



Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.

Türkiye’de Katılımcı Demokrasinin Güçlendirilmesi:
Toplumsal Cinsiyet Eşitliğinin İzlenmesi Projesi

Sağlık Hizmetlerine Erişimde Toplumsal Cinsiyet Eşitliği

Haritalama ve İzleme Çalışması

Prof. Dr. Ayşe Akın
Öğr. Gör. Ezgi Türkçelik



CEİD YAYINLARI: 9

Sağlık Hizmetlerine Erişimde Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Haritalama ve İzleme alışması
ISBN: 978-605-64847-8-0

Kaynak gösterilmek kaydıyla yararlanılabilir.

CEİD ADRES

Cinnah Caddesi, No:75/7 ankaya, 06690
Ankara, Türkiye
Tel: 0 312 440 04 84
www.ceid.org.tr
www.ceidizleme.org

1. Basım:
Aralık 2018

Kapak/İç Tasarım/Baskı: Elma Teknik Basım Matbaacılık Tic. Ltd. Őti.
İvedik OSB Matbaacılar Sitesi
1516/1 Sokak No:35
Yenimahalle/Ankara
Tel: +90.312 • 229 92 65

Düzelti: Nika Yayınevi

"Bu yayın Avrupa Birliği'nin maddi desteği ile hazırlanmıştır. İçerik tamamıyla Cinsiyet Eşitliği İzleme Derneği'nin sorumluluğu altındadır. Avrupa Birliği ve T.C. Dışışleri Bakanlığı Avrupa Birliği Başkanlığı'nın görüşlerini yansıtmak zorunda değildir."

PROF. DR. AYŞE AKIN Tıp Doktoru, Kadın Hastalıkları ve Doğum ve Halk Sağlığı uzmanıdır. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda 42 yıl öğretim üyesi olarak çalışmış ve 2008 yılında emekli olmuştur. Aynı yıl, Başkent Üniversitesi Kadın - Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürü ve Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi olarak çalışmaya başlamıştır ve hâlen aynı merkez ve fakültede çalışmalarını sürdürmektedir.

ÖĞR. GÖR. EZGİ TÜRKÇELİK 2006 yılında ODTÜ Psikoloji Bölümünü bitirmiştir. Yüksek lisansını Lund Üniversitesi Toplumsal Cinsiyet Çalışmaları Programı’nda tamamlamıştır. ODTÜ’de Sosyal Psikoloji Doktora programına devam etmektedir. 2011 yılından beri Başkent Üniversitesi Kadın-Çocuk Sağlığı Araştırma ve Uygulama Merkezi’nde toplumsal cinsiyet uzmanı olarak, 2013 yılından itibaren aynı üniversitede Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda öğretim görevlisi olarak çalışmaktadır.

TEŞEKKÜR

Kadınların insan hakları bağlamında son derece gerekli ve önemli bir işbirliği çalışmasını yürüten Cinsiyet Eşitliği İzleme Derneği (CEİD) yönetimine ve tüm ekibine, çalışmanın kapsadığı tematik alanlarda görev alan tüm arkadaşlarımıza ve çalışma boyunca geribildirimleriyle yol gösterici olan süpervizörlerimiz Prof. Dr. Yıldız Ecevit’e ve Doç. Dr. Ayça Kurtoğlu’na sağlık tematik alan uzmanları olarak teşekkür ediyoruz.

Ayşe Akın - Ezgi Türkçelik

ÖNSÖZ

Elinizdeki rapor *Türkiye’de Katılımcı Demokrasinin Güçlendirilmesi: Toplumsal Cinsiyet Eşitliğinin İzlenmesi Projesi* kapsamında hazırlanan bir dizi tematik haritalama ve toplumsal cinsiyet eşitliğini (TCE) izleme göstergeleri geliştirme çalışmalarının sonucudur. Söz konusu proje 2013-2017 tarihleri arasında, çok sayıda kişi ve kurum ile yapılan yoğun toplantılar ve görüş alış verişi ile şekillendi. Bu görüşmelerde üzerinde birleşilen ortak görüş, TCE politikalarının Türkiye’de geldiği noktada bağımsız izleme ve değerlendirme mekanizmalarını geliştirmenin gerekliliği oldu. TCE’yi hayata geçirmeye yönelik bugüne kadar geliştirilmiş ulusal mevzuat ve eylem planları uygulamasının yerindeliğini ve etkinliğini ölçme ve değerlendirmeyi gerçekleştirecek bağımsız bir izleme mekanizmasının kurulması bu gereksinmeye karşılık geliyordu. TCE’yi gerçekleştirmeye ilişkin uygulamaların siyasi ve ideolojik polemiklerden uzak, bilimsel ve teknik gereklere uygun ve sistematik olarak izlenebilmesini kolaylaştıracak araçların geliştirilmesi gerekiyordu. Bu izleme çalışmalarının uluslararası normlarla uyumlu ve sürdürülebilir olması için önceden izleme göstergelerinin geliştirilmesini; bu göstergelerin haritalama ve periyodik raporlama yoluyla değerlendirmesini sağlama amacı, bu projenin yol haritası oldu. Bu çabaların sürdürülebilirliğinin sağlanabilmesi için gerekli olan kurumsallaşmanın başlangıç adımlarının atılması da bu projenin amaçları içinde yer aldı.

Türkiye’de Katılımcı Demokrasinin Güçlendirilmesi: Toplumsal Cinsiyet Eşitliğinin İzlenmesi Projesi, kendi faaliyet alanını tanımlarken toplumsal cinsiyete duyarlı hak temelli izleme yaklaşımını benimsedi. Proje, temel olarak, TCE için geliştirilmiş uluslararası norm ve standartların Türkiye’deki mevzuat, uygulama ve izleme politikalarına içerilmesini desteklemeyi; TCE ile ilgili sorun alanlarını haritalama çalışmaları ile raporlamayı; bu alanlara özgü izleme göstergeleri geliştirerek bağımsız, bilimsel ve ana-akımlaştırılmış bir izleme stratejisinin Türkiye’de kurumsallaşmasına katkıda bulunmayı; TCE’yi izleme alanında kamu-sivil işbirliğini ve bilimsel izleme kapasitesini geliştirmeyi hedefledi.

Proje Mart 2017 tarihinde uygulanmaya başlandı ve 24 aylık bir sürede tamamlanması planlandı. AB tarafından finanse edilen projenin yararlanıcı kurumu Dışişleri Bakanlığı Avrupa Birliği Başkanlığı, sözleşme makamı Merkezi Finans ve İhale Birimi ve uygulayıcı kurumu Cinsiyet Eşitliği İzleme Derneği’dir. Projenin hedef grubunu cinsiyet odaklı sivil toplum örgütleri, hak temelli izleme yapan diğer sivil örgütler, ilgili diğer kamu kurumları, valilikler ve büyük şehir belediyeleri ve eşitlik birimi olan ilçe belediyeleri oluşturdu. Proje paydaşları ise Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı- Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü (KSGM), TBMM Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu (KEFEK), Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu (TİHEK), Kamu Denetçiliği Kurumu’dur (KDK).

Projenin amacı doğrultusunda seçilen on tematik alanda (kadınlara yönelik toplumsal cinsiyet temelli şiddetle mücadele, siyasal kararlara katılımı; eğitime, istihdama, din, spor, sağlık ve kentsel haklar/hizmetlere erişimde; medyada cinsiyetçilikle ve kadın/insan ticareti ile mücadelede toplumsal cinsiyet eşitliği) **haritalama raporları** ve **izleme göstergeleri** hazırlandı. Bunun yanı sıra, projenin çıktılarının ve ilgili alanlarda sayısız kaynak ve verinin kamu, sivil, bütün toplum kesimlerince ulaşılabilir olacağı **Cinsiyet Eşitliği İzleme Merkezi** kuruldu ve e-kütüphanesi ile birlikte kullanıma hazır hale geldi. On tematik alanda hazırlanan Haritalama Raporları ve özetleri ilgili okurlara sunulmak üzere elektronik kullanıma açıldı; Türkçe olarak basıldı; geniş özetleri de İngilizce ve Türkçe olarak yayınlandı. Hazırlanan Haritalama Raporları kapsamında geliştirilen 515 adet hali hazırda verisi olan veya verisine ulaşılabilen gösterge, 822 adet geliştiri-

rilmesi öngörülen gösterge olmak üzere toplam 1337 TCE izleme göstergesi, kullanılmak üzere kamuoyuna sunuldu.

Projenin önemli bir bileşeni de hazırlanan rapor verilerinin ve geliştirilen göstergelerin yerel düzeyde paylaşılabilmesi için seçilen pilot illerde yoğun bir çalışmayı gerçekleştirmesi oldu. Seçilen yedi pilot ilde toplumsal cinsiyete duyarlı hak temelli izleme eğitimi, haritalama raporları ve izleme göstergeleri eğitimi ve yerel eşitlik izleme eylem planı hazırlık atölyesi gerçekleştirildi. **Yerel Eşitlik İzleme Platformları** oluşturma ve sürdürme çalışmaları yapıldı. Pilot iller olan Adana, Ankara, İstanbul, İzmir, Kars, Gaziantep ve Trabzon’da yerellerde sunulan hizmetlerin cinsiyet eşitliğini gözetip gözetmediğini ölçmek, değerlendirmek ve izlemek amacıyla **Yerel Eşitlik İzleme Planları** hazırlandı ve bu çalışmaların tüm Türkiye’ye yaygınlaşması, geleceğe taşınarak sürekliliğinin sağlanması amacıyla da **Ulusal Eşitlik İzleme Planı** oluşturuldu.

Proje sonuçlarının uzun dönemde kalıcı olması, sürdürülebilir desteklerin varlığı ile olacaktır. Bu desteklerin de, proje çıktılarının geniş toplumsal kesimlerce kullanılır ve geliştirilir olması ile oluşacağına inanıyoruz.

Projenin gerçekleşmesinde sayısız kişi ve kurumun emeği var, bu katkılar olmasaydı bu proje hayata geçemezdi. Bu süreçte yoğun bir özveriyle çalışan proje ekibine, haritalama raporlarını ve göstergelerini uzun yorucu çalışmalarla tamamlayan uzmanlara, süreci baştan sona uyum içinde çalışarak yönetilmesine destek veren CEİD üyelerine çok teşekkür ederiz. Projenin merkezde ve yerelde sayısız çalışmasını gerçekleştiren CEİD yerel koordinatörleri, eğitim uzmanları projenin hayata geçirilmesini kolaylaştırdılar. Yerel İzleme Platformları çalışmalarına katılarak Yerel Eşitlik İzleme Planlarını hazırlayan kamu görevlileri ve sivil örgütlerin temsilcileri bu çalışmayı yerellerde hayata geçirdiler. Bu projenin bir başarısı varsa burada sayabildiğimiz ve sayamadığımız sayısız kişinin emeği sayesinde. Hepsine *Türkiye’de Katılımcı Demokrasinin Güçlendirilmesi: Toplumsal Cinsiyet Eşitliğinin İzlenmesi Projesi*’ne kattıkları değerler için içten teşekkürlerimizi sunarız.

Cinsiyet Eşitliği İzleme Derneği

Yönetim Kurulu

İÇİNDEKİLER

Tablolar Listesi	10
Kısaltmalar Tablosu	11
Yönetici Özeti	17
I. Giriş	27
A. Amaç	27
B. Sağlık Hakkının Gelişimi	28
II. Sağlıkta Toplumsal Cinsiyet Eşitliği: Normlar ve Standartlar	33
A. Sağlıkta Toplumsal Cinsiyet Eşitliğinin Sağlanmasına İlişkin İnsan Hakları Belgeleri	35
A.1. Birleşmiş Milletler Sözleşmeleri	35
A.2. BM Konferans ve Bildirgeleri	39
A.3. Avrupa Konseyi	44
A.4. Avrupa Birliği	46
B. Normlar	46
B.1. Eşitlik ve Ayrımcılık Yasağı	46
B.2. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği	47
B.3. İnsan Onuruna Saygı	49
B.4. Hesap verebilirlik	51
B.5. Katılım	51
B.6. Kadınların Güçlenmesi	52
C. Standartlar, Ölçütler, İyi Örnekler	53
C.1. Standartlar	53
C.1.1. Sağlık Yasa/Politikalarının/Stratejilerinin Oluşturulmasına İlişkin Standartlar	56
C.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Standartlar	58
C.1.3. Sağlık Durumunun Belirlenmesine İlişkin Standartlar	59
C.1.4. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığına İlişkin Standartlar	60
C.1.5. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve HIV/AIDS	61
C.1.6. Kadınlara Yönelik Şiddet ve Çocuk Yaşta Evlilikler	62
C.1.7. Sağlık Belirleyicilerine İlişkin Standartlar	63
C.1.8. Sağlık Hakkının Kısıtlanmasına İlişkin Standartlar	64
C.2. Ölçütler	64
C.3. İyi Örnekler	66

İyi örnek 1: Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Temel Sağlık Hizmetlerine Entegrasyonu	66
İyi Örnek 2: Nüfus Planlaması Yasaları ve İsteyerek Düşüğün Yasallaşması	66
İyi Örnek 3: Sağlıkta Toplumsal Cinsiyetin Anaakımlaştırılması Rehberi	67
III. Türkiye Bağlamının Mevcut Durum Analizi: Normatif-Politik Yapı	69
A. Mevzuatın Haritalaması: Sağlık Bağlantılı Mevzuatın İlgili İnsan Hakları Belgeleriyle Uyumunun Tespiti (Yapısal İzleme)	73
B. İlgili Politikaların Haritalaması: Politika Belgelerinin İnsan Hakları Belgeleriyle Uyumunun Tespiti (Yapısal izleme)	101
B.1. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı	102
B.1.1. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ulusal Eylem Planı (2008-2013)	102
B.2. Sağlık Bakanlığı	104
B.2.1. Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı (2013-2017)	105
B.2.2. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı (CS/ÜS-USEP, 2005 - 2015)	107
B.3. Kalkınma Bakanlığı	109
B.3.1. Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018)	109
B.4. Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı	112
B.4.1. Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı Kırsal Alanda Kadının Güçlendirilmesi Ulusal Eylem Planı (2012 - 2016)	113
B.5. Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü	113
B.6. Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu	113
B.7. Kamu Denetçiliği Kurumu	114
B.8. Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu	114
C. Sağlıkla İlgili Kurumsal Yapı	114
D. Sivil Toplum Örgütlerinin ve Diğer Kamusal Aktörlerin Kapasitelerinin Haritalaması	116
IV. Gösterge ve Veri Kaynakları	123
A. Uluslararası Endeksler ve Tematik Alana İlişkin Göstergeler	123
B. İlgili Verilerin Haritalaması	126
C. Türkiye’de Verisi Toplanmakta Olan ve Kullanılan Sağlık Göstergeleri	127
1. Sağlık Durumuna İlişkin Göstergeler	128
2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Göstergeler	131
3. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığına İlişkin Göstergeler (CYBE ve HIV/AIDS dâhil)	132
4. Kadınlara Yönelik Şiddet ve Çocuk Yaşta Evliliklere İlişkin Göstergeler	134

5. İstihdam, Ücretsiz Emek ve Sağlık	136
6. Sağlık Sektöründe İnsan Gücü ve Çalışanlar için Cinsiyete Duyarlı Ortam	137
D. Türkiye’de Kullanılması Önerilen Göstergeler	138
1. Ulusal Yasaların, Programların ve Stratejilerin İzlenmesine İlişkin Göstergeler	138
2. Hizmet Sunumuna İlişkin Göstergeler	140
3. Sağlık Durumuna İlişkin Göstergeler	142
4. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı	143
5. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve HIV/AIDS	145
6. Kadınlara Yönelik Şiddet ve Çocuk Yaşta Evlilikler	146
7. İstihdam, Ev içi Emek ve Sağlık	148
8. Sağlık Sektöründe İnsan Gücü ve Çalışanlar için Cinsiyete Duyarlı Ortam	149
9. Sağlıkın Belirleyicilerine İlişkin Göstergeler	150
10. İnsan haklarının halk sağlığını korumak amacıyla kısıtlanmasına ilişkin göstergeler	150
E. Seçilmiş Bazı Önemli Sağlık Göstergeleriyle Türkiye’de Mevcut Durum	151
1. Türkiye’nin bazı demografik göstergeleri	151
2. Türkiye’nin bazı çocuk sağlığı göstergeleri	152
3. Türkiye’nin bazı anne sağlığı göstergeleri (Anne ölümleri)	153
4. Türkiye’nin bazı anne sağlığı göstergeleri (Doğurganlık)	154
5. Türkiye’nin bazı anne sağlığı göstergeleri (Aile planlaması)	154
6. Türkiye’nin bazı anne sağlığı göstergeleri (Doğum öncesi bakım, doğum ve doğum sonrası bakım)	155
7. Türkiye’nin sağlık durumuna ilişkin bazı göstergeler (Morbidite)	156
8. Türkiye’nin sağlık durumuna ilişkin bazı göstergeler (Bulaşıcı Hastalıklar)	156
9. Türkiye’nin sağlık durumuna ilişkin bazı göstergeler (Kanser)	156
10. Türkiye’nin sağlık durumuna ilişkin bazı göstergeler (Kronik hastalıklar)	157
11. Türkiye’nin sağlık durumuna ilişkin bazı göstergeler (Engellilik)	158
12. Türkiye’nin sağlık durumuna ilişkin bazı göstergeler (Sağlık davranışı)	158
13. Türkiye’nin sağlık durumuna ilişkin bazı göstergeler (Sağlık hizmet sunumu)	158
F. Sağlık Göstergelerine İlişkin Bilgiler, Tanımlar ve Hesaplama Kullanılacak Veriler	159
KAYNAKLAR	167

Ekler

EK 1: Uluslararası Sözleşmeler.....	180
EK 2: Uluslararası Belgeler.....	181
EK 3: İlgili Mevzuatın Listesi.....	181
EK 4: Merkezî Kamu Kurumu ve Politika Belgeleri.....	182

Tablolar

Tablo 1. Mevzuatın Haritalaması.....	74
Tablo 2. Sivil Toplum Örgütlerinin ve Diğer Kamusal Aktörlerin Kapasitelerinin Haritalaması.....	118
Tablo 3. Kadın Örgütleri.....	120
Tablo 4. LGBTİ Örgütleri.....	121
Tablo 5. Uluslararası Endeksler.....	124
Tablo 6. Uluslararası Göstergeler.....	125
Tablo 7. Uluslararası Düzeyde Veri Sağlayan Kaynaklar.....	126
Tablo 8. Ulusal Düzeyde Veri Sağlayan Kaynaklar.....	127

KISALTMALAR TABLOSU

AÖÖ	Anne Ölüm Oranı
AP	Aile Planlaması
ASPB	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
BM	Birleşmiş Milletler
BÖH	Bebek Ölüm Hızı
CD	Canlı doğum
CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi)
CSÜS	Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı
CYBE	Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon
ÇHS	Çocuk Hakları Sözleşmesi
DALY	Disability Adjusted Life Year (Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı)
DÖB	Doğum Öncesi Bakım
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EHS	Engelli Hakları Sözleşmesi
EIGE	European Institute of Gender Equality (Avrupa Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Enstitüsü)
ESKHK	Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi
ESKHS	Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi
GGASŞ	Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartı
HHY	Hasta Hakları Yönetmeliği
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü) / Acquired Immuno Deficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Yetmezliği Sendromu)
ICPD	International Conference on Population and Development (Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı)
IHEB	İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (Universal Declaration of Human Rights)
KSGM	Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü
MDG	Millenium Development Goals (Binyıl Kalkınma Hedefleri)
NAH	Nüfus Artış Hızı
NPK	Nüfus Planlaması Hakkında Kanun
SB	Sağlık Bakanlığı
SDG	Sustainable Development Goals (Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri)
STK	Sivil Toplum Kuruluşları
ŞÖNİM	Şiddet Önleme ve İzleme Merkezi
TCE	Toplumsal Cinsiyet Eşitliği

TCK	Türk Ceza Kanunu
TMK	Türk Medeni Kanunu
TKYŞA	Türkiye Kadına Yönelik Aile içi Şiddet Araştırması
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TSH	Temel Sağlık Hizmetleri
UAÖA	Ulusal Anne Ölümleri Araştırması
UAPF	Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu (International Planned Parenthood Federation)
UNKK	Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (International Conference on Population and Development)
YLD	Years Lost due to Disability (Yeti Yitimi İle Geçirilen Yaşam Yılı)
YLL	Years of Life Lost (Kaybedilen Yaşam Yılı)

Kurum İsimleri Konusunda Bilgilendirme

Bu raporun yazılması aşağıdaki kararnamelerden önce tamamlandığı için kurumların isimleri ve yapıları ile ilgili değişiklikleri yansıtmamaktadır. 703 Sayılı “Anayasada Yapılan Değişikliklere Uyum Sağlanması Amacıyla Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” 9 Temmuz 2018 Tarihli ve 30473 Sayılı Resmi Gazete’de yayınlanmıştır. Kararname ile bazı bakanlık ve kurumların teşkilat yapıları ile görevleri değiştirilmiştir.

10 Temmuz 2018 tarih 1 numaralı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ve 15 Temmuz 2018 tarih ve 4 Numaralı Bakanlıklara Bağlı, İlgili, İlişkili Kurum ve Kuruluşlar ile Diğer Kurum ve Kuruluşların Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile bazı bakanlık ve kurumların teşkilat yapıları ile görevleri değiştirilmiştir.

Değişiklik yapılan bakanlık ve kurumlar aşağıda listelenmektedir:

- Avrupa Birliği Bakanlığı kapatılarak, Dışişleri Bakanlığı bünyesinde Avrupa Birliği Başkanlığı kurulmuştur.
- Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı ile Kalkınma Bakanlığı birleştirilmiş ve ismi Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı şeklinde değiştirilmiştir.
- Gümrük ve Ticaret Bakanlığı ile Ekonomi Bakanlığı birleştirilmiş ve ismi Ticaret Bakanlığı şeklinde değiştirilmiştir.
- Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı ile Orman ve Su İşleri Bakanlığı birleştirilmiş ve ismi Tarım ve Orman Bakanlığı şeklinde değiştirilmiştir.
- Maliye Bakanlığı’nın ismi Hazine ve Maliye Bakanlığı şeklinde değiştirilmiş ve Başbakan Yardımcılığına bağlı Hazine Müsteşarlığı yeni yapılanmada Hazine ve Maliye Bakanlığı çatısı altına geçmiştir.
- Ulaştırma Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığının yeni adı ise Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı olmuştur.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı birleştirilmiş ve ismi “Çalışma Sosyal Hizmetler ve Aile Bakanlığı” şeklinde değiştirilmiştir.

4 Ağustos 2018 Tarihli Bazı Cumhurbaşkanlığı Kararnamelerinde Değişiklik Yapılması Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi (no:15) ile Bakanlığın ismi “Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı” olarak değiştirilmiştir.





Sağlık Hizmetlerine Erişimde Toplumsal Cinsiyet Eşitliği

Haritalama ve İzleme Çalışması

Yönetici Özeti

1. Bu rapor, “Türkiye’de Katılımcı Demokrasinin Geliştirilmesi: Toplumsal Cinsiyet Eşitliğinin İzlenmesi Projesi” kapsamında belirlenen tematik alanlardan biri olan sağlık hakkı ve sağlık hizmetleri alanında hazırlanmış bir haritalama raporudur. Raporun amacı, sağlık hakkının hayata geçirilmesi ve sağlık hizmetlerinde toplumsal cinsiyet eşitliği temelinde izleme yapabilmek için gerekli çerçevenin sunulması ve Türkiye’de sağlık alanının toplumsal cinsiyet temelli izlenmesine kaynaklık edecek araçların geliştirilmesidir. Bu raporun, toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini ortadan kaldırmaya yönelik çalışmalara, toplumsal hareketlerin ve hakların hayata geçmesi için çalışan toplumsal cinsiyet temelli örgütlerin hedefi olan toplumsal dönüşüm sürecine kaynaklık etmesi hedeflenmektedir.
2. **Türkiye Cumhuriyeti Anayasası**’nın 10. maddesinde cinsiyet eşitliğine vurgu yapılmış ve devletin, söz konusu eşitliğin hayata geçmesinden yükümlü olduğu belirtilmiştir. Özellikle, Türkiye’de 1980’lerden sonra yükselen kadın hareketlerinin büyük çabaları, toplumsal cinsiyet temelli örgütlerin çalışmaları ve uluslararası gelişmelerin de etkisiyle, toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamaya yönelik birçok yasal düzenleme, ulusal eylem planları, programlar ve stratejiler yapılmıştır. Bütün bunlara rağmen, toplumsal cinsiyet temelli çalışan örgütlerin hedefi olan ve devletin sorumluluğu olarak kabul ettiği toplumsal cinsiyet eşitliğinin hayata geçirilmesi önünde birçok engel bulunmaktadır. 2017 yılı **Dünya Ekonomik Forumu Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Uçurum Endeksi**’ne göre, Türkiye 144 ülke arasında 131. sırada bulunmaktadır. Eğitimde kadın erkek eşitsizliğinin sürmesi, kadınların siyasete ve işgücüne katılımının çok düşük oranlarda olması, sağlık hakkının hayata geçirilmesinde ve sağlık statüsündeki eşitsizlikler, ayrımcılık alanları olmayı sürdürmektedir.
3. Bu raporda, uluslararası sözleşmelerle ortaya koyulan sağlıkta toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasına yönelik norm ve standartlar incelenmiş, daha sonra, Türkiye’deki yasa ve politika belgeleri bu belirlenen norm ve standartlara uygunluğu yönünden değerlendirilmiştir. Bu alanda çalışmalar yürüten STK’ların raporlarına da, erişilebildiği ölçüde, yer verilmiştir. Sağlık alanında toplumsal cinsiyet temelli izlemeye kaynaklık etmesi amacıyla, uluslararası düzeyde kabul görmüş göstergeler incelenmiş ve Türkiye’de verisi toplanan ve taraf olunan sözleşmelerin gereği olarak Türkiye’de toplanması gereken verilere ilişkin gösterge setleri hazırlanmıştır.
4. Sağlık hakkının uluslararası sözleşmelerle tanınması, devletlere, sağlığın korunması, geliştirilmesi, sağlıklı olmaya engel olan koşulların ve etmenlerin ortadan kaldırılması ve insanların sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanması konusunda belirli yükümlülükler getirmiştir. Sağlık alanında geliştirilen normlar, **Birleşmiş Milletler (BM)**, **Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)**, **Avrupa Konseyi**, **Avrupa Birliği** ve bu alanda çalışan uluslararası sivil toplum kuruluşları tarafından kabul edilmiş ve uluslararası mevzuat ile güvence altına alınmış temel değerlerdir. Bu değerlerin yasalarla korunması ve hayata geçirilmesi devletlerin sorumluluğudur.

5. Sağlık hakkı, pek çok uluslararası sözleşmede tanınmıştır. 1948 yılında yürürlüğe giren **DSÖ Anayasası’nda**, sağlık, “sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, bireyin bedensel, zihinsel ve sosyal yönden tam iyilik hâlinde olması” olarak tanımlanmış ve sağlığın temel bir insan hakkı olduğu ortaya konmuştur.¹ **1948 İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’nde** ise, “Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı” olduğu vurgulanmıştır.² **1976 yılında** yürürlüğe giren **Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi (ESKHS)**, uluslararası insan hakları belgeleri içerisinde sağlık hakkını en kapsamlı şekilde tanımlayan sözleşmedir. Sözleşme’de, “herkesin mümkün olan en yüksek seviyede fiziksel ve zihinsel sağlık standartlarına sahip olma hakkı” olduğu kabul edilmiş, sözleşmeye taraf devletlerin bu hakkı gerçekleştirmek amacıyla alacakları tedbirler belirtilmiştir (Madde 12). Sağlık hakkına özel olarak yer veren diğer **BM sözleşmelerinde**; **1965 yılında Irk Ayrımcılığını Ortadan Kaldırmaya Dair Sözleşme’nin** 11.1(f) maddesinde, **Çocuk Hakları Sözleşmesi’nin** 24. maddesinde, **Engelli Hakları Sözleşmesi’nin** 25. maddesinde, “ayrımcılığa uğramaksızın ulaşılabilir en yüksek sağlık standardından yararlanma hakkı” tanınmış, sağlık hizmetlerine erişimi mümkün kılmak için uygun tüm tedbirleri alacağını taraf devletler garanti etmiştir. Ayrıca, **Tüm Göçmen İşçilerin ve Aile Fertlerinin Haklarının Korunmasına Dair Uluslararası Sözleşme (28. ve 43. madde)’de**, göçmen işçiler ve aile fertlerinin yaşamlarının korunması veya sağlık yönünden düzeltilmesi mümkün olmayan bir zararın önlenmesi için gerekli olan her türlü tıbbî bakım görme hakkına, ilgili devletin vatandaşlarına yapılan uygulamaya eşit şekilde sahip oldukları belirtilmiştir.
6. **1979’da Kadınlara Yönelik Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW)**, eğitim, istihdam, gibi diğer temel alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da kadınlara yönelik ayrımcılığın görünür kılınmasında bir dönüm noktası olmuştur. **CEDAW**, kendisinden önce gelen insan hakları belgelerinde “eşitlik” ve “ayrımcılık yasağı” normları kabul edilmesine rağmen, kadınların erkeklerle eşit haklara sahip olmadığını; kadınların ve erkeklerin sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanmalarını sağlamak üzere gerekli tedbirlerin devletler tarafından alınması gerektiğini ortaya koymuştur.
7. **BM** uluslararası sözleşmeleri kadar, **BM** tarafından düzenlenen uluslararası konferanslar ve bu konferanslar sonrasında yayımlanan deklarasyonlar da uluslararası normlar ve standartları belirlemekte oldukça önemlidir. 1994 yılında Kahire’de gerçekleştirilen **Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (International Conference on Population and Development/ICPD)**, nüfus ve kalkınma alanında olduğu kadar, kadınların insan hakları ve sağlık hakları alanında, özellikle sağlığın önemli bir bileşeni olan üreme ve cinsel haklar konusunda, normları ve standartları belirlemiş bir konferanstır. Bu konferansta, bireylerin üreme ve cinsel haklarını gözetmeyen geleneksel nüfus politikaları yaklaşımı terk edilmiş, bireylerin cinsel ve üreme haklarını tanıyan, kadınların güçlenmesine özel olarak vurgu yapan bir kalkınma yaklaşımı benimsenmiştir.
8. **Dördüncü Dünya Kadın Konferansı’nda**, kadınların güçlenmesi ve kadınla erkek arasında

1 DSÖ Anayasası

2 İnsan Hakları Evren Beyannamesi, madde 25.

eşitliğin sağlanması bir insan hakları sorunu olarak tanımlanmış ve “sürdürülebilir, adil ve kalkınmış bir toplum inşa etmenin tek yolunun eşitliğin sağlanması olduğu” vurgulanmıştır. **Pekin Eylem Platformu**’nda, hükümetler, uluslararası topluluk ve hükümet dışı kuruluşlarla özel sektörün de dahil olduğu sivil toplum tarafından “Kadın ve Sağlık” alanı dahil 12 kritik alanda eylem ve stratejiler belirlemiştir. Bunu takip eden yıllarda belirlenen **Binyıl Kalkınma Hedefleri** ve **Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri**’nde, toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlamanın, kalkınmanın ön koşullarından biri olduğu yaklaşımı kabul edilmiştir.

9. **Avrupa Konseyi** tarafından kabul edilen uluslararası sözleşmeler, normların belirlenmesinde bir diğer dayanaktır. **Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi**’nin tamamlayıcısı niteliğinde olan **Avrupa Sosyal Şartı** (1965), herkesin ulaşılabilir en yüksek sağlık düzeyinden faydalanmasını mümkün kılacak her türlü önlemden yararlanma hakkına sahip olduğunu belirtir. Özellikle toplumsal cinsiyet ayrımcılığının en uç boyutu ve insan hakları ihlâli olan kadınlara yönelik şiddetle ilgili **Kadınlara Yönelik Şiddet ve Aile içi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye Dair Avrupa Konseyi Sözleşmesi** (İstanbul Sözleşmesi, 2014), şiddete maruz bırakılan kadın ve çocukları her tür şiddetten korumak, şiddetin faillerine yönelik kovuşturma ve yeterli düzeyde koruma ve destek mekanizmalar oluşturma, şiddetin önlenmesi ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasında bütüncül politikalar geliştirme alanlarında normları ve standartları ortaya koymaktadır.
10. **Avrupa Birliği** kurumlarının, sağlıkta toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasına ilişkin belgelerinde de sağlık hakkı ve toplumsal cinsiyet eşitliği vurgulanmıştır. **Avrupa Birliği Konseyi** 2006 yılında **Avrupa Birliği**’nde sağlık sistemleriyle ilgili ortak değerler ve ilkelere ilişkin bir karar yayımlamıştır (EIGE, 2016). **Avrupa Birliği Konseyi**’nin kararları, “Tüm Politikalarda Hakkaniyet ve Sağlık: Sağlıkta Dayanışma” başlığıyla, 2010 yılında yayımlanmıştır. Konsey, **AB** üye devletleri arasında, sağlık durumundaki farklılıklar ve hassas gruplar konusunda endişelerini dile getirmiş; yalnızca sağlık hizmetlerinin uygunluğunun, sağlığı en üst düzeye çıkarmak ve eşitsizlikleri gidermek için yeterli olmadığını kabul ederek, üye devletleri, eşitsizlikleri azaltmak, veri ve bilginin toplanmasını optimize etmek ve halk sağlığı kapasitelerini arttırmak için politikalar ve eylemler geliştirmeye davet etmiştir.³
11. Sağlık hakkının yaşama geçirilmesi sırasında yaşanan toplumsal cinsiyet temelli ayrımcılıklarla mücadele etmek ve devletlerin yasalarını ve uygulamalarını insan hakları norm ve standartlara uygunluğu çerçevesinde izlemek, izleme çalışmalarının etkisini ve güvenilirliğini artırmaktadır. Bu yönde bir izleme yapmak, karar vericiler için daha ikna edici ve yol gösterici olmaktadır. Sözü geçen uluslararası insan hakları belgelerine dayalı olarak, sağlık alanına ilişkin normlar altı başlık altında incelenmiştir: Eşitlik ve ayrımcılık yasağı, toplumsal cinsiyet eşitliği, insan onuruna saygı, hesap verebilirlik, katılım ve kadınların güçlenmesi.
12. Sağlık hakkına en geniş çerçevede yer veren **Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi** (Madde 12), herkesin mümkün olan en yüksek seviyede fiziksel ve zihinsel sağlık standartlarına sahip olma hakkını kabul eder ve bu hakkın gerçekleştirilmesinde erkeklere

3 http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressda-ta/en/lisa/114994.pdf.

ve kadınlara eşit haklar sağlamayı taahhüt eder. Sağlıkta **eşitliğin** gerçekleşmesi, ancak her tür ayrımcılığın ortadan kaldırılması ile mümkündür. **Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi**, sağlık hakkının yaşama geçirilmesinde, “ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasal ya da başka fikir, ulusal ya da toplumsal köken, mülkiyet, fiziksel veya zihinsel engellilik, sağlık durumu (HIV/AIDS dahil olmak üzere), cinsel yönelim, medeni, siyasî, sosyal veya diğer statüler bakımından sağlık hakkından herkesin eşit şekilde faydalanmasını ve sağlık hakkının herkes tarafından eşit şekilde kullanılmasını ortadan kaldıracak veya zedeleyici etki ve amaca sahip her türlü ayrımcılığı” yasakladığını vurgulamıştır.

13. Sağlık alanında **toplumsal cinsiyet eşitsizliğine** ve ayrımcılığına vurgu yapan temel belge olan **CEDAW**, taraf devletlere, kadınların erkeklerle hukuksal ve fiilî eşitliğini sağlama gibi yükümlükler verir. **CEDAW**, birçok uluslararası hukuk belgesinde (**İHEB**, **Avrupa Sosyal Şartı ve Revize Edilmiş Sosyal Şart** gibi) kullanılan “ayrımcılık yasağı” normunu anlamının ötesine taşımıştır. Çoğu belge, cinsiyete dayalı ayrımcılığı yasaklar ve hem kadınları hem erkekleri keyfî, haksız veya nedensiz ayrımcılıktan korurken; **CEDAW**, kadınların salt kadın olmalarından dolayı ayrımcılığın çeşitli biçimlerine maruz kaldıklarını vurgulayarak kadınlara yönelik ayrımcılığa odaklanır.⁴ Sözleşme, kadınların insan haklarından ve temel özgürlüklerden yararlanmalarını engelleyen geçmişteki ve bugünkü toplumsal ve kültürel birikimli etkileri hedefler ve kadınlarla erkekler arasında fiilî eşitliğin sağlanması amacıyla alınacak geçici özel önlemlerin eşitlik ve ayrımcılık yasağına aykırı olmadığını, bunun kadınlar için fiilî eşitliği sağlamanın bir yolu olduğunu belirtir.
14. **CEDAW**’ın 12. maddesi, aile planlaması dahil, sağlık hizmetlerinden kadınların ve erkeklerin eşit şekilde yararlanmalarını sağlamak ve bu hizmetlerin kullanılmasında ayrımcılığın ortadan kaldırılması konularında taraf devletlere sorumluluk getirmiştir. Ayrıca, bu madde, kadınların üremeye ilişkin hastalık yükleri göz önünde bulundurularak “hamilelik dönemi ve doğum sonrası dönem ile ilgili olarak kadınlara, gerektiği takdirde ücretsiz olarak” gerekli hizmetlerin sağlanması ve hamilelik ve emzirme döneminde yeterli hizmet verilmesi konularını düzenler. Sağlık bakım hizmetlerinden kadının ve erkeğin eşit olarak yararlanması, bilgilendirilmesi ve eğitim almasını sağlama göreviyle, kadınların sağlık alanında eşit muamele görme haklarına saygı gösterme, bu hakların korunması ve gerçekleştirilmesine yönelik yükümlülükleri kastedilir.
15. **İnsan onuruna saygı**, temel insan hakları prensibidir. Sağlık hakkına erişimin kısıtlı olması, bireye uygun ve nitelikli sağlık hizmetlerinin yokluğu, kötü muamele, sunulan hizmetlerin bedensel, kültürel, dinî ve diğer yönlerden kabul edilebilir olmaması, zorla veya bireyin aydınlatılmış onamı alınmadan yapılan uygulamalar, bu normun yaşama geçirilmesi önünde engeldir. İnsanların onurlu bir hayat sürdürme hakları, **İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi, Avrupa Sosyal Şartı, CEDAW, Çocuk Hakları Sözleşmesi, Engelli Hakları Sözleşmesi** gibi insan hakları sözleşmeleriyle güvence altına alınmıştır. İnsan onuruna saygı normu, uygun standartlarda ve nitelikli sağlık hizmetlerine erişim hakkı, kötü muamele yasağı, ayrımcılık yasağı, bedensel ve zihinsel bütünlüğe saygı, yaşam hakkı, kültürel ve dinî farklılıklara saygı,

4 CEDAW, 25 Sayılı Genel Tavsiye Kararı

bilgiye erişim hakkı, özel yaşama saygı, aydınlatılmış onam, tıbbî olarak kötü kullanılmaya karşı korunma hakkı gibi hakları kapsayan nitelikte bir normdur. Sağlık hakkının geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin sunumunda, sağlık politikalarının geliştirilmesinde, sağlık hizmetlerine ulaşımda, bu temel norm çerçeveyi belirler.

17. Devletlerin ulusal sağlık stratejileri ve sağlık eylem planlarının, hesap verilebilir ve şeffaf olması gerektiği uluslararası belgelerde belirtilmiştir. **Hesap verebilirlik**, hem **Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri**’nin hem de **Dünya Sağlık Örgütü Küresel Stratejisi**’nin temel normudur. Hesap verebilirliğin özü, cevaplanabilirliktir; hesap verebilir olmak, kararlar ve/veya eylemler ile ilgili soruları cevaplama yükümlülüğüne sahip olmak demektir (Brinkerhoff, 2003). Devletlerin sağlık hizmetleri ve sağlığın gerçekleştirilmesi konusunda yaptıkları eylemleri ve uygulama ve programlar konusunda bilgi sağlama ve gerekçelendirme yükümlülüğü vardır. Devletlerin, “ne yapıldı”, “ne harcandı” ve “neden” sorularına cevap vermesi beklenir. Hesap verme sorumluluğunun diğer belirleyici özelliği, yaptırımlardır. Bunlar, genellikle yasalarda ve düzenlemelerde yer alan gereklilikler ve cezalar olarak düşünülebilir. İnsan hakları belgeleri, devletlerin sağlık hakkının ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin yaşama geçirilmesi konusundaki çerçeveyi ve izlenmesi gereken normları belirler, hiçbir koşulda kısıtlanamayacak insan haklarını açıklar ve alınmasını gereken tedbirleri belirtir. Devletler, hesap verebilirliği sağlamak amacıyla, insan haklarını ihlâl eden uygulamaların bildirimini, gerektiğinde yaptırımlar uygulanacak mekanizmaları kurmak ve izlemek ile yükümlüdür.
18. Sağlığın teşvik edilmesi, önceliklerin belirlenmesinde, sağlık stratejilerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde, ayrımcılığa uğramadan, her bireyin karar alma süreçlerine katılımı önemlidir. **Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi**, ulusal sağlık stratejileri ve eylem planlarının oluşturulmasında ve uygulanması sürecinde, **katılım** ve ayrımcılık yasağı normlarına uyulması gerektiğini, bireylerin ve grupların kendilerini etkileyecek olan tüm karar alma süreçlerine katılım hakkı olduğunu ve katılımın tüm program ve politikaların içkin bir bileşeni olduğunu vurgular.⁵ Bu, hem makro düzeyde sağlık politikalarının geliştirilmesinde hem de birey düzeyinde tıbbî müdahalelerde temel normdur. **CEDAW 23 No’lu Genel Tavsiye Kararı** (paragraf 27), taraf devletlerin, kadınların hükümet politikalarının geliştirilmesine tam katılımını önleyen engelleri belirlemek ve bunları ortadan kaldırmakla yükümlü olduğunu vurgular. **CEDAW 24 No’lu Genel Tavsiye Kararı**’nda ise, toplumsal cinsiyet bakış açısının kadınların sağlığını etkileyen tüm politika ve programların merkezine yerleştirilmesi ve kadınların bu politika ve programların planlanması, uygulanması ve izlenmesi ve kadınlara hizmet tedarik süreçlerinin bir parçası hâline getirilmesi gerektiği vurgulanmıştır.
19. **Kadınların güçlenmesi**, kadınların, eğitim istihdam, karar mekanizmalarına katılım, sağlık gibi birçok alanda haklarının yaşama geçirilmesi, bu alanlarda ayrımcılığa maruz kalmadan var olabilmeleri anlamına gelmektedir. Kadınların güçlenmelerinin koşullarını yaratacak olan her türlü ayrımcılıktan uzak yaşama hakları, **CEDAW** ile garanti altına alınmıştır. Kadınların güçlenmesi ve kadınların insan haklarının hayata geçirilmesi arasındaki ilişki,

5 Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi, Genel Yorum 14, para 54-55.

1994 yılında, **UNKK**’da dile getirilmiş; aynı zamanda, cinsel haklar ve üreme hakları kavramlarına açıklık kazandırılarak, bu hakların kadınların güçlenmesi ile ilişkisine dikkat çekilmiştir. Kadınların güçlenmesi, kendi bedenleri ve cinsellikleri üzerinde karar verme, sağlıklarını etkileyecek tüm karar ve politikalara katılma gücüne sahip olmaları anlamına gelmektedir. **UNKK Eylem Programı**, kadınların güçlenmesi ve bağımsız bir birey olmasının, siyasi, sosyal, ekonomik ve sağlık durumunun iyileştirilmesinin ve sürdürülebilir kalkınmanın koşulu olduğunu ortaya koymuştur.

- 20.** Uluslararası insan hakları ve sağlık hakkı belgeleri tarafından yaygın kabul görmüş olan, eşitlik ve ayrımcılık yasağı, toplumsal cinsiyet eşitliği, insan onuruna saygı, hesap verilebilirlik, katılım ve kadınların güçlenmesi normları temelinde, sağlık hakkının gerçekleştirilmesinde izlenmesi gereken standartlar bulunmaktadır. Standartlar, sağlıkta toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması açısından kritik alanlar düşünülerek; bu raporda, sağlık, yasa, politika ve stratejileri, sağlıkta hizmet sunumu standartları, cinsel sağlık ve üreme sağlığı, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve HIV/AIDS, kadınlara yönelik şiddet ve çocuk yaşta evlilikler başlıkları altında toplanmıştır.
- 21.** Sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık haklarının yaşama geçirilebilmesi için 4 temel ilkenin varlığının değerlendirilmesi gerekmektedir (ESKHK Genel Yorum 14, madde 12). Bunlar: Mevcudiyet, erişilebilirlik, kabul edilebilirlik ve kalitedir. Sağlık hakkının gerçekleştirilmesinde temel olan bu unsurlar, şu şekilde açıklanmıştır.
1. *Mevcudiyet:* Sözleşme, sözleşmenin tarafı olan devletlerde sağlık hakkının gerçekleştirilebilmesi için, halk sağlığı ve sağlık kuruluşlarının, malzeme ve hizmetlerinin ve programlarının yeterli miktarda var olması gerektiğini belirtir.
 2. *Erişilebilirlik:* Sağlık olanaklarının, kuruluşlarının, malzemelerinin ve hizmetlerinin herhangi bir ayrımcılık yapılmadan herkesin erişimine açık olması anlamına gelir. Sağlık hizmetlerinin erişilebilir olması için dört ilkenin gerçekleşmesi gerekir.
 - a) *Ayrımcılık yapmama:* Sözleşmenin bu ilkesi, sağlık kuruluşlarının, malzemelerinin ve hizmetlerinin yasal olarak ve gerçekte, herhangi bir ayrımcılığa neden olmayacak, özellikle de hassas grupları içerecek şekilde, herkes için ulaşılabilir olması gerektiğini belirtir.
 - b) *Fiziksel erişilebilirlik:* Sağlık kuruluşlarının, malzemelerinin ve hizmetlerinin toplumun tüm kesimleri tarafından, özellikle de kırsal kesimdekiler de dahil olmak üzere etnik azınlıklar ve yerli halklar, çocuklar, gençler, yaşlılar, engelliler ve HIV/AIDS taşıyan kişiler gibi hassas ya da marjinal gruplar tarafından, fiziksel ve güvenli olarak erişilebilir olması gerekir.
 - c) *Ekonomik erişilebilirlik:* Sağlık kuruluşları, malzemeleri ve hizmetleri, herkes tarafından ekonomik olarak karşılanabilir olmalıdır. Sağlık hizmetlerinin yanı sıra, sağlığın altında yatan belirleyicilerle ilişkili hizmetler için gereken giderler için hakkaniyet ilkesi de gözetilmeli, hizmetler, ister özel sektöre ister kamuca verilsin,

sağlık harcamalarının yoksul insanlar için orantısız bir yük teşkil etmemesi gerekir.

d) *Bilgiye erişilebilirlik*: Erişilebilirlik sağlığa ilişkin konularda bilgi almak, bilgi vermek ve düşüncelerini açıklamak haklarını içerir. Ancak, bilgiye erişim hakkı, kişisel sağlık verilerinin gizliliği hakkını ihlâl etmemelidir.

3. *Kabul edilebilirlik*: Tüm sağlık kuruluşları, malzemeleri ve hizmetleri tıp etiğine saygılı, kültürel olarak uygun, cinsiyete ve yaşam döngüsü gereklerine duyarlı; aynı zamanda, hizmet alanların mahremiyetlerine saygı duyulacak ve onların sağlık düzeylerini yükseltecek biçimde planlanmış olmalıdır.
4. *Kalite*: Sağlık kuruluşlarının malzemeleri ve hizmetleri, bilimsel ve tıbbî gereklerle uygun ve iyi kalitede olmalıdır.
22. Bu dört temel standart, belirlenen kritik alanların her birinde hak temelli yaklaşımın geliştirilmesi ve hizmetlerin sunumunda bulunması gereken standartlardır. Dolayısıyla, insan hakları belgeleri, normlar kadar; kadına yönelik şiddet, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, cinsel sağlık ve üreme sağlığı gibi kritik alanların her biri için; hizmetlerin mevcut ve erişilebilir, kaliteli, kabul edilebilir olmasına ilişkin maddeler ve tedbirler içermektedir.
23. Bunların dışında, **DSÖ**, sağlık hakkının insan hakları temelinde yaşama geçirilmesi ile ilgili olarak, devletlerin sağlık ile ilgili yasa ve uygulamalarda iki temel unsur çerçevesinde hareket etme sorumluluğu olduğunu vurgulamıştır. Hükümetler, var olan kaynaklarını maksimum düzeyde kullanarak, sağlık hakkının artarak/ilerleyici bir biçimde yaşama geçirilmesi için acil adım atmak zorundadır. Ayrıca, hükümetlerin, kaynakları ne olursa olsun, ayrımcılığın acilen ortadan kaldırılması için gerekli çalışmaları yapmaları gerekir. Sağlık hakkının gerçekleştirilmesinde bir diğer önemli unsur da geriye gidişsiz olarak kazanımların korunmasıdır. Devletler, güçlü gerekçeler olmadıkça mevcut ekonomik, sosyal ve kültürel hakları geriye götürecek bir eylemde bulunamazlar. Örneğin; isteyerek düşük/kürtajın yasal süresinde kısıtlamaya gidilmesi, ücretsiz olan kontraseptif hizmetlerin ücretli hâle gelmesi gibi.⁶
24. Türkiye’de yerel mevzuat, ilgili yasalar ve politika belgeleri başlıkları altında incelenmiş, yasaların ve politika belgelerinin belirlenen normlara uygun olup olmadığı değerlendirilmiştir. Bu amaçla incelenen yasalar şunlardır: **Anayasa, Medeni Kanun, Ceza Kanunu, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun, Nüfus Planlaması Kanunu, Hasta Hakları Yönetmeliği, İş Kanunu, Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Aile Hekimliği Kanunu, Umumi Hıfzı Sıhha Kanunu, Çocuk Koruma Kanunu, Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun.**
25. Türkiye’de sağlık ve toplumsal cinsiyet ile ilişkili olarak; **Onuncu Kalkınma Planı ve Toplumsal Cinsiyet Çalışma Grubu Raporu, Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ulusal Eylem**

6 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/>

Planı, Sağlık Bakanlığı Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı, SB Stratejik Planı, Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı Kırsal Alanda Kadının Güçlendirilmesi Ulusal Eylem Planı incelenmiştir. **Onuncu Kalkınma Planı**’nın toplumsal cinsiyet eşitliği temelinde yapılanmadığı, söz konusu belgede daha çok aile vurgusunun ön planda olduğu görülmüştür. **TCE Ulusal Eylem Planı** ve **Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı**, insan hakları belgelerine önemli atıflarda bulunarak hazırlanmış ve Türkiye’nin taraf konumu ve taahhütlerine dayalı olarak devletin görevlerine vurgu yapan, kadın sağlığı açısından oldukça önemli iki politika belgesidir. Ancak, bu politika belgeleri süreleri dolduktan sonra yenilenmemiştir. STK’lar bölümünde, özellikle sağlık hakkı ve toplumsal cinsiyet eşitliği alanında izleme çalışmaları yapan STK’ların çalışmalarına yer verilmiştir.

26. Sağlık alanında izleme yapmanın temel aracı, uluslararası insan hakları belgeleri temelinde hazırlanmış olan göstergelerdir. Rapor kapsamında, sağlık tematik alanına ilişkin uluslararası endeksler ve bu endekslerde sağlık tematik alanına ilişkin kullanılan göstergeler incelenmiştir. **İnsani gelişme İndeksi, Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Endeksi, Küresel Cinsiyet Uçurumu Endeksi, Avrupa Cinsiyet Eşitliği Enstitüsü (EIGE)-Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Endeksi** gibi küresel ölçekteki endeksler ve bunların sağlığa ilişkin göstergeleri ele alınmıştır.
27. Uluslararası göstergeler bölümünde ise, uluslararası düzeyde kabul görmüş ve sağlık ve toplumsal cinsiyet temelli izlemeye kaynaklık edebilecek göstergelere yer verilmiştir. Bu alanda, **Binyıl Kalkınma Hedefleri, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri** ve **BM Minimum Toplumsal Cinsiyet Göstergeleri Seti**’nden sağlık alanı göstergeleri incelenmiştir. Bu göstergeler, ülkelerin sağlık düzeylerinin karşılaştırılmasına olanak sağlaması açısından yararlı olmakla birlikte, ülke düzeyinde sağlık hakkının ve sağlık hizmetlerinin toplumsal cinsiyet ve hak temelli izlenmesi için yeterli değildir. Dolayısıyla, daha ayrıntılı bir izleme aracı sağlamak amacıyla, **DSÖ** temel göstergeleri, **DSÖ** üreme sağlığı ve cinsel sağlık göstergeleri, **EIGE**’nin toplumsal cinsiyet ve sağlık göstergeleri incelenmiş, insan hakları norm ve standartlara paralel olarak tematik uzmanların geliştirdiği göstergelerle birlikte izlemeye kaynaklık edecek iki temel gösterge seti hazırlanmıştır.
28. Gösterge setlerinin ilki, Türkiye’de kamu kurum ve kuruluşları (özellikle **TÜİK** ve **Sağlık Bakanlığı**) tarafından verisi toplanan göstergelerdir. Bu gösterge setinde, göstergelerin hangi kurumlar tarafından toplandığı, verinin toplanma sıklığı ile ilgili bilgiler de sunulmuştur. Diğer veri seti ise, Türkiye’de verisi toplanmayan (veya verisi düzenli olarak paylaşılmayan) ve insan hakları sözleşmeleri gereği verisinin toplanması gereken göstergelerden oluşmaktadır. Bu gösterge setlerinde de hangi kaynaklardan bu verilerin talep edilebileceğine/hangi kaynak tarafından bu verilerin toplanabileceğine ilişkin görüşlere yer verilmiştir.
29. Göstergeler, insan hakları norm ve standartlarına paralel olarak, ulusal yasa ve politikalar, sağlık durumu, sağlık hizmetlerinin sunumu, cinsel sağlık ve üreme sağlığı, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve HIV/AIDS, kadınlara yönelik şiddet ve çocuk yaşta evlilikler,

istihdam, ücretsiz emek ve sağlık, sağlık sektöründe insan gücü ve cinsiyete duyarlı ortam, insan haklarının halk sağlığı nedeniyle kısıtlanmasına ilişkin standartlar başlıkları altında toplanmıştır. Ayrıca, verilerin toplanmasında, hesaplanmasında ve yorumlanmasında kaynaklık edeceği düşünülen bazı tanımlar da raporun sonuna eklenmiştir.



I. Giriş

A. Amaç

Bu rapor, “Türkiye’de Katılımcı Demokrasinin Geliştirilmesi: Toplumsal Cinsiyet Eşitliğinin İzlenmesi Projesi” kapsamında belirlenen tematik alandan biri olan sağlık hakkı ve sağlık hizmetleri alanında hazırlanmış bir haritalama raporudur. Raporun amacı, sağlık hakkının hayata geçirilmesi, sağlık hizmetlerinde toplumsal cinsiyet eşitliği temelinde izleme yapabilmek için gerekli çerçevenin sunulması ve Türkiye’de sağlık alanının toplumsal cinsiyet temelli izlenmesine kaynaklık edecek araçların geliştirilmesidir.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 10. maddesinde, cinsiyet eşitliğine vurgu yapılmış ve devletin eşitliğin hayata geçmesinden yükümlü olduğu belirtilmiştir. Türkiye, kadın-erkek eşitliğini sağlamaya yönelik olarak, Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW, 1979) başta olmak üzere, Pekin Deklarasyonu ve Eylem Planı (1995), Çocuk Hakları Sözleşmesi (1989), Binyıl Kalkınma Hedefleri (2000), Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (2015); Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi (1966), Avrupa Sosyal Şartı (1961) ve Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartı (1996) gibi birçok uluslararası anlaşma ve taahhütlere bağlılığını bildirerek, toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasından sorumlu olduğunu kabul etmiştir.

Özellikle 1980’lerden sonra yükselen kadın hareketlerinin büyük çabaları, toplumsal cinsiyet temelli örgütlerin çalışmaları ve uluslararası gelişmelerin de etkisiyle, toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamaya yönelik birçok yasal düzenleme, ulusal eylem planları, program ve stratejiler yapılmıştır. Bütün bunlara rağmen, toplumsal cinsiyet temelli çalışan örgütlerin hedefi olan ve devletin sorumluluğu olarak kabul ettiği toplumsal cinsiyet eşitliğinin hayata geçirilmesi önünde birçok engel bulunmaktadır. 2017 yılı Dünya Ekonomik Forumu Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Uçurum Endeksi’ne göre, Türkiye 144 ülke arasında 131. sırada bulunmaktadır. Eğitimde kadın erkek eşitsizliğinin sürmesi, kadınların siyasete ve işgücüne katılımının çok düşük oranlarda olması, sağlık hakkının hayata geçirilmesindeki ve sağlık statüsündeki eşitsizlikler, ayrımcılık alanları olmayı sürdürmektedir.

Bu raporun, toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini ortadan kaldırmaya yönelik çalışmalara, toplumsal hareketlerin ve hakların hayata geçmesi için çalışan toplumsal cinsiyet temelli örgütlerin hedefi olan toplumsal dönüşüm sürecine kaynaklık etmesi hedeflenmektedir. Bu doğrultuda, uluslararası sözleşmelerle ortaya koyulan sağlıkta toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasına yönelik norm ve standartların saptanarak, hem toplumsal cinsiyet temelli örgütler hem de sağlık alanında hak temelli çalışan örgütler için ikna veya savunuculuk aracı olarak kullanılması hedeflenmiştir. Ayrıca, raporun sağlık alanında toplumsal cinsiyet eşitliğinin mevcut durumu ve yıllar içerisinde meydana gelecek değişimler hakkında bilgi edinmeye aracılık etmesi, kazanımlarda geri gitme eğilimlerini saptamaya ve bu eğilimlerin engellenmesine dayanak teşkil edecek bir izleme aracı olması hedeflenmektedir.

Sağlık politikalarında ve uygulamalarında cinsiyete ve eşitliğe duyarlı bir izleme, sağlıkta toplumsal cinsiyet eşitliği ve haklar konusunda kamu kurumları/kuruluşları ve STK’lar arasında konuyla ilgili ortak anlayışın gelişmesine ve işbirliği yapılmasına katkı sunacak; toplumsal cinsiyet anaakımlaştırmasına dolaylı olarak hizmet edecektir.

Bu amaç ve hedefler çerçevesinde hazırlanan bu rapor, dört bölümden oluşmaktadır. Raporun ilk bölümünde, sağlık ve toplumsal cinsiyet eşitliği alanlarında temel insan hakları belgeleri ve içerikleri ele alınacak, bu belgelere dayalı olarak kabul edilmiş normlar ve standartlar belirlenecektir. Bu normlar ve standartların hayata geçirilmesini desteklemek amacıyla da bazı iyi örnekler sunulmaya çalışılacaktır. İkinci bölümde, konuyla ilgili Türkiye’deki mevcut yasal mevzuat ve politika belgeleri incelenecek ve bu belgelerin uluslararası norm ve standartlara uygunluğu saptanacaktır. Ayrıca, sağlık ve toplumsal cinsiyet eşitliği alanında faaliyet gösteren ve özellikle izleme faaliyetleri yapan sivil toplum örgütlerinin çalışmaları bu bölümde incelenecektir. Üçüncü bölümde, izlemeyi mümkün kılacak sağlık hakkının kullanılması ve sağlık hizmetleri bağlamında uluslararası endeksler, uluslararası göstergeler ve veri kaynaklarına yer verilecek ve BM, AB ve DSÖ’nün çalışmalarına dayanarak hazırlanan gösterge setleri paylaşılacaktır. Son bölümde ise Türkiye’de sağlık durumunu gösteren bazı verilere yer verilecektir.

B. Sağlık Hakkının Gelişimi

Kadınların, sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanma ve sağlık alanında ihtiyaçlarının görünür olması talepleri, Kadın Sağlığı Hareketi ile başlar. Kadın Sağlığı Hareketi, Amerika Birleşik Devletleri’nde 1960’lar ve 1970’lerde, ikinci dalga feminist hareketler sırasında ortaya çıkmıştır. Kadın Sağlığı Hareketi’nin temel talepleri, kadınların üreme hakları üzerinde kontrol sahibi olabilmeleri ve özellikle, o dönemde yasal ve erişilebilir olmadığı için birçok kadının hayatını riske atan isteyerek düşüğün yasal, güvenli ve erişilebilir olmasıdır (Nichols, 2000; Morgen, 2002).

Kadın Sağlığı Hareketi’nin sağlık haklarına ilişkin mücadelelerinin, 1900’lerin başında Amerika’da Margaret Sanger’ın kadınların doğum kontrol haklarına ilişkin mücadelesi ile başladığı da iddia edilebilirse de örgütlü kadın sağlığı hareketinin 1960’larda ve 1970’lerde ortaya çıktığı geniş kabul görmektedir (Nichols, 2000). Bu dönemde, ABD’de sağlık bakım ve hizmetlerinden memnuniyetsizliklerini dile getiren kadınlar, kendi sağlık gruplarını oluşturmuşlardır. Temel amaçları, kadınların sağlıkları üzerinde etkili olan ataerkil tıbbî toplulukların sahip olduğu gücü kendilerinin de kazanması ve kendi sağlıkları üzerinde kontrol sahibi olmaktır (Greary 1995 içinde Nichols, 2000).

Ehrenreich ve English (1973 içinde Seaman ve Eldridge, 2012), ABD’de gelişen kadın sağlığı hareketinin antik köklerinin Ortaçağ cadı meclisleri olduğunu belirtmektedir. Ortaçağ’da, ABD’de ve Avrupa’da yakılan cadıların çoğunluğunun köylülere sağlık hizmeti sunan kadın şifacılar olduğu ve maruz kaldıkları baskının, erkeklerin kadın şifacıları baskı altına almasının tarihteki ilk örneklerinden biri olduğu belirtilmektedir (Ehrenreich & English). Genellikle, tarihte şifacı olarak bilinen kişiler ve evlerde hastaların tedavileri ve iyileştirilmesi ile ilgilenen asıl kişiler, kadınlar olmuştur. Ehrenreich ve English, kadınlar için “batı tarihinin lisanssız doktorları

ve anatomistleri” ifadesini kullanır. Şifalı bitkileri yetiştiren ve bu bitkilerin kullanımıyla ilgili sırları aktaran, kadınlardır.

Tıbbın üniversite eğitimi gerektiren bir meslek olarak kurulması, kadınların tıbbî uygulamalardan men edilmelerini kolaylaştırmıştır; çünkü birçok üniversite, kapılarını üst sınıftan kadınlar da dahil olmak üzere kadınlara kapatmıştır ve hekimlik ruhsatının verilmesiyle ilgili kanunlar da üniversitede eğitim görmüş hekimler dışındakilerin uygulamadan men edilmesini sağlayacak şekilde düzenlenmiştir (Ehrenreich & English, 1973 içinde Seaman ve Eldridge, 2014).

Kadınların, tıp alanında tekrar kendilerini ortaya koyabilmeleri için uzun ve zorlu mücadelelerden geçmeleri gerekmiştir. ABD’de, 1847’de Amerikan Tıp Fakültesi’ne giren ve mezun olan ilk kadın, Elizabeth Blackwell olmuştur. Kadınlar, bu süreçten sonra tıp fakültelerine gitmeye devam etmişler ancak uzun süre, kadınların sayıları oldukça düşük seviyede kalmıştır. 1969 yılında, ABD’de tıp öğrencilerinin sadece %8’ini kadınlar oluşturmaktadır (Seaman ve Eldridge, 2014).

Kadın Sağlığı Hareketi’nin ortaya çıkmasında itici güç olan isteyerek düşük/kürtaj, 1960’larda, ABD’de birçok eyalette, kadının yaşamını tehdit eden durumlar dışında yasa dışıdır. Kadın Sağlığı Hareketi ve feminist gruplar, böyle bir dönemde önemli başarılar imza atmış ve 1973’te, ABD’de Illinois eyaletinde kürtajın yasallaşmasını sağlayan Roe v. Wade davasında alınan sonuçla birlikte kadın sağlığını ilgilendiren birçok konuda gelişmeler yaşanmasını sağlamıştır.

Kadın sağlığı hareketinin önemli isimlerinden Barbara Seaman, 1969’da doğum kontrol haplarının ciddi yan etkilerini ele alan, *The Doctors’ Case Against the Pill (Hapa Karşı Doktorlar)* adlı bir kitap yazmıştır. Bu kitabın yarattığı tartışmalar, Seaman’ın işini kaybetmesine neden olmuş ancak daha sonra bu kitap, 1970’lerde doğum kontrol haplarının güvenliği ve yan etkileri konusunda önemli çalışmalar yapılmasını sağlamıştır (Nichols, 2000). Ayrıca, Seaman’ın yaptığı çalışmalar, günümüzde eczacılıkla ilgili ürünlerde bulunan ilk prospektüslerin oluşturulması gibi, hasta güvenliğini gözeten yenilikler yapılmasını da sağlamıştır (Seaman ve Eldridge, 2014).

1969’da, Boston’da *Kadınlar ve Bedenleri* konulu bir gün süren bir toplantı düzenlenmiş ve bu atölye çalışması sırasında kadınların kendi bedenleri üzerinde ne kadar az bilgiye sahip olduklarını gören aktivistler, kadın sağlığında temel konular olan doğum, hamilelik, kürtaj, doğum kontrol yöntemleri konusundaki bilgileri kadınlar için bir araya getirme kararı almıştır. Boston Kadın Sağlığı Kolektifi, bilgi edinmek isteyen her kadının bu bilgilere ulaşmasını sağlamak için, 1971’de, *Bedenlerimiz, Biz’i (Ourbodies, Ourselves)* ilk kez yayımlamıştır. Tıp kitaplarındaki dilin çok teknik olması ve kadınların, deneyimleriyle kitaplardaki bilgiler arasında bir bağ kurmaması gibi nedenlerle, *Bedenlerimiz, Biz* anlaşılabilir bir dille yazılmıştır ve aynı zamanda, kadınların deneyimlerine de kitapta önemli bir yer verilmiştir. Söz konusu kitap, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, güvenli cinsellik gibi, yayımlandığı dönemde henüz konuşulmayan konuları gündeme taşımış; kadınların, doktorlarla iletişiminde pasif ve itaatkar bir rol almaları, sağlıkları ve tedavileri hakkında soru sormaktan çekinmeleri gibi durumları

tartışmaya açmış, kadınların kendi sağlıkları ve bedenleri üzerinde kontrol sahibi olmalarına sağlayacak tıbbî öneriler ve pratik bilgiler sunmuştur (Saw ve Shey, 1999 içinde, Seaman ve Elridge, 2014). Bu yönüyle *Bedenimiz, Biz*, dönemi için oldukça devrimci bir kitaptır. *Bedenimiz, Biz*, hâlen belirli aralıklara güncellenmektedir.⁷

Kadın Sağlığı Hareketi’nde, kadınların daha iyi sağlık hizmeti ve tedavisi talep ettikleri bir başka konu ise, meme kanseridir. 1970’lerde, meme kanserinin standart tedavisi için mastektomi yöntemi kullanılmıştır. Mastektomi, memenin tamamen alınması ameliyatıdır ve ameliyatta meme ile birlikte, onu çevreleyen lenf nodları ve dokuları da alınmaktadır. Bu yöntemde, cerrahî biyopsi sırasında tek seferlik bir prosedürle memenin alınması nedeniyle, bu işlemin gerçekleştirildiği kadınlar, ameliyattan memesi alınmış olarak uyanmaktadır. Bir aktivist ve aynı zamanda meme kanseri hastası olan Rose Kushner, tıbbî kurumlar tarafından daha az zorlayıcı müdahalelerin geliştirilmesi ve hastaların tedavileriyle ilgili olarak onamlarının alınabilmesi konusunda mücadele etmiştir. Bu mücadeleler sonucunda, kitlenin cerrahî yöntemle alınması (*lumpectomy*) ve radyasyon tedavisi gibi, günümüzde meme kanseri tedavisinde izlenen yöntemler geliştirilmiştir.

Kadın Sağlığı Hareketi, kısa süre içinde kadın sağlığına bütüncül bir bakış getirmeyi başarmış ve tüm kadınların sağlık hizmetine erişebilmesi ve sağlık sistemi içinde cinsiyetçi bakış açısını dönüştürmek için mücadele etmeye başlamıştır (Nichols 2000). Bu mücadeleler sonucunda, Kadın Sağlığı Hareketi önemli kazanımlar elde etmiş; üreme hakları üzerinde daha fazla kontrol sahibi olmuşlar, bazı kısıtlamalar söz konusu olsa da ABD’de kürtaj yasallaşmış ve yeni doğum kontrol yöntemleri erişilebilir olmuştur. İlaç araştırmalarında, kadınların çalışmalardan dışlanması engellenmiş ve yapılan çalışmalarda kadınlara özgü sağlık sonuçlarının da saptanması gerektiği vurgulanmıştır. Ayrıca, kadınlara yönelik şiddet ve ayrımcılık, küresel ölçekte önemli bir sorun olarak tanımlanmıştır. 1980’ler, ABD’de, kadınların mücadele ederek kazanmış olduğu yasal kürtaj haklarının tehdit altında olduğu zamanlar olsa da, 1980’ler ve 1990’lar, genel olarak kadın sağlığı alanında önemli kazanımların elde edildiği yıllar olmuştur.⁸ Bu hareketlerin içinden, günümüzde hâlen aktif olarak çalışan kadın örgütleri doğmuştur (Nichols, 2000).

Son yıllarda, uluslararası düzeyde çalışan sivil toplum örgütlerinin sayısında ve çeşitliliğinde önemli artışlar olmuştur. Modern tıbbın dışına itilmiş olan kadınlar, yıllar içinde verdikleri mücadeleler ile tıp alanında ses getirmeye başlamış; kadın aktivistlerin çalışmaları, BM düzeyinde, DSÖ gibi sağlık alanında çalışmalar yapan örgütlerin yapısını ve çalışmalarını da etkileyerek; sağlığın geliştirilmesi, korunması, kadınların bedenleri üzerindeki hakları konusunda standartlar geliştirmesine de katkı sağlamıştır.

Yıllar içinde, kadın hareketi, küresel politik gündemi değiştirecek ölçüde önemli deneyim ve uzmanlık kazanmıştır (Alter Chen, 1995). 1975’in BM düzeyinde “Kadın Yılı” olarak kabul edilmesi ve sırasıyla; Meksika, Kopenhag ve Nairobi’de düzenlenen Dünya Kadın Konferansları,

7 <https://www.ourbodiesourselves.org/publications/>

8 Barbara Seaman ve Laura Elridge (2012) tarafından derlenen, *Voices of the Women’s Health Movement* (Kadın Sağlığı Hareketinden Sesler) kitabında, o dönemde muhafazakar ahlak, kapitalist piyasa koşulları, kadınların devletin ve eril tıp otoriteleri tarafından sağlıkları üzerindeki haklarını nasıl yitirdikleri, kendi bedenleri üzerindeki kontrol sahibi olamamaları ve bunlara karşı verdikleri yoğun mücadelelere birçok örnek bulunmaktadır. Kitabın Türkçe çevirisi Ayizi Yayınevi tarafından 2014 yılında basılmıştır.

giderek kadın örgütü katılımının ve etkisinin en yüksek noktaya ulaşmasını sağlamıştır. 1994’te Kahire’de yapılan Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda, uluslararası kadın hareketi artık küresel gündemi etkileyecek güce kavuşmuştur (Alter Chen, 1995). UNKK öncesinde yapılan konferanslarda deneyim sahibi olan, Asya, Avrupa, Afrika, Latin Amerika, ABD ve Batı Avrupa’dan kadın sağlığı savunucuları, konferans öncesinde hazırlık yapmış ve nüfus politikalarına ilişkin bir kadın bildirgesi oluşturmuşlar; kadınlar aralarındaki ideolojik, kültürel, sosyo-ekonomik durum ve güç farklılıklarına rağmen, toplumsal cinsiyet eşitliği, üreme hakları ve üreme sağlığında erkeklerin de sorumluluk alması gibi temel konularda ortaklığa varmışlardır.

Kadın Sağlığı Hareketi’nin günümüze kadar kadınların sağlık haklarını kullanımında birçok kazanımı olmuştur. Ancak birçok kadın için sağlık alanında çoğu sorun günümüzde devam etmektedir. Gelişen tıp ve teknolojiler, kadınların sağlığı için oldukça olumlu gelişmeler yaratırken bir yandan da gelişen teknoloji, kadınların, kendi bedenleri ve sağlıkları üzerindeki kontrolü üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Sağlık hizmetine erişimdeki uçurumlar; kadınların kendi bedenleri ve hayatları üzerinde kontrol sahibi olamamaları; aynı zamanda, yaşanan coğrafya, sosyo-ekonomik durum, ülkenin gelişmişlik düzeyi, bireylerin ırk, din, dil, etnisite, cinsel yönelim, engellilik, cinsiyet kimliği temelinde uğradıkları ayrımcılıklar da kadınların sağlık hakkını kullanmasında temel sorun alanları olmayı sürdürmektedir.



II. Sağlıkta Toplumsal Cinsiyet Eşitliği: Normlar ve Standartlar

Sağlıklı olmak, insanlığın varoluşundan beri önemini koruyan, en temel insan haklarından biridir. 1948 yılında yürürlüğe giren DSÖ Anayasası’nda, sağlık, “sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, bireyin bedensel ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halinde olması” olarak tanımlanmış ve sağlığın temel bir insan hakkı olduğu ortaya konmuştur. Bu anayasada, DSÖ tarafından, sağlık, bir insan hakkı olarak kabul edilmiş, ayrıca, sağlığın toplumsal ve ekonomik belirleyicileri de dikkate alınmıştır.

Sağlık hakkı, içeriği ve ele alınış biçimiyle farklılıklar göstermekle birlikte, günümüze kadar kabul edilen birçok insan hakları belgesinde tanınmıştır.

1948 İnsan Hakları Evrensel Beyanamesi’nde, sağlık hakkı, “Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı” olduğu ifadesiyle yer bulmuştur.

Sağlık hakkını veya sağlığın korunması hakkını geniş bir şekilde ortaya koyan Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi’nde (1966, madde 12) ise, “herkesin mümkün olan en yüksek seviyede fiziksel ve zihinsel sağlık standartlarına sahip olma hakkı” olduğu kabul edilmiş, sözleşmeye taraf devletlerin bu hakkı gerçekleştirmek amacıyla alacakları tedbirler açıklanmıştır.

Sağlık hakkının tanınması açısından önemli dönüm noktalarından biri, 1978 yılında DSÖ tarafından gerçekleştirilen Alma Ata Konferansı’dır. Alma Ata Konferansı sonrasında yayımlanan bildirmede, temel sağlık hizmetlerinin bir insan hakkı olduğu belirtilmiştir. Temel sağlık hizmetleri anlayışı, sağlığın, beslenme, çevre, gelir, iş, konut, katılım gibi temel etmenlerin varlığına bağlı olduğunu savunur ve sağlık hizmetleri içinde önceliğin, tedavi edici değil, koruyucu hizmetlere verilmesi gerektiğini vurgular. Bu bildirme, birinci basamak sağlık hizmetine erişimin, tüm bireylerin sosyal ve ekonomik açıdan üretken bir hayat sürmesine (Madde 5) izin verecek bir sağlık düzeyi elde etmenin ve mümkün olan en yüksek sağlık standardının gerçekleştirilmesine katkıda bulunmanın anahtarı olduğunu vurgulamıştır. Böylece, sağlık hakkının gerçekleşmesinde sağlığın korunması vurgusu önem kazanmış ve devletlerin bu konudaki sorumlulukları öne çıkmıştır.

1965 yılında yürürlüğe giren Avrupa Sosyal Şartı’nda, “Sağlığın Korunması Hakkı” başlığı altında, sağlığın bozulmasına yol açan nedenleri ortadan kaldırmak, sağlığı geliştirmek ve sağlık konularında kişisel sorumluluğu artırmak üzere eğitim ve danışma kolaylıkları sağlamak, salgın hastalıklarla, kronik ve başka hastalıkları olabildiğince önlemek üzere tasarlanmış uygun önlemler almak, devletlerin sorumluluğu olarak düzenlenmiştir.

1990’ların sonlarında, Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi, sağlık hakkı üzerine 14 numaralı genel yorumu yayımlamış, devletlerin, sağlığın korunması, sağlık hakkının yaşama geçirilmesi ve sağlık haklarına saygı gösterilmesi temel yükümlüklerinin içeriğine vurgu

yapmıştır. 2002’de, İnsan Hakları Komisyonu, sağlık hakkının hayata geçirilip geçirilmediğini izlemek üzere bir özel raportör atamıştır.

İnsan hakları belgelerinde ve Alma Ata’yı izleyen pek çok konferans ve bildirgede, sağlık hakkı, tüm bireylerin sahip olduğu bir hak olarak tanınmış ve bu hakkın hayata geçirilmesinde devletlerin sorumluluğuna vurgu yapılmıştır. Temel olarak insan hakları belgeleri ve sağlık alanındaki belgeler, eşitlik anlayışını benimseseler de bu belgelerin, kadınların insan haklarından etkili bir biçimde söz ettikleri söylenemez. Başlangıçta, en temel insan haklarından biri olan sağlık hakkı da kadınların cinsiyetçi ve ayrımcı rejimler nedeniyle sağlığa erişim, sağlıkları konusunda karar verme, sağlık hizmetlerine ulaşma haklarının önündeki engelleri görmemiştir.

1979’da imzaya açılan CEDAW, eğitim, istihdam, gibi diğer temel alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da kadınlara yönelik ayrımcılığın görünür kılınmasında bir dönüm noktası olmuştur. CEDAW, kendisinden önce gelen insan hakları belgelerinde, “eşitlik” ve “ayrımcılık yasağı” ilkelerinin kabul edilmesine rağmen, kadınların erkeklerle eşit haklara sahip olmadığını; kadınların ve erkeklerin sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanmalarını sağlamak üzere gerekli tedbirlerin devletler tarafından alınması gerektiğini ortaya koymuştur.

1994 yılında Kahire’de düzenlenen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (UNKK) ise, sağlık hakkının önemli bir bileşeni olan üreme hakları ve cinsel hakların tanınması konusundaki yaklaşımıyla oldukça önemlidir. Bu konferans ile kadının ve bireyin üreme haklarını gözetmeyen geleneksel nüfus politikaları yaklaşımı terk edilmiş ve bireylerin üreme haklarını ve üreme sağlığını öncelikle ele alan, cinsel hakların ve üreme sağlığının sağlanmasında toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasına, kadınların güçlenmesine özel olarak vurgu yapan bir yaklaşım benimsenmiştir. Üreme sağlığını ilk kez tanımlaması ve kadın sağlığını, haklar bağlamında ve tüm yaşam boyu sunulması gereken hizmetleri de belirterek kapsaması ile son derece önemlidir.

1995 yılında düzenlenen Dördüncü Kadın Konferansı, kurulan Pekin Eylem Platformu Eylem Planı UNKK’nın bütün kararlarını onaylamıştır (UN, 2016). Pekin Eylem Platformu, kadınların sağlık haklarına ilişkin daha bütüncül bir yaklaşım getirmiş, kadınların sağlığında üreme ve cinsel sağlığın ötesinde kadınların sağlığını etkileyen toplumsal ve kültürel nedenler konusunda kapsamlı açıklamalar yapmış ve devletlerin sorumluluğuna vurgu yapmıştır.

BM’nin ve sağlık özelinde DSÖ’nün çalışmaları, yıllar içinde, Alma Ata Konferansı Bildirgesi’nde tanımlanmış olan sağlık hakkını genişletmiş ve herkes için sağlık, eşitlik, sosyal adalet, katılım ve sağlık alanındaki aktörler arası dayanışma gibi değerleri sağlık hakkının temel değerleri olarak betimlemiştir. Sağlık hakkının insan hakları ve toplumsal cinsiyet eşitliği temelinde ele alınması için çerçeveyi belirlemiştir.

2000 yılında kabul edilen Binyıl Kalkınma Hedefleri ve 2015 yılında kabul edilen Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri de sağlık hakkının ve toplumsal eşitliğinin yaşama geçirilmesi bakımından önemli olan ölçülebilir hedefler getirmiştir.

Sağlık hakkının toplumsal cinsiyet eşitliği çerçevesinde yaşama geçirilmesinde ve bugünkü uluslararası norm ve standartların benimsemesinde, uluslararası kadın hareketinin çabaları,

Birleşmiş Milletler konferansları ve bildirgelerin kabulü sürecinde yaptıkları savunuculuk çalışmaları önemli rol oynamıştır. Kadınların sağlık hakkı ile ilgili birçok tarihsel mesele, bugün hâlâ uluslararası düzeyde ve Türkiye’de ana meseleler olmaya devam etmektedir. Karşılaşılan zorlukların yapısı ve formu değişmekle birlikte, kadınların sağlık hizmetini kuşatan temel sorunlar, sağlık hizmetlerinin erişimi, sunumu, kadın bedeni üzerinde denetim ve kontrol sağlamaya ilişkin sorunlar hâlâ önemini sürdürmektedir. Sağlık alanında uluslararası ve ulusal düzeydeki kazanımların korunması, bu yöndeki norm ve standartları dayanak olarak alacak çalışmalar yapmak, bunların hükümetler tarafından yaşama geçirilip geçirilmediğini izlemek ve konuyla ilgilenen toplumsal cinsiyet temelli örgütlerin yapacağı savunuculuk çalışmaları ile mümkün olmaktadır.

A. Sağlıkta Toplumsal Cinsiyet Eşitliğinin Sağlanmasına İlişkin İnsan Hakları Belgeleri

Sağlık hakkının uluslararası sözleşmelerle tanınması, devletlere sağlığın korunması, geliştirilmesi, sağlıklı olmaya engel olan koşulların ve etmenlerin ortadan kaldırılması ve insanların sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanması konusunda belirli yükümlülükler getirmiştir. Sağlık alanında geliştirilen normlar, BM, DSÖ, Avrupa Konseyi, Avrupa Birliği ve bu alanda çalışan uluslararası sivil toplum kuruluşları tarafından kabul edilmiş, uluslararası mevzuat ile güvence altına alınmış temel değerlerdir. Sözü edilen değerlerin yasalarla korunması ve hayata geçirilmesi, devletlerin sorumluluğudur. Bu bölümde, sağlık hakkının normatif içeriğinin oluşmasında önemli olan insan hakları belgeleri ele alınacaktır.

A.1. Birleşmiş Milletler Sözleşmeleri

Birleşmiş Milletler, sağlık hakkının tanınmasında, hayata geçirilmesinde ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasında önemli yere sahip uluslararası örgütlerden biridir. Dünya Sağlık Örgütü, BM yapısı ve sistemi içerisinde, sağlık alanında küresel ölçekte faaliyet gösteren, sağlık araştırmalarının yapılması, sağlığın geliştirilmesi ve korunması konularında normların ve standartların belirlenmesinde diğer sağlık alanıyla ilişkili faaliyet gösteren bazı BM organları, komiteleriyle birlikte (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi, Kadının Statüsü Komisyonu gibi) çok önemli bir konumdadır.

Sağlık hakkı, pek çok BM sözleşmesinde tanınmıştır. 1948 yılında yürürlüğe giren **DSÖ Anayasasında**, sağlık, “sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, bireyin bedensel zihinsel ve sosyal yönden tam iyilik halinde olması” olarak tanımlanmış ve sağlığın temel bir insan hakkı olduğu ortaya konmuştur.⁹

1948 İnsan Hakları Evrensel Beyanamesi’nde ise, “Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı” olduğu vurgulanmıştır.¹⁰

1966 yılında imzaya açılan **Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi** (ESKHS), uluslararası

9 DSÖ Anayasası

10 İnsan Hakları Evren Beyanamesi, madde 25.

insan hakları belgeleri içerisinde sağlık hakkını en kapsamlı şekilde ele alan sözleşmedir. Sözleşmede, “herkesin mümkün olan en yüksek seviyede fiziksel ve zihinsel sağlık standartlarına sahip olma hakkı” olduğu kabul edilmiş, sözleşmeye taraf devletlerin bu hakkı gerçekleştirmek amacıyla alacakları tedbirlere örnekler verilmiştir (Madde 12).

ESKH Komitesi, 2000 yılında kabul ettiği 14 Numaralı Genel Yorum’da, sağlık hakkının “sağlıklı olma hakkı” olarak anlaşılmasını gerektiğini vurgular. Sağlık hakkının, bireyin cinsel ve üreme özgürlükleri dahil kendi bedeni ve sağlığı üzerinde kontrol hakkı, her türlü kötü muameleden uzak olma, işkenceden, izinsiz tıbbî tedavi ve deneylerden uzak yaşama hakkı gibi hakları da içerdiği belirtilir. Bunun yanında, herkesin mümkün olan en yüksek sağlık düzeyine erişebilmesi, eşit şekilde yararlanabileceği sağlığın korunması hizmetlerinin, gıda, barınma, çalışma, eğitim, katılım, bilimsel ilerlemelerden ve bunların uygulamalarının faydalarından yararlanma, yaşam hakkı, ayrımcılığa uğramama, işkence görmeme, mahremiyet, bilgiye erişim ve örgütlenme, toplanma ve dolaşım hakkı gibi diğer insan haklarının yaşama geçirilmesi ile yakından ilişkili ve onlara bağımlı olduğunu kabul eder. Dolayısıyla, sağlık hakkının yaşama geçirilmesinde diğer tüm alanlarla kesişen standartlar, eylem ve stratejiler önem kazanmaktadır.

Komite, sağlık hakkının hayata geçirilip geçirilmediğinin izlenmesi için dört ilke belirlemiştir. Bunlar sağlık hizmetlerinin, kuruluşlarının ve malzemelerin varlığı, kuruluşların ve hizmetlerin ayrımcılık yapılmadan herkes için fiziksel ve ekonomik olarak erişilebilirliği; hizmetlerin kabul edilebilirliği ve bilimsel ve tıbbî etiğe uygun nitelikte olması şeklinde özetlenebilir.¹¹ Bu ilkelere, Raporun Standartlar Bölümü’nde ayrıntılı olarak yer verilmiştir.

Komite, diğer insan haklarında olduğu gibi, sağlık hakkının yaşama geçirilmesinde de devletlerin/hükümetlerin *saygı duyma, koruma ve yerine getirme yükümlülüğü* olduğunu belirtmiş,yine sağlık hakkının yaşama geçirilmesinde önemli unsurlardan birinin, topluluk, ulusal ve uluslararası düzeyde sağlık kararlarına katılım olduğunu ifade etmiştir.

14 No’lu Genel Yorum’da ise, sağlıkla ilgili tüm haklara erişim ve yetkiler açısından, “ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasal ya da başka fikir, ulusal ya da toplumsal köken, mülkiyet, fiziksel veya zihinsel engellilik, sağlık durumu (HIV/AIDS dahil olmak üzere), cinsel yönelim, medeni, siyasi, sosyal veya diğer statüler bakımından sağlık hakkından herkesin eşit şekilde yararlanmasını ve sağlık hakkının herkes tarafından eşit şekilde kullanılmasını ortadan kaldıracak veya zedeleyici etki ve amaca sahip her türlü ayrımcılığın” yasak olduğu özellikle belirtilmiştir.

Sağlık hakkına özel olarak yer veren diğer BM sözleşmelerinde; **1965 yılında Irk Ayrımcılığını Ortadan Kaldırmaya Dair Sözleşme**’nin 11.1(f) maddesinde, **Çocuk Hakları Sözleşmesi**’nin 24. maddesinde, Engelli Hakları Sözleşmesi’nin 25. maddesinde, “ayrımcılığa uğramaksızın ulaşılabilir en yüksek sağlık standardından yararlanma hakkı” tanınmış ve bu sözleşmelerle sağlıkla ilgili olarak rehabilitasyon da dahil olmak üzere, sağlık hizmetlerine erişimi mümkün kılmak için uygun tüm tedbirleri alacağını taraf devletler garanti etmiştir. Ayrıca, **Tüm Göçmen İşçilerin ve Aile Fertlerinin Haklarının Korunmasına Dair Uluslararası Sözleşme (28. ve 43. madde)**’de **göçmen işçiler ve aile fertlerinin** yaşamlarının korunması veya sağlık yönünden düzeltilmesi mümkün olmayan bir zararın önlenmesi için gerekli olan her türlü tıbbî bakım

11 Ekonomik ve Kültürel Haklar Sözleşmesi Genel Yorum 14, madde 12

görme hakkına, ilgili devletin vatandaşlarına yapılan uygulamaya eşit olarak sahip oldukları belirtilmiştir.

Bu sözleşmeler, sağlık hakkının hayata geçirilmesinde; sağlık hakkının kullanımını, özel ve/veya hassas olarak tanımlanan grupları da içerecek şekilde, sağlamayı amaçlar. Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi’nin özellikle sağlık hakkının kullanılmasında eşitliğin sağlanması açısından vurguladığı özel konular arasında, ayrımcılık yasağı, toplumsal cinsiyet perspektifi, kadınların sağlık hakkı, çocuklar ve adolesanlar, yaşlı bireyler, engelli bireylerin sağlık hakkı, yerli halklar ve azınlıklar konuları gelmekte ve bu konularda taraf devletler tarafından alınması gereken tedbirler belirtilmektedir.

Kadınlara Yönelik Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi (Tasfiyesi) Sözleşmesi (1979) ve İhtiyari Protokol

CEDAW, aile planlaması dahil sağlık hizmetlerinden kadınların ve erkeklerin eşit şekilde yararlanmalarını sağlamak ve bu hizmetlerin kullanılmasında ayrımcılığın ortadan kaldırılması konularında taraf devletlere sorumluluk getirmiştir.¹² Ayrıca, kadınların üreme yükleri göz önünde bulundurularak “hamilelik dönemi ve doğum sonrası dönem ile ilgili olarak kadınlara, gerektiği takdirde ücretsiz olarak” gerekli hizmetlerin sağlanması ve hamilelik ve emzirme döneminde kadınlara yeterli hizmet verilmesi konularını düzenler.¹³

Taraf devletlerin, sağlık bakım hizmetlerinden kadının ve erkeğin eşit olarak yararlanmasını, bilgilendirilmesini ve eğitim almasını sağlama göreviyle, kadınların sağlık haklarına saygı gösterilmesi, bu hakların korunması ve gerçekleştirilmesine yönelik yükümlülükleri kastedilir.¹⁴

CEDAW’ın aile içi eşitliği düzenleyen 16. maddesinde, kadınların ve erkeklerin evlenmede eşit haklara sahip oldukları, özgür olarak eş seçme, serbest ve tam rıza ile evlenme hakkı olduğu belirtilmiştir. Eşlerin çocuk sayısına ve aralığına, özgürce ve sorumluluğu üstlenerek karar verme konusunda aynı haklara sahip olduğu, bu hakların kullanılabilmesi için gerekli bilgiye, eğitime ve araçlara sahip olmalarının ise, devletlerin yükümlülüğü olduğu belirtilmiştir. Aynı maddede, çocuk yaşta nişanlanma ve evliliğin hiçbir şekilde yasal sayılmayacağı belirtilmiş ve devletlerin çocuk yaşta evliliklerin ortadan kaldırılması için her türlü önlemi alması gerektiği vurgulanmıştır.

CEDAW’da, sağlık hizmetlerine erişimde kırsal kesimde yaşayan kadınların karşılaştıkları özel sorunlar göz önünde bulundurularak, kırsal kesimde yaşayan kadınların sağlık hakkına ve devletlerin sorumluluğuna yer verilmiştir. Kadın-erkek eşitliği temelinde, kırsal kesimde yaşayan kadınların, “aile planlaması konusunda bilgi, danışma ve hizmetler de dahil olmak üzere yeterli sağlık hizmetlerinden faydalanması” ve sağlığın korunmasında merkezî bir önem sahip “konut, sağlık, elektrik ve su temini, ulaştırma ve haberleşme konularında yeterli yaşam standartlarından yararlanma” haklarını sağlamak, devletlerin sorumluluğudur.¹⁵

12 CEDAW, madde 12

13 CEDAW, madde 12

14 CEDAW Tavsiye Kararları, madde 24

15 CEDAW, madde 14

Sözleşmenin kadın sağlığı başlığı altında olmamakla birlikte, sağlıkla ilişki olabilecek diğer maddelerinin de belirlenmesi önemlidir. Bu maddeler, şu şekilde sıralanabilir: Taraf devletlerin verecekleri aile eğitimleriyle anneliğin doğru anlaşılmasının sağlanmasını öngören 5. madde(b); taraf devletlerin, kadınların sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştıracak ve kız çocuklarının genellikle erken gebelikten kaynaklanan okuldan ayrılma oranlarını düşürecek şekilde eğitime eşit erişimini sağlamalarına ilişkin 10. madde; taraf devletlerin, kadınlara, aile planlaması bilgisi dahil eğitici bilgiler temin etmelerine ilişkin 10. madde (h); gebelikleri süresince zararlı olduğu kanıtlanmış işlerde kadınlara özel koruma sağlanmasının güvence altına alınması ve ücretli doğum izni verilmesi dahil olmak üzere kadın sağlığı ve güvenliğinin çalışma hayatında korunmasıyla ilgili olan 11. madde.

CEDAW İhtiyari Protokolü, sözleşmede yer alan haklardan herhangi birinin taraf devlet tarafından ihlâl edildiği durumlarda, CEDAW Komitesi’ne bireysel veya gruplar adına başvuru yapabilme hakkını düzenlemiştir. Başvurular, iç hukuk yollarının tüketildiği veya iç hukuk yollarının işletilmesinin kabul edilemez şekilde uzadığı ya da etkili sonuç verme ihtimalinin zayıf olduğu durumlarda CEDAW Komitesi tarafından kabul edilir ve komite tarafından yapılan değerlendirme sonucunda, devletlerin konuyla ilgili rapor vermesi talep edilir. CEDAW Komitesi değerlendirme sonucunda, taraf devlete gerekli tedbirlerin alınması konusunda tavsiyede bulunma hakkına sahiptir.

CEDAW Tavsiye Kararları. CEDAW’ın 21. maddesi, CEDAW Komitesi’ni, sözleşmenin belirli maddeleri ve ilgili konularda tavsiye kararları çıkarma konusunda yetkilendirmiştir. Bu tavsiye kararları, sözleşme maddelerinin açıklanması ve/veya devletlerin alacağı tedbirler ve uygulamalarla ilgili kapsamlı açıklamalar ya da komitenin birbiriyle kesişen konular olarak tanımladığı alanlarda olabilmektedir. Ağustos 2017 itibarıyla, komitenin kabul ettiği/yayımladığı 35 genel tavsiye kararı bulunmaktadır.¹⁶

Komitenin, kadın sağlığına ilişkin birçok tavsiye kararı olmakla birlikte, 1999 yılında kabul etmiş olduğu 24 No’lu Tavsiye Kararı, tamamen kadın ve sağlık konusudur ve sözleşmenin “sağlık” başlıklı 12. maddesi’ne ilişkin açıklamaları ve taraf devletlerin yükümlülüklerini içermektedir. CEDAW Komitesi’nin, sözleşmenin sağlıkla ilgili kararlarına tam uyum için dikkate alınması gereken kadın sünneti, HIV/AIDS, engelli kadınlar, kadına yönelik şiddet ve aile içi ilişkilerde eşitliğe ilişkin olarak daha önce kabul etmiş olduğu tavsiye kararları da vardır.¹⁷

24 No’lu Tavsiye Kararı’nda, kadın sağlığını etkileyen tüm politika ve programların merkezinde toplumsal cinsiyet bakış açısının yer alması gerektiği ve kadınların, bu politika ve programların planlanması, uygulanması izlenmesi ve sağlık hizmetlerinin sunumuna katılımının sağlanması gerektiği belirtilmiştir. Dolayısıyla, taraf devletlerin, sağlık mevzuatları plan ve politikaları ve bunların oluşturulması süreçleri hakkında, cinsiyete göre ayrıştırılmış veriler, hastalık vakaları, kadın sağlığı ve beslenmesi bakımından risk yaratan koşullar; ayrıca, koruyucu ve iyileştirici tedbirlerin varlığı ve maliyet etkinliği ile ilgili güvenilir verileri içeren rapor sunmak durumunda olduğu belirtilmiştir.

16 <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CEDAW/Pages/Recommendations.aspx>

17 [https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/belge/uluslararasi_belgeler/ayrimcilik/CEDAW/tavsiye_kararlari/CEDAW%20Komitesi%20Tavsiye%20Kararlari_\(1-29\).pdf](https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/belge/uluslararasi_belgeler/ayrimcilik/CEDAW/tavsiye_kararlari/CEDAW%20Komitesi%20Tavsiye%20Kararlari_(1-29).pdf)

24 No’lu Tavsiye Kararı’nda kadınlarla erkekler arasındaki biyolojik farklılıkların sağlık durumlarında da değişikliklere yol açtığı, kadınların ve erkeklerin sağlık durumları üzerinde belirleyici olan ve kadınlar arasında da çeşitlilik gösteren toplumsal etmenler olduğu belirtilmiştir. Bu toplumsal etmenler göz önünde bulundurularak, göçmen kadınlar, mülteciler, ülkelerinde yerlerinden edilmiş kadınlar, kız çocukları ve yaşlı kadınlar, fuhuş sektörü içinde yer alan kadınlar ve fiziksel veya zihinsel engelli kadınlar gibi kırılgan ve dezavantajlı gruplara mensup kadınların sağlık ihtiyaçları ve haklarıyla özel olarak ilgilenilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Sağlık sisteminin kadınlara özel hastalıkların önlenmesi, tanı ve tedavisine yönelik sunacağı hizmetlerde eksiklik olması, sözleşmeye göre, kadınlara yönelik ayrımcılık olarak kabul edilir. Taraf devletlerin, kadınlara yönelik üreme sağlığı hizmetlerini sağlamayı reddetmesi, ayrımcılıktır. Örneğin, sağlık hizmeti sağlayıcılarının bu hizmetleri vicdani ret hakkına sığınarak reddetmesi durumunda, kadınların bu hizmetlere kavuşmak üzere alternatif hizmet sağlayıcılarına yönlendirilmesini sağlayacak tedbirler alınmalı; hayati risk olduğu ve alternatif hizmet sağlayıcılarının olmadığı durumlarda ise, hizmet sağlayıcıların gereken sağlık hizmetini vermesi garanti edilmelidir.

Taraf devletler, sağlık hizmetlerinin sunumunda kadınların ihtiyaçlarını nasıl ele aldıklarını, kadınların erkeklerden farklı özelliklerini ve onları etkileyen farklı sosyal etkenlere ilişkin değerlendirmelerini de rapor etmelidirler. Üreme fonksiyonları ve menopoz gibi, kadınları erkeklerden ayıran biyolojik faktörler ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar gibi kadınlarda erkeklere oranla çok daha yüksek görülen durumlar; kadınların sağlıklarını olumsuz yönde etkileyen hane içi veya işyerlerinde eşitsiz güç ilişkileri, şiddet, cinsel taciz, ensest ve bunlar sonrasında kadınların ve kız çocuklarının karşılaştığı erken gebelik riski, ve ölüme ve sakat kalmaya yol açan geleneksel uygulamaların (kadın sünneti, sözde namus adına işlenen cinayetler gibi) bilimsel verilere dayalı olarak rapor edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Ayrıca, kadınları ve erkekleri farklı düzeylerde etkileyen psikososyal faktörler, genel olarak depresyon ve özel olarak doğum sonrası depresyon ve anoreksiya ve bulimia gibi yeme bozukluklarına sebebiyet veren diğer psikolojik durumların da raporlanması beklenmektedir. CEDAW, 24 Sayılı Tavsiye Kararı’nda, sağlık çalışanları için eğitim müfredatlarına kapsamlı, zorunlu, toplumsal cinsiyete duyarlı kadın sağlığı ve insan hakları ve özellikle toplumsal cinsiyete dayalı şiddet konularının dahil edilmesinin sağlanması gerektiği vurgulanmıştır.

A.2. BM Konferans ve Bildirgeleri

Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (UNKK/ICPD,1994) ve Eylem Planı

Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı, 1994 yılında Kahire’de gerçekleştirilmiştir. Bu konferans, sağlığın önemli bir bileşeni olan üreme ve cinsel haklar konusunda önemli bir dönüm noktasıdır.¹⁸

Geleneksel kalkınma ve nüfus planlama yaklaşımlarına sahip pek çok ülkenin demografik hedeflerinin ve bu ülkelerde uygulanan nüfus politikalarının, kadınların sağlığına ve kadın

18 <https://www.unfpa.org/events/international-conference-population-and-development-icpd>).

haklarına ciddi bir tehdit oluşturduğu konusunda yükselen görüşler ve uluslararası kadın hareketinin çabaları ile (Hartmann, 1995), UNKK’da, kadınların demografik bir araç olarak ele alınmasının önüne geçilmiş, kadınların özgür iradeleriyle karar verme haklarının temel alındığı bir yaklaşıma yer verilmiştir (Puri and Van Look, 2001).

Üreme sağlığı, “üreme sistemi, onun fonksiyonları ve işleyişine ilişkin tüm alanlarda sadece bir hastalık ya da sakatlık olmaması değil; fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan bütünüyle iyi olma durumu” olarak tanımlanmış ve bu kapsamda, üreme sağlığının “insanların tatmin edici ve güvenli bir cinsel yaşama, üreme yeteneğine ve bunun ne zaman ve nasıl olması gerektiğine karar verme özgürlüğüne sahip olmaları” ilkesini de içerdği belirtilmiştir.¹⁹

Üreme sağlığını bu kapsamda tanımlayan UNKK, üreme haklarını da diğer uluslararası insan haklarına da dayalı olarak, çiftlerin ve bireylerin çocuklarının sayısı ve doğum aralığına özgürce ve sorumlu bir şekilde karar verebilmeleri için gereken bilgiye sahip olabilmeye, üremeyle ilgili kararlarını şiddet, baskı ve ayrımcılıkla karşılaşmaksızın verebilme hakkı olarak tanımlamıştır.

Bu, üreme hakları aynı zamanda, kadınların ve erkeklerin kendi seçecekleri, yasalara aykırı olmayan doğurganlığı düzenleme yöntemleri kadar, yine kendi seçecekleri güvenli, etkili, maliyeti uygun ve kabul edilebilir aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi sahibi olma ve bunlara ulaşabilme hakkını içerir. Üreme hakları, kadının gebelik ve doğumu güvenli koşullarda geçirmesini ve çiftlerin sağlıklı bir bebeğe sahip olabilecekleri en iyi koşulları sağlayacak uygun sağlık bakım hizmetlerinden yararlanabilme hakkını da kapsamaktadır. Ayrıca, üreme sağlığı hizmetlerinin amacının, sadece üreme ve cinsel ilişkiyle geçen hastalıklarda bakım ve danışma değil; hayatı ve kişisel ilişkileri zenginleştirmek olan cinsel sağlığı da kapsadığı vurgulanmıştır (ICPD, 1994; Karaca Bozkurt, 2011).

179 üye devletin imzacı olduğu UNKK Eylem Programı’nda, toplumsal cinsiyet eşitliğinin geliştirilmesinin, kadınlara yönelik her tür şiddetin ortadan kaldırılmasının, kadınların kendi doğurganlıklarını kontrol edebilmelerinin, nüfus ve kalkınmaya ilişkin programların temeli olduğu prensibi kabul edilmiştir. Ayrıca, kadınların insan haklarının, evrensel insan haklarının vazgeçilmez ve ayrılmaz bir parçası olduğu kabul edilmiş; kadınların, kültürel, ekonomik, sosyal ve politik yaşama ulusal, bölgesel ve uluslararası düzeyde tam ve eşit katılımının ve cinsiyete dayalı her tür ayrımcılığın ortadan kaldırılmasının öncelikli hedefler olduğu belirtilmiştir.²⁰

Kadınların ve erkeklerin eşitliği temelinde ve her bireyin hiçbir baskı ve zorlama olmadan kapsamlı üreme sağlığı hizmetlerine (aile planlaması ve cinsel sağlık dahil) erişim hakkı olduğu; çiftlerin ve bireylerin çocuk sahibi olup olmayacaklarına ve çocuk sahibi olacaklarsa bunun zamanına ve aralığına karar verme özgürlüklerine sahip olduğu ve aynı zamanda gerekli bilgi ve eğitime erişimlerinin sağlanması gerektiği kabul edilmiştir.²¹

Toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri nedeniyle kadınların karşılaştıkları aşırı iş yükünün, kadınların yaşamlarını, sağlıklarını ve iyilik hallerini tehdit ettiği belirtilmiştir. Kadınların güçlenmesi başlı

19 ICPD, Prensip

20 ICPD, Prensip 4

21 ICPD, Prensip 8

başına çok önemli bir sonuç olmakla birlikte, aynı zamanda, bunun her bireyin yaşam kalitesinin geliştirmek ve kalkınma için anahtar konumda olduğu kabul edilmiştir.

UNKK Eylem Programı’nda, aile planlaması, cinsel sağlık ve üreme sağlığı, toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması, nüfus değişiklikleri, şehirleşme ve göçün sosyal ekonomik etkilerinin ele alınması, sürdürülebilir kalkınmanın desteklenmesi konularında, 20 yıl içerisinde gerçekleşmesi beklenen, hedefler belirlenmiştir. UNKK Eylem Planı’nın beş yıllık izlemelerinde ise, ilk kabul edildiği günden beri cinsel sağlık ve üreme sağlığında önemli gelişmeler olduğu ancak UNKK eylemlerinin pek çok ülke için ve özellikle bazı alanlarda bitmemiş bir gündem olduğu belirtilmiştir.

UNKK, bireylerin ve çiftlerin kendi üremeleri ve cinsellikleri üzerinde kontrol sahibi olmalarının ve cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili kararlarını özgür, sorumlu, şiddetten ve baskıdan uzak bir şekilde yerine getirmelerinin hükümetler tarafından sağlanması gerektiğini belirtir. UNKK, üreme sağlığını ilk kez tanımlaması ve kadın sağlığını haklar bağlamında ve yaşam evrelerinde sunulması gereken hizmetleri de belirterek kapsamı ile son derece önemlidir. Bu yönüyle, cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda kapsamlı standartlar getirmiştir. Tüm bireylerin; ama özellikle kadınların, sağlık ve eğitim hizmetlerine erişebilmeleri için taraf devletler tarafından ilgili alanlara daha fazla yatırım yapılması gerektiğini vurgulamakta, Eylem Programı’nın amaç ve hedeflerinin gerçekleştirilebilmesi için kadınların sivil, kültürel, ekonomik, siyasi ve sosyal hayata eşit şekilde katılım sağlamaları gerektiğinin altını çizmektedir (UN Department of Economic and Social Affairs Population Division, 1999).

2014 yılında, UNKK kabul edilen konularda gelişmeleri değerlendiren ve öneriler getiren UNKK 2014 üst düzey çalışma grubu uzmanları, özellikle cinsel sağlık ve üreme sağlığının herkes için gerçekleştirilmesi için hükümetlere daha fazla siyasi irade gösterilmesi ve söz konusu alanlara daha fazla yatırım yapılması konusunda çağrıda bulunmuştur. Bu alanlar: Nitelikli cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine ve eğitimine evrensel erişimin sağlanması, tüm genç bireylerin cinsellik eğitimine erişiminin sağlanması, kadına yönelik şiddetin ortadan kaldırılması ve toplumsal cinsiyete dayalı şiddet mağdurları ve şiddetten kurtulmuş kadınlar için özel hizmetlerin sağlanmasıdır.²²

UNKK’da kabul edilen maddeler, daha sonra Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu’nun ve Binyıl Kalkınma Hedefleri’nin şekillenmesinde önemli rol oynamıştır.

Dördüncü Dünya Kadın Konferansı, Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu

1995 yılında düzenlenen Dördüncü Kadın Konferansı, kurulan Pekin Eylem Platformu ve yapılan Eylem Planı, kadınların sağlık haklarına ilişkin yaklaşımları sebebiyle oldukça önemlidir. Pekin Eylem Platformu kadın sağlığına bütüncül bir yaklaşım getirmiş, kadınların sağlığında üreme ve cinsel sağlığın ötesinde, onların sağlığını etkileyen nedenler, sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanmalarının önündeki toplumsal, kültürel, ekonomik ve politik engellere ayrıntılı olarak yer vermiştir.

22 <http://icpdtaskforce.org/resources/policy-recommendations-for-the-ICPD-beyond-2014.pdf>

Pekin Eylem Platformu, kadınların güçlenmesi ve kadınla erkek arasında eşitliğin sağlanması bir insan hakları sorunu olarak tanımlanmış ve “sürdürülebilir, adil ve kalkınmış bir toplum inşa etmenin tek yolunun eşitliğin sağlanması olduğu” nu vurgulamıştır. Eylem platformunda, hükümetler, uluslararası topluluk ve hükümet dışı kuruluşlarla özel sektörün de dahil olduğu sivil toplum tarafından, 12 kritik alan ve bu alanlara ilişkin eylem ve stratejiler belirlenmiştir. Belirlenen 12 kritik alandan biri “kadın ve sağlık” tır.²³

Kadınların ulaşılabilir en yüksek standartta fiziksel ve zihinsel sağlığa sahip olma hakkının hayatları boyunca güvence altına alınması gerektiği, Pekin Eylem Platformu’nda vurgulanmış, bu hakkın kullanılmasının kadınların toplumsal ve özel yaşamın bütün alanlarına katılmaları açısından büyük önem taşıdığı kabul edilmiştir.

Kadınların erkekler gibi çoğunlukla aynı sağlık koşullarından etkilendikleri ancak eşitsiz toplumsal konumları nedeniyle, bu koşulların yarattığı sağlık sonuçlarının kadınlar ve erkekler arasında farklılaştığına vurgu yapılmıştır. Yoksulluğun kadınlar arasında yaygın olması, ekonomik bağımsızlığın olmaması, şiddete maruz kalmaları, kadınlara yönelik olumsuz tutumlar, ırk ve her türlü ayrımcılık ve karar alma süreçlerinde etkin olmamak ve birçok kadının kendi cinsel ve üreme hakları üzerindeki sınırlı gücü; kadınların sağlığını olumsuz yönde etkileyen toplumsal gerçekler olarak kabul edilmiştir.

“Kadın ve sağlık” başlığı altında, devletlerin izlemesi gereken stratejiler beş başlık altında toplanmıştır.²⁴ Bu stratejiler: Kadının hayatının bütün dönemlerinde, uygun maliyetli ve kaliteli sağlık bakımına, bilgiye ve ilgili hizmetlere erişebilirliğini artırmak, kadın sağlığını geliştiren önleyici programları güçlendirmek, cinsel yolla bulaşan hastalıkları, HIV/AIDS’i, cinsel sağlık ve üreme sağlığı konularını ele alan, toplumsal cinsiyete duyarlı girişimleri üstlenmek, kadın sağlığına ilişkin araştırmaları yaygınlaştırmak ve bilgileri yaymak, kadın sağlığına ilişkin kaynakları ve izleme çalışmalarını artırmaktır.

Pekin Eylem Platformu’nda, sağlık ile doğrudan ilişkili diğer kritik alanlar, “kız çocuk” ve “kadınlara yönelik şiddet” alanlarıdır. Özel önem verilen alanlardan biri olan kız çocuklarının, sağlık ve beslenmesinde ayrımcılığı ortadan kaldırmak, kız çocuklarının cinsel sağlık dahil sağlık hizmetlerinden yararlanmasını, bilgilendirilmesini ve eğitimi hedefleyen çalışmaların yapılması konusunda devletlere sorumluluk verilmiştir.²⁵

Kadınlara yönelik şiddetle ilgili olarak, şiddet tanımının kapsamında, cinsel kölelik, zorla hamile bırakma, zorla kısırlaştırma, zorla kürtaj, doğum öncesi cinsiyet seçme, zorla gebelik önleme gibi hak ihlallerine de yer vermiştir. Ayrıca, devletlere, şiddet maruz kalan kadınlara yönelik sağlık hizmetlerinin verilmesi; gerekli olduğunda ücretsiz veya maliyeti az tıbbî, psikolojik ve diğer danışma hizmetlerinin sağlanması, şiddete maruz kalan kadınların korunmasını sağlama ve önlemler alma görevi verilmiştir.

23 <https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/pekin.pdf>

24 Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu, Bölüm C

25 Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu, Bölüm L

Pekin Eylem Platformu, hükümetlerin ve diğer aktörlerin, sağlık durumu açısından kadınla erkek arasındaki eşitsizlikleri, sağlık bakım hizmetlerinin yetersizliğini ve bunlara erişimdeki eşitsizlikleri ele alırken, cinsiyete dayalı bir bakış açısını bütün politika ve programlara ana görüş olarak yerleştirmek amacıyla etkin ve görünür bir politika izlemeleri gerektiğini ve böylece izlenen politikaların kadınları ve erkekleri nasıl etkileyeceğine ilişkin bir inceleme yapabileme imkânının olacağını belirtir.²⁶ Bu yönüyle, sağlık alanında toplumsal cinsiyet anaakımlaştırması anlayışını kabul etmiş bir belge niteliği taşır.

Pekin Eylem Platformu, kadın sağlığına ilişkin kaynakların artırılması ve izleme çalışmaları yapılması gerektiğini ortaya koyması açısından da oldukça önemlidir. Bu izleme mekanizması, Pekin Eylem Platformu tarafından kadın sağlığı politikası ve program reformlarının uygulanmasını izlemek amacıyla, bakanlık içinde ve bakanlıklar arasında mekanizmalar kurmak şeklinde ve/veya ulusal planlama yetkisine sahip makamlarda, yüksek düzeyde odak noktaları oluşturmak ve ilgili uluslararası anlaşmaların sağlık hedeflerinin koordinasyonu ve uygulanması için mekanizmalar geliştirmek şeklinde yapılanması öngörülmektedir.²⁷

Eylem Platformu, aynı zamanda, kadının sağlığına her açıdan hak temelli yaklaşımı ve sağlık hizmetlerinin toplumsal cinsiyete duyarlı sağlanmasını ve kadınların katılımının ve sağlık sektöründeki liderliğinin toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadınların güçlenmesi için kritik önem taşıdığını vurgulamaktadır.

BM Binyıl Zirvesi ve Binyıl Kalkınma Hedefleri

Binyıl Kalkınma Zirvesi, 149 ülkenin katılımıyla, 2000 yılında gerçekleştirilmiştir. Bu zirve sonrasında oluşturulan Binyıl Deklarasyonu, 21. yüzyıl için küresel düzeyde değerler, ilkeler ve amaçları içeren uluslararası bir gündem oluşturmuştur. Binyıl Deklarasyonu'nda, ülkeler, daha adil, daha barışçı bir dünya kurmak üzerine inançlarını belirtmiş; hükümetlerin eşitlik, adalet ve insan onurunun korunması için tüm insanlara, özellikle çocuklara ve ayrımcılığa maruz kalmış gruplara karşı kolektif sorumluluğunun olduğu kabul edilmiştir.

Binyıl Zirvesi'nde toplanan dünya liderleri, 2015 yılına kadar ulaşılmaması gereken küresel hedefler belirlemişlerdir; bu hedefler, Kalkınma Zirvesi'nden beri Binyıl Kalkınma Hedefleri (BKH) olarak anılmaktadır. Binyıl Kalkınma Hedefleri, yoksulluğu ve açlığı ortadan kaldırmak, ölümcül ancak tedavisi mümkün hastalıkları engellemek ve tüm çocuklar için eğitim fırsatlarını genişletmek gibi sağlık hakkının kullanılmasıyla da yakından ilişkili kalkınma konularında evrensel olarak kabul edilen, ölçülebilir hedefler getirmiştir. Belirlenen ve 2015 yılına dek gerçekleştirilmesi gereken sekiz hedefin dördü: Cinsiyet eşitliği ve kadının güçlendirilmesi (hedef 3), çocuk ölümlerini azaltmak (hedef 4), anne sağlığını iyileştirmek (hedef 5), HIV/AIDS, sıtma ve diğer hastalıklarla mücadele (hedef 6) olmak üzere doğrudan sağlık bağlantılı hedeflerdir. Toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması ayrı bir hedef olarak belirtilmiş olsa da diğer tüm hedeflerin gerçekleştirilebilmesi için bunun bir ön koşul olduğu söylenebilir.

26 Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu, para 106

27 Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu, para 110

BM Sürdürülebilir Kalkınma Zirvesi ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri

Binyıl Kalkınma Hedefleri’nin süresinin dolmasıyla birlikte, 2015 yılında düzenlenen BM Sürdürülebilir Kalkınma Zirvesi’nde, 2030’a kadar ulaşılmaması beklenen Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri, 193 ülkenin imzası ile kabul edilmiştir. Bu yeni gündemde, 17 temel Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi ve 169 alt hedef belirlenmiştir.²⁸

Belirlenen 17 hedeften üçü: Açlığı bitirmek, gıda güvenliğini sağlamak, beslenme imkânlarını geliştirmek ve sürdürülebilir tarımı desteklemek (Hedef 2), insanların sağlıklı bir yaşam sürmelerini ve herkesin her yaşta refahını sağlamak (Hedef 3), cinsiyet eşitliğini sağlamak (Hedef 5) olmak üzere, sağlıkla doğrudan ilişkili hedeflerdir. Diğer hedeflerin birçoğu ise, sağlığın belirleyicileri arasında yer aldığından, aslında tüm hedefler sağlıkla dolaylı olarak ilişkilidir.

A.3. Avrupa Konseyi

Avrupa Konseyi, kuruluşuyla birlikte, **İnsan Hakları ve Temel Özgürlüklerin Korunmasına İlişkin Sözleşme**’yi (Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, 1950) kabul etmiş ve bu sözleşme 1953’te yürürlüğe girmiştir.²⁹ Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, doğrudan “sağlık hakkı” ile ilgili bir düzenleme içermemekle birlikte, “yaşam hakkını yasayla koruma”, “işkence ve insanlık dışı ya da aşağılayıcı muamele ve cezadan koruma”, “kölelik ve zorla çalıştırma yasağı”, “insan haklarına saygı”, “özgürlük ve güvenlik hakkının korunması”, “özel ve aile hayatına saygı”, “ayrımcılık yasağı” gibi sağlıklı etkileyen sosyal belirleyiciler ile ilgili devletlere sorumluluklar getirmiştir.

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi’nin tamamlayıcısı niteliğinde olan **Avrupa Sosyal Şartı**, 1961 yılında imzaya açılmış, 1965 yılında yürürlüğe girmiş ve 1996 yılında revize edilmiştir.³⁰ Avrupa Sosyal Şartı, madde 11’de, “herkesin, ulaşılabilecek en yüksek sağlık düzeyinden yararlanmasını mümkün kılacak her türlü önlemden yararlanma hakkına sahip olduğu” nu belirtir. Ayrıca, “Sağlığın Korunması Hakkı” başlığı altında: Sağlığın korunması hakkının etkin biçimde kullanılmasını sağlamak üzere, devletler sağlığın bozulmasına yol açan nedenleri olabildiğince ortadan kaldırmak; sağlığı geliştirmek ve sağlık konularında kişisel sorumluluğu artırmak üzere eğitim ve danışma kolaylıkları sağlamak ve salgın hastalıklarla kronik ve diğer hastalıklar olabildiğince önlemek üzere tasarlanmış uygun önlemler alma sorumluluğunu üstlenirler.

Avrupa Sosyal Şartı, ayrıca, “çocukların ve gençlerin sağlıklarının korunması”, “yaşlıların sosyal korunma hakkı”, “çalışan kadınların analığının korunması”, “sosyal ve tıbbi yardım”, “yoksulluk ve sosyal dışlanmaya karşı koruma” gibi alanlara ilişkin sağlık tedbirlerini düzenlemiştir. Ayırımcılık yasağı maddesiyle, şartta yer alan hakların ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasi ya da başka görüşler, ulusal ya da sosyal köken, sağlık, ulusal bir azınlığa mensubiyet, doğum ya da başka statüler gibi nedenlere dayanan hiç bir ayırımcılığa tabi olmaksızın her bireye sağlanacağını garanti eder.

28 <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>; United Nations, resolution adopted by the General Assembly on 27 July 2012, A/RES/70/1 of 25 September 2015, http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/288&Lang=E.

29 <http://humanrightscenter.bilgi.edu.tr/content/49-avrupa-insan-haklar-sozlesmesi/>

30 <http://humanrightscenter.bilgi.edu.tr/media/uploads/2015/07/29/AvrupaSosyalSarti.pdf>

Avrupa Sosyal Haklar Komitesi (*European Committee of Social Rights*), devletlerin Avrupa Sosyal Şartı ile ilgili uygulama ve yasalarının uyum içinde olup olmadığını denetler. 2007 itibarıyla yenilenen raporlama sisteminde, Avrupa Sosyal Şartı’nın hükümleri dört tematik gruba ayrılmıştır. Devletlerin hükümlerin bir kısmı ile ilgili yıllık ve şartın sağlığın korunması hakkı dahil bazı maddeleriyle ilgili de dört yılda bir rapor sunması beklenmektedir. Komite raporları incelemekte ve ülkelerdeki durumların Avrupa Sosyal Şartı’na uygun olup olmadığına karar vermektedir. Alınan kararlarda olumlu gelişmeler ve var olan zorluklar belirtilmektedir (EIGE, 2016).

Avrupa Konseyi, 2008 yılında üye ülkelere toplumsal cinsiyet farklılıklarının sağlık politikasında içerilmesi ve sağlık sektöründe toplumsal cinsiyetin anaakımlaştırılması amacıyla özel önlemler alınması yönünde tavsiyede bulunmuştur (EIGE, 2016).

Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi

Bu sözleşme, Avrupa Konseyi çerçevesinde 4 Nisan 1997 tarihinde imzaya açılmıştır. Sözleşmenin amacı, tüm insanların haysiyetini ve kimliğini koruyacak ve biyoloji ve tıp uygulamalarında ayırım yapmadan herkesin bütünlüğüne ve diğer hak ve özgürlüklerine saygı gösterilmesini güvence altına almaktır. Sözleşmede, “İnsanın menfaatleri ve refahının, bilim veya toplumun saf menfaatlerinin üstünde tutulması gerektiği belirtilmiştir” (2. madde). Sağlık Hizmetlerine Erişimde Adalet’i tanımlayan 3. maddesinde ise, “Taraflar, sağlık gereksinimleri ve mevcut kaynakları dikkate alarak, kendi yasal yetkileri dahilinde, uygun nitelikteki sağlık hizmetlerinden adil bir şekilde yararlanılmasını sağlayacak uygun tedbirleri alacaklardır” ifadesi bulunmaktadır.

Kadınlara Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye Dair Avrupa Konseyi Sözleşmesi (İstanbul Sözleşmesi)

İstanbul Sözleşmesi, 2011 yılında imzaya açılmış ve 2014 yılında yürürlüğe girmiştir.

Sözleşme, kadınlara yönelik şiddeti ve ev içi şiddeti önlemek, şiddete maruz bırakılan kadınları ve çocukları her tür şiddetten korumak, şiddetin faillerini kovuşturmak, uygun, yeterli düzeyde koruma ve destek mekanizmalar oluşturma, kadına yönelik şiddetin önlenmesi ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması konusunda bütüncül politikalar geliştirilmesi gibi dört temel alanda devletlere sorumluluk yüklemektedir.³¹

Bu sözleşme, yaşam haklarını ihlâl eden ısrarlı takip dahil, fiziksel, cinsel, ekonomik şiddet, psikolojik şiddet ve zorla evlendirme, zorla kürtaj, kısırlaştırma gibi kadınların zihinsel ve bedensel bütünlüğüne zarar veren davranışların cezai suçlar olarak değerlendirilmesi konusunda yasal tedbirlerin alınması sorumluluğunu devletlere verir. Bu kapsamda, devletler tarafından yeterli sayıda sığınmaevi açılması, 7/24 hizmet verecek kadınlara yönelik şiddet acil destek hatlarının kurulması, cinsel şiddet mağdurları için tıbbî ve adli muayene ve travma desteği sağlanması, cinsel şiddet ve saldırıya karşı kriz merkezleri oluşturulması, şiddet mağdurlarına ücretsiz sağlık hizmeti, psikolojik ve hukukî destek verilmesi gibi tedbirleri düzenlenmiştir.

31 <https://rm.coe.int/1680462545>

A.4. Avrupa Birliği

Avrupa Birliği Konseyi, 2006 yılında, Avrupa Birliği’nde sağlık sistemleriyle ilgili ortak değerler ve ilkelere ilişkin bir karar yayımlamıştır (EIGE, 2016). Bu belgede özellikle belirtilen normlar: Evrensellik, nitelikli sağlıklı hizmetine erişim, hakkaniyet ve dayanışmadır. Sağlıkta hakkaniyet, belgede, etnisite, cinsiyet, yaş ve sosyal statü ve ödeme gücü gibi durumlara bakılmaksızın her bireyin ihtiyacına uygun olarak eşit hizmete erişimi olarak tanımlanmıştır.

Konsey, 2006 yılında, kadın sağlığı üzerine hazırlamış olduğu sonuç belgesinde, Avrupa Komisyonu’na sağlık araştırmalarında toplumsal cinsiyet unsurunun eklenmesini, toplumsal cinsiyete duyarlı sağlık politikaları konusunda bilgi paylaşımının sağlanmasını; toplumsal cinsiyet boyutuyla birlikte sağlıkta eşitsizlikleri azaltmaları amacıyla etkili stratejiler geliştirilmesi konusunda üye ülkelere destek vermesi, toplumsal cinsiyete özgü sağlık verilerinin karşılaştırılabilirliği amacıyla Avrupa Birliği düzeyinde ve üye ülkelerde, gerekli verinin geliştirilmesi ve kadın sağlığı üzerine bir rapor hazırlanması çağrısı yapmıştır (EIGE, 2016).

Avrupa Birliği Konseyi’nin kararları, “Tüm Politikalarda Hakkaniyet ve Sağlık: Sağlıkta Dayanışma” başlığıyla, 2010 yılında yayımlanmıştır. Burada, Konsey, AB üye devletleri arasındaki sağlık durumundaki farklılıklar ve hassas gruplar konusunda endişelerini dile getirmiş; yalnızca sağlık hizmetlerinin uygunluğunun, sağlığı en üst düzeye çıkarmak ve eşitsizlikleri gidermek için yeterli olmadığını kabul ederek, üye devletleri, eşitsizlikleri azaltmak, veri ve bilginin toplanmasını optimize etmek ve halk sağlığı kapasitelerini arttırmak için politikalar ve eylemler geliştirmeye davet etmiştir.³²

B. Normlar

Sağlık hakkının yaşama geçirilmesi sırasında yaşanan toplumsal cinsiyet temelli ayrımcılıklarla mücadele etmek amacıyla, uluslararası belgelerle tanınmış normlara dayalı bir izleme yapmak, devletlerin yasalarını ve uygulamalarını, belirlenen normlara ve standartlara uygunluğu çerçevesinde izlemek, izleme çalışmalarının etkisini ve güvenilirliğini artırmaktadır (Kurtoğlu, 2015). Aynı zamanda, karar vericiler için daha ikna edici ve yol gösterici olmaktadır. Yukarıda sözü geçen uluslararası insan hakları belgelerine dayalı olarak, sağlık alanına ilişkin normlar, altı başlık altında incelenmiştir: Eşitlik ve ayrımcılık yasağı, toplumsal cinsiyet eşitliği, insan onuruna saygı, hesap verebilirlik, katılım ve kadınların güçlenmesi.

B.1. Eşitlik ve Ayrımcılık Yasağı

Sağlık hakkının tam olarak yaşama geçmesi ve “her bireyin mümkün olan en yüksek düzeyde sağlık standardına ulaşması”, ancak eşitliğin sağlanması ile mümkündür. DSÖ Kuruluş Anayasası’nda, sağlığın, ırk, din, siyasi görüş ve ekonomik ve sosyal durumu ne olursa olsun her insanın hakkı olduğu belirtilmiştir. Sağlık hakkına en geniş çerçevede yer veren Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi (Madde 12), herkesin mümkün olan en yüksek seviyede fiziksel ve zihinsel sağlık standartlarına sahip olma hakkını kabul eder ve bu hakkın

32 http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lisa/114994.pdf.

gerçekleştirilmesinde erkeklere ve kadınlara eşit haklar sağlamayı taahhüt eder. Sözleşme, sağlık hakkının taraf devletler tarafından eşitlik temelinde yaşama geçirilmesinde alınacak tedbirleri de açıklar.

Sağlıkta eşitliğin gerçekleşmesi ancak her tür ayrımcılığın ortadan kaldırılması ile mümkündür. Doğrudan ya da dolaylı ayrımcılık temel insan hakları ihlâlidir ve fiziksel zihinsel ve sosyal iyilik hâlinin bozulmasında önemli bir faktördür (WHO, 2002). Sağlık hakkının kullanımında ayrımcılık, sağlık hizmetlerine fiziksel ve/veya maddi olarak erişimin kısıtlılığı, sadece belirli grupların ihtiyaç duyduğu hizmetlerin yokluğu (kadınların ihtiyaç duyduğu isteyerek düşük/kürtaj hizmetlerinin yokluğu gibi) gibi çeşitli biçimlerde kendini gösterebilir.

Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi, sağlık hakkının yaşama geçirilmesinde, “ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasal ya da başka fikir, ulusal ya da toplumsal köken, mülkiyet, fiziksel veya zihinsel engellilik, sağlık durumu (HIV/AIDS dahil olmak üzere), cinsel yönelim, medeni, siyasi, sosyal veya diğer statüler bakımından sağlık hakkından herkesin eşit şekilde faydalanmasını ve sağlık hakkının herkes tarafından eşit şekilde kullanılmasını ortadan kaldıracak veya zedeleyici etki ve amaca sahip her türlü ayrımcılığı” yasakladığını vurgulamıştır.

Sağlık hakkına özel olarak yer veren diğer BM sözleşmeleri de; sağlık hizmetlerine erişimde ayrımcılıkla karşılaşan bazı grupların eşit haklara sahip olduğunu ayrıca garantiler. **1965 yılında Irk Ayrımcılığını Ortadan Kaldırmaya Dair Sözleşme**’nin 11.1(f) maddesinde **Çocuk Hakları Sözleşmesi**’nin 24. maddesinde, **Engelli Haklarına Dair Sözleşme**’nin 25. maddesinde, “ayrımcılığa uğramaksızın ulaşılabilir en yüksek sağlık standardından yararlanma hakkı” olduğu vurgulanmış ve bu sözleşmelerle sağlıkla ilgili olarak rehabilitasyon da dahil olmak üzere, sağlık hizmetlerine erişimi mümkün kılmak için uygun tüm tedbirleri alacağını taraf devletler garanti etmiştir.

ESKH Komitesi tarafından yayımlanan 14 Numaralı Genel Yorum’da, taraf devletlere mahkûmlar, tutuklular, azınlıklar, sığınmacılar ve yasa dışı göçmenler de dahil olmak üzere herkesin, önleyici, iyileştirici ve tedavi edici sağlık hizmetlerine erişimini sağlama sorumluluğu vermiştir. Komite, özellikle bazı grupların (yoksul, engelli, göçmen, etnik azınlıklar, LGBTİ’ler, HIV/AIDS’le yaşayan bireyler gibi) orantısız olarak çoklu ve kişisel ayrımcılığa maruz kaldığını, bu ayrımcılıkların önlenmesini ve maddi eşitliği garanti etmek üzere önlemler alınması gerektiğini belirtir (ESKH, Genel Yorum 22).

Uluslararası insan hakları belgelerinin çerçevesinin toplumdaki hassas ve dezavantajlı gruplara odaklanması da eşitlik normunu pekiştirecek şekilde işler.

B.2. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği

Sağlık alanında cinsiyet eşitsizliğine ve ayrımcılığına vurgu yapan temel belge olan CEDAW, taraf devletlere, kadınların erkeklerle hukuksal ve fiilî eşitliğini sağlama gibi yükümlükler verir. CEDAW, cinsiyet kavramının sadece fiziksel özelliklere bağlı özellikleri değil; aynı zamanda, toplumsal ve kültürel olarak kurulmuş cinsiyet rolleri kalıpyargıları ve önyargıları da kapsadığına vurgu yapar.

CEDAW’ın 12. maddesi, aile planlaması dahil sağlık hizmetlerinden kadınların ve erkeklerin eşit şekilde yararlanmalarını sağlamak ve bu hizmetlerin kullanılmasında ayrımcılığın ortadan kaldırılması konularında taraf devletlere sorumluluk getirmiştir. Ayrıca bu madde, kadınların üremeye ilişkin hastalık yükleri göz önünde bulundurularak “hamilelik dönemi ve doğum sonrası dönem ile ilgili olarak kadınlara, gerektiği takdirde ücretsiz olarak” gerekli hizmetlerin sağlanması ve hamilelik ve emzirme döneminde yeterli hizmet verilmesi konularını düzenler.

Sağlık bakım hizmetlerinden kadının ve erkeğin eşit olarak yararlanması, bilgilendirilmesi ve eğitim almasını sağlama göreviyle, kadınların sağlık alanında eşit muamele görme haklarına saygı gösterme, bu hakların korunması ve gerçekleştirilmesine yönelik yükümlülükleri kastedilir. Taraf devletler, yasaların, uygulamaların ve politikaların bu üç yükümlülükle uyum içerisinde olmasını sağlamaktan sorumludur.

CEDAW, birçok uluslararası hukuk belgesinde (İHEB, Avrupa Sosyal Şartı ve Revize Edilmiş Sosyal Şart gibi) kullanılan “ayrımcılık yasağı” normunu anlamının ötesine taşımıştır. Çoğu belge, cinsiyete dayalı ayrımcılığı yasaklar ve hem kadınları hem erkekleri keyfi, haksız veya nedensiz ayrımcılıktan korurken; CEDAW kadınların salt kadın olmalarından dolayı ayrımcılığın çeşitli biçimlerine maruz kaldıklarını vurgulayarak kadınlara yönelik ayrımcılığa odaklanır.³³ Sözleşme, kadınların insan haklarından ve temel özgürlüklerden yararlanmalarını engelleyen geçmişteki ve bugünkü toplumsal ve kültürel birikimli etkilerini ve bağlamların ayrımcı boyutlarını hedefler ve kadınlarla erkekler arasında fiilî eşitliğin sağlanması amacıyla alınacak geçici özel önlemlerin eşitlik ve ayrımcılık yasağına aykırı olmadığını ve bunun kadınlar için fiilî veya gerçek eşitliği sağlamanın bir yolu olduğunu belirtir. Dolayısıyla, CEDAW, **aynılık eşitliğinin**; yani, kadının ve erkeğin eşit muamele görmelerinin ve kanun önünde eşit olmalarının ötesinde; **farklılık eşitliliğini** de kapsar. **Farklılık eşitliği** ile toplumda eşitsiz konumda olan kadınların erkeklerle aynı muamele görmelerinin eşitsiz konumu meşrulaştırıcı etkisi göz önünde tutulur ve geçici özel önlemlerle fiilî eşitliğin/sonuçlarda eşitliğin sağlanması amaçlanır. CEDAW, aynı zamanda, 5. maddesinde, kadınlar ve erkekler arasında eşitliğin sağlanabilmesi için toplum ve aile içindeki toplumsal cinsiyet rollerinin değişmesi, kadınların ve erkeklerin basamaklıp rollere sahip olduklarına ilişkin önyargıların ve geleneklerin tasfiye edilmesi amacıyla ülkelerin gerekli tedbirleri alması gerektiğini vurgular. CEDAW, bu yönüyle, **dönüştürücü eşitlik** kavramına da vurgu yapmaktadır.

Dönüştürücü eşitlik, toplumsal cinsiyet ilişkilerinin bir norm temelinde inşa edildiği düşüncesine dayanarak, eşitliğin sağlanması için, “her farklılığın doğurduğu eşitsizliği ortaya çıkaran iktidar normlarının dönüştürmesi eşitliği sağlar” anlayışını, toplumsal cinsiyet eşitliği anlayışının merkezine koyar” (Kurtoğlu, 2015, s. 161). Eşitliği sağlamak için alınacak geçici özel önlemlerin ve cinsiyete özel uygulamaların ötesinde, sistemin yapısı ve kurgulanışında değişikliklere gidilmesi gerekliliğine dikkat çeker.

Kadınların ulaşılabilir en yüksek standartta sağlığa sahip olmaları önündeki en büyük engel, hem kadınlarla erkekler arasındaki hem de farklı coğrafi bölgelerdeki, sosyal sınıflardaki ve yerli ve etnik gruplardaki kadınlar arasındaki eşitsizliktir. Belirli kadın grupları, kadın olarak maruz

33 CEDAW, 25 Sayılı Genel Tavsiye Kararı

kaldıkları ayrımcılığa ek olarak, başka zeminlerdeki ayrımcılığın da mağdurlarıdır. Bu tür ayrımcılık durumları, kadınları erkeklerden değişik düzeylerde ve farklı yollardan etkileyebilmektedir. Taraf devletlerin, kadınları hedef alan çoklu ayrımcılık biçimlerini ve bu ayrımcılık türlerinin kadınlar üzerindeki bileşik etkilerini ortadan kaldırmak için de özel önlemler almaları gerektiği, öngörülen/tavsiye edilen özel önlemlerin, eşitlik ilkesine aykırı olmadığı belirtilmiştir.³⁴

ESKHK’nin cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği konusundaki genel yorumlarında cinsel haklara, cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği hakkına saygının, kadın ve erkek arasındaki eşitliğin gerçekleştirilmesinde tamamlayıcı parça olduğunu ve bir cinsiyetin diğerinden, kadının ve erkeğin kalıplaşmış rollerinin birbirinden üstün veya altta olduğu düşüncesi üzerine kurulu önyargıları ve geleneksel uygulamaları ortadan kaldırmak için devletlerin gerekli önlemleri alması gerektiğini belirtir.

ESKHK, 20 No’lu Genel Yorum’da, ayrımcılık yasağının cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği temelinde ayrımcılıkları da kapsadığını, transgender, transseksüel veya interseks bireylerin çok ciddi insan hakları ihlalleriyle karşı karşıya olduklarını vurgulamış, sözleşmede belirtilen tüm haklardan onların da eşit şekilde yararlanmalarının ve ayrımcılığa maruz kalmamalarının devletlerin sorumluluğu olduğunu ifade etmiştir.

B.3. İnsan Onuruna Saygı

İnsan onuruna saygı, temel insan hakları prensibidir. Sağlık hakkına erişimin kısıtlı olması, bireye uygun ve nitelikli sağlık hizmetlerinin yokluğu, kötü muamele, sunulan hizmetlerin bedensel, kültürel, dinî ve diğer yönlerden kabul edilebilir olmaması, zorla veya bireyin aydınlatılmış onamı alınmadan yapılan uygulamalar, bu normun yaşama geçirilmesi önünde engeldir.

İnsanların onurlu bir hayat sürdürme hakları, İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi, Avrupa Sosyal Şartı, CEDAW, Çocuk Hakları Sözleşmesi, Engelli Hakları Sözleşmesi gibi insan hakları sözleşmeleriyle güvence altına alınmıştır.

İnsan onuruna saygı normu, uygun standartlarda ve nitelikli sağlık hizmetlerine erişim hakkı, kötü muamele yasağı, ayrımcılık yasağı, bedensel ve zihinsel bütünlüğe saygı, yaşam hakkı, kültürel ve dinî farklılıklara saygı, bilgiye erişim hakkı, özel yaşama saygı, aydınlatılmış onam, tıbbî olarak kötü kullanılmaya karşı korunma hakkı gibi hakları kapsayan nitelikte bir normdur. Sağlık hakkının geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin sunumunda, sağlık politikalarının geliştirilmesinde, sağlık hizmetlerine ulaşımında, bu temel prensip çerçeveyi belirler.

Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi, Genel Yorum 14’te, sağlık hizmetlerinin standartları ile ilgili çerçeveyi koymaktadır. Buna göre; sağlık hizmetleri, kaliteli, bilimsel ve tıbbî içerikte, tıp etiğine saygılı, yaşam döngüsüne duyarlı, kültürlere uygun ve kabul edilebilir olmalıdır. Ayrıca, hizmetler, hizmet alanların mahremiyetlerine ve gizliliğine saygı duyulacak ve onların sağlık seviyelerini yükseltecek biçimde tasarlanmış olmalıdır.

34 CEDAW, 25 Sayılı Genel Tavsiye Kararı

Sağlık alanında insan onuruna saygının kurulması için, devletlerin sağlıkla ilgili hakları yaşama geçirme, haklara saygı ve haklarının korunması yükümlülüğü vardır. CEDAW’da ve Ekonomik ve Kültürel Haklar Sözleşmesi’nde, devletlerin bu yükümlülüklerine ayrıntılı olarak yer verilmiştir.

Hakların gerçekleştirilmesi göreviyle taraf devletler, kadınların sağlık hakkından yararlanmalarını güvence altına almak üzere, her türlü yasal, adli, idarî, iktisadî ve diğer tedbirleri mevcut kaynaklarının elverdiği en kapsamlı şekilde almak ve uygulamakla yükümlüdür.

Haklara saygı gösterme yükümlülüğü, taraf devletlerin, kadınların sağlıkla ilgili amaçlarına ulaşmak için yürüttükleri faaliyetlere doğrudan ve dolaylı müdahale etmemelerini gerektirir. Buna göre, taraf devletler, kadınların sağlık hizmetlerine ya da sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarına erişim olanaklarını; partnerlerinin, ebeveynlerinin ya da sağlıkla ilgili mercilerin müsaadesi olmadığı gerekçesiyle veya evli olmamaları ya da sadece kadın olmaları nedeniyle kısıtlamamalıdır. Gizliliğe saygı duyulmaması gibi insan onuruna saygı normuna uymayan uygulamalar, hem kadınları hem de erkekleri etkilese de, bu durum kadınları profesyonel yardım ve tedaviye başvurmaktan caydırarak, onların sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Gizliliğin korunmaması gibi nedenlerle, kadınlar, doğum kontrol yöntemi, kürtaj, üreme organlarının işlevselliğine ilişkin konularda veya cinsel şiddete maruz kaldıklarında tıbbî bakım hizmetlerinden yararlanmak için ilgili yerlere başvurmak konusunda daha az istekli olmaktadır.

Sağlıkla ilgili hakların korunması yükümlülüğü, devletlerin, üçüncü kişiler ve/veya gruplar tarafından söz konusu hakların ihlâl edilmesini engellemeye yönelik önlemler almasını içerir. Örneğin, devletlerin, üçüncü kişilerin kadınlara gelenek ve kültürel gerekçelerle şiddet eylemlerinde (zorla kısırlaştırma, doğum kontrol yöntemleri kullanmamaya zorlama, çocuk yaşta evlilik gibi) bulunmalarını ve sağlıkla ilgili bilgi ve hizmetlere erişimi engellemelerini önlemekle yükümlüdür.

Sağlık hakkının yaşama geçirilmesi konusunda, özellikle bazı grupların damgalanma, ayrımcılık ve kötü muameleyle karşılaşma riski olduğu düşünülmüş ve bu durumlar özellikle vurgulanarak yasak getirilmiştir. Buna dayalı olarak hiç kimse, cinsel yönelimi ya da cinsiyet kimliğinden dolayı herhangi bir tedavi şekline ve usulüne, tıbbî veya psikolojik teste maruz kalmaya veya tedavi kurumuna kapatılmaya zorlanamaz.

Psikolojik Rahatsızlığı Olan Bireylerin Korunması ve Psikolojik Bakımın Geliştirilmesi Hakkında BM Genel Kurul Kararı (A/RES/46), psikolojik rahatsızlığı olan bireylerin özellikle korunmasız olduklarını belirtir ve bu bireylere yönelik damgalanmayı ve ayrımcılığı yasaklar (WHO, 2002). Yine, Engelli Hakları Sözleşmesi, engelli bireylerin işkence, insanlık dışı ya da aşağılayıcı muamele veya cezaya maruz kalmama (Madde 15) ve sömürü, şiddet veya istismara maruz kalmama (Madde 16) haklarını tanır ve kişisel bütünlüğün korunmasına (Madde 17) özen gösterilmesi gerektiğini vurgular.³⁵

İnsan Hakları Belgeleri, insan onuruna saygı normuna uyulmamasının, ölüm dahil, çok ciddi sonuçları olabileceğini de ayrıca vurgulamıştır.

35 <http://insanhaklarimerkezi.bilgi.edu.tr/media/uploads/2015/08/03/EngellilerinHaklarinalliskinSozlesme.pdf>

B.4. Hesap verebilirlik

Devletlerin ulusal sağlık stratejileri ve sağlık eylem planlarının, hesap verilebilir ve şeffaf olması gerektiği, uluslararası belgelerde belirtilmiştir. Hesap verebilirlik, hem Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri’nin hem de Dünya Sağlık Örgütü Küresel Stratejisi’nin temel normudur. Hesap verebilirliğin özü, cevaplanabilirliktir; hesap verebilir olmak, kararlar ve/veya eylemler ile ilgili soruları cevaplama yükümlülüğüne sahip olmak demektir (Brinkerhoff, 2003). Devletlerin sağlık hizmetleri ve sağlığın gerçekleştirilmesi konusunda yaptıkları eylemleri ve uygulama ve programlar konusunda bilgi sağlama ve gerekçelendirme yükümlülüğü vardır. Devletlerin, “ne yapıldı”, “ne harcandı” ve “neden” sorularına cevap vermesi beklenir. Hesap verme sorumluluğunun diğer belirleyici özelliği, yaptırımlardır. Bunlar, genellikle yasalarda ve düzenlemelerde yer alan gereklilikler ve cezalar olarak düşünülebilir.

İnsan hakları belgeleri, devletlerin sağlık hakkına saygı gösterilmesi, yerine getirilmesi ve koruma konusundaki çerçeveyi ve izlenmesi gereken normları belirler ve hiçbir koşulda kısıtlanamayacak insan haklarını açıklar ve alınmasını gereken tedbirleri belirtir.

Ancak, insan haklarına sınırlama getirilebilecek bazı durumlar da vardır ve insan hakları belgeleri bu sınırlamanın koşullarını belirleyen açıklamalar yapar. Örneğin, ciddi bir bulaşıcı hastalık nedeniyle karantina uygulanması sırasında dolaşım hakkına müdahale edilmesi, bu kısıtlamalara örnek olarak verilebilir. Bazı durumlarda, hakların kısıtlanması kamu yararı için gerekli olabilir ve bu nedenle de uluslararası insan hakları hukukuna göre yasaldir. Ancak, “halk sağlığı”, “ulusal güvenlik” gibi durumlar, bazen devletlerce insan haklarını sınırlamak için bahane olarak kullanılır (WHO, 2002). İnsan Hakları belgeleri, DSÖ tarafından belirlenen insan haklarının kısıtlanmasının yasal gerekçelerinin sınırlarını belirler (örn: Siracuzza Prensipleri, ESKHS Genel Yorum 20, paragraf 33). Kısıtlamalara ilişkin standartlara, “Standartlar Bölümü”nde ayrıntılı olarak yer verilmiştir. Sağlık hakkının halk sağlığını koruma temelinde sınırlamalara izin verildiği durumlarda bile bu kısıtlamalar belli sürelerle sınırlı olmalı ve periyodik izleme ve değerlendirmeye tâbi tutulmalıdır.

Bu prensiplerin çerçevesinin çizilmesi ve bu alanda izleme yapılması, çok önemlidir. Ulusal güvenlik ya da kamu düzeninin korunması temelinde, HIV/AIDS’le yaşayan kişilerin dolaşımını kısıtlayan ya da onları hapseden, hükümete karşı oldukları bilinen kişilerin tedavisi için doktorlara izin vermeyi reddeden ya da toplumdaki belli başlı enfeksiyon hastalıklarına karşı başışıklamayı sağlamakta başarısız olan devletler, böylesi ciddi kısıtlamaları/ihâlleri insan hakları temelinde haklı kılamazlar (WHO, 2002).

B.5. Katılım

1978 yılında Alma Ata’da kabul edilen konferans sonuç bildirgesinde, kadın, anne ve çocuk sağlığını da içeren temel sağlık hizmetlerinin verilmesinde toplumun ve bireylerin kararlara katılımının önemi vurgulanmıştır. Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi, ulusal sağlık stratejilerinin ve eylem planlarının oluşturulmasında ve uygulanması sürecinde katılım ve ayrımcılık yasağı normlarına uyulması gerektiğini, bireylerin ve grupların kendilerini

etkileyecek olan tüm karar alma süreçlerine katılım hakkı olduğunu ve katılımın tüm program ve politikaların bir bileşeni olduğunu vurgular.³⁶ Bu, hem makro düzeyde sağlık politikalarının geliştirilmesinde hem de birey düzeyinde tıbbî müdahalelerde temel normdur. Sağlığın teşvik edilmesi, önceliklerin belirlenmesinde, sağlık stratejilerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde, ayrımcılığa uğramadan her bireyin katılımı önemlidir.

CEDAW, 23 No’lu Genel Tavsiye Kararı (paragraf 27), taraf devletlerin, kadınların hükümet politikalarının geliştirilmesine tam katılımını önleyen engelleri belirlemek ve bunları ortadan kaldırmakla yükümlü olduğunu vurgular. Bu engeller arasında, kadınlara sembolik düzeyde mevki verilmesinin yeterli görülmesi ve kadınların katılımı konusunda caydırıcı rol oynayan geleneksel tutumlar bulunmaktadır. Hükümet içerisinde kadınların üst düzeyde temsil edilmediği ya da kadınların görüşlerine hiç başvurulmadığı ya da yetersiz düzeyde başvurulduğu durumlarda, hükümet politikaları kapsayıcı ve etkili olamaz. CEDAW Komitesi’nin 24 No’lu Genel Tavsiyesi’nde ise toplumsal cinsiyet bakış açısının kadınların sağlığını etkileyen tüm politika ve programların merkezine yerleştirilmesi ve kadınların bu politika ve programların planlanması, uygulanması ve izlenmesi ve kadınlara hizmet tedarik süreçlerinin bir parçası hâline getirilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

UNKK’de ve Pekin Deklarasyonu’nda, kadınların yaşam boyu ihtiyaçlarına cevap verecek, toplumsal cinsiyet rollerini dikkate alacak, zaman kullanımına ilişkin isteklerini karşılayacak, kırsal kesim kadınlarının ve engelli kadınların özel ihtiyaçlarına cevap verecek, kadınların yaş, sosyo-ekonomik durum, kültür ve diğer unsurlardan kaynaklanan farklı ihtiyaçlarını ele alacak, toplumsal cinsiyete duyarlı sağlık programları düzenlemek ve uygulamak hedefine yer verilmiştir.

B.6. Kadınların Güçlenmesi

Kadınların güçlenmesi, kadınların, eğitim istihdam, karar mekanizmalarına katılım, sağlık gibi birçok alanda haklarının yaşama geçirilmesi, bu alanlarda ayrımcılığa maruz kalmadan var olabilmeleri anlamına gelmektedir. Kadınların güçlenmelerinin koşullarını yaratacak olan her türlü ayrımcılıktan uzak yaşama hakları, CEDAW ile garanti altına alınmıştır.

Kadınların güçlenmesi ve kadınların insan haklarının hayata geçirilmesi arasındaki ilişki, 1994 yılında, UNKK’da dile getirilmiş; aynı zamanda, cinsel haklar ve üreme hakları kavramlarına açıklık kazandırılarak, bu hakların kadınların güçlenmesi ile ilişkisine dikkat çekilmiştir. Kadınların güçlenmesi, kendi bedenleri ve cinsellikleri üzerinde karar verme, sağlıklarını etkileyecek tüm karar ve politikalara katılma gücüne sahip olmaları anlamına gelmektedir. UNKK Eylem Programı, kadınların güçlenmesi ve bağımsız bir birey olmasının, siyasi, sosyal, ekonomik ve sağlık durumunun iyileştirilmesinin ve sürdürülebilir kalkınmanın koşulu olduğunu ortaya koymuştur.

Dördüncü Dünya Kadın Konferansı’nda, aynı hedefler vurgulanarak, kadınların insan haklarını geliştirmek için küresel taahhütler verilmiştir. Kadının güçlenmesinin kalkınmanın bir bileşeni

36 Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi, Genel Yorum 14, para 54-55.

olduğu gerçeği, toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması ve kadınların güçlendirilmesi hedefinin Binyıl Kalkınma ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri’nde ana hedeflerden biri olmasıyla ayrıca vurgulanmıştır.

C. Standartlar, Ölçütler, İyi Örnekler

C.1. Standartlar

Raporun bu bölümünde, uluslararası insan hakları ve sağlık hakkı belgeleri tarafından yaygın kabul görmüş olan, eşitlik ve ayrımcılık yasağı, toplumsal cinsiyet eşitliği, insan onuruna saygı, hesap verilebilirlik, katılım ve kadınların güçlenmesi normları temelinde, sağlık hakkının gerçekleştirilmesinde izlenmesi gereken standartlar bulunmaktadır. Standartlar, sağlıkta toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması açısından kritik alanlar düşünülerek; bu raporda, sağlık, yasa, politika ve stratejileri, sağlıkta hizmet sunumu standartları, cinsel sağlık ve üreme sağlığı, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve HIV/AIDS, kadınlara yönelik şiddet ve çocuk yaşta evlilikler başlıkları altında toplanmıştır.

Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi, Genel Yorum’un 12. maddesinde, sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık haklarının yaşama geçirilebilmesi için dört temel ilkenin varlığı vurgulanmıştır. Bunlar: Mevcudiyet, erişilebilirlik, kabul edilebilirlik ve kalitedir. Sağlık hakkının gerçekleştirilmesinde temel olan bu unsurlar Genel Yorum’da şu şekilde açıklanmıştır.

- 1. Mevcudiyet:** Sözleşme, sözleşmenin tarafı olan devletlerde sağlık hakkının gerçekleştirilebilmesi için, halk sağlığı ve sağlık kuruluşlarının, malzeme ve hizmetlerinin ve programlarının yeterli miktarda var olması gerektiğini belirtir.
- 2. Erişilebilirlik:** Sağlık olanaklarının, kuruluşlarının, malzemelerinin ve hizmetlerinin herhangi bir ayrımcılık yapılmadan herkesin erişimine açık olması anlamına gelir. Sağlık hizmetlerinin erişilebilir olması için dört ilkenin gerçekleşmesi gerekir.
 - a) Ayrımcılık yapmama:** Sözleşmenin bu ilkesi, sağlık kuruluşlarının, malzemelerinin ve hizmetlerinin yasal olarak ve gerçekte, herhangi bir ayrımcılığa neden olmayacak, özellikle de hassas grupları içerecek şekilde, herkes için ulaşılabilir olması gerektiğini belirtir.
 - b) Fiziksel erişilebilirlik:** Sağlık kuruluşlarının, malzemelerinin ve hizmetlerinin toplumun tüm kesimleri tarafından, özellikle de kırsal kesimdekiler de dahil olmak üzere etnik azınlıklar ve yerli halklar, çocuklar, gençler, yaşlılar, engelliler ve HIV/AIDS taşıyan kişiler gibi hassas ya da marjinal gruplar tarafından, fiziksel ve güvenli olarak erişilebilir olması gerekir.
 - c) Ekonomik erişilebilirlik:** Sağlık kuruluşları, malzemeleri ve hizmetleri, herkes tarafından ekonomik olarak karşılanabilir olmalıdır. Sağlık hizmetlerinin yanı sıra, sağlığın altında yatan belirleyicilerle ilişkili hizmetler için gereken giderler için hakkaniyet ilkesi de

gözetilmeli, hizmetler, ister özel sektörde ister kamuca verilsin, sağlık harcamalarının yoksul insanlar için orantısız bir yük teşkil etmemesi gerekir.

d) *Bilgiye erişebilirlik*: Erişilebilirlik sağlığa ilişkin konularda bilgi almak, bilgi vermek ve düşüncelerini açıklamak haklarını içerir. Ancak, bilgiye erişim hakkı, kişisel sağlık verilerinin gizliliği hakkını ihlâl etmemelidir.

3. **Kabul edilebilirlik**: Tüm sağlık kuruluşları, malzemeleri ve hizmetleri tıp etiğine saygılı, kültürel olarak uygun, cinsiyete ve yaşam döngüsü gereklerine duyarlı; aynı zamanda, hizmet alanların mahremiyetlerine saygı duyulacak ve onların sağlık düzeylerini yükseltecek biçimde planlanmış olmalıdır.

4. **Kalite**: Sağlık kuruluşlarının malzemeleri ve hizmetleri, bilimsel ve tıbbî gereklere uygun ve iyi kalitede olmalıdır.

Sağlık hakkının toplumsal cinsiyete dayalı izlenmesi için, standartların, diğer hak alanları ile ilişkisi ve sağlığın çok boyutlu yapısı içerisinde ele alınması ve tüm hak ve sağlığın alt alanları için geçerli olması gerekmektedir.

DSÖ, sağlık hakkının insan hakları temelinde yaşama geçirilmesi ile ilgili olarak, devletlerin sağlık ile ilgili yasa ve uygulamalarda iki temel unsur çerçevesinde hareket etme sorumluluğu olduğunu vurgulamıştır. Hükümetler, var olan kaynaklarını maksimum düzeyde kullanarak, sağlık hakkının artarak/ilerleyici bir biçimde yaşama geçirilmesi için acil adım atmak zorundadır. Ayrıca, hükümetlerin, kaynakları ne olursa olsun, ayrımcılığın acilen ortadan kaldırılması için gerekli çalışmaları yapmaları gerekir. Sağlık hakkının gerçekleştirilmesinde bir diğer önemli unsur da geriye gidişsiz olarak kazanımların korunmasıdır. Devletler, güçlü gerekçeler olmadıkça mevcut ekonomik, sosyal ve kültürel hakları geriye götürecek bir eylemde bulunamazlar. Örneğin; isteyerek düşük/kürtajın yasal süresinde kısıtlamaya gidilmesi, ücretsiz olan kontraseptif hizmetlerin ücretli hâle gelmesi gibi.³⁷

ESKHK, 14 No’lu Genel Yorum’da, sağlık alanında kadınların uğradığı ayrımcılığı ortadan kaldırmak amacıyla kadınların yaşamları boyunca sağlık haklarını ileriye götürmeye yönelik geniş kapsamlı bir ulusal stratejinin geliştirilmesi ve uygulanması gerektiği belirtilmiştir. Bu türden bir stratejinin, kadınları etkileyen hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilmesine yönelik müdahaleleri ve ayrıca, cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili hizmetler de dahil yüksek kalitede ve karşılanabilir sağlık bakımına erişim sağlamaya yönelik politikaları içermesi gereklidir. Buradaki ana amaç, kadınların sağlıkla ilgili karşı karşıya oldukları risklerin azaltılması; özellikle de anne ölümlerinin düşürülmesi ve kadınların aile içi şiddete karşı korunmasıdır. Kadınların sağlık hakkının tanınması, onların sağlık hizmetlerine, eğitim ve bilgilendirilme imkânlarına erişimlerinin önündeki tüm engellerin, cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanında karşılaşılanlar da dahil olmak üzere, ortadan kaldırılmasını gerektirmektedir. Ayrıca, kadınları zararlı kültürel pratiklere ve kadınların üreme haklarını bütünsel olarak tanımayan toplumsal normlara karşı koruyacak önleyici, destekleyici ve tazmin ve telafi edici eylemlere de girilmesi gerekmektedir.

37 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/>

Sağlık hakkının toplumsal cinsiyet eşitliği temelinde yaşama geçirilebilmesi için insan hakları belgelerinde özellikle öne çıkan alanlar şunlardır: Sağlıkla ilgili yasa ve politikaların geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin sunumu, üreme sağlığı ve cinsel sağlık, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve HIV/AIDS, kadınlara yönelik şiddet ve çocuk yaşta evlilikler, halk sağlığın korunması amacıyla insan haklarında kısıtlamalar. İzleyen bölümlerde, söz konusu başlıklar altında insan hakları belgelerinde yer alan standartlar tablo hâlinde sunulmaktadır. Tablolar, konuyla ilgili standartların yanı sıra, standartların daha önceki bölümlerde sunulmuş olan normlar ve haklar ile ilişkisini ve bu standartların yer aldığı insan hakları belgelerini de belirtecek şekilde hazırlanmıştır.

C.1.1. Sağlık Yasa/Politikalarının/Stratejilerinin Oluşturulmasına İlişkin Standartlar

İlgili Sağlık Hakkı ve Normu	Standart	Belge
Mümkün Olan En Yüksek Sağlık Standartlarına Sahip Olma Hakkı (Sağlık Hakkı)	Kadınların mümkün olan en üst düzeyde sağlık standartlarına erişebilmeleri için ayrımcılığı önlemeye yönelik tedbirlerin alınması	CEDAW M.12
	Kadınların değişen ihtiyaç, rol ve sorumluluklarına cevap vermek üzere yasa ve politikaların gözden geçirilmesi ve toplumsal cinsiyet bakış açısının kadınların sağlığını etkileyen tüm politika ve programların merkezine yerleştirilmesi (toplumsal cinsiyet anakımlaştırması)	CEDAW Genel Tavsiye 24 ESHKS M.12 ESKHS Genel Yorum 14
Hesap Verebilirlik	Yaşam boyu kadınların sağlık ve iyilik hallerini korumak üzere kapsamlı bir ulusal strateji izlenmesi (kadın sağlığı, cinsel sağlık ve üreme sağlığı, HIV/AIDS, ruh sağlığı, kadınlara yönelik şiddet kadınları etkileyen hastalık ve koşulları içerilecek şekilde)	ICPD Pekin 106
Toplumsal Cinsiyet Eşitliği	Kadınların sağlık bakım önceliklerinin belirlenmesi, sağlık politika ve programların planlanması, uygulanması ve izlenmesi ve kadınlara hizmet tedarik süreçlerinin bir parçası hâline getirilmesi	
Farklılık Eşitliği	Ulusal sağlık politikalarının	
Dönüştürücü Eşitlik	a) Kız çocukları ve ergenler b) Yaşlı kadınlar c) Engelli kadınlar d) Düşük sosyal ekonomik durumdaki kadınlar e) Kırsal bölgede yaşayan kadınlar f) Etnik, dilsel azınlıklar g) Göçmen ve mülteci kadınlar h) LGBTİ bireyler i) HIV/AIDS’le yaşayan bireyler j) Seks işçileri ve kadın ticareti mağdurları k) Mevsimlik tarım işçisi kadınlar ve kız çocukları l) Cezaevindeki kadınlar m) Siğınmaevinde kalan kadınlar	
Eşitlik ve Ayrımcılık Yasağı	gibi ayrımcılığın farklı biçimlerine ve farklı ihtiyaçlara cevap verecek şekilde yapılandırılması	
Katılım	Kadınlara, hamilelik, lohusalık ve doğum sonrası dönemde gerekli hizmetlerin sağlanması, hamilelik ve emzirme sırasında yeterli beslenme imkânlarını sağlamakla birlikte gerektiğinde ücretsiz hizmet verilmesi konusunda tedbirlerin düzenlenmesi	
Kadınların Güçlenmesi	Kadınların sağlık hizmetlerine erişimlerinin önündeki engeller arasında, sadece kadınların ihtiyaç duyduğu tıbbî işlemlerin yasaklanmasını ve bu işlemleri yaptırmak isteyen kadınların cezalandırılmasını öngören yasaların kaldırılması	
Çoklu Ayrımcılıkla Mücadele	Kadınların sağlık hizmetlerine ya da sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarına erişim olanaklarının; kocalarının, partnerlerinin, ebeveynlerinin ya da sağlıkla ilgili mercilerin müsaadesi olmadığı gerekçesiyle veya evli olmamaları ya da sadece kadın olmaları nedeniyle kısıtlanmaması	

İlgili Sağlık Hakkı ve Normu	Standart	Belge
	<p>Kadın ve toplum örgütleriyle işbirliği yaparak, kadınların yaşam boyu ihtiyaçlarına cevap verecek, çeşitli rol ve sorumluluklarını dikkate alacak, zaman kullanımına ilişkin isteklerini karşılayacak, kırsal kesim kadınlarının ve engelli kadınların özel ihtiyaçlarına cevap verecek, kadınların yaş, sosyo ekonomik durum, kültür ve diğer unsurlardan kaynaklanan farklı ihtiyaçlarını ele alacak, tek merkezden yönetilmeyen sağlık hizmetlerinin dahil olduğu, toplumsal cinsiyete duyarlı sağlık programları düzenlenmesi ve uygulanması</p>	
	<p>Kadın sağlığı konusunda çalışan hükümet dışı kuruluşların desteklenmesi ve sağlığı etkileyen tüm sektörler arasında koordinasyon ve işbirliğinin güçlendirilmesi</p>	
	<p>Kadınların farklı ihtiyaçları olduğunu da dikkate alarak, genel sağlık bütçesinden yeterli düzeyde bütçe kaynağı ile insani ve idari kaynağın tahsisinin sağlanması</p>	
	<p>Hükümet dışı kuruluşların, özellikle kadın örgütlerinin, meslek örgütlerinin ve kadınlarla kız çocuklarının sağlığını geliştirmek için çalışan diğer organların, hükümetin politika oluşturma süreçlerine, uygun yerlerde program düzenlemesine ve sağlık sektörüyle bağlantılı sektörlerin bütün düzeylerinde uygulamaya katılmalarının sağlanması ve destekleme mekanizmalarının kurulması, işbirliği ve koordinasyonun sağlanması</p>	

C.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Standartlar

İlgili Sağlık Hakkı ve Normu	Standart	Belge
Eşitlik ve Ayrımcılık Yasağı	Kadınların sağlık hakkından yararlanmalarını güvence altına almak üzere uygun yasal, adli, idari, bütçesel, iktisadi ve diğer tedbirlerin mevcut kaynaklarının elverdiği en geniş ölçekte alınması ve uygulanması	CEDAW M. 12 CEDAW Genel Tavsiye 24
	Sağlık hizmeti sağlayanların verecekleri hizmetleri vicdani ret hakkına sığınarak reddetmesi durumunda, kadınları alternatif hizmet sağlayıcılarına yönlendirilmesini sağlayacak tedbirlerin alınması	ESKHK Genel Yorum 14, ESKHK Genel Yorum 22
Farklılık Eşitliği	Birinci basamak sağlık hizmetleri başta olmak üzere sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, gerekli hizmetlerin, sağlık sisteminin her düzeyinde bulunmasının sağlanması	Pekin 106
İnsan Onuruna Saygı	Kadınların, cinsel sağlık ve üreme sağlığı dahil olmak üzere sağlık hizmetleri, eğitim ve bilgiye erişimlerinin önündeki tüm engellerin kaldırılması	
Erişebilirlik	Tüm sağlık hizmetlerinin kadınların kendi hayatlarını yönetme, mahremiyet, gizlilik, bilgilendirilmiş onam ve seçim haklarını içermesi ve insan haklarına uygunluğunun sağlanması	
Mevcudiyet	Kadınlara yönelik zararlı, tıbbî açıdan gereksiz veya baskıcı tıbbî müdahaleleri, uygun olmayan tedavileri ve aşırı tıbbî ilgiyi ortadan kaldırmak için bütün gerekli önlemlerin alınması ve kadınların, muhtemel yararlar ve potansiyel yan etkiler dahil, bütün tedavi veya araştırmaya katılım tercihleri konusunda tam olarak bilgilendirilmelerini sağlanması	
	İlaç tedarikinin modernleştirilm esi ve DSÖ Temel İlaçlar Örnek Listesi’ni rehber alarak yüksek kaliteli farmakolojik, kontraseptif ve diğer malzeme ile araç gerecin güvenilir, sürekli tedarikininin sağlanması	
	Devlet kurumları, sivil toplum örgütleri ve özel kuruluşların kadınlar için verdiği sağlık hizmetlerinin izlenmesi, hizmete eşit erişimin ve hizmet kalitesinin sağlanması	
	Sağlık çalışanlarına yönelik eğitim müfredatında, kadın sağlığı ve kadınların insan hakları konusunda, özellikle de toplumsal cinsiyete dayalı şiddete ilişkin olarak, geniş kapsamlı, zorunlu derslerin yer alması	

C.1.3. Sağlık Durumunun Belirlenmesine İlişkin Standartlar

İlgili Sağlık Hakkı ve Normu	Standart	Belge
Toplumsal Cinsiyet Eşitliği	Kadınların, hayatlarının bütün dönemlerinde sosyal güvenlik sistemlerine erkeklerle eşit olarak ulaşabilmelerine imkân tanınması	CEDAW M.12 CEDAW Genel Tavsiye 24, para. 9, 12, 24.
	Erişebilirlik	Sağlık politika, prosedür, yasa ve protokollerinin kadınları ve erkekleri ne şekilde etkilediğinin belirlenmesi
Kabul Edilebilirlik Kalite	Cinsiyete göre ayrıştırılmış hastalık verilerinin toplanması	ESKHK Genel Yorum 14 ÇHS M.24
	Kadınları etkileyen hastalıkların azaltılması	MDG 4, MDG 6
	Kadın sağlığı açısından risk yaratan koşulların belirlenmesi	SDG 3
	Koruyucu ve iyileştirici tedbirlerin mevcudiyeti ve maliyet etkinliğinin sağlanması	Pekin C1, C2; ICPD
	Kadınların sağlık durumunun ve sağlıkla ilgili mevzuat, plan ve politikaların, kadınların sağlık durumları ve ihtiyaçlarına dair bilimsel ve etik araştırma ve değerlendirmelere dayanması	
	Daha çok kadınları etkileyen bir durum olan kemik erimesinin engellenmesi, erken teşhisi ve tedavisi için, kapsamlı ve uygun programlar geliştirilmesi ve uygulanması	
	Meme, rahim ve üreme sisteminin diğer kanser türlerinin önlenmesi, erken teşhisi ve tedavisi için, medya kampanyaları dahil program ve hizmetlerin güçlendirilmesi ve/veya oluşturulması	

C.1.4. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığına İlişkin Standartlar

İlgili Sağlık Hakkı ve Normu	Standart	Belge
Toplumsal Cinsiyet Eşitliği	Aile planlaması bilgi ve hizmetlerini de içeren cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinin dahil olduğu, ulaşılabilirliği kolay, maliyeti uygun ve kalitesi yüksek birinci basamak sağlık bakım hizmetlerinin oluşturulması (her yaştan birey için)	Pekin para. 106 (b)(e), ICPD Böl.VII. ESKHS, Genel Yorum No:14, para. 14.
Farklılık Eşitliği	Tüm kadınların, özellikle marjinal ve dezavantajlı grupların, hiçbir kısıtlama ve ayrımcılık olmadan cinsel sağlık ve üreme sağlığıyla ilgili bilgilendirme, eğitim ve hizmet alma hakkından yararlanmasının güvence altına alınması	CEDAW Genel Tavsiye 24 para. 18, ESHKS, Genel Tavsiye 22, para. 49 (f)
Dönüştürücü Eşitlik	Güvenli annelik hizmetleri, doğum öncesi destek programları, doğum öncesi ve sonrası bakım ve acil doğumla ilgili hizmetlerin verilmesi ve bu yolla anne ölüm oranının düşürülmesi.	CEDAW Genel Tavsiye 24, MDG 5, SDG 5, Pekin para. 106, ICPD 7, ESKHS Genel Yorum No:14, para. 14.
Erişebilirlik	İstenmeyen gebeliklerin önlenmesine öncelik verilmesi	CEDAW Genel Tavsiye 24, Pekin 106 (j) (k)
Kalite	Güvenli olmayan koşullarda düşük yapılmasının önlenmesi ve düşük sonrası bakım ve danışmanlık sağlanması	Pekin 106 (j)
	İstmeden gebe kalmış kadınların, (tekrarlayan düşüklere de engel olmak için) güvenilir bilgiye ve aile planlaması ve danışmanlığına hemen ulaşabilmelerinin sağlanması	Pekin 106 (k)
	Kürtaj olan kadınların cezalandırılmasına yol açan hükümlerin kaldırılması amacıyla varsa kürtajı yasaklayan mevzuatta değişikliğe gidilmesi; yasadışı düşük tecrübesi yaşamış kadınlar için cezai maddeler içeren yasaların kaldırılması	CEDAW Genel Tavsiye 24; Pekin para. 106(k), ICPD para. 8.25
	Gebelikleri süresince ve emzirme döneminde zararlı olduğu kanıtlanan işlerde kadınlara özel koruma sağlanmasının güvence altına alınması ve kadınlara ücretli doğum izni verilmesi dahil olmak üzere kadın sağlığı ve güvenliğinin çalışma hayatında korunması; bu amaçla politika ve programlar oluşturulması	CEDAW 11. madde; Pekin 106 (p), ICPD,
	Kırsal bölgelerde yaşayan kadınların aile planlaması konusunda bilgi, danışma ve klinik hizmetler de dahil olmak üzere yeterli sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanması	CEDAW 14 (2) (b)
	Kadınların çocuk sayısına ve çocukların ne zaman dünyaya geleceğine serbestçe karar verebilmeleri ve bu hakları kullanabilmeleri için bilgi, eğitim ve diğer vasıtalarla yararlanmalarının sağlanması	CEDAW 16 (1) (e). ICPD, Pekin
	Ergenlik dönemindeki kadınların ve erkeklerin, gizlilik ve mahremiyet haklarına saygılı (cinselliklerini olumlu ve sorumlu bir şekilde ele almalarını sağlayacak) özel programlar dahilinde cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitimi alması	CEDAW Genel Tavsiye 24 para. 18, Pekin para. 108(k), ESKHS Genel Yorum 22, para. 49(f)
	DSÖ Temel İlaçlar Örnek Listesine ³⁸ dayanılarak ve onu içerecek şekilde cinsel sağlık ve üreme sağlığı için gerekli olan ilaç ve ekipmanların sağlanması	ESHK Genel Yorum para. 49, 22 (g)

38 WHO, 20th Model List of Essential Medicines, (2017). http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/20th_EML2017_FINAL_amendedAug2017.pdf?ua=1

C.1.5. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve HIV/AIDS

İlgili Sağlık Hakkı ve Normu	Standart	Belge
Eşitlik Ayrımcılık Yasağı	Kadınları ve ergenlik çağındaki genç kadın ve erkekleri HIV/AIDS bağlantılı ayrımcılıktan koruyacak yasaların, politika ve programların geliştirilmesi ve uygulanması; güçlenmelerini sağlayacak, toplumsal cinsiyete duyarlı çok sektörlü programlar ve stratejiler geliştirilmesi	CEDAW Genel Tavsiye 24, Genel Tavsiye 15, MDG 6 SDG 3, SDG 5, Pekin C1, C3, Pekin L1, L2
Katılım Mevcudiyet Erişebilirlik	Başta HIV/AIDS'ten veya cinsel yolla geçen diğer hastalıklardan etkilenmiş kadınlar olmak üzere kadınların, HIV/AIDS ve cinsel yolla geçen diğer hastalıklara ilişkin politika ve programların geliştirilmesi, uygulanması, izlenmesi ve değerlendirilmesiyle bağlantılı bütün karar alma mekanizmalarına katılımının sağlanması	ICPD 7-8
	Kadınların HIV enfeksiyonuna ve cinsel yolla geçen diğer hastalıklara neden olan sosyo kültürel uygulamaları kaldırmaya yönelik yasaların yürürlüğe koyulması	
	HIV/AIDS yayılımının boyutlarının ve bunun kadınlar üzerindeki etkisinin saptanması	
	HIV/AIDS gibi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların önlenmesi ve tedavisinde ergenlere yönelik programlara kaynak aktarılması	
	Erkekleri HIV/AIDS ve cinsel yolla geçen diğer hastalıklardan kaçınma sorumluluğunu kabul etmeleri konusunda eğitecek programların yaygınlaştırılması	
	Bütün sorumlu yetkililerin HIV/AIDS sorununu zamanında, etkili, sürdürülebilir ve cinsiyete duyarlı bir yaklaşımla ele almaları için toplumun bütün kesimlerinin harekete geçirilmesi	
	HIV/AIDS'le yaşayan kişilere bakmakla veya ekonomik destek sağlamakla yükümlü olan kadınlara ve başta çocuklarla yaşlılar olmak üzere hastalıktan kurtulanlara kaynak ve kolaylıklar sağlamak dahil, cinsiyete duyarlı politika ve programlar oluşturulması	
	Birinci basamak sağlık hizmetleri yoluyla çiftlerin ve bireylerin, HIV/AIDS dahil cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara ilişkin, elverişli, maliyeti uygun, önleyici hizmetlere evrensel ulaşabilirliklerinin sağlanması; kadınlar için danışmanlık, gönüllü ve mahremiyete önem veren teşhis ve tedavinin yaygınlaşmasının sağlanması; cinsel yolla geçen enfeksiyonların tedavisinde kullanılan ilaçlar kadar yüksek kaliteli kondomların da, uygun olan yerlerde, yeterince bulundurulmasını ve sağlık hizmetleri kapsamında dağıtılmasının sağlanması	

İlgili Sağlık Hakkı ve Normu	Standart	Belge
	Dinî ve geleneksel yetkililer dahil toplumun bütün düzeylerindeki karar alıcılara, fikir önderlere ve ebeveynlere, HIV/AIDS’in ve cinsel yolla geçen diğer enfeksiyonların önlenmesini ve bunların her yaşta kadın ve erkekler üstündeki etkilerini konu alan seminerlerin, uzmanlaşmış eğitim ve mesleki eğitimlerin sunulması	
	Etkin akran grubu eğitimi ve herkese seslenen programlar geliştirmeleri için, ayrıca bu programların düzenlenmesine, uygulanmasına ve izlenmesine katılmaları için kadınlara ve hem resmi hem de resmi olmayan kadın örgütlerine destek verilmesi	
	Her yaşta erkekler ve özellikle yetişkin erkekler için, HIV/AIDS ve cinsel yolla geçen diğer hastalıklardan kaçınmaları için gönüllü, uygun ve etkili yöntemleri içeren, güvenli ve sorumlu cinsel ve üreme davranışını yerleştirecek tam ve doğru bilgiler sunan özel programların düzenlenmesi	

C.1.6. Kadınlara Yönelik Şiddet ve Çocuk Yaşta Evlilikler

İlgili Sağlık Hakkı ve Normu	Standart	Belge
İnsan Onuruna Saygı	Ruh sağlığı hizmetlerini birinci basamak sağlık bakım hizmetleriyle veya diğer uygun düzeylerle bütünleştirmek, ev içi şiddet başta olmak üzere herhangi bir türden şiddete, cinsel tacize veya silahlı ve silahsız çatışma sonucu başka türden tacize maruz kalmış her yaşta kadın ve kız çocuklarının sorunlarını tanıma ve bakım sağlama amacıyla birinci basamak sağlık görevlilerinin eğitilmesi ve destekleyici programlar geliştirilmesi	GGASŞ M.26 CEDAW Genel Tavsiye19, Genel Tavsiye 24, para. 12 (b), para. 15
Ayrımcılık Yasağı		İstanbul Sözleşmesi
Toplumsal Cinsiyet Eşitliği	KYŞ’e karşı kanunların tüm kadınlara yeterli koruma sağladığından emin olunması (Yeterli koruma önlemleri, etkili yasal önlemler, cezai yaptırımlar, sivil hukuk yolları ve telafi edici hükümler içerecek şekilde olmalıdır)	KYŞ Özel Raportörü Raporu (A/HRC/7/6)
Hesap Verebilirlik	Kadın mağdurlara etkili şikayet prosedürleri ve tazminat da dahil olmak üzere başvuru yollarının sunulması	Pekin L1, L2, D1
	Şiddet, tecavüz, cinsel saldırı ve KYŞ’in diğer biçimlerine maruz kalmış kadınlar için uygun koruyucu ve destek hizmetleri sağlanması için gerekli alt yapının oluşturulması. (özel eğitim almış sağlık çalışanları yetiştirilmesi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetleri sunulması ve bu hizmetlerin kırsal kadınlar tarafından erişilebilir olması)	ICPD 4, 7, 8 CEDAW 16. madde CEDAW 10. madde;
	KYŞ’yi devam ettiren tutum, gelenek ve uygulamaları ortadan kaldırmak için halka açık bilgiler ve eğitim programları da dahil olmak üzere önleyici önlemler alınması	
	Kadınlara yönelik şiddet ve kız çocuklarının istismarıyla uygun sağlık hizmetlerinin verilmesi konusunda, sağlık bakım protokolleri ve hastane prosedürleri dahil olmak üzere, kanun çıkartılması ve çıkarılan kanunların etkin biçimde uygulanması için politika üretilmesi	

	Toplumsal cinsiyete dayalı şiddetin sağlıkla ilgili sonuçlarının belirlenmesi ve gerekli biçimde yönetilmesi için sağlık çalışanlarına toplumsal cinsiyete duyarlı eğitimler verilmesi	
	Kadın hastalara cinsel taciz ile ilgili şikâyetlerin görüşülmesi için adil ve koruyucu esas ve usuller getirilmesi	
	Kadınları, gençleri ve çocukları, cinsel taciz, istismar, alınıp satılma ve şiddet dahil her türden tacizden koruyacak belirgin önlemlerin alınması, yasaların düzenlenmesi, uygulanması ve yasal korumanın yanı sıra tıbbî ve diğer yardımların sağlanması	
	Cinsel taciz suçunu işleyen sağlık çalışanları için yaptırımlar uygulanması	

C.1.7. Sağlığın Belirleyicilerine İlişkin Standartlar³⁹

İlgili Sağlık Hakkı ve Normu	Standart	Belge
En Yüksek Standartlarda Fiziksel ve Ruhsal Sağlık Hakkı	Hastalıklardan korunma ve güvenilir sağlık bakım hizmetlerinin geliştirilmesinde hayati öneme sahip konut, sıhhi tesisat, elektrik ve su temini, ulaşım ve haberleşme konularında yeterli yaşam standartlarından yararlanma haklarının sağlanması	CEDAW 14 (2) (h); Pekin para. 106 (d), 107(n) (w)
Özgürlük ve Güvenlik Hakkı	Beslenmede toplumsal cinsiyet farkını kapatmaya özellikle dikkat ederek, kız çocuklarında ve kadınlarda demir eksikliğine bağlı anemiyi ortadan kaldırmak bütün kız çocuklarının ve kadınların beslenme durumunu geliştirmeye yönelik programları uygulamak	
	Eğitim sisteminde, iş yerinde ve toplumda, her yaşta kadın ve kız çocuklarının, spor, fiziksel aktivite ve dinlenme-eğlenme imkânlarına erkeklerle eşit ölçüde ulaşmalarını sağlayacak programların oluşturulması ve desteklenmesi	
	Özellikle yoksul bölgeler ve topluluklarda sağlık açısından büyüyen bir tehdit oluşturan çevresel tehlikelerin azaltılması; kadınların çevreyle bağlantılı sağlık risklerini bildiren raporların ³⁹ göz önüne alınması	
	Kadınların, hayatlarının bütün dönemlerinde sosyal güvenlik sistemlerine erkeklerle eşit olarak ulaşabilmelerine imkân tanınması	

39 Birleşmiş Milletler Çevre ve Kalkınma Konferansı'nda kabul edilen Çevre ve Kalkınmaya İlişkin Rio Deklarasyonu'nda oybirliğiyle benimsenen önlem yaklaşımını ve Gündem 21

C.1.8. Sağlık Hakkının Kısıtlanmasına İlişkin Standartlar

BM tarafından kabul edilen Siracuzza Prensipleri, insan haklarının kısıtlanmasının yasal gerekçelerinin sınırlarını belirler. Haklar kısıtlandığı zaman gerekli korumaların sağlanıp sağlanmadığının belirlenmesinde temel dayanak Siracuzza Prensipleri’nin beş kriterinden her birinin karşılanıp karşılanmadığıdır. Halk sağlığını koruma temelinde sınırlamalara izin verildiği durumlarda bile bu kısıtlamalar belli sürelerle sınırlı olmalı ve periyodik gözden geçirmeye tabi tutulmalıdır.

- Kısıtlama, hukuka uygun bir biçimde konulmalı ve uygulanmalı;
- Kısıtlama, kamuoyunu ilgilendiren meşru bir amacı gerçekleştirmek için olmalı;
- Kısıtlama, demokratik bir toplumda yararlı bir amacı gerçekleştirmek için kesinlikle gerekli olmalı;
- Aynı amaca ulaşmak için daha az zorlayıcı ve kısıtlayıcı yöntemler bulunmamalı; ve
- Kısıtlama, keyfî, yani makul olmayacak ya da başka bir yolla ayrımcılığa yol açacak bir biçimde hazırlanmış ve kabul ettirilmiş olmamalı.

İnsan hakları belgelerinde belirtilen temel norm ve standartların yanı sıra; sağlık alanına ve ilgili sağlık konusuna özgü ayrıntılı hizmet standartları belirlenebilmektedir. BM yapısı içinde yer alan ve uluslararası en üst sağlık otoritesi olan DSÖ hem sağlıkla ilgili “olayın/durumların” tanımını yapar hem de çeşitli uluslararası örgütler ve alanındaki uzmanlardan oluşan komisyonlarla ilgili sağlık konusundaki hizmet standartlarını insan hakları belgelerini de temel dayanak noktası olarak geliştirir. Bunu yaparken, sistematik kaynak, retrospektif olarak yapılmış araştırmaların incelenmesi, gerekli durumlarda da prospektif, randomize, deneysel, kıyaslamalı vb. araştırmalar yaparak, o konu için en uygun yöntemle uzun zaman alan çalışmaların yapılmasıdır. Bu çalışmaların son aşamasında tanımlanan hizmet standartlarının saha uygulamasını yapmakta ve nihayet geçerliği kanıtlanmış olan bu standartlar “*WHO Guidelines Review Committee*” tarafından da onaylandıktan sonra DSÖ, çeşitli coğrafi bölgeleri içine alan 6 temel DSÖ Bölge Ofisi ve Cenevre-Merkez Ofisi aracılığı ile tüm BM üyesi ülkelere başta hükümetler olmak üzere, üniversiteler, eğitim-araştırma kurumları, STK’lar ve diğer uluslararası sağlık organizasyonlarına (UNFPA, UNICEF, IPPF vb.) “hizmet rehberi” ve benzeri yayınlarla geniş tabanlı olarak duyurmaktadır. Bu hizmet standartları dünyadaki bilimsel gelişmeler ve sağlıkla ilgili ortaya çıkan özel durumlara bağlı olarak ara ara tekrar üzerinde çalışılarak güncellenir. Geliştirilen tanım ve standartlara **DSÖ**’nün; http://www.who.int/publications/guidelines/reproductive_health/en/ web sitesinden ulaşılabilmektedir.⁴⁰

C.2. Ölçütler

Uluslararası düzeyde kabul edilmiş olan Binyıl Kalkınma Hedefleri ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri, sağlık ve toplumsal cinsiyet eşitliği alanlarında taraf olan ülkeler için temel bazı

40 Türkiye genel olarak, Kadın sağlığı, üreme ve cinsel sağlık alanlarında ulusal hizmet standartlarını DSÖ tarafından kabul edilip duyurulan standartlara bağlı geliştirmekte ve SB ilgili birimleri, kendi alanlarında DSÖ standartlarını temel olarak oluşturdukları, hizmet standartlarını SB sağlık kuruluşları başta olmak üzere ülke içinde yayınları, kendi web-adresi vb. aracılığı ile <http://www.saglik.gov.tr/> duyurmaktadır.

hedefler/ölçütler getirmektedir. Türkiye’nin de aralarında bulunduğu ülkelerin bu hedefler çerçevesinde gerekli çalışmaları yapmaları beklenmektedir.

Bu bölümde, Binyıl Kalkınma Hedefleri çerçevesinde taraf ülkelerin 2015 yılına kadar sağlık alanında gerçekleştirmiş olması beklenen hedeflere ve devamında Sürdürülebilir Kalkınma çerçevesinde 2030 yılına ulaşılması beklenen hedeflere yer verilmiştir.

Binyıl Kalkınma Hedefleri(2000-2015)

Hedef 4: Çocuk Ölümlerini Azaltmak

- 1990 ve 2015 yılları arasında beş yaş altı çocuk ölümlerinin 2/3 oranında azaltılması

Hedef 5: Anne sağlığını iyileştirmek

- 1990 ve 2015 yılları arasında gebelik, doğum, lohusalık sırasında meydana gelen anne ölümlerinin ¾ oranında azaltılması
- 2015 yılına kadar, üreme sağlığında evrensel erişimin sağlanması.

Hedef 6: HIV/AIDS, Sıtma ve Diğer Salgın Hastalıkların Yayılımını Durdurmak

- 2015 yılında HIV/AIDS yayılımını durdurmuş olmak ve geriletmeye başlatmak
- 2010 yılına kadar HIV/AIDS için gerekli olan tedaviye ihtiyaç duyanların tedaviye erişiminin sağlanması
- 2015 yılına gelindiğinde sıtmanın ve diğer salgın hastalıkların yayılımını durdurmuş olmak ve geriletmeye başlamak

Hedef 7: Çevresel Sürdürülebilirliğin Sağlanması

- Sürdürülebilir kalkınma ilkelerini ülke politikaları ve programları ile bütünleştirmek ve çevresel kaynakların yok oluşunu tersine çevirmek
- 2015 yılına kadar güvenli içme suyuna ve temel atık sistemine erişimi olmayan nüfusun oranının yarı yarıya azaltılması

Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (2015-2030)⁴¹

Hedef 3: Tüm Yaşlarda Sağlıklı Yaşam Ve İyilik Hâlinin Geliştirilmesi

- Sağlıklı yaşam süresini; gelişmekte olan ülkelere 6 yıl; gelişmiş ülkelere 2 yıl artırılması/uzatılması
- Küresel anne ölüm oranının (AÖO) 100 bin canlı doğumda 70’in altına düşürülmesi.
- Hiçbir ülkenin AÖO’nunun 140 dan fazla olmaması
- Önlenebilir yenidoğan ve 5 yaş altı ölümlerin önlenmesi
- Bütün ülkelerde 5 yaş altı çocuk ölümlerini 25/1000 in altına düşürülmesi
- Bütün ülkelerde neonatal ölümlerini 12/1000 in altına düşürülmesi
- AIDS, Tüberküloz ve sıtma endemisini sonlandırılması
- Erişkinlerde yeni HIV vakalarını %90 azaltılması
- Çocuklarda “sıfır” HIV insidansının sağlanması
- AIDS’e bağlı ölümleri %90 azaltılması
- Tüberküloz insidans hızının %80 azaltılması (100 bin nüfusta vaka sayısının 20’nin altına düşürülmesi)
- Sıtma ve global sıtma vaka vakalarının %90 azaltılması
- Hepatit hastalıkları ile (B ve C) mücadele - Hepatit B ve C insidans hızlarının %90 azaltılması
- Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı mortalitenin, koruma ve tedavi programları ile azaltılması ve zihinsel sağlığın iyileştirilmesi
- Bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin 3’te bir oranında azaltılması
- İntihara bağlı ölümlerin %10 azaltılması
- Üreme ve cinsel sağlık hizmetlerine (AP, danışmanlık dahil) evrensel erişimin sağlanması ve bu amacın stratejik planlara entegrasyonunun sağlanması
- Hanehalkı gelirlerinden, harcamalarından veya zenginlikten, ikamet yerinden veya cinsiyetten bağımsız, nüfusun en az % 80’inin temel sağlık hizmetleri kapsamına sahip olmasının sağlanması.
- Herkesin cepten yapılan sağlık harcamaları için %100 finansal korumaya sahip olması

41 Bu hedefler, DSÖ tarafından küresel ve bölgesel düzeyde tekrar ele alınarak gelişmişlik düzeyine göre farklı ölçütler/hedefler belirlenebilmektedir.

C.3. İyi Örnekler

İyi örnek 1: Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Temel Sağlık Hizmetlerine Entegrasyonu

Cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetleri, Avrupa ülkelerinde farklı biçimlerde düzenlenmektedir ve çoğu durumda birinci basamak sağlık hizmetlerine zayıf entegre olduğu görülmektedir. CSÜS hizmetlerinin çoğunlukla parçalanmış yapıda olması ve kolay erişilebilir olmaması ayrıca kalitesiz ve gereksiz yere pahalı olması sebebiyle, birçok ülkede, uluslararası standartlara göre CSÜS hizmetlerinin birinci basamak hizmetlere daha iyi entegre olacak şekilde yapılandırılması ve çeşitli kalite kriterlerine uyması önerilmektedir. Üreme sağlığı hizmetleri, çoğu koşulda, uzmanlaşmış ikinci basamak hizmetlere gerek duymadan, birinci basamak hizmetlerin verildiği alanlarda kolayca ve birey merkezli olarak verilebilir. Dolayısıyla, birinci basamak sağlık hizmetlerinin cinsel sağlık (doğurucu ve güvenli cinsel yaşam), aile planlaması (doğum kontrol yöntemlerine erişim), anne ve bebek sağlığı, güvenli annelik (güvenli doğum ve sağlıklı bebekler) hizmet bileşenlerini içermesi beklenmektedir. “Birinci Basamak Hizmetleri için Avrupa Forumu”, UNKK sonrası cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusunda çalışmalarını hızlandırmış ve Avrupa bölgesinde CSÜS hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi için bir açıklama yayımlamış ve hizmetlerin içeriğinin değerlendirilmesi için bir kontrol listesi yayımlamıştır. İsveç, genç dostu cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinin en gelişmiş olduğu ülkelerden biridir ve bu hizmetler birinci basamak düzeyinde yapılandırılmıştır. Gençler için cinsel sağlık üreme sağlığı hizmetleri ve danışmanlığı ücretsiz olarak sağlanmaktadır. 18 yaşındaki genç kadınların %80 ve fazlası bu hizmetleri kullanmaktadır.

İyi Örnek 2: Nüfus Planlaması Yasaları ve İsteyerek Düşüğün Yasallaşması

Türkiye’de ilk Nüfus Planlaması yasası bir STK’nın öncülüğünde, STK kamu, üniversite ve medyanın çok sektörlü işbirliği ile 1965’te yürürlüğe girmiştir. Bu yasa ile doğum kontrol yöntemleri ve tıbbî nedenlerle gebelik sonlandırma yasal hâle gelmiştir. Bu yasa, anne ölümlerinin önlenmesi için çok önemli bir adım olsa da, kadınların istenmeyen gebelikler yaşaması, kadınların üreme haklarını açısından önemli kısıtlamalar içermektedir.

Türkiye’de, 1981 yılında yapılan bir değerlendirmeye göre yılda toplam 400 bin isteyerek düşük yapılmaktadır. Bunun 50 bini ise, kadını çoğu kez ölüme götüren, kadının kendi müdahalesi ile yaptığı düşüklerden oluşmaktadır. Bu durumu fark eden bilim çevresi, araştırmacılar, sağlık önderleri, kadın STK’ları ve SB, savunuculuk çabalarını isteyerek düşüklerin erken gebelik döneminde yasallaştırılması noktasına ağırlık vererek sürdürmüşlerdir. Bütün ilgili sektör ve disiplinlerin iş birliği ile 1983 yılında 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Yasası kabul edilmiştir ve uygulanmaya başlanmıştır.

Bu yasa, 10 hafta dahil gebeliğin istek üzerine sonlandırılmasını ve kadın ve erkekte cerrahi sterilizasyon yöntemini serbest bırakmıştır. Ayrıca, bu yasayla DSÖ’nün AP hizmetlerinin daha fazla kadına ulaşabilmesi için önerdiği “task shifting” yöntemi uygulanmış yani AP’de yapılacak uygulamalar hekimden eğitilmiş ebe hemşireye, gebelik sonlandırılması da uzmandan, pratisyen hekime kaydırılmıştır. Böylece, anne ölümüne neden olan sebepler arasında en önemlisi olan

isteyerek düşük yasallaştırılmış ve AP hizmeti sağlayacak sağlık personeli sayısında da artış sağlanmıştır. Bu yasayla birlikte, sonuçta 2 büyük etki ortaya çıkmıştır: Birincisi, yasa sonrası ilk kez etkili doğum kontrol yöntem kullanımı etkisizleri geçmiştir (ebe-hemşirelerin etkisi). Sağlıksız düşüklerin, anne ölümleri içindeki %53 olan oranı, yasal düzenlemeler ve birinci basamağın güçlendirilmesi ile %2'ye düşmüştür (yasaların ve yasalara uygun uygulamaların yapılmasına bağlı) (Akın, Esin ve Çelik, 2003; Akın ve Özvarış, 2005; Akın, 2007).

Kaynaklar

Akın, A. (2007). *The Emergence of the Family Planning Program in Turkey*. In W.C Robinson & J.A. Ross (Eds.). *The Global Family Planning Revolution: Three decades of population policies and programs*. Washington: The Worldbank. <http://siteresources.worldbank.org/INTPRH/Resources/GlobalFamilyPlanningRevolution.pdf>

İyi Örnek 3: Sağlıkta Toplumsal Cinsiyetin Anaakımlaştırılması Rehberi

DSÖ Toplumsal Cinsiyet, Kadın ve Sağlık Departmanı tarafından, 2011 yılında *Sağlık Yöneticileri için Sağlıkta Toplumsal Cinsiyetin Anaakımlaştırılması Rehberi* yayımlanmıştır. Rehber, sağlık sektöründe toplumsal cinsiyete duyarlı planlama ve toplumsal cinsiyet analizi konusunda farkındalığı artırmak ve bu analizin nasıl yapılacağı konusunda becerilerin geliştirilmesi için önemli bir kaynaktır.

Bu rehberde DSÖ'nün hazırlamış olduğu temel toplumsal cinsiyet analizi araçları tanıtılmıştır. Rehber; Toplumsal Cinsiyet Analizi Matrisi (*Gender Analysis Matrix-GAM*), Toplumsal Cinsiyet Analizi Soruları (*Gender Analysis Questions GAQ*), Toplumsal Cinsiyet Duyarlılığı Ölçeği (*Gender Responsive Assessment Scale GRAS*) ve Toplumsal Cinsiyet ve Sağlık Planlaması ve Programlaması izleme ve kontrol listesi içermektedir.

Rehber, uluslararası sözleşmelerle ortaya konmuş olan kadınların ve kız çocuklarının sağlıklarını geliştirilmesi, sağlıkta toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması ve sağlık politika ve programlarının toplumsal cinsiyete duyarlı bir şekilde geliştirilmesi, uygulanması ve izlenmesine kaynaklık etmesi amacıyla hazırlanmıştır.

Rehberin tüm DSÖ bölgelerinde pilot uygulaması yapılmış ve *Toplumsal Cinsiyet Analizinin DSÖ'nün Tüm Çalışmalarına ve Aktivitelerine Entegre Edilmesi Stratejisi(2008)*'ne katkıda bulunması planlanmıştır.

Kaynaklar:

WHO (2011). *Gender mainstreaming for health managers: a practical approach*
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44516/1/9789241501071_eng.pdf

WHO (2008). *Strategy for Integrating Gender Analysis and Actions into the work of WHO*. http://www.who.int/gender/GM_strategy_jun08.pdf



III. Türkiye Bağlamının Mevcut Durum Analizi: Normatif-Politik Yapı

Türkiye’de kadın haklarının bugün ulaştığı noktayı sağlıklı olarak değerlendirebilmek için, Cumhuriyet öncesinden günümüze kadar olan gelişmelerin bilinmesi gerekir. Osmanlı İmparatorluğu döneminde de insanların sağlığına genel olarak önem verilmiş ve bu konuda bazı önemli adımlar atılmış, kurallar konularak önlemler alınmıştır. Ancak bu dönemde, günümüzde anlaşılan anlamda “toplumsal cinsiyet” eşitliğinden söz edilemeyeceği gibi eşitlikçi fermanlar çıkarılsa bile şer’i hukuk kadınları ikinci planda bırakmış ve kadınların “eşit olmayan konumu Osmanlı döneminde adeta kurumsallaştırılmıştır” (Eren ve Tanrıntır, 1998).

Osmanlı döneminde tüm halk arasında eşitlik ilkesi, ilk defa Tanzimat devrini başlatan 3 Kasım 1839 tarihli Gülhane Hatt-ı Hümayunu’nda ifade edilmiştir. Ancak bu eşitlik, daha ziyade Müslüman tebaa ile diğer dinlerden ve milletlerden olan tebaa arasındaki eşitliktir. Tanzimat dönemi ile eğitim Osmanlı toplumunun temel sorunu olarak ele alınır. Kadınlara mesleki eğitim verilmesi, ilk olarak Tanzimat döneminde eğitim ve sağlık alanında başlamıştır. Kadınların kamusal alanda yer bulması sağlık alanında verilen eğitimlerle başlamıştır. Hekimbaşının ebelik kursları açılması teklifi 1842 yılında hükümet tarafından kabul edilince Mekteb-i Tıbbiyye’de kadınlara ebelik dersleri başlamıştır ve eğitimler mankenler ve resimler üzerinden verilmiştir. Ebe adaylarının mesleki eğitimleri sırasında aldıkları uygulamalı derslerde yanlarında erkek bulunmaması şartı vardı. Bununla beraber, bazı dersleri erkek eğitimcilerin verdiği bilinmektedir (Kurnaz, 1991). Tıbhane-i Amire bünyesinde açılan ebe okullarında Avrupa’dan gelen iki ebe eğitimcinin ders verdiği bilinmektedir. Ebelik okulundan ilk diploma alanlar 10 Müslüman ve 26 Gayrimüslim kadın olmuştur. Ebelik mektebi mezunlarının, Osmanlı döneminde mesleki eğitim alan ilk kadınlar olduğu kabul edilmektedir (Somel, 2000).

Tanzimat Fermanı’nı takiben Osmanlı Devleti’nde kadınların lehine yapılan değişiklikler artmıştır. Tanzimat devrinin getirdiği yeni bakış açısı kadınların haklarının genişletilmesi açısından etkili olmuştur. 18 Şubat 1856 tarihinde ilân edilen Islâhat Fermanı Türk tarihinde ilk defa cinsiyet bakımından yapılan ayrımcılığın kaldırılmasını öngörmüştür. Bu fermanla Osmanlı tebaasının din, dil ve cinsiyet açısından birbirlerinden aşağı olmadığı vurgulanmış ve din, dil ve cinsiyet ayrımcılığı içeren ifadelerin kullanılmaması öngörülmüştür. 1858 yılında çıkan arazi kanunnamesinde mirasın kadın ve erkek arasında eşit olarak bölüştürülmesi yasalaşmıştır. 1869 yılında çıkarılan Maarif Nizamnamesi, kadınların mesleki eğitimleri konusunda önemli yenilikler başlatmış, aynı yıl, Osmanlı toplumunda kadın eğitimi üzerine bir gazete eki yayımlanmaya başlanmıştır. Bu gelişmeler ile önemli adımlar atılmasına rağmen kadının toplumsal hayata katılması açısından yapılan değişiklikler sınırlı seviyede kalmıştır.

Sağlık alanında görev yapacak kadınların eğitimleri için en çok çaba gösteren kişi Dr. Besim Ömer Akalın olmuştur. Kadın hastalıkları konusunda uzman olan Dr. Besim Ömer Akalın 1911 yılında gönüllü hastabakıcılık kursları açmış, bu kurslara katılan kadınlar 1912 yılında çıkan

Balkan Savaşları sırasında hastanelerde görev almaya başlamışlardır. 1912 yılı, Türkiye’de hemşirelik mesleğinin başlangıç yılı olarak kabul edilir (Kurnaz, 1991, s. 54).

Dünyada olduğu gibi, Türkiye’de de uzun yıllar tıp fakültelerine sadece erkek öğrenciler alınmıştır. Bu nedenle, hekim olmak isteyen kadın öğrenciler tıp eğitimi almak üzere başka ülkelere gitmek zorunda kalmıştır. İstanbul Darülfünunu 1915 yılında fakültelerine kadınları da kaydetmeye başlamış olmasına rağmen Tıp Fakültesi’ne kadınlar alınmamıştır. Dolayısıyla, Cumhuriyet dönemine kadar hekim olmak isteyen kadınlar ancak yurt dışına giderek hekim diploması alabilmişlerdir. Örneğin; Hatice Safiye Ali (Krekeler) (1894-1952), 1916 yılında Almanya’da Würzburg Üniversitesi Tıp Fakültesi’ne gönderilmiş ve 1922 yılında Türkiye’ye dönerek ilk Türk kadın hekimi olarak çalışmaya başlamıştır (Atıcı ve Erer, 2009, 109). Kadınların tıp eğitimi için yurtdışına çıkmak zorunda olmaları Sıhhiye Umum Müdürü Dr. Adnan Adıvar’ı harekete geçirmiş ve Adıvar kadınların Türkiye’de tıp fakültelerine alınabilmeleri için girişimde bulunmuştur. 1917 yılında kadınların tıp, dişçilik, eczacılık öğrenimi almalarına izin verilmiştir. Hekimlik eğitimi almalarının önünde hukuki bir engel olmamasına rağmen kadınların tıp mesleğine atılma istekleri sosyal, siyasi ve kurumsal muhalefet sebebiyle 1922 yılına kadar engellerle karşılaşmıştır. Dr. Besim Ömer Paşa’nın kararlı girişimleriyle, 1922 yılından itibaren kadınlar Tıp Fakültesi’ne kabul edilmeye başlanmıştır. 1928 yılında ise Tıp Fakültesi stajlarını bitirmiş kadınlara Cumhuriyet döneminin ilk doktorları olarak diplomaları verilmiştir.

1920’ler ve sonrasında global düzeyde özellikle sağlık bağlantılı değişen yaklaşımlar, bakış açıları, pek çok mücadeleyi de beraberinde getirmeye başlamıştır. Türkiye’de de, 1920’lerde ülkenin içinden geçtiği zor koşullara rağmen pek çok konuda olduğu gibi kadın ve sağlık konularında insan haklarının kadınlar ve erkekler tarafından eşitlikçi ve hakkaniyetli kullanımına zemin hazırlayan, sağlığı doğrudan ya da dolaylı etkileyen yasalar çıkarılmaya başlanmıştır.

1920 yılında Sağlık Bakanlığı’nın kurulması, o tarihe dek son derece parçalı bir yapıda olan eğitimde birliğin sağlanabilmesi için “tevhid-i tedrisat - eğitim birliği” yasasının 1924 yılında kabulü, 1930 yılında çıkarılan ve günümüzde pek çok maddesi hâlâ yürürlükte olan 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıha Kanunu’nun kabulü bunlara birkaç örnektir. Özellikle son kanun ile kadın, anne ve çocuk sağlığına, bulaşıcı hastalıkların kontrolüne özel önem verilmiştir. Kanunun her ne kadar cinsiyet eşitliğine özel bir duyarlılığı olmasa da o dönemin şartlarında özellikle anne ve çocuk sağlığına, koruyucu, önleyici yönüyle dikkat çekmektedir. Ülkedeki genel koşulların ağırlığı (eğitim düzeyinin kadında daha olumsuz biçimde düşük olması, yoksulluk, bulaşıcı hastalıkların yaygınlığı vb.) sağlık örgütlenmesinin “dikey” yapılanmasını zorunlu kılmış ve özellikle bulaşıcı hastalıklarla, anne ve çocuk sağlığının iyileştirilmesine yönelik başarılı mücadeleler gerçekleştirilmiştir.

Türkiye’de kadınlar siyasal haklarını, çıkarılan kanunlarla; 1930’da yerel seçimler, 1934’te ise genel seçimlerde elde etmeye başlamışlar, seçme ve seçilme hakkına sahip olmuşlardır. Bu kanunlarla kadının konumu, “tebaadan yurttaş’a geçiş, karşıt cinsiyetle eşit statüye ulaşma” olarak kavramsallaştırılmıştır. Bütün bu gerçekleştirilenlerde, Osmanlı döneminde mücadele vermeye başlayan kadın hareketiyle birlikte, uluslaşma süresince kadınlara verilen önem de büyük rol oynamıştır.

1950’lerde gebeliği önleyici yöntemlerin yasak olması ve ülke nüfusunun düşüklüğüne (13 milyon) bağlı olarak izlenen “pronatalist nüfus politikası” sonucu toplam doğurganlık hızı (bir kadının 50 yaşına varana dek doğurduğu ortalama canlı çocuk sayısı) 7’yi aşmıştır. Ülkede “aşırı doğurganlığa bağlı” istenmeyen gebelikler ve buna bağlı olarak “*self induced unsafe abortion*” yani kadının kendi müdahalesi ile meydana gelen sağlıksız düşükler nedeniyle anne ölümleri alarm verici düzeyde artmıştır (Fişek, 1983; Akın, 2007, 2010). Bu yıllarda, medikal topluluklar, STK’lar, yazarlar vb. etkili savunuculuk faaliyetleri yaparak, toplumun bilinçlenmesi, karar vericilerin de bilgilenebilmesi için yoğun çalışmalar başlatmışlardır.

1960’lara gelindiğinde, dünyada giderek artan toplum hekimliği (community medicine) ve halk sağlığı (*public health*) yaklaşımı, toplumun gereksinimlerini dikkate alması ve daha maliyet etkin olması yönüyle benimsenmiştir. 1961 yılında kabul edilen 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun, özellikle daha sonra halk sağlığı ve kadın sağlığı konularında önemli yasaları hazırlayan ve meclisten geçmesini sağlayan Prof. Dr. Nusret Fişek’in önderliği ile gerçekleşmiştir. 224 Sayılı Yasa’nın önemi, temel sağlık hizmetlerine (TSH) öncelik ve ağırlık veren hizmetlerin daha eşitlikçi ve hakkaniyetli verilmesinin esaslarını belirlemiş ve uygulamaları başlatmış olmasıdır. Bu yasaya göre, temel sağlık hizmetleri yatay/entegre örgütlenme modeli ile temel birim olan “sağlık ocağı” yapısında bütünsel olarak verilmiş, sağlık ocaklarına bağlı, bir ebenin (ebe hemşire de olabilir) görev aldığı sağlık evleri aracılığı ile hizmetleri en ücre köyler-mezralara dek ulaştırmış ve yine ebelerin yaptığı rutin ev ziyaretleri ile gebeler, 0-6 yaş çocuklar ve 15-49 yaş grubu kadınlarına koruyucu ve erken tanı ve tedavi hizmetleri verilmiştir.

Böylece Türkiye, çağdaş sağlık hizmetlerinin başlatılması bağlamında, 1961’de çıkarılan ve 1963’te uygulamaları başlatılan sağlık hizmet modelini (TSH modeli), 1978’de DSÖ ve diğer BM kuruluşları ve uluslararası bazı önemli STK’ların da katıldığı Alma Ata Konferansı TSH kararlarından tam 17 yıl önce uygulamaya koymuştur. DSÖ hâlen bu yaklaşımı “*Health for All*-Herkes için Sağlık” stratejisi olarak önemsemekte ve ülkelere önermektedir.

224 Sayılı TSH Yasası, Türkiye’de 2004 yılında çıkarılan 2010 yılında ise ülkeye genellenen “Aile Hekimliği” yasasına kadar tam 47 yıl süre ile uygulanmıştır. 224 Sayılı Yasa, sağlık hizmetlerinde eşitlik, risk yaklaşımı, sağlık hizmetlerinde alınan/alınacak kararlara toplumun katılımı, hesap verebilirlik gibi normları benimsemiş ve yasaya bağlı çıkarılan yönetmeliklerle hizmetlerin standartlarını belirlemiştir. İlki 1963 yılında yapılan, her beş yılda bir de ülkeyi temsil eden örneklem üzerinde tekrarlanan **Ulusal Nüfus ve Sağlık Araştırması**’nın sonuncusu 2013 yılında yapılmıştır. Bu araştırmaların sonuçları, esasen 47 yıl ülkede uygulanan 224 Sayılı Yasa’nın şekillendirdiği kadın, anne ve çocuk sağlığına ağırlık veren hizmet modelinin etkilerinin kanıtı dayalı, trendlerin de izlenmesi suretiyle değerlendirilmesini olanaklı kılmaktadır. Bu araştırma sonuçlarına dayanarak 1963 yılından 2013 yılına dek kadın- anne ve çocuk sağlığı düzeylerinde ve verilen hizmetlerdeki değişim kolayca izlenebilmektedir (Akın, 2011; Akın ve Özvarış, 2012; TNSA, 1963; TNSA 2008; TNSA, 2013).

Türkiye’de özellikle kadın sağlığının gelişimi incelenirken tarihsel süreçte yukarıda da değinildiği gibi 1950’li yılların dikkate alınması gerekir. İzlenen pronatalist nüfus politikası ve sonucu olarak ortaya çıkan aşırı doğurganlık, istenmeyen ve plansız gebeliklerin artışı, yasa dışı olmasına

rağmen sağlıksız düşüklerin giderek artması ve buna bağlı artan anne ölümleri kadınlar açısından büyük bir sağlık hakkı ihlâlini ortaya koymaktadır. O yıllarda yapılan bir araştırmaya göre bütün anne ölümleri içinde kendi kendine yapılan sağlıksız düşüklere bağlı anne ölüm oranının payı %53 olarak bildirilmiştir. Uzun yıllar süren savunuculuk çalışmaları ve o dönemde özellikle güçlü bir STK olan Türkiye Aile Planlaması Derneği’nin çabaları ile nihayet 1965 yılında Prof. N. Fişek’in kaleme aldığı 557 Sayılı ilk Nüfus Planlaması Yasası kabul edilmiştir. Bu yasa ile ülkede geriye dönüşümlü aile planlaması yöntemlerinin kullanımı yasal olarak serbest bırakılmış, konu ile ilgili Sağlık Bakanlığı (SB) bünyesinde teşkilat kurularak toplumu bilgilendirici yoğun eğitim faaliyetleri hem SB hem de dernekler tarafından sürdürülmüştür. 557 Sayılı Yasa ile çiftler “çocuk sahibi olup olmamaya karar verme ve gereksinimleri olan hizmete ulaşma hakları”nı kullanmaya başlasalar da yasada istenmeyen gebeliğin sonlandırılmasına/kürtaja sadece tıbbî nedenlerle izin verilmesi nedeni ile bu hizmete gereksinimi olanlar, özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük olanlar ulaşamamış ve isteyerek düşükler bu gruptan kadınlar için sorun olmaya devam etmiştir.

1981 yılında yapılan bir değerlendirmeye göre o yıllarda Türkiye’de, yılda toplam 400 bin isteyerek düşük yapılmakta bu sayının 50 bini ise kadını çoğu kez ölüme götüren kendi müdahalesi ile yapılan düşüklerden oluşmaktadır. Bu durumu fark eden bilim çevresi, DSÖ ile de işbirliği ile bir seri hizmet araştırması yaparak ve ayrıca, sağlık önderleri, kadın STK’ları ve SB işbirliğinde bu kez savunuculuk çabalarını “isteyerek düşüklerin erken gebelik döneminde yasallaştırılması” noktasına ağırlık vererek çabalarını sürdürmüşler ve bütün ilgili sektör ve disiplinlerin iş birliği ile 1983 yılında 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Yasası’nın kabul edilmesinde ve uygulanmaya başlanmasında etkili olmuşlardır.

Bu yasa, aile planlaması yöntemlerinin en ücra yörelere dek ulaşmasını sağlamış, çiftlerin karşılanmayan AP gereksinimlerini karşılamak amacı ile ebe hemşirelere de AP hizmetlerinde daha fazla yasal yetki vermiş, kadın ve erkekte cerrahi sterilizasyon yöntemini serbest bırakmış ve en önemlisi 10 hafta dâhil gebeliğin istek üzerine sonlandırılmasını yasa ile serbest bırakmıştır. 2827 Sayılı Yasa’nın kadın sağlığına olan büyük katkısı ilerleyen yıllarda yapılan bilimsel araştırmalarla ortaya konulmuştur. Örneğin, daha önce isteyerek düşüklerin, anne ölümlerinin içinde %53 olan payı, bu yasanın etkisi ile %2’lere düşmüştür (Akın, Esin ve Çelik, 2003; Akın ve Özvarış, 2005).

Sağlık pek çok faktörün bir bileşkesi olan bir sonuçtur. Türkiye’de, önemli eksiklikleri olmakla birlikte toplumsal cinsiyetin sağlanması yönünde ulusal mevzuatta birçok olumlu değişiklikler yapılmış, kadın erkek eşitliğinin sağlanması ve sağlık hakkının yaşama geçirilmesi için programlar ve stratejiler geliştirilmiştir. Ancak sağlığı etkileyen faktörlerle ilişkili ayrımcılıklar örneğin, eğitimde kadın erkek eşitsizliğinin sürmesi, kadınların siyasete ve işgücüne katılımının erkeklere kıyasla düşük olması, kadınların sağlık düzeylerinde eşitsizliklere de neden olmakta ve sağlık hakkının hayata geçirilmesine de engel olmaktadır (TNSA, 2013; TÜİK, 2018).

A. Mevzuatın Haritalaması: Sağlık Bağlantılı Mevzuatın İlgili İnsan Hakları Belgeleriyle Uyumunun Tespiti (Yapısal İzleme)

Bu bölümde, raporun ilk bölümünde sunulmuş olan insan hakları belgeleri ve bu belgelerde yer alan sağlık hakkı ve toplumsal cinsiyet eşitliği ile ilişkili normlar çerçevesinde Türkiye’deki yasal mevzuat incelenmiştir. Yasal mevzuat incelenirken hangi normlara vurgu yaptığı, toplumsal cinsiyet eşitliği normu ile ilişkisi yönünden değerlendirilmiştir.

Tablo 1. Mevzuatın Haritalaması

İlgili Yasa	Yasa Maddeleri	Sağlık hakkı bağlamında; eşitlik, toplumsal cinsiyet eşitliği, ayrımcılık yasağı, insan onuruna saygı, özgürlük, sağlık hizmetleri, hesap verebilirlik, katılım vurgusu
TÜRKİYE CUMHURİYETİ ANAYASASI Kanun Numarası: 2709 Kabul Tarihi: 18/10/1982 Yayımlandığı Resmî Gazete Tarih: 9/11/1982 Sayı: 17863 (Mükerrer)	MADDE 10- Herkes, dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım gözetilmeksizin kanun önünde eşittir. (EK fıkra: 7/5/2004-5170/1 md.) Kadınlar ve erkekler eşit haklara sahiptir. Devlet, bu eşitliği yaşama geçmesini sağlamakla yükümlüdür. (EK cümle: 12/9/2010-5982/1 md.) Bu maksatla alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı olarak yorumlanamaz. (EK fıkra: 12/9/2010-5982/1 md.) Çocuklar, yaşlılar, özürülüler, harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri ile malul ve gaziler için alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı sayılmaz. Hiçbir kişiye, aileye, zümreye veya sınıfa imtiyaz tanınmaz. Devlet organları ve idare makamları bütün işlemlerinde kanun önünde eşitlik ilkesine uygun olarak hareket etmek zorundadırlar.	MADDE 10: Eşitlik, toplumsal cinsiyet eşitliği, farklılık eşitliği Doğrudan sağlıkla bağlantılı olmasa da Madde 12, 13, 14, 15 ve 16 temel hak ve özgürlüklerin kullanılmasını ile ilgili bazı hükümler / koşullar içermektedir. MADDE 20: İnsan onuruna saygı, mahremiyet
	MADDE 20- Herkes, özel hayatına ve aile hayatına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahiptir. Özel hayatın ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz. (EK fıkra: 12/9/2010-5982/2 md.) Herkes, kendisiyle ilgili kişisel verilerin korunmasını isteme hakkına sahiptir. Bu hak; kişinin kendisiyle ilgili kişisel veriler hakkında bilgilendirilme, bu verilere erişme, bunların düzeltilmesini veya silinmesini talep etme ve amaçları doğrultusunda kullanılıp kullanılmadığını öğrenmeyi de kapsar. Kişisel veriler, ancak kanunda öngörülen hallerde veya kişinin açık rızasıyla işlenebilir. Kişisel verilerin korunmasına ilişkin esas ve usuller kanunla düzenlenir. MADDE 40- Anayasa ile tanınmış hak ve hürriyetleri ihlâl edilen herkes, yetkili makama geciktirilmeden başvurma imkânının sağlanmasını isteme hakkına sahiptir. (EK fıkra: 3/10/2001-4709/16 md.) Devlet, işlemlerinde, ilgili kişilerin hangi kanun yolları ve mercilere başvuracağını ve sürelerini belirtmek zorundadır. Kişinin, resmî görevler tarafından vaki haksız işlemler sonucu uğradığı zarar da, kanuna göre, Devletçe tazmin edilir. Devletin sorumlu olan ilgili görevliye rücu hakkı saklıdır.	MADDE 40: Hesap verebilirlik
	Ailenin korunması ve çocuk hakları MADDE 41- (Değişik: 3/10/2001-4709/17 md.) Aile, Türk toplumunun temelidir ve eşler arasında eşitliğe dayanır. Devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlamasının öğretimi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilâtı kurar. (EK fıkra: 12/9/2010-5982/4 md.) Her çocuk, korunma ve bakımdan yararlanma, yüksek yararına açıkça aykırı olmadıkça, ana ve babasıyla kişisel ve doğrudan ilişki kurma ve sürdürme hakkına sahiptir. (EK fıkra: 12/9/2010-5982/4 md.) Devlet, her türlü istismara ve şiddete karşı çocukları koruyucu tedbirleri alır.	MADDE 41: Toplumsal cinsiyet eşitliği, sağlık hakkı özellikle üreme sağlığı hakkı, sağlık hizmetleri, şiddet görmeme hakkını vurgulamakta ve garanti etmektedir.
	Sağlık hizmetleri ve çevrenin korunması MADDE 56- Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırmak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir	MADDE 56: Eşitlik, sağlık hakkı, sağlığa bütünsel yaklaşım Hesap verebilirlik
	MADDE 59- Devlet, her yaşta Türkiye vatandaşlarının beden ve ruh sağlığını geliştirecek tedbirleri alır.	MADDE 59: Sağlığın geliştirilmesi hakkı

Tablo 1. Mevzuatın Haritalaması (devam)

İlgili Yasa	Yasa Maddeleri	Sağlık hakkı bağlamında; eşitlik, toplumsal cinsiyet eşitliği, ayrımcılık yasağı, insan onuruna saygı, özgürlük, sağlık hizmetleri, hesap verebilirlik, katılım vurgusu
<p>TÜRK MEDENİ KANUNU Kanun Numarası: 4721 Kabul Tarihi: 22/11/2001 Yayımlandığı Resmî Gazete Tarihi: 8/12/2001 Sayı: 24607 Yayımlandığı Düstur: Ter-tıp:5 Cilt: 41</p>	<p>Millîterarası anlaşmaları uygun bulma MADDE 90- Türkiye Cumhuriyeti adına yabancı devletlerle ve milletlerarası kuruluşlarla yapılacak anlaşmaların onaylanması, Türkiye Büyük Millet Meclisinin onaylamayı bir kanunla uygun bulmasına bağlıdır. ...Usulüne göre yürürlüğe konulmuş milletlerarası anlaşmaları kanun hükümlerindedir. Bunlar hakkında Anayasaya aykırılık itirazı ile Anayasa Mahkemesine başvurulamaz. (Ek cümle: 7/5/2004-5170/7 md.) Usulüne göre yürürlüğe konulmuş temel hak ve özgürlüklere ilişkin milletlerarası anlaşmalarla kanunların aynı konuda farklı hükümler içermesi nedeniyle çıkabilecek uyumsuzluklarda milletlerarası anlaşma hükümleri esas alınır.</p> <p>MK MADDE 10-Ayrırt etme gücüne sahip ve kısıtlı olmayan her ergin kişinin fil ehliliyeti vardır. b. Erginlik MK MADDE 11-Erginlik onsekiz yaşın doldurulmasıyla başlar. Evlenme kişiyi ergin kılar. c. Ergin kılımla MK MADDE 12- Onbeş yaşını dolduran küçük, kendi isteği ve velisinin rızasıyla mahkemece ergin kılınabilir.</p> <p>Kişiliğin Başlangıcı ve Sonu: Doğum ve Ölüm, Kişilik, MK MADDE 28- Çocuğun sağ olarak tamamıyla doğduğu anda başlar ve ölümle sona erer. Çocuk hak ehliliyetini; sağ doğmak koşuluyla, ana rahimine düştüğü andan başlayarak elde eder.</p> <p>MK MADDE 40- Cinsiyetini değiştirmek isteyen kimse, şahsen başvuruda bulunarak mahkemece cinsiyet değişikliğine izin verilmesini isteyebilir. Ancak, iznin verilmesi için, istem sahibinin onsekiz yaşını doldurmuş bulunması ve evli olmaması; ayrıca transseksüel yapıda olup, cinsiyet değişikliğinin ruh sağlığı açısından zorunluluğunu ve üreme yeteneğinden sürekli biçimde yoksun bulunduğunu bir eğitim ve araştırma hastanesinden alınacak resmî sağlık kurulu raporuyla belgelemesi şarttır. Verilen izne bağlı olarak amac ve tıbbî yöntemlere uygun bir cinsiyet değiştirme ameliyatı gerçekleştirildiğinin resmî sağlık kurulu raporuyla doğrulanması hâlinde, mahkemece nüfus siciline gerekli düzeltmenin yapılmasına karar verilir.</p> <p>MK MADDE 124. Erkek veya kadın onyediyi yaşını doldurmadıkça evlenemez. Ancak, hâkim olağanüstü durumlarda ve pek önemli bir sebeple onaltı yaşını doldurmuş olan erkek veya kadının evlenmesine izin verilebilir. Olanak bulundukça karardan önce ana ve baba veya vasi dinlenir. II. Ayrırt etme gücü MK MADDE 125- Ayrırt etme gücüne sahip olmayanlar evlenemez. III. Yasal temsilcisinin izni 1. Küçükler hakkında MK MADDE 126- Küçük, yasal temsilcisinin izni olmadıkça evlenemez. 2. Kistliler hakkında MK MADDE 127- Kistli, yasal temsilcisinin izni olmadıkça evlenemez. 3. Mahkemeye başvurma MK MADDE 128- Hâkim, haklı sebep olmaksızın evlenmeye izin vermeyen yasal temsilciyi dinledikten sonra, bu konuda başvuran küçük veya kısıtlının evlenmesine izin verilebilir. B. Evlenme engelleri I. Hısımlık MK MADDE 129- Aşağıdaki kimseler arasında evlenme yasaktır: 1. Üstsoy ile altsoy arasında; kardeşler arasında; amca, dayı, hala ve teyze ile yeğenleri arasında, 2. Kayın hısımlığı meydana getirmiş olan evlilik sona ermiş olsa bile, eşlerden biri ile diğerinin üstsoy veya altsoyu arasında, 3. Evlât edinen ile evlâtlığın veya bunlardan biri ile diğerinin altsoyu ve eşi arasında</p>	<p>MADDE 90: Temel hak ve özgürlüklerin korunmasını uluslararası hukukla bağlanıtı kurarak güçlendirmektedir. Hesap verebilirlik</p> <p>MADDE 10, 11 ve 12: Bu maddelerdeki ifadeler özellikle çocuk yaşta evlilikler yönünden olumsuz uygulamalara yol açabilecek niteliktedir. 18 yaşını doldurmayan herkesin çocuk olduğu hükmü geçerli olmalıdır. Ergin kılma konusu tartışmalıdır. Diğer taraftan bu düzenlemeler değerlendirildiğinde Türk Hukukunda 18 yaşını doldurmayan kişinin tıbbi müdahalelere tek başına onam veremeyeceği sonucu da çıkmaktadır. Düzenlemelerin küçükler arasında bir ayrıma gitmemesi özellikle cinsel sağlık ve üreme sağlığı haklarının korunmasını yönünden sorunlara yol açabilecek niteliktedir.</p> <p>MK MADDE 28: İnsan onuruna saygı, yaşam hakkı</p> <p>MADDE 40: Cinsiyet değiştirme konusunda özgürlük hakkı sağlanmıssa da bunu evli olmama, üreme yeteneğinden sürekli biçimde yoksun bulunma şartlarına bağladığı için insan hakları normlarına aykırıdır. Bu şartların kaldırılması gereklidir.</p> <p>MADDE 124, 125, 126, 127, 128, 129: CSÜS haklarından "Evlenme ve aile kurmada seçim" hakkının koşullarını vurgulamaktadır. Bu madde ile kadınlara erkeğin yaşlardaki evlilik yükü, gebelik ve doğuma bağlı sağlık risklerinin engellenmesi yani sağlığın korunması amaçlanmıştır. Ancak yasal evlenme yaşının 17 yaşını doldurmak olması, sıklıkla ebeveyn ve hakim kararın 16'ya çekilebilmesi kız çocukları ve erkek çocukları için ancak psiko sosyal ve fiziksel sağlık yönü ile özellikle kız çocukları için çok daha büyük sorun oluşturmaktadır. Bu yaş sınırının değiştirilmesi, yasadaki her iki cinsiyet için de 18 yaşını doldurmak olarak yer alması gerekmektedir. Bu şekilde, Türk Medeni Kanunu, diğer ulusal kanunlarla da uyumlu olacak ve aynı ülke içindeki çeşitli yaş sınırları onadan kalkacaktır. Bu, özellikle çocuk yaşta evliliklerin engellenmesi için önemlidir.</p>

Tablo 1. Mevzuatın Haritalaması (devam)

İlgili Yasa	Yasa Maddeleri	Sağlık hakkı bağlamında; eşitlik, toplumsal cinsiyet eşitliği, ayrımcılık yasası, insan onuruna saygı, özgürlük, sağlık hizmetleri, hesap verebilirlik, katılım vurgusu
	<p><u>MK MADDE 134-</u> Birbirine evlenecek erkek ve kadın, içlerinden birinin oturduğu yer evlendirme memurluğuna birlikte başvururlar. Evlendirme memuru, belediye bulunan yerlerde belediye başkanı veya bu işle görevlendireceği memur, köylerde muhtardır.</p> <p><u>MK MADDE 135-</u> Başvuru, evlenecekler tarafından yazılı veya sözlü olarak yapılır.</p> <p><u>MK MADDE 136-</u> Erkek ve kadından her biri, nüfus cüzdanı ve nüfus kayıt örneğini, önceki evliliği isona ermiş ise buna ilişkin belgeyi, küçük veya kısıtlı ise ayrıca yasal temsilcisinin imzası onaylanmış yazılı izin belgesini ve evlenmeye engel hastalığının bulunmadığını gösteren sağlık raporunu evlendirme memurluğuna vermek zorundadır.</p> <p><u>MK MADDE 143-</u> (Eski 110 Md) Evlenme töreni biter bitmez evlendirme memuru eşlere bir aile cüzdanı verir. Aile cüzdanı gösterilmeden evlenmenin dini töreni yapılamaz. Evlenmenin geçerli olması dini törenin yapılmasına bağlı değildir.</p> <p><u>MK'da (Madde 282'den - 363 dahil) çocuğun yararı koruyucu maddelerdir. Doğrudan sağlık bağlantısı olmadığı için incelemeye alınmamıştır.</u></p>	<p>MADDE 134, 135, 136: Evlenme işlemlerinin gerçekleştirilmesinde, eşitlik, toplumsal cinsiyet eşitliği vurgusu insan onuruna saygı, çocuğun şiddetten ve istismardan korunma hakkı vurgulanmaktadır.</p>
<p>TÜRK CEZA KANUNU</p> <p>Kanun Numarası: 5237</p> <p>Kabul Tarihi: 26/9/2004</p> <p>Yayımlandığı Resmî Gazete Tarihi: 12/10/2004</p> <p>Sayı: 25611</p> <p>Yayımlandığı Düstur: Tertip: 5 Cilt: 43</p> <p>Yürürlüğe girdiği Tarih: 1 Haziran 2005</p>	<p><u>TCK MADDE 77-</u> (1) Aşağıdaki fiillerin, siyasi, felsefi, irki veya dini saiklerle toplumun bir kesimine karşı bir plan doğrultusunda sistemli olarak işlenmesi, insanlığa karşı suç oluşturur:</p> <p>a) Kastten öldürme.</p> <p>b) Kastten yaralama.</p> <p>c) İşence, eziyet veya köleleştirme.</p> <p>d) Kişi hürriyetinden yoksun kılma.</p> <p>e) Bilişsel deneylere tabi kılma.</p> <p>f) Cinsel saldırıda bulunma, çocukların cinsel istismarı.</p> <p>g) Zorla hamile bırakma.</p> <p>h) Zorla fuhsa sevk etme.</p>	<p>MADDE 77. Yaşam hakkı, ayrımcılık yasası, insan onuruna saygı, insan onuruna saygı ve çocukların şiddetten ve istismardan uzak yaşama ve korunma hakkı vurgulanmaktadır.</p>

Tablo 1. Mevzuatın Haritalaması (devam)

İlgili Yasa	Yasa Maddeleri	Sağlık hakkı bağlamında: eşitlik, toplumsal cinsiyet eşitliği, ayrımcılık yasağı, insan onuruna saygı, özgürlük, sağlık hizmetleri, hesap verebilirlik, katılım vurgusu
<p>TÜRK CEZA KANUNU</p> <p>Kanun Numarası: 5237</p> <p>Kabul Tarihi: 26/9/2004</p> <p>Yayımlandığı Resmî Gazete Tarihi: 12/10/2004</p> <p>Sayı: 25611</p> <p>Yayımlandığı Düstur Tertip: 5 Cilt: 43</p> <p>Yürürlüğe girdiği Tarih: 1 Haziran 2005</p>	<p>TCK MADDE 94- (1) Bir kişiye karşı insan onuruna aykırı davranışlar ve bedensel veya ruhsal yönden acı çekmesine, algılama veya irade yeteneğinin etkilenmesine, aşağılanmasına yol açacak davranışları gerçekleştiren kamu görevlisi hakkında üç yıldan oniki yıla kadar hapis cezasına hükümlenir. (2) Suçun; a) Çocuğa, beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye ya da gebe kadına karşı, b) Avukata veya diğer kamu görevlisine karşı görevi dolayısıyla, işlenmesi halinde, sekiz yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükümlenir.</p> <p>(3) Filtin cinsel yönden taciz şeklinde gerçekleştirilmesi halinde, on yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükümlenir.</p> <p>(4) Bu suçun işlenişine iştirak eden diğer kişiler de kamu görevlisi gibi cezalandırılır.</p> <p>(5) Bu suçun ihmali davranışla işlenmesi halinde, verilecek cezada bu nedenle indirim yapılmaz.</p> <p>(6) (Ek: 11/4/2013-6459/9 md.) Bu suçtan dolayı zamanaşımı işlemez.</p> <p>Neticesi sebebiyle ağırlanmış işkence</p> <p>Maddde 95- (1) İşkence fiilleri, mağdurun; a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflanmasına, b) Konuşmasında sürekli zorluğa, c) Yüzünde sabit iz, d) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma, e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun vaktinden önce doğmasına neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, yarı oranında artırılır.</p> <p>(2) İşkence fiilleri, mağdurun; a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya birtkisel hayata girmesine, b) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine, c) Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına, d) Yüzünün sürekli değişikliğine, e) Gebe bir kadma karşı işlenip de çocuğunun düşmesine Neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, bir kat artırılır.</p> <p>(3) İşkence fiillerinin vücutta kemik kırılmasına neden olması halinde, kırığın hayat fonksiyonlarındaki etkisine göre sekiz yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükümlenir.</p> <p>(4) İşkence sonucunda ölüm meydana gelmişse, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasına hükümlenir.</p> <p>Eziyet</p> <p>TCK MADDE 96- (1) Bir kimsenin eziyet çekmesine yol açacak davranışları gerçekleştiren kişi hakkında iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasına hükümlenir.</p> <p>(2) Yukarıdaki fıkra kapsamına giren fiillerin; a) Çocuğa, beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye ya da gebe kadına karşı, b) Üstsoy veya altsoy, babalık veya analığa ya da eşe karşı, işlenmesi halinde, kişi hakkında üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezasına hükümlenir.</p> <p>TCK MADDE 97- (1) Yaşı veya hastalığı dolayısıyla kendini idare edemeyecek durumda olan ve bu nedenle koruma ve gözetim yükümlülüğü altında bulunan bir kimseyi kendi haline terk eden kişi, üç aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.</p> <p>(2) Terk dolayısıyla mağdur bir hastalığa yakalanmış, yaralanmış veya ölmüşse, neticesi sebebiyle ağırlanmış suç hükümlerine göre cezaya hükümlenir.</p> <p>Yardım veya bildirim yükümlülüğünün yerine getirilmemesi</p> <p>TCK MADDE 98- (1) Yaşı, hastalığı veya yaralanması dolayısıyla ya da başka herhangi bir nedenle kendini idare edemeyecek durumda olan kimseye hal ve koşulların elverdiği ölçüde yardım etmeyen ya da durumu derhal ilgili makamlara bildirmeyen kişi, bir yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır.</p> <p>(2) Yardım veya bildirim yükümlülüğünün yerine getirilmemesi dolayısıyla kişinin ölmesi durumunda, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezasına hükümlenir.</p>	<p>MADDE 94, 95, 96, 97 ve 98: Yaşam hakkı, kötü muamele yasağı, insan onuruna saygı, hesap verebilirlik vurgulanmaktadır.</p>

Tablo 1. Mevzuatın Haritalaması (devam)

İlgili Yasa	Yasa Maddeleri	Sağlık hakkı bağlamında; eşitlik, toplumsal cinsiyet eşitliği, ayrımcılık yasası, insan onuruna saygı, özgürlük, sağlık hizmetleri, hesap verebilirlik, katılım vurgusu
	<p>Çocuk Düşürme TCK/MADDE 99: (1) Rızası olmaksızın bir kadının çocuğunu düşürten kişi, beş yıldan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. (2) Tıbbi zorunluluk bulunmadığı halde, rızaya dayalı olsa bile, gebelik süresi on haftadan fazla olan bir kadının çocuğunu düşürten kişi, iki yıldan dört yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Bu durumda, çocuğunun düşürülmesine rıza gösteren kadın hakkında bir yıla kadar hapis veya adli para cezasına hükümlenir. (3) Birinci fıkrada yazılı fiil kadının beden veya ruh sağlığı bakımından bir zarara uğramasına neden olmuşsa, kadının ölümüne neden olmuşsa, onbeş yıldan yirmi yıla kadar hapis cezasına hükümlenir. (4) İkinci fıkrada yazılı fiil kadının beden veya ruh sağlığı bakımından bir zarara uğramasına neden olmuşsa, kişi üç yıldan altı yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır; fiilin kadının ölümüne neden olması halinde, dört yıldan sekiz yıla kadar hapis cezasına hükümlenir. (5) Rızaya dayalı olsa bile, gebelik süresi on haftayı doldurmuş olan bir kadının çocuğunun yetkili olmayan bir kişi tarafından düşürülmesi halinde; iki yıldan dört yıla kadar hapis cezasına hükümlenir. Yukarıdaki fıkralarda tanımlanan diğer fiiller yetkili olmayan bir kişi tarafından işlendiği takdirde, bu fıkralara göre verilecek ceza, yarı oranında artırılarak hükümlenir. (6) Kadının mağduru olduğu bir suç sonucu gebe kalması halinde, süresi yirmi haftadan fazla olmamak ve kadının rızası olmak koşuluyla, gebeliği sona erdirene ceza verilmez. Ancak, bunun için gebeliğin uzman hekimler tarafından hastane ortamında sona erdirilmesi gerekir.</p> <p>TCK/MADDE 100: Çocuk Düşürme Gebelik süresi on haftadan fazla olan kadının çocuğunu isteyerek düşürmesi halinde, bir yıla kadar hapis veya adli para cezasına hükümlenir.</p>	<p>MADDE 99 ve 100: İnsan onuruna saygı ve sağlığın korunması haklarını dikkate almaktadır. Cinsel yaşam ve üremede, işkence ve kötü muamelele sağlığın ihlalini oluşturan pek çok eylem TCK’da suç olarak tanımlanmıştır.</p> <p>MADDE 100: 10 haftaya kadar olan isyeterik gebelik sonlandırmaların yasal olduğu ancak 10 haftadan sonraki isyeterik düşüşük durumunda cezaya tabi olduğu belirtilmiştir.</p> <p>TCK’da yer alan çocuk düşürme ve düşürme suçları ile ilgili hükümlerde cenin korunmakta ancak kişi olarak kabul edilmemektedir. Yasal çerçevede gerçekleştirilmeyen gebelik sonlandırmalar, suç olarak kabul edilmiş ve cezalandırılmıştır. Ancak bu suçlar insan öldürme suçu olarak kabul edilmemiştir.</p>
	<p>Cinsel saldırı TCK/MADDE 102: (Değişik: 18/6/2014-6545/58 md.) (1) Cinsel davranışlarla bir kimse için dokunulmazlığını ihlal eden kişi, mağdurun şikâyeti üzerine, beş yıldan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Cinsel davranışın sarkıntılık düzeyinde kalması halinde iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası verilir. (2) Fiilin vücudunda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle gerçekleştirilmesi durumunda, on iki yıldan az olmamak üzere hapis cezasına hükümlenir. Bu fiilin eşe karşı işlenmesi halinde, soruşturma ve kovuşturmanın yapılması mağdurun şikâyetine bağlıdır.</p>	<p>MADDE 102: Kötü muamele yasağı, insan onuruna saygı Maddede cinsel saldırı suçunun mağdurunun eş de olabilmesi için açıkça düzenlenmiştir (m. 102/2). Bu maddeyle evlilik içi tecavüz suç sayılmıştır ancak eşin mağdur olduğu cinsel saldırı suçlarında şikâyet aranmaktadır.</p>

Tablo 1. Mevzuatın Haritalaması (devam)

İlgili Yasa	Yasa Maddeleri	Sağlık hakkı bağlamında; eşitlik, toplumsal cinsiyet eşitliği, ayrımcılık yasağı, insan onuruna saygı, özgürlük, sağlık hizmetleri, hesap verebilirlik, katılım vurgusu
	<p>Cocukların cinsel istismarı TCK MADDE 103- (Değişik: 18/6/2014-6545/59 md.) (1) (1) (Yeniden düzenlenen birinci ve ikinci cümle: 24/11/2016-6763/13 md.) Çocuğu cinsel yönden istismar eden kişi, sekiz yıldan on beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Cinsel istismarın sarkıntılık düzeyinde kalması hâlinde üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezasına hükümlenür. (Ek cümle: 24/11/2016-6763/13 md.) Mağdurun on iki yaşını tamamlamamış olması hâlinde verilecek ceza, istismar durumunda on yıldan, sarkıntılık durumunda beş yıldan az olamaz. Sarkıntılık düzeyinde kalmış suçun failinin çocuk olması hâlinde soruşturma ve kovuşturma yapılması mağdurun, velisinin veya vasisinin şikâyetine bağlıdır. Cinsel istismar deyiminin; (1) a) On beş yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayma yeteneği gelişmemiş olan çocuklara karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış, b) Diğer çocuklara karşı sadece cebir, tehdit, hile veya iradeyi etkileyen başka bir nedene dayalı olarak gerçekleştirilen cinsel davranışlar anlaşılır. (2) (Yeniden düzenleme: 24/11/2016-6763/13 md.) Cinsel istismarın vücuda organ veya sair bir cisim sokulması suretiyle gerçekleştirilmesi durumunda, on altı yıldan aşağı olmamak üzere hapis cezasına hükümlenür. Mağdurun on iki yaşını tamamlamamış olması hâlinde verilecek ceza on sekiz yıldan az olamaz. (3) Suçun; a) Birden fazla kişi tarafından birlikte, b) İnsanların toplu olarak bir arada yaşama zorunluluğunda bulunduğu ortamların sağladığı kolaylıktan faydalanmak suretiyle, c) Üçüncü derece dâhil kan veya kayın hisimliliği ilişkisi içinde bulunan bir kişiye karşı ya da üvey baba, üvey ana, üvey kardeş veya evlat edinen taraftan, d) Vasi, eörtici, öğretici, bakkı, koruyucu aile veya sağlık hizmeti veren ya da koruma, bakım veya gözetim yükümlülüğü bulunan kişiler tarafından, e) Kamu görevinin veya hizmet ilişkisinin sağladığı nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle, işlenmesi hâlinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır. (4) Cinsel istismarın, birinci fıkranın (a) bendindeki çocuklara karşı cebir veya tehditle ya da (b) bendindeki çocuklara karşı silah kullanmak suretiyle gerçekleştirilmesi hâlinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır. (5) Cinsel istismar için başvuru cezasına ilişkin hükümler uygulanır. (6) Suç sonucu mağdurun birtkisel hayata girmesi veya ölümü hâlinde, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasına hükümlenür.</p>	<p>MADDE 103. 1. fıkrasında cinsel istismar suçunun temel şekli düzenlenmiştir. Düzenlemeye göre çocuğu cinsel yönden istismar eden kişi hürriyeti bağlayıcı ceza ile cezalandırılır. TCK'nın 103. maddesinde "çocuğu" cinsel yönden istismar eden kişi cezalandırılmakta ve "çocuk" deyimi TCK 6 Madde'nin b bendinde "henüz on sekiz yaşını doldurmamış kişi" biçiminde tanımlanmaktadır. İnsan onuruna saygı, çocuğun şiddetten ve istismardan korunma hakkı vurgulanmaktadır.</p>
	<p>Reşit olmayanla cinsel ilişki TCK MADDE 104- (1) Cebir, tehdit ve hile olmaksızın, onbeş yaşını bitirmiş olan çocukla cinsel ilişkide bulunan kişi, şikâyet üzerine, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.(1) (2) (İptal: Ana.Mah.nin 23/11/2005 tarihli ve E: 2005/103, K: 2005/89 sayılı kararı ile; Yeniden düzenleme: 18/6/2014-6545/60 md.) Suçun mağdur ile arasında evlenme yasağı bulunan kişi tarafından işlenmesi hâlinde, şikâyet aranmaksızın, on yıldan on beş yıla kadar hapis cezasına hükümlenür. (3) (Ek: 18/6/2014-6545/60 md.) Suçun, evlat edineceği çocuğun evlat edinme öncesi bakımını üstlenen veya koruyucu aile ilişkisi çerçevesinde koruma, bakım ve gözetim yükümlülüğü bulunan kişi tarafından işlenmesi hâlinde, şikâyet aranmaksızın ikinci fıkraya göre ceza hükümlenür.</p>	<p>MADDE 104. Reşit olmayanlara yönelik cinsel suçları içermektedir. İnsan onuruna saygı, çocuğun şiddetten ve istismardan korunma hakkı vurgulanmaktadır.</p>

Tablo 1. Mevzuatın Haritalaması (devam)

İlgili Yasa	Yasa Maddeleri	Sağlık hakkı bağlamında; eşitlik, toplumsal cinsiyet eşitliği, ayrımcılık yasası, insan onuruna saygı, özgürlük, sağlık hizmetleri, hesap verebilirlik, katılım vurgusu
	<p>Cinsel taciz TCK MADDE 105- (1) Bir kimseyi cinsel amaçlı olarak taciz eden kişi hakkında, mağdurun şikayeti üzerine, üç aydan iki yıla kadar hapis cezasına veya adli para cezasına fiilin çocuğa karşı işlenmesi halinde altı aydan üç yıla kadar hapis cezasına hükümlenir.(1) (2)(Değişik: 18/6/2014-654/S/61 md.) Suçun; a) Kamu görevinin veya hizmet ilişkisinin ya da aile içi ilişkisinin sağladığı kolaylıktan faydalanmak suretiyle, b) Vasi, eğitici, öğretici, bakıcı, koruyucu aile veya sağlık hizmeti veren ya da koruma, bakım veya gözetim yükümlülüğü bulunan kişiler tarafından, c) Aynı işyerinde çalışmanın sağladığı kolaylıktan faydalanmak suretiyle, d) Posta veya elektronik haberleşme araçlarının sağladığı kolaylıktan faydalanmak suretiyle, e) Teşhir suretiyle, işlenmesi halinde yukarıdaki fıkraya göre verilecek ceza yarı oranında artırılır. Bu fiil nedeniyle mağdur; işi bırakmak, okuldan veya ailesinden ayrılmak zorunda kalmış ise verilecek ceza bir yıldan az olamaz.</p> <p>Tehdit TCK MADDE 106- (1) Bir başkasını, kendisinin veya yakınının hayatına, vücut veya cinsel dokunulmazlığına yönelik bir saldırı gerçekleştireceğinden bahisle tehdit eden kişi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Malvarlığı itibarıyla büyük bir zarara uğratacağından veya sair bir kötülük edeceğinden bahisle tehditte ise, mağdurun şikayeti üzerine, altı aya kadar hapis veya adli para cezasına hükümlenir. (2) Tehdidin; a) Silahla, b) Kişinin kendisini tanımmayacak bir hale koyması suretiyle, imzasız mektupla veya özel işaretlerle, c) Birden fazla kişi tarafından birlikte, d) Var olan veya sayılan suç örgütlerinin oluşturdıkları korkutucu güçten yararlanarak, işlenmesi halinde, fiil hakkında iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasına hükümlenir. (3) Tehdit amacıyla kasten öldürme, kasten yaralama veya malvarlığına zarar verme suçunun işlenmesi halinde, ayrıca bu suçlardan dolayı ceza verilir.</p>	<p>MADDE 105 ve 106: Cinsel taciz suçlarını içermektedir. Her iki maddede de insan onuruna saygı, işkence ve kötü muameleden özgür olma hakkı vurgulanmaktadır.</p>
	<p>Nefret ve ayrımcılık TCK MADDE 122- (Değişik: 2/3/2014-6529/15 md.) (1) Dil, ırk, milliyet, renk, cinsiyet, engellilik, siyasi düşünce, felsefi inanç, din veya mezhep farklılığından kaynaklanan nefret nedeniyle; a) Bir kişiye kamuya arz edilmemiş olan bir taşınır veya taşınmaz malın satılmasını, devrini veya kiraya verilmesini, b) Bir kişinin kamuya arz edilmiş belli bir hizmetten yararlanmasını, c) Bir kişinin işe alınmasını, d) Bir kişinin olağan bir ekonomik etniklikte bulunmasını, engelleyen kimse, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.</p>	<p>Ayrımcılık yasası, insan onuruna saygı, hesap verebilirlik</p>

Tablo 1. Mevzuatın Haritalaması (devam)

İlgili Yasa	Yasa Maddeleri	Sağlık hakkı bağlamında; eşitlik, toplumsal cinsiyet eşitliği, ayrımcılık yasağı, insan onuruna saygı, özgürlük, sağlık hizmetleri, hesap verebilirlik, katılım vurgusu
	<p>Fuhuş TCK/MADDE 227- (1) Çocuğu fuhuşa teşvik eden, bunun yolunu kolaylaştıran, bu maksatla tedarik eden veya barındıran ya da çocuğun fuhuşuna aracılık eden kişi, dört yıldan on yıla kadar hapis ve beş bin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır. Bu suçun işlenişine yönelik hazırlık hareketleri de tamamlanmış suç gibi cezalandırılır.</p> <p>(2) Bir kimseyi fuhuşa teşvik eden, bunun yolunu kolaylaştıran ya da fuhuş için aracılık eden veya yer temin eden kişi, iki yıldan dört yıla kadar hapis ve üçbin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır. Fuhuşa sürüklenen kişinin kazancından yararlanılarak kısmen veya tamamen geçirim sağlanması, fuhuşa teşvik sayılır.</p> <p>(3) (Mülga: 6/12/2006 - 5560/45 md.; Yeniden düzenleme: 24/11/2016-6763/18 md.) Fuhuşu kolaylaştırmak veya fuhuşa aracılık etmek amacıyla hazırlanmış görüntü, yazı ve sözleri içeren ürünleri veren, dağıtan veya yayıyan kişi bir yıldan üç yıla kadar hapis ve iki yüz gündən iki bin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır.</p> <p>(4) Cebir veya tehdit kullanarak, hile ile ya da çaresizliğinden yararlanarak bir kimseyi fuhuşa sevk eden veya fuhuş yapmasını sağlayan kişi hakkında yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yansından iki katına kadar artırılır.</p> <p>(5) Yukarıdaki fıkralarda tanımlanan suçların eş, üstsoy, kayın üstsoy, kardeş, evlat edinilen, vasi, eğitici, öğretici, bakıcı, koruma ve gözetim yükümlülüğü bulunan diğer kişiler tarafından ya da kamu görevi veya hizmet ilişkisinin sağladığı nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle işlenmesi halinde, verilecek ceza yarı oranında artırılır.</p> <p>(6) Bu suçların, suç işlemek amacıyla teşkil edilmiş örgüt faaliyeti çerçevesinde işlenmesi halinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.</p> <p>(7) Bu suçlardan dolayı, tüzel kişiler hakkında bunlara özgü güvenlik tedbirlerine hükümlenir.</p> <p>(8) Fuhuşa sürüklenen kişi, tedaviye veya psikolojik terapiye tâbi tutulabilir.</p>	<p>MADDE 227: Fuhuşa teşvik tanımlanmakta ve bu eylemi suç saymakta, ayrımcılığın değerlendirilmesinde, bu madde ile insan onuruna saygı, sağlık riskleri düşünüldüğünde sağlık hakkı dikkate alınmaktadır.</p>
	<p>Aile hukukundan kaynaklanan yükümlülüğün ihlali TCK/MADDE 233- (1) Aile hukukundan doğan bakım, eğitim veya destek olma yükümlülüğünü yerine getirmeyen kişi, şikayet üzerine, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.</p> <p>(2) Hamile olduğunun bildiği eşini veya sürekli birlikte yaşadığı ve kendisinden gebe kalmış bulunduğu nu bildiği evli olmayan bir kadını çaresiz durumda terk eden kimseye, üç aydan bir yıla kadar hapis cezası verilir.</p> <p>(3) Velayet hakları kaldırılmış olsa da, itiyadı sarhoşluk, uyuşturucu veya uyarıcı maddelerin kullanılması ya da onur kırıcı tavır ve hareketlerin sonucu maddi ve manevi özen noksanlığı nedeniyle çocuklarının ahlak, güvenlik ve sağlığını ağır şekilde tehlikeye sokan ana veya baba, üç aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.</p>	<p>MADDE 233: İnsan onuruna saygı ve özellikle gebe kadına yönelik işkence ve kötü muamele yasağı</p>
	<p>Sağlık mesleği mensuplarının suç bildirmemesi TCK/MADDE 280- (1) Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.</p> <p>(2) Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır.</p>	<p>MADDE 280: Sağlık görevlilerinin hizmet verirken "insan onuruna saygı" normunun dikkate alınmasını vurgulamak-tadır.</p>

Tablo 1. Mevzuatın Haritalaması (devam)

İlgili Yasa	Yasa Maddeleri	Sağlık hakkı bağlamında: eşitlik, toplumsal cinsiyet eşitliği, ayrımcılık yasağı, insan onuruna saygı, özgürlük, sağlık hizmetleri, hesap verebilirlik, katılım vurgusu
<p>Genital muayene TCK MADDE 28Z- (1) Yetkili hakim ve savcı kararı olmaksızın, kişiyi genital muayeneye gönderen veya bu muayeneyi yapan fail hakkında üç aydan bir yıla kadar hapis cezasına hükümlenir. (2) Buluşucu hastalıklar dolayısıyla kamu sağlığını korumak amacıyla kanun ve tüzüklerde öngörülen hükümlere uygun olarak yapılan muayeneler açısından yukarıdaki fıkraya hüküm uygulanmaz.</p>	<p>Genital muayene TCK MADDE 28Z- (1) Yetkili hakim ve savcı kararı olmaksızın, kişiyi genital muayeneye gönderen veya bu muayeneyi yapan fail hakkında üç aydan bir yıla kadar hapis cezasına hükümlenir. (2) Buluşucu hastalıklar dolayısıyla kamu sağlığını korumak amacıyla kanun ve tüzüklerde öngörülen hükümlere uygun olarak yapılan muayeneler açısından yukarıdaki fıkraya hüküm uygulanmaz.</p>	<p>TCK 28Z. Maddesinde yetkili hâkim ve savcının izni olmadan gerçekleştirilen genital muayene suç olarak kabul edilmiştir. Ancak hakim veya savcılarının izni verdiği; herhangi bir kontrol- de de kadının rızasının zorunlu bir önkoşul olduğu kanunda yer almamıştır.</p>
<p>Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun Yayımlandığı R. Gazete Tarihi: 12/1/1961 Sayı: 10705 Yayımlandığı Düstur: Tertip: 4 Cilt: 1 Sayfa: 1486 Güncellenme Tarihi: 11/05/2009</p>	<p>MADDE 1 - İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak maksadıyla tababet ve tababette ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dahilinde sosyalleştirilecektir. MADDE 2: Sosyalleştirme: Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarınıdır. MADDE 14 - Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hasta muayene ve tedavisi bu kanunun 16 ncı maddesi hükümleri dairesinde ücretle tabi olan ilaç bedelleri ve aşağıda zikredilen haller hariç parasızdır. a) Sağlık ocağı tarafından sevkedilmeyen hastanelere veya hastanelere müracaat edenler (Acil merkez ve bir hastaneden diğer bir hastaneye sevkedilmeyen hastanelere müracaat edenler (Acil vakalar hariç), b) Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmediği bir bölgeden gelip de müracaat ettiği ocağın bölgesinde ikametleri 90 günü aşmamış olanlar (Mahallin mülki amirlerinden fakirlik belgesi alanlar hariç), c) Bölgede yaşayan halkın çalışma saatleri nazarı itibara alınarak tayin edilen mesai saatleri dışında ve tatil günlerinde nöbetçi olmayan hekim ve yardımcı sağlık personeline muayene ve tedavi olmak isteyenler, Sosyalleşmiş bölgelerden herhangi bir sebeple geçici olarak ayrılan ve kendi ocağın hekimleri tarafından verilen sağlık fişlerini ibraz edenlerin muayenesi buldukları yerlerdeki ocağın hekimleri veya bunların hastayı sevkettikleri müesseselerde veya şahıs sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmediği bir bölgeye gittiği takdirde orada Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca tayin edilen müesseselerde ücretle tabi değildir. MADDE 22 - Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi faaliyetlerinin yürütülmesi ve değerlendirilmesi konusunda Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca görüşlerini bildirecek, tavsiyelerde bulunacak ve bu konuda halk ve çeşitli kurumlar arasında işbirliği sağlayacak bir Genel Kurul teşkil edilir. Bu Kurul Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığında tayin edilecek veya vazifelenilirecek yeter sayıda mütehasss ile Üniversitelerin, Bakanlıkların, Devlet Planlama Teşkilatının, İşçi Sigortaları Kurumunun, Türk Tabipleri Birliğinin, Türk Eczacılar Birliğinin, Türk Veteriner Hekimleri Odaları Birliğinin göndereceği temsilcilerle il sağlık kurumlarının göndereceği birer temsilciden teşkil eder. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının talebi üzerine yukarıda adı zikredilmeyen kurumlar da Genel Kurula daimi veya muvakkat temsilci gönderir. MADDE 23 - Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri teşkilatı ile halk arasındaki münasabete temin maksadıyla sağlık ocaklarında, Sağlık merkezlerinde ve illerde, sağlık kurulları kurulur. Bu kurulların kuruluşu, çalışma tarzları ve toplantı zamanları Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından hazırlanan bir yönetmelikle tayin edilir. Bu kurullar halkın sağlık teşkilatından istediği hususları ilgililere duyurur. Hizmetlerin başarı ile yürütülmesi için halkın eğitilmesine ve teşkilat ile maddi ve manevi işbirliği yapmalarına yardım ederler.</p>	<p>1963-2010 yılları arasında Türkiye’de geçerli ve uygulamada olan bu Kanun, insan hakları belgelerinde tanınan sağlık hakkının kullanımını sağlık hizmetlerinden Temel Sağlık Hizmeti (TSH) yaklaşımı ile faydalanmayı garantilemektedir. Kanun, Sağlık hizmetleri: İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, beden ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların ise alıştırılması (Rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır. Getirdiği hizmet ilkeleri, “1978 - Alma Ata TSH Konferansında kabul edilen-deklare edilmesinden 17 yıl önce oluşturulmuş olmasına rağmen son derece çağdaş bir hizmet modelini yani ‘sağlığa bütünsel yaklaşım, sağlık hizmetlerinden eşit yararlanmayı, riskli gruplara, yörelere öncelik vermeyi, sektörler arası işbirliği, toplumun katkı ve katılımı esas alan, nitelikli ve bir ekip tarafından özellikle birinci basamakta güçlü bir şekilde verilen entegre, çağdaş hizmet modelini yaşama geçirilmesini, bütün bu özellikleri yasa maddelerinde şekillendiren ‘bu yasa’ yaklaşık 50 yıl süre ile Türkiye’de uygulanmış olup özellikle Kadın, Anne, ve çocuk sağlığında çok ciddi iyileşmeler sağlanmış ve bağışıklama, aile planlaması, erken tanı gibi koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık vermiştir. Sözü edilen sonuçların kanıtı 1963 yılından beri Türkiye’de her 5 yılda bir yapılmakta olan, sonuncusu ise 2013 yılında yapılmış olan “Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları” sonuçlarında çok açık olarak görülebilmektedir. MADDE 23- Toplumun sağlık hizmetlerine katılımını vurgulamaktadır.</p>

Tablo 1. Mevzuatın Haritalaması (devam)

İlgili Yasa	Yasa Maddeleri	Sağlık hakkı bağlamında; eşitlik, toplumsal cinsiyet eşitliği, ayrımcılık yasağı, insan onuruna saygı, özgürlük, sağlık hizmetleri, hesap verebilirlik, katılım vurgusu
<p>Nüfus Planlaması Hakkında Kanun</p> <p>Kanun Numarası : 2827 Kabul Tarihi : 24/5/1983 Yayımlandığı R.Gazete : 18059/24/5/1983 Sayı Düştür : Tertip : 5 Cilt : 22 Sayfa : 352</p>	<p>NPk MADDE 1- Bu kanunun amacı, nüfus planlaması esaslarını, gebeliğin sona erdirilmesi ve sterilizasyon ameliyetlerini, acil müdahale halleri ile gebeliği önleyici ilaç ve araçların temin, imal ve sepaatmasına ilişkin hususları düzenlemektir.</p> <p>NPk MADDE 2- Nüfus planlaması, fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları demektir. Devlet, nüfus planlamasının öğretimi ile uygulamasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır. Nüfus planlaması gebeliği önleyici tedbirlerle sağlanır. Gebeliğin sona erdirilmesi ve sterilizasyon, Devletin gözetimi ve denetimi altında yapılır. Bu kanunun öngördüğü haller dışında gebelik sona erdirilemez ve sterilizasyon veya kastrasyon ameliyesi yapılamaz.</p> <p>NPk MADDE 3- Nüfus planlaması, fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları demektir. Devlet, nüfus planlamasının öğretimi ile uygulamasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır. Nüfus planlaması gebeliği önleyici tedbirlerle sağlanır. Gebeliğin sona erdirilmesi ve sterilizasyon, Devletin gözetimi ve denetimi altında yapılır. Bu kanunun öngördüğü haller dışında gebelik sona erdirilemez ve sterilizasyon veya kastrasyon ameliyesi yapılamaz. Nüfus planlamasıyla ilgili eğitim, öğretim ve uygulama hizmetleri:</p> <p>NPk MADDE 3.- Nüfus planlaması zaruretinin halka duyurulması ve bu hususlarla ilgili eğitim, öğretim ve uygulama hizmetleri Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının koordinatörlüğünde, Millî Savunma, Millî Eğitim ve Sosyal Güvenlik Bakanlıklarınca birlikte hazırlanarak Bakanlar Kurulu kararı ile yürürlüğe konulacak yönetmelik esaslarına göre, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca; üniversiteler, Türkiye Radyo Televizyon Kurumu ile sosyal güvenlik kurumları, tüm kamu kurum ve kuruluşları, kamukurumu niteliğindeki ilgili meslek kuruluşları ve gönüllü kuruluşlarla birlişli yapılarak yerine getirilir. Bu maksatla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca, özel teşkilat kurmaya, gebeliği önleyici ilaç ve araçların temin veya imal etmeye veya ettirmeye, muhtaç olanlara bu ilaç ve araçları parasız veya maliyetinden ucuz fiyata vermeye veya verdimeye veya satılmak için tedbir almaya yetkilidir. İlaç ve araçların imal veya Türkiye'ye ithali Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının iznine tabidir. Nüfus Planlamasında kullanılacak ilaç ve araçların niteliği, aralarında tıp fakülteleri öğretim üyelerinin de bulunduğu bir komisyonun yazılı görüşü alınmak suretiyle Sağlık Bakanlığınca saptanır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca bu şekilde saptanmış ilaç ve araçlar üniversitelerin tıp fakülteleri de dahil olmak üzere hiç bir birim, kurum ve kuruluşca insanlara üzerinde kullanılmaz. Komisyonun kuruluş ve işleyişi, gebeliğin önlenmesine ilişkin yöntemler ve uygulama açısından hekim, hemşire ve ebelerin eğitim ve görevlendirilme esas ve usulleri ile uygulamada yetkilerini belirleyen hususlar Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından çıkarılacak bir yönetmelikle düzenlenir. Hekim, hemşire ve ebeler özel kanunlardaki şartlara bağlı olmaksızın bu yönetmelikte belirtilen şartlara uygun olarak gebeliği önleyici yöntemleri uygulayabilir.</p> <p>NPk Madde 4- Sterilizasyon, bir erkek veya kadının çocuk yapma kabiliyetinin cinsi ihtiyaçlarını tatmine mani olmadan izalesi için yapılan müdahale demektir. Sterilizasyon ameliyatı, tıbbi sakınca olmadığı takdirde reşit kişinin isteği üzerine yapılır.</p> <p>NPk MADDE 4/3.- Bir ameliyatın seyri sırasında tıbbi zaruret nedeniyle bir hastalığın tedavisi için kastrasyonu gerektiren hallerde, kişinin rızasına bakılmaksızın kastrasyon ameliyesi yapılabilir.</p> <p>NPk MADDE 5- Gebeliğin onuncu haftası doluncaya kadar annenin sağlığı açısından tıbbi sakınca olmadığı takdirde istek üzerine rahim tahliye edilir. Gebelik süresi, on haftadan fazla ise rahim ancak gebelik, annenin hayatını tehdit ettiği veya edeceği veya doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olacağı hallerde doğum ve kadın hastalıkları uzmanı ve ilgili daldan bir uzmanın objektif bulgulara dayanan gerekçeli raporları ile tahliye edilir.</p> <p>NPk MADDE 6- 5. maddede belirtilen müdahale, gebe kadının iznine, küçüklerde küçüğün rızası ile velinin iznine, vesayet altında bulunup da reşit veya mümeyyiz olmayan kişilerde reşit olmayan kişinin ve vasisin rızası ile birlikte sulh hakiminin izin vermesine bağlıdır. Ancak akli maluliyet nedeniyle ille şuur serbestisine sahip olmayan gebe kadın hakkında rahim tahliyesi için kendi rızası aranmaz. 4. maddenin ikinci ve 5. maddenin birinci fıkralarında belirtilen ve rızaları aranılacak kişiler evli iseler, sterilizasyon veya rahim tahliyesi için eşin de rızası gerekir. Veli veya sulh mahkemesinden izin alma zamana ihtiyaç görüldüğü ve derhal müdahale edilmeyeceği takdirde hayatı veya hayatı organlardan birisini tehdit eden acil hallerde izin şartı değildir.</p>	<p>1983 yılında Nüfus Planlaması Kanunu (NPk) kabul edilmiştir. Bu yasa ile isteyerek düşük yani gebeliğin sona erdirilmesi si düzenlenmiştir. Kanunu izleyen yıllarda güvenli olmayan yollarla isteyerek gebeliğin sona erdirilmesinden kaynaklanan kadın ölümleri azalmıştır.</p> <p>Ayrıca ülkede aile planlaması yöntemlerinin, toplumun talep eden kesimine ulaştırılması için ülke düzeyinde daha yaygın hizmet veren "eğitildikten sonra sertifikalandırılan, ebe ve hemşireye" yetki verilerek koruyucu hizmetlerin ulaşması amaçlanmıştır.</p> <p>Nüfus Planlaması Hakkında Kanun NPk, TCk'ya paralel hükümler içermektedir.</p> <p>Bu düzenlemede annenin talebinin olması koşulu ile eğer kadın evli ise yasal eşin de onayına ihtiyaç duyularak gebeliğin (10 haftayı aşmamak koşulu ile) sonlandırılmasına izin verilmektedir. NPk'da belirlenen bazı hallerde 10 haftayı aşan gebeliklerin sonlandırılmasına da izin verilmektedir.</p> <p>Bu yasa eşitlik, toplumsal cinsiyet eşitliği, çocuk sahibi olup olmamaya karar verme hakkı ve bilgilendirme ve eğitim hakkı gibi cinsel sağlık ve üreme sağlığına ilişkin hakları kapsamakta ve vurgulamaktadır.</p> <p>Türk hukukunda, kadınları gebe kalmaya, gebeliğini sonlandırmaya ya da gebeliği önleyici yöntem kullanmaya ya da kullanmamaya zorlayan herhangi bir düzenleme yoktur. NPk'nın pek çok maddesinde insan onuruna saygı, toplumsal cinsiyet eşitliği dikkate alınmaktadır ancak NPk Madde 5 de belirtilmiş olan gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin koşul kadınların istemedikleri gebelikleri sürdüremeleri zorunda kalmalarına neden olabilecek niteliktedir. Bu maddelerin uluslararası normlar ve standartlar bağlamında gözden geçirilmesi gerekmektedir.</p>

Tablo 1. Mevzuatın Haritalaması (devam)

İlgili Yasa	Yasa Maddeleri	Sağlık hakkı bağlamında; eşitlik, toplumsal cinsiyet eşitliği, ayrımcılık yasası, insan onuruna saygı, özgürlük, sağlık hizmetleri, hesap verebilirlik, katılım vurgusu
	<p>NPk MADDE 7.- Sağlık Bakanlığınca bu kanunun 3'üncü maddesine göre gebeliği öneliyici nitelikte olduktan kabul edilmeyen ilaç ve araçları yurt içinde imal edenler veya her ne surette olursa olsun dağıtanlar veya ticaret maksadıyla yurda sokanlar veya bu maksatla bulunduranlar yedi aydan iki yıla kadar hapis ve otuzbin liradan yüzübin liraya kadar ağır para cezasına çarptırılırlar, imalathaneler kapatılır, ilaç ve araçlar müsaderelere olunur.</p> <p>Sağlık Bakanlığınca bu kanunun 3'üncü maddesine göre gebeliği öneliyici nitelikte oldukları kabul edilen ilaç ve araçların reklam ve propagandası, 21 Mayıs 1928 tarih ve 1262 sayılı kanunun 13'üncü maddesine göre yapılır. Buna aykırı hareket edenler bir aydan altı aya kadar hapis ve yedibinbeşyüz liradan otuzbin liraya kadar ağır para cezasına çarptırılırlar.</p> <p>NPk MADDE 8.- Bu Kanunun 3'üncü maddesinin üçüncü fıkrasına aykırı hareket eden kişiler ve kurum yetkilileri, fiilleri daha ağır bir cezayı gerektirmediği takdirde Türk Ceza Kanununun 456'ncı maddesine göre cezalandırılırlar. Fııl 456'ncı maddenin dördüncü fıkrasına girse bile resen takip olunur. Bu Kanunun 3'üncü maddesinin dört ve beşinci fıkraları ile 5 ve 6'ncı maddeleri hükümlerine aykırı hareket edenler fiilleri daha ağır bir cezayı gerektirmedikleri takdirde ellibin liradan aşağı olmamak üzere ağır para cezası ile cezalandırılırlar.</p> <p>Değiştirilen Kanun hükümleri:</p> <p>NPk MADDE 9.- 1/3/1926 tarih ve 765 sayılı Türk Ceza Kanununun; ikinci Kitabının dokuzuncu babının dördüncü faslının başlığı ile 468'inci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.</p> <p>"Çocuk Düşürme ve Düşürme Cürümleri"</p> <p>Maddde 468.- Bir kadının rızası olmaksızın çocuğunu düşürten kimseye yedi yıldan oniki yıla kadar ağır hapis cezası verilir. Gebelik süresi on haftadan fazla olan bir kadının rızasıyla tıbbi nedenler mevcut olmadıkça çocuğunu düşürten kimseye iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası verilir. Çocuğunu düşürmeye rıza gösteren kadına da aynı ceza verilir. Birinci fıkrada yazılı fiil ; kadının ölümüne neden olmuşsa, faille onbeş yıldan yirmi yıla ve bedeni bir zarara neden olmuşsa sekiz yıldan oniki yıla kadar ağır hapis cezası verilir. İkinci fıkrada yazılı fiil ; kadının ölümüne neden olmuşsa, faille beş yıldan oniki yıla ve bedeni bir zarara neden olmuşsa üç yıldan sekiz yıla kadar ağır hapis cezası verilir. Gebeye sanılan bir kadın üzerinde rızası olmaksızın çocuk düşürme amacıyla bazı fiillerde bulunan kimse kadının ölümüne veya bedeni zararına sebep olmuşsa 452'nci ve 456'ncı maddeler hükümlerine göre cezalandırılır.</p> <p>NPk MADDE 10.- 1/3/1926 tarih ve 765 sayılı Türk Ceza Kanununun 469'uncu maddesinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir. Gebelik süresi on haftadan fazla olan çocuğunu isteyerek düşüren kadına bir yıldan dört yıla kadar ağır hapis cezası verilir.</p> <p>NPk MADDE 11.- 1/3/1926 tarih ve 765 sayılı Türk Ceza Kanununun 470'inci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.</p> <p>Maddde 470.- Rahim tahliye etme yetkisi olmayan bir kimse, gebelik süresi on haftadan az olan bir kadına rızasıyla düşük yaptırdığı takdirde iki yıldan dört yıla kadar hapis cezasıyla cezalandırılır. Fiil kadının ölümüne veya bedeni bir zararına sebep olmuşsa, fail ayrıca 452'nci ve 456'nci maddeler hükümlerine göre cezalandırılır. Rahim tahliye etme yetkisi olmayan bir kimse 468'inci maddenin birinci, ikinci, üçüncü, dördüncü fıkralarında öngörülen fiilleri işlediği takdirde cezası üçte bir oranında artırılır. Rahim tahliye etme yetkisi olmayan bir kimse ; Gebeye sanılan bir kadına çocuğunu düşürmek için ilaç, gereç tedarik eder veya gebeye sanılan bir kadın üzerinde rızası olmaksızın çocuk düşürme amacıyla bazı fiillerde bulunur ve kadının ölümüne veya bedeni zararına sebep olursa 452'nci ve 456'nci maddeler hükümlerine göre cezalandırılır. Fiil kadının rızası ile işlenmiş ise verilecek ceza üçte bir oranında indirilir.</p> <p>NPk MADDE 12.- 1/3/1926 tarih ve 765 sayılı Türk Ceza Kanununun 471'inci maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.</p> <p>Maddde 471.- Bir erkek veya bir kadın üzerinde rızası olmaksızın sterilizasyon yapan kimse iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasıyla cezalandırılır. Fiil erkeğin veya kadının ölümüne veya bedeni zararına sebep olmuşsa, fail ayrıca 452'nci ve 456'nci maddeler hükümlerine göre cezalandırılır. Eğer bu fiil sterilizasyon ameliyatı yapma yetkisi olmayan bir kimse tarafından yapılırsa ceza üçte bir oranında artırılır. Sterilizasyon ameliyatı yapma yetkisi olmayan bir kimsenin, kişinin rızasıyla sterilizasyon ameliyatı yapmaması halinde faille fiilden üç yıla kadar hapis cezası verilir. Fiil kişinin ölümüne veya bedeni zararına sebep olmuşsa, fail ayrıca 452. ve 456'nci maddeler hükümlerine göre cezalandırılır.</p>	<p>NPk Madde 7,8,9,10,11,12: NPk üreme haklarının kullanımını kolaylaştırırken, TCK da yasa dışı çocuk düşürme/aldırma suçlarının; yasa dışı cerrahi sterilizasyon işlemlerinin yapılmasının cezasını da artırmıştır, buradaki amaç yaşam hakkı, insan onuruna saygı olarak yorumlanabilir çünkü yasa dışı sağlıksız düşüklere kadın ölümünün ciddi bir hazırlayıcısıdır. Diğer taraftan yasadışı cerrahi müdahalelerin de ciddi sağlık sonuçları vardır ve bunların önlenmesi amaçlanmıştır.</p>

Tablo 1. Mevzuatın Haritalaması (devam)

İlgili Yasa	Yasa Maddeleri	Sağlık hakkı bağlamında; eşitlik, toplumsal cinsiyet eşitliği, ayrımcılık yasağı, insan onuruna saygı, özgürlük, sağlık hizmetleri, hesap verebilirlik, katılım vurgusu
<p>İş Kanunu</p> <p>Kanun Numarası: 4857 Kabul Tarihi: 22/5/2003 Yayımlandığı Resmî Gazete Tarihi: 10/6/2003 Sayı: 25134 Yayımlandığı Düstur: Tertip: 5 Cilt: 42</p>	<p>MADDE 5 - İş ilişkisinde dil, ırk, cinsiyet, siyasal düşünce, felsefi inanç, din ve mezhep ve benzeri sebeplere dayalı ayrımcılık yapılamaz.</p> <p>İşveren, esaslı sebepler olmadıkça tam süreli çalışan işçi karşısında kısmi süreli çalışan işçiyeye, belirsiz süreli çalışan işçi karşısında belirli süreli çalışan işçiyeye farklı işlem yapamaz.</p> <p>İşveren, biyolojik veya işin niteliğine ilişkin sebepler zorunlu kılmadıkça, bir işçiyeye, iş sözleşmesinin yapılmasında, şartlarının oluşturulmasında, uygulanmasında ve sona ermesinde, cinsiyet veya gebelik nedeniyle doğrudan veya dolaylı farklı işlem yapamaz.</p> <p>Aynı veya eşit değerde bir iş için cinsiyet nedeniyle daha düşük ücret kararları aştırılamaz.</p> <p>İşçinin cinsiyeti nedeniyle özel koruyucu hükümlerin uygulanması, daha düşük bir ücretin uygulanmasını haklı kılmaz.</p> <p>İş ilişkisinde veya sona ermesinde yukarıdaki fıkra hükümlerine aykırı davranışlarında işçi, dört aya kadar ücreti tutarındaki uygun bir tazminattan başka yoksun bırakıldığı haklarını da talep edebilir. 2821 sayılı Sendikalar Kanununun 31'inci maddesi hükümleri saklıdır.</p> <p>MADDE 18 - Otuz veya daha fazla işçi çalıştıran işyerlerinde en az altı aylık kıdemli olan işçinin belirsiz süreli iş sözleşmesini fesheden işveren, işçinin yeterliliğinden veya davranışlarından ya da işletmenin, işyerinin veya işin gereklerinden kaynaklanan geçerli bir sebebe dayanmak zorundadır. Özellikle aşağıdaki hususlar feshin için geçerli bir sebep oluşturmaz: d) ırk, renk, cinsiyet, medeni hal, aile yükümlülükleri, hamilelik, doğum, din, siyasi görüş ve benzeri nedenler.</p> <p>MADDE 24 - Süresi belirli olsun veya olmasın işçi, aşağıda yazılı hallerde iş sözleşmesini sürenin bitiminden önce veya bildirim süresini beklemeksizin feshedebilir:</p> <p>I. Sağlık sebepleri:</p> <ol style="list-style-type: none"> İş sözleşmesinin konusu olan işin yapılması işin niteliğinden doğan bir sebeple işçinin sağlığı veya yaşayışı için tehlikeli olursa. İşçinin sürekli olarak yakından ve doğrudan buluşup görüştüğü işveren yahut başka bir işçi bulaşıcı veya işçinin işi ile bağdaşmayan bir hastalığa tutulursa. <p>II. Ahlak ve ıyınyet kurallarına uymayan haller ve benzerleri:</p> <ol style="list-style-type: none"> İşveren işçinin veya ailesi üyelerinden birinin şeref ve namusuna dokunacak şekilde sözler söyler, davranışlarda bulunursa veya işçiyeye cinsel tacizde bulunursa. İşveren işçiyeye veya ailesi üyelerinden birine karşı sataşmada bulunur veya gözdâğı verirse, yahut işçiyeye veya ailesi üyelerinden birini kanuna karşı davranışa özendirir, kişikirtir, sürükler, yahut işçiyeye ve ailesi üyelerinden birine karşı hapsi gerektiren bir suç işlerse yahut işçi hakkında şeref ve haysiyet kırıcı asılsız ağır isnad veya ithamlarda bulunursa. İşçinin diğer bir işçi veya üçüncü kişiler tarafından işyerinde cinsel tacize uğraması ve bu durumu işverene bildirmesine rağmen gerekli önlemler alınmazsa. 	<p>MADDE 5: Ayrımcılık yasağı, aylık eşitliği, toplumsal cinsiyet eşitliği, farklılık eşitliği</p> <p>MADDE 18: İş güvencesi ve eşitlik, toplumsal cinsiyet eşitliği de vurgulanmaktadır</p> <p>MADDE 24: insan onuruna saygı, işkence ve kötü muamele yasağı</p>

Tablo 1. Mevzuatın Haritalaması (devam)

İlgili Yasa	Yasa Maddeleri	Sağlık hakkı bağlamında; eşitlik, toplumsal cinsiyet eşitliği, ayrımcılık yasası, insan onuruna saygı, özgürlük, sağlık hizmetleri, hesap verebilirlik, katılım vurgusu
	<p>MADDE 25 - Süresi belirli olsun veya olmasın işveren, aşağıda yazılı hallerde iş sözleşmesini sürenin bitiminden önce veya bildirim süresini beklemeksizin feshedebilir:</p> <p>I- Sağlık sebepleri:</p> <p>a) İşçinin kendi kastından veya derli toplu olmayan yaşayışından yahut içkiye düşkünlüğünden doğacak bir hastalığa veya sakatlığa uğraması halinde, bu sebeple doğacak devamsızlığın ardi ardına üç iş günü veya bir ayda beş iş gününden fazla sürmesi.</p> <p>b) İşçinin tutulduğu hastalığın tedavisi edilemeyecek nitelikte olduğu ve işyerinde çalışmasında sakınca bulunduğunun Sağlık Kurulunca saptanması durumunda.</p> <p>(a) alt bendinde sayılan sebepler dışında işçinin hastalık, kaza, doğum ve gebelik gibi hallerde işveren için sözleşmesini bildirmiş fesih hakkı; belirtilen hallerin işyerindeki çalışma süresine göre 17'nci maddedeki bildirim sürelerini altı hafta aşmasından sonra doğar. Doğum ve gebelik hallerinde bu süre 74'üncü maddedeki sürenin bitiminde başlar. Ancak işçinin iş sözleşmesinin askıda kalması nedeniyle işine gidemediği süreler için ücret işlemez.</p>	<p>MADDE 25'te sağlık vurgulansa da burada işçinin hastalık durumu adeta cezalandırılmaktadır. Gebelik durumunda bir ayrımcılık tanınması da yine bu durum da ücret ödenmez denilerek sağlık hakkı görmezden gelilmektedir. Bu durumun daha açık tanımı ve telafi yönü yasadaki öngörülmelidir.</p>
	<p>MADDE 30 - Yer alti ve su altı işlerinde özürü işçi çalıştırılmaz ve yukarıdaki hükümler uyarınca işyerilerindeki işçi sayısının tespitinde yer alti ve su altı işlerinde çalışanlar hesaba katılmaz.</p>	<p>MADDE 30 - Farklılık eşitliği, sağlık hakkı Engellilik durumunda pozitif ayrımcılık Adli ve eşit şartlarda çalışma hakkı</p>
	<p>MADDE 41-63'üncü maddenin son fıkrasında yazılı sağlık nedenlerine dayanan kısa veya sınırlı süreli işlerde (maden ve turizm) ve 69'uncu maddede belirtilen gece çalışmasında fazla çalışma yapılamaz.</p> <p>MADDE 48 - İşçilere geçici iş göremezlik ödeneği verilmesi gerektiği zamanlarda geçici iş göremezlik süresine rastlayan ulusal bayram, genel tatil ve hafta tatilleri, ödeme yapılan kurum veya sandıklar tarafından geçici iş göremezlik ödeneği üzerinden ödenir.</p> <p>Hastalık nedeni ile çalışmayan günlerde Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından ödenen geçici iş göremezlik ödeneği aylık ücretli işçilerin ücretlerinden mahsup edilir</p>	
	<p>MADDE 53 - İşyerinde işe başladığı günden itibaren, deneme süresi de içinde olmak üzere, en az bir yıl çalışmış olan işçilere yıllık ücretli izin verilir.</p> <p>Ancak onsekiz ve daha küçük yaşta işçilerle eli ve daha yukarı yaşta işçilere verilecek yıllık ücretli izin süresi yirmi günden az olamaz.</p> <p>Yıllık izin bakımından çalışmış gibi sayılan haller</p> <p>MADDE 55 - Aşağıdaki süreler yıllık ücretli izin hakkının hesabında çalışılmış gibi sayılır:</p> <p>a) İşçinin uğradığı kaza veya tutulduğu hastalıktan ötürü işine gidemediği günler (Ancak, 25'inci maddenin (I) numaralı bendinin (b) alt bendinde öngörülen süreden fazlası sayılmaz.)</p> <p>b) Kadın işçilerin 74'üncü maddede gereğince doğumdan önce ve sonra çalıştırılmadıkları günler.</p> <p>MADDE 66 - Aşağıdaki süreler işçinin günlük çalışma sürelerinden sayılır:</p> <p>e) Çocuk emziren kadın işçilerin çocuklarına süt vermeleri için belirtilecek süreler.</p> <p>MADDE 69 - Çalışma hayatında "gece" en geç saat 20.00'de başlayarak en erken saat 06.00'ya kadar geçen ve her halde en fazla onbir saat süren dönemdir.</p> <p>Gece çalıştırılacak işçilerin sağlık durumlarının gece çalışmasına uygun olduğu, işe başlamadan önce alınacak sağlık raporuna göre belirlenir. Gece çalıştırılan işçiler en geç iki yılda bir defa işveren tarafından periyodik sağlık kontrolünden geçirilirler. İşçilerinin sağlık kontrolünün masrafları işveren tarafından karşılanır.</p> <p>Gece çalışması nedeniyle sağlığının bozulduğunu raporia belgeleyen işçiye işveren, mümkünse gündüz postasında duruma uygun bir iş verir.</p> <p>İşveren gece postalarında çalıştırılacak işçilerin listelerini ve bu işçiler için işe başlamadan önce alınan ve periyodik sağlık raporlarının bir nüshasını ilgili bölge müdürlüğüne vermekle yükümlüdür.</p>	<p>MADDE 53- Çocuk ve 50 yaş üzeri gruplara izin süresi bağlamında pozitif ayrımcılık;</p> <p>MADDE 55, ve 66 da ise doğum öncesi ve sonrası dönemlere, çalışma koşullarına bağlı hastalık ve kaza geçirme durumlarında çalışmadığı günler bağlamında bu gruplara pozitif ayrımcılık yapılmaktadır.</p> <p>Sağlık hakkı, uygun şartlarda çalışma hakkı, sağlığın korunması</p>

Tablo 1. Mevzuatın Haritalaması (devam)

İlgili Yasa	Yasa Maddeleri	Sağlık hakkı bağlamında; eşitlik, toplumsal cinsiyet eşitliği, ayrımcılık yasağı, insan onuruna saygı, özgürlük, sağlık hizmetleri, hesap verebilirlik, katılım vurgusu
	<p>Çalıştırma yası ve çocukları çalıştırma yasağı MADDE 71- Onbeş yaşını doldurmamış çocukların çalıştırılması yasaktır. Ancak, ondoört yaşını doldurmuş ve ilköğretimi tamamlamış olan çocuklar, bedensel, zihinsel ve ahlaki gelişmelerine ve eğitime devam edenlerin okullarına devamına engel olmayacak haff işlerde çalıştırılabilirler. Çocuk ve genç işçilerin işe yerleştirilmelerinde ve çalıştırılacakları işlerde güvenilirlik, sağlık, bedensel, zihinsel ve psikolojik gelişmeleri, kişisel yetkinlik ve yetenekleri dikkate alınır. Çocuğun gördüğü iş onun okula gitmesine, mesleki eğitiminin devamına engel olamaz, onun derslerini düzenli bir şekilde izlemesine zarar veremez. Onsekiz yaşını doldurmamış çocuk ve genç işçiler bakımından yasak olan işler ile onbeş yaşını tamamlamış, ancak onsekiz yaşını tamamlamamış genç işçilerin çalışmasına izin verilecek işler, ondoört yaşını bitirmiş ve ilk öğretimini tamamlamış çocukların çalıştırılacakları haff işler ve çalışma koşulları Çalıştırma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından altı ay içinde çıkarılacak bir yönetmelikle belirlenir. Temel eğitimi tamamlamış ve okula gitmeyen çocukların çalışma saatleri günde yedi ve haftada otuzbeş saatten fazla olamaz. Ancak, onbeş yaşını tamamlamış çocuklar için bu süre günde sekiz ve haftada kırk saate kadar artırılabilir. Okula devam eden çocukların eğitim dönemindeki çalışma süreleri, eğitim saatleri dışında olmak üzere, en fazla günde iki saat ve haftada on saat olabilir. Okulun kapalı olduğu dönemlerde çalışma süreleri yukarıda birinci fıkrada öngörülen süreleri aşamaz.</p>	<p>MADDE 71- Özellikle çocuk ve genç işçilerin psiko sosyal gelişimi, sağlığı, eğitim hakkı, dikkate alınmaktadıdır. Çocuk yaş grubunun çalıştırılabilmesi ya da yasak olan işlerin, belli aralıklarla ÇSG Bakanlığı tarafından çıkarılacak yönetmelikle belirleneceği belirtilmektedir. Adil koşullarda çalışma.</p>
	<p>MADDE 72 - Maden ocakları ile kablo döşemesi, kanalizasyon ve tünel inşaatı gibi yer altında veya su altında çalışılacak işlerde onsekiz yaşını doldurmamış erkek ve her yaşta kadınların çalıştırılması yasaktır. Analık halinde çalışma ve süt izni Madde 74 - Kadın işçilerin doğumdan önce sekiz ve doğumdan sonra sekiz hafta olmak üzere toplam onaltı haftalık süre için çalıştırılmaları esasır. Çoğul gebelik halinde doğumdan önce çalıştırılmayacak sekiz haftalık süreyle iki hafta süre eklenir. Ancak, sağlık durumu uygun olduğu takdirde, doktorun onayı ile kadın işçi isterse doğumdan önceki üç haftaya kadar işyerinde çalışabilir. Bu durumda, kadının işçinin çalıştığı süreler doğum sonrası sürelerle eklenir. (Ek cümle: 13/2/2011-611/176 md.) Kadın işçinin erken doğum yapması halinde ise doğumdan önce kullanılmadığı çalıştırılmayacak süreler, doğum sonrası sürelerle eklenmek suretiyle kullanılır. (Ek cümleler: 29/1/2016-6663/22 md.) Doğumda veya doğum sonrasında annenin ölümü halinde, doğum sonrası kullanılmayan süreler babaya kullanılır. Üç yaşını doldurmamış çocuğu evlat edinene eşlerden birine veya evlat edinene çocuğu aileyle fiilen teslim edilmediği tarihten itibaren sekiz hafta analık hali kullanılır. (Ek fıkra: 29/1/2016-6663/22 md.) Birinci fıkra uyarınca kullanılan doğum sonrası analık hali izninin bitiminden itibaren çocuğunun bakımı ve yetiştirilmesi amacıyla ve çocuğun hayatına olumsuz etkilerle kadın işçi ile üç yaşını doldurmamış çocuğu evlat edinene kadın veya erkek işçilere ilişkin olarak doğumdan önceki gün, ikinci doğumda yüz yirmi gün, sonraki doğumlarda ise yüz seksen gün süreyle haftalık çalışma süresinin yarısı kadar ücretsiz izin verilir. Çoğul doğum halinde bu sürelerle otuz gün eklenir. Çocuğun engelli doğması halinde bu süre üç yüz altmış gün olarak uygulanır. Bu fıkra hükümlerinden yararlanan süre içerisinde süt iznine ilişkin hükümler uygulanmaz. Yukarıda öngörülen sürelerin sağlığı için ve işin özelliğine göre doğumdan önce ve sonra gerekirse artırılabilir. Bu süreler hekim raporu ile belirlenir. Hamilelik süresince kadın işçiyeye periyodik kontroller için ücretli izin verilir. Hekim raporu ile gerekli görüldüğü takdirde, hamile kadın işçi sağlığına uygun daha haff işlerde çalıştırılır. Bu halde işçinin ücretinde bir indirim yapılmaz. İsteği halinde kadın işçiyeye, onaltı haftalık sürenin tamamlanmasından veya çoğul gebelik halinde onsekiz haftalık süreden sonra altı aya kadar ücretsiz izin verilir. (Ek cümle: 29/1/2016-6663/22 md.) Bu izin, üç yaşını doldurmamış çocuğu evlat edinme halinde eşlerden birine veya evlat edinene verilir. Bu süre, yıllık ücretli izin hakkının hesabında dikkate alınmaz. Kadın işçilere bir yaşından küçük çocuklarını emzirmeleri için günde toplam birbuçuk saat süt izni verilir. Bu sürenin hangi saatler arasında ve kaç bölünerek kullanılacağını işçi kendisi belirler. Bu süre günlük çalışma süresinden sayılır. (Ek fıkra: 29/1/2016-6663/22 md.) Bu madde hükümleri iş sözleşmesi ile çalışan ve bu Kanunun kapsamında olan veya olmayan her türlü işçi için uygulanır</p>	<p>Sağlık riskleri dikkate alınarak, çocuk yaş grubunun, yer ve su altında çalıştırma yasağı maddede 72'de belirtilmekte; Gece çalıştırma yasağı ise, maddede 73'te ifade edilmiştir.</p> <p>MADDE 74: Bu maddelerde, sağlık yönünden riskli grup olan gebe kadınların sağlık hakları, yaşam hakları dikkate alınmaktadır.</p> <p>MADDE 74- ve ek cümleler: Kadın işçilerin analık halinde çalışma ve süt iznlerini düzenlemekte, erken doğum ya da çoğul gebelik durumlarında özel önlemler ön görmektedir.</p> <p>Farklılık eşitliği</p>

Tablo 1. Mevzuatın Haritalaması (devam)

İlgili Yasa	Yasa Maddeleri	Sağlık hakkı bağlamında: eşitlik, toplumsal cinsiyet eşitliği, ayrımcılık yasağı, insan onuruna saygı, özgürlük, sağlık hizmetleri, hesap verebilirlik, katılım vurgusu
	<p>MADDE 77 - İşverenler işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması için gerekli her türlü önlemleri almak, araç ve gereçleri noksatsız bulundurmamak, işçiler de iş sağlığı ve güvenliği konusunda alınan her türlü önleme uymakla yükümlüdürler.</p> <p>İşverenler işyerinde alınan iş sağlığı ve güvenliği önlemlerine uyulup uyulmadığını denetlemek, işçileri karşı karşıya buldukları mesleki riskler, alınması gerekli tedbirler, yasal hak ve sorumlulukları konusunda da bilgilendirmek ve gerekli iş sağlığı ve güvenliği eğitimi vermek zorundadırlar. Yapılacak eğitimin usul ve esasları Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığına çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.</p> <p>İşverenler işyerlerinde meydana gelen iş kazasını ve tespit edilecek meslek hastalığını en geç iki iş günü içinde yazılı ile ilgili bölge müdürlüğüne bildirmek zorundadırlar.</p> <p>Bu bölümde ve iş sağlığı ve güvenliğine ilişkin tüzük ve yönetmeliklerde yer alan hükümler işyerindeki çiraklara ve stajyerlere de uygulanır.</p> <p>Sağlık ve güvenlik tüzük ve yönetmelikleri</p>	<p>MADDE 77 - Sağlık Hizmeti Alma, İş Sağlığı ve Güvenliği haklarının kullanımını garantilemektedir.</p>
	<p>MADDE 78 - Sağlık Bakanlığının görüşünü alarak Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliği önlemlerinin alınması, makineler, tesisat, araç ve gereçler ile kullanılan maddeler sebebiyle ortaya çıkabilecek iş kazaları ve meslek hastalıklarının önlenmesi, yaş, cinsiyet ve özel durumları sebebiyle korunması gereken kişilerin çalışma şartlarının düzenlenmesi amacıyla tüzük ve yönetmelikler çıkarır.</p> <p>Ayrıca bu Kanuna tabii işyerlerinde, işçi sayısı, genişlik, yapılan iş, işin özellikleri, ağırlik ve tehlikesi bakımından hangi işyerleri için kurulmaya başlanmadan önce planların Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının yetkili teşkilatına gösterilerek kurma izni alınacağı, bu işyerleri kurulduktan sonra yine aynı makama başvuru olarak işleme belgesi alınması gerekeceği, Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının tarafından hazırlanacak bir yönetmelikle belirlenir.</p>	<p>MADDE 78 - Sağlık yönü ile de çok önemli olan, iş sağlığı ve iş güvenliği konularını vurgulamaktadır.</p> <p>MADDE 80 - İş sağlığı ve güvenliği kurulunun oluşturulması kuralları ve işleyiş tanımlanarak Sağlık Bakanlığının da işbirliği ile konu daha kurumsal bir yapı ile ele alınmasının çerçevesini çizmiştir.</p>
	<p>İş sağlığı ve güvenliği kurulu</p> <p>MADDE 80 - Bu Kanuna göre sanayiden sayılan, devamlı olarak en az elli işçi çalıştıran ve altı aydan fazla süreli işler yapıldığı işyerlerinde her işveren bir iş sağlığı ve güvenliği kurulu kurmakla yükümlüdür.</p> <p>İşverenler iş sağlığı ve güvenliği kurullarına iş sağlığı ve güvenliği mevzuatına uygun olarak verilen kararları uygulamakla yükümlüdürler.</p> <p>İş sağlığı ve güvenliği kurullarının oluşumu, çalışma yöntemleri, ödev, yetki ve yükümlülükleri Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca hazırlanacak bir yönetmelikle gösterilir.</p> <p>İşyeri hekimleri</p> <p>MADDE 81 - Devamlı olarak en az elli işçi çalıştıran işverenler, Sosyal Sigortalar Kurumunca sağlanan tedavi hizmetleri dışında kalan, işçilerin sağlık durumunun ve alınması gereken iş sağlığı ve güvenliği önlemlerinin sağlanması, ilk yardım ve acil tedavi ile koruyucu sağlık hizmetlerini yürütmek üzere işyerindeki işçi sayısına ve işin tehlike derecesine göre bir veya daha fazla işyeri hekimi çalıştırmak ve bir işyeri sağlık birimi oluşturmakla yükümlüdür.</p> <p>İşyeri hekimlerinin nitelikleri, sayısı, işe alınmaları, görev, yetki ve sorumlulukları, eğitimleri, çalışma şartları, görevlerini nasıl yürütecekleri, Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliğinin görüşü alınarak Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca çıkarılacak bir yönetmelikle düzenlenir.</p> <p>MADDE 82 - Bu Kanuna göre sanayiden sayılan, devamlı olarak en az elli işçi çalıştıran ve altı aydan fazla süreli işler yapıldığı işyerlerinde işverenler, işyerinin iş güvenliği önlemlerinin sağlanması, iş kazalarının ve meslek hastalıklarının önlenmesi için alınacak önlemlerin belirlenmesi ve uygulanmasının izlenmesi hizmetlerini yürütmek üzere işyerindeki işçi sayısına, işyerinin niteliğine ve tehlikellik derecesine göre bir veya daha fazla mühendis veya teknik elemanı görevlendirmekle yükümlüdürler.</p> <p>İş güvenliği ile görevli mühendis veya teknik elemanların nitelikleri, sayısı, görev, yetki ve sorumlulukları, eğitimleri, çalışma şartları, görevlerini nasıl yürütecekleri, Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliğinin görüşü alınarak Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca çıkarılacak bir yönetmelikle düzenlenir.</p> <p>MADDE 83 - İşyerinde iş sağlığı ve güvenliği açısından işçinin sağlığını bozacak veya vücut bütünlüğünü tehlikeye sokacak yakın, acil ve hayatı bir tehlike ile karşı karşıya kalan işçi, iş sağlığı ve güvenliği kuruluna başvurarak durumun tespit edilmesini ve gerekli tedbirlerin alınmasını karar vermesini talep edebilir. Kurul aynı gün acilen toplanarak kararını verir ve durumunu tutanağa tespit eder. Karar işçiyeye yazılı olarak bildirilir.</p> <p>İş sağlığı ve güvenliği kurulunun bulunmadığı işyerlerinde talep, işveren veya işveren vekiline yapılır. İşçi tesbitin yapılmasını ve durumunu yazılı olarak kendisine bildirilmesini isteyebilir. İşveren veya vekili yazılı cevap vermek zorundadır.</p>	<p>MADDE 81: MADDE 82 ve MADDE 83: En az 50 işçi çalıştıran işyerleri için "bir işyeri sağlık birimi oluşturulmasını ve işyeri hekimi, iş güvenliği ile ilgili bir mühendis görevlendirilmesi" şartlarının, iş kazalarının ve meslek hastalıklarının önlenmesi, koruyucu önlemlerin alınması, ilk yardım, acil tedavi gibi hizmetlerin gecikmeden sağlanması gibi iş güvenliği ve sağlık hizmetleri garanti edilmektedir.</p> <p>Ancak burada ifade edilen 50 işçi sayısının yeniden gözden geçirilmesi, sağlık hizmeti gibi en önemli insan haklarından olan bir hakkın kullanımını engelleyici olmaması için gerekli önem ve düzenlemelerin iş kanununa eklenmesi, gerekli değişikliklerin yapılması, denetim mekanizmasının da yasa ile sağlanması uygun olacaktır.</p>

Tablo 1. Mevzuatın Haritalaması (devam)

İlgili Yasa	Yasa Maddeleri	Sağlık hakkı bağlamında; eşitlik, toplumsal cinsiyet eşitliği, ayrımcılık yasağı, insan onuruna saygı, özgürlük, sağlık hizmetleri, hesap verebilirlik, katılım vurgusu
	<p>Ağır ve tehlikeli işler</p> <p>MADDE 85 - Onaltı yaşını doldurmamış genç işçiler ve çocuklar ağır ve tehlikeli işlerde çalıştırılmaz. Hangi işlerin ağır ve tehlikeli işlerden sayılacağı, kadınlara onaltı yaşını doldurmuş fakat onsekiz yaşını bitirmemiş genç işçilerin hangi çeşit ağır ve tehlikeli işlerde çalıştırılabilecekleri Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca hazırlanacak bir yönetmelikte gösterilir.</p> <p>Ağır ve tehlikeli işlerde rapor</p> <p>MADDE 86 - Ağır ve tehlikeli işlerde çalışacak işçilerin işe girişinde veya işin devamı süresince en az yıldı bir, bedence bu işlere elverişli ve dayanıklı oldukları işyeri hekimi, işçi sağlığı dispanserleri, bunların bulunmadığı yerlerde sırası ile en yakın Sosyal Sigortalar Kurumu, sağlık ocağı, hükümet veya belediye hekimleri tarafından verilmiş muayene raporları olmadıkça, bu gibilerin işe alınmaları veya işte çalıştırmaları yasaktır. Sosyal Sigortalar Kurumu işe ilk giriş muayenesini yaptırmakla kaçınmaz.</p> <p>İşyeri hekimi tarafından verilen rapora itiraz halinde, işçi en yakın Sosyal Sigortalar Kurumu hastanesi sağlık kurulunca muayeneye tabi tutulur, verilen rapor kesindir.</p> <p>On sekiz yaşından küçük işçiler için rapor</p> <p>MADDE 87 - Ondört yaşından onsekiz yaşına kadar (onsekiz dahil) çocuk ve genç işçilerin işe alınmalarından önce işyeri hekimi, işçi sağlığı dispanserleri, bunların bulunmadığı yerlerde sırası ile en yakın Sosyal Sigortalar Kurumu, sağlık ocağı, hükümet veya belediye hekimlerine muayene ettirilerek işin niteliğine ve şartlarına göre vücut yapılarının dayanıklı olduğunun raporta belirlenmesi ve bunların onsekiz yaşını dolduruncaya kadar altı ayda bir defa aynı şekilde doktor muayenesinden geçirilerek bu işte çalışmaya devamlarına bir sakınca olup olmadığının kontrol ettirilmesi ve bütün bu raporların işyerinde saklanarak yetkili memurların isteğine kendilerine gösterilmesi zorunludur. Sosyal Sigortalar Kurumu işe ilk giriş muayenesini yaptırmak kaçınmaz.</p> <p>Birinci fıkrada yazılı hekimlerce verilen rapora itiraz halinde, işçi en yakın Sosyal Sigortalar Kurumu hastanesi sağlık kurulunca muayeneye tabi tutulur, verilen rapor kesindir.</p>	<p>MADDE 85, 86 ve 87: Sağlık hakkını gözetmekte özellikle çocuk yaş grubunda ağır ve tehlikeli işlerde çalışma koşullarının tanımlanmakta ve bu özellikli grubun sağlık durumunun sağlık raporu ile tespitini hükme bağlamaktadır.</p>
	<p>Gebe veya çocuk emziren kadınlar için yönetmelik</p> <p>MADDE 88 - Gebe veya çocuk emziren kadınların hangi dönemlerde ne gibi işlerde çalıştırılmalarının yasak olduğu ve bunların çalışmalarında sakınca olmayan işlerde hangi şartlar ve usullere uyacakları, ne suretle emzirme odaları veya çocuk bakım yurdu (kres) kurulması gerektiği Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca hazırlanacak bir yönetmelikte gösterilir.</p>	<p>MADDE 88- Farklılık eşitliği,</p>
	<p>MADDE 89 - Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı;</p> <p>a) Ağır ve tehlikeli işlerden başka işler için de işçilerin işe başlamadan hekim muayenesinden geçirilmelerini,</p> <p>b) Bazı işlerde çalışan işçilerin belirli sürelerde genel olarak sağlık muayenesinden geçirmelerini,</p> <p>c) Çeşitli veya bir kısım işlerde çalışan işçilerin sağlık durumlarının aksamaması, yaptıkları işin ürünlerine ve genel sağlığa yahut birlikte çalıştıkları öteki işçilere zararlı olursa, bu gibilerin o işlerden çıkarılmalarını,</p> <p>d) Ne durumda ve ne gibi şartları haiz olan işyerlerinde banyo, uyku, dinlenme ve yemek yerleri ile işçi evleri ve işçi eğitimi yerleri yapılmasını,</p> <p>Öngören yönetmelikler hazırlanabilir.</p> <p>MADDE 101 - Bu Kanunun 30 uncu maddesindeki hükümlere aykırı olarak özürlü ve eski hükümlü çalışan işveren veya işveren vekiline çalıştırmadığı her özürlü ve eski hükümlü ve çalıştırmadığı her ay için yediyüzelli milyon lira para cezası verilir. Kamu kuruluşları da bu para cezasından hiçbir şekilde muaf tutulamaz.</p> <p>İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili hükümlere aykırılık</p> <p>MADDE 105- Bu Kanunun 78'inci maddesinin birinci fıkrasında belirtilen tüzük ve yönetmeliklerdeki hükümlere uymayan işveren veya işveren vekiline alınmayan her iş sağlığı ve güvenliği önlemi için elli milyon lira para cezası verilir. Alınmayan önlemler oranında izleyen her ay için aynı miktar para cezası uygulanır</p>	<p>MADDE 89- Ağır ve tehlikeli işler dışında çalışacakları da işe başlamadan "sağlıklı olduklarını" belgeleyen –sağlık raporu, koşulları yine yapılıcak yönetmeliklere bırakmıştır. her ne kadar bu yönetmelikler hazırlanmış olsa da, sağlık bilinci düzeyi ve yapılmalarda içerik niteliği yerine şeklen –uygulanması- nedeni ile sözü edilen işe giriş raporlarının çoğu kez "bir formaliteyi yerine getirmek şeklinde olduğu, bilinen bir gerçektir. Bu durum işveren ve çalışanların, iş güvenliği, sağlık bilinci ile ilgili farkındalık artırıcı faaliyetlerin ve denetim mekanizmalarının harekete geçirilmesi ve izlenmesi sağlanmalıdır.</p> <p>Hesap verebilirlik</p>

Tablo 1. Mevzuatın Haritalaması (devam)

İlgili Yasa	Yasa Maddeleri	Sağlık hakkı bağlamında; eşitlik, toplumsal cinsiyet eşitliği, ayrımcılık yasağı, insan onuruna saygı, özgürlük, sağlık hizmetleri, hesap verebilirlik, katılım vurgusu
<p>Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu</p> <p>Kanun numarası: 3359 Tarihi: 07.05.1987 Resmî Gazete Yayın Tarihi: 15.05.1987 Sayı: 19461 Yayımlandığı dâstur Tertip:5, Cilt 6</p>	<p>MADDE 1 - Bu Kanunun amacı, sağlık hizmetleriyle ilgili temel esasları düzenlemektir.</p> <p>MADDE 3 - Sağlık hizmetleriyle ilgili temel esaslar şunlardır:</p> <p>a) Sağlık kurum ve kuruluşları yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde, SSY Bakanlığınca, diğer ilgili bakanlıkların da görüşü alınarak planlanır, koordine edilir, mali yönden desteklenir ve geliştirilir.</p> <p>b) Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilerek suretiyle kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesinde kaynak israfı ve atıl kapasiteye yol açılmaksızın gerektiğinde hizmet satın alınarak kaliteli hizmet arzı ve verimliliği esas alınır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca Bakanlığın muvafakatını alarak, kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarına koruyucu sağlık hizmeti görevi verir ve bu kurum ve kuruluşların bütün sağlık hizmetlerini denetler.</p> <p>c) Bütün sağlık kurum ve kuruluşları ile sağlık personelinin ülke sathında dengeli dağılımı ve yaygınlaştırılması esastır.</p> <p>e) Tesis edilecek eğitim, denetim, değerlendirme ve oto kontrol sistemi ile sağlık kuruluşlarının tespit edilen standart ve esaslar içinde hizmet vermesi sağlanır.</p> <p>f) Herkesin sağlık durumunu takip edebilmek için gerekli kayıt ve bildirim sistemi kurulur</p> <p>j) Vatandaşların hastalıklardan korunma, sağlıklı çevre, beslenme, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması ve benzeri konularda eğitimleri ve takipleri bütün kamu kuruluşlarının sorumluluğunda, kamu kurumunu niteliğindeki meslek kuruluşları, özel ve gönüllü kuruluşların işbirliği içerisinde gerçekleştirilir.</p> <p>k) Koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerde kullanılan ilaç, aşı, serum ve benzeri biyolojik maddelerin üretimini ve kalitesinin teşvik ve temini esas olup, her türlü müstahzar, terkip, madde, malzeme, farmakope manülleri, kozmetikler ve bunların üretiminde kullanılan ham ve yardımcı maddelerin ithal, ihracat, üretim, dağıtım ve tüketiminin, amaç dışı kullanılmak suretiyle fizik ve psikik bağımlılık yapan veya yapma ihtimali bulunan madde, ilaç, aşı, serum ve benzeri biyolojik maddeler ile diğer terkiplerin kontrolüne, murakabesine ve bunların yurt içinde ve yurt dışında ücret karşılığı kalite kontrollerini yaptırmaya, özel mevzuata göre ruhsatlandırma, izin ve fiyat verme işlemlerini yürütmeye Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca yetkilidir.</p> <p>Özel mevzuatına göre izin veya ruhsat alınmamış ilaç ve terkiplerin üretimi, ithali, satışı ile ruhsat veya izin alınmış dahi olsa ilaç ve terkiplerin bilimsel araştırma amacıyla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca ruhsat alınmadan insan üzerinde kullanımı yasaktır</p> <p>l) (Ek: 30/5/1997 - KHK - 572/24 md.) Özürlü çocuk doğumlarının önlenmesi için, gebelik öncesi ve gebelik döneminde tıbbi ve eğitimsel çalışmalar yapılır. Yeni doğan bebeklerin metabolizma hastalıkları için gerekli olan testlerden geçirilerek risk taşıyanların belirlenmesine ilişkin tedbirler alınır.</p> <p>m) (Ek: 1772005-5378/34 md.) Rehabilite edici tıbbi hizmetlerde kullanılan yardımcı araç ve gereçleri üretmek amacıyla, kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek ve tüzel kişiler tarafından kurulacak kuruluşların açılış izni verilmeye Sağlık Bakanlığınca yetkilidir. Bu kurum ve kuruluşların açılış izninin verilmesine, üretim ve personel standartlarına, işleyiş ve denetimi ile daha önce açılmış olan kurum ve kuruluşların durumlarına ilişkin esaslar Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.</p>	<p>Bu yasa, sağlık hizmetlerinin dengeli dağılımı, sağlık hizmet hakkını, riskli gruplara öncelik, sektörlerarası işbirliğini ve kayıt bildirim sistemini ve hizmet standartlarına işaret etmekte, vurgulamaktadır.</p> <p>Yasada sağlık hakkı, sağlık hizmet hakkı vurgulansa da toplumsal cinsiyet eşitliğini vurgulayan bir madde bulunmamaktadır.</p>

Tablo 1. Mevzuatın Haritalaması (devam)

İlgili Yasa	Yasa Maddeleri	Sağlık hakkı bağlamında; eşitlik, toplumsal cinsiyet eşitliği, ayrımcılık yasağı, insan onuruna saygı, özgürlük, sağlık hizmetleri, hesap verebilirlik, katılım vurgusu
<p>Aile Hekimliği Kanunu Kanun Numarası: 5258; Kabul Tarihi: 24/11/2004; Yayımlandığı R.Gazete Tarihi: 9/12/2004 Sayı: 25665; Yayımlandığı Düstur: Tertip : 5 Cilt : 44</p>	<p>Amaç ve kapsam MADDE 1- Bu Kanunun amacı; Sağlık Bakanlığının belirleyeceği illerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, birey ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanması amacıyla aile hekimliği hizmetlerinin yürütülmesini teminen görevlendirilecek veya çalıştırılacak sağlık personelinin statüsü ve mali hakları ile hizmetin esaslarını düzenlemektir. MADDE 2- Aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilita edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığının öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir. Aile sağlığı elemanı; aile hekimi ile birlikte hizmet veren hemşire, ebe, sağlık memuru gibi sağlık elemanıdır. MADDE 3-...devamı.. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının durumları ve aile hekimliği uzmanlık eğitimi almış olup olmadıkları da dikkate alınmak suretiyle yapılacak ödeme tutarlarının tespitinde; çalıştığı bölgenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi, aile sağlığı merkezi giderleri (...)(3), kayıtlı kişi sayısı ve bunların risk grupları, gezici sağlık hizmetleri ile aile hekimi tarafından karşılanmayan gider unsurları, belirlenen standartlar çerçevesinde sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, takibi ve kontrolündeki başarı oranı gibi kriterler esas alınır. Sağlık Bakanlığınca belirlenen standartlara göre, koruyucu hekimlik hizmetlerinin eksik uygulanması (...)(1) halinde bu ödeme tutarından brüt ücretin %20'sine kadar indirim yapılır</p>	<p>Sağlık hizmetlerinin verilmiş esaslarını düzenleyen sağlık haklarına vurgu yapan bir yasa (Kanunda sadece sağlık hizmetlerinin alt yapı, kadro, personel yönü ile düzenlenmesi ile ilgili maddeler çözümlenmiştir). Hizmet sunumunda eşitlik, cinsiyet eşitliği, ayrımcılık yasağı</p>
<p>Tababet ve Şuabati Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun Kanun Numarası: 1219 Kabul Tarihi: 11/4/1928 Yayımlandığı R. Gazete Tarihi : 14/4/1928 Sayı : 863 Yayımlandığı Düstur: Tertip: 3 Cilt : 9 Sayfa : 126 *</p>	<p>MADDE 20- Tabipler ve dış tabipleri ve dışçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evveliminde muvafakatını alırlar. Büyük ameliye cerrahiler için bu muvafakatın tahriri olması lazımdır. (Veli veya vasisi olmadığın veya üzerinde ameliye yapacak şahıs ifadeye muktedir olmadığın takdirde muvafakat şart değildir.)</p>	<p>Hekim ve Dış Hekimlerinin sanatlarını nasıl uygulayacaklarının önemli genel koşullarını belirleyen bir yasadır. Hekim ve dış hekimlerinin tıbbi müdahalelerden önce hastanın onamını almaları zorunluluğu getiren hüküm bulunmaktadır. "Hasta haklarına saygı, insan onuruna saygı" vurgulanmaktadır. Hukukun küçükler arasında yaş bağlamında bir ayrım yapmadığı için bu yasanın, cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmeti alacak gençlerin haklarına engel oluşturabileceği düşünülmektedir.</p>

Tablo 1. Mevzuatın Haritalaması (devam)

İlgili Yasa	Yasa Maddeleri	Sağlık hakkı bağlamında; eşitlik, toplumsal cinsiyet eşitliği, ayrımcılık yasağı, insan onuruna saygı, özgürlük, sağlık hizmetleri, hesap verebilirlik, katılım vurgusu
<p>Umumi Hıfzıssıhha Kanunu Tarihi:24.04.1930 Sayısı:1593 R.G. Tarihi:06.05.1930 R.G. Sayısı:1489 Güncellenme Tarihi: 11/05/2009</p>	<p>Madde.1 - Memleketin sıhhi şartlarını islah ve milletin sıhhatine zarar veren bütün hastalıklar veya sair icimai amillerle mücadele etmek ve müstakbel neslin sıhhati olarak yetişmesini temin ve halkı tıbbi ve içtimali muavenete mazhar etmek üzere Umumi Devlet hizmetlerindedir.</p> <p>Madde.2 - Umumi sıhhat ve içtimali muavenet hizmetlerine ait Devlet vazafı Sıhhat ve İçtimali Muavenet Vekaleti tarafından ifa ve hususi idarelerle belediyelere ve sair mahalli idarelere bırakılan hizmetlerin sureti icrası murakabe olunur. Millî Müdafaa teşkilatına ait sıhhi işler müstesna olmak üzere bütün sıhhat ve içtimali muavenet işlerinin mercii ve murakibi bu Vekalettir.</p> <p>Madde.3 - Sıhhat ve içtimali Muavenet Vekaleti bütçeleriyle muayyen hatlar dahilinde olarak aşağıda yazılı hizmetleri doğrudan doğruya ifa eder:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Doğumu (.....) teshil ve çocuk ölümünü tenkis edecek tedbirler. 2 - Validelerin doğumdan evvel ve doğumdan sonra sıhhatlerinin vikayesi. 3 - Memlekete sari ve salgın hastalıkların hülûlüne münaaat. 4 - Dahilde her nevi intani, sari ve salgın hastalıkları veya çok miktarda ve fiati intaç ettiği görülen sair muzir amillerle mücadele. 5 - Tababet ve şubeleri sanatlarının icrasına nezaret. 6 - (...) (1) ilaçları ve bütün zehirli müessir ve uyuşturucu maddelerle yalnız hayvanlar için serumlar ve aşıları murakabe haric olmak üzere her nevi serum ve aşılar (2). 7 - Çocukluk ve gençlik hıfzıssıhhasına ait işlerle çocuk sıhhat ve bünyesinin muhafaza ve tekamülüne ait tesisatın murakabesi. 8 - Mektep hıfzıssıhhası. 9 - Mesai ve san'at hıfzıssıhhası işleri. 10 - Maden suları ile sair havası şifahiyesi olan sulara nezaret. 11 - Hıfzıssıhha müesseseleri ve bakteriyoloji laboratuvarları ve alelümum hayatı muayene ve tahlillere mahsus müesseseler küşat ve idaresi. 12 - Mesleki tedrisat müesseseleri küşat ve idare veya mümasili müessesatı murakabe ve bunlara müsaade itası. 13 - Mecnunlarla sair ruhi hastalıklara mahsus tedavihaneler veya malûl veya herhangi bir noksani hilkate malik olanları kabul edecek yurt veya müesseseler tesis ve idare. 14 - Muhacrim sıhhat işleri. 15 - Hapisanelerin ahvali sıhhiyesine nezaret. 16 - Tıbbi istatistiklerin tanzimi. 17 - Sıhhi neşriyat ve propogandalar. 18 - Vesaiti münakale umuru sıhhiyesinin nezaret. <p>Vilayetler ve kazalar umumi hıfzıssıhha meclisleri Madde.23 - Her vilayet merkezinde bir umumi hıfzıssıhha meclisi toplanır. Bu meclis mahalli sıhhat ve içtimali muavenet müdürü, nafıa mühendisi, maarif, baytar müdürü, mevcutsa sahil sıhhiye merkezi tabibi, bir hükümet ve belediye tabibi ve hastane baştabibi ile garnizon ve kıta bulunan yerlerde en büyük askeri tabip ve serbest sanat icra eden bir tabip ve bir eczacıdan ve belediye reisinden mürekkeptir. Meclis valinin veya valiyi bilvekaile sıhhiye müdürünün riyaseti altında ictima eder. Valinin tensip edeceği bir zat kitabet vazifesini ifa ve zabıtları tanzim eder.</p> <p>Madde.24 - Kazalarda bu meclisler kaymakamın riyaseti altında Hükümet tabibi, mevcut ise bir Hükümet baytarı ve askeri tabip, belediye tabibi ve serbest icrayı san'at eden ve kaymakam tarafından intihap edilmiş bir tabip ve serbest eczacı ile belediye reisinden tereküp eder.</p>	<p>Madde.1,2,3 1930 yılında çıkan çok kapsamlı bir yasadır, o günün koşullarına göre sağlık ve sağlık hizmet hakkını garantileyen, hizmetlerin çerçevesini çizen bir kanundur. Sağlık hizmetleri ve sağlık hakkını öne çıkaran, sağlığın çevresel faktörleri yönünden kapsayıcı nitelikte bir yasa olmasının yanında; sağlığa bütünsel bir yaklaşım getirir ve kayıt bildirimini vurgular. Yasa gebelik öncesi ve sonrası sağlığın korunmasının, devletin sorumluluğu olduğunu belirtir. Gebelik döneminde özel vurgusunun dışında, cinsiyet eşitliği normunu vurgulamayan bir yasadır.</p>
		<p>MADDE.23 ve 24: Sağlık hizmetlerinde "sektörler arası işbirliği ve toplum katılımı için bir mekanizma oluşturmakta</p>

Tablo 1. Mevzuatın Haritalaması (devam)

İlgili Yasa	Yasa Maddeleri	Sağlık hakkı bağlamında; eşitlik, toplumsal cinsiyet eşitliği, ayrımcılık yasağı, insan onuruna saygı, özgürlük, sağlık hizmetleri, hesap verebilirlik, katılım vurgusu
	<p>Madde 122 - Evlenecek erkek ve kadınlar evlenmeden evvel tıbbi muayeneye tabidir. Bu muayenenin sureti, icrası ve teferriatı hakkında Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaletince bir nizamname neşrolunur.</p> <p>Madde 125 - Süt annelik yapacak kadınlar zührevi hastalıklarla sarı vereme ve cüzzama musap olmadıklarının müspit tabip raporları alınır. Raporlar her altı ayda bir tecdit olunur. Bu raporu olmayan kadınların süt annelik etmesi ve rapor talep etmeden herhangi bir kadının süt anneliğe kabul edilmesi memnudur. Resmi tabipler süt annelik edecek kadımları meccanen muayene ve raporlarını ita ederler.</p> <p>Umumi kadınlar hakkında ahkam</p> <p>MADDE 128 - Sıhhat ve İçtimai Muavenet ve Dahiliye Vekaletleri müştereken bir nizamname neşrederek umumi kadınlar ve evlerin tabi olacakları hükümler ve bu fuhuş yüzünden intişar eden hastalıkların ve bilhassa zührevi hastalıkların sirayetine mani olacak tedbirleri tesbit ve yine müştereken tatbik ederler. Umumi kadınlarla umumi evler ve bunlara benzer mahaller bu nizamnamede tarif ve tahdit olunacaktır.</p> <p>MADDE 129 - Fuhuş, sanat ve maşet vasıtası ittihaz eden kadınlardan zührevi hastalıkların her türlü eşkaline, cüzzam, cerp, empetigo, emtertrigo, müterakki verem veya Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaletinin fermen lüzum göreceği sair hastalıklara musap olanların sanatlarının icrasına icap ederse kuveî cebriyye istimali ile mümanaat olunur. Bunlar lüzum görülürse bir müessesede tecrit ve tedavi edilir.</p> <p>MADDE 131 - Fuhuş sebebiyle intişar eden hastalıklara karşı tedbir ittihazi masarifi belediyelere aittir. Bu husus için umumi evler sahiplerinden 128’inci maddede zikredilen nizamnamede gösterilecek bir ücret alınabilirse de umumi kadınlardan şahsın her nevi resim veya ücret cibayeti usulü mülgadır.</p>	<p>MADDE 122: Erken tanıyı amaçlamakta "eşitlik ve sağlık hakkı"</p> <p>MADDE 125: Anne yönünden erken tanı diğer yönü ile çocuk sağlığında koruyucu önlemlere vurgu yapmaktadır "Sağlık Hakkı"</p> <p>MADDE (128, 129,130,131): Seks işçileri bağlanılı konuları düzenlemekte, sağlık yönü ile riskli bir grubu ele alarak, sağlık hizmetlerini düzenlemekle birlikte bu grup için önemli olan toplumsal cinsiyet faktörüne değinmemektedir. Ayrıca, seks işçileri sadece kadın olarak tanımlanmaktadır ve bu yönüyle yasada ayrımcılık yapılmaktadır.</p>
	<p>Çocukluk ve gençlik koruması</p> <p>MADDE 151 - Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti küçük çocuk hizfzıssıhhası ve bunlarda görülen vefiyatın azaltılması için lazım gelen müesseseler açarak idare eder ve çocuk hizfzıssıhhası faydalarının halk arasında intişar ve tatbikini teshil edecek tedbirleri ittihaz eyler.</p> <p>Çocukluk ve gençlik koruması</p> <p>MADDE 153 - Devletin resmi müesseselerinde doğum yardımı meccanidir. Sıhhi ahvali daha fazla kalımayıştılam etmeyen vekayide lohusaların doğumdan sonra müesseselerde bir hafta alkonulması mecburdur.</p> <p>MADDE 154 - Hükümet ve belediye tabipleri ve ebeleri fakir kadınların doğumlarından meccanen yardıma mecburdurlar.</p> <p>MADDE 155 - Kendisi ve çocuğunun sıhhati için bir zarar husule getirmeyeceği bir tabip tarafından tahriren tasdik edilmedikçe kadınların doğumlarından mukaddem üç hafta ve doğummasını mütaakip yine üç hafta zarfında fabrika, imalathane ve umumi ve hususi müesseselerde çalışması ve çalıştırılması memnudur.</p>	<p>Sağlık hakkı ve insan onuruna saygı</p> <p>MADDE 151: Yaşam hakkı, eşitlik vurguları mevcut</p> <p>MADDE 153,154 ve 155: Doğum hizmetlerini düzenleyen maddeler. Yoksul kadınlar için de ayrıca önlem içeriyor. Eşitlik ve sağlık hakkına vurgu</p>

Tablo 1. Mevzuatın Haritalaması (devam)

İlgili Yasa	Yasa Maddeleri	Sağlık hakkı bağlamında; eşitlik, toplumsal cinsiyet eşitliği, ayrımcılık yasağı, insan onuruna saygı, özgürlük, sağlık hizmetleri, hesap verebilirlik, katılım vurgusu
	<p>MADDE 157 - Sütünelik edecek kadınlar kendi çocuklarını yedi aylıktan fazla olduğuna dair resmi vesikalar ibraz etmedikleri ve kaf emzirme kabiliyeti mevcut olmadığı takdirde sütünelik etmelerine müsaade edilmez. Süt annenin çocuğu yedi aylıktan küçük olduğu halde bunun başka kadın tarafından emzirildiği ispat olunmak lazımdır. Bu vesikalar süt annelerin 125'inci maddede gösterilen muayenesi esnasında talep edilir.</p>	<p>MADDE 157: Daha o yıllarda "anne sütünün önemi ve süresi ve emzirme süresi ile ilgili, özellikle süt annelik yapmak isteyen kadının kendi çocuğunun / bebeğinin sağlığını gözeten bir maddede "çocuğun yaşam hakkı, sağlık hakkı" vurgulanmaktadır.</p>
	<p>MADDE 158 - Yedi yaşından aşağı olan metruk, öksüz veya babası ve anası hayatta çocukları gerek para ile ve gerek parasız kabul ederek bakan resmi ve hususi bütün müesseseler Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâletinin murakabe ve tefişine bağlıdır. Bu tarzdaki müesseselerin küşadı, sahipleri tarafından Vekâlete ihbar olunur.</p> <p>MADDE 161 - Metruk çocukları altı yaşını ikmal edinceye kadar mahalli belediyeleri, belediye olmayan yerlerde köy heveti ihtiyarileri himaye mecburdurlar. Hususi müesseseleri olmayan yerlerde belediyeler bu çocukları icap ederse bir ücret mukabilinde bakılmak ve büyütülmek üzere aileler nezdine verirler. Altı yaşından sonra bu çocukların himayesi ve tahsil ettirilmesi Maarif Vekâletince deruhde olunur.</p> <p>MADDE 162 - Nüfusu on binden fazla olan mahallerde belediyeler bir "Süt çocuğu muayene ve müşavere evi," tesis ederler. Bu müesseselerin vasf ve şartları ve vazifeleri Sıhhat Vekâletince tayin olunur. Nüfusu kırk binden fazla olan mahallerde bunlara merbut olmak üzere bir "Süt damlası" tesis edilir. Nüfusu yüz binden fazla olan mahallerde bu müesseseler ihtiyaca göre tezyit olunur.</p> <p>MADDE 165 - On yaşından aşağı çocuğun babası, anası veya öksüz olanlarda sair hisimleri tarafından hayat ve sıhhati ve ahlakını tehlikeye maruz bırakacak fena muameleye, teşviklere veya cebre duçar olduğu takdirde bunların belediye veya Devlet müesseselerine kabul edilmek üzere nezdinde bulunduğu kimselerden ayrılması caizdir.</p> <p>MADDE 166 - On iki yaşından aşağı çocukların yanlarında ebeveyni veya velileri olduğu halde dahi meyhanelere girmesi ve on sekiz yaşından aşağı gençlere her nevi spirtozu içki verilmesi veya satılması memnurdur.</p> <p>MADDE 167 - On iki yaşından aşağı çocukların, sinema ve tiyatro ve dans salonu ve bar gibi mahallere getirilmesi ve kabul edilmesi memnurdur. Altı yaşından yukarı olanların gündüzün terbiyevi veya hususi mahiyette olan sinema veya tiyatrolara getirilmesine müsaade olunabilir.</p> <p>MADDE 168 - Her şehir ve kasaba belediyeleri o şehir ve kasabanın vüsat ve nüfusunun adedine göre icap eden büyüklükte küçük çocukların temiz hava almasına mahsus bir veya mütaaddit bahçeler ve spor meydanları vücude getirmeğe mecburdurlar.</p>	<p>MADDE 158, 161, 162, 165, 166, 167 ve 168: Bu maddeler, özellikle çocuğun fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığını dikkate almakta, koruyucu önlemleri yasa ile belirlemektedir.</p>
	<p>MADDE 169 - Kız liselerinde ve orta tahsilli kız mekteplerinde mektep idarelerince münasip görülecek sınıflarda talebeye fenni çocuk bakımı usulleri nazari ve ameli surette öğretmek üzere haftada laaikal bir saatlik mahsus bir ders küşat olunur.</p>	<p>Madde 169: Kadınlara özgü işleri sadece kız çocuklara öğretilmesini öngörmesi, "toplumsal cinsiyet ayrımcılığı" olarak değerlendirilmiştir.</p>
	<p>İşçiler hıfzıssıhhası</p> <p>MADDE 173 - On iki yaşından aşağı bütün çocukların fabrika ve imalathane gibi her türlü sanat müesseseleriyle maden işlerinde amele ve çırak olarak istihdamı memnurdur. On iki yaş ile on altı arasında bulunan kız ve erkek çocuklar günde azami sekiz saatte fazla çalıştırılmaz.</p> <p>MADDE 174 - On iki yaş ile on altı yaş arasında bulunan çocukların saat yirmiden sonra gece çalışmaları memnurdur.</p> <p>MADDE 176 - Mahalli belediyelerince bar, kabare, dans salonları, kahve, gazino ve hamamlarda on sekiz yaşından aşağı çocukların istihdamı memnolunur.</p>	<p>Madde 173, 175, 176: Bu maddelerde de çocuğun sağlığının korunması dikkate alınmaktadır.</p>

Tablo 1. Mevzuatın Haritalaması (devam)

İlgili Yasa	Yasa Maddeleri	Sağlık hakkı bağlamında; eşitlik, toplumsal cinsiyet eşitliği, ayrımcılık yasağı, insan onuruna saygı, özgürlük, sağlık hizmetleri, hesap verebilirlik, katılım vurgusu
	<p>MADDE 177 - Gebe kadınlar doğumlarından önce üç ay zarfında çocuğunun ve kendisinin sıhhatine zarar veren ağır hizmetlerde kullanılmamaz. Doğduktan sonra 155'inci maddede tayin edilen muayyen muddet istirahatını mütaakip işe başlıyan emzikli kadınlara ilk altı ay zarfında çocuğunu emzirmek üzere mesai zamanlarında yarımşar saatlik iki fasıla verilir.</p> <p>MADDE 180 - Devamlı olarak en az elli işçi çalıştıran bütün iş sahipleri, işçilerinin sıhhi ahaline bakmak üzere, bir veya mütaaddit tabibin sıhhi murakabesini temine ve hastalarını tedavisi mecburdur. Büyük müessesatta veya kaza ihtimali çok olan işlerde tabip daimi olarak iş mahallerinde yahut civarında bulunur. Hastanesi olmayan mahallerde veya şehirler ve kasabalar haricinde bulunan yerlerdeki iş müesseseleri bir hasta odası ve ilk yardım vasıtalarını ihzar ederler. Yüzden beş yüze kadar daimi ameli olan müesseseler bir revir mahalli ve beş yüzden yukan ameli olanlar yüz kişiye bir yatak hesabıyla hastane açmağa mecburdurlar.</p> <p>Sıhhi İstatistik ve coğrafya ve propaganda MADDE 276 - Sıhhat ve İltimai Muavenet Vekaletine ait istatistik hizmetleri aşağıda gösterilmiştir: 1 - Doğum, evlenme, ölüm ve ölüm sebepleri. 2 - Kara, deniz, hava trafikleri üzerinde yapılan sıhhi tedbirler. 3 - Hastane, dispanser, sanatoryumlardaki ve sair tedavi müesseselerindeki hastalar ve zayıflar halinmekte bulunanlar. 4 - Sari ve istilai hastalıklar. 5 - Meslek hastaları. 6 - Memleketin sıhhi coğrafyasına ait malumat. 7 - Sıhhi ve iltimai hizmetlere taallük edip Yüksek Sıhhat Şurası tarafından tayin edilecek sair mesail. MADDE 278 - Devlet umumi istatistik dairesi her ay nihayetinde 276 nci maddede zikredilen hususlara mütaallik olup ittila hasil eylediği ihrai malumatı Sıhhat ve İltimai Muavenet Vekaletine verir. MADDE 279 - Bilümmum hususi hastaneler, sanatoryumlar, dispanserler müdürleri Sıhhat ve İltimai Muavenet Vekaletince talep edilecek istatistikleri muayyen mühletler dahilinde vermeye mecburdurlar.</p> <p>MADDE 280 - Sıhhat ve İltimai Muavenet Vekaleti sari ve salgın hastalıklardan korunma, çocuk büyüme ve sıhhi şartlar dairesinde yaşama gibi sıhhi meseleler halkı tenvir için kitap, levha, risale neşreder, sıhhi propaganda müessesatı yapar ve konferanslar veririr ve her nevi sinema filmleri gösterir. Bu gibi hizmetler meccanidir.İcabı takdirinde lazım gelen vasıtaları haiz seyyar sıhhi propoganda kolları teşkil olunur. (Ek: 22/9/1983 - 2890/2 md.) Ana sütü ile beslenmenin önem ve üstünlüğünün öğretilmesi, yaygınlaştırılması, süt çocukları ve küçük çocukları besleme yönteminin öğretilmesi konularındaki eğitim ve öğretim; halk eğitimi ve beslenme konularında uygulamalı eğitim yapan, gerçek ve tüzel kişilerle birlikte, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca uygulanır. Bu eğitim, ana sütü ile beslenmenin yaygınlaştırılmasını önleyici veya çocuk besinlerini reklam edici nitelikte olamaz. MADDE 281 - Bütün mekteplerde en son ilmi müktesebata tevfiқан hizassıhha dersi tedrisatı mecburidir. Bu dersler müteahhas zat tarafından tedris ve programları Maarif Vekaletiyle Sıhhat ve İltimai Muavenet Vekaleti tarafından müştereken tesbit olunur.</p>	<p>Madde 177: Gebelikte ve doğumdan sonra kadın ve çocuk sağlığını koruyucu önlemleri düzenlemektedir. Farklılık eşitliği</p> <p>Madde 180: Çalışanların sağlık hakkına vurgu yapan ve bu konuda işveren tarafından düzenlenecek koşulları vurgulamaktadır</p>
	<p>Madde 276, 278, 279: Kayıt bildirim, rapor etme "hesap verebilirlik" vurgulanmaktadır.</p>	<p>Madde 276, 278, 279: Kayıt bildirim, rapor etme "hesap verebilirlik" vurgulanmaktadır.</p>
	<p>Madde 280 ve 281: Sağlık hakkı, Sağlık eğitimi hakkı ve bilgiye erişim alma hakkı vurgulanmaktadır.</p> <p>UHK'nunun hizmet yaklaşımında "tanınan sağlık sorunları - dikkate alan o gruba koruyucu ve tedavi edici hizmetleri tanımlayan, gereksinimi fazla olanlara daha özel hizmet verilmesini vurgulayan maddeleri vardır. Ancak özel olarak toplumsal cinsiyet eşitliğini vurgulayan bir ifade yer almamaktadır.</p>	<p>Madde 280 ve 281: Sağlık hakkı, Sağlık eğitimi hakkı ve bilgiye erişim alma hakkı vurgulanmaktadır.</p> <p>UHK'nunun hizmet yaklaşımında "tanınan sağlık sorunları - dikkate alan o gruba koruyucu ve tedavi edici hizmetleri tanımlayan, gereksinimi fazla olanlara daha özel hizmet verilmesini vurgulayan maddeleri vardır. Ancak özel olarak toplumsal cinsiyet eşitliğini vurgulayan bir ifade yer almamaktadır.</p>

Tablo 1. Mevzuatın Haritalaması (devam)

İlgili Yasa	Yasa Maddeleri	Sağlık hakkı bağlamında: eşitlik, toplumsal cinsiyet eşitliği, ayrımcılık yasağı, insan onuruna saygı, özgürlük, sağlık hizmetleri, hesap verebilirlik, katılım vurgusu
<p>Çocuk Koruma Kanunu Kanun Numarası: 5395 Kabul Tarihi: 3/7/2005 Resmî Gazete 15.7.2005/25876</p>	<p>Amaç MADDE 1- (1) Bu Kanunun amacı, koruma ihtiyacı olan veya suça sürüklenen çocukların korunmasına, haklarının ve esenliklerinin güvence altına alınmasına ilişkin usul ve esasları düzenlemektir. Kapsam MADDE 2- (1) Bu Kanun, koruma ihtiyacı olan çocuklar hakkında alınacak tedbirler ile suça sürüklenen çocuklar hakkında uygulanacak güvenlik tedbirlerinin usul ve esaslarına, çocuk mahkemelerinin kuruluş, görev ve yetkilerine ilişkin hükümleri kapsar. MADDE 3- (1) Bu Kanunun uygulanmasında; (Bu madde altında yasadaki bütün tanımlar açıklanmaktadır). Örneğin, a) Çocuk: Daha erken yaşta ergin olsa bile, onsekiz yaşını doldurmamış kişi; Bu kapsamda, 1. Korunma ihtiyacı olan çocuk: Bedensel, zihinsel, ahlaki, sosyal ve duygusal gelişimi ile kişisel güvenliği tehlikede olan, ihmal veya istismar edilen ya da suç mağduru çocuğu, 2. Suça sürüklenen çocuk: Kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiili işlediği iddiası ile hakkında soruşturma veya kovuşturma yapılan ya da işlediği fiilden dolayı hakkında güvenlik tedbirine karar verilen çocuğu, ifade eder. Temel ilkeler MADDE 4- (1) Bu Kanunun uygulanmasında, çocuğun haklarının korunması amacıyla; a) Çocuğun yaşama, gelişme, korunma ve katılım haklarının güvence altına alınması, b) Çocuğun yarar ve esenliğinin gözetilmesi, c) Çocuk ve ailesinin herhangi bir nedenle ayrımcılığa tâbi tutulmaması, d) Çocuk ve ailesi bilgilendirilmek suretiyle karar sürecine katılmalarının sağlanması, e) Çocuğun, ailesinin, ilgililerinin, kamu kurumlarının ve sivil toplum kuruluşlarının işbirliği içinde çalışmaları, f) İnsan haklarına dayalı, adil, etkili ve süratli bir usul izlenmesi, g) Soruşturma ve kovuşturma sürecinde çocuğun durumuna uygun özel ihtimam gösterilmesi, h) Kararların alınmasında ve uygulanmasında, çocuğun yaşına ve gelişimine uygun eğitimi ve öğrenimini, kişiliğini ve toplumsal sorumluluğunu geliştirilmesini desteklenmesi, ı) Çocuklar hakkında özgürlüğü kısıtlayıcı tedbirler ile hapis cezasına en son çare olarak başvurulması, j) Tedbir kararı verilirken kuruma bakım ve kuruma tutmanın son çare olarak görülmesi, kararların verilmesinde ve uygulanmasında toplumsal sorumluluğun paylaşılmasının sağlanması, k) Çocukların bakılıp gözetildiği, tedbir kararlarının uygulandığı kurumlarda yetişkinlerden ayrı tutulmaları, l) Çocuklar hakkında yürütülen işlemlerde, yararlanma ve kararların yerine getirilmesinde kimsenin başkaları tarafından belirlenmemesine yönelik önlemler alınması, ilkeleri gözetilir. Koruyucu ve destekleyici tedbirler MADDE 5- (1) Koruyucu ve destekleyici tedbirler, çocuğun öncelikle kendi aile ortamında korunmasını sağlamaya yönelik danışmanlık, eğitim, bakım, sağlık ve barınma konularında alınacak tedbirlerdir. Bunlardan; a) Danışmanlık tedbiri, çocuğun bakımından sorumlu olan kişilere çocuk yetiştirme konusunda; çocuklara da eğitim ve gelişimleri ile ilgili sorunlarının çözümünde yol göstermeye, b) Eğitim tedbiri, çocuğun bir eğitim kurumuna gündüzlü veya yatılı olarak devamına; iş ve meslek edinmesi amacıyla bir meslek veya sanat edimme kursuna gitmesine veya meslek sahibi bir ustanın yanına yahut kamuya ya da özel sektöre ait işyerlerine yerleştirilmesine, c) Bakım tedbiri, çocuğun bakımından sorumlu olan kimsenin herhangi bir nedenle görevini yerine getirememesi halinde, çocuğun resmi veya özel bakım yurdu ya da koruyucu aile hizmetlerinden yararlandırılması veya bu kurumlara yerleştirilmesine, d) Sağlık tedbiri, çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığını koruması ve tedavisi için gerekli geçici veya süreki tıbbi bakım ve rehabilitasyonuna, bağımlılık yapan maddeleri kullananların tedavilerinin yapılmasına, (d) bendinde yazılı sağlık tedbir Sağlık Bakanlığı, tarafından yerine getirilir. e) Barınma tedbiri, barınma yeri olmayan çocuğu kimselere veya hayatı tehlikede olan hamile kadınlara uygun barınma yeri sağlamaya yönelik tedbirlerdir.</p>	<p>Çocuk Koruma kanunu: Bu inceleme kapsamına alınan bütün maddelerinde; Madde 1 - 6, 11 ve 45: Korunmaya muhtaç / suça itilmiş çocukların fiziksel, ruhsal özellikle de sosyal sağlıklarının korunması hakkı dikkate alınmaktadır. Bu yasadaki genel olarak çocuğun her tür sağlığı, dikkate alınarak tedbirler belirlenmiştir ancak yasadaki toplumsal cinsiyet eşitliğini işaret eden özel bir hüküm bulunmamaktadır. Ayrımcılık yasağı normu vardır. Yasa, çocuğa verilecek çeşitli hizmetlerde ilgili sektörlerin aralarındaki işbirliğini garantilemektedir.</p>

Tablo 1. Mevzuatın Haritalaması (devam)

İlgili Yasa	Yasa Maddeleri	Sağlık hakkı bağlamında; eşitlik, toplumsal cinsiyet eşitliği, ayrımcılık yasağı, insan onuruna saygı, özgürlük, sağlık hizmetleri, hesap verebilirlik, katılım vurgusu
<p>Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun</p> <p>Kanun No. 6284 Kurulma Tarihi: 8/3/2012 RG Tarih: 20.03.2012 Resmî Gazete Sayı: 28239</p>	<p>MADDE 6- (1) Adli ve idarî merciler, kolluk görevlileri, sağlık ve eğitim kuruluşları, sivil toplum kuruluşları, koruma ihtiyacı olan çocuğu Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumuna bildirmekle yükümlüdür. Çocuk ile çocuğun bakımından sorumlu kişilerle çocuğun koruma altına alınması amacıyla Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumuna başvurabilir.</p> <p>(2) Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kendisine bildirilen olaylarla ilgili olarak gerekli araştırma yapar.</p> <p>MADDE 11- (1) Bu Kanunda düzenlenen koruyucu ve destekleyici tedbirler, suçta sürüklenen ve ceza sorumluluğu olmayan çocuklar bakımından, çocuklara özgü güvenlik tedbirleri olarak anlaşılır. Tarafından yerine getirilir.</p> <p>MADDE 45- (1) Bu Kanunun 5'inci maddesinde yer alan koruyucu ve destekleyici tedbirlerden; (Her bakanlığa, sektöre verilen tedbirler için aşağıdaki hüküm yer almaktadır:2) Bakım ve barınma tedbirlerinin yerine getirilmesi sırasında ihtiyaç duyulan kolluk hizmetlerinin yerine getirilmesi, çocukların rehabilitasyonu, eğitimi ve diğer bakanlıkların görev alanına giren diğer hususlarla ilgili olarak Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumundan yapılan her türlü yardım ve destek talepleri Millî Eğitim Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, ilgili diğer bakanlıklar ile kamu kurum ve kuruluşları tarafından gerçekleştirilmesine yer verilir.</p> <p>(3) Bu tedbirlerin yerine getirilmesinde kurumların koordinasyonu Adalet Bakanlığınca sağlanır.</p> <p>MADDE 1 - (1) Bu Kanunun amacı; şiddete uğrayan veya şiddete uğrama tehlikesi bulunan kadınların, çocukların, aile bireylerinin ve tek taraflı ısrarlı takip mağduru olan kişilerin korunması ve bu kişilere yönelik şiddetin önlenmesi amacıyla alınacak tedbirlere ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.</p> <p>(2) Bu Kanunun uygulanmasında ve gereken hizmetlerin sunulmasında aşağıdaki temel ilkelere uyulur:</p> <p>a) Türkiye Cumhuriyeti Anayasası ile Türkiye'nin taraf olduğu uluslararası sözleşmeler, özellikle Kadınlarla Yönelik Şiddet ve Aile İç Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi ve yürürlükteki diğer kanuni düzenlemeler esas alınır.</p> <p>b) Şiddet mağdurlarına verilecek destek ve hizmetlerin sunulmasında temel insan haklarına dayalı, kadın erkek eşitliğine dayalı, sosyal devlet ilkesine uygun, adil, etkili ve süratli bir usul izlenir.</p> <p>c) Şiddet mağduru ve şiddet uygulayan için alınan tedbir kararları insan onuruna yaraşır bir şekilde yerine getirilir.</p> <p>ç) Bu Kanun kapsamında kadınlara yönelik şiddete dayalı önleyen ve kadınları cinsiyete dayalı şiddetten koruyan özel tedbirler ayrımcılık olarak yorumlanamaz.</p>	<p>Eşitlik, toplumsal cinsiyet eşitliği, kötü muamele yasağı, insan onuruna saygı, farklılık eşitliği</p>
	<p>Mülki amir tarafından verilecek koruyucu tedbir kararları</p> <p>MADDE 3 - (1) Bu Kanun kapsamında korunan kişilerle ilgili olarak aşağıdaki tedbirlerden birine, birkaçına veya uygun görülecek benzer tedbirlere mülki amir tarafından karar verilebilir:</p> <p>a) Kendisine ve gerekirse beraberindeki çocuklara, bulunduğu yerde veya başka bir yerde uygun barınma yeri sağlanması.</p> <p>b) Diğer kanunlar kapsamında yapılacak yardımlar saklı kalmak üzere, geçici maddi yardım yapılması.</p> <p>c) Psikolojik, meslekî, hukukî ve sosyal bakımdan rehberlik ve danışmanlık hizmeti verilmesi.</p> <p>(2) Hayatî tehlikesinin bulunması halinde, ilgilinin talebi üzerine veya resen geçici koruma altına alınması. Geçikmesinde sakınca bulunan hâllerde birinci fıkranın (a) ve (ç) bentlerinde yer alan tedbirler, ilgili kolluk amirlerince de alınabilir. Kolluk amiri evrakı en geç kararın alındığı tarihte takip eden ilk işgünü içinde mülki amirin onayına sunar. Mülki amir tarafından kırksekiz saat içinde onaylanmayan tedbirler kendiliğinden kalkar.</p>	<p>Sağlık hakkı, insan onuruna saygı, farklılık eşitliği</p>

Tablo 1. Mevzuatın Haritalaması (devam)

İlgili Yasa	Yasa Maddeleri	Sağlık hakkı bağlamında: eşitlik, toplumsal cinsiyet eşitliği, ayrımcılık yasağı, insan onuruna saygı, özgürlük, sağlık hizmetleri, hesap verebilirlik, katılım vurgusu
	<p>Hâkim tarafından verilecek önleyici tedbir kararları</p> <p>MADDE 5 – (1) Şiddet uygulamaları ilgili olarak aşağıdaki önleyici tedbirlerden birine, birkaçına veya uygun görülecek benzer tedbirlere hâkim tarafından karar verilebilir:</p> <p>a) Şiddet mağduruna yönelik olarak şiddet tehdidi, hakaret, aşağılama veya küçük düşürmeyi içeren söz ve davranışlarda bulunmaması.</p> <p>.....</p> <p>h) Korunan kişilerin buldukları yerlerde alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmaması ya da bu maddelerin etkisinde iken korunan kişilere ve bunların buldukları yerlere yaklaşmaması, bağımlılığının olması halinde, hastaneye yatmak dâhil, muayene ve tedavisinin sağlanması.</p> <p>ı) Bir sağlık kuruluşuna muayene veya tedavi için başvurması ve tedavisinin sağlanması.</p>	<p>Kötü muamele yasağı</p>
	<p>MADDE 7- Şiddet veya şiddet uygulanma tehlikesinin varlığı halinde herkesin bu durumu resmi makam veya mercilere ihbar edebileceği, ihbarı alan kamu görevlilerinin bu Kanun kapsamındaki görevlerini geciktirmeksizin yerine getirmek ve uygulanması gereken diğer tedbirlere ilişkin olarak yetkilileri haberdar etmekle yükümlü olduğu açıkça belirtilmiştir.</p> <p>Şiddet önleme ve izleme merkezlerinin kurulması</p> <p>MADDE 14 – (1) Bakanlık, gerekli uzman personelin görev yaptığı ve tercihen kadın personelin istihdam edildiği, şiddetin önlenmesi ile koruyucu ve önleyici tedbirlerin etkin olarak uygulanmasına yönelik destek ve izleme hizmetlerinin verildiği, çalışmalarını yedi gün yirmidört saat esasına göre yürüten, çalışma usul ve esasları yönetmelikle belirlenen, şiddet önleme ve izleme merkezlerini kurar.</p> <p>(2) Kurulan merkezlerde şiddetin önlenmesi ile koruyucu ve önleyici tedbirlerin etkin olarak uygulanmasına yönelik izleme çalışmaları yapılır ve destek hizmetleri verilir.</p>	<p>İşkence ve kötü muamele yasağı, hesap verebilirlik</p>
	<p>MADDE 15 – (1) Bu Kanun kapsamında şiddetin önlenmesi ve verilen tedbir kararlarının etkin olarak uygulanmasının izlenmesi bakımından şiddet önleme ve izleme merkezleri tarafından verilecek destek hizmetleri şunlardır:</p> <p>(2) Korunan kişilerle ilgili olarak şiddet önleme ve izleme merkezleri tarafından verilecek destek hizmetleri şunlardır:</p> <p>c) Psiko-sosyal ve ekonomik sorunların çözümünde yarım ve danışmanlık yapmak.</p> <p>d) Hâkimin isteği üzerine, kişinin geçmişi, ailesi, çevresi, eğitimi, kişisel, sosyal, ekonomik ve psikolojik durumu hakkında ayrıntılı sosyal araştırma raporu hazırlayıp sunmak.</p> <p>(3) Şiddet uygulayanla ilgili olarak şiddet önleme ve izleme merkezleri tarafından verilecek destek hizmetleri şunlardır:</p> <p>a) Hâkimin isteği üzerine; kişinin geçmişi, ailesi, çevresi, eğitimi, kişisel, sosyal, ekonomik ve psikolojik durumu ile diğer kişiler ve toplum açısından taşıdığı risk hakkında ayrıntılı sosyal araştırma raporu hazırlayıp sunmak.</p> <p>c) Teşvik edici, aydınlatıcı ve yol gösterici mahiyette olmak üzere kişinin;</p> <p>1) Örne kontrolü, stresle başa çıkma, şiddet önlemeye yönelik farkındalık sağlayarak tutum ve davranış değiştirmeyi hedefleyen eğitim ve rehabilitasyon programlarına katılmasına,</p> <p>2) Alkol, uyuşturucu, uçucu veya uyarıcı madde bağımlılığının ya da ruhsal bozukluğunun olması hâlinde, bir sağlık kuruluşunda muayene veya tedavi olmasına...</p>	<p>Sağlık hakkı</p>
		<p>Erişebilirlik, Sağlık hakkı,</p>

Tablo 1. Mevzuatın Haritalaması (devam)

İlgili Yasa	Yasa Maddeleri	Sağlık hakkı bağlamında; eşitlik, toplumsal cinsiyet eşitliği, ayrımcılık yasağı, insan onuruna saygı, özgürlük, sağlık hizmetleri, hesap verebilirlik, katılım vurgusu
<p>Hasta Hakları Yönetmeliği</p> <p>Resmi Gazete Tarihi: 01.08.1998 Resmi Gazete Sayısı: 23420</p>	<p>Sağlık giderleri MADDE 19- (1) Bu Kanun hükümlerine göre hakkında koruyucu tedbir kararı verilen kişilerden genel sağlık sigortalısı olmayan ve genel sağlık sigortalısının bakımına yükümlü olduğu kişi kapsamına da girmeyen veya genel sağlık sigortalısı prim borcu sebebiyle fiilen genel sağlık sigortalısından yararlanmayan ya da diğer mevzuat hükümleri gereğince tedavi yardımımdan yararlanma hakkı bulunmayanlar; bu hâllerin devamı süresince, 31/5/2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 60'ncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendininin (1) numaralı alt bendi kapsamında, gelir testine tabi tutulmaksızın genel sağlık sigortalısı sayılır. (2) Bu Kanun hükümlerine göre hakkında önlüğü tedbir kararı verilen kişinin aynı zamanda rehabilitasyonun veya tedavi edilmemesinin gerekli olduğuna karar verilmesi hâlinde, genel sağlık sigortalısı kapsamında karşılanmayan rehabilitasyon hizmetlerine yönelik giderler ile rehabilitasyon hizmetleri kapsamında verilmesi gereken diğer sağlık hizmetlerinin giderleri Bakanlık bütçesinin ilgili tertiplerinden karşılanır.</p>	<p>Erişebilirlik, sağlık hakkı</p>
	<p>MADDE 1- Bu Yönetmelik; temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansımaları olan ve başta Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda, diğer mevzuatta ve milletlerarası hukuki metinlerde kabul edilen "hasta hakları"ni somut olarak göstermek ve sağlık hizmeti verilen bütün kurum ve kuruluşlarda ve sağlık kurum ve kuruluşları dışında sağlık hizmeti verilen hallerde, insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin "hasta hakları"ndan faydalanabilmesine, hak ihallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair üstü ve esaslar düzenlemek amacı ile hazırlanmıştır.</p>	<p>Yönetmelik, sağlık hakkının gerçekleştirilebilmesi konusunda uluslararası normlara ve standartlara (erişilebilirlik, katılım, hastaların gizliliği ve mahremiyetin korunması, hesap verebilirlik normlarının tümüne) göndermeler yapmaktadır. Kapsamı, insan ve hasta haklarını dikkate alan bir yönetmeliktir. Haklar bağlamında normları dikkate alan bu yönetmeliğin eksikliği eşitliği dikkate alsa da toplumsal cinsiyet eşitliğinin, toplumsal cinsiyet ayrımcılığının dikkate alınmaması ve buna yönelik önlemlerin özel olarak vurgulanmamış olmasıdır. Bu yönetmelikte vurgulan ve belirtilenlerle ilgili, Türkiye'de en önemli husus sağlık personeli bu yönetmelik maddelerinden haberdar olsa da, toplum, hastaların bu yönetmelikten ne ölçüde haberdar olduğunu araştırılması gerekmektedir.</p>
	<p>İlkele MADDE 5- Sağlık hizmetlerinin sunulmasında aşağıdaki ilkelere uyulması şarttır: a) Bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde yaşama hakkının, en temel insan hakkı olduğu, hizmetin her safhasında daima gözönünde bulundurulur. b) Herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkını haiz olduğu ve hiçbir merci veya kimsenin bu hakkı ortadan kaldırmak yetkisinin olmadığı bilinenek, hastaya insanca muamelede bulunulur. c) Sağlık hizmetinin verilmesinde, hastaların, ırk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç ve ekonomik ve sosyal durumları ile sair farklılıkları dikkate alınmaz. Sağlık hizmetleri, herkesin kolayca ulaşabileceği şekilde planlanıp düzenlenir. d) Tıbbi zorunluluklar ve kanunlarda yazılı haller dışında, rızası olmaksızın kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına dokunulamaz. e) Kişi, rızası ve Bakanlığın izni olmaksızın tıbbi araştırmalara tabi tutulamaz. f) Kanun ile müsaade edilen haller ile tıbbi zorunluluklar dışında, hastanın özel hayatının ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz.</p>	<p>MADDE 5: sağlık hakkı ve ayrımcılık yasağı</p>
	<p>Adalet ve Hakkaniyete Uygun Olarak Faydalanma MADDE 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13 Bilgi isteme, sağlık kuruluşu ve personeli seçme, tıbbi gereklere uygun teşhis tedavi ve bakım, tıbbi gereklilikler dışın amüddhale yasağı, ötenazi yasağı, tıbbi özen gösterme)</p>	<p>İnsan onuruna saygı, erişilebilirlik, bilgiye erişim, katılım, hesap verebilirlik, kabul edilebilirlik</p>

Tablo 1. Mevzuatın Haritalaması (devam)

İlgili Yasa	Yasa Maddeleri	Sağlık hakkı bağlamında; eşitlik, toplumsal cinsiyet eşitliği, ayrımcılık yasası, insan onuruna saygı, özgürlük, sağlık hizmetleri, hesap verebilirlik, katılım vurgusu
	<p>Sağlık Durumu ile İlgili Bilgi Alma Hakkı MADDE 15, 16, 17, 18, 19 (Bilgilendirmenin kapsamı, kayıtları inceleme ve düzenlenmesini isteme, bilgi vermenin usulü, bilgi verilmesi caiz olmayan durumlar, bilgi verilmesini yasaklama)</p> <p>Hasta haklarının korunması MADDE 21, 22, 23, mahremiyete saygı gösterilmesi, bilgilerin gizliliği; nza olmaksızın tıbbi ameliyeye tabi tutulmama)</p>	<p>Erişilebilirlik, Katılım, hesap verebilirlik</p>
	<p>Müracaat, Şikayet ve Dava Hakkı MADDE 42- Hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikayet ve dava hakları vardır. Hasta Hakları Birimleri¹²⁷ Hasta Hakları Kurulları, Sertifikalı Eğitim MADDE 42/B - (Ek:RG-8/5/2014-28994) Hasta hakları uygulamalarının yürütülmesi amacıyla sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde (Değişik ibare:RG-23/12/2016-29927) hasta hakları birimleri oluşturulur.</p>	<p>Katılım, hesap verebilirlik, insan onuruna saygı</p> <p>Hesap verebilirlik</p>

Sağlık hakkının kullanılması ile ilgili uluslararası normlar ve tıp etiği çerçevesinde, çelişkili olan maddelerden biri bireylerin onamı olmadan tıbbî müdahalenin gerçekleştirilmesini yasaklayan Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’un 70. maddesidir. Bu madde, hekim ve dış hekimlerinin tıbbî müdahaleden önce hastanın onamını almaları zorunluluğu olduğunu düzenler. Bu maddede, sağlık hakları bağlamında dikkat çekici olan durum, hukuka göre küçük kabul edilenlerin yasal temsilcilerinin onamı olmadan tıbbî müdahale talebinde bulunamamasıdır. Aynı yaklaşım, **2827 Sayılı NPHK’da**, 5. maddede bulunmaktadır. Bu kanunda da diğerine paralel biçimde; küçüklerin düşük hizmetlerinden yararlanabilmesi için kendi onamlarının yanında velilerinin de onamı gerekmektedir. Hasta Hakları Yönetmeliği’nin hastanın tıbbî müdahalelere ilişkin rızasını düzenleyen 24. maddesinde de “Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunmadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.” denmektedir. Bu maddelerin kapsamında, kimin küçük sayılacağı konusunda bir belirleme yoktur. Dolayısıyla, Medeni Kanun’un 18 yaşını doldurmayan herkesin küçük kabul edildiği hükmü geçerli olmaktadır (Madde 11) (Sert, 2013).

Bu yasal düzenlemelere göre, 18 yaşını doldurmayan kişinin, tıbbî müdahalelere tek başına onam veremeyeceği sonucu çıkmaktadır. Düzenlemelerin hukuken küçükler arasında bir ayrıma gitmemesinin, 10 yaşındaki bir çocuk ile 16 yaşındaki bir çocuk arasında tıbbî müdahaleye onam verme konusunda bir ayrıma gidilememesi sonucunu doğurduğu ve bu durumun, gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanmaları açısından etik ve yasal sorunlar getireceği uzmanlar tarafından vurgulanmaktadır (Sert, 2013). Yasal düzenlemelerde yer alan bu hükümlerin tıp etiği açısından getirdiği sorunlara, hastadan başkasının bilgilendirilmesi, mahremiyet, gizlilik ilkeleri bağlamında sorunlar da eklenmektedir. Bireyin, gerçekleştirilecek tıbbî müdahaleye onam verebilmesi için, kendi sağlık durumu, gerçekleştirilecek girişimler, bunların getirileri ve riskleri konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir. Onamın geçerliliğinin bir başkasına tâbi tutulduğu durumlarda, hastadan başka kişilerin de -örneğin velilerin- bilgilendirilmesi gündeme gelecektir. Bu durum, hastanın mahremiyet hakkı ile bağdaşmamaktadır. Belirtilenlerin hem CYBE’lerin önlenmesi, hem de gençlerin üreme ve cinsel sağlık hizmetlerinden yararlanmalarında ve sağlık hizmetlerinin sunumu bağlamında ulusal sözleşmelere uygunluğunun dikkate alınması gerekmektedir.

B. İlgili Politikaların Haritalaması: Politika Belgelerinin İnsan Hakları Belgeleriyle Uyumunun Tespiti (Yapısal İzleme)

Bu bölümde, Türkiye’de sağlıkta toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasında rol alan kamu kurumlarına, bu kurumların misyon ve vizyonlarına ve varsa konuyla ilgili politika belgelerine (stratejik plan ve eylem planı gibi) yer verilmiştir. Bu bölümde amaç, ilgili kurumların web-sitelerinden elde edilen söz konusu bilgi ve belgelerin toplumsal cinsiyet eşitliği normunu ne kadar yansıttığı ve hangi kapsayıcılıkta toplumsal cinsiyet eşitliğini ele aldığını incelemektir. (Merkezî kamu kurumu ve politika belgeleri ile ilgili ayrıca bkz. Ek 4)

B.1. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı

Misyon: Birey, aile ve toplum refahını artırmak amacıyla dezavantajlı kesimler öncelikli olmak üzere tüm toplumu hedefleyen katılımcı anlayışla, adil ve arz odaklı bütüncül sosyal politikalar üretmek, uygulamak ve izlemek.

Vizyon: Türkiye’nin 2023’e doğru tarihsel yürüyüşünde, mutlu birey ve güçlü ailelerden oluşan müreffeh bir toplum için, zamanın ruhunu yakalayan, değişimi yönetebilen ve buna yönelik dönüşümü gerçekleştiren, sosyal riskleri önleyici sosyal politikalar geliştiren ve uygulayan bir bakanlık olmak.

ASPB misyon ve vizyonunda toplumsal cinsiyet eşitliğine yer verilmemiştir. Kurumun 2013-2017 Stratejik Planı bulunmaktadır ancak Stratejik Plan içeriğinde toplumsal cinsiyet eşitliği ifadesi kurumlarda yeterli toplumsal cinsiyet bakış açısının olmadığı yönünde bir vurguyla belirtilmiş ancak toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması bir hedef olarak yer almamıştır.⁴²

B.1.1. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ulusal Eylem Planı (2008-2013)

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’na bağlı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü tarafından yayımlanan 2008-2013 Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Eylem Planı bulunmaktadır. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ulusal Eylem Planı’nda Türkiye’nin imzalamış olduğu tüm uluslararası insan hakları sözleşmeleri, Dünya Nüfus ve Kalkınma Konferansı Eylem Planı, Dördüncü Dünya Kadın Konferansı Eylem Planı ve Pekin Deklarasyonu gibi uluslararası karar ve tavsiyeler, yine Avrupa Birliği’ne uyum sürecinde Türkiye’nin ulusal mevzuatını uyumlaştırması gereken kadın-erkek eşitliği ile ilgili AB direktifleri belirtilerek, Türkiye’nin bu sözleşmeler ve belgeler doğrultusunda politikalar geliştirmeyi, yasal düzenlemeler yapmayı ve bu yasaları uygulamaya geçirmeyi taahhüt ettiği belirtilmiştir. Eylem Planı’nın bu tavsiyeler ve sözleşmelere uygun olarak hazırlandığı söylenebilir.

Eylem Planı’nda; eğitim, ekonomi, yoksulluk, yetki ve karar alma mekanizmaları, sağlık, medya ve çevre olmak üzere yedi alanda hedef ve stratejilere yer verilmiştir. Sağlık alanında toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasına ilişkin stratejilerin kadınların sağlık hizmetlerine erişim koşulları ve verilen hizmetlerin kalitesinin iyileştirilmesi için politika geliştirme dâhil gereken tüm önlemlerin alınması; sağlık konusunda doğru davranış ve tutum geliştirilmesi, kadın sağlığına ilişkin araştırmalar, bilimsel çalışmaların ve bilgilerin yaygınlaştırılması gibi 3 ana hedef altında toplandığı görülmektedir. Planda yer alan üç temel hedef ve bu hedeflere ilişkin stratejiler aşağıda listelenmiştir.

42 <http://sgb.aile.gov.tr/data/5434f94f369dc31d48e42de7/ASPb%202013-2017%20%20strateji%20planı.pdf>

Hedef 1: Kadınların sağlık hizmetlerine erişim koşulları ve verilen hizmetlerin kalitesinin iyileştirilmesi için politika geliştirme dahil gereken tüm önlemler alınacaktır.

- 1.1. Kadınların sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırmak üzere politikalar geliştirilmesi, mevzuat ve idari düzenlemelerin gözden geçirilmesi
- 1.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile uygulamasına başlanan Aile Hekimliği sisteminde kadın sağlığına ağırlıklı olarak yer verilmesi
- 1.3. Engelli kadınların sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırıcı politikalar geliştirilmesi
- 1.4. Gebe ve emziren kadınlar başta olmak üzere tüm kadınların maruz kaldıkları çevresel ve mesleki sağlık risklerinin ortadan kaldırılması için politikalar geliştirilmesi
- 1.5. Kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını desteklemek üzere Aile Danışma Merkezi, Toplum Merkezleri, ÇATOM ve Halk Eğitim Merkezleri gibi ağırlıklı olarak kadınlara hizmet sunan kuruluşların sayıca artırılması, bu kuruluşlarda görev yapan personelin toplumsal cinsiyet duyarlılığına sahip olması amacıyla bilinç artırıcı programlar geliştirilmesi
- 1.6. Sağlık kuruluşlarında kadınların yoğun olarak karşılaştıkları hastalıklara (menopoz sonrası kemik erimesi, üreme sistemi kanserleri gibi) özel teşhis ve tedavi birimlerinin yaygınlaştırılması
- 1.7. Kadın sağlığına yönelik erken tanı ve tarama programları geliştirilmesi
- 1.8. Genç, erişkin ve ileri yaşta kadın gruplarına yönelik sağlık politikaları ve destek programları geliştirilmesi
- 1.9. İleri yaşta kadınlara yönelik kurumsal ve hizmet amaçlı destek mekanizmalarının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması
- 1.10. Sağlık personeli yetiştiren fakülte ve yüksekokulların müfredatlarında toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadına yönelik şiddet konularının yer alması
- 1.11. Sağlık Bakanlığı personeli arasından oluşturulacak eğitici havuzu ile tüm illerde sağlık personeline toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadına yönelik şiddet konularında duyarlılık eğitimi verilmesi
- 1.12. Sağlık Sektörü İçin Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı (2005-2015) hedefleri doğrultusunda kırsal alanlar öncelikli olmak üzere tüm Türkiye'de anne ölümlerinin azaltılması

Hedef 2: Sağlık konusunda doğru davranış ve tutum geliştirilecektir.

- 2.1. Kadınların sağlık hizmetlerine erişiminin önemini vurgulayan bilinçlendirme çalışmaları yapılması
- 2.2. Kadınların üreme sağlığı başta olmak üzere genel sağlık konuları hakkında bilinçlendirilmesi
- 2.3. Erkeklerin aile planlaması, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve üreme sağlığı başta olmak üzere kadın sağlığı konusunda bilinçlendirilmesi
- 2.4. Kadın sağlığı konusunda eğitim ve bilinçlendirme etkinliklerinde uzmanlaşmış STK'ların yer alması
- 2.5. Engelli kadınlara sağlık eğitimi verilmesine ilişkin çalışmalar yapılması
- 2.6. Erken evliliklerin ve akraba evliliklerinin kadın ve çocuk sağlığına olumsuz etkileri hakkında toplumun bilinçlendirilmesi

Hedef 3: Kadın sağlığına ilişkin araştırmalar, bilimsel çalışmalar ve bilgiler yaygınlaştırılacaktır.

- 3.1. Kadın sağlığı araştırmalarının yaygınlaştırılması ve desteklenmesi
- 3.2. Tüm sağlık istatistiklerinin cinsiyet temelli olarak tutulmasının sağlanması

Eylem planındaki hedefler ve stratejilerin insan hakları belgelerine, toplumsal cinsiyet eşitliği, farklılık eşitliği normlarına uygun olarak şekillendirildiği görülmektedir. Ayrıca, kadınların sağlık hizmetlerine erişebilirliğinin önündeki engeller göz önünde bulundurularak politika ve

mevzuatın geliştirilmesi gibi yapısal değişiklik ihtiyaçlarına dikkat çekilmiştir. Engelli kadınların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırılmasına, gebe ve emziren kadınlar dâhil tüm kadınların çevresel ve mesleki risklerinin ortadan kaldırılmasına yönelik politikalar geliştirilmesi gerekliliği gibi özel grupların sağlık hizmet ihtiyaçlarına değinilmesi de ayrıca önemlidir. Genç erişkin ve ileriki yaştaki kadınlara yönelik hizmet ve politikaların geliştirilmesi vurgusuyla, planda sağlıkta yaşam boyu yaklaşımı dikkate alınmıştır. Planda “kadınlar” homojen bir grup olarak yer almamış engellik, ileri yaş, genç ve erişkin kadınlar; gebe ve emziren kadınlar, kırsal bölgede yaşayan kadınlar gibi farklı gruplara işaret edilmiştir. Bu vurgu oldukça önemli olmakla birlikte, planda özel gruplar insan hakları belgelerinde belirtildiği kapsayıcılıkta yer almamıştır.

Sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyete duyarlılığının artırılması amacıyla bilinç artırmaya yönelik programların geliştirilmesi, kadınlara yönelik şiddet ve erken evliliklere değinilmesi ve bunların sağlık sonuçlarına vurgu yapılması, toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadınlara yönelik şiddet konularının sağlık personeli yetiştiren fakülte ve yüksek okullarının müfredatında yer verilmesi gibi stratejiler oldukça önemlidir. Yine, özellikle kadınlarda yoğun olarak görülen sağlık sorunları olan kemik erimesi, üreme sistemi kanserleri gibi hastalıklara planda dikkat çekilmesi, erken tanı ve tarama programlarına yer verilmesi, anne ölümlerinin azaltılması gibi hedefler kadın sağlığının geliştirilmesi açısından öne çıkan konulardır. Üreme sağlığı ve aile planlamasında erkeklerin katılımını vurgulaması üreme sağlığının sadece kadınları ilgilendiren ve kadınların sorumluluğunda bir alan olarak görülmesinin dışına çıkılması açısından önemlidir. Ancak planda cinsel sağlığa, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar vurgusu dışında değinilmemiştir. Dolayısıyla planda sadece üreme odaklı bir bakış olduğu görülmektedir.

Sağlık araştırmalarının yapılması ve tüm sağlık istatistiklerinin cinsiyet temelli olarak tutulmasının sağlanması, kadın sağlığı ile ilgili yapılacak bilinçlendirme faaliyetlerinde kadın sağlığı alanından uzmanlaşmış STK’ların katılımının sağlanması gibi stratejiler uluslararası insan hakları belgelerinde genelde ortak olarak vurgulanan ve uluslararası norm ve standartlarla uyumlu, sağlık alanında eşitliğin sağlanmasında sıklıkla vurgulanan stratejilerdir.

Bu yönleriyle TCE Eylem Planı, kapsayıcılığı konusunda bazı eksiklikleri olsa da genel olarak insan hakları belgeleri temelinde yapılandırılmış bir belgedir. Planın uygulama süresi 2013 yılında dolmuştur. 2014-2018 yıllarını kapsayacak olan TCE Eylem Planı’nın yenilenmesi amacıyla 2014 yılında **KSGM**’nin koordinasyonu ve birçok sektörün katılımıyla yeni eylem planı üzerinde çalışılmış⁴³ ancak bu çalışmalar sonucunda Haziran 2018’de uygulamaya giren Kadının Güçlenmesi Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2018-2023 bu raporun kapsamına alınamamıştır.

B.2. Sağlık Bakanlığı

Misyon: İnsan merkezli yaklaşımla birey ve toplum sağlığını en üst düzeyde korumak, sağlık sorunlarına zamanında, uygun ve etkili çözümleri sunmak”

Vizyon: Sağlıklı hayat tarzının benimsendiği ve herkesin sağlık hakkına kolayca eriştiği Türkiye.

43 <http://kadininstatusu.aile.gov.tr/haberler/toplumsal-cinsiyet-esitligi-ulusal-eylem-planı-20142018>

Sağlık Bakanlığı misyon ve vizyonunda toplumsal cinsiyet eşitliği vurgusu bulunmamaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ilgili iki politika belgesi Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı ve Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Stratejik Planı, toplumsal cinsiyet eşitliği vurgusu yönüyle ayrıntılı olarak aşağıda incelenmiştir.

B.2.1. Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı (2013-2017)

Nihaî amacı, hakkaniyetli şekilde halkın sağlığını korumak ve iyileştirmek olarak belirtilmiş olan Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı 2013-2017 yıllarını kapsayacak şekilde hazırlanmıştır. Planda DSÖ ve Avrupa 2020 sağlık stratejilerinin temel alındığı belirtilmiştir.

Stratejik Planda dört stratejik amaca yer verilmiştir. Bunlar; sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek; birey ve topluma erişilebilir, uygun, etkili ve etkin sağlık hizmetleri sunmak; insan merkezli ve bütüncül yaklaşımla bireylerin sağlık ihtiyaçlarına ve beklentilerine cevap vermek ve Türkiye’nin ekonomik ve sosyal kalkınmasına ve küresel sağlığa katkı aracı olarak sağlık sistemini geliştirmeye devam etmek olarak belirtilmiştir. Planda her bir stratejik amaçla bağlantılı hedefler ve stratejilere yer verilmiştir. Bu hedef ve stratejilerden sağlıkta toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasına yönelik olanlar aşağıda belirtilmiştir.

3.2.4. Toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadına yönelik şiddetle mücadele kapsamında sağlık hizmetlerini iyileştirmek

- Toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadına yönelik şiddet konusunda Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve diğer ilgili kurumlarla işbirliği yapmak
- Toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadına yönelik şiddet konusunda sağlık personelinin farkındalığını artırmak için eğitim ve seminerler düzenlemek
- Sağlık kurumlarında, kadına yönelik şiddetle mücadele kapsamında danışmanlık, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin yaygınlığını ve kalitesini artırmak

Bununla birlikte, üreme sağlığı ve anne sağlığını geliştirmek hedef başlıkları altında önemli hedefler yer almaktadır.

1.4.1. Üreme sağlığını geliştirme programları ve faaliyetleri aracılığıyla bireysel davranışları değiştirmek

- Üreme sağlığı konusundaki farkındalığı artırmak ve sağlıklı davranışları teşvik etmek amacıyla kampanyalar düzenlemek, özel gün ve haftalarda etkinlikler düzenlemek, öğrencilere ve er/erbaşlara yönelik etkinlikler düzenlemek

1.4.2. Üreme sağlığı hizmetlerini iyileştirmek

- Üreme sağlığı hizmet sunumunda birey ile sağlık personelinin iletişimini geliştirmek için eğitim materyali hazırlamak
- Üreme sağlığı hizmetlerini bireylerin ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde modernize etmek
- Sağlık kurumları tarafından verilen üreme sağlığı hizmetlerini güçlendirmek

- 24 saat ücretsiz hizmet veren üreme sağlığı danışma hattı kurmak

1.4.3. Düşük konusundaki üreme sağlığı hizmetlerini iyileştirmek

- Düşüklerin doğum kontrol yöntemi olarak kullanılmasını azaltmak için eğitim ve bilgilendirme çalışmaları yapmak, Tıbbî ve istenmeyen düşük yapan kadınlara psikolojik destek sağlamak

1.4.4. Sektörler arası işbirliği ile evlilik öncesi danışma hizmetlerinin etkililiğini iyileştirmek

- Üreme sağlığı konusundaki farkındalığı artırmak ve sağlıklı davranışları teşvik etmek kapsamında evlilik öncesi danışmanlık hizmetlerine destek sağlamak

HEDEF 2.2. Anne, çocuk ve ergen sağlığını korumak ve geliştirmek

2.2.1. Anne sağlığını korumak ve geliştirmek

- Hamilelik ve doğumla ilgili sürveyans sistemini iyileştirmek
- Güvenli annelik hizmetleri kapsamında mevcut bakım yönetim rehberlerini iyileştirmek ve uygulamak
- 15-49 yaş kadın izlemlerine yönelik hizmet sunumunu iyileştirmek
- Hamile ve emziren kadınlara vitamin ve mineral takviye programlarını iyileştirmek ve sürdürmek
- Misafir anne programını iyileştirmek ve sürdürmek
- Acil obstetrik bakım programlarını iyileştirmek ve sürdürmek
- Tüm doğumların güvenli ortamda yapılmasını sağlamak amacıyla anne dostu doğum ve hastane programını yaygınlaştırmak
- Tıbbî endikasyonsuz sezaryen doğum oranını azaltmak için yapısal (altyapı, insan kaynağı, teknoloji vb.) düzenlemeler yapmak
- Bebeklerin ilk 6 ay sadece anne sütü alması, 6 ay-2 yaş arasında ise ek gıdalarla birlikte anne sütüne devam edilmesi farkındalığını artıracak eğitimler ve kampanyalar düzenlemek

2.3.4. Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerini iyileştirmek

Hamilelere psikososyal destek sağlama programlarını iyileştirmek

3.2.6. Düşük ekonomik düzeye sahip bireylere sunulan sağlık hizmetlerini iyileştirmek

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile işbirliği yaparak 0-6 yaş grubu çocuklar ve hamilelere yapılan şartlı sağlık yardımlarını iyileştirmek

4.6.3. Sağlıkta uluslararası öneme haiz konularda diğer ülkelere örnek olmak

Anne ve çocuk sağlığı göstergelerini kısa sürede iyileştirebilme konusunda örnek olmak

SB Stratejik Planı’nda toplumsal cinsiyet eşitliğine ilişkin hedeflerin (ASPB ile toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması konusunda işbirliği, konuyla ilgili personelin eğitimi, kadına yönelik

şiddetle mücadele kapsamındaki hizmetlerin yaygınlığını ve kalitesini artırmak) vurgulanması oldukça önemlidir ancak belirtilen stratejiler sağlık alanında toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması için oldukça kısıtlı kalan stratejilerdir. Yine üreme sağlığında hizmet sunumuyla ilgili olarak; öğrencilere ve erlere eğitim, 24 saat hizmet verecek bir üreme sağlığı hattı, genç dostu sağlık hizmeti modeli gibi hedefler insan hakları belgeleriyle uyumlu stratejik hedeflerdir.

Stratejik plan, hizmet sunumun ve sağlık sunumun geliştirilmesi hedefleri çerçevesinde mevcudiyet, erişebilirlik, kalite normlarına vurgu yapmaktadır. Engelli, yaşlı, düşük sosyal ekonomik düzey gibi farklı grupların ihtiyaçlarına yönelik özel önlemler de stratejilerde içerilmiştir. Bireyin kendi sağlığı ile ilgili kararlara aktif katılımını sağlamak için rolünü güçlendirmek, sağlık hizmet sunumunun izlenmesi, değerlendirilmesi ve kanıta dayalı karar almak için sağlık bilgi sistemlerini geliştirmek hedefleri gibi hedeflerle de katılım ve hesap verebilirlik normları planda vurgulanmıştır.

Planın kadın sağlığı bağlantılı hedeflerinde kadının daha çok gebelik, gebelik dönemi ve düşük yapma bağlantılı ele alındığı, toplumsal cinsiyet eşitliğine ilişkin hedeflerin de çok sınırlı bir alanda kaldığı görülmektedir. Planın, sağlığın tüm alanlarında toplumsal cinsiyet eşitliği normu çevresinde hizmet yapılması/sunumu/izlemesine ilişkin bir dönüşümü içermediği görülmektedir. Stratejik planın amaçlarında ya da hedeflerin ayrıntılarında kadın, sağlığı yönünden özelliği olan genel sağlık konularında “diyabet, bulaşıcı hastalıklar, bulaşıcı olmayan hastalıklar (kanserler, post menopozal ortaya çıkabilecek durumlar vb) gibi konularda cinsiyet eşitsizliklerine veya cinsiyet dayalı farklı hizmet gereksinimi ve buna yönelik ne hedeflendiği konusuna yer verilmemiştir. Toplumsal cinsiyet eşitliği dikkate alınmış ancak bütünlüklü bir anlayışı yansıtacak şekilde plana entegre edilmemiştir.

2013-2017 Sağlık Stratejik Planı, kuramsal olarak iyi hazırlanmış sağlığı teorik olarak birçok yönüyle ele alan bir stratejik plan olma amacıyla hazırlansa da, planla ilgili 3 önemli noktanın altının çizilmesi gerekmektedir. Birincisi, bu stratejik plan sağlık sektörü tarafından yeterli düzeyde bilinmemektedir. İkincisi belirtilen hedeflerin bazıları ideal yol gösterici olsalar da pek çoğu uygulamalarda yer almamaktadır. Üçüncü ise, toplumsal cinsiyet faktörünü sınırlı ele alan kadın sağlığının üreme sağlığı dışındaki özel ve ayrıcalıklı yönlerini göz ardı eden bir plandır.

B.2.2. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı (CS/ÜS-USEP, 2005 - 2015)

Türkiye’de cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili stratejik plan oluşturulmasına UNKK ile eş zamanlı olarak ve Türkiye’nin de imzalayıp onayladığı konferans sonuç kararları esas alınarak, geniş bir sektörlerarası iş birliği ile başlanmıştır. İlki 1996 yılında yapılmış olan Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejik Eylem Planı’nın sonucusu, 2005 yılında 2005-2015 yıllarını kapsayacak şekilde yapılmıştır. Konuyla ilgili daha güncel bir plan henüz hazırlanmamıştır.

Plan, Türkiye’nin cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinin resmi programı olması ve belli bir dönemi kapsayarak bu hizmetleri planlaması açısından önemlidir. Planda belirtilen görüşler Türkiye’de üreme haklarında en azından teorik açıdan geline nokta açısından fikir verici olmaktadır.

Plan incelendiğinde, programın giriş bölümünde yapılan nüfus planlaması, aile planlaması, kadın sağlığı, üreme sağlığı, cinsel sağlık ile ilgili açıklamalar planın cinsel haklar ve üreme hakları bağlamındaki uluslararası gelişmeler çerçevesinde şekillendirildiğini ve uluslararası yaklaşımların planın yazım sürecinde dikkate alındığını göstermektedir. Programda cinsel sağlık ve üreme sağlığının, nüfus ve kalkınma ile ilişkisine ve toplumsal cinsiyet eşitliğinden ayrı düşünülmemeyeceğine vurgu yapılmıştır. Üreme hakları açısından önemli bir kırılma noktası olan UNKK'nin bakış açısına uygun yaklaşımlara yer verilmiştir. **Planda, cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetleri açısından Türkiye'de öncelikli konular,**

- Anne ölümlerinin yüksek olması
- İstenmeyen gebeliklerin fazla olması,
- CYBE/HIV/AIDS sıklığının artıyor olması,
- Gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı düzeylerinin düşük olması,
- Cinsel sağlık ve üreme sağlığı açısından bölgeler ve yerleşim birimleri arasındaki eşitsizliklerin varlığı olarak belirtilmiştir.

Cinsel sağlık ve üreme sağlığı açısından öncelikli sorunlarla ilgili müdahale alanları ise; güvenli annelik; aile planlaması; cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar; adolesan CSÜS; erkeklerde CSÜS ile ilişkili sorunlar; infertilite; postmenopozal durumlar; yaşlılıkta CSÜS; üreme sistemi kanserleri (meme ve serviks kanseri başta olmak üzere); kadın ticareti; cinsel taciz ve cinsiyet temelli şiddet; göçmen mülteci vb. gruplarda sağlık ve üreme sağlığı sorunları olarak belirlenmiştir. Toplumsal cinsiyet faktörü ve haklar bu planda kesişen konu olarak ilgili tüm alanlarda dikkate alınmıştır.

Planda, cinsel sağlık ve üreme sağlığına, bireyin ihtiyaçlarını ön plana çıkaran ve üreme, kadın sağlığı, aile planlaması kavramlarını birleştiren bir kavram olarak yer verilmektedir. Burada cinsel sağlık ve üreme sağlığının, nüfus ve kalkınma ve toplumsal cinsiyet ile bağlarının bulunduğu işaret edilmiştir. Ayrıca önceleri kadın sağlığı ve aile planlaması çerçevesinde yürütülen çalışmaların bundan sonra cinsel sağlık ve üreme sağlığı yaklaşımı ile yürütüleceği belirtilmiştir.

Planda, hem aile planlaması hem de isteyerek düşük hizmetlerindeki karşılanamayan gereksinimin yüksekliğine de dikkat çekilmiş ve yapılması gereken eylemler belirtilmiştir.

2005-2015 dönemini kapsayan CSÜS - Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı, genel olarak iyi hazırlanmış, kapsamlı, hakları ve kanıta dayalı olarak sorun alanlarını ve müdahaleleri tanımlayan, uluslararası sağlık norm, ilke ve standartlarına uyumlu bir plandır. Her ne kadar uygulamalara tümü ile yansıtılmamış olsa da o dönemde geçerli olan sağlık sistemi ve sağlık yasası (224 Sayılı Yasa) ve yönetmelikleri nedeni ile, ülkedeki sağlık hizmet modeli daha kapsayıcı ve birinci basamakta koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık veren, köylere, evlere ulaşan kadın, anne ve çocuk sağlığını önceleyen bir hizmet modeli/ sistemi olması nedeni ile, sözü edilen stratejik planda sözü edilen pek çok uygulama kurumsal uygulamalara geçirilmiştir. Bu uygulamaların sonuçlarını 1963 yılından beri Türkiye'de 5 yılda bir tekrarlanan, sonuncusu 2013 yılında yapıp 2014 yılında yayınlanmış olan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları'nda (TNSA) da

görülebilmektedir. Cinsel Sağlık ve Üreme sağlığı Stratejik Planı uygulama süresinin dolduğu 2015 yılından sonra güncellenmemiştir.

Kamu istatistiklerinin, AP’da karşılanamayan hizmet gereksiniminin %32 olduğunu, yani her 3 aileden birinin ihtiyacı olduğu halde bu hizmetlere ulaşamadığını gösterdiği bir durum da, konuyla ilgili bir planın hazırlanması ve uygulanmasının önemi açıktır (TNSA, 2013).

Ayrıca, temel sağlık hizmetleri kapsamında, üreme ve cinsel sağlık hizmetlerinden evlenmemiş kadınlar, ergenler/gençler, menopoz ve sonrası dönem ve ileri yaş grubu kadınların ve LGBTİ’lerin yeterli ölçüde yararlanmasının sağlanması, ihmal edilen bu grupları hedefleyen kapsamlı programlar yürütülmesi ve ilköğretim ve orta öğretim müfredatlarına, yaş gruplarına uygun olarak toplumsal cinsiyet, cinsel sağlık ve üreme sağlığı ve cinsel şiddet konularının eklenmesini de içeren bir plan yapılması gerekmektedir.

B.3. Kalkınma Bakanlığı

Misyon: Ülkemizin ekonomik ve sosyal kalkınmasının hızlandırılması, dengeli ve sürdürülebilir kılınması için kalkınma sürecini katılımcı bir yaklaşımla planlayarak hükümete müşavirlik yapmak.

Vizyon: Kalkınmayı bütüncül bir yaklaşımla tasarlayan ve yönlendiren, politika ve strateji üretimine ve koordinasyonuna yoğunlaşmış, uzmanlığa dayalı, yenilikçi ve öncü bir kurum olmak.

Kalkınma Bakanlığı’nın misyon ve vizyon beyanında ve 2014-2018 yılları için hazırlamış olduğu stratejik planda toplumsal cinsiyet eşitliği vurgusu yoktur.

Kalkınma Bakanlığı koordinasyonunda hazırlanan ve devletin beş yıl süresince politikalarının şekillenmesinde rol oynayan önemli politika belgelerinden biri kalkınma planlarıdır. Onuncu Kalkınma Planı ve planın hazırlanması sürecinde **Toplumsal Cinsiyet Çalışma Grubu** tarafından hazırlanan çalışma raporu ile birlikte, sağlık ve toplumsal cinsiyet bağlamında ayrıntılı olarak incelenmiştir.

B.3.1. Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018)

Onuncu Kalkınma Planı’nın Sağlık Bölümü’nde, öncelikle durum analizine yer verilmiştir. Bu analizde, “Sağlıkta Dönüşüm Programı” çerçevesinde sağlıkta hizmet kalitesi, aile hekimliği, anne ve çocuk sağlığı, hastane ve hasta yatak sayıları, sağlık personeli, koruyucu sağlık, kurumsal yapılanma, bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve hasta hakları gibi konular irdelenmiştir.

Planda daha kaliteli ve maliyet etkin bir sağlık hizmet sunumu amacıyla koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinde, performansa dayalı ek ödeme sisteminde, sevk zincirinde, sağlık insan gücünde iyileştirme ihtiyacının devam ettiği belirtilmiştir. Sağlık sisteminde performansa dayalı ek ödeme getirilmesinin, sağlık hizmetlerinin sunumuna yön vermiştir. Performansa dayalı sistem, sağlık personelinin performans puanına göre, hizmet önceliklerini belirlemesine neden olabilmektedir. Bu tür performansa dayalı uygulamalarda, bu beklenen bir sonuçtur ve buradaki

yanlış uygulamalar sağlık personelinin değil, sistemden kaynaklanmaktadır. Örneğin; aile planlaması hizmet sunumuna ve kronik hastalıkların izlenmesine puan verilmediği için, sağlık personeli bu tür hizmetlere zaman ayırmayı tercih etmemektedir. Hizmet alanları olumsuz etkileyen ve ihtiyaçlara cevap vermeyen bu tür sağlık uygulamalarından devlet sorumludur. Performansa dayalı sistemler ancak uluslararası normlara göre, toplumun sağlık ihtiyaçları temelinde, ayrımcılığa maruz kalan gruplar da dâhil edilerek ve ihtiyaçlarına öncelik verilerek yapılandırıldığında sağlık hakkının yaşama geçirilmesine katkı sağlayabilir.

Planda, 2002 yılında %3,8 olan kamu sağlık harcamalarının GSYH’ye oranının, 2012 yılında %4,2 seviyesine yükseldiği belirtilmiştir. Ayrıca, yaşlanan nüfus, sağlık teknolojilerindeki gelişmeler ve daha kaliteli sağlık hizmeti talebi gibi sebeplerle kamu sağlık harcamalarının daha da artabileceğinin öngörüldüğü vurgulanmıştır. Ancak planda belirtilen ve artış gösteren sağlık harcamalarının, hangi oranda teknoloji ve ilaç tüketimine yapıldığı, bu harcamaların ne oranda koruyucu/önleyici hizmetlere ayrıldığı saptanması gerekmektedir. Sağlık alanında cinsiyet eşitliğine duyarlı bir bütçelemenin olup olmadığı ancak kadın sağlığının, cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine ne derece harcama yapıldığının incelenmesi ile mümkündür. Dolayısıyla yapılan harcamaların bu yönüyle de izlenmesi gerekmektedir.

Planda, bireylerin yaşam kalitesi ve süresinin yükseltilmesi ile ekonomik, sosyal ve kültürel hayata bilinçli, aktif ve sağlıklı bir şekilde katılımlarının sağlanmasının temel amaç olduğu belirtilmiştir. Bu amaç doğrultusunda veriye ve kanıta dayalı politikalarla desteklenen, daha erişilebilir, uygun, etkili ve etkin bir sağlık hizmeti sunulacağı vurgulanmıştır. Bireylerin “bedenen ve ruhen tam bir iyilik hâlinde olması için koruyucu sağlık hizmetleri, gerek bireye gerekse sosyal, biyolojik ve fiziki çevreye yönelik çok sektörlü bir yaklaşıma”, “hasta ve sağlık çalışanlarının güvenliği ve memnuniyetini dikkate alan yaklaşımlara” ve “sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini destekleyecek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetlerinin etkinliğini artıracak bir hasta sevk zinciri uygulamasına”, vurgu yapılmıştır. Planın bu bölümünde ön görülenler, uluslararası yaklaşımlara paralel ve TSH ilkeleri ile uyumludur. Ancak, mevcut sağlık sisteminin yapısı ve hizmet modeli planda belirtilenleri yaşama geçirecek nitelikte değildir. Bu bağlamda, planın uygulanma süresinin bitmesine sadece bir yıl kalmasına rağmen sağlık hizmet sunumu belirtilenlere uyumlu olmadığı için SB istatistikleri koruyucu hizmetlerdeki erişim sorununa, birinci basamağın giderek daha az kullanıldığına işaret etmektedir. Diğer taraftan, planda vurgulandığı halde birinci basamak hizmetlerin etkinliğini artıracak bir hasta sevk zinciri uygulaması henüz başlatılamamıştır, bu konu sağlık hizmetlerinin etkinliğini olumsuz etkilemeye devam etmektedir.

Planda, üniversite hastanelerinin eğitim ve araştırma faaliyetleri ile sağlık hizmet sunumundaki rolleri net bir şekilde tanımlanarak hem hastanelerin mali sürdürülebilirliğinin sağlanacağı hem de nitelikli tıp eğitimi ve yenilikçi araştırmaların yapılmasını sağlayacak yapısal reformların hayata geçirileceği belirtilmiştir.

Planda, ayrıca tamamlayıcı tıp kapsamındaki tedavi, bitkisel ürün ve hizmet sunucularıyla ilgili kalite ve güvenliğin sağlanması amacıyla standartlar belirleneceği ve bu alanın denetim altına alınacağı, “Tamamlayıcı tıbbın, tıp eğitimine ve sağlık uygulamalarına entegrasyonu”

nun sağlanacağı ve bu alanda yapılacak bilimsel araştırmaların destekleneceği belirtilmiştir. “Tamamlayıcı tıp”, iyi tanımlanmalıdır, çünkü bununla eğer “alternatif tıp”ın önü açılacak ise bu tür uygulamalar yoksulları alternatif tıbbı, sosyal ekonomik durumu yüksek bireyleri modern tıbbı yönlendirir, pek çok hastalığın tanısı tedavisi, prognozu bu tür uygulamalardan olumsuz etkilenir.

Planda “sağlıklı yaşam ve hareketlilik programının” ele alındığı bölümde; “Sağlıklı yaşam için tedavi edici, sakatlığı ve salgın hastalıkları önleyici sağlık hizmetlerinin yanında bulaşıcı olmayan hastalıklarla ve bu hastalıkların risk faktörleriyle mücadele önem arz etmektedir. Sağlıklı ve kaliteli yaşam bireylerin refah ve mutluluğunu artırmada temel bir unsurdur. Bu programla sağlıksız beslenme, hareketsiz yaşam, tütün kullanımı, alkol ve madde bağımlılığıyla mücadele ile gıda güvenilirliğinin, koruyucu sağlık hizmetlerinin ve ruh sağlığının geliştirilmesi amaçlanmaktadır” denilmektedir. Bu bölümde, (amaç, kapsam, hedefler, program bileşenleri bağlamında) özellikle “bulaşıcı olmayan hastalıklar (noncommunicable diseases)” ele alınmaktadır, ancak sözü edilen hastalık grubunda toplumsal cinsiyet faktörünün etkisi son derece büyük ve ön planda olduğu halde (obezite, bazı kanser türleri, tütün kullanımı, diyabet vb.), bu hastalıkların toplumsal cinsiyet ile ilişkisine ilişkin herhangi bir açıklamaya yer verilmemiştir. Bunun dışında, bu bölümde belirtilenler, uluslararası yaklaşımları yansıtmamasına rağmen, uygulamalar özellikle iller ve kırsal alanlar bağlamında, ilgili sağlık alt yapısı oluşturulmadan ve daha çok kampanyalar şeklinde yürütülüyor olduğu ve izleme değerlendirme yönünden güvenilir bir kayıt bildirim sistemi olmadığı için, planda belirtilenlerin ne ölçüde gerçekleştirildiğine dair bilimsel bir değerlendirmenin yapılması güç görünmektedir.

Ailenin ve Dinamik Nüfus Yapısının Korunması Programı Bölümü’nde; “Göç ve kentleşme, kültürel değerlerdeki aşınma, bireyselleşmenin artması, aile eğitimindeki eksiklikler, yeni iletişim teknolojileri gibi nedenlerle, aile üyeleri arasındaki iletişim azalmış, boşanmalar artmış, tek ebeveynli ailelerin oranı yükselmiş ve aile kurumu zayıflamaya başlamıştır” denilmektedir. Gelecekte aktif olmayan nüfusun payının artması, doğurganlık hızının azalmasıyla da yaşlı nüfusun payının yükselmesi riski bulunduğu ve bu programla, Türkiye’nin ekonomik ve sosyal gelişmesini desteklemek üzere dinamik nüfus yapısının korunması, aile kurumunun güçlendirilmesi ve böylece sosyal refah ve sosyal sermayenin artırılmasının amaçlandığına vurgu yapılmaktadır. Planın bu bölümünde, aile vurgusu dikkat çekmekte, boşanmalara, doğurganlık hızına, tek ebeveynli ailelere sorun alanı olarak dikkat çekilirken, bu konuların merkezinde olan toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve ayrımcılığından, kadınların toplumsal ve ekonomik konumundan ve bu alanlarda yapılacak herhangi bir planlamanın, kadınlar üzerindeki doğrudan etkisinden söz edilmemektedir. Bu bölümde yapılan yorumlar söz konusu alanların topluma dayalı niceliksel ve niteliksel epidemiyolojik araştırmalarla gerçek durum ve nedenleri ortaya konularak yapılmalı ve bilimsel temellere dayandırılmalıdır.

Bilimsel veriler, Türkiye’de hâlen mevcut genç nüfus yapısı nedeni ile 2050 yılına dek genç nüfusun artmaya devam edeceğini göstermektedir. 2050 yılında yaşlı nüfus oranımız ise %17 gibi hâlen gelişmiş ülkelerin bugünkü oranından bile daha az olacaktır (Hoşgör ve Tansel, 2010). Çocuk ve gençlerin sağlığına, eğitimine ve istihdamına gerekli yatırımları yaparak

üretken ve nitelikli bir nüfus yapısı oluşturmak bir öncelik olmalıdır. Ayrıca, planda boşanmalara yüklenen anlam yönlendirici olmaktadır, evlenmelerin olması kadar boşanmaların olması da doğal karşılanmalı, nedenlerine yönelik araştırmalar yapılmalı ancak engellenmesi temel amaç olmamalıdır. Kadına yönelik şiddetin yüksek olduğu ve yasal mekanizmaların çok iyi çalışmadığı ülkelerde, bu tür hedeflerin kadınların insan haklarının ihlâlüne zemin hazırlama tehlikesi vardır. Planın, aile ile ilgili bölümünde sürdürülebilir kalkınmanın temel normlarından biri olan “kadının güçlenmesi ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması”na yer verilmesi gerekmektedir.

Türkiye’de 1963 yılından itibaren her beş yılda bir tekrarlanan Nüfus ve Sağlık Araştırmalarının sonuncusu 2013 yılında Kalkınma Bakanlığı’nın desteğiyle yapılmıştır. Bu araştırma sonuçları ailelerin kullandığı kontraseptif yöntemlerin eğilimini açık olarak göstermektedir. Örneğin son beş yılda rahim içi araç kullanımı %20’den %16’ya düşmüştür. Yine, aile planlaması karşılanmayan gereksinimine bakıldığında her üç aileden birinin hizmete ulaşamadığı görülmektedir (TNSA, 2013). Cinsel sağlık ve üreme sağlığı bağlantılı diğer araştırmalar da farklı hizmet sorunlarına işaret etmektedir (O’Neil, Aldanmaz, Quiles, Kılınç, 2016; UAÖA, 2005). Ayrıca, aile planlaması hizmetlerindeki kısıtlılıklar, hâlen %32 olan karşılanmayan aile planlaması gereksinim oranının (TNSA-2013), yükselebileceği konusunda endişe uyandırmaktadır. Bu durum, Türkiye’nin imzalamış olduğu uluslararası sözleşmelere dayalı normlara, standartlara ve mevcut ulusal yasaya aykırı bir durumdur. Bu konularda uluslararası normlar dikkate alınarak nedenlerine yönelik ulusal düzeyde ileri araştırmaların yapılması gerekmektedir.

Özetle, Kalkınma Planı’nda toplumsal cinsiyet eşitliği normu geri plana itilmiş, Sağlık Bölümünde sağlığın önemli bir belirleyicisi olan toplumsal cinsiyet faktörüne vurgu yapılmamıştır. Kalkınma Planı hazırlıkları çerçevesinde, karar alma mekanizmalarına katılım, eğitim, istihdam, sağlık, kadına yönelik şiddet alt alanlarında konunun uzmanları tarafından incelenerek hazırlanmış olan Toplumsal Cinsiyet Özel İhtisas Komisyonu Raporu’nun belirlemiş olduğu sorun alanları ve çözüm önerilerine planda yer verilmemiştir. Ayrıca, toplumsal cinsiyet eşitliği bakış açısıyla sağlık plan ve programlarının değerlendirildiği rapor, kalkınma planına yansıtılmamıştır.

B.4. Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı

Misyon: Sürdürülebilir tarımsal üretimi, yeterli ve güvenilir gıdaya erişimi, kırsal kalkınmayı ve rekabet edilebilirliği sağlamak amacıyla yenilikçi politikalar belirlemek, uygulamak, izlemek ve değerlendirmek.

Vizyon: Gıda, tarım ve hayvancılıkta rekabetçi, milli ve küresel çözümler üreten güçlü bir Türkiye.

Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı’nın misyon ve vizyon beyanında toplumsal cinsiyet eşitliği vurgusu bulunmamaktadır. Kurumun 2018-2022 yıllarını kapsayan bir Stratejik Planı vardır. Bu stratejik planda kırsal alanda kadınlara yönelik faaliyetler, çiftçi kadınlara yönelik gerçekleştirilen çalışmalar ve kırsal alanda çalışan kadınlara pozitif ayrımcılık uygulanarak sosyal destek ve

güvenliğin artırılmasından söz edilmiştir ancak toplumsal cinsiyet eşitliği normuna vurgu yapılmamıştır.

Bakanlığın 2012-2016 yıllarını kapsayan Kırsal Alanda Kadının Güçlendirilmesi Ulusal Eylem Planı vardır.

B.4.1. Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı Kırsal Alanda Kadının Güçlendirilmesi Ulusal Eylem Planı (2012 - 2016)

Bu planda sağlık bağlantılı 2 amaca yer verilmiştir:

Amaç 1: Kırsal alanda yaşayan kadınların sağlık hizmetlerine erişim koşulları ve verilen hizmetlerin kalitesinin iyileştirilerek kadının genel sağlık düzeyinin yükseltilmesini sağlamak.

Amaç 2: Kırsal alanda yaşayan kadınların üreme sağlığı konusunda farkındalığı arttırılarak önlenebilir anne ve bebek ölümlerini en aza indirilmesini sağlamak.

Her iki amaçta belirtilen hedefleri ve faaliyetleri ile birlikte, uluslararası normlara uygun olarak kırsal bölgede yaşayan kadınların sağlık hizmetlerine ve üreme sağlığı ihtiyaçlarına ve sağlık hizmetine erişimde yaşanan güçlüklerle dikkat ederek bu ihtiyaçların giderilmesine yönelik hizmetler planlanmıştır. Planda, ayrıca mevsimlik tarım işçisi olarak çalışan kadınların sağlık ihtiyaçlarına da yer verilmiştir.

Ancak, planda belirtilmiş olan faaliyetlerin mevcut sağlık sistemi ile ne derece uygulamaya yansıtıldığını görmek için sistemli bir izleme ve değerlendirme yapılması gerekmektedir. Mevcut sağlık sistemi kırsal alanlara koruyucu ve erken tanı ve tedavi hizmetlerinin verilmesini engellemese de zorlaştıran bir yapıdadır çünkü istihdam edilen sağlık ekibi buralarda yer almamaktadır. Yönetmeliklerde yazılı olan köy ziyaretleri ise ya yapılamamakta ya da periyodik şekilde sürdürülememektedir.

B.5. Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü

Misyon: İstisare, kanıt ve araştırma temelli, güvenilir ve işlenmiş bilgi üretmek ve yaymak suretiyle Türkiye’nin sağlık politikaları açısından rekabet gücünü artırmak ve kanıta dayalı sağlık politikalarının oluşturulmasını sağlamak.

Vizyon: Daha sağlıklı ve müreffeh bir Türkiye toplumu ve insanlık için, sağlık politikaları konusunda araştırmaya, istisareye ve kanıta dayalı karar alma sürecini besleyen lider kuruluş olmak.

Kurumun misyon ve vizyonun beyanında toplumsal cinsiyet eşitliği vurgusu bulunmamaktadır.

B.6. Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu

Misyon: İnsan haklarını korumak ve geliştirmek, Ulusal Önleme Mekanizması görevini yerine getirmek ve ayrımcılıkla mücadele etmek.

Vizyon: Kurum,

- uluslararası insan hakları sözleşmeleriyle milletimizin temel değerlerini ve beklentilerini bağdaştırarak insan hakları alanında halkımıza ve global topluma öncülük eden,
- açıklama ve kararlarına güvenilen, referans alınan, kalitesi ve marka özelliğiyle uluslararası kabul gören,
- insan hakları politikalarını etkileyebilen, uluslararası arenada Türk vatandaşlarının ve akraba toplulukların yurtdışında uğrayabilecekleri insan hakları ihlallerini de gözleyen ve uluslararası toplumun gündemine getirebilen,
- gerektiğinde uluslararası alanda ihlâl edilen insan hakları konusunda araştırma yapıp raporlar yayınlayabilen,
- yapılan haksız ithamları cevaplandırabilen ve yeni evrensel haklar tespit edebilen bir kurum olmayı amaçlamaktadır.

Kurumun misyon ve vizyon beyanında toplumsal cinsiyet eşitliği ifadesi yer almamaktadır.

B.7. Kamu Denetçiliği Kurumu

Misyon: Etkin bir şikâyet mekanizmasıyla idarelerin hukuka ve hakkaniyete aykırı uygulamalarına karşı bireyi korumak ve kamu hizmetlerinin insan hakları ile iyi yönetim ilkeleri çerçevesinde yürütülmesine katkı sağlamak.

Vizyon: Hak arama kültürünün yaygın olduğu bir toplum ve hizmet standartlarının yüksek olduğu bir kamu yönetimi oluşmasında etkin rol oynamak.

Kurumun misyon ve vizyon beyanının toplumsal cinsiyet eşitliği vurgusu bulunmamaktadır.

B.8. Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu

Misyon: Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonu’nun misyonu; kadın haklarının korunması ve geliştirilmesi, kadın erkek eşitliğinin sağlanmasına yönelik olarak ülkemizde ve uluslararası alandaki gelişmeleri izlemek, bu gelişmeler konusunda Türkiye Büyük Millet Meclisi’ni bilgilendirmektir.

Vizyonu: Kadın erkek fırsat eşitliğine ilişkin sorunların gerek yasal düzeyde gerekse de uygulamada iyileştirilmesini sağlayarak etkili bir parlamenter denetim sağlamaktır.

Kurumun misyon ve vizyon beyanında kadın-erkek eşitliği vurgusu vardır. Kurumun çalışmalarında toplumsal cinsiyet eşitliği daha çok ayrımlık eşitliği ve farklılık eşitliği bağlamında yer bulmaktadır.

C. Sağlıkla İlgili Kurumsal Yapı

Sağlık hakkının gerçekleştirilmesinden temel olarak Sağlık Bakanlığı sorumludur. 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde

Kararname, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat, görev, yetki ve sorumluluklarını düzenlemektir. Bu kanun kapsamında bakanlığın görevi; herkesin bedenî, zihni ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hâli içinde hayatını sürdürmesini sağlamak olarak belirtilmiştir. Kanunda bakanlığın; aşağıdaki belirtilen amaçların ve görevlerin gerçekleştirilmesinden sorumlu olduğu belirtilmiştir.

- a) Halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalık risklerinin azaltılması ve önlenmesi,
- b) Teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi,
- c) Uluslararası önemi haiz halk sağlığı risklerinin ülkeye girmesinin önlenmesi,
- ç) Sağlık eğitimi ve araştırma faaliyetlerinin geliştirilmesi,
- d) Sağlık hizmetlerinde kullanılan ilaçlar, özel ürünler, ulusal ve uluslararası kontrole tâbi maddeler, ilaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı maddeler, kozmetikler ve tıbbî cihazların güvenli ve kaliteli bir şekilde piyasada bulunması, halka ulaştırılması ve fiyatlarının belirlenmesi,
- e) İnsan gücünde ve maddî kaynaklarda tasarruf sağlamak ve verimi artırmak, sağlık insan gücünün ülke sathında dengeli dağılımını sağlamak ve bütün paydaşlar arasında işbirliğini gerçekleştirmek suretiyle yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun sağlanması,
- f) Kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişiler tarafından açılacak sağlık kuruluşlarının ülke sathında planlanması ve yaygınlaştırılması ile ilgili olarak sağlık sistemini yönetir ve politikaları belirler.

Bakanlık bu amaçla;

- a) Strateji ve hedefleri belirler, planlama, düzenleme ve koordinasyon yapar.
- b) Uluslararası ve sektörler arası işbirliği yapar.
- c) Rehberlik, izleme, değerlendirme, teşvik, yönlendirme ve denetleme yapar, müeyyide uygular.
- ç) Acil durum ve afet hallerinde sağlık hizmetlerini planlar ve yürütür.
- d) Bölgesel farklılıkları gidermeye ve herkesin sağlık hizmetine erişimini sağlamaya yönelik tedbirler alır.
- e) İlgili kurum ve kuruluşların insan sağlığını doğrudan ve dolaylı olarak etkileyen faktörler ve sosyal belirleyicilerle ilgili uygulamalarına ve düzenlemelerine yön verir, bunu teminen gerekli bildirimleri yapar, görüş bildirir ve müeyyide uygular.
- f) Görevin ve hizmetin gerektirdiği her türlü tedbiri alır.
- g) İlaç fiyatlarının belirlenmesine ilişkin usul ve esaslar Bakanlığın teklifi üzerine Bakanlar Kurulunca belirlenir.

Sağlık Bakanlığı kurulduğu tarihten itibaren çeşitli yapılanma süreçlerinden ve kurumsal değişikliklerden geçmiştir. Kurumsal yapı bu raporun yazımı bittikten sonra Temmuz 2018 de çıkan KHK/703 ile tekrar değişikliğe uğramıştır.

D. Sivil Toplum Örgütlerinin ve Diğer Kamusal Aktörlerin Kapasitelerinin Haritalaması

Bu bölümde, sağlık hakkı ve toplumsal cinsiyet eşitliği alanında mevcut durumu ortaya koymak amacıyla raporlar hazırlayan ve izleme çalışmaları yapan STK’ların çalışmalarının haritalamasına çalışılmıştır. İzleme raporu olarak değerlendirilmese de izlemeye kaynaklık edeceği düşünülerek mevcut durumu ortaya koyan veya insan hakları belgelerine referans veren raporlara da yer verilmiştir. Raporlara konuyla ilgili çalışmalar yapan STK’ların websiteleri incelenerek ve “izleme”, “toplumsal cinsiyet”, “sağlık hakkı” gibi anahtar kelimelerle tarama yaparak ulaşılmıştır. Elektronik olarak erişilebilir olmayan ve uzmanların bilgisi dâhilinde olmayan bazı raporlara ise bu raporda yer verilmemiştir.

Bölümde, öncelikle sağlık hakkı ve toplumsal cinsiyet eşitliği alanında önemli çalışmalar yapan bazı STK’lar ve çalışma alanları hakkında kısaca bilgi verilmiştir. Bu örgütlerin bazıları hak temelli izleme çalışmaları yapmasalar da Türkiye’de sağlık hakkının toplumsal cinsiyet eşitliği temelinde yaşama geçirilmesi konusunda çaba sarf etmiş STK’lardır. Daha sonra, sağlık hakkı ve toplumsal cinsiyet eşitliği alanında mevcut durumu ortaya koymak amacıyla raporlar hazırlayan ve izleme çalışmaları yapan STK’ların çalışmaları tablo hâlinde sunulmuştur. Erişilebilen raporların içerikleri incelenmiş ve yapılan izlemenin toplumsal cinsiyet eşitliği normuna, çoklu ayrımcılığa ve LGBTİ’lere yönelik ayrımcılığa değinip değinmediği değerlendirilmiştir. Raporlara ilişkin değerlendirmeye Tablo 2’de ayrıntılı olarak yer verilmiştir.

Türkiye Aile Planlaması Derneği- TAPD. 1963 yılında kurulan dernek, özellikle kadın sağlığı konularında Türkiye için son derece önemli olan ilkleri gerçekleştiren bir STK’dır. Örneğin, 1960’lı yıllarda henüz aile planlaması sözcüğünün bile tabu olduğu ülkemizde, TAP Derneği’nin ciddi-etkili savunuculuğu ile konunun ülkenin gündemine girmesi sağlanmış, daha sonra bilim çevreleri, medya işbirliği ve esas olarak toplumun aydınlatılması ile sağlanan destek sonucu, Sağlık Bakanlığının da destekleyici tutumuyla 557 Sayılı ilk Aile Planlaması Yasası kabul edilmiştir. Kadın sağlığında son derece önemli olan bu yasal değişiklik sonucu “kadının doğurganlık hakkını kullanabilmesi” sağlanmış ve bu kazanımın olumlu sonuçları, yıllar içinde bilimsel çalışmalarla ortaya konulmuştur. TAP Derneği, uzun yıllar Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu’nun akredite ettiği, onunla bağlantılı bir STK olarak varlığını sürdürmüştür. TAP Derneği “KASAKOM” yani pek çok Kadın STK’larının içinde olduğu Kadın Sağlığı Komisyonu’nu oluşturmuş uzun yıllar bu mekanizmayı başarılı bir şekilde koordine etmiş bir dernektir. Dernek, son onyıldır, önceki yıllar kadar aktif değildir.

Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı- TAPV. 1985 yılında kurulmuştur. Kadın anne ve gençlerin sağlığı çerçevesinde, ağırlıklı olarak aile planlaması dâhil üreme ve cinsel sağlık konularında, kuruluşundan beri topluma dayalı, riskli grupları hedefleyen sağlık programları yürütmektedir. Çalışmalarında, başarılı bir şekilde diğer sektörlerle kamu, özel ve sivil toplum kuruluşları ve uluslararası kuruluşlarla iş birlikleri gerçekleştirmiştir. TAP Vakfı Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı öncesinde ve süresince yürüttüğü ciddi savunuculuk çalışmaları; ICPD+ 20 hazırlık çalışmalarında pek çok kadın STK ile koordinasyon sağlayarak oluşturduğu “kadın platformu”, Genelkurmay Başkanlığı işbirliği ile Türkiye’de erlerin, üreme sağlığı, aile planlaması ve toplumsal cinsiyet konularında bir ilk olan eğitim programlarının başlatılması

gibi önemli çalışmalar yapmıştır. Özellikle Türkiye’nin Doğu ve Güneydoğu illerinde yerel yönetimler, üniversiteler, diğer STK’lar ve sağlık müdürlükleri işbirliğinde yürüttüğü, toplumun kadın sağlığı konularındaki eğitimleri; sağlık personelinin güvenli annelik ve gençlerin cinsel sağlık eğitimleri oldukça önemlidir.

Kadının İnsan Hakları Yeni Çözümler Derneği. Kadının İnsan Hakları Yeni Çözümler Derneği, 1993’te kurulmuştur. Türkiye’de ve uluslararası düzeyde, kadının insan haklarının ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasını ve ayrımcılığın ortadan kaldırılmasını savunan bağımsız bir kadın sivil toplum örgütüdür. Özellikle yasal haklar, cinsellik ve doğurganlık hakları, kız çocuklarının hakları ile eğitim alanlarında çalışmalar yürütmektedir. 2005 yılından bu yana BM Ekonomik Sosyal Konseyi (ECOSOC) özel STK danışmanlık statüsüne sahiptir.

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD). CETAD, 1998 yılında kurulmuştur. Derneğin amacı cinsellik alanında çalışan farklı disiplinlerden profesyoneller arasında eşgüdümü sağlamak, sağlık profesyonellerini cinsel tedaviler konusunda eğitmek, cinsel tedavilerin insan hakları normlarına ve bilimsel standartlara ve etik kurallara uygun yapılmasını sağlamak ve toplumun cinsel eğitimine katkıda bulunmaktır. Dernek verdiği eğitimler dışında, toplumda cinsel yönelim, cinsiyet kimliği temelli ayrımcılıklara ilişkin yanlış söylemler ve uygulamalar olduğunda, basın açıklamaları yoluyla, konuyu insan hakları belgeleri ve tıp etiği temelinde değerlendiren bildiriler hazırlamaktadır.

Sağlıkta Genç Yaklaşımlar Derneği. 2015 yılından itibaren faaliyet gösteren bir sivil toplum örgütüdür. Sağlık ve eğitim başta olmak üzere gençlerin doğru bilgiye erişimlerini sağlayarak genç insanlarda tutum ve davranış değişikliği yaratmayı ve genç insanların başta karar alıcılar olmak üzere tüm alanlarda özne olarak kabul edilmesini sağlamaya çalışmaktadır. Özellikle gençlerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanlarında çalışmalar yürütmekte, akran eğitimcileri yetiştirmekte genç insanların cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilgisine erişebilmesine yönelik çalışmalar yapmaktadır.

Tablo 2 Sivil Toplum Örgütlerinin ve Diğer Kamusal Aktörlerin Kapasitelerinin Haritalaması

Kamu Kurumu Niteliğindeki Meslek Kuruluşları	İzleme faaliyeti yapma durumu		İzleme Raporu	Yıl	İçerik	Kadını içermesi	
	Var	Yok				Var	Yok
	Var	Yok				Var	Yok
Türk Diş Hekimleri Birliği		✓					
Türk Eczacıları Birliği		✓					
Türk Tabipler Birliği, Bölge Tabip Odaları ve Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası	✓		Suriyeli Sığınmacılar ve Sağlık Hizmetleri Raporu	2014	Suriyeli sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimi	✓	
Türk Tabipler Birliği Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kolu		✓					
Türkiye Barolar Birliği Kadın Hukuku Komisyonu-TÜBAKKOM		✓					
Hak Temelli Örgütler/							
Halk Sağlığı Uzmanları Derneği	✓		Türkiye Sağlık Raporu	2012 2014	Sağlığın farklı alanlarında Türkiye’de mevcut durum	✓	
Türk Psikologlar Derneği		✓					
Türkiye Psikiyatri Derneği		✓					
Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği		✓	Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması	2006	CSÜS ile ilgili bilgi düzeyleri	✓	
Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği	✓		Cinsellik Çok Boyutludur Basın Açıklaması	2015	Cinsiyet kimliği ve cinsel yönelim temelli ayrımcılık	✓	
İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı	✓		Türkiye’de Üreme Haklarının Yasal Temelleri	2013	Üreme hakları temelinde Türkiye’deki mevzuatın incelenmesi	✓	
Türkiye İnsan Hakları Vakfı	✓		Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri Raporu 2016	2017	İşkence ve kötü muameleye maruz kalması nedeniyle TİHV rehabilitasyon merkezlerine yapılan başvurular	✓	

Tablo 2 Sivil Toplum Örgütlerinin ve Diğer Kamusal Aktörlerin Kapasitelerinin Haritalaması (devam)

Kamu Kurumu Niteliğindeki Meslek Kuruluşları	İzleme faaliyeti yapma durumu	İzleme Raporu	Yıl	İçerik	Kadını içermesi
Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı	✓	Güvenli Annelik Eğitim ve Danışmanlık Programı ve Kadın Sağlığı Eğitim Programı Raporları	2012-2014	Güvenli Annelik Eğitimi raporu	✓
Sağlıkta Genç Yaklaşımlar Derneği-Genç Kadın Akademisi	✓	Genç Kadının Politika Belgesi	2016	İstihdam, eğitim, siyasete katılım alanlarında durum	✓
Eşit Haklar için İzleme Derneği (Ayrımcılık İzleme Platformu üyesi 21 STÖ)	✓	Türkiye’de Engellilere Yönelik Ayrımcılık ve Hak İhlalleri 2011 Yılı İzleme Raporu	2012	Engellilere Yönelik Ayrımcılık ve Hak İhlalleri	✓
Pozitif Yaşam Derneği	✓	Türkiye’de HIV ile Yaşayanların Yaşadıkları Hak İhlalleri Raporu 1-2-3	2007, 2008, 2009	HIV, AIDS’le yaşayan bireylerin hak ihlalleri	✓
Toplumsal Haklar ve Araştırmalar Derneği (TOHAD)	✓	Mevzuattan Uygulamaya Engelli Hakları İzleme Raporu 2014	2015	Engelli Hakları	✓
TÜSİAD	✓	Kadın-Erkek Eşitliğine Doğru Yürüyüş: Eğitim, Çalışma Yaşamı ve Siyaset	2000	Eğitim, çalışma yaşamı ve siyasette kadın erkek eşitliğinde mevcut durum	✓
TÜSİAD/ KAGİDER	✓	Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği: Sorunlar, Öncelikler ve Çözüm Önerileri	2008	Eğitim, çalışma yaşamı ve siyasette kadın erkek eşitliğinde mevcut durum	✓
TÜSİAD/ UNFPA	✓	2050’ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetim: Sağlık Sistemine Bakış	2012	Sağlık sisteminde durum	✓
TEPAV	✓	81 il için Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Karnesi	2014 2016	Eğitim, sağlık, karar mekanizmalarına katılım ve istihdamda illerde kadının durumu	✓
TESEV	✓	Belediyelerde Kadın, Kadınlar için Belediye	2017	Belediye hizmetlerine ulaşma	✓
Uluslararası Çocuk Merkezi	✓	Çocuk Hakları İzleme ve Raporlama http://www.cocukhaklariizleme.org/hakkimizda	2010-devam	Çocuk Hakları Sözleşmesi temelinde izleme, çocuk yaşta ve zorla evlilikler	✓

Tablo 3 Kadın Örgütleri

Kadın Örgütleri	Hak temelli İzleme yapma durumu*		İzleme Raporu	Yıl	İçerik	Çoklu ayrımcılık ve LGBTİ'yi içermesi**	
	Var	Yok				Var	Yok
CEİD	✓		Kadına yönelik Şiddetle Mücadele Mekanizması İzleme Modeli	2014	ŞÖNİM İzlemesi için göstergeler	✓	
CEDAW Sivil Toplum Yürütme Kurulu ³	✓		Yedinci Periyodik Rapor için STK Gölge Raporu	2016	Yasal mevzuat, eğitim, siyaset, istihdam, LGBTİ'ler	✓	
Engelli Kadın Derneği	✓		BM Engelli Hakları Sözleşmesi, Taslak Genel Yorum madde 6: Engelli Kadınlar	2016			✓
Kadının İnsan Hakları Yeni Çözümler Vakfı	✓		Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SDG) ile ilgili BM Yüksek Politik Foruma Sunulan Gölge Rapor	2016	SDG ile ilgili Türkiye' de durum	✓	
Kadın Dayanışma Vakfı		✓	Fiili Kürtaj Yasağı Devam Ediyor		Ankara'daki hastahanelerde kürtaj yapılıp yapılmadığının tespiti		
Mavi Kalem		✓	Sağlık Hakkı İnsan Hakkıdır Projesi: Kadın Sağlığı Forumu Raporu	2014	Kadınların sağlık hizmetlerine erişimleri	✓	
Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı	✓		6284 Sayılı Kanunun Uygulamaları İzleme Raporu	2014	6284 Kanunu uygulamalarında durum		✓
Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı	✓		Kadına Karşı Şiddetle Mücadele: Yasalar, Politikalar, Uygulamalar (Nisan 2010-Aralık 2011)	2012	Şiddetle Mücadele kapsamında durum		✓

Tablo 4 LGBTİ Örgütleri

LGBTİ Örgütleri	Hak temelli İzleme yapma durumu*		İzleme Raporu	Yıl	İçerik	Çoklu ayrımcılık ve Kadını içermesi***	
	Var	Yok				Var	Yok
KAOS-GL	✓		Ayrımcılık Yasağı ve Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu Raporu	2017	TİHEK Kanunu hakkında izleme	✓	
KAOS-GL	✓		Türkiye’de Cinsel Yönelim veya Cinsiyet Kimliği Temelinde Ayrımcılığın İzlenmesi Raporları	2015 2016	Cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği temelinde ayrımcılık	✓	
KAOS-GL	✓		Türkiye’de Özel Sektör Çalışanı Lezbiyen, Gey, Biseksüel, Trans ve İnterseküel Durumu: 2017 Yılı Araştırması	2017	Özel sektör çalışanı LGBTİ bireylerin durumu	✓	
KAOS-GL	✓		Türkiye’de Gerçekleşen Homofobi ve Transfobi Temelli Nefret Suçları Raporu (2014 yılı)	2015	Türkiye’de 2014 yılı içerisinde gerçekleşen nefret suçları	✓	
Kırmızı Şemsiye Cinsel Sağlık ve İnsan Hakları Derneği		✓	Türkiye’de “Geçici Koruma” Altında Suriyeliler ve Seks İşçiliği	2017	Seks işçiliği yapan Suriyeliler’in durumu	✓	
Kırmızı Şemsiye	✓		Türkiye’de Trans* Olmak: Dışlanma, Ayrımcılık ve Şiddet	2016	Trans bireylere yönelik ayrımcılık ve şiddet vakaları	✓	
Kırmızı Şemsiye	✓		Türkiye’de Seks İşçilerinin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı	2015	Seks işçilerinin cinsel sağlık ve üreme sağlığı	✓	
Sosyal Politikalar Cinsiyet Kimliği ve Cinsel Yönelim Çalışmaları Derneği- SPoD	✓		Cinsel Yönelim ve Cinsiyet Kimliği Temelli İnsan Hakları İhlalleri İzleme Raporu	2012	Cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği temelli insan hakları ihlalleri	✓	



IV. Gösterge ve Veri Kaynakları

Sağlık alanında izleme yapmanın temel aracı uluslararası insan hakları belgeleri, belgeler çerçevesinde belirlenmiş normlar ve standartlar temelinde hazırlanmış olan göstergelerdir. İnsan hakları belgeleri ortaya koydukları normlar ve standartlar çerçevesinde ülkeler tarafından veri toplanmasını, bu verilerin izlenmesi ve raporlamasını da gerektirirler. Bu amaca kaynaklık edebilmek amacıyla, bu bölümde ilk olarak sağlık tematik alanıyla ilgili uluslararası endeksler ve bu endekslerde sağlık tematik alanına ilişkin kullanılan göstergeler incelenmiştir. İnsani Gelişme İndeksi, Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Endeksi, Küresel Cinsiyet Uçurumu Endeksi, Avrupa Cinsiyet Eşitliği Enstitüsü(EIGE)-Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Endeksi gibi küresel ölçekteki endeksler ve bunların sağlığa ilişkin göstergeleri ele alınmıştır. Bunu takip eden, uluslararası göstergeler bölümünde ise, uluslararası düzeyde kabul görmüş sağlık ve toplumsal cinsiyet temelli izlemeye kaynaklık edebilecek göstergelere yer verilmiştir. Bu bölümde, Binyıl Kalkınma Hedefleri, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ve BM Minimum Toplumsal Cinsiyet Göstergeleri Seti’nden sağlık alanı göstergeleri incelenmiştir. Veri kaynakları bölümünde, uluslararası ve ulusal düzeyde erişilebilir bazı veri kaynakları listelenmiştir. Son olarak, daha ayrıntılı bir izleme aracı sağlamak amacıyla, DSÖ temel göstergeleri, DSÖ üreme sağlığı ve cinsel sağlık göstergeleri, EIGE’nin toplumsal cinsiyet ve sağlık göstergeleri incelenmiş, insan hakları norm ve standartlarına paralel olarak tematik uzmanların geliştirdiği göstergelerle birlikte izlemeye kaynaklık edecek 2 temel gösterge seti hazırlanmıştır. Gösterge setlerinin ilki, Türkiye’de kamu kurum ve kuruluşları (özellikle TÜİK ve Sağlık Bakanlığı) tarafından verisi toplanan göstergelerdir. Bu gösterge setinde, göstergelerin hangi kurumlar tarafından toplandığı, verinin toplanma sıklığı ile bilgiler de sunulmuştur. Diğer veri seti ise Türkiye’de verisi toplanmayan ve/veya verisi toplansa da sistematik olarak paylaşılmayan, insan hakları sözleşmeleri gereği verisinin toplanması önerilen göstergelerden oluşmaktadır. Bu gösterge setlerinde de hangi kaynaklardan bu verilen talep edilebileceği/hangi kaynak tarafından bu verilerin toplanabileceğine ilişkin bilgi yer verilmiştir.

Göstergeler, insan hakları norm ve standartlarına paralel olarak hazırlanmış, bu belgelerin herbirinde yer alan standartlar ulusal yasa ve politikalar, sağlık durumu, sağlık hizmetlerinin sunumu, cinsel sağlık ve üreme sağlığı, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve HIV/AIDS, kadınlara yönelik şiddet ve çocuk yaşta evlilikler, istihdam, ücretsiz emek ve sağlık, sağlık sektöründe insan gücü ve cinsiyete duyarlı ortam, insan haklarının halk sağlığı nedeniyle kısıtlanmasına ilişkin standartlar başlıkları altında toplanmıştır. Ayrıca verilerin toplanmasında, hesaplanmasında ve yorumlanmasında kaynaklık edeceği düşünülen bazı tanımlar da raporun sonuna eklenmiştir.

A. Uluslararası Endeksler ve Tematik Alana İlişkin Göstergeler

Bu bölümde sağlık tematik alanını içeren uluslararası endeksler ve bu endekslerde sağlık tematik alanına ilişkin kullanılan göstergeler incelenmiştir. İnsani Gelişme İndeksi, Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Endeksi, Küresel Cinsiyet Uçurumu Endeksi, Avrupa Cinsiyet Eşitliği Enstitüsü(EIGE)-Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Endeksi gibi küresel ölçekteki endeksler ve bunların sağlığa ilişkin göstergelerine yer verilmiştir.

Tablo 5 Uluslararası Endeksler

Endeks	Kaynak	Diğer bileşenleri	Tematik alana ilişkin göstergeleri
Uluslararası Endeksler			
İnsani Gelişme Endeksi (HDI- Human Development Index)	BM	<ul style="list-style-type: none">Uzun ve sağlıklı yaşamEğitimYaşam standardı	<ul style="list-style-type: none">Doğuştaki beklenen yaşam süresi
Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Endeksi (GI-Gender Inequality Index)	BM	<ul style="list-style-type: none">Güçlenme (eğitim ve siyasete katılım)İş gücü	<ul style="list-style-type: none">Anne ölüm oranı (100 bin canlı doğumda)Adolesan doğum oranı (1000 doğumda, 15-19 yaş)
Küresel Cinsiyet Uçurumu Endeksi (Global Gender Gap Index)	WEF	<ul style="list-style-type: none">EğitimSağlıkİş gücüne katılımSiyasete ve karar alma	<ul style="list-style-type: none">Doğuştaki cinsiyet oranıDoğuştaki sağlıklı yaşam beklentisi
Avrupa Cinsiyet Eşitliği Enstitüsü, Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Endeksi (EIGE, Gender Equality Index)		<ul style="list-style-type: none">İşParaBilgiZamanGüç **ŞiddetKesişen eşitsizlikler	<ul style="list-style-type: none">-Sağlık DurumuAlgılanan sağlık (Cinsiyete göre)Doğuştaki beklenen yaşam süresiSağlıklı yaşam süresi-Sağlık DavranışıSigara içmeyen ve zararlı içiciliği olmayan insanların yüzdesi (cinsiyete göre)Fiziksel aktivitede bulunan kişilerin yüzdesi (cinsiyete göre)-ErişimKarşılanmayan muayene ihtiyacı(cinsiyete göre)Karşılanmayan dış muayenesi ihtiyacı (cinsiyete göre)
Uluslararası Diğer Endeksler			
The Complete Mother’s Index	Save the Children	<ul style="list-style-type: none">EğitimEkonomiSiyaset	<ul style="list-style-type: none">Yaşam boyu annelik nedeniyle ölüm riskiBeş yaş altı ölüm hızı (1000 canlı doğumda)

Aşağıdaki tabloda uluslararası düzeyde kabul görmüş ve sağlık ve toplumsal cinsiyet temelli izlemede kaynaklık edebilecek göstergelere yer verilmiştir. Binyıl Kalkınma Hedefleri, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ve BM Minimum Toplumsal Cinsiyet Göstergeleri Seti’nde yer alan sağlık alanı göstergeleri incelenmiştir.

Tablo 6 Uluslararası Göstergeler

Binyıl Kalkınma Hedefleri (2000-2015)	Tematik Alana İlişkin Göstergeleri
Hedef 4: Çocuk Ölümlerini Azaltmak 4.A 90-2015 yılları arasında 5 yaş altı çocuk ölümlerini 2/3 oranında azaltılması	4.1. Beş yaş altı ölüm hızı 4.2. Bebek ölüm hızı 4.3. Kızamık aşısı olan bir yaş altı çocuk oranı
Hedef 5: Anne Sağlığını İyileştirmek 5.A 90-2015 yılları arasındaki gebelik, doğum ve lohusalık sırasında meydana gelen anne ölümlerini ¾ oranında azaltmak 5.B 2015 yılına kadar üreme sağlığına evrensel erişimin sağlanması	5.1 Anne Ölüm Oranı 5.2 Eğitimli sağlık personeli tarafından gerçekleştirilen doğumların oranı 5.3. Gebeliği önleyici yöntem kullanma oranı 5.4. Adolesan doğum oranı 5.5. DÖ bakım kapsama oranı (en az 1, en az 4) 5.6. Karşılammış aile planlaması ihtiyacı
Hedef 6: HIV/AIDS, Sıtma ve Diğer Bulaşıcı Hastalıkların Yayılımını Durdurmak 6.A:2015 yılında HIV/AIDS yayılımını durdurmuş olmak ve geriletmeye başlatmak 6.B: 2010 yılına kadar HIV/AIDS için gerekli olan tedaviye ihtiyaç duyanların tedaviye erişiminin sağlanması 6.C: 2015 yılına gelindiğinde sıtmanın ve diğer bulaşıcı hastalıkların yayılımını durdurmuş olmak ve geriletmeye başlamak	6.1. HIV'nin 15-24 Yaş Grubunda Yaygınlık Oranı 6.3. 15-24 Yaş Grubunda HIV/ AIDS'den Korunmada Doğru Bilgilere Sahip Olanların Oranı 6.2. En son Yüksek Riskli Cinsel İlişkide Kondom Kullanma Oranı 6.5. Anti Retroviral (Arv) Kombinasyon Tedavisi Uygulanan İlerlemiş HIV Enfeksiyonu Olgularının Oranı 6.6. Sıtma Yaygınlık Oranı ve Sıtmayla İlişkili Ölüm Hızları 6.9 Tüberküloz Insidans ve Prevalansları ile Tüberküloza İlişkin Ölüm Hızları 6.10. Tedavi Edilen Tüberküloz Vakalarının Oranı
2. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (2015-2030)	Göstergeleri
Hedef 3: Sağlıklı Bireyler	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beş yaş altı ölüm hızı (1000 canlı doğum) ■ Anne ölüm oranı (100 bin canlı doğumda) ■ Neonatal ölüm hızı (1000 canlı doğum) ■ Hekim sayısı (1000 kişiye düşen) ■ Tüberküloz insidansı (100.000 kişide) ■ Trafikte ölüm hızı (100,000 kişide) ■ Adolesan doğum oranı (1000 doğumda 15-19 yaş kadın) ■ Subjektif iyilik hâli (0-10) ■ Sağlıklı yaşam beklentisi (yıl) ■ Tavsiye edilen 2 DSÖ aşısını olmuş hayatta kalan bebek sayısı (%) ■ Sigara kullanıcıları (15 + nüfus %)
Hedef 5: Toplumsal Cinsiyet Eşitliği	<ul style="list-style-type: none"> ■ Karşılammış gebeliği önleyici yöntem gereksinimi (% 15-49 yaş arası evli/ilişkisi olan kadınlar)
4. BM Minimum Toplumsal Cinsiyet Göstergeleri Seti -Sağlık	<ul style="list-style-type: none"> ■ 15-49 yaş grubunda evli/ilişkisi olan kadınlar arasında gebeliği önleyici yöntem yaygınlığı ■ Cinsiyete göre 5 yaş altı ölüm hızı ■ Anne ölüm oranı ■ Doğum öncesi bakım alma sıklığı (%) ■ Sağlık personeli tarafından gerçekleştirilen doğumların oranı

Tablo 6 Uluslararası Göstergeler (devam)

	<ul style="list-style-type: none">15 yaş ve üzeri kişilerde cinsiyete göre sigara içme yaygınlığıCinsiyete göre obez olan yetişkinlerin oranı15-49 yaş grubunda HIV/AIDS’le yaşayan nüfusta kadınların oranıCinsiyete göre Anti-retroviral tedaviye erişimCinsiyete göre 60 yaşındaki yaşam beklentisiCinsiyete, nedene ve yaş gruplarına göre ölüm20-24 yaş grubunda 18 yaşından önce evlenmiş/eşleri ile birlikte yaşamaya başlamış kadınların yüzdesiAdolesan doğum oranıSon 12 ay içinde eşi/birlikte olduğu kişi tarafından fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kalmış 15-49 yaş grubundaki kadınların oranıSon 12 ay içinde, eşi/birlikte olduğu kişi dışındaki kişiler tarafından fiziksel şiddete maruz kalmış 15-49 yaş grubundaki kadınların oranıSon 12 ay içinde, eşi/birlikte olduğu kişi dışındaki kişiler tarafından cinsel şiddete maruz kalmış 15-49 yaş grubundaki kadınların oranı
--	---

B. İlgili Verilerin Haritalaması

Bu bölümde, sağlık alanında veri sağlayan uluslararası ve ulusal bazı veri tabanları listelenmiştir. Bu veri tabanları izlemeye kaynaklık edebilecek, elektronik olarak erişilebilir veri sağlamaktadır.

Tablo 7 Uluslararası Düzeyde Veri Sağlayan Kaynaklar

Veri Kaynağı	Veri Konusu	Erişim
DSÖ Küresel Sağlık İstatistikleri (Global Health Observatory)	Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri	http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/dashboard/en/
DSÖ Kadın, Çocuk ve Ergen Sağlığı Küresel Stratejisi (2016-2030) Veri Portalı (Global Strategy for Women’s, Children’s and Adolescents’ Health (2016-2030): Data Portal)	Kadın, çocuk ve ergen sağlığı	http://apps.who.int/gho/data/node.gswcah
Sağlık Sigortası Kapsamının İzlenmesi Veri Portalı (Tracking Progress Towards Universal Health Coverage)	Sağlık sigortası ve sağlık güvencesi kapsamı	http://apps.who.int/gho/cabinet/uhc.jsp
OECD Toplumsal Cinsiyet Portalı (The OECD Gender Portal)	(Yaşam beklentisi, kanser, algılanan sağlık, ölüm nedenleri, hekim sayısı, obezite vb.)	http://www.oecd.org/gender/data/health/#d.en.387820
Avrupa Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Enstitüsü Sağlık İstatistikleri (EIGE Gender Statistics Database)	Sağlık statüsü, sağlık davranışları, cinsel sağlık, sağlık hizmetleri, ölüm nedenleri, iş sağlığı ve güvenliği	http://eige.europa.eu/gender-statistics/dgs
BM Toplumsal Cinsiyet İstatistikleri (UN Gender Statistics)		https://unstats.un.org/unsd/gender/default.html

Tablo 8 Ulusal Düzeyde Veri Sağlayan Kaynaklar

Veri Kaynağı	Veri Konusu	Erişim
TÜİK, Nüfus ve Demografi	Genel Nüfus Sayımları, Hayat Tabloları, Hayati İstatistikler	http://tuik.gov.tr
TÜİK, Toplumsal Cinsiyet İstatistikleri	Nüfus, doğurganlık, sağlık, engellilik, evlenme, zaman kullanımı, yoksulluk, ölümlülük	http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1068
TÜİK, Sağlık ve Sosyal Koruma İstatistikleri	Tütün kullanımı, ölüm nedeni, sağlık harcamaları, sağlık kurumları, sağlık personeli	http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095
HÜNEE, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA)	Doğurganlık, aile planlaması, düşükler ve ölü doğumlar, doğurganlık tercihleri, bebek ve çocuk ölümlülüğü, üreme sağlığı, kadının statüsü, beslenme durumu ve çocuk sağlığı	http://www.hips.hacettepe.edu.tr/demog.shtml
Türkiye Kadına Yönelik Aile içi Şiddet Araştırması (TKYŞA)	Kadınlara yönelik aile içi şiddet	http://www.hips.hacettepe.edu.tr/KKSA-TRAnaRaporKitap26Mart.pdf
Ulusal Anne Ölümleri Araştırması (UAÖA)	Anne ölümü oranları, nedenleri, önlenebilir anne ölümleri	http://www.hips.hacettepe.edu.tr/uaop_ankara/UAOC_ana_rapor.pdf
Alana özgü kaynaklar		
Sağlık Bakanlığı	Mortalite, morbidite, risk faktörleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın korunması, sağlık hizmeti verilen kurumlar, sağlık hizmetlerinin kullanımı	https://www.saglik.gov.tr/TR,11588/istatistik-yilliklari.html
Sağlık Bakanlığı	SB tarafından hazırlanan alana özgü raporlar	https://www.saglik.gov.tr/TR,11656/raporlar.html

Uluslararası endeksler ve uluslararası göstergeler bölümünde yer alan göstergeler, ülkelerin sağlık düzeylerinin karşılaştırılmasına olanak sağlaması açısından yararlıdır. Ancak ülke düzeyinde sağlık hakkının ve sağlık hizmetlerinin toplumsal cinsiyet ve hak temelli izlenmesi için yeterli değildir; çünkü insan hakları belgelerinde yer alan standartların tümünü içermez. Bu göstergeler, daha çok kalkınma ve gelişmişlik düzeyleri bakımından uluslararası karşılaştırmaya olanak sağlama amacıyla olduğu için, mümkün olduğu kadar fazla ülkeden veri toplanabilecek düzeyde geliştirilmiş göstergelerdir. Bu nedenle, raporun bundan sonraki bölümlerinde sunulacak olan gösterge setleri, ülke düzeyinde izlemeyi sağlamak amacıyla, uluslararası insan hakları belgelerinde belirtilen standartların tümünü olabildiğince kapsayacak şekilde hazırlanmaya çalışılmıştır.

C. Türkiye’de Verisi Toplanmakta Olan ve Kullanılan Sağlık Göstergeleri

Bu gösterge seti, Türkiye’de kamu kurum ve kuruluşları (özellikle TÜİK ve Sağlık Bakanlığı) tarafından verisi toplanan göstergelerin derlendiği veri setidir. Bu gösterge setinde, göstergelerin hangi kurumlar tarafından toplandığı, verinin toplanma sıklığı ile bilgiler de sunulmuştur. İlgili kurumlardan alınan geri bildirimler ve katkılar çerçevesinde veri setine son hâli verilmiştir.

Gösterge seti, raporun standartlar bölümüne paralel olarak hazırlanmış; dolayısıyla göstergeler ulusal yasa ve politikalar, sağlık durumu, sağlık hizmetlerinin sunumu, cinsel sağlık ve üreme sağlığı, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve HIV/AIDS, kadınlara yönelik şiddet ve çocuk yaşta evlilikler, istihdam, ücretsiz emek ve sağlık, sağlık sektöründe insan gücü ve cinsiyete duyarlı ortam, insan haklarının halk sağlığı nedeniyle kısıtlanmasına ilişkin standartlar başlıkları altında toplanmıştır.

1. Sağlık Durumuna İlişkin Göstergeler					
Konu	İlgili İnsan Hakları/ Normları ve Standartları	Gösterge	Veri Kaynağı	Veri Toplama Yöntemi	Veri Koplama Sıklığı
Sağlık Durumu	Sağlık Hakkı	Cinsiyete göre doğuşta beklenen yaşam süresi	TÜİK, Nüfus Projeksiyonları SB, Sağlık İstatistikleri Yıllığı	TÜİK web sitesi, SB Web sitesi	5 yıl
	Sağlığın Korunması Hakkı	Cinsiyete göre sağlıklı yaşam beklentisi (doğuşta, 65 yaş)	IHME, Küresel Hastalık Yükü Çalışması	SB web sitesi	5 yıl
	Yaşam Hakkı	Doğuşta cinsiyet oranı	TÜİK, Doğum İstatistikleri	TÜİK web sitesi	2 yıl
	Toplumsal Cinsiyet Eşitliği	İllere ve cinsiyete göre bebek ölüm hızı	SB, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	SB web sitesi	Yıllık
	Ayrımcılık Yasağı	Cinsiyete göre beş yaş altı ölüm hızı	SB, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	SB web sitesi	Yıllık
		Neonatal ölüm hızı (1000 canlı doğumda)	SB, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	SB web sitesi	Yıllık
		Perinatal ölüm hızı (1000 canlı doğumda)	SB, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	SB web sitesi	Yıllık
		Kızamık aşısı olan bir yaş altı kız-erkek çocuk oranı	SB, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	SB web sitesi	Yıllık
		Tüberküloz insidansı (100 bin nüfusta)	SB, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	SB web sitesi	Yıllık
		Cinsiyete göre tüberküloza bağlı ölüm yüz bin nüfusta)	TÜİK Ölüm İstatistikleri	TÜİK web sitesi	Yıllık
		Cinsiyete göre genel sağlık durumundan memnuniyet düzeyi	TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması	TÜİK web sitesi	Araştırma Periyodu
	Fiziksel aktivitede bulunan kişilerin yüzdesi (aktivite ayrımı ve cinsiyete göre)	TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması	TÜİK web sitesi	2 yıl	
	Onbeş yaş ve üzeri bireylerin taze meyve tüketme sıklığının cinsiyete ve yaş grubuna göre dağılımı (%)	TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması	TÜİK web sitesi	2 yıl	

1. Sağlık Durumuna İlişkin Göstergeler					
Konu	İlgili İnsan Hakları/ Normları ve Standartları	Gösterge	Veri Kaynağı	Veri Toplama Yöntemi	Veri Koplama Sıklığı
CEDAW M.12 CEDAW Genel Tavsiye 24, para.9, para. 24. ESKHS M.12 ESKHK Genel Yorum 14 ÇHS M.24 EHS M.25 MDG 4, MDG6 SDG 3 Pekin C1, C2 ICPD EHS M.25		Onbeş yaş ve üzeri sebze ya da salata tüketme sıklığının cinsiyete ve yaş grubuna göre dağılımı (%)	TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması	TÜİK web sitesi	2 yıl
		Cinsiyete göre 15 + tütün ve tütün mamulü kullanma durumunun cinsiyete ve yaş grubuna göre dağılımı (%)	TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması	TÜİK web sitesi	2 yıl
		Cinsiyete göre obez olarak tanımlanan yetişkinlerin yüzdesi	TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması	TÜİK web sitesi	2 yıl
		ICD-10 ana tanı gruplarına ve cinsiyete göre ölüm nedeni (%)	TÜİK Ölüm Nedeni İstatistikleri	TÜİK web sitesi	Yıllık
		ICD-10 ana tanı gruplarına ve cinsiyete göre, seçilmiş ölüm nedenlerinin Yaşa Standardize Erken Ölüm Hızları	TÜİK Ölüm Nedeni İstatistikleri	TÜİK web sitesi	Yıllık
		Cinsiyete ve yaş gruplarına göre DALY	IHME, Küresel Hastalık Yükü Çalışması 2016	SB web sitesi İstatistik Yıllığı	Araştırma periyodu
		Cinsiyete göre 100.000 kişiye düşen engellilikle geçirilen yaşam yılı	IHME, Küresel Hastalık Yükü Çalışması 2016	SB web sitesi TÜİK web sitesi	Araştırma periyodu
		Cinsiyete göre 100.000 kişiye düşen (YLL) kaybedilen yaşam yılı	IHME, Küresel Hastalık Yükü Çalışması 2016	SB web sitesi TÜİK web sitesi	Araştırma periyodu
		Ana hastalık gruplarına ve cinsiyete göre DALY	IHME, Küresel Hastalık Yükü Çalışması 2016	SB web sitesi TÜİK web sitesi	Araştırma periyodu
		Cinsiyete göre toplam kanser insidansı (100.000'de, Dünya Standart Nüfusu)	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	SB İstatistikleri Yıllığı	Yıllık
		Cinsiyete göre en sık görülen 10 kanser türünün insidansı (100.000'de, Dünya Standart Nüfusuna göre)	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	SB İstatistikleri Yıllığı	Yıllık
		0-6 Yaş çocukların son 6 ay içinde geçirdiği başlıca hastalık/sağlık sorunlarının cinsiyete göre dağılımı (%)	TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması	TÜİK web sitesi	2 yıl
		7-14 yaş çocukların son 6 ay içinde geçirdiği başlıca hastalık/sağlık sorunlarının cinsiyete göre dağılımı (%)	TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması	TÜİK web sitesi	2 yıl
		15 + yaş bireylerin son 12 ay içinde geçirdiği başlıca hastalık/sağlık sorunlarının cinsiyete göre dağılımı (%)	TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması	TÜİK web sitesi	2 yıl
		15 + yaş genel sağlık durumunun cinsiyet ve yaş grubuna göre dağılımı (%) (diyabet, hipertansiyon, depresyon, Alzheimer vb.)	TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması	TÜİK web sitesi	2 yıl
		15 + yaş beyana dayalı vücut kitle endeksinin cinsiyete göre dağılımı (%)	TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması	TÜİK web sitesi	2 yıl
	15 + yaş kişisel bakım faaliyetlerinin gerçekleştirirken zorluk çekenlerin cinsiyete göre dağılımı (%)	TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması	TÜİK web sitesi	2 yıl	

1. Sağlık Durumuna İlişkin Göstergeler					
Konu	İlgili İnsan Hakları/ Normları ve Standartları	Gösterge	Veri Kaynağı	Veri Toplama Yöntemi	Veri Koplama Sıklığı
		Son 4 hafta içerisinde bedensel ağrı hissedenenlerin cinsiyete ve yaş grubuna göre dağılımı (%)	TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması	TÜİK web sitesi	2 yıl
		Herhangi bir yardım almadan ya da yardımcı bir araç kullanmadan yürüyemeyenler, merdiven inip çıkamayanların cinsiyet ve yaş grubuna göre dağılımı (%)	TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması	TÜİK web sitesi	2 yıl
		Yaşlılarına göre öğrenmekte ve hatırlamakta zorluk çeken bireylerin cinsiyet ve yaş grubuna göre dağılımı (%)	TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması	TÜİK web sitesi	2 yıl
		Cinsiyete ve yaşa göre engellilik (engel türü ve kır kent ayrımında)	TÜİK Engelliler Araştırması 2002	TÜİK web sitesi	
		Cinsiyete göre engelli bireylerin sosyal güvenliğe sahip olma ve kayıtlı olma durumu	TÜİK Engelliler Araştırması 2002	TÜİK web sitesi	
		Cinsiyete göre sosyal yaşam, hobi, eğlence ve kültüre ayrılan zaman	TÜİK Zaman Kullanımı Araştırması	TÜİK web sitesi	

2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Göstergeler					
Konu	İlgili İnsan Hakkı/Hakları	Gösterge	Veri Kaynağı	Veri Toplama Yöntemi	Veri Toplama Sıklığı
Sağlık Hizmetleri	Toplumsal Cinsiyet Eşitliği	Hekim sayısı (1000 kişiye düşen)	SB, TÜİK	SB web sitesi İstatistik Yıllığı	Yıllık
		Aile Hekimi sayısı (1000 kişiye düşen)	SB, TÜİK	SB web sitesi İstatistik Yıllığı	Yıllık
	Mevcudiyet	100 bin kişiye düşen hemşire ve ebe sayısı	SB, TÜİK	SB web sitesi İstatistik Yıllığı	Yıllık
		İllere göre 100 bin kişiye düşen ebe ve hemşire sayısı	SB, TÜİK	SB web sitesi	Yıllık
	Erişebilirlik Fiziksel, Ekonomik, Kalite	Birinci basamak sağlık kuruluşu sayıları	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	SB web sitesi	Yıllık
		Birinci basamak sağlık kuruluşu kullanımı (%)	SB	SB web sitesi	Yıllık
		Sağlık kuruluşunda gerçekleşen doğumların oranı (%)	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	SB web sitesi	Yıllık
		Sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki payı (%)	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	SB web sitesi	Yıllık
		Primer sezaryenin tüm doğumlar içindeki payı (%)	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	SB web sitesi	Yıllık
		ICD-10 ana tanı gruplarına ve cinsiyete göre hastane yatışlarının dağılımı (%)	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	SB web sitesi	Yıllık
		Tedavi edilen tüberküloz vakalarının oranı (%)	SB, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	SB web sitesi	Yıllık
		15 + yaş kadınların kendi kendine meme muayenesi yapma durumunun dağılımı (%)	TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması	TÜİK web sitesi	2 yıl
		15 + yaş kadınların mamografi çekirme durumunun dağılımı (%)	TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması	TÜİK web sitesi	2 yıl
		15 + yaş ve üzeri kadınların smear yaptırma durumunun dağılımı (%)	TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması	TÜİK web sitesi	2 yıl
		Sektörlere göre yataklı tedavi kurumlarında 1.000.000 kişiye düşen mamografi cihazı sayısı	SB Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	SB web sitesi	Yıllık
		Kamu Cari, Kamu Yatırım ve Toplam Kamu Sağlık Harcaması, GSYİH içindeki payı (%)	TÜİK	TÜİK web sitesi	Yıllık
	Sağlık hizmetlerinden cinsiyete genel memnuniyet oranı (%)	TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2016	TÜİK web sitesi	Araştırma periyodu	

3. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığına İlişkin Göstergeler (CYBE ve HIV/AIDS dâhil)					
Konu	İlgili İnsan Hakkı/ Hakları	Gösterge	Veri Kaynağı	Veri Toplama Yöntemi	Veri Toplama Sıklığı
Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı	Eşitlik Ayrımcılık Yasağı Yaşam Hakkı Erişebilirlik Kalite	Anne ölüm oranı (100 bin canlı doğumda)	SB, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Ulusal Anne Ölümü Araştırması (UAÖA-2005)	SB Kayıtları Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) web sitesi	Yıllık
		İllere göre anne ölüm oranı (12 nuts'a göre)	SB, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	SB Kayıtları	Yıllık
		Kurumsal anne ölüm oranı	SB Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	SB Kayıtları	Yıllık
	CEDAW M. 12, CEDAW Genel Tavsiye 24, Genel Tavsiye 15	Annelik nedeni ile yaşam boyu ölüm riski (Bölge, kırsal-kent)	SB UAÖA-2005	SB Raporları HÜNEE	Araştırma periyodu
	ESKHS M.12, ESKHK Genel Yorum 14, para.14, 22-24,	Anne ölümü nedenleri % dağılımı	SB, UAÖA-2005	SB Kayıtları, HÜNEE web sitesi	SB kayıtları-yıllık, Araştırma periyodu
	ÇHS M.24 MDG 5, MDG 6 SDG 3, SDG 5, Pekin C1, C3, Pekin L1, L2	Önlenebilir anne ölümlerinin toplam anne ölümleri içindeki payı	SB, UAÖA-2005	SB Kayıtları, HÜNEE web sitesi	SB kayıtları-Yıllık, Araştırma periyodu
	ICPD 7-8	Sağlıksız düşüklerin anne ölümleri içindeki payı	SB, UAÖA-2005	SB Kayıtları, HÜNEE web sitesi	Yıllık, Araştırma periyodu
		Yaşa ve yerleşim yerine göre (kırsal, kent) sağlık personeli gözetiminde gerçekleşen doğumlar	SB, TNSA	SB Kayıtları, HÜNEE web sitesi,	Yıllık, Araştırma periyodu
		Sağlık kuruluşlarında gerçekleşen doğumların tüm doğumlar içindeki oranı (%)	SB, TNSA	SB Kayıtları, HÜNEE web sitesi	Yıllık, Araştırma periyodu
		Gebeliği önleyici modern yöntem kullanma oranı (yaşa ve yerleşim yerine göre)	TNSA	HÜNEE web sitesi	5 yıl
		Gebeliği önleyici yöntem kullanımı	TNSA	HÜNEE web sitesi	5 yıl
		Karşılanmamış doğum kontrol gereksinimi (% 15-49 yaş arası evli veya ilişkisi olan kadınlar)	TNSA	HÜNEE web sitesi	5 yıl
		Adolesan doğum oranı (1000 doğumda 15-19 yaş kadın)	TÜİK Doğum İstatistikleri TNSA	TÜİK web sitesi	Yıllık

İlk doğum yapma yaşı	TÜİK Doğum İstatistikleri	TÜİK web sitesi	Yıllık
DÖ Bakım kapsamı en az 1 ziyaret (%)	SB	SB web sitesi	Yıllık
İsteyerek düşük/kürtaj yapma oranı (100 gebelikte)	TNSA	HÜNEE web sitesi	5 yıl
Annenin yaş grubuna göre doğumların tüm doğumlar içindeki oranı (%)	TÜİK, Doğum İstatistikleri	TÜİK web sitesi	Yıllık
Yaşa özel doğurganlık hızı	TÜİK Doğum İstatistikleri	TÜİK web sitesi	Yıllık
Toplam doğurganlık hızı (bir kadın için)	TNSA	HÜNEE web sitesi	5 yıl
Adölesan doğurganlık hızı (%)	TÜİK Doğum İstatistikleri	TÜİK web sitesi	Yıllık
Adölesan annelerin tüm anneler içerisindeki oranı (%)	TNSA	HÜNEE web sitesi	5 yıl
Gebe başına ortalama izlem sayısı	SB, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	SB web sitesi	Yıllık
Bebek başına ortalama izlem sayısı	SB, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	SB web sitesi	Yıllık
Çocuk başına ortalama izlem sayısı	SB, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	SB web sitesi	Yıllık
Lohusa başına ortalama izlem sayısı	SB, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	SB web sitesi	Yıllık
Bölgelere göre gebe, bebek, çocuk, lohusa izlem sayıları	SB, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	SB web sitesi	Yıllık
Yıllara ve cinsiyete göre AIDS vaka sayısı	SB, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	SB web sitesi	Yıllık
AIDS insidansı	SB, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	SB web sitesi	Yıllık
HIV'nin 15-24 yaş grubundaki prevalansı (cinsiyete göre)	SB, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	SB web sitesi	Yıllık
15-49 yaş HIV/AIDS'le yaşayan bireyler arasında kadınların oranı	SB, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	SB web sitesi	Yıllık
Anti retroviral tedaviye erişim, cinsiyete ve yaşa göre	SB, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	SB web sitesi	Yıllık
En son yüksek riskli cinsel ilişkide kondom kullanma oranı (%)	SB, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	SB web sitesi	Yıllık
Anti Retroviral (Arv) kombinasyon tedavisi uygulanan ilerlemiş HIV enfeksiyonu olgularının oranı (%)	SB, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	SB web sitesi	Yıllık
Cinsiyete göre AIDS'e bağlı ölüm oranı (%)	SB, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	SB web sitesi	Yıllık

4. Kadınlara Yönelik Şiddet ve Çocuk Yaşta Evliliklere İlişkin Göstergeler					
Konu	İlgili İnsan Hakkı/ Hakları	Gösterge	Veri Kaynağı	Veri Toplama Yöntemi	Veri Toplama Sıklığı
Kadınlara Yönelik Şiddet ve Çocuk Yaşta Evlilikler	Ayrımcılık Yasağı	Kadınlara Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı hazırlanmış olma durumu	ASPB	ASPB web sitesi	5 yıl
	İnsan Onuruna Saygı	Cinsiyete göre ilk evlenme yaşı	TÜİK	TÜİK web sitesi	Yıllık
	Kötü Muamele Yasağı	Temel sosyal ve demografik özelliklere göre (kır-kent, bölge, yaş grubu, eğitim) 18 yaşından önce evlenmiş kadınların yüzdesi	Türkiye Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması [TKYŞA], 2008, 2014)	ASPB HÜNEE web sitesi	Araştırma Periyodu
	Erişebilirlik	20-24 yaş arası 18 yaşından önce evlenmiş kadınların yüzdesi	TKYŞA 2008, 2014	ASPB ve HÜNEE web sitesi	Araştırma Periyodu
	Mevcudiyet	Temel sosyal ve demografik özelliklere göre eşinin veya birlikte olduğu erkeklerin fiziksel şiddetine maruz kalmış kadınların yüzdesi (yaşam boyu, son 12 ay)	TKYŞA 2008, 2014	ASPB ve HÜNEE web sitesi	Araştırma Periyodu
		Temel sosyal ve demografik özelliklere göre eşinin veya birlikte olduğu erkeklerin cinsel şiddetine maruz kalmış kadınların yüzdesi (yaşam boyu, son 12 ay)	TKYŞA 2008, 2014	ASPB ve HÜNEE web sitesi	Araştırma Periyodu
		Temel sosyal ve demografik özelliklere göre eşi veya birlikte olduğu erkeklerin duygusal şiddetine/istismarına maruz kalmış kadınların yüzdesi (yaşam boyu, son 12 ay)	TKYŞA 2008, 2014	ASPB ve HÜNEE web sitesi	Araştırma Periyodu
	CEDAW Genel Tavsiye 12, Genel Tavsiye 19, Genel Tavsiye 24, para. 12 (b), para. 15	Temel sosyal ve demografik özelliklere göre eşi veya birlikte olduğu erkeklerin ekonomik şiddetine maruz kalmış kadınların yüzdesi (yaşam boyu, son 12 ay)	TKYŞA 2008	ASPB ve HÜNEE web sitesi	Araştırma Periyodu
	İstanbul Sözleşmesi	Temel sosyal ve demografik özelliklerine göre en az bir kez gebe kalmış kadınlar arasında eşinden veya birlikte olduğu erkeklerden gebelikleri sırasında fiziksel şiddete maruz kalmış olan kadınların yüzdesi	TKYŞA 2008, 2014	ASPB ve HÜNEE web sitesi	Araştırma Periyodu
	KYŞ Özel Raportörü Raporu(A/HRC/7/1)	Temel sosyal ve demografik özelliklerine göre eşi veya birlikte olduğu erkeklerden maruz kaldığı fiziksel ve/veya cinsel şiddet sonucu yaralanan kadınların yüzdesi (yaşam boyu, son 12 ay)	TKYŞA 2008, 2014	ASPB ve HÜNEE web sitesi	Araştırma Periyodu

Temel sosyal ve demografik özelliklerine göre eşinden veya birlikte olduğu erkeklerden maruz kaldığı fiziksel ve/veya cinsel şiddet sonucu tedavi gerektirecek kadar yararlanan kadınların yüzdesi (15-59 yaş, yaşam boyu, son 12 ay)	TKYŞA 2008, 2014	ASPB ve HÜNEE web sitesi	Araştırma Periyodu
Şiddete maruz kalmaya göre kadınlar arasında yaşamına son vermeyi düşünmüş/denemiş kadınların yüzdesi	TKYŞA 2008, 2014	ASPB ve HÜNEE web sitesi	Araştırma Periyodu
Şiddete maruz kalmaya göre kadınlar arasında sağlık durumunu kötü veya çok kötü olarak belirten kadınların yüzdesi	TKYŞA 2008, 2014	ASPB ve HÜNEE web sitesi	Araştırma Periyodu
Temel sosyal ve demografik özelliklerine göre eşi veya birlikte olduğu erkekler dışındaki kişiler tarafından fiziksel şiddete maruz kalmış kadınların yüzdesi	TKYŞA 2008, 2014	ASPB ve HÜNEE web sitesi	Araştırma Periyodu
Temel sosyal ve demografik özelliklerine göre eşi veya birlikte olduğu erkekler dışındaki kişiler tarafından cinsel şiddete maruz kalmış kadınların yüzdesi	TKYŞA 2008, 2014	ASPB ve HÜNEE web sitesi	Araştırma Periyodu
15 yaşından önce partner dışı cinsel istismar yüzdesi	TKYŞA 2008, 2014	ASPB ve HÜNEE web sitesi	Araştırma Periyodu
Eşin veya birlikte olduğu erkeklerin fiziksel ve/veya cinsel şiddetine maruz kalmış kadınların sağlık kuruluşuna başvuru oranları (yaşam boyu)	TKYŞA 2008, 2014	ASPB ve HÜNEE web sitesi	Araştırma Periyodu
Eşi veya birlikte olduğu erkeklerin fiziksel ve/veya cinsel şiddeti sonucu yaralanan kadınlara sağlık kurumunda verilen hizmetin niteliğinin yerleşim yeri ve bölgeye göre yüzdesi (yaralanma nedeni sorma, kurum ve kuruluşa yönlendirme, sağlık personelinin davranışlarından memnuniyet)	TKYŞA 2008, 2014	ASPB ve HÜNEE web sitesi	Araştırma Periyodu
Sığınmaevi sayısı	ASPB	ASPB web sitesi, ASPB görüşme	Yıllık
ŞÖNİM sayısı	ASPB	ASPB web sitesi, ASPM görüşme	Yıllık
Belediyeler ve STK'lara bağlı kadın danışma merkezi sayısı	ASPB, STK'lar ve Belediyeler	ASPB web sitesi, ASPM görüşme	Yıllık
Çocuk istismarı mücadele merkezlerinin sayısı (İllere göre Çocuk İzlem Merkezlerinin ve Üniversitelere Bağlı Merkezler)	SB, Üniversiteler	SB görüşme Üniversite görüşme	Yıllık

5. İstihdam, Ücretsiz Emek ve Sağlık					
Konu	İnsan Hakları/ Norm ve Standartları	Gösterge	Veri	Veri Toplama Yöntemi	Veri Yoplama Sıklığı
İstihdam, Ücretsiz Emek ve Sağlık	Sağlık Hakkı	Cinsiyete ve ekonomik faaliyet sınıflamasına göre iş kazalarının sayısı	Çalışma Bakanlığı, SGK Merkez ve İl Müdürlükleri	ÇSGB raporları	Yıllık
		Cinsiyet ve ekonomik faaliyet sınıflamasına göre meslek hastalıkları sayısı	Çalışma Bakanlığı, SGK merkez ve İl müdürlükleri	ÇSGB raporları	Yıllık
	Sağlık Çalışma Ortamı	Cinsiyete göre son 12 ayda istihdamda olup iş kazası geçirenlerin yüzdesi (meslek grubu, eğitim, işteki durum, yaş ayrımında)	TÜİK, İş Kazaları ve İşe Bağlı Sağlık Problemleri Araştırması (İKSPA 2007, 2013)	TÜİK web sitesi	Araştırma Periyodu
		Cinsiyete göre istihdam edilenler ya da geçmişte çalışmış olanlar arasında son 12 ayda işe bağlı bir sağlık sorunu yaşayanların yüzdesi	TÜİK, İKSPA 2007, 2013	TÜİK web sitesi	Araştırma Periyodu
		Cinsiyete göre son 12 ayda istihdamda olup işe bağlı bir sağlık sorununa maruz kalanların yaşamış oldukları sorunun türüne göre dağılımı (%) (sırtı veya beli etkileyen kemik, eklem ve kas sorunları, stres, depresyon veya anksiyete, solunum/akciğer, cilt deri, işitme sorunları ayrımında)	İKSPA 2007, 2013	TÜİK web sitesi	Araştırma Periyodu
		Cinsiyete göre, istihdam edilenlerden son 12 ayda ruhsal sağlığını etkileyen elverişsiz faktörlere maruz kaldığını belirtenlerin yüzdesi (zaman baskısı ve aşırı iş yükü, şiddet veya şiddet tehdidi, rahatsız edici davranış ayrımında)	İKSPA 2007, 2013	TÜİK web sitesi	Araştırma Periyodu
		Cinsiyete göre istihdam edilenlerden son 12 ayda fiziksel sağlığını etkileyen faktörlere maruz kaldığını belirten kişilerin yüzdesi (zor duruş şekli ve hareketleri, ağır yük taşıma, gürültü ve şiddetli titreşim, kimyasal, toz, duman ve zararlı gazlar, uzun süreli görsel odaklanma gibi etkenlere maruz kalma ayrımında)	İKSPA 2007, 2013 Avrupa Çalışma Koşulları Araştırması (EWCS, 2015)	TÜİK web sitesi	Araştırma Periyodu
		Hastalık, sakatlık veya yaşlılığa bağlı kronik problemler yaşayan bireylere haftada en az bir kere bakım ya da yardım sağlama durumunun cinsiyete göre dağılımı (%)	TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması	TÜİK web sitesi	2 yıl

6. Sağlık Sektöründe İnsan Gücü ve Çalışanlar için Cinsiyete Duyarlı Ortam					
Konu	İnsan Hakları/Norm ve Standartları	Gösterge	Veri	Veri Toplama Yöntemi	Veri Toplama Sıklığı
Cinsiyete Duyarlı Ortam	Toplumsal Cinsiyet Eşitliği	Hekimlerin cinsiyete göre % dağılımı	SB	SB'den bilgi talebi	Yıllık
	Ayrımcılık Yasağı	Uzmanlık alanlarındaki hekimlerin cinsiyete göre % dağılımı	SB	SB'den bilgi talebi	Yıllık

D. Türkiye’de Kullanılması Önerilen Göstergeler

1. Ulusal Yasaların, Programların ve Stratejilerin İzlenmesine İlişkin Göstergeler					
Konu	İnsan Hakları/Norm ve Standartları	Gösterge	Veri	Veri Toplama Yöntemi	Veri Toplama Sıklığı
Ulusal Yasaların, Programların ve Stratejilerin İzlenmesine	Hesap Verebilirlik	Hükümet tarafından Türkiye’nin taraf olduğu toplumsal cinsiyet eşitliği ve sağlık hakkını tanıyan ya da sağlık hakkından herkesin eşit şekilde faydalanmasında önemli olan uluslararası belgelere ilişkin periyodik raporlamanın varlığı	Dışişleri Bakanlığı	Dışişleri Bakanlığı bilgi talebi	5 yıl
	Toplumsal Cinsiyet Eşitliği				
	Farklılık Eşitliği	BM Evrensel Periyodik İzleme Mekanizması için hükümet tarafından hazırlanan ulusal raporların TCE’ye duyarlılığı	Dışişleri Bakanlığı	Dışişleri Bakanlığı bilgi talebi	5 yıl
	Dönüştürücü Eşitlik				
	Eşitlik ve Ayrımcılık Yasağı	BM tarafından hazırlanan Evrensel Periyodik İzleme Mekanizması raporlarında Türkiye’de sağlık hakkının kullanımına ve toplumsal cinsiyet eşitliğine ilişkin önerilerin sayısı	Evrensel Periyodik İzleme (UPR) raporları	UPR raporlarının incelenmesi	5 yıl
	Katılım				
	Kadınların Güçlenmesi	CEDAW Komitesi tarafından hazırlanan tavsiyelerde sağlık ve toplumsal cinsiyet eşitliğine ilişkin öneri sayısı	CEDAW raporları	CEDAW raporlarının incelenmesi	
		Sağlık Hakkı Özel Raportörü ve Kadına Yönelik Şiddet Özel Raportörü tarafından Türkiye’ye yapılmış ziyaretlere ilişkin raporların varlığı	Özel Raportörlerin raporları	Raporların incelenmesi	5 yıl
	ESKHK Genel Yorum 14, Genel Yorum 20 20	SB Stratejik Planında kadın sağlığının toplumsal cinsiyet eşitliği bağlamında içerilmesi durumu	SB	SB politika belgelerinin incelenmesi	5 yıl
	CEDAW Genel Tavsiye 24 para.6-7	Ulusal Sağlık Politikaları, Eylem Planları ve Programların aşağıda belirtilen gruplara ilişkin maddeleri içermesi durumu	SB	SB politika belgelerinin incelenmesi	5 yıl
ICPD 15.6					
Pekin	a) Kız çocukları ve ergenler b) Yaşlı kadınlar c) Engelli kadınlar d) Düşük sosyal ekonomik durumdaki kadınlar e) Kırsal bölgede yaşayan kadınlar f) Etnik, dilsel azınlıklar g) Göçmen ve mülteci kadınlar h) LGBTİ bireyler i) HIV/AIDS’le yaşayan bireyler j) Seks işçileri ve kadın ticareti mağdurları k) Mevsimlik tarım işçisi kadınlar ve kız çocukları l) Cezaevindeki kadınlar m) Sığınmaevinde kalan kadınlar				

	Kadınlar ve yukarıda belirtilen ayrımcılığa maruz kalan diğer gruplara mensup kadınların; sağlık bakım önceliklerinin belirlenmesi, sağlık politika ve programların planlanması, uygulanması ve izlenmesi süreçlerine dâhil edilmesi durumu	SB	SB görüşme	5 yıl
	Sağlık politika ve programlarının hazırlanması sürecine dâhil olan kadın sağlığı ve toplumsal cinsiyet eşitliği alanında çalışan hak temelli örgüt sayısı	SB	SB görüşme, STK görüşme	5 yıl
	Kadın sağlığı ve toplumsal cinsiyet eşitliği konusunda çalışan sektörler ve kurum/kuruluşlar arasında işbirliği koordinasyon mekanizmasının varlığı	SB, ASPB	SB, ASPB web sitesi; SB, ASPB görüşme	5 yıl
	Sadece kadınların ihtiyaç duyduğu tıbbî işlemlerin engellenmesini ve bu işlemleri yaptırmak isteyen kadınların cezalandırılmasını öngören yasa/ politika ve uygulamaların varlığı	SB	Yasa, yönetmelik taraması	5 yıl
	Kullanıcılar ile hizmet sağlayıcılar / sağlık görevlileri arasında, hizmetin kullanılabilirliği, erişilebilirliği, kabul edilebilirliği ve kalitesi hakkında diyalog ve iletişimi teşvik eden bir sistemin varlığı	SB	SB web sitesi, SB görüşme	5 yıl
	Cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetleri dâhil sağlık hizmetlerinde mağduriyet giderme mekanizmalarının varlığı (hangi seviyede, etkinliği ve her kesime erişilebilirliği)	SB	SB web sitesi, SB görüşme, STK görüşme	5 yıl
	Hasta hakları merkezlerinin varlığı ve sayısı	SB	SB görüşme, STK görüşme	5 yıl

2. Hizmet Sunumuna İlişkin Göstergeler					
Konu	İnsan Hakları/Norm ve Standartları	Gösterge	Veri	Veri Toplama Yöntemi	Veri Toplama Sıklığı
Hizmet Sunumu	Eşitlik ve Ayrımcılık Yasağı	Cinsiyete göre birinci, ikinci ve üçüncü basamak kamu sağlık hizmetlerinin kullanım sıklığı	SB, Araştırma	Araştırma	Yıllık
	Toplumsal Cinsiyet Eşitliği	Beyana dayalı karşılanmayan tıbbî muayene ihtiyacı (cinsiyet, yaş, eğitim, gelir, engelliliğe göre)	TÜİK Sağlık Araştırması soru önerisi	Araştırma	2 yıl
	Farklılık Eşitliği	Beyana dayalı karşılanmayan dış muayenesi ihtiyacı (cinsiyete, yaşa, eğitim düzeyi ve engelliliğe göre)	TÜİK Sağlık Araştırması soru önerisi	Araştırma	2 yıl
	İnsan Onuruna Saygı	Karşılanamayan tıbbî muayene ihtiyacı (LGBTİ,	SB, Belediyeler, İlgili STK’lar	Araştırma	Yıllık
	Erişebilirlik	göçmen kadınlar, cezaevindeki kadınlar, mevsimlik tarım işçisi kadınlar, seks işçileri ve sığınmaevinde kalan kadınlar, kadın ticareti mağdurları gibi özel ihtiyaçları olan gruplar için)			
	Mevcudiyet	Karşılanamayan dış muayenesi ihtiyacı (LGBTİ, göçmen kadınlar, engelli kadınlar, cezaevindeki kadınlar, mevsimlik tarım işçisi kadınlar, sığınmaevinde kalan kadınlar, insan ticareti mağdurları gibi özel ihtiyaçları olan gruplar için)	SB, Belediyeler, İlgili STK’lar	Araştırma	Yıllık
	CEDAW M. 12 CEDAW genel Tavsiye 24, para. 19, 30, 31(f)	DSÖ Temel ilaç ve malzemelerinin mevcudiyeti	SB	SB görüşme	2 yıl
	ESKHK Genel Yorum 14,	Üreme sağlığı ve cinsel sağlık hizmeti veren birinci basamak kurum sayısı	SB	SB görüşme	Yıllık
	Genel Yorum 22	Üreme sağlığı ve cinsel sağlık hizmeti veren 2. basamak kurum sayısı	SB	SB görüşme	Yıllık
		Acil obstetrik bakım hizmeti sunan kurum yüzdesi -500 bin kişiye en az 5 acil obstetrik bakım hizmeti (4 temel düzey, 1 kapsamlı olmak üzere)	SB	SB görüşme	Yıllık
		Toplam kadın sağlığı (AP dahil cinsel sağlık ve üreme sağlığı) harcamalarının GSYH oranının %’si	TÜİK	SB görüşme	Yıllık

	Bireylerin (LGBTİ, göçmen kadınlar, engelli kadınlar, cezaevindeki kadınlar, mevsimlik tarım işçisi kadınlar, sığınma evinde kalan kadınlar, seks işçileri ve kadın ticareti mağdurları gibi özel ihtiyaçları olan gruplar için) sağlık kurumlarında yaşadığı ayrımcılık ve engeller, yıllara göre vaka sayısı (genel sağlık hizmeti)	İlgili STK’lar (Engelli Kadınlar Derneği, KAOS-GL, Kırmızı Şemsiye vb.)	İlgili STK’ların izleme raporlarının incelenmesi	Yıllık
	Bireylerin (LGBTİ, göçmen kadınlar, engelli kadınlar, cezaevindeki kadınlar, mevsimlik tarım işçisi kadınlar, sığınma evinde kalan kadınlar, seks işçileri ve kadın ticareti mağdurları gibi özel ihtiyaçları olan gruplar için) üreme sağlığı ve cinsel sağlık hizmeti veren kurumlarda yaşadığı ayrımcılık ve engeller, yıllara göre vaka sayısı	İlgili STK’lar (Engelli Kadınlar Derneği, KAOS-GL, Kırmızı Şemsiye vb.)	İlgili STK’ların izleme raporları	Yıllık
	Müfredatlarına, insan hakları, kadınların insan hakları, toplumsal cinsiyet ve kadına yönelik şiddet dersi dâhil edilmiş sağlık personeli yetiştiren eğitim kurumlarının yüzdesi	Üniversiteler YÖK (Akademide Kadın Çalışmaları Birimi) SB	Kurumlardan bilgi talebi	Yıllık
	Silahlı çatışma ortamında kalan kadınlar veya göçmen kadınlar gibi özellikle zor koşullara maruz kalan kadınların cinsel sağlık ve üreme sağlığı dâhil ücretsiz sağlık hizmetlerinden yararlanabileceği kurumların oranı (illere göre)	SB Üniversiteler	SB görüşme	Yıllık
	Silahlı çatışma ortamında kalan kadınlar veya göçmen kadınlar gibi özellikle zor koşullara maruz kalan kadınların bağlı buldukları (kayıtlı oldukları) iller dışında sağlık hizmetlerinden yararlanabileceği kurumların oranı (illere göre sayı)	SB Üniversiteler	SB görüşme	Yıllık

3. Sağlık Durumuna İlişkin Göstergeler					
Konu	İnsan Hakları/Norm ve Standartları	Gösterge	Veri	Veri Toplama Yöntemi	Veri Toplama Sıklığı
Sağlık Durumu	Toplumsal Cinsiyet Eşitliği	Meme kanseri insidansı (yaş gruplarına göre yüz bin kadında)	SB	SB bilgi talebi	Yıllık
	Erişebilirlik	Rahim ve rahim ağzı kanseri prevalansı (erişkin yaş gruplarına göre yüz bin kadında)	SB	SB bilgi talebi	Yıllık
	Kabul Edilebilirlik	Kemik erimesi prevalansı	SB	SB bilgi talebi	Yıllık
	Kalite	Cinsiyete göre sağlık okur yazarlığı (%)	SB	Araştırma	5 yıl
	CEDAW M.12 CEDAW Genel Tavsiye 24, para. 9, 12, 24.	Kanser tarama programları konusunda bilgi sahibi kadınların yüzdesi (meme kanseri, rahim ağzı kanseri programı, eğitim düzeyi ve yaş grubuna göre)	SB	Araştırma	2 yıl
	ESKHS M.12 ESKHK Genel Yorum 14 ÇHS M.24 MDG 4, MDG6	15-49 yaş arası kadınlarda yaş grubuna, gelire, eğitim düzeyine göre anemi yüzdesi (hemoglobin düzeyleri gebelikte 110g/l, genel 120g/l)	SB	Araştırma	5 yıl
	SDG 3 Pekin C1, C2	15-49 yaş arası kadınlarda anoreksiya, bulumia, doğum sonrası depresyon insidansı	SB	SB bilgi talebi	2 yıl
	ICPD	Cinsiyete göre neonatal bebek ölümü nedenleri	SB	SB bilgi talebi	2 yıl
	Cinsiyete göre perinatal bebek ölümü nedenleri	SB	SB talebi	2 yıl	

4. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı					
Konu	İnsan Hakları/Norm ve Standartları	Gösterge	Veri Kaynağı	Veri Toplama Yöntemi	Veri Toplama Sıklığı
Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı	Sağlık Hakkı	Toplam kadın ölümleri içinde anne ölümlerinin payı (%)	SB	SB bilgi talebi ve Araştırma	2 yıl
	Yaşam Hakkı	Anne ölümü oranlarının (100 bin canlı doğumda) ölüm nedeni, yaş, gelir, yaşanılan yer, engellilik, göçmen statüsü, eğitim düzeyine göre yüzdesi	SB	SB bilgi talebi ve Araştırma	2 yıl
	Toplumsal Cinsiyet Eşitliği	15-49 yaş arası kadınlarda en az 4 DÖ bakım hizmeti alan kadınların yaş, gelir, yaşanılan yer, engellilik, göçmen statüsü, eğitim düzeyine göre yüzdesi	SB	SB bilgi talebi ve Araştırma	5 yıl
	Farklılık Eşitliği	Güvenli düşük hizmeti veren kurum sayısı	SB, STK	SB bilgi talebi ve Araştırma	Yıllık
	Ayrımcılık Yasağı	Genç kadınların ve erkeklerin gizlilik ve mahremiyetleri korunarak cinsel sağlıkla ilgili hizmet alabileceği birinci basamak kurum sayısı	SB, STK	SB STK Üniversite Görüşme Araştırma	Yıllık
	İnsan Onuruna Saygı	Cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitimi verilen eğitim kurumu yüzdesi (Yaş grubu, eğitim düzeyine göre)	MEB, YÖK, Üniversiteler SB	Kurumlardan bilgi talebi	Yıllık
	Erişebilirlik	Eş veya ebeveyn/vasiye yetki verilmeksizin/ bildirim yapılmaksızın ve yaş sınırlaması olmaksızın kontraseptif hizmetlere ve bilgilere erişim durumu	SB	Araştırma	Yıllık
	Kalite	Bir sağlık görevlisi veya eczacısının vicdani reddi nedeniyle (hizmet sunmaması) doğum kontrolü ile ilgili bilgilere ve hizmetlere erişimin engellenmemesinin garanti altına alınma durumu	SB, Araştırma, STK görüşme	SB bilgi talebi	Yıllık
	Kabul Edilebilirlik	Ücretsiz gebeliği önleyici yöntem sunan sağlık bakım kuruluşlarının oranı (%)	SB, STK	SB bilgi talebi STK izleme raporları	Yıllık
		Kontraseptif yöntem çeşitliliği: Kalıcı bir yöntemin yanında (ulusal politikaya göre, ikinci ve üçüncü basamakta sunulan); en az bir kısa süreli, bir adet uzun süreli ve bir adet acil kontraseptif yöntem (bunlardan en az bir tanesi ikili koruma metodu olacak şekilde) bulunduran kurum yüzdesi	SB	SB görüşme	Yıllık

4. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı					
Konu	İnsan Hakları/Norm ve Standartları	Gösterge	Veri Kaynağı	Veri Toplama Yöntemi	Veri Toplama Sıklığı
		Gebeliği önleyici yöntem bulundurması gereken ancak yöntem bulundurmeyen sağlık bakım kuruluşlarının yüzdesi	SB STK	SB görüşme	Yıllık
		İlk / son cinsel ilişkisinde prezervatif kullanan cinsel yönden aktif gençlerin yüzdesi	SB	Araştırma	Yıllık
		Evlenmemiş genç insanların (engelliler, yaş grubuna göre kadınlar) cinsiyete göre karşılaştığı kontraseptif hizmetine erişim ile ilgili engeller	SB	SB bilgi talebi	Yıllık
		Elektif sezaryen yüzdesi	SB	SB bilgi talebi	Yıllık
		Doğumdan sonraki iki gün içinde doğum sonrası bakım alan kadınların, eğitim düzeyi, gelir, yaş, engellilik, yaşanılan yere göre yüzdesi	SB, TÜİK,	SB bilgi talebi	Yıllık
		Adolesan doğum oranının, yaş gruplarına (12-14, 15-17, 18-19) eğitim düzeyine ve yaşanılan yere göre yüzdesi	SB, TNSA	SB bilgi talebi	Yıllık
		Temel cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilgisine sahip 10-24 yaş arası gençlerin cinsiyete, yaş grubuna, eğitim, engellilik yerleşim yeri, medeni duruma göre oranları (%)	SB	SB bilgi talebi	Yıllık
		Kapsamlı cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitimi veren kurumların yüzdesi	SB, MEB, YÖK	Kurumlardan bilgi talebi	Yıllık
		Kadın ticareti mağdurları da dâhil tüm kadınların ve genç kızların cinsel sağlıkla ilgili bilgi alabileceği kurumların yüzdesi	SB	Kurumlardan bilgi talebi	Yıllık

5. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve HIV/AIDS					
Konu	İnsan Hakları/Norm ve Standartları	Gösterge	Veri Kaynağı	Veri Toplama Yöntemi	Veri Toplama Sıklığı
Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve HIV/AIDS	Erişebilirlik Eşitlik Ayrımcılık Yasağı	Cinsiyete, yaş grubuna ve eğitim düzeyine göre CYBE Türleri (gonore, sifiliz, HPV) ve yaygınlığı (%)	SB	SB bilgi talebi	Yıllık
		Cinsiyete ve yaş gruplarına göre Hepatit B ve Hepatit C görülme sıklığı	SB	SB bilgi talebi	Yıllık
	CEDAW Genel Tavsiye 24,	15 yaşından önce önerilen dozda HPV aşısı yaptıran kadınların oranı (%)	SB	Araştırma	Yıllık
		18 yaşından sonra önerilen dozda HPV aşısı yaptıran kadınların oranı (%) (yaş gruplarına göre)	SB	Araştırma	Yıllık
	ESKHS M.12, ESKHK Genel Yorum 14, para.14, 22-24, MDG 6 , SDG 3, 5 Pekin C1, C3, Pekin L1, L2	15-49 yaş arası sifiliz taraması yapılan gebe kadınların yüzdesi	SB	SB bilgi talebi (evlilik öncesi yapılan tetkik bilgisi)	Yıllık
	ICPD 7-8	Cinsiyete göre 15-24 yaş grubunda HIV/AIDS'den korunmada doğru bilgilere sahip olanların oranı (%)	SB	Araştırma	Yıllık
		HIV/AIDS'le yaşayan bireylere ayrımcı tutum sergileyen bireylerin cinsiyete, yaşa ve eğitim düzeyine göre yüzdesi	SB	STK İzleme raporları Araştırma	Yıllık
		HIV/AIDS'le yaşayan bireylere yönelik ayrımcı tutumları olan sağlık personelinin yüzdesi	SB	Araştırma	Yıllık

6. Kadınlara Yönelik Şiddet ve Çocuk Yaşta Evlilikler					
Konu	İnsan Hakları/Norm ve Standartları	Gösterge	Veri	Veri Toplama Yöntemi	Veri Toplama Sıklığı
Kadınlara Yönelik Şiddet ve Çocuk Yaşta Evlilikler	İnsan Onuruna Saygı	Kadınlara yönelik şiddetin ve çocuk yaşta evliliklerin önlenmesi amacıyla oluşturulmuş eylem planlarının varlığı	ASPİM, Valilikler Belediyeler	ASPİM Belediye bilgi talebi	2 yıl
	Ayrımcılık Yasağı	Sağlık kuruluşlarının kadınlara yönelik şiddete uygun cevap vermelerini sağlayacak politika belgesinin varlığı	SB, ASPB	SB bilgi talebi	2 yıl
	Toplumsal Cinsiyet Eşitliği	Kadına yönelik şiddet ve kız çocuklarının istismarı olaylarında uygun sağlık hizmetlerinin verilmesi konusunda, sağlık protokolleri/hastane prosedürlerinin varlığı	SB, ASPB	SB ASPB bilgi talebi	2 yıl
	Hesap Verebilirlik	Kadına yönelik şiddet ve kız çocuklarının istismarı olaylarında var olan prosedürlerin uygulanması durumu	SB ASPB	SB ASPB görüşme STK izleme	2 yıl
	GGASŞ M. 26	Şiddet ve istismara maruz bırakılan kadınların sağlık hizmetlerini karşılamak için ayrılan bir bütçenin varlığı	SB	SB ASPB bilgi talebi	Yıllık
	CEDAW Genel Tavsiye 19,	Var ise sağlık bütçesi içindeki payı	SB	SB bilgi talebi	Yıllık
	Genel Tavsiye 24, para. 12 (b), para. 15	Kadınlara yönelik şiddet ve toplumsal cinsiyet konusunda eğitim almış sağlık personeli oranı (%)	SB, ASPB	SB ASPB bilgi talebi	Yıllık
	İstanbul Sözleşmesi	Kadınlara yönelik şiddet vakalarında izlenecek prosedürden haberdar olan sağlık personeli oranı (%)	SB, Adli Tıp Üniversite Hastaneleri	Kurum kayıtlarının incelenmesi	Yıllık
	KYŞ Özel Raporörü Raporu (A/HRC/7/6)	Son 12 ayda resmi kayıtlara göre eşi/ birlikte olduğu kişi tarafından fiziksel şiddete bağlı yaralanma nedeniyle sağlık kuruluşuna başvuran kadın sayısı	SB, Adli Tıp	Kurum kayıtlarının incelenmesi	Yıllık
	Pekin L1, L2, D1	Son 12 ayda kadına yönelik şiddete bağlı intihar teşebbüsü nedeniyle sağlık kuruluşuna başvuran kadın sayısı	SB, Adli Tıp	Kurum kayıtlarının incelenmesi	Yıllık
	ICPD 4, 7, 8	Son 12 ayda şiddet nedeniyle psikolojik destek almak için sağlık kuruluşuna başvuran kadın sayısı	STK Belediye Araştırma	Kurum kayıtlarının incelenmesi	Yıllık
		Son 12 ayda psikolojik destek almak için STK ve Belediye Kadın Da(ya)nışma merkezlerine başvuran kadın sayısı	ASPB, HÜNEE, TKYŞA	Saha araştırması	Araştırma periyodu
		Son 12 ay içinde, eşi/birlikte olduğu kişi dışındaki kişiler tarafından fiziksel şiddete maruz kalmış 15-59 yaş grubundaki kadınların yüzdesi			

Son 12 ay içinde, eşi/birlikte olduğu kişi dışındaki kişiler tarafından cinsel şiddete maruz kalmış 15 yaş ve üzeri kadınların yüzdesi	ASPB, HÜNEE, TKYŞA	Saha araştırması	Araştırma periyodu
Son 12 ay içinde yaşadığı şiddet nedeniyle yaşamına son vermeyi deneyen kadınların yüzdesi	ASPB, HÜNEE TKYŞA	Saha araştırması	Araştırma periyodu
Şiddete maruz kalmaya göre kadınlar arasında depresyon ve anksiyete tedavisi gören kadınların yüzdesi	Araştırma	Araştırma Bilgi talebi	Yıllık
Depresyon ve anksiyete tanısı alan kadınlar arasında eşi/ birlikte olduğu kişi tarafından şiddete maruz kalma öyküsü olan kadınların oranı	SB,	Araştırma Bilgi talebi	Yıllık
Süreğen ağrıları olan kadınlar arasında eşi/ birlikte olduğu kişi tarafından şiddete maruz kalma öyküsü olan kadınların oranı	SB	Araştırma Bilgi talebi	Yıllık

7. İstihdam, Ev içi Emek ve Sağlık					
Konu	İnsan Hakları/Norm ve Standartları	Gösterge	Veri	Veri Toplama Yöntemi	Veri Toplama Sıklığı
İstihdam, Ev içi Emek ve Sağlık	İnsan Onuruna Saygı	İşyerinde cinsel tacize maruz kalma yüzdesi (cinsiyete göre)	Araştırma, 6. Avrupa Çalışma Koşulları Araştırması	Araştırma	
	Eşitlik	Ev işlerine bağlı sağlık riskleri ve hastalıkların yüzdesi	ÇSGB	Araştırma	
	Adil ve Elverişli Koşullarda Çalışma Hakkı	Ev kazalarının cinsiyete ve yaş grubuna göre yüzdesi	ÇSGB	Araştırma	
	Sağlık Hakkı	Ev hizmetlerinde çalışan kadınların maruz kaldığı sağlık risklerinin ve hastalıklarının yüzdesi	ÇSGB	Araştırma	
	CEDAW Genel Tavsiye 19 para. 18, Genel Tavsiye 24	Cinsiyete göre mevsimlik tarım işçilerinin maruz kaldığı sağlık risklerinin ve hastalıklarının yüzdesi	SB ve Yerel yönetimler	Araştırma	
	ILO 177 Ev Eksenli Çalışma Sözleşmesi, ILO 184, Ev Eksenli Çalışma Tavsiye Kararı	Cinsiyete göre yaptığı işten dolayı sağlığının ya da emniyetinin risk altında olduğunu düşünen kişilerin yüzdesi	SB ve ÇSGB Soru önerisi	Araştırma	
	Pekin F.6	Cinsiyete göre uzun süreli işsizliğe bağlı stres, depresyon, anksiyete şikayetleri olan kişilerin yüzdesi (yaş ve eğitim ayrımında)	ÇSGB	Araştırma	
	Toplumsal Cinsiyet Eşitliği	Cinsiyete göre günlük çalışma süresi	TÜİK Zaman Kullanım Araştırması Soru önerisi	TÜİK	
	Ayrımcılık Yasağı	Cinsiyete göre iş dışındaki aktivitelere ayrılan zaman (Gönüllü faaliyetler, Politika / sendika çalışmaları, çocuklara, torunlara bakmak ve onları eğitmek, yemek yapma ve ev işleri, yaşlı/engelli akrabaların bakımı, eğitim veya kurslara katılım, ev dışında, spor, kültürel veya boş vakti değerlendirecek faaliyetler dahil)	TÜİK Zaman Kullanım Araştırması	TÜİK	
	Farklılık Eşitliği	Doğum izninden yararlananların sayısı, yararlanma süresi (kamu-özel ayrımında belirtilen sürele göre % dağılımı)	ÇSGB	Kurum kayıtlarının incelenmesi	
	Dönüştürücü Eşitlik	Süt izninden yararlananların sayısı, yararlanma süresi (Kamu-özel ayrımında belirtilen sürele göre % dağılımı)	ÇSGB	Kurum kayıtlarının incelenmesi	
	Pekin F.6, CEDAW 25 Sayılı Tavsiye Kararı, GGASŞ M.27	Cinsiyete göre ebeveynlik izninden yararlananların sayısı, yararlanma süresi (kamu-özel ayrımında belirtilen sürele göre % dağılımı)	ÇSGB	Kurum kayıtlarının incelenmesi	
Türkiye’nin taraf olmadığı sözleşmeler -ILO 156, 167 Sayılı Aile Sorumlulukları Olan İşçiler Sözleşmesi					

8. Sağlık Sektöründe İnsan Gücü ve Çalışanlar için Cinsiyete Duyarlı Ortam						
Konu	İnsan Hakları/ Norm ve Standartları	Gösterge	Veri	Veri Toplama Yöntemi	Veri Toplama Sıklığı	
Sağlık Sektöründe İnsan Gücü ve Çalışanlar için Cinsiyete Duyarlı Ortam	Sağlık Hakkı	Sağlık Bakanlığının cinsiyet eşitliğine ve insan haklarına duyarlı bir insan kaynakları politikasının varlığı	SB	SB web sitesi SB bilgi talebi	5 yıl	
	Eşitlik	İnsan kaynakları politikasında nüfusa düşen sağlık çalışanı sayısında var olan ihtiyaç açığını görebilmek için ölçütler ve hedeflerin varlığı	SB	SB bilgi talebi	5 yıl	
	Toplumsal Cinsiyet Eşitliği	Birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlardaki kadroların cinsiyete göre pratisyen doktor yüzdesi (il düzeyi ve kamu/özel sağlık kuruluşu ayrımında)	SB	SB bilgi talebi	Yıllık	
	İnsan Onuruna Saygı	Birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlardaki kadroların cinsiyete göre uzman doktor yüzdesi (il düzeyi ve kamu/özel sağlık kuruluşu ayrımında)	SB	SB bilgi talebi	Yıllık	
	Mevcudiyet	Tıpta uzmanlık alanlarının cinsiyete göre dağılımı (%)	SB	SB bilgi talebi	Yıllık	
	Erişilebilirlik	Sağlık kuruluşlarında karar verici ve yönetici pozisyonunda çalışanların cinsiyete göre yüzde dağılımı	SB	SB bilgi talebi	Yıllık	
	ESKHS M.7	Sağlık kuruluşu çalışanlarına yönelik hizmet-içi eğitimlerde kadınların insan hakları, toplumsal cinsiyet eşitliği konularına yer veren sağlık kuruluşu sayısı	SB	SB bilgi talebi	Yıllık	
	CEDAW M.11	Cinsel taciz ve saldırıya karşı politika belgesi olan sağlık kuruluşu oranı	SB, Üniversiteler	Bilgi talebi	Yıllık	
	ESKHK Genel Yorum 14	Cinsel taciz ve cinsel saldırı suçunu işleyen sağlık çalışanları ile ilgili şikayet sayısı	SB	Bilgi talebi	Yıllık	
	CEDAW, Genel Tavsiye 15, 19, 23, 24, 25					
	ILO, 111 Sayılı Ayrımcılık Sözleşmesi					
	Pekin C					
ICPD 4, 7, 8, 13, 15,						

9. Sağlığın Belirleyicilerine İlişkin Göstergeler					
Konu	İnsan Hakları/Norm ve Standartları	Gösterge	Veri	Veri Toplama Yöntemi	Veri Toplama Sıklığı
Sağlığın Belirleyicileri	Sağlık Hakkı	Cinsiyete göre hava, toprak kirliliğine bağlı hastalık verileri (astım, solunum yolu hastalıkları, zehirlenme, dolaşım sistemi hastalıkları)	SB	SB bilgi talebi	2 yıl

10. İnsan haklarının halk sağlığını korumak amacıyla kısıtlanmasına ilişkin göstergeler					
Konu	İnsan Hakları/Norm ve Standartları	Gösterge	Veri	Veri Toplama Yöntemi	Veri Toplama Sıklığı
İnsan haklarının halk sağlığını korumak amacıyla kısıtlanması	Eşitlik ve Ayrımcılık Yasağı İnsan Onuruna Saygı Hesap Verebilirlik ESKHK Genel Yorum 14 WHO, HR	Halk sağlığını koruma gerekçesiyle, devlet tarafından alınan bireylerin insan haklarını kısıtlayıcı, ayrımcılığa neden olacak tedbirlerin sayısı	SB STK	SB bilgi talebi, STK görüşme	2 yıl

E. Seçilmiş Bazı Önemli Sağlık Göstergeleriyle Türkiye’de Mevcut Durum

1. Türkiye’nin bazı demografik göstergeleri

Gösterge	Mevcut değer	Kaynak
Nüfus Dağılımı Türkiye- Toplam Nüfus Erkek(%) Kadın(%)	77 695 904 50.2 49.8	TÜİK-2015 Toplumsal Cinsiyet İstatistikleri
Medeni Duruma göre nüfus oranı (%) <u>Hiç evlenmedi</u> Kadın Erkek <u>Evli</u> Kadın Erkek <u>Boşandı</u> Kadın Erkek	23.3 31.5 63.7 64.2 9.3 2.7	TÜİK-2015
Ortalama ilk evlenme yaşı Erkek Kadın	26.8 23.6	TÜİK-2015
Doğumda Beklenen Yaşam süresi (yıl) Toplam Kadın Erkek	78.0 80.7 75.3	TÜİK-2016
Yıllık Nüfus artış hızı (NAH) (%) 2010 2030 2050	1.2 0.7 0.1	Hoşgör, Tansel 2010
Yıllara göre nüfusun yaş gruplarına göre yüzdeleri* <u>2000 yılı:</u> 0-14 15-64 65 ve + <u>2030 yılı</u> 0-14 15-64 65 ve + <u>2050 yılı</u> 0-14 15-64 65 ve +	30. 64. 6 21 68 11 18 65 17	Hoşgör Tansel projeksiyon 2010; TÜİK

(*): Türkiye hâlen geniş bir genç nüfusa sahiptir ve bu genç nüfusun varlığı, yapılan projeksiyonlara göre yani bilimsel verilere göre 2050 yılında bile nüfusumuzu artırmaya devam edecektir. Üretken nüfusun (15-64 yaş grubu) oranı 2050 yılında günümüzde olduğundan da daha fazla olacak; yaşlı nüfus ise (65 yaş+) 2050 yılında gelişmiş ülkelerin bu günkü oranlarından bile daha az olarak %17’ye ulaşacaktır. Gençlerin eğitim ve çalışma haklarını tam olarak kullanmalarını engelleyebilecek yaklaşımlardan hangi amaçla olursa olsun kaçınılarak eğitime ve çalışma hayatına erişimleri öncelik olmalıdır.

2. Türkiye’nin bazı çocuk sağlığı göstergeleri

Gösterge	Mevcut değer	Kaynak
Araştırmadan önceki 4 yıl içinde (2009-2013):		TNSA-2013
BÖH	13.	
Çocuk ÖH	2.	
5 Yaş altı ÖH	15.	
Bebek ölüm hızı (1000 canlı doğumda)		TNSA-2013
Erkek	15	
Kadın	20	
5 Yaş altı ölüm hızı (1000 canlı doğumda)		TNSA-2013
Erkek	18	
Kadın	23	
Bebek Ölüm Hızı (BÖH) 1000 canlı doğumda (CD)*		
Toplam*	10,0	SB, TÜİK- 2017
Kadın	9,4	TÜİK, 2016
Erkek	10,5	
Perinatal bebek ölüm hızı- 1000 toplam doğumda, (Ölü Doğum+ ENN ölümler)*	7.6	SB, TÜİK- 2017
Neonatal (NN) bebek ölüm hızı 1000 CD’da *	4.	SB, TÜİK- 2017
Post neonatal bebek ölüm hızı 1000 CD’da *	3.3	SB, TÜİK- 2017
5 yaş altı çocuk ölüm hızı (1000 CD’da)*	9.4	SB, TÜİK- 2017
Bebeklerin anne sütü ile beslenme sürelerinin cinsiyete göre dağılımı (%) (0-6 ay)		SB-2017 yıllık Rapor
Toplam	30,8	
Kadın	31,5	
Erkek	30,1	
Ortanca emzirme süresi (ay)		TNSA - 2013
Kadın	16.3	
Erkek	18.0	

(*)Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan çoğu hesaplamada, “bebek, perinatal, neonatal, postneonatal ve beş yaş altı çocuk” ölüm hızları hesaplanırken, 28 hafta ve üzeri veya 1.000 gr ve üzeri olan gebeliklerin sonlanması, doğum olarak dikkate alınmaktadır. Bu hesaplamadaki yanlış: 23-27 hafta içinde doğanların, doğum olarak hesaplamaların dışında bırakılmasıdır. Bu hesaplamanın, ölü doğum ve düşük tanımı için de benzer kullanılmasına bağlı, düşük, ölü doğum, perinatal, erken neonatal ölüm, neonatal ölüm, bebek ölümü hatta beş yaş altı çocuk ölüm hızlarının hesaplanmasında sonuçlar yanlış olacaktır. Nitekim SB verileri incelendiğinde hesaplanan hızların “beklenmeyecek ölçüde” düşük olduğu dikkat çekmektedir.

Bilimsel verilere göre, ölü doğum ya da canlı doğarsa da en fazla ölme riskinde olanlar, 23-27 haftalık gebelik süresindeki bebeklerdir.⁴⁴ Bu tür hesaplamalar, uluslararası hesaplamalara da uymadığı için kıyaslamalar da yanıltıcı olacaktır. Uluslararası kıyaslamada Türkiye’nin ilgili hızları OECD ve AB ülkelerinden daha düşük görünmektedir. Doğru olan, gebeliğin 22.haftasından önce sonlanan gebeliklerin “düşük” olarak kabul edilmesi, sonra doğanların ise “doğum” olarak kabul edilmesidir. Yukarıdaki tabloda belirtilen PNBÖH, ENNÖH, NNÖH, BÖH, 5 yaş altı ÇÖH hesaplamaları, yanlış tanımlamalara göre yapılmasından dolayı beklenenden düşük çıkmakta ve bu hesaplamalar yol gösterici olmamaktadır. Benzer şekilde bu gruplardaki hastalık-morbidite hızları ve görülme sıklıkları da yanıltıcı olmaktadır.

3. Türkiye’nin bazı anne sağlığı göstergeleri (anne ölümleri)

Gösterge	Mevcut değer	Kaynak
Anne Ölüm Oranı (AÖO) - Yüz bin CD’a)	14.7	SB, TÜİK- 2017
Anne Ölüm Oranı- yüz bin CD’da	28.5	HÜNEE, Ulusal Anne Ölümü Araştırması
Gebeliğe bağlı ölüm oranı	38.3	-2005 (UAÖA-2005)
Annelik nedeni ile yaşam boyu ölüm riski (.....kadında bir) ve AÖO (yüz bin CD’da)	Risk/Anne ÖO	HÜNEE, Ulusal Anne Ölümü Araştırması -2005 (UAÖA-2005)
İstanbul	4876 11.0	
Batı Marmara	1560 42.1	
Ege	1764 31.5	
Doğu Marmara	2549 21.7	
Batı Anadolu	6947 7.4	
Akdeniz	1737 25.1	
Orta Anadolu	3067 11.9	
Batı Karadeniz	1956 26.8	
Doğu Karadeniz	883 68.3	
Kuzeydoğu Anadolu	439 68.3	
Orta Doğu Anadolu	755 36.9	
Güneydoğu Anadolu	626 38.9	
Türkiye	1536 28.5	
Kentsel	2391 20.7	
Kırsal	869 40.3	
Gebeliğe bağlı ölümlerin nedenleri (%):		HÜNEE, Ulusal Anne Ölümü Araştırması -2005 (UAÖA-2005)
Doğrudan obstetrik nedenler	58.0	
Dolaylı obstetrik nedenler	15.8	
Tesadüfi nedenler	23.2	
Nedeni bilinmeyenler	2.4	
Anne Ölümünün nedenleri (%):		HÜNEE, Ulusal Anne Ölümü Araştırması -2005 (UAÖA-2005)
Kanama	24.9	
Dolaylı nedenler	21.2	
Toksemi	18.4	
Diğer doğrudan nedenler	15.7	
Bilinmeyen doğrudan nedenler	10.1	
Erken gebelik dönemi	1.8	
Anne Ölümünün Biyo-Medikal risk faktörlerine göre dağılımı (%)		HÜNEE, Ulusal Anne Ölümü Araştırması -2005 (UAÖA-2005)
Risk yok	35.3	
Tek risk faktörü var	27.1	
Birden fazla risk faktörü var	37.6	

44 <https://www.acog.org/-/media/For-Patients/faq173.pdf?dmc=1&ts=20180724T0858369597>

3. Türkiye'nin bazı anne sağlığı göstergeleri (anne ölümleri) (Devam)

Gösterge	Mevcut değer	Kaynak
Anne Ölümü ve gebeliğe bağlı ölümlere neden olan önlenabilir faktörler(%):		HÜNEE, Ulusal Anne Ölümü Araştırması -2005 (UAÖA-2005)
AÖ'de önlenabilir faktör var	61.6	
Sağlık hizmeti verenlere ait önlenabilir faktör var	13.7	
Hane halkı / toplumsal faktörler	40.7	
Gebeliğe bağlı ölümlerde önlenabilir faktör var	49.3	

4. Türkiye'nin bazı anne sağlığı göstergeleri (Doğurganlık)

Gösterge	Mevcut değer	Kaynak
Bölgelere göre Toplam Doğurganlık Hızı (Bir kadı için sayı)		TNSA-2013
Türkiye	2.26	
Kent	2.16	
Kır	2.73	
Batı	1.9	
Güney	2.4	
Orta	1.89	
Kuzey	2.02	
Doğu	3.4	
Eğitime göre Toplam Doğurganlık Hızı (kadın başına çocuk sayısı)		TNSA-2013
Eğitimi yok/ İÖ bitirmemiş	3.76	
İÖ mezunu	2.75	
OO mezunu	2.45	
Lise +	1.66	
Adolesan Annelik (18 yaş altı %)	4.6	TNSA-2013
İdeal çocuk sayısı (evli kadınlar)	2.9	TNSA-2013
İstenen Doğurganlık Hızı	1.9	TNSA-2013
Toplam Doğurganlık Hızı	2.3	TNSA-2013

5. Türkiye'nin bazı anne sağlığı göstergeleri (Aile planlaması)

Gösterge	Mevcut değer	Kaynak
Gebe kalınabilecek döneme ilişkin bilgi (%)		TNSA-2013
Doğru biliyor	27.0	
Yanlış biliyor	38.5	
Bilmiyor	34.5	
Türkiye'de gebelikten korunma durumu (%)		TNSA-2013
Yöntem kullanmıyor	27	
Toplam yöntem kullanımı (%)	73	
Geleneksel yöntem kullanımı (%)	26	
Modern yöntem kullanımı (%)	47	
Türkiye'de yaşanan yere göre gebelikten modern yöntemle korunanlar (%)		TNSA - 2013
Kent	49.0	
Kır	40.0	

Türkiye’de kullanılan gebeliği önleyici yöntemlerin yöntem türüne göre dağılımı (%)		TNSA -2013
Hap	4.6	
R.İ.A	16.8	
Kondom	15.8	
Hormonal enjeksiyonlar	0.1	
Kadında tüplerin bağlanması (TL)	9.4	
Erkeklerde kanalların bağlanması (vazektomi)	0.0	
Gerçek çekme	25.5	
İsteyerek düşük (100 gebelikte)	4.7	TNSA 2013
Kendiliğinden düşük (100 gebelikte)	14.	TNSA 2013
İsteyerek düşüğün yapıldığı yer (%)		TNSA-2013
Kamu sağlık kurumu	31.7	
Özel sağlık kurumu	61.9	
Üniversite hast.	1.9	
Diğer/ bilinmiyor	4.5	
Artık çocuk istemiyor veya şimdilik çocuk istemiyor ve korunmuyor (%)	6.	TNSA 2013
Artık çocuk istemiyor veya şimdilik çocuk istemiyor ve geleneksel yönt. kullanıyor (%)	26.	TNSA 2013
Aile Planlamasında Karşılanmayan Gereksinim (%)*	32.	TNSA 2013

(*): Aile Planlamasında karşılanmayan gereksinim, kadının sağlık hakkını, sağlık hizmet hakkını ve üreme haklarını ne ölçüde kullanabildiğinin en somut göstergelerinden biridir. Her 3 aileden biri AP hizmeti alamamaktadır.

6. Türkiye’nin bazı anne sağlığı göstergeleri (Doğum öncesi bakım, doğum ve doğum sonrası bakım)

Gösterge	Mevcut değer	Kaynak
Doğum Öncesi Bakım Alma		TNSA 2013
DÖB (%) (bir kez)*	97.	
Yeterli DÖB (en az 4 kez)	89.	
Sağlık Kuruluşunda Doğum (%)	97.	TNSA 2013
Doğum Sonrası Bakım alma - DSB (%)	93.	TNSA 2013

(*): Doğum Öncesi Bakım alma - uluslararası ve Türkiye standartlarına göre gebelik süresince gebenin en az 4 kez kontrolü gerekir diğer taraftan sadece sayı değil yapılan işlemlerin ve izlemenin niteliğinin de değerlendirilmesi gerekir.

7. Türkiye’nin sağlık durumuna ilişkin bazı göstergeler (Morbidite)

Gösterge	Mevcut değer	Kaynak
DALY (100 bin kişiye düşen DALY)	22.471	SB-2017 yıllık Rapor
Cinsiyete ve yaş gruplarına göre DALY 15-49 yaş		SB-2017 yıllık Rapor
Toplam	6.77	
Erkek	3.5	
Kadın	3.2	
Cinsiyete göre 100 bin kişiye düşen YLD		SB-2017 yıllık Rapor
Toplam	11.596	
Erkek	10.363	
Kadın	12.787	

8. Türkiye’nin sağlık durumuna ilişkin bazı göstergeler (Bulaşıcı Hastalıklar)

Gösterge	Mevcut değer	Kaynak
Bazı Enfeksiyon Hastalıklarının İnsidansı (100 bin nüfusta)		SB-2017 yıllık Rapor
AIDS	0.13	
Kızamık	0.01	
Tüberküloz (Tbc.)	15.3	
Tbc. prevalansı	24	
Sıtma	0.3	
Cinsiyete göre hastalığın tutulum yeri		SB-2017 yıllık Rapor
Akciğer		
Erkek	70.7	
Kadın	47.1	
Akciğer dışı		
Erkek	25.9	
Kadın	48.7	

9. Türkiye’nin sağlık durumuna ilişkin bazı göstergeler (Kanser)

Gösterge	Mevcut değer	Kaynak
Hiç kendi kendine meme muayenesi yapmayanlar (%)*	60.6	SB-2017 yıllık Rapor
Hiç Mamografi yaptırmayanlar (%)*	71.0	SB-2017 yıllık Rapor
Hiç servikal smear aldirmayanlar (%)*	69.3	SB-2017 yıllık Rapor
Cinsiyete göre toplam kanser insidansı (Yüz binde)		SB-2017 yıllık Rapor
Toplam	210,2	
Erkek	173,6	
Kadın	246,8	
Erkeklerde en sık görülen 5 kanserin insidansı (Yüz binde)		SB-2017 yıllık Rapor (2014 yılı verileri)
Trakea, Akciğer, Bronş	52,5	
Prostat	32,9	
Kolorektal	22,8	
Mesane	19,3	
Mide	14,3	
Kadınlarda en sık görülen 5 kanserin insidansı (Yüz binde)		SB-2017 yıllık Rapor (2014 yılı verileri)
Meme	43,0	
Tiroid	20,7	
Kolorektal	13,8	
Uterus Korpusu	9,8	
Trakea, Akciğer, Bronş	8,7	

(*): Koruyucu hizmetler ve erken tanı “sağlık hizmetlerinin ve sağlık hakkının” en temel unsuru olması gerekir. Bu konulardaki istatistikler Türkiye’de bu konudaki toplumun sağlık bilinci ve hizmete ulaşmadaki yetersizliklere işaret etmektedir (meme muayenesi ve smear aldırma örneklerinde olduğu gibi).

10. Türkiye’nin sağlık durumuna ilişkin bazı göstergeler (Kronik hastalıklar)

Gösterge	Mevcut değer	Kaynak
ICD-10 Ana Tanı Gruplarına göre ilk 5 ölüm nedenlerinin dağılımı (%)		SB-2017 yıllık Rapor
Kadın		
Dolaşım Sistemi Hastalıkları	43,9	
Neoplazmlar	15,1	
Solunum Sistemi Hastalıkları	10,9	
Endokrin, Beslenme ve Metabolizma Hastalıkları	6,3	
Sinir Sistemi ve Duyu Organları Hastalıkları	5,9	
Erkek		
Dolaşım Sistemi Hastalıkları	36,4	
Neoplazmlar	23,6	
Solunum Sistemi Hastalıkları	12,7	
Sinir Sistemi ve Duyu Organları Hastalıkları Endokrin, Beslenme ve Metabolizma Hastalıkları	4,3	
	3,9	
Vücut Kitle İndeksine göre ve cinsiyete göre obezite (%)		SB-2017 yıllık Rapor
Kilolu		
Toplam	34,3	
Erkek	38,6	
Kadın	30,1	
Obez		
Toplam	19,6	
Erkek	15,2	
Kadın	23,9	
Diyabet prevalansının cinsiyete göre dağılımı (15 yaş ve üzeri)		Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması 2013.
Toplam	9,8	
Erkek	9,3	
Kadın	10,5	
Kalp ve damar hastalıkları prevalansının cinsiyete göre dağılımı (15 yaş ve üzeri)		Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması 2013.
Toplam	12,7	
Erkek	11,8	
Kadın	13,5	
Hipertansiyonun prevalansının cinsiyete göre dağılımı (15 yaş ve üzeri)		Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması 2013.
Toplam	21,8	
Erkek	19,1	
Kadın	24,6	
Astım prevalansının cinsiyete göre dağılımı (15 yaş ve üzeri doktor tanısına göre)		Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması 2013.
Toplam	4,5	
Erkek	2,8	
Kadın	6,2	

11. Türkiye'nin sağlık durumuna ilişkin bazı göstergeler (Engellilik)

Gösterge	Mevcut değer	Kaynak
Herhangi bir yardım almadan ya da yardımcı bir araç kullanmadan <u>merdiven çıkamayanların</u> cinsiyete göre dağılımı (%)		SB-2017 yıllık Rapor
Toplam	8,7	
Erkek	5,0	
Kadın	12,4	
Herhangi bir yardım almadan ya da yardımcı bir araç kullanmadan <u>yürüyemeyenlerin</u> cinsiyete göre dağılımı (%)		SB-2017 yıllık Rapor
Toplam	6,5	
Erkek	4,0	
Kadın	8,96	

12. Türkiye'nin sağlık durumuna ilişkin bazı göstergeler (Sağlık davranışı)

Gösterge	Mevcut değer	Kaynak
Tütün mamulü kullanımı (Her gün) (%)		SB-2017 yıllık Rapor
Toplam	40.1	
Erkek	26.5	
Kadın	13.3	
Alkol kullanımı		SB-2017 yıllık Rapor
<u>Şu an kullanan</u>		
Toplam	12,2	
Erkek	19,3	
Kadın	5,3	
Cinsiyete göre sağlık algısı:		SB-2017 yıllık Rapor
<u>Çok iyi / iyi</u>		
Toplam	63.5	
Erkek	70.0	
Kadın	57.5	
<u>Çok kötü / kötü</u>		
Toplam	10.7	
Erkek	7.9	
Kadın	13.4	

13. Türkiye'nin sağlık durumuna ilişkin bazı göstergeler (Sağlık hizmet sunumu)

Gösterge	Mevcut değer	Kaynak
Cinsiyete göre aşılama durumu		TNSA -2013
BCG		
Kadın	93.8	
Erkek	95.1	
KKK		
Kadın	88.4	
Erkek	91.4	
Kişi başına hekime başvuru (sayısı)	8.6	SB-2017 yıllık Rapor
Hizmet kapsamına göre hekime başvuru sayısının oranı (%)		SB-2017 yıllık Rapor
1. basamak	31	
2. ve 3. basamak	69	

Son 12 ay içerisinde en az 1 gece yataklı tedavi hizmeti alanların cinsiyete göre dağılımı (%)		Türkiye Sağlık Araştırması, TÜİK, 2016
Toplam	11,3	
Erkek	9,5	
Kadın	13,1	
Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı(%)		SB-Stratejik Plan
Toplam sağlık harcaması	5.4	
Kamu sağlık harcaması	4.4	
Özel sağlık harcaması	1.0	
Hekim sayısı (yüz binde)	169	SB-Stratejik Plan

F. Sağlık Göstergelerine İlişkin Bilgiler, Tanımlar ve Hesaplama Kullanılacak Veriler

Sağlık verileri/ göstergeleri, bilimsel yöntemlerle elde edilmeli, doğru ve güvenilir olmalı; ölçülebilir olmalı, toplumun sağlık düzeyini değerlendirmede kullanılmalı; izleme değerlendirme için zaman içinde tekrarlanmalı ve paylaşılıp duyurulmalıdır.

Nüfusun Yaş Piramidi (Population Pyramid): Çeşitli yaşlardaki erkek ve kadın nüfusunu gösteren bu grafikte, dikey eksen (ordinat) aşağıdan yukarıya doğru yaşlara, yatay eksen ise bu yaşlardaki nüfus miktarlarına ayrılmıştır. Grafiğin sol tarafı erkek, sağ tarafı ise kadın nüfusunu gösterir. Nüfus piramitleri, geçmiş dönemlerin siyasal, askeri ve nüfussal olaylarının izlerini taşırlar.

Perinatal Dönem: Gebeliğin 22. hft.dan sonraki dönem + Doğum sonrası ilk 7 gün.

Bebeklik Dönemi: Doğumu izleyen 365 gün yani 1 yaşına dek.

Adolesan Dönem: 10-19 yaş.

Erişkinlik Dönemi: 20- 65 yaş.

Yaşlılık Dönemi: 65 yaş ve sonrası.

Nüfusun Yaşlanması: Herhangi bir nüfusta yaşlı kimselerin oranının artması.

Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi (Life Expectancy at Birth) Tanım: Yeni doğmuş bir bireyin yaşamı boyunca belirli bir dönemdeki yaşa özel ölümlülük hızlarına maruz kalması durumunda yaşaması beklenen ortalama yıl sayısı.

Yaşam Beklentisi (Expectation of Life, Life Expectancy): "ex" ile gösterilen yaşam ümidi, X yaşındaki bireylerin ortalama olarak daha kaç yıl yaşayabileceğini gösterir.

Nüfus Artış Hızı (Population Growth Rate) Tanım: Belli bir dönemde, nüfus büyüklüğünün ortalama yıllık artışı.

0-14 Yaş Nüfus Oranı (%): 0-14 yaş arası nüfusun toplam nüfusa oranıdır.

65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranı (%): 65 yaş ve üzerindeki nüfusun toplam nüfusa oranıdır.

Genç Bağımlılık Oranı (0-14 Yaş) (%): 0-14 yaş arası nüfusun 15-64 yaş arasındaki nüfusa oranıdır.

Yaşlı Bağımlılık Oranı (65 Yaş ve Üzeri) (%): 65 yaş ve üzerindeki nüfusun 15-64 yaş arasındaki nüfusa oranıdır.

Toplam Bağımlılık Oranı (%): 0-14 yaş ile 65 yaş ve üzeri nüfusun 15-64 yaş arasındaki nüfusa oranıdır.

Prevalans: Bir sağlık sorununun/ hastalığın, belirli bir süre içinde veya anda toplumda veya bir grupta ne sıklıkta görüldüğünü belirtir. İki tür prevalans vardır: Nokta prevalansı ve Süre prevalansı.

İnsidans: Risk altındaki sağlam kişilerin belirli sürede bir hastalığa yakalanma olasılığıdır. Bir toplumda belirli bir süre içinde saptanan yeni vaka sayısıdır. İnsidans hızı prospektif kohort tipteki araştırmalardan veya toplumun sürekli izlenmesi, sağlık ile ilgili kayıtların tam, doğru ve devamlı tutulması ile elde edilebilir.

Doğum Öncesi Bakım (DÖB) Alma Sıklığı (%): Bir yıl içinde mevcut toplam gebelerden, bir hekim ya da eğitimli bir sağlık personelinin (ebe ya da hemşire) bakım alanların sıklığı (%) olarak ifade edilir (Değerlendirmelerde en az bir DÖB alanlar ya da hizmet standardı olarak önerilen gebe başına 4 DÖB alan olarak ifade edilir).

Sağlık Kuruluşunda Yapılan Doğum Sıklığı (%): Bir yıl içinde bir sağlık kuruluşunda yapılan doğum sıklığını gösterir.

Doğum Sonrası Bakım Alma Sıklığı (%): Doğumdan sonraki ilk 42 gün içinde annenin eğitimli, bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir; (%) olarak ifade edilir.

Canlı Doğum (CD): Gebeliğin 22. haftasından sonra canlı olarak doğan göbek kordonunda pulsasyon olması; bebeğin nefes alıp vermesi, ağlaması; kol ve bacaklarda hareket olması, cilt renginin pembe olması.

Ölü Doğum (ÖD): Gebeliğin 22. haftasından sonra doğan ve yaşam belirtisi, (kalp atımı solunum vb.) olmayanlara ölü doğum denilir.

Kaba Doğum Hızı (KDH) (‰): Belli bir yıl içinde her 1.000 nüfus başına düşen canlı doğum sayısıdır.

Kaba Ölüm Hızı (Crude Death Rate): Belirli bir sürede meydana gelen toplam ölüm sayısının, o süre ortasındaki toplam nüfusa oranı. Binde olarak ifade edilir (Belli bir yıl içinde her 1.000 nüfus başına düşen ölüm sayısıdır).

Düşük (abortus): Gebeliğin 22. haftası dâhil gebeliğin sonlanması düşük olarak isimlendirilir.
Kendiliğinden (Spontan) Düşük: Dışarıdan herhangi bir müdahale olmaksızın belirtilen süre

içinde gebeliğin sonlanmasıdır. **İsteyerek-İstemli Düşük:** Kadının talep etmesi ile dışarıdan bir müdahale (medikal ya da cerrahi yöntemlerle) ile gebeliğin sonlandırılmasıdır.

Bebek Ölüm Hızı (BÖH): (Bin canlı doğumda) Bir yıl içinde, gebeliğin 22. haftasından sonra olan canlı doğanlardan bebek bir yaşına gelmeden- doldurmadan olan ölümlerdir. Hesaplanmasında, canlı doğup bir yıl içinde ölen bebek sayısının o yıl içinde meydana gelen CD’sayısına bölünmesi ile elde edilir.

Perinatal Bebek Ölüm Hızı (PNBÖH): Bir yıl içinde; gebeliğin 22. haftasından sonra doğan “ölü doğumlar” ve canlı doğup doğum sonrası ilk 7 gün içinde ölenlerin toplamının , o yıl içinde olan toplam doğum sayısına yani canlı ve ölü doğumların toplamına bölünmesi ile elde edilir ve 1000 toplam doğumda olarak ifade edilir.

Erken Neonatal Bebek Ölüm Hızı: Gebeliğin 22. haftasından sonra olan canlı doğumlardan yaşamın ilk 7 günü içinde ölenlerin incelenen sürede, genellikle o yıl içinde olan toplam canlı doğum sayısına bölünmesi ile elde edilir ve 1000 canlı doğumda olarak ifade edilir.

Neonatal Bebek Ölüm Hızı: Gebeliğin 22. haftasından sonra olan canlı doğumlardan yaşamın ilk 28 günü içinde ölenlerin incelenen sürede, genellikle o yıl içinde olan toplam canlı doğum sayısına bölünmesi ile elde edilir ve bin canlı doğumda olarak ifade edilir.

Post Neonatal Bebek Ölüm Hızı: Bir yıl içinde canlı doğup doğumu izleyen 28. günden sonra 1 yaşını doldurmadan ölen bebek sayısının o yıl içinde olan canlı doğum sayısına bölünmesi ile hesaplanır ve 1000 canlı doğumda olarak ifade edilir.

5 Yaş Altı Çocuk Ölüm Oranı: Bir yıl içinde canlı doğup doğumu izleyen 28. günden sonra 5 yaşını doldurmadan ölen bebek sayısının o yıl içinde olan canlı doğum sayısına oranı olup 1000 canlı doğumda olarak ifade edilir.

Anne Ölümü: Gebe bir kadının, gebeliğinin birinci gününden doğum sonrası 42. güne dek gebelik, doğum ve lohusalık döneminde obstetrik nedenlere bağlı olarak ölmesidir (Doğrudan, Dolaylı ve Diğer olarak sınıflandırılır). Doğrudan obstetrik nedenler: Gebeliğe bağlı ortaya çıkan durumlar-kanama, toksemi vb.). Dolaylı obstetrik nedenler: Annede daha önceden varolan bir hastalığın, gebelik nedeni ile şiddetlenmesi sonucuna bağlı, belirtilen süre içinde annenin ölmesi- kalp dastalığı, diyabet vb.). Diğer başlığı altında ise; gebelik ve doğumla doğrudan ya da dolaylı bir nedene bağlı olmaksızın gebe bir kadının belirtilen sürede kanser, trafik kazası gibi bir nedene bağlı ölmesidir.

Anne Ölüm Oranı: Ender olay olduğu için yüz bin canlı doğumda olarak ifade edilir. Hesaplanmasında, bir yıl içinde belirtilen nedenlere bağlı ölen anne sayısı ve o yıl içinde meydana gelen canlı doğum sayısına bölünür.

Yaşam Boyu Annelik Nedeni ile Ölüm Riski: Yaşam boyu anne ölüm riski, bir kadının doğurganlık çağının sonuna kadar doğrudan ya da dolaylı nedenler ile ölme riskidir.

Yaşa ve Cinsiyete Özel Ölüm Hızı (15-49 Yaş Kadınlara Özel Ölüm Hızı): Bir toplumda belirli

bir süre içinde ölen 15-49 yaşındaki kadın sayısı/ aynı toplumun yıl ortası 15-49 yaş kadın nüfusu X katsayı.

Yerleşim Yerine Özel Ölüm Hızı: Ölümün farklı yerleşim yerlerinde hangi boyutta olduğunu belirtir. Örneğin, kentsel alanlara özel ölüm hızı: Bir toplumda kentlerde belirli süre içinde olan ölüm sayısı/ aynı toplumda aynı süre içindeki yıl ortası kentsel alanlardaki nüfusu X katsayı.

Yaşa Özel Ölüm Hızı: Belirli yaş gruplarında ölümlerin ne düzeyde olduğunu gösterir. 5-10 yıllık yaş bantları veya 0-4 yaş, 15-49 yaşlar gibi özellik taşıyan yaş gruplamaları kullanılabilir. Bir toplumda belirli süre içinde “X” yaşında ölen kişi sayısı / Aynı toplumda aynı sürede (X) yaş nüfusu.

Nedene Özel Ölüm Hızı: Ölümün nedenlerini ve boyutunu belirlemede kullanılır. Böylece bir toplumda en çok öldüren ilk 5 veya 10 nedenin neler olduğu saptanır.

Bir toplumda belli süre içinde “A” nedenine bağlı ölüm sayısı / Aynı toplumun aynı süre içindeki nüfusu X katsayı.

Fatalite Hızı: Belli bir hastalığa yakalananlar içinden ne kadarının öldüğünü yani bu hastalığın ne kadar fatal olduğunu gösteren bir ölçüttür. Belli bir sürede “A” hastalığı nedeniyle ölen sayısının, “A” hastalığına yakalananların sayısına bölünmesi ve X 1000 hesaplaması il elde edilir.

Yaşa Özel Orantılı Ölüm Hızı: Bir toplumun genel sağlık düzeyini gösteren anlamlı bir ölçüttür. İki şekilde hesap edilir: Birincisi 5 yaşın altında diğeri 50 yaşın üstündeki ölümlerin tüm ölümler içinde yerini gösterir.

-Bir toplumda 50 yaş üzerindeki ölümlerin oranı yüksekse sağlık düzeyinin iyi, 5 yaşın altındaki ölümlerin oranı yüksekse genel sağlık düzeyinin, özellikle ana çocuk sağlığının yetersiz durumda olduğu kabul edilir.

-5 yaşın altındaki orantılı ölüm hızı gelişmiş ülkelerde %5 veya daha azdır, gelişmekte olan ülkelerde %40 dolayındadır.

-50 yaş üzerindeki orantılı ölüm hızı gelişmiş ülkelerde %90 - 95 dolayındadır ki bunların hemen hepsi önlenmesi güç kronik dejeneratif hastalıklara bağlıdır. Gelişmekte olan ülkelerde aynı hız %50- 60 dolayındadır.

Toplam Doğurganlık Hızı (Total Fertility Rate): Bir kadının doğurganlık çağı boyunca hâlen mevcut yaşa özel doğurganlık hızlarına maruz kalması durumunda doğurganlık çağının sonuna geldiğinde sahip olacağı ortalama çocuk sayısıdır.

Genel Doğurganlık Hızı (General Fertility Rate): Bir yıl içindeki doğumların, o yılın ortalama kadın nüfusuna oranı. Bin kadına düşen ortalama doğum sayısı.

Adölesan Doğurganlık Hızı: 15-19 yaş grubunda bin kadın başına düşen ortalama canlı doğan çocuk sayısını ifade etmektedir.

Aile Planlaması Yöntemi Kullananların Prevalansı (Kullanım Sıklığı): 15-49 yaş kadınların (eşleri dâhil) kullandığı gebeliği önleyici tüm yöntemlerin % olarak ifadesi.

Aile Planlaması Modern Yöntem Kullananların Prevalansı (Kullanım Sıklığı): 15-49 yaş kadınların (eşleri dâhil) kullandığı gebeliği önleyici modern yöntemlerin % olarak ifadesi.

Aile Planlaması Geleneksel Yöntem Kullananların Prevalansı (Kullanım Sıklığı): 15-49 yaş kadınların (eşleri dâhil) kullandığı gebeliği önleyici geleneksel yöntemlerin % olarak ifadesi.

Aile Planlamasında Karşılanamayan Hizmet Gereksinimi- Demografların Benimsediği Tanım: Artık başka çocuk istemediği halde hiçbir yöntemle korunmayanların yüzdesi.

Aile Planlamasında Karşılanamayan Hizmet Gereksinimi- Sağlıkçuların Benimsediği - Sağlık Bağlamında Riskleri Daha İyi Belirleyen Tanım: Artık başka çocuk istemediği halde hiçbir yöntemle korunmayan + artık çocuk istemediği ya da hâlen çocuk istemediği halde geleneksel yöntem kullananların yüzdesi.

Modern Yöntemler: Tüplerin Bağlanması, Hap, RiA, Kondom, Enjeksiyon, İmplant, Diyafram / Köpük/ Jel, Kadın Kondomu, Erkeğin Kanallarının Bağlanması, Vajinal Halka, Emzirme ve Acil Korunma Hapı.

Geleneksel Yöntemler: Geri Çekme ve Takvim.

Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY): Erken yaşlardaki ölümler ile ölümlerle sonuçlanmayan ancak uzun dönemli işlev kaybına yol açan hastalıklar ve yaralanmalar nedeniyle kaybedilen yılları sayan mutlak bir sağlık kaybı ölçütüdür. 1 DALY, 1 sağlıklı yaşam yılından kaybı ifade eder.

Engellilikle Geçirilen Yaşam Yılı (YLD): Ölüme yol açmayan ancak ideal olmayan sağlık koşullarında yaşanan yılları ifade eder.

Kaybedilen Yaşam Yılı (YLL): Erken ölüm sebebiyle kaybedilen yaşam yılı olarak ifade edilir.

DALY iki bileşenin toplamından oluşur; DALY = YLL (Mortalite Yüğü) + YLD (Morbidite Yüğü)

Dünya Standart Nüfusu: Kanseri hastalığı, ilerleyen yaş gruplarında daha sık görüldüğünden nüfusu yaşlı olan bir ülkede kanser görülme oranı (kaba hız), nüfusu genç bir ülke ile kıyaslandığında daha yüksek olacaktır. Bu nedenle ağırlıklandırma işleminin yapılabilmesi için, “Dünya Standart Nüfusu” tablosundan yararlanılarak standardize edilmiş bir oran olan “yaşa standardize hız” kavramı kullanılmaktadır.

Vücut Kitle İndeksi (VKİ): Vücut ağırlığının (kilogram), boy uzunluğunun (metre) karesine bölünmesiyle hesaplanır.

Düşük Kilolu: VKİ < 18,5; **Normal Kilolu:** 18,5 ≤ VKİ; **Fazla Kilolu:** 25 ≤ VKİ; **Obez:** VKİ ≥ 30.

Üreme Sağlığı: Yalnızca üreme sistemlerinin fonksiyonlarına ve işleyiş şekline ilişkin alanlarda bir hastalık ve sakatlık olmaması değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan bütünüyle iyi olma durumudur.

Cinsel Sağlık: Kadın ve erkeğin, üreme (cinsel) organlarının zarar görmemesi, sakat ve hasta olmamasının yanı sıra; üreme özelliğini özgür ve bilinçli olarak kullanma yeteneğine ve karşılıklı sevgi ve saygıya dayanan eşitlikçi, güvenli, sorumlu ve doyurucu bir cinsel yaşama sahip olması ve bunu sürdürebilmesidir.

Yaş: Kişinin bitirmiş (tamamlamış) olduğu yaşıdır.

Ortanca Yaş: Nüfusu oluşturan kişilerin yaşları, küçükten büyüğe doğru sıralandığında ortada kalan kişinin yaşıdır. Buna göre, nüfusun yarısı bu yaştan küçük diğer yarısı da bu yaştan büyüktür.

Cinsiyet Oranı: Her 100 kadın için erkek sayısıdır.

Ortalama İlk Evlenme Yaşı: Belli bir yıl içinde ilk kez evlenen çiftlerin ortalama evlenme yaşıdır.

Kaba Boşanma Hızı: Belli bir yıl içinde her 1000 nüfus başına düşen boşanma sayısıdır.

İntihar: Psikolojik olarak rahatsız olan kişinin istemli olarak yaşamına son vermesi olup kendisine yönelik bir saldırganlık hâlidir.

Kaba İntihar Hızı: Bir yıl içinde her 100 000 nüfus başına düşen intihar sayısıdır.

Yoksulluk: İnsanların temel ihtiyaçlarını karşılayamama durumudur. Yoksulluğu dar ve geniş anlamda olmak üzere iki türlü tanımlamak mümkündür. Dar anlamda yoksulluk, açlıktan ölme ve barınacak yeri olmama durumu iken, geniş anlamda yoksulluk, gıda, giyim ve barınma gibi olanakları yaşamlarını devam ettirmeye yettiği halde toplumun genel düzeyinin gerisinde kalmayı ifade eder.

Mutlak Yoksulluk: Hanehalkı veya bireyin yaşamını sürdürebilecek asgari refah düzeyini yakalayamaması durumudur. Bu nedenle, mutlak yoksulluğun ortaya çıkarılması, bireylerin yaşamlarını sürdürebilmeleri için gerekli olan minimum tüketim ihtiyaçlarının belirlenmesini gerektirir. Mutlak yoksul oranı, bu asgari refah düzeyini yakalayamayanların sayısının toplam nüfusa oranıdır.

Toplumsal Cinsiyet Eşitliği: Toplumsal cinsiyet eşitliği politikalarının kuramsal altyapısında, ‘cinsiyet’ (sex) ile ‘toplumsal cinsiyet’ (gender) arasındaki ayrım kullanılmaktadır. ‘Cinsiyet’ kavramı, kadınlar ile erkekler arasındaki evrensel biyolojik farklılıklara atıfta bulunurken ‘toplumsal cinsiyet’ kavramı, kadınlarla erkekler arasındaki toplumsal ilişkileri belirli bir bağlama göre tanımlamakta, erkeklerle kadınlar ve erkek çocuklarıyla kız çocukları arasındaki ilişkiye ve bu ilişkinin sosyal olarak nasıl kurulduğuna değinmektedir. Bu nedenle toplumsal cinsiyetin getirdiği roller dinamiktir ve içeriği zamana ve yere göre değişmektedir.

İş Kazası: İşyerinde veya iş esnasında meydana gelen ve bir yaralanmayla sonuçlanan tüm kazaları kapsamaktadır. TÜİK’in İş Kazaları ve İşe Bağlı Sağlık Problemleri Araştırması (İKSPA 2007, 2013), iş kaybına yol açıp açmamasına ve olayın hukuken bir iş kazası niteliği taşıyıp taşımadığına bakılmaksızın, işyerinde veya iş esnasında geçirilen ve (şiddetine bakılmaksızın) bir yaralanmayla sonuçlanan tüm kazaları iş kazası olarak değerlendirmiştir.

İşe Bağlı Sağlık Sorunu: İşten veya çalışma koşullarından kaynaklanan veya iş nedeniyle kötüleşen hastalık, sakatlık, fiziksel veya ruhsal sağlık sorunları kapsamıştır. Bu araştırmada, işle ilgili yaşanan sağlık sorunları yetkililer tarafından kabul edilen veya kayıtlanan vakalar ile sınırlı değildir, kişinin bu hastalığın işten kaynaklandığını düşünmesi yeterlidir.



KAYNAKLAR

Göstergeler

- **BM.** *İnsani Gelişme Endeksi (HDI-Human Development Index)*
<http://hdr.undp.org/en/content/human-development-index-hdi>
- **BM.** *Minimum Set of Gender Indicators.*
<https://genderstats.un.org/#/home>
- **BM.** *Global Indicator Framework for the Sustainable Development Goals and targets of the 2030 Agenda for Sustainable Development.*
https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework_A.RES.71.313%20Annex.pdf
- **Dünya Ekonomik Forumu. (WEF, 2017).** *Global Gender Gap Index*
<https://www.weforum.org/reports/the-global-gender-gap-report-2017>
- **BM.** *Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Endeksi (GII-Gender Inequality Index)*
<http://hdr.undp.org/en/content/gender-inequality-index-gii>
- **EIGE. (2015).** *Gender Equality Index 2015.*
<http://eige.europa.eu/gender-equality-index>
- **EIGE.** *Gender Statistics Database.*
<http://eige.europa.eu/gender-statistics/dgs>
- **OECD.** *The OECD Gender Portal.*
<http://www.oecd.org/gender/data/health/#d.en.387820>
- **WHO. (2015).** *The Global Reference List of 100 Core Health Indicators*
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173589/1/WHO_HIS_HSI_2015.3_eng.pdf?ua=1
- **WHO.** *Short list of reproductive health indicators for global monitoring*
https://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/family-planning/global/whos-short-list-of-reproductive-health-indicators-for-global-monitoring
- **WHO.** *Global Health Observatory*
http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/dashboard/en/
- **WHO.** *Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030): Data Portal.*
<http://apps.who.int/gho/data/node.gswcah>
- **WHO.** *Tracking Progress Towards Universal Health Coverage*
<http://apps.who.int/gho/cabinet/uhc.jsp>

- **TÜİK.** *Sağlık ve Sosyal Koruma İstatistikleri.*
http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095
- **TÜİK.** *Toplumsal Cinsiyet İstatistikleri.*
http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1068
- **TÜİK.** (2018). *İstatistiklerle Kadın 2017.*
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27594>
- **UN.** *Gender Statistics.*
<https://unstats.un.org/unsd/gender/default.html>
- **Sağlık Bakanlığı.** *İstatistik Yıllıkları.*
<https://www.saglik.gov.tr/TR,11588/istatistik-yilliklari.html>

Sözleşmeler

- **Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi 1997**
<http://www2.tbmm.gov.tr/d21/1/1-0915.pdf>
- **Çocuk Hakları Sözleşmesi 1989**
<https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/137-160.pdf>
- **İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi 1948**
<https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/203-208.pdf>
- **Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi 1966**
<https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/83-93.pdf>
- Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi Genel Yorumları
<http://www.ihop.org.tr/2007/12/11/ekonomik-sosyal-ve-kueltuerel-haklar-komitesi/>
- **Engelli Haklarına Dair Sözleşme, 2006**
http://insanhaklarimerkezi.bilgi.edu.tr/media/uploads/2015/08/03/Engellilerin_HaklarinalliskinSozlesme.pdf
- **Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartı, 1996**
<https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/26488.pdf>
- **İrk Ayrımcılığını Ortadan Kaldırmaya Dair Sözleşme 1965**
https://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/KANUNLAR_KARARLAR/kanuntbmmc086/kanuntbmmc086/kanuntbmmc08604750.pdf
- **İnsan Hakları ve Temel Özgürlüklerin Korunmasına İlişkin Sözleşme (Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi) 1950**
https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/IH_ve_Temel_Ozgurluklerin_Korunmasi.pdf

- **Kadınlara Yönelik Her Türlü Ayrımcılığın Tasfiye Edilmesi Sözleşmesi(CEDAW) 1979**
https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/belge/uluslararasi_belgeler/ayrimcilik/CEDAW/CEDAW_Sozlesmesi_ve_Ihtiyari_Protokolu.pdf
- **Kadınlara Yönelik Her Türlü Ayrımcılığın Tasfiye Edilmesi Komitesi İhtiyari Protokolü,**
https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/belge/uluslararasi_belgeler/ayrimcilik/CEDAW/CEDAW_Sozlesmesi_ve_Ihtiyari_Protokolu.pdf
- **Kadınlara Yönelik Şiddet ve Ev İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye Dair Avrupa Konseyi Sözleşmesi (İstanbul Sözleşmesi) 2011**
<https://rm.coe.int/1680462545>,<https://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem24/yil01/ss81.pdf>
- **Tüm Göçmen İşçilerin ve Aile Fertlerinin Haklarının Korunmasına Dair Uluslararası Sözleşme 1990**
<https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/25516.pdf>

Sözleşmelere İlişkin Diğer Belgeler

- **Kadınlara Yönelik Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Komitesi Genel Tavsiye Kararları (1986-2013)**
[https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/belge/uluslararasi_belgeler/ayrimcilik/CEDAW/tavsiye_kararlari/CEDAW%20Komitesi%20Tavsiye%20Kararlari_\(1-29\).pdf](https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/belge/uluslararasi_belgeler/ayrimcilik/CEDAW/tavsiye_kararlari/CEDAW%20Komitesi%20Tavsiye%20Kararlari_(1-29).pdf)
- **CEDAW Komitesi Nihai Yorumları 2010**
https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/belge/uluslararasi_belgeler/ayrimcilik/CEDAW/ulke_raporlari/6.%20Ülke%20Raporuna%20İlişkin%20CEDAW%20Komitesi%20Nihai%20Yorumlari.pdf
- **CEDAW Komitesi, Concluding Observations on the Seventh Periodic Report of Turkey, CEDAW/C/TUR/CO/7**
http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2fC%2fTUR%2fCO%2f7&Lang=en
- **The Executive Committee for NGO Forum on CEDAW - Turkey. (2016). Shadow NGO Report on Turkey's Seventh Periodic Report to The Committee on The Elimination of Discrimination Against Women For Submission to The 64th Session of CEDAW.**
http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/TUR/INT_CEDAW_NGO_TUR_24253_E.pdf
- **Committee on Economic Social and Cultural Rights (CESCR). The Right to the Highest Attainable Standard of Health, General Comment 14. E/C.12/2000/4.**

Uluslararası Belgeler

- **Alma Ata Bildirgesi. (1978). BM.**
http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
- **Binyıl Deklarasyonu (2000). BM.**
<https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/milenyum.pdf>
- **Commission Communication. Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU.**
http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/commission_communication/index_en.htm
- **Council of the European Union. Council Conclusions on Common Values and Principles in European Union Health Systems.**
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2006:146:0001:0003:EN:PDF>
- **Council Conclusions on Women's Health.**
http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/documents/women_council_en.pdf
- **Council of Europe. (2008). Recommendation CM/Rec (2008) of the Committee of Ministers to Member States on the inclusion of gender differences in health policy.**
<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1241743&Site=CM&BackColorInternet=C3C3C3&BackColorIntranet=EDB021&BackColorLogged=F5D38>
- **European Community, White paper, Together for health: a strategic approach for the EU 2008-2013.**
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0639:FIN:EN:PDF>
- **EU.(2014). EU Health Programme 2014-2020.**
<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014R0282&from=EN>
- **International Conference on Population and Development - ICPD. Programme of Action. A/CONF.171/13/Rev.1 - Report of the International Conference on Population and Development.** New York: United Nations Population Fund; 1995.
<http://www.unfpa.org/public/home/publications/>
- **IPPF. Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi, Vizyon 2000, Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu - 1996, Türkiye Aile Planlaması Derneği Yayınları, No. 54, 1997.**
- **Pekin Deklarasyonu ve Eylem Planı. (1995). BM.**
<https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/pekin.pdf>. Erişim Tarihi:..
- **Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri. (2015). BM.**
<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>

- **Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD) ve Eylem Programı. (1994). BM.**
https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf

Ulusal Mevzuat

- **Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982.**
<https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa82.htm>
- **Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun, 2012.**
http://www.aile.gov.tr/data/5404eb05369dc3119090f853/6284_sayili_yonetmelik.pdf
- **Aile Hekimliği Kanunu, 2004.**
<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5258.pdf>
- **Çocuk Koruma Kanunu, 2005**
<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5395.pdf>
- **Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998**
<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=hasta%20hakları>
- **İş Kanunu, 2003**
<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4857.pdf>
- **Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, 1983**
<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2827.pdf>
- **Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 2011**
<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/4.5.663.pdf>
- **Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun, 1961**
<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.4.224.pdf>
- **Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 1987**
<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3359.pdf>
- **Türk Medeni Kanunu, 2001**
<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4721.pdf>
- **Türk Ceza Kanunu, 2004**
<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf>
- **Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 1928**
<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219.pdf>
- **Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1930**
<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1593.pdf>

Ulusal Politika Belgeleri

- **Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı.** (2012). *Kırsal Alanda Kadının Güçlendirilmesi Ulusal Eylem Planı (2012- 2016)*
https://www.tarim.gov.tr/EYYDB/Belgeler/Duyurular/Ulusal_Eylem_Plan%C4%B1.pdf
- **Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü.** (2008). *Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ulusal Eylem Planı (2008-2013.)*
<https://kadininstatusu.aile.gov.tr/ulusal-eylem-planlari/toplumsal-cinsiyet-esitligi-ulusal-eylem-planı>
- **Kalkınma Bakanlığı.** (2013). *Onuncu Kalkınma Planı* <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalkinma%20Planlar/Attachments/12/Onuncu%20Kalk%C4%B1nma%20Plan%C4%B1.pdf>
- **Sağlık Bakanlığı.** (2012). *Stratejik Plan (2013-2017)*. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/455>
- **Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü** (2005). *Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı (2005-2015)* <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/303>

Uluslararası Raporlar

a) AB

- EIGE, 2015. *Beijing + 20: The fourth review of the implementation of the Beijing Platform for Action in the EU Member States*, <http://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/MH0414886ENN.PDF>
- EIGE. (2015). *Beijing + 20: The Platform for Action (BPfA) and the European Union Area C: women and health*. http://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/C_MH0415022ENC.pdf
- EIGE. (2016). *Gender in Health*. <http://eige.europa.eu/rdc/eige-publications/gender-health>
- European Commission (2008). *Quality in and equality of access to healthcare services, European Communities, Directorate- General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities*. www.euro.centre.org/downloads/detail/882
- European Commission (2009). *Access to healthcare and long-term care – equal for women and men?*, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/10c340fd-249c-455b-875b-ca8243f58767>

b) BM

- High-Level Task Force for ICPD. *Policy Recommendations for the ICPD Beyond 2014: Sexual and Reproductive Health & Rights for All*. 2013, s.3-41.

- UN Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). (2011). *Human Rights and Gender Equality in Health Sector Strategies: How to Assess Policy Coherence*. <http://www.refworld.org/docid/4e71cb7c2.html>
- UN. (2016). *Progress Report on the Global Strategy for Women’s and Children Health 2010-2015, Saving lives Protecting Futures*. www.everywomaneverychild.org
- WHO, *Women and Health: Today’s Evidence Tomorrow’s Agenda*, November 2009, <http://www.refworld.org/docid/4af82d3d2.html>
- WHO. The Global Strategy For Women’s, Children’s And Adolescents’ Health (2016-2030)
- http://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2016/12/EWEC_Global_Strategy_EN_inside_LogoOK_web.pdf
- WHO. (2017). *20th Model List of Essential Medicines*. http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/20th_EML2017_FINAL_amendedAug2017.pdf?ua=1
- WHO. (2017). *Human rights and health: Factsheet*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en>
- WHO. (2014). *Ensuring human rights within contraceptive programmes: A human rights analysis of existing quantitative indicators*. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/en/
- WHO. (2015). *Beyond the mortality advantage: investigating women’s health in Europe*, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/publications/2015/beyond-the-mortality-advantage.-investigating-womens-health-in-europe>
- WHO. (2011). *Gender Mainstreaming for Health Managers: a practical approach*. http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/health_managers_guide/en/
- WHO. (2008). *Gender and health workforce statistics’, Spotlight on Statistics –health workforce statistics*, No 2, 2008. http://www.who.int/hrh/statistics/spotlight_2.pdf
- WHO. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*, 2010. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf?ua=1&ua=1
- WHO. (2011). *Human Rights and Gender Equality in Health Sector Strategies: How to Assess Policy Coherence*
- <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HRandGenderEqualityinHealthSectorStrategies.pdf>
- WHO. (2014). *Sexual and reproductive health beyond 2014: Equality, Quality of care and Accountability*. WHO/RHR/14.05, s.1-8. www.who.int/reproductivehealth

Diğer Kurumların Raporları

- Health Policy Project. (2014). *Tools for Assessing Gender in Health Policies and Programs*. Washington, DC: Futures Group.
- Jhpiego. Gender Analysis Toolkit for Health Systems <https://gender.jhpiego.org/analysistoolkit/gender-analysis-framework/>
- Brinkerhoff, D. (2003). *Accountability and Health Systems: Overview, Framework, and Strategies*. Bethesda, MD: The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.
- Asian Development Bank. (2013). *Toolkit on gender equality results and indicators*. Mandaluyong City, Philippines: Asian Development Bank, <https://www.oecd.org/derec/adb/tool-kit-gender-equality-results-indicators.pdf>

STK Raporları

- Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD). (2006). *Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması*. http://www.cetad.org.tr/CetadData/Book/10/2692011154421-Arastirma_sonuc_lari_Dosyasi_1.pdf
- CETAD ve Türkiye Psikiyatri Derneği. (2015). Cinsellik Çok Boyutludur Basın Açıklaması. <http://www.psikiyatri.org.tr/1405/tpd-cetad-ortak-basin-aciklamasi-cinsellik-cok-boyutludur>
- CEDAW Sivil Toplum Yürütme Kurulu.(2016). Shadow NGO Report on Turkey's Seventh Periodic Report to the Committee on the Elimination of Discrimination against Women. https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/TUR/INT_CEDAW_NGO_TUR_24253_E.pdf
- CEDAW Sivil Toplum Yürütme Kurulu ve TCK Kadın Platformu.(2010). Türkiye'nin Kadına Karşı Ayrımcılığı Önleme komitesine sunduğu Altıncı Periyodik rapor için STK Gölge Raporu. http://kasaum.ankara.edu.tr/files/2013/02/CedawTR_6-gozden-gecirme-golge-rapor.pdf
- Cinsiyet Eşitliği İzleme Derneği (CEİD). (2014). Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Mekanizması İzleme Modeli. <https://www.ceid.info.tr/dosyalar/CEID-Kadina-yonelik-siddetle-mucadele-mekanizmasi-izleme-modeli.pdf>
- Eşit Haklar için İzleme Derneği. (2012). Türkiye'de Engellilere Yönelik Ayrımcılık ve Hak İhlalleri 2011 Yılı İzleme Raporu. <http://www.esihaklar.org/wp-content/uploads/2012/06/ESHID-EngelliRaporu2011.pdf>
- Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. (2012). *Türkiye Sağlık Raporu 2012*. http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/Turkiye_Saglik_Raporu_2012.pdf.

- Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. (2014). *Türkiye Sağlık Raporu, 2014*.
http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/TSR2014T.PDF
- İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. (2013). *Türkiye'de Üreme Haklarının Yasa Temelleri*,
http://www.ikgv.org/pdf/Ureme_Haklarinin_Yasal_Temelleri_ve_Etik_Degerlendirme.pdf.
- İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. (2012). *Vakalarla Türkiye'de Üreme Hakları*.
<http://www.hayad.org.tr/wp-content/uploads/2014/11/Vakalarla-Turkiyede-Ureme-Haklar%C4%B1.pdf>
- Kadın Dayanışma Vakfı. *Fiili Kürtaj Yasağı Devam Ediyor*.
<https://www.kadindayanismavakfi.org.tr/fiili-kurtaj-yasagi-devam-ediyor>
- Kaos GL. (2015). *Türkiye'de Cinsel Yönelim veya Cinsiyet Kimliği Temelinde Ayrımcılığın İzlenmesi Raporu*,
https://www.kaosgldernegei.org/resim/yayin/dl/lgbt__nsan_haklar__raporu_kaosgl_2015_1.pdf
- Kaos GL. (2016). *Türkiye'de Cinsel Yönelim veya Cinsiyet Kimliği Temelinde Ayrımcılığın İzlenmesi Raporu*.
https://www.kaosgldernegei.org/resim/yayin/dl/lgbt__insan_haklari__raporu_kaosgl_2016_eylul.pdf
- Kaos GL.(2017). *Türkiye'de Özel Sektör Çalışanı Lezbiyen, Gey, Biseksüel, Trans ve İntersekslerin Durumu: 2017 Yılı Araştırması*.
https://www.kaosgldernegei.org/resim/yayin/dl/ozel_sektr_raporu_2017.pdf
- Kaos GL. (2015) *Türkiye'de Gerçekleşen Homofobi ve Transfobi Temelli Nefret Suçları Raporu*.
https://www.kaosgldernegei.org/resim/yayin/dl/2014_nefret_sulari_raporu.pdf
- Kırmızı Şemsiye Cinsel Sağlık ve İnsan Hakları Derneği. (2017). *Türkiye'de "Geçici Koruma" Altında Suriyeliler ve Seks İşçiliği*.
<http://www.kirmizisemsiye.org/Dosyalar/Rapor%20T%C3%BCrk%C3%A7e%20PDF.pdf>
- Kırmızı Şemsiye Cinsel Sağlık ve İnsan Hakları Derneği. (2015). *Türkiye'de Seks İşçilerinin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı*.
<http://www.kirmizisemsiye.org/Dosyalar/Seks%20i%C5%9F%C3%A7ileri%20i%C3%A7in%20cinsel%20sa%C4%9F%C4%B1k%20kitap%C3%A7e%20C4%B1%20-%20PDF%20C4%B0%20A7erik.pdf>
- Kırmızı Şemsiye Cinsel Sağlık ve İnsan Hakları Derneği. (2016). *Türkiye'de Trans* Olmak: Dışlanma, Ayrımcılık ve Şiddet*
<http://www.kirmizisemsiye.org/Kaynaklar.aspx#ust>
- Mavi Kalem (2014). *Türkiye'de Kadın Sağlığı Politikaları Forumu, 2014*.
<http://mavikalem.org/wp-content/uploads/Turkiyede-Kadin-Sagligi-Politikalari-Forumu-Kitabi-2014.pdf>

- Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı. (2014). *6284 Sayılı Kanunun Uygulamaları İzleme Raporu*, https://www.morcati.org.tr/attachments/article/255/6284_Kanun_Uygulamalari_Raporu.pdf
- Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı (2012). *Kadına Karşı Şiddetle Mücadele: Yasalar, Politikalar, Uygulamalar* http://ceidizleme.org/ekutuphaneresim/dosya/83_1.pdf
- Sağlıkta Genç Yaklaşımlar Derneği. *Genç Kadının Politika Belgesi*. http://sagliktagencyaklasimler.org/upload/document/publication/doc_publication1.pdf
- Pozitif Yaşam Derneği. (2009). *Türkiye’de HIV ile Yaşayanların Yaşadıkları Hak İhlalleri Raporu 3. 2009*
- <http://www.pozitifyasam.org/Content/Upload/Raporlar/Hak%20C4%B0hlalleri%20Raporu%203.pdf>
- Sosyal Politikalar Cinsiyet Kimliği ve Cinsel Yönelim Çalışmaları Derneği (SPoD). (2012). *Cinsel Yönelim ve Cinsiyet Kimliği Temelli İnsan Hakları İhlalleri İzleme Raporu*. http://www.spod.org.tr/docs/hak_ihlal-son-1.pdf
- Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı (TAPV). *Güvenli Annelik Eğitim ve Danışmanlık Programı ve Kadın Sağlığı Eğitim Programı Raporları, 2012-2014*. <http://www.tapv.org.tr/tci/38/RAPORLAR>
- Türkiye İnsan Hakları Vakfı. (2017). *Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri Raporu*. <https://tihv.org.tr/wp-content/uploads/2018/01/Tedavi-Raporu-2016.pdf>
- Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı (TEPAV). (2016). *81 il için Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Karnesi*. http://www.tepav.org.tr/upload/files/1458142029-8.81_Ilin_Toplumsal_Cinsiyet_Esitligi_Karnesi.pdf
- Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı (TEPAV). (2014). *81 il için Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Karnesi*. http://www.tepav.org.tr/upload/files/haber/1391012395-8.81_Il_icin_Toplumsal_Cinsiyet_Esitligi_Karnesi___Taslak.pdf
- Türkiye Ekonomik ve Sosyal Etüdler Vakfı (TESEV). (2017). *Belediyelerde Kadın, Kadınlar için Belediye*. <http://tesev.org.tr/wp-content/uploads/2017/09/BelediyelerdeKadinRaporTR1.pdf>
- Türk Tabipler Birliği, Bölge Tabip Odaları ve Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası. (2014). *Suriyeli Sığınmacılar ve Sağlık Hizmetleri Raporu* <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/siginmacirpr.pdf>
- TÜSİAD. (2000). *Kadın-Erkek Eşitliğine Doğru Yürüyüş: Eğitim, Çalışma Yaşamı ve Siyaset*. <http://tusiad.org/tr/yayinlar/raporlar/item/1866-kadin-erkek-esitligine-dogru-yuruyus-egitim-calisma-yasami-ve-siyaset>

- TÜSİAD ve KAGİDER. (2008). *Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği: Sorunlar, Öncelikler ve Çözüm Önerileri*.
<http://akgul.bilkent.edu.tr/Tusiad/KADINRAPOR.pdf>
- TÜSİAD ve UNFPA. (2010). *2050’ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetim: Eğitim, Sağlık, İşgücü ve Sağlık ve Sosyal Güvenlik Sistemlerine Yansımalar*.
<http://tusiad.org/tr/component/k2/item/5187-2050ye-dogru-nufusbilim-ve-yonetim--egitim--isgucu--saglik-ve-sosyal-guvenlik-sistemlerine-yansimalar>
- TÜSİAD ve UNFPA. (2012). *2050’ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetim: Sağlık Sistemine Bakış*.
- Toplumsal Haklar ve Araştırmalar Derneği (TOHAD). (2015). *Mevzuattan Uygulamaya Engelli Hakları İzleme Raporu*
http://www.engellihaklariizleme.org/tr/files/belgeler/ozet_2014.pdf
- Uluslararası Çocuk Merkezi Çalışma ve Raporları. *Çocuk Hakları İzleme ve Raporlama, 2010-*
<http://www.cocukhaklariizleme.org/kategori/yayinlar/page/3>

Diğer Yayınlar

- Akın, A. (1994). *Dünya Nüfusu ve Kalkınma Konferansı Özet Raporu*. Ankara: Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü Yayını.
- Akın, A. (2006). *Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Perspektifinin Sağlık Politikasına Entegre Edilmesi*. Ankara: HÜKSAM yayınları.
- Akın, A. (2007). The emergence of the family planning program in Turkey. In W.C Robinson & J.A. Ross (Eds.). *The Global Family Planning Revolution: Three decades of population policies and programs*. Washington: The Worldbank. <http://siteresources.worldbank.org/INTPRH/Resources/GlobalFamilyPlanningRevolution.pdf>
- Akın, A. (2008). *Kadının Statüsü ve Sağlığı İle İlgili Gerçekler*. Ankara: Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Yayını.
- Akın, A., Özvarış, B. Ş. (2012). Bölüm 6: Kadın Sağlığı/ Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması, *Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı içerisinde*. (Ed. Güler, Ç., Akın L.) Ankara: Hacettepe Üniversitesi yayını, ss. 210-241.
- Akın, A. (2012). Türkiye’de Değişen Nüfus ve Sağlık Politikaları Doğrultusunda, İsteyerek Düşükler ve Üreme Sağlığı Hizmet Sunumunda Geleceğe Bakış. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10, s.43-60.
- Akın A., Esin Ç., Çelik K. (2003). Kadının Sağlık Hakkı ve Dünya Sağlık Örgütünün Avrupa’da Kadın Sağlığının İyileştirilmesine Yönelik Stratejik Eylem Planı. *Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın* içinde (Ed: A. Akın). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları (HÜKSAM), ss: 17-32.

- American College of Obstetricians & Gynecologists. *Extremely Preterm Birth*. <https://www.acog.org/-/media/For-Patients/faq173.pdf?dmc=1&ts=20180724T0858369597>
- Atıcı E., Erer S., “Türk Kadınlarının Tıp Eğitimine Başlama Süreci Ve İstanbul Darülfünunu Tıp Fakültesi’nden Mezun Olan İlk Kadın Hekimler”, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 35 (2) 107-111
- Berktaş, F. (2004). Kadınların İnsan Haklarının Gelişimi ve Türkiye. *Bilgi Üniversitesi Sivil Toplum ve Demokrasi Konferans Yazıları*, no 7.
- Çakır, S. (1994, 2011). *Osmanlı Kadın Hareketi*. İstanbul: Metis Yayınları.
- Doğramacı E. (1992). Atatürk ve Kadın Hakları. *Atatürk Araştırma Merkezi Dergisi*, 24, VIII.
- Eren N., Tanrıtanır, N. (1998). *Cumhuriyet ve Sağlık*, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayını.
- Gökgöl, T. (2012). İsteyerek düşük olgusuna global açıdan bakış: Yasalar ve deneyimler/ A global perspective on abortion: Laws and experiences. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10(1):1-9.
- Güngör, A. (2012). *Kadın Haklarına İlişkin Uluslararası Hukuk Düzenlemeleri*. Ankara: Ankara Barosu yayını.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü(HÜNEE). (2014). *2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2013)*. Ankara: HÜNEE, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK.
- www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2006). *Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu.
- Hartmann, B. (1995). *Reproductive Rights and Wrongs, The Global Politics of Population Control*. Boston, Massachusetts: South End Press.
- Hoşgör, Ş., Tansel, A. (2010). *2050’ye doğru Nüfusbilim ve Yönetim: Eğitim, İşgücü, Sağlık ve Sosyal Güvenlik Sistemlerine Yansımalar*. Ankara: TÜSİAD & UNFPA.
- http://www.hips.hacettepe.edu.tr/uaop_ankara/UAOC_ana_rapor.pdf
- Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. (2009). *Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması*.
- Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. (2015). *Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması*.
- Kalkınma Bakanlığı. (2013). *Onuncu Kalkınma Planı, Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Çalışma Grubu Raporu*. <http://kasaum.ankara.edu.tr/files/2013/02/Toplumsal-Cinsiyet-%C3%87a%C4%B1%C5%9Fma-Raporu-2013Bas%C4%B1lacak-N%C3%BCsha.pdf>
- Karaca Bozkurt, Ö. (2011). *Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı Eylem Programı’nın Türkiyede Uygulanan Sağlık Politikalarına Yansımalarının İncelenmesi (uzmanlık tezi) Ankara: KSGM yayını*.

- Kurnaz, S. (1991). *Cumhuriyet Öncesinde Türk Kadını, (1839-1923)*, Ankara: T.C. Basbakanlık Aile Araştırmaları Kurumu Başkanlığı.
- Kurtoğlu, A. (2015). *Hak temelli izleme ve değerlendirme ve toplumsal cinsiyet anaakımlaştırması*. Ankara: CEİD yayınları.
- Nichols, F. H. (2000). *History of the women’s health movement in the 20th century*.
- *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 29(1), ss. 56-64.
- O’Neil, Aldanmaz, Quiles, Kılınc. (2016). *Yasal ancak Ulaşılabilir Değil: Türkiye’deki Devlet Hastanelerinde Kürtaj Hizmetleri*. İstanbul: Kadir Has Üniversitesi Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Çalışmaları Merkezi. <http://www.khas.edu.tr/w243/files/documents/abortion-tr.pdf>
- Özberk, E. (2003). *Nüfus Politikaları ve Kadın Bedeni Üzerindeki Denetim*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Özvarış B. Ş., Esin E. A. (2003). Üreme Sağlığında Yaşam boyu Yaklaşım. *Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın*. (Ed, A. Akın), Anklara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları (HÜKSAM).
- Puri, C. P. Van Look, P. F. A. (Eds.). (2001). *Sexual and Reporoductive Health: Recent Advances, Future Directions*. New Delhi: New Age International Limited.
- Say, L. (2012). Güvenli Düşük: Sağlık sistemleri için uygulama rehberi / Safe Abortion: technical and policy guidance for health systems, *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10(1): 24-29.
- Sert, G. (2013). *Üreme Haklarının Yasal Temelleri ve Etik Değerlendirme*. İstanbul: İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı.
- Seaman, B. ve Elridge, L. (2014). *Kadın sağlığı hareketinden sesler. A.Bora, E. E. Akşit, S. Coşar, N.Tokdoğan, B. Şimşek., S. Aydınligil, Çev.)*.Ankara: Ayizi Yayınevi.
- Shah, I. H. (2012). Safe abortion services: a reproductive health imperative / Güvenli düşük hizmetleri: Bir üreme sağlığı zorunluluğu. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10(1):10-23.
- Somel, S. A. (2000). Osmanlı Modernleşme Dönemi’nde Kız Eğitimi, *Kebikeç*, 10, s. 223-237
- Yaraman A. *Türkiye’de Kadınlık Durumu ve Toplumsal Değişme* <http://aysegulyaraman.com/makale/turkiyede%20kadinlik%20durumu%20ve%20toplumsal%20degisme.pdf>

EKLER

EK 1: Uluslararası Sözleşmeler

Belge Adı	Kısaltması	İmzalanma Tarihi	Yürürlük Tarihi	TR’nin Taraf Olma Durumu/Tarihi
İnsan Hakları ve Temel Özgürlüklerin Korunmasına İlişkin Sözleşme (Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi)	AİHS	1950	1953	İmzalama:1950 Onaylama: 1954
Avrupa Sosyal Şartı	ASŞ	1961	1965	İmzalama:1961 Onaylama:1989
Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartı	GGASŞ	1996	1999	İmzalama: 2004 Onaylama: 2006
Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi	ESKHS	1966	1976	İmzalama: 2000 Onaylama: 2003
Kadınlara Yönelik Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi	CEDAW	1979	1981	Onaylama:1985
Kadınlara Yönelik Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesine İlişkin İhtiyari Protokol		1999	2000	İmzalanma: 2000 Onaylanma: 2002
Çocuk Haklarına Dair Sözleşme	ÇHS	1989	1990	İmzalama:1990 Onaylama: 1994
İrk Ayrımcılığını Ortadan Kaldırmaya Dair Sözleşme		1965	1969	İmzalama:1972 Onaylama: 2002
Tüm Göçmen İşçilerin ve Aile Fertlerinin Haklarının Korunmasına Dair Uluslararası Sözleşme		1990	2003	İmzalama: 1999 Onaylama: 2001
Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi		1997		İmzalama: 2003 Onaylama: 2004
Engelli Hakları Sözleşmesi	EHS	2006	2008	İmzalama:2007 Onaylama: 2008
İstanbul Sözleşmesi		2011	2014	İmzalama: 2011 Onaylama: 2012

EK 2: Uluslararası Belgeler

Uluslararası Belgeler	Tarih	Kaynak
Belgenin Adı		
İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi	1948	BM
Alma Ata Bildirgesi	1978	BM
Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı UNKK (ICPD) ve Eylem Programı	1994	BM
Pekin Deklarasyonu ve Eylem Planı	1995	BM
Binyıl Kalkınma Hedefleri	2000	BM
Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri	2015	BM

EK 3: İlgili Mevzuatın Listesi

Mevzuat	Resmi G. Tarihi Resmi G. Sayısı
T.C. 1982 Anayasası	Resmi G. Tarihi: 9/11/1982 Resmi G. Sayısı: 17863
4721 Sayılı Türk Medeni Kanunu	Resmi G. Tarihi: 8/12/2001 Resmi G. Sayısı: 24607
5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu	Resmi G. Tarihi: 12/10/2004 Resmi G. Sayısı: 25611 Yürürlüğe girdiği tarih: 1/06/2005
Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun	Resmi G. Tarihi: 12/1/1961 Resmi G. Sayısı: 10705 Güncellenme Tarihi: 11/05/2009
2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun	Resmi G. Tarihi: 27/5/1983 Resmi G. Sayısı: 18059
4857 Sayılı İş Kanunu	Resmî G. Tarihi: 10/6/2003 Resmi G. Sayısı: 25134
1219 Sayılı Tababet ve Şuabati San'atlarının Tarzi İcrasına Dair Kanun	Resmi G. Tarihi: 14/4/1928 Resmi G. Sayısı: 863
3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu	Resmi G. Tarihi: 15/05/1987 Resmi G. Sayısı: 19461
5258 Sayılı Aile Hekimliği Kanunu	Resmi G. Tarihi: 9/12/2004 Resmi G. Sayısı: 25665
1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu	Resmi G. Tarihi: 06/05/1930 Resmi G. Sayısı:1489 Güncellenme Tarihi: 11/05/2009
5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu	Resmî G. Tarihi: 15/7/2005 Resmi G. Sayısı: 25876
6284 Sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun	Resmi G. Tarihi: 20/03/2012 Resmi G. Sayısı: 28239
Yönetmelikler	
Hasta Hakları Yönetmeliği	Resmi G. Tarihi: 01/08/1998 Resmi G. Sayısı: 23420

EK 4: Merkezî Kamu Kurumu ve Politika Belgeleri

Merkezî Kamu Kurumu /Politika Belgesinin Adı	Tarih	Toplumsal Cinsiyet Eşitliği		Bulunmuyor
		Var	Yok	
Bakanlıklar				
Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı				
Misyon			√	
Vizyon			√	
Stratejik Plan	2013-2017		√	
Eylem Planı				√
ASPB-KSGM				
Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ulusal Eylem Planı 2008-2013	2008-2013	√		
Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı				
Misyon				
Vizyon				
Stratejik Plan	2018-2022			
Eylem Planı				
Kalkınma Bakanlığı				
Misyon			√	
Vizyon			√	
Stratejik Plan	2014-2018		√	
Sağlık Bakanlığı				
Misyon			√	
Vizyon			√	
Stratejik Plan		√		
İlgili Kuruluşlar				
Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı				
Misyon				√
Vizyon				√
Stratejik Plan				√
Türkiye Anne Çocuk Ergen Sağlığı Enstitüsü				
Misyon			√	
Vizyon			√	
Stratejik Plan				√
İlişkili Kuruluşlar				
Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu				
Misyon			√	
Vizyon			√	

Stratejik Plan				√
Kamu Denetçiliği Kurumu				
Misyon			√	
Vizyon			√	
Stratejik Planı	2017-2021		√	
KEFEK				
Misyon		√		
Vizyon		√		
Stratejik Plan				√

“Bu yayın Avrupa Birliği’nin maddi desteği ile hazırlanmıştır. İçerik tamamıyla Cinsiyet Eşitliği İzleme Derneği’nin sorumluluğu altındadır. Avrupa Birliği ve T.C. Dışişleri Bakanlığı Avrupa Birliği Başkanlığı’nın görüşlerini yansıtmak zorunda değildir.”