



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  
Geniş Özet

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



## CEİD YAYINLARI

Sağlık Hizmetlerine Erişimde Toplumsal Cinsiyet Eşitliği  
Haritalama ve İzleme Çalışması  
Geniş Özet

Bu metin Türkiye’de Katılımcı Demokrasinin Güçlendirilmesi: Toplumsal Cinsiyet Eşitliğinin İzlenmesi Projesi kapsamında hazırlanan Sağlık Hizmetlerine Erişimde Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Haritalama ve İzleme Çalışması’nın geniş özetidir. Bu özetin İngilizce çevirisine, ana metne ve kaynakçasına [www.ceidizleme.org](http://www.ceidizleme.org) adresinden erişim sağlanabilmektedir.

Kaynak gösterilmek kaydıyla yararlanılabilir.

## CEİD ADRES

Cinnah Caddesi, No:75/7 Çankaya, 06690  
Ankara, Türkiye  
Tel: 0 312 440 04 84  
[www.ceid.org.tr](http://www.ceid.org.tr)  
[www.ceidizleme.org](http://www.ceidizleme.org)

Kapak/İç Tasarım: Elma Teknik Basım Matbaacılık Tic. Ltd. Şti.  
İvedik OSB Matbaacılar Sitesi  
1516/1 Sokak No:35  
Yenimahalle/Ankara  
Tel: 0312 229 92 65

Düzeltili: 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. Dışişleri 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.

## 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 verişleri 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 yerindeliliğini 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 geliştirilmesi 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

Önsöz .....	4
Kısaltmalar Tablosu .....	8
<b>I. Giriş</b> .....	11
<b>A. Amaç</b> .....	11
<b>B. Sağlık Hakkının Gelişimi</b> .....	12
<b>II. Sağlıkta Toplumsal Cinsiyet Eşitliği: Normlar ve Standartlar</b> .....	13
<b>A. Sağlıkta Toplumsal Cinsiyet Eşitliğinin Sağlanmasına İlişkin İnsan Hakları Belgeleri</b> .....	13
A.1. Birleşmiş Milletler Sözleşmeleri.....	13
A.2. Birleşmiş Milletler Konferansları .....	15
A.3. Avrupa Konseyi.....	18
A.4. Avrupa Birliği .....	18
<b>B. Normların Belirlenmesi</b> .....	19
B.1. Eşitlik ve ayrımcılık yasağı.....	19
B.2. Toplumsal cinsiyet eşitliği.....	19
B.3. İnsan onuruna saygı .....	20
B.4. Hesap verebilirlik.....	20
B.5. Katılım .....	21
B.6. Kadınların güçlenmesi .....	21
<b>C. Standartların Belirlenmesi</b> .....	21
C.1. Sağlık Yasa/Politikalarının/Stratejilerinin Oluşturulmasına İlişkin Standartlar.....	24
C.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Standartlar .....	26
C.3. Sağlık Durumunun Belirlenmesine İlişkin Standartlar .....	27
C.4. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığına İlişkin Standartlar .....	28
C.5. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve HIV/AIDS .....	29
C.6. Kadınlara Yönelik Şiddet ve Çocuk Yaşta Evlilikler .....	30
C.7. Sağlıkın Belirleyicilerine İlişkin Standartlar.....	31
C.8. Sağlık Hakkının Kısıtlanmasına İlişkin Standartlar .....	31
<b>III. Türkiye Bağlamının Mevcut Durum Analizi</b> .....	32
<b>A. Türkiye Bağlamında Sağlık Hakkının Gelişimi</b> .....	32
<b>B. Yerel Mevzuatın Haritalaması</b> .....	34
<b>C. İlgili Politika Belgelerinin Haritalaması</b> .....	38
<b>D. Kurumsal Yapı</b> .....	39

<b>E. Sivil Toplum Örgütlerinin ve Diğer Kamusal Aktörlerin Kapasitelerinin Haritalaması</b> .....	41
<b>IV. Gösterge ve Veri Kaynakları</b> .....	45
<b>A. Uluslararası Endeksler ve Tematik Alana İlişkin Göstergeler</b> .....	45
<b>B. Uluslararası Göstergeler</b> .....	46
<b>C. Türkiye’de Verisi Toplanmakta Olan ve Kullanılan Sağlık Göstergeleri</b> .....	47
1. Sağlık Durumuna İlişkin Göstergeler .....	48
2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Göstergeler .....	50
3. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığına İlişkin Göstergeler (CYBE ve HIV/AIDS dahil) .....	51
4. Kadınlara Yönelik Şiddet ve Çocuk Yaşta Evliliklere İlişkin Göstergeler .....	53
5. İstihdam, Ücretsiz Emek ve Sağlık .....	55
6. Sağlık Sektöründe İnsan Gücü ve Çalışanlar için Cinsiyete Duyarlı Ortam .....	56
<b>D. Türkiye’de Kullanılması Önerilen Göstergeler</b> .....	56
1. Ulusal Yasaların, Programların ve Stratejilerin İzlenmesine İlişkin Göstergeler .....	56
2. Hizmet Sunumuna İlişkin Göstergeler .....	58
3. Sağlık Durumuna İlişkin Göstergeler .....	60
4. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı .....	61
5. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve HIV/AIDS .....	63
6. Kadınlara Yönelik Şiddet ve Çocuk Yaşta Evlilikler .....	64
7. İstihdam, Ev içi Emek ve Sağlık .....	65
8. Sağlık Sektöründe İnsan Gücü ve Çalışanlar için Cinsiyete Duyarlı Ortam .....	67
9. Sağlığın Çevresel Belirleyicilerine İlişkin Göstergeler .....	68
<b>V. Seçilmiş Bazı Sağlık Göstergeleriyle Türkiye’de Mevcut Durum</b> .....	69
1. Türkiye’nin bazı demografik göstergeleri .....	69
2. Türkiye’nin bazı çocuk sağlığı göstergeleri .....	70
3. Türkiye’nin bazı anne sağlığı göstergeleri (anne ölümleri) .....	71
4. Türkiye’nin bazı anne sağlığı göstergeleri (Doğurganlık) .....	72
5. Türkiye’nin bazı anne sağlığı göstergeleri (Aile planlaması) .....	72
6. Türkiye’nin bazı anne sağlığı göstergeleri (Doğum öncesi bakım, doğum ve doğum sonrası bakım) .....	73
7. Türkiye’nin sağlık durumuna ilişkin bazı göstergeler (Morbidite) .....	73
8. Türkiye’nin sağlık durumuna ilişkin bazı göstergeler (Bulaşıcı Hastalıklar) .....	74
9. Türkiye’nin sağlık durumuna ilişkin bazı göstergeler (Kanser) .....	74
10. Türkiye’nin sağlık durumuna ilişkin bazı göstergeler (Kronik hastalıklar) .....	75
11. Türkiye’nin sağlık durumuna ilişkin bazı göstergeler (Engellilik) .....	76
12. Türkiye’nin sağlık durumuna ilişkin bazı göstergeler (Sağlık davranışı) .....	76
13. Türkiye’nin sağlık durumuna ilişkin bazı göstergeler (Sağlık hizmet sunumu) .....	77

## KISALTMALAR LİSTESİ

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



<b>TNSA</b>	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>TSH</b>	Temel Sağlık Hizmetleri
<b>UAÖA</b>	Ulusal Anne Ölümleri Araştırması
<b>UAPF</b>	Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu (International Planned Parenthood Federation)
<b>UNKK</b>	Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (International Conference on Population and Development)
<b>YLD</b>	Years Lost due to Disability (Yeti Yitimi İle Geçirilen Yaşam Yılı)
<b>YLL</b>	Years of Life Lost (Kaybedilen Yaşam Yılı)

## Kurum İsimleri Konusunda Bilgilendirme

**Bu raporun yazılması aşğıdaki kararnamelerden önce tamamlandıı için kurumların isimleri 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 ve 1 Numaralı “Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi” ve 15 Temmuz 2018 Tarih ve 4 Numaralı “Bakanlıklara Bağlı, 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 aşğıda 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 Yardımcılığı’na 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 Tarih ve 15 Numaralı “Bazı Cumhurbaşkanlığı Kararnamelerinde Değişiklik Yapılması Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi” ile Bakanlığın ismi Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı olarak değiştirilmiştir.

# I. Giriş

## A. Amaç

Bu çalışma, “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.

Anayasa’nın 10. maddesinde cinsiyet eşitliğine vurgu yapılmış ve devletin, eşitliğin hayata geçmesinden yükümlü olduğu belirtilmiştir. Türkiye Devleti, kadın-erkek eşitliğini sağlamaya yönelik olarak Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW, 1985) başta olmak üzere, Pekin Deklarasyonu ve Eylem Planı (1995), Çocuk Hakları Sözleşmesi (1994), Binyıl Kalkınma Hedefleri (2000), Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (2015); Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi (2003), Avrupa Sosyal Şartı (1989) 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 strateji çalışmaları 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, önemli ayrımcılık alanları olmayı sürdürmektedir.

Bu çalışmada, 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 çalışmalarına 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 önerilen gösterge setleri hazırlanmış ve sağlık bağlantılı mevcut durum, nicel verilerle ortaya konulmuştur.

## B. Sağlık Hakkının Gelişimi

Sağlık hakkının toplumsal cinsiyet eşitliği çerçevesinde yaşama geçirilmesinde ve bugünkü uluslararası norm ve standartların benimsenmesinde, 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 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 ve bunların hükümetler tarafından yaşama geçirilip geçirilmediğini izlemek ve konuyla ilgilenen toplumsal cinsiyet temelli örgütlerin yapacağı savunuculuk çalışmaları ile mümkün olmaktadır.

## II. Sağlıkta Toplumsal Cinsiyet Eşitliği: Normlar ve Standartlar

### 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, Birleşmiş Milletler, Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Konseyi, Avrupa Birliği ve bu alanda çalışan uluslararası sivil toplum kuruluşları (Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu (UAPF/IPPF) gibi) tarafından kabul edilmiş ve uluslararası mevzuat ile güvence altına alınmış temel değerlerdir. Bu değerlerin yasalarla korunması ve hayata geçirilmesi, devletlerin/hükümetlerin sorumluluğudur.

#### A.1. Birleşmiş Milletler Sözleşmeleri

Sağlık hakkı, pek çok uluslararası sözleşmede tanınmıştır. 1948 yılında yürürlüğe giren Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) anayasasında, 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.<sup>1</sup>

1948 İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’nde ise, “herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbî bakım hakkı” olduğu vurgulanmıştır.<sup>2</sup>

1976 yılında yürürlüğe giren Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi (ESKHS), uluslararası 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 (12.madde).

Sağlık hakkına özel olarak yer veren Birleşmiş Milletler sözleşmeleri;

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (25. madde)

Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi (12. madde)

İrk Ayrımcılığını Ortadan Kaldırmaya Dair Sözleşmesi (11. madde, 1(f))

Çocuk Hakları Sözleşmesi (24. madde),

Engelli Hakları Sözleşmesi (25. madde)

Tüm Göçmen İşçilerin ve Aile Fertlerinin Haklarının Korunmasına Dair Uluslararası Sözleşme (28. ve 43. madde)

Kadınlara Yönelik Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (12. madde)

1 DSÖ Anayasası

2 İnsan Hakları Evren Beyannamesi, Madde 25.

Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi Komitesi, 14 Numaralı Genel Yorum’da, sağlık hakkının, “sağlıklı olma hakkı” olarak anlaşılması gerektiğini vurgular. Sağlık hakkının, bireyin cinsel ve üreme özgürlükleri dâhil 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 ve eşit şekilde yararlanabileceği sağlığın korunması hizmetlerinin; gıda, barınma, çalışma, eğitim, katılım, bilimsel ilerlemelerden ve bunların uygulamalarından 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.

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 dâhil olmak üzere), cinsel yönelim, medenî, siyasî, 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.

### **Kadınlara Yönelik Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW)**

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 tarafında alınması gerektiğini ortaya koymuştur.

CEDAW, aile planlaması dâhil, sağlık hizmetlerinden kadınların ve erkeklerin eşit şekilde yararlanmalarını sağlamak ve bu hizmetlerin kullanılmasında ayrımcılığın ortadan kaldırılması konularında taraf devletlere sorumluluk getirmiştir.<sup>3</sup> 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 (12. madde).

### **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. 2017 Ağustos’u itibarıyla, komitenin kabul ettiği/yayımladığı 35 genel tavsiye kararı bulunmaktadır.<sup>4</sup>

Komitenin, kadın sağlığına ilişkin birçok tavsiye kararı olmakla birlikte, 1999 yılında kabul ettiği 24 Nolu Tavsiye Kararı tamamen kadın ve sağlık konusudur ve sözleşmenin “sağlık” başlıklı 12. maddesine ilişkin açıklamaları ile taraf devletlerin yükümlülüklerini içermektedir. Sözleşmenin içeriğinde, sağlıkla ilgili kararlarına tam uyumu için dikkate alınması gereken ka-

3 CEDAW, Madde 12

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

dın sünneti, HIV/AIDS, engelli kadınlar, kadına yönelik şiddet ve aile içi ilişkilerde eşitliğe ilişkin olarak daha önce kabul etmiş olduğu tavsiye kararları da vardır.<sup>5</sup>

CEDAW Komitesi, 24 Nolu Tavsiye Kararında, 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 gerektiğini belirtmiştir. 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.

Kadınlarla erkekler arasındaki biyolojik farklılıkların, sağlık durumlarında da farklılıklara yol açtığı, kadınlar ve erkeklerin sağlık durumları üzerinde belirleyici olan ve kadınlar arasında da çeşitlilik gösteren toplumsal etmenler olduğu belirtilerek, bu nedenle göçmen kadınlar, mülteciler, ülkelerinden, 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. Örneğin, bir taraf devletin, kadınlara yönelik belirli üreme sağlığı hizmetlerini sağlamayı reddetmesi ayrımcılıktır.

## CEDAW İhtiyari Protokolü

Protokole taraf olan devletlerin, sözleşmede yer alan haklardan herhangi birinin ihlâli sonucu mağdur kaldığı iddiası ile CEDAW Komitesi’ne bireysel veya gruplar adına başvuru yapabilme hakkı düzenlenmiştir. 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.

## A.2. Birleşmiş Milletler Konferansları

Birleşmiş Milletler Uluslararası Sözleşmeleri kadar, Birleşmiş Milletler tarafından düzenlenen uluslararası konferanslar ve bu konferanslar sonrasında yayımlanan deklarasyonlar da uluslararası normlar ve standartları belirlemede oldukça önemlidir.

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

1994 yılında Kahire’de gerçekleştirilen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı, nüfus ve kalkınma alanında olduğu kadar, kadınların insan hakları ve sağlık hakları alanında, özellikle

5 [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)

sağlığın önemli bir bileşeni olan üreme ve cinsel haklar konusunda da önemli bir dönüm noktası olmuştur.<sup>6</sup> Bu konferansta, bireylerin üreme ve cinsel haklarını gözetmeyen geleneksel nüfus politikaları yaklaşımı terk edilmiş ve insanı merkeze alan, bireylerin cinsel ve üreme haklarını tanıyan, kadınların güçlenmesine özel olarak vurgu yapan bir kalkınma yaklaşımı benimsenmiştir (Akin, 2006; Akin & Bahar Özvarış, 2008; Sert, 2013; Karaca Bozkurt, 2012).

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 içerdiği belirtilmiştir.<sup>7</sup>

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 olabileme, üremeye ilgili kararlarını, şiddet, baskı ve ayrımcılıkla karşılaşmaksızın verebilme hakkı olarak tanımlamıştır.

Bu, aynı zamanda, kadınların ve erkeklerin kendi seçecekleri, yasalara aykırı olmayan doğurganlığı düzenleme yöntemleri kadar; yine kendi seçecekleri güvenli, etkili, maliyeti uygun aile planlaması yöntemleri hakkında bilgi sahibi olma ve bunlara ulaşabilme hakkını ve kadının gebelik ve doğumu güvenli koşullarda geçirmesini ve çiftlerin sağlıklı bir bebeğe sahip olabilecekleri en iyi koşulları sağlayacak uygun sağlık bakım hizmetlerinden yararlanabilme hakkını içerir. 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).

UNKK 2014 üst düzey çalışma grubu uzmanları, özellikle cinsel sağlık ve üreme sağlığının herkes için gerçekleştirilmesi için, hükümetlere daha fazla siyasî irade gösterilmesi ve konuya ilişkin olarak daha fazla yatırımın yapılması hususunda çağrıda bulundular. Bu alanlar: Nitelikli cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerine ve eğitime 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.<sup>8</sup>

## **Dördüncü Dünya Kadın Konferansı, Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu**

1995 yılında yapılan Dördüncü Dünya Kadın Konferansı, Pekin Eylem Platformu ve 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.

Pekin Eylem Platformu, kadınların güçlenmesi ve kadınla erkek arasında eşitliğin sağlanmasını bir insan hakları sorunu olarak tanımlamış ve “sürdürülebilir, adil ve kalkınmış bir toplum inşa etmenin tek yolunun, eşitliğin sağlanması olduğu”nu vurgulamıştır. Eylem platformunda, hü-

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

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

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



kümetler, uluslararası topluluk ve hükümet dışı kuruluşlarla özel sektörün de dâhil olduğu sivil toplum tarafından, 12 kritik alan ve bu alanlara ilişkin eylem ve stratejiler belirlemiştir. Belirlenen 12 kritik alandan biri, “kadın ve sağlık” tır.<sup>9</sup>

Kadın ve sağlık başlığı altında devletlerin izlemesi gereken stratejiler, beş başlıkta toplanmıştır.<sup>10</sup> 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, 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 yapabilme imkânının olacağını belirtir.<sup>11</sup> Bu yönüyle, sağlık alanında toplumsal cinsiyet ana akımlaştırması anlayışını kabul etmiş bir belge niteliği taşır.

## 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 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 8 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 önkoşul olduğu söylenebilir.

## BM Sürdürülebilir Kalkınma Zirvesi ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri

Binyıl Kalkınma Hedefleri’nin süresinin dolmasıyla birlikte, 2015 yılında düzenlenen Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Zirvesi’nde, 2030’a kadar ulaşılması beklenen Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri, 193 ülkenin imzası ile kabul edilmiştir. Bu yeni gündemde, 17 temel Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi ve 169 alt hedef belirlenmiştir.<sup>12</sup>

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

10 Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu, Bölüm C

11 Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu, para. 106

12 <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](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/288&Lang=E).

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

### A.3. Avrupa Konseyi

Avrupa Konseyi tarafından kabul edilen uluslararası sözleşmeler, normların belirlenmesinde bir diğer dayanaktır. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi’nin tamamlayıcısı niteliğinde olan Avrupa Sosyal Şartı (1966), herkesin, ulaşılabilecek en yüksek sağlık düzeyinden yararlanmasını mümkün kılacak her türlü önlemden yararlanma hakkına sahip olduğunu belirtir.

Avrupa Konseyi, 1997 yılında, Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi’ni imzaya açmıştır. Sözleşmenin amacı, tüm insanların haysiyetini ve kimliğini koruyacak ve biyoloji ve tıbbın uygulanmasında, 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 dâhilinde, uygun nitelikteki sağlık hizmetlerinden adil bir şekilde yararlanılmasını sağlayacak uygun tedbirleri alacaklardır” ifadesi bulunmaktadır.

Konseyin en önemli sözleşmelerinden biri, 2011’de imzaya açtığı Kadınlara Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye Dair Avrupa Konseyi Sözleşmesi’dir (İstanbul Sözleşmesi, 2014). Bu sözleşme, 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.

### A.4. Avrupa Birliği

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, Avrupa Birliği 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.<sup>13</sup>

13 [http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms\\_data/docs/pressdata/en/lsa/114994.pdf](http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/114994.pdf).

## B. Normların Belirlenmesi

Sağlık hakkının yaşama geçirilmesi sırasında yaşanan toplumsal cinsiyet temelli ayrımcılıklarla mücadele etmek ve devletlerin yasalarını ve uygulamalarını, insan hakları norm ve standartlarına 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.

### B.1. Eşitlik ve ayrımcılık yasağı

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 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, siyasi ya da başka fikir, ulusal ya da toplumsal köken, mülkiyet, fiziksel veya zihinsel engellilik, sağlık durumu (HIV/AIDS dâhil olmak üzere), cinsel yönelim, medeni, siyasi, sosyal veya diğer statüler bakımından sağlık hakkından herkesin eşit şekilden faydalanmasını ve sağlık hakkının herkes tarafından eşit şekilde kullanılmasını ortadan kaldıracak veya zedeleyici etki ve amaca sahip her türlü ayrımcılığı” yasakladığını vurgulamıştır.

### B.2. Toplumsal cinsiyet eşitliği

Sağlık alanında toplumsal cinsiyet eşitsizliğine ve ayrımcılığına vurgu yapan temel belge olan CEDAW, taraf devletlere, kadınların erkeklerle hukuksal ve fiili 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. Birçok 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.<sup>14</sup> Sözleşme, kadınların insan haklarından ve temel özgürlüklerden yararlanmalarını engelleyen geçmişteki ve bugünkü toplumsal ve kültürel birikimli etkilerini hedefler ve kadınlarla erkekler arasında fiili eşitliğin sağlanması amacıyla alınacak geçici özel önlemlerin, eşitlik ve ayrımcılık yasağına aykırı olmadığını ve bunun kadınlar için fiili eşitliği sağlamanın bir yolu olduğunu belirtir. Dolayısıyla CEDAW, aynılık eşitliğinin yanı sıra, yani kadın ve erkeği eşit olarak insan olmaları nedeniyle, eşit muamele görmelerinin ve kanun önünde herkesin 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, fiili eşitliğin/sonuçlarda eşitliğin sağlanması amaçlanır. CEDAW, 5. maddesinde, aynı zamanda kadınlar ve erkekler arasında eşitliğin sağlanabilmesi için toplum ve aile içindeki toplumsal cinsiyet rollerinin değişmesi gerektiğini, kadınların ve erkeklerin basamaklıp rollere sahip olduklarına ilişkin önyargıların ve gele-

14 CEDAW, 25 Sayılı Genel Tavsiye Kararı

neklerin tasfiye edilmesi amacıyla ülkelerin gerekli tedbirleri alması yükümlülüğü vurgulanır. Bu yönüyle, CEDAW, 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 dönüştürülmesi, eşitliği sağlar” anlayışını, toplumsal cinsiyet eşitliği anlayışının merkezine koyar” (Kurtoğlu, 2015, s. 161) ve eşitliği sağlamak için alınacak geçici özel önlemlerin ve cinsiyete özel uygulamaların ötesinde, sistemin yapıları ve kurgulanışında değişikliklere gidilmesi gerekliliğine dikkat çeker.

Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi cinsel haklara, cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği hakkına saygının, kadın ve erkek arasındaki eşitliğin gerçekleştirilmesinde tamamlayıcı parça olduğuna ve bir cinsiyetin diğerinden, kadın ve erkeğin kalıplaşmış rollerinin birbirinden üstte veya altta olduğu düşüncesi üzerine kurulu önyargıları ve geleneksel uygulamaları ortadan kaldırmak için, devletlerin gerekli önlemleri alması gerektiğini belirtir.

### **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 Beyanamesi, 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 norm çerçevesi belirler.

### **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, yasalar 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 ve hiçbir koşulda kısıtlanamayacak insan haklarını açıklar; ayrıca, alınmasını gereken tedbirleri belirtir. Devletler, hesap verebilirliği

sağlamak amacıyla insan haklarını ihlâl eden uygulamaları bildirmek, gerektiğinde yaptırımlar uygulanacak mekanizmaları kurmak ve izlemek ile yükümlüdür.

## B.5. Katılım

Sağlığın teşvik edilmesi, önceliklerin belirlenmesinde, sağlık stratejilerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde, ayrımcılığa uğramadan her bireyin ve toplumun katılımı ve bu konuda oluşturulan mekanizmalar önemlidir. Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi, ulusal sağlık stratejileri ve eylem planlarının oluşturulmasında ve uygulanması sürecinde katılım sağlanması 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.<sup>15</sup> Bu, hem makro düzeyde sağlık politikalarının geliştirilmesinde hem de birey düzeyinde tıbbî müdahalelerde temel normdur. CEDAW, 23 Nolu Genel Tavsiye Kararı (para. 27), taraf devletlerin, kadınların hükümet politikalarının geliştirilmesine tam katılımını önleyen engelleri belirlemek ve bunları ortadan kaldırmakla yükümlü olduğunu vurgular. CEDAW, 24 Nolu Genel Tavsiye’de 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.

## 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’de dile getirilmiş; aynı zamanda, cinsel haklar ve üreme hakları kavramlarına açıklık kazandırılarak, kadınların güçlenmesi ile ilişkisine de 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 güçlenmesinin ve bağımsız bir birey olmasının, siyasî, sosyal, ekonomik ve sağlık durumunun iyileştirilmesinin ve sürdürülebilir kalkınmanın koşulu olduğunu ortaya koymuştur.

## C. Standartların Belirlenmesi

Uluslararası insan hakları ve sağlık hakkı belgeleri tarafından yaygın kabul görmüş eşitlik ve ayrımcılık yasağı, toplumsal cinsiyet eşitliği, insan onuruna saygı, hesap verebilirlik, katılım ve kadınların güçlenmesi normları temelinde oluşturulan, sağlık hakkının gerçekleştirilmesinde izlenmesi gereken standartlar bulunmaktadır. Bu raporda, standartlar, sağlıkta toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması açısından kritik alanlar düşünülerek; 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.

<sup>15</sup> Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi, Genel Yorum 14, para. 54-55.

İnsan hakları belgeleri temelinde, 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:** 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:* 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 kesimlerinin, özellikle de kırsal kesimdekiler de dâhil olmak üzere etnik azınlıklar ve yerli halklar, çocuklar, gençler, yaşlılar, engelliler ve HIV/AIDS ile yaşayan kişiler gibi hassas ya da marjinal gruplar için fiziksel ve güvenli olarak erişilebilir olması gerekir.
  - c) *Ekonomik erişilebilirlik:* Sağlık kuruluşlarının malzemeleri ve hizmetleri, herkes tarafından ekonomik olarak karşılanabilir olmalıdır. Sağlık hizmetlerinin yanı sıra, sağlığın altında yatan belirleyicilerle ilişkili hizmetler için gereken giderlerde hakkaniyet ilkesi de gözetilmeli; hizmetlerin, ister özel sektörde ister kamuca verilsin, yoksul insanların sağlık harcamaları 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 ve kabul edebilecekleri nitelikte planlanmış olmalıdır.
- 4. Kalite:** Sağlık kuruluşları, malzemeleri ve hizmetleri, bilimsel ve tıbbî gereklere uygun ve iyi kalitede olmalıdır.

Bu dört temel standart, bu bölümde sunulan kritik alanların her birinde hak temelli yaklaşımın geliştirilmesi ve hizmetlerin sunumunda bulunması gereken standartlardır. Dolayısıyla, insan hakları belgeleri, normlar kadar, kadına yönelik şiddet, cinsel sağlık ve üreme sağlığı gibi kritik alanların her biri için; hizmetlerin mevcut ve erişilebilir olması, kaliteli olması, kabul edilebilir olmasına ilişkin maddeler ve tedbirler içermektedir.

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, gelişen bir biçimde yaşama geçirilmesi için acil adım atmak zorundadır. Ayrıca, 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.<sup>16</sup>

Aşağıda, sağlıkta toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması açısından kritik alanlar düşünülerek; 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 geliştirilmiş standartlar sunulmaktadır.

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

## C.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, CEDAW Genel Tavsiye 24,
Hesap verilebilirlik	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 ana akımlaştırması)	ESHKS M.12, ESKHS Genel Yorum 14, ICPD,
Eşitlik ve ayrımcılık yasağı	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)	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 Kız çocukları ve ergenler Yaşlı kadınlar Engelli kadınlar	
Dönüştürücü eşitlik	Düşük sosyal ekonomik durumdaki kadınlar Kırsal bölgede yaşayan kadınlar	
Katılım	Etnik, dilsel azınlıklar Göçmen ve mülteci kadınlar LGBTİ bireyler	
Kadınların güçlenmesi	HIV/AIDS’le yaşayan bireyler Seks işçileri ve kadın ticareti mağdurları Mevsimlik tarım işçisi kadınlar ve kız çocukları Cezaevindeki kadınlar	
Çoklu ayrımcılıkla mücadele	Sığınma evinde kalan kadınlar gibi, ayrımcılığın farklı biçimlerine ve farklı ihtiyaçlara cevap verecek şekilde yapılandırılması	
Mevcudiyet	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 sağlık hizmetlerine erişimlerinin önündeki engeller arasında, sadece kadınların ihtiyaç duyduğu tıbbi işlemlerin yasaklanmasını ve bu işlemleri yaptırmak isteyen kadınların cezalandırılmasını öngören yasaların kaldırılması	



<p>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</p>	
<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 dâhil olduğu, toplumsal cinsiyete duyarlı sağlık programları düzenlemek ve uygulamak</p>	
<p>Kadın sağlığı konusunda çalışan hükümet dışı kuruluşları desteklemek 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 katılmalarını sağlamak ve destekleme mekanizmaları kurmak işbirliği ve koordinasyon sağlamak</p>	

## C.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Standartlar

İlgili Sağlık Hakkı ve Normu	Standart	Belge
Sağlık bakımı alma ve sağlığın korunması hakkı	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,
Eşitlik ve ayrımcılık yasağı	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,
Toplumsal cinsiyet eşitliği	Birinci basamak sağlık hizmetleri başta olmak üzere sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, gerekli hizmetlerin, sağlık sisteminin her düzeyinde bulunmasının sağlanması	Pekin 106
Farklılık eşitliği	Kadınların, cinsel sağlık ve üreme sağlığı dâhil olmak üzere sağlık hizmetleri, eğitim ve bilgiye erişimlerinin önündeki tüm engellerin kaldırılması	
İnsan onuruna saygı	Tüm sağlık hizmetlerinin kadınların kendi hayatlarını yönetme, mahremiyet, gizlilik, bilgilendirilmiş onam ve seçim haklarını içermesi ve insan haklarına uygunluğunun sağlanması	
Erişebilirlik	Kadınlara yönelik zararlı, tıbbi açıdan gereksiz veya baskıcı tıbbi müdahaleleri, uygun olmayan tedavileri ve aşırı tıbbi ilgiyi ortadan kaldırmak için bütün gerekli önlemlerin alınması ve kadınların, muhtemel yararlar ve potansiyel yan etkiler dâhil, bütün tedavi veya araştırmaya katılım tercihleri konusunda tam olarak bilgilendirilmelerinin sağlanması	
Mevcudiyet	İlaç tedarikinin modernleştirilmesi ve DSÖ Temel İlaçlar Örnek Listesi’ni rehber alarak yüksek kaliteli farmakolojik, kontraseptif ve diğer malzeme ile araç gerecin güvenilir, sürekli tedarikinin 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.3. Sağlık Durumunun Belirlenmesine İlişkin Standartlar

İlgili Sağlık Hakkı ve Normu	Standart	Belge
Sağlık hakkı	Kadınların, hayatlarının bütün dönemlerinde sosyal güvenlik sistemlerine erkeklerle eşit olarak ulaşabilmelerine imkân tanınması	CEDAW M.12, CEDAW Genel Tavsiye 24, para. 9, 12, 24,
	Sağlık politika, prosedür, yasa ve protokollerinin kadınları ve erkekleri ne şekilde etkilediğinin belirlenmesi	ESKHS M.12,
Toplumsal cinsiyet eşitliği	Cinsiyete göre ayrıştırılmış hastalık verilerinin toplanması	ESKHK Genel Yorum 14,
Erişebilirlik	Kadınları etkileyen hastalıkların azaltılması	ÇHS M.24,
Kabul edilebilirlik	Kadın sağlığı açısından risk yaratan koşulların belirlenmesi	MDG 4, MDG6,
Kalite	Koruyucu ve iyileştirici tedbirlerin mevcudiyeti ve maliyet etkinliğinin sağlanması	SDG 3 ,
	Kadınların sağlık durumunun ve sağlıkla ilgili mevzuat, plan ve politikaların, kadınların sağlık durumları ve ihtiyaçlarına dair bilimsel ve etik araştırma ve değerlendirmelere dayanması	Pekin C1, C2, ICPD
	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 engellenmesi, erken teşhisi ve tedavisi için, medya kampanyaları dâhil program ve hizmetlerin güçlendirilmesi ve/veya oluşturulması	

## C.4. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığına İlişkin Standartlar

İlgili Sağlık Hakkı ve Normu	Standart	Belge
Toplumsal cinsiyet eşitliği Farklılık eşitliği	Aile planlaması bilgi ve hizmetlerini de içeren cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinin dâhil olduğu, ulaşılabilirliği kolay, maliyeti uygun ve kalitesi yüksek birinci basamak sağlık bakım hizmetlerinin oluşturulması (her yaşta birey için)	Pekin para. 106 (b)(e), ICPD 7, ESKHS, Genel Yorum No:14, para. 14
Dönüştürücü eşitlik Erişebilirlik Kalite	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, ESKHS, Genel Tavsiye 22, para. 49 (f)
	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
	İstenmeyen gebeliklerin önlenmesine öncelik verilmesi	CEDAW Genel Tavsiye 24, Pekin 106(j)(k)
	Güvenli olmayan koşullarda düşük yapılmasının önlenmesi ve düşük sonrası bakım ve danışmanlık sağlanması	Pekin 106 (j)
	İstemeden 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 dâhil 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 dâhil olmak üzere yeterli sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanması	CEDAW 14 (2) (b)
	Kadınların çocuk sayısına ve çocukların ne zaman dünyaya geleceklerine serbestçe karar verebilmeleri ve bu hakları kullanabilmeleri için bilgi, eğitim ve diğer vasıtalardan 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 dâhilinde 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 Örneği Listesine <sup>17</sup> dayanılarak ve onu içerecek şekilde cinsel sağlık ve üreme sağlığı için gerekli olan ilaç ve ekipmanların sağlanması	ESHK Genel Yorum para. 49, 22 (g)

17 WHO, 20th Model List of Essential Medicines, (2017). [http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/20th\\_EML2017\\_FINAL\\_amendedAug2017.pdf?ua=1](http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/20th_EML2017_FINAL_amendedAug2017.pdf?ua=1)

## C.5. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar ve HIV/AIDS

İlgili Sağlık Hakkı ve Normu	Standart	Belge
Eşitlik	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,
Ayrımcılık yasağı		CEDAW Genel Tavsiye 15,
Katılım	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	MDG 6,
Mevcudiyet		SDG 3, SDG 5,
Erişebilirlik	Kadınların HIV enfeksiyonuna ve cinsel yolla geçen diğer hastalıklara neden olan sosyo-kültürel uygulamaları kaldırmaya yönelik yasaların yürürlüğe koyulması	Pekin C1, C3,
	HIV/AIDS yayılımının boyutlarının ve bunun kadınlar üzerindeki etkisinin saptanması	Pekin L1, L2
	HIV/AIDS gibi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların önlenmesi ve tedavisinde ergenlere yönelik programlara kaynak aktarılması	ICPD 7-8
	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 hastalıklardan kurtulanlara kaynak ve kolaylıklar sağlamak dâhil, 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	
	Dini ve geleneksel yetkililer dâhil toplumun bütün düzeylerindeki karar alıcılara, fikir önderleri 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 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	
	HIV ve cinsel yolla bulaşan diğer enfeksiyonları önlemek için kadınların kontrol edebileceği uygun maliyetli yöntemlerin, onları güçlendirecek stratejilerin ve kadınlara yönelik bakım, destek ve tedavi yöntemlerinin araştırılması ve desteklenmesi	

## C.6. Kadınlara Yönelik Şiddet ve Çocuk Yaşta Evlilikler

İlgili Sağlık Hakkı ve Normu	Standart	Belge
Mümkün olan en yüksek standartlarda fiziksel ve ruhsal sağlık hakkı	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 Tavsiye 19, CEDAW Genel Tavsiye 24, para. 12 (b), para. 15, İstanbul Sözleşmesi,
İnsan onuruna saygı		
Ayrımcılık yasağı	KYŞ’ye 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), Pekin L1, L2, D1,
Toplumsal cinsiyet eşitliği		
Hesap verebilirlik	Kadın mağdurlara etkili şikâyet prosedürleri ve tazminat da dâhil olmak üzere başvuru yollarının sunulması	ICPD 4, 7, 8,
	Şiddet, tecavüz, cinsel saldırı ve KYŞ’nin 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)	CEDAW M. 16, CEDAW M. 10
	KYŞ’yi devam ettiren tutum, gelenek ve uygulamaları ortadan kaldırmak için halka açık bilgiler ve eğitim programları da dâhil olmak üzere önleyici önlemler alınması	
	Kadınlara yönelik şiddet ve kız çocuklarının istismarıyla uygun sağlık hizmetlerinin verilmesi konusunda, sağlık bakım protokolleri ve hastane prosedürleri dâhil 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 dâhil her türden tacizden koruyacak belirgin önlemlerin alınması, yasaların düzenlenmesi, uygulanması ve yasal korumanın yanı sıra tıbbi ve gereken diğer yardımların sağlanması	
	Cinsel taciz suçunu işleyen sağlık çalışanları için yaptırımlar uygulanması	
	Kız çocuklarının evlendirilmesini yasaklayan yasaların çıkartılması ve etkili biçimde uygulanması	
	Kadınların sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştıracak ve kız çocuklarının genellikle gebelikten kaynaklanan okuldan ayrılma oranlarını düşürecek şekilde eğitime eşit erişimlerini sağlayacak düzenlemelerin yapılması	

## C.7. Sağlıkla Belirleyicilerine İlişkin Standartlar

İlgili Sağlık Hakkı ve Normu	Standart	Belge
Mümkün olan 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 M. 14 (2) (h), Pekin para. 106 (d), 107(n) (w)
Toplumsal cinsiyet eşitliği	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	
Özgürlük ve güvenlik hakkı	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 göz önüne alınması <sup>18</sup>	
	Kadınların, hayatlarının bütün dönemlerinde sosyal güvenlik sistemlerine erkeklerle eşit olarak ulaşabilmelerine imkân tanınması	

## C.8. Sağlık Hakkının Kısıtlanmasına İlişkin Standartlar

Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilen Siracuza Prensipleri, insan haklarının kısıtlanmasının yasal gerekçelerinin sınırlarını belirler. Haklar kısıtlandığı zaman, gerekli korumaların sağlanıp sağlanmadığının belirlenmesinde temel dayanak Siracuza 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 tâbi tutulmalıdır.

- Kısıtlama, hukuka uygun bir biçimde konulmalı ve uygulanmalı;
- Kısıtlama, kamuoyunu ilgilendiren meşrû 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;
- Kısıtlama, keyfi, yani makul olmayacak ya da başka bir yolla ayrımcılığa yol açacak bir biçimde hazırlanmış ve kabul ettirilmiş olmamalı.

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

## III. Türkiye Bağlamının Mevcut Durum Analizi

### A. Türkiye Bağlamında Sağlık Hakkının Gelişimi

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 kadınlara koruyucu ve erken tanı ve tedavi hizmetleri verilmiştir.

Böylece Türkiye, çağdaş sağlık hizmetlerinin başlatılması bağlamında, 1961’de çıkarılan ve 1963’de uygulamaları başlatılan sağlık hizmet modelini (TSH modeli), 1978’de DSÖ ve diğer Birleşmiş Milletler 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 sonucusu, 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, kanıta dayalı, trendlerin de izlenmesi sùretiyle değerlendirilmesini olanaklı kılmaktadır. Bu araştırma sonuçlarına dayanarak, 1963 yılından 2013 yılına dek kadın- anne ve çocuk sağlığı düzeylerinde ve verilen hizmetlerdeki değişim kolayca izlenebilmektedir (Akin, 2011; Akin 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 teşkilât kurularak, toplumu bilgilendirici yoğun eğitim faaliyetleri, hem Sağlık Bakanlığı hem de dernekler tarafından sürdürülmüştür. 557 Sayılı Yasa ile çiftler, çocuk sahibi olup olmamaya karar verme ve gereksinimleri olan hizmete ulaşma haklarını kullanmaya başlasalar da yasadaki istenmeyen gebeliğin sonlandırılmasına/kürtaja sadece tıbbî nedenlerle izin verilmesi nedeni ile bu hizmete, gereksinimi olanlar, özellikle sosyoekonomik düzeyi düşük olanlar, ulaşamamış ve isteyerek düşüklere bu gruptan kadınlar için sorun olmaya devam etmiştir.

1981 yılında yapılan bir değerlendirmeye göre, o yıllarda Türkiye’de, yılda toplam 400 bin isteyerek çocuk aldırılmakta, bu sayının 50 bini ise kadını çoğu kez ölüme götüren kendi mü-

dahalesi ile yaptığı 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 Sağlık Bakanlığı işbirliğinde bu kez savunuculuk çabalarını “isteyerek düşüklerin erken gebelik döneminde yasallaştırılması” noktasına ağırlık vererek 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 aile planlaması (AP) gereksinimlerini karşılamak amacı ile ebe hemşirelere de aile planlaması hizmetlerinde daha fazla yasal yetki vermiş, kadın ve erkekte cerrahî sterilizasyon yöntemini 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).

Başta da belirtildiği gibi, özellikle 1980’lerden sonra güçlenen kadın hareketlerinin büyük çabaları, toplumsal cinsiyet temelli örgütlerin çalışmaları ve uluslararası gelişmelerin de etkisiyle, kadın-erkek 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, sorumluluk olarak üstlendiği 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. Sağlık, pek çok faktörün bir bileşkesi olan bir sonuçtur. Dolayısıyla, sağlığı etkileyen faktörlerle ilişkili ayrımcılıklar; örneğin, eğitimde kadın erkek eşitsizliğinin sürmesi, kadınların siyasete ve işgücüne katılımının çok düşük oranlarda olması; kadınların sağlık düzeylerinde eşitsizliklere neden olmakta ve sağlık hakkının hayata geçirilmesine de engel olmaktadır. Sağlık alanı, önemli ayrımcılık alanlarından birisi olmayı günümüzde de sürdürmektedir (TNSA, 2013; TÜİK 2018).

## B. Yerel Mevzuatın Haritalaması

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, Türk Ceza Kanunu (TCK), Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun, Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, 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.

### Anayasa

Anayasa’nın 10. maddesi, yasalar önünde cinsiyet eşitliğini garanti eder ve eşitliği sağlamak üzere alınacak tedbirlerin, eşitlik ilkesinden ayrı olmadığını vurgular. Böylece, fiili eşitliği sağlamak üzere alınabilecek geçici özel önlemlere vurgu yapar.

Anayasa, 56. madde ile, sağlık hakkının hem dokunulmazlık hem de talep edilebilirlik boyutlarına yer vermiştir. Anayasa’ya göre, bireylerin sağlık hakkı ile ilgili olarak, insanlara, yardım ve hiz-

met talep etme hakkı tanınmış ve bireylerin sağlığının korunması ve geliştirilmesinin Devletin sorumluluğu olduğu garanti edilmiştir. Devlet, bu sorumluluğunu, gerekli kurum ve kuruluşları oluşturarak ve bunları denetleyerek yerine getirmekten de ayrıca sorumludur.

**Madde 10-** Herkes, dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım gözetilmeksizin kanun önünde eşittir.

Kadınlar ve erkekler eşit haklara sahiptir. Devlet, bu eşitliğin yaşama geçmesini sağlamakla yükümlüdür. Bu maksatla alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı olarak yorumlanamaz.

**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 artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.

**Madde 59-** Devlet, her yaştaki Türk vatandaşlarının beden ve ruh sağlığını geliştirecek tedbirleri alır.

Ayrıca, Anayasa'nın 90. maddesi ile, Türkiye tarafından imzalanmış olan milletlerarası antlaşmaların kanun hükmünde olduğu ve temel hak ve özgürlüklere ilişkin milletlerarası antlaşmalarla kanunların aynı konuda farklı hükümler içermesi nedeniyle çıkabilecek uyuşmazlıklarda, milletlerarası antlaşma hükümlerinin esas alınacağı belirtilir.

### **Türk Medenî Kanunu, 2001**

Medenî Kanun'da, belirtilen yasal evlenme yaşının 17 yaş olması, ebeveyn ve hâkim kararı ile bu yaşın 16'ya çekilebilmesi, hem kız çocukları hem de erkek çocukları için; ancak psiko-sosyal ve fiziksel sağlık yönü ile özellikle kız çocuklar için çok daha büyük bir sorun oluşturmaktadır. Bu yaş sınırının değiştirilerek, yasada kadınlar ve erkekler için 18 olarak yer alması gerekmektedir.

### **Türk Ceza Kanunu, 2005**

TCK'nın ayrımcılığı düzenleyen 122. maddesinde, dil, ırk, milliyet, renk, cinsiyet, engellilik, siyasi düşünce, felsefi inanç, din veya mezhep farklılığından kaynaklanan nefret nedeniyle; bir kişinin kamuya arz edilmiş belli bir hizmetten yararlanmasının engellenemeyeceği belirtilmiş ve böylece, ayrımcılık yasaklanmıştır (122.madde (b)). Ancak, bu maddenin kapsamı, uluslararası normlarda belirtilen tüm ayrımcılık biçimlerini içerecek nitelikte değildir; cinsel yönelim, cinsiyet kimliğine ve tıbbî tanıya dayalı ayrımcılık da kapsama dâhil edilmelidir.

**TCK Madde 287- (1)** Yetkili hâkim ve savcı kararı olmaksızın, kişiyi genital muayeneye gönderen veya bu muayeneyi yapan fail hakkında üç aydan bir yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

TCK'nın 287. maddesinde, yetkili hâkim ve savcının izni olmadan gerçekleştirilen genital muayene suç olarak kabul edilmiştir. Ancak, hâkim ve savcılarının izin verdiği herhangi bir kontrolde de kadının onamının/rızasının alınmasının, zorunlu bir önkoşul olduğu kanunda yer almalıdır.

## Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun, 1961

1963-2010 yılları arasında Türkiye’de geçerli ve uygulamada olan bu kanun, insan hakları belgelerinde tanınan sağlık hakkının kullanımını ve sağlık hizmetlerinden Temel Sağlık Hizmeti (TSH) yaklaşımı ile faydalanmayı garantilemektedir.

**Madde 1-** İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak maksadıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dahilinde sosyalleştirilecektir.

## 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, 1983

1983 yılında, Nüfus Planlaması Hakkında Kanun (NPHK) kabul edilmiştir. Bu yasa ile kadınlar, üreme haklarının önemli bir bileşeni olan, isteyerek düşük hakkını kazanmıştır. Kanunu izleyen yıllarda, güvenli olmayan yollarla isteyerek düşüğün neden olduğu kadın ölümleri azalmıştır. Ayrıca ülkede aile planlaması yöntemlerinin, toplumun talep eden kesimine ulaşabilmesi için, ülke düzeyinde daha yaygın hizmet veren “eğitildikten sonra sertifikalandırılan, ebe ve hemşireye” yetki tanınarak, koruyucu hizmetlerin daha ulaşılabilir olması amaçlanmıştır. Bu yasa, çocuk sahibi olup olmamaya karar verme hakkı ve bilgilenme ve eğitim hakkı gibi, cinsel sağlık ve üreme sağlığına ilişkin hakları kapsamakta ve vurgulamaktadır.

## Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, TCK’ya paralel hükümler içermektedir.

Bu düzenlemede, annenin talebinin olması koşulu ile, kadın evli ise yasal eşin de onayına ihtiyaç duyularak, gebeliğin (10 haftayı aşmamak koşulu ile) sonlandırılmasına izin verilmektedir. NPHK’da belirlenen bazı hâllerde, 10 haftayı aşan gebeliklerin sonlandırılmasına da izin verilmektedir.

## Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 1987

Bu kanunun amacı, sağlık hizmetleriyle ilgili temel esasları düzenlemektir. Sağlık hizmetlerinin eşit ve dengeli dağılımı, riskli gruplara öncelik verilmesi, sektörler arası işbirliği, kayıt bildirim sistemi ve hizmet standartlarına işaret etmektedir. Yasada sağlık hakkı, sağlık hizmet hakkı vurgulansa da toplumsal cinsiyet eşitliğini vurgulayan bir madde bulunmamaktadır.

**Madde 3-** Sağlık hizmetleriyle ilgili temel esaslar şunlardır: 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. b) Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmek 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.

## Aile Hekimliği Kanunu, 2004

Bu kanunun amacı, “Sağlık Bakanlığı’nın 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 yürütülebilmesini teminen görevlendirilecek veya çalıştırılacak sağlık personelinin statüsü ve malî hakları ile hizmetin esaslarını düzenlemektir” şeklinde belirtilmiştir. Sağlık hizmetlerinin verilmiş esaslarını düzenleyen sağlık hakkına vurgu yapan bir yasadır ve sağ-

lık hizmetlerinin alt yapı, kadro, personel yönü ile düzenlenmesi ile ilgili maddeler içermektedir. Ayrıca 2. maddesinde, hizmet sunumunda cinsiyet eşitliği ve ayrımcılık yasağı normlarına vurgu yapılmaktadır.

**Madde 2-** Aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite 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.

### **Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1930 (Güncellenme 2009)**

1930 yılında çıkan, çok kapsamlı bir yasadır. Günün koşullarına göre, sağlık ve sağlık hizmet hakkını, kullanımını garantileyen ve 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 dönemine özel vurgusunun dışında, cinsiyet eşitliği normunu vurgulamayan bir yasadır.

### **Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998**

Yönetmelik, sağlık hakkının gerçekleştirilebilmesi konusunda uluslararası normlara ve standartlara (erişilebilirlik, katılım, hastaların gizliliği ve mahremiyetin korunması, hesap verebilirlik normlarının tümüne) göndermeler yapmaktadır. Kapsayıcı, insan ve hasta haklarını dikkate alan bir yönetmeliktir. Haklar bağlamında normları dikkate alan bu yönetmeliğin eksikliği, eşitlik normuna vurgu yapılsa da toplumsal cinsiyet eşitliğinin, toplumsal cinsiyet ayrımcılığının dikkate alınmaması ve buna yönelik önlemlerin özel olarak vurgulanmamış olmasıdır.

**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”nı 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 ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek amacı ile hazırlanmıştır.

Sağlık hakkının kullanılması ile ilgili uluslararası normlar ve tıp etiği çerçevesinde, çelişkili olan maddelerden biri de 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.” denmek-

tedir. Bu maddelerin kapsamında, kimin küçük sayılacağı konusunda bir belirleme yoktur. Dolayısıyla, Medeni Kanun’un 18 yaşını doldurmamayan herkesin küçük kabul edildiği hükmü geçerli olmaktadır (Madde 11) (Sert, 2013).

Bu yasal düzenlemelere göre, 18 yaşını doldurmamayan kişinin, tıbbî müdahalelere tek başına onam veremeyeceği sonucu çıkmaktadır. CYBE’lerin önlenmesi, hem de gençlerin üreme ve cinsel sağlık hizmetlerinden yararlanmalarında ve sağlık hizmetlerinin sunumu bağlamında ulusal sözleşmelere uygunluğunun dikkate alınması gerekmektedir.

### C. İlgili Politika Belgelerinin Haritalaması

Türkiye’de sağlık ve toplumsal cinsiyet ile ilişkili olarak; Onuncu Kalkınma Planı ve Toplumsal Cinsiyet Çalışma Grubu Raporu, Toplumsal Cinsiyet Eşitliği (TCE) Ulusal Eylem Planı, Sağlık Bakanlığı Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejiler ve Eylem Planı, Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı, Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı Kırsal Alanda Kadının Güçlendirilmesi Ulusal Eylem Planı incelenmiştir (Politika belgelerinin içeriğine ilişkin ayrıntılı bilgi için rapora bakınız).

Türkiye’de, ilgili politika belgeleri incelendiğinde, ulusal mekanizmanın odak noktasının, toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması ve kadının bir birey olarak güçlenmesi yaklaşımından ailenin korunması/güçlenmesi yaklaşımına doğru git gide kaydırılıyor olduğu görülmektedir. Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018) incelendiğinde, planın hazırlık sürecinde oluşturulmuş olan Toplumsal Cinsiyet Çalışma Grubu uzmanlarının, plana kaynaklık etmesi amacıyla yazdığı raporların plana yansıtılmaması ve özellikle toplumsal cinsiyet eşitliği vurgusunun planda çok kısıtlı olarak yer alması, bunu doğrular niteliktedir. Ayrıca, Kalkınma Bakanlığı tarafından oluşturulan Toplumsal Cinsiyet Uzmanlar Grubu’nun, üzerinde yaklaşık 6 ay boyunca çalışarak oluşturduğu, Toplumsal Cinsiyet Çalışma Grubu Raporu, diğer özel ihtisas komisyonu raporları Kalkınma Bakanlığı tarafından yayımlandığı hâlde, basılmayan tek rapor olmuştur. Sözü edilen raporda, 5 kritik alan için (karar alma mekanizmalarında, istihdam, sağlık, kadınlara yönelik şiddet ve eğitim) alt gruplar oluşturulmuş ve her bir alan, uzmanları tarafından incelenerek, dünyadaki mevcut durum ve gelişmeler, Türkiye’deki mevcut durum ve gelişmeler, Türkiye’deki sorun alanları gibi geniş kapsamlı bir çalışmanın ardından Türkiye’ye yönelik çözüm önerileri geliştirilmiştir. Kalkınma planı hazırlanırken, bu rapordan yararlanıldığına dair ne Onuncu Kalkınma Planı’nda ne de diğer resmî belgelerde herhangi bir bulgu mevcut değildir. Bu, toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması normu ve taahhüdünün de geri plana atılmış olduğunu düşündürmektedir.

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 ihlâline zemin hazırlama tehlikesi vardır. Plan’ın, 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 Araştırmaları’nın 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 araştırmalarda farklı hizmet sorunlarına işaret etmektedir (O’Neil, Aldanmaz, Quiles, Kılınc, 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 nedenlere yönelik ulusal düzeyde ileri araştırmaların yapılması gerekmektedir.

Bununla birlikte, 2008- 2013 yılları arasını kapsayan Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Ulusal Eylem Planı, yenilenmemiştir. 2013 yılı itibarıyla süresi dolan eylem planından sonra, devletin, toplumsal cinsiyet eşitliğine ilişkin temel alanlarda hedef ve stratejiler belirlememiş ve bunu diğer ilgili sektörlerle paylaşmamış olması büyük bir eksiklik. Yeni bir planın hazırlanmamış olması, daha önceki eylem planı çerçevesinde oluşturulan kurumlar arası işbirliklerinin toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasına yönelik bilinç artırma faaliyetlerinin ve eşitliğe ilişkin daha önce atılan adımların sürdürülebilirliği konusunda soru işareti yaratmaktadır.

Sağlık Bakanlığı’nın hazırlamış olduğu politika belgeleri arasında Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Stratejik Planı’nın (2005-2015), özellikle sağlıkta toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanması ve kadın sağlığıyla yakından ilişkili en önemli politika belgelerinden biri olduğu söylenebilir. Bu planın, Türkiye’nin taraf olduğu uluslararası sözleşmelere önemli atıflarda bulunduğu ve bu çerçevede hazırlandığı görülmektedir. Türkiye’nin, öncelikli olarak çözüm üretmesi gereken alanlar olarak; anne ölümlerinin yüksek olması, istenmeyen 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 belirlendiği plan, 2015 yılı sonrasında yenilenmemiştir.

## D. Kurumsal Yapı

Sağlık hakkının gerçekleştirilmesinden, temel olarak, Sağlık Bakanlığı sorumludur. 663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilât ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının, teşkilât, görev, yetki ve sorumluluklarını düzenlemektedir.

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.

- Halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalık risklerinin azaltılması ve önlenmesi,
- Teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi,
- Uluslararası önemi haiz halk sağlığı risklerinin ülkeye girmesinin önlenmesi,
- Sağlık eğitimi ve araştırma faaliyetlerinin geliştirilmesi,
- 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 sûretiyle 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 değişimlerden geçmiştir. Bakanlığın kurumsal alt yapısı, 2017 yılında tekrar revize edilmek istenmiştir. Sistemde, yapılanma henüz bitmemiş ve iller düzeyinde henüz son şeklini almamıştır.

Yasa ve politika belgeleri dışında, mevcut sağlık sistemi uygulamaları değerlendirildiğinde; özellikle öne çıkan konulara değinilmesi gerekmektedir. Türkiye’de, 2011 yılı itibariyle tüm ülkede uygulanmaya başlanan aile hekimliği sistemiyle bütünsel bir yaklaşımdan uzak, koruyucu hizmetler yerine tedavi edici hizmetleri önceleyen ve sağlık harcamalarının bireye olan yükünü artıran uygulamalar/gelişmeler vardır. Sağlık Bakanlığı’nın mevcut yıllık raporlarında da bu artış görülebilmektedir. Toplum Merkezleri ile Aile Sağlığı Birimleri’nin, koruyucu sağlık hizmetlerindeki yetki ve sorumlulukları netlik kazanmamıştır. 2004 yılından beri öngörülüp 2010 yılı sonu itibarı ile tüm Türkiye’de uygulanmaya başlanan sağlık sistemi yapılanmasında, 2017 yılında bazı major değişikliklere gidilmiştir, henüz bu değişikliklerin iller düzeyindeki son şekli bilinmemektedir.

Birinci basamakta daha önceden var olan, özellikle “üreme sağlığı” hizmetlerinde önemli görevleri bulunan, “ev ziyaretleri de yapabilen”, ebe hemşire gibi, hekimle birlikte çalışan ekip üyeleri artık olmadığından; sağlık bilinci yetersiz olan, erken tanı için Aile Sağlığı Merkezlerine zamanında gelmeyen kadınların ve benzer şekilde çocukların olumsuz etkileneceği açıktır. Yine



bu sistemde, kırsal nüfusun tümü, ancak daha çok, kadın ve çocuklar olumsuz etkilenecektir. Yeni sağlık sistemi, kırsal kesimleri geri plana atan uygulamalar getirmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, 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.

Türkiye’deki anne ölüm oranlarındaki mevcut bölgeler, kır-kent arasındaki uçurumlar, dikkate alındığında, söz konusu program, Türkiye için kırılma noktaları arasında mevcut uçurumları artıracaktır. Anne ölümlerinin kayıt ve bildiriminde başlatılan sistem, olumlu bir adımdır; ancak, bu sistemin niteliği, sürekli denetlenerek sürdürülmelidir. Ayrıca, anne ölümlerindeki bölgelerarası fark dikkate alınarak, bu eşitsizliği önleyecek müdahale programları gecikmeden uygulanmalıdır. Bu bağlamda, dikkate alınması gereken, 1994 Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda ve ICPD + 20 planında önerildiği gibi, kadın sağlığının bütünsel yaklaşım ile ele alınması ve üreme sağlığı hizmetlerinin, birinci basamakta verilen temel sağlık hizmetlerinin daha kapsamlı şekilde, hekimin yanında ebe, hemşire, sosyal hizmet uzmanı vb. personeli de içeren bir ekip tarafından verilmesi sağlanmalıdır. Mevcut yasada da bu hususlar, gerekli değişiklikler yapılarak, yer almalıdır.

Herkes, ücretsiz, ulaşılabilir, bütüncül, kaliteli temel sağlık hizmeti alabilmelidir. Aile planlaması çalışmaları, karşılanmayan ihtiyacı azaltmak için, yaygınlaştırılmalıdır.

Temel sağlık hizmetleri kapsamında, üreme ve cinsel sağlık hizmetlerinden, evlenmemiş kadınlar, ergenler/gençler, menopoz ve sonrası dönem ve ileri yaş grubu kadınların da yeterli ölçüde yararlanmaları sağlanmalı, ihmal edilen bu grupları hedefleyen kapsamlı programlar yürütülmelidir. Ayrıca, ilköğretim ve orta öğretim müfredatlarına, yaş gruplarına uygun olarak toplumsal cinsiyet, cinsel sağlık ve üreme sağlığı konuları eklenmelidir. Benzer şekilde, yükseköğretim müfredatına da bu konular ve cinsiyet temelli şiddet konuları entegre edilmelidir.

Türkiye’deki mevcut sağlık bağlantılı yasalar/maddeler, geçerli olan uluslararası normlara/ilkelere/standartlara uygunluğu yönünden periyodik olarak gözden geçirilmelidir.

## **E. Sivil Toplum Örgütlerinin ve Diğer Kamusal Aktörlerin Kapasitelerinin Haritalaması**

STK’lar bölümünde, özellikle sağlık hakkı ve toplumsal cinsiyet eşitliği alanında izleme çalışmaları yapan STK’ların çalışmalarına 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 Bakanlığı’nın da destekleyici tutumuyla, 557 Sayılı İlk 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’u, 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 on yıldır, 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 işbirlikleri gerçekleştirmiştir. TAP Vakfı Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Toplantısı (ICPD) öncesinde ve süresince yürüttüğü ciddi savunuculuk çalışmaları; ICPD+20 hazırlık çalışmalarında pek çok kadın STK ile koordinasyon sağlayarak oluşturduğu “kadın platformu”, Genel Kurmay 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 eğitimleri ve benzer konularda yürüttüğü eğitimler de oldukça önemlidir.

**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, Birleşmiş Milletler Ekonomik Sosyal Konseyi (ECOSOC) özel STK danışmanlık statüsüne sahiptir.

**Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (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 yürütme, akran eğitimcileri yetiştir-

mekte genç insanların cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilgisine erişebilmesine yönelik çalışmalar yapmaktadır.

### 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
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		✓					
<b>Hak Temelli Örgütler</b>							
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	✓	

Hak Temelli Örgütler	İzleme faaliyeti yapma durumu		İzleme Raporu	Yıl	İçerik	Kadını içermesi	
	Var	Yok				Var	Yok
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 <a href="http://www.cocukhaklariizleme.org/hakkimizda">http://www.cocukhaklariizleme.org/hakkimizda</a>	2010-devam	Çocuk Hakları Sözleşmesi temelinde izleme, çocuk yaşta ve zorla evlilikler	✓	

## IV. Gösterge ve Veri Kaynakları

Sağlık alanında izleme yapmanın temel aracı, uluslararası insan hakları belgeleri temelinde hazırlanmış olan göstergelerdir. Bu rapor kapsamında, sağlık tematik alanına ilişkin uluslararası endeksler ve bu endekslerde sağlık tematik alanına ilişkin kullanılan göstergeler incelenmiştir. Bu kapsamda, 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.

### A. Uluslararası Endeksler ve Tematik Alana İlişkin Göstergeler

Endeks	Kaynak	Diğer bileşenleri	Tematik alana ilişkin göstergeleri
<b>Uluslararası Endeksler</b>			
İnsani Gelişme Endeksi (HDI- Human Development Index)	BM	<ul style="list-style-type: none"><li>Uzun ve sağlıklı yaşam</li><li>Eğitim</li><li>Yaşam standardı</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Doğuşta beklenen yaşam süresi</li></ul>
Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Endeksi (GII-Gender Inequality Index)	BM	<ul style="list-style-type: none"><li>Güçlenme (eğitim ve siyasete katılım)</li><li>İş gücü</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Anne ölüm oranı (100 bin canlı doğumda)</li><li>Adolesan doğum oranı (1000 doğumda, 15-19 yaş)</li></ul>
Küresel Cinsiyet Uçurumu Endeksi (Global Gender Gap Index)	WEF	<ul style="list-style-type: none"><li>Eğitim</li><li>Sağlık</li><li>İş gücüne katılım</li><li>Siyasete ve karar alma</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Doğuşta cinsiyet oranı</li><li>Doğuşta sağlıklı yaşam beklentisi</li></ul>
Avrupa Cinsiyet Eşitliği Enstitüsü, Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Endeksi (EIGE, Gender Equality Index)		<ul style="list-style-type: none"><li>İş</li><li>Para</li><li>Bilgi</li><li>Zaman</li><li>Güç</li><li>Şiddet</li><li>Kesişen eşitsizlikler</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Sağlık Durumu<ul style="list-style-type: none"><li>Algılanan sağlık (Cinsiyete göre)</li><li>Doğuşta beklenen yaşam süresi</li><li>Sağlıklı yaşam süresi</li></ul></li><li>-Sağlık Davranışı<ul style="list-style-type: none"><li>Sigara içmeyen ve zararlı içiciliği olmayan insanların yüzdesi (cinsiyete göre)</li><li>Fiziksel aktivitede bulunan kişilerin yüzdesi (cinsiyete göre)</li></ul></li><li>-Erişim<ul style="list-style-type: none"><li>Karşılanmayan muayene ihtiyacı(cinsiyete göre )</li><li>Karşılanmayan dış muayenesi ihtiyacı (cinsiyete göre)</li></ul></li></ul>
<b>Uluslararası Diğer Endeksler</b>			
The Complete Mother's Index	Save the Children	<ul style="list-style-type: none"><li>Eğitim</li><li>Ekonomi</li><li>Siyaset</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Yaşam boyu annelik nedeniyle ölüm riski</li><li>Beş yaş altı ölüm hızı (1000 canlı doğumda)</li></ul>

## B. Uluslararası Göstergeler

Uluslararası göstergeler bölümünde ise, uluslararası düzeyde kabul görmüş ve sağlık ve toplumsal cinsiyet temelli izlemeye kaynaklık eden göstergelere yer verilmiştir. Bu alanda, Binyıl Kalkınma Hedefleri, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ve BM Minimum Toplumsal Cinsiyet Göstergeleri Seti’nden sağlık alanı göstergeleri incelenmiştir.

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. Karşılammamış 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 İnsidans 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"><li>■ Beş yaş altı ölüm hızı (1000 canlı doğum)</li><li>■ Anne ölüm oranı (100 bin canlı doğumda)</li><li>■ Neonatal ölüm hızı (1000 canlı doğum)</li><li>■ Hekim sayısı (1000 kişiye düşen)</li><li>■ Tüberküloz insidansı (100.000 kişide)</li><li>■ Trafikte ölüm hızı (100,000 kişide)</li><li>■ Adolesan doğum oranı (1000 doğumda 15-19 yaş kadın)</li><li>■ Subjektif iyilik hâli (0-10)</li><li>■ Sağlıklı yaşam beklentisi (yıl)</li><li>■ Tavsiye edilen 2 DSÖ aşısını almış hayatta kalan bebek sayısı (%)</li><li>■ Sigara kullanıcıları (15 + nüfus %)</li></ul>
Hedef 5: Toplumsal Cinsiyet Eşitliği	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Karşılammamış gebeliği önleyici yöntem gereksinimi (% 15-49 yaş arası evli/ilişkisi olan kadınlar)</li></ul>

<b>4. BM Minimum Toplumsal Cinsiyet Göstergeleri Seti -Sağlık</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 15-49 yaş grubunda evli/ilişkisi olan kadınlar arasında gebeliği önleyici yöntem yaygınlığı</li><li>■ Cinsiyete göre 5 yaş altı ölüm hızı</li><li>■ Anne ölüm oranı</li><li>■ Doğum öncesi bakım alma sıklığı (%)</li><li>■ Sağlık personeli tarafından gerçekleştirilen doğumların oranı</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>■ 15 yaş ve üzeri kişilerde cinsiyete göre sigara içme yaygınlığı</li><li>■ Cinsiyete göre obez olan yetişkinlerin oranı</li><li>■ 15-49 yaş grubunda HIV/AIDS’le yaşayan nüfusta kadınların oranı</li><li>■ Cinsiyete göre Anti-retroviral tedaviye erişim</li><li>■ Cinsiyete göre 60 yaşındaki yaşam beklentisi</li><li>■ Cinsiyete, nedene ve yaş gruplarına göre ölüm</li><li>■ 20-24 yaş grubunda 18 yaşından önce evlenmiş/eşleri ile birlikte yaşamaya başlamış kadınların yüzdesi</li><li>■ Adolesan doğum oranı</li><li>■ Son 12 ay içinde eşi/birlikte olduğu kişi tarafından fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kalmış 15-49 yaş grubundaki kadınların oranı</li><li>■ Son 12 ay içinde, eşi/birlikte olduğu kişi dışındaki kişiler tarafından fiziksel şiddete maruz kalmış 15-49 yaş grubundaki kadınların oranı</li><li>■ Son 12 ay içinde, eşi/birlikte olduğu kişi dışındaki kişiler tarafından cinsel şiddete maruz kalmış 15-49 yaş grubundaki kadınların oranı</li></ul>

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, bundan sonraki bölümlerde sunulacak olan gösterge setleri, ülke düzeyinde izlemeye kaynaklık etmesi amacıyla uluslararası insan hakları belgelerinde belirtilen standartların tümünü olabildiğince kapsayacak şekilde hazırlanmaya çalışılmıştır.

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 izlemeye kaynaklık edecek iki temel gösterge seti hazırlanmıştır.

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

Gösterge setlerinin ilki, Türkiye’de kamu kurum ve kuruluşları (özellikle Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ve Sağlık Bakanlığı(SB)) ve ulusal düzeyde yapılan araştırmalar tarafından verisi toplanan sağlık göstergeleridir. Bu gösterge setinde, göstergelerin hangi kurumlar tarafından toplandığı, verinin toplanma sıklığı ile bilgiler de sunulmuştur.

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 doğuştan 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 (doğuştan, 65 yaş)	IHME, Küresel Hastalık Yükü Çalışması	SB web sitesi	5 yıl
	Yaşam Hakkı	Doğuştan 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
		Cinsiyete göre beş yaş altı ölüm hızı	SB, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	SB web sitesi	Yıllık
	Ayrımcılık Yasağı	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
	CEDAW M.12 CEDAW Genel Tavsiye 24, para.9, para. 24.	Kızamık aşısı olan bir yaş altı kız-erkek çocuk oranı	SB, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	SB web sitesi	Yıllık
	ESKHS M.12 ESKHK Genel Yorum 14	Tüberküloz insidansı (100 bin nüfusta)	SB, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	SB web sitesi	Yıllık
	ÇHS M.24	Cinsiyete göre tüberküloza bağlı ölüm yüz bin nüfusta)	TÜİK Ölüm İstatistikleri	TÜİK web sitesi	Yıllık
	EHS M.25 MDG 4, MDG6 SDG 3	Cinsiyete göre genel sağlık durumundan memnuniyet düzeyi	TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması	TÜİK web sitesi	Araştırma Periyodu
	Pekin C1, C2 ICPD	Fiziksel aktivitede bulunan kişilerin yüzdesi (aktivite ayrımı ve cinsiyete göre)	TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması	TÜİK web sitesi	2 yıl
	EHS M.25	Onbeş yaş ve üzeri bireylerin taze meyve tüketme sıklığının cinsiyete ve yaş grubuna göre dağılımı (%)	TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması	TÜİK web sitesi	2 yıl
		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	



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 Sağlığın Korunması Hakkı Yaşam Hakkı	Cinsiyete göre 100.000 kişiye düşen (YLL) kaybedilen yaşam yılı	IHME, Küresel Hastalık Yüğü Çalışması 2016	SB web sitesi TÜİK web sitesi	Araştırma periyodu
	Toplumsal Cinsiyet Eşitliği	Ana hastalık gruplarına ve cinsiyete göre DALY	IHME, Küresel Hastalık Yüğü Çalışması 2016	SB web sitesi TÜİK web sitesi	Araştırma periyodu
	Ayrımcılık Yasağı CEDAW M.12 CEDAW Genel	Cinsiyete göre toplam kanser insidansı (100.000'de, Dünya Standart Nüfusu)	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	SB İstatistikleri Yıllığı	Yıllık
	Tavsiye 24, para.9, para. 24. ESKHS M.12 ESKHK Genel Yorum 14	Cinsiyete göre en sık görülen 10 kanser türünün insidansı (100.000'de, Dünya Standart Nüfusuna göre)	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	SB İstatistikleri Yıllığı	Yıllık
	ÇHS M.24 EHS M.25 MDG 4, MDG6	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
	SDG 3 Pekin C1, C2 ICPD EHS M.25	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
		Son 4 hafta içerisinde bedensel ağrı hissedenlerin 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	
	Kalite	Erişebilirlik Fiziksel, Ekonomik,	Birinci basamak sağlık kuruluşu sayıları	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü	SB web sitesi	Yıllık
			Birinci basamak sağlık kuruluşu kullanımı (%)	SB	SB web sitesi	Yıllık
		Sağlık Hizmetleri	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, kır -kent)	SB UAÖA-2005	SB Raporları HÜNEE	Araştırma periyodu
	ESKHS M.12, ESKHK Genel Yorum 14, para.14, 22-24, ÇHS M.24	Anne ölümü nedenleri % dağılımı	SB, UAÖA-2005	SB Kayıtları, HÜNEE web sitesi	SB kayıtları-yıllık, Araştırma periyodu
	MDG 5, MDG 6 SDG 3, SDG 5, Pekin C1, C3, Pekin L1, L2	Önlenabilir 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 (kır, 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

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 CEDAW M. 12, CEDAW Genel Tavsiye 24, Genel Tavsiye 15 ESKHS M.12, ESKHK Genel Yorum 14, para.14, 22-24, ÇHS M.24 MDG 5, MDG 6 SDG 3, SDG 5, Pekin C1, C3, Pekin L1, L2 ICPD 7-8	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/)	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 yaralanan kadınların yüzdesi (15 -59 yaş, yaşam boyu, son 12 ay)	TKYŞA 2008, 2014	ASPB ve HÜNEE web sitesi	Araştırma Periyodu

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 İnsan Onuruna Saygı	Şiddete maruz kalmaya göre kadınlar arasında yaşamına son vermeyi düşünmüş/denemiş kadınların yüzdesi	TKYŞA 2008, 2014	ASP ve HÜNEE web sitesi	Araştırma Periyodu
	Kötü Muamele Yasağı	Şiddete maruz kalmaya göre kadınlar arasında sağlık durumunu kötü veya çok kötü olarak belirten kadınların yüzdesi	TKYŞA 2008, 2014	ASP ve HÜNEE web sitesi	Araştırma Periyodu
	Erişebilirlik Mevcudiyet	Temel sosyal ve demografik özelliklerine göre eşi veya birlikte olduğu erkekler dışındaki kişiler tarafından fiziksel şiddete maruz kalmış kadınların yüzdesi	TKYŞA 2008, 2014	ASP 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 özelliklerine göre eşi veya birlikte olduğu erkekler dışındaki kişiler tarafından cinsel şiddete maruz kalmış kadınların yüzdesi	TKYŞA 2008, 2014	ASP ve HÜNEE web sitesi	Araştırma Periyodu
	İstanbul Sözleşmesi	15 yaşından önce partner dışı cinsel istismar yüzdesi	TKYŞA 2008, 2014	ASP ve HÜNEE web sitesi	Araştırma Periyodu
	KYŞ Özel Raportörü Raporu(A/HRC/7/)	Eşin veya birlikte olduğu erkeklerin fiziksel ve/veya cinsel şiddetine maruz kalmış kadınların sağlık kuruluşuna başvuru oranları (yaşam boyu)	TKYŞA 2008, 2014	ASP 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	ASP ve HÜNEE web sitesi	Araştırma Periyodu
		Siğınmaevi sayısı	ASP	ASP web sitesi, ASP görüşme	Yıllık
		ŞÖNİM sayısı	ASP	ASP web sitesi, ASP görüşme	Yıllık
		Belediyeler ve STK'lara bağlı kadın danışma merkezi sayısı	ASP, STK'lar ve Belediyeler	ASP web sitesi, ASP 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
	Sağlık Çalışma Ortamı	Cinsiyet ve ekonomik faaliyet sınıflamasına göre meslek hastalıkları sayısı	Çalışma Bakanlığı, SGK merkez ve İl müdürlükleri	ÇSGB raporları	Yıllık
		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 Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Farklılık Eşitliği Dönüştürücü Eşitlik Eşitlik ve Ayrımcılık Yasağı Katılım Kadınların Güçlenmesi ESKHK Genel Yorum 14, Genel Yorum 20 20 CEDAW Genel Tavsiye 24 para.6-7 ICPD 15.6 Pekin	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
		BM Evrensel Periyodik İzleme Mekanizması için hükümet tarafından hazırlanan ulusal raporların TCE’ye duyarlılığı	Dışişleri Bakanlığı	Dışişleri Bakanlığı bilgi talebi	5 yıl
		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
		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
		SB Stratejik Planında kadın sağlığının toplumsal cinsiyet eşitliği bağlamında içerilmesi durumu	SB	SB politika belgelerinin incelenmesi	5 yıl



## 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	Ulusal Sağlık Politikaları, Eylem Planları ve Programların aşağıda belirtilen gruplara ilişkin maddeleri içermesi durumu	SB	SB politika belgelerinin incelenmesi	5 yıl
	Toplumsal Cinsiyet Eşitliği	a) Kız çocukları ve ergenler b) Yaşlı kadınlar			
	Farklılık Eşitliği	c) Engelli kadınlar d) Düşük sosyal ekonomik durumdaki kadınlar			
	Dönüştürücü Eşitlik	e) Kırsal bölgede yaşayan kadınlar f) Etnik, dilsel azınlıklar			
	Eşitlik ve Ayrımcılık Yasağı	g) Göçmen ve mülteci kadınlar h) LGBTİ bireyler i) HIV/AIDS'le yaşayan bireyler j) Seks işçileri ve kadın ticareti mağdurları			
	Katılım	k) Mevsimlik tarım işçisi kadınlar ve kız çocukları l) Cezaevindeki kadınlar m) Sığınmaevinde kalan kadınlar			
	Kadınların Güçlenmesi	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
	ESKHK Genel Yorum 14, Genel Yorum 20 20	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
	CEDAW Genel Tavsiye 24 para.6-7	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
	ICPD 15.6	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
Pekin	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	

### 1. Ulusal Yasaların, Programların ve Stratejilerin İzlenmesine İlişkin Göstergeler

Konu	İnsan Hakları/Norm ve Standartları	Gösterge	Veri	Veri Toplama Yöntemi	Veri Toplama Sıklığı
		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
	ESKHK Genel Yorum 14,	DSÖ Temel ilaç ve malzemelerinin mevcudiyeti	SB	SB görüşme	2 yıl
	Genel Yorum 22	Üreme sağlığı ve cinsel sağlık hizmeti veren birinci basamak kurum sayısı	SB	SB görüşme	Yıllık
		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

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 Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Farklılık Eşitliği İnsan Onuruna Saygı Erişebilirlik Mevcudiyet CEDAW M. 12 CEDAW genel	Toplam kadın sağlığı (AP dahil cinsel sağlık ve üreme sağlığı) harcamalarının GSYH oranının %'si	TÜİK	SB görüşme	Yıllık
	Tavsiye 24, para. 19, 30, 31(f) ESKHK Genel Yorum 14, Genel Yorum 22	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	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
	ÇHS M.24 MDG 4, MDG6 SDG 3 Pekin C1, C2 ICPD	15-49 yaş arası kadınlarda anoreksiya, bulumia, doğum sonrası depresyon insidansı	SB	SB bilgi talebi	2 yıl
		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
	CEDAW M. 12, CEDAW Genel Tavsiye 24, ESKHS M.12, ESKHK Genel Yorum 14, para.14, 22-24, ÇHS M.24 MDG 5, MDG 6 SDG 3, SDG 5, Pekin C1, C3, L1, L2 ICPD 7-8	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
	CEDAW Genel Tavsiye 24, para. 14. para. 18., para. 23. para. 11.	Gebeliği önleyici yöntem bulundurması gereken ancak yöntem bulundurmayan sağlık bakım kuruluşlarının yüzdesi	SB STK	SB görüşme	Yıllık

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 Yaşam Hakkı	İlk / son cinsel ilişkisinde prezervatif kullanan cinsel yönden aktif gençlerin yüzdesi	SB	Araştırma	Yıllık	
	Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Farklılık Eşitliği Ayrımcılık Yasağı	Evlenmemiş genç insanların (engelliler, yaş grubuna göre kadınlar) cinsiyete göre karşılaştığı kontraseptif hizmetine erişim ile ilgili engeller	SB	SB bilgi talebi	Yıllık	
	İnsan Onuruna Saygı	Elektif sezaryen yüzdesi	SB	SB bilgi talebi	Yıllık	
	Erişebilirlik Kalite	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	
	Kabul Edilebilirlik	Adolesan doğum oranının, yaş gruplarına (12-14, 15-17, 18-19) eğitim düzeyine ve yaşanılan yere göre yüzdesi	SB, TNSA	SB bilgi talebi	Yıllık	
	CEDAW M. 12, CEDAW Genel Tavsiye 24, ESKHS M.12, ESKHK Genel Yorum 14, para.14, 22-24, ÇHS M.24	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	
	MDG 5, MDG 6 SDG 3, SDG 5, Pekin C1, C3, L1, L2 ICPD 7-8	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	
		CEDAW Genel Tavsiye 24, para. 14. para. 18., para. 23. para. 11.				

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, ESKHS M.12, ESKHK Genel Yorum 14, para.14, 22-24, MDG 6 , SDG 3, 5 Pekin C1, C3, Pekin L1, L2 ICPD 7-8	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
		15-49 yaş arası sifiliz taraması yapılan gebe kadınların yüzdesi	SB	SB bilgi talebi (evlilik öncesi yapılan tetkik bilgisi)	Yıllık
		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 izleme 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 Raportörü 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	SB, Adli Tıp	Kurum kayıtlarının incelenmesi	Yıllık
		Son 12 ayda psikolojik destek almak için STK ve Belediye Kadın Da(ya)nışma merkezlerine başvuran kadın sayısı	STK Belediye Araştırma	Kurum kayıtlarının incelenmesi	Yıllık
		Son 12 ay içinde, eşi/birlikte olduğu kişi dışındaki kişiler tarafından fiziksel şiddete maruz kalmış 15-59 yaş grubundaki kadınların yüzdesi	ASPB, HÜNEE, TKYŞA	Saha araştırması	Araştırma periyodu



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 Ayrımcılık Yasağı Toplumsal Cinsiyet Eşitliği	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
	Hesap Verebilirlik GGASŞ M. 26 CEDAW Genel Tavsiye 19,	Son 12 ay içinde yaşadığı şiddet nedeniyle yaşamına son vermeyi deneyen kadınların yüzdesi	ASPB, HÜNEE TKYŞA	Saha araştırması	Araştırma periyodu
	Genel Tavsiye 24, para. 12 (b), para. 15 İstanbul Sözleşmesi	Şiddete maruz kalmaya göre kadınlar arasında depresyon ve anksiyete tedavisi gören kadınların yüzdesi	Araştırma	Araştırma Bilgi talebi	Yıllık
	KYŞ Özel Raporörü Raporu (A/HRC/7/6)	Depresyon ve anksiyete tanısı alan kadınlar arasında eşi/ birlikte olduğu kişi tarafından şiddete maruz kalma öyküsü olan kadınların oranı	SB,	Araştırma Bilgi talebi	Yıllık
	Pekin L1, L2, D1 ICPD 4, 7, 8	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				
	Adil ve Elverişli Koşullarda Çalışma Hakkı	Ev işlerine bağlı sağlık riskleri ve hastalıkların yüzdesi	ÇSGB	Araştırma	
	Sağlık Hakkı	Ev kazalarının cinsiyete ve yaş grubuna göre yüzdesi	ÇSGB	Araştırma	
	CEDAW Genel Tavsiye 19 para. 18, Genel Tavsiye 24	Ev hizmetlerinde çalışan kadınların maruz kaldığı sağlık risklerinin ve hastalıklarının yüzdesi	ÇSGB	Araştırma	
	ILO 177 Ev Eksenli Çalışma Sözleşmesi,	Cinsiyete göre mevsimlik tarım işçilerinin maruz kaldığı sağlık risklerinin ve hastalıklarının yüzdesi	SB ve Yerel yönetimler	Araştırma	
	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	

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	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				
	Dönüştürücü Eşitlik				
	Pekin F.6, CEDAW 25 Sayılı Tavsiye Kararı, GGASŞ M.27	Doğum 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	Süt izninden yararlananların sayısı, yararlanma süresi (Kamu-özel ayrımında belirtilen sürele göre % dağılımı)	ÇSGB	Kurum kayıtlarının incelenmesi		
	Cinsiyete göre ebeveynlik izninden yararlananların sayısı, yararlanma süresi (kamu-özel ayrımında belirtilen sürele göre % dağılımı)	ÇSGB	Kurum kayıtlarının incelenmesi		

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				
	İnsan Onuruna Saygı	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
	Mevcudiyet				
	Erişilebilirlik				
	ESKHS M.7 CEDAW M.11 ESKHK Genel Yorum 14 CEDAW, Genel Tavsiye 15, 19, 23, 24, 25 ILO, 111 Sayılı Ayrımcılık Sözleşmesi Pekin C ICPD 4, 7, 8, 13, 15,	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
		Tıpta uzmanlık alanlarının cinsiyete göre dağılımı (%)	SB	SB bilgi talebi	Yıllık
		Sağlık kuruluşlarında karar verici ve yönetici pozisyonunda çalışanların cinsiyete göre yüzde dağılımı	SB	SB bilgi talebi	Yıllık
		Sağlık kuruluşu çalışanlarına yönelik hizmet-içi eğitimlerde kadınların insan hakları, toplumsal cinsiyet eşitliği konularına yer veren sağlık kuruluşu sayısı	SB	SB bilgi talebi	Yıllık
	Cinsel taciz ve saldırıya karşı politika belgesi olan sağlık kuruluşu oranı	SB, Üniversiteler	Bilgi talebi	Yıllık	
	Cinsel taciz ve cinsel saldırı suçunu işleyen sağlık çalışanları ile ilgili şikayet sayısı	SB	Bilgi talebi	Yıllık	

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

## V. Seçilmiş Bazı Sağlık Göstergeleriyle Türkiye’de Mevcut Durum

### 1. Türkiye’nin bazı demografik göstergeleri

Gösterge	Mevcut değer	Kaynak
<b>Nüfus Dağılımı</b> Türkiye- Toplam Nüfus Erkek(%) Kadın(%)	77 695 904 50.2 49.8	TÜİK-2015 Toplumsal Cinsiyet İstatistikleri
<b>Medeni Duruma göre nüfus oranı (%)</b> <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
<b>Ortalama ilk evlenme yaşı</b> Erkek Kadın	26.8 23.6	TÜİK-2015
<b>Doğumda Beklenen Yaşam süresi (yıl )</b> Toplam Kadın Erkek	78.0 80.7 75.3	TÜİK-2016
<b>Yıllık Nüfus artış hızı (NAH) (%)</b> 2010 2030 2050	1.2 0.7 0.1	Hoşgör, Tansel 2010
<b>Yıllara göre nüfusun yaş gruplarına göre yüzdeleri*</b> <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
<b>Araştırmadan önceki 4 yıl içinde (2009-2013):</b>		TNSA-2013
BÖH	13.	
Çocuk ÖH	2.	
5 Yaş altı ÖH	15.	
<b>Bebek ölüm hızı (1000 canlı doğumda)</b>		TNSA-2013
Erkek	15	
Kadın	20	
<b>5 Yaş altı ölüm hızı (1000 canlı doğumda)</b>		TNSA-2013
Erkek	18	
Kadın	23	
<b>Bebek Ölüm Hızı (BÖH) 1000 canlı doğumda (CD)*</b>		
Toplam*	10,0	SB, TÜİK- 2017
Kadın	9,4	TÜİK, 2016
Erkek	10,5	
<b>Perinatal bebek ölüm hızı- 1000 toplam doğumda, (Ölü Doğum+ ENN ölümler)*</b>	7.6	SB, TÜİK- 2017
<b>Neonatal (NN) bebek ölüm hızı 1000 CD’da *</b>	4.	SB, TÜİK- 2017
<b>Post neonatal bebek ölüm hızı 1000 CD’da *</b>	3.3	SB, TÜİK- 2017
<b>5 yaş altı çocuk ölüm hızı (1000 CD’da)*</b>	9.4	SB, TÜİK- 2017
<b>Bebeklerin anne sütü ile beslenme sürelerinin cinsiyete göre dağılımı (%) (0-6 ay)</b>		SB-2017 yıllık Rapor
Toplam	30,8	
Kadın	31,5	
Erkek	30,1	
<b>Ortanca emzirme süresi (ay)</b>		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. 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)
<b>Annelik nedeni ile yaşam boyu ölüm riski</b> (.....kadında bir) ve AÖO (yüz bin CD'da)	Risk/Anne ÖO	HÜNEE, Ulusal Anne Ölümü Araştırması
İstanbul	4876 11.0	-2005 (UAÖA-2005)
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	
<b>Gebeliğe bağlı ölümlerin nedenleri (%):</b>		HÜNEE, Ulusal Anne Ölümü Araştırması
Doğrudan obstetrik nedenler	58.0	-2005 (UAÖA-2005)
Dolaylı obstetrik nedenler	15.8	
Tesadüfi nedenler	23.2	
Nedeni bilinmeyenler	2.4	
<b>Anne Ölümlerinin nedenleri (%):</b>		HÜNEE, Ulusal Anne Ölümü Araştırması
Kanama	24.9	-2005 (UAÖA-2005)
Dolaylı nedenler	21.2	
Toksemi	18.4	
Diğer doğrudan nedenler	15.7	
Bilinmeyen doğrudan nedenler	10.1	
Erken gebelik dönemi	1.8	
Anne Ölümlerinin Biyo-Medikal risk faktörlerine göre dağılımı (%)		HÜNEE, Ulusal Anne Ölümü Araştırması
Risk yok	35.3	-2005 (UAÖA-2005)
Tek risk faktörü var	27.1	
Birden fazla risk faktörü var	37.6	
Anne Ölümü ve gebeliğe bağlı ölümlere neden olan önlenabilir faktörler(%):		HÜNEE, Ulusal Anne Ölümü Araştırması
AÖ'de önlenabilir faktör var	61.6	-2005 (UAÖA-2005)
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
<b>Bölgelere göre Toplam Doğurganlık Hızı (Bir kadı için sayı)</b> Türkiye	2.26	TNSA-2013
Kent	2.16	
Kır	2.73	
Batı	1.9	
Güney	2.4	
Orta	1.89	
Kuzey	2.02	
Doğu	3.4	
<b>Eğitime göre Toplam Doğurganlık Hızı (kadın başına çocuk sayısı)</b> Eğitimi yok/ İO bitirmemiş	3.76	TNSA-2013
İO 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
<b>Gebe kalınabilecek döneme ilişkin bilgi (%)</b> Doğru biliyor	27.0	TNSA-2013
Yanlış biliyor	38.5	
Bilmiyor	34.5	
<b>Türkiye’de gebelikten korunma durumu (%)</b> Yöntem kullanmıyor	27	TNSA-2013
Toplam yöntem kullanımı (%)	73	
Geleneksel yöntem kullanımı (%)	26	
Modern yöntem kullanımı (%)	47	
<b>Türkiye’de yaşanan yere göre gebelikten modern yöntemle korunanlar (%)</b> Kent	49.0	TNSA - 2013
Kır	40.0	
<b>Türkiye’de kullanılan gebeliği önleyici yöntemlerin yöntem türüne göre dağılımı (%)</b> Hap	4.6	TNSA -2013
R.İ.A	16.8	
Kondom	15.8	
Hormonal enjeksiyonlar	0.1	
Kadında tüplerin bağlanması (TL)	9.4	
Erkeklerde kanalların bağlanması (vazektomi)	0.0	
Geri çekme	25.5	
İsteyerek düşük (100 gebelikte)	4.7	TNSA 2013
Kendiliğinden düşük (100 gebelikte)	14.	TNSA 2013



<b>İsteyerek düşüğün yapıldığı yer (%)</b>		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)

Gösterge	Mevcut değer	Kaynak
<b>Doğum Öncesi Bakım Alma</b>		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 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
<b>Cinsiyete ve yaş gruplarına göre DALY 15-49 yaş</b>		SB-2017 yıllık Rapor
Toplam	6.77	
Erkek	3.5	
Kadın	3.2	
<b>Cinsiyete göre 100 bin kişiye düşen YLD</b>		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
<b>Bazı Enfeksiyon Hastalıklarının İnsidansı (100 bin nüfusta)</b>		SB-2017 yıllık Rapor
AIDS	0.13	
Kızamık	0.01	
Tüberküloz (Tbc.)	15.3	
Tbc. prevalansı	24	
Sıtma	0.3	
<b>Cinsiyete göre hastalığın tutulum yeri</b>		SB-2017 yıllık Rapor
<b>Akciğer</b>		
<i>Erkek</i>	70.7	
<i>Kadın</i>	47.1	
<b>Akciğer dışı</b>		
<i>Erkek</i>	25.9	
<i>Kadın</i>	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
<b>Cinsiyete göre toplam kanser insidansı (Yüz binde)</b>		SB-2017 yıllık Rapor
<b>Toplam</b>	210,2	
<b>Erkek</b>	173,6	
<b>Kadın</b>	246,8	
<b>Erkeklerde en sık görülen 5 kanserin insidansı (Yüz binde)</b>		SB-2017 yıllık Rapor (2014 yılı verileri)
Trakea, Akciğer, Bronş	52,5	
Prostat	32,9	
Kolorektal	22,8	
Mesane	19,3	
Mide	14,3	
<b>Kadınlarda en sık görülen 5 kanserin insidansı (Yüz binde)</b>		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
<b>Kadın</b>	43,9	
Dolaşım Sistemi Hastalıkları	15,1	
Neoplazmlar	10,9	
Solunum Sistemi Hastalıkları	6,3	
Endokrin, Beslenme ve Metabolizma Hastalıkları	5,9	
Sinir Sistemi ve Duyu Organları Hastalıkları		
<b>Erkek</b>	36,4	
Dolaşım Sistemi Hastalıkları	23,6	
Neoplazmlar	12,7	
Solunum Sistemi Hastalıkları	4,	
Sinir Sistemi ve Duyu Organları Hastalıkları Endokrin, Beslenme ve Metabolizma Hastalıkları	3,9	
Vücut Kitle İndeksine göre ve cinsiyete göre obezite (%)		SB-2017 yıllık Rapor
<b>Kilolu</b>		
Toplam	34,3	
Erkek	38,6	
Kadın	30,1	
<b>Obez</b>		
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
<b>Herhangi bir yardım almadan ya da yardımcı bir araç kullanmadan <u>merdiven çıkamayanların</u> cinsiyete göre dağılımı (%)</b>		SB-2017 yıllık Rapor
Toplam	8,7	
Erkek	5,0	
Kadın	12,4	
<b>Herhangi bir yardım almadan ya da yardımcı bir araç kullanmadan <u>yürüyemeyenlerin</u> cinsiyete göre dağılımı (%)</b>		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
<b>Tütün mamulü kullanımı (Her gün) (%)</b>		SB-2017 yıllık Rapor
Toplam	40.1	
Erkek	26.5	
Kadın	13.3	
<b>Alkol kullanımı</b>		SB-2017 yıllık Rapor
<u>Şu an kullanan</u>		
Toplam	12,2	
Erkek	19,3	
Kadın	5,3	
<b>Cinsiyete göre sağlık algısı:</b>		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 BCG Kadın Erkek KKK Kadın Erkek	 93.8 95.1  88.4 91.4	TNSA -2013
Kişi başına hekime başvuru (sayısı)	8.6	SB-2017 yıllık Rapor
Hizmet kapsamına göre hekime başvuru sayısının oranı (%) 1. basamak 2. ve 3. basamak	 31 69	SB-2017 yıllık Rapor
Son 12 ay içerisinde en az 1 gece yataklı tedavi hizmeti alanların cinsiyete göre dağılımı (%) Toplam Erkek Kadın	 11,3 9,5 13,1	Türkiye Sağlık Araştırması, TÜİK, 2016
Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı(%) Toplam sağlık harcaması Kamu sağlık harcaması Özel sağlık harcaması	 5.4 4.4 1.0	SB-Stratejik Plan
Hekim sayısı (yüz binde)	169	SB-Stratejik Plan

Bu yayın Avrupa Birliği’nin mali desteğiyle 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.