

# TÜRKİYE'DE ANA VE ÇOCUK SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN DURUMU: 2002-2017

Muzaffer ESKİOCAK\*

**Öz:** Sağlıkta neoliberal dönüşüm, topluma dayalı koruyucu hizmetlerden liste kişilerine başvuruya dayalı negatif performans tehdidi altında seçilmiş koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulmasına geçiş ile sürmektedir. Bu çalışmanın amacı 24 Ocak 1980'de başlayan sürecin son 15 yılının sonuçlarını Türkiye'de kadınların ve çocukların sağlığı ve koruyucu hizmetlerden yararlanma üzerinden değerlendirilmesidir. Değerlendirmede Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları, Dünya Sağlık Örgütü, Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu, Birleşmiş Milletler Nüfus ve Kalkınma Örgütü (UNDP) gibi kuruluşların yayınladıkları raporlar temel alınmıştır. Değerlendirmede Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin "Ardında Kimseyi Bırakma" mottosu üzerinden eşitsizlik kurbanlarına bakmaya özen gösterilmiştir. Anne ve bebek ölümlerinde kabul edilemez bir yükseklik vardır. Türkiye'nin kadın ve çocuk sağlığı açısından Dünya ölçeğinde sıralamadaki yerlerinde kabul edilemez bir gerilik/gerileme vardır. Bebek ölümlerinde eşitsizlik görülen toplumsal kesimlerinin sağlık hizmetlerine erişimlerinde iyileşme bir yana durağanlaşma ya da kimi zaman kötüleşme söz konusudur.

**Anahtar sözcükler:** neoliberal dönüşüm, Kadın sağlığı, çocuk sağlığı, Türkiye

## State of Maternal and Child Health Services in Turkey: 2002-2017

**Abstract:** Neoliberal transformation in health continues with a shift from community based protective services to the delivery of protective services selected under the threat of negative performance based on application to enlisted persons. The objective of the present study is to assess the outcomes of the last 15 years of a process that started first in 24 January 1980 with respect to maternal and child health and utilization of protective services. The assessment builds on Demographic and Health Surveys conducted in Turkey and reports published by various organizations including the World Health Organization, United Nations Children's Fund and United Nations Development Programme (UNDP). The study pays particular attention to the victims of inequality on the basis of the motto "leaving no one behind" under the Sustainable Development Goals. Maternal and infant deaths in Turkey are unacceptably high. Also unacceptable is Turkey's retrogression in the worldwide ranking in terms of maternal and child health. In terms of infant mortality, there is no headway but even worsening in the access of disadvantaged groups to health services leaving aside any improvement.

**Key words:** neoliberal transformation, maternal health, child health, Turkey

"Sağlık hizmetlerinin piyasa koşullarına göre verildiği yerlerde, sunulan sağlık hizmetleri, büyük çoğunluğun gereksiniminden faklıdır, gereksinimlerin daha az olduğu yerlerde yığılırlar dolayısıyla dezavantajlı gruplar- daha çok gereksinimi olanlar daha az yararlanırlar (Hart, 1971)."

## Giriş ve amaç

Halk sağlığının amacı sağlıklılığı korumak ve geliştirmek, sağlığa kavuşturmak, ızdırabı ve endişeyi dindirmektir. Biz başarılı olduğumuz yargısına sıklıkla bebek ölüm hızındaki azalma ve beklenen yaşam süresindeki uzama ile varırız (**Soskolne ve Last, 2007**).

Ne var ki, Sağlıkta Dönüşüm Programı henüz pilot uygulama düzeyinde iken tespit edildiği gibi "birbirinden ayrıştırılmış birinci basamak ve toplum sağlığı örgütlenmeleri; birleştirilemez özellikte bir kayıt sistemi ve kayıt dışı kalma olasılığının yüksek olmasının yanı sıra sağlık gereksinimleri de yüksek

öncelikli nüfus gruplarının varlığı gibi sorunlar üretmiştir (**Vatansver, 2007**).

Sağlık Bakanlığı'nın yayınlanmış istatistiklerinde, sağlık düzeyini gerçekte olduğundan daha iyi gösterme çabası editöre yazılan mektuplarla düzeltilmiştir (**Barış ve ark., 2011; Atun ve ark., 2013; Aksakoglu, 2011; Şener, 2011; Civaner, 2014; Yavuz ve Eskiocak, 2014; Kılıç, 2014; Hamzaoglu, 2014; Aksakoglu, 2014; Aktan ve ark., 2014; Tanık, 2014; Pala, 2014; Civaner ve ark., 2013**). Bebek ölümleri ile ilgili bakanlık hesaplamasının uluslararası hesaplamalardan farklı olduğu, bebek ölümlerinin

\*Prof. Dr., Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Geliş Tarihi / Received : 20.11.2017

Kabul Tarihi / Accepted : 29.12.2017

bu yolla düşük gösterildiği bebek ölümlerinin gizlendiği bilimsel ortamda yayınlanmıştır (**Eskiocak ve Selçuk., 2014; Hamzaoğlu, 2017**).

Bu yazının amacı; Türkiye’de kadınların ve çocukların sağlığını koruyucu hizmetlerden yararlanma ve sonuçlarının seçilmiş kaynaklar üzerinden değerlendirilmesi, bu yolla sorun alanlarının ve çözüm önerilerinin tartışılmasına kanıta dayalı zemini güçlendirmektir.

Ana ve çocuk sağlığı hizmetleri, süreç içinde, doğum öncesi bakım, doğuma yardım ve 5 yaş altı çocuk izleminden, yaşam boyunca sağlık hizmetlerini zamanında ve gerektiği ölçüde karşılamayı, erkeklerin de katılımlarını sağlayarak güçlendirmeyi öngören üreme sağlığı hizmetlerine evrilmiştir (**WHO, 2017a**). Alma Ata Konferansı’nda tanımlanan 2000 Yılına Dek Herkese Sağlık Hedefleri, ardından BM tarafından duyurulan Binyıl Kalkınma Hedefleri var olan sağlık düzey ölçütleri üzerinden eşitsizliklerin ve sağlıksızlığın bir miktarı kabul edilebilir bulunurken, erişilememiş hedefler yeniden gözden geçirilerek Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri olarak 2030 yılı için ilan edilmiştir. Eşitsizlik ve sağlıksızlığın bir ölçüde de olsa

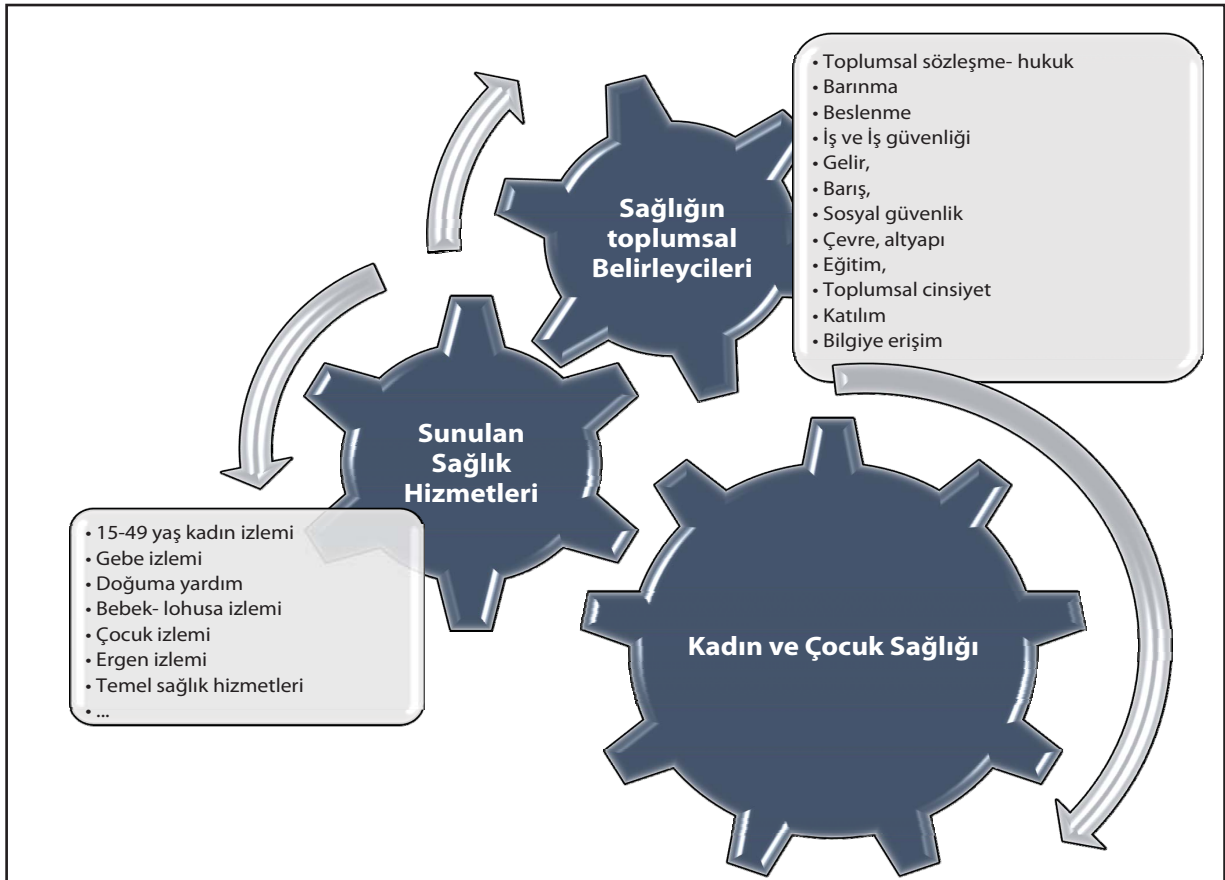
kabul edilmezliği “Leave no one behind” mottosu ile duyurulmaktadır (**WHO, 2017b**).

Sağlık, sağlığın toplumsal belirleyicilerinin başat etkisiyle ve sağlık hizmetlerinin toplumun ve kişinin gereksinimlerini karşılayacak çeşitlilikte ve miktarda, topluma dayalı bir biçimde, ekonomik, kültürel ya da coğrafi bir engel olmaksızın sunulup kullanılması durumunda sürdürülecek, yitiminde geri kazanılacak bir durumdur. Kadın ve Çocuk sağlığı hizmetleri için bu tanımlama aşağıdaki gibi gösterilebilir (Şekil 1).

### Gereç ve yöntemler

Değerlendirmede Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), Birleşmiş Milletler Nüfus ve Kalkınma Örgütü (UNDP) gibi kuruluşların yayınladıkları raporlar temel alınmıştır. Sağlık bakanlığı ve TÜİK verileri de kimi çekincelerle tartışılacaktır

Değerlendirmede Türkiye’de 24 Ocak 1980 Kararları ile başlayan ve 2003 Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde yürütülen neoliberal dönüşüm sürecinin son dönemine odaklanmaya çalışılacaktır (**Öztük ve ark., 2008; SB, 2003**).



**Şekil 1. Kadın ve çocuk sağlığı hizmetleri**

Değerlendirmede hizmet sunumu açısından olanaklar, kadın ve çocuk sağlığı açılarından durum (Beklenen yaşam süresi, ana ölüm hızı, insani gelişme indeksi, cinsiyet uçurumu indeksi, 5 yaş altı çocuk ölüm hızı -5YAÇÖH-, bebek ölüm hızı -BÖH-, beslenme durumu,...) ve sağlık hizmetlerinden yararlanma (kontraseptif yöntem kullanımı, doğum öncesi bakım, doğuma yardım, doğum sonu bakım, bağışıklama, bebek çocuk izlemi...) irdelenecektir.

Hizmetlerden yararlanmada eşitsizlik, en kötü durumdakinin verilerinin en iyi durumdakinin verilerine bölünmesiyle (örn. Kır/ Kent), hedeflenen düzeye uzaklık (örn. Tam aşılı olma hedefi) değerlendirilmiştir. Hastane dışında doğum yapan lise ya da daha yüksek eğitilmiş, çocuğunu hiç aşılatmamış en varlıklı olmadığı için kıyaslamada bir alt kategori kullanılmıştır.

### Çalışmanın kısıtlılıkları

Konu ve zaman genişliği, bilgi üretme ve paylaşımı ile ilgili sorunlar nedeniyle, güvenilirlik derecesi genel kabul gören veriler temel alınmıştır.

### Bulgular

#### Hizmet sunum yapılanmasında dönüşüm süreci ve yeterlilik

Düzce'de 2005'te pilot uygulama ile başlayan Aile hekimliği (AH) kapsayıcılığı 2010'da bir anda eklenen 41 il (nüfusun %69'u) ile 2010'da tamamlanmıştır (SB, 2017).

AH Pozisyonu başına en az nüfus 2980 kişi ile Bartın'da, 4425 kişi ile Hakkari'dedir.

Aile hekimliği pozisyonlarının dağılımı adil değildir. Her ne kadar AH Pozisyon sayısı artmış ise de,

**Tablo 1. Aile hekimliğine geçişin zaman ve nüfusa göre dağılımı**

Geçiş Yılı	İl Sayısı		Eklenen nüfus	Kapsanan nüfus	Kapsama yüzdesi
	Planlanan	Uygulanan			
2005	1	1	3 555 156	3 555 156	4,7
2006	6	6	2 868 248	6 423 404	8,5
2007	7	8	6 803 698	13 227 102	17,5
2008	41	17	8 699 897	21 926 999	28,9
2009	26	4	3 971 201	25 898 200	34,2
2010	-	46	49 862 310	75 760 510	100,0

2014'te illerin %48'i göreceli olarak daha az hizmet almaktadır. Hekimlerin dağılımında adaleti değerlendirmek için kullanılan Robin Hood İndeksi'ne göre göreceli olarak daha az hizmet alan iller 2010'da %46 iken 2014'te %48'e çıkmıştır. İllerin 28'inde (%34,6) AH Pozisyonu sayısı artışı, nüfus artışına oranla düşüktür (Tokuç, 2016).

### Kadın sağlığının durumu

Toplumların refah hizmetlerinden yararlanma ve sağlık durumunun özetleyicilerinden biri İnsani Gelişim İndeksi ve ülkeler sıralamasındaki yeridir. Türkiye 1980'de 57'nci, 2000'de 68'inci sırada yer alırken, 2016'da daha da geriye düşmüş, 71'inci sıraya inmiştir (UNDP, 2017). Benzer biçimde cinsiyet eşitsizliğinin göstergesi Cinsiyet Uçurumu

İndeksi'nde Türkiye'nin ülkeler sıralamasındaki yeri 2006'dan 2016'ya son on yılda 106'dan 130'a gerilemiştir (Hausmann ve ark., 2006; Schwab ve ark., 2016). Satın alma Gücü Paritesi'ne göre yıllık kişi başına yaklaşık 10.000 ABD \$'dan daha az gelir, 1,8 yıl daha az okulda oluş, binde 27,6 adolesan gebelik (Avrupa'da binde 17,6), 100 000 canlı doğumda 16 ana ölümünün olduğu ülkemizde, kadınların sağlık ve toplumsal cinsiyet durumlarındaki kötüleşme sağlık düzeyi ölçütlerinde görülmektedir (WHO, 2017c).

Ana Ölüm Hızı zaman içinde 2000'lerdeki düzeyinin yarısına inmiş ise de halen Avrupa'da erişilmiş en düşük hızdan 5 kat fazladır ve her 100 000 canlı doğumda önlenebilmesi gereken 13 anne ölümü olmaktadır (Tablo 3).

**Tablo 2. Türkiye'de aile hekimliği pozisyon sayısı ve toplum sağlığı merkezleri sayı ve nüfusa göre dağılımı (SB, 2016; TÜİK, 2016)**

Yıl	TÜİK ADNKS nüfus	AH pozisyon sayısı	AH pozisyonu başına nüfus	Aile sağlığı merkezi başına nüfus	Toplum sağlığı merkezi	Toplum sağlığı Merkezi başına nüfus
2010	73 722 988	20 183	3 653	11 647	986	74 770
2015	78 741 053	21 696	3 629	11 408	970	81 176

**Tablo 3. Avrupa'da ve Türkiye'de ana ölümlerinde değişim (WHO, 2017c)**

Ana Ölüm Hızı (100 000 canlı doğumda)	1990	2000	2015
Avrupa'da en düşük	6	4	3
Türkiye'de	48	33	16

**Tablo 4. Avrupa'da ve Türkiye'de bebek ölümlerinde değişim (WHO, 2017c; UNICEF, 2016)**

Ölçüt	Yer	1990	2000	2015
Bebek ölüm hızı (Bin canlı doğumda)	Avrupa'da en düşük	5	3	2
	Türkiye'de	56	34	12
5YAÇÖH (Bin canlı doğumda)	Avrupa'da en düşük	6	4	2
	Türkiye'de	74	42	14

Türkiye'de kadınlar için, doğumda beklenen yaşam süresi (78,9 yıl) Dünya'da erişilmiş en uzun süreden 7,9 yıl daha kısadır; sağlıklı geçmesi beklenen yaşam süresi (66,2 yıl) beklenen yaşam süresinden 12,7 yıl-yaşam süresinin %16 kadar- kısadır.

### Çocuk sağlığının durumu

Beş yaşından küçüklerde yaşa göre düşük ağırlık prevalansı kentte %8, kırdada %14, çocuk yoksulluğu %33'tür. Keza Türkiye'de adölesan (10-19 yaş) kızların %7'si evli/birlikte yaşamakta olup, Adölesan Doğurancılık Hızı %0 29'dur (WHO, 2017c).

Türkiye'de kentsel alanda PM 2,5 kirliliği yıllık ortalaması (35,2 µg/m<sup>3</sup>) Dünya Sağlık Örgütü limitininin 1,4 katıdır (WHO, 2017c). PM<sub>10</sub> ve SO<sub>2</sub> hava kirliliğinin düşük doğum ağırlığı, erken doğum ve ölü doğum

gibi olumsuz perinatal sonuçlarla ilişkili olduğu Türkiye'de yapılan bir çalışmada da gösterilmiştir. Bu çalışmanın bulgularına göre; tüm gebelik boyunca maruz kalınan PM<sub>10</sub> ortalamasının olgu grubunda, kontrol grubuna göre 1,997 kat yüksek olduğu görülmüş olup; perinatal olumsuz sonuç (Düşük doğum ağırlığı ve/veya erken doğum ve/veya ölü doğum) riski artışı 1,103 kat ile 3,617 kat arasında değişmektedir. Gebeliğin ilk 12 haftasında PM10 limitini aşan gün sayısı, olgu grubunda kontrol grubuna göre yaklaşık 1,167 kat yüksek olup; perinatal olumsuz sonuç riski 1,024 ile 1,330 kat arasında değişkenlik gösterebilmektedir. Gebeliğin üç ile sekizinci haftaları arasında PM<sub>10</sub> limitini aşan gün sayısı olgu grubunda kontrol grubuna göre 1,118 kat yüksek olup; perinatal olumsuz sonuç riski 1,005 ile 1,242

**Tablo 5. Kadınlara sunulan koruyucu hizmetler ve sorun alanları**

Hizmet	Sunucu	Hedef grup	Sorun
15-49 yaş kadın izlemi	Aile hekimi	Liste kişileri	Başvuruya dayalı, performans dışı
Meme kanseri erken tanısı	TSM-KETEM	Başvuranlar	Başvuruya dayalı, performans dışı
Serviks kanseri erken tanısı	TSM-KETEM	Başvuranlar	Başvuruya dayalı, performans dışı
Anemi denetimi- Fe dağıtımı	Aile hekimi	İzlenen gebeler	Lojistik yetersizlik, reçete bedeli, güven
Kemik sağlığının geliştirilmesi- D vitamini dağıtımı	Aile hekimi	İzlenen gebeler	Lojistik yetersizlik, reçete bedeli, güven
Sağlık Eğitimi	Aile hekimi, TSM	Başvuranlar, sorunu olanlar	Politik isteksizlik, kamu spotları ile yetinme, ana- baba okulu gibi, ticarileşme
Aile planlaması	Aile hekimi, TSM-AÇSAP Birimi	Liste kişileri	Başvuruya dayalı, politik isteksizlik
Gebelik sonlandırma	Hastaneler	Başvuranlar	Politik isteksizlik, yasallık tartışması, normatif sınırlama
CYBH mücadele	Aile hekimi, TSM-Frengi Lepra ZH birimi, hastaneler	Başvuranlar	Stigma
Gebe izlemi	Aile hekimi, hastaneler	Başvuranlar	Negatif performans
Bağışıklama	Aile hekimi, hastaneler	Başvuranlar	Negatif performans, lojistik
Doğuma yardım	Hastaneler, ebeler	Başvuranlar	Evde ebe izlemi yok
Lohusa izlemi	Hastaneler, ebeler	Başvuranlar	Evde ebe izlemi yok
Emzirmenin desteklenmesi	Hastaneler, ebeler	Başvuranlar	Evde ebe izlemi yok
Hemoglobinopati kontrol programı	TSM	Evlenme öncesi kimi yerlerde zorunlu, başvuranlar	-
Evlilik öncesi danışmanlık	Aile hekimi, TSM	Başvuranlar	Süreklilik ürünü değil, güven- etki

kat arasında değişebilmektedir. Gebelik boyunca SO<sub>2</sub> limitini aşan gün yüzdesi olgu grubunda kontrol grubuna göre 1,161 kat yüksek bulunmuş olup; perinatal olumsuz sonuç riski 1,033 ile 1,303 kat arasında değişkenlik göstermektedir (**Arkant, 2017**). Çocukların sağlık durumunun mihenk taşlarından en önemlisi 5YAÇÖH 1000 canlı doğumda 14'tür. Türkiye 193 ülke arasındaki sıralamada 2001'deki 79. sıradan 2015'te 112. sıraya ilerleyerek gelişme sağlamış olsa da bu hız erişilmiş en iyi düzeyin 7 katıdır ve her bin canlı doğan bebekten 12'si önlenemez- önlen(e)memiş nedenlerden dolayı 5. yaş gününe erişmeden ölmektedir (**UNICEF, 2002; UNICEF, 2016**). Bu da, yılda gerçekleşen 17-19 bin arası ölümden yaklaşık 2 500'ünden sonrasının kabul edilemezliği anlamına gelmektedir (Tablo 4).

Türkiye'de 5 yaşından küçük ölen çocukların yarısı yenidoğan döneminde ölmektedir, 1 ayını doldurmadan ölen 7 bebekten 1'inin ölümü önlenemez, ölen 6 yenidoğan ise önlen(e)memiş ölümdür (**UNICEF, 2016**).

#### **Kadınlara sunulan koruyucu hizmetlerin durumu**

Aile hekimliğine geçiş ile birlikte hizmetlerin topluma dayalı sunumundan (özellikle ebeler ve sağlık memurları aracılığıyla toplumun yaşadığı/ çalıştığı/ okuduğu yerde hizmet sunumu) başvuruya dayalı sunuma geçiş, başvuramayacak durumda olanların (gereksinimlerinin farkında olmayanlar, ekonomik, coğrafi, kültürel erişimi kısıtlı olanlar, engelliler, yaşlılar, yoksullar, dezavantajlı gruplar) hizmetlerden yararlanmalarında eşitsizlik oluşma zemini gelişmiştir. Bu durum Edirne'de Romanlar için gösterilmiştir (**Eskiocak, 2012**).

Performansa dâhil edilmeyen 15-49 kadın izlemin yapılmıyor olması prekonsepsiyonel dönemde sağlık eğitimi sunmak ve kadının sağlık durumunu (anemi, obezite, yüksek tansiyon... varlığı) değerlendirip sağlığı koruma ve geliştirmeye odaklanma, güvenli bir cinsel yaşam için tutum geliştirme, istenmeyen gebelikleri önleme, güvenli annelik için hizmet sunma gibi olanakları özellikle Tudor Hart'ın belirttiği sağlık hizmetlerinden yararlanmada terslik kanununun işlemlerini önleme olanağını ortadan kaldırmaktadır (**Eskiocak, 2012; Hart, 1971**). Sağlık eğitiminin yüz yüze ya da küçük gruplara verilemeyecek duruma gelişi, sağlık otoritesini daha geniş kesime ulaşma olanağına karşın etkinliği düşük, farkındalık oluşturmayla sınırlı kamu spotları ile sağlık eğitimi verme durumunda bırakmıştır.

Ebeler tarafından geçmişte yapılan evde izlemlerin eşitsizliği derinleştirme potansiyeli olan dezavantajları

bir ölçüde dengeleyen, hizmette süreklilik ve güven sağlayan niteliği, günde 50 dolayında hasta bakılan Aile Hekimliği Birimi dışına son derece sınırlı çıkma şansı bulacak Aile Sağlığı Elemanlarının gerçekleştirilmesi neredeyse olanak dışıdır (**Eskiocak, 2012**).

Gebe ve lohusa izlemi için oluşturulan kılavuzların niteliği artırıcı potansiyeline karşın; negatif performans cezalandırması, başvuruya dayalı hizmet, gebelik saptamada 12-14. haftalara dek gecikmeyi kabul başvur(a)mayanların (dezavantajlı oluş ya da çocuk yaşta gebelik) istenmeyen gebeliklerin güvenli bir biçimde sonlandırılması zamanını kaçırmama, kovuşturma endişesiyle izlem dışında kalma, profesyonel yardım almadan doğurma gibi sonuçlara neden olabilir.

Nüfus politikasını pronatalist bir yönelimle tanımlayan "Ailenin ve Dinamik Nüfus Yapısının Korunması Programı Eylem Planı 2014-2018" yılları içinde, üst yapının en yetkilileri tarafından, Aile Planlaması hizmetlerine, gebeliğin yasal süresi içinde güvenle sonlandırılmasına, doğurma biçimine yönelik kriminalize edici söylemlerle oluşturulmuş, nüfusun dinamizmini yitirdiği, durağanlaştığı, Toplan Doğurganlık Hızının (TDH) nüfusun yenilenmesi için gerekli düzeyinin altında (2013'te 2,07) olduğu, 2018'de 2.1'e çıkarılması hedefi yazılmıştır (**Kalkınma Bakanlığı, 2015**).

Nüfusun replasman düzeyini değerlendirirken TDH'nin yanı sıra doğumda beklenen yaşam süresine bakılması gerekmektedir. Yetmiş beş yıl yaşam beklentisi olan yerlerde TDH 2,11 ve üstünde ise nüfusta yenilenme sorunu beklenmemektedir (**Demeny ve McNicoll, 2003**). Türkiye'de 2013 yılı için Doğumda Beklenen yaşam süresi 76,9 yıl olarak bildirilmiştir (**SB, 2014**). Türkiye'de Nüfus ve Nüfus Politikalarının irdelendiği çalışmada yazarlar; ailelere çocuk sayısı empoze edilmemesi, kontraseptif hizmetlere erişimin ve kullanım prevalansının yüksek tutulması, ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin daha da güçlendirilmesi, kadın-erkek ayrımcılığının önlenmesi, toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması, devletin kurumsal çocuk bakımın sağlanmasında sorumluluk alması ve doğumun özendirilmesi gerektiğini bildirmiştir (**Eryurt ve ark., 2013**).

#### **Çocuklara sunulan koruyucu hizmetlerin durumu**

TNSA-2013 bulgularına göre Ülkemizde doğanların %2,7'si (yaklaşık 30-35 bin bebek) hastane dışında doğmuştur (**HUNEE, 2014**). Bu bebekler büyük bir olasılıkla doğum öncesi bakım almamışlardır, anneleri tetanoza karşı bağışıklanmamıştır, hepatit paneli

çalışılmamış, vertikal hepatit B geçişine karşı önlem alınmamıştır. Bu bebeklere TC kimlik numarası alımı zamanlıca olmayacağından aile hekimine kayıt ile listeye eklenme, izleme prosedürünün başlaması da olmayabilecektir. Bu hal, özel bir duyarlılıkla – **bardağın boş tarafına bakmak**- bakılmazsa görülmeyecek, ahlaki açıdan kabul edilemez, ardımıza kimseyi bırakmamanın hedeflendiği sürdürülebilir kalkınma hedefleri açısından ironik bir durum yaratmaktadır.

Çocuk sağlığına yönelik, pnömoni ölümleri ve poststreptokoksik komplikasyonları önleme, uygun antibiyotik kullanımı öğeleriyle önemli Akut Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Denetimi Programı'nın yürütüldüğüne dair işaret yoktur. Benzeri bir durum İshalli Hastalıkların Denetimi Programı için geçerlidir.

İnfluenza pandemisi yönetim sürecinde oluşan/oluşturulan güvensizlik ve şüphe ile beslenen, ardından Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı'nın açtığı davalarla hukuki zemini oluşturulan, modern tıbbın en önemli yarar sağlayıcılarından bağışıklama hizmetlerine yönelik postmodern yaklaşım, rol modellerin aşılamaı reddedici tutumlarıyla bağışıklama hizmetleri için tehdit oluşturma derecesine gelmiştir. Anayasa Mahkemesi'nin aşı yaptırmak zorunluluğuna dair kararının üzerinden 2 yıl geçtiği halde Sağlık Bakanlığı'nın yeni bir düzenleme çıkarmayı politik üstyapının istekliliğine dair işaret olarak algılanabilir (**Anayasa Mahkemesi, 2015; Medimagazin, 2015**).

### Bağışıklama hizmetlerinin durumu

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) Türkiye için bağışıklama ile ilgili performans göstergelerini 13-24 aylıklarda %90 tam aşılama oranı, 0 yaş grubunda %98 DaBT-Hib-İPA-3 aşılama hızı ve kızamık için "0" yerli olgu olarak duyurmuştur (**THSK, 2013**).

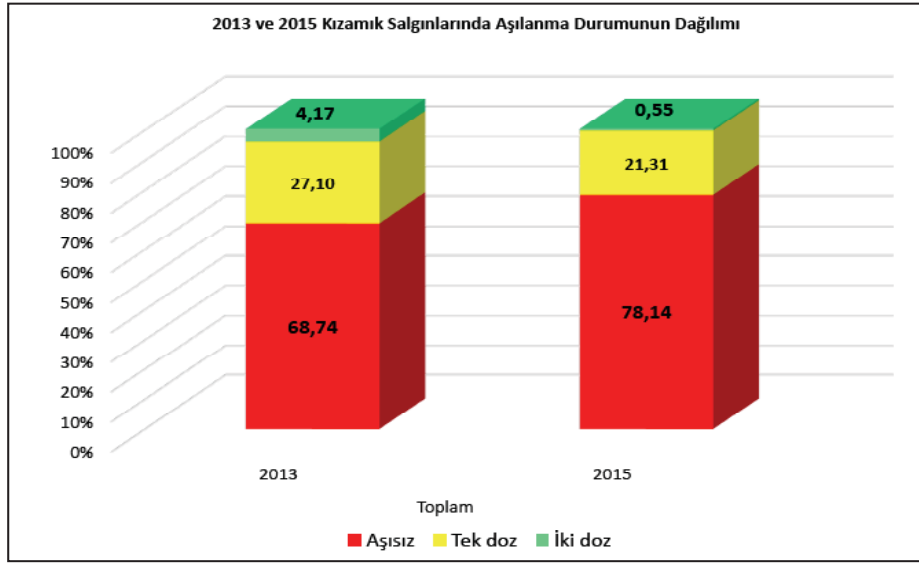
DSÖ, Türkiye'nin aşılama oranlarını **düşük**-orta güven derecesi ile, genellikle %94-98 aralığında, Kızamık 2. doz ile aşılama oranlarını %85-88 dolayında tahmin etmektedir (**WHO, 2017d**). DBT3 ve Kızamık içeren aşılama oranlarında Bakanlığın bildirdiği aşı oranları TNSA bulgularından 4,2-9,6 yüzdelik dilim daha yüksektir (Tablo 7). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 bulguları daha düşük aşılama oranları bildirmektedir (**HUNEE, 2014; Hamzaoğlu, 2006; SB, 2011; SB, 2015**). Bakanlığın sağlık istatistik yıllıklarında paylaştığı oranlar stratejik hedeflere uygun düzeydedir. Ne var ki, Türkiye'de 2011'de başlayan bir kızamık salgını varlığını sürdürmektedir (**WHO, 2017e**). Ekim 2016- Eylül 2017 arasında 19 doğrulanmış kızamık olgusu bildirilmiştir (**WHO, 2017f**).

Kızamık aşısının birinci ve ikinci dozlarının enfeksiyon zincirinin kırılması açısından önemli düzeyin -%95'in altıda olduğu il sayıları sırasıyla 16 ve 60'tır, ikinci doz yalnızca 48 ilde %90'ın üzerindedir (**WHO, 2017g**).

DSÖ Avrupa Enfeksiyon Hastalıkları Bilgi Merkezi (CID) verilerine göre 2016 yılında 9, 2017 yılında ilk 11 ayda 24 kızamık olgusu saptanmıştır.

**Tablo 6. Çocuklara sunulan koruyucu hizmetler ve sorun alanları**

Hizmet	Sunucu	Hedef grup	Sorun
Büyüme ve gelişmenin izlenmesi	Aile hekimi	Liste kişileri, başvuranlar	Negatif performans
Yenidoğan taramaları	Doğum yapan hastane, aile hekimi	Hastanede doğanlar	Hastane dışında doğanlar, kan alma zamanı
YD İştme taraması	Hastane	Yenidoğanlar	Başvuranlar
Bağışıklama-okul öncesi	Aile hekimi	Liste kişileri, başvuranlar	Negatif performans, politik isteksizlik, aşı üretmeme, aşı reddi
Bağışıklama-okul çocukları	TSM, Aile hekimi	Okul çocukları	Negatif performans, politik isteksizlik, aşı üretmeme, aşı reddi, okula devamsızlık, AH-TSM eşgüdüm
Anemi denetimi- Fe dağıtımı	Aile hekimi	İzlenen bebekler	Lojistik yetersizlik, reçete bedeli, güven yitimi
Kemik sağlığının geliştirilmesi- D vitamini dağıtımı	Aile hekimi	İzlenen bebekler	Lojistik yetersizlik, reçete bedeli, güven yitimi
Anne sütü ile besleme	Aile hekimi	İzlenen bebekler	Başvuruya dayalı, mama ticareti
ASYE denetimi	Aile hekimi	Başvuran 5 yaşından küçük çocuklar	Politik isteksizlik, lojistik yetersizlik, reçete bedeli
İshalli hastalıkların denetimi	Aile hekimi	Başvuran yaşından küçük çocuklar	Politik isteksizlik, lojistik yetersizlik, reçete bedeli
Sağlık Eğitimi	Aile hekimi, SM	Başvuranlar, sorunu olanlar	Politik isteksizlik, kamu spotları ile yetinme, ana- baba okulu gibi, ticarileşme



**Şekil 2. CISID verilerine göre Türkiye’de kızamık salgınının aşılama durumunun 2013 ve 2015’teki dağılımı**

Kızamık eliminasyonu hedefli sorun yönetimi sürecinde birbiriyle virolojik ya da epidemiyolojik bağlantısı olan ve aralarında döküntülerin başlamasından itibaren 7-21 olan 2 ya da daha fazla olgu olması salgın (WHO, 2013). Bir bölgede impoite ya da yerli kızamık virüsü dolaşımının 12 ay ya da daha uzun süredir devam ettiği Endemik dolaşım olarak tanımlanır (WHO, 2010).

DSÖ Avrupa bölgesi CISID’ne aylık bildirim verilerinden derlenen 2013 ve 2015 kızamık salgınında

**Tablo 7. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması bulgularına göre araştırma tarihinden önceki herhangi bir zamanda belli aşıları almış olan 15-26 aylık çocuklar (%)**

Gösterge		2003	2008	2013
BCG	TNSA	87.7	95.9	94.4
	SB	76	96	95
DaBT-İPA-Hib3	TNSA	64.4	89.3	86.4
	SB	68	96	96
Kızamık 1. doz	TNSA	79.4	89.3	89.8
	SB	75	97	94

**Tablo 8. Türkiye’de AFP surveyansı, 2010-2017 (WHO, 2017h)**

Polio Eradikasyon Programı	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010
Polio dışı AFP hızı*	1,37	1,41	1,54	1,45	1,14	0,85	0,97	1,06
Yeterli spesmen yüzdesi**	77	81	82	77	80	81	81	74

\*Onbeş yaşından küçükler için, 100 000’de, Türkiye’de riskin yüksekliğinden dolayı hedef 2/ yıl (WHO/UNICEF, 2013) \*\* %80 ve üzerinde olmalıdır

**Tablo 9. Sağlık Bakanlığı ve DSÖ verilerine göre Türkiye’de kızamık hastalığının yıllara göre dağılımı (WHO, 2017i; SB, 2014- 2016)**

Bildirim	2015		2014		2013		2012		2011		2010	
	SiY	CISID	SiY	CISID	SiY	CISID	SiY	CISID	SiY	CISID	SiY	CISID
Kızamık	235	342	451	531	6731	7406	318	349	0	105	0	15
İmpoite, kızamık	107	0	114	0	674	0	31	0	111	11	7	8

hastalananların aşı durumu verilerine göre hastalar temel olarak aşısız çocuklardır (Şekil 2). Bu durum salgın yönetimi ile ilgili kaygı verici uyarılar vermektedir.

**TNSA’larına göre koruyucu hizmetlerden yararlanma ile ilgili durum:** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2003, 2008 ve 2013 verilerine göre koruyucu hizmetlerde durum değerlendirilmiştir (HUNEE, 2004; HUEE, 2009; HUNEE, 2014). Bebek ölümlerinin yüksek olduğu toplumsal kesimlerde Koruyucu Hizmetlerden yararlanma da diğer kesimlere göre düşüktür!

Bebek ölümlerinin yüksek olduğu toplumsal kesimlerde gebeliği hem anne hem de bebek için güvenli kılacak hizmetlerden diğer toplumsal kesimlere göre daha az yararlandığı Tablo 10’da görülmektedir.

Sağlığın sosyal belirleyicilerinin iyi olma durumuyla orantılı koşut bir biçimde, bu belirleyicilerin yaşattığı eşitsizliği bir miktar giderme potansiyeli olan

**Tablo 10. Türkiye’de Bebek ölüm hızı ve ana çocuk sağlığı hizmetlerinden yararlanma düzeylerinde eşitsizlik, TNSA 2013 (veriler gösterilmedi)**

Özellik	Bebek ölüm hızı	Modern yöntem kullanmama	Hiç aşı olmama	Tam aşı olmama	DÖB almama	Hastane dışında doğum	Anne DSB almama	Bebek DS ilk bakımı almama
Doğum Sırası (4+/2-3.)	1,47		4,70	1,57	1,85	3,57	1,79	1,42
Anne yaşı (<20/ tüm yaşlar)	1,85				2,11	0,96		
(Kır/ Kent)	1,38	1,18	0,65	1,50	4,12	6,38	1,96	2,75
(Doğu/ batı)	1,85	1,15	0,81	1,38	5,90	41,50	3,81	10,07
Eğitimsiz, Okuryazar/ lise +	2,89	1,36	46,00	1,57	6,42	19,4	4,20	14,50
En yoksul/ en varıl	2,88	1,35	4,5 varsillara göre	1,64	41,00	96,00	5,50	69,50

**Tablo 11. Türkiye’de BÖH, 5 YAÇÖH ve doğum özellikleri, TNSA**

Durum	BÖH	Risk Oranı	5YAÇÖH	Risk Oranı
20 yaşından küçük	25	1,9	30	2,0
2 yıldan az bir doğum aralığı	34	2,6	37	2,5
4-6 doğum sırası	22	1,7	25	1,7
Toplam	13	1	15	1

**Tablo 12. Türkiye’de doğurganlık ve AP kapsayıcılık TNSA 2003, 2008 ve 2013**

Gösterge	2003	2008	2013
Toplam doğurganlık hızı 15-49	2,23	2,15	2,26
Herhangi bir modern yöntem kullanım yaygınlığı	42,5	46,0	47,4
Halen evli adolesan kadınlarda gebeliği önleyici modern yöntem kullanımının yüzdesi 19 yaş	16,9	17,6	17,6
Karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının 50 yaş altı halen evli kadınlar arasındaki yüzdesi	6,0	6,2	5,9

koruyucu sağlık hizmetleri, uygulanan neoliberal dönüşüm politikasının beklenen sonucunu doğurmaktadır. Durumu iyi olanlar için daha iyi, durumu kötü olanlar için daha kötü sağlık!

Bebek ölümlerinden Koruyucu Hizmetlerin kapsayıcılığında 2008’den 2013’e bebekleri daha çok ölenlerin aleyhine bir kötüleşme vardır ya da iyileşme sağlanmamış, eşitsizlik sürdürülmüştür!

Aile Planlaması hizmetlerinin hem anne ölümlerini, hem de riskli gebelikleri önlemek yoluyla bebek ölümlerini azaltabildiği bilinmekte iken (Tablo 11), bu hizmetlerin sunulmasına politik isteksizlik aile planlaması hizmetlerinde son 5 yılda duraksama/ gelişmeme olarak karşılık bulmuştur (Tablo 12-14).

DÖB hizmetleri alamamada eşitsizlik bölge ve eğitime göre azalmış, yoksullar, 20 yaşından küçük gebeler ve kırdaki yaşayanlar için artmıştır.

Türkiye’de hastane dışında doğum yapma sıklığında değişim eşitsizliğin derinleşmesi biçimindedir. Yalnızca 20 yaşından küçükler için eşitsizlikte derinleşme olmamıştır.

Türkiye’de Doğum sonu bakım hizmetleri alamamada eğitim durumu dışında diğer tüm toplumsal kesimler için derinleşmiştir.

#### Bağışıklama hizmetleri

- Hiç aşılanmamış çocuk sayısında artış 17248 kişiyi bulmuştur. Bu artış 2008 sonuçlarına göre %81 düzeyindedir.

**Tablo 13. Türkiye’de doğum öncesi bakım hizmetleri almamada değişim, TNSA 2003, 2008 ve 2013 ( veriler gösterilmedi)**

Özellik	2003	2008	2013
Anne yaşı (<20/ tüm yaşlar)	0,77	1,03	2,1
Kır/Kent	2,9	3,1	4,1
Doğu/Batı	4,5	6,6	5,9
Eğitim yok, Okuryazar/ Lise +	41,5	43	6,4
En yoksul/ en varıl	-	21,1	41,0



**Tablo 14. Türkiye’de hastane dışında doğum yapmada değişim, TNSA 2003, 2008 ve 2013 (veriler gösterilmedi)**

Özellik	2003	2008	2013
Anne yaşı (<20/ tüm yaşlar)	0,98	1,1	0,96
Kır/Kent	2,4	3,5	6,4
Doğu/Batı	5,42	6,95	41,5
Eğitim yok, Okuryazar/ Lise +	67,2	72	19,4 (Ortaokula göre)
En yoksul/ en varıl	-	27	96

**Tablo 15. Türkiye’de doğum sonu bakım hizmetleri alamamada değişim, TNSA, 2008 ve 2013 (veriler gösterilmedi)**

Özellik	2008	2013
Anne yaşı (<20/ tüm yaşlar)	1,3	2,1
Kır/Kent	2,0	4,1
Doğu/Batı	3,5	5,9
Eğitim yok, Okuryazar/ Lise +	6,5	6,4
En yoksul/ en varıl	9,0	41

**Tablo 16. Türkiye’de temel özelliklere göre aşı olmayışta değişim (TNSA 2003, 2008- 2013)**

Temel Özellik	2003	2008	2013
Türkiye (%)	2,8	1,6	2,9
Hiç aşılanmayan sayısı	33569	20197	37445
Erkek	2,7	1,1	1,6
Kız	2,9	2,2	4,1
Kadın/Erkek	1,07	2,00	2,56
4 ve 5/1 çocuk	3,2	3,09	7,83
6+ çocuk/ 1 çocuk	13,0	2,83	4,70
Kır/Kent	1,45	1,00	0,65
Batı	1,4	1,6	4,7
Doğu	6,5	2,8	3,8
Doğu/Batı	4,64	1,75	0,81
En yoksul	-	3,8	4,1
En varıl	-	0,7	0
Eğitim yok/ilkokul	9,5	3,2	9,2
Lise ve üzeri	0,0	0,2	0,2
Eğitimi Yok/Lise ve üzeri	-	16	46

- Aşılanmama kız çocukları için gittikçe artan bir eşitsizlik ögesi olarak görünmektedir. Aşılanmama açısından Kadın/Erkek oranı 2008-2013 arasında %28 artmıştır. Kız çocuklarda aşılanmamada artış son 5 yıl için %86,4 ile erkelere göre (%45,5) yaklaşık 2 kat artmıştır.

- Doğurganlığın teşvik edildiği bu dönemde 4-5 çocuklu ailelerin çocuklarının aşılanmamasında artış bir çocuklulara göre %153,4; 2-3 çocuklulara göre %65,9’dur. 2008-2013 döneminde hiç aşı olmamışların sıklığında artış 4-5 çocuklu ailelerin çocukları için %176’5 oldu.

- Hiç aşı olmamışların sıklığı kentte %93,7, kırdaki %25 artmıştır. Bu artış aşılanmama açısından Kır/Kent eşitsizliğini azaltmıştır.

- Hiç aşı olmamışların sıklığı Batıda %193,7 artarken tüm bölgelerde azalma sağlanmıştır. Bu artış aşılanmama açısından Doğu/Batı eşitsizliğini azaltmıştır.

- Hiç aşılanmamışların sıklığında artış en çok hanehalkı refah düzeyi orta olarak sınıflanan kesimde (%666,7), azalma ise en varıl kesimde (-%100) olmuştur. Hiç aşılanmamış olma neredeyse tümüyle varıl olmayanların sorunu gibi görünmektedir.

- Hiç aşılanmamışların sıklığında artış en çok ilk okulu bitirmemiş/ eğitimi olmayan kesimdedir (%187,5). Lise ve üzeri eğitim almışlar ile eğitimi olmayanlar arasındaki eşitsizlik %187,5 artmıştır. Hiç aşılanmamış olma neredeyse tümüyle Lise ve üzeri eğitim almamışların sorunu gibi görünmektedir.

**Tablo 17. Türkiye’de temel özelliklere göre tam aşı oluşturma değişim (TNSA 2003, 2008- 2013)**

Temel Özellik	2003	2008	2013	Yüzde 90 hedefine uzaklık (yüzdeler dilim)
<b>Türkiye (%)</b>	54,2	80,5	74,1	15,9
<b>Tam aşı olmayan sayısı (kişi)</b>	649818	246155	334425	-
<b>Doğum Sırası</b>				
1	62,4	82,4	81,7	8,3
2 ve 3	59,8	85,1	84,2	5,8
4 ve 5	33,8	65,2	73	17
6+	21,5	59,6	71,8	18,2
2-3/4-5				2,9
Kent	62,9	84,2	76,5	13,5
Kır	36,5	71	64,7	25,3
Kır/kent				1,87
<b>Bölge</b>				
Batı	63,0	84,6	76,4	13,6
Güney	60,2	81,8	77,4	12,6
Orta	61,0	90	77,3	12,7
Kuzey	60,1	83,6	71,1	18,9
Doğu	34,8	64,3	67,6	22,4
Doğu/Güney				1,77
<b>Hane halkı refah düzeyi</b>				
En düşük	-	62,2	63,2	26,8
Düşük	-	81,6	75,6	14,4
Orta	-	86,2	77,7	12,3
Yüksek	-	89,5	76,6	13,4
En Yüksek	-	85,3	78,7	11,3
En düşük/En yüksek				2,23
<b>Eğitim</b>				
Eğitim yok/ilk	26,1	64,9	63,8	26,2
İlk. birinci kademe	60,9	81,6	77,2	12,8
İlk. ikinci kademe	61,2	84,4	74,1	15,9
Lise ve üzeri	68,5	87,6	77,8	12,2
Eğitim yok/ilk/ Lise ve üzeri				2,14

- Çocukların tam aşı olma durumları, bebek 1 yaşını tamamladığında, yapılmış olması gereken tüm aşılarının olması gereken sayıda (1 doz verem aşısı, 3 doz hepatit B aşısı, 3 doz beşli aşı, 4 doz pnömokok aşısı, 1 doz KKK aşısı, 1 doz Suçiçeği aşısı) bebeğe yapıp yapılmadığı üzerinden değerlendirilir. Genişletilmiş Bağışıklama Programı hedefi %90 ve üzeridir.

- Genişletilmiş Bağışıklama Programı hedefine uzaklık 2008’de %9,5 iken 2013’te %15,9’a yükselmiştir. Bebeklerimiz aşı ile önlenabilir hastalıklara karşı dirençli kılmada başarı 2008’e göre %8 azalmış, Tam aşı olmayan çocuk sayısında artış 88 270 kişi olmuştur.

- TNSA 2013 verilerine göre Tam aşı olma durumu kızlarda 2008’e göre %10,2, erkeklerde %6,1 azalmıştır.

**Tablo 18. Türkiye’de çocuklarda beslenme durumu, TNSA 2013**

Özellik	Bebek ölüm hızında eşitsizlik	Bodurluk Kr. beslenme yetersizliği	Yaşa göre ağırlık Akut ve Kr. beslenme yetersizliği
Kır/Kent	1,4	1,7	1,6
Doğu/Batı	1,8	2,0	2,1
Eğitim yok/ ilk. Bitirmemiş/ Lise ve üzeri	2,8	2,3	3,7
En düşük/ En yüksek	2,9	4,3	4,4

Yüzde 90 hedefine uzaklık kızlarda %7,4'dan %15,8'e; erkeklerde %11,3'ten %16,1 e yükselmiştir.

- Tam aşıli olma durumu Doğum sırasının 3 ve daha az olması durumunda 2008'den 2013'e %1 dolayında azalırken, doğum sırasının 4-5 olması durumunda %12; 6 ya da daha fazla olanlar için %20,5 artış olmuştur. Yine de hedefe uzaklık 4 ve daha fazla doğum sırası olanlarda 3 ya da daha az sayıda doğum sırası olanlara göre 2 kattan fazladır.

- Tam aşıli oluştta kırdı ve kentte %9 dolayında azalma olmuştur. Kırdı hedefe uzaklık kente göre 2 kata yakındır (sırasıyla %25,3 ve %13,5).

- Tam aşıli oluştta yalnızca Doğu Anadolu'da %5,1 düzeyinde artış olmuştur. En büyük düşüş %14,1 ve %15,0 ile sırasıyla Orta ve Kuzey Anadolu bölgele-rindedir. Yüzde 90 hedefine uzaklık Doğuda Güney Anadolu Bölgesine göre 1,8 kat yüksektir (sırasıyla %18,9 ve %12,6).

- Tam aşıli oluştta yalnızca Hanehalkı Refah düzeyi En düşük olanlarda %1,6 düzeyinde artış olmuştur. En büyük düşüş %14,4 ile Hanehalkı Refah düzeyi Yüksek olanlarda saptanmıştır. Yüzde 90 hedefine uzaklık En düşük refah düzeyinde En yüksek refah düzeyine göre 2,4 kat yüksektir (sırasıyla %26,8 ve %11,3).

- Tam aşıli olma durumu tüm eğitim düzeylerinde azalmıştır. En büyük düşüş %12,2 ile ilköğretim 2. kademe mezunlarında olmuştur. Yüzde 90 hedefine uzaklık Eğitimi olmayan veya ilkokulu bitirememiş-lerde lise ve üzeri eğitim almışlara göre 2,1 kat daha yüksektir (sırasıyla %26,2 ve %12,2).

Beslenme yetersizliği yerleşim, eğitim ve hanehalkı refah düzeyine koşut olarak dezavantajlı gruplarda 1,6-4,4 kat daha fazladır.

### Sonuçlar

- Sağlıkta neoliberal dönüşümün çocuk sağlığının prestij belirteci göstergelerine etkileri eşitsizlikleri yoksullar, eğitimsizler/ düşük eğitimliler, Doğu Anadolu'da yaşayanlar ve erken yaş gebelikleri aleyhine derinleşmiştir. Bu durumda kadın ve çocukların sağlık hizmetlerine erişim hakkı, insana yakışır bir yaşam standardına erişim hakkı, istismar ve ihmalden korunma hakkına dair -başta Çocuk Hakları Sözleşmesine yönelik olmak üzere- bir değerlendirme tartışılabilir görünmektedir.

Riskli doğurganlığın (erken ya da yaş gebelik, kısa doğum aralıkları,3'ten çok sayıda doğum) anne ve bebek ölümlerini arttırıcı etkisine rağmen bu tür doğurganlığı özendiren politika anne ve bebek

morbiditesi ve ölümlerini arttıracaktır. Bu artış beklentisi bağımsız bilimsel çalışmalarla yanlışlanamadığı sürece yayınlanan istatistiklerdeki "iyilik (!) şimdide dek yapılageldiği gibi düzeltilmeye konu olacaktır. Whitehead'ın yazdığı gibi "Sağlık reformlarının vaad ettikleri ile gerçek farklı, bunu ortaya koymak gerekir Araştırmacılar masalı gerçeklikten ayırma konusunda önemli bir role sahiptir." (Whitehead, 2001).

### Kaynaklar

**Aksakoglu, G.** (2011) *Can You Beat That?* BMJ, Erişim Tarihi 9 Aralık 2017, <http://www.bmj.com/content/342/bmj.c7456/rapid-responses>.

**Aksakoglu, G.** (2014) *Health-Care Reform in Turkey: far from Perfect*, *Lancet*. 383(9911):26-7.

**Aktan, A.O., Pala, K., Ilhan, B.** (2014) *Health-Care Reform in Turkey: far from Perfect*, *Lancet*. 383(9911):25-6.

**Anayasa Mahkemesi** (2015) *Zorunlu Aşı Uygulamasına İlişkin Halime Sare Aysal Kararı*, *Basın Duyurusu*, Erişim Tarihi 24 Aralık 2015, <http://www.anayasa.gov.tr/icsayfalar/basin/karar-larailiskinbasinduyurulari/bireyselbasvuru/detay/53.html>.

**Arkant, C.** (2017) *Edirne Merkez İlçe ve Keşan'da 2015-2016 Döneminde Hava Kirliliğinin Doğum Sonuçlarına Etkileri*, *Yayınlanmamış Uzmanlık tezi*.

**Atun, R., Aydın, S., Chakraborty, et all.** (2013) *Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity*, *Lancet* 382(9886):65-99.

**Baris, E., Mollahaliloglu, S., Aydın, S.** (2011) *Healthcare in Turkey: from Laggard to Leader*, *BMJ*, 342: c7456.

**Civaner, M.M., Azalp, A., Pala, K. ve ark.** (2013) "The Lancet" Sağlıkta Dönüşüm Programının Başarılarını Pazarlıyor, *Toplum ve Hekim*, 28(6): 403-21.

**Civaner, M.M.** (2014) *Health-care reform in Turkey: far from perfect*, *Lancet*. 383(9911):26.

**Demeny, P.G., McNicoll, G.** (2003) *Encyclopedia of Population*, USA: Macmillan Reference.

**Eryurt, M.A., Canpolat, Ş.B., Koç, İ.** (2013) *Population and Population Policies in Turkey: Projections and Suggestions*, *Review of Public Administration*, 7(4): 121-46.

**Eskiocak, M.** (2012) *Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulaması:2005-2011, içinde Türkiye'de Sosyalleştirme'nin 50 Yılı*, Ankara: TTB yayınları.

**Eskiocak, M., Selçuk, E.G.** (2014) *Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından Bildirilen Bebek Ölüm Hızları Üzerine Eleştirel Bir Değerlendirme*, *Türk J Public Health*, 12(3): 207-16.

**Hamzaoglu, O.** (2014) *Health-Care Reform in Turkey: far from Perfect*, *Lancet*. 383(9911):27.

**Hamzaoglu, O.** (2017) *Türkiye'de Gizlenen Bebek Ölümleri ve Bölgele-rarası Eşitsizlikler*, *Toplum ve Hekim*, 32(4): 288-94

**Hamzaoglu, O., Özcan, U.** (2006) *Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006*, Ankara:TTB.

**Hart, J.T.** (1971) *The Inverse care law*, *Lancet*, 1(796):252-4.

**Hausmann, R., Tyson,L.D., Zahidi, S.** (2006) *The Global Gender Gap Report 2006*, Geneva: World Economic Forum.

**Kalkınma Bakanlığı** (2015) *Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018): Ailenin ve Dinamik Nüfus Yapısının Korunması Programı Eylem Planı*, Erişim Tarihi 9 Aralık 017,<http://www.kalkinma.gov.tr/Documents/D%C3%96P-08012015-Ailenin%20ve%20Dinamik%20N%C3%96P%20Yap%C4%B1s%C4%B1n%C4%B1n%20Korunmas%C4%B1%20Program%C4%B1%20Eylem%20Plan%C4%B1.pdf>.

- Kilic, B.** (2014) Health-care reform in Turkey: far from perfect, *Lancet*. 383(9911):27-8.
- Medimagazin** (2015) Sağlık Bakanlığı zorunlu aşı uygulamasına ilişkin mevzuat çalışması yapılacak, Erişim Tarihi 30 Aralık 2015 <https://www.medimagazin.com.tr/hekim/saglik-bak/tr-saglik-bakanligi-zorunlu-asi-uygulamasina-iliskin-mevzuat-calismasi-yapilacak-2-13-68382>.
- Öztük, Ş., Nas, F., İçöz, E.** (2008) 24 Ocak Kararları, Neoliberal Politikalar ve Türkiye Tarımı, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, ½: 15-32 html.
- Pala, K.** (2014) Health-care reform in Turkey: far from perfect, *Lancet*. 383(9911):28.
- SB** (2003) Sağlıkta Dönüşüm, Erişim Tarihi 9 Aralık 2017, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>.
- SB** (2011) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009, Ankara: Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı.
- SB** (2014) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- SB** (2015) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- SB** (2016) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları [http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY\\_2015.pdf](http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf).
- SB** (2017) Aile Hekimliğine Geçiş Tarihleri, Erişim Tarihi 9 Aralık 2017, [http://www.ailehekimligi.gov.tr/images/stories/Resimler/AH\\_Gecis\\_tarihleri.jpg](http://www.ailehekimligi.gov.tr/images/stories/Resimler/AH_Gecis_tarihleri.jpg).
- Schwab, K., Samans, R. ve ark.** (2016) The Global Gender Gap Report 2016, Turkey, Geneva: World Economic Forum. Erişim Tarihi 9 Aralık 2017, <http://reports.weforum.org/feature-demonstration/files/2016/10/TUR.pdf>.
- Şener, H.O.** (2011) Healthcare in Turkey. Another Analysis with Some More Data, *BMJ*, Erişim Tarihi 9 Aralık 2017, <http://www.bmj.com/rapid-response/2011/11/03/healthcare-turkey-another-analysis-some-more-data>
- Soskolne, C.L., Last, J.M.** (2007) Ethics and Public Health Policy, in Wallace, R.B. (Ed), Maxcy-Rosenau-Last Public Health and Preventive Medicine, McGraw-Hill Education
- Tanık, F.A.** (2014) Health-care reform in Turkey: far from perfect, *Lancet*. 383(9911):28.
- THSK** (2013) 2014-2017 Stratejik planı, Erişim Tarihi 9 Aralık 2017, [http://www.sp.gov.tr/upload/xSPStratejikPlan/files/x4rRI+Stratejik\\_Plan\\_2014-2017.pdf](http://www.sp.gov.tr/upload/xSPStratejikPlan/files/x4rRI+Stratejik_Plan_2014-2017.pdf).
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (TUNEE)** (2004) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü** (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü** (2014) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK.
- Tokuç, B., Eskiocak, M., Arkant, C., Çokluk, S.** (2016) Is provision of family medicine units in Turkey between 2010 and 2014 on an equitable basis? *Eur J Public Health*, 26(suppl1): ckw174.242.
- TUIK** (2016) Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2015, Erişim Tarihi 9 Aralık 2017, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21507>.
- UNDP** (2017) Human Development Reports, Turkey, Erişim Tarihi 9 Aralık 2017, <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/TUR#>.
- UNICEF** (2002) The State of World's Children 2003, Geneva: UNICEF.
- UNICEF** (2016) The State of World's Children 2016 A Fair Chance for Every Child, New York: UNICEF.
- Vatansver, K.** (2007) Sağlık sorunlarının önceliklere göre sıralanmasına Aile Hekimliği modeli etkili olabilir mi? Bu etki nasıl sonuçlar Doğurur?, İçinde M. Eskiocak (Ed), Aile Hekimliği Ülkemiz için uygun bir model midir?, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Whitehead, M., Dahlgren, G., Evans, T.** (2001) Equity and Health Sector Reforms: Can Low Income Countries Can Escape the Medical Poverty Trap? *Lancet*, 358(9284): 833-6.
- WHO** (2010) Monitoring Progress Towards Measles Elimination, *WER*, 85(49):490-5.
- WHO** (2013) Guidelines for measles and rubella outbreak investigation and response in the WHO European Region, Erişim Tarihi 9 Aralık 2017, [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/217164/OutbreakGuidelines-updated.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/217164/OutbreakGuidelines-updated.pdf).
- WHO** (2017a) Reproductive Health, Erişim Tarihi 9 Aralık 2017, [http://www.who.int/topics/reproductive\\_health/en/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/).
- WHO** (2017b) Leaving no one behind: Equity, gender and human rights policy to practice, Erişim Tarihi 9 Aralık 2017, <http://www.who.int/gender-equity-rights/events/policy-to-practice/en/>.
- WHO** (2017c) World health statistics 2017: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals, Erişim Tarihi 9 Aralık 2017, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255336/1/9789241565486-eng.pdf?ua=1>.
- WHO** (2017d) Turkey: WHO and UNICEF estimates of immunization coverage: 2016 revision, Erişim Tarihi 9 Aralık 2017, [http://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/data/tur.pdf](http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/tur.pdf).
- WHO** (2017e) Fifth Meeting of the European Regional Verification Commission for Measles and Rubella Elimination (RVC), Erişim Tarihi 9 Aralık 2017, [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/330917/5th-RVC-meeting-report.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/330917/5th-RVC-meeting-report.pdf?ua=1).
- WHO** (2017f) Centralized Information System For Infectious Diseases (CISID), Country Monthly Aggregate, Notification for Measles, Erişim Tarihi 9 Aralık 2017, <http://data.euro.who.int/cisid/?TabID=409684>.
- WHO** (2017g) Vaccine-Preventable Diseases: Monitoring System. 2017 Global Summary, Erişim Tarihi 9 Aralık 2017, [http://apps.who.int/immunization\\_monitoring/globalsummary/indicators?ir%5Bc%5D%5B%5D=TUR&ir%5Ba%5D=one&commit=Ok+with+the+selection](http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/indicators?ir%5Bc%5D%5B%5D=TUR&ir%5Ba%5D=one&commit=Ok+with+the+selection).
- WHO** (2017h) AFP/polio Case Count, Erişim Tarihi 9 Aralık 2017, <https://extranet.who.int/polis/public/CaseCount.aspx>
- WHO** (2017ı) EpiData, Erişim Tarihi 9 Aralık 2017, [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/354206/2017\\_09\\_Epi\\_Data\\_EN\\_Oct2016\\_Sep2017.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/354206/2017_09_Epi_Data_EN_Oct2016_Sep2017.pdf?ua=1).
- WHO/UNICEF** (2013) Strategic Plan For Polio Outbreak Response in the Middle East, Erişim Tarihi 27 Ocak 2014, [http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/ME\\_StrategicPlan.pdf](http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/ME_StrategicPlan.pdf)
- Yavuz, C., Eskiocak, M.** (2014) Health-care reform in Turkey: far from perfect, *Lancet*. 383(9911):27-8.