

6K. 50

7/5905

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

ÇOK ACELE
GÜNLÜDÜR

Sayı: B.10.0.AÇS.0.12.00.14/350 610.586

Konu: Yazılı Soru Önergesi

24 Şubat 2009

TÜRKİYE BÜYÜK MİLLET MECLİSİ BAŞKANLIĞI
GENEL SEKRETERLİĞİ
Kanunlar ve Kararlar Dairesi Başkanlığı
Kanunlar ve Kararlar Müdürlüğü

İLGİ: 18.12.2008 tarih ve A.01.0.GNS.0.10.00.02-7/5905-10170/21424 sayılı yazınız.

İlgi yazı ile Bakanlığımıza yöneltilen yazılı soru önergesine ilişkin cevabi yazımız ekte sunulmaktadır.

Bilgilerinize arz ederim.



Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Sağlık Bakanı

Ek: 9 sayfa doküman (3 nüsha)

Muğla Milletvekili Sayın Ali ARSLAN tarafından Sayın Başbakanımıza tevcih edilen “her ailenin üç çocuk yapmasına” ilişkin 7/5905 esas sayılı yazılı soru önergesinin cevabıdır:

SORULAR:

5.Aile Şurasında yaptığınız konuşmada “her ailenin üç çocuk yapması gerektiği” çağrısını yinelediniz.

1-Her ailenin 3 çocuğu olması gerektiği açıklamasını bilimsel çalışmalara dayanarak yaptığınızı ifade ettiniz. Bu bilimsel çalışmayı kim hazırlamıştır, içeriği nedir, kamuoyuyla paylaşacak mısınız?

2-Nüfusumuzun %25'inin hiçbir sağlık güvencesi olmadan yaşadığı ve özellikle Güneydoğu'da okuma yazma oranının Türkiye ortalamasının altında olduğu gerçeğinden hareketle vatandaşlarımızın 3 çocuğun eğitim ve sağlık ihtiyaçlarını nasıl karşılayacaklarını düşünüyorsunuz?

3-Sokaklarda, yurt ve rehabilitasyon merkezlerinde ailelerin bakamadıkları için bıraktıkları çocukların sayısı nedir? Gerek sokak çocuklarının gerek merkezlerdeki fiziki ve ruhi yönden hasarlı çocuklarımızın sayılarının artması ile ülkemizi nasıl bir gelecek beklemektedir?

Soru 1-Her ailenin 3 çocuğu olması gerektiği açıklamasını bilimsel çalışmalara dayanarak yaptığınızı ifade ettiniz. Bu bilimsel çalışmayı kim hazırlamıştır, içeriği nedir, kamuoyuyla paylaşacak mısınız?

Cevap 1- Sağlık Hizmetlerinin Planlamasında Nüfus Önemli bir faktördür.

Nüfus ile kalkınma arasındaki ilişki üzerindeki tartışmalar 1974 Bükreş'te yapılan Dünya Nüfus Konferansından sonra değişmeye başlamış ve nüfus dinamikleri ve kalkınma faktörleri arasında ilişkiler açıkça ortaya konulmuştur. Bu değişimlerin sonucunda nüfusun, kalkınma planlarında bir sektör olarak ele alınması anlayışı ortaya konulmuştur.

Nüfus ve kalkınma ilişkilerini tek başına aşırı doğurganlık ile ifade etmek doğru olmaz. Nitekim 1974'teki Bükreş Konferansını takiben sağlıkla ilgili kaygılar ön plana çıkmaya başlamış 1984 Meksiko Konferansında bu konular tartışılmıştır. **1994 Kahire Konferansı'nda ise insan haklarına dayalı ve onların yüksek sağlık standartlarına kavuşması için ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik programlara yer verilmiş ve ülkeler arasında mutabakat sağlanmıştır.**

1994 Kahire Nüfus ve Kalkınma Konferansında geliştirilen eylem planında üreme sağlığı tanımına kapsamlı ve modern bir yaklaşım getirilmiştir. Konuya bedensel sağlığın yanı sıra psiko-sosyal boyut da eklenmiştir.

Üreme sağlığı; insanların bedensel olarak tam iyilik halinin yanında, güvenli bir cinsel yaşam ile **üreme yeteneğine ve bu konuda kolayca bilgi edinme ve karar verme özgürlüğüne sahip olmaları anlamına gelir.** Kişilerin kendi nesillerini kendi kararlarına göre devam ettirebilme hakkı vardır.

Kahire Nüfus Kalkınma Konferansında kabul edilen eylem planına göre, bütün ülkeler, **2015 yılından önce** Temel Sağlık Hizmetleri kapsamında aile planlaması ve cinsel sağlık dâhil tüm üreme sağlığı hizmetlerini nitelikli olarak ihtiyacı olan herkese ulaşmasını sağlamayı, hedef olarak kabul etmiştir.

Aile planlaması üreme sağlığı hizmetlerinin bir parçasıdır ve her şeyden önce sağlık konusudur. 1983 yılında çıkarılan 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanuna göre; Aile Planlaması, fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları demektir. **Bu yasa ile aile planlaması hizmetlerinin düzenlemesi yapılmış olup, sahip olunacak çocuk sayısı konusunda herhangi bir sınırlama getirilmemiştir.**

Üreme sağlığının tanımı ve üreme hakları dikkate alındığında "Aile Planlaması" n da hedef belirlemek uygun görülmemekle birlikte, aile planlamasına ihtiyaç duyan ve bu konuda irade beyan eden bireylerin ihtiyaçlarını karşılamak için hizmetlerimiz her yıl artarak devam etmektedir.

Aile planlaması hizmetleri anne ve bebek sağlığı ve ölümlerini ilgilendiren bir sağlık programı olmasına karşılık sonuçları itibariyle nüfusu da ilgilendirmektedir. Bu nedenle nüfusla ilgili gelişmeler Hükümetimizce yakından takip edilmektedir.

Aile planlaması hizmetleri açısından hedef belirlenmesi uygun görülmemekle birlikte iki doğum arasındaki sürenin 2 yıldan az olması, 20 yaşın altında, 35 yaşın üzerinde yapılan doğumlar ve 4 ve 4' ten fazla sık doğumlar hem anne hem de bebeğin sağlığını olumsuz yönde etkilediğinden risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir.

Ülkemizde toplam doğurganlık hızı (TDH) azalmaktadır. 1998 yılında 2,6 olan TDH, 2003 TNSA sonuçlarına göre 2,2'ye düşmüştür. 2008 yılında 2,1 civarında olduğu tahmin edilmektedir. **Bu değerin 2,1'lerin altına düşmesi halinde nüfusun kendi kendini yenilemesi mümkün olmamakta, yaşlı ve bağımlı nüfus artmaktadır.**

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 'nun 2007 Adrese Dayalı Kayıt Sisteminden önce yapmış olduğu nüfus projeksiyonlarında da bu açıkça görülmektedir.

	2003	2008	2011	2015	2017	2020	2025	2030	2035	2040
Toplam doğurganlık hızı (kadın başına)	2,22	2,12	2,1	2,05	2,03	2,01	1,97	1,92	1,88	1,84
Katkılı yenilenme hızı (kadın başına)	1,08	1,05	1,03	1	0,99	0,98	0,96	0,94	0,92	0,9
Net yenileme hızı (kadın başına)	1,04	1,02	0,99	0,97	0,97	0,96	0,94	0,92	0,9	0,89
Çocuk doğurmada ortalama yaş	27,2	27	27	26,9	26,8	26,8	26,6	26,5	26,4	26,4
Kaba doğum hızı - Crude birth rate (‰)	19,4	18,2	17,2	16,4	16,1	15,6	14,7	13,8	12,9	12,3
Nüfus artış hızı - (‰)	13,2	11,8	10,7	9,6	9,3	8,6	7,4	6,1	4,6	3

Bu verilere göre Türkiye için kendi kendini yenileme hızındaki tehlike 2011 yılında başlamaktadır, denilebilir. **Tabiidir ki bunun sonuçları etkisini uzun süre sonra gösterecektir.**

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) tarafından her 5 yılda bir yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 'nda da benzer durum görülmektedir. Toplam Doğurganlık Hızı (TDH) detaylı olarak incelendiğinde yaşa özel doğurganlık hızlarındaki azalmalar dikkati çekmektedir.

YAŞA ÖZEL DOĞURGANLIK HIZINDAKİ DEĞİŞİMLER

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	TDH
1988	0,09	0,221	0,189	0,119				3,4
1998	0,062	0,169	0,148	0,091	0,04	0,014		2,6
2003	0,046	0,136	0,134	0,078	0,038	0,012	0,002	2,2

Her ne kadar doğurgan çağdaki nüfustaki değişim nedeniyle yeni doğan bebek sayısında önemli bir düşüş yaşanmasa dahi önümüzdeki yıllarda genç nüfustaki artışın duraklaması ve yaşlı nüfusun artması beklenmektedir.

Nitekim bu işaretler ortaya çıkmıştır. 1998’lerde 65 yaş üzeri nüfus % 5,9’larda iken bu oran 2007 Adrese Dayalı Kayıt Sistemine göre % 7’ lere ulaşmıştır.

NÜFUSUN YAŞ GRUPLARINA GÖRE DAĞILIMI

	0-14	15-49	50-64	65+
1990 GNS	35	50,8	9,9	4,3
1993 TNSA	32,9	50	11,4	5,7
1998 TNSA	31,5	52,5	10,2	5,9
2000 GNS	29,8	54,8	9,7	5,7
2003 TNSA	29,1	52,9	11,1	6,9
2007 ADNKS	26,4	54,5	11,9	7

Doğurgan çağdaki nüfus nedeniyle nüfusumuz artmaya devam edecektir. Ancak TDH, Nüfus Artış Hızı azalmaya başlamıştır. Bunun sonucu olarak yaşlı nüfus oranının artması daha erken dönemde başlayacaktır.

Bilindiği üzere TDH’ ndaki değişiklikler çok uzun zaman alan sosyal davranış değişiklikleridir. Özellikle TDH azalma eğilimine girdiğinde bunu değiştirmek çok uzun süre almaktadır. Bugün nüfus artışını teşvik eden ülkelerin, bu konudaki çalışmalarını ve teşviklerini dikkate aldığımızda bunun ne kadar zor olduğunu görmekteyiz.

Sayın Başbakanımız Türkiye’nin nüfusu ile ilgili bu gelişmeleri bugünden görmüş ve vatandaşlarımızı uyarmaya başlamıştır. **Vatandaşlarımızın sağlık kontrollerini yaptırmaları kaydıyla 3 çocuk yapmalarında sağlık açısından da sakınca bulunmamaktadır.**

Ayrıca, Türkiye’de Nüfus Politikalarının Geçmişine Bakıldığında;

Kamunun nüfus politikaları tercihi 1923–1960 arasında doğurganlığı artırmaya yönelik ve 1960 sonrasında da doğurganlığı azaltmaya yönelik olmuştur.

1923–1960 Dönemi

1960 yılına kadar Türkiye’de nüfus artırıcı politikalar uygulanmış bu politikalar bizzat Atatürk tarafından desteklenmiştir. 1 Mart 1923 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin açış konuşmasında **Mustafa Kemal Atatürk** şöyle seslenmektedir; **"Efendiler, nüfus bir memleketin en mühim mesail-i hayatiyesindendir (hayatî sorunlarındandır)".**

Ve yine 1924'teki konuşmasında: **"Nüfusumuzun muhafazası (korunması) ve tezyidi (artırılması) gayesini ehemmiyetle nazarı dikkate vaz ederim. Feyyaz ve velut (üretken) olan Türk milleti, mütemadi (devamlı) ve fenni (bilimsel) tekayyüdat-ı sıhhiyeye mazhar olunca (sağlık koşullarına kavuşunca) Türk vatanını süratle dolduracak ve şenlendirecek kuvvette olduğuna kimsenin şüphesi yoktur."** Örnek olarak verilen bu konuşma metinleri Türkiye Cumhuriyeti nüfusunun artması gerektiği yolundaki görüşlerden bir kaçıdır. Daha sonra gerek Mustafa Kemal Atatürk gerekse çeşitli yöneticiler tarafından benzer görüşler defalarca tekrarlanmış ve Cumhuriyet Halk Partisi başta olmak üzere diğer siyasi partilerin programlarında ve hükümet politikalarında açıkça belirtilmiştir.

1960 Sonrası Dönem

1960 yılında DPT'nin kurulmasından sonra, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı DPT ile yeni bir nüfus politikasının oluşturulması konusunda fikir birliğine gitmişlerdir. Bu dönemde baskın olan görüş, önceki nüfus politikalarının değiştirilmesi ve doğurganlığı azaltmayı teşvik eden (*antinatalist*) politikalara geçilmesi yönündedir. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda yeni nüfus politikası oluşturularak 1962 yılında TBMM'ye sevk edilmiştir. Nüfus Planlaması hakkındaki kanun tasarısı da 1965 yılında, "557 sayılı Nüfus Planlaması Kanunu" adıyla yürürlüğe girmiştir. Bu yasayla, gebeliği önleyici ilaç ve araçların ithali, dağıtımı, satışı ve bunlarla ilgili propaganda yapılması yasallaşmıştır. DPT tarafından hazırlanan beş yıllık Kalkınma Planlarında genellikle hızlı nüfus artışından kaynaklanan sorunlara vurgu yapılmış ve anti-natalist bir dil kullanılmıştır.

Dokuzuncu Kalkınma Planı'nda doğurganlığın azaltılması ya da artırılması yönünde bir politika öngörülmemiştir. Nüfus politikaları, yeni dönemde üreme sağlığı/cinsel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve anne-çocuk sağlığı eksenindedir.

Avrupa Ülkelerinde Nüfus Politikalarının Geçmişine Bakıldığında;

Avrupa kıtasının nüfusu 1900'den 1950'e kadar olan dönemde üçte bir oranında artarak 422 milyondan 548 milyona yükselmiştir. Yüzyılın ikinci yarısında Avrupa kıtası yine aynı oranda bir artış göstererek 2000 yılında 727 milyona ulaşmıştır. Ancak, Avrupa'da bugün kaba doğum hızı binde 8-10 seviyelerinde seyretmektedir. 2000 yılında Avrupa Konseyi tarafından açıklanan istatistiklere göre; Avrupa kıtasında 17 ülkenin nüfusu ve doğurganlık oranları gerilemektedir. 2006 yılı Eurostat verilerine göre 33 Avrupa ülkesinden sadece İzlanda nüfusun kendini yenileme oranı olan %2,1'i yakalayabilmiştir. Söz konusu doğurganlık düşüşü sadece nüfus artış hızını ve toplam nüfus büyüklüğünü değil, nüfusun yaş yapısını da ciddi biçimde etkilemektedir. Avrupa'da iş gücü açısından birincil grup olan 25-44 yaş grubu 25 yıl içerisinde 30 milyonluk bir düşüşe şahit olacaktır. Ülkeler bazında bakıldığında 2050 yılında 65 yaş üzeri bağımlı yaş grubunun birincil gruba İspanya'da %67,5; İtalya'da % 66; Almanya'da % 55,8 olacaktır.

Bütün bu gelişmeler ışığında, 1984 Nisan ayında Paris'te bir araya gelen Avrupa'nın ekonomik ve sosyal işlerden sorumlu bakanları demografik eğilimlerle ilgili olarak bir inisiyatif başlatma ihtiyacı duymuşlardır.

Fransa tarafından hazırlanan toplantı dokümanları mevcut eğilimlerin pek çok soruna yol açabileceği ve uygun nüfus politikası tedbirlerinin uygulanması gerektiğini vurgulamaktadır. **Bu enformel toplantıdan bir süre sonra yine Nisan 1984'te Avrupa Parlamentosu "Avrupa'da nüfus artışını teşvik etmeye yönelik önlemlere olan ihtiyaçlar" konulu bir yönergeyi kabul etmiştir (No. C 127/78,14.5.1984).** Söz konusu yönerge, azalan toplam doğurganlık hızları ile uzun vadede Avrupa'nın Dünya üzerindeki etkinliği ve gücü arasındaki ilişkiden bahsetmektedir. Yönerge, Avrupa Parlamentosu'nun Dünya üzerinde etkinliğin sağlanması için dinamik bir nüfus yapısının önemini, 1964'te 2,79 olan toplam doğurganlık oranının 1982'de 1,68'e düşmesinin önemli bir gelişme olduğunu, bu eğilimi tersine çevirecek politikalar uygulanması gerektiğini ve mevcut eğilimlerin kalkınma önünde engel teşkil ettiğini vurgulamaktadır.

Gelişmekte olan ülkeler için nüfus politikası; istenmeyen gebelikler konusunda talebe cevap verme, üreme sağlığı ve kadının güçlendirilmesini merkeze almaktadır. Ancak gelişmiş ülkeler için durum biraz daha karmaşıktır. Gelişmiş ülkeler bugün önemli ölçüde etkisini hissettirmeye başlayan "yaşlanma olgusu" ile karşı karşıyadır. Genellikle zengin ve refah içindeki ailelerde doğurganlık eğiliminin daha hızlı azaldığı gözlenmektedir.

17 Mayıs 2006 tarihinde Lizbon'da gerçekleştirilen 28. Aile İşlerinden Sorumlu Avrupa Bakanlar Konferansı ve **2 Nisan 2008 tarihinde Avrupa Konseyi'nde gerçekleştirilen Aile İşlerinden Sorumlu Avrupa Bakanlar Konferansı İrtibat Görevlileri Komitesi Toplantısı'nda hükümetlerin aile politikalarının oluşturulmasında; demografik istikrarın sağlanması ve doğum oranının artırılması amacıyla politika önlemleri alınması gerekliliğine değinilmiştir.**

Bu bağlamda; aile dostu işyerlerinin desteklenmesi, ebeveynlik izinlerinin artırılması, ebeveynlere esnek çalışma koşulları ve vergi imtiyazları sağlanması, uygun fiyatlı ve kaliteli çocuk bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması, halkla ilişkiler ve medya aracılığıyla ailesiyle ilgilenen baba imajının geliştirilmesi yoluyla genç erkek ve kadınların çocuk sahibi olmalarının teşvik edilmesi öngörülmüştür. Ayrıca bu eğilimin özellikle İspanya, Avusturya, Finlandiya gibi ülkelerde tamamen kırıldığı ve doğumu teşvik edici (pronatalist) politikalara dönüştüğü görülmektedir.

Türkiye'de Nüfus Projeksiyonları

Türkiye'nin yaş piramidinin, uzun vadede genç yaş gruplarının toplam nüfus içindeki oranının fazla olduğu klasik "piramit" şeklinden, ileri yaş gruplarının oranının arttığı, yaşlı nüfusun ağırlık kazandığı ve her yaş grubundaki nüfusun birbirine yakın değerler gösterdiği, gelişmiş ülkelerin yaş piramidinin özelliği olan "sütun" şekline doğru evrilmesi beklenmektedir. Bu dönemin sonunda yaşlanmaya başlayacak olan Türkiye nüfusu için süreci tersine çevirme şansı yoktur. Nitekim tarihsel olarak doğurganlık düzeyi düştükten sonra tekrar yükselen hiçbir toplum yoktur. Avrupa ülkelerinde doğurganlık düzeylerinin düşmesi sonucunda ortaya çıkan yaşlanma sorunu ile Türkiye kırk yıl içerisinde gelecekte karşı karşıya kalacaktır. Yaşlı ve bağımlı nüfusun çalışan nüfus üzerindeki oranı 2050 projeksiyonlarına göre (2000 yılı- %8,8) üç kat artarak %27,2'ye yükselecektir.

Yaş yapısındaki söz konusu değişimler başta olmak üzere demografik yapının değişmesi ekonomik ve sosyal pek çok alanı doğrudan ve dolaylı etkilemektedir. Demografik geçiş süreci, Türkiye'nin önüne çalışma çağındaki nüfusun en yüksek düzeylerine ulaşması gibi bazı fırsatlar çıkaracağı gibi, nüfusun yaşlanmaya başlaması gibi daha önce karşılaşılmayan türden bazı riskler de doğuracaktır.

Önümüzdeki dönemde “nasıl bir nüfus yapısına sahip olmamız gerekiyor?” sorusundan “nüfus yapımıza uygun nasıl politikalara sahip olmamız gerekiyor?” sorusuna doğru paradigmatik bir geçişe ihtiyaç vardır.

Ancak bu geçişte akılda tutulması gereken en önemli husus nüfus politikalarının bölgesel ve uluslar arası toplumsal ve siyasi-ekonomik gelişmelere göre farklılık gösterdiği ve **bir ideolojiden çok aslında teknik bir husus** olduğudur. Türkiye’de uygulanan ve zaman içerisinde değişen ve dönüşen nüfus politikaları ne Avrupa ülkelerinin kendileri için uyguladıkları nüfus politikalarından ne de diğer ülkelerinkinden bağımsız değildir.

Temel amaç bağımlı nüfusu taşıyabilecek, artan ihtiyaçlarını karşılayabilecek bununla birlikte tüm toplumun refah seviyesini yükseltecek bir kalkınma sürecini taşıyacak çalışan nüfusun sayısal ve niteliksel kabiliyetlerinin artırılması yönünde olmalıdır.

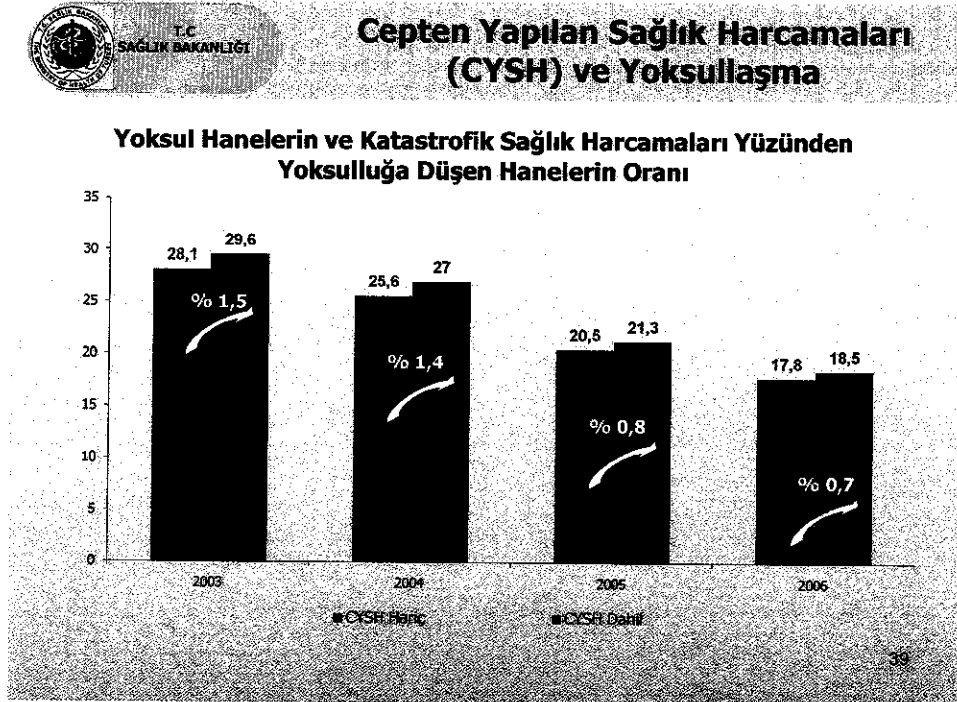
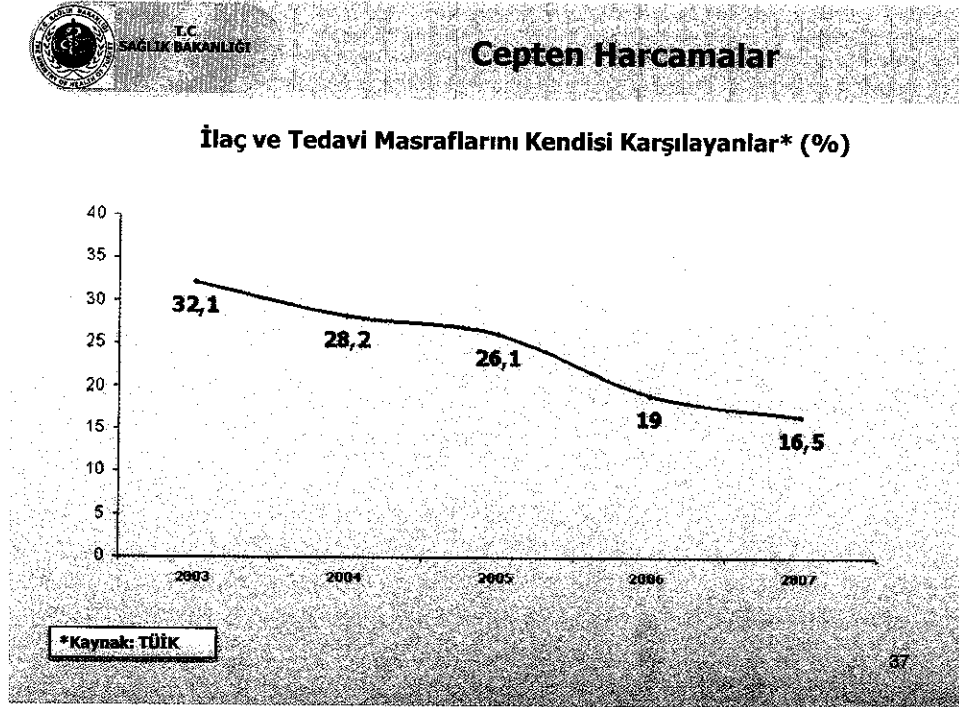
Soru 2-Nüfusumuzun %25’inin hiçbir sağlık güvencesi olmadan yaşadığı ve özellikle Güneydoğu’da okuma yazma oranının Türkiye ortalamasının altında olduğu gerçeğinden hareketle vatandaşlarımızın 3 çocuğun eğitim ve sağlık ihtiyaçlarını nasıl karşılayacaklarını düşünüyorsunuz?

Cevap 2 –

Bilindiği üzere 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 60. maddesinde Ülkemizde yaşayan tüm kişiler sağlık sigortalısı kapsamında sayılmıştır. Bu madde hükmü gereği 01.10.2008 tarihinden itibaren ikametgahı Türkiye’de Olan, başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlarımız, vatansız ve sığınmacılar, müttekabiliyet esası da dikkate alınmak şartıyla Türkiye’de bir yıldan uzun süreyle yerleşik olan, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler de dahil olmak üzere ülkemizde yaşayan kişilerin tümü sağlık güvencesine kavuşturulmuştur.

OECD tarafından gerçekleştirilen Sağlık Sistemi İncelemeli Türkiye isimli raporun 65.sayfasında aynen **“Türkiye’de yüksek miktarlardaki tedavi harcamalarının yoksullaşmayı artırma oranı düşüktür ve giderek de azalmaktadır.”** **“Ulusal Sağlık Hesapları ve Hane Halkı Bütçe Araştırması’ndan elde edilen genel bilgiye dayanarak, hem mutlak şartlar açısından hem de diğer ülkelere göre, Türk sağlık sisteminin eşitlik ve mali koruma bakımlarından oldukça iyi işlediği görülmektedir.”** Denilmektedir. Raporda da belirtildiği üzere Türkiye’de sağlık hizmetleri için yapılan cepten harcamalar Sağlıkta Dönüşün Programının uygulamaya başlamasıyla birlikte azalmıştır. Sağlık harcamaları nedeniyle yoksulluğa düşenleri oranı da önceki döneme göre yarı yarıya azalmıştır.

Yine aynı raporun 63. Sayfasında “Görüldüğü gibi, Türkiye’de yüksek miktarlardaki tedavi harcamalarının yoksullaşmayı artırma oranı düşüktür ve giderek de azalmaktadır. Ayrıca bu konuda verilerin elde edilebildiği diğer ülkelere nazaran da oldukça düşüktür” denilmektedir.



Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 42. maddesi, 1739 Sayılı Milli Eğitim Temel Kanununun 22. maddesi ile 222 Sayılı İlköğretim Eğitim Kanununun 2 v2 3. maddelerinde; ilköğretimin 6 -14 yaş altındaki çocukların eğitim ve öğretimini kapsadığı ve ilköğretimin kız ve erkek bütün vatandaşlar için zorunlu ve Devlet okullarında parasız olduğu hükümlerine yer verilmiştir.

Ayrıca, 1739 Sayılı Milli Eğitim Temel Kanununun 8. maddesinde; eğitimde kadın erkek herkese fırsat ve imkan eşitliği sağlanacağı, maddi imkanlardan yoksun başarılı öğrencilere en yüksek eğitim kademelerine kadar öğrenim görmelerini sağlamak amacıyla parasız yatılılık, burs, kredi ve başka yollarla gerekli yardımların yapılacağı ifade edilmiştir.

Bu bağlamda 2828 Sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu kapsamına giren öğrencilerden Ortaöğretime Geçiş Sistemi gereğince yapılan sınavlar için ücret alınmamaktadır.

Bunun yanı sıra özellikle kırsal alanda okulu bulunmayan yerlerde ve yardıma muhtaç öğrenciler için yatılı ilköğretim bölge okulları açılmış olup, bu okullardaki öğrencilerin bütün giderleri Devlet tarafından karşılanmakta ve kendilerine belirli bir miktar harçlık verilmektedir. Ayrıca nüfusu az ve dağınık yerleşim birimlerindeki öğrencilerin sekiz yıllık zorunlu ve kesintisiz eğitimden yararlanabilmeleri için taşımali ilköğretim uygulaması ücretsiz olarak yapılmakta ve taşıma giderleri Devlet tarafından karşılandığı gibi bu uygulamadan yararlanan öğrencilere öğle yemeği de verilmektedir.

Bakanlıklarınca, "Ücretsiz Ders Kitabı Temini Projesi" kapsamında tüm ilköğretim okulu öğrencilerimize 2003-2004, ortaöğretim öğrencilerimize 2006-2007 eğitim-öğretim yılından itibaren ders kitapları set halinde ücretsiz olarak verilmekte, durumu iyi olmayan öğrenciler için kırtasiye ve diğer eğitim masrafları Devlet tarafından karşılanabilmektedir.

Görüldüğü üzere ilköğretimin parasız olmasının yanı sıra ihtiyacı olan öğrencilere eğitimini tamamlayıncaya kadar Devlet tarafından her türlü yardım ve destek sağlanmaktadır

Soru 3 -Sokaklarda, yurt ve rehabilitasyon merkezlerinde ailelerin bakamadıkları için bıraktıkları çocukların sayısı nedir? Gerek sokak çocuklarının gerek merkezlerdeki fiziki ve ruhi yönden hasarlı çocuklarımızın sayılarının artması ile ülkemizi nasıl bir gelecek beklemektedir?

Cevap 3- SHÇEK'in temel politikası;

Çocukların öncelikle öz aileleri veya yakınlarının yanında bakımlarını sağlamaya yönelik tedbirler almak,

Bunun mümkün olmadığı koşullarda, durumu uygun olan çocukları evlat edindirme hizmetinden yararlandırmak,

Durumu evlat edindirmeye uygun olmayan çocukları koruyucu aile yanına yerleştirmek,

Herhangi bir şekilde aile yanında bakımı mümkün olmayan çocukları son çare olarak kuruluş bakımına almaktır.

SHÇEK Genel Müdürlüğüne bağlı 103 çocuk yuvasında fiilen 6072, 112 yetiştirme yurdunda ise fiilen 5771 korunmaya muhtaç çocuğa hizmet verilmektedir. 57 yatılı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezinde ise 0-18 yaş arası 1201 özürlü birey olmak üzere toplam 3802 özürlü bireye bakım hizmeti verilmektedir.

Koruma ve bakım altına alınan çocukların aile bütünlüğünü sağlamak amacıyla süreç içerisinde mesleki çalışmalarla takipleri yapılmakta, yine sosyal ve ekonomik desteklerle aile yanına döndürülmeleri çalışmaları sürdürülmektedir.

Bu amaçla 2005 yılında uygulamaya başlanan "Aile Yanında Destek ve Aileye Dönüş Projesi" kapsamında Kuruluş bakımındaki çocukların öz aile yanında bakımlarının sağlanmasına çalışılmaktadır.

Sokakta yaşayan veya çalıştırılan çocukların sayısındaki artış toplumsal duyarlılığın artmasından ve tespitin hızlanmasından kaynaklanan bir artıştır.

Kurumumuzda sokakta yaşayan/çalıştırılan çocuklara ve ailelerine yönelik eğitim, danışmanlık ve rehabilitasyon hizmetleri Çocuk ve Gençlik Merkezleri (ÇOGEM) tarafından verilmektedir. Çocuk ve Gençlik Merkezleri; eşler arası anlaşmazlık, ihmal, hastalık, kötü alışkanlık, yoksulluk, terk ve benzeri nedenlerle sokağa düşerek sosyal tehlike ile karşı karşıya kalan veya sokakta çalıştırılan çocuk ve gençlerin geçici süre ile rehabilitasyonlarını ve topluma yeniden kazandırılmalarını sağlamak amacıyla kurulan yatılı ve gündüzlü sosyal hizmet kuruluşlarıdır.

2008 yılı Aralık ayı itibariyle 37 Çocuk ve Gençlik Merkezi ve bu merkezlere bağlı olarak hizmet veren 5 Gözlemevi bulunmaktadır. 2008 yılı itibariyle 9.006 sokakta yaşayan/çalıştırılan çocuğa hizmet verilmiştir.

Ayrıca sokakta yaşayan/çalıştırılan çocukların, örgün eğitim veya mesleki eğitime dâhil edilmeleri ve ailelerinin yanına veya kurum bakımına yönlendirilerek, eğitimini tamamlamış ya da iş sahibi gençler olarak rehabilitasyonlarının tamamlanması amacıyla, 2004 yılında Başbakanlığın talimatıyla Kadın ve Aileden Sorumlu Devlet Bakanı'nın koordinasyonunda, İçişleri Bakanı, Sağlık Bakanı, Millî Eğitim Bakanı ve Adalet Bakanından oluşan bir komite kurulmuştur.

Bakanlardan oluşan Komitenin talimatları ile SHÇEK Genel Müdürlüğü'nce, Türkiye genelinde uygulanmak üzere basamaklandırılmış yeni hizmet modeli hazırlanmış ve model Başbakanlığın 2005/5 nolu Genelgesi, 25 Mart 2005 tarih ve 25766 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Hizmet Modeli öncelikle sorunun yoğun görüldüğü, İstanbul, İzmir, Ankara, Antalya, Diyarbakır, Adana, Mersin ve Bursa illerinde uygulanmaya başlamıştır. Modelin ihtiyaç duyulan diğer illere de yaygınlaştırılması çalışmaları sürdürülmektedir.

Yeni Hizmet Modeli, öncelikle sokakta çalıştırılan, sokakta 24 saatini geçirip her türlü istismara açık olan, madde kullanan çocukların rehabilite edilerek örgün eğitim ve mesleki eğitime yönlendirilmelerini, madde bağımlılığı tedavilerinin yapılmasını, barınma, beslenme, giyim, sağlık, eğitim vb. tüm ihtiyaçlarının karşılanmasını, toplumla yeniden bütünleştirilmesine yönelik çok sektörlü yaklaşımı içermektedir. **Ayrıca çocukların sokağa yönelmelerini önleyici tedbirleri de kapsamaktadır.**