Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2025 Haber Bülteni Değerlendirme Raporu

Türkiye'de Cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren koruyucu sağlık hizmetleri önceliklendirilmiş, aşı üretimi ve aşılamaya büyük önem verilmiştir. Osmanlının son dönemlerinde başlayan aşı üretimi Cumhuriyetin kurulmasıyla ileriye taşınmıştır. Hıfzıssıhha Enstitüsü'nün kurulmasıyla birlikte, ülkemiz kendi aşı ve serumunu üretebilecek düzeye ulaşmış, ancak bu süreç 1990'lı yıllarda kapanmıştır. 1930 Umumi Hıfzıssıha Kanununda aşı ve bağışıklama ile ilgili düzenlemeler, 1960 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ile bağışıklama hizmetlerinin en ücra yerlere kadar ulaştırılması ve 1985 Ulusal Aşı Kampanyası sayesinde ülke genelinde aşı kapsayıcılık hızlarının yükseltilmesi ile aşı ile önlenebilir hastalıkların kontrol ve önlenmesinde büyük mesafeler katedilmiştir. Dünyadan çiçek hastalığının eradikasyonu, çocuk felcinden arınmış bir ülkede doğup büyüme, ülkemizde neonatal tetanozun eliminasyonu ve diğer aşı ile önlenebilir hastalıkların morbidite ve mortalitesinde %100'e varan oranda düşüşün sağlanması bağışıklama hizmetlerimizin toplumsal kazanımlarının başında gelmektedir. Sağlık politikalarındaki dönüşümle birlikte sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesi ve kamusal niteliğinin zayıflaması, kamusal sorumluluğun giderek bireylere aktarılması ve yalan-yanlış bilgilerin de dahil olduğu aşırı bilgi bolluğu (infodeminin), bağışıklama alanındaki gerilemeye zemin hazırlamıştır. COVID-19 pandemisi ise mevcut kırılganlıkları derinleştirerek bağışıklama hizmetlerini son derece olumsuz etkilemiştir [1].

Bu yazının kaleme alınma nedeni: Yaşanmakta olan Kızamık salgını, 2024'de Boğmaca nedenli çocuk ölümlerinin yanında Sağlık Bakanlığı'nın 30.09.2026 tarihinde Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2025 Haber Bülteni'ninde yer alan aşılama oranlarındaki düşüştür. Türkiye'de bağışıklama hizmetlerindeki (geçmişteki başarılar ve kazanımlarla bağdaşmayan) olumsuz gidişata ilişkin daha önce defalarca ifade ettiğimiz kaygılarımızın gerçekleşmiş olduğunu, başka bir deyişle malumun ilanı ile karşı karşıya olduğumuzu göstermektedir.

Hastalıkların Önlenmesi ve Sağlığın Korunması ile İlgili İstatistikler incelendiğinde ülkemiz için 2025 yılı aşı kapsayıcılığı oranı Difteri Boğmaca Tetanos aşısı 3. dozu için (DaBT3) %94, Tüberküloz aşısı için (BCG) %93, Kızamık Kızamıkçık Kabakulak aşısı 1. dozu için (KKK1) % 92 ve Konjuge Pnömokok aşısı (KPA) rapel dozu için %92 olarak bildirilmiştir [2]. Ülke genelinde ve bölgelerin çoğunda KKK1 aşısı kapsayıcılığının enfeksiyon zincirinin kırılması için gerekli olan %95 kritik eşiğin altında kaldığı dikkat çekmektedir. KKK2 aşısına ait verilerin olmayışı sağlıklı bir değerlendirilmeyi de imkansız kılmaktadır.

Bölgeler özelinde değerlendirildiğinde ise kapsayıcılık oranlarında bariz farklılıklar dikkat çekmektedir. Özellikle İstanbul ilinde DaBT3 aşısında %89, BCG'de %89, KKK1 %88 ve KPA Rapel aşısında ise %87 gibi düşük oranlar dikkat çekmektedir. Her hastalık özelinde tüm tablo değerlendirildiğinde maalesef toplumsal bağışıklığı korumak için gereken aşı kapsayıcılık oranlarının altında kalındığı dikkat çekmektedir (Tablo 1) [2].

Tablo 1. İBBS-1'e Göre Aşı Kapsayıcılığı, (%), 2025 [2]

İBBS-1	DaBT 3*	BCG	KKK**	KPA Rapel
İstanbul	89	89	88	87
Batı Marmara	99	97	98	98
Ege	98	96	96	96
Doğu Marmara	92	93	93	92
Batı Anadolu	91	91	91	91
Akdeniz	95	94	95	95
Orta Anadolu	94	93	91	91
Batı Karadeniz	94	94	92	92
Doğu Karadeniz	93	93	92	91
Kuzeydoğu Anadolu	93	94	90	90
Ortadoğu Anadolu	92	92	89	89
Güneydoğu Anadolu	94	94	94	94
Türkiye	94	93	92	92

Ülkemizde aşılama ve aşı ile önlenebilir hastalıklarla ilgili veri/bilgi paylaşımı gittikçe artan şekilde kısıtlanmakta, kanıta dayalı politika geliştirme ve değerlendirmeden uzaklaşılmaktadır [3]. Bağışıklama hizmetlerinin izlenip değerlendirilmesinde Sağlık Bakanlığı verilerinin yanı sıra uluslararası sağlık kuruluşları olan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve UNICEF'in paylaştığı ülkemize ilişkin bilgi ve ham verilerle birlikte, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması gibi ülkeyi temsil eden araştırmalar da dikkate alınmaktadır. Nitekim DSÖ ülkelerin aşılanma oranlarına ilişkin paylaşımı; resmi bildirim, uygulayıcı anketleri, TNSA gibi araştırmalar ve oran hesaplamasında kullanılan paydayı gözeterek DSÖ/UNICEF tahmini başlıklarıyla sunmaktadır. Bu oranları sunarken de sunulan verilerin güvenilirlik düzeylerine yönelik bir değerlendirme yapmakta ve aşılama oranlarının güvenilirliğini 3 derece üzerinden, çoğunlukla 1. derecede (en düşük olarak) belirtmektedir (Tablo 2). [3]

Tablo 2. DSÖ/UNICEF'in Türkiye'de seçilmiş aşıların kapsam tahminlerine ilişkin güvenilirlik düzeyleri, 2021–2025 [4]

	2021	2022	2023	2024	2025
HepB 1	*	*	*	*	*
DBT3	**	**	**	*	*
KKK1	**	**	**	*	**
KKK2	*	*	**	*	**

DSÖ/UNICEF, aşılama kapsamı tahminlerinin güvenilirliğini, tahminleri destekleyen ampirik kanıtların düzeyine göre üç kategoride değerlendirmektedir. Bu değerlendirme, ulusal makamlar tarafından bildirilen verilerin kalitesine ilişkin bir yargı olmayıp tahminlerin mevcut kanıtlarla ne ölçüde desteklendiğini göstermektedir.

**** **Yüksek güvenilirlik:** Tahmin; bildirilen aşılama verileri (R+), Birleşmiş Milletler nüfus verileri kullanılarak bağımsız bir payda ile yeniden yapılan hesaplama (D+) ve son iki yıl içinde gerçekleştirilmiş en az bir destekleyici araştırma (S+) ile doğrulanmaktadır.*

*** **Orta güvenilirlik:** Tahmin, bu üç veri kaynağından en az biri tarafından desteklenmekte ve diğer kaynaklardan elde edilen verilerle çelişmemektedir.*

** **Düşük güvenilirlik:** Tahmini doğrudan destekleyen veri bulunmamakta veya mevcut veri kaynaklarından en az biri tahminle çelişmektedir.*

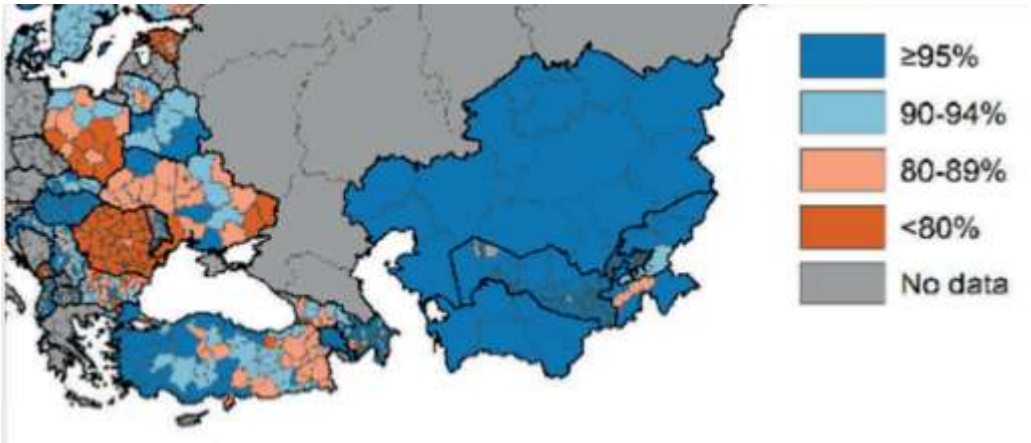
Bu sınıflandırma, belirli bir olasılık modeline dayanmadığından tahminler için güven aralıkları hesaplanamamaktadır. Ayrıca yüksek güvenilirlik düzeyi, tahminlerin hatasız olduğu anlamına gelmemektedir.

Sağlık Bakanlığı'nın DSÖ'ye bildirdiği verilere göre ülkemizde 41 il Kızamık salgınını önlemek için gerekli kritik aşılama oranının (%95) altındadır. Kızamık aşılamasında durum gittikçe kötüleşmekte; yalnızca 19 ilde Kızamık 1. doz ile aşılamada kritik eşik aşıldığı görülmektedir. Boğmaca salgınını önlemek için kritik aşılama oranının üstünde olan il sayısı ise sadece 32'dir (Tablo 3).

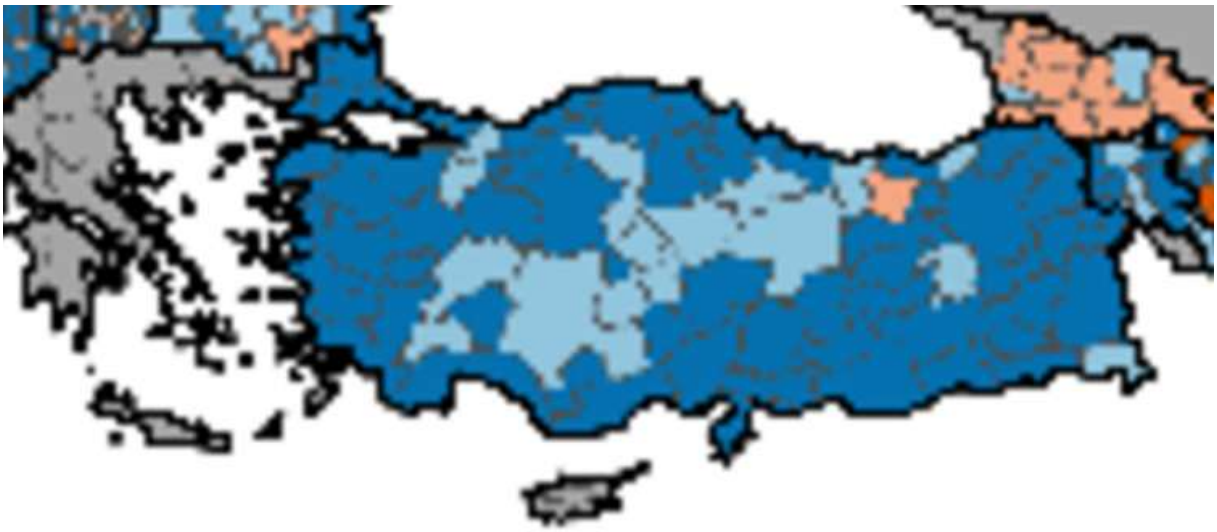
Tablo 3. Türkiye'de Toplum Bağışıklığı Sağlama Performansı [3]

Aşı / İl sayısı/Düzey		2025	2024	2023	2022	2021	2020	2019	2018	2017
		81	81	81	81	81	81	81	81	81
DBT3 aşısı kapsamının %80 ve üzerinde olduğu il	Sayı	81	81	81	81	81	81	80	81	79
	%	100	100	100	100	100	100	99	100	97
DBT3 aşısı kapsamının %95 ve üzerinde olduğu il	Sayı	32	49	63	69	44	66	67	61	55
	%	40	61	78	85	54	81	83	75	68
Kızamık1 aşısı kapsamının %95 ve üzerinde olduğu il	Sayı	19	29	45	40	58	42	58	54	53
	%	23	36	56	49	72	52	72	67	65
Kızamık2 aşısı kapsamının %95 ve üzerinde olduğu il	Sayı	40	40	39	43	41	9	20	25	33
	%	49	49	48	53	51	11	16	31	41

Aşılama düzeylerinde coğrafi eşitsizlikler mevcuttur. İstanbul, Kızamık ve Boğmaca aşılaması düzeylerinde düşük iller arasındadır. DSÖ Avrupa Bölgesinin "Routine immunization summary (Rutin Bağışıklama Özeti)— WHO European Region (DSÖ Avrupa Bölgesi), 2023" dokümanında yer alan, ülkemizde iller düzeyinde Kızamık ve Boğmaca aşılamasına ilişkin verilerin toplum bağışıklığı için kritik düzeylerini gösteren haritalar Şekil 1 ve Şekil 2'de sunulmuştur.

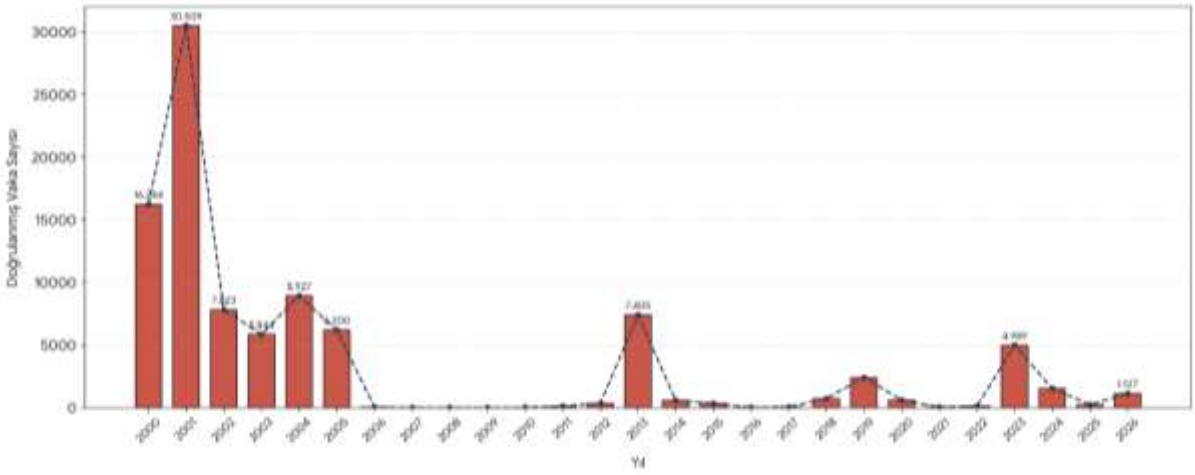


Şekil 1. Türkiye'de illere göre KKK2 ile aşılanma durumu, 2023 [3]



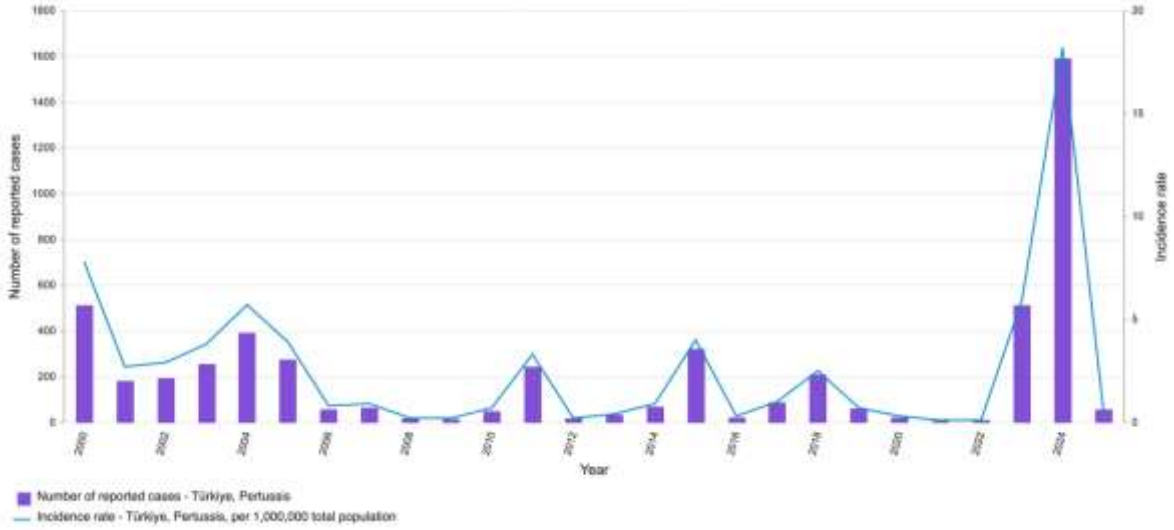
Şekil 2. Türkiye'de illere göre DBT3 ile aşılanma durumu, 2023 [3]

Aşı kapsayıcılık oranları Şubat depremlerinin olduğu 2023 yılında beşli karma aşı 3. doz için ülke genelinde % 98,8 ve Akdeniz bölgesinde % 100 olarak; KKK1 için sırasıyla % 95,2 ve %95,1; Hepatit B 3.doz için sırasıyla % 100 ve % 99 olarak belirtilirken, 2025 yılında bu oranlar altılı karma aşı 3. doz için ülke genelinde % 94; KKK 1 için % 92 olarak açıklanmıştır. 2023 yılında aşı kararsızlığı ve reddi nedeniyle aşılanamayanların yanı sıra; depremin yıkıcı, sağlık sistemine ek yük getirici ve koruyucu sağlık hizmetlerinden daha öncelikli sağlık sorunlarına yöneltici etkilerine rağmen yüksek aşılama oranları bildirilmiştir. Buna karşın, 2025 yılında açıklanan aşılama oranlarının 2023'e göre daha düşük olması; aşı yaptırmayan veya aşıya erişemeyen nüfusu görünür kılması açısından olumlu bir adım olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte dünyanın gündemindeki hiç aşısız olma- hiçbir aşıyı yaptırmamış olma (zero dose) durumundaki çocukların sayısına ilişkin bir fikir vermesi yönüyle de endişe vericidir.
Bugün gelinen noktada, ülkemizde aşı ile önlenebilir bulaşıcı hastalıklara bağlı salgınların yeniden ortaya çıktığı görülmektedir. Bunların en önemlilerinden biri kızamık salgınıdır. Türkiye'de Kızamık Eliminasyon Programı 2003 yılında başlatılmış; 2003-2005 yıllarında yürütülen yoğun aşılama çalışmaları sonucunda vaka sayıları belirgin biçimde azalmış ve 2006-2010 döneminde eliminasyon hedefine oldukça yaklaşılmıştır. Ancak Aralık 2010'da başlayan salgınla birlikte kızamık vakalarında yeniden artış görülmüştür. Türkiye 2010 yılından itibaren, üçüncü dalga Kızamık salgını içindedir ve DSÖ Avrupa Bölgesi 2023 Kızamık ve Kızamıkçık Raporu'nda Rusya ve Tacikistan'ın ardından en fazla vaka bildirilen üçüncü ülke olmuştur [5]. Takip eden yıllarda 2024'de 1519, 2025'de 219, 2026'da 1127 Kızamık vakası Sağlık Bakanlığı tarafından DSÖ'ye bildirilmiştir (Şekil 3) [6,7].



Şekil 3. Türkiye'de Kızamık vaka sayısının yıllara göre dağılımı, 2000-2026 [6]

Benzer şekilde, Genişletilmiş Bağışıklama Programı sayesinde uzun yıllardır oldukça düşük düzeylerde seyreden boğmaca vakalarında da son yıllarda belirgin bir artış olmuş ve Boğmacaya bağlı ölümler bildirilmiştir [8].



Şekil 4. Türkiye'de Boğmaca vaka sayısının yıllara göre dağılımı, 2000-2025 [8]

Ülkemizde uygulanmakta olan Genişletilmiş Bağışıklama Programında 2025 ve 2026 yıllarında önemli güncellemeler yapılmıştır. 2 Nisan 2025 itibarıyla gebelere Tdab (Tetanos Difteri asellüler Boğmaca) aşısı uygulanmaya başlanmış; 14 Nisan 2025'te ise beş bileşenli karma aşı yerine Hepatit B bileşenini de içeren altı bileşenli karma aşı uygulamasına geçilmiştir. Ayrıca

salgın riski nedeniyle KKK aşısının 9. ayda ek doz uygulanması sürdürülmüştür. Son olarak, 1 Eylül 2026 tarihinde çocukluk dönemi aşılama takvimi yeniden güncellenerek suçiçeği aşısının ikinci dozu 48. aya eklenmiştir (Şekil 5) [9]. Genişletilmiş Bağışıklama Programındaki bu değişiklikler aşı ile önlenebilir hastalık salgınlarında artış trendine yöneliktir.

Gebeliğinin ikinci veya üçüncü trimesteri sonbahar ve kış aylarına denk gelen gebelere mevsimsel influenza aşısı önerilmektedir. Ancak ülkemizde gebelerin aşıya ücretsiz erişebilmesi için; öncelikle uzman bir hekim tarafından gebelik durumunu belirten bir rapor düzenlenmesi ve bu rapora istinaden grip aşısının reçete edilmesi gerekmektedir. Bu uygulama, Türkiye'nin sağlık hizmetlerine erişim koşulları göz önünde bulundurulduğunda, uzman hekime ulaşamayan gebelerin influenza aşısına erişiminin önünde önemli bir engel oluşturmaktadır [10].

Ulusal Çocukluk Dönemi Aşılama Takvimi (2026*)

	DOĞUM	2. AY SONU	4. AY SONU	6. AY SONU	9. AY SONU	12. AY SONU	18. AY SONU	24. AY SONU	48. AY	13 YAŞ
Hep-B	I									
BCG		I								
KPA		I	II			RAPEL				
DaBT - İPA-Hib - HepB		I	II	III			RAPEL			
OPA				I			II			
Suçiçeği						I			II	
KKK					EK DOZ	I			II	
Hep-A							I	II		
DaBT-İPA									RAPEL	
Td										RAPEL

*1 Eylül 2026 tarihi itibarıyla güncellenmiştir

- Hep-B: Hepatit B Aşısı
- BCG: Verem Aşısı
- KPA: Konjuge Pnömokok Aşısı
- DaBT-İPA-Hib-Hep B: Difteri, asellüler Boğmaca, Tetanos, inaktif Polio, Hemofilus influenza tip b, Hepatit B Aşısı
- OPA: Oral Polio Aşısı
- KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı
- Hep-A: Hepatit A Aşısı
- Td: Erişkin Tetanos difteri Aşısı
- Rapel: Pekiştirme Doz Aşısı

Aşı Detayları için QR Kodu Okutunuz

Şekil 5. Çocukluk Çağı Genişletilmiş Bağışıklama Programı [9]

DSÖ, HPV ve Rota virüs aşılarının ulusal bağışıklama programlarına dahil edilmesini önermektedir. Buna karşın, söz konusu aşılar Türkiye'de halen ulusal aşı takvimi kapsamında uygulanmamaktadır [1].

HPV ilişkili rahim ağzı kanseri eliminasyon hedefi doğrultusunda 9-14 yaş çocukların %90'ı aşılanmalıdır. HPV aşısının takvime alınmaması bu hedefin önünde bir engel olup aşının pahalı olması nedeniyle daha çok ihtiyacı olan kişiler bu aşıya daha az ulaşabilmektedir. HPV aşısının takvime alınması bu anlamda hakkaniyeti de sağlayacak bir uygulama olacaktır. Son yıllarda HPV aşısının aşı takvimine alınacağı demeçlerine rağmen geçtiğimiz ay Sağlık Bakanı Sn. Dr. Kemal MEMİŞOĞLU' nun açıklamaları kamuoyunu şaşkınlığa uğratmıştır. Çünkü yaygın HPV aşılamasıyla rahim ağzı kanseri olgularının azalması tüm dünyada olduğu gibi ülkemiz için de bilimsel bir gerçekliktir.

Nüfus ve Sağlık alanında beş yılda bir gerçekleştirilen, sonuncusu 2018 yılında yayımlanan Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması Raporu'na göre ülkemizde tam aşılı çocuk (aşı takviminde 1 yaşına dek tüm aşıların uygulanmış olduğu 12–23 aylık çocuk) oranı %66,9'dur. Diğer bir deyişle çocuklarımızın yaklaşık üçte biri tam aşılı değildir. Hiç aşılanmayan çocuk oranı ise %2,2'dir. Bu oran yıllık canlı doğum sayısı üzerinden değerlendirildiğinde yaklaşık 27.500 çocuğa karşılık gelmektedir. Türkiye'de "aşılanmama" olgusunun önemli bir kısmı, bağışıklama hizmetlerine erişememe; başka bir deyişle sağlık sistemi örgütlenmesi ve hizmet sunumuna ilişkin yapısal etmenlerle ilişkilendirilebilir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği uygulamasıyla birlikte bölge temelli ve topluma dayalı bir model yerine kayıtlı nüfus (liste) temelli ve başvuru odaklı bir sunuma yönelmesi, aşılama kapsamının istenen düzeye ulaşmasını zorlaştıran unsurlardan biri olarak değerlendirilmektedir. Bunun yanında dönemsel aşı tedarikinde yaşanan aksamalar, sağlık hizmetlerine erişim güçlükleri ve T.C. kimlik numarasının bulunmaması, mevsimlik tarım işçiliği veya sağlık kuruluşu dışında doğum gibi nedenlerle ortaya çıkan kayıt dışılık da aşılanmama durumuna neden olabilmektedir (Şekil 6. Türkiye'de Aşılanmama Durumu).

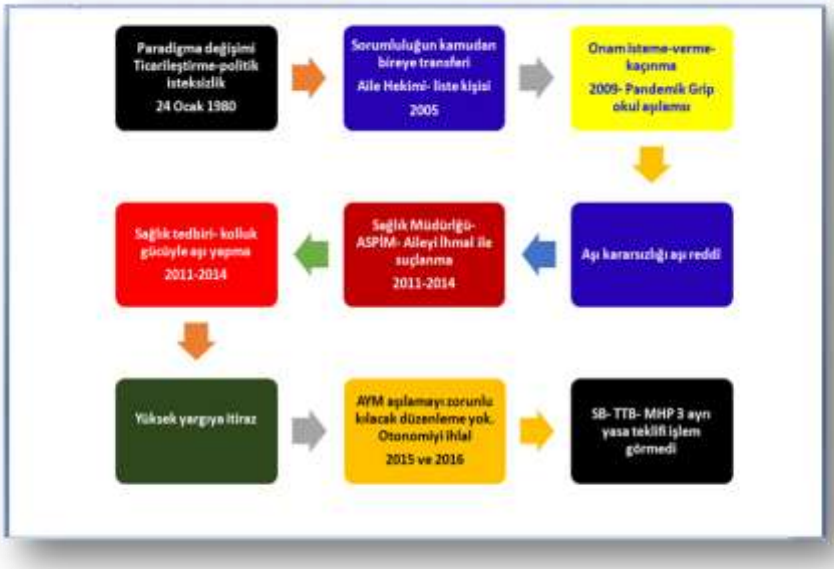
Şekil 6. Türkiye'de Aşılanmama Durumu [1]

Aşılanmama durumunun daha sınırlı bir bölümünü aşı kararsızlığı ve aşı reddi oluşturmaktadır. Türkiye'de de küresel eğilimlerle benzer şekilde, aşı reddi aşı kararsızlığı spektrumunun en uç noktasında yer almakta ve görece düşük sıklıkta görülmektedir. Türkiye'de aşı kararsızlığı ve aşı reddinin arttığına ilişkin çeşitli değerlendirmeler bulunmasına karşın, bu olguların güncel düzeyini ortaya koyan düzenli ve ayrıntılı resmi veriler sınırlıdır. Kamuya açık resmi kaynaklarda en son 2017 yılında yaklaşık 23 bin aşı reddi vakası bildirildiği görülmektedir. Güncel duruma ilişkin veriler paylaşılmamaktadır. Buna karşılık, çocukluk çağı bağışıklamasında aşı kararsızlığı ve reddinin sıklığı ile ilişkili etmenleri inceleyen bir meta-analizde aşı kararsızlığı sıklığı %15, aşı reddi sıklığı ise %3 olarak bildirilmiştir [11]. Aynı çalışmada aşı kararsızlığının özellikle Orta Anadolu'da daha belirgin olduğu; yanlış bilgilendirme, sağlık çalışanlarına duyulan güvensizlik ve sosyoekonomik eşitsizliklerle ilişkili olduğu belirtilmiştir [1].

Ebeveynler aşı konusunda bilgi almak için en sık sağlık çalışanlarına başvurmakta (%89,5), internet ve sosyal medya ise daha sınırlı ölçüde kullanılmaktadır (%24,2). Sağlık çalışanlarından alınan bilgiden memnuniyetin daha düşük aşı kararsızlığıyla ilişkili olması, hekimlerin kanıta dayalı bilgi sunması ve etkili iletişim kurmasının önemini göstermektedir [12].

Sonuçta bağışıklama hizmetlerinde kazanımlarımızın kaybına yol açan süreç tesadüfen gelişmemiştir. Aşılanmama olgusu ve aşı ile önlenebilir hastalık salgınlarının bugünkü boyutuna ulaşması kısa süreli bir gelişimin sonucu olmayıp, sağlık alanında yıllar içinde

yaşanan paradigma değişimleri ve bu değişimlere eşlik eden çeşitli kırılma noktalarıyla ilişkilidir [1].



Şekil 7. Türkiye'de Bağışıklama Hizmetlerinde Paradigma Değişikliği [1]

Tüm bu kilometre taşlarının yanı sıra COVID-19 pandemisi sırasında aşılarla ilgili tartışmaların yoğunlaşması, aşı kararsızlığı ve aşı reddinin artmasına katkıda bulunmuş; bu süreç çocukluk çağı bağışıklama hizmetlerini dünyada olduğu gibi Türkiye'de de olumsuz etkilemiştir. DSÖ ve UNICEF verilerine göre 2023 yılında aşılama hizmetlerindeki toparlanma ivme kaybetmiş ve pandemi öncesi döneme kıyasla 2,7 milyon daha fazla çocuk eksik aşılı kalmıştır [1].

Tüm bu kanıta dayalı gerçekliğe dayanarak:

Sağlık Bakanlığı'na çağrımız:

- Aşılar, her bireyin bulaşıcı hastalıklardan arındırılmış bir ortama doğmasını ve yaşamasını sağlar. Aşılanma bir haktır, bağışıklama hizmetleri sunumu aracılığıyla ödevlisi devlettir. Bağışıklama hizmetlerinin daha fazla aşınmaya uğramasına izin verilmeksizin politik istek ve irade gösterilmelidir. Bu bağlamda sosyal devletin gereği olan hak temelli yaklaşım benimsenmeli ve sergilenmelidir.

- Ülkemizde 1985 aşı kampanyası deneyimi göz önünde bulundurularak, bağışıklama hizmetlerine motivasyonu güçlendirecek, yönetim ve toplumun her kesimi ve kademesinde bağışıklama farkındalığını artıracak bir aşı kampanyası başlatılmalıdır.
- Ülkemizin kendi aşısını üretebilmesi için gerekli teknolojik altyapı, donanım ve istihdam kamu eliyle sağlanmalıdır.
- Aşı tedarikinde zaman zaman yaşanan sorunlara bağlı aşı olmayışının bakanlık birimlerinin eş güdüm halinde çalışması ile doğru ve zamanında planlamayla önüne geçilmelidir. Dahası, söz konusu aşı tedarik sorunlarını yenebilmek adına da Hıfzıssıhha ruhu canlandırılarak yerli aşı üretimi çalışmaları desteklenmelidir.
- DSÖ'nün önerdiği ancak ülkemizde GBP'ye alınmayan HPV, Rota virüs ve 2025 yılında önerilere eklenen RSV aşılarının takvime alınmasıyla hakkaniyet sağlanmalıdır.
- Gebelerin mevsimsel influenza aşısına erişimi kolaylaştırılmalı; aşıya ücretsiz erişimin önünde engel oluşturan uzman hekim tarafından verilen "gebelik durumunu belirten sağlık raporu" koşulu kaldırılarak tüm gebelerin aşıya eşit ve kolay erişimi sağlanmalıdır.
- Ülkemizde aşılama çalışmalarının merkezinde Aile Hekimliği Sistemi (Birinci Basamak) yer almaktadır. Nüfus Tabanlı İzlem ile her bebek, çocuk ve gebe birey, kayıtlı olduğu aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı tarafından aşı takvimi doğrultusunda izlenir. Aşılama oranları, aile hekimlerinin negatif performans kriterleri arasında yer alır. Bu durum, birinci basamağın sıkı bir aşı takibi yapmasını sağlamak amacıyla düzenlendiyse de aşı tereddütü ve reddi boyutunda aile hekimlerine bir sorumluluk yüklememektedir. Aşılamaya kararsız kalanlar ya da reddedenlerin başta olmak üzere, aşı ile önlenebilir hastalıklara duyarlı olanların sağlık kapasitelerinin en üst düzeyine ulaşma haklarını gerçekleştirme olanağı zedelenmektedir. Aşı kararlılığını geliştirmek yerine aşı reddine odaklanmış yönetim anlayışının sonucu olarak sahada çalışan aile hekimlerini aileler karşısında çaresiz/yetkisiz de bırakmaktadır. Başta toplum sağlığını korumak adına hekimler ve sağlık emekçilerini de koruma sorumluluğu ile bu konuda özenli bir mevzuat hazırlanmalıdır.
- Aşı kapsamının düşük olduğu illerin büyük bir kısmı ülkemizin sosyo ekonomik açıdan dezavantajlı olan bölgelerimizdedir. Bu illerde bağışıklama hizmeti sunumunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalıcı ve yapısal sorunları (aile hekimlerinin ve aile sağlık çalışanlarının sık değişmesi, hizmetin sürekliliğinde olan kesintiler) ile bölgenin kültürel özelliklerinin dikkate alınması ve böylece bağışıklama hizmetlerinde kilit önemde olan güven ilişkisi inşası sağlanmalıdır.

- Aşı ve bağışıklama hizmetlerini düzenleyecek mevzuatta; bağışıklama hizmetlerinin örgütlenme ve yönetimi ile beraber, bağışıklama hizmetlerinde görev alan sağlık çalışanlarının, aşı yaptırmak isteyen kişi ve ebeveynlerin sorumlulukları açıkça ifade edilmelidir.
- Sürekli mesleki gelişim kapsamında eğitimlerle hekimler ve sağlık emekçilerinin bağışıklama hizmetleri ile ilgili kapasitesi geliştirilmelidir. Bağışıklama hizmetleri; sağlık hizmetlerinin sunulma sürecinde, tıp fakültesi hastaneleri, eğitim araştırma hastaneleri, şehir hastaneleri ve devlet hastanelerine de entegre edilmelidir, yaşam boyu gereksinimleri karşılamak üzere, her yerde erişilebilir hale getirilmelidir. Başta birinci basamak olmak üzere tüm basamaklarda, tüm hekimler ve sağlık emekçilerini destekleyen kitlesel iletişim kampanyaları sürekli kılınmalıdır. Bu sayede aşılar, aşı uygulamaları ve aşı kararsızlığına yaklaşım (aşı iletişimi) konularında sürekli eğitim verilmeli, sahada kullanılabilecek pratik rehberler hazırlanmalıdır.
- Aşı kararsızlığını ve reddini besleyen infodemi kaynakları ve araçları izlenmeli ve bunlara gerekli yaptırım uygulanmalıdır. Dijital medyadaki infodemiye karşı halkın ve birinci basamak sağlık çalışanlarının güvenli bilgilere, ülkemizde aşı ile önlenebilir hastalıklar ve bağışıklama hizmetlerinin kapsayıcılığı sürveyansı verilerine ulaşabilmesi sağlanmalıdır. Bu bağlamda bağışıklama hizmetlerine ilişkin doğru bilgilerin yer aldığı bir web sitesi veya uygulama oluşturulabilir.
- Her gebenin izlemi sırasında yüz yüze sağlık eğitimi ile bağışıklama hakkında bilgi verilmelidir. Gebe Bilgilendirme Sınıf eğitimlerinde aşıların tarihsel başarıları, çocukluk dönemi aşılarının neden yapıldığı, yapılma zamanı, aşı sonrası yaşanabilecek yan etkiler, yan etkilerin gözlenmesi durumunda ailelerin ne yapması gerektiği vb. bilgilere yer verilmelidir.
- Aşı ile önlenebilir hastalık verileri ve aşı oranları açık olarak uygun bir dille Sağlık Bakanlığının web sitesi üzerinden halk ile paylaşılmalıdır. Vaka artışı durumlarında aşıların önemi tekrar hatırlatılmalıdır.
- Aşı kararlılığını geliştirmek hususunda başta sağlık emek meslek örgütleri olmak üzere tüm kurum (Milli Eğitim Bakanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı gibi) ve kuruluşlarla (Uluslararası, ulusal sivil toplum kuruluşları) ve yerel yönetimlerle iş birliği halinde çalışılmalı ve gerecek hayatta somutlaşmak üzere eylem planları oluşturulmalıdır.

Hekimlerimize çağrımız:

- Bağışıklama hizmetlerinin insanlığa verdiği sözü tuttuğu; milyonlarca ölümü önleyip, milyarlarca yaşam yılı kazandırdığı bilinciyle her hekim aşı savunucusu olmalıdır.
- Kişilerin hekimler ve sağlık emekçilerinden aldığı bilgilerin aşılanma kararındaki büyük etkisini göz önünde bulundurularak, rol model olma açısından, hekimler öncelikle kendileri aşılanmalı ve yakınlarını aşılatmalıdırlar.

- Hekimlik mesleği icrasında bağışıklama öyküsüne yer vermeli, gereksinim duyulan aşıyı önermeli, aşı kararsızlığı veya reddi olgusuyla karşılaşıldığında kanıta dayalı uygun bilgiyi uygun iletişim akışıyla sunulmalıdır.

Halkımıza yönelik çağrımız:

- Aşı ile önlenebilir bulaşıcı hastalıkların tehdidinin farkında olunarak kendimizi, çocuklarımızı, anne ve babalarınız, kardeşlerinizi ve yakınlarımızı aşılatmalıyız.
- Yaşam alanlarımızda (okulda, işte, mahallede, her yerde) toplumun %95'i aşılandığında geri kalan %5'i de bulaşıcı hastalığa karşı korunmuş olmaktadır. Bu durum bağışıklama hizmetlerine özgü bir dayanışma örneği ve özelliğidir. Aşı ile yakınlarımız, komşularımız dahil tüm ülke çocuklarının ve yetişkinlerin, özellikle risk altındaki kişilerin bulaşıcı hastalıklara yakalanmaları ve ölmelerini engelleriz.
- Aşılarla ilgili hekimler ve sağlık emekçilerine danışmalı; başta Sağlık Bakanlığı iletişim kanalları, TTB ve Tıpta Uzmanlık Dernekleri açıklamaları, kaynakları ve iletişim kanalları, DSÖ/UNICEF gibi uluslararası sağlık kuruluşlarının açıklamalarını dikkate almak çok önemlidir**.**

HASUDER Bulaşıcı Hastalıklar Çalışma Grubu adına Prof.Dr. Muzaffer Eskiocak, Dr.Öğr.Üyesi Bahar Marangoz ve Uzm.Dr. Selen Gürsoy Turan tarafından hazırlanmıştır.

Kaynaklar

1. Eskiocak M, Marangoz B. Türkiye'de bağışıklama hizmetlerinin durumu. 2. baskı. Ankara: Türk Tabipleri Birliği; 2021. Erişim adresi: https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/turkiyede_bagisiklama_hizmetlerinin_durumu.pdf
2. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2025 Haber Bülteni [İnternet]. Erişim adresi: https://saglik.gov.tr/TR-121060/saglik-istatistikleri-yilligi-2025-haber-bulteni.html
3. Eskiocak M, Marangoz B. Türkiye'de bağışıklama hizmetlerinin durumu. İçinde: Kılıç B, Ayoğlu FN, Çamur D, editörler. Türkiye Sağlık Raporu 2025. Ankara: Halk Sağlığı Uzmanları Derneği; 2025. s. 235-246.
4. World Health Organization, UNICEF. WHO/UNICEF estimates of national immunization coverage: WUENIC trends [İnternet]. Erişim adresi: https://worldhealthorg.shinyapps.io/wuenic-trends/.
5. World Health Organization. Measles cases surge worldwide, infecting 10.3 million people in 2023 [İnternet]. Geneva: WHO; 2024. Erişim adresi: https://www.who.int/news/item/14-11-2024-measles-cases-surge-worldwide--infecting-10.3-million-people-in-2023
6. World Health Organization. Measles surveillance dashboard [İnternet]. Microsoft Power BI. Erişim adresi: https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNjY4YmQyZDEtNzVjMC00YjU2LTg3OTQtZWU1OTQ1

MzcwODJlIiwidCI6ImY2MTBjMGI3LWJkMjQtNGIzOS04MTBiLTNkYzI4MGFmYjU5MCIsImMiOjh9.
7. World Health Organization. Measles reported cases and incidence: Türkiye [İnternet]. WHO Immunization Data Portal. Erişim adresi: https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/measles-reported-cases-and-incidence?CODE=TUR&YEAR=.
8. World Health Organization. Pertussis reported cases and incidence: Türkiye [İnternet]. WHO Immunization Data Portal. Erişim adresi: https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/pertussis-reported-cases-and-incidence?DISEASE=PERTUSSIS&CODE=TUR&YEAR=.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Ulusal çocukluk dönemi aşılama takvimi (2026) [İnternet]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/asi-ile-onlenebilir-hastaliklar-db/dokumanlar/asi_karti_2026.pdf.
10. Sosyal Güvenlik Kurumu. 29.06.2026 tarihli Sağlık Uygulama Tebliğinde değişiklik yapılmasına dair tebliğ duyurusu [İnternet]. 2026. Erişim adresi: https://www.sgk.gov.tr/duyuru/detay/29062026-Tarihli-ve-33295-Sayili-Resm-Gazetede-Yayimlanan-Sosyal-Guvenlik-Kurumu-Saglik-Uygulama-Tebliginde-Degisiklik-Yapilmasina-Dair-Teblig-2026-06-29-04-48-43.
11. Aykaç K, Demir OO, Madran B, Özsürekçi Y, Ergönül Ö. Childhood vaccine hesitancy and refusal in Türkiye: a systematic review and meta-analysis. Infect Dis Clin Microbiol. 2026;1:26-34. doi:10.36519/idcm.2026.767.
12. Marangoz B, Yekdeş DH, Eskiocak M. Addressing vaccine hesitancy among family physicians and Expanded Programme on Immunization managers: a quasiexperimental study. J Pak Med Assoc. 2025;75(5):763-766. doi:10.47391/JPMA.11289.