesi olan ve 144 tane sağlık güvencesi olmayan 350 denek seçildi. Anket çalışmalarına katılan denekler 3 temel unsur ele alınarak seçildi.

1- Fikirtepe mahallesi muhtarlığına bağlı kayıtlı olan ve ekonomik düzeyleri en yoksuldan en az yoksul olana doğru gelir seviyesine göre beş ayrı kategoride sınıflayan birer liste istendi.

2- Mahalle muhtarlığından kendi görüşlerine göre yoksul mahalle sakinlerinden en yoksuldan en az yoksul olana doğru beş kategoride sınıflayan bir liste daha istendi.

3- Bu şekilde en yoksul kategoriden seçilen mahalle sakinlerinden anket yapılacak olanlar, rastgele örnekleme yöntemiyle seçilerek belirlenen adreslerde gerçekleştirildi.

Aşağıda vereceğimiz rakamlar anlatılan yöntemlerle oluşturulan örneklem kapsamına giren mahalle sakinlerine ilişkindir. Bu nedenle de Türkiye'deki kent yoksullarını temsil ettiklerini söyleyemeyiz. Yine de genelde Türkiye'nin çeşitli yerlerinden göç almış ve bu kesimleri yansıtan insanların rastlantısal bir örnekleme ulaştığımızı düşünüyoruz.

Bu çalışmada sağlık güvencesi olmayanlar temelde olmak üzere kent yoksullarının sağlık alanında yaşadıkları sorunlar, deneklerin sosyoekonomik durumları ile birlikte ele alınmış ve genel olarak yoksul vatandaşların bu alanda yaşadıkları sıkıntılar araştırılmıştır. .

Bu çalışma sonucunda kısaca Fikirtepe mahallesinde işsizlik ve buna bağlı yoksulluğun genel olarak yaygın olduğu, deneklerin bununla mücadele için çeşitli önlemler aldığı, bu bağlamda gıda-giyim-faturla-sağlık v.b . bütün alanlarda kısıtlamalara gittikleri, çeşitli yerlerden yardımlar aldıkları, sağlıktaki kısıtlamaların ise sağlık güvencesi olmayanlarda çok daha yaygın olduğu, sağlık kurumuna başvurulmadan doktor tavsiyesi dışında çevresel, içgüdüsel, basın yoluyla v.b. bilgilerin kullanılarak ulaşılabilirlik derecesine bağlı olarak kendi tedavi yöntemlerini kullandıkları, sağlık kurumuna başvurdukları takdirde ise gerek sosyal gerek maddi bir çok problemle karşılaştıkları, yeşil kart uygulamasının işsiz ve yoksul kesimde sağlık alanında olumlu gelişmeler sağladığı görülmüştür. Sonuç olarak toplumsal göç olayları, kaynakların azlığı ve buna bağlı üretimin yetersizliği, dışa bağımlılık, kırsal üretimden kentsel üretime geçilme çalışmaları, hızlı nüfus artışı, nüfus içindeki yaş dağılımının dengesiz

olması, üretim dışı yaş grubunun fazlalığı, kaynakların dengesiz dağılımı, üreticinin pazar bulma sıkıntısı, iş gücünün işsizlikten dolayı olan ucuzluğu gibi nedenlerden dolayı Fikirtepe mahallesinde tüm Türkiye’de olduğu gibi artan yoksulluğu beraberinde getirmiştir. Buna bağlı sağlık alanında büyük sıkıntılar yaşanmakta; birinci basamak sağlık hizmeti başta olmak üzere sağlık hizmetlerinin genelinin topluma ulaşmasında yetersizlikler ortaya çıkmakta, sağlık hizmetleri kısıtlı olarak sağlanabilmektedir. Yeni sosyal güvenlik kurumu yasasından önce bu sıkıntılar daha yaygın gözlenmekteyken özellikle yeşil kart hizmetleri ve 18 yaş altı nüfusun sağlık giderlerinin devlet tarafından karşılanması uygulamaları ile birlikte çeşitli toplum gruplarının sağlık hizmetine ulaşımı kolaylaştırılmış olmasına rağmen ücretsiz sağlanan birinci basamak sağlık hizmetleri uygulamalarının giderek azaltılması bu uygulamanın dışında kalan yaygın bir kesimin ulaşımını ise daha da güçleştirmektedir. Bu noktada devletin bütün topluma eşit ve ücretsiz sağlık hizmeti sağlaması gerektiği ve birinci basamak sağlık hizmetlerini daha yaygın bir hale getirerek toplum sağlığını artırması gerektiği anlaşılmıştır. Aynı şekilde işsizlik ve yoksulluk alanlarında da devletin bireyine iş alanı yaratmak, üretimi artırmak, kaynağı en verimli şekilde kullanmak, toplum dağılımını düzenlemek gibi yükümlülüklerinin de olması gerekmektedir. Kısacası sıkıntılı alanlarda devletin vatandaşını koruyucu etkisi hissedilmelidir.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa no.
KISALTMALAR	i
TABLolar LİSTESİ	ii
1. KENT VE YOKSULLUK	1
1.1. Yoksulluk Göstergeleri ve Ölçütleri.....	4
1.2. Sağlık Göstergeleri.....	6
1.2.1. Kişi başına düşen gelir/ harcama miktarları.....	6
1.2.2. Kişi başına düşen ulusal gelir.....	6
1.2.3. Cinsiyet bazında ulusal gelirin dağılımı.....	9
1.2.4. Harcamalar içinde gıda maddelerine ayrılan pay.....	10
1.2.5. Bireyler için yapılan eğitim harcamaları ve okur yazarlık oranları.....	10
1.2.6. Ortalama yaşam beklentisi.....	12
1.2.7. Doğum oranı artış hızı.....	13
1.2.8. Temiz su ve içme suyu kullanım oranı.....	14
1.2.9. Kişi başına yapılan sağlık harcamaları.....	16
1.3. Yoksulluk ve Gelir Dağılımı.....	19
1.3.1. Gini İndeksi.....	22
1.3.2. Türkiye’ deki Gelir Dağılımı.....	27
1.4. Yoksulluk Ve İstihdam.....	32
1.4.1. Türkiye’ de İşsizlik.....	38
1.4.2. İstanbul’ da İşsizlik.....	42

1.5. Yoksulluk standardı.....	44
1.5.1. Türkiye Yoksulluk Standardı.....	46
1.5.2. Dünya Yoksulluk Standardı	49
1.6. Yoksulluk ve Sosyal Güvenlik Kavramı.....	50
1.6.1. Yoksulluk – Sağlık İlişkisi.....	51
1.6.2. Yoksulluk ve Sağlıksızlığın Giderilmesi.....	52
1.6.3. Ekonomik Kalkınma Politikaları.....	52
1.6.3.1. Yoksullukla Mücadelede Ekonomik Kalkınma Politikaları.....	53
1.6.3.2. Yoksullukla Mücadelede Sosyal Kalkınma Politikaları.....	55
1.6.3.3.Kırsal ve Kentsel Ortamda Yoksullukla Mücadele	56
2. SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİ.....	58
2.1. Sosyal Güvenlik Sisteminin Tarihsel Gelişimi.....	59
2.1.1. Osmanlı Döneminde Sosyal Güvenlik Sistemi.....	62
2.1.2. Cumhuriyet Döneminde Sosyal Güvenlik Sistemi.....	63
2.1.3. Günümüzde Sosyal Güvenlik Sistemi.....	63
2.2. 25.11.2006 Tarihinden Önceki ve Sonraki Sosyal Güvenlik Sistemi.....	63
2.2.1. 25.11.2006 Tarihinden Önceki Sosyal Güvenlik Sistemi.....	65
2.2.2. 25.11.2006 Tarihinden Sonraki Sosyal Güvenlik Sistemi.....	67
2.2.3. Sosyal Güvenlik Sisteminde Yaşanan Sorunlar.....	68
2.2.3.1. Gelişmiş Ülkeler.....	68
2.2.3.2.Gelişmekte Olan Ülkeler.....	69
2.2.3.3. Sosyal Güvenlik ve Sağlık.....	71
2.3. Sosyal güvenlik Sistemi.....	73

2.3.1. Bağ - Kur.....	73
2.3.2. Emekli Sandığı.....	75
2.3.3. Sosyal Sigortalar Kurumu(SSK).....	76
2.4. Sosyal Güvenlik Sisteminin Dışında Kalanlar.....	78
2.4.1. Yeşil Kart.....	78
2.4.2. Özel sağlık Sigortası.....	80
2.4.3. 18 Yaş Altı Sağlık Sigortası.....	82
2.4.4. Herhangi Bir Sosyal Güvencesi Olmayanlar.....	83
3. SOSYAL GÜVENCESİ OLMAYAN KENT YOKSULLARI.....	85
3.1. Problem.....	85
3.2. Amaç.....	85
3.3. Evren - Örneklem.....	85
3.4. Bulgular.....	87
SONUÇLAR.....	107
KAYNAKLAR.....	110
EKLER.....	118
EK: Araştırmada Kullanılan Anket Formu.....	118
TEŞEKKÜR MEKTUBU	125
ÖZGEÇMİŞ.....	126

KISALTMALAR

- AB** :Avrupa Birliği
- SSK** :Sosyal Sigortalar Kurumu
- SGK** :Sosyal Güvenlik Kanunu
- GSS** :Genel Sağlık Sigortası
- SSK** :Sosyal Sigortalar Kurumu
- TUİK** :Türkiye İşçi Kurumu
- DSÖ** :Dünya Sağlık Örgütü
- DPT** :Devlet Planlama teşkilatı

TABLÖLAR LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo.1. Cari fiyatlarla 1998-2009 döneminde nüfus,GSYH ve kişi başına gelir rakamları.....	9
Tablo.2. Okuryazarlığın en yüksek olduğu ülkeler.....	11
Tablo.3. Okuryazarlığın en düşük olduğu ülkeler.....	12
Tablo.4. Türkiye Nüfusu.....	14
Tablo.5. İçme-Kullanma suyu ve kanalizasyon şebekeleri ve arıtma tesisleri ile hizmet edilen belediye nüfusunun toplam Türkiye nüfusu içindeki yüzde oranları.....	16
Tablo.6. 2009 Yılı Aylık İşsizlik Oranları.....	18
Tablo.7. Hanehalkı Büyüklüğüne Göre Yoksulluk Oranları.....	20
Tablo.8. Yoksulluk ve büyüme oranları(%).....	22
Tablo.9. Bazı Uluslararası Yoksulluk Sınırlarına Göre Seçilmiş Ülkelerde Yoksulluk Oranı ve Gini Katsayısı.....	24
Tablo.10. Çeşitli Verimlilik Göstergelerine Göre Türkiye'nin Durumu.....	25
Tablo.11. Çeşitli Verimlilik Göstergelerine Göre Türkiye ve Bazı Ülkeler.....	26
Tablo.12. Günde bir dolardan daha az bir gelikle yaşayan nüfus(milyon kişi).....	29
Tablo.13. Bazı Avrupa Ülkelerindeki Gelir Dağılımı.....	30
Tablo.14. Türkiye' de yoksulluk.....	34
Tablo.15. Türkiye' de istihdam.....	35

Tablo.16. Yaş Gruplarına Ve Cinsiyete Göre İstihdam Durumu.....	37
Tablo.17. Türkiye’de illere göre işsizlik oranları.....	39
Tablo.18. Yaş Gruplarına Göre İşsizlik Oranı.....	42
Tablo.19. Hanehalkı büyüklüğüne göre yoksulluk sınırları (YTL).....	48
Tablo.20. 2002 Yılında Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumları Hizmetlerinden Yararlanan Nüfusun Dağılımı.....	59
Tablo 21.1: Cinsiyet * Doktor tavsiyesi dışında ilaç kullanıyor musunuz? Ki Kare Testi.....	87
Tablo 22: Cinsiyet * Meslek Çapraz Tablo.....	88
Tablo 22.1: Cinsiyet * Meslek Ki Kare Testi.....	89
Tablo 23: Cinsiyet * Sağlık güvenceniz var mı? Çapraz Tablo.....	89
Tablo 23.1: Cinsiyet * Sağlık güvenceniz var mı? Ki Kare Testi.....	90
Tablo 24: Cinsiyet * Eğitim durumu Çapraz Tablo.....	91
Tablo 24.1: Cinsiyet * Eğitim durumu Ki Kare Testi.....	91
Tablo 25: Eğitim durumu * Doktor tavsiyesi dışında ilaç kullanıyor musunuz? Çapraz Tablo.....	92
Tablo 25.1: Eğitim durumu * Doktor tavsiyesi dışında ilaç kullanıyor musunuz? Ki Kare Testi.....	92
Tablo 26: Eğitim durumu * Sağlık güvenceniz var mı?	

Çapraz Tablo.....	93
Tablo 26.1: Eğitim durumu * Sağlık güvenceniz var mı?	
Ki Kare	
Testi.....	94
Tablo 27: Kaç yaşındasınız?* Ek gelir imkanınız var mı?	
Çapraz Tablo.....	95
Tablo 27.1: Kaç yaşındasınız?* Ek gelir imkanınız var mı?	
Ki Kare	
Testi.....	95
Tablo28: Medeni durum * Meslek	
Çapraz Tablo.....	96
Tablo28.1: Medeni durum * Meslek	
Ki Kare Testi.....	96
Tablo 29: Meslek * Sağlık güvenceniz var mı?	
Çapraz Tablo.....	97
Tablo 29.1: Meslek * Sağlık güvenceniz var mı?	
Ki Kare Testi.....	97
Tablo 30: Sağlık güvenceniz var mı * Oturduğunuz	
Çapraz Tablo.....	98
Tablo 30.1: Sağlık güvenceniz var mı * Oturduğunuz	
Ki Kare Testi.....	99
Tablo 31: Sağlık güvenceniz var mı? * Ek gelir imkanınız var mı?	
Çapraz Tablo.....	99
Tablo 31.1: Sağlık güvenceniz var mı? * Ek gelir imkanınız var mı	
Ki Kare Testi.....	100

Tablo 32: Sağlık güvenceniz var mı? * Vakıf, dernek ve benzeri kuruluşlardan ne sıklıkta yardım alıyorsunuz?	
Çapraz Tablo.....	101
Tablo 32.1: Sağlık güvenceniz var mı? * Vakıf, dernek ve benzeri kuruluşlardan ne sıklıkta yardım alıyorsunuz?	
Ki Kare Testi.....	101
Tablo 33: Eğitim durumu * Ek gelir imkanınız var mı?	
Çapraz tablo.....	102
Tablo 33.1: Eğitim durumu * Ek gelir imkanınız var mı?	
Çapraz tablo.....	102
Tablo 34: Sağlık güvenceniz var mı? * Hastane çıkışı ne gibi problemlerle karşılaşıyorsunuz?	
Çapraz tablo.....	103
Tablo 34.1: Sağlık güvenceniz var mı? * Hastane çıkışı ne gibi problemlerle karşılaşıyorsunuz?	
Çapraz tablo.....	104
Tablo 35: Sağlık güvenceniz var mı? *Sağlık kurumuna ne zaman başvurursunuz?	
Çapraz Tablo.....	105
Tablo 35.1: Sağlık güvenceniz var mı? *Sağlık kurumuna ne zaman başvurursunuz?	
Çapraz Tablo.....	105

1. KENT VE YOKSULLUK

Genel olarak yoksulluk kişilerin, toplumun eğitim, sağlık, barınma, yeme-içme gibi en temel ihtiyaçlarını karşılayamaması, standartlarının normalin altında olması ve yaşam için gerekli olan ihtiyaçları karşılayamaması olarak ifade edilir. Toplumumuzda eğer bir birey yaşaması için gerekli olan ihtiyaçlarını karşılayamıyorsa o birey yoksul olarak kabul edilir ve aynı zamanda bu minimum seviyeye de yoksulluk sınırı denir.

Yoksulluk kavramının izdüşümlerini sürebilmek açısından sadece sosyoloji değil, siyasi düşünceler ve iktisat tarihi vb. alanlarda da birikimler mevcuttur ve zaten günümüzde, sosyolojik ya da ekonomik bir kavramsallaştırmadan çok çeşitli alanlara yayılan bir açılimdan söz etmek gerekir (Erdoğan, N. 2007).

Toplumda kabul edilebilir tüketim oranının en aşağı düzeyde olması görece yoksulluk olarak tanımlanır. Yoksulluk kavramı özellikle 1990'larda gerek ulusal gerek uluslararası alanda kalkınma ve gelişme tartışmalarının önemli bir eksenini oluşturmaya başlamıştır. Bu tartışmalar, birbiriyle son derece ilintili olan, yoksulluğun tanımı, neden ortaya çıktığı ve nasıl mücadele edileceği konularında yoğunlaşmıştır.

Yoksulluk; Yoksulluk; ortalama kaynaklardan daha düşük bir yaşam standardına sahip olma durumudur. Dolayısıyla yoksul; toplumdaki olağan yaşam biçimleri ve alışkanlıklarını, gelirindeki yetersizlik nedeniyle yaşayamayan kişiyi tanımlamaktadır. Bilimsel açıdan "fakir" hem yaşam kalitesi hem de gelir açısından standartların gerisinde kalan kişidir. Öte yandan yoksulluk, bazı yazarlara göre dar ve geniş kapsamlı olarak da tanımlanmaktadır. Buna göre dar açıdan yoksulluk; zorunlu giderlerini karşılayamama; barınacak yeri olmama ve açlıktan ölme durumu olarak tanımlanarak, bu, mutlak yoksulluk olarak da ifade edilmektedir. Dolayısıyla mutlak yoksulluk oranı yoksulluğun en düşük durumunu göstermektedir. Geniş kapsamlı yoksulluk tanımı ise; gıda, giyim ve barınma gibi olanakları, yaşamlarını devam ettirmeye yettiği halde, toplumun genel olarak sosyal düzeyinin gerisinde kalmayı tanımlamaktadır. Bu açıdan yazarlara ve toplumlara göre değişebilen göreceli yoksulluk kavramı ortaya çıkmaktadır (Ala, 2009).

2001 Dünya Bankası Kalkınma Raporu'ndaki yoksulluğun tanımı şöyle yapılmıştır: yoksulluk çok boyutlu bir kavramdır; sadece düşük gelir ve düşük tüketim olmakla kalmayıp, aynı zamanda eğitim eksikliği, kötü beslenme ve kötü sağlık anlamına da gelmektedir. Okumaz yazmazlık, yetersiz okullaşma ve cinsiyet eşitsizliği yoksullukla ilgilidir. Dünya Bankası, yoksulluk sınırı olarak kullandığı günde 1 dolarlık eşiği de, günde 1,25 dolara yükseltti. Bu eşik, dünyanın en yoksul ülkelerindeki ortalama yoksulluk sınırı olarak kabul ediliyor. Örgütün tahminlerine göre, 2015'te hâlâ bir milyar insan günde 1,25 doların altında bir gelire yaşıyor olacak.(Dünya bankası kalkınma raporu, 2001).

Gerek akademik çevrelerde gerek politika tartışmalarında genel kabul gören tanıma göre, yoksulluğu iki boyutta ifadelendirmek olanaklıdır: Mutlak yoksulluk, bir insanın yaşamına minimum düzeyde sürdürebilmesine, yani biyolojik olarak kendisini yeniden üretebilmesi için gerekli kalori ve diğer besin bileşenlerini sağlayacak beslenmeyi gerçekleştirmesine dayalı olarak tanımlanmaktadır. Aynı ve nakdi gelirleri bu temel gereksinimleri karşılamakta yetersiz olanlar mutlak yoksulluk sınırının altında kalmaktadır. Göreli yoksulluk, kişinin bir toplumsal varlık olmasından hareket etmekte ve kendisini biyolojik olarak değil, toplumsal olarak yeniden üretebilmesi için gerekli tüketim ve yaşam düzeyinin saptanmasını içermektedir. Bu durumda, belli bir toplumda kabul edilebilir minimum tüketim düzeyinin altında geliri olanlar göreli yoksul olarak tanımlanmaktadır. İşlevsel olarak, bu iki kavram genelde parasal göstergeler üzerinden hesaplanmaktadır(Sürdürülebilir kalkınma dünya zirvesi, 2009).

Örneğin, uluslararası karşılaştırmalarda mutlak yoksulluk sınırı çoğunlukla, satın alma paritesiyle düzeltilmiş olarak, 1 ABD Doları'na eşit günlük harcama düzeyidir. Göreli yoksulluk için çoğunlukla benimsenen yöntem ise, ülke içindeki ortalama ya da medyan gelirin belli bir oranı altında (örneğin % 40) geliri olan bireylerin toplama oranının bulunmasıdır. Bu bakımdan, göreli yoksulluk kavramı ile bir toplumdaki gelir dağılımı arasında açık bir ilişki vardır. Ne var ki, yoksulluğun salt gelir eksikliği ya da ortalamadan/medyandan sapan gelir miktarı olarak tanımlanması bazı sınırlamaları da beraberinde getirmektedir. Salt gelir odaklı perspektifin bireylerin toplumsal oluşumun sunduğu hak ve olanaklara ulaşım ulaşılamaması konusunda kapsamlı bilgi veremeyeceği, özellikle son on yıldaki tartışmalarda gittikçe artan ölçüde kabul görmektedir. Alternatif yaklaşımların başlangıç noktasını, bireyin gereksinimlerinin daha geniş tanımlanması gereği oluşturmaktadır. Beslenme, barınma ve giyim gibi minimum gereksinimlere ek

olarak, güvenli içme suyu, kanalizasyon, elektrik, sağlık ve eğitim gibi hizmetlere ulaşım, yönetime katılma, temel insan hak ve özgürlüklerinden yararlanma, sigortalı bir işte çalışma gibi öğeler ön plana çıkarılmaktadır. Başka bir deyişle, örneğin, sivil, toplumsal, kültürel ve siyasal haklardan yararlanma olanağının bulunmamasının da toplumsal dışlanma anlamına geleceği ve bu nedenle yoksulluk tanımı içerisinde değerlendirilmesi gerektiği ifade edile gelmektedir. Ayrıca, cinsiyet ayrımcılığı gibi olguların yoksulluk üzerinde önemli etkileri olabileceği sürekli vurgulanmaktadır(Sürdürülebilir kalkınma dünya zirvesi, 2009).

Kent; genel anlamıyla toplum nüfusunun sanayi, ticaret, işletme, yönetim gibi işlerle uğraşan ve tarım-hayvancılık gibi çalışma alanlarının, etkinliklerin olmadığı site ve yerleşim alanlarıdır. Kent yoksulluğu; bir kentin, bir şehrin kişilere sunduğu olanaklara toplumun ulaşamaması sonucu kent yoksulluğu ortaya çıkar. Dünya bankası yoksulluk ve kent yoksulluğunu belirli bir asgari düzeyin, seviyenin altında kalanlar için maddi yani parasal gelir anlamında tanımlamaktadır. Yoksulluk sınırı toplumun var olan durumu anlama bu durum ile ilgili karar alma ve yoksulluğu önleme ile ilgili yapılan çalışmaları içerir. Bu çalışmalar uygulama ve algılamada ülkeler arasında rakamsal farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Kişiler bu çalışmalarda ekonomik araç olarak kullanılmaktadır. Bu nedenle yoksulluk sınırını ekonomistler yakında inceler. Kent ve yoksulluk bireyden bireye, coğrafyada coğrafyaya ve bölgeden bölgeye değişiklik gösterir. Yoksulluğun en önemli sebebi ekonomik nedenlerdir. Tarım ve hayvancılık alanlarının dar olması, eğitime verilen desteğin yetersiz oluşu, ekonomi ile ilgili izlenen yanlış politikalar, kirlilik, yetersiz ağaçlandırma, iş alanlarının yetersizliği ve benzeri durumlar yoksul bir toplum oluşmasına neden olmaktadır. Ayrıca nüfus artışının kontrol altına alınamaması, aile planlaması konusunda toplumun bilinçsiz ve bu konuda yetersiz oluşu, beyin göçü, çarpık kentleşme başlıca yoksulluk nedenleridir. Açlık sınırı ise; toplumda bir bireyin sağlıklı bir biçimde günlük yaşamsal ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için sahip olması gereken en düşük gelir düzeyidir. TUIK Haziran 2009 yılı verilerine göre dört kişilik bir aile için açıklanan açlık sınırı toplam 733ytl, yoksulluk sınırı 2 bin 389ytl olarak hesaplandı. Bu açlık sınırının altında yaşayanlar kentsel bölgede giderek düşmekte ve gerilemektedir

1.1.Yoksulluk Göstergeleri ve Ölçütleri

Yoksulluk, yoksulluk göstergeleri ve ölçütleri ile ilgili günümüzde birçok çalışma ve araştırmalar yapılmıştır.

En basit yoksulluk ölçütü, yoksulluk sınırı altında bulunan yoksul birey veya hanehalkı sayısıdır ve bir ülke veya bir bölgedeki yoksul sayısını gösterir. Yoksul sayısı tek başına somut bir anlam ifade etmediği için, yoksulların toplam nüfus veya toplam hane halkı sayısı içindeki oranı, yoksulluk ölçütü olarak daha anlamlı kabul edilmektedir. Yoksulluğun belirlenmesinde kullanılan Yoksul Kişi Oranı(H)¹, yoksulluk sınırı altında bulunan nüfusun toplam nüfus içindeki yüzdesini ifade eden en temel yoksulluk ölçütüdür. Yoksul Kişi Oranı yoksulluğun derecesi hakkında bilgi vermez ve yoksullararası gelir hareketlerini yansıtmaz. Bu yetersizliğin yerini doldurmak üzere "Yoksulluk Açığı Oranı (I)²" ve "Yoksullararası Gelir Eşitsizliği Katsayısı (G)³" olarak ifade edilen iki ayrı ölçüt daha geliştirilmiştir(Dağdemir,2002).

Yoksulluk açığı oranı genel bir ifade ile tanımlanacak olursa, yoksul kişilerin yoksulluk sınırının üzerine çıkarılabilmeleri için gerekli ortalama gelir düzeyini gösteren veya yoksulluk sınırına göre yoksulun ortalama gelir azlığını ifade eden bir ölçüt olarak tanımlanmaktadır.

Yoksulluk açığının artıyor olması yoksulluğun daha da derinleştiğini, şiddetlendiğini gösterir. Yoksulluk Açığı Oranı yoksulluğun derinliğini göstermekle birlikte, yoksullararası gelir eşitsizliğindeki değişmelere karşı duyarsızdır. Yoksullararası gelir eşitsizliğini tanımlamak amacıyla bir gelir eşitsizlik ölçütüne gerek duyulmuştur. Gini Katsayısı bu eksiği tamamlayabilecek ideal bir gelir eşitsizlik ölçütü olarak kabul edilmektedir. Yoksullararası gelir eşitsizliğinin artması, yeterince beslenemeyenlerden iyi durumdaki yoksullara, yoksullararası gelir dengesizliğini arttıran bir gelir transferine işaret ederken, yoksulluğun şiddetinin artmış olduğunu gösterir. Yoksulluğu farklı boyutlarıyla sergileyen Yoksul Kişi Oranı, Yoksulluk Açığı Oranı ve Yoksullararası Gelir Eşitsizliği gibi ölçütler yoksulluğu ifade etmekte tek başlarına kullanılabilirler. Bu üç unsuru da bünyesinde taşıyan ve hesaba katan geniş kapsamlı bir yoksulluk ölçütünün hesaplanması, yoksulluğun ölçülmesi konusuna yeni bir boyut getirmiştir. Bu ölçütler dar kapsamlı yoksulluk ölçütleri olarak sınıflandırılmaktadırlar. Yoksulluğa dair bu üç unsuru da bünyesinde taşıyan ve hesaba katan geniş kapsamlı yoksulluk ölçütü Amartya Sen tarafından tanımlanmıştır. Yoksulluk İndeksi olarak bilinen bu ölçüt (P);

Yoksul Kişi Oranı (H), Yoksulluk Açığı Oranı (I) ve Yoksullararası Gelir Eşitsizliği Katsayısı'nı(G) birlikte dikkate almaktadır(Dağdemir,2002).

Türkiye'de "mutlak yoksul" olarak sınıflandırılacakların sayısı fazla olmamakla birlikte, gelir dağılımı aşırı derecede bozuktur ve dolayısıyla "görelî yoksulluk" önemli bir sorun oluşturmaktadır. 1994 yılına ilişkin gelir dağılımı araştırması ile daha sonraki yıllarda yapılan çözümlere göre:

- 1- Günlük geliri 1 ABD Doları'nın altında olanlar toplumun % 2,5'ini oluşturmaktadır.
- 2- Toplumun en düşük gelirli % 10'u gelirin % 2,3'ünü alırken, en yüksek gelirli % 10'un payı % 32,3'tür. Gelir dağılımı ölçütü olan GINI katsayısı % 45 dolayındadır ve eşitlikten uzak bir dağılıma işaret etmektedir.
- 3- Ölçüt olarak kişi başına minimum besin değerine ulaşmak alındığında, hem kent ile kırsal hem de bölgeler arasında farklılıklar gözlenmektedir ve Türkiye'de eğitim ve sağlığın durumu da yoksulluğa ilişkin ek bilgiler sağlamaktadır. Her ne kadar 1992 yılından başlayarak temel eğitim ve sağlık konusunda önemli gelişmeler kaydedilmişse de, aşağıda sıralanan göstergeler açısından Türkiye benzer ekonomik gelişme düzeyindeki ülkelerin gerisindedir. Avrupa ortalamalarıyla arasındaki fark ise çok daha büyüktür(Sürdürülebilir kalkınma dünya zirvesi, 2009).

- Doğumda yaşam beklentisi 69 yıldır.
- Çocuk ölüm oranı binde 35'tir.
- Altı yaş altındaki çocuklar arasında yeterli beslenememe oranı % 10 dolayındadır.
- Doğumda tıbbi yardım almayanların oranı % 20 dolayındadır.
- Türkiye'de, en azından bir kısmı gereken müdahaleler yapılmadığı için önlenemeyen 3 ile 7 milyon arasında özürlü bulunduğu tahmin edilmektedir. Bunların önemli bir bölümü gerekli desteği (eğitim, sağlık, çalışma olanakları vb.) alamamaktadır.
- Salığa harcanan toplam kaynak GSMH'nin yüzde 3,5'i dolayındadır.
- Eğitime harcanan toplam kaynak GSMH'nin yüzde 2,5'i dolayındadır.

Okuma yazma bilmeyenlerin oranı % 16'dır; bu oran kadınlarda % 25'e çıkmaktadır(Sürdürülebilir kalkınma dünya zirvesi, 2009).

Sonuç olarak eğitim ve sağlık yoksullukla ilişkilendirilmiştir. Yoksulluk ölçütü olarak temel eğitimin ve sağlığın önemi vurgulanmıştır.

1.2. Sağlık Göstergeleri

Sağlık bireysel özelliklerle beraber sosyo- ekonomik, siyasi, kültürel vb. süreçler sağlığın başlıca belirleyicileridir. Hızlı ve bilinçsiz nüfus artışı, bebek ölüm oranları, kişilerin barınma ve beslenme durumları, sağlık harcamaları için ayrılan bütçe, yeme-içme, temiz su kullanımı başlıca sağlık göstergeleri olarak sayılabilmektedir. Yoksulluğun ve sağlık düzeyinin belirlenmesinde birden fazla gösterge kullanılmıştır. Bunlar kişi başına düşen ulusal, milli gelir, kişi başına düşen gelir ve harcama miktarları, cinsiyet bazında ulusal gelirin dağılımı, harcamalar içinde gıda maddelerine ayrılan pay, bireyler için eğitim harcamaları ve okur yazarlık oranları, ortalama yaşam beklentisi, doğum oranı artış hızı, bebek ölüm oranı, beslenme durumu ve düzeyi, temiz su ve içme suyu kullanım oranı, kişi başına düşen doktor sayısı, kişi başına yapılan sağlık harcamaları, genel işsizlik oranı şeklinde sınıflandırmak mümkündür.

Yoksulluğun ve sağlığın belirlenmesinde yararlanabilecek göstergeler:

1.2.1. Kişi başına düşen gelir/ harcama miktarları

TÜİK (2008) geçen yıl kişi başına harcama tutarını ise 465 YTL olarak belirledi. Buna göre, kişi başına geçen yıl 116 YTL gıda, 19 YTL içki ve sigara 29 YTL giyim ve ayakkabı, 120 YTL konut ve kira, 32 YTL ev eşyası, 10 YTL sağlık, 59 YTL ulaştırma, 32 YTL ev eşyası, 10 YTL sağlık, 59 YTL ulaştırma, 20 YTL haberleşme, 12 YTL kültür ve eğlence, 9 YTL eğitim, 20 YTL otel ve lokanta ve 19 YTL çeşitli mal ve hizmetlere ilişkin harcama yapıldı.

1.2.2. Kişi başına düşen ulusal gelir

Bir ülkenin gelirinin o ülkenin nüfusuna bölünmesi ile kişi başına düşen gelirin bulunmasıdır.

Gayri safi milli hasılası (GSMH), o ülkenin nüfusuna bölüldüğü zaman, kişi başına düşen GSMH bulunur. Aynı şekilde, bir ülkenin Gayri safi yurtiçi hasılası (GSYİH) o ülkenin nüfusuna bölüldüğü zaman ise, kişi başına düşen GSYİH elde edilir. Nominal (cari fiyatlarla) GSYİH nüfusa bölüldüğünde, kişi başına nominal GSYİH, reel (referans yıla ait fiyatlarla) GSYİH nüfusa bölüldüğü zaman ise kişi başına reel GSYİH elde edilir. Milli gelir ve kişi başına düşen millî gelirin ölçümü önemlidir.

Millî gelir bir ülkenin ekonomik gücünü gösterir. Kişi başına düşen millî gelir ise bir ülkenin yurttaşlarının ortalama gelir düzeyi hakkında fikir verici bir göstergedir. Uluslararası karşılaştırmalarda milli gelir genellikle ABD doları cinsinden belirtilir. Dolar cinsinden GSYİH'yı ve kişi başına düşen GSYİH'yı bulmak için nominal GSYİH'yı kambiyo döviz kuruna bölmek gerek(Kişi başına düşen milli gelir, 2009).

Kişi başına düşen millî gelirin ölçülmesinde bazı zorluklar ise Ülkeler arası fiyat farklılıkları, piyasa farklılıkları, üretim ve tüketim maliyetinin hesaplanmasındaki farklılıklar, değişen döviz kurları, ve alınan ve ödenen vergiler kişi başına düşen millî gelirin ölçülmesinde bazı zorluklar olarak ifadelendirilmektedir. Bunları kısaca altı maddede açıklayacak olursak;

1-Türkiye'deki gibi, dolar kurunun büyük dalgalanmalar gösterebildiği ekonomilerde, dolar cinsinden milli gelir ve kişi başına milli gelir değerleri, yerel para birimi cinsinden reel millî gelire ve kişi başına reel gelire göre büyük değişkenlik gösterebilir. Bir ülkenin parası aşırı değerlenmiş (doların fiyatı düşük) ise GSYİH ve kişi başına GSYİH rakamları nispeten büyük, tersi durumda da nispeten küçük görünür. Dolar cinsinden GSYİH veya kişi başına GSYİH rakamlarının karşılaştırılmasında bir başka zorluk ise, ülkeler arasında bulunun fiyat farklılıklarıdır. Bir ülkede kişi başına düşen gelir dolar cinsinden çok düşük olabilir. Fakat o ülkede fiyatlar da oldukça düşük ise, kişi başına geliri yüksek olan ülkelerle arasındaki fark o kadar da büyük olmayabilir.

2-Ülkelerarası iç fiyat farklılıkları nedeniyle, ülkelerarası gelir karşılaştırmalarında satın alma gücü paritesine göre hesaplanan gelir rakamlarının kullanılması yaygınlaşmıştır. Satın alma gücü paritesine göre belirlenen döviz kurunda ülkelerarası iç fiyat farklılıkları ortadan kaldırılır.

3-Zaman içerisinde üretilen malların kalitesinde iyileştirmeler olur. Bu iyileştirmeleri ölçmek ve milli gelire dahil etmek kolay değildir.

4-Ev halkı bazı üretimi kendisi için yapar ve bunlar piyasada işlem görmez.

5-Kayıt altında olmayan üretim faaliyetlerinin GSYİH'nın ölçümüne dahil edilmeleri zordur.

6-Gelişmekte olan ülkelerde, vergi vermemek ya da az vergi vermek için, üretilen mal ve hizmetlerin değerinin olduğundan daha az gösterilmesi veya hiç gösterilmemesi eğilimi oldukça yüksektir(Kişi başına düşen milli gelir, 2009).

Türkiye İstatistik Kurumu, OECD ve Devlet Planlama Teşkilatı verilerinden yaptığı derlemelere göre, 1998-2002 döneminde 3-4 bin dolar aralığında gidip gelen kişi başına düşen milli gelir, 2002 yılından bu yana kesintisiz artış gösterdi. 2002 yılı sonunda 3 bin 517 dolar olan kişi başına gelir, 2007'nin sonuna gelindiğinde 9 bin 305 dolara çıktı. Söz konusu rakamın, bu yılın sonunda ise 11 bin 228 dolara ulaşacağı öngörülüyor.1998-2007 döneminde nüfus ise 7 milyon 968 kişi arttı. 1998 yılında 62 milyon 618 kişi olan Türkiye nüfusu, 2007 sonunda 70 milyon 586 kişiye yükseldi. Nüfusun 2008 yılı sonu itibariyle 71 milyon 419, 2009 sonu itibariyle de 72 milyon 240 bin kişiye ulaşması bekleniyor. 2009 yılı sonunda kişi başına milli gelirin ise dolar kurundaki yükseliş nedeniyle düşüş göstereceği ve 10 bin 913 dolara gerileyeceği tahmin ediliyor. 1998'de 269 milyar 946 milyon dolar olan GSYH'de yıllar içindeki artış ve azalışlardan sonra 2002 yılından itibaren sürekli büyüdü. 2002 yılında 232 milyar 955 milyon dolar olan GSYH, 2007 yılında 656 milyar 802 milyon dolara çıktı. GSYH'nın bu yılın sonunda 801 milyar 892 milyon dolara, gelecek yılın sonunda ise 788 milyar 355 milyon dolara ulaşacağı tahmin ediliyor(Çakan, 2008).

Tablo 1: Cari fiyatlarla 1998-2009 döneminde nüfus, GSYH ve kişi başına gelir rakamları

Yıllar	Nüfus (BinKişi)	GSYH (Milyon Dolar)	Kişi Başına Gelir (Dolar)
1998	62.618	269.946	4.311
1999	63.532	250.506	3.943
2000	64.441	267.172	4.146
2001	65.342	196.418	3.006
2002	66.237	232.955	3.517
2003	67.123	304.134	4.531
2004	68.000	392.972	5.779
2005	68.867	483.928	7.027
2006	69.732	530.590	7.609
2007	70.586	656.802	9.305
2008	71.419	801.892	11.228
2009	72.240	788.355	10.913

Kaynak: Barış ÇAKAN 08.12.2009 Türkiye’ de sanayi üretimi

http://www.gso.org.tr/default.asp?syf=haber_detay&haber_id=1225878785

Sonuç olarak yıllar incelendiği zaman 1998 ve 2009 yılları arasında ortalama olarak nüfus, GSYH, kişi başına dolar olarak gelir hakkında bilgi vermektedir. Ve 1998 yılından itibaren nüfus artışı ile birlikte GSYH ve kişi başına düşen gelir 2009 yılına kadar hızla artış göstermiştir.

1.2.3. Cinsiyet bazında ulusal gelirin dağılımı

Bir ülkenin gelir dağılımının kadın ve erkek yani cinsiyete göre dağılımı, hesaplanmasıdır. Kadın ve erkek için ayrı ayrı hesaplanır, iki cins arasındaki demografik, kültürel, sosyo – ekonomik farkları gelir dağılımının hesaplanmasında büyük önem taşınmaktadır.

Bir ekonomide belli bir dönemde yaratılan gelirin kişiler, toplumsal gruplar ve üretim faktörleri arasında bölüşülmesini ifade etmektedir. Gelir dağılımı salt ekonomik bir olgu değil, uygulanan toplumsal ve ekonomik politikaların, gelişmelerin zaman içinde evriminin doğrudan sonucudur. Bu anlamda, üretim araçlarının mülkiyeti, kamu hizmetlerinin düzeyi, toplumsal-geleneksel ilişkiler, işgücünün örgütlenme düzeyi ile yatay ve dikey hareketliliği, siyasal katılma biçimleri ve tüm bunların değişimi gelir dağılımını belirler. Gelir dağılımı bütün bunların sonucu ve göstergesidir. Gelir farklılıklarının açıklanmasıyla ekonomik ve toplumsal ilişkiler açıklık kazanır. Gelir dağılımı araştırmalarının amacı yalnızca gelirin araştırılması değil, aynı zamanda milli geliri meydana getiren üretim faaliyetleri içindeki toplumsal ilişkilerin ve bölüşüm ilişkilerinin bilinmesidir (Gelir ve dağılımı, 2009).

1.2.4. Harcamalar içinde gıda maddelerine ayrılan pay

Türkiye’de beslenme amaçlı gıda maddelerine ayrılan pay maddi yetersizlik nedeniyle giderek azalmaktadır.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, Türkiye’de 2008 yılında gıdaya ve eğitime ayrılan payda 2007’ye göre düşüş gözlenirken konut ve ulaştırma harcamalarına ayrılan pay arttı. 2008 yılı ile yeni nüfus projeksiyonlarına göre revize edilen 2007 Hanehalkı Bütçe Araştırması sonuçları karşılaştırıldığında, 2007 yılında yüzde 23,6 olan gıda harcaması payının 2008’de yüzde 22,6 olarak gerçekleştiği görüldü. Düşük gelirli hanehalklarının, yüksek gelirli hanehalklarına göre gıdaya iki kat daha fazla pay ayırdığı belirlendi. Gelire göre sıralı yüzde 20’lik gruplar itibariyle tüketim harcamalarının dağılımına bakıldığında; birinci yüzde 20’lik grupta yer alan hanehalklarının gıda harcamasına ayırdıkları pay yüzde 33,7 iken, beşinci yüzde 20’lik gruptaki hanehalklarının gıda harcamalarına ayırdığı payın yüzde 17,2 olduğu görüldü.

1.2.5. Bireyler için yapılan eğitim harcamaları ve okur yazarlık oranları

Eğitim; bireyin ve toplumun gelişmesini sağlayan, ekonomik kalkınmayı destekleyen, kültürel değerleri koruyup geliştirerek gelecek nesillere aktarılmasını sağlayan önemli bir süreçtir.

Dünya üzerinde okuryazarlık oranlarının en düşük olduğu bölgeler Güney Asya, Arap ülkeleri ve iç Afrika ülkeleridir. Bu bölgelerde okuryazar olmayan nüfus ortalama olarak %40-50'lere kadar varmaktadır. Okuryazarlık oranının yakın zamana kadar çok düşük olduğu Çin, Vietnam gibi ülkelerde bugün okuryazarlık oranları hala düşükken, Brezilya, Endonezya gibi gelişmekte olan ülkelerde bu oran hızla artış göstermektedir. Okuryazarlık oranlarının en yüksek olduğu ülkeler Avrupa ülkeleri (Türkiye dahil) ve SSCB 'nin dağılması ile ortaya çıkmış olan Gürcistan, Ermenistan, Azerbaycan, Belarus gibi devletlerdir.

Tablo 2: Okuryazarlığın en yüksek olduğu ülkeler

Sıra	Ülke	Okuryazarlık oranı	Sıra	Ülke	Okuryazarlık oranı
1	<u>Avustralya</u>	99,9	1	<u>İrlanda</u>	99,9
1	<u>Avusturya</u>	99,9	1	<u>Japonya</u>	99,9
1	<u>Belçika</u>	99,9	1	<u>Lüksemburg</u>	99,9
1	<u>Kanada</u>	99,9	1	<u>Hollanda</u>	99,9
1	<u>Çek Cumhuriyeti</u>	99,9	1	<u>Yeni Zelanda</u>	99,9
1	<u>Danimarka</u>	99,9	1	<u>Norveç</u>	99,9
1	<u>Finlandiya</u>	99,9	1	<u>İsveç</u>	99,9
1	<u>Fransa</u>	99,9	1	<u>İsviçre</u>	99,9
1	<u>Gürcistan</u>	99,9	1	<u>İngiltere</u>	99,9
1	<u>Almanya</u>	99,9	1	<u>Türkiye</u>	99,9
1	<u>İzlanda</u>	99,9			

Kaynak: okuryazarlık Vikipedi, özgür ansiklopedi 20.12.2009

<http://tr.wikipedia.org/wiki/Okuryazarl%C4%B1k>

Tablo 3:Okuryazarlığın en düşük olduğu ülkeler

Sıra	Ülke	Okuryazarlık oranı
123	<u>Sierra Leone</u>	29,6
124	<u>Çad</u>	25,5
125	<u>Mali</u>	19,0
126	<u>Nijer</u>	14,4
127	<u>Burkina Faso</u>	12,8

Kaynak: okuryazarlık Wikipedi, özgür ansiklopedi . 20.12.2009

<http://tr.wikipedia.org/wiki/Okuryazarl%C4%B1k>

1.2.6. Ortalama yaşam beklentisi

Ortalama beklenen yaşam süresi bir canlının ortalama ne kadar yaşadığını ölçmek olarak ifade edilir. Kişileri yaş, cinsiyet ve coğrafik bölgelere göre ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Teknik olarak her yaş ve her kişi için özel olarak hesaplanır ve bu değer ölüm zamanındaki yaşa eşittir. Ortalama yaşam beklentisini aşağıda sekiz madde şeklinde açıklanmıştır.

1-65 yaşın üzerinde yaşamış olan kişilerin üçte ikisinden fazlası bugün hayattadır.. Avrupa'da doğmuş olan 400.000'i aşkın bilim adamı Atlantik'i aştılar ve ABD'de çalışan bilim adamlarının %40'ını oluşturmaktalar.

2-Nadir hastalıklar 20 milyon Avrupa vatandaşını etkilemektedir.

3-Yüzyılın başındaki ortalama yaşam beklentisi yalnızca 55'ti, bugün ise Avrupa'da doğan bir çocuğun neredeyse 80 yaşına kadar yaşaması beklenebilir. Bugün beş üzerinden bir Avrupa Birliği vatandaşı halen genellikle önlenemez hastalıklardan prematüre olarak ölüyor.

4-Dünyadaki ölümlerin dörtte biri bir enfeksiyon hastalığından kaynaklanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, günümüzde dünya çapında bilinen 30.000 hastalığın yaklaşık dörtte üçü için halen etkin bir tedavi yoktur.

5-Antibiyotikler ve aşılar 1920'lerde altı ana hastalığın kökünün neredeyse tamamen kurutulmasında büyük bir rol oynamıştır: grip/zatürree, frengi, difteri, boğmaca, verem ve kızamık.

6-Çiçek hastalığı şu ana kadar kökünü kuruttuğumuz tek hastalıktır. Bu, Dünya Sağlık Örgütü'nün muhtemelen en büyük başarısıdır.

7 -Geçtiğimiz 30 yılda, Avrupa'da hastalıkla bağlantılı mortalite oranları neredeyse %40 oranında azalmıştır.

8 - Kalp hastalığı, kanser, Alzheimer hastalığı, diyabet, artrit, depresyon, inme ve osteoporoz gibi tedavi edilmeyen hastalıklar dünyada yüz milyonlarca kişiyi etkilemekte ve küresel topluma trilyonlarca Euro'luk maliyet yaratmaktadır; ağrı ve çekilen sıkıntılar da çabası(İlaç ve ecza kuruluşları, 2006).

1.2.7. Doğum oranı artış hızı

Ülkemizde doğum oranı hızla artmaktadır. Buna da neden olarak eğitim eksikliği, bilinçsizlik, sosyo-ekonomik nedenler, bölgesel ve kültürel değerler gösterilmektedir. Doğum oranındaki artış hem anne hem de çocuk sağlığını önemli derecede

etkilemektedir. Doğum oranında ki hızlı artış ile beraber toplumdaki genç nüfus oranı artmakta buda işsizlik oranının ve yoksulluğun artmasına neden olmaktadır.

Toplumdaki fertilitite hızı kaba doğum hızı ve toplam doğurganlık hızı olarak değerlendirilir.[9]

Kaba doğum hızı = $\frac{\text{Bir yılda canlı doğan çocuk} \times 1000}{\text{Yıl ortası nüfus sayısı}}$

Toplam doğurganlık hızı = $\frac{\text{Bir yılda canlı doğan çocuk} \times 1000}{\text{15-44 yaş arası kadın nüfusu}}$

Aşırı doğum sayısı hem annenin hem de çocuğun sağlığını kötü yönde etkiler. Ailede çocuk sayısı arttıkça doğum aralıkları azaldıkça çocuk ölüm oranlarının artmasına ilave olarak beslenme bozukluğu sorunları sıklaşmakta, serebral palsi ve mental retardasyon oranları artmaktadır. Türkiye'de 1966-1970 yılları arasında kaba doğum hızı % 038.8, toplam doğurganlık hızı % 05.63 iken bu oran 1976-1980 yılları arasında % 030 ve % 04.66 oranlarına gerilemiştir(Gökçay, 2009).

Tablo 4: Türkiye Nüfusu

Dönemler	Doğum Oranı (‰)	Ölüm Oranı (‰)
1935-40	45.6	31.4
1940-45	43.1	33.9
1945-50	45.9	27.0
1950-55	48.2	23.5
1955-60	46.8	19.8
1960-65	41.3	15.3
1965-70	40.8	13.5
1970-75	34.2	10.1
1975-80	32.2	10.0

Kaynak: Türkiye'nin Nüfusu 1994. Ergin GÜMÜŞ. Erişim Tarihi: 06.12.2008

C:\Users\HP\Documents\Downloads\Documents\unite06.pdf

Yukarıdaki tablo incelendiği zaman ölüm ve doğum oranının en fazla olduğu yıllar 1935 ve 1940, en düşük olduğu yıllar ise 1975 ve 1980 yılları arasında olduğu görülmektedir. 1985 yılından itibaren nüfus artışında düşme başlamıştır. Ülkemizde ilerleyen sanayileşme ve şehirleşme oranları, Türk kadınının çalışma hayatına girmesi ve uzun yıllar sürdürülen "aile planlaması" na yönelik olumlu sonuçların alınması bunda en önemli etkenlerdir.

1.2.8. Temiz su ve içme suyu kullanım oranı

Dünyamızın büyük bir kısmını yani %70' ini oluşturan su insan vücudumuzun da önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Suyun kullanım amaçları değişmektedir, bu alanlar başlıca tarımsal su kullanımı, endüstriyel su kullanımı ve evsel su kullanımı şeklinde açıklanmıştır.

Tarımsal su kullanımı

-Gelişmiş ülkelerde su kaynaklarının % 39'u

-Gelişmekte olan ülkelerde %52'si

-Türkiye'de %72'si tarımsal amaçlarla kullanılmaktadır(Suyun kullanım alanı ve kısıtlılığı, 2009).

Endüstriyel su kullanımı (ortalama)

- 1 otomobil üretimi için 300 - 400 ton
- 1 ton çelik üretimi için 240 ton
- 1 varil (yaklaşık 200 lt) ham petrolün rafine edilmesi için 7 ton
- 1 kg kumaş (baskılı boyalı) üretimi için 200 litre...
- Diğer: Buharlı makineler, hidroelektrik santraller, ilaç yapımı, tekstil, kozmetik, vs. Suyun kullanım alanı ve kısıtlılığı, 2009).

Evsel su kullanımı

- Banyo yapmak için (asgari) 50 - 60 litre 12 kova su
- Duş almak için 35 litre 7 kova su
- Diş fırçalama (musluk açık-3 dakika) 5 litre 1 kova su
- Diş fırçalama (musluk kapalı-3 dakika) 1 litre 1 kova suyun 1/5'i
- Damlayan musluk (haftada) 140 litre 28 kova su
- Tuvalet için (asgari) 25 litre 5 kova su
- Bulaşık ve çamaşır makinesi (1 yıkamada) 100 - 120 litre 20-25 kova su
- Araba yıkama 10 litre 2 kova su
- Hortumla sulama (saatte) 540 litre 108 kova su Suyun kullanım alanı ve kısıtlılığı, 2009).

Tablo 5: İçme-Kullanma suyu ve kanalizasyon şebekeleri ve arıtma tesisleri ile hizmet edilen belediye nüfusunun toplam Türkiye nüfusu içindeki yüzde oranları

	Hizmet Edilen Nüfus Yüzdesi	Hizmet Edilmeyen Nüfus Yüzdesi
İçme Suyu Şebekesi	70	30
İçme Suyu Arıtma Tesisleri	24	76
Kanalizasyon Şebekesi	55	45
Atık Su Arıtma Tesisleri	11	89

Kaynak: Dünya’ da ve Türkiye’ de çevre Göksel N. Demirer. 13.06.09
<http://www.cevre.metu.edu.tr/node/92>

Yukarıdaki tablo incelendiği zaman suyun yaşamımızdaki önemi daha net anlaşılacaktır. Çünkü; her gün dünyada binlerce kişi düşük su kalitesi ile bağlantılı hastalıklardan ölmekte ve su ile taşınan/bulaşan hastalıklar dünya çapında en önemli hastalık ve ölüm nedeni olmayı sürdürmektedir. Dünya nüfusunun yaklaşık 1/3’lük bölümü sağlıklı içme suyundan yoksundur. 21. yüzyılın başlarında dünya nüfusunun 1/4’lük bölümünün daha kronik su kıtlığı ile karşı karşıya kalacağı öngörülmektedir. O nedenle içme suyunun hijyeni yani temizliği son derece önem taşımaktadır.

1.2.9. Kişi başına yapılan sağlık harcamaları

Sağlık alanında kişilere yapılan sağlık, kamu harcamaları Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, Bakanlıklar, Sosyal Güvenlik Kurumları, Sivil Kurumlar ve Belediyeler tarafında karşılanmaktadır. Kişiye ait yapılan özel harcamalar ise kişinin kendi maddi imkanları ile karşılama, kuruma verilen primler ile ödeme ve özel sigorta tarafından karşılanmaktadır.

Türkiye’de yıllık kişi başına düşen sağlık harcamaları giderek artıyor. Ancak yine de Türkiye sağlık harcamalarında da OECD ülkeleri arasında en kötü ikinci

ülke konumunda bulunuyor. Türkiye'deki kamu sağlık harcamalarının oranı toplam sağlık harcamalarına göre son 4 yılda yüzde 41.2 oranında artmasına karşın, Türkiye kişi başına düşen yıllık kamu sağlık harcamasında 232 dolarla OECD ülkeleri arasında en az sağlık harcamasıyla Meksika'dan sonra ikinci sırada yer alıyor. OECD ülkelerinde kişi başı kamu sağlık harcaması ortalaması 2 bin 23 dolar düzeyinde. Türkiye'de ise bu rakam 232 dolar olarak gerçekleşti(Medimagazin-Sağlık Profesyonellerinin Gazetesi, 2007).

Türkiye'de kişi başına yapılan sağlık harcamaları, kamu sağlık harcamalarının oranı son yıllarda artıyor olmasına rağmen, Türkiye hala gelişmiş birçok ülkenin gerisinde bulunmaktadır. Bu oran gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere göre değişiklik göstermektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre Türkiye'de kamunun sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı 1999- 2002 döneminde reel olarak yüzde 55.6 oranında arttı. 2002-2006 yılları arasında da bu yükseliş devam etti ve bu dönemde sağlık harcamalarında reel olarak yüzde 41.2 oranında artış sağlandı. Türkiye'de kamu sağlık harcamaları 1999-2002 döneminde yüzde 55 oranında artmasına karşın, bu rakam kişi başına düşen sağlık harcamalarına tam olarak yansımada. Aynı dönemde kişi başına düşen kamu sağlık harcaması oranı yüzde 25 artarak 109 dolardan 137 dolara yükseldi. Türkiye, kişi başına düşen kamu sağlık harcamaları bakımından OECD ülkeleri arasında en kötü ikinci ülke konumunda bulunuyor. Türkiye kişi başına 232 dolarlık kamu sağlık harcamasıyla kişi başına sağlık harcaması 197 dolar olan Meksika'dan sonra geliyor. OECD ülkeleri arasında kişi başına kamu sağlık harcaması en yüksek olan ülkeler ise 5360 dolar ile Luksemburg ve 4 bin 512 dolarla Norveç. OECD ülkelerinin ortalama kamu sağlık harcaması ise 2 bin 23 dolar düzeyinde seyrediyor(Medimagazin-Sağlık Profesyonellerinin Gazetesi, 2007).

Yoksulluğu sağlık güvencesi ile birleştirecek olursak; İşsizlik genel olarak kişiler için iş bulamama, işsiz kalma, iş yeri için genel bir durgunluk dönemi olarak ifade edilmektedir. Nedenleri arasında üretimin azlığı, kaynak bulamam veya kısıtlılığı, ülkemizdeki genç nüfus yani çalışabilir nüfus oranının fazla oluşu, bilinçsiz kentleşme ve hızlı göç sayılabilir. İşsizlik, planlı dönemin başından itibaren önemini koruyan ekonomik ve sosyal nitelikli bir problemdir. Piyasa ekonomisine geçiş sürecinde ise

etkisini daha ağır şekilde hissettirmeye başlamıştır. 1990 yılında %8.2 olan işsizlik oranı, 2000 yılına gelindiğinde %6.8 seviyesine gerilemiş, ancak yine 2000 yılında yaşanan krizle birlikte 2001 yılında % 8.5 düzeyine ulaşmıştır. 2002 yılında 2001 yılı krizinin etkisiyle işsizlik oranı %10.6'ya ulaşmıştır. 2002 yılında ekonomimizde büyüme yaşanmasına rağmen 2003 yılı Hane Halkı İşgücü Anket sonuçlarına göre işsizlik oranı %12'lere ulaşmıştır. Türkiye'de işsizliğin bu seviyelerde olması AB ülkeleri ortalamaları ile karşılaştırıldığında yanıltıcı olmaktadır. Nitekim Türkiye'de kırsal kesim istihdamının görece olarak yüksek olması dolayısıyla ücretsiz aile işçiliğinin yaygınlığı, işgücüne katılma oranının düşüklüğü ve sosyal güvenceden yoksun düşük verimle çalışanların fazlalığı, işsizlik oranlarının gelişmiş ülkelere göre düşük seviyelerde görünmesine neden olmaktadır(Kılıç, 2003)

Yıllara göre bakıldığı zaman Türkiye' de işsizlik her geçen gün artmaktadır. Yetersiz istihdam, iş gücü yetersizliği, değişen piyasa, kriz, düzensiz ekonomi vb durumlar genel işsizlik oranını etkilemektedir.

Tablo 6: 2009 Yılı Aylık İşsizlik Oranları (Yüzde olarak)

Aylar	Genel	Tarım dışı	Genç
01	15.5	19.0	27.9
02	16.1	19.8	28.6
03	15.8	18.9	27.5
04	14.9	18.2	26.5
02-04 Fark	1.2	0.8	1.4

Kaynak: TÜİK' in yayınladığı Hane Halkı İşgücü Haber Bültenleri 12.12.2008

www.tuik.gov.tr

Yukarıdaki tablo 2009 yılının ilk dört ayının aylık işsizlik oranlarını içermektedir. Bu tabloya göre 2009 yılının ilk dört ayı için işsizlik oranında küçük bir azalmadan bahsedilebilirse de işsizliğin daha çok genç nüfus da yaygın olduğunu yani işsizlik oranının da artışın gelecekte artmaya devam edeceğini göstermektedir.

1.3. Yoksulluk ve Gelir Dağılımı

Gelir dağılımı genel bir ifadeyle belirli bir dönem içerisinde ekonomide var olan gelirin bireyler, toplumsal gruplar, kişiler ve üretim faktörleri arasında paylaşılmasıdır. Gelir dağılımı, toplumu oluşturan kişiler, bireyler ve gruplar arasındaki dağılımını ifade eder. Kişisel gelir dağılımı ise, var olan gelirin bireyler ve aileler arasında dağılımını ifade eder ve bireyseldir. Gelir dağılımının sosyo-ekonomik gruplar ve üretim faktörü arasında dağılımı fonksiyonel gelir dağılımıdır ve milli gelirdir.

Gelir dağılımındaki eşitsizlik; bir nüfus diliminin ulusal gelirden aldığı pay ile başka nüfus dilimi arasındaki farkı yani eşitsizliği ifade eder. Ülkemizde gelir dağılımındaki bozukluklar, eşitsizlikler ve ekonomi politikalarındaki istikrarsızlıklar nedeniyle özellikle 1980'lerden sonra yoksulluğun arttığı bilinmektedir. Ülkemizde yoksulluğu arttıran bazı sebepler şunlardır: Ekonomi politikalarındaki anlayış ve uygulamalar, 1985 sonrasında ki göç nedenlerindeki değişiklikler, kente yeni göç edenlerin daha az şansa sahip olmaları, büyük kentlerde ücretlerin düşmesi ve gelir dağılımında ortaya çıkan adaletsizlik, yeni kent yoksullarının oluşması orta sınıfın giderek güç kaybetmesi ve benzeri durumlar(Işık, Pınarcıoğlu, 2001).

Gelir dağılımını işgücü, politika, üretim araçları, kamu hizmetleri belirler. Gelir dağılımı yetersizliği sonucu toplumda sosyo-ekonomik nedenler artmaktadır.

Türkiye İstatistik Kurumu verileri esas alındığında 2006 yılında 4 kişilik bir ailenin yoksulluk sınırı 549 TL iken 2007 yılında bu rakam 619TL olarak kabul edilmiştir. 13 milyon kişi bu sınırın altında yaşamını sürdürmektedir. 2006 yılında aylık 205 TL olan açlık sınırı, 2007 yılında 237 TL olarak belirlenmiş ve 539 bin kişi ise sadece gıda harcamalarını içeren açlık sınırının altında yaşıyor. TÜİK Haziran 2009 yılı verilerine göre dört kişilik bir aile için açıklanan açlık sınırı toplam 733ytl, yoksulluk sınırı 2 bin 389ytl olarak hesaplandı. 17 milyon 690 bin ailenin 2 milyon 473 bin' i yoksul durumdadır. Toplam nüfusun %0.74' ü gıda yoksulluğu(açlık), %17.81' i yoksulluk(gıda ve gıda dışı), %1.41 'i kişi başı günlük 2.15 doların altında gelirle yaşamını sürdürmektedir. Ayrıca yoksul oranı 1-2 kişilik ailede %10.95; 3-4 kişilik ailede %8.27; 5-6 kişilik ailede %17.54, 7 ve daha fazla sayıdaki ailede %41.83 olmuştur. Bu sonuçlar da göstermektedir ki hane halkı sayısı arttıkça yoksulluk oranı da artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumuna göre; 2007 yılında 4 milyon 465 bin olan 65

yaş ve üstü nüfusunun 927.318' i 2022 sayılı ‘’ 65 yaşını doldurmuş, muhtaç, güçsüz ve kimsesiz Türk Vatandaşlarına aylık bağlanması hakkındaki kanun’’gereği herhangi bir sosyal güvence ve gelire sahip olmadığı için aylık 76.63 YTL olan yaşlılık ödeneğinden yararlanmaktadır. Bu kişilerin 592.326 ‘sı kadındır. Buda göstermektedir ki; Türkiye’deki yaşlıların yaklaşık dörtte birinin herhangi bir emeklilik güvencesi yoktur ve bunların büyük bir çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır.

Tablo 7:Hanehalkı Büyüklüğüne Göre Yoksulluk Oranları

Hanehalkı Büyüklüğü	Hanehalkı	
	2002	2005
TOPLAM	%22,45	%15,42
1-2	%16,51	%8,44
3-4	%16,37	%9,22
5-6	%29,03	%22,41
7+	%45,95	%44,08

Kaynak: : TÜİK’ in yayınladığı Hane Halkı İşgücü Haber Bültenleri 12.12.2008

www.tuik.gov.tr

Yukarıdaki tablo 2009 yılının ilk dört ayını içermektedir. Ve bu tabloya bakıldığı zaman Hanehalkı büyüklüğüne göre 2002 ve 2005 yılları arasında yoksulluk oranları karşılaştırılmıştır. Ortalama olarak yıllara bakıldığı zaman 2005 yılında 2002 yılına göre yoksulluk oranlarında azalmalar görülmüştür. Ancak tabloya dikkatli bakıldığı zaman düşüşlerin daha çok hanehalkı sayısı az olanlarda görüldüğü, hanehalkı sayısı fazla olanlarda yani genç nüfusu fazla olan hanelerde işsizlik oranlarında küçük düşüşlerin saptandığı fark edilmekte buda açıkça göstermektedir ki orta yaş ve üstü gruplarda işsizlik oranı azalırken genç yaş grubunda işsizlik oranında anlamlı bir azalma tespit edilmemektedir(Buda işverenin genç yaş grubu yerine orta ve üstü yaş grubuna tercih ederek sigorta ve emekli tazminatı ödemelerinden muaf olmak istediğini göstermektedir, buda işverenin de maddi olarak sıkıntılar yaşadığını göstermektedir).

Bir ülkede gelir dağılımı denildiğinde anlaşılması gereken, ekonomide belirli bir sürede yaratılan gelirin ekonomideki karar birimleri tarafından ne ölçüde dağıldığıdır. Ülkeden ülkeye gelir dağılımları farklılık gösterse bile eşit ve adaletli bir gelir dağılımı çizelgesi bulmak imkânsızdır. Gelir dağılımı ekonomik bir olgu olmakla birlikte, nüfus artısından

ve dağılımından, toplumun sosyo – kültürel yapısından, toplumdaki eşitlik ve adalet kavramlarına olan yaklaşımdan etkilenmektedir. Gelişme süreci içerisinde toplam refahın artışı ve yaratılan gelirin toplumun tüm kesimin tarafından kullanılması, sosyal adaletin gerçekleşmesi ve toplumsal barışın oluşabilmesi açısından oldukça önemlidir(Karaman, Özçalık, 2007).

Gelir dağılımından görece olarak daha düşük pay alan kesimlerin ülke nüfusu içerisinde ağırlıkta olması da bu kesimlerin sosyal refah devletinin temel hizmetlerinden sayılan eğitim, sağlık ve beslenmeden daha az faydalanmalarına sebep olmaktadır. Böylece ülkenin gelişme sürecinde gerekli olan insan kaynakları niteliklerinde gerekli olan gelişmeler sağlanamamaktadır. Bu durum ise ülke gelişmesini olumsuz bir şekilde etkilemektedir.

Gelir dağılımı türlerini fonksiyonel gelir dağılımı, coğrafi gelir dağılımı, kişisel gelir dağılımı ve sektörel gelir dağılımı olarak dört gruba ayırabiliriz. Bunlardan fonksiyonel gelir dağılımı, gelirin üretim öğelerince paylaşımından ibarettir. Ulusal gelir içerisinde ücret, faiz, getirim(rant) ve karın payları saptandığında ulusal gelirin fonksiyonel dağılımı da elde edilmiş olur. Ayrıca fonksiyonel gelir dağılımı ulusal gelirin, çeşitli sosyo-ekonomik gruplar arasındaki paylaşımını göstermesi açısından önemlidir. Sektörel gelir dağılımı ise tarım, sanayi ve hizmet sektörlerinin ulusal gelirden aldıkları paylar, bunların uzun dönemdeki durumları, devletin hangi sektörler aleyhine ve hangi sektörler lehine ulusal gelirin dağılımını etkilediğini gösterir. Ulusal gelir dünyanın hiçbir ülkesinde fertlere eşit olarak dağılmamıştır. Ulusal gelirin coğrafi dağılımı, bir ülkenin farklı bölgelerinde yaşayan fertlerin gelirden de oranda pay edindiklerini gösterir. Bu gelir dağılımı türü ülkelerin farklı yörelerindeki kalkınmışlık düzeylerinin gösterimi açısından yararlıdır. Örneğin Kuzey ve Güney İtalya arasındaki gelişmişlik farkı coğrafi gelir dağılımının konusu içerisinde yer alır. Kişisel gelir dağılımı üretim öğelerinin üretime katılarak elde ettikleri gelirin birey grupları arasında ne ölçüde bölüşüldüğüdür(Karaman, Özçalık, 2007).

Tablo 8: Yoksulluk ve büyüme oranları(%)

	1960'lar	1970'ler	1980'ler
Zengin Ülkeler	4,7	3,1	2,3
Katılımcı Gelişmekte Olan Ülkeler	1,4	2,9	3,5
Katılımcı Olmayan Gelişmekte Olan Ülkeler	2,4	3,3	0,8

Kaynak: Dünya Bankası, Trade, Growth, and Poverty, David Dollar and Aart Kraay 12.07.2008. Büyüme ve gelir dağılımı(2001).

<http://www.yigitoglu.org/read/?art=3135>

Yukarıdaki tabloya bakıldığı zaman zengin ülkeler ve katılımcı olmayan gelişmekte olan ülkelerde 1960 yılına oranla 1970 ve 1980 yılında yoksulluk oranlarında düşüş görülmüş olmasına rağmen katılımcı gelişmekte olan ülkelerde artış görülmüştür.

1.3.1. Gini İndeksi

Gini indeksi, katsayısı gelir dağılımındaki eşitsizliği ölçmeye yarayan indeks İtalyan ekonomist ve istatistikçi olan Corrado Gini tarafından geliştirilmiştir. Katsayı 0 ile 1 arasında değerler alır ve yüksek değerler daha büyük eşitsizlik olarak kabul edilir.

Ülkelerin kişi başına düşen gelir düzeyleri ölçülürken bu gelirlerin toplumdaki bireylere nasıl yansıdığı önem taşır. Bu nedenle toplumdaki bireylerin mümkün olduğu kadar çoğunun, kişi başına ortalama gelire eşit veya üstünde bir gelire sahip olması, o ülkedeki gelir dağılımının o derece sağlıklı ve iyi olduğunu gösterir. Ülkelerin kişi başına düşen gelirlerinin karşılaştırılmasında gelir eşitliği veya eşitsizliği konusu, başta Gini Endeksi olmak üzere birçok araştırmada, birçok yöntemle incelenmektedir. Ancak, bu yöntemlerin çoğunda söz konusu gelirin ülke nüfusunun ne kadarına yansıdığına ilişkin bir fikir elde edilememektedir. Yani, gelirin nüfus üzerindeki etkinliği ölçülememektedir(Bozdağ, Güneşer, 2009).

Başka bir deyişle gini indeksi; gelir dağılımı eşitsizliğini ölçerken kullanılır ve sayı arttıkça eşitsizlik de artar. Bir ülkede gelir dağılımındaki adaletsizlik ne kadar fazlaysa gini katsayısı o kadar büyüktür. Bu katsayı sıfıra yaklaştıkça, gelir dağılımındaki adaletsizliğin azaldığı anlamı ortaya çıkar. Ayrıca, lorenz eğrisi analizinde eşitsizlik ölçüsü olarak kullanılan bir katsayıdır. Eşitsizlik arttıkça, 45 doğrusu ile eğri arasındaki alan da büyür. Gini katsayısı sıfır olduğunda eşitlik sağlanmış olur.

Ayrıca, ülkelerarası kişi başına gelir karşılaştırmalarında, gelir ölçütü olarak “Bozdağ Nüfus Etkinliği Endeksi” geliştirilmiştir. Bu çalışmada, en önemli konu şudur: Ülkelere göre kişi başına harcanabilir ortalama gelire eşit ve onun üzerindeki gelire sahip nüfus miktarına ilişkin istatistiklere ulaşılabilseydi, doğrudan, Bozdağ Nüfus Etkinliği Katsayısı hesaplanabilecekti. Böylece %20’lik nüfus dilimlerine ilişkin gelir gruplarının hesaplanmasına ve Lorenz Eğrisi gibi işlemlere gerek kalmayacaktı. Ne yazık ki, ülkeler açısından bu istatistikler henüz mevcut bulunmamaktadır. Ancak, bu yüzden ülkelerin kişi başına ortalama gelire eşit ve üstündeki gelire sahip nüfus miktarının hesaplanmasında Avrupa Birliği İstatistik Komisyonu, Dünya Bankası ve diğer kuruluşlar tarafından hazırlanmış %20’lik eşit nüfus dilimlerine göre 5 gruba ilişkin gelir ve harcama tablolarından yararlanılmıştır. Bu çalışmada, verilerine ulaşabildiğimiz 13 Avrupa ülkesi olan: Almanya, Avusturya, Belçika, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İngiltere, İrlanda, İspanya, İtalya, Lüksemburg, Portekiz ve Yunanistan’ın 1995-2001 yılları arasındaki istatistiklerinden yararlanılarak Bozdağ Nüfus Etkinliği Endeksi ile yapılan hesaplamalar sonucu elde edilen bulgular, aynı döneme ilişkin Gini Endeksleriyle karşılaştırılmıştır(Bozdağ, Güneşer, 2009).

Sonuç olarak gelir dağılımındaki eşitsizliği ölçen gini katsayısının değeri gelir düzeyinin fazla olmasına yani büyüklüğüne değil, farklı gelir düzeyleri arasında kalan kişilerin toplam sayısına bağlıdır. Ve bu kişilerin oranının artması gelir dağılımındaki eşitsizliğin arttığını, azalması ise gelir dağılımındaki eşitsizliğin azaldığını göstermektedir.

Tablo 9: Bazı Uluslararası Yoksulluk Sınırlarına Göre Seçilmiş Ülkelerde Yoksulluk Oranı ve Gini Katsayısı

Ülkeler	Yoksulluk Oranı			Gelir dağılımı	
	Anket yılı	Günde dolar(%)	1 Günde dolar(%)	2 Anket yılı	Gini Katsayısı
Çek Cumhuriyeti	2001	<2	<2	1996	0,25
Bangladeş	2000	36,0	82,8	2000	0,31
Brezilya	2001	8,2	22,4	2001	0,59
Şili	2000	<2	9,6	2000	0,51
Çin	2001	16,6	46,7	2001	0,45
Mısır	2000	3,1	43,9	2000	0,34
Hindistan	2000	35,3	80,6	2000	0,33
Endonezya	2002	35,3	80,6	2000	0,34
Kenya	1997	22,8	58,3	1997	0,44
Güney Kore	1998	<2	<2	1998	0,32
Pakistan	2001	17,0	73,6	2001	0,27
Polonya	2002	<2	<2	2002	0,31
Rusya Fed.	2002	<2	7,5	2002	0,32
Sri Lanka	2002	5,6	41,6	2002	0,38
Tayland	2000	<2	32,5	2002	0,40
Türkiye	2002	<2	9,2	2002	0,44
Zambiya	1998	63,7	87,4	1998	0,53

Kaynak: World Bank, *World Development Report 2006: Equity and Development*, The World Bank and the Oxford University Press, 2005, s. 294-295. 12.06.2008

Yukarıdaki tablo bazı uluslararası yoksulluk sınırlarına göre seçilmiş ülkelerdeki yoksulluk oranlarını ve Gini Katsayısını göstermektedir. Ve bu tablo incelendiği zaman yoksulluk oranı ve gelir dağılımındaki eşitsizliğin en düşük olduğu ülke Çek Cumhuriyeti, en yüksek olduğu ülke ise Zambiya'dır. Türkiye'de ise yoksulluk oranı düşük görülmesine rağmen gelir dağılımındaki eşitsizlik oranı yüksektir.

Türkiye Gini indeksin de, verimlilikte; Verimlilik konusu hem tanımıyla, hem ölçüm sorunlarıyla, hem de teknikleri ve bunların uygulanma zorluklarıyla ekonominin en

çetin, en çetrefil problemlerinden biridir. Çünkü çok çeşitli verimlilikler ve bunlara ilişkin de farklı tanım ve ölçümler söz konusudur. Örneğin, emek verimliliği, sermaye verimliliği, toplam faktör verimliliği, parasal, fiziksel verimlilikler, ortalama - marjinal verimlilikler, sermaye faktörünün tanımındaki zorluk ve veri yetersizlikleri, vb. gibi durumları oluşturmaktadır(Suiçmez, 2004).

Tablo 10: Çeşitli Verimlilik Göstergelerine Göre Türkiye'nin Durumu

	Ülke sayısı	Türkiye'nin sırası
Toplam verimlilik (GSYİH/İstihdam)	(1996) 45	36
Tarımsal verimlilik (1994) (Tarımda aktif çalışan başına düşen katma değer)	43	36
Sanayi verimlilik (1994) (Katma değer/İstihdam)	32	23
Hizmet verimliliği (1994) (İşçi başına katma değer)	34	22

Kaynak: *IMD, The World Competitiveness Year Book, 1997, İsviçre.* Halit Suiçmez
C:\Users\HP\Documents\Downloads\Documents\MD219.20.pdf.12.09.2009

Yukarıdaki tablo; çeşitli verimlilik göstergelerine göre Türkiye'nin durumunu özetlemektedir. Ve tabloda ülke sayısına göre Türkiye kıyaslanmıştır. Toplam verimlilikte 45 ülke içerisinde 36. sırada, tarımsal verimlilikte 43 ülke içerisinde 36. sırada, sanayi alanındaki verimlilikte 32 ülke içerisinde 23. sırada ve hizmet verimliliğinde toplam 34 ülke içerisinde 22. sırada yer almaktadır.

Verimlilik analizlerinde ve karşılaştırmalarında uluslar arası veriler bu yüzden daha güvenilir bulunmaktadır. Yine aynı verimlilik göstergeleriyle yapılan bu kıyaslamada hiç de kapatılamaz bir açık söz konusu değildir. Ama bunun için Türkiye'nin verimlilik konusunu bir "milli mesele" olarak algılaması ve daha hızlı bir tempoda koşması zorunludur(Suiçmez, 2004).

Yeni yüzyılın eşiğinde verimlilik, her ülke için olduğu gibi Türkiye içinde belirleyici dinamiklerden biri olacaktır. Bu yazıda Cumhuriyetten 1995'e kadar geçen 72 yıllık

dönemdeki verimlilik ve üretim gelişmeleri üzerinde durulmuş, ayrıca 20.yüzyılın sonunda ülkemizin dünya sahnesindeki verimlilik pozisyonu hakkında bazı karşılaştırmalara gidilmiştir.

Tablo 11: Çeşitli Verimlilik Göstergelerine Göre Türkiye ve Bazı Ülkeler

	Türkiye	Portekiz	Yunanistan	İspanya
Toplam verimlilik (1996) (ABD Doları)	9.375	23.994	31.935	46.923
Tarımsal verimlilik (1994) (ABD Doları)	2.812	3.400	15.131	14.518
Sınai verimlilik (1994) (ABD Doları)	10.102	-	26.546	-
Hizmet verimliliği (1994) (ABD Doları)	10.986	-	20.265	-

Kaynak: *IMD, The World Competitiveness Year Book, 1997, İsviçre.* Halit Suiçmez
C:\Users\HP\Documents\Downloads\Documents\MD219.20.pdf.12.09.2009

Bu tablo ise çeşitli verimlilik göstergelerine göre Türkiye il bazı Ülkeler karşılaştırılmıştır ve bu karşılaştırma sonucunda toplam verimlilikte Türkiye 9.375, tarımsal verimlilikte 2.812, sanayi verimliliğinde 10.102 ve hizmet verimliliğinde 10.986 ile ortalama diğer ülkelere göre daha düşük seviyededir.

1.3.2. Türkiye’ deki gelir dağılımı

Gelir dağılımı; bir ülkenin gelirinin o ülkede yaşayan kişiler, fertler, bireyler arasında paylaşılması olarak ifade edilmektedir.

Gelirin fertler, aileler ve çeşitli tüketici birimler arasında bölünmesine kişisel gelir dağılımı, üretim faktörleri arasındaki dağılımına ise fonksiyonel gelir dağılımı denir. Ülkemizde gelir dağılımı olgusu şimdiye değin hiç bu kadar üzerinde önemle durulan bir konu olmamıştır. Bilim çevrelerinde, medyada, politikada ve çeşitli sivil toplum kurumlarında üzerinde konuşulan bir konu olmuştur. Öyle ki; ülkemizin başbakanı bir konuşmasında gelir dağılımının bu kötü durumu, toplumsal bir bunalımı aşarak rejimi

tehdit eder bir hale geldiğini ifade etmiştir. Gelir dağılımının bu dikkat çekici durumu, birçok araştırmacı bu konu üzerinde durmaya itmiştir. İfade edilen kişisel ve fonksiyonel gelir dağılımının ülkemizde ortaya çıkan son durumunun sebeplerini sorgulamak önem kazanmıştır. Bilindiği gibi ülkemizde 1963'de ilk olmak üzere, devam eden tarihlerde çeşitli kurumlar tarafından birçok gelir dağılımı araştırması yapılmış veya yaptırılmıştır. Nitekim en son DİE tarafından yapılan 1994 gelir dağılımı araştırmasının sonuçları, içinde yaşadığımız bu günlerde yayınlanmıştır(Bilen, 1998). Yapılmış olan bu araştırmalar, gerek değişik, farklı yöntem ve metotlar kullanılması, gerekse değişik kurumlar tarafından yapılması sebebiyle kapsamaları belli ölçüde birbirlerinden farklılıklar göstermektedir. İfade edilen bu farklılıklara rağmen ülkemizde kişisel gelir dağılımının nasıl bir yapı arz ettiği izah edilebilir. Kişisel gelir dağılımı tahlilinde en çok kullanılan yöntem, nüfusun yüzde dilimlerine gelirin hangi nispette dağıldığını göstermek şeklindedir. Türkiye 'de yapılan çeşitli gelir dağılımı araştırmalarının sonuçları bu yöntemlerle değerlendirilebilir.

Türkiye'de gelir dağılımı sonuçlarını Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) açıklamaktadır. 1987, 1994 ve 2002, 2003, 2004 ve 2005'de gelir dağılımı hane halkı anket sonuçları açıklanmıştır. İşin açıkçası daha önce 5 yıldan daha uzun aralıklarla açıklanan gelir dağılımı hane halkı anket sonuçları TÜİK yönetimindeki değişikliklerle (sağlıklı, hızlı, zengin ve güncel veri yayınlayabilecek bir formata girilmesiyle) yıllık yayınlanır hale gelmiştir. Son olarak da 2005 yılı hane halkı gelir dağılımı anket sonuçları açıklandı. Açıklanan rakamlardan bir kısmı aşağıda özetlenmeye çalışılmıştır. 2005 yılı itibariyle ülkemizde nüfusun en zengin % 20'si (14.5 milyon kişi) milli gelirin % 44.4'sini alıyor. Bu kişiler 2004 yılında milli gelirin % 46.2'lik bir payını almaktaydı. Aynı gelir grubu 2002 yılında % 50 ve 1994 yılında % 54.9 oranında pay almaktaydı. Nüfusun en zengin % 20 dışında kalan % 80'lik kısmı ise 2005 yılında milli gelirin % 55.6 'sini alıyor. 2002'de ise % 50'sini, 1994 yılında ise % 45.1'ini almaktaydı. Bu gösterge nüfusun en zengin % 20'sinin gelirinin 2002-2005 döneminde azaldığını, geri kalan nüfusun payının arttığını ortaya koymaktadır(Ulusoy, 2009).

Ayrıca TÜİK' in 2006 yılında yapmış olduğu bu açıklamadan da anlaşılacağı gibi yıllara oranla 1994 yılından 2005 yılına doğru artan nüfus ile beraber gelir dağılımının azaldığı görülmektedir.

Bu sembolik iyileşmeye rağmen, halen nüfusun 1/5'inin milli gelirin % 44.4' ünü alması gelir dağılımındaki adaletsizliğin devam ettiğini ve önemli boyutlarda olduğunu açıkça

göstermektedir. En düşük gelire sahip % 20'lik gelir diliminin 2005 yılında milli gelirden aldığı pay ise % 6.1. Bu pay 2004 yılında % 6.0, 2002'de % 5.0 düzeyinde idi. Bunun anlamı en düşük gelire sahip % 20'lik nüfusun bir önceki yıla göre gelirinin çok az da olsa arttığıdır. Nüfusu, gelir gruplarına göre 10 ayrı dilime göre gruplandırıldığında ise en yüksek gelire sahip % 10 nüfus (7.4 milyon kişi) milli gelirden 2003 yılında % 33 pay alırken, 2005 yılında % 28.6 pay almış. Buna karşılık en düşük gelirli % 10 nüfusun ise milli gelirden aldığı pay 2003 yılında % 2.26 iken 2005 yılında % 2.17'ye düşmüş. Nüfusu % 20'lik dilimlere bölüp hesaplanan en düşük gelirlilerin milli gelirden aldıkları payda az da olsa bir artış olurken, % 10'luk 10 dilime ayrılan gelir grupları sınıflamasında en düşük gelirlilerin payının azaldığı görülmektedir. Açık bir anlatımla toplumun en fakir 7.4 milyon insanının milli gelirden aldığı pay 2003-2005 döneminde daha da azalmıştır. Bir başka bakış açısıyla değerlendirildiğinde; % 10'luk gruplamada en yüksek ve en düşük gelirlilerin payının azaldığı, orta gelir grubundakilerin arttığı söylenebilir. Bu gösterge gelir dağılımındaki küçük iyileşmelerin orta gelir gruplarının gelir artışından kaynaklandığını açıklamaktadır(Ulusoy, 2009).

Tablo 12: Günde bir dolardan daha az bir gelire yaşayan nüfus(milyon kişi)

	1987	1990	1998
Doğu Asya ve Pasifik	417,5	452,4	267,1
Doğu Asya ve Pasifik (Çin Hariç)	114,1	92	53,7
Doğu Avrupa ve Orta Asya	1,1	7,1	17,6
Latin Amerika ve Karayipler	63,7	73,8	60,7
Orta Doğu ve Kuzey Afrika	9,3	5,7	6
Güney Asya	474,4	495,1	521,8
Sub-Saharan Afrika	217,2	242,3	301,6
Toplam	1.183,20	1.276,40	1.174,90
Çin Hariç Toplam	879,8	915,9	961,4

Kaynak: 12.06.2009 Dünya Bankası

Dünya Bankası, Global Economic Prospects and the Developing Countries 2001.

http://www.google.com.tr/search?sourceid=navclient&ie=UTF-8&rlz=1T4ADBS_enTR331TR335&q=%3a+D%c3%bcnya+Bankas%c4%b1%2c+Global+Economic+Prospects+and+the+Developing+Countries+2001. 12.06.2009

Sonuç olarak tablo incelendiği zaman ülkemizde olduğu gibi dünyada da yoksulluk hızla artmaktadır. Dünya nüfusunun yüzde 10'u mal ve hizmetlerin yüzde 70'ini üretmekte ve dünya toplam gelirinin yüzde 70'ini almaktadır. Dünya nüfusunun yaklaşık yarısı ise günde 2 dolardan daha az bir gelire yaşamaktadır. Tabloya göre günde bir dolardan daha az bir gelire yaşayan nüfus da en büyük düşüş Doğu Asya ve Pasifik (Çin Hariç), en büyük artış ise Doğu Avrupa ve Orta Asya ülkelerinde görülmüştür. Toplamda ise bir dolardan daha az gelire yaşanan nüfus oranında hesaplandığı zaman genel olarak %8 ' lik bir düşüş saptanmıştır.

Tablo 13: Bazı Avrupa Ülkelerindeki Gelir Dağılımı

	Gini Katsayısı	En Yoksul (%20)	En Zengin(%20)	Yoksul-Zengin Farkı
Macaristan	0.24	7.7	37.5	4.9
Belçika	0.25	8.3	37.3	4.5
Danimarka	0.25	8.3	35.8	4.3
İsveç	0.25	9.1	36.6	4.0
Çek Cum.	0.25	10.3	35.9	3.5
Slovakya	0.26	8.8	34.8	4.0
Finlandiya	0.27	9.6	36.7	3.8
Slovenya	0.28	9.1	35.7	3.9
Almanya	0.28	8.5	36.9	4.3
Hırvatistan	0.29	8.3	39.6	4.8
Avusturya	0.30	8.1	38.5	4.8
Romanya	0.30	8.2	38.4	4.7
Polonya	0.32	7.3	42.5	5.8
Litunya	0.32	7.9	40.0	5.1
Bulgaristan	0.32	6.7	38.9	5.8
Letonya	0.32	7.6	40.3	5.3
İspanya	0.33	7.5	40.3	5.4
Hollanda	0.33	7.3	40.1	5.5
Fransa	0.33	7.2	40.2	5.6

Tablo 13' ün devamı: Bazı Avrupa Ülkelerindeki Gelir Dağılımı

Yunanistan	0.33	7.1	43.6	6.1
İrlanda	0.33	7.1	43.3	6.1
İngiltere	0.36	6.1	44.0	7.2
İtalya	0.36	6.5	42.0	6.5
Estonya	0.37	6.1	44.0	7.2
Türkiye	0.42	6.0	48.3	8.1

Kaynak: http://www.abhaber.com/haber_sayfasi.asp?id=1119, Erişim Tarihi: 16.06.2007. C:\Users\HP\Documents\Downloads\Documents\Sayi_510_Makale_03.pdf

Yukarıdaki tablo bazı Avrupa Ülkelerindeki gelir dağılımı hakkında bilgi vermektedir ve bu yapılan uluslararası çalışmaların da gösterdiği gibi küresel yoksulluk giderek artmaktadır. Küresel düzeyde gerek reel ve gerekse finansal piyasalardan elde edilen kaynaklar giderek daha adaletsiz dağılmakta ve küresel akımların ve gelişmelerin neden olduğu işsizlik, sosyal dışlanma, kaynakların yanlış kullanılması ve azalan ulusal ve kişi başına gelirlerle sonuçlanmaktadır. Ve gelir dağılımdaki eşitsizliğin en yüksek olduğu ülke Türkiye, en düşük olan ülke ise Macaristan olarak görülmektedir. Yine en zengin oranının en fazla olan, en fakir oranının en düşük olduğu yani gelir yoksul-zengin farkının en yüksek olduğu ülke Türkiye olarak gösterilmektedir. Yoksul-zengin farkının en düşük olduğu ülke Çek Cumhuriyeti olarak gösterilmektedir.

Dünya nüfusunun yüzde 50'sini oluşturan bu 3 milyar insanın dünya üretimindeki payı sadece yüzde 6'dır. Dünya Bankası'na göre sadece dünya nüfusunun yarısı günde 2 dolardan daha az bir gelire yaşamamakta, buna ilaveten dünya nüfusunun 1/5'i, yani yaklaşık 1,2 milyar kişi 1 dolardan daha az bir gelire sahip bulunmaktadır. İkinci grubun sayısı 1987 yılındaki ile yaklaşık aynı olmasına rağmen dünya nüfusuna oranı yüzde 24'den yüzde 20'ye düşmüştür. Doğu Asya'da aşırı yoksulların oranı yüzde 27'den yüzde 15'e ani bir düşüş göstermiştir. Güney Asya'da da oran yüzde 45'den yüzde 40'a düşmüş, fakat Sub-Saharan Afrika'da yüzde 46 ile yüzde 47 arasında sabit kalmıştır(Küreselleşme, büyüme ve gelir dağılımı, 2009).

1.4. Yoksulluk ve İstihdam

İstihdam; iş verme, iş gücü kullanımını yani bireylerin, kişilerin iş gücünün ekonomik alanlarda kullanılmasındır. Ekonomik kavram olarak ise; var olan üretim faktörlerinden gelir sağlamaktır. Aynı zamanda bir ülkede var olan üretim faktörlerinin hemen hemen hepsi çalışıyor ise buna tam istihdam, eğer bir kısmı çalışır durumda ise buna da eksik istihdam diyoruz. Üretim faktörlerinin fonksiyonel olarak kullanımını tam istihdamı destekler. Tam istihdam o ülkenin ekonomisi açısından önemlidir. Eğer üretim var ise veya devam ediyor ise talep de vardır. Var olan talep sonucu üretim artıyor ise tam istihdam gerçekleşerek ekonomik alanda canlanma gerçekleşecektir. Eğer talep azalır, tam istihdam gerçekleşmez ise ekonomide canlanma duracak veya azalacak, üretilen ürün miktarındaki azalma ile beraber işsizlik, sosyal sorunlar artacak ve eksik istihdam gerçekleşmiş olacaktır. İstihdamın yetersizliği sonucu toplumda ekonomik gerileme olur, işsizlik artar ve toplumda yoksulluk durumu gerçekleşir. Türkiye’de yoksulluk giderek derinleşmekte ve istihdam ile paralellik göstermektedir. Yetersiz iş gücü, yetersiz üretim, alım gücünün yetersizliği, işsizlik, sosyal güvenlik politikalarının oluşturulmaması, sanayi sektörünün eksikliği ve arttırılmaması, gelir ve üretim kaynaklarının yetersizliği ve yerinde uygun kullanılmaması, bilinçsizlik giderek toplumu yoksulluğa götürmektedir.

Bir ekonomide çalışmak istediği halde iş bulamayan kişilerin (15-64 yaş arası) olması halinde söz konusu ekonomide işsizlikten söz edilmektedir. Çalışmak istediği halde iş bulamayan kişilere ise “işsiz” denmektedir. İşsizlik, günümüz dünyasında birçok ülkenin çözüm aradığı ekonomik sorunlardan biridir. Bu sorun, ülkelerin gelişmişlik düzeyleri, ekonomik ve sosyal yapılarının kendine has özellikleri çerçevesinde farklılıklar göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde işsizlik, bireyler açısından ekonomik anlamda önemli sorunlar yaratmamaktadır. Çünkü endüstrileşmiş ülkelerde tüm vatandaşları kapsayan bir işsizlik sigortası mekanizması vardır. Böyle bir mekanizmanın bulunması işsizlerin ilgili kurumlara ve sisteme kayıt olma zorunluluğu getirmekte bu durum işsiz sayısının tam olarak belirlenmesini, işsizliğin nicelik ve nitelik olarak izlenmesini de kolaylaştırmaktadır. Oysa az gelişmiş ülkelerde işsizlik sigortasının olmayışı işsizliğini hem sosyal hem de ekonomik boyutunu ağırlaşmakta ve bireylerin belli bir sürenin üstünde işsiz kalmalarını olanaksız kılmaktadır. Bir çıkış noktası arayan eğitim düzeyi düşük insanlar her ne koşulda olursa olsun çalışma

zorunluluğu duymakta bu durum marjinal işlerde istihdamın artmasına, enformel sektörlerin oluşmasına, sosyal güvencesizliğin hüküm sürmesine zemin hazırlamaktadır(Dağdemir, 2002).

Ülkemizde ve gelişmekte olan ülkelerde, tarım sektörünün hala egemen olması, kayıt dışı çalışmanın yaygınlığı işgücü piyasası içinde önemli bir sorun yaratmaktadır. Tarımda mülksüzleşme, kırsal kesimde işsizliğin ve yoksulluğun artması ve ufukta bir çözüm görünmemesi, kitleleri kente göçmeye zorlamakta ve bu durumda kentsel alanlarda marjinalleşme ile sosyal dışlanmayı beraberinde getirmektedir. Uzun süreli kronik işsizliğin, sosyal dışlanmaya neden olan en önemli faktörlerden biri olduğu daha önce de belirtilmişti(Yolcuoğlu, 2009).

İstihdam olanaklarının azaldığı gözlenen bir dünyada, özellikle gelişmekte olan ülkelerin büyüyen kentlerinde, işgücü piyasası ile ilişkisi giderek zayıflayan yoksul bir kesimin ortaya çıktığı sıkça ifade edilen bir gözlemdir. Ayrıca, yeni dünya ekonomisinden kaynaklanan coğrafi kutuplaşmalar sebebiyle bazı bölgelerin ve kentlerin yeni oluşan istihdam olanaklarından pay alamaması da söz konusudur(Kavala, Keyder, 2008).

Avrupa Birliği İstatistik Dairesine göre, 2004 yılında AB üye ülkelerindeki ortalama işsizlik oranı %8.9 seviyesindedir.

Türkiye İşçi Kurumuna göre; Ülkemizde; 2002 yılında işsizlik oranı %10.3 iken 2003 de %10.5, 2004 yılında %12.4'e yükselmiş, Kasım 2005'de %11.2; Nisan 2006'da %9.9; 2007 yılında %14 olarak açıklanmıştır. Sonuç olarak, yoksulluk sorununun ardında yatan "gelir eksiltici bir faktör olarak yaygın bir işsizlik sorununun" olduğu görülmektedir.

Tablo 14: Türkiye’ de yoksulluk

	Türkiye			Kent			Kır		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2002	2003	2004
Gıda	1.35	1.29	1.29	0.92	0.74	0.62	2.01	2.15	2.36
Yoksulluğu									
Gıda +	26.96	28.12	25.60	21.95	22.30	16.27	34.48	37.13	39.97
Gıda Dışı									
Yoksulluk									
Kişi Başı	30.3	23.75	20.89	24.62	18.31	13.51	38.82	32.18	32.62
4.3dolar altı									

Kaynak: AB katılım sürecinde bölgesel yoksulluk ve istihdam

Kemal MADENOĞLU Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürü

ADİYAMAN, 12 Mayıs 2006. www.org.tr/undp/documents/KemalMadenoglu.ppt

Yukarıda ki tabloda 2002, 2003 ve 2004 yıllarında Türkiye, kent ve kır alanlarında yoksulluk incelenmiştir. Bu tabloya göre kentlerde hem yoksulluk oranları azalmış hem de kişi başı gelir artmışken kır nüfusunda kişi başı gelir artmasına rağmen yoksulluk oranları artmıştır.

Tablo 15: Türkiye’ de istihdam

	Türkiye			Kent			Kır		
	2003	2004	2005	2003	2004	2005	2003	2004	2005
İşgücüne Katılma Oranı	48,3	48,7	48,3	43,8	44,5	45,5	55,5	55,4	53,1
-	26,6	25,4	24,8	18,5	18,3	19,3	39,0	36,7	33,7
Kadın	70,4	72,3	72,2	68,9	70,8	71,5	72,9	74,7	73,5
Erkek	43,2	43,7	43,4	37,7	38,4	39,7	51,9	52,1	49,5
-	23,9	22,9	22,2	15,1	15,0	16,0	32,4	35,4	32,3
Kadın	62,9	64,7	64,8	60,3	61,9	63,2	67,1	69,3	67,6
Erkek	10,5	10,3	10,3	13,8	13,6	12,7	6,5	5,9	6,8
-	10,1	9,7	10,3	18,3	17,9	17,0	4,2	3,2	4,1
Kadın	10,7	10,5	10,3	12,6	12,5	11,6	7,9	7,3	8,1
Erkek									

Kaynak: AB katılım sürecinde bölgesel yoksulluk ve istihdam

Kemal MADENOĞLU Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürü

ADİYAMAN, 12 Mayıs 2006 www.org.tr/undp/documents/KemalMadenoglu.ppt

Yukarıdaki tabloya göre işgücüne katılma oranı Türkiye genelinde 2003-2005 arasında anlamlı bir azalma olmazken kent nüfusunda hafif artış, kır nüfusunda hafif bir azalma görülüyor. İş gücüne katılma oranındaki artış ve azalmalar en fazla kadın nüfusunda görülmektedir. İstihdam oranında ise Türkiye nüfusunda anlamlı bir değişiklik

olmazken, kent nüfusunda artmış ve kırsal nüfusunda ise azalma görülmektedir. İstihdam oranında ise kadın nüfusunda azalış, erkek nüfusunda artış saptanmıştır. İşsizlik oranında ise genel olarak anlamlı bir fark gözükmezken kent nüfusunda azalma, kırsal nüfusunda artma saptanmaktadır. İşsizlik oranında kadınlarda artış, erkeklerde azalış saptanmaktadır.

İstihdam Kapasitesi ise; bir ülkede üretim hacmini belirleyen en önemli faktörlerden biri işgücü diğeri ise sermayedir. Sermaye miktarı kısa dönemlerde değişmediğine göre genellikle ekonomik analizlerin çoğunda üretimi belirleyen tek değişken (faktör) olarak işgücü dikkate alınmaktadır. O halde bir ülkede kullanılacak işgücü miktarı toplam üretimi sınırlayan temel bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır. “İstihdam Kapasitesi” olarak beliren bu değeri açıklıkla saptanması pek kolay değildir. İşgücünün ölçü birimi genellikle çalışılan işgünü veya iş saati olduğuna göre istihdam kapasitesini belirleyen iki faktör vardır. Birincisi ülke nüfusu ve bu nüfus içindeki çalışabilecek yaş ve yetenekteki insanların sayısı, İkincisi ise bunların ne kadar zaman üretime katıldıkları yani çalıştıklarıdır. Birincisinin saptanmasında fazla bir zorluk yoktur. Ancak ikinci hususun açıklığa kavuşturulması gerekmektedir. Bu konuda çeşitli görüşler ileri sürülmektedir. Bunlardan biri “fizyolojik istihdam sınırı” olarak bilinmektedir. Buna göre insanlar fizyolojik ve zorunlu gereksinimleri gidermek için ayırdıkları zaman dışında çalışmaktadırlar. Yani insanlar yemek yeme, uyuma gibi gereksinimlerine ayırdıkları zamanın dışındaki tüm zamanı üretim faaliyetinde bulunmaktadır. Bu gerçeklere ve çağdaş insanlık anlayışına ters düşen bir görüştür. Gerçekte ulaşılamayan bu toplam çalışma süresi en yüksek (maksimum) istihdam kapasitesini vermektedir.

İkinci ve daha anlamlı bir görüş ise “Psiko-Sosyal İstihdam” sınırı olarak bilinmektedir. İnsanların çağdaş insanlık onurunu göz önüne alan bu görüşe göre insanların çalışma yanında dinlenme ve eğlence gibi gereksinimlerine de zaman ayırdıkları dikkate alınmaktadır. Bu takdirde insanlar 24 saatin ancak belli bir kısmını üretim sürecine katılmakla geçireceklerdir. Bu sürede toplumun ve kişilerin eğilimlerine bağlıdır. İşte böylece belirlenen istihdam kapasitesine “Tam İstihdam” denilmekte ve toplumun gerçekten ulaşabileceği en yüksek istihdam düzeyini göstermektedir (İstihdam büroları, 2009).

Tablo 16:Yaş Gruplarına Ve Cinsiyete Göre İstihdam Durumu

Yaş Aralığı	Ekim 1999	2006 (Ekim, Kasım, Aralık)
6-14	5,1	2,6
-Kadın	4,6	1,8
-Erkek	5,6	3,3
15-17	26,3	16,9
-Kadın	21,2	11,3
-Erkek	31,3	22,3
18-24	43,6	38,2
-Kadın	28,6	23,9
-Erkek	59,8	53,8
18-24	43,6	38,2
-Kadın	28,6	23,9
-Erkek	59,8	53,8
25-34	58,5	56,2
-Kadın	27,7	26,9
-Erkek	88,7	84,5
35-54	56	53,4
-Kadın	26,9	26,5
-Erkek	84,3	79,9
55+	28,9	21,5
-Kadın	18	10,8
-Erkek	41,1	33,5

Kaynak: 06.12.2008

www.tuik.gov.trhttp://www.google.com.tr/search?sourceid=navclient&ie=UTF-8&rlz=1T4ADBS_enTR331TR335&q=kent+ve+yoksulluk+%c4%b1le+%c4%b1lg%c4%b1lc4%b1+tablo+goster%c4%b1m%c4%b1

Yukarıdaki tablo yaş gruplarına ve cinsiyete göre istihdam durumunu açıklamıştır. Ve bu tabloya göre; 25-34 yaş grubundaki kadınların istihdam oranı en yüksek olup, erkekler için de istihdam oranı bu yaş aralığında en yüksektir. BU tabloya göre 1999-2006 yılları arasında; 6-14 yaş arası grupta istihdam oranı azalmış ve en büyük düşüş kadın nüfusunda olmuştur, 15-17 yaş arası grupta istihdam oranı azalmış ve en büyük düşüş kadın nüfusunda olmuştur, 18-24 yaş arası grupta istihdam oranı azalmış ve en büyük düşüş kadın nüfusunda olmuştur, 25-34 yaş arası grupta istihdam oranı azalmış ve düşüş oranı kadın-erkek nüfusta aynı oranda gelişmiştir. 35-54 yaş arası grupta istihdam oranı azalmış ve en büyük düşüş erkek nüfusunda olmuştur, 55 yaş üstü grupta istihdam oranı azalmış ve en büyük düşüş kadın nüfusunda olmuştur

1.4.1. Türkiye' de İşsizlik

İşsizlik hem Dünya hem de Türkiye' de önemli bir sorun haline gelmiştir. İşsizlik ile birlikte yoksulluk giderek artmakta, iş gücü piyasası azalmakta, çalışma şartları zorlaşmaktadır. İşsizlik aynı zamanda ekonomik ve toplumsal bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi Türkiye2 de de bu sorun sıkça karşımıza çıkmaktadır.

Cenevre'de toplanan XIII. Uluslar arası çalışma istatistikçileri Konferansı'nda işsizlik 'iş olmayan' halen çalışmaya hazır ve 'iş aramakta olan kişilerin' durumu olarak tanımlanmıştır. Yine aynı tanımlamaya göre bazı durumlarda iş-gücü piyasası şartları, değinilen üç kıstastan 'iş arama' kriterinin kullanılmasına el vermiyorsa işsiz tanımında sadece ilk iki kıstasta yetinilmesi uygun görülmüştür. Bu durumda uluslar arası karşılaştırmaları kolaylaştırmak için, işi olmayıp halen çalışmaya hazır fakat iş aramayan kişilerin mümkünse ayrı bir alt sınıf halinde belirlenmesi gerekliliği de belirtilmiştir(Veribaz, 2009).

Tablo 17:Türkiye’de illere göre işsizlik oranları

	Bölge Adı	Tarım Dışı	Genel	İşsiz
			(%)	(1000)
1	Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli	27,4	18	98
2	Adana, Mersin	21,6	17,2	212
3	Hatay, Kahramanmaraş, Osmaniye	21,1	15,6	141
4	Kırıkkale, Aksaray, Niğde, Nevşehir	17,1	10,7	60
5	Kayseri, Sivas, Yozgat	16,3	11,1	86
6	Van, Muş, Bitlis, Hakkari	15,3	8,8	40
7	İzmir	15,2	13,1	173
8	Ankara	15,1	14,2	214
9	Gaziantep, Adıyaman, Kilis	15	13,8	80
10	Şanlıurfa, Diyarbakır	14,6	10,4	64
11	Mardin, Batman, Şırnak, Siirt	14,5	11,1	41
12	Kastamonu, Çankırı, Sinop	14,4	8,6	21
13	Kocaeli, Sakarya, Düzce, Bolu, Yalova	13,6	11,2	108
14	Manisa, Afyon, Kütahya, Uşak	12,8	7,9	87
15	Konya, Karaman	12,8	9,5	75
16	Trabzon, Ordu, Giresun, Rize, Artvin, Gümüşhane	12,2	5,6	85

Tablo 17' nin devamı: Türkiye'de illere göre işsizlik oranları

17	Samsun, Tokat, Çorum, Amasya	12,2	5,7	68
18	İstanbul	11,5	11,4	459
19	Erzurum, Bayburt	Erzincan, 11,3	4,7	22
20	Balıkesir, Çanakkale	11,1	6,9	42
21	Aydın, Denizli, Muğla	10,7	7,1	77
22	Bursa, Eskişehir, Bilecik	10,4	8,7	115
23	Zonguldak, Bartın	Karabük, 10,4	6,9	26
24	Tekirdağ, Kırklareli	Edirne, 10,3	7,8	48
25	Antalya, Isparta, Burdur	8,2	6,2	65
26	Ağrı, Kars, Iğdır, Ardahan	7,9	3,2	11
	Türkiye	13,6	10,3	2518

Kaynak: Tuik.06.12.2007. www.tuik.gov.tr

http://www.google.com.tr/search?sourceid=navclient&ie=UTF-8&rlz=1T4ADBS_enTR331TR335&q=kent+ve+yoksulluk+%c4%b1le+%c4%b1lg%c4%b1+c4%b1+tablo+goster%c4%b1m%c4%b1

Yukarıdaki tablo TÜİK 2005 verilerini içermektedir. İllerin işsizlik oranlarını ve aynı zamanda genel işsizlik, tarım dışı ve işsiz oranı olarak açıklamıştır. İstanbul, toplamı 2,5 milyonu aşan işsizlerin 460 binin yani yüzde 18'ini barındırmakla beraber, işsizlik İstanbul'da yüzde 11,5 oranında. İstanbul, son 5 yılda yatırımların yüzde 25'ine yakınına çeken metropol olarak belli ölçülerde istihdam yaratmış olmalı ki, megapolün işsizliği, yüzde 13,6'lık Türkiye ortalamasının altında görünüyor. Ayrıca tabloda illere göre tarım dışı işsizlik oranı en düşük olan iller Ağrı, Kars, Iğdır, Ardahan olup, bu oranın en yüksek olduğu iller ise Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli olduğu saptanmıştır. Genel olarak işsizliğin en yüksek olduğu iller Malatya, Elazığ, Bingöl, Tunceli, en düşük olan iller ise Ağrı,

Kars, Iğdır, Ardahan olarak görülmekte, işsiz oranının en düşük olduğu iller Ağrı, Kars, Iğdır, Ardahan, olup en yüksek olduğu il ise İstanbul olarak belirtilmiştir.

İşsizlik, cemiyetin bünyesinde ileri gelince, çaresini bulmak sorumluluğunda cemiyetler üzerine almış ve devletler II. Dünya harbinden bu yana tam istihdam siyaseti ile çalışma arzu ve iktidarında olan bütün insanlara iş sahası bulacak şekilde iktisadi siyasetlerini planlamaya çalışmışlardır. Tam istihdam siyaseti, iktisadi gelişmeyi sağlamak bakımından da önem arz etmiştir. Bir ülkede nüfusun çalışma arzu ve iktidarında olan iş gücü diye ifade edilen müstahsil kısmının tamamen istihdam edilmesi gayesi güdülmüştür. Emek sunumun en önemli sonucu, bu sunumun fazlalaştığı zamanlarda işsizliğe neden olmaktadır. İşsizliğe neden olma, yalnızca sunum miktarındaki fazlalığa bağlı değildir. Daha değişik nedenlerle de işsizlik sorunu ortaya çıkabilir. Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde işsizlik çok önemli bir ekonomik ve toplumsal sorun niteliğindedir(Veribaz, 2009).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK-2007), Türkiye genelinde işsiz sayısını, geçen yılın aynı dönemine göre 3 bin kişi azalarak 2 milyon 436 bin kişiye düştüğünü açıkladı. Buna göre, Nisan döneminde Türkiye'de kurumsal olmayan sivil nüfus, bir önceki yılın aynı dönemine göre 1 milyon 24 bin kişilik artış ile 72 milyon 406 bin kişiye, kurumsal olmayan çalışma çağındaki nüfus 957 bin kişi artarak 51 milyon 542 bin kişiye çıktı. Nisan döneminde istihdam edilenlerin sayısı, geçen yılın aynı dönemine göre 179 bin kişi artarak 22 milyon 172 bin kişiye ulaştı. Bu dönemde, tarım sektöründe çalışan sayısı 747 bin kişi azaldı, buna karşın tarım dışı sektörlerde çalışan sayısı ise 926 bin kişi arttı. Bu dönemde, istihdam edilenlerin yüzde 27,3'ü tarım, yüzde 19,3'ü sanayi, yüzde 5,5'i inşaat, yüzde 47,9'u ise hizmetler sektöründe bulunuyor. İşsizlik oranı ise geçen yılın aynı dönemine göre 0,1 puanlık azalışla yüzde 9,9 seviyesinde gerçekleşti. Kentsel yerlerde işsizlik oranı 0,4 puanlık azalışla yüzde 12,2 olarak gerçekleşirken, kırsal yerlerde 0,1 puanlık artışla yüzde 6,5 oldu. Türkiye genelinde işsiz sayısı, geçen yılın aynı dönemine göre 3 bin kişi azalarak 2 milyon 436 bin kişiye düştü. Türkiye'de tarım dışı işsizlik oranı, geçen yılın aynı dönemine göre 0,9 puanlık bir düşüşle yüzde 12,5 olarak gerçekleşti. Bu oran erkeklerde, geçen yılın aynı dönemine göre 0,9 puanlık düşüşle yüzde 11,6, kadınlarda 0,8 puanlık düşüşle yüzde 16,5 olarak hesaplandı. Bu dönemdeki işsizlerin 74,8'i erkek nüfustan oluşuyor, yüzde 61,4'ü lise altı eğitilmiş durumda bulunuyor(Türkiye'de işsizlik oranı, 2006).

Tablo 18: Yaş Gruplarına Göre İşsizlik Oranı

	15-24	25-34	35-54	55+	Toplam
2000	13,1	6,2	3,8	1,6	6,5
2001	16,2	8,2	5,4	1,8	8,4
2002	19,2	10,4	7,2	2,6	10,3
2003	20,5	11,0	6,8	2,7	10,5
2004	19,7	11,3	6,4	2,3	10,3

Kaynak: Dokuzuncu Kalkınma Planı İşgücü Piyasası Özel İhtisas Komisyonu Raporu.06.12.2007. www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/3351/oik662.pdf

Yukarıdaki tablo 2000 ile 2004 yılları arasında yaş gruplarına göre işsizlik oranlarını göstermektedir. Ve yıllar ilerledikçe genel olarak toplam işsizlik oranlarının da arttığı gözlenmektedir. Bu tabloya göre en büyük artışlar 2000-2002 tarihleri arasında olmuştur. En büyük artış 25-34 yaş grubunda olmuştur. Toplam nüfus içinde en büyük işsizlik oranı ise 15-24 yaş grubunda görülmektedir. Tablo biraz daha irdelendiğinde işsizlik oranının genç nüfusta yaygın olduğu görülüp bu da gelecek için kaygılandırmaktadır.

1.4.2. İstanbul' da İşsizlik

Türkiye'de olduğu gibi İstanbul'da da işsizlik gün geçtikçe artmakta ve önemli sosyal ve toplumsal boyutu oluşturmaktadır. İşsizlik hızla artan nüfus ile paralellik göstermektedir. Kırdan kente göç, bilinçsiz kentleşme, eğitimsiz nüfusta artış, değişen ekonomi, kaynak kısıtlılığı, kaynakları etkin ve verimli bir şekilde kullanamama, genç nüfus ve doğum oranındaki artış, birim yüzeye düşen nüfus artışı, tarım alanlarının yok oluşu ve azalması vb durumlar İstanbul' da ki işsizliğin artmasına neden olmaktadır.

İstanbul İstihdam Raporu'nda, İstanbul ölçeğinde iş gücüne dahil olmayan nüfusun 4 milyon 380 bin kişi olduğu, bu rakamın ülkede iş gücüne dahil olmayanların yüzde 16,7'sini oluşturduğu belirtildi. Rapor, İstanbul Valiliği, İstanbul İşkur İl Müdürlüğü,

Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği (TÜSİAD), İstanbul Sanayi Odası, İstanbul Ticaret Odası ile işçi ve işveren kuruluşlarından temsilcilerin katılımıyla oluşturulan komisyon tarafından hazırlandı. Raporda, Türkiye'de istihdam ve işsizliğin yanı sıra ilçeler bazında ekonomik faaliyetler, eğitim ve işsizlik konularına ilişkin veriler ve değerlendirmeler yer alıyor. Raporda İstanbul' un ülkedeki katma değer yaklaşık yüzde 30'unun yaratıldığı bir kent olmakla birlikte, ülke nüfusunun yaklaşık yüzde 15'inin yaşadığı, kilometrekareye 1,922 kişinin düştüğü, sürekli göç aldığı için yaşayanların yüzde 57,9'u gibi önemli bir bölümünün ekonomik ya da diğer nedenlerden dolayı göç sonucunda gelenlerden oluştuğu bir kent olduğuna işaret ediliyor. İstanbul ve Türkiye ölçeğinde 2004 ve 2005 yılları itibariyle iş gücü piyasasının genel durumuna ilişkin bilgilere yer verilen rapora göre, Türkiye ölçeğinde iş gücüne dahil olmayanların sayısı 26 milyon 260 bin kişiyle önemli bir büyüklüğe ulaşırken, İstanbul ölçeğinde iş gücüne dahil olmayan nüfus 4 milyon 380 bin kişi olup, bu rakam ülkede iş gücüne dahil olmayanların yüzde 16,7'sini oluşturuyor.

Etkin nüfus ya da bunun bir göstergesi olan iş gücüne katılma oranı ülke genelinde yüzde 48,3, İstanbul'da iş gücüne katılma oranı ise Türkiye ortalamasının biraz altında yüzde 47,8 düzeyinde bulunuyor. İstanbul'un iş gücüne katılımı, Türkiye'de iş gücüne katılımın düşük kalması gibi genel bir sorunu ortaya koyarken, 15 yaş ve üstündeki nüfus 8 milyon 396 bin olurken, bu nüfusun yarısından daha azı yani 4 milyon 15 bini iş gücüne dahil oluyor ve iş gücüne katılım oranı yüzde 47,8 dolayında kalıyor. Erkekler arasında iş gücüne katılım, 2002-2005 arasında az da olsa artış göstererek yüzde 69 civarından yüzde 74 dolayına çıkarken, aynı dönemde kadın iş gücüne katılım oranında yüzde 21 civarından 20'lere düşüş ile artma değil azalma gerçekleşti. Rapora göre, Türkiye genelinde istihdamın işteki durumuna göre dağılımı itibarıyla ücretli ve yevmiyeli kesimin payı yüzde 50,8 iken, kendi hesabına (çalışan) ve işverenlerin payı yüzde 29,4, ücretsiz aile işçilerinin payı ise yüzde 19,7 düzeyinde. İstanbul'da ise ücretli ve yevmiyeli kesimin payı yüzde 79, kendi hesabına (çalışan) ve işverenlerin payı yüzde 18,8, ücretsiz aile işçilerinin payı ise yüzde 2,1. İstanbul'a ait atıl iş gücü oranı yüzde 12,6, atıl iş gücü sayısı 507 bin kişi düzeyinde bulunuyor. İşsizler eğitim düzeyi açısından ele alındığında, en yüksek işsizlik yüzde 18,2 ile okuma yazma bilmeyenler arasında ortaya çıkıyor. Yüksekokul veya fakülte mezunlarında işsizlik oranı yüzde 9,2 düzeyinde. Cinsiyet ayırımında ise okuma yazma bilmeyen erkeklerin işsizlik oranı yüzde 21,9 ile en yüksek işsizlik oranını gösterirken, okuma yazma bilmeyen kadın

işsizlerin oranı yüzde 12,8 seviyesinde bulunuyor(İstanbul'da işsizlik, 2008).

1.5. Yoksulluk Standardı

Yoksulluk standardı, yoksulluk sınırı, yoksulluk boyutu bütün sosyal bilimlere içeren aynı zamanda sosyo- ekonomik, kültürel, dini, siyasi, ahlaki, idari ve bilimsel bir olgudur. Türkiye' de ve Dünya' da yoksulluk standardı kişilerin bireylerin yani var olan toplumun temel ihtiyaçlarını karşılayabilecek düzeyde olmalıdır. Kişi başına düşen gelir, hanehalkına göre dağıtılan gelir, bireysel milli gelir hesaplanmalı ve gelir dağılımı adaletli ve Dünya standartlarına uygun bir şekilde yapılmalıdır.

Gelir yoksulluğu (income poverty) yaşamı sürdürmek ya da asgari yaşam standardını karşılamak için kişi veya hane halkının ihtiyaç duyduğu temel gereksinimlerin karşılanabilmesi bakımından yeterli miktarda gelirin elde edilememesi durumu olarak tanımlanabilir. Gelir yoksulluğu hesaplamalarında genellikle asgari bir yaşam düzeyini sağlamak için gerekli gelir, yoksulluk sınırı olarak tanımlanmaktadır. Yoksulluk sınırının altında bir gelir/tüketim seviyesine sahip olan kişi veya hane halkı yoksul olarak adlandırılır(Aktan, Vural, 2002).

Yoksulluk standardı; kişilerin, bireylerin ihtiyaçlarını karşılayabilecek düzeyde olmalarıdır. Göreceli yoksulluk standardı; toplam nüfusun %5 veya %10 'unun fakir yani günlük yaşam ihtiyaçlarını karşılayamaması olarak tanımlanır. Öznel yoksulluk ise; kişilerin, bireylerin günlük yaşam ihtiyaçlarını karşılayabilecek minimum düzeyde olmasıdır. 4.6 milyar insandan 800 milyonu normal bir yaşam sürmek için gerekli gıdayı alamamaktadır(Dağdemir, 2002).

Avrupa Komisyonu, AB ülkelerinde 1987 yılında 44 milyon yoksul insan var iken 1990 yılında bu rakamın 52 milyona yükseldiğini bildirmektedir.

DPT 2001 verilerine göre, ülkemizde yapılan araştırmalar yoksulluğun yaygın olduğunu göstermektedir. Yoksulluk sınırı 1 dolar olarak kabul edilerek yapılan çalışmalarda Türkiye' de nüfusun %15 'inin yoksul olduğu; yoksulluk sınırı 1.5 dolar olarak kabul edilirse yoksul kişi oranı % 38' e çıkmaktadır. Ülkemizde yoksulluğun en önemli nedenlerinden biri coğrafi olarak dezavantajları nedeniyle bölgeler arasında dengesiz sanayi yatırımı ve dengesizliktir.

En az yaşandığı bölge %4 ile Ege Bölgesi'dir. Ege Bölgesi'ni %7 ile Marmara Bölgesi, %11 ile Akdeniz Bölgesi, %12 ile İç Anadolu Bölgesi, %19 ile Karadeniz Bölgesi, %24 ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi takip ederken, Doğu Anadolu Bölgesi %25 ile Türkiye

'nin en yoksul bölgesidir. Türkiye' de gelirin en eşitsiz dağıtıldığı il, İstanbul'dur. En varlıklı kesimini oluşturan %20'lik nüfus, gelirin %64'ünü en fakir %20'lik kesim ise gelirin %4'ünü almaktadır. İstanbul, Türkiye'de hanelere giren gelirden %27.5 pay almaktadır(Dağdemir, 2002).

Türkiyestatistik Kurumu 2007 verilerine göre Türkiye' de 1960 'larda kentlerde yaşayanlar toplam nüfusun %26'sını oluştururken, bu oran 1980'lere gelindiğinde %45' lere yükselmiştir. Köyden kente göç edenlerin hızla artması sonucunda, günümüzde kentsel nüfus toplam nüfusun %65 'ini oluşturmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu verileri esas alındığında 2006 yılında 4 kişilik bir ailenin yoksulluk sınırı 549 TL iken 2007 yılında bu rakam 619TL olarak kabul edilmiştir. 13 milyon kişi bu sınırın altında yaşamını sürdürmektedir. 17 milyon 690 bin ailenin 2 milyon 473 bin' i yoksul durumdadır. Ayrıca yoksul oranı 1-2 kişilik ailede %10.95; 3-4 kişilik ailede %8.27; 5-6 kişilik ailede %17.54, 7 ve daha fazla sayıdaki ailede %41.83 olmuştur.

Yoksulluk sınırının tanımlanması konusunda bir dizi sorunla karşılaşmaktadır. Yoksulluk sınırının gelir düzeyi üzerinden mi, yoksa harcama düzeyi üzerinden mi, tanımlanması gerektiği konusu, bu alanda karşılaşılan ilk sorundur. Yoksulluk sınırının birey düzeyinde mi, yoksa hane halkı düzeyinde mi, tanımlanması gerektiği konusu üzerinde durulması gereken bir başka sorundur. Yoksulluk sınırının tanımlanmasında karşılaşılan bir diğer sorun da hane halkı düzeyinde tanımlanacak bir yoksulluk sınırının, hane halkının büyüklüğüne göre değişecek olmasından kaynaklanmaktadır(Dağdemir, 2002).

Hanehalkı sayısı daha büyük olan bireyler yani aileler daha yüksek bir gelire ihtiyaç duyarlar. Çünkü az nüfuslu ailelere göre bireysel ihtiyaç ve harcamaları daha fazladır. Ve kişilerin bu ihtiyaçlarının da karşılanamaması yoksulluğun başlıca belirtileridir.

.Yoksulluk sınırı, hangi yöntemle hesaplanırsa hesaplansın, yaşam standardının zamanla değişmesi kaçınılmazdır. Ekonomik gelişme sürecinde olan bir ülkede yaşayan ve iletişim çağının sunduğu olanaklarla tüketim alışkanlıklarını sürekli yenileyen bir hane halkının, gelirini paylaşmak durumunda olduğu mal sepeti ve bu sepete giren mal ve hizmet çeşidi ve kalitesi bir yıldan diğer bir yıla sürekli değişmektedir. Bu nedenle, yoksulluk sınırı için tanımlanmış bir mal sepetini satın alabilecek bir satın alma gücünü sabitlemek ve sadece fiyat değişimleri üzerinden dönemsel analiz yapmak bu önemli noktayı gözden kaçırmak demek olacaktır. Yoksulluk sınırının zamanla değişkenlik göstermesi nedeniyle gelir düzeyindeki değişimleri ve ortalama yaşam standardındaki gelişmeleri yansıtacak şekilde zaman içinde dönüştürülmesi gerekmektedir. Bu nedenle

tanımlanacak yoksulluk sınırı ve yoksulluğun boyutları, gelir düzeyinin veya yaşam standardının bir fonksiyonu olarak tanımlanabilir(Dağdemir, 2002).

1.5.1. Türkiye Yoksulluk Standardı

Ülkemizde yaşamakta olan kişilerin, ailelerin ve toplumun gelir durumunu, geçim şartlarını, sosyo-ekonomik ve ailesel yapının yoksulluğa etkisini araştırmak için bir çok araştırma yapılmıştır. Ve araştırmalar sonucuna göre özellikle Ülkemizde olduğu gibi gelişmekte olan ülkelerde yoksulluk oranının arttığı gözlenmiştir.

2006 yılında Türkiye'de fertlerin yaklaşık %0.74 ü (539 bin kişi) sadece gıda harcamalarını içeren açlık sınırının, %17.81 i (12 930 bin kişi) ise gıda ve gıda dışı harcamaları içeren yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır. Buna karşın kişi başı günlük harcaması, satın alma gücü paritesine göre 1 Doların altında kalan fert bulunmamaktadır(Aktaş, 2009).

Fertlerin gıdanın yanı sıra gıda dışı ihtiyaçları da bulunmaktadır. Bu, ihtiyaçları göz önüne almak için gıda yoksulluk sınırına, gıda dışı mal ve hizmet payının da eklenmesi gerekmektedir. Bu yoksulluk sınırının belirlenmesi amacıyla da hanehalkı bütçe anketi verilerine göre toplam tüketimleri gıda yoksulluk sınırının hemen üstünde olan hanelerin toplam harcamaları içindeki gıda dışı harcama payının ortalaması esas alınmıştır. Böylece gıda ve gıda dışı mal ve hizmetleri kapsayacak şekilde yoksulluk sınırı belirlenmiştir(Tüketim harcamaları, 2009).

Ekonomi, son çeyrekteki hızlı bozulmanın etkisiyle 2008'de kötüye gitti. Ama nasıl oldu bilinmez, ekonomideki bu kötü gidiş vatandaşa pek "yansımadı" ve yoksulluk oranı artmak şöyle dursun, geriledi. Yoksulluk oranı sürpriz bir şekilde gerilerken, bazı detaylar gerçekten ilginç. Yoksulluğun en çok iş arayanlarda gerilediği gözleniyor. Bu durum sizce de tuhaf değil mi? Yani bu verilere göre, iş arayan yoksullar, geçen yıl 2007'ye göre daha az yoksul durumdalar ya da cümleyi tersinden kurgularsak, biraz zenginleşmişler. Çünkü iş arayanlardaki yoksulluk oranı yüzde 26.01'den yüzde 17.78'e gerilemiş. İş arayanlardaki yoksulluk oranı, kentlerde yüzde 20.21'den yüzde 13.54'e, kırsal kesimde ise yüzde 50.85'ten yüzde 35.44'e düşmüş durumda(Aktaş, 2009).

Türkiye' de yapılan yoksulluk ile ilgili çalışmalar tüm toplumu içerdiğinden sosyal bir olgu olarak değerlendirilmelidir. Yapılan çalışmaların sonucunda yoksulluk sosyo-ekonomik, kültürel, siyasi, ailesel bir bütün olarak incelenmelidir.

Gelir düzeyi veya harcama düzeyi açısından ekonomik bir kategori olarak yoksulluğun ölçülmesi ve yoksulluk profilinin saptanmasına yönelik çalışmalarla birlikte, yoksulluk kavramının sorgulanması ve belirli bir yerleşim yerindeki yoksulların toplumsal ilişkiler ve süreçler açısından incelenmesi de örneklerini gözleyebileceğimiz yaklaşımlar arasındadır. Yoksulluk olgusunun bütünsel özellikleri göz önüne alınarak, bu konudaki çalışmalar dışlayıcı olmayan üç grup altında toplanabilir. Buna göre, yoksulluk olgusunu iktisadi bir kategori olarak tanımlamaya, bunun yöntemsel dayanaklarını oluşturmaya ve buna bağlı olarak yoksulluk profilini ortaya koymaya dayalı çalışmalar birinci grubu oluşturmaktadır. İkinci grupta mevcut yoksulluk kategorilerinin yoksulluk olgusunun kavramsallaştırılmasında yetersiz kaldığı düşüncesiyle, yoksulluk ölçümünde farklı sınıflandırma ve ölçüm kategorilerini araştıran yaklaşımlar yer almaktadır. Örneğin, yoksulluk tanımının eğitim ve sağlık göstergeleri gibi gelir dışı kategorileri de kapsayarak insani gelişme yaklaşımı ile ele alındığı UNDP yaklaşımı bu grup içinde incelenebilir. Üçüncü olarak, belirli bir toplumsal kesim için yoksulluk olgusunun görünümünü tüm toplumsal yansımaları ile birlikte sunmayı, yoksulluğu sadece bir iktisadi kategori olarak değil, gündelik yaşamın yeniden üretimine en ince ayrıntısına kadar damgasını vuran bir nitelik olarak gözlemleyebilmeyi hedefleyen alan çalışmaları yer almaktadır. Ayrıca, ölçüm ve sayısallaştırma kaygısı gütmeyen yoksulluk kavramına ilişkin eleştirel yaklaşımlar sunan çalışmalar da bu grup kapsamında değerlendirilebilir(Önder, Şenses, 2009).

Tablo 19:Hanehalkı büyüklüğüne göre yoksulluk sınırları (YTL)

Hanehalkı Büyüklüğü	2002		2005			
	Aylık sınıırı	açlık	Aylık yoksulluk sınıırı	Aylık sınıırı	açlık	Aylık yoksulluk sınıırı
1	59		137	84		216
2	90		208	127		327
3	113		262	161		414
4	133		310	190		487
5	152		353	217		557
6	170		395	242		620
7	187		433	264		679
8	201		466	287		737
9	215		498	306		786
10	230		535	325		836

Kaynak: TÜİK. 05.12.08. www.tuik.gov.tr

http://www.google.com.tr/search?sourceid=navclient&ie=UTF-8&rlz=1T4ADBS_enTR331TR335&q=kent+ve+yoksulluk+%c4%b1le+%c4%b1lg%c4%b1l%c4%b1+tablo+goster%c4%b1m%c4%b1

Yukarıda ki tablo hanehalkı büyüklüğüne göre yoksulluk sınırlarını göstermektedir. Tabloya göre 2002-2005 yılları arasında hem yoksulluk sınırında hem de açlık sınırında büyük artışlar görülmektedir. Kişi başı olarak bölündüğünde hane halkı artıkça yoksulluk ve açlık oranı daha düşük saptanmaktadır. Tablo 2002 ve 2005 yılları arasında hanehalkı büyüklüğüne göre yoksulluk sınırları incelenmiştir. Ve aylık 2002 yılındaki aylık açlık sınırı ve aylık yoksulluk sınırı oranları 2005 yılında artmıştır.

1.5.2. Dünya Yoksulluk Standardı

Ülkemizde olduğu gibi bütün dünya ülkelerinde de yoksulluk hızla artmakta, toplum ihtiyaçlarını karşılamakta zorluk çekmekte yani standartların altında yaşamaktadır.

yapılan tüketim harcamalarının yetersiz oluşu, eğitime ve sağlığa ayrılan bütçenin yetersizliği, bireysel ve temel ihtiyaçları karşılayamama, kişisel ve milli gelir payındaki azalma, hızlı ve bilinçsiz nüfus artışı ve diğer etkenler yoksulluğa neden olan etmenler arasında gösterilebilir.

Uluslararası literatür de yoksulluğun ölçümünde genellikle asgari beslenme standardına göre mutlak yoksulluk ve gelire göre belirlenen göreceli yoksulluk kavramları kullanılmaktadır. Mutlak yoksulluğun ölçümünün asgari beslenme standardına göre yapıldığı başlıca çalışmalar; Kakwani, Sen, Ahluwalia, Fields, Atkinson, Altimir, Lipton, Edmundson Sukhatme, Foster-Shorrocks, Glewwe-Hall, Pryor, Lewis, Hicks, ve Gaiha'nın çalışmalarıdır.⁷ Tüketim harcamalarına göre yoksulluk hesaplanmasına yönelik ve yoksulluk ile sosyal göstergeler arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalar ise Lewis, Glewwe-Hall, Balisican, Denslow-Tyler ve Dünya Bankası Raporu'dur.⁸ Bu çalışmada Türkiye'deki yoksulluğa ilk kez tüketim harcamaları ve sosyal göstergeler perspektifi ile bakılmaktadır(DPT, 1997).

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) her yıl İnsani Gelişme Raporu adı altında bir rapor yayınlıyor. UNDP tarafından 1996 yılında yayınlanan İnsani Gelişme Raporu'nda dünyada yoksulluğun süratle arttığı ve eğer önlemler alınmazsa dünyanın hızla “zenginler” ve “yoksullar” olmak üzere iki ayrı kutuba ayrılacağı ifade ediliyor. Raporda yer alan bazı çarpıcı ifadeler altı madde ile özetlenmiştir. Bu maddeler şunlar:

1-Gelişmiş ülkeler dünyada 23 Trilyon dolayında olan GSYİH'nın 18 Trilyon dolarına yakın bir bölümüne sahip bulunuyor. Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin dünyadaki milli gelir pastasındaki payı ise sadece 5 Trilyon dolar civarında.

2-Dünya nüfusunun en yoksul yüzde 20'lik kesiminin toplam gelir içerisindeki payı son 30 yıl içerisinde yüzde 2.3'den yüzde 1.4'e gerilemiş bulunuyor.

3-Dünyada halen 1000 doların altında kişi başına milli gelire sahip ülkeler mevcut. Zaire, Afganistan, Nijer, Etyopya, Mozambik, Angola, Somali, Çad, Rwanda, Liberya, Uganda, Malawi, Madagaskar gibi ülkeler dünyanın en yoksul ülkeleri arasında yer alıyor. Tüm bu ülkelerde kişi başına reel GSYİH 300 dolar ila 1000 dolar arasında değişiyor.

4-Gelişmiş ülkelerin bir çoğunda kişi başına milli gelir 20.000 Doların üzerinde bulunuyor. Kanada, ABD, Japonya, Norveç, Danimarka, Hong Kong gibi ülkelerde kişi başına reel milli gelir yoksul ülkelerdekini tam 20 katı düzeyinde.

5-Ülkelerarası gelir dağılımındaki adaletsizlik yanısıra gerek gelişmiş, gerekse az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ülke içinde nüfusun yüzde 20'lik kesimlerinin milli gelirden aldıkları paylar arasında ciddi farklılıklar mevcut. Örneğin, Brezilya'da nüfusun en alt yüzde 20'lik kesiminin milli gelirden aldığı pay sadece yüzde 2.1 olarak hesaplanmış bulunuyor. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı adlı kuruluşun hesaplamalarına göre Brezilya'da en yoksul yüzde 20'lik kesimin kişi başına milli geliri sadece 574 Dolar düzeyinde. Oysa bu ülkede kişi başına milli gelir 5370 Dolar düzeyinde.

6-Tüm dünya ülkelerinde nüfusun en alt yüzde 20'lik yoksul kesiminin milli gelirden aldığı pay yüzde 10'un altında bulunuyor. ABD'de en yoksul kesimin payı yüzde 4.7, İngiltere'de 5.8; Kanada'da 5.7Avustralya'da 4.4; Fransa'da 5.6; Danimarka'da 5.4 olarak hesaplanmış bulunuyor. Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde de durum pek farklı değil(Aktan, 2000).

1.6. Yoksulluk ve Sosyal Güvenlik Kavramı

Sosyal güvenlik; kişilerin bugün ve gelecekte yaşam koşullarının değişmesi ve çalışma koşullarının yitirilmesi, yok olması sonucu kendini bütün risklere karşı yaşamını sürdürebilmesi için güvence altına almasıdır.Bu güvence kişilerin aynı zamanda gelir güvencesidir. Sosyo- ekonomik sorunlar, meslek hastalıkları, iş kazası, hastalık, yaşlılık ve ölüm gibi nedenler sosyal güvenlik sisteminin gelişimine neden olmuştur. 1948 yılında kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinin 22. maddesine göre; herkesin, toplumun bir üyesi olarak, sosyal güvenliğe hakkı olduğunu belirtmekte, 25. madde ise bu hakkın kapsamını göstermektedir. Buna göre; herkesin, kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır; herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir; anaların ve çocukların, özel bakım ve yardım görme hakları vardır. Bütün çocuklar, evlilik içi veya evlilik dışı doğmuş olsunlar, aynı sosyal güvenceden yararlanırlar. Gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de sosyal güvenlik sistemi kademeli olarak ilerlemiştir. 1961 Anayasası'nın 48. maddesi "Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatı kurmak ve kurdurmak devletin ödevlerindedir." demek sureti ile sosyal güvenliği anayasal bir hak haline getirilmiştir. Aynı zamanda işsizlik sigortası ise 1999 yılında kabul edilmiştir. Türkiye' de sosyal

güvenlik hizmetleri; primlere dayanan sosyal sigortalar, maddi yani nakit yardımlardan oluşan sosyal yardımlar ve bireye, aileye sunulan sosyal hizmetlerden oluşmaktadır. Yoksulluğu ve sosyal güvenlik sistemini iyileştirmek için tek çatı altında toplamak için ‘‘Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Nisan 2005 ‘’de açıklanmıştır.

1.6.1. Yoksulluk - Sağlık ilişkisi

Yoksulluk globalleşen dünyada hızla artmakta olup büyük bir sorun halini almaktadır. Bu da beraberinde birçok alanda olduğu gibi sağlık alanında da büyük sorunlar yaratmaktadır. Hızla büyüyen ve hızla yoksullaşan dünyada sağlığa ayrılan bütçe azalmaktadır. Böyle bir dünyada özellikle bireysel yoksulluk arttığından sağlık güvencesinin devlet tarafından karşılanması ve sağlığa ayrılan bütçenin artırılması gerekmektedir. Bu problem gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha büyük boyutlarda hissedilmektedir.

DSÖ ‘ ye göre yoksulluk bugün dünyada hastalık ve ölümlerin en büyük nedenidir. Sadece bir sağlık sorunu olmayıp aynı zamanda bir insan hakları ve ahlak sorunudur. Mutlak yoksulluk, yani belli bir minimum gereksinim düzeyinin altında yaşamak sağlığı olumsuz etkilenmektedir. Ama görece yoksulluk adı verilen, başkalarına göre düşük yaşam standardı sağlığı daha çok etkiler(Sköld, 1998).

Yoksulluğun etkisi kalıcıdır. Yoksulluktan olumsuz etkilenme anne karnından başlamaktadır. (Annenin ağır ve tehlikeli çalışma koşulları, sigara, alkol, uyuşturucu kullanımı, kimyasal maruziyet, kötü ve yetersiz beslenme vb.) Daha sonra yoksulluktan kurtulunca da sağlık etkileri sürmekte, gelecek nesillere aktarılmaktadır(Poulton, 2002).

Yoksulluk ve sağlıksızlığın boyutunun belirlenmesinde bazı önemli sorunlar ile karşılaşılmaktadır. Örneğin, kentsel ve kırsal yoksulluğun hem boyutları hem nitelikleri farklıdır. Ancak, özel araştırmalar yapmadıkça kentsel yoksullukla ilgili bilgi toplamak güçtür. Nüfus sayımları, toplumsal sağlık araştırmaları vb. veri kaynakları kentsel bölgeyi bir bütün olarak ele almakta geçkondu bölgeleriyle ilgili ayrıntı vermemektedirler.

1.6.2. Yoksulluk ve Sağlıksızlığın Giderilmesi

Yoksulluk büyüyen dünyada büyük problem halini almaktadır. Yoksulluğun ana nedeni kaynakların bilinçsiz kullanımı ve gelir dağılımındaki eşitsizlik olduğundan kaynak ve

kaynakların kullanımını problemi çözümlenip gelir dağılımı adil yapıldığında üretim artacak ve bu da beraberinde yoksulluk sorununu azaltacaktır. Böylece sağlığa daha fazla bütçe ayrılabilir ve sağlıksızlıkta önemli oranlarda azalma medyana gelecektir.

Son yıllarda yoksulluk ve sağlık üzerine yazılan yazılar, yapılan araştırmalar yoğunlaşmış ve Birleşmiş Milletler, Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası örgütler çeşitli programlar başlatmış olsalar da küreselleşmeyle beraber yoksulluk sorunu hem ülkeler içinde hem ülkeler arasında artmıştır. Birleşmiş Milletlere göre 1987-1993 yılları arasında dünya yoksullarının sayısı 1.23 milyardan 1.31 milyara çıkmıştır(Dağdemir, 2002).

Yoksulluk; toplumsal ve yapısal bir olaydır. Yoksulluğun, eşitsizliğin, sağlıksızlığın temel belirleyicileri siyasal, ekonomik ve toplumsal yapılarıdır. Bunlar uluslararası odaklar ve onların ülke içindeki temsilcileri tarafından denetlenir. Üretimin nasıl yapılacağına, sonuçlarının nasıl dağıtılacağına, gücü elinde tutan bu azınlık karar verir(Navarro, 1986).

1.6.3. Ekonomik Kalkınma Politikaları

Yoksulluk ve beraberindeki ekonomik sorunları çözebilmek aynı zamanda yoksullukla mücadele edebilmek için ulusal ve bölgesel kalkınma politikaları oluşturulmuştur. Bu politikalar birleşmiş milletler ve buna bağlı kuruluşlar, devlet organları, sivil toplum kuruluşları, dernekler, vakıflar v.b. tarafından ulusal veya uluslararası düzeyde yürütülmektedir. Artan ekonomik sorunlar ile beraber üretilen politikalar ve buna bağlı olarak da yukarıda belirtilen kuruluşların sayısında da hızlı bir artış söz konusudur. Daha öncesinde ulusal politikalar ön plandayken dünyada hızla yükselen globalleşme akımı sonucu meydana gelen milletlerarası ilişkilerde artış uluslar arası politikaların artışını da beraberinde getirmiştir.

1.6.3.1. Yoksullukla Mücadelede Ekonomik Kalkınma Politikaları

Artan ekonomik problemler beraberinde çözüm arayışlarında kaçınılmaz kılmakta ve bu bağlamda ulusal veya uluslar arası çalışmalar yapılmaktadır. Bu konuda yapılan ve yapılmakta olan çok sayıda çalışma bulunmaktadır.

Bu durum aşağıdaki 19 maddede özetlenmiştir;

1-Hem ulusal hem de bölgesel düzeydeki kalkınma engellerinin esas nedeni, ulusal ekonomiyi yapılandırmaya yönelik reformda karşılaşılan çıkmazlardır. Gelir

dağılımındaki büyük farklılıkların özelleştirme, gelir ve bütçe reformları yoluyla bir an önce asgariye indirilmesi gereklidir.

2-Hükümetin, bugünkü sübvansiyon politikası, üreticilerin gereksinimlerini yeteri derecede karşılayamamaktadır. Mevcut sübvansiyonlar, AB’de uygulanan yöntemlerle, sistemin dışına itilmelidir. Öte yandan, Avrupa’dakine benzer bir sistemin benimsenmesiyle ithal mallar fona tabii kılınmalıdır.

3-Türkiye’de küçük ve orta boy işletmelerin ekonomik büyümeye, sektörel yoğunlaşmaya potansiyel katkısı yeniden değerlendirilip analiz edilerek, bu işletmelerin işsizliği azaltma, iş güvencesi sağlama ve yoksulluğu giderme yönündeki katkıları konusunda anlamlı politika ve çözüm önerileri getirilmelidir.

4-Kadınlar arasında gözlemlenen daha yüksek yoksulluk oranı göz önüne alınarak, kadınların işlettiği tüm küçük ölçekli işletmelerin ve kredi ile finanse edilen projelerin desteklenmesi gereklidir. Bu destek yoksul halk topluluklarına yönelik ekonomik kalkınma politikasının ayrılmaz bir unsurudur.

5-Özelleştirme yoluyla yaratılan yeni iş alanları ve işler, Türkiye’de özellikle Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde, yoksulluğun giderilmesi için şarttır. Bu bağlamda, turizm sektörü (yeşil sanayi), tarihi ve kültürel serveti barındıran bölgede yararlanılmayan bir potansiyeldir.

6-Bölgede turizm sektörünün kurulmasına yönelik destek, gelir eşitsizlikleri sorununu çözümlenmek, sosyal dengeyi kurmak ve yoksulluğun azaltılmasına katkıda bulunmak için etkin bir yöntem olacaktır.

7-Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde işgücü fazlalığı, ucuz arazi, kültür kapasitesi, potansiyel ham madde kaynakları ve doymamış pazar gibi sayısız bölgesel özellikler bulunduğu bellidir.

8-Özel sektörden, tek tek şirketler bazında bu bölgeye yatırım yapmasını beklemek gerçekçi olmaz.

9-Ayrıntıları iyice belirlenmiş, planlı bir kamu girişimi bu bölgedeki kapasiteleri seferber edebilir ve başarıya götürebilir.

10-Bu tür kamu girişimlerinden biri, Güneydoğu Anadolu illerindeki olağanüstü halin yerine, ivedi bir ekonomik seferberliğin konmasıdır.

11-Buna ek olarak, Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde on yıl süreyle uygulanacak tam ve mutlak bir vergi muafiyeti sayesinde, yatırımlar bu bölgeye daha hızlı akacak, bu da sosyal çatışmanın giderilmesine katkıda bulunacaktır.

12-Ulusal çapta uygulanan KDV oranlarına % 1 eklenerek bir kalkınma fonu oluşturulması düşünülebilir. Bu fonda toplanacak para ile bir vakıf kurulabilir ve bu vakıf liderlerin katkılarını ve uzmanların bilgisini, Güneydoğu ve Doğu Anadolu illerinin kalkınmasına yöneltebilir.

13-Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde iş olanakları yaratan Kamu İktisadi Teşekküllerinin özelleştirilmemesi gerekir.

14-Geleneksel olarak, tarımsal üretim, bölgedeki ekonomik büyümenin ana kaynağı olarak kabul edilmiştir. Hem insan gücünün, hem de potansiyel kaynakların kullanıma elverişliliği bu düşünceyi desteklemektedir.

15-Tarım sektörünün bölgenin ekonomik büyümesine anlamlı bir biçimde katkıda bulunabilmesi için, makineleşme ve modern tarım teknikleri konusunda eğitim temel şarttır.

16-Tarım sektörünün, bölgedeki ekonomik koşulların iyileştirilmesine tam bir katkı sağlayabilmesi için, bir başka şart da, bölgenin tarımsal potansiyelinin, Türkiye'nin uluslararası tarım piyasaları ile bütünleşmesi bağlamında ele alınmasıdır.

16-Kapsamlı bir tarım üretkenliği hesabı yapılarak, bölgede öngörülen tarım veriminin, üreticilere kar getirebilecek düzeyde fiyatlarla, uluslar arası pazarlarda rekabet edip edemeyeceğini saptamak gerekecektir.

17-Hem tarımsal, hem de sınai kalkınma bağlamlarında bölgenin yerli ve uluslararası pazarlara nispeten uzaklığının ekonomik büyüme için yarattığı güçlükleri yenebilmek amacıyla bölgeye demiryolu ulaşımı sağlanmalıdır.

18-Bölgede tarım modernizasyonu gerçekleştirilir ve bölgenin önerilen sanayileşmesi planlandığı gibi sürdürülürse, bölgenin kentleşmesi bunu izleyecektir.

19-Özellikle Adana'dan başlayarak Gaziantep, Şanlıurfa ve Diyarbakır koridoru boyunca gerçekleşecek sanayileşme göz önünde bulundurulursa, Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri için bir kentleşme stratejisi önerilebilir(Aktan, 2002).

Yukarıdaki 19 madde şeklinde yoksullukla mücadelede ekonomik kalkınma politikaları açıklanmıştır. Bu maddelerde; ekonomik yapılandırmanın, bölgesel ve kişisel gelir dağılımının, sanayileşmenin, uygun kentleşmenin, tarımsal kalkınmanın, üretkenliğin, insan gücünün, kaynak kullanımının önemi açıklanmıştır.

1.6.3.2. Yoksullukla Mücadelede Sosyal Kalkınma Politikaları

Yoksullukla mücadele sadece maddi kaynak veya üretimle ilgili olarak değil aynı zamanda sosyal boyutu ile de ele alınmalı ve bu bağlamda gerek ulusal, gerek uluslararası politikalar üretilmeli ve bunlar hayata geçirilmelidir.

Bu durum aşağıdaki 12 maddede özetlenmiştir;

1-Sağlık ve Eğitim Hizmetleri, her şeyden önce işleyen ve etkin bir sosyal güvenlik sisteminin kurulmasına ihtiyaç vardır. Devlet, herkesi kapsayan sosyal güvenlik, sosyal hizmetler ile herhangi bir ayrıcalığı bulunmayan gruplar için sosyal yardım gibi hususları kapsayacak kurumsal mekanizmalar kurmakla yükümlüdür.

2- Genel Sağlık Sigortası'nın kurumsallaştırılması, halkın sağlıklı yaşam sürdürebilmesine engel olan ekonomik etkeni büyük çapta kaldıracaktır.

3- Zorunlu genel sağlık sigortası sistemi uygulanmalıdır.

4- Sağlık personeli ile sağlık hizmetlerinin ülke çapında adil coğrafi dağılımı

Sağlık Bakanlığı tarafından ele alınmıştır. Ancak, sağlık hizmetlerinin, ülkenin az gelişmiş bölgelerinde sürdürülebilmesi için bu çabaların hızlandırılması gerekir.

5- Sağlık personeli ile hastalar arasındaki iletişim engellerinin kaldırılması gereklidir.

6- Gerek ulusal gerek bölgesel açıdan toplumsal kalkınmayı gerçekleştirebilmek ve Türkiye'deki yoksulluğun etkilerini azaltmak için, eğitim sisteminin iyileştirilmesi gereklidir.

7- Sekiz yıllık temel eğitimin her vatandaşa ücretsiz sağlanması şarttır.

8- Özellikle az gelişmiş bölgeler söz konusu olduğunda, pilot örnekler geliştirilerek, ailelerin çocuklarını okula göndermeleri için teşvik edilmesi ve bu bölgelere götürülen eğitim hizmetlerindeki mevcut altyapı ve personel eksikliklerine çözüm bulunması gereklidir.

9- Altyapı ve personel eksikliklerine çözüm olarak eğitim ve özel iletişim araçlarına dönüştürülecek kitle medya araçları ile sivil girişimlere önem verilmelidir.

10- Temel eğitim, lise ve yüksek okul düzeylerinde uygulanan eğitim sisteminin içeriği, ezberleme yoluyla öğrenimi kapsadığından, öğrencilerin siyasal, sosyal ve zihinsel gelişimine engel teşkil etmektedir.

11- Eğitim ve öğrenim yöntemlerinde nitel değişiklik gereklidir.

12-Sosyal kalkınmayı hızlandırmak ve yoksulluğun halk üzerindeki etkilerini azaltmak bakımından, yoğun ve ücretsiz meslek eğitim programları düzenlenmesi ve genç nüfusun eğitim sistemi içine daha geniş çapta katılması şarttır(Aktan, 2002).

Yoksullukla mücadelede sosyal kalkınma politikaları 12 madde şeklinde yukarıda açıklanmıştır. Bu maddeler; eğitim ve öğretimin, genç nüfusun, sosyal kalkınmanın, var olan alt yapı eksikliğinin, personel teşvikinin, sağlıkta iletişimin, sosyal güvencenin, sağlık güvencesinin ve sosyal hizmetlerin önemi açıklanmıştır.

1.6.3.3. Kırsal ve Kentsel Ortamda Yoksullukla Mücadele

Yoksulluk yerel olarak da ele alınmalı ve bu bağlamda da politikalar üretilerek bu politikalar bir an önce hayata geçirilmelidir. Yerel olarak da ele alındığı zaman da kırsal ve kentsel olarak ele alınmalı ve bu yönde çözümler oluşturulmalıdır.

Bu durum aşağıdaki 13 maddede özetlenmiştir;

1-Yerel hükümetler, yoksullukla yerel düzeyde mücadele edecek yegane mekanizmalardır. Yerel yönetimlerin, toplumdaki günlük gelişmeler konusunda daha iyi bilgi sahibi olup, kentleşme ve nüfus artışının neden olduğu yoksulluğu daha etkin izlemeleri ve gerekli tedbirleri almaları gereklidir.

2- Türkiye'nin yönetim yapısı yetki ve otorite düzenlemeleriyle, il ve ilçe düzeylerinde yeniden gözden geçirilmelidir.

3-Merkezi ve yerel yönetimler arasındaki ilişki açısından yetki ile yetkinin devri arasındaki nitel ayrılık da önem taşımaktadır. Birinci modelde, yetki ilişkileri, iktidarın yatay paylaşılmasına dayandırılmaktadır. Türkiye'deki merkezi ve yerel düzeyler arasındaki geleneksel ve mevcut ilişkileri niteleyen ikinci modelde ise yetki ve otorite merkezi düzeyden yerel düzeye aktarılmakta ve dikey olarak kurulan bir otorite ilişkisi oluşturulmaktadır.

4-İdari reform için; vakıf ve hazine arazilerinin mülkiyetini yerel idarelere devir yoluyla yerel yönetimlerin kaynaklarını güçlendirmek şarttır. Bu yetki devrinin ön koşulu olarak, yerel yönetimlerin iç yapılarının ve işleyişlerinin demokratikleşmesi ve katılımcılığa olanak verebilir şekilde düzenlenmesi gereklidir.

5- Yerel idareyi yetkili kılacak idari reformun kentleşme ve nüfus artışının yönetimi üzerinde olumlu etkileri olacaktır.

6- Merkezi yönetime başvuru gerekmeden, yerel yönetimler, kentleşmenin getirdiği altyapı taleplerine daha etkin bir biçimde cevap verecektir.

7- Türkiye'deki göç eğilimleri değerlendirildiğinde, kırsal kesimden kentlere gönüllü göç sürecinde, kendi kendine işleyen bazı sosyal güvence mekanizmalarının kentsel çevrede yeniden üretilen toplumsal ilişki ağları içinde devam ettiği ve sosyal, kültürel

destek veren bu ilişkilerin korunduğu bilinmektedir. Göç süreci zorunlu olduğunda ve göç ile terk edilen yerin artık yaşanır yer olmadığı durumlarda, bu destek ilişkisi daha da güçlenmektedir.

8- Bundan dolayı son yıllarda güvenlik kaygısı yüzünden kentsel alanlara zorunlu göç, Güneydoğu Anadolu Bölgesi'ndeki kentlerin çevre bölgelerinde belirgin bir yoksulluk problemi yaratmıştır.

9- Güneydoğu Anadolu Bölgesi'ndeki yoksulluğun azaltılması için, öncelikli konu olarak kent çevresinde yaşayan halkın konut ve barınak ihtiyacını karşılamının gerekliliği üzerinde durulmuştur.

10-Rant ve emlak varlığının yerel yönetimlere devrini öngören idari reformun (böylece sosyal hizmetler daha etkin biçimde sağlanmış olacaktır), kentteki göçmen halkın sosyal kalkınmadaki eksikliklerini gidermek için iyi bir yöntem olduğu kanısına varılmıştır.

11-Çevre konusunda, ticari teşebbüslerle çevresel sorumluluklar arasındaki ilişkinin Türkiye'de daha çok önem kazanacağı tabiidir.

12- Yerel düzeydeki çevre koruma önlemleri düzenlemek ve uygulamak için katılımcı karar alma sürecinin güçlendirilmesi gereklidir. Bunun kalıcı bir çevre politikasının ulusal ticaret ve ekonomi politikalarını tamamlar hale gelmesinde en etkili metod olduğu unutulmamalıdır.

13- Çevre konularının resmi eğitim müfredatına alınmasıyla çevre konusunda eğitim teşvik edilmelidir(Aktan, 2002).

2. SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİ

Osmanlı döneminde ilk sigorta kuruluşu askerler için tesis edilen “Askeri Tekaüt Sandığı”dır (1886). Sonra sivil memurlar (1881), tersane işçileri (1909), Hicaz Demiryolu (1910) ve Şirket-i Hayriye çalışanları (1907) için yardım sandıkları kurulmuştur. TBMM kurulduktan sonra 151 Sayılı Ereğli Havza-i Fahmiyesi Maden Amelesi'nin Hukuku'na Müteallik Kanun (1921) ile her madende bir yardım sandığı kurulması esası getirildi. Cumhuriyet'in ilanından sonra, önceki dönemde olduğu gibi, münferit çalışan gruplar için münferit sandıklar oluşturulması uygulaması sürdürüldü. Bunlara İmalat-ı Harbiye (1926). Devlet Demiryolları ve Liman İşletme İdaresi (1934)sandıkları örnek olarak gösterilebilir. 1945 yılında 4792 sayılı Kanun ile İşçi Sigortaları Kurumu kurulması kabul edildi.

Ardından Kurum mensuplarının haklarına ilişkin dağınık düzenlemeler 506 sayılı Kanun ile (1964) tek metin içinde toplandı. Bu arada, memurlar içinde Ziraat (1937), Emlak ve Eytam (1938), Merkez Bankası (1938) mensupları Sandıkları, Deniz Yolları (1937), Devlet Hava Yolları Memurları (1938) Sandıkları...) çok sayıda sandık kuruldu. Ancak, işçilerde olduğu gibi dağınık memur sandıkları 1949 yılında 5434 Sayılı Kanun ile Emekli Sandığı bünyesinde toplandılar. Nihayet 1971 yılında 1479 sayılı Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu kabul edilerek bağımsız çalışanlar da sosyal güvence kapsamına alınmışlardır. “Tarımda hizmet akdi ile süreksiz çalışan tarım işçileri 2925 sayılı kanunla, kendi adına bağımsız çalışanlar ise 2926 sayılı Kanunla kapsama alınmışlardır.”(Türk İş Sosyal Güvenlik Raporu, 2004).

Tablo 20: 2002 Yılında Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumları Hizmetlerinden Yararlanan Nüfusun Dağılımı

Kuruluşlar	Aktif Sigortalı Sayısı	Gelir/Aylık Alanlar	Aile Ferdi	Toplam	Genel Nüfusa Oranı
SSK	6.563.187	3.747.573	22.993.730	33.304.490	47,8
Bağ-Kur	3.321.332	1.393.670	10.832.989	15.547.991	22,3
Emekli Sandığı	2.372.777	2.470.896	5.283.320	10.126.993	14,6
Diğer Sandıklar	71.641	77.738	174.923	324.302	0,5
TOPLAM	12.328.937	7.689.877	39.284.962	59.303.776	85,2

Kaynak: Sosyal güvenlik kavramı ve Türkiye’ de sosyal güvenliğin tarihçesi.12.09.2009.Cemal Hüseyin Güvercin Cilt 57, Sayı 2, 2004

http://www.medicine.ankara.edu.tr/fakulte/files/20042_6

Yukarıdaki tablo 2002 yılında Türkiye’ de sosyal güvenlik hizmetlerinden yararlanan nüfusun dağılımını göstermektedir. Buna göre; SSK 47,8, Bağ-Kur 22,3, Emekli Sandığı 14,6 ve diğer sandıklar 0,5 olarak hesaplanmıştır. Ve toplamda Türkiye nüfusunun %85,2 si sosyal güvenlik hizmetlerinden yararlanmaktadır. Yüzde 14.8 i ise herhangi bir şekilde sosyal güvenlik kurumundan yararlanmamaktadır.

2.1. Sosyal Güvenlik Sisteminin Tarihsel Gelişimi

Sosyal güvenlik sisteminin doğuşu insanlığın kendini kontrol ve güvence altına alma gereksiniminden ortaya çıkmıştır ve insanlığın tarihi kadar eski ve evrensel bir boyuttadır. Sosyal güvenlik sistemi kişiler, bireyler ve toplum için vazgeçilmez bir ihtiyaçtır.

Ayrıca sosyal güvenlik; Sosyal güvenlik; bir dizi kamu önlemi ile hastalık, doğum, iş kazası, işsizlik, iş göremezlik, yaşlılık, ölüm gibi nedenlerle ortaya çıkabilecek ekonomik ve sosyal rahatsızlıklara karşı, toplumun kendini korumasıdır. Karşılaşılan bu sorunlar bireyin gelirinin azalması ve/veya giderlerinin artmasına neden olmaktadır. Çalışma gücünü olumsuz yönde etkileyen hastalık, yaşlılık ve sakatlık gibi fizyolojik riskler ile çalışma gücünü etkilememekle birlikte onun kullanımını önleyen işsizlik, bu türden risklerdir. Bu risklerle karşılaşan birey,

geçici ya da sürekli olarak gelirden yoksun kalmakta, ekonomik güvensizlik ortamına itilmektedir. Bu nedenle sosyal güvenlik politikalarının temelini ekonomik, sosyal ve fizyolojik risklerin bireyler üzerindeki etkilerini giderme çabaları oluşturmaktadır. Çağdaş sosyal güvenlik kavramının hedeflediği risklerin çoğu sağlıkla ilgilidir.

Sağlıkla ilgili olup sosyal güvenlik programı çerçevesine giren asgari yararlanımlar şunlardır:

Genel pratisyenlik bakımı (bazı ülkelerde ev ziyaretlerini de kapsar),

Yataklı ve ayakta bakım veren uzman bakımı,

Temel ilaçlar,

Doğumla ilgili hizmetler ve gerektiğinde hastane hizmetleri(Güvercin, 2004).

Bu bağlamda önceleri birinci basamak sağlık kurumları ile hem koruyucu hem tedavi edici hekimlik hizmetleri sunulurken, gelişen dünya dengeleri ile birlikte birinci basamak sağlık hizmetlerinin yerine alternatif olarak aile hekimliği uygulaması getirilmiş ve yavaş, yavaş uygulanmaya başlanmıştır. Sayılan bazı hizmetler kısmi olarak devlet güvencesine alınmış ve bu bağlamda sağlık personeline süreli mecburi hizmet uygulaması getirilerek özellikle kırsal alanda da uygulamaya sokulmaya çalışılmıştır.

Günümüzde evrensel bir ilkeye dönüşen ve çağdaş uygarlığın simgesi olan sosyal güvenlik kavramı, temelde, bireyin karşılaşacağı ve yaşamı için tehlike oluşturan olaylara karşı bir güvence arayışının ürünüdür. Tarihin her döneminde insanlar, farklı biçimde sosyal güvenlik önlemlerini bulmuş ve kabul etmişlerdir. Önceleri kişisel, sonra karşılıklı yardım temeline dayanan bu sosyal güvenlik kurumlarının, çağdaş sosyal güvenlik sistemlerinin çekirdeğini oluşturdukları kabul edilmektedir. Sosyal güvenlik sistemlerinin tarihsel gelişimleri incelendiğinde Sanayi Devrimi'nin bu süreçte bir yol ayrımı oluşturduğunu ve modern anlamda sosyal güvenlik sistemlerinin bu olaydan sonra ortaya çıktığını görebiliriz(Güvercin, 2004).

Bu durum sosyal güvenlik sistemlerinin doğuşunun temel nedeni olan risklerin büyük bölümünün, sanayileşmenin getirdiği riskler olmasının da önemi vardır. İnsanoğlu tarihin her anında bütün canlılarda olduğu gibi kendini güvende

hissetmek istemiş bu bağlamda çağın şartlarına bağlı olarak çeşitli yöntemler kullanmıştır. Çağımızda ise güvenlik anlayışı ile sosyal güvenlik hizmeti uygulamaları kullanılmaktadır.

Sanayileşmeden önce sosyal güvenlik ilkel, bir tür “doğal sosyal güvenlik” anlayışında, kurumsallaşmamış, kamusal girişimden yoksun, dinsel boyutları ağır basan, oldukça dağınık, dar kapsamlı ve sınırlı, güçsüz, bu nedenlerle de etkisizdir. Bilinen en eski sosyal güvenlik sistemi örneğini Eski Mısır’da Yusuf Peygamber’in organize ettiği rivayet edilmektedir. Yusuf Peygamber’in yedi bolluk yılında çok geniş stoklar yaptığı ve izleyen yedi kıtlık yılında bunların dağıtımını yaptığı; böylece tasarrufla harcama arasında etkili bir denge kurarak, yaşam standartlarında olası derin değişimleri önlediği belirtilmektedir. Daha sonraları Eski Roma, Yunan ve Mısır’da İ.Ö. 2000 yıllarında yoksul ve muhtaçlara yardım eden kurumların varlığından söz edilmektedir. Endüstri öncesi toplumlarda aile, karşılıklı yardım sandıkları ve dinsel nitelikli hayır kurumları, yoksul ve hasta insanlara destek olma işlevini üstlenmişlerdir. Özellikle Ortaçağ’da kilisenin oluşturduğu hayırsever kurumlar (hastaevleri, aşevleri, manastırlar vb.) yoksullara yardım elini uzatan başlıca kurumlar olmuştur. 16. yüzyıldan itibaren de, kilisenin denetimindeki yardım kurumları yanında devletin oluşturdukları da ortaya çıkmaya başlamıştır. 17.yüzyılda kilisenin özel yardım (sadaka) kurumları, sosyal koruma aracı olarak etkin bir rol oynamıştır(Güvercin, 2004).

Tarihin çeşitli dönemlerinde baskın olan siyasi ve dinsel akıma bağlı olarak sosyal güvenlik kavramları çeşitli şekiller almıştır. Bir dönemler dini inanışa bağlı kalan güvenlik sistemi zamanla siyasi akımların gölgesinde kalmış ve zamanımızda biyin çıkarların ön planda olduğu aynı zamanda devletçi bir anlayışla uygulanmaktadır.

Bu gelişmelere koşut olarak, 18.yüzyılda felsefi düşüncelerde, o güne kadar uygulanmakta olan yardım düzenekleri konusunda önemli değişiklikler olmuştur. Bu durumu Montesquieu şöyle dile getirmiştir: “Sokakta dağıttığımız sadaka ile devlet yükümlülüğü yerine getirilmiş olmaz; devlet tüm vatandaşlara belli bir güvence sağlamak; yiyecek, elbise vermek ve sağlığına aykırı olmayacak bir yaşam düzeyi hazırlamakla yükümlüdür.” 1789 Fransız Devrimi, devlet ile birey arasındaki ilişkiye yeni bir bakış açısı kazandırmış, giderek değişik bir yardım anlayışı ortaya çıkmıştır. Tüm dikkatler yoksulluk kavramı üzerinde toplanmış, tam

istihdam, tıbbi yardım vb. konularda yeni düşünceler ortaya atılmıştır. Kamu yardımlarından yararlanmanın bir hak olduğu 1793 tarihli İnsan Hakları Bildirisi'yle de onaylanmıştır. Ne var ki düşüncelerin yaşama geçirilmesi mümkün olmamış ve 19.yüzyılın başlarına kadar somut bir ilerleme sağlanamamıştır. Sanayi Devrimi ile köklü dönüşümlere uğrayan toplumsal hayat, en önemli değişimlerden birini de sosyal güvenlik alanında yaşamıştır. Üretim ilişkilerinin değişimine bağlı olarak toplumsal yapı ve iş bölümü de değişmiştir. Toplum kısa sürede iki sınıfa bölünmüştür. Bu iki sınıf; çok zenginleşen kapitalistler ile tek geliri emek gücü olan yoksul işçiler olmuştur. İşçilerin içinde buldukları kötü koşullar, uzun çalışma süreleri, çok sayıda iş kazası, yetersiz ücret, yoksulluk, hastalıklar, iş ve gelecek güvencesi bulunmamasının verdiği huzursuzluklar onları sık sık başkaldırıya yöneltmiştir(Güvercin, 2004).

2.1.1. Osmanlı döneminde sosyal güvenlik sistemi

Uzun yıllar süren savaşlar birçok insanımız yaralanmış, sakat kalmış ve ölmüştür. Yapılan savaşlar sonucunda nüfusun çoğunda sakatlık, verem, enfeksiyon hastalıkları, frengi, sıtma görülmektedir. Savaş sonucunda toplum çalışamayacak duruma geldiği için ülke ekonomik yönden gerilemektedir. Sağlık alt yapısının yetersizliği sonucu yaralı asker ve kişilerin tedavisi yapılamamaktadır. Osmanlı devleti tarihi gelişimini tamamladıktan sonra 2000 yatak kapasiteli hastane, 1000 kadar hekim ve yanında yardımcı sağlık personeli bulunmaktadır. Cumhuriyetin 50.yılında bu sayı giderek artmakta ve hekim 18, hemşire 6, hasta yatak sayısı da 100 binlere ulaşmıştır. Tanzimat dönemi sonrası özellikle sosyal güvenlik kurumları yeni devlet oluşumuna zemin hazırlamıştır. O dönemde var olan başlıca sosyal güvenlik sistemleri: Tekaüt Sandığı, Askeri ve Mülki Tekaüt Sandığı, Hayriye Tekaüt sandığı, Sivil Memur Emekli Sandığı, Askeri Tekaüt Sandığı bulunmaktadır.

2.1.2. Cumhuriyet Döneminde Sosyal Güvenlik Sistemi

Cumhuriyet dönemine geçiş ile birlikte sosyal güvenlik alanındaki iyileşme hızlanmaya başlanmıştır. 1946 yılında özel kesime bağımlı olarak çalışan işçilerin sosyal güvenlik kurumu 'İşçi Sigortalar Kurumu' olarak kurulmuştur. Bu sigorta; hastalık, analık, yaralanma, ölüm, maluliyet, ihtiyarlık gibi durumları kapsamıştır

ve 1965 yılında Sosyal sigortalar Kurumu'na yani SSK'na dönüştürülmüştür. 1950 yılında Emekli Sandığı yürürlüğe girmiştir. 1971 yılında Bağ-Kur ile sosyal güvenlik sistemi Cumhuriyet döneminde gelişimini tamamlamıştır.

2.1.3. Günümüzde Sosyal Güvenlik Sistemi

Var olan sosyal güvenlik kurumu ve sosyal güvenlik alanına giren kişilerin sayısı, almak istedikleri hizmetin içeriği ve niteliği, hizmeti alma şekli ve bu hizmetlerden nasıl faydalandığı önem taşımaktadır. Günümüzde var olan Sosyal sigorta kuruluşlarından Emekli Sandığı ve SSK kişilerin karşılaşılabileceği riskleri karşılarken, Bağ-Kur ise hastalık, iş kazaları ve gelişebilecek meslek hastalıklarını kurum kapsamına almamaktadır. Var olan bu sigorta kurumlarından kişiler ücretsiz faydalanabilmektedirler, ancak Bağ-Kur bazı sosyal riskleri kapsamı içine almamıştır yani korumasızdır.

2.2. 25.11.2006 Tarihinden Önceki ve Sonraki Sosyal Güvenlik Sistemi

İnsan Hakları Evrensel Bildirisi'ne göre, her insanın sağlıklı yaşamaya, hastalandığında devletten bakım istemeye, sağlık ve sosyal yardım hizmetlerinden yararlanmaya hakkı vardır. Bu nedenle, Birleşmiş Milletler' in bu bildirisine imza atan bütün ülkelerde yurttaşların sağlığını korumak,"bakım ve tedavisini sağlamak devletin temel ödevlerin den biridir.

Türkiye'de, devletin bütün yurttaşlara parasız ve yeterli sağlık hizmeti verebilmesi amacıyla 1963'te sağlık hizmetlerini sosyalleştirme çalışmalarına başlanmıştı. Bu program, koruyucu hekimliğe ağırlık verilmesini ve hizmetin tabana yayılmasını öngörüyordu. Yani, çok önemli bir hastalığı olmayanların bakım ve tedavisi sağlık ocaklarında, tıbbın belirli bir dalında uzmanlaşmamış olan pratisyen doktorlarca ya da aile doktorlarınca yapılacaktı. Ancak bu birinci basamak hizmetlerinin yetersiz kaldığı durumlarda, örneğin önemli bir hastalığı olanlar ya da kaza geçirenler hastanelerde uzman doktorlar eliyle muayene ve tedavi edilecekti. Bu hizmetler tümüyle parasız olacak ya da hastalardan muayene ve tıbbi testler için para alınmayıp yalnızca ilaç ve tedavi giderlerinin bir bölümüne katılmaları istenecekti. Ne var ki, bazı ülkelerde uygulanmakta olan bu ideal sistem gerçekleştirilemedi ve

sağlık hizmetlerinde özelleştirmeye doğru bir eğilim ağır bastı. Ülkemizde devletten başka kamu yönetimleri, üniversiteler, özel kuruluş ve dernekler de sağlık hizmetinde bulunur. Devlet hastanelerinde bir zamanlar çok düşük olan muayene ücretleri bugün hemen hemen üniversite hastanelerinin ücretleriyle eşitlenmiştir ve özel hastanelerin sayısı günden güne artmaktadır(Sağlık ve sağlık hizmetleri, 2009).

Türkiye' de sağlık hizmetleri sağlık ve sosyal yardım bakanlığı'nca yürütülür. Sağlık hizmetlerini örgütlemek, sosyal sigortalar kurumlarının oluşumunu sağlamak, insan sağlığına zarar verecek bütün etkenlerle ve hastalıklarla savaşmak, bulaşıcı hastalıklara karşı önlem almak, toplum sağlığını korumak, aşı, tedavi ve kişilerin toplum içinde huzurlu ve refah içinde yaşamaları için gerekli uygun ortamı oluşturmak ve bunun için toplum içinde merkezleri kurmak bu bakanlığın sorumluluğundadır. Ve bakanlık bu görevin sağlıklı ve etkin bir şekilde topluma sunulması için devlet hastaneleri, dispanserler, sağlık ocakları, ana ve çocuk sağlığı merkezleri açar; illerde sağlık müdürleri, doktor, hemşire, ebe, sağlık memurları, fizyoterapistler, eczacılar ve birçok sağlık çalışanı ile tanı, tedavi, bakım ve hizmet sunar.

Yurttaşlarca ödenen primler ve kamu kurumlarının bütçelerinden ayrılan ödeneklerle hizmet veren Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur gibi sosyal sigorta kurumları ise, bakım ve tedavi giderleri için yurttaşlardan primler, ABD'de sağlık hizmetleri için gerekli paranın temel kaynağı, yurttaşların ödedikleri özel sağlık sigortası primleridir. Ama sunulan hizmetin düzeyi sigorta primiyle orantılı olduğundan, yüksek sigorta primi ödeyecek güçte olmayan milyonlarca Amerikalı sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamaz. Bu eşitsizliği bir ölçüde gidermek için 1965'te, sigorta primi ödeyemeyen yoksullara ve yaşlılara ücretsiz sağlık hizmeti vermek üzere iki ayrı program yürürlüğe konmuştur. Buna karşılık İngiltere ve İsveç gibi bazı ülkelerde sağlık hizmetleri ücretsizdir. Giderler devletçe karşılanır ve bu ülkelerde oturma izni olan herkes ücretsiz tedavi hakkından yararlanabilir. Ama İngiltere'de devlet bütçesinden sağlık hizmetlerine ayrılan para tıptaki gelişmelere paralel olarak artmadığı için, yurttaşlar sağlık hizmetlerinin yetersizliğinden yakınır. Birçok hastane, başvuranların tedavi isteklerini karşılamakta güçlük çeker ve bazı ameliyatlara için çok uzun süre beklemek gerekir(Sağlık ve sağlık hizmetleri, 2009).

Türkiye’de ise sağlık hizmetleri çeşitli sigorta kurumlarınca belli oranlarda karşılanmakta, belli hizmetler ise devlet güvencesi altına alınmış ve sigortalı-sigortasız bütün yurttaşlara eşit sunulmaktadır(Birinci basamak sağlık hizmetleri v.b.).

İsveç'teki sağlık hizmetleri ise yıllardır bütün dünya ülkelerine örnek olarak gösterilir. Hastaneleri Avrupa'nın en ileri sağlık kurumlarıdır; sağlık hizmetleri ücretsizdir ve gerek bu giderleri, gerek öbür sosyal yardım hizmetlerini karşılayabilmek için alınan vergi bütün dünya ülkeleri içinde en yüksek düzeydedir. Gene de, sistemin ideal olmasına karşılık, son yıllarda İsveç'te bile sağlık kurumları yurttaşların beklentilerini karşılayamayacak duruma gelmiş ve ameliyat sırası bekleme listeleri giderek uzamaya başlamıştır. Avustralya'da bazı yerleşmeler hastanelerin ve doktorların bulunduğu yerlerden çok uzakta olduğundan bu ülkenin daha özel sorunları vardır. Bu uzak yerleşmelere doktor ve ilaç ulaştırmak ya da gerektiğinde hastaları hastaneye taşımak için Krallık Uçan Doktor Servisi kurulmuştur. Hastalara özel uçaklarıyla hizmet götürdükleri için "uçan doktorlar" olarak bilinen bu sağlık örgütünün giderlerinin bir bölümü devlet bütçesinden, bir bölümü de halktan alınan bağışlarla karşılanır(Sağlık ve sağlık hizmetleri, 2009).

2.2.1. 25.11.2006 Tarihinden Önceki Sosyal Güvenlik Sistemi

Bütün kurumlar arasında farklılıklar mevcuttu. İş kazaları ve meslek hastalıklarına karşı eşitsizlikler mevcuttu. 18 yaşın altına ücretsiz yatarak veya ayaktan bakılmıyordu. Sigorta işlemleri için sigorta sicil numarası kullanılıyordu. Evlenme ve çeyiz yardımından faydalanma kurumlar arasında değişiklik gösteriyordu. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu yürürlüğe girmeden önceki uygulamada sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için SSK sigortalılarının kendisine 90 gün, bakmakla yükümlü oldukları kişilere 120 gün, Bağ-Kur sigortalıları için 240 gün hastalık sigortasından prim ödeme şartı, yeni düzenleme ile 30 gün olarak hesaplanmıştır.

Medyadaki iddiaların aksine, eski uygulamalardan farklı olarak yeni uygulamada sağlık hizmetleri paralı hale getirilmemekte, alışıl gelen katılım payı uygulaması devam etmektedir. 15 Haziran 2007 tarihinden önce Bağ-Kur ve SSK'lılar özel hastanelerden kısıtlı olarak yararlanmaktaydılar. 15/06/2007 sonrasında Bağ-Kur, SSK ve Emekli

Sandığı mensupları eşit olarak özel hastanelerden yararlanmaya başladılar. Yeni uygulamada Kamu sağlık kuruluşları standart hizmetler dışında kalan otelcilik hizmeti ve öğretim üyesi ücreti için ilave ücret alabileceklerdir. Sözleşmeli özel sağlık kuruluşları ise belirlenen sınır dahilinde ilave ücret alabileceklerdir. Acil hallerde sözleşmesiz sağlık kuruluşlarına yapılan müracaatlarda, tedavi bedelleri Kurumca karşılanmaktadır. Bu durumda, sözleşmeli ve sözleşmesiz sağlık kuruluşları ilave ücret alamayacaklardır. Eski uygulamada, Bağ-Kur'a tabi sigortalı olanlar prim borçlarının olması halinde sağlık hizmetinden kendileri ve bakmakla yükümlü olduğunuz kişiler yararlanamamakta idiler. Oysa yeni uygulamada, 60 günlük borcun olması sağlık hizmeti alınmasına engel teşkil etmemektedir. Ayrıca, 18 yaşından küçük çocuklar, sigortalının borcuyla bağlantılı olmaksızın sağlık hizmetlerinden yararlandırılacaktır. Eski uygulamada, isteğe bağlı sigortalıların sağlık yardımlarından yararlanamamaları önemli bir eksiklikti(Koçak, 2009).

Yeni uygulama ile sigortalı kavramı genişletilmiş ve sayısı artmış, yurttaşların sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırılmış ve özellikle sevk zinciri olayı azaltılarak daha önceleri özellikle SSK ve Bağkur sigortalılarına uygulanan zincir kaldırılmıştır. Böylece sigortalının hem muayene, hem tekik, hem de tedaviye ulaşımı kolaylaştırılmıştır.

Yeni düzenlemeyle isteğe bağlı sigortalılara sağlık primi ödemek koşuluyla sağlık hizmetinden yararlanma hakkı getirildiğinden, 18 yaşından küçük çocuklar, anne veya babalarının sigortalı olup olmadığına bakılmaksızın genel sağlık sigortası kapsamındadır ve sağlık yardımlarından yararlanacaklardır. Yeni düzenleme ile sağlık sigortası bakımından bakmakla yükümlü olunan çocukların –kız olsun, erkek olsun- en fazla 25 yaşına kadar bu haklardan yararlanacağı öngörülmeyle birlikte, Kanunun yürürlüğe girdiği tarihte sağlık yardımlarına müstahak olanların durumlarında değişiklik olana kadar mevcut haklarının verilmesine devam edilecektir. İşsizlik ödeneği alanlar da genel sağlık sigortası kapsamında olup, sağlık sigortası primleri Türkiye İş Kurumu tarafından ödenecektir. Mevcut uygulamada işsizlik ödeneği ödenen sürelerde sigortalılar hastalık sigortası yardımlarından yararlanmaktadırlar. Kanunda işsizlik ödeneği ödenen sigortalılar genel sağlık sigortalısı sayılmakta ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler de genel sağlık sigortası yardımlarından yararlanabilmektedirler(Koçak, 2009).

Ayrıca kanuna göre iş kazası, meslek hastalıkları, 18 yaş altı çocuklar, bakıma muhtaç ve başkasına bakmakla yükümlü kimseler, afet, yangın, savaş, bulaşıcı haller gibi durumlarda prim gün veya ödeme durumuna bakılmaksızın tedavi alabilirler.

Sigortalılık niteliğini kaybettiği tarihten itibaren son 1 yıl içinde 90 gün prim ödeme gün sayısı olan kişilere, sonrasındaki genel sağlık sigortalılığından kaynaklanan prim borcu olup olmadığına bakılmaksızın 90 gün genel sağlık sigortası yardımlarından yararlanmaları sağlanacaktır(Koçak, 2009).

2.2.2. 25.11.2006 Tarihinden Sonraki Sosyal Güvenlik Sistemi

Bu sistem 5510 sayılı kanun ile 20.05.2006 tarihinde resmi gazetede yayınlanmış ama 01.01.2007 tarihinde yürürlüğe girmiş bulunmaktadır. Bu sistemde SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı tek çatı altında toplanıyor ve tüm kişiler yeni sosyal güvenlik sistemine yani kurumuna tabi oluyor. Daha önce bazı kurumların kabul etmediği iş kazası ve meslek hastalıkları kavramı genişletiliyor ve kapsamı içine alınıyor. Kurumlar arası farklılıklar ortadan kalkıyor. 18 yaşının altındaki kişiler tüm sağlık kuruluşlarından ücretsiz şekilde faydalanabiliyorlar. Bu kanun yürürlüğe girdikten sonra sigortalı olanlar için prim ödeme gün sayısı ve emekli olma yaşı kademeli olarak arttırılıyor. Sigortalı oldukları halde işsiz kalanların maaş aldıkları süreye kadar malüllük, yaşlılık ve ölüm sigorta primlerini iş-kur ödeyecek. Yeni kanunla ölüm aylığından Evlenme ve çeyiz yardımında faydalanma da farklılıklar ortadan kaldırıldı ve eşitlik getirildi. Kullanılan sicil numarası yerine T.C kimlik numarası uygulamasına geçildi. Askerlik de borçlanma prim miktarı yükseltildi. Sosyal güvenlik primi yeni kanun ile arttırıldı. Yeni sosyal güvenlik kanunundan faydalanabilmek için kendisi, eş, çocuk ve ailenin bir yıl içerisinde 30 gün genel sağlık sigortalısı olmak ve aynı zamanda prim borcunun olmaması şartı getirildi. Sigortalının eşine veya sigortalı kadına doğum yapması halinde doğumdan sonraki 6 ay süresince emzirme ödeneği olarak asgari ücrete endeksli ve asgari ücretin üçte biri verilecektir. İş kazalarını bildirme sürecinde düzenlemeler yapıldı. Ayrıca bu kanun ile kendi hesabına çalışanlar ve emekli sandığı mensupları iş göremezlik gelirinden ve ödeneğinden faydalanabilecekler.

2.2.3 Sosyal Güvenlik Sisteminde Yaşanan Sorunlar

Sosyal güvenlik sisteminde yaşanan sorunlar ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre değişiklik gösterir.

2.2.3.1. Gelişmiş Ülkeler

1970'li yılların ortalarında başlayan ekonomik krizin ardından, sosyal güvenlik harcamalarının GSYİH'nın üçte birine ulaşarak, kamu harcamalarının yarısına yakını oluşturması ve özellikle gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusun hızla artması, kriz ve yeniden yapılanma ile ilgili olarak çalışanların dikkatini sosyal güvenlik sistemleri üzerinde yoğunlaştırmıştır.

Sistemde krize yol açan gelişmeleri, sekiz madde şeklinde şöyle özetleyebiliriz:

1. Nakdi olarak verilen aylık ve gelirler ortalama ücretlerden daha hızlı artmıştır.
2. Sağlık ve yaşam standardındaki iyileşmelere bağlı olarak ortalama hayat beklentisi artarken doğum oranlarının düşmesi, bu ülkelerin nüfus yapısını değiştirmiştir. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payı hızla yükselmiş, bu durum sosyal güvenlik sistemlerinin maliyetini yükseltmiştir.
3. Yüksek oranlı enflasyon dönemlerinde fon esasına göre işleyen sistemler pozitif reel getiri sağlayacak şekilde işletilememiş ve fonlar erimiştir.
4. 1980'li yıllardan itibaren işsizliğin artması, işsizlik sigortası için yapılan ödemelerde yüksek artışlara neden olmuştur.
5. Çok hızlı ve pahalı teknolojik yenileşmenin yaşandığı sağlık alanında, sigorta ödemeleri hızla artmıştır. Ayrıca, koruyucu sağlık hizmetleri yerine tedavi edici sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi ve en çok sağlık hizmeti talep eden yaşlı nüfusun artışı da maliyetleri yükseltmiştir.
6. Sosyal güvenlik sistemleri olgunlaşmış, bir başka deyişle, yükümlülüklerini yerine getirerek aylık almaya hak kazananların sayısı zaman içinde artmıştır. Dolayısıyla, başlangıçtaki aktif/pasif sigortalı dengesi, pasif sigortalılar lehine bozulmuştur.
7. Aile yapısındaki değişimler (boşanmaların artışı, tek ebeveynli ailelerin yaygınlaşması, evlilik dışı çocukların sayısındaki artış vb.), sosyal güvenlik sisteminin aileye yönelik harcamalarını artırmıştır.
8. Son olarak, 1960'lardan itibaren göçlerle birlikte kayıt dışı sektörde ortaya çıkan genişleme sosyal güvenlik sistemleri üzerindeki yükü artırmıştır(Sosyal güvenlik sistemi, 2000).

Sonuç olarak gelişmiş ülkelerde sosyal güvenlik sistemine bakıldığı zaman toplumun yaşam standartları iyileşmeye başlamış, nüfus yapısı düzelenek genç nüfus oranında azalma ve yaşlı nüfus oranında artma görülerek sağlık sisteminin maliyeti yükselmiştir.

Tedavi edici sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin önüne geçmiş, sigortalı sayısı artmış, işsizlik sigortasına yapılan ödemeler artarak önem gösterilmiştir.

2.2.3.2. Gelişmekte Olan Ülkeler

Gelişmiş ülkelerle ortak yanları olmakla birlikte, gelişmekte olan ülkelerde sosyal güvenlik alanında yaşanan krizin birçok farklı nedeni vardır. Genel olarak, sözü edilen ülkeler sosyal güvenlik sisteminin nihai hedefini oluşturan "herkesi her tehlikeye karşı kapsama alma ve insan onuruna yakışır bir asgari korumayı garanti etme" hedefinden oldukça uzak bir noktada bulunmaktadır. Daha da kötüsü, bu alanda gelişme sağlama imkanları sınırlayan birçok faktör mevcuttur. Bunlar, kayıt dışı sektörün genişliği nedeniyle kapsama ilgili tabanın genişletilmesi olanağının sınırlılığı, etkin bir yönetim yapısı ve işleyişinin olmaması, sosyal güvenlik sistemlerinin bir finansman stratejisine sahip olmaması, yetişmiş personel eksikliği, gelir dağılımındaki aşırı derecede bozulma, sosyal ve siyasi istikrarsızlık olarak özetlenebilir.

Gelişmekte olan ülkelerde sosyal güvenlik sistemlerini krize sokan gelişmeler ise, sekiz madde şeklinde şöyle özetlenebilir:

1. Her şeyden önce, istisnalar dışında, sosyal güvenlikle ilgili harcamalar oldukça sınırlıdır.
2. Bu durum, ekonomik krizin etkilerini gelişmiş ülkelere farklı bir tarzda yaşayan diğer ülkelerde, ekonomik istikrar programlarının faturasının sosyal güvenlik sistemlerine yüklenmesiyle daha da kötüleşmiştir. Birçok ülkede, istikrar programları çerçevesinde kamu harcamalarını azaltan önlemler söz konusu olduğu zaman, hükümetler sosyal güvenlik harcamalarını kısma eğiliminde olmuşlardır.
3. Çok çeşitli, karmaşık ve istikrarsız sosyal güvenlik sistemleri mevcuttur.
4. Koruma kapsamına alınan kişi sayısı ve tehlikeler açısından eksiklikler vardır. Türkiye'de olduğu gibi, bu ülkelerin büyük bir çoğunluğunda da işsizlik ve aile ödenekleri sigorta kolları sosyal güvenlik sistemi tarafından kapsamamaktadır. Sosyal güvenlik sistemi kapsamına alınanların nüfusa oranı da düşüktür.
5. Sağlanan sosyal güvenlik garantisinin kapsamının dar olmasının yanı sıra, söz konusu garantilerin seviyesi de oldukça düşüktür. Özellikle nakdi olarak verilen aylık ve ödeneklerin seviyesi düşüktür. Yüksek enflasyon dönemlerinde bu aylıkların yeniden ayarlanmaması ya da satın alma gücünü koruyacak bir endekslemeye gidilmemesi bu

durumu daha da kötüleştirmiştir. Bu sorun özellikle pasif sigortalıları ve işsizleri etkilemektedir. Nakdi ödemelerin yanı sıra, sağlık hizmetleri de yetersizdir. Bütün nüfusun kapsanmamasının yanı sıra, farklı sosyal sigorta kurumları aracılığıyla sunulan sağlık hizmetleri arasında büyük farklılıklar mevcuttur. Sağlık hizmetlerinin standardı oldukça düşüktür.

6. Sosyal güvenlik sistemleri ciddi bir finansal kriz yaşamaktadır. Sosyal sigorta kurumları faaliyetlerini sürdürmek için yeterli gelir kaynaklarına sahip değildir. Kapsam içinde olanlar yalnızca formal sektörlle sınırlıdır. Prim tahsilat oranları düşük, prime esas ücretlerin seviyesi yetersizdir. Yüksek enflasyon bu kurumların fonlarını eritmiş, fonlar reel getiri sağlayacak alanlarda değerlendirilmemiştir. Fonların yatırılabilceği mali piyasalar yeterince gelişmemiştir. Sosyal güvenlik fonları kamu açıklarının kapatılmasında kullanılmış, yolsuzluklar olmuş, fonlar kötüye kullanılmıştır. Fon biriktirme esasına göre kurulan sosyal güvenlik kurumları dağıtım veya kısmi fon esasına göre işlemeye zorlanmıştır. Bu ülkelerde devlet sosyal güvenlik sisteminin kurulması görevini üstlenmekle birlikte, sistemin finansmanına ya hiç katkı sağlamamış ya da bu katkı yetersiz kalmıştır.

7. İdari örgütlenme ve yönetimle ilgili ciddi sorunlar yaşanmaktadır. İnsan kaynaklarının ve hızlı ve doğru bilgi akışını sağlayacak bilgisayar donanımının yetersizliği hizmetleri geciktirmekte ve maliyetleri arttırmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde yönetim giderleri toplam gelirlerin yüzde 3-4'ü arasında iken, bu oranlar gelişmekte olan ülkelerde yüzde 15-20'ye çıkabilmektedir. Bu durum, sistemin finansman yapısını bozmakta, sağlanan sosyal güvenlik garantisinin seviyesini düşürmekte, finansman için ihtiyaç duyulan prim oranlarını yükseltmektedir.

8. Hükümetlerin izlediği populist politikalar sonucunda, koruma kapsamı sosyal güvenlik kurumlarının olanaklarını zorlayarak genişletilmiştir. Siyasi iktidarlar, mevcut sosyal sigorta kurumlarının kaynaklarını kullanarak sosyal güvenlik sisteminin kapsamını genişletme yolunu tercih etmiş ve sisteme politik müdahalelerde bulunmuştur. Hak kazanma şartlarının kolaylaştırılması gelir-gider dengesini bozmuştur. Sosyal sigortalar kurumları prim almadıkları ödemeleri (ülkemizdeki sosyal yardım zamları gibi) yapmak zorunda kalmışlardır. Aylık bağlama oranları ILO standardının üstüne yükselmiştir. Bağımlıların sayısında artış olmuştur. Bir yandan prim ödeyenlerin sayısında istenilen oranda artış gerçekleşmezken öte yanda aylık alma şartlarının kolaylaştırılması, gelişmiş ülkelerdeki genç nüfus yapısına rağmen, sosyal

sigorta kurumlarının aktif/pasif yapısını bozmuş, bu da bu ülkelerdeki sosyal güvenlik krizinin önemli nedenlerinden biri olmuştur(Sosyal güvenlik sistemi, 2000).

Kısacası gelişmekte olan ülkelerin sosyal güvenlik sistemleri incelendiği zaman sosyal güvenlik ile ilgili yapılan harcamalar veya sosyal güvenliğe ayrılan bütçe gelişmiş ülkelere oranla daha sınırlıdır. Ekonomik krizden gelişimi etkilenmiş ve sosyal güvenlik sisteminin çok çeşitliliği mevcuttur. Sosyal güvenlik sistemine dahil olan nüfus az yada sınırlıdır ve gelir kaynakları yetersizdir.

2.2.3.3. Sosyal Güvenlik ve Sağlık

Sosyal güvenlik sistemi bir ülkenin sağlığı açısından son derece önemlidir. Sosyal güvenlik sistemi için ayrılan bütçe; ekonomik durum, kişilere ulaşabilecek sağlık hizmetleri, prim ödeme kolaylığı, tüm topluma eşit ve herkese sağlık güvencesi göz önüne alınarak ayarlanmalıdır.

Toplumda gelir dağılımı bozukluğuna bağlı ortaya çıkan yoksulluk ve sefalet doğrudan müdahalede, sosyal güvenlik sistemleri önemli ve hayati bir işleve sahiptir. Özellikle ekonomik sorunların yoğunlaştığı; işsizliğin arttığı, ücretlerin son derecede düşük belirlendiği dönemlerde hızla yaygınlaşan ve artan yoksulluğun yol açtığı olumsuz gelişmelerin önlenmesi için sosyal güvenlik sistemlerinin daha da güçlendirilmesi gerekmektedir. Sosyal devletin temelini oluşturan sosyal güvenlik hizmetleri sayesinde kişilerin gelir düzeyi ne olursa olsun toplumda eğitim seviyesinin yükselmesi, sağlık hizmetinden yararlanabilmeleri ve yaşlılık dönemlerinde varlıklarını sürdürebilecekleri düzenli gelirleri olması, ihtiyaç durumunda sosyal yardım imkanlarından yararlanabilmeleri sağlanmıştır. Bu sosyal politikalar, toplumun sağlık seviyesini yükselmesinde; bebek ölüm oranları, anne ölüm oranlarının düşmesinde, bağışıklıma oranları yükselmesinde, sağlık verileri olumlu gelişme göstermesinde önemli rol oynamıştır(Türk Tabipler Birliği, 2009).

Türkiye’de de sosyal devlet anlayışı ile son yıllarda büyük gelişmeler meydana gelmiş; gerek sağlık, gerekse sosyal güvenlik sisteminde bireyi koruyucu-bireyin menfaatini ön plana çıkaracak bir anlayış güdülmüştür. Bu amaçla sağlık sektöründe hızlı bir reform yapılarak sağlık hizmetine erişim kolaylaştırılmış ve sosyal güvenlik kurumu tek çatı

altında toplanarak insanların sigorta kapsamında sınıflara ayrılması önlenmiş ve sigorta kapsamı genişletilmiştir.

Sosyal devlet uygulamaları ile toplumsal hizmetlerde, özelliklede sağlık alanında yaratılan olumlu gelişmelere rağmen, bugün sağlık sistemlerinde yaşanan sorunların ele alındığında önemli bir mantık kayması yaşanmaktadır. Günümüzde uluslararası finans kuruluşları ve tıbbi teknoloji sektörü, yalnız başına sağlık sistemlerinin organizasyonu, finansmanı ve toplum gereksinimlerine verdikleri yanıtlar ile ülke içinde veya ülkeler arasında, hatta zengin ve yoksulun sağlık düzeylerinde eşitlik sağlanabileceğine dair bir iddiayı yaygınlaştırmaktadırlar. Medikal hizmetlerin bir ülkede mortalite ve morbitide'nin azaltılmasında temel öneme sahip olduğunu söylemektedirler. Ancak bu iddiaları bu güne kadar bilimsel olarak ispatlanamamıştır. Sağlık sistemlerinin sağlığı etkilediği açıktır. Ancak tek başına tıbbın bir ülkedeki mortalite ve sağlık verilerini iyileştireceği düşünmek, tıbbi hizmet etkinliğini aşırı abartmak da yanlıştır. Hatta bu yaklaşıma göre, sağlığa daha fazla para yatırılarak daha fazla yaşam bile kurtarabilir. Bu basit bir mantık yürütmesi olup, son derece büyük yanlışlıklar içermektedir(Türk Tabipler Birliği, 2009).

2.3. Sosyal Güvenlik Sistemi

Sosyal güvenlik sistemi bireyin sosyal ve sağlık güvencesini sağlayan daha kaliteli bir yaşam sürmesi için yine bireylerin katılımlarıyla oluşturulmuş bir zincirdir. Bu sistemde birey hem güvenliği sağlanan hem de güvenliği sağlayanıdır. Bu sistem devletçi bir anlayışla toplum merkezli olarak planlanmıştır.

Sosyal güvenlik sisteminin kurumsal yapısını değiştiren “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu” ile SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı tek çatı altında 25.11.2006 tarihinde sosyal güvenlik kurumu olarak birleştirildi(Genel sağlık sigortası, 2009).

Kurumların Birleşmesi;

-SSK

-Bağ-Kur

-T.C.Emekli Sandığı

Sağlık ve Sosyal Güvenlik haklarındaki farklılıkların giderilmesi, tüm vatandaşlara eşit sağlık ve sosyal güvenlik hakkı tanınması amaçlanmıştır(Bilen, 1998).

Bu yeni düzenlemede sigortalılar çalıştıkları mesleklere göre ayırımından uzaklaştırılmış, tüm sigortalılara eşit sağlık hizmeti anlayışı ön plana çıkarılmıştır. Bireylerin sağlık hizmetlerine eşit ve kolay erişimi sağlanmıştır. Aynı zamanda sigorta kavramı anlamsal olarak genişletilmiş ve sigortalıya daha geniş bir hizmet sunulmaya başlanmıştır.

2.3.1. Bağ-Kur

Bu sigorta sisteminde güvence kaynağı bireylerden alınan primler olup bireyler özel sağlık sigortalarına benzer bir şekilde kendi kendilerini sigortalamış oluyorlar. Özel sağlık sigortasından farkı ödenen primlerin daha düşük miktarlarda olması ve devlet tarafından desteklenip yürütülmesidir. Özellikle esnaf kesiminin emeklilik sistemi de olduğundan yararlandığı bir sistemdir. Burada bireyler belirli aralıklarla devlete primler öder ve karşılığında sağlık ve ileriki hayatı için emeklilik hizmeti alırlardı.

Esnaf, sanatkarlar ve bağımsız bir şekilde çalışanları kapsamı içerisine alan bir sosyal güvenlik sistemidir.1972 yılında 1479 sayılı kanun ile hizmete girmiştir. Bağ-Kur bir iş verene bağlı olmayan, kendi adına ve kendi hesabına çalışanlar için olup, esnaf ve sanatkarlar siciline kayıtlı olanlar, meslek kuruluşlarına kayıtlı olanlar, tüccar, sanayici, esnaf, mahalle ve köy muhtarları, ticari ve serbest meslek kazancı ile gelir vergisi mükellefi olanlar, şirket kurucusu ve yönetim kurulu üyesi olanlar için geçerlidir. Zorunlu sigortalıların dışında sigortası sona erenler, belirli bir iş olmayan, ev hanımları, Türkiye’de yaşayan yabancı uyruklu vatandaşlar, isteğe bağlı Bağ-Kur sigortalı olabilirler. Prim ve maaş hesaplanmasında kullanılan her basamağın bir göstergesi mevcuttur ve 1 den 24 e kadar basamak vardır. Bu sigortalının her ay ödemesi gereken primi vardır. Ayrıca kişilerin muhtarlık görevlerinin sona ermesi, şirket sahiplerinin şirketlerinin kapatılması durumunda, kişilerin sigortaların sona erdirmek istediklerinde yazılı talepleri sonucunda, başka bir işte sigortalı çalışmaya başlayan kişilerin, gelir vergisi mükellefiyetlerinin sona ermesi durumunda, kişilerin esnaf ve sanatkarlar sicilinden kayıtlarının silinmesi durumunda Bağ-Kur sigortalılığı sona erer(Bağ-Kur, 2009).

Bu sigortanın seçiminde amaç sağlık hizmeti almak kadar emeklilik maaşından da yararlanmaktır. Yani insanlar verdikleri belli miktar paralarla kendileri ve yakınları için hem sağlık hizmeti almış hem de gelecek için gelir kaynağı oluşturmuş oluyorlar. Burada yatırımcı da faydalanan da birey olmasına rağmen işler devlet yönetiminde ve garantisinde gerçekleşmektedir.

Sigortası biten kişilerin Bağ-Kur a haber vermeleri gerekir çünkü sigortası devam ettiği için borcun faizi ile birlikte icra işlemleri başlatılır. Aynı zamanda, Bağ-Kur daha çok devlet ve özel sektörde çalışma fırsatı olmayan kişilerin ilerleyen dönemlerde emekli olabilmelerini amaçlayan bir sistemdir. Bu sistem kapsamında Emekli Sandığı ve SSK üzerinden prim ödemesi yapılmayan kişilere Bağ-Kur üzerinden sağlık ve emeklilik hizmeti verilmeye çalışılmakta ve bu kapsamda 15 veya 25 yıllık ödemeler alınmaktadır.

Alınan ödemeler sonunda belirlenen yaşı geçmeniz durumunda Bağ-Kur emeklisi olmanız ve bu sayede ilerleyen dönemlerde geçmiş yıllarda yaptığınız ödemelerin karşılıklarını almaktasınız. Ülkemizde özellikle sağlık alanında büyük bir yarar sağlayan bu sistemde ödeme yaptığınız ve emekli olduğunuz dönemlerde sağlık hizmetlerinden %20 gibi bir ücret ödeyerek yararlanmaktasınız. Bu sayede yüksek ücretli ilaçları çok daha düşük ücrete temin edebilmekte, muayene vb. işlemler için ödeme yapmamaktasınız.

Aynı anda SSK ve Bağ-Kur veya Emekli Sandığı ve Bağ-Kur ödemesi yapmanız ve emekli olmanız mümkün değildir. Ancak eşiniz veya çocuklarınız için ödeme yaparak onların emekli olmalarını sağlayabilme hakkınız bulunmaktadır. Basamak usulüne göre çalışan sistemde ödeme yapılan zaman, görülen en yüksek basamak, yaş, giriş ve emekli oluş tarihlerine göre emeklilik döneminde geri ödeme yapılmaktadır(Bağ-Kur, 2009).

Bu sistem günümüzde benzer şekilde prim ödemeleri ile devam etmekte ancak sosyal güvenlik kurumu bünyesinde toplanarak sigortalının eskisi gibi belirli sağlık kurumlarına başvurmak yerine sağlık hizmetine erişimi kolaylaştırılarak, bütün sağlık hizmeti kurumlarına diğer sigortalılarla eşit haklarla başvurabilir hale getirilmiştir.

2.3.2. Emekli Sandığı

01.01.1950 tarihin de 5434 sayılı kanun ile Emekli sandığı Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Maliye Bakanlığı'na bağlıdır ve merkezi Ankara'dadır. Emekli Sandığının geliri memurların aylığından kesilen ödeneklerden ve sandığın işletmelerinden kazanılan para ile oluşur.

Devlet memurlarının tabi olduğu sigorta kuruluşudur. Öncelikle sadece memurlar ve askeri personeller Emekli Sandığı kapsamında bulunmaktaydı. Daha sonra Milletvekilleri, Belediye Başkanları, Askeri okul öğrencileri ve sözleşmeli çalışanlar kapsama ilave edilmiştir. Kişilerin yaşamlarını idame ettirmeleri için dinlenme ve bakımevleri inşa eder ve işletir. Kişilere sağlık yardımı yapar, gazi, şehit, dul ve yetim paylarını öder ve vergi iadesi işlerini yürütür, ölüm yardımı yapar, evlenme ikramiyelerini öder, var olan kanun gereği emekli, malul, dul ve yetim aylıklarının bağlanması ve gerektiğinde bu aylıkların kesilmesi işlemlerini gerçekleştirir, kanun gereğince 65 yaşını doldurmuş olan bakıma muhtaç ve güçsüz kişilere ayrıca 65 yaşını doldurmamış kişilere malul ve sakat olan Türk vatandaşına aylık verir.

Emekli Sandığı kamu kuruluşlarında çalışan memurların emeklilik işlemlerini düzenleyen, Maliye Bakanlığı kapsamında kurulan bir sistemdir. Bu sistem sayesinde devlet içinde görev alan tüm çalışanlar sigorta kapsamı altına alınmakta, devlet dairesinden emekli olduktan sonrada kişiye emekli maaşı ödemektedir. Emekli Sandığı sayesinde memurlar hastanelerde ücretsiz işlem yapabilmekte, ilaç alımlarında çok düşük ücretler ödemektedirler. Emekli Sandığı üzerinden alınan bu hizmetler memuriyet döneminde ve emeklilik döneminde geçerlidir. Emekli Sandığı üzerinden hizmet alan bir memurun emekli olmadan memurluktan istifa etmesi durumunda ilerleyen dönemlerde emekli olabilmesi için ya SSK yada Bağ-Kur üzerinden emeklilik için ödemelere devam ettirmesi, Emekli Sandığından kalan ödemeler ise yeni geçilen sisteme aktarılabilmektedir. Emekli Sandığı üzerinden emekli olan memurlar ilerleyen yıllarda eşlerine, 18 yaşından küçük çocuklarına sağlık hizmeti alabilmekte, emekli maaşı ile de hayatını ikame ettirebilmektedir. Kısacası ülkemizde kullanılan emeklilik sistemlerinden biri olan ve binlerce devlet memurunu ilgilendiren bir sistem olan Emekli Sandığı sayesinde binlerce insan hem ücretsiz sağlık hizmeti alabilmekte, hem devletin sunduğu çeşitli hizmetlerden yararlanabilmekte hem de emekli olduğunda maaş alma gibi işlevleri bulunmaktadır(Bağ-Kur, 2009).

Bu sistemde devlet SSK da işverenin kendi işçisini sigortalaması gibi kendi memurunun ve onun birinci derece akrabalarının sağlık güvencesini sağlamış oluyor. Burada seçim yapmaksızın her memurun maaşından aylık belirli kesintiler yapılarak sağlık güvencesi ve memurun devlet organlarından emekli olması durumunda emeklilik maaşı ödemesi olarak geri ödeme yapar. Kısacası bu sistemde devlet hem işveren, hem sigorta sahibi, hem de güvenceyi sağlayandır. Yani tamamen devlet tarafından yürütülen bir sigorta çeşididir.

2.3.3. SSK(Sosyal Sigortalar Kurumu)

İlk olarak 1946 yılında 4772 sayılı kanun ile kurulan analık, iş kazası, meslek hastalıkları sigortası ile başlamış, daha sonra 1050 yılında ihtiyarlık sigortası ve 1951 yılında hastalık sigortası şeklinde devam etmiştir. Genişletilen ve değiştirilen kanunlardan sonra 1957 yılında kaldırılarak bunun yerine uzun dönemli sosyal güvenlik yardımlarını kapsayan malul, ihtiyarlık ve ölüm sigortaları kurulmuştur.

Sigortalı olmak ve sigortalı çalışmak kanuni bir yükümlülüktür. İşveren işçileri işe aldıkları tarihten itibaren sigortalarını başlatması gerekir yani Sosyal Sigortalar Kanununda çalışanlar işe başlamalarıyla sigortalı olurlar, SSK da deneme süresi yoktur. Sigortasız çalıştırılmayı önlemek için Sigorta İl Müdürlüğüne yazılı bir dilekçe ile işe ne zaman, hangi tarihte başlanıldığı belirtilmelidir.

Kurumun temel amacı; sosyal sigortacılık ilkelerine dayalı, etkin, adil, kolay erişilebilir, aktüeryal ve malî açıdan sürdürülebilir, çağdaş standartlarda sosyal güvenlik sistemini yürütmektir(Güvercin, 2004).

Kurumun görevleri şunlardır:

- 1- Ulusal kalkınma strateji ve politikaları ile yıllık uygulama programlarını dikkate alarak sosyal güvenlik politikalarını uygulamak, bu politikaların geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapmak.
- 2- Hizmet sunduğu gerçek ve tüzel kişileri hak ve yükümlülükleri konusunda bilgilendirmek, haklarının kullanılmasını ve yükümlülüklerinin yerine getirilmesini kolaylaştırmak.

- 3- Sosyal güvenliğe ilişkin konularda; uluslararası gelişmeleri izlemek, Avrupa Birliği ve uluslararası kuruluşlar ile işbirliği yapmak, yabancı ülkelerle yapılacak sosyal güvenlik sözleşmelerine ilişkin gerekli çalışmaları yürütmek, usûlüne göre yürürlüğe konulmuş uluslararası antlaşmaları uygulamak.
- 4- Sosyal güvenlik alanında, kamu idareleri arasında koordinasyon ve işbirliğini sağlamak.
- 5- Bu Kanun ve diğer kanunlar ile Kuruma verilen görevleri yapmak(Sosyal Sigortalar Kurumu, 1998).

Bu sistemde devlet işvereni çalışanın güvencesini sağlamak ve ödemelerini yapmakla yükümlü bırakılmış, böylece bir şekilde çalışan dolaylı da olsa devlet tarafından güvenceye alınmıştır. İşveren bütün çalışanlarının sağlık ve sosyal haklarını korumak zorunda bırakılıyor. Bu sistemde de belirli sayıda gün dolduğunda çalışan emekli olarak maaş almaktadır.

2.4. Sosyal Güvenlik Sisteminin Dışında Kalanlar

Genel sağlık sigortası yani sosyal güvenlik sistemine dahil edilmeyen, bu sistemin dışında kalanlar; yeşil kart, özel sağlık sigortası, 18 yaş altı sağlık sigortası ve her hangi bir sağlık güvencesi olmayan kişiler olarak belirlenmiştir.

TUİK verilerine göre 2002 yılında sağlık güvencesine sahip olmayan nüfus oranı %16.2 dir. Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması'na göre, 2000 yılında toplam sağlık harcamasının; %34.9'u sosyal güvenlik kurumlarınca, %28'i sosyal güvenlik kurumları dışında kalan kamu kurumlarınca, %27,6'sı bireylerin cepten yapmış olduğu ödemelerden ve %4.4'ü ise özel sağlık sigortalarınca karşılanmıştır.

2.4.1. Yeşil Kart

3816 sayılı kanun gereğince sağlık, tedavi, bakım giderlerini ödeme gücü olmayan vatandaşların bu giderlerinin devlet tarafından karşılanmasıdır. Ve bu kanun "Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması hakkında Kanun" şeklindedir. Sosyal Devlet anlayışı maddi gücü yetersiz olan vatandaşların sağlık sorunlarını giderme, teşhis ve tedavi imkanlarını sunma ve karşılamadır.

Yeşil Kart Sertifikası Türk Hükümeti'nin de imzaladığı 1959 tarihli Strasbourg Anlaşması çerçevesinde yeşil kart sistemi dahilindeki ülkelere Mali Mesuliyet Poliçesinin uluslararası uzantısı şeklinde kaza mahalli ülke mevzuatı ve limitleri dahilinde teminat veren yeşil renkli ve uluslar arası tek bir formatla düzenlenen bir belgedir(Türkiye motorlu taşıt bürosu, 2009).

Maddi gücü yetersiz veya ödeme gücü olmayan kişilerin İl Merkezlerinde bulunan İlçe kaymakamlıklarına başvurmaları gerekmekte ve başvuru, bilgi formu doldurulmalıdır.Bu doldurulan form dan sonra bu bilgilerin doğruluğu için Muhtarlık, Nüfus Müdürlüğü, Vergi Dairesi Müdürlüğü, Tapu Sicil Müdürlüğü, İlçe tarım Müdürlüğü, Trafik Tescil, Emniyet Müdürlüğü, Jandarma Teşkilatı, Belediye Başkanlığı gibi yetkili kuruluşların onaylamaları gerekmektedir ve ortalama 15 gün içerisinde kişilerin Yeşil Kart kullanımına uygunluğu belirlenir

Amacı; Yeşil Kart Sistemi olarak bilinen uluslararası motorlu taşıt sigorta sertifikası sistemi, 01.01.1953'te yürürlüğe girmiştir. Bu sistemin amacı, ülkeler arasında seyahat eden motorlu taşıt kullanıcılarına yardımcı olmak ve ayrıca ilgili motorlu taşıt kullanıcılarının seyahat ettikleri ülkelerde neden oldukları kazaların sonucunda zarar görenlerin korunmasını sağlamaktır(Türkiye motorlu taşıt bürosu, 2009).

Buna göre:

1-Trafik kazasının meydana geldiği ülke, kazaya neden olan motorlu taşıt kullanıcısının sürekli yaşadığı ülke olmasa dahi, verilen zarar karşılanacaktır.

2-Bir motorlu taşıt işleteni, ziyaret ettiği her ülkenin sınırında ayrı bir sigorta poliçesi yaptırmaya gereksinimi duymayacaktır(Türkiye motorlu taşıt bürosu, 2009).

Elli yılı aşkın süredir uluslararası düzeyde varlığını sürdüren Yeşil Kart Sisteminin başarısı tartışmasız olup, anılan sistem temel amaçlarına fazlasıyla ulaşmıştır. Şu an sisteme 45 ülke dahildir. Yeşil Kart Sigorta Sertifikasının sigorta ettirene verilmesi, ilke olarak bir zorunlu motorlu taşıt sorumluluk sigortasının düzenlenmiş olması şartına bağlıdır. Yeşil Kart Sistemi'nin işleyişini sağlamak, yani Yeşil Kart Sistemi dahilinde herhangi bir ülkeye kayıtlı motorlu bir taşıtın ülkesi dışında neden olacağı trafik kazası sonucu ortaya çıkan maddi ve/veya bedeni zararları karşılayabilmek amacıyla, sisteme dahil ülke hükümetleri tarafından tanınan Yeşil Kart büroları kurulmuştur. Kendi ülkesinin Yeşil Kart bürosuna üye olmak kaydıyla, ulusal sigorta şirketleri kendi

ülkelerinin dışına seyahat edecek araçlara Yeşil Kart Sertifikası düzenler. Sigorta ettirene verilen orijinal kart, yeşil olmalıdır. İki kopya şeklinde düzenlenir ve üzerinde kazıntı veya silinti bulunamaz. Yeşil Kart Sistemi kapsamında kullanılan tüm Yeşil Kart sertifikaları, sisteme üye ülkelerin oluşturduğu Bürolar Konsey'i (Council of Bureaux – COBx) tarafından belirlenen belirli bir şekilde olmak zorundadır(Türkiye motorlu taşıt bürosu, 2009).

Geçerli olduğu ülkeler; Şu an sisteme dahil 45 ülke vardır. Prensip olarak yeşil kart sisteminin temelinde zorunlu motorlu taşıt üçüncü şahıs sigortasının varlığı ile sisteme dahil olan her ülkenin hükümeti tarafından tanınmış olan ve başka bir ülkede kayıtlı olan motorlu taşıtların sebebiyet verdikleri bedeni yaralanma ya da maddi zararı uluslar arası sigorta sertifikaları temelinde karşılayan ve isimleri motorlu taşıt büroları olan kurumlar var. Uluslar arası sigorta büroları kendi ülkesi dışında seyahat eden araçlara yeşil kart sigortası tanzim eder. Orjinal kart yeşil olmalıdır,2 kopya halinde ve bunların üzerinde silinmeler olmamalıdır ve hiçbir bilgi herhangi bir biçimde değiştirilmiş olmamalıdır. Tüm yeşil kartlar aynı formattadır ve bu format ilgili BM komitesince onaylanan tek tip yeşil kart formatına uygun olarak BM tarafından onaylanmıştır. Avrupa Ekonomik Bölgesi : üye 29 ülke ve İsviçre bölgesel bir birlik oluştururlar. Bu sebeble, yeşil kartın basılmış şeklinde bir kutu içerisinde gösterilirler. Bunun anlamı şudur,eğer yeşil kartı tanzim eden bir üçüncü ülke sigortacısı AEB'nin üye devletlerden bir tanesinin uluslar arası ibaresini silerse bu sanki tümünü silmiş anlamına gelir ve ilgili araç AEB'nin üyesi olan 29 ülke ve İsviçre 'ye girişte bir sınır sigortası yaptırmak zorundadır ve bu sigorta tüm AEB ülkelerinde ve İsviçre'de geçerli olacaktır(Türkiye motorlu taşıt bürosu, 2009).

Yeşil Karta sahip kişilerin tüm sağlık giderleri Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanmaktadır, kişiler alınan tedavi, bakım ve sağlık hizmeti karşılığında ödeme yapmaz ayrıca reçete bedelleri de bakanlık tarafından karşılanmaktadır. Yeşil Kart şahsa düzenlenir ve başkası tarafından kullanılamaz, yasal değildir. Yeşil Karta sahip kişiler ikametgah yerlerinde veya ikametgah dışı yerlerde herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaşılırlar ise birinci, ikinci, üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına ve belediyelere ait sağlık kuruluşlarına sevkli veya sevk dışı gidip tedavi olabilirler. Sevk dışı, acil haller durumunda Üniversite hastanelerine ve diğer kamu kuruluşlarına başvurabilirler.

2.4.2. Özel Sağlık Sigortası

Özel sağlık sigortası meslek hastalıkları, herhangi bir kazaya maruz kalma, hastalık, yaralanma durumlarında ve sigorta için gerekli olan primleri ödediği takdirde hastanede yatarak yada ayaktan tedavi alma hakkına sahip olan kişilere gerekli olan tanı, tedavi ve bakım hizmetini yani sağlık hizmetinin verilmesidir. Ayrıca gerektiği durumlarda gereken tazminatın ödenmesi durumudur.

Sigortalı; sağlık sigortası başvurusunda bulunan, sigorta ettiren tarafından kişilerin isimleri belirtilen veya sigortalı tarafından ilave ettirilen, poliçe kapsamına alınan kişilerdir. Sigortacı; poliçe düzenleyen ve işletme ruhsatı alan şirkettir. Özel sağlık sigortası kişilerin hastane yani sağlık kumunu ve doktor seçme özgürlüğünü sağlar. Bu sigortalıların yaralanma, hastalık ve kaza sonucunda almış oldukları teşhis, tedavi, bakım masrafları yurtiçi ve yurtdışında sigorta tarafından karşılanır. Özel sağlık sigortasına sahip kişiler istedikleri kamu, sağlık kuruluşlarına başvuru yapabilirler. Özel sağlık sigortası, sizin ve dilerseniz tüm ailenizin bir yıl boyunca karşılaşılabileceği hastalık durumunda acil yardım, doktor, ilaç ve buna bağlı tedavi giderlerinizi bütçenizi zorlamadan karşılayabilmenizi sağlar. Özel sağlık sigortası sizi sağlık sorunlarınızla ilgili masraf yükünden kurtaran değerli bir güvencedir. Herhangi bir hastalık halinde sigorta şirketi poliçe kapsamına ve türüne göre sağlık giderlerinizin tamamını veya büyük bir kısmını karşılar. Bugün için bir çok özel sigorta şirketi bireysel veya kurumsal (grup / toplu) sağlık sigortası paketleri ile hizmet vermektedir(Sigorta, 2008).

Özel sağlık sigortasına sahip kişilere gereken durumlarda tazminat ödenir. Bu tazminat kişilere yatarak veya ayaktan tedavi tazminatı şeklinde ödenmektedir. Yatarak tedavi tazminatını; kişi hastanede yattığı sürede tedavisi için gereken masraflar, ameliyat tutarı, kemoterapi, radyoterapi gibi durumları içermektedir. Diğer bir tazminat ise ayaktan tedavi tazminatıdır, bu tazminat tanı ve tedavi için gereken ilaç, tahlil, gerekli film gibi durumları içerir.

Öncelikle bunları dikkate alarak sağlık sigortası kapsamını çok iyi belirlemelisiniz. Kaliteli ve güvenilir bir sağlık sigortasına uygun primle sahip olmak için çeşitli sigorta şirketlerinin sağlık sigortalarını fiyat ucuzluk cazibesi ve içerik yönünden karşılaştırmak ve sağlık sigortası poliçesi teminatları konusunda yeterli bir bilgiye sahip olmak

gerekir. Bunun için sağlık sigortası fiyatlarını öğrenmek tek başına yeterli değildir. Sağlık sigortalarında teminatlar kadar anlaşmalı hastanelerin rolü de çok önemlidir. Sağlık sigortasına sahip bir kişinin anlaşmalı bir hastaneye gitmesi halinde yatarak tedavi masraflarının % 100'ü karşılanır. Yine aynı kişi anlaşmasız bir hastaneye giderse bu masrafları kendi karşılar ve daha sonra sigorta şirketinden tahsil eder. Ayakta tedavilerde ise, anlaşmalı hastanelerde polise kapsamına göre harcamanın belirli bir yüzdesi olan katılım payı sigortalı tarafından ödenir, geriye kalan miktarı sigorta şirketi öder. Satılan poliçeye göre değişmekle birlikte sigortalı tarafından ödenen miktar genellikle toplam harcamanın % 20'sidir. Tüm ödemeler poliçede belirtilen teminat limitleri ile sınırlıdır. Diğer bir ifade ile ani bir durum karşısında yanınızda para olmadığı hallerde anlaşmalı kurumlar size büyük kolaylık ve rahatlık sağlar. Masrafları çok yüksek olan yatarak tedavilerde sadece Yatarak Tedavi Teminatı olarak daha düşük ve ucuz bir primle sağlık güvencesi satın alabilirsiniz(Sigorta, 2008).

Kısaca özel sağlık sigortası kişilerin primlerini ödediği süre içerisinde yatarak veya ayaktan tanı, tedavi ve bakım masraflarını karşılamaktadır. Ayrıca bu sigorta kişilere gerekli durumlarda hak edilen tazminatı ödemektedir.

2.4.3. 18 yaş altı Sağlık Sigortası

18 yaş altı sağlık sigortası bu sigorta her çocuğun sağlık güvencesi devlet garantisine alınmış olup bağlı bulunduğu bir sigorta kurumu var ise sigorta kurumu aracılığı ile bağlı bulunduğu bir sigorta kurumu yok ise 18 yaş altı sağlık sigortası adı altında direk devlet tarafından karşılanmış olmasıdır.

Genel sağlık sigortası programın da 18 yaş altında kayıtlı olan çocuklar aynı zamanda genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu çocuğu ise genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kimselerdendir.(örneğin 4 üncü madde göre sigortalı olanlar, 5 inci madde ve 60 inci madde de genel sağlık sigortalısı veya emeklisinin bakmakla yükümlü olduğu kimseler gibi) Aynı zamanda aktivasyonları hem sigortalı ana-babasından hem de 18 yaş altından yapıldığı için mükerrerlik oluşturmaktadır. Sigortalı ana-babasından aktivasyon yaptırıp provizyon alabilecek durumda olanların kayıtları 18 yaş altından kapatılmış olup yalnızca sigortalı ana – babasından dolayı olan aktivasyonlar açık bırakılmıştır. Ancak daha önce sigortalılığı sona erdiği halde halen sigortalıdan dolayı bakmakla yükümlü olduğu 18 yaş altı

çocuklarının açık karneleri varsa, Ünitelerimizce gerekli kontroller yapıldıktan sonra sigortalıdan almış olduğu karne kapatılacaktır. Tekrar 18 yaş altından hareket kaydı oluşturulacaktır. 18 yaş altı çocukların sağlık hizmeti sunucularına baş vurmaları halinde eğer genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kimse ise provizyonu sigortalı üzerinden alınması gerekmektedir. Bakmakla yükümlü olan sigortalı üzerinden provizyon kontrolü yapılmadan sigortalı hak sahibi 18 yaş altı çocukların geri gönderilmemesi gerekmektedir. (örneğin 4 üncü madde sigortalısı, 5 inci madde sigortalısı ve 60 ıncı madde de belirtilen genel sağlık sigortalısı veya emeklisinin bakmakla yükümlü olduğu kimseler .) Ancak sağlık hizmet sunucularınca, hiç sosyal güvenliği olmayan 18 yaş altı çocukların provizyonu 18 yaş altı çocuklar programından alınması gerekmektedir. Önemle duyurulur(Sosyal güvenlik kurumu, 2009).

2007 yılından itibaren uygulamaya geçmiş olan herkese aynı sağlık hizmeti sağlanarak 18 yaşın altında ki tüm çocukları kapsamaktadır. Ailesinin sağlık güvencesi olsun veya olmasın çocuklar bu kapsama girmektedirler. Ayrıca Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumunun bakım, korunma ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler ve çocukları ile GSS' li olan çocuklar sadece 18 yaş altı oldukları gerekçesi ile kendilerine tanınan 18 yaş altı sağlık sigortasından yararlanamazlar.

2.4.4. Herhangi bir sağlık güvencesi olmayanlar

Herhangi bir sağlık güvencesi olmayanlar; genel sağlık sigortası, yeşil kart, özel sağlık sigortası, 18 yaş altı sağlık sigortası kapsamında olmayan kişileri içermektedir. Ayrıca ödeme gücü ve sağlık güvencesi olmayan kişileri kapsamaktadır.

Artık hastanelerde hasta rehin alınmayacak, hasta ya da hasta yakınına senet veya taahhütname imzalatılmayacak. Ödeme gücü bulunmayan ya da sosyal güvencesi olmayan vatandaş, adresini bırakarak ödeme yapmadan hastaneden ayrılacaktır. Sağlık Bakanı Recep Akdağ, valiliklere gönderdiği genelgede, hastanelerde hizmet bedelini karşılayamadıkları gerekçesiyle hastane idareleri tarafından hastaların taburcu edilmemesi, bebek ve annelerin rehin bırakılması ve cenazelerin alıkonulması gibi olumsuz durumların yaşandığını belirtirken, hastaların rehin tutulmasına karşı olduklarını hatırlattı. ``Bakanlığımızca, sağlık kurumlarında hiçbir hastanın tedavi faturalarının ödenmemesi gerekçe gösterilerek taburcu edilmemesine veya taburcu süresinin uzatılmasına müsamaha gösterilmeyecek`` diyen Akdağ, aksi yönde hareket

eden hastane yöneticileri hakkında cezai işlemde bulunulacağını bildirdi. Sosyal güvencesi olmayan hasta ve hasta yakınlarından tedavi giderleri için herhangi bir senet ya da taahhütname alınmaması talimatını veren Akdağ, ``Ödeme yapılmaması halinde, tahsilat işlem ve takiplerinin tedavi ve taburcu işlemlerinden tamamen bağımsız olarak, genel hükümler doğrultusunda ve ödenmeyen fatura üzerinden yapılması gerekmektedir`` dedi. Bakan Akdağ, sosyal güvencesi olmayan hastaların hastanelere ilk başvurusunda adres bilgilerinin tam ve güvenli olarak alınması, taburcu edilmesi sırasında hizmet bedeli olarak düzenlenen fatura hakkında hasta veya hasta sahibinin bilgilendirilmesi, taburcu işlemlerinin geciktirilmeden yapılmasını istedi. Akdağ, hastanelerin acil servisine başvuran hastaların sosyal güvencesi olup olmadığına bakılmaksızın gerekli tıbbi müdahalenin hemen yapılması gerektiğini kaydetti(Memurlar net, 2004).

Kısaca bu kişilerin sağlık güvencesi olmasa dahi hastaneye başvurdukları zaman gerekli tanı, tedavi ve bakım hizmetlerini ücretli alıp, taburcu olabilecekler ya da hastane çıkışında gerekli adres ve kimlik bilgilerini kayıt ettirdikten sonra taburculuk işlemleri gerçekleşmektedir. Ayrıca kişiler hastaneye başvurduğu zaman sosyal güvencelerine bakılmaksızın gerekli sağlık hizmetini alma hakkına sahiptirler.

3.SOSYAL GÜVENCESİ OLMAYAN KENT YOKSULLARI

3.1. Problem

Sosyal güvencesi olmayan kent yoksullarının sağlık sistemi ve sağlık problemlerini tanımlamak, ayrıca toplumsal göç olayları, kaynakların azlığı ve buna bağlı üretimin yetersizliği, dışa bağımlılık, kırsal üretimden kentsel üretime geçilme çalışmaları, hızlı nüfus artışı, nüfus içindeki yaş dağılımının dengesiz olması, üretim dışı yaş grubunun fazlalığı, kaynakların dengesiz dağılımı, üreticinin pazar bulma sıkıntısı, iş gücünün işsizlikten dolayı olan ucuzluğu gibi nedenlerden dolayı toplum içerisinde giderek tüm dünya da olduğu gibi artan yoksulluğu ve beraberindeki sağlık problemlerini incelemek.

3.2. Amaç

Sağlık güvencesi olmayan kent yoksullarının bir profilini çıkarmak, özellikle de bu kesimin sağlık ve sağlık güvencesi ile ilgili genel sorunlarını saptamak Araştırmanın temel varsayımlarından biri, yoksulluğun halk arasında yaygın olduğu ve herkesimden (yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, eğitim durumu v.b.) insanı etkilediği ve temel nedenin yanlış sosyoekonomik politikalar olduğuydu. İkinci varsayım ise yoksulluğun beraberinde özellikle sağlık güvencesi olmayan kesim başta olmak üzere sağlık sorunlarını getirdiği ve bunun çeşitli çevresel etkenlere bağlı olarak kişiler arasında etkisinin farklı hissedildiğiydi.Bu iki varsayım çerçevesinde, ülke genelinde geçerli olan sonuçların yanı sıra, ülke genelinden göç almış bir mahallede sağlık güvencesine bağlı olarak ortaya çıkan, farklı ölçeklerde geçerli sonuçlara ulaşmayı amaçladık.

3.3. Evren – Örneklem

Fikirtepe mahallesinde oturan 29.000 nüfuslu ve sosyal güvencesi olmayan kent yoksulları ile ilgili toplam 350 denek üzerinde rasgele kümeleme- örnekleme tekniği kullanılmıştır. Bu çalışma sırasında deneklere1-)yaş, meslek, cinsiyet, eğitim durumu v.b. kişisel özellikler ile ilgili 2-) Aylık toplam gelir, aylık toplam gider, çalışan kişi ve çocuk sayıları, harcamalar ve bunlardan yapılmaya çalışan tassarufklar, ek gelir imkanları, oturulan mekanın durumu v.b. ekonomik içerikli özellikler ile ilgili 3-) Sağlık güvencesi durumu, hangi durumlarda sağlık kurumuna başvurduğu bununla ilgili problemleri nasıl çözmeye çalıştıkları, kendi tedavi yöntemleri v.b. sağlık ve bu konuya yaklaşımları ile ilgili üç alandan oluşan sorular soruldu. Toplam deneklerin %30,3 ünün işsiz olduğu ve işsizliğin de kadınlarda ve üretken yaş grubunda yaygın olduğu

saptanmıştır. Genel olarak deneklerden %41.1 inin sağlık güvencesinin olmadığı, ve sağlık güvencesi olmayanların; cinsiyet olarak erkek cinsiyet grubunda, yaş olarak 19-29 yaş grubunda, meslek olarak serbest meslek mensuplarında, eğitim durumu olarak okur-yazar olmayanlarda daha yaygın olduğu görülmüştür. Deneklerin %20,6 sının herhangi bir okur-yazarlık eğitimi almadığı, bunlardan %10,6' nın ise okur-yazarlıklarının hiç olmadığı tespit edilmiştir. Sonuç olarak yapılan çalışmada eğitimsizliğin, işsizliğin (veya yoksulluğun) , sağlık güvencesinin olmayışının yaygın olduğu görülmüştür. Bu durumu eğitimsizliğin beraberinde işsizliği, işsizliğin yoksulluğu, yoksulluğunda sağlığa verilen önemin azlığını ortaya çıkardığını ifade ederek de anlatabiliriz. Yapılan çalışma da bu genellemenin dışında gözen çarpıcı bazı özellikler ise; Sağlık güvencesi olmayanların oranının en yaygın serbest meslek grubunda saptanması (Sağlık güvencesi primlerini çalışanın yatırmasından kaynaklandığı düşünülebilir), işsizlerde sağlık güvencesinin bazı kesimlere göre daha yaygın olması (yeşil kart uygulaması) kadınlarda işsizlik daha yaygın olmasına rağmen sağlık güvencesi oranının erkeklerden daha yaygın olması, (yeşil kart uygulamasına bağlı) bütün alanlarda aylık toplam gelirin düşük olması ve harcamalarda çeşitli kısıtlamalara gidilmesi zorunda kalınması, çalışan veya eğitilmiş grup içinde dahi çeşitli yerlerden yardım alınması- kaçak elektrik kullanılması gibi yasadışı önlemlerin yaygın olması gibi bazı özellikler saptanmıştır. Anket sonuçlarını yorumlayacak olursak işsizlik ve buna bağlı yoksulluğun genel olarak yaygın olduğu, deneklerin bununla mücadele için çeşitli önlemler aldığı, bu bağlamda gıda-giyim-fatura-sağlık v.b. bütün alanlarda kısıtlamalara gittikleri, çeşitli yerlerden yardımlar aldıkları, sağlıktaki kısıtlamaların ise sağlık güvencesi olmayanlarda çok daha yaygın olduğu, sağlık kurumuna başvurulmadan doktor tavsiyesi dışında çevresel, içgüdüsel, basın yoluyla v.b. bilgilerin kullanılarak ulaşılabilirlik derecesine bağlı olarak kendi tedavi yöntemlerini kullandıkları, sağlık kurumuna başvurdukları takdirde ise gerek sosyal gerek maddi bir çok problemle karşılaştıkları, yeşil kart uygulamasının işsiz ve yoksul kesimde sağlık alanında olumlu gelişmeler sağladığı görülmüştür. Sonuç olarak toplumsal göç olayları, kaynakların azlığı ve buna bağlı üretimin yetersizliği, dışa bağımlılık, kırsal üretimden kentsel üretime geçiş çalışmalarları, hızlı nüfus artışı, nüfus içindeki yaş dağılımının dengesiz olması, üretim dışı yaş grubunun fazlalığı, kaynakların dengesiz dağılımı, üreticinin pazar bulma sıkıntısı, iş gücünün işsizlikten dolayı olan ucuzluğu gibi nedenlerden dolayı toplum içerisinde giderek tüm dünya da olduğu gibi artan yoksulluğu beraberinde getirmiştir.

3.4. Bulgular

Fkirtepe mahallesinde oturan sosyal güvencesi olmayan kent yoksulları ile ilgili 350 denek üzerinde yapılan çalışma sırasında deneklere 1-) yaş, meslek, cinsiyet, eğitim durumu v.b. kişisel özellikler ile ilgili 2-) Aylık toplam gelir, aylık toplam gider, çalışan kişi ve çocuk sayıları, harcamalar ve bunlardan yapılmaya çalışan tasarruflar, ek gelir imkanları, oturulan mekanın durumu v.b. ekonomik içerikli özellikler ile ilgili 3-) Sağlık güvencesi durumu, hangi durumlarda sağlık kurumuna başvurduğu bununla ilgili problemleri nasıl çözmeye çalıştıkları, kendi tedavi yöntemleri v.b. sağlık ve bu konuya yaklaşımları ile ilgili üç alandan oluşan sorular soruldu.

Tablo 21: Cinsiyet * Doktor tavsiyesi dışında ilaç kullanıyor musunuz?
Çapraz Tablo

	var	yok	Toplam
kadın	95	90	185
	51,40%	48,60%	100,00%
erkek	93	72	165
	56,40%	43,60%	100,00%
Toplam	188	162	350
	53,70%	46,30%	100,00%

Tablo 21.1: Cinsiyet * Doktor tavsiyesi dışında ilaç kullanıyor musunuz?
Ki Kare Testi

	Değer	Serbestlik Değeri	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,881 ^a	1	0,348		
Continuity Correction ^b	0,691	1	0,406		
Likelihood Ratio	0,882	1	0,348		
Fisher's Exact Test				0,391	0,203
Linear-by-Linear Association	0,879	1	0,349		
N of Valid Cases	350				

Beklenen değerden küçük hücre sayısı sıfırdır. Beklenen en küçük değer 76.37' dir.

Ho= Cinsiyet ile doktor tavsiyesi dışında ilaç kullanımını birbirinden bağımsızdır.

H1= Cinsiyete göre doktor tavsiyesi dışında ilaç kullanımını değişmektedir.

Hesaplanan ki kare testi değeri 0.881 ve tablo değeri ise 3.84 yani ki kare testi değeri tablo değerinden küçük olduğu için Ho hipotezi kabul edilir. Başka bir ifade ile cinsiyet ile doktor tavsiyesi dışında ilaç kullanımının birbirinden bağımsız olduğuna %95 önem seviyesinde karar verilir. ($P < 0.05$) Sonuç olarak $0.881 < 3.84$ olduğu için Ho hipotezi kabul edilir.

350 denek üzerinde yapılan çalışmaya göre, deneklerin %53.7' sinin doktor tavsiyesi dışında ilaç kullandığı, bu oranın erkeklerde %56.4' e kadar çıktığı tespit edilmiş ancak iki grup arasında anlamlı fark saptanamamıştır.

Tablo 22: Cinsiyet * Meslek
Çapraz Tablo

		memur	işçi	esnaf	serbest meslek	İşsiz	Toplam
CİNSİYET	kadın	8 4,30%	23 12,40%	6 3,20%	62 33,50%	86 46,50%	185 100,00%
	erkek	11 6,70%	50 30,30%	24 14,50%	60 36,40%	20 12,10%	165 100,00%
Toplam		19 5,40%	73 20,90%	30 8,60%	122 34,90%	106 30,30%	350 100,00%

Tablo 22.1: Cinsiyet * Meslek
Ki Kare Testi

	Değer	Serbestlik Değeri	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	61,445 ^a	4	0,000
Likelihood Ratio	65,432	4	0,000
Linear-by-Linear Association	43,053	1	0,000
N of Valid Cases	350		

Beklenen değerden küçük hücre sayısı sıfırdır. Beklenen en küçük değer 8.96' dır.

Ho= Cinsiyet ile meslek birbirinden bağımsızdır.

H1= Cinsiyete göre meslek değişmektedir.

Hesaplanan ki kare testi değeri 65,432 ve tablo değeri ise 9.49 yani ki kare testi değeri tablo değerinden büyük olduğu için Ho hipotezi red edilir. Başka bir ifade ile cinsiyet ile meslek birbirinden bağımsız olmadığına %95 önem seviyesinde karar verilir. (P<0.05).

Sonuç olarak 65,432>9.49 olduğu için Ho hipotezi red edilir.

350 denek üzerinde yapılan çalışma sonucuna göre, deneklerin toplamında işsizlik oranı %30,3 iken kadınlarda bu oran %46,5 ile anlamlı olarak daha fazladır. Her iki grupta da çalışanlar arasında serbest meslek mensuplarının daha yaygın olduğu görülmektedir. Kadınlarda memur ve esnaf oranlarının çok az olması ise ayrıca dikkat çekmektedir.

Tablo 23: Cinsiyet * Sağlık güvenceniz var mı?
Çapraz Tablo

	var	yok	Toplam
kadın	114	71	185
	61,60%	38,40%	100,00%
erkek	92	73	165
	55,80%	44,20%	100,00%
Toplam	206	144	350
	58,90%	41,10%	100,00%

Tablo 23.1: Cinsiyet * Sağlık güvenceniz var mı?
Ki Kare Testi

	Değer	Serbestlik Değeri	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,238 ^a	1	0,266		
Continuity Correction ^b	1,008	1	0,315		
Likelihood Ratio	1,238	1	0,266		
Fisher's Exact Test				0,278	0,158
Linear-by-Linear Association	1,235	1	0,266		
N of Valid Cases	350				

Beklenen değerden küçük hücre sayısı sıfırdır. Beklenen en küçük değer 67.89' dır.

Ho= Sağlık güvencesi ile cinsiyet birbirinden bağımsızdır.

H1= Sağlık güvencesine göre cinsiyet değişmektedir.

Hesaplanan ki kare testi değeri 1.008 ve tablo değeri ise 3.84 yani ki kare testi değeri tablo değerinden küçük olduğu için Ho hipotezi kabul edilir. Başka bir ifade ile sağlık güvencesine göre mesleğin birbirinden bağımsız olduğuna %95 önem seviyesinde karar verilir. (P<0.05)

Sonuç olarak 1.008<3.84 olduğu için Ho hipotezi kabul edilir.

350 denek üzerinde yapılan çalışmada, kadın deneklerin %61.6' sının sağlık güvencesi bulunur iken bu oran erkeklerde %55.8 olarak saptanmıştır. Burada sağlık güvencesinin erkek cinsiyet grubunda daha az bulunmasının sebebi iki ana nedenle açıklanabilir. 1-) Erkeklerde sigortasız işçi çalıştıran işyerlerinde çalışma oranı daha yaygın 2-) İşsizlik oranı kadınlarda daha yaygın olduğu için yeşil kart kullanımının daha yaygın görülmektedir.

Tablo 24: Cinsiyet * Eğitim durumu
Çapraz Tablo

		okur yazar değil	okur yazar (eğitim almamış)	ilköğretim	lise	diğer	Toplam
CİNSİYET	kadın	21 11,40%	27 14,60%	94 50,80%	30 16,20%	13 7,00%	185 100,00%
	erkek	16 9,70%	22 13,30%	61 37,00%	50 30,30%	16 9,70%	165 100,00%
Total		37 10,60%	49 14,00%	155 44,30%	80 22,90%	29 8,30%	350 100,00%

Tablo 24.1: Cinsiyet * Eğitim durumu
Ki Kare Testi

	Değer	Serbestlik Değeri	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,420 ^a	4	0,014
Likelihood Ratio	12,49	4	0,014
Linear-by-Linear Association	4,467	1	0,035
N of Valid Cases	350		

Beklenen değerden küçük hücre sayısı sıfırdır. Beklenen en küçük değer 13.67' dir.

Ho= Cinsiyete ile eğitim durumu birbirinden bağımsızdır.

H1= Cinsiyete göre eğitim durumu değişmektedir.

Hesaplanan ki kare testi değeri 12,490 ve tablo değeri ise 9.49 yani ki kare testi değeri tablo değerinden büyük olduğu için Ho hipotezi red edilir. Başka bir ifade ile sağlık güvencesi ile dernek, vakıf ve benzeri kuruluşlardan yardım almanın birbirinden bağımsız olmadığına %95 önem seviyesinde karar verilir. ($P<0.05$) Sonuç olarak $12,490>9.49$ olduğu için Ho hipotezi red edilir.

350 denek üzerinde yapılan çalışma sonucuna göre, deneklerin toplamının %10,6 sının okur-yazar olmadığı ve burumun kadınlarda daha fazla olduğu, %44.3 ile lise mevzunu deneklerin daha fazla olduğu, kadınlarda lise ve üstü eğitim seviyesinin sadece %23,2 olduğu aynı düzey eğitimin erkeklerde %40,2 e yükseldiği tespit edilmiştir. Bu durum kadınlarda eğitimsizliğin veya eğitim yetersizliğinin daha yaygın olduğunu göstermektedir.

Tablo 25: Eğitim durumu * Doktor tavsiyesi dışında ilaç kullanıyor musunuz?
Çapraz Tablo

	evet	hayır	Toplam
okur yazar değil	25	12	37
	67,60%	32,40%	100,00%
okur yazar(eğitim almamış)	46	3	49
	93,90%	6,10%	100,00%
ilköğretim	72	83	155
	46,50%	53,50%	100,00%
lise	32	48	80
	40,00%	60,00%	100,00%
diğer	13	16	29
	44,80%	55,20%	100,00%
Toplam	188	162	350
	53,70%	46,30%	100,00%

Tablo 25.1: Eğitim durumu * Doktor tavsiyesi dışında ilaç kullanıyor musunuz?
Ki Kare Testi

	Değer	Serbestlik Değeri	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	44,910 ^a	4	0,000
Likelihood Ratio	52,404	4	0,000
Linear-by-Linear Association	21,684	1	0,000
N of Valid Cases	350		

Beklenen değerden küçük hücre sayısı sıfırdır. Beklenen en küçük değer 13.42' dir.

Ho= Eğitim durumu ile doktor tavsiyesi dışında ilaç kullanımı birbirinden bağımsızdır.

H1= = Eğitim durumuna göre doktor tavsiyesi dışında ilaç kullanımı değişmektedir.

Hesaplanan ki kare testi değeri 52.404 ve tablo değeri ise 9.49 yani ki kare testi değeri tablo değerinden büyük olduğu için Ho hipotezi red edilir. Başka bir ifade ile eğitim durumu ile doktor tavsiyesi dışında ilaç kullanımının birbirinden bağımsız olmadığına %95 önem seviyesinde karar verilir. (P<0.05)

Sonuç olarak 52.404>9.49 olduğu için Ho hipotezi red edilir.

350 denek üzerinde yapılan çalışmaya göre, deneklerin %53.7' sinin doktor tavsiyesi dışında ilaç kullandığı, bu oranın eğitim almamış ancak okur yazar grubunda %93.9' a kadar çıktığı, lise eğitimi almışlarda ise %40' a indiği tespit edilmiştir. Buradan eğitim ile sağlığa verilen önemin doğru orantılı olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 26: Eğitim durumu * Sağlık güvenceniz var mı?
Çapraz Tablo

	Evet	Hayır	Toplam
okur yazar değil	13	24	37
	35,10%	64,90%	100,00%
okur yazar(eğitim almamış)	18	31	49
	36,70%	63,30%	100,00%
ilköğretim	90	65	155
	58,10%	41,90%	100,00%
lise	57	23	80
	71,20%	28,80%	100,00%
diğer	28	1	29
	96,60%	3,40%	100,00%
Toplam	206	144	350
	58,90%	41,10%	100,00%

Tablo 26.1: Eğitim durumu * Sağlık güvenceniz var mı?
Ki Kare Testi

	Değer	Serbestlik Değeri	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	40,632 ^a	4	0,000
Likelihood Ratio	46,242	4	0,000
Linear-by-Linear Association	37,998	1	0,000
N of Valid Cases	350		

Beklenen değerden küçük hücre sayısı sıfırdır. Beklenen en küçük değer 11.93' tür.

Ho= Eğitim durumu ile sağlık güvencesi birbirinden bağımsızdır.

Hı= Eğitim durumuna göre sağlık güvencesi değişmektedir. Hesaplanan ki kare testi değeri 46,242 ve tablo değeri ise 9.49 yani ki kare testi değeri tablo değerinden büyük olduğu için Ho hipotezi red edilir. Başka bir ifade ile sağlık güvencesi ile dernek, vakıf ve benzeri kuruluşlardan yardım almanın birbirinden bağımsız olmadığına %95 önem seviyesinde karar verilir. (P<0.05)

Sonuç olarak 46,242>9.49 olduğu için Ho hipotezi red edilir.

350 denek üzerinde yapılan çalışma sonucuna göre, sağlık güvencesi %71,2 ile lise mezunları arasında en yaygınken, okur-yazar olmayanlarda %35,1 ile en düşük olduğu saptanmıştır. Totalde ise deneklerin %58,9 unun sağlık güvencesi olmadığı saptanmıştır. Bu durum eğitim durumu ile sağlık güvencesinin doğru orantılı olarak değiştiğini düşündürmektedir.

Tablo 27: Kaç yaşındasınız?* Ek gelir imkanınız var mı?
Çapraz Tablo

		var	yok	Toplam
KAÇ YAŞINDASINIZ?	çocuk 0-18	3	10	13
		23,10%	76,90%	100,00%
	19-29 yaş	16	50	66
		24,20%	75,80%	100,00%
	30-39 yaş	29	97	126
		23,00%	77,00%	100,00%
40-49 yaş		38	56	94
		40,40%	59,60%	100,00%
	50 yaş ve üzeri	22	29	51
	43,10%	56,90%	100,00%	
Toplam		108	242	350
		30,90%	69,10%	100,00%

Tablo 27.1: Kaç yaşındasınız?* Ek gelir imkanınız var mı?
Ki Kare Testi

	Değer	Serbestlik Değeri	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,992 ^a	4	0,011
Likelihood Ratio	12,886	4	0,012
Linear-by-Linear Association	9,453	1	0,002
N of Valid Cases	350		

Beklenen değerden küçük hücre sayısı sıfırdır. Beklenen en küçük değer 4.01' dir.

Ho= Yaş ile ek gelir imkanı birbirinden bağımsızdır.

H1= Yaşa göre ek gelir imkanı değişmektedir.

Hesaplanan ki kare testi değeri 12,886 ve tablo değeri ise 9.49 yani ki kare testi değeri tablo değerinden büyük olduğu için Ho hipotezi red edilir. Başka bir ifade ile yaş ile ek gelir imkanının birbirinden bağımsız olmadığına %95 önem seviyesinde karar verilir. (P<0.05)

Sonuç olarak 12,886>9.49 olduğu için Ho hipotezi red edilir.

350 denek üzerinde yapılan çalışma sonucuna göre, 50 yaş ve üzeri grubunun %43,1 i ek gelir imkanına sahipken, bu oran yaşın azalmasıyla orantılı olarak düşmektedir. Burada çocuk yaş grubunda dahi 23,1 inin ek gelir imkanı olması dikkat çekmektedir. Yaşla birlikte ek gelir imkanının da azalması ek gelir imkanlarının genelde yatırımlardan elde edildiğini düşündürmektedir.

Tablo28: Medeni durum * Meslek
Çapraz Tablo

	memur	işçi	esnaf	serbest meslek	İşsiz	Toplam
evli	10 4,20%	56 23,50%	19 8,00%	74 31,10%	79 33,20%	238 100,00%
bekar	9 8,00%	17 15,20%	11 9,80%	48 42,90%	27 24,10%	112 100,00%
Toplam	19 5,40%	73 20,90%	30 8,60%	122 34,90%	106 30,30%	350 100,00%

Tablo28.1: Medeni durum * Meslek
Ki Kare Testi

	Değer	Serbestlik Değeri	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,009 ^a	4	0,04
Likelihood Ratio	10,008	4	0,04
Linear-by-Linear Association	0,158	1	0,691
N of Valid Cases	350		

Beklenen değerden küçük hücre sayısı sıfırdır. Beklenen en küçük değer 6.08' dir.

Ho= Meslek ile ek medeni durum birbirinden bağımsızdır.

H1= Mesleğe göre medeni durum değişmektedir.

Hesaplanan ki kare testi değeri 10.008 ve tablo değeri ise 9.49 yani ki kare testi değeri tablo değerinden büyük olduğu için Ho hipotezi red edilir. Başka bir ifade ile meslek ile medeni durumun birbirinden bağımsız olmadığına %95 önem seviyesinde karar verilir. (P<0.05)

Sonuç olarak 10.008>9.49 olduğu için Ho hipotezi red edilir.

350 denek üzerinde yapılan çalışmaya katılan deneklerden bekar olanların %42.9' u serbest meslek ile uğraşiyor, işsizlik oranının %33.2 ile evli deneklerde yüksek olduğu saptanmıştır. Evli olanlarda işsizliğin daha yaygın olması da yoksulluğun bireysel düzeyde değil de aile veya toplum düzeyinde daha yaygın olduğunu göstermektedir.

Tablo 29: Meslek * Sağlık güvenceniz var mı?
Çapraz Tablo

	evet	hayır	Toplam
memur	19	0	19
	100,00%	0,00%	100,00%
işçi	49	24	73
	67,10%	32,90%	100,00%
esnaf	17	13	30
	56,70%	43,30%	100,00%
serbest meslek	62	60	122
	50,80%	49,20%	100,00%
işsiz	59	47	106
	55,70%	44,30%	100,00%
Total	206	144	350
	58,90%	41,10%	100,00%

Tablo 29.1: Meslek * Sağlık güvenceniz var mı?
Ki Kare Testi

	Değer	Serbestlik Değeri	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19,103 ^a	4	0,001
Likelihood Ratio	25,965	4	0,000
Linear-by-Linear Association	10,897	1	0,001
N of Valid Cases	350		

Beklenen değerden küçük hücre sayısı sıfırdır. Beklenen en küçük değer 7.82' dir.

Ho= Sağlık güvencesi ile meslek birbirinden bağımsızdır.

H1= Sağlık güvencesine göre meslek değişmektedir.

Hesaplanan ki kare testi değeri 25.965 ve tablo değeri ise 9.49 yani ki kare testi değeri tablo değerinden büyük olduğu için Ho hipotezi red edilir. Başka bir ifade ile sağlık güvencesi ile mesleğin birbirinden bağımsız olmadığına %95 önem seviyesinde karar verilir. (P<0.05)

Sonuç olarak 25.965>9.49 olduğu için Ho hipotezi red edilir.

350 denek üzerinde yapılan çalışmada, deneklerin 206' sının yani %58.9' unun sağlık güvencesinin olduğu, memurların %100' ünün ve işçilerin %67.1' inin sağlık güvencesinin olduğu, işsizlerde sağlık güvencesi yüzdesinin serbest meslek mensuplarından yüksek olduğu saptanmıştır. Buradan işçi ve memurlarda (yani işverenin sigorta primi yatırdığı zorunlu meslek dallarında) sağlık güvencesinin yaygın olduğu; serbest meslek gibi sigortalının kendi sigorta primini yatırdığı meslek dallarında düşük olduğu ve işsizlerde ise yeşil kart uygulamasına bağlı olarak sağlık sigortasının serbest meslek mensuplarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 30: Sağlık güvenceniz var mı * Oturduğunuz
Çapraz Tablo

	kira	mülk	başkasının yanı	gecekondu	Diğer	Toplam
evet	105 51,00%	67 32,50%	9 4,40%	14 6,80%	11 5,30%	206 100,00%
hayır	72 50,00%	20 13,90%	16 11,10%	32 22,20%	4 2,80%	144 100,00%
Toplam	177 50,60%	87 24,90%	25 7,10%	46 13,10%	15 4,30%	350 100,00%

Tablo 30.1: Sağlık güvenceniz var mı * Oturduğunuz
Ki Kare Testi

	Değer	Serbestlik Değeri	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	33,894 ^a	4	0,000
Likelihood Ratio	34,564	4	0,000
Linear-by-Linear Association	5,42	1	0,000
N of Valid Cases	350		

Beklenen değerden küçük hücre sayısı sıfırdır. Beklenen en küçük değer 6.17' dir.

Ho= Sağlık güvencesi ile oturlan yer yani ikamet edilen yer birbirinden bağımsızdır.

H1= Sağlık güvencesine göre oturlan yer yani ikamet edilen yer değişmektedir.

Hesaplanan ki kare testi değeri 34.564 ve tablo değeri ise 9.49 yani ki kare testi değeri tablo değerinden büyük olduğu için Ho hipotezi red edilir. Başka bir ifade ile ek gelir sağlık güvencesi ile oturlan yani ikamet edilen yerin birbirinden bağımsız olmadığına %95 önem seviyesinde karar verilir. (P<0.05)

Sonuç olarak 34.564>9.49 olduğu için Ho hipotezi red edilir.

350 denek üzerinde yapılan çalışmaya katılan deneklerin %50.6' sının kirada oturduğu, kirada oturanlarda sağlık güvencesi olanların oranının kendi mülkünde oturana göre daha düşük olduğu, aynı zamanda sağlık güvencesi olmayanların gecekondu da oturanlarda daha yoğun olduğu tespit edilmiştir. Buradan sağlık güvencesi ile gelir

seviyesinin doğru orantılı olduğu yani sağlık güvencesi olmayanlarda yoksulluğun daha yaygın ve yoksullarda ise sağlık güvencesi olmamasının daha yaygın olduğu söylenebilir.

Tablo 31: Sağlık güvenceniz var mı? * Ek gelir imkanınız var mı?
Çapraz Tablo

	var	yok	Toplam
Evet	63 30,60%	143 69,40%	206 100,00%
Hayır	45 31,20%	99 68,80%	144 100,00%
Toplam	108 30,90%	242 69,10%	350 100,00%

Tablo 31.1: Sağlık güvenceniz var mı? * Ek gelir imkanınız var mı
Ki Kare Testi

	Değer	Serbestlik Değeri	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,018 ^a	1	0,894		
Continuity Correction ^b	0	1	0,988		
Likelihood Ratio	0,018	1	0,894		
Fisher's Exact Test				0,907	0,493
Linear-by-Linear Association	0,018	1	0,894		
N of Valid Cases	350				

Beklenen değerden küçük hücre sayısı sıfırdır. Beklenen en küçük değer 44.43' dür.

Ho= Sağlık güvencesi ile ek gelir imkanı birbirinden bağımsızdır.

H1= Ek gelire göre sağlık güvencesi değişmektedir.

Hesaplanan ki kare testi değeri 0.000 ve tablo değeri ise 3.84 yani ki kare testi değeri tablo değerinden küçük olduğu için Ho hipotezi kabul edilir. Başka bir ifade ile ek gelir imkanı ile sağlık güvencesinin birbirinden bağımsız olduğuna %95 önem seviyesinde karar verilir. (P<0.05)

Sonuç olarak 0.000<3.84 olduğu için Ho hipotezi kabul edilir.

350 denek üzerinde yapılan çalışma sonucuna göre, deneklerin %30.9' unun ek gelir imkanının olduğu ve bunun da sağlık güvencesi olan ve olmayanlarda birbirine yakın olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre ek gelir imkanı olanların da yani ekonomik

durumu daha iyi sayılabilecek deneklerin de %41 inin sağlık güvencesinin olmadığı tespit edilmiştir. Ek gelir imkanı olmayanların da %40.9 unun sağlık güvencesinin olmadığı tespit edilmiştir. Bu oranlar iki grupta da birbirine yakın saptandığından sağlık güvencesi ile ek gelir imkanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı söylenebilir.

Tablo 32: Sağlık güvenceniz var mı? * Vakıf, dernek ve benzeri kuruluşlardan ne sıklıkta yardım alıyorsunuz?
Çapraz Tablo

	ayda bir kez	üç ayda bir	altı ayda bir	ne zaman verirlerse	alamıyorum	Toplam
evet	8 3,90%	0 0,00%	14 6,80%	33 16,00%	151 73,30%	206 100,00%
hayır	7 4,90%	7 4,90%	12 8,30%	61 42,40%	57 39,60%	144 100,00%
Toplam	15 4,30%	7 2,00%	26 7,40%	94 26,90%	208 59,40%	350 100,00%

Tablo 32.1: Sağlık güvenceniz var mı? * Vakıf, dernek ve benzeri kuruluşlardan ne sıklıkta yardım alıyorsunuz?
Ki Kare Testi

	Değer	Serbestlik Değeri	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	47,734 ^a	4	0,000
Likelihood Ratio	49,435	4	0,000
Linear-by-Linear Association	46,308	1	0,000
N of Valid Cases	350		

Beklenen değerden küçük hücre sayısı sıfırdır. Beklenen en küçük değer 16.87' dir.

Ho= Sağlık güvencesi ile dernek, vakıf ve benzeri kuruluşlarda yardım alma birbirinden bağımsızdır.

H1= Sağlık güvencesine göre dernek, vakıf ve benzeri kuruluşlarda yardım alma değişmektedir.

Hesaplanan ki kare testi değeri 49.435 ve tablo değeri ise 9.49 yani ki kare testi değeri tablo değerinden büyük olduğu için Ho hipotezi red edilir. Başka bir ifade ile sağlık

güvencesi ile dernek, vakıf ve benzeri kuruluşlardan yardım almanın birbirinden bağımsız olmadığına %95 önem seviyesinde karar verilir. (P<0.05)

Sonuç olarak $49.435 > 9.49$ olduğu için H_0 hipotezi red edilir.

350 denek üzerinde yapılan çalışma sonucuna göre, sağlık güvencesi olanların %26.7' si vakıf, dernek ve benzeri kuruluşlardan yardım alırken, bu oran sağlık güvencesi olmayanlarda %60.4 olarak saptanmıştır. Sağlık güvencesi olanların %10.7' sinde, sağlık güvencesi olmayanların %18.1'inin ise bu yardımları düzenli olarak aldığı tespit edilmiştir. Yani buradan sağlık güvencesi olmayanlarda yoksulluğun daha yaygın görüldüğü söylenebilir.

Tablo 33: Eğitim durumu * Ek gelir imkanınız var mı?
Çapraz tablo

		var	yok	Toplam
EĞİTİM DURUMU	okur yazar değil	21	16	37
		56,80%	43,20%	100,00%
	okur yazar(eğitim almamış)	32	17	49
		65,30%	34,70%	100,00%
	ilköğretim	30	125	155
	19,40%	80,60%	100,00%	
	lise	13	67	80
		16,20%	83,80%	100,00%
	diğer	12	17	29
		41,40%	58,60%	100,00%
Toplam		108	242	350
		30,90%	69,10%	100,00%

Tablo 33.1: Eğitim durumu * Ek gelir imkanınız var mı?
Ki Kare Testi

	Değer	Serbestlik Değeri	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	58,005 ^a	4	0,000
Likelihood Ratio	56,035	4	0,000
Linear-by-Linear Association	20,642	1	0,000
N of Valid Cases	350		

Beklenen değerden küçük hücre sayısı sıfırdır. Beklenen en küçük değer 8.95' dir.

Ho= Eğitim durumu ile ek gelir imkanı birbirinden bağımsızdır.

H1= Eğitim durumuna göre ek gelir imkanı değişmektedir.

Hesaplanan ki kare testi değeri 56,035 ve tablo değeri ise 9.49 yani ki kare testi değeri tablo değerinden büyük olduğu için Ho hipotezi red edilir. Başka bir ifade ile eğitim durumu ile ek gelir imkanının birbirinden bağımsız olmadığına %95 önem seviyesinde karar verilir. (P<0.05). ,

Sonuç olarak 56,035>9.49 olduğu için Ho hipotezi red edilir.

350 denek üzerinde yapılan çalışma sonucuna göre, eğitim almamış okur-yazar grubunun %65,3 ünün ek gelir imkanı olduğu saptanmış ve ilk sırada yer almışken, okur-yazar olmayanlarda bu oran %56,8 olarak tespit edilmiştir. Eğitimli grupta ise ek gelir imkanlarının çok düşük olduğu saptanmıştır. Bu durum ek gelir imkanı ile eğitim durumunun ters orantılı olarak değiştiğini göstermektedir.

Tablo 34: Sağlık güvenceniz var mı? * Hastane çıkışı ne gibi problemlerle karşılaşıyorsunuz?

Çapraz tablo

	taburculuk işlemlerinin uzaması	iletişim bozukluğu	hakaret ve küçük düşürülme	ücret ödeyememe	diğer	Toplam
evet	63 30,60%	25 12,10%	8 3,90%	7 3,40%	103 50,00%	206 100,00%
hayır	29 20,10%	23 16,00%	20 13,90%	49 34,00%	23 16,00%	144 100,00%
Toplam	92 26,30%	48 13,70%	28 8,00%	56 16,00%	126 36,00%	350 100,00%

Tablo 34.1: Sağlık güvenceniz var mı? * Hastane çıkışı ne gibi problemlerle karşılaşıyorsunuz?
Ki Kare Testi

	Değer	Serbestlik Değeri	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	91,989 ^a	4	0,000
Likelihood Ratio	97,575	4	0,000
Linear-by-Linear Association	1,28	1	0,258
N of Valid Cases	350		

Beklenen değerden küçük hücre sayısı sıfırdır. Beklenen en küçük değer 11.52' dir.

Ho= Sağlık güvencesi ile hastane çıkışı yaşanan problemler birbirinden bağımsızdır.

H1= Sağlık güvencesine göre hastane çıkışı yaşanan problemler değişmektedir.

Hesaplanan ki kare testi değeri 97.575 ve tablo değeri ise 9.49 yani ki kare testi değeri tablo değerinden büyük olduğu için Ho hipotezi red edilir. Başka bir ifade ile sağlık güvencesi ile hastane çıkışı yaşanan problemlerin birbirinden bağımsız olmadığına %95 önem seviyesinde karar verilir. (P<0.05)

Sonuç olarak 97.575>9.49 olduğu için Ho hipotezi red edilir.

350 denek üzerinde yapılan çalışmada, sağlık güvencesi olanlarda hastane çıkışında taburculuk işlemlerinin uzun sürmesi ana problem iken, sağlık güvencesi olmayanlarda ana problem ücret ödeyememe olmaktadır. Aynı zamanda sağlık güvencesi olmayanlarda; olanlara oranla hakaret ve küçük düşürülme oranlarında anlamlı fark saptanmıştır.

Tablo 35: Sağlık güvenceniz var mı? *Sağlık kurumuna ne zaman başvurursunuz?
Çapraz Tablo

	hemen	kendim tedavi edemediğimde	problemim ciddi bir hal aldığımda	çevremdekiler baskı kurduğunda	diğer	Toplam
evet	82 39,80%	54 26,20%	51 24,80%	4 1,90%	15 7,30%	206 100,00%
hayır	19 13,20%	37 25,70%	68 47,20%	9 6,20%	11 7,60%	144 100,00%
Toplam	101 28,90%	91 26,00%	119 34,00%	13 3,70%	26 7,40%	350 100,00%

Tablo 35.1: Sağlık güvenceniz var mı? *Sağlık kurumuna ne zaman başvurursunuz?
Ki Kare Testi

	Değer	Serbestlik Değeri	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	37,638 ^a	4	0,000
Likelihood Ratio	39,534	4	0,000
Linear-by-Linear Association	22,039	1	0,000
N of Valid Cases	350		

Beklenen değerden küçük hücre sayısı sıfırdır. Beklenen en küçük değer 5.35' dir.

Ho= Sağlık güvencesi ile sağlık kurumuna başvurma zamanı birbirinden bağımsızdır.

H1= Sağlık güvencesine göre sağlık kurumuna başvurma zamanı değişmektedir.

Hesaplanan ki kare testi değeri 39.534 ve tablo değeri ise 9.49 yani X2 değeri tablo değerinden büyük olduğu için Ho hipotezi red edilir. Başka bir ifade ile sağlık güvencesi ile sağlık kurumuna başvurma zamanı birbirinden bağımsız olmadığına %95 önem seviyesinde karar verilir. (P<0.05)

Sonuç olarak 39.534>9.49 olduğu için Ho hipotezi red edilir.

350 denek üzerinde yapılan çalışmada sağlık güvencesi olanların %39.8'i herhangi bir şikayeti olduğunda hemen sağlık kurumuna başvururken sağlık güvencesi olmayanlarda bu oran %13.2 olarak saptanmıştır. Sağlık güvencesi olmayanların %47.2' si ise sadece

problemi ciddi bir hal aldığında başvurduğunu ifade etmiştir. Buradan sağlık güvencesi olmayanların şikayetleri ağır olmadığı sürece hastaneye başvurmadığı yani birinci derece sağlık hizmetlerinden çok az yararlandığı veya yararlanmadığı anlaşılıyor.

SONUÇLAR

Bu çalışma Türkiye'nin farklı kentlerinde yaşayan sosyal güvencesi olmayan kent yoksullarının bir profilini çıkarmak, özellikle de bu kesimin sağlık sorunları ile ilgili bir tablo oluşturmak amacı ile Türkiye'nin çeşitli yerlerinden göç almış olan İstanbul ili, Kadıköy ilçesi, Fikirtepe mah. de 350 denek yapılmış olup, deneklere

1- Yaş, meslek, cinsiyet, eğitim durumu v.b. kişisel özellikler ile ilgili,

2- Aylık toplam gelir, aylık toplam gider, çalışan kişi ve çocuk sayıları, harcamalar ve bunlardan yapılmaya çalışan tassaruflar, ek gelir imkanları, oturulan mekanın durumu v.b. ekonomik içerikli özellikler ile ilgili,

Sağlık güvencesi durumu, hangi durumlarda sağlık kurumuna başvurduğu bununla ilgili problemleri nasıl çözmeye çalıştıkları, kendi tedavi yöntemleri v.b. sağlık ve bu konuya yaklaşımları ile ilgili üç alandan oluşan sorular soruldu. Toplam deneklerin %30,3 ünün işsiz olduğu ve işsizliğin de kadınlarda ve üretken yaş grubunda yaygın olduğu saptanmıştır (350 denek üzerinde yapılan çalışma sonucuna göre, deneklerin toplamında işsizlik oranı %30,3 iken kadınlarda bu oran %46,5 ile anlamlı olarak daha fazladır). Genel olarak deneklerden %41.1 inin sağlık güvencesinin olmadığı, ve sağlık güvencesi olmayanların; cinsiyet olarak erkek cinsiyet(350 denek üzerinde yapılan çalışmada, kadın deneklerin %61.6' sının sağlık güvencesi bulunur iken bu oran erkeklerde %55.8 olarak saptanmıştır. Burada sağlık güvencesinin erkek cinsiyet grubunda daha az bulunmasının sebebi iki ana nedenle açıklanabilir.

1- Erkeklerde sirortasız işçi çalıştıran işyerlerinde çalışma oranı daha yaygın olması.

2- İşsizlik oranı kadınlarda daha yaygın olduğu için yeşil kart kullanımının daha yaygın görülmesidir.) grubunda, yaş olarak 19-29 yaş grubunda, meslek olarak serbest meslek mensuplarında, (350 denek üzerinde yapılan çalışmada, deneklerin 206' sının yani %58.9' unun sağlık güvencesinin olduğu, memurların %100' ünün ve işçilerin %67.1' inin sağlık güvencesinin olduğu, işsizlerde sağlık güvencesi yüzdesinin serbest meslek mensuplarından yüksek olduğu saptanmıştır.

Buradan işçi ve memurlarda yani işverenin sigorta primi yatırdığı zorunlu meslek dallarında sağlık güvencesinin yaygın olduğu; serbest meslek gibi sigortalının kendi

sigorta primini yatırdığı meslek dallarında düşük olduğu ve işsizlerde ise yeşil kart uygulamasına bağlı olarak sağlık sigortasının serbest meslek mensuplarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.) eğitim durumu olarak okur-yazar olmayanlarda(350 denek üzerinde yapılan çalışma sonucuna göre, sağlık güvencesi %71,2 ile lise mevzunları arasında en yaygınken, okur-yazar olmayanlarda %35,1 ile en düşük olduğu saptanmıştır. Totalde ise deneklerin %58,9 unun sağlık güvencesi olmadığı saptanmıştır. Bu durum eğitim durumu ile sağlık güvencesinin doğru orantılı olarak değiştiğini düşündürmektedir.) daha yaygın olduğu görülmüştür. Deneklerin %20,6 sının herhangi bir okur-yazarlık eğitimi almadığı, bunlardan %10,6' nın ise okur-yazarlıklarının hiç olmadığı tespit edilmiştir. Sonuç olarak yapılan çalışmada eğitimsizliğin, işsizliğin veya yoksulluğun , sağlık güvencesinin olmayışının yaygın olduğu görülmüştür. Bu durumu eğitimsizliğin beraberinde işsizliği, işsizliğin yoksulluğu, yoksulluğunda sağlığa verilen önemin azlığını ortaya çıkardığını ifade ederek de anlatabiliriz. Yapılan çalışmada bu genellemenin dışında gözen çarpıcı bazı özellikler ise: Sağlık güvencesi olmayanların oranının en yaygın serbest meslek grubunda saptanması (Sağlık güvencesi primlerini çalışanın yatırmasından kaynaklandığı düşünülebilir), işsizlerde sağlık güvencesinin bazı kesimlere göre daha yaygın olması(yeşil kart uygulaması) kadınlarda işsizlik daha yaygın olmasına rağmen sağlık güvencesi oranının erkeklerden daha yaygın olması, (yeşil kart uygulamasına bağlı) bütün alanlarda aylık toplam gelirin düşük olması ve harcamalarda çeşitli kısıtlamalara gidilmesi zorunda kalınması, çalışan veya eğitilmiş grup içinde dahi çeşitli yerlerden yardım alınması- kaçak elektrik kullanılması gibi yasadışı önlemlerin yaygın olması gibi bazı özellikler saptanmıştır. Anket sonuçlarını yorumlayacak olursak Fikirtepe mahallesinde işsizlik ve buna bağlı yoksulluğun genel olarak yaygın olduğu, deneklerin bununla mücadele için çeşitli önlemler aldığı, bu bağlamda gıda-giyim-fatura-sağlık v.b. bütün alanlarda kısıtlamalara gittikleri, çeşitli yerlerden yardımlar aldıkları, sağlıktaki kısıtlamaların ise sağlık güvencesi olmayanlarda çok daha yaygın olduğu, sağlık kurumuna başvurulmadan doktor tavsiyesi dışında çevresel, içgüdüsel, basın yoluyla v.b. bilgilerin kullanılarak ulaşılabilirlik derecesine bağlı olarak kendi tedavi yöntemlerini kullandıkları, sağlık kurumuna başvurdukları takdirde ise gerek sosyal gerek maddi bir çok problemle karşılaştıkları, yeşil kart uygulamasının işsiz ve yoksul kesimde sağlık alanında olumlu gelişmeler sağladığı görülmüştür. Sonuç olarak toplumsal göç olayları, kaynakların azlığı ve buna bağlı üretimin yetersizliği, dışa bağımlılık, kırsal üretimden kentsel üretime geçilme çalışmaları, hızlı nüfus artışı, nüfus içindeki yaş dağılımının dengesiz

olması, üretim dışı yaş grubunun fazlalığı, kaynakların dengesiz dağılımı, üreticinin pazar bulma sıkıntısı, iş gücünün işsizlikten dolayı olan ucuzluğu gibi nedenlerden dolayı Fikirtepe mahallesinde tüm Türkiye’ de olduğu gibi artan yoksulluğu beraberinde getirmiştir. Buna bağlı sağlık alanında büyük sıkıntılar yaşanmakta; birinci basamak sağlık hizmeti başta olmak üzere sağlık hizmetlerinin genelini topluma ulaşmasında yetersizlikler ortaya çıkmakta, sağlık hizmetleri kısıtlı olarak sağlanabilmektedir. Yeni sosyal güvenlik kurumu yasasından önce bu sıkıntılar daha yaygın gözlenmekteyken özellikle yeşil kart hizmetleri ve 18 yaş altı nüfusun sağlık giderlerinin devlet tarafından karşılanması uygulamaları ile birlikte çeşitli toplum gruplarının sağlık hizmetine ulaşımı kolaylaştırılmış olmasına rağmen ücretsiz sağlanan birinci basamak sağlık hizmetleri uygulamalarının giderek azaltılması bu uygulamanın dışında kalan yaygın bir kesimin ulaşımını ise daha da güçleştirmektedir. Bu noktada devletin bütün topluma eşit ve ücretsiz sağlık hizmeti sağlaması gerektiği ve birinci basamak sağlık hizmetlerini daha yaygın bir hale getirerek toplum sağlığını artırması gerektiği anlaşılmıştır. Aynı şekilde işsizlik ve yoksulluk alanlarında da devletin bireyine iş alanı yaratmak, üretimi artırmak, kaynağı en verimli şekilde kullanmak, toplum dağılımını düzenlemek gibi yükümlülüklerinin de olması gerekmektedir. Kısacası sıkıntılı alanlarda devletin vatandaşını koruyucu etkisi hissedilmelidir.

KAYNAKLAR

Aktan, C.C(2002). Yoksullukla Mücadele Stratejileri, Ankara. Erişim Tarihi: 12.06.2009. Hak-İş Konfederasyonu Yayınları, Yoksulluk, Temel Kavramlar ve Ölçüm Yöntemleri <http://www.canaktan.org/ekonomi/yoksulluk/birinci-bol/aktan-vural-yoksulluk.pdf>

Aktan, C.C. (2000). Yoksulluk ve yoksulluk sorunu. İstanbul. Erişim Tarihi:12.06.2009. http://www.canaktan.net/canaktan_personal/canaktan-arastirmalari/yoksulluk/aktan-paternalizm-yoksulluk-sorunu.pdf

Aktan, C.C. (2002). Birleşmiş milletler kalkınma programı Türkiye temsilciliği, Türkiye' de yoksullukla mücadeleye yönelik öneriler. İstanbul. . Erişim Tarihi:04.06.2009. <http://www.canaktan.org/ekonomi/yoksulluk/dorduncu-bol/undp-turkiye-onerileri.pdf>

Aktaş A.(02.12.2009). Eko analiz. İstanbul. . Erişim Tarihi:08.06.2009
ala.aktas@gmail.com
<http://www.dunyagazetesi.com.tr/yazar.asp?authId=30&id=69805>

Ala, M.(2009). Yoksulluk ve küresel çözümsüzlük. Erişim Tarihi:06.04.2009
Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu. Bursa
e-mail: monal@uludag.edu.tr. http://www.paradoks.org/makale/yil5_sayi2/monal52.pdf

Bağ- kur sorgulama. Bursa. <http://www.bagkursorgulama.org/bagkur-nedir-islevi-ve-gorevleri-nelerdir/>. . Erişim Tarihi:10.08.2009

Bilen, M. (1998). Yönetim ve Siyasette Etik Sempozyumu, Adapazarı. Gelir dağılımı sorunu ve çözümünde yeni arayışlar. . Erişim Tarihi:10.06.2009.
<http://www.econturk.org/Turkiyeekonomisi/bilen98.pdf>

Bozdağ, N.(2009). Seçilmiş Avrupa Ülkelerinde Gelir Dağılımının Ölçülmesinde “Gini Endeksi” İle “Bozdağ Nüfus Etkinliği Endeksi”nin Karşılaştırılması Gazi Üniversitesi, İİBF, Ekonometri Bölümü, Türkiye. e-mail: nbosdag@nihatbozdag.net Ankara http://econ.anadolu.edu.tr/fullpapers/Bozdag_Bozdag_econanadolu2009.pdf. Erişim Tarihi:10.06.2009

Çakan, B.(2008). E-mail: basin@gso.org.tr Ankara. Erişim Tarihi:12.08.2009
http://www.gso.org.tr/default.asp?syf=haber_detay&haber_id=1225878785

Dağdemir, Ö.(2002) Yoksullukla Mücadele Stratejileri, Ankara: Hak-İş Konfederasyonu Yayını, 2002. Türkiye ekonomisinde yoksulluk sorunu ve yoksulluğun analizi: 1987-1994

Devlet Planlama Teşkilatı.(1997). Ankara. Türkiye’de Yoksulluğun Ölçülmesi ve Sosyo-Ekonomik Yapılarla Ölçülmesi <http://ekutup.dpt.gov.tr/gelirdag/dansuke/yoksullu.pdf>. Erişim Tarihi:10.06.2009

Dünya Bankası Kalkınma Raporu(2001) . İstanbul. Erişim Tarihi:08.07.2009
(www.hukuki.net/forum/archive)

Dünyada ve Türkiye’ de Beslenme(2008). İstanbul. . Erişim Tarihi:12.06.2008
http://www.ato.org.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=41:duenyada-ve-tuerkiyede-beslenme-&catid=7:komguebilnot

Erdoğan, N.(2007). Yoksulluk Halleri, İstanbul, İletişim Yayınları Sayfa 207. Fidan, A. (2004). Türk iş sosyal güvenlik raporu. İstanbul. Erişim Tarihi:09.08.2009
www.ahmetfidan.com

Gelir ve dağılımı(2009) .İstanbul. Erişim Tarihi:12.09.2009

<http://www.bilgininadresi.net/Madde/15043/Gelir-ve>

[Da%C4%9F%C4%B1l%C4%B1m%C4%B1](http://www.bilgininadresi.net/Madde/15043/Gelir-ve)

Gökçay, E.(2009) Toplumsal sağlık ölçütleri. İstanbul. . Erişim Tarihi:12.09.2009

www.gata.edu.tr/dahilibilimler/.../4.../SAGLIK_OLCUTLERI.doc

Güvercin,C.H. (2004). Sosyal güvenlik kavramı ve Türkiye’ de sosyal güvenliğin tarihçesi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, Cilt 57, Sayı2. Erişim Tarihi:10.01.2010

http://www.medicine.ankara.edu.tr/fakulte/files/20042_6

Işık, O. ve Pınarcıoğlu M. (2001). “Nöbetleşe Yoksulluk- Sultanbeyli Örneği” İletişim Yayınları.

İlaç ve ecza kuruluşları(2006). İstanbul. Erişim Tarihi:12.06.2009

<http://www.hastaokulu.org/index.php?p=454&l=&t=2>

İstanbul’ da işsizlik. İstanbul. Erişim Tarihi:07.03.2008

http://www.lifeinbursa.com/haberx/40713/6/istanbulda_4_milyon_issiz.htm

İstihdam büroları(2009). İstanbul. Erişim Tarihi:10.08.2009

<http://istihdamburolari.com/istihdam-nedir-istihdam-kapasitesi-nedir.html>,

Karaman, B. ve Özçalık, M. (2007). Türkiye’de Gelir Dağılımı Esitsizliğinin Bir Sonucu: Çocuk _işgücü *Celal Bayar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Manisa* Erişim Tarihi:10.08.2009.

<http://www.bayar.edu.tr/~iibf/dergi/pdf/c14s12007/bkmo.pdf>.

Kavala, A.B. ve Keyder, Ç. Kent Nüfusunun En Yoksul Kesiminin İstihdam Yapısı ve Geçinme Yöntemleri. İstanbul. Erişim Tarihi:02.02.2008

Kılıç, C. (10.2003). Türkiye’ de işsizlik ve Avrupa’ da istihdam stratejisi. Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü.İstanbul. Erişim Tarihi:10.02.2009
http://www.tisk.org.tr/isveren_sayfa.asp?yazi_id=808&id=48

Kişi başına düşen millî gelir, Vikipedi. İstanbul. Erişim Tarihi:12.06.2009
http://tr.wikipedia.org/wiki/Ki%C5%9Fiba%C5%9F%C4%B1na_d%C3%BC%C5%9Fen_mill%C3%AE_gelir

Koçak, K.(21.10.2009). Sosyal Güvenlik Reformundan Sonra Sağlık Hizmetleri. İstanbul. . Erişim Tarihi:26.12.2009
<http://www.haberzorum.com/yazar.asp?yaziID=263>

Küreselleşme, büyüme ve gelir dağılımı(2009). İstanbul. Erişim Tarihi:12.06.2009
http://www.google.com.tr/search?hl=tr&rlz=1T4ADBS_enTR331TR335&ei=BqlFS6q_NJ30gTRYaHIAQ&sa=X&oi=spell&resnum=0&ct=result&cd=1&ved=0CAYQBSgA&q=yoksulluk+ve+gel%C4%B1r+dag%C4%B1l%C4%B1m+tablosu+tablosu&spell=1

Medimagazin -Sağlık Profesyonellerinin Gazetesi(2007). İstanbul. . Erişim Tarihi:10.12.2009 <http://www.medimagazin.com.tr/mm-kisi-basi-yillik-saglik-harcamasi-232-dolar-h-42835.html>

Memurlar net(02.04.2004). İstanbul. Erişim Tarihi:10.06.2009
<http://www.memurlar.net/haber/5757/>

Navarro, P. (1986). [The misconception of critical *medical anthropology*: A response](#) “Medicine Under Capitalism” Prodist, New York. . Erişim Tarihi:09.06.2008
linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953696003887

OECD raporu.(2006–2007). İstanbul. Erişim Tarihi:09.06.2008
http://www.oecd.org/document/43/0,2340,en_2649_201185_37806443_1_1_1_1,00.html

Önder, H. Ve Şenses, F. (2009). Türkiye’ de yoksulluk ve yoksulluk düşüncesi. İstanbul. dusuncekahvesi.googlepages.com/tr.de.yoksulluk.onder-senses.pdf . Erişim Tarihi:29.03.2009

Poulton, R.(2002). ’Association between children’ s experience of socio-economic disadvantage and adult health:a life course study, Lancet Nov. New York. Erişim Tarihi:09.06.2009

Sağlık ve sağlık hizmetleri.(2009). İstanbul. Erişim Tarihi:21.05.2009
<http://www.msxlab.org/forum/tip-bilim-dallari/211175-saglik-ve-saglik-hizmetleri.html>

Sigorta. (1998).Sigorta info, Sigortacılık, sigorta şirketleri ve sigorta poliçe çeşitleri. İstanbul. . Erişim Tarihi:20.06.2009. <http://www.sigortasi.info/saglik-sigortasi-nasil-olmali.html>

Sköld, M. (1998), “poverty and health : Who Lives, Who Dies, Who cares?” ,WHO, Macroeconomics, Health and Development Series, No: 28, Geneva. New York.

Suiçmez. H.(2004). Cumhuriyetin 80. Yılında Türkiye ekonomisinde verimlilik gelişmeleri İstanbul. Erişim Tarihi:10.06.2008

http://74.125.77.132/search?q=cache:SPFr2sJZIXcJ:www.mulkiyederigi.org/index.php%3Foption%3Dcom_rokdownloads%26view%3Dfile%26task%3Ddownload%26id%3D996%253Acumhuriyetin-80-yilinda-tuerkiye-ekonomisinde-verimlilik-gelimeleri-dr%26Itemid%3D63+turk%C4%B1ye+g%C4%B1n%C4%B1+%C4%B1ndeks%C4%B1n%C4%B1n+neres%C4%B1nde+tablo&cd=4&hl=tr&ct=clnk&gl=tr

Suyun kullanım alanları ve su kıtlığı (2009). İstanbul. Erişim Tarihi:10.10.2009

http://www.akifer.com.tr/images/tinymceBrowser/files/Suyun_Kullanim_Alanlari.pdf

Sürdürülebilir Kalkınma Dünya Zirvesi.(2009). İstanbul. Erişim Tarihi:12.06.2009

<http://www.tobb.org.tr/organizasyon/sanayi/kalitecevre/6.pd>

Sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılması tartışmaları ve çözüm önerileri.

İstanbul. (2000) .Erişim Tarihi:10.04.2009

<http://www.tcmb.gov.tr/yeni/evds/teblig/97/ayse.pdf>

Sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası kanununun kurumsal uygulamalarımıza getirdiği değişiklikler. Trakya üniversitesi, Strateji geliştirme daire başkanlığı.(2009).

Edirne. . Erişim Tarihi:12.12.2009

sgdb.trakya.edu.tr/SosyalGuvencilikMevzuatindaDegisiklik_20090116.ppt -

Sosyal sigortalar kurumu. (1998). SSK nedir? Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu.

Ankara. Erişim Tarihi:10.12.2009. <http://www.kozakli.gen.tr/portal/ssk-nedir-sosyal-sigortalar-kurumu-kanunu-a93-r0.html>

Sosyal güvenlik kurumu. (2009). Sosyal Sigortalar Genel Müdürlüğü Kısa Vadeli Sigortalar Daire Başkanlığı. Ankara. Erişim Tarihi:12.10.2009
<http://www.optisyenler.org/yasal-haberler/254-18-yas-alti-cocuklar-icin-duyuru.html>

Türk Tabipler Birliği. (2009). İstanbul. Erişim Tarihi:06.08.2009
<http://www.ttb.org.tr/kutuphane/gss2.pdf>

Türkiye istatistik kurumu. (2009). *Tüketim Harcamaları, Yoksulluk ve Gelir Dağılımı Sorularla Resmi İstatistikler Dizisi – 6*. İstanbul. Erişim Tarihi:12.04.2009
bilgi@tuik.gov.tr

Türkiye Motorlu Taşıt Bürosu. (2009). Ankara. Erişim Tarihi:08.08.2009
<http://www.tmtb.org.tr/sayfa.aspx?pid=8&id=18>

Türkiye'de işsizlik oranı(2006).. İstanbul. Erişim Tarihi:12.06.2009
<http://newsgroups.derkeiler.com/Archive/Soc/soc.culture.turkish/2006-08/msg00184.html>

Ulusoy, A. (2009). Gelir dağılımı adaletsizliği. İstanbul. Erişim Tarihi:04.06.2009
<http://www.oncevatan.com.tr/Detay.asp?yazar=26&yz=9466>

Veribaz. (2009). Türkiye' de işsizlik ve sebepleri, sayfa 21. İstanbul. Erişim Tarihi:14.02.2009
<https://www.veribaz.com/viewdoc.html?/www.veribaz.com:443/login.htmlm=1&ul=turkiyede-issizlik-ve-sebepleri-356959.html>

Yolcuoğlu, İ.G. (2009). Sosyal Hizmet Perspektifinden Kentsel Yoksulluk Sorunu-
2.İstanbul. Erişim Tarihi:04.07.2009

<http://www.sosyalhizmetuzmani.org/kentselyoksulluk2.htm>

EKLER:

EK.1. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ANKET FORMU

Değerli Katılımcılar:

Bu alıŐma Beykent niversitesi ğretim yelerinden Yrd. Doç. Dr. Kenan Ger danıŐmanlıęında yürütülmekte olup, çalışmanın amacı; Sosyal güvencesi olmayan kent yoksullarının sağlık sorunlarını tespit etmektir. Anketteki bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Her sorunun dikkatle okunup yanıtlanması, çalışma sonuçlarının sağlıklı olabilmesinde büyük önem taşımaktadır. Çalışmaya gösterdiğiniz ilgi, ayırdığınız zaman için teşekkür ederim.

Gülay Gürbüz

Yüksek Lisans ğrencisi

Yrd. Doç. Dr. Kenan Ger

Beykent niversitesi ğretim yesi

Anket Soruları

Anket no

1-Sağlık güvenceniz var mı?

1)Evet 2)Hayır

2-Kaç yaşındasınız?

1)Çocuk 0-18 yaş 2)19-29 yaş 3)30-39 yaş 4)40-49 yaş 5)50yaş ve üzeri

3-Cinsiyet

1)Kadın 2)Erkek

4-Medeni durum

1)Evli 2)Bekar

5-Eğitim durumu

1)Okur yazar değil 2- okur yazar (eğitim almamış) 3)İlköğretim 4)Lise 5)Diğer

6-Meslek

1)Memur 2)İşçi 3)Esnaf 4)Serbest Meslek 5)İşsiz

7- Kaç yıldır İstanbul' da yaşıyorsunuz?

1) 5 yıl 2)10 yıl 3) 20 yıl 4)30 yıl 5)İstanbul doğumlu

8-Oturduğunuz yer

1)Kira 2)Mülk 3)Başkasının yanı 4)Gecekondu 5)Diğer

9-Evde yaşıyan toplam kişi sayısı

- 1)1-3 2)4-6 3)7-9 4)10 ve üzeri

10-Evde ısınma durumu

- 1)Kömür sobası 2)Doğalgaz soba 3)Kombi 4)Elektrikli soba 5)Diğer

11-Isınmada ne gibi tasarruf önlemleri alıyorsunuz?

- 1)Tek odayı ısıtıyorum 2)Kapıları kapalı tutuyorum 3)Gereğinden az yakıyorum
4)Evde sıkı giyiniyoruz.

12-Ailede çalışan kişi sayısı

- 1)1 2)2 3)3 4)4 5)5 ve üzeri

13-Ailede çalışan kişilerin aylık toplam geliri

- 1)0-250 lira 2) 250-500 lira 3)500-750lira 4)750-1000 lira 5)1000 lira üstü

14-Ek gelir imkanınız var mı?

- 1)Var 2)Yok

15-Varsa hangisi

- 1)Ek iş 2)Başkasından yardım 3)Gayrimenkul geliri 4)Diğer 5)Ek gelirim yok

16-Evde çalışan çocuk sayısı

- 1)0-1 2)2-4 3)5-7 4)7 üzeri

17-Aylık toplam gider

- 1)0-250lira 2)250-500lira 3)500-750lira 4)750-1000lira 5)1000 lira üstü

18-Sağlık kurumuna ne zaman başvurursunuz?

- 1)Hemen 2)Kendim tedavi edemediğimde 3)Problemim ciddi bir hal
aldığında 4)Çevremdekiler baskı kurduğunda 5)Diğer

19-Kendi tedavi yöntemlerinizi uyguluyorsanız öncelikle hangi yolu seçiyorsunuz?

- 1)Temin edebildiğim ilaçlardan uyguluyorum(Ateş düşürücü, ağrı kesici v.b.)
2)Bitkisel tedavi bilgilerimi kullanıyorum 3)Komşulardan, tanıdıklardan alıyorum
4)Anlayan birine soruyorum 5)Diğer

20-Herhangi bir sağlık kurumuna başvurmanız gerektiğinde nasıl bir yol izliyorsunuz?

- 1)Ücret ödeyerek 2)Başka birine ait sağlık karnesini kullanarak 3)Dernek, vakıf
ve bireysel yardımları kullanarak 4)Yetkililere durumu anlatıp rica ederek
5)Diğer

21-Sağlık masraflarınızı nasıl karşılıyorsunuz?

- 1)Kendi gelirimle 2)Dernek yardımı ile 3)Kişi veya kişilerin yardımı ile 4)Diğer

22-Hastanede yatması gereken hastanız olduğunda giderlerini nasıl karşılıyorsunuz?

- 1)Kendi imkanlarım ile 2)Komşu,akraba ve özel dernek yardımı ile 3)Sosyal
yardımlaşa ve dayanışma kurumu yardımı ile 4)Diğer

23-Hastane çıkışı ne gibi problemlerle karşılaşıyorsunuz?

- 1)Taburculuk işlemlerinin uzaması 2)İletişim bozukluğu 3)Hakaret ve küçük
düşürülme
4) Ücret ödeyememe 5)Diğer

24-Tedaviniz için gerekli ilaç ve malzemeyi nasıl temin ediyorsunuz?

- 1)Kendi imkanlarım ile 2)Komşu,akraba ve özel dernek yardımı ile 3)Sosyal
yardımlaşa ve dayanışma kurumu yardımı ile 4) Hastane eczanesinden 5)Diğer

25-Sağlık merkezinde yapılacak hizmetin bedelini karşılayamayacağınızı anladığınızda ne yapıyorsunuz?

- 1)Taahütname imzalıyorum
- 2)Birilerinden maddi yardım talep ediyorum
- 3)Çalışanlara bana bu konuda yardımcı olmalarını rica ediyorum
- 4)Hastaneyi terk ediyorum
- 5)Diğer

26-Doktor tavsiyesi dışında ilaç kullanıyor musunuz?

- 1)Evet
- 2)Hayır

27-Evet ise ilacınızı neye göre seçiyorsunuz?

- 1)Eczane tavsiyesine göre
- 2)Tanıdıklarımın önerisine göre
- 3)Gazete ve televizyon haberine göre
- 4)Evde var olan ilaçlardan kullanıyorum
- 5)Diğer
- 6)Hayır kullanmıyorum

28-İlaç gerektiğinde nasıl temin ediyorsunuz?

- 1)Sağlık kurumu stoklarından
- 2)Tanıdıkların ihtiyaç fazlasından
- 3)Dernek, vakıf ve bireysel yardımlarla
- 4)Başkasının karnesine yazdırarak
- 5)Diğer

29-Giderlerinizin hangisinden en çok tasarrufa gidiyorsunuz?

- 1)Gıda
- 2)Eğitim
- 3)Giyim
- 4)Fatura giderleri
- 5)Diğer

30-Aylık mutfak masrafınıza ne kadar ayırabiliyorsunuz?

- 1)0-150lira
- 2)150-300lira
- 3)300-450lira
- 4)450-600lira
- 5)600lira üstü

31-Mutfak masraflarınızdan ne gibi kısıtlamalara gidiyorsunuz?

- 1)Sadece acil ihtiyaçlarımı alıyorum
- 2)Ucuz olan gıda malzemelerini alıyorum
- 3)Piyasayı araştırıyor ve en ucuz yerden alıyorum
- 4)Bir kısmını kendim üretiliyorum(salça, ekmek ,turşu , konserve, makarna v.b.)
- 5)Diğer

32-Gıda alışverişinizi nereden yapıyorsunuz?

1)Süper marketlerden 2)Pazardan 3)Mahalle bakkalından 4)Diğer

33-Gıda alışverişinizi nasıl ödüyorsunuz?

1)Nakit 2)Kredi kartı 3)Veresiye 4) Başkalarının yardımları ile
5)Diğer

34-Ekmeğinizi nasıl temin ediyorsunuz?

1)Satın alıyorum 2)Kendim kömür sobasında yapıyorum 3)Belediyeden alıyorum
4)Bayat ekmek alıyorum

35-Ekmeğinizi alırken ne gibi tasarruf önlemleri alıyorsunuz?

1)Halk ekmek alıyorum 2)Bayat ekmek alıyorum 3)İhtiyacımdan az alıyorum 4)Pilav
ve makarna türleri kullanıyorum 5)Diğer

36- Su ihtiyacınızı ve faturalarınızı nasıl karşılıyorsunuz?

1)Kendi imkanlarım ile 2)Dernek, vakıf ve benzeri kuruluşlar vasıtası ile 3)Başka
kişilerden yardım talep ediyorum 4)Ödemiyorum çünkü mahallede bulunan ortak
sudan taşıyorum

37- Elektrik ihtiyacınızı ve faturalarınızı nasıl karşılıyorsunuz?

1)Kendi imkanlarım ile 2)Dernek, vakıf ve benzeri kuruluşlar vasıtası ile 3)Başka
kişilerden yardım talep ediyorum 4)Kaçak elektrik kullanıyorum

38- Giyim ve mobilya ihtiyaçlarınızı nasıl karşılıyorsunuz?

1)Kendi imkanlarım ile 2)Dernek, vakıf ve benzeri kuruluşlar vasıtası ile 3)Başka
kişilerden yardım talep ediyorum 4)Yanında çalıştığım kişilerin kullanmadığı veya
eski bulduğu eşyalardan karşılıyorum

39- Sebze ve meyve gibi ihtiyaçları ne sıklıkta alıyorsunuz?

1)Haftada bir kez 2) Ayda bir kez 3)evremdeki kişiler verdiği zaman 4)
Alamıyorum

40- Vakıf, dernek ve benzeri kuruluşlardan ne sıklıkta yardım alıyorsunuz?

1)Ayda bir kez 2) Üç ayda bir 3) Altı ayda bir 4) Ne zaman verirlerse 5)
Almıyorum

41- Banyo yapma sıklığınız nasıldır?

1)Her gün 2)Haftada iki kez 3) Haftada bir kez 4)1 haftadan uzun
aralıklarla

42-Evde hijyen ortamı sağlayabiliyor musunuz?

1)Evet 2)Kısmen 3)Hayır

Teşekkür Ederim.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitiminin boyunca değerli bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım ve tezimi hazırlamamda büyük yardımlarını gördüğüm saygıdeğer danışman hocam Yrd. Doç. Dr Kenan Göçer'e, beni sürekli çalışmaya motive eden, bana benden daha çok güvenen, tezimi hazırlama aşamamda her daim yanımda olan, yardımlarını esirgemeyen çok değerli insan Dr. İlhami Cihan'a, bu aşamada sıkıntılarımı dinleyen, beni anlamaya çalışan ve her zaman desteğini hissettiğim aileme, beni sürekli motive etmeye çalışan arkadaşlarıma, beni dinleme zahmetine katlanan arkadaşım Dr. Sevilay Muratlı'ya, ve bu dönemi mümkün olduğu kadar az sıkıntıyla aşmamı sağlayan canım kardeşim Duygu Gürbüz'e sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

ÖZGEÇMİŞ

25.Kasım 1982 tarihi Kayseri İli Sarız ilçesi doğumluyum. İlkokul'u Mersin, ortaokul ve lise'yi Adana'da tamamladıktan sonra Gaziantep Üniversitesi Kilis Yusuf Şerefoğlu Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümüne kaydoldum.Bu bölümden 2004 yılında mezun oldum. 2004 yılından itibaren Hemşire olarak görevimi sürdürmekteyim. 2008 yılında Beykent Üniversitesi, İşletme Anabilim dalında yüksek lisans eğitimine başladım.

Özel ilgi alanlarım, işletme yönetimi, hastane ve sağlık kurumları yönetimi, stratejik karar verme süreçleridir.

Yabancı dilim İngilizce olup, bekarım.

Aday: Gülay GÜRBÜZ