

T.C.
ZİRVE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

ACİL SERVİSLERDE HASTA HAKLARI VE MERSİN İLİ ÖRNEĞİ

SONGÜL KUKKUK

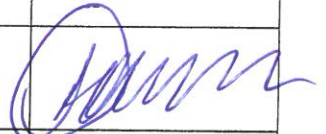
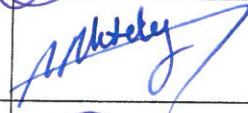
SAĞLIK HUKUKU ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. ABDULLAH DEMİR

GAZİANTEP
MAYIS 2016

T.C.
ZİRVE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
GAZİANTEP

Sağlık Hukuku Ana Bilim Dalı Sağlık Hukuku Programı Yüksek Lisans öğrencisi Songül KUKKUK tarafından hazırlanan “Acil Servislerde Hasta Hakları ve Mersin İli Örneği” başlıklı tez,05/2016 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

Tez Jürisi	Unvanı, Adı ve Soyadı Kurumu	İmzası:
Başkan	Prof. Dr. Abdullah DEMİR	
Üye	Yrd.Doç. Dr. Alptekin AKTALAY	
Üye	Yrd. Doç Dr. Ali KUYAKSİL	

Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulunun sayılı kararıyla(Tarih) tarihinde onaylanmıştır.



Prof. Dr. Abdullah DEMİR
Enstitü Müdürü Vekili

T.C.
ZİRVE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
GAZİANTEP

Bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, materyal ve sonuçların tam olarak kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim (Tarih: 12/05/2016)

Adı Soyadı: Songül KUKKUK

İmzası:

ÖZET

ACİL SERVİSLERDE HASTA HAKLARI VE MERSİN İLİ ÖRNEĞİ

Songül KUKKUK

Zirve Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Hukuku Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi, 162 sayfa, Mayıs 2016

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Abdullah DEMİR

Sağlık, insanların en doğal ve ömrü boyunca vazgeçemeyeceği haklardan biridir. İnsan haklarının önemli bir parçasını oluşturan ve kaynağını insan haklarından alan hasta hakları ise bu hakları korumak üzere düzenlenmiştir. Hasta hakları sadece hasta bireyleri değil aynı zamanda sağlıklı tüm bireylerin ve özellikle de sağlık hizmeti sunanların birlikte bilmesi, koruması ve sahip çıkması gereken bir haktır. Hasta hakları kavramı insan hayatı açısından bu kadar önemli iken ne yazık ki multidisipliner (sağlık ve hukuk alanında) bir yaklaşımla ele alınıp incelenmesi son yıllarda başlamıştır.

Bu çalışmanın ilk üç bölümünde multidisipliner bir yaklaşım çerçevesinde genel olarak sağlık, sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, acil servis, hak ve hasta hakkı kavramlarına değinilmiştir. Son bölüm de ise Mersin İli Kamu Hastaneleri (Mersin Devlet Hastanesi, Toros Devlet Hastanesi, Erdemli Devlet Hastanesi ve Tarsus Devlet Hastanesi) acil servislerinde 01.12.2015 ve 31.12.2015 tarihleri arasında acil sağlık hizmeti alan hastaların ülkemizde hasta haklarına ilişkin mevzuat temelinde bazı hasta hakları uygulamalarının kullanım düzeyinin belirlenmesi ve bu uygulamalar konusunda bilgi düzeylerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Tanımlayıcı tipteki bu araştırmada, 190 hastaya 46 sorudan oluşan anket formu uygulanmıştır. Anket formu araştırmacı tarafından tek tek hastalarla görüşülerek doldurulmuştur. Elde edilen veriler ise SPSS 15.0 istatistik programında çözümlenmiş olup bulgular, yüzdelik dağılım, çapraz tablo ve ki kare testleri ile değerlendirilmiştir.

Bu çalışmanın en önemli sonucu hastaların hasta hakları konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı sonucudur. Bu sonuç doğrultusunda hastaların hasta hakları konusunda

daha fazla bilgilendirilme ihtiyaçlarının olduğu görölmüş ve haklarını talep etmede desteklenmeleri gerektiği ortaya çıkmıştır. Ayrıca elde edilen bulgular sonucunda hasta haklarından daha etkin yararlanabilmeleri için bir takım öneriler sunulmuştur.



Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmeti, Acil Servis, Hasta Hakları

ABSTRACT**THE PATIENTS' RIGHTS IN EMERGENCY SERVICES: EXAMPLE THE
MERSIN PROVINCE**

Songül KUKKUK

Zirve University, Graduate School of Social Science

Department of HealthLaw

Master Thesis, 162 pages, May 2016

Supervisor: Doç. Dr. Abdullah DEMİR

Health is one of the most natural and indispensable rights of human beings. Patients' rights, an important part of human rights, are designed to protect these natural rights. Patients' rights are rights which must be defined and protected not only by individual patients, but also by all healthy individuals and especially by those who provide health care. Even though patients' rights have been important since patients have existed, the concept of a multidisciplinary approach of human health (health, law etc.) has just begun in recent years.

The first three sections of this research focus on terms such as health, healthcare, emergency health services, emergency service and patients' rights within the framework of a multidisciplinary approach. The last chapter addresses the level of patients' understanding of their rights, the level of their knowledge concerning practices of emergency care (from December 1st to 31st of 2015) at the Mersin City Public Hospitals (Mersin State Hospital, Toros State Hospital, Tarsus State Hospital, and Tarsus State Hospital).

In this descriptive study, 190 patients were administered a questionnaire consisting of 46 questions. The questionnaire was completed by patients in consultation with individual researchers. The data obtained is resolved in SPSS 15.0 statistical program findings, the percentage distribution was evaluated by cross tables and chi-

square tests.

The most important conclusion of the study is that patients lack sufficient information about their rights, need to be more informed about those rights and unafraid to demand them. The study offers specific proposals for patients to advocate for their rights more effectively.



Key Words: Health Care, Emergency Service, Patient Right

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI

ETİK BİLDİRİM SAYFASI

ÖZET.....	i
ABSTRACT	iii
İÇİNDEKİLER	v
TABLOLAR	xi
KISALTMALAR	xiii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE ACİL SERVİS

I.SAĞLIK HİZMERLERİ	8
A.Sağlık Kavramının Tanımı	8
B.Sağlık Hizmetleri Kavramının Tanımı.....	10
C.Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	11
II. ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI.....	14
A.Acil Sağlık Hizmetleri Kavramının Tanımı	14
B.Acil Servis Kavramının Tanımı	14
C.Acil Servisin Tarihçesi.....	15
D.Türkiye’de Acil Servis Hizmetleri.....	17
1.Acil Servisin Fiziksel Özellikleri	17
2.Acil Servis Çeşitleri	18
3.Acil Servis Birimleri	18
4.Acil Servis Personeli ve Özellikleri	19
5.Acil Servis Çalışma Esasları	19

İKİNCİ BÖLÜM
HASTA HAKLARI KAVRAMI, TARİHSEL GELİŞİMİ, BAZI ÜLKELERDE
HASTA HAKLARININ DURUMU, ULUSAL VE ULUSLARARASI
BELGELERDE DÜZENLENMESİ

I.HAK KAVRAMI	22
A.Hak Kavramının Tanımı	22
B.Hakların Kaynağı	25
C.Hakların Tasnifi ve Çeşitleri	26
II.HASTA HAKLARI.....	29
A.Hasta Hakları Kavramının Tanımı.....	29
B.Hasta Haklarının Amaçları	31
C.Hasta Haklarının İlkeleri.....	32
III. HASTA HAKLARININ TARİHSEL GELİŞİMİ	32
A.Dünyada Hasta Haklarının Tarihsel Gelişimi.....	32
B.Türkiye’de Hasta Haklarının Tarihsel Gelişimi.....	36
IV. BAZI ÜLKELERDE HASTA HAKLARININ DURUMU	38
A.İngiltere.....	38
B.Hollanda.....	39
C.Kanada	40
D.Finlandiya	40
E.Fransa	41
F.İsrail.....	41
G.İtalya	42
Ğ.Birleşik Krallıklar	42
H.KKTC	43
I.Almanya	44
İ.Rusya.....	44
V.ULUSAL VE ULUSLARARASI BELGELERDE HASTA HAKLARININ DÜZENLENMESİ	45
A.Ulusal Belgelerde Hasta Haklarının Düzenlenmesi	45
1.Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın Kurulmasına Dair Kanun.....	45
2.Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun	45

3.Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun.....	46
4.Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi	47
5.Umumi Hıfzıssıhha Kanunu.....	47
6.Hususi Hastaneler Kanunu	48
7.Türk Tabipler Birliği (TTB) Kanunu	48
8.Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun	49
9.Nüfus Planlaması Hakkında Kanun	49
10.Hasta Hakları Yönetmeliği.....	50
11.Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönergesi (2003) ve Hasta Hakları Uygulama Yönergesi (2005).....	51
B. Uluslararası Belgelerde Hasta Haklarının Düzenlenmesi.....	52
1.Lizbon “Hasta Hakları” Bildirgesi	52
2.Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi (Amsterdam) Bildirgesi.....	53
3.Bali Hasta Hakları Bildirgesi	54
4.Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biotıp Sözleşmesi	54
5.Hasta Hakları’na İlişkin Avrupa Statüsü (Ana Sözleşmesi)	55

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HASTA HAKLARININ SINIFLANDIRILMASI VE İHLAL EDİLMESİ

I. HASTA HAKLARININ SINIFLANDIRILMASI.....	57
A.Genel Olarak	57
B.Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı	58
C.Adalet ve Hakkaniyete Uygun Olarak Faydalanma.....	58
D.Bilgilendirme ve Bilgi İsteme Hakkı	59
E.Sağlık Kuruluşunu Seçme ve Değiştirme	61
F.Personeli Tanıma, Seçme ve Değiştirme.....	62
G.Öncelik Sırasının Belirlenmesini İsteme	63
Ğ.Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis, Tedavi ve Bakım	64
H.Tıbbi Gereklilikler Dışında Müdahale Yasağı.....	65
I.Mahremiyete ve Özel Hayata Saygı Gösterilmesi Hakkı.....	65
İ.Tedaviyi Reddetme ve Durdurma Hakkı.....	70

J.Rızasının (Onam) Alınması	70
K.Bilgilerin Gizli Tutulması.....	74
L.Hastanın İzni Olmaksızın Tıbbi Ameliyeye Bağlı Tutulmama Hakkı.....	76
M.Hastanın Tedaviyle İlgili Kayıtların Tutulmasını Talep Etme, Kayıtları İnceleme ve Düzeltilmesini İsteme Hakkı.....	76
N.Güvenliğin Sağlanması	77
O.Refakatçi Bulundurma, İnsani Değerlere Saygı Gösterilmesi ve Ziyaret.....	78
Ö.Dini Vecibeleri Yerine Getirebilme ve Dini Hizmetlerden Faydalanma	80
P.Hizmetin Sağlık Kurum ve Kuruluşu Dışında Verilmesi.....	81
R.Müracaat, Şikâyet ve Dava Hakkı	81
S.Ötenazi.....	813
II. HASTA HAKLARININ İHLAL EDİLMESİ	834
A.Hasta Hakları İle İlgili Birimler.....	84
1.Hasta Hakları Kurulu	85
2.Hasta İletişim Birimi	87
3.Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM)	89
B.Hasta Hakları İhlallerinin Nedenleri	92
C.Hasta Haklarının İhlali Nedeniyle Devletin ve Hekimin Sorumluluğu	93
1.Devletin Tazminat Sorumluluğu	93
2.Hekimin Cezai Sorumluluğu.....	99
3.Hekimler Açısından Disiplin Sorumluluğu.....	104

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM MERSİN İLİ ÖRNEĞİNDE HASTA HAKLARI

I. ARAŞTIRMA BULGULARI	108
A.Hastaların Tanımlayıcı Bazı Özelliklerine İlişkin Bulgular	108
1.Cinsiyet Dağılımı	108
2.Yaş Grupları	109
3.Öğrenim Durumu	110
4.Meslek Durumu.....	110
5.İkamet Durumu	111
6.Medeni Durumu	112

7.Hastaların Hastanelere Göre Dağılımı	112
8.Hastaların Hasta Hakları Konusunda Bilgi Düzeyi	113
B. Hastaların Acil Servislerde Bazı Hasta Haklarından Yararlanma ve Bu Haklarını Bilme Durumlarına İlişkin Bulgular.....	114
1.Acil Bakım ve Tedavi Hizmetinden Yararlanma Hakkına İlişkin Yargılar	114
2.Bilgilendirme Hakkı İle İlgili Yargılar.....	116
3.Aydınlatılmış Onam Hakkı İle İlgili Yargılar	118
4.Mahremiyet ve Özel Hayata Saygı Hakkı İle İlgili Yargılar	119
5.Refakatçi Bulundurma ve Ziyaret Hakkı İle İlgili Yargılar	121
6.Dilek, Şikayet ve Müracaat Hakkı İle İlgili Yargılar	122
7.Acil Sağlık Hizmeti Alınan Hastane İle İlgili Diğer Yargılar.....	123
C.Hasta Hakları İhlallerine İlişkin Bulgular	124
D.Hastaların Bazı Tanıtıcı Özellikleri İle Hasta Haklarını Bilme Durumlarının Karşılaştırılması.....	126
1.Cinsiyete Göre Hasta Haklarını Bilme Durumları	126
2.Yaş Gruplarına Göre Hasta Haklarını Bilme Durumları.....	127
3.Öğrenim Durumuna Göre Hasta Haklarını Bilme Durumları	128
4.Mesleklere Göre Hasta Haklarını Bilme Durumu.....	129
5.İkamet Yerine Göre Hasta Haklarını Bilme Durumu.....	130
E.Hastaların Bazı Tanıtıcı Özellikleri İle Hasta Hakları İhlallerine İlişkin Yargılarının Karşılaştırılması	131
1.Hastanelere Göre Hasta Haklarının İhlal Edilme Durumu.....	131
2.Hastaların Cinsiyetine Göre Hak İhlali Durumunda Yapılabileceklerin Dağılımı.....	132
3.Hastaların Yaşına Göre Hak İhlali Durumunda Yapılabileceklerin Dağılımı.....	133
4.Hastaların Öğrenim Durumuna Göre Hak İhlali Durumunda Yapılabileceklerin Dağılımı	134
F.Hastaların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Hasta Hakları İhlallerinin En Temel Nedenlerine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı	136
1.Cinsiyete Göre Hasta Hakları İhlallerinin En Temel Nedenleri	136

2.Yaş Gruplarına Göre Hasta Hakları İhlallerinin En Temel Nedenleri	137
3.Öğrenim Durumuna Göre Hasta Hakları İhlallerinin En Temel Nedenleri	138
SONUÇ.....	140
KAYNAKLAR	147
EKLER.....	157
EK-1: Anket.....	157
ÖZGEÇMİŞ.....	162



TABLOLAR

Tablo 4.1.Araştırmaya katılan hastaların cinsiyet dağılımı	108
Tablo 4.2.Araştırmaya katılan hastaların yaş grupları dağılımı	109
Tablo 4.3.Araştırmaya katılan hastaların öğrenim durumları dağılımı.....	110
Tablo 4.5. Araştırmaya katılan hastaların ikamet durumları dağılımı	111
Tablo 4.6. Araştırmaya katılan hastaların medeni durumları dağılımı	112
Tablo 4.7.Araştırmaya katılan hastaların acil sağlık hizmeti aldığı hastanelere göre dağılımı	112
Tablo 4.8.Araştırmaya katılan hastaların ülkemizde mevzuatta yer alan hasta hakları konusunda bilgi düzeylerinin dağılımı.....	113
Tablo 4.9.Araştırmaya katılan hastaların acil bakım ve tedavi hizmetinden yararlanma durumlarına ilişkin bulguların dağılımı	114
Tablo 4.10.Araştırmaya katılan hastaların bilgilendirilme ile ilgili haklarını bilme ve bu haklardan yararlanma durumlarına ilişkin bulguların dağılımı.....	116
Tablo 4.11.Araştırmaya katılan hastaların aydınlatılmış onam ile ilgili haklardan yararlanma durumlarına ilişkin bulguların dağılımı	118
Tablo 4.12.Araştırmaya katılan hastaların mahremiyet ve özel hayata saygı ile ilgili haklar konusundaki sorulara verdikleri cevapların dağılımı.....	119
Tablo 4.13.Araştırmaya katılan hastaların refakatçi bulundurma ve ziyaret ile ilgili haklar konusundaki sorulara verdikleri cevapların dağılımı.....	121
Tablo 4.14.Araştırmaya katılan hastaların dilek, şikâyet ve müracaat ile ilgili haklara ilişkin sorulara verdikleri cevapların dağılımı	122
Tablo 4.15.Araştırmaya katılan hastaların acil sağlık hizmeti aldığı hastane ile ilgili diğer sorulara verdikleri cevapların dağılımı	123
Tablo 4.16.Araştırmaya katılan hastaların hasta hakları ihlallerine ilişkin sorulara verdikleri cevapların dağılımı	124
Tablo 4.17.Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetlerine göre hasta haklarını bilme durumları.....	126
Tablo 4.18.Araştırmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre (ülkemizde mevzuatta yer alan) hasta haklarını bilme durumları	127

Tablo 4.19.Araştırmaya katılan hastaların öğrenim durumlarına göre hasta haklarını bilme durumları.....	128
Tablo 4.20.Araştırmaya katılan hastaların mesleklerine göre hasta haklarını bilme durumları.....	129
Tablo 4.21.Araştırmaya katılan hastaların ikamet ettikleri yere göre hasta haklarını bilme durumları.....	130
Tablo 4.22.Araştırmaya katılan hastaların acil sağlık hizmeti aldığı kamu hastanesine göre hasta haklarının ihlal edilme durumu.....	131
Tablo 4.23.Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetlerine göre hak ihlali durumunda yapabileceklerinin dağılımı.....	132
Tablo 4.24.Araştırmaya katılan hastaların yaşına göre hak ihlali durumunda yapabileceklerinin dağılımı.....	133
Tablo 4.25.Araştırmaya katılan hastaların öğrenim durumuna göre hak ihlali durumunda yapabileceklerinin dağılımı.....	134
Tablo 4.26.Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetlerine göre hasta hakları ihlallerinin en temel nedenleri konusundaki görüşlerinin dağılımı	136
Tablo 4.27.Araştırmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre hasta hakları ihlallerinin en temel nedenleri konusundaki görüşlerinin dağılımı	137
Tablo 4.28.Araştırmaya katılan hastaların öğrenim durumuna göre hasta hakları ihlallerinin en temel nedenleri konusundaki görüşlerinin dağılımı.....	138

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AB	: Avrupa Birliği
AİHS	: Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi
ASŞ	: Avrupa Sosyal Şartı
BM	: Birleşmiş Milletler
C	: Cilt
CMK	: Ceza Muhakemesi Kanunu
DMK	: Devlet Memurları Kanunu
ESKHS	: Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi
EİHB	: Evrensel İnsan Hakları Bildirisi
HBBS	: Hasta Başvuru Bilgi Sistemi
HHY	: Hasta Hakları Yönetmeliği
KKTC	: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
m	: Madde
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
MK	: Medeni Kanun
R.G.	: Resmi Gazete
S	: Sayı
s	: Sayfa
SABİM	: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
TCK	: Türk Ceza Kanunu
TDK	: Türk Dil Kurumu
TTB	: Türk Tabipleri Birliği
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
vb	: ve benzeri
YTKİY	: Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği

GİRİŞ

Hasta hakları, esas olarak temel insan haklarının ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uygulanmasını ifade etmekte ve dayanağını insan haklarıyla ilgili temel belgelerden almaktadır.¹

Bu çalışmada kaynağı insan hakları olan hasta hakları ele alınmıştır. Yapılan bu çalışma dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; sağlık, sağlık hizmetleri kavramı, özellikleri, acil servis kavramının tanımı, tarihçesi ve Türkiye’de acil servis hizmetleri ele alınıp açıklanmaya çalışılmıştır.

İkinci bölümde hak kavramı, hakların kaynağı, hakların tasnifi ve çeşitleri, hasta hakları kavramının tanımı, hasta haklarının tarihsel gelişimi, ulusal ve uluslar arası belgelerde hasta haklarının düzenlenmesi, bazı ülkelerde hasta haklarının durumu gibi konular ana hatlarıyla ele alınmıştır.

Üçüncü bölümde hasta haklarının sınıflandırılması ve ihlal edilmesi konuları açıklanmaya çalışılmıştır.

Dördüncü bölümde ise Mersin İli Kamu Hastanelerine bağlı dört hastane (Mersin Devlet Hastanesi, Erdemli Devlet Hastanesi, Toros Devlet Hastanesi ve Tarsus Devlet Hastanesi)’nin acil servisinde 01.12.2015 ve 31.12.2015 tarihleri arasında acil sağlık hizmeti alan 18 yaş üstü 190 hastanın ülkemizde mevzuatta yer alan hasta hakları konusunda bilgi düzeyleri ve hasta hakları uygulamalarından yararlanma düzeylerinin belirlenmesi için yapılan çalışmaların bulguları yer almaktadır.

Araştırmanın Problemi

İnsan hakları, insanlar arasında ırk, din, renk, yaş, cinsiyet ayırımı yapmadan sevgi, saygı, dostluk duygularını geliştirmek, insanın insan olmak özelliği ile sahip

¹ Mursayettin Eksen ve diğerleri, “Hastaların Hasta Hakları Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi”, **Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi**, ISSN: 1303-5134 www.InsanBilimleri.com, s. 2, (15.02.2016).

olması gereken hakların bütünüdür. Başka bir deyişle bu haklar, bireylerin yalnızca insan olmalarından kaynaklanan, insanca bir hayat sürmelerini sağlayan, doğuştan sahip olunan ve hiçbir şekilde elinden alınamayacak haklardır.² Hasta hakları ise, insan haklarının sağlık hizmetlerine uygulanmasını ve üçüncü kuşak insan haklarını içermektedir. Bu nedenle içerik olarak insan haklarından ayrı düşünilemeyecek olan hasta hakları, son yirmi yıldır hızlı gelişmeler göstermiştir. Başka bir ifade ile sağlık hizmetleri alanındaki teknolojik ve bilimsel gelişmeler, insan hakları ve sağlık hakları konusunda atılan yasal adımlar, sağlık hizmetleri sunumunun hasta odaklı yürütülmesi düşüncesinin gelişimi, iletişim alanındaki ciddi gelişmeler, sağlık hizmetinin yapısından kaynaklanan olumsuzluklar, eğitim seviyesinin artması gibi nedenler hasta hakları kavramını sağlık ve hukuk alanında merkeze yerleştirmiş olup fakat henüz tam olarak niteliğini almamış olan çok yeni bir konudur. Bahsedilen bu gelişmelerle yukarıda da ifade edildiği gibi hasta hakları dünyada son 20 yılda gündeme taşınırken ülkemizde bu tarih daha yakındır. Ülkemizde hasta haklarına gecikmeli de olsa ilgi ve alaka gösterilmiş akabinde bir takım yasal düzenlemeler yapılmıştır. Bu yasal düzenlemelerin ilk ve en önemlisi ise 1998 yılında çıkartılan Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY)'dir.

Yasal düzenlemeler ışığında hasta haklarının etkin bir şekilde uygulanması hasta memnuniyeti açısından son derece önemli bir kavramdır. Böyle olmasına rağmen ne yazık ki uygulamada bir takım hasta hakları ihlalleri yaşanmaktadır. Özellikle de sağlık hizmetlerinin beklide en önemli kolu olan ve acil sağlık hizmeti sunan acil servislerin; talebin önceden belirlenememesi, çalışanların zamanla yarışması, yapılan iş ve işlemlerin aşırı dikkat ve hız gerektirmesi, ortamda aşırı stresin olması, temel ve ilk amacının hayat kurtarmak olması, çoğu zaman aşırı yoğun talep ile karşı karşıya kalması ve kesintisiz 7/24 hizmet sunması gibi bazı temel ve özgün nitelikleri bakımından maalesef diğer servislere oranla acil servislerde zaman zaman hasta hakları ikinci plana atılabilmekte olup daha fazla hasta hakları ihlalleri yaşanabilmektedir. Acil servisin yukarıda ifade edilen temel ve özgün niteliklerinden dolayı hasta haklarına yeteri kadar önem verilmemesi ve bunun sonucunda da hasta memnuniyetsizliğinin ortaya çıkışı bu çalışmanın temel problemidir.

² Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) Adalet, "İnsan Hakları", Ankara, 2011, s.3.

Araştırmanın Amacı

Mersin İlinde acil servis hizmeti sunan kamu hastanelerinin (Mersin Devlet Hastanesi, Toros Devlet Hastanesi, Erdemi Devlet Hastanesi ve Tarsus Devlet Hastanesi) acil servisine 1-31 Aralık 2015 tarihleri arasında başvuru yapan 18 yaş üstü hastaların hasta hakları konusunda bilgi düzeylerinin ve hasta hakları uygulamalarından yararlanma düzeylerinin belirlenmesidir.

Araştırmanın Önemi

Sağlık, insanların en doğal ve ömrü boyunca vazgeçemeyeceği haklardan biridir. İnsan haklarının önemli bir parçasını oluşturan hasta hakları ise bu hakları korumak üzere düzenlenmiştir. Hasta hakları sadece hasta bireyleri değil aynı zamanda sağlıklı tüm bireylerin ve özellikle de sağlık hizmeti sunanların birlikte bilmesi, koruması ve sahip çıkması gereken bir haktır.

Bireylerin sağlık hizmeti alma sürecinde kendisinin sahip olduğu hakları yeterince bilmesi beklenen ve istenen bir durumdur. Başka bir ifade ile hasta haklarının korunmasında ve yaşama geçirilmesinde öncelikli olarak sağlık hizmeti alan bireylerin hasta hakları konusunda yeterli bilgi ve bilinç düzeyine sahip olması sağlık hizmeti sürecinde ortaya çıkabilecek hukuki sorunların en aza indirilmesini sağlayacaktır. Türkiye’de bu alanda, son 10 yılda çalışmalar yapılmış ancak bu çalışmalar oldukça sınırlı kalmıştır. Birkaç çalışmanın sonucunu burada verecek olursak; Zülfikar ve Ulusoy (2001)’un araştırmasında hastaların yalnızca %32’sinin, Tengilimoğlu, Kısa ve Dziegielewski (2000)’nin araştırmasında da %37’sinin hasta haklarından haberdar olduğu saptanmıştır. Yılmaz (2002)’ın yaptığı bir araştırmada

da hastaların sadece %24,3'ünün haklarını bildiği sonucuna varılmıştır.³ Kurtcebe (2009) Gazi Üniversitesine gelen hasta ve hasta yakınları üzerinde yaptığı bir çalışmada, hasta ve hasta yakınlarının %12,6'sının HHY'i duyduğunu, %87,4'ünün duymadığı sonucuna ulaşmıştır. 2008 yılında Konya İlinde yapılan bir araştırmada hastaların %41,3'ü hasta haklarını hiç bilmediğini ve %48,8'i ise hasta hakları uygulamalarından haberdar olmadığını ifade etmiştir. Günay ve diğerleri (2007)'nin Kayseri' deki dört hastanede hasta ve yakınları ile yaptıkları çalışmada, araştırmaya katılan hastaların sadece %27,6'sı Türkiye'de bir HHY'nin olduğunu bilmekte ve hastaların %5'i HHY'i okuduğunu saptamışlardır. Aydemir ve Özhan (2011)'in yaptığı bir çalışmada ise araştırmaya katılanların %67,5'inin HHY'i ve %62,2'sinin Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönergeyi okumadığı sonucuna ulaşmıştır. Son bir çalışma sonucu olarak; Taşçı (2007)'nin Denizli Devlet Hastanesinde yaptığı çalışmada araştırma kapsamına alınanların %23,4'ü hasta hakları terimini duyduğunu, %76,6'sı ise bu terimi duymadığını ifade etmiştir.

Görüldüğü üzere hasta hakları ülkemizde az bilinen konuların başında gelmekte olup, literatür taraması sonucunda; bireylerin hasta olarak haklarını iyi bilmedikleri ve yeterince bilgi sahibi olmadıklarından ötürü bu haklardan yeterince yararlanmadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Bundan dolayı diyebiliriz ki toplumdaki her bireyi etkileyen "hasta hakları" araştırılması gerekli bir konu olup, insan hayatı açısından sonuçların tespiti büyük önem arz etmektedir. Sağlık hizmetlerinde gelişen teknoloji ve araştırmalar, hastaların ihmal ve hatalı uygulamalarla karşılaşma risklerini de arttırmıştır. Hastaların daha da bilinçlenerek, bilgi asimetrisinin ağır bastığı ve yabancı oldukları bu ortamda kendilerini risklerden koruyabilmeleri bu hakları yeterli düzeyde bilmeleri ile mümkün olacaktır.

Böylece bu çalışma ile Mersin İlinde çalışmaya dahil edilen kamu hastanelerinde acil sağlık hizmeti alan kişilerin hasta hakları bilgi düzeyleri belirlenmeye ve acil serviste hasta hakları uygulamasını etkili kullanıp kullanmadıkları tespit edilmeye çalışılacaktır. Hasta odaklı sağlık sistemi yaklaşımı ile bakıldığında hasta nazarında görülen sorunlar tespit edilecek olup yerel düzeyde

³ Ayten Zaybak, İsmet Eşer, Elif Günay İsmailoğlu, "Bir Üniversite Hastanesinde Hastaların Hasta Haklarını Kullanma Tutumunun İncelenmesi", *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale. Hemşirelik Dergisi*, C. 20, S. 2 (2012), s. 108.

yapılacak kurum çalışmalarına fayda (zaman, maliyet vb) sağlayabileceği gibi hasta hakları konusunda var olan yasal düzenlemelerin geliştirilmesinde de etkili olabilir.

Ayrıca bu araştırma ile acil servislerdeki hasta hakkı ihlalleri ortaya konularak nedenleri ve sonuçlarının bulunması amaçlanmaktadır. Ülkemizde genel olarak hasta hakları konusuna son yıllarda artan bir ilgi olmakla beraber acil servislerde hasta hakları konusu teoride ve uygulamada yeterli çalışma ve ilgi alanları bulamamaktadır. Bundan dolayıdır ki bu hizmetlerin sunumunda hasta haklarının korunmasında büyük güçlükler yaşanmakta bu da akabinde önemli sorunları beraberinde getirmektedir. Hasta hakları temel olarak uygulama alanı bulabildiği ölçüde anlam kazanır. Etkin bir şekilde uygulanabilmesi de bir bütün olarak sağlık hizmetleri paydaşlarının hasta hakları konusunda yeterli bilgi sahibi olmasına ve bu hakları yeteri kadar benimsemesi ile doğrudan ilişkilidir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Acil sağlık hizmeti hemen hemen toplumdaki tüm bireyleri içine alan sağlığın bir uygulama alanıdır. Bundan ötürü tüm toplumu kapsayan bu tür bir çalışmanın yapılması bilimsel, zaman ve maliyet gibi bazı durumlardan yıpratıcı ve zorlayıcı olacaktır. Bu çalışmada 18 yaş altı hastalar/yaralılar ile sağlık durumu anket sorularına cevap veremeyecek durumda olan hastalar araştırmasının sınırlılığını oluşturmaktadır. Bununla birlikte anket uygulama sırasında acil servislerin aşırı yoğun olması, hastaların/yaralıların hayati tehlikelerinin bulunması, hasta ve hasta yakınlarının olumsuz ruh hali ve hastaların fiziki acı çekmeleri araştırmanın kısıtlılığını oluşturan diğer etmenlerdir. Bu çalışmada hasta hakları konusundaki bilgiler kişilerin beyanlarına göre değerlendirilmiştir. Literatürde bu konuda araştırma sayısının yetersiz olması nedeniyle bulguları yorumlama sürecinde kullanılabilecek kaynakların sayısının azlığı da bir diğer sınırlılıktır. Son olarak bu araştırma Mersin İlinin farklı ilçelerinde sağlık hizmeti veren (Mersin Devlet Hastanesi, Toros Devlet Hastanesi, Erdemli Devlet Hastanesi ve Toros Devlet

Hastanesi) dört kamu hastanesinin acil servisine 01.12.2015-31.12.2015 tarihleri arasında acil sağlık hizmeti alan 18 yaş uşt u toplam 190 hasta ile sınırlıdır.

Araştırmanın Evreni ve u rnekle mi

Evren Mersin İli Kamu Hastanelerinin acil servis hastalarıdır. Bu araştırmanın u rnekle mi ise Mersin İlinde acil servisi hizmeti sunan kamu hastanelerinin (Mersin Devlet Hastanesi, Toros Devlet Hastanesi, Erdemi Devlet Hastanesi ve Tarsus Devlet Hastanesi) acil servisine 1-31 Aralık 2015 tarihleri arasında başvuru yapan 18 yaş uşt u hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın Hipotezi

- 1.Araştırmaya katılan hastaların u lkemizde mevzuat u r u ve sinde uygulanan hasta hakları konusunda bilgileri vardır/yoktur.
- 2.Araştırmaya katılan hastaların bazı tanıtıcı u zellikleri ile hasta haklarını bilme d u ze yleri arasında bir ilişki vardır/yoktur.
- 3.Araştırmaya katılan hastaların acil servislerde hasta haklarından yararlanma ve bazı hasta haklarını bilme durumlarına ilişkin yargılara katılımı vardır/yoktur.
4. Araştırmaya katılan hastaların acil sağlık hizmeti aldığı hastane ile ilgili yargılara katılımı vardır/yoktur.
- 5.Araştırmaya katılan hastaların bazı tanıtıcı u zellikleri ile hasta hakları ihlallerine ilişkin g u ruşleri arasında bir ilişki vardır/yoktur
- 6.Araştırmaya katılan hastaların bazı tanıtıcı u zelliklerine g u re hasta hakları ihlallerinin en temel nedenlerine ilişkin g u ruşleri arasında bir ilişki vardır/yoktur.

Araştırmanın Yöntemi

Verilerin toplanmasında hastaların birbiriyle etkileşimlerini önlemek için yüz yüze görüşme yöntemi uygulanmıştır. Katılımcılara hasta hakları ile ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan 46 soruluk anket bizzat araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Veri toplamı aracı olarak araştırmada araştırmacı tarafında hazırlanmış olan hastaların sosyo-demografik özellikleri, hasta hakları konusundaki bilgi durumlarını ve hasta hakları uygulamalarında yararlanma düzeylerini saptamaya yönelik çeşitli yargılara ve sorulara yer verilmiş olan anket formu (ek 1) kullanılmıştır. Çalışmamızda 190 hastadan elde edilen veriler SPSS 15.0 paket programına kodlanarak istatistiksel değerlendirmesi yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik dağılım, çapraz tablo ki-kare analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık seviyeleri için $p < 0,05$ değeri olarak alınmıştır.

Araştırmanın Kaynakları

Bu konuyla ilgili olarak araştırmamızda, tıp hukuku sempozyumların yayınlarından, hukuk dergilerindeki makalelerden, sağlık hakkı, ceza hukuku, sağlık hukuku, hasta hakları gibi alanlarda yazılmış kitaplardan, sağlık kurultayı raporlarından, internette ve bazı yazılı eserlerde bulunan tıp hukukuna ilişkin kararlardan, konu ile ilgili olarak yazılmış doktora çalışmalarından, yüksek lisans tezlerinden, ulusal ve uluslararası mevzuatta yer alan yasal düzenlemelerden yararlanılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE ACİL SERVİS

Bu bölümde sağlık, sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri ve acil servis kavramalarının tanımları açıklanmakla beraber, sağlık hizmetlerinin özellikleri, acil servisinin tarihçesi ve Türkiye’de acil servis hizmetleri konuları genel hatları ile ele alınmıştır.

I.SAĞLIK HİZMETLERİ

A.Sağlık Kavramının Tanımı

Sağlık hizmetlerinin tanımına geçmeden önce sağlığın tanımını yapmaya gereksinim vardır. Buna göre Türk Dil Kurumunun (TDK) büyük sözlüğünde sağlık; “vücudun hasta olmaması durumu, vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet” ve ayrıca sağ, canlı, diri olma durumu olarak tanımlamaktadır.⁴

Sağlık, Illich tarafından, bir uyum sağlama meselesi olarak görülmüş ve toplumca yaratılmış gerçekliklere karşı içgüdüsel değil, otonom, ama yine de kültür tarafından biçimlendirilmiş bir tepki olarak ifade edilmiştir. Yazara göre sağlık, çevredeki değişimlere uyum sağlayabilme, büyüyebilme ve yaslanabilme, zarara uğradığında iyileşebilme, acı çekebilme ve ölümü huzurlu bir biçimde bekleyebilme yeteneğidir. Sağlık, geleceği de kapsamakta ve bu nedenle, acıyı ve onunla birlikte yaşamak için gerekli tinsel gücü de içermektedir.⁵

⁴ Sultan Tahmazoğlu Üzeltürk, **Anayasa Hukuku Açısından Sağlık Hakkı (Ulusal ve Uluslararası Boyutuyla)**, 1. Baskı, Legal Yayıncılık, İstanbul, 2012, s. 2.

⁵ Hamide Tacir, **“Hastanın Kendi Geleceğini Belirleme Hakkı”**, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hukuk Anabilim Dalı, İstanbul 2010, s. 34.

Başka bir tanımda sağlık önce hasta olmamak ya da tam iyilik olarak ifade edilirken; daha sonra tanıma sadece hastalıklardan arınmış olmak değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal bakımdan da tam iyilik durumu eklenmiştir. Bu alandaki gelişmeler devreye sağlığı koruyucu, geliştirici ve hastalıkları önleyici faaliyetleri katmış ve nihayet sağlıklı şekilde yaşamak noktasına ulaşılmıştır.

Sağlık kavramının uluslararası belgelerde de tanımı yer almakta olup, buna göre Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi'nin yayımladığı 14 no'lu Genel Yorum'da sağlık; insan haklarının tümünün uygulanması için zaruri temel bir hak olarak ifade edilmekte ve herkesin erişilebilir bir sağlık hakkına sahip olmasının onurlu bir yaşam sürmesi için gerekli olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinin ihmal edildiği bir toplumda bireysel özerkliğin zedelenmesi bir yana, ciddi ahlaki ve fiziksel sorunlar da ortaya çıkabilecektir.⁶

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) Anayasasının başlangıç kısmında ise sağlık; “Sadece hastalık veya engelli olma durumu değil, tümüyle bedensel, zihinsel ve sosyal iyi olma hali” şeklinde tanımlanmaktadır.⁷

Yukarıda ifade edildiği gibi WHO sağlık kavramını oluşturan üç (3) temel faktör içermektedir. Buna göre fiziksel iyilik; kişinin vücudunda bir hastalık, hastalık etkeni veya sakatlık durumunun olmaması, zihinsel iyilik; kişinin yaşına ve konumuna uygun olarak nerede nasıl davranacağını bilme durumu ve sosyal iyilik ise kişinin yaşadığı çevre ile anlaşılır bir dil oluşturması ve toplum içerisindeki rolünü yaşadığı toplumun gerçeklerine göre oynamasıdır.⁸

Sağlığın tüm boyutlarını ele alan ve sadece negatif halde bulunmaktan öte bir durumu ifade eden, kısmen eksiklik içermekle beraber, en geçerli ve geniş çevrelerce genel kabul gören, WHO, sağlık tanımıdır. Çünkü bu tanım sağlığı, “hastalık ve sakatlık durumu” olmayışından öteye taşıyarak, kavramın tanımına geniş bir içerik kazandırmıştır.⁹

Modern sağlık kavramına bakılacak olursak bu kavram farklı iki disiplinin katkısıyla meydana gelmiştir: Tıp ve toplum sağlığı. Tıp genellikle kişinin sağlığına odaklanırken, toplum sağlığı, popülasyonun sağlığına odaklanır. Basitleştirirsek; tıp,

⁶ Tacir, s. 36.

⁷ Tahmazoğlu, s. 2.

⁸ <http://www.saglikisifa.com/618-Saglik-nedir.html>, (15.02.2016).

⁹ Mansur Nejdî Funda, “İnsan Hakları, Sağlık Hakkı ve Hasta Hakları”, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul, 2012, s. 184.

kişisel sağlık ve diğer sağlık bakımlarını kapsamaktadır ve genellikle fiziksel (ve sınırlı olmak kaydıyla ruhsal) bir bağlam içerisinde hastalık ve özürle ilgilidir. Buna karşılık toplum sağlığı insanların sağlıklı olabilmesini garantileyecek durumları belirlemeye çalışır. Bu saptamalardan da anlaşıldığı gibi toplum sağlığı, sağlığın geliştirilmesinde farklı bir amaca sahiptir, hastalıktan korunmaya, özürlülüğe ve erken ölümlere vurgu yapar.¹⁰

B.Sağlık Hizmetleri Kavramının Tanımı

Bireylerin ve toplumların sağlığını korumak, hastalandıklarında tedavilerin yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmeleri için rehabilitasyon yapmak ve toplumların sağlık düzeyini yükseltebilmek için yapılan çalışmaların tümüne “sağlık hizmetleri” denir.¹¹ Sağlık hizmetlerini, genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar şeklinde tanımlamıştır. Sağlık hizmetleri WHO tarafından, belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinin yararlanarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistem olarak tanımlamaktadır.¹²

Başka bir ifade ile sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi ve toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelmektedir.¹³ Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkında yönerge madde 4b’ye göre ise sağlık hizmetleri: İnsan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu

¹⁰ Kamil Alptekin, “Sağlık Hakkı ve İnsan Hakları Üzerine Bir Değerlendirme, Ankara”, **Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi**, S. 12 (2004) s. 134.

¹¹ Yunus Emre Öztürk, Musa Özata, **Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı**, 1 Baskı, Eğitim Kitabevi Yayınları, Konya, 2000, s. 8.

¹² Şimel Gülhan Tınmaz, “Acil Servislere Başvuran Hasta ve Hasta Yakınlarının Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi ve Bir Uygulama”, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı, Ankara 2008, s. 18.

¹³ Şahin Kavuncubaşı, Selami Yıldırım, **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, 2. Baskı, Siyasal Kitapevi. Ankara, 2010, s. 34.

etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetlerdir.

Sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak dört ana grupta toplanmaktadır. Buna göre koruyucu sağlık hizmetleri, toplumu hastalık etkenlerinden uzak tutmaya veya hastalık etkenlerinin yok edilmesine yönelik hizmetlerdir. Tedavi hizmetleri, sağlık durumu bozulan kişilerin, eski sağlık düzeylerine ulaşmalarını sağlamak üzere verilen sağlık hizmetleridir. Rehabilitasyon hizmetleri, hastalık ve kaza sonucunda kişilerin kaybettiği bedensel ve zihinsel becerilerin tekrar kazandırılmasına yönelik hizmetlerdir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri ise sağlıklı kişilerin, sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir.¹⁴

C.Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerinden ayıran başlıca özelliklerden bahsedilecek olunursa;

1.Sağlık Hizmetlerinde Talep Tesadüfî ve Belirsizdir: Sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayıran önemli bir özellik talebin ne zaman ortaya çıkacağına belli olmamasıdır. Sağlık hizmetlerinin tüketimi tesadüfî bir şekilde ortaya çıkmaktadır.¹⁵ Başka bir ifade ile sağlık hizmetinin nerede, ne zaman, ne ölçüde ve kimlerce isteneceği kolayca belirlenememektedir. Bu alandaki talebin diğer mal ve hizmet türlerinde olduğu gibi önceden belirlenmesi zordur.¹⁶ Nitekim kimin ne zaman ve hangi hastalığa yakalanacağı önceden kestirilemez. Örneğin 40 yaşına kadar hiç ilaç tüketmemiş bir birey bu yaştan sonra çok önemli bir hastalığa yakalanabilir ve çok önemli boyutta ilaç tüketicisi olabilir.¹⁷

2.Tüketicinin Bilgi Noksanlığı veya Bilgi Asimetrisi: Sağlık hizmetlerinde hizmeti sağlayan ile tüketici (hasta) arasında önemli bir bilgi dengesizliği vardır.

¹⁴ Kavuncubaşı, Yıldırım, s. 35-39.

¹⁵ Emre Atılğan, "SAY 211 Sağlık Ekonomisi", 2015, <http://emreatilgan.com>, (01.03.2016), s. 5.

¹⁶ Tınmaz, s. 19.

¹⁷ Atılğan, s. 5.

Tüketiciler birçok malı deneyerek tanıma şansına sahip olup, bu durum onlara malı yeniden alma ihtiyacını duyduklarında yardımcı olur. Sağlık hizmetlerinde ise durum oldukça farklıdır. Hastalar alacak oldukları sağlık hizmetinin uygunluğu ve etkinliği konusunda bilgisizdirler. Sağlık hizmeti ihtiyacı olan kişiler, ne sağlık hizmeti almadan önce ne de aldıktan sonra rasyonel seçim yapmasını sağlayacak bilgileri kolaylıkla elde edemez. Oysa sağlık hizmet sağlayıcıları bu konuda tam bilgi sahibidirler. Başka bir ifade ile sağlık hizmetlerinde alıcı ve satıcı arasında tam bir bilgi asimetrisi söz konusudur.¹⁸

3.Sağlık Hizmetlerinin Çıktısı Hiçbir Zaman Standart Olmamaktadır: Sağlık hizmetini üreten süreçlerin heterojen olması yanında hizmetin öznesi yani insan varlığının heterojenliği, üretim çıktısındaki değişkenliği ve çeşitliliği artırmaktadır. Örneğin tedavi edilen her bir vaka ayrı bir çıktı gibidir. Sağlıkta standart mal olmayışının en güzel anlatımı bir hekimlik özdeyişi olan “hastalık yoktur, hasta vardır” cümlesinde bulunmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetinin çıktıları hastadan hastaya, hekimden hekime, zamandan zamana ve durumdan duruma değişmektedir.¹⁹

4. Gerçekleştirilen Faaliyetlerin Büyük Bir Kısım Acil ve Ertelenemez Özelliğindedir: Sağlık kurumlarında 24 saat kesintisiz sağlık hizmeti üretilir. Sağlık hizmeti ihtiyacı ortaya çıkan kişiler her an sağlık hizmeti almak için sağlık kurumlarına başvurabilir. Bazı durumlarda bu ihtiyacın şiddet derecesi oldukça yüksektir. Hatta çoğu sağlık hizmeti ihtiyacının giderilmesi ertelenemez derecede şiddetlidir. Bu gibi durumlarda ihtiyacın giderilmemesi bilimsel, hukuksal ve etik bakımdan olanaklı değildir. Dolayısıyla sağlık hizmeti sunucuları acil durumları yönetecek mekanizmalara sahip olma konusunda her an tedbirli olmak durumundadırlar.²⁰

5. Yapılan İşler Hata ve Belirsizliklere Karşı Oldukça Duyarlıdır ve Tolerans Göstermez: Sağlık hizmetleri doğrudan insan hayatını ilgilendirmektedir. Sağlık profesyonellerinin karar ve eylemleri hastanın hayatta kalma şansını doğrudan etkilemektedir. Hizmet sürecinde yapılan hataların sonradan düzeltilmesi olası değildir.²¹ Sağlık hizmetlerinde her işlem ilk seferde ve her zaman doğru

¹⁸ M. Hanifi Aslan, **Hizmet Ekonomisi**, 1.Baskı, Alfa Kitapevi, İstanbul, 1998, s. 284.

¹⁹ Erdinç Ünal, **Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi**, 1 Baskı, Ekin Kitapevi, Bursa, 2013, s. 31.

²⁰ Kavuncubaşı, Yıldırım, s. 131; Ünal s. 30.

²¹ Kavuncubaşı, Yıldırım, s. 131.

yapılmalıdır. Başka bir hizmet üretim sektöründe yönetsel kararların yanlışlığı en fazla üretim kaybına ya da parasal zarara neden olurken sağlık hizmetlerinde ise yanlış kararlar, insan hayatının kalitesinde düşme hatta insan hayatına mal olma ve toplumun sağlık düzeyinde bozulma ile neticelenmektedir.²²

6.Sağlık Hizmetlerinin Birincil Amacı Kar Elde Etmek Olmayıp Sosyal Amaçlıdır: Diğer hizmet işletmelerinden farklı olarak sağlık hizmetlerinin birincil amacının kar elde etmek olmadığı ifade edilmektedir. Ülkemizde ve dünyanın birçok ülkesinde sağlık hizmeti sosyal devlet anlayışı içerisinde ücretsiz verilmektedir. Bu durum sağlık hizmet işletmelerinin çoğunu kar elde etmek amacı olduğu görüşünden uzaklaştırmaktadır.²³

7.Sağlık Hizmetlerinin İkamesi Yoktur: Sağlık hizmeti dışındaki diğer hizmetlerin ikamesi söz konusu iken sağlık hizmetlerinde böyle bir durumun varlığı söz konusu değildir. Hasta olan kişiler, hekim tarafından önerilen sağlık hizmetini almak zorunda olduklarından sağlık hizmetinin bir başka mal veya hizmetle ikame edilmesi mümkün değildir. Dolayısıyla sağlık hizmeti tüketicisi, kendini ekonomik açında koruyabilmek için başka bir seçeneğe sahip değildir.²⁴

8.Son Olarak Denebilir Ki Sağlık Hizmeti İşgücü (Hekimler, Hemşireler vs.), Sermaye Teçhizatı (Hastane Binaları, Ambulanslar vs) ve Malların Kullanıldığı Son Derece Kompleks Hizmetlerden Meydana Gelmektedir.²⁵ Sağlık kurumları, temel fonksiyonları olan tanı ve tedavi hizmetlerinin yanında, eğitim ve araştırma hizmetlerini de verebilmektedir. Verilen hizmetlerin sayısı arttıkça, karmaşıklık derecesi de artar.²⁶

²² Özlem Cantürk, “Sağlık Sektöründe Hizmet Konumlandırması: Ankara İlinde Kamu Hastanesi Uygulama Örneği”, Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Ana Bilim Dalı, Ankara, 2012, s. 11.

²³ Cantürk, s. 11.

²⁴ Atılğan, s. 8.

²⁵ Aslan, s. 271.

²⁶ Cantürk, s. 9.

II. ACIL SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI

A.Acil Sağlık Hizmetleri Kavramının Tanımı

Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği madde 4'e göre Acil Sağlık Hizmetleri: acil sağlık konusunda eğitim görmüş sağlık ekipleri tarafından, ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden erken dönemde, tıbbî araç ve gereç desteği ile sunulan hizmet şeklinde tanımlanmaktadır.

Semin ve Güldal acil sağlık hizmetlerini, kişinin yer ve zaman belli olmaksızın ani olarak karşılaştığı hayatı tehdit eden ve bu nedenle anında yardım edilmesi gereken sağlık sorunlarını çözmeye yönelik hizmetler dizisi olarak tanımlamışlardır.²⁷

B.Acil Servis Kavramının Tanımı

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin (YTKİY) 14. maddesine göre acil servis, hastane ve diğer sağlık kuruluşlarının ulaşımı kolay ve girişi ambulansların yanaşabileceği bir bölgesinde bulunan acil sağlık yardımı gerektiren hastalara bu hizmeti veren birimleridir. YTKİY'e göre poliklinik hizmetleri gerektirmeyen, durumu acil olan hastaların ilk müdahalelerinin öncelikli olarak yapıldığı servistir.

Orr ve arkadaşları acil servisleri; kaza, travma gibi yaşamı tehdit edici tehlikelere maruz kalmış kişilere tıbbi ve cerrahi girişimlerin hemen yapıldığı ve bu hastaların izlenmesi için düzenlenmiş yerler olarak tanımlamışlardır. Tıbbi anlamda

²⁷ Semih Semin, Dilek Güldal, "Acil Servislere Başvuran Hastaların Retrospektif Analizi ve Acil Servislere Yoğun Başvuruların Nedenleri", **Toplum ve Hekim Dergisi**, Aralık, S. 58 (1993), s. 11-14.

acil servis ise; hastanın fiziksel ya da duygusal yönden tehlike içinde olduğu düşüncesi ile başvurduğu ve hastaya ilk müdahalenin yapıldığı yerdir.²⁸

Başka bir tanımı ise uzmanlaşmış bir ekip ile yılın 365, haftanın ise 7 günü ve günün 24 saati hizmet veren, hastaneye acil olarak başvuran hastanın şikayetlerini ve istemlerini ilk planda ve hızla çözebilecek bir alt yapıya sahip, temel sorunu saptayacak ve tedavi edecek donanımı bulanan, kısa süreli tedavi ve izlem gerektiren olguları hospitalize edebilen sistemin bütünü acil servistir.²⁹

Acil servisler bağlı bulundukları hastanelerin vitrini olarak değerlendirilirler. Toplumun tüm hastane hakkındaki görüş, kanaat ve fikirleri genellikle o hastanenin acil servisinde edindikleri izlenime dayanmaktadır.³⁰

Acil servisler toplumun sağlık ihtiyaçlarına ivedi cevap veren ve bireylerin sağlık sorunlarına en fazla yoğunlaşan alanlardan biridir. Acil servislerin amacı acil sağlık hizmeti ihtiyacı olan hastaların aciliyet derecelerine göre acil bakım ve tedavisini yaparak hayati tehlike durumunu ortadan kaldırmak ve acil eylem planının bir elemanı olarak acil ve afet durumlarda acil sağlık hizmetini topluma etkin bir şekilde ulaştırabilmektir.

C.Acil Servisin Tarihçesi

Toplumların kaza, yaralanma ve felaket gibi olaylarda ortaya çıkan acil sağlık ihtiyaçlarını giderme faaliyetleri insanlık tarihi kadar eskidir. Başka bir ifade ile acil sağlık hizmetlerinin başlangıcı tarih öncesi çağlara dayanmaktadır. Mısırlılar dönemine ait bazı kazı çalışmaları sonucunda kafa içi basıncını azaltmaya yönelik girişimler yapıldığına dair bulgulara rastlanmıştır.³¹ Eski Yunan ve Roma uygarlıklarında ise ilk yardım uygulamaları ile savaş meydanlarından yaralıların

²⁸ Abdullah Gülbağcı, “Acil Servise Başvuran Onkolojik Hastaların Yakınlarının Memnuniyet Düzeyleri ile Beck Anksiyete Ölçeği Değerlerinin Karşılaştırılması ve Beklentilerinin Değerlendirilmesi”, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul, 2015, s. 3.

²⁹ <http://acil-yarim.uludag.edu.tr/acil2.html>, (01.02.2016).

³⁰ Öznur Gürlek, “Hasta Yakınlarının Acil Servislerdeki Sorunları ve Hemşirelerden Beklentileri” Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon, 2005, s. 28.

³¹ Şehriban Yöndem, “Acil Servislere Başvuran Hasta Yakınlarının Beklentileri ve Beklentilerine Yönelik Bir Araştırma”, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2011, s. 7.

uygun yerlere taşındığı bilinmektedir. Atlı arabalar tarihte ilk ambulans olarak kullanılan araçlar olmuştur ve bu atlı arabalar ilk kez 1487 yılında Malaga kuşatmasında İspanyol ordusu tarafından kullanılmıştır.³²

Napolyon'un baş cerrahı Baron Dominique Jean Larrey, Prusya seferi sırasında ilk kez askeri tıbbi birliği kurmuş ve 1793 yılında atlı arabalarla oluşturulan ve "uçan ambulans" denilen araçlarla hasta ve yaralılar taşınmıştır. Daha sonra 1881 ve 1882 yıllarında İngiltere'de ve İskoçya'da kilise yardım örgütleri Kraliçe Victoria'nın izniyle savaş yaralıları ve ilk yardım konularında teşkilatlanma ve kitap yayınlama izni almışlar ve ilk ambulans birliklerini de kurmaya başlamışlardır. 1960 yılı sonlarına doğru Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Fransa'da ambulanslarda paramedikler ve hekimlerin görev almaya başlaması ile birlikte daha hızlı ve kaliteli acil sağlık hizmetleri sunulmaya başlanmıştır. Dünyadaki ilk acil tıp uzmanlık eğitimi programı ABD'de Cincinnati Üniversitesi'nde 1970 yılında başlamıştır.³³

Tarihi gelişme içinde her ileri ülke acil kurtarma ve bakım hizmetlerine organizasyonun adı ne olursa olsun önem vermiş ve vermektedir. İlk ve acil bakım konularındaki gelişmelere son 50 yıla kadar Almanlar ve İngilizler öncülük ederken, İkinci Dünya Savaşı ile başlayan dönemde Amerikalılar öncülük etmeye başlamıştır.³⁴

Ülkemizde ise ilk yaygın ve organize ilk yardım hizmetlerinin başlangıcı 1911 olarak kabul edilebilir. Ülkemizde var olan acil servislerin etkin hale getirilmesi 1985 yılında Ankara Numune Hastanesi bünyesinde başlatılan Hızır Acil Servis çalışmaları ile başlatılmıştır. Bu servis 1989'da 34 il, 23 ilçede yaygınlaştırılmıştır. 1987 yılına kadar 301.143 hastaya poliklinik hizmeti sunulmuştur.³⁵ Sağlık Bakanlığının hekim ve tıbbi malzeme desteğini yaptığı bu hizmetle, şimdiki acil sağlık hizmetlerinin temelleri atılmıştır. Türkiye'de "Acil Tıp" 1993 yılında ayrı bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmiş ve aynı yıl ilk "Acil Tıp" uzmanlık eğitimi programı İzmir'de Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde başlatılmıştır.

³² Umut Ocak, "Acil Servisteki Kritik Hastaların Yakınlarının Beklenti ve Gereksinimleri", Tıpta Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Kayseri, 2013, s. 4-5.

³³ Gülbağcı, s. 5.

³⁴ Yöndem, s.8.

³⁵ Gürlek, s. 12.

Günümüzde giderek yaygınlaşan ve önemini arttıran bir bölüm olarak dikkatleri çekmektedir.³⁶

Ülkemizin gerek coğrafi konumu gerek jeolojik yapısı nedeniyle sık sık doğal afetler meydana gelmekte, bunun yanında trafik ve iş kazalarında her yıl giderek artış yaşanmaktadır. Ülkemizde meydana gelen her tür acil olay ve hastalıklar sonucu acil servise başvuran hasta sayısı giderek çoğalmaktadır.³⁷ Acil servise başvuru sayılarında 1997 yılından itibaren hızlı yükselme tespit edilmiştir. Acil servislere başvuruların toplam başvurular içerisindeki payı %27 olup diğer ülkelere göre yüksek bir orandır.³⁸

Yukarda verilen bilgilerden de anlaşılacağı üzere günümüzde acil sağlık hizmet talebinin giderek artması acil tedavi ve acil ünite sorununu ortaya çıkarmıştır. Bu durum tıbbın güncel ve önemli bir konusu olarak ele alınmakta olup, her şeyden önce insan yaşamının kaybını önlemek amacıyla çok sayıda araştırma yapılmaktadır. Bunların yanı sıra birçok muhtelif sağlık kuruluşlarındaki toplantılarda da konu ciddi olarak gündeme taşınıp tartışılmaktadır.

D.Türkiye’de Acil Servis Hizmetleri

1.Acil Servisin Fiziksel Özellikleri

Ülkemizde acil sağlık hizmetlerinin ve acil servislerinin yapısını, özelliklerini vb. belirleyen bir takım yasal düzenlemeler yapılmış olup bu çerçevede acil sağlık hizmet sunumu gerçekleştirilmektedir. Bu yasal düzenlemelere göre acil servislerin, fiziki konum, altyapı ve ulaşım şartları bakımından sahip olması gereken birtakım özellikler vardır. Örneğin, acil servisler; hastanenin ana girişinden ayrı anayola yakın ve araç trafiği bakımından kolay ulaşılabilir, ambulansların kolaylıkla giriş ve çıkış

³⁶ Gülbağcı, s. 5.

³⁷ Gürlek, s. 10.

³⁸ Gülbağcı, s. 6.

yapabilecekleri, en fazla % 8 eğimli sedye rampası bulunan ve giriş katında; görüntüleme, laboratuvar, ameliyathane, yoğun bakım ünitesi ve morga ulaşımına uygun bağlantısı olan bir konumda kurulur.

2.Acil Servis Çeşitleri

Acil servisler, acil hasta kapasitesi, acil vakaların özelliği ve vakanın branşlara göre ağırlıklı oranı, fiziki şartları, bulundurduğu malzeme, tıbbi donanım ve personelin niteliği, hizmet verdiği bölgenin özellikleri, bulunduğu konum, bünyesinde faaliyet gösterdiği sağlık tesisinin statüsü gibi ölçütler dikkate alınarak I. II. ve III. seviye olarak seviyelendirilir. Hastanelerin özelliklerine göre acil servisler de değişiklik göstermektedir.³⁹

3.Acil Servis Birimleri

Her seviyedeki acil servislerde bulunması gereken birimler vardır. Ancak bu birimlerdeki malzemelerin özellikleri ve çeşitleri acil servisin çeşidine göre değişiklik göstermektedir. Buna göre acil servisler; triaj odası, muayene odası/alanı, resüsitasyon odası, müşahade odası/alanı, müdahale odası/alanı, EKG (elektrokardiyografi) odası, kan alma ve enjeksiyon odası, acil laboratuvar, görüntüleme ünitesi, bilgi işlem ve vezne, bekleme alanı, kritik hasta bakım birimi, primer tedavi birimi, travma odası/alanı, tedavi alanı, dekontaminasyon (arındırma odası) alanı, 112 acil sağlık hizmetleri istasyonu gibi birimlerden oluşmaktadır.

³⁹ Millî Eğitim Bakanlığı (MEB) Acil Sağlık Hizmetleri, Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı, Ankara, 2011, s. 40.

4.Acil Servis Personeli ve Özellikleri

Acil servise başvuran hasta veya yaralıya acil tıbbi tedavi ve müdahalede bulunan tüm sağlık çalışanları, acil ile ilgili yeterli bilgi, beceri ve donanıma sahip olmalıdır. Başka bir ifade ile acil servis hizmeti sağlayan personel acil sağlık hizmeti konusunda eğitim almış, tecrübeli, yetki ve sorumluluklarının bilincine sahip olmalıdır. Acil serviste acil servis sorumlu hekimi, acil tıp uzmanı, acil tıp asistanı (sadece III. Seviye Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde görev yapar), pratisyen hekim, acil servis sorumlu hemşiresi, acil servis hemşiresi, triaj görevlisi, sağlık memuru (ilk ve acil yardım) vb meslek grupları çalışmaktadır. Bu gruplar; hizmetin hedefleri, çalışma standartları, görevleri, yetkileri ve sorumlulukları konusunda hizmet öncesi resmi bir eğitim programına alınır, hizmet süresince izlenir ve sonuçlar periyodik olarak değerlendirilir. Acil serviste görev yapan tüm personel hangi birimde hizmet verirse versin her türlü tıbbi tedavi ve müdahale sırasında hasta veya yaralının mahremiyetine, tıbbi etik kurallarına ve hasta hakları gibi ilkelere uymaları zorunludur.

5.Acil Servis Çalışma Esasları

Acil Sağlık Hizmetlerinin Sunumu konulu genelgeye (26 Haziran 2008 Perşembe) göre “Ülkemizde Anayasa, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarını Tarzı İcrasına Dair Kanun, 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu, ilgili personel kanunları, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, Sağlık Bakanlığınca yürürlüğe konulan Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği ve diğer mevzuat hükümlerine göre, özel veya kamu ayrımı yapılmaksızın tüm sağlık kuruluşlarının acil durumlarda tıbbi müdahaleleri yapmaları zorunludur. Daha öznel bir ifade ile 11.05.2000 tarihli ve 24046 sayılı Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği ile acil servislerin çalışma esasları yasal zemine oturtulmuştur. İlgili yönetmeliğe göre ülkemizde genel ve katma bütçeli dairelere, il özel idarelerine, belediyelere, kamu iktisadi teşebbüslerine ve diğer kamu

kurum ve kuruluşlarına ait yataklı tedavi kurumları ile özel hukuk tüzel kişilerine ve gerçek kişilere ait yataklı tedavi kurumları acil sağlık hizmeti verirler. Bu kurumlar acil sağlık hizmetini 24 saat kesintisiz vermekle yükümlüdür.

Bünyesinde acil servis bulunduran bu kurumlar acil hasta ve yaralıları karşılayarak ilk tıbbi müdahale ve bakımı gerçekleştirir. İster özel sektöre ister kamuya ait olsun bütün hastanelerin acil birimleri, bütün acil başvurularını ayırım yapmaksızın kabul etmek durumundadır. İlk tıbbî müdahale ve tıbbi bakım yapıldıktan sonra ileri tıbbî bakım ve tedavi konusunda yetersizlik söz konusu ise, sevki uygun görülen sağlık kurumu ile iletişim sağlanarak verilen tıbbî bakımın tamamı ilgili birim sorumlusu tarafından yazılı olarak belgelendirilir. Bu belge nakil yapılacak sağlık kurumuna hasta ile birlikte gönderilir. Nakil ancak, stabilizasyon sağlandıktan sonra veya hayatî tehlike veya sakatlık tehlikesi taşıyan hastaların uygun bakımlarının ve tedavilerinin mevcut tıbbî-teknik imkanlar ile gerçekleştirilemeyeceğinin tespit edilmesi halinde yapılır. Hasta ve yaralıların yönlendirilmesi ve diğer sağlık kurumlarına nakli 112 İl Ambulans Servisi Komuta Kontrol Merkezinin bilgisi dâhilinde gerçekleştirilir ve ülkemizde hasta sevklerinin tümü tam donanımlı 112 acil sağlık hizmetleri ambulansları ile yapılmaktadır. Acil servisler ayrıca hastane öncesi acil sağlık hizmeti sunan bu ambulansları destekler ve ihtiyaç halinde tıbbi yönlendirme sağlar. Burada amaç acil sağlık hizmet ihtiyacı ortaya çıktığı andan itibaren kesin tedavi sürecine kadar kesintisiz acil sağlık hizmetinin sunulmasını sağlamaktır.

13.1.1983 tarihli ve 17927 sayılı YTKİY'ne göre; acil sağlık hizmetleri, acil polikliniği veya acil servisi tarafından sağlanır. Acil servis veya acil poliklinik hizmetlerinin olmadığı hallerde acil sağlık hizmeti kurumdaki nöbetçi hekim tarafından sağlanır.

Yine ilgili diğer yönetmelikte de bahsedildiği üzere ülkemizde acil sağlık hizmetleri 24 saat süre ile kesintisiz olarak yürütülür. Acil servis birimi baştabibin teklifi ve valilik onayı ile kurulur ve tescil için Sağlık Bakanlığı'na bilgi verilir. Aynı yönetmeliğin 57. maddesine göre acil sağlık hizmeti ihtiyacı bulunan hastalardan hiçbir ücret talep etmeksizin, sosyal güvencesine ve ücret durumuna bakılmaksızın sağlık kuruluşuna müracaatları halinde derhal kabul edilir ve gerekli her türlü tıbbi

müdahale ve tıbbı bakım zamanında yapılır hükmü yer almaktadır. Buna göre ücrete ilişkin işlemler acil sağlık hizmeti sonrası tamamlanmaktadır.



İKİNCİ BÖLÜM

HASTA HAKLARI KAVRAMI, TARİHSEL GELİŞİMİ, BAZI ÜLKELERDE HASTA HAKLARININ DURUMU, ULUSAL VE ULUSLARARASI BELGELERDE DÜZENLENMESİ

Bu bölümde hak kavramı, hakların kaynağı, hakların tasnifi ve çeşitleri, hasta hakları kavramının tanımı, hasta haklarının tarihsel gelişimi, bazı ülkelerde hasta haklarının durumu ve ulusal ve uluslararası belgelerde hasta haklarının düzenlenmesi gibi konular ele alınıp açıklanmaya çalışılmıştır.

I.HAK KAVRAMI

A.Hak Kavramının Tanımı

“Hak” sözcüğünün, çok yönlü bir kavram olması başka bir ifade ile tek anlam ve kararlılığa henüz ulaşamamış olması, sınırlarının açık bir şekilde çizilememiş olması, bu kavram üzerinde tartışma ve farklı fikirlerin meydana gelmesine neden olmuştur. Hak kavramını kabul edip bu konuda çalışmalar yapanlar hak kavramına yönelik muhtelif teoriler ortaya koymuşlardır. Bunun yanında hak kavramına ilişkin tanımları kabul eden, yetersiz gören veya eleştirenler bulunduğu gibi, Léon Duguit, Jeremy Bentham ve Hans Kelsen, gibi hak kavramını reddeden ünlü hukukçular da vardır. Hakkın niteliğini ortaya koymaya çalışan teorilere geçmeden önce hakkın muhtelif birkaç tanımını verecek olursak; çoğulu hukuk olan hak kelimesi dilimize Arapçadan girmiş olup Allah, doğruluk, bir insana ait olan, geçmiş, harcanmış emek, pay, doğru, gerçek, layık gibi anlamları içermektedir.⁴⁰

⁴⁰ Hüseyin Çotur, “Hasta Hakları ve Kocaeli Gölcük Necati Çelik Devlet Hastanesi Personeli İle Hastaneye Müracaat Eden Hastaların Hasta Hakları Konusundaki Bilgilerinin Ölçülmesi”, Yüksek Lisans Tezi, Ufuk

TDK Sözlüğü'nde hak, “adalet” ya da “hukukun gerektirdiği veya birine ayırdığı şey kazanç”, yahut “dava veya iddiada gerçeğe uygunluk, doğruluk” veya “verilmiş emekten doğan manevi yetki” olarak tanımlanmaktadır.

Windscheid'e göre hak, hukuk düzeni tarafından “bahşedilmiş” yetkidir. Kant; hakkı, “bireyin diğer bireylerle bağdaşabilir özgürlüğü” biçiminde tanımlamış. Aarsal'a göre ise hak; “hukuk düzenince tanınmış, sınırı, konusu, kullanılma şekil ve koşulları gösterilmiş yararlanılması toplumca sağlanmış özgürlüktür” şeklinde tanımlandığı Yılmaz (2002) tarafından ifade edilmiştir. Hatemiye göre hak; hukuk düzeni tarafından korunan ve gerçekleşmesi hak sahibinin (hak öznesi) iradesine bırakılmış olan menfaatlerdir.⁴¹

Hukuk'ta “bireyin, korunmasını isteme konusunda yetkili sayıldığı, hukuken tanınmış menfaat” diğer bir ifade ile “hukuk tarafından korunan ve bu korumadan yararlanılması ferdin iradesine bırakılan menfaat” şeklinde tanımlanmaktadır ki bu tanımda hem şahıslara hukuk düzeni tarafından tanınan bir irade kuvveti ve hakimiyeti hem de hukuk tarafından korunan menfaat unsurları yer almaktadır.⁴²

Felsefik anlamda hak, kesin bir kurala uygunluğu nedeniyle istenebilir olan; izin verilmiş olan anlamlarını dile getirir.⁴³

Hakkı tanımlayan başka görüşler de mevcuttur, Buna göre Platon, “Devlet” adlı eserinde Trasymachos'un ağzından “hak kuvvettir” der. İngiliz düşünürü Hobbes, neyin hak neyin hak olmadığını saptanmasını devlete bırakır. Tanrıbilimciler de bu yetkiyi tanrıya verirler. İdealizmin büyük ustası Hegel'e göre insan kendi özgürlüğünü korumak için, başkalarının özgürlüğüne saygı duymak zorunda kalarak kendini yadsır, birey böylelikle ruhtan toplumsal ruha geçerek devleti ve hukuku gerçekleştirir.⁴⁴

Yukarıda da ifade ettiğimiz gibi hakkı kabul edenlerin hak kavramı konusunda ileri sürdükleri kuram ve görüşleri mevcut olup burada sadece belli başlı birkaç tanesini açılacaktır.

Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bilim Dalı, Ankara, 2013, s.5.

⁴¹ Çotur, s.5.

⁴² Vahap Coşkun, “İnsan Hakları Kapsamı Üzerine Tartışmalar ve Liberal Perspektif”, www.ozgurtoplumundegerleri.com, (01.03.2016), s.578-579.

⁴³ Halil Uysal, “Hak ve Özgürlük”, www.Mehir.Org/Kitaplar/Kadin_Haklari_ve_ozgurlukler_, (01.04.2016), s. 14.

⁴⁴ Ali Özer, “**Kayseri İl Merkezinde Çalışan Hekimlerin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi-Tutum ve Davranışları**”, Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, 2003, s. 4.

a.İrade Kuramı: Bu kurama göre, hak, hukuk tarafından tanınan ve korunan iradi bir yetki, bir irade gücü, irade üstünlüğüdür. Buna göre, hak sahibi sayılan kişi iradesini kullanarak hukuk düzenini harekete geçirme yetki ve olanağına sahiptir.⁴⁵

İrade teorisinin öncülerinden birisi olan Savigny'nin açıklamalarında hakkın tanımını görebilmekteyiz. "Hak", Savigny'ye göre bir kişiye ait irade kudretinden başka bir şey değildir. "Hak" kelimesi aslında ruhsal bir fenomeni ifade eder. Herhangi bir durumda hakkın varlığı şüpheli nitelik taşıdığı veya ona karşı geldiği zaman hakkın mahkeme kararıyla tanınması gerekir.⁴⁶

b.Menfaat Kuramı: Bu teoriye göre hak, hukuk düzeni tarafından korunan menfaattir. İrade teorisinin karşıtı olan bu teori de, kişi iradesini göz ardı etmesi ve hukuk düzeni tarafından korunan her menfaati hak olarak nitelendirmesi yönlerinden eleştirilmiştir. Çünkü hukuken korunmayan menfaatler hak olarak kabul edilemez ise de hukuken korunan her menfaatin de hak olduğu söylenemez. Zira toplumda kişilerin belirli menfaatleri korunduğu hâlde, bu menfaatlerin korunmasına ilişkin doğrudan talep hakkı verilmeyen durumlar söz konusudur.⁴⁷

c.Karma Kuram: Uzlaştııcı ve orta yolu bulan bir teori olarak karşımıza çıkan bu teori irade ve menfaat teorilerinin birleşmesinden oluşmuştur. Bu kuramı destekleyen Alman hukukçuları Michoud ve Jellinek'tir. Jellinek özellikle vatandaşı olan Jhering'in menfaat kuramını eleştirmektedir. Buna göre Jellinek hakkı, insana, sahibi bulunduğu menfaati korumak üzere tanınmış olan irade kudretidir diye tanımlamakla birlikte sübjektif hak söz konusu olmaksızın hukukça korunan menfaatlerin varlığını savunur.⁴⁸

d.Hukuki İlişki Kuramı: "Hak" kavramı hukuki ilişkinin bir unsuru olarak açıklanır. "Hak", sahibine hukuki ilişkiye katılan karşısında tanınan bir ayrıcalıktır. Hak, sahibine belirli bir şekilde hareket edebilmek ayrıcalığını verirken, aynı ilişkiye katılan diğer kişiler, hak sahibinin bu ayrıcalıklı hareketine uymak ve ona katlanmak zorundadır. "Hak" hukuken korunan çıkarların gerçekleştirilmesi amacıyla, kişiye

⁴⁵ M. Emin Emni, "Hak Kavramı", *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, S.12 (2004), s. 206.

⁴⁶ İnanç Kara Ölmeztoprak, "Türk Anayasalarında İnsan Hakları", Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı, Malatya, 2011 s.15.

⁴⁷ Fahrettin Korkmaz, *Hukukun Temel Kavramları I*, 4. Baskı, Eskişehir, 2014, s.7.

⁴⁸ Emni, s. 208; Kara Ölmeztoprak, s. 15.

hukuk düzeni tarafından sağlanan ve kullanılması onun iradesine bırakılan bir hukuk kudretidir.⁴⁹

B.Hakların Kaynağı

Hakların kaynağı genel olarak sözleşme, hukuk, ahlaki ilkeler veya inanç sistemleri olabileceği dile getirilmektedir. Akdi haklar özel anlaşmalardan (sözleşmeden), hukuksal haklar hukuktan (yasalardan), ahlaki haklar ise doğruluk (haklılık) düşüncesinden doğmaktadır. Dinsel inanç sistemleri ve kutsal kitaplar da kendi alanlarındaki haklara kaynaklık etmektedir. Ancak bir hak için mutlak anlamda tek bir kaynak olmayabilir ve birden fazla kaynak tek bir hakkı besleyebilir.

Bir kimsenin sahip olduğu hakların kaynağı “sözleşme” olabilir. İki kişi arasında yapılan sözleşmeyle, bir taraf bazı haklar elde etmiş, diğer taraf da bazı yükümlülükler üstlenmiş olabilir. Donnelly’e göre hukuk kuralları da kişiyi hak sahibi yapabilir. Anayasa, yasa ya da yönetmelik gibi hukuk kuralları, kişilere yetki tanıyabilir veya onların bazı taleplerini meşrulaştırabilir. Belirli bir yaşa gelmiş herkesin oy kullanma hakkının anayasa ile güvence altına alınması gibi hakkın kaynağı hukuk kuralları olabilir. Hart’a göre, yasal bir hak, bazı yasal kuralların özel bir duruma uygulanmasıyla ortaya çıkmaktadır. Dworkin ise, yasal hakların, kurallar değil, ilkeler üzerine kurulduğunu belirtmiş ve yasal kuralların yeterli olmadığı zor davalarda son karar için, yasal ilkelere başvurulduğunu öne sürmüştür.

Bir başka kaynak, bir talebin “doğruluğu/haklılığı” düşüncesidir. Bu durumda talebin ahlaki geçerliliği söz konusudur. Yetişkin ve yeterliliği olan herkesin kendisiyle ilgili temel kararları kendisinin almasının etik bir ilke olarak kabul edilmesi, çoğu insan için doğruluğu tartışılmayacak bir gerçektir. Ahlaki haklar, etik ilkelerden doğar ve bir takım yaptırımlarla da desteklenir. Ancak genel olarak ahlaki hakların temelleri konusunda da tam bir görüş birliği bulunmamaktadır. Sözleşmeye, hukuka ya da ahlakilik düşüncesine dayanan hak kavramı, bir tutum ya da davranışın

⁴⁹ Özer, s. 5.

doğruluğuna ve başkaları tarafından saygı gösterilmesi gerekliliğine işaret etmektedir.⁵⁰

C.Hakların Tasnifi ve Çeşitleri

1.Düzenlendikleri Hukuk Alanına Göre Haklar: Kamu hukuku-özel hukuk ayrımının bir yansıması olarak haklar da kamu hakları (kamu hukukundan doğan haklar)-özel haklar (özel hukuktan doğan haklar) şeklinde ikili bir ayrıma tabi tutulmaktadır.⁵¹

Kamu hakları, klasik ayırıma ve bizim anayasamızın sistemine göre kamu hukuku üç kategoriye ayrılmaktadır; Kişisel haklar, Sosyal ve ekonomik haklar, Siyasal haklar. Jellinek ise kamu haklarını, klasikleşen ve genellikle benimsenen bir sınıflandırma ile sırasıyla, negatif statü hakları, pozitif statü hakları ve aktif statü hakları diye üç kategoriye ayırır.⁵²

Kişisel kamu hakları, bireyin serbestçe gelişmesini hedefleyen yaşam alanına devletin müdahale etmesini önleyen haklardır. Bu sebeple “koruyucu haklar” ya da devletin bu haklar karşısında negatif bir tutum sergileyip karışmama yükümlülüğü altında bulunmasından dolayı “negatif statü hakları” da denir. Bu haklara örnek olarak özel hayatın gizliliği, din ve vicdan hürriyeti, konut dokunulmazlığı, haberleşme hürriyeti gösterilebilir.

Sosyal ve ekonomik haklar ise bireylere devletten olumlu (pozitif) bir tutum sergilemesini, devletin bazı hizmetleri yerine getirmesini isteme imkânı tanıyan haklardır. Bu sebeple “isteme hakları” ya da “pozitif statü hakları” olarak da adlandırılırlar. Bu haklar arasında sağlık hakkı, konut hakkı, sosyal güvenlik hakkı, eğitim ve öğrenim hakkı sayılabilir. Anayasaya göre devlet bu hakları malî kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getirir.

⁵⁰ Cemal Hüseyin Güvercin, “Türkiye’deki Gelişimi Açısından Hasta Hakları Kavramı”, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2007, s. 13-14.

⁵¹ Korkmaz, s.3.

⁵² Funda, s. 13.

Siyasî haklar, bireylerin siyasal iktidarın kullanılmasını ve devlet yönetimine katılmasını sağlayan seçme, seçilme, siyasî parti kurma, kamu hizmetine girme ve dilekçe hakkı gibi haklardan oluşur. Bu haklara “katılma hakları” ya da aktif statü hakları da denir.⁵³

Özel Haklar; Genellikle kişilerin birbirleri ile olan ilişkilerinden doğan ve daha çok özel hukuk alanını ilgilendiren haklara özel haklar denir.⁵⁴

2.Niteliğine (İleri Sürülebileceği Çevreye) Göre Haklar; mutlak haklar ve nispi haklar olarak ikiye ayrılır. Mutlak haklar herkese karşı ileri sürülebilen haklarken nispi haklar sadece ilişkide bulunduğumuz diğer kişiye ileri sürülebilen haklardır.⁵⁵

3.Konularına Göre Haklar; haklar, konularının parasal bir değer taşıyıp taşıyamaması esasına göre malvarlığı hakları-şahıs varlığı (kişilik) hakları olarak ikiye ayrılmaktadır. Para ile ifade edilen bu haklar, kişinin malvarlığını oluşturmaktadır. Malvarlığı üzerindeki bu haklara malvarlığı hakları denilmektedir. Malvarlığı hakları arasında mülkiyet hakkı, alacak hakkı, fikir ve sanat eserleri üzerindeki malî haklar sayılabilir. Bazı haklar parasal değil, kişisel ve manevi değer taşırlar. Bu haklar, malvarlığı haklarından farklı olarak devir ve miras yoluyla başkasına geçmez, hak sahibi tarafından şahsen kullanılabilirler. Kişinin ismi, resmi, şeref ve haysiyeti, sırları, özel hayatı gibi değerleri şahıs varlığı haklarına dâhildir.⁵⁶

4.Kullanımlarına (Devir Kabiliyetlerine) Göre Haklar; devredilip devredilmemelerine göre ikiye ayrılır. Başkalarına devri veya intikali mümkün olan haklar devredilebilen hakları oluştururken; kişilik hakları, oturma hakkı, nafaka hakkı gibi haklar ise devredilemeyen hakları oluşturur.⁵⁷

5.Amaçlarına (Kullanılmasının Etkisine) Göre Haklar; 1.yalın (yenilik doğuran) haklar; bu haklar sahipleri tarafından kullanıldıklarında ya yeni bir hukukî ilişki meydana gelir, ya mevcut bir hukukî ilişki değişir yahut da bir hukukî ilişki ortadan kalkar.⁵⁸

Başka bir ifade ile yenilik doğuran haklar, hak sahibinin tek taraflı iradesiyle yeni bir hukuki durum medya getirip getirmediğine, yani kullanımındaki amaca göre

⁵³ Korkmaz, s. 4.

⁵⁴ Funda, s. 16.

⁵⁵ <http://www.kpsskonu.com>, (01.02.2016).

⁵⁶ Korkmaz, s. 5.

⁵⁷ <http://www.kpsskonu.com>, (01.02.2016).

⁵⁸ Korkmaz, s. 10.

nitelikleri saptanan haklardır. Yenilik doğuran haklar başlıca üç gruba ayrılır. aa. Kurucu yenilik doğuran haklar; bunlar hakkın kullanılmasıyla yeni bir hukuki ilişkinin doğmasını sağlarlar.⁵⁹

bb. Değiştirici yenilik doğuran haklar; kullanıldığında var olan durumda değişiklik yapan haklardır. cc. Bozucu yenilik doğuran haklar; kullanıldığında var olan durumu ortadan kaldıran haklardır. Daha önce mevcut olan hukuksal bir durum tamamen ortadan hakların kullanılması sonucu yeni bir hukuksal sonuç doğurmaz. 2.Yenilik doğurmayan haklar ise alelade haklarda denilen bu hakların kullanılması sonucu yeni hukuksal bir sonuç doğurmaz.⁶⁰

6.Bağımsız Olup Olmamasına Göre Haklar; Hakların bağımsız olup olmaması yönünden bağımlı haklar-bağımsız haklar ayrımı söz konusudur. Hak sahibinin doğrudan doğruya sahip olduğu haklara bağımsız haklar denir. Bağımsız haklarda hak sahibi hakkı bir başka hakka sahip olması dolayısıyla elde etmemiş, hakka doğrudan sahip olmuştur. Mülkiyet hakkı, alacak hakkı, fikrî haklar bağımsız haklara örnek olarak verilebilir. Haklar genelde bağımsızdır. Ancak bir kısım haklar bakımından hak sahipliği sıfatı, bir başka hakka sahip olunduğu yahut belirli bir hukukî ilişkinin tarafı bulunulduğu için kazanılmaktadır. Diğer bir deyişle, hak sahipliği başka bir hak üzerindeki hak sahipliğine göre belirleniyorsa bağımlı haklar (bağlı haklar) söz konusu olur.⁶¹

7.Kullanma Yetkisi Bakımından Haklar; Hakların hak sahibi tarafından kullanılması doğal ve genel uygulama olmakla birlikte, bu hakların birçoğunun hak sahibi tarafından şahsen kullanılması zorunlu olmayıp yetkili kılınan başka bir kişi eliyle de kullanılabilmesi mümkündür. Buna karşın bir kısım hakların kullanılmasında mutlaka kişinin kendisinin karar vermesi, hakkın kullanılmasının hak sahibinin iradesine dayanması gerekir ki bu tür haklara münhasıran şahsa bağlı haklar (kişiye sıkı sıkıya bağlı haklar) adı verilir. Bizatihi malî bir mahiyet taşımayan bu haklar hak sahibinin kişiliğiyle yakından ilgili olup başka şahıslar tarafından

⁵⁹ Erhan Adal, **Hukukun Temel İlkeleri El Kitabı**, Marmara Üniversitesi Yayın No 428, İktisadi ve İdari Bilimleri Fakültesi Yayın No: 372, Fatih Yayınevi İstanbul, 1985, s.142.

⁶⁰ <http://www.kpsskonu.com>, (01.02.2016).

⁶¹ Korkmaz, s.11.

kullanılmaz, başkasına devredilemez, miras yoluyla geçemez. Bu tür haklar özellikle kişiler hukuku, aile hukuku ve miras hukukunda düzenlenmiştir.⁶²

II. HASTA HAKLARI

Hasta hakları son yıllarda başta Avrupa ülkeleri olmak üzere birçok ülkede sağlık hizmetlerinde özellikle de acil sağlık hizmetlerinin sunumunda adından söz ettiren bir kavram haline dönüşmüştür. Bununla birlikte sağlık hizmetleri alanındaki tartışmalarda hasta hakları kavramının merkezi konuma oturtulması sağlık hizmetleri ve tıbbi girişimlerin bilimsel, hukuki ve teknolojik vb. boyutlarındaki büyük değişime ve gelişime bağlıdır. Nitekim modern anlamda hasta hakları kavramının merkezi bir konuma kavuşturulması tıp teknolojisinde büyük değişimlerin olduğu son 50 yıla dayanmaktadır.

Elbette hasta haklarına gereksinim duyulmasının başka nedenleri de vardır. Bunlardan biri sağlık personelinin insanlar üzerinde girişimlerinde görülen artışlar; diğeri ise sağlık hizmetlerine ulaşma sürecinde ortaya çıkan sorunlardır. Toplumsal ve ekonomik gelişmeler sağlık hizmetlerinde eşitlik ve hakkaniyet değerlerine olan ihtiyaçları artırmış ve büyük ölçüde piyasa dinamiklerine teslim olan sağlık sistemi karşısında hastaların korunması gerekliliği ortaya çıkmıştır.⁶³

A.Hasta Hakları Kavramının Tanımı

Hasta hakları kavramı insan haklarının bir alt başlığını oluşturur ve insanlığın doğumdan itibaren kazandığı temel haklar arasında yer alır. Bu nedenle

⁶² Korkmaz, s.6

⁶³ Emine Arslan, “Türkiye’de Hasta Hakları”, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul, 2010, s. 3-4.

ki hasta haklarının ana kaynağı insan haklarıdır.⁶⁴ Hasta hakları ile ilgili yapılan akademik araştırmalar ve çalışmalar sonucunda uluslararası boyutta kabul edilmiş tek bir tanım yer almamaktadır. Fakat yapılan bu tanımlar birbirinden farklı görünse de konunun özü ve temel noktaları aynıdır.⁶⁵

1 Ağustos 1998 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanan HHY'e göre hasta hakları; sağlık hizmetlerinden yararlanma gereksinimi bulunanların, sırf insan olmaları sebebiyle sahip bulundukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası andlaşmalar, yasalar ve diğer mevzuat ile güvence altına alınmış bulunan haklardır.

Hakan Hakeri, hasta haklarını “ hastanın kaybettiği sağlığını en kısa zamanda, mümkün olabildiğince en yüksek seviyede, en konforlu ve saygın bir biçimde alabilmesi; bu mümkün olamadığında ise hastalığına karşın yaşam kalitesini koruyabilmesi ve insan onuruna yakışır biçimde ölebilmesi için gereksinim duyacağı her türlü destek ve hizmete kolayca ulaşabilmesi” olarak tanımlamıştır.⁶⁶

Hasta hakkı kavramı toplum yaşamında meydana gelen hukuki meselelerin çözümünde, hastaların karşı karşıya kaldıkları sorunların giderilmesinde başvurulacak hukuki düzendir. Yani sağlık kuruluşlarına veya bu kuruluşlarda çalışanlara karşı hastanın kazanmış olduğu tüm menfaatlara hasta hakkı denir.⁶⁷

Burada şu konunun altını çizmek gerekir ki; hasta hakları hareketi, özünde hiçbir şekilde hastalarla hekimleri karşı karşıya getirmeyi amaçlamamakta, bilakis, giderek karmaşıklaşan sağlık sisteminde insan onuru ve bütünlüğü, yaşam hakkı gibi kutsal saydığımız insan haklarının hukuken korunmasını sağlamaya yöneliktir.⁶⁸ Hasta hakları aynı zamanda sağlık personelinin hak ve yükümlülüklerinin de belirlemektedir. Bu itibarla, hasta hakları kavramı, sağlık personeline karşı bir kavram olarak görülmemelidir. Hasta hakları kavramını ortaya koyan ve geliştirenlerin bizzat hekim oldukları unutulmamalıdır.⁶⁹

⁶⁴ Özlem Bilir ve diğerleri, “Acil Servis Çalışanlarının Hasta Haklarına Bakışı”, *Konuralp Tıp Dergisi*, C. 7, S.1 (2015), s. 29.

⁶⁵ Zehra Özlem Kurtcebe, “Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hasta ve Yakınları İle Araştırma Görevlilerinin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi, Tutum ve Yararlanma Durumlarının Değerlendirilmesi”, Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, 2009, s. 11.

⁶⁶ Hakan Hakeri, *Tıp Hukuku*, 10. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2015, s. 73.

⁶⁷ Yasemin Güllüoğlu, “Türk Hukukunda Hasta Hakları Kavramı (Hukuki Nitelik ve Sonuçları)”, Yüksek Lisans Tezi, T.C İstanbul Kültür Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2008, s. 9.

⁶⁸ Hasan Özkan, Sunay Öner Akyıldız, *Açıklamalı-İçtihatlı Hasta Hekim Hakları ve Davaları*, 1. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2008, s. 33.

⁶⁹ Hakeri, s. 73.

B.Hasta Haklarının Amaçları

Yukarıda da bahsedildiği gibi hasta haklarının amacı hastalarla hekimleri karşı karşıya getirmek değildir. Bu yanlış anlamayı önlemek için hasta haklarının amaçlarının ayrıntılı bir şekilde verilmesinde yarar vardır. Bu amaçlar şunlardır:

- 1.Hastanın bir kişi olarak gelişmesi ve kişinin bütünlük ve itibarının korunması, sağlık hizmetlerinde temel insan haklarının yeniden onaylanması;
- 2.Hastalara sağlık hizmetlerinden tam olarak yararlanma konusunda yardım etmek ve sistemle ilgili sorunların etkisini en aza indirmek;
- 3.Hastalarla sağlık personeli arasındaki ilişkiyi desteklemek ve geliştirmek, özellikle de hastaların sağlık hizmeti sürecine aktif katılımını cesaretlendirme;
- 4.Hasta kuruluşları, sağlık personeli ve sağlık yönetimleri arasındaki diyaloglar için yeni fırsatlar yaratmak ve var olanları güçlendirmek;
- 5.Sağlık personelinin mesleki uygulamalardan doğan hatalarını azaltmak;
- 6.Hastaların sağlık hizmetleriyle ilgili ulusal ve yerel programlara katılmasını sağlayarak sağlık hizmetinin kalitesini artırmak;
- 7.Çocuklar, psikiyatri hastaları, yaşlılar ve mahkumlar gibi özel gruplar için ayrıntılı düzenlemeler getirmek;
- 8.Hasta-hekim ilişkisinde edilgen modeli değiştirerek sağlık hizmetlerinin insancıllaştırılmasını sağlamak;
- 9.Hasta eğitimini genel bir uygulama haline getirerek sağlık hizmeti etkinliğini artırmak;
- 10.Hasta hakları ile ilgili düzenli başvuru mekanizmaları oluşturarak sağlık hizmeti ortamında otokontrol sağlamak;
- 11.Sağlık hizmetlerindeki piyasa dinamiklerine bağımlılıktan kaynaklanan ve hastaları “para kazanma aracı” olarak gören uygulamaları önleyecek bir sağlık kültürü geliştirmek.⁷⁰

⁷⁰ Şükrü Hatun, **Hasta Hakları**, 1. Baskı, İletişim Yayıncılık, İstanbul,1999, s. 19-20.

C.Hasta Haklarının İlkeleri

Hasta haklarına temel olan ve sağlık hizmetlerinde insan hakları olarak tanımlanan altı ilke bulunmaktadır. Bu anlamda, hasta hakları ilkelerini şöyle sıralayabiliriz.⁷¹

1. Kadın ve erkek herkesin insan olması dolayısıyla saygı görmeye hakkı vardır.
2. Herkes kendi yaşamını belirleme hakkına sahiptir.
3. Herkes fiziksel ve zihinsel bütünlüğe sahip olmaya ve kişi olarak güvenli bir yaşam sürdürme hakkına sahiptir.
4. Kadın veya erkek herkesin özel yaşamına saygı gösterilmelidir.
5. Herkes kendi ahlaki ve kültürel değerlerine, dinsel ve felsefi inançlarına sahip olma ve bunlara saygı gösterilme hakkına sahiptir.
6. Herkes hastalıkların önlenmesi ve sağlık bakımı için yeterli ölçüde çabalar ile sağlığının korunması ve kendisi için edinilebilir en yüksek sağlık seviyesine kavuşma hakkına sahiptir.

III. HASTA HAKLARININ TARİHSEL GELİŞİMİ

A.Dünyada Hasta Haklarının Tarihsel Gelişimi

Hasta olmanın ahlaki yorumlarında ve resmi kuralların yaratılmasında tarihin başlangıcında arkaik toplumlarda ve antik çağ medeniyetlerinde hekimlerden talep edilenler bulunur. Kendinden eski olan Sümerlerin kurallarına dayanan Kral Hammurabi kanunları (yaklaşık M.Ö. 1750), hekimin çalışmaları hakkındaki kuralları (aktarılan ilk ücret cetveli de dahil) içermektedir.⁷² Hamurabi Kanunları'nın 215 ile 223. maddeleri arasında hekimin ücretle ilgili hakları ve sorumluluğu

⁷¹ Hatun, s. 14.

⁷² Özer, s.12; Kurtcebe, s. 15.

düzenlenmiştir. 215, 216, 217, 221, 222 ve 223. maddelerde hekimin hastayı iyileştirmesi halinde ne kadar ücreti hak edeceği açıklanmaktadır. Hekimin sorumluluğu ile ilgili hükümler ise 218 ile 220. maddeler arasında yer almaktadır. Buna göre: “Şayet hekim, birisine bronz bir neşter ile tehlikeli bir yara açarak onu öldürürse veya onun gözünü harap ederse iki eli kesilir (m.219). Şayet hekim, bir esire bronz bir neşter ile tehlikeli bir yara açarak öldürürse, onun yerine bir esir verecektir (m. 220). Şayet onun göz perdesini bronz bir neşter açıp harap etmişse esirin bedelinin yarısını ödeyecektir(m 221)”.⁷³ “Hekimin Sorumluluğu” ile ilgili hükümlerin yer aldığı 218 ile 220. maddelerden anlaşılan, esir olan hastaya dahi hekimin hatalı davranışından kaynaklanan kötü sonuçlarda bir hakkın ihlal edildiği ve zararın hasta kişinin lehine tanzim edilmesi, hatta bu zararı hekimin canıyla ödemesi gerektiği üzerinde durulması, sağlık konusunda eski zamanlarda ne kadar katı olunduğudur. Bu hükümlerin oluşturulmasındaki en temel amaç, hekimin hastasının bir esir bile olsa ne kadar değerli olduğunu idrak etmesi adına en önemli uzvu olan her iki elinin dahi kesilebileceği tehdidiyle hata yapma oranını düşürmek olduğu yorumu yapılabilir.⁷⁴

Yüzyıllar öncesinden günümüze kadar hasta haklarının çekirdeği, M.Ö. 5./4. yüzyılda ortaya çıkmış olan Hipokrat yeminidir. Bu yemin, hekim için getirilen kürtaj, aktif ötenazi ve taş çıkarma yasakları, sır saklama yükümlülüğü, zarar ve haksızlıklardan koruma, her hastaya saygı gösterme gibi konular içermektedir.⁷⁵

Bunda başka; eski Mısır’da yazılı tıp kurallarına uymak sonuç ne olursa olsun sorumluluğu ortadan kaldırmaktaydı. Ancak yeni bir yöntem uygulanmasında hasta öldüğü veya iyileşmediği takdirde hekim ölüm cezası ile cezalandırılmakta idi. Roma hukukunda ise hekim, ihmal ve acemilik hali nedeniyle sorumlu tutulmaktaydı.⁷⁶

Ortaçağa baktığımızda ise hasta ve hekim ilişkilerinin din mefhumu üzerinden ele alındığı görülmektedir. Aydınlanma yüzyılında, hekimin, hastanın ve toplumun yükümlülüklerine ve erdemlerine daha fazla yoğunlaşıldığı ve daha fazla önem verildiği ifade edilebilir. Leibniz’e göre tıp ve ahlak birbirleriyle sıkı sıkıya

⁷³ Serpil Akbulut, “**Hasta Haklarının Anayasal Temeli**”, Yüksek Lisans Tezi Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Hukuku Ana Bilim Dalı, Antalya, 2012, s. 17.

⁷⁴ Akbulut, s. 17.

⁷⁵ Özer, s.12; Kurtcebe, s. 15.

⁷⁶ Özkan, Öner Akyıldız, s. 33.

bağlantılıdır. Johann Karl Osterhausen, 1798’de tıbbi aydınlatmayı “bir insanın, bedensel sağlığıyla ilgili olan konularda cehaletten çıkışı” olarak tanımlar.⁷⁷

On dokuzuncu yüzyıla gelindiğinde tüm fen bilimsel yönlenmeye karşın, tıp etiği konusunda birçok inceleme yayınlanmıştır. 1803’te Thomas Percival tarafından aydınlanma ruhunda yazılan “Code of medikal ethics” (Tıp Etiği Kodları) geniş çapta etkili olmuş; 1847’de ise Amerikan Tıp Topluluğu tarafından “deontoloji tüzüğü” olarak kabul edilmiştir. Bu tüzükte tıp eğitiminin standartları ve tıbbi etik ilkeler ayrıntısız olarak yer almaktadır. Bu ilkeler doğrultusunda hekimlerin hastalara karşı görevleri ortaya konmaya çalışılmıştır.⁷⁸ On dokuzuncu yüzyıla ait hasta haklarının genel özellikleri şöyle sıralanabilir: Kademeli bilgilendirme yükümlülüğü, sınırsız sır saklama yükümlülüğü, ötenazinin mutlak yasaklanması, hastalık üzerinde odaklaşma eğilimi, hastalık ve terapiye karşı olgucu bir anlayıştır.⁷⁹

Yirminci yüzyılda ise hasta hakları, özellikle son otuz yıl içinde sağlık hizmetleri tartışmalarının konularından biri olarak ele alınmaya başlanmıştır. Bu amaçla bütün dünyada başta hekim birlikleri olmak üzere, bazı sağlık koruma kuruluşları muhtelif programlar yürütmeye başlamışlar ve periyodik olarak bir araya gelerek, etikle düzenlenen hasta-hekim ilişkisini, hukuksal alanda yapılandırabilecek bir hasta hakları çerçevesi içine yerleştirmeye çalışmışlardır. Bu çalışmaların hedefi, hasta haklarının çağdaş tüzüklerle evrensel olarak düzenlenmesidir.⁸⁰

Buna göre hasta hakları ile ilgili ilk çalışmalar ABD’de başlamıştır. Aslında bu konudaki adımlar da hekimler tarafından atılmıştır. Amerikan Hastaneler Birliği’nin bu konuda ilk girişimleri başlattığı belirtilmektedir. Birlik 1972 yılında Hasta Hakları Beyannamesini yayınlamıştır. Bu beyannamenin hasta haklarına ilişkin yayınlanan ilk belge olduğu aktarılmaktadır. Amerikan Hastaneler Birliği’nin hazırladığı Hasta Hakları Beyannamesi’nin amacı; hastanın daha memnun edilmesi ve etkin bir tedavi imkânının sağlanması olarak belirtilmiştir.⁸¹ Bu bildirgeye göre;

1. Hastanın saygılı ve onuruna yakışır bir tedavi görme hakkı vardır.

⁷⁷ Özer, s. 12-13.

⁷⁸ Hülya Yılmaz, “Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde Yatan Erişkin Hastaların Hasta Haklarından Yararlanma Durumları ve Hemşirelerin Hasta Haklarına İlişkin Görüşleri”, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İstanbul, 2002, s. 14.

⁷⁹ Kurtcebe, s. 16.

⁸⁰ Özer, s. 13.

⁸¹ Çotur, s. 18.

2. Hastanın anlayacağı şekilde, hastalığı ile ilgili, teşhis, tedavi, prognozu hakkında doktorundan bilgi edinme hakkı vardır.
3. Hastanın herhangi bir tıbbi işlem ya da tedaviye başlanılmadan önce onamının alınmasını bekleme hakkı vardır.
4. Hastaların yasaların izin verdiği ölçülerde tedaviyi reddetme ve bunun sonucunda ortaya çıkabilecek sorunlardan haberdar olma hakkı vardır.
5. Ziyaretçi, hastane ile resmen ilişkisi olan fakat hastanın bakım ve tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kişiler ve kayıtlarının çoğaltılmasını reddetme hakkı vardır.
6. Hastanın kendi tıbbi bakımı ile ilgili programı ve özel yaşamını ilgilendiren her şeyi bilme hakkı vardır.
7. Hastanın sağlığı ile ilgili kayıt ve görüşlerin gizli tutulmasını isteme hakkı vardır. Hastanın hastanede, tedaviye zarar vermediği sürece, kendi kişisel kıyafetlerini giymesi, dini ve başka anlamlı simgeleri takma ve fiziksel muayenesi sırasında kendi cinsinden kişilere muayene olma hakkı vardır.
8. Hastanenin kapasitesi ölçülerinde hizmet verme hakkı vardır. Hastane vakanın durumuna göre, hastayı bir başka hastaneye sevk edebilmelidir. Böyle durumlardan önce sevk edilecek kuruma hasta ile ilgili bilgi verilecek sonra nakledilecektir. Hastanın nakli öncesi ilgili kurumun bu nakli kabul etmesi gerekir.
9. Hastanın kendi bakımını ilgilendirdiği oranda, bulunduğu hastanenin başka sağlık kurumları ya da eğitim kurumları ile olan ilişkileri konusunda bilgi sahibi olma hakkı vardır. Hastanın kendi tedavisi ile ilgili mesleki ilişkisi olan kişilerin adlarını bilme hakkı vardır.
10. Hastanın kendi sağlığı ile ilgili olumlu bakımın devamını bekleme hakkı vardır. Hastanın önceden randevu saatlerini ve sağlık personelinin nerede bulabileceğini bilme hakkı vardır. Hastanın taburcu edildikten sonra kendi doktoru tarafından sağlığının sürekli kontrol edilmesini sağlayacak mekanizmanın işleyeceğini bekleme hakkı vardır.
11. Hasta ödeme kaynağı ne olursa olsun faturayı inceleme ve onunla ilgili bilgi edinme hakkına sahiptir.
12. Hastane hastanın tedavisini etkileyecek bir araştırma yapacak ve denek olarak kullanacaksa bu konuda hastaya açıklama yapılmalıdır. Ayrıca hastanın bu araştırma projelerinde yer alıp almamaya karar verme hakkı vardır.

13. Hastanın, hastane kurallarını ve düzenlemelerini bilme hakkı vardır.

13 maddeden oluşan bildirge kısa kararlar içermesine rağmen hasta hakları ile ilgili temel kavramları (bilgilendirme, saygı görme, mahremiyet) gündeme getirmesi nedeniyle hasta hakları ile ilgili önemli bir aşamadır.⁸²

Hasta haklarıyla ilgili çalışmalar sadece ABD ile sınırlı kalmamıştır. Bir alt başlıkta ayrıntılı bir şekilde yer verilecek olan bu çalışmalar; 1975’de Avrupa Konseyi Parlamenterler Asamblesi de hasta hakları ile ilgili öneriler taslağı, Dünya Tıp Birliği’nin 1981’de Portekiz Lizbon’da gerçekleştirdiği Genel Kurulu’nda benimsediği “Lizbon Bildirgesi, WHO’nün 28-30 Mart 1994’te Amsterdam’da gerçekleştirdiği toplantıda edilen Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi ve Dünya Tıp Birliği’nin 1995’te Bali’de gerçekleştirdiği toplantıda kabul edilen Lizbon Bildirgesi II belgeleri, hasta hakları konusunda gelişmeler açısından önemli belgelerdir.⁸³

Son yıllarda ülkemiz de dahil olmak üzere birçok ülkede hasta haklarına önem veren bir sağlık sistemi düşüncesi gelişmektedir. Ülkemiz ile birlikte birçok Avrupa ülkesi “Hasta Hakları Mevzuatı”nı kendi hukuk sistemi kapsamına dahil etmiştir. Ayrıca yapılan bilimsel çalışmalar ile hasta hakları kavramı hak ettiği değeri görmeye başlamıştır.

B.Türkiye’de Hasta Haklarının Tarihsel Gelişimi

Hasta hakları kavramı, insan hakları ve tıp alanındaki gelişmelerle paralel ortaya çıkmış ve bilhassa 20. yüzyılın son çeyreğinde somut ve hukuksal olarak gündeme taşınmıştır. Önce uluslararası bildirgelere ve sözleşmelere konu olan hasta hakları, geçen yüzyılın son on yılı içinde dünyada birçok ülkede yasal bir boyuta ulaşmıştır. Ülkemiz bu sürece ve gelişmelere ilgisiz kalmamış olup ülkemizde hasta haklarına ilişkin yasal düzenlemeler peyderpey olmuş ve uzun bir hazırlık süreciyle olgunlaşmıştır. Bununla birlikte ülkemizde halen hasta haklarını doğrudan

⁸² Çotur, s. 19-20.

⁸³ Abdullah Aşkar, “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları ve Kütahya Devlet Hastanesi Örneği”, Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Kütahya, 2006, s. 49-50.

düzenleyen bir kanun yoktur. Ancak Cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren sağlık hizmetlerini düzenlemek üzere yürürlüğe koyulan yasal düzenlemelerde temel insan hak ve hürriyetleri çerçevesinde bazı hasta haklarına yer verildiği ve doğrudan hasta hakkı olarak belirtilmese bile temel hasta haklarıyla örtüşen hükümlere yer verildiği görülmektedir.

Öncelikli olarak Anayasal düzenlemelere bakacak olursak; 1961 Anayasası Cumhuriyet döneminde sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri bakımından bir ilki gerçekleştirmiştir. Sosyal devletin temel unsurlarından olan sağlık hakkı anayasada vurgulanmıştır. Yasada, hiçbir ayırım olmadan herkese sağlıklı olma hakkı, hasta olunması durumunda da gerekli tıbbi bakımı alma hakkı tanınmıştır. Kişilerin sağlıklı olarak yaşaması ve sağlık hizmetlerinden yararlanmasının sağlanması devletin görevi olarak belirtilmiştir.⁸⁴

1982 Anayasası'na baktığımızda ise hasta hakları başlığı altında veya bizatihi “hastalara ilişkin haklar” ibaresiyle bir koruma olmasa da hasta haklarının dayanağını oluşturan, sağlığın korunmasıyla ilgili muhtelif hükümler yer almaktadır. Bu hükümlerin ilki, değiştirilmesi yasaklanmış 2.maddede yer alır: “Türkiye Cumhuriyeti, toplumun huzuru, millî dayanışma ve adalet anlayışı içinde, insan haklarına saygılı, Atatürk milliyetçiliğine bağlı, başlangıçta belirtilen temel ilkelere dayanan, demokratik, lâik ve sosyal bir hukuk devletidir.” Bunun yanı sıra 1982 Anayasasının, 10. maddesinde; kişilerin kanun önünde eşitliğini, 12. maddesinde; kişilerin temel hak ve özgürlüklerini, 17.maddesinde; kişilerin dokunulmazlığı ile maddi ve manevi varlığını, 56.maddesinde ise; kişilerin sosyal ve ekonomik hakları-ödevlerini hüküm altına almaktadır.⁸⁵

Bu anayasada 1961 Anayasası'ndaki gibi sağlık hakkına ilişkin açık bir hüküm bulunmamakta ve daha örtülü ve dolaylı ifadeler yer almaktadır.⁸⁶

Ayrıca Anayasa'nın, özellikle 2010 değişikliğiyle birlikte 20. maddesine eklenen fıkra da hasta hakları ile doğrudan bağlantısı olduğu söylenebilir: “(Ek fıkra: 12.9.2010-5982/2 m.) Herkes, kendisiyle ilgili kişisel verilerin korunmasını isteme hakkına sahiptir. Bu hak; kişinin kendisiyle ilgili kişisel veriler hakkında bilgilendirilme, bu verilere erişme, bunların düzeltilmesini veya silinmesini talep

⁸⁴ Güvercin, s. 95.

⁸⁵ Güllüoğlu, s. 28.

⁸⁶ Güvercin, s. 100.

etme ve amaçları doğrultusunda kullanılıp kullanılmadığını öğrenmeyi de kapsar. Kişisel veriler, ancak kanunda öngörülen hallerde veya kişinin açık rızasıyla işlenebilir. Kişisel verilerin korunmasına ilişkin esas ve usuller kanunla düzenlenir.” Yine burada hastanın mahremiyetini korunmasının bu maddeyle güvence altına alındığını görüyoruz.

Hasta haklarının anayasal temelleri açısından kilit noktasını, hak arama ile ilgili anayasal güvenceler oluşturur. Çünkü ancak hakkın ihlali söz konusu olduğunda bu hakkın varlığının gündeme gelmesi söz konusu olmakta ve dolayısıyla hakkın yeniden kazanılması süreçlerinde o hakkın bir insan için değer olarak önemi somutlaşmaktadır. Bu nedenle, diğer haklar için olduğu gibi hasta hakları için de Anayasa’nın hak arama ve dava hakkını güvenceye alan 30. ve 40.maddeleri asli önem taşımaktadır. Özellikle: “Anayasa ile tanınmış hak ve hürriyetleri ihlâl edilen herkes, yetkili makama geciktirilmeden başvurma imkânının sağlanmasını isteme hakkına sahiptir. Devlet, işlemlerinde, ilgili kişilerin hangi kanun yolları ve mercilere başvuracağını ve sürelerini belirtmek zorundadır.” şeklinde ki 40.madde, kamu görevlileri ile ilgili 41.madde ve İdare Hukuku’nun temelini oluşturan 125. madde, hasta statüsündeki bir kişinin tedavi sırasında alması gereken hizmetle ilgili aksaklıklarda, hizmet kusurunda idareye veya yargıya başvurarak uğradığı zararı tazmin imkânı elde edebilmektedir.⁸⁷

IV. BAZI ÜLKELERDE HASTA HAKLARININ DURUMU

A.İngiltere

İngiltere’de hasta haklarına ilişkin ilk hukuksal çalışmalar 90’ların başında başlamıştır. İngiltere sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak amaçlı hasta hakları bildirgesi hazırlamıştır. Bu bildirgenin temel ilkesi “klinik gereksinim temelinde ve ödeme imkanına bağlı olmadan herkes için kapsamlı bir hizmet” olmuştur. Bu

⁸⁷ Akbulut, s. 29- 31.

bildirge ile herkesin tıbbi tedavi görme hakkı garanti altına alınmıştır. Ayrıca bunun yanında bilgilendirme hakkı ve kişiye itibar ve saygı hakkı ayrıntılandırılmıştır.⁸⁸ İngiltere’de hasta haklarının sağlık sisteminde yerini almasıyla ilgili örnek alınacak çalışmalar yapılmaktadır: Bu çalışmalar, İngiltere Vatandaş Hakları Bildirgesini (Citizen’s Charter) NHS alanında yaşama geçirmektedir. Buda sağlık hakkını en kaliteli şekilde insanların hizmetine sokmaktadır. Bu sistemin, insanların görüş ve ihtiyaçlarını dikkate alarak gerçekleştirmeye çalışması en önemli özelliğidir.⁸⁹

B.Hollanda

Hollanda hasta hakları konusunda liderlik eden ülkeler arasındadır. 90 lı yıllarda geliştirilen “Model Doctor Patient Regulation” isimli metin çerçevesinde toplum çapında tartışmalar gerçekleştirilerek sonunda hasta hakları ulusal hukuk sistemine alınmıştır.⁹⁰ Hollanda anayasasının 22. maddesi var olan kaynaklar çerçevesinde sağlık hizmetlerinin sağlanmasını ve ulaşılabilirliğini" güvence altına almaktadır.1995 yılının başlarında yürürlüğe giren Tıbbi Sözleşme Yasası (Medical Contracts Act) çerçevesinde Hollanda’da tıbbi tedavi hakkı, bilgilendirilme hakkı, onay hakkı, mahremiyet ve özel hayata saygı hakkı ayrıntılı bir şekilde düzenlenmiştir. Aynı yıl Ağustos ayında yürürlüğe giren ve hastaların şikayetlerini düzenleyen yasa (Act on Complaints) bir önceki yasayı bir anlamda tamamlamıştır. Hastaların kendileri ile ilgili bilgilere ulaşma ve mahremiyet hakları ise Tıbbi Sözleşme Yasasının yanı sıra Kişisel Verilerin Korunması Yasası (Personal Data Protection Bill) kapsamında da güvence altındadır. Meslek sırrı ise Tıbbi Sözleşme Yasasının yanı sıra ülkenin Ceza Hukuku kapsamında da yer almaktadır. Bu bağlamda hastaların kendileri ile ilgili bilgilerin gizli tutulması insan hakları bağlamında değerlendirilmektedir. Günümüzde Hollanda da hekimler dış hekimleri, eczacılar, eczacı kalfaları, ebeler ve hemşireler meslek sırrı konusunda meslekleri

⁸⁸ Hatun, s. 30.

⁸⁹ Akbulut, s. 22.

⁹⁰ Hatun, s. 46.

nedeni ile yükümlü tutulmaktadır. Son yıllarda bu yükümlülük psikologlar ve psikoterapistleri de içerecek şekilde genişletilmiştir.⁹¹

C.Kanada

Ülkede sağlık sistemini düzenleyen yasalar eyaletlere göre farklılık göstermektedir. Bununla birlikte herkesin tedavi hakkı yasalarca garanti altına alınmıştır. Hastanın hekim seçme özgürlüğü ve hekim değiştirme hakkı vardır. Hastaların bilgilendirilme hakkı hem yasal hem de etik standartlar ile güvence altına alınmıştır. Hastaların aydınlatılmış onayının her türlü tıbbi girişimin ön koşulu olduğu bütün eyaletlerce benimsenmiştir.⁹²

D.Finlandiya

Avrupa ülkeleri içinde hasta hakları ile ilgili kanuni düzenleme yapan ilk ülkedir. 1993 yılında “Hasta Statü ve Hakları Kanunu” çıkartılarak yürürlüğe girmiştir. Kanun sağlık hizmetleri ve tıbbi bakımın nasıl olması gerektiği, hastanın bilgilendirilmesi, kendi rızası ile geleceğini belirleme hakkı kavramlarını yasal statüye oturtmuştur. Ayrıca hasta şikayetleri ile ilgili ombudsman kurumu kurulması da öngörülmüştür.⁹³

⁹¹ Kurtcebe, s. 41- 42.

⁹² Hatun, s. 47.

⁹³ Meliha Aksüt, “**Hasta Hakları**”, Yüksek Lisans Tezi, Zirve Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Hukuku Anabilim Dalı, Gaziantep, 2015, s. 30.

E.Fransa

Fransız Devrimi Ulusal Konvansiyonunda yer alan “hastanede her yatakta sadece bir hasta yatacak ve yataklar arası uzaklıklar uygun olacak” ifadesi, hasta haklarının vurgulandığı tarihsel dönem açısından önemli görülmektedir. Ayrıca Avrupa ülkeleri içinde hasta hakları ile ilgili kuralların düzenlendiği ilk kararname de Fransa’da çıkartılmıştır. “Genel ve Bölgesel Hastanelerin İşleyişi Hakkında Kararname” ile hasta haklarına ilişkin düzenlemeler yapılmıştır. 1942 yılında Fransız Yüksek Mahkemesi, hekimin hastanın rızasını almasını, temel sorumluluklardan biri olarak görmüştür. Fransa’da 2002 ve 2005 yıllarında Medeni Kanun ve Kamu Sağlığı Kanunu’nda değişiklikler yapılmış, doğrudan meselenin özüne hastayı koyan bir anlayış benimsenmiştir. Kamu Sağlığı E.Kanunu’nda Hasta ve Sağlık Sistemi Kullanıcıların Hakları başlığı ile düzenlemeler yapılmıştır. Yapılan düzenlemelerle hastanın bilgilendirilme, üçüncü şahısları etkilememek kaydıyla bilgilendirilme istememe, hekimin acil durumlarda tedaviye ilişkin ayrıcalıkları, hastaların bilgi ve sırlarının gizliliği, aynı hastaya birden fazla hekimin bakması durumunda bilgi paylaşım zorunluluğu, hastaya kendisi ile ilgili dosyaya ulaşım hakkı, kaliteli bakım için sağlık hizmeti kurumlarında komite kurulması gibi haklar ve zorunluluklar getirilmiştir.⁹⁴

F.İsrail

İsrail’de “Hasta Hakları Yasası” 1 Mayıs 1996 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Yasa sağlık hizmetlerine ulaşım, ayrımcılığın önlenmesi, hastanın onuru ve mahremiyetinin sağlanmasını güvence altına almıştır. Yasada aydınlatılmış onam ve tıbbi bilgilerin gizliliği ve bu bilgilerin korunması bölümlerine kapsamlı olarak yer verilmiştir. Yasada ayrıca etik komitenin kuruluş ve işlevleri ile güvenlik güçleri ile

⁹⁴ Aksüt, s. 31.

ilgili maddelere yer verilmesi diğer ülkelerin hasta hakları yasalarından farklı bir yapısı olduğunun göstergesidir.⁹⁵

G.İtalya

İtalya' da 1980 yılında yürürlüğe giren “Ulusal Sağlık Hizmetleri Yasası” ile birlikte ülke vatandaşları hekimini seçme hakkı, ücretsiz hastaneye yatırılma hakkı vb yasal haklara kavuşmuştur. Ayrıca 23 Aralık 1978 tarih ve 833 nolu yasa ile her büyük hastanede hastaların şikayetlerini iletebilecekleri bir birim (Tribunale per I Dritti dei Malati) bulunmaktadır.⁹⁶

Ğ.Birleşik Krallıklar

Sağlık Bakanlığı 1991 yılında Hasta Hakları Şartı’nı yayınlamıştır. Zaman içinde geliştirilen hasta hakları, ulusal sağlık servisinden yararlanma konusundaki hizmetleri ve hakları belirlemektedir. Bu hakların temelinde ödeme olanakları, yaşam tarzı veya başka etkenlere bağlı olmaksızın bakım görme hakkı yer almaktadır. Ayrıca kişinin rızası, tıbbi verilerin saklanması ve korunması, özel yaşama saygı, tek cinsiyet koğuşlarının hizmete açılması gibi haklar da Hasta Hakları Şartı’nda bulunmaktadır. Şart, uygun ilaçlar için reçete alma hakkını da düzenlemiştir. Şart, hastalara şikayette bulunma hakkını ve yöntemini de açıklamaktadır. Hasta ile hekim arasındaki ilişkilerden kaynaklanabilecek sorunlarla ilgili olarak ise İngiliz İçtihat Hukuku, Sağlık Bakanlığı Kılavuzları, Genel Tıp Konseyi Kararları ile sağlıkla ilgili diğer kanunların geçerli olduğu belirtilmiştir.⁹⁷

⁹⁵ Kurtcebe, s. 43.

⁹⁶ Kurtcebe, s. 44.

⁹⁷ Aksüt, s. 31-32.

H.KKTC

KKTC hasta haklarının özel yasalarla korunmadığı ender ülkeler arasında yer almaktadır. Diğer bir ifadeyle, KKTC’de hasta haklarını düzenleyen doğrudan bir yasal düzenleme bulunmamaktadır. Bu yasal eksiklik karşısında, gerek hasta hakları konusunda gerekse sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında ortaya çıkan zararların giderilmesiyle ilgili olarak sorunlarla karşılaşmaktadır.

KKTC mevzuatında hasta haklarına ilişkin olarak birbirine paralel iki kaynağa rastlanmaktadır. Bunlardan ilki sağlık hizmetleri ile ilgili olarak KKTC mevzuatında en kapsamlı yasa, “6/2009 sayılı Kamu Sağlık Çalışanları Yasası”dır. Yasa kamu sektöründe sağlık çalışanlarının hak ve yükümlülüklerini düzenlemektedir. Yasa, bu düzenlemeyi yaparken dolaylı olarak kamuda sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanan hastaların sahip oldukları hakları da düzenlemektedir.

Hasta haklarıyla ilgili olarak, Kıbrıs Türk Tabipleri Birliği Tıp Meslek Ahlak Tüzüğü’nde de hükümler bulunmaktadır. Tüzüğe göre, “13/1976 sayılı Kıbrıs Türk Tabipleri Birliği Yasası uyarınca Kıbrıs Türk Tabipleri Birliğine üye olup, KKTC Kamu kuruluşlarında özel hastane, özel klinik veya serbest muayenehanelerde çalışan hekimler meslek uygulamalarında bu Tüzük’te saptanan tıp meslek ahlak kuralları ve ilkelerine uymak zorundadır” (m. 3). Bu çerçevede, KKTC’de mesleğini icra eden hekimler tüzükte yer alan ilgili hükümlere uymakla yükümlüdürler. Bu hükümler arasında, hastaların sahip olduğu haklara da yer verilmektedir.

Kamu Sağlık Çalışanları Yasası ile Kıbrıs Türk Tabipleri Birliği Tıp Meslek Ahlak Tüzüğü’nün birlikte ele alınmasından KKTC Hukuku’nda hastalara, hastanın uygun sağlık hizmeti ve tedavi alım hakkı; kendisine ilişkin olarak bilgi isteme hakkı; sağlık hizmetlerine ilişkin bilgi isteme hakkı; tıbbî müdahalede hastanın rızası olmaksızın tıbbî işleme tabi tutulmama hakkı; mahremiyete saygı gösterilmesi ve bilgilerin gizli tutulması hakkı olmak üzere toplam altı hak tanındığı ortaya çıkmaktadır.⁹⁸

⁹⁸ Şölen Külâhçı Serengil, “KKTC’de Hasta Hakları”, *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, C. 61, S. 2 (2012), s. 697-687.

I. Almanya

Almanya hasta hakları kapsamında Anayasa, Medeni Kanun, Ceza Kanunu gibi farklı yasal düzenlemeler kullanmaktadır. Anayasa'nın ilk maddesinde insan onurunun dokunulmazlığı, ikinci maddesinde ise yaşama ve bedensel sağlığın bütünlüğü koruma altına alınmıştır. Hekimlerin hasta ile ilgili sırları saklama zorunluluğu Ceza Kanunu'nda ele alınmıştır. Medeni Kanun içinde hasta haklarını koruyan kanunlar yer almaktadır. İş Güvenliği Kanunu ile işçinin sağlığı ve güvenliği güvenceye alınmıştır.⁹⁹

İ.Rusya

1990 yılından sonra ülkedeki gelişmelere paralel olarak Rusya vatandaşlarının haklarında da gelişmeler görülmeye başlanmıştır. Bu tarihten sonra çıkarılan yeni yasalarda Rusya vatandaşları hastaların da yararlanabilecekleri yeni haklara kavuşmuşlardır. Bunun yanında 1995 yılında hasta hakları ile ilgili bir taslak Duma (parlamento) ya sunulmuştur. 14 Nisan 1997 tarihinde ise bazı maddeleri pek de açık olmayan bir hasta haklarına yönelik bir yasal düzenleme yürürlüğe girmiştir.¹⁰⁰

⁹⁹ Aksüt, s. 30-31.

¹⁰⁰ Şefik Gökay, "Hasta Hakları", **Medikal Etik (Ed. H. Hatemi-H. Doğan)**, S. 4 (2003), s. 100-126.

V. ULUSAL VE ULUSLARARASI BELGELERDE HASTA HAKLARININ DÜZENLENMESİ

A.Ulusal Belgelerde Hasta Haklarının Düzenlenmesi

1.Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın Kurulmasına Dair Kanun

Sağlık hizmetlerinin batılı ve modern anlamda kamusal bir görev olarak ele alınmasının temeli, Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümetinin kuruluşu ile atılmıştır. Ülkemizde Cumhuriyet'in ilanından önce Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın kurulması çarpıcı bir gelişmedir (2 Mayıs 1920 Büyük Millet Meclisi İcra Vekillerinin Sureti İntihabına Dair Kanun. 2 Mayıs 1336 ve 2 Şaban 1338 Ceridei Resmiye ile neşir ve ilanı: 7 Şubat 1337 –S. 1)

Bu gelişme Atatürk ve arkadaşlarının sağlık konusuna ne derece önem verdiğinin de bir göstergesidir. Sağlık hizmetleri sunumunun devletin bir görevi olarak ele alınması ve bir bakanlık düzeyinde yürütülmesi hastaların hizmetlere ulaşması açısından önemli bir adım olmuştur.¹⁰¹

2.Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun

Türkiye'de hasta haklarının gelişimi açısından, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın kurulmasından sonra bu kanun (1219 sayılı yasa, RG yayın tarihi 14.4.1928 ve sayı 863), ülkede Cumhuriyet'ten sonra hekimlik alanını düzenleyen ve halen de geçerli olan ilk hukuksal düzenlemedir. Bu kanun, hasta haklarının merkezinde bulunan “onam” kavramını gündeme getirmesi açısından önemlidir.¹⁰²

¹⁰¹ Güvercin, s. 81.

¹⁰² Güvercin, s. 81.

Özellikle hekimlere, hastalardan onam alma zorunluluğu getiren 70. maddesi hasta hakları açısından en bağlayıcı düzenlemesidir.¹⁰³

Bu kanunda tabipler, diş hekimleri, diş teknisyenleri, sünnetçiler, sağlık memurları, hemşireler, hastabakıcıların vasıflarını, çalışma usullerini, yetkilerini ve uyması gereken kuralları ve aksi durumda uygulanması gereken cezai yaptırımlardan bahsetmekte olup ayrıca uyulması gereken ahlaki yükümlülüklerden bahsedilmektedir.¹⁰⁴ Madde: 70 “Hekimler, diş hekimleri ve dişçiler yapacakları her çeşit ameliye için hastanın, hasta küçük veya hacir altında ise, veli veya vasisinin önceden rızasını alırlar. Büyük cerrahi ameliyeler için bu rızanın yazılı olması gereklidir. (Veli ya da vasi olmadığı veya bulunmadığı veya üzerinde ameliye yapılacak kişi görüş belirtecek durumda değil ise, rıza koşulu aranmaz). Tersine davrananlardan, ilgilinin şikayetine bağlı olmak koşulu ile on liradan iki yüz liraya kadar hafif para cezası alınır. “

3.Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun

224 sayılı ve 12.1.1961 tarihinde RG’de yayınlanmış bir kanundur. Bu kanunla "sağlık, yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir" tanımı esas alınmıştır. 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. Bu yasa ile sosyal devlet ilkesine bir adım daha atılmıştır.¹⁰⁵

¹⁰³ Nurcan Teke, “**Hasta Hakları ve Hasta Hakları Bağlamında Hemşirelik**”, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul, 2014, s. 37.

¹⁰⁴ Cihangir Özcan, “**Bir Devlet Hastanesi Örneğinde Hasta Hakları Uygulamalarının Değerlendirilmesi**”, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara, 2010, s. 16.

¹⁰⁵ Kurtcebe, s. 53.

4. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi

10436 sayılı ve 19.2.1960 tarihinde resmi gazetede yayınlanmış olup halende geçerliliğini koruyan yasal bir düzenlemedir. “Hekimlik Görevleri Tüzüğü” olarak da adlandırılması mümkün olan bu tüzük hekimlerin ve dış hekimlerinin uymakla yükümlü oldukları kuralları içermektedir. Tüzüğün tüm maddeleri yasal olarak bağlayıcı niteliktedir.¹⁰⁶ Tüzükte hekimler ile ilgili, hastanın mahremiyetine saygı, hastanın hekimini seçebilmesi, tanı ve tedavinin hastaya açıklanması, sır saklama, hekimin hastanın tedavisinden çekilebilme gibi konulara değinilmiştir.¹⁰⁷ Tüzüğün genel ilkeleri dışında reklâm konusu, araştırma ve deneylerle ilgili hükümler, özel muayene ücretleri, hasta hekim ilişkisi, doğum, kürtaaj, konsültasyon ve hekimlerin meslektaşlarıyla ilişkileri üzerinde durulmuştur. Tüzük de yalnızca tedavi edici hekimlik üzerinde durularak, hasta-hekim ilişkisi, paternalistik (babacıl) biçimde ele alınmıştır. Tüzük içerisinde yararlılık, zarar vermeme, adalet ve hasta özerkliği gibi temel etik ilkelerin hiçbirisine yer verilmemiştir. Günümüzde hasta hakları kavramının hızlı bir şekilde gelişmesine rağmen hastanın özgür iradesini öne çıkaracak, aydınlatılmasını gerektirecek hiçbir ifade yer almamıştır. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi hastanın sırrının korunmasını yasal zorunluluk olmadıkça öngörmektedir.¹⁰⁸

5. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu

1593 sayılı ve 6.5.1930 tarihinde RG’de yayınlanmış bir kanundur. Sağlık hizmetleri devlete kamu görevi olarak verilmiş, herkese sağlıklı yaşama ve sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı tanımıştır.¹⁰⁹ Genel Sağlığın Korunması Yasası olarak da ifade edilen bu yasa ülkede önemli halk sağlığı sorunlarını çözülmek

¹⁰⁶ Özcan, s. 17.

¹⁰⁷ Teke, s. 41.

¹⁰⁸ Özcan, s. 17.

¹⁰⁹ Kurtcebe, s. 51-52.

amacını taşımaktadır. Kanun'da; Çevre sağlığı, gıda güvenliği, temiz içme suyu sağlanması, atıkların yok edilmesi, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, ana çocuk sağlığı hizmetleri, yoksullara ücretsiz sağlık hizmeti verilmesi gibi koruyucu hekimlik uygulamalarını gündeme getirilmiştir. Önemli bir halk sağlığı belgesi olan yasada sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, mahremiyet gibi temel hasta hakları ilkeleri ile örtüşen hükümler bulunmaktadır.¹¹⁰

6.Hususi Hastaneler Kanunu

Özel hastaneler alanını düzenlemek amacıyla çıkarılan bu Kanun'da, (2219 sayılı yasa RG yayın tarihi 05.06.1933 ve S. 2419) sınırlı bir kesim için de olsa hastaların tedavisini yapacak hekimini seçme haklarının olduğu gündeme getirilmiştir. Seçme hakkı, bu Kanun'un 12. maddesinde şu şekilde belirtilmiştir; “Hususi hastaneler, almağa mezun oldukları hastalar için bu hastaların istedikleri hekimi davete ve tedavinin bu hekimler tarafından yapılmasını kabule mecburdurlar.”¹¹¹

7.Türk Tabipler Birliği (TTB) Kanunu

Türkiye’de hekimlik meslek kuruluşu olan Türk Tabipleri Birliği (TTB) bu yasa (6023 sayılı yasa ve RG yayın tarihi 31.03.1953 ve S.8323) uyarınca kurulmuştur. Yasa sadece hekimleri değil aynı zamanda diş hekimlerini de kapsamaktadır. Yasada TTB kuruluş amaçları belirtilirken, mesleki deontolojiyi korumanın temel olduğu ve hekimliğin özünde insan yararı bulunduğu ifade edilerek, mesleğin bu hedefler doğrultusunda ve hekimlerin haklarını da koruyarak geliştirilmesi gerektiği belirtilmektedir. Yasaya göre TTB’nin görevleri açıklanırken,

¹¹⁰ Aksüt, s. 37.

¹¹¹ Aksüt, s. 38-39.

hastanın yararını gözeten ve özveri ile sağlık hizmeti sunmayı hedefleyen meslek anlayışını yerleştirmek ve geliştirmenin de TTB'nin görevi olduğu ifade edilmektedir. Yasa TTB'ye hekimler ile hasta ve hasta yakınları arasında gelişebilecek problemleri çözmek üzere uzlaştırmacı bir görev vermektedir.

TTB yalnızca bu yasada yer alan hükümlerle bağlı kalmamıştır. O tarihten günümüze kadar düzenlediği 50'yi aşkın büyük kongre'de, kabul ettiği kararlar ile tıp alanında meydana gelen gelişmelere uyum sağlamayı hedeflemiştir. 47. Kongre'de kabul edilen TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, hasta hakları açısından en güncel belgedir. TTB Kongre kararlarının bir bölümü yasal nitelik kazanmamış olmasına rağmen üyelerini bağlayıcı nitelikte olduğu unutulmamalıdır.

¹¹²

8.Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun

2238 sayılı ve 3.5.1979 tarihinde RG'de yayınlanmış bir kanundur. Kişiden onam alınması sırasındaki bilgilendirme koşulu açık olarak ifade edilmiştir.¹¹³

9.Nüfus Planlaması Hakkında Kanun

Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, 2827 sayılı kanun olarak 27.05.1983 tarihinde RG'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Kanun'un amacı, nüfus planlaması esaslarını, gebeliğin sona erdirilmesi ve sterilizasyon ameliyelerini, acil müdahale halleri ile gebeliği önleyici ilaç ve araçların temin, imal ve saptanmasına ilişkin hususları düzenlemektir. Kanun'da, tıbbi müdahalelerde hastanın onamının alınması konusu üzerinde ayrıca durulmuştur.¹¹⁴

¹¹² Güvercin, s. 84-85.

¹¹³ Kurtcebe, s. 54.

¹¹⁴ Aksüt, s. 41.

10.Hasta Hakları Yönetmeliği

Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan HHY hukuki dayanağını, 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'ndan ve 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'den alarak düzenlenmiş olup, ayrıca uluslararası hasta hakları bildirgeleri de dikkate alınarak hazırlanmıştır. Yönetmelik 01.08.1998 tarihinde 23420 sayı ile resmi gazetede yayınlanmış, 9 (dokuz) bölümden oluşmakta ve 51 (elli bir) madde içermektedir.¹¹⁵ HHY, hasta haklarını yedi alt başlık halinde ele almaktadır. Böylece tıbbi tedaviden, hastanede geçirilen süre içinde hastanın yaşam kalitesine kadar kapsayan bir ilkeler bütünü ortaya çıkmaktadır. Yönetmelikte; sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı, sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı, hasta haklarının korunması hakkı, tıbbi müdahalede hastanın rızasının alınması, tıbbi araştırmalar, diğer haklar, sorumluluk ve hukuki korunma yolları başlıkları yer almaktadır.¹¹⁶ Yönetmelik, mevzuatta dağınık halde bulunan hasta haklarını tek çatı altında toplamış, tartışmalı konulara hukuksal açıdan açıklık getirmiş ve hasta haklarının talep edilebilir hale gelmesini sağlamıştır. Ayrıca yönetmelik, sağlık hizmet sunumunun hasta ve hasta yakınlarının beklentilerine cevap verecek şekilde; insan onuruna yakışır, eşit ve kaliteli sunulmasını sağlayacak mekanizmaların oluşturulmasını da öngörmüştür.¹¹⁷ Ayrıca yönetmelik, hasta haklarını insan haklarının sağlık alanındaki uzantısı olarak kabul etmekte ve hasta hakları ile ilgili uluslararası belgelere göndermede bulunmaktadır. Bu durumun kabulü yasal düzlemde bu durum önemli bir aşama olarak değerlendirilebilir.¹¹⁸

¹¹⁵ Semra Saruç , “Kadın Hastalıkları ve Doğumevi Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Yatan Hastaların Hasta Hakları Bilgi Düzeyinin Belirlenmesi: Ankara Örneği”, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara, 2007, s. 26.

¹¹⁶ Özcan, s. 19.

¹¹⁷ Teke, s. 43.

¹¹⁸ Güvercin, s. 17.

11.Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönergesi (2003) ve Hasta Hakları Uygulama Yönergesi (2005)

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde hasta hakları uygulamaları ilk kez yaptırımlarıyla birlikte, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayımlanan hasta hakları yönergeleri ile gündeme gelmiştir. Ekim 2003 tarihinde yürürlüğe giren “Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına Dair Yönerge” ve yenilenmiş biçimiyle Nisan 2005’te yayımlanan “Hasta Hakları Uygulama Yönergesi”, sağlık kurumlarında hasta haklarını uygulamaya geçirmek amacını taşımaktadır. Özellikle ilk yönergenin devamı niteliğindeki ikinci yönerge, hasta hakları uygulamalarını yaygınlaştırmak ve standart hale getirmek üzere hazırlanmış bir metindir.¹¹⁹ Daha açık bir ifade ile bu yönergenin amacı; yönerge kapsamındaki sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta hakları uygulamalarının insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin hasta haklarından faydalanabilmesinde, hak ihlallerinden korunabilmesinde ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesinde hasta hakları uygulamalarının planlanması, değerlendirilmesi, uygulanması ve denetlenmesi ile ilgili esas ve usulleri belirleyerek sağlık hizmetlerinin eşit, kaliteli ve etkin olarak sunumunu sağlamaktır. Bu yönerge ayrıca Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsamaktadır.¹²⁰

¹¹⁹ Özcan, s. 19.

¹²⁰ Saruç, s. 28.

B. Uluslararası Belgelerde Hasta Haklarının Düzenlenmesi

1.Lizbon “Hasta Hakları” Bildirgesi

Hasta hakları ile ilgili ilk temel uluslararası yazılı belge Dünya Tabipler Birliği’nin 1981 yılında oluşturduğu bildirgedir.¹²¹ Portekiz’in Lizbon kentinde gerçekleştirilen “Hasta Hakları Bildirgesi” temel olarak altı başlıktan meydana gelmektedir. Buna göre

- 1-Hasta, hekimini özgürce seçme hakkına sahiptir
- 2-Hasta, bir dış baskı altında kalmadan özgürce çalışabilen bir hekim tarafından bakılma hakkına sahiptir.
- 3-Hasta, yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra tedaviyi kabul ya da ret etme hakkına sahiptir.
- 4-Hasta, kendisiyle ilgili tüm tıbbi ve kişisel bilgilerin gizliliğine gereken saygıyı göstermesini hekiminden bekleme hakkına sahiptir.
- 5-Hasta, onurlu bir biçimde ölme hakkına sahiptir.
- 6-Hasta, dini temsilci de dahil olmak üzere, ruhsal ve manevi yönden teselli edilmeyi isteme ya da reddetme hakkına sahiptir

Görüldüğü üzere bu bildirmede temel hasta hakları sıralanmış ancak sağlık hizmetleri ile ilgili birçok ayrıntılı sorun bu bildirmede yer almamıştır. Bu eksiklikler daha sonra Dünya Sağlık Örgütü’nün Avrupa Bürosu tarafından 1994 yılında Amsterdam’da “Avrupa’da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi” ve 1995 yılında Endonezya Dünya Tabipler Birliği toplantısında giderilerek Bali Bildirgesi adı ile yayımlanmıştır. 2002 yılında da Roma’da Hasta Hakları Avrupa Statüsü benimsenmiştir.¹²²

¹²¹ Hatun, s. 21; Hakeri, s. 75.

¹²² Hatun, s. 21-22; Hakeri, s. 75-76.

2. Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi (Amsterdam) Bildirgesi

Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi Amsterdam'da, 28-30 Mart 1994 tarihinde hazırlanıp yayınlanmıştır. Amsterdam Bildirgesi bölgesel bir bildirge gibi sunulmuşsa da kapsamlı, oldukça detaylı ve uygulamaya dönük özellikleriyle aslında evrensel niteliktedir. Bildirge ile birlikte hasta haklarının yalnızca uluslararası metinlerle yeterli düzeyde korunamayacağı ve ulusal boyutta da yasal düzenlemelerin gerekli olduğu eğilimi yaygınlaşmıştır. Bildirge hasta haklarının, Avrupa bölgesindeki çoğu ülkenin ulusal yasalarına girmesinde önemli bir rol oynamıştır.¹²³

Bildirge, sağlık hizmetlerini ve hasta haklarını, insan hakları ile iyice kaynaştırarak yedi bölümde ele almış, 7. bölümlere tanımlara yer vermiştir. Amsterdam Bildirgesi'nin 1. bölümünde sağlık hizmetlerinin, insan hakları ve değerleri açısından kapsamı ve önemi vurgulanmıştır. Diğer bölümlerinde bilgilendirme, onam, mahremiyet ve özel hayat, bakım ve tedavi ile başvuru konularını düzenlemiştir. Sağlık hizmetlerinde insan hakları ve değerlerinin uluslararası bir bildirgede yer alması hasta hakları açısından önemli bir aşamadır. Bu çerçevede, hastaların hür iradesi ile kendi geleceği hakkında karar verme hakkı, bedensel ve zihinsel bütünlük ile güvenlik hakkı, mahremiyet haklarına saygı gösterilme hakkı, ahlaki ve kültürel değerleri ile dini ve felsefi inançlarına saygı gösterilmesi hakkı, hastalıkların önlenmesi ve bakım için yeterli çabanın gösterilerek saygınlığın korunması ve herkes için edinilebilir en yüksek sağlık düzeyine ulaşma fırsatı hakkı kavramları kabul edilmiştir.¹²⁴

¹²³ Güvercin, s. 68.

¹²⁴ Arslan, s. 49-50.

3.Bali Hasta Hakları Bildirgesi

Yukarda da ifade edildiği gibi Dünya Tabipler Birliği tarafından Eylül 1995 tarihinde Endonezya'nın Bali kentinde yapılan toplantıda, 1981'de yayınladığı Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi gözden geçirilerek Bali Bildirgesi yayımlanmıştır. Lizbon II olarak da adlandırılan Bali Bildirgesi, aynı zamanda Amsterdam Bildirgesi'nin Avrupa coğrafyası ile sınırlı tutulan ilkelerini, yeni unsurlar da ekleyerek evrenselleştirmiştir.¹²⁵ Önceki bildirilere göre bu bildiride hekimin sorumlulukları daha açık ortaya konmuştur. Bildirge, kaliteli tıbbi bakım hakkı, seçim yapma özgürlüğü, kendi kaderini belirleme hakkı, bilinci kapalı hasta, yasal ehliyeti olmayan hasta, hastanın isteğine karşın yapılan girişimler, bilgilendirme hakkı, gizlilik hakkı, sağlık eğitimi hakkı, onur hakkı, dini destek hakkı gibi ilkelere dayanmaktadır.

4.Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biotıp Sözleşmesi

Avrupa Konseyi Parlamenterler Meclisi 1160 sayılı 1991 tarihli tavsiye kararı ile hazırlanan “Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biotıp Sözleşmesi” 3 Aralık 2003 tarihli 5013 sayılı kanun ile onaylanması uygun bulunmuş ve 16 Mart 2004 tarihinde onaylanmıştır. On dört bölümden oluşan sözleşme; temel konular, rıza, özel yaşam ve bilgilendirme hakkı, bilimsel araştırma, tüpte embriyolar üzerinde araştırma, insan genomu, nakil amacıyla canlı vericiden organ ve doku alınması, ticari kazanç ve insan vücudundan alınmış parçalar üzerinde tasarruf konularını kapsar.¹²⁶ Sözleşme'nin başlangıç bölümünde Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, Avrupa Sosyal Şartı, Birleşmiş Milletler Uluslararası Medeni ve Siyasi Haklar Sözleşmesi ve Uluslararası

¹²⁵ Güvercin, s. 69.

¹²⁶ Gökhan Taneri, **Hasta Hakları**, 1. Baskı, Bilge Yayınevi, Ankara, 2014, s. 18.

Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi, Kişisel Verilerin Otomatik İşlenmesine Karşı Bireylerin Korunması Avrupa Sözleşmesi ve Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin “göz önün de bulundurulduğu belirtilmektedir. Avrupa Konseyi üyeleri arasında daha güçlü bir birliğe insan hakları ve temel özgürlüklerin güçlendirilmesi yoluyla ulaşılabacağı inancı dile getirilmektedir. Bunun ardından biyoloji ve tıbbın kötüye kullanılmasının insan onuruna zarar vermesinin önlenmesi, biyoloji ve tıbbın yararlarından, bu alandaki ilerlemeden, gelecek kuşaklar ile tüm insanlığın yararlanabilmesi için uluslararası işbirliğinin önemine dikkat çekilmektedir.¹²⁷

Sözleşme ülkemizde Anayasanın 90. maddesi gereğince iç hukukun bir parçası olmuştur. İnsanın önceliği, adil yararlanma, meslek kurallarına uyma ilkelerine yer vermektedir. Sözleşme bu alanda ilk bağlayıcı insan hakları metnidir. Bu metin ile biyoloji ile tıbbın uygulanması konusu bir insan hakları konusu haline gelmiştir. Sözleşmelerde düzenlenen pek çok hükmün ihlali Türk hukuku açısından da suç olarak düzenlenmiş ve ceza kanununa alınmıştır.¹²⁸

5. Hasta Hakları'na İlişkin Avrupa Statüsü (Ana Sözleşmesi)

Avrupa Birliği'nin hasta hakları çalışmalarını koordine eden ve bu alandaki pek çok sivil toplum örgütüyle birlikte hareket eden "Active Citizenship Network Grubu" 2002 yılının Kasım ayında Roma'da Hasta Hakları'na İlişkin Avrupa Statüsü (Ana Sözleşmesi)'ni kabul etmiştir. Sözleşme, Avrupa Sosyal Modeli'nin öngördüğü kuralların uygulamadaki görülen kısıtlılık ve aksaklıklarını gidermek üzere, Avrupa kamuoyunda hasta hakları bilinci yaratmak, bu hakların en üst düzeyde korunmasını sağlamak ve sağlık bakım politikalarının oluşturulmasında toplumun katılımını desteklemek gibi sosyal hedefleri amaçlamaktadır. Hasta Hakları'na İlişkin Avrupa Statüsü Ana Sözleşmesinde; koruyucu tedbirlerin alınması hakkı, yararlanma hakkı, bilgi hakkı, onay hakkı, özgür seçim hakkı, özel ve gizlilik hakkı, hastaların vaktine

¹²⁷ Tuğrul Katoğlu, “Türk Hukukunun Bir Parçası Olarak Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi”, **Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, C. 55, S. 1 (2006), s. 161.

¹²⁸ Taneri, s. 18-19.

saygı, kalite standartları hakkı, güvenlik, yenilik hakkı, gereksiz ağrı/acı ve sıkıntıdan sakınma hakkı, kişisel tedavi hakkı, şikayet hakkı, tazminat hakkı olarak sözleşmede on dört adet hasta hakkı ifade edilmiştir.¹²⁹



¹²⁹ Güvercin, s. 70-71.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HASTA HAKLARININ SINIFLANDIRILMASI VE İHLAL EDİLMESİ

I. HASTA HAKLARININ SINIFLANDIRILMASI

A.Genel Olarak

Hasta hakları, esas olarak insan haklarının ve değerlerinin sağlık hizmetleri alanına yansımaları olup dayanağını insan haklarıyla ilgili temel belgelerden almakta ve hastalar için karşılanması gereken temel gereksinimleri ifade etmektedir.¹³⁰ Başka bir ifade ile hasta hakları kavramı insan hakları kavramının sağlık hizmetleri alanına yansımalarından ibaret olup, tıp etiği açısından da hasta- hekim ilişkilerinin yürütülmesinde merkezi bir konumda bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından 01.08.1998 tarihinde çıkartılan Hasta Hakları Yönetmeliği sağlık mevzuatımıza çok gerekli ve çağdaş hükümler kazandırmıştır.¹³¹ Bu Yönetmelik, sağlık hizmetlerinden faydalanma, sağlık durumu ile ilgili bilgi alma, hasta haklarının korunması, tıbbi müdahalede hastanın korunması gibi temel hakları kapsamaktadır. Hasta hakları en genel biçimde 10 başlık altında sınıflandırılabilir. Aşağıda açıklanacak hakların ana kaynağı hasta hakları yönetmeliği olup bu haklara yer veren diğer ulusal ve uluslararası düzenlemeler de aktarılmaya çalışılacaktır.

¹³⁰ Tevfik Özlü, **Hasta Hakları, Hakkınız Var Çünkü Hastasınız**, 2. Baskı, Timaş Yayınları, 2005, s. 14.

¹³¹ Hakeri, s. 34.

B.Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı

HHY’de ilk sırada yer alan ve hasta hakları konusunda da ilk kural olan hizmetten yararlanma hakkı kişinin sağlıklı halini kaybettiğinde bir sağlık kurumuna başvurup tıbbi bakım ve tedavi olmasıdır. Bu hak olmadığında diğer hasta haklarının varlığı söz konusu olmayacaktır.¹³² Bundan dolayı öncelikle kişilerin sağlık hizmetlerinden ihtiyacı kadar yararlanabilmesi adına ülkenin sağlık politikaları oluşturulurken hastaların görüşleri alınmalı ve sağlık hizmet sunumu sürecinin yönetsel kısmına dahil edilmelidir.¹³³ Kişi sadece hasta olduğunda değil sağlığını geliştirici imkânlardan da kolaylıkla faydalanması bu hakkın içinde yer almaktadır. Bu hakkın gerçek anlamda var olabilmesi için bireyin bulunduğu veyahut yaşadığı yerde bir sağlık sisteminin kurulmuş ve efektif işliyor olması gerekmektedir. Başka bir ifade ile bir sağlık hizmeti sunumunun varlığı gerekmektedir. Burada sağlık hizmeti koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlıklılık halinin sürekliliğinin sağlanması biçiminde olmalıdır ve bu hizmetlerden yararlanırken herkese eşit olarak sunulmalı ve hastalığın türü, zamanı, ikamet yeri veya mali kaynaklar konusunda ayırım yapılmamalıdır.¹³⁴

C. Adalet ve Hakkaniyete Uygun Olarak Faydalanma

Sağlık hizmetlerinin herkese ayırım gözetilmeksizin aynı kalite ve standartta sunulmasını gerektirir. İnsanlar arasında haklı ve kabul edilebilir bir gerekçe olmaksızın ayırım yapılması adalet ilkesine aykırıdır. Soyut olan ve temelinde insanlara eşit davranmayı gerektiren adalet ilkesinin somutlaşmasına ise hakkaniyet denilmektedir.¹³⁵

¹³² Mustafa Sütlaş, **Hasta ve Hasta Yakını Hakları**, 1. Baskı, Çiviyazıları Yayınevi, İstanbul, 2000, s. 70.

¹³³ Özlü, s. 3.

¹³⁴ Sütlaş, s. 70.

¹³⁵ Arslan, s. 61.

HHY'nin ilgili (m.6) maddesinde sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı başlığı altında yer alan bu hak “Hasta adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sağlık yaşamının teşvik edilmesine yönelik faaliyetler ve koruyucu sağlık hizmetleri de olmak üzere sağlık hizmetlerinden ihtiyaçlarına uygun olarak faydalanma hakkına sahiptir. Bu hak, sağlık hizmeti veren bütün kurum kuruluşlar ile sağlık hizmetinde görev alan personelin adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun hizmet verme yükümlülüklerini de içerir” şeklinde ifade edilmiştir.

D.Bilgilendirme ve Bilgi İsteme Hakkı

Yine HHY (m.7)'de “Sağlık Hizmetinden Faydalanma Hakkı” başlığı altında yer alan bu hak, “Hasta, sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda bilgi isteyebilir. Bu hak, hangi sağlık kuruluşundan hangi şartlara göre faydalanılabileceğini, sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilen her türlü hizmet ve imkânın neler olduğunu ve müracaat edilen kuruluştaki verilen sağlık hizmetlerinden faydalanma usulüne öğrenme haklarını da kapsar.” ve “Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastayı birinci fıkra uyarınca bilgilendirmek için yeterli teknik donanımı haiz birimi oluşturmak; bu birimde, hastaya kesin ve yeterli bilgi verebilecek nitelik ve ehliyetle sahip personeli daimi olarak istihdam etmek ve hastanın ihtiyacı olan birimlere kolayca ulaşabilmesini temin etmek üzere, kuruluşun uygun yerlerinde bilgilendirici tabela, broşür ve işaretler bulundurmak gibi tedbirleri almak zorundadırlar” şeklinde ifade edilmiştir.

Uluslararası bildirgeler, tıp etiği, yasalar ve yönetmeliklere göre; hastanın bilgilendirilmesi, hekimlerin yükümlülükleri arasında yerini almıştır. Çoğunlukla hekim hastasının bilgi sahibi olduğunu varsayıp, hastalık psikolojisini dikkate almadan, bildiğini yapmakta, hastasını yeterince ya da hiç bilgilendirmemektedir. Eğer hasta bu durumda sesini çıkarmaz ve pasif konumda kalırsa, kişilik hakkını kullanmaktan mahrum kalmaktadır ve hatta ortaya çıkan mağduriyetler karşısında, hasta tarafından açılan tazminat davalarında, hastanın yeterince bilgilendirilmemesi, hukuk önündeki hekimi çok zor duruma düşürebilmektedir.

Sadece hekimler değil ayrıca hastanın talebi halinde yazılı ya da sözlü tüm sağlık kurum ve kuruluşlar sundukları her türlü hizmet ve imkânlar ayrıca bu hizmet ve imkânlardan faydalanma yöntemleri konusunda hastaya bilgi vermekle yükümlüdür. Sağlık kurumu ve kuruluşları hastayı kesin ve yeterli bir şekilde bilgilendirebilmek için yeterli teknik donanımına sahip bir birimi oluşturması, bu birimde hastalara kesin ve yeterli bilgi verebilecek nitelik ve ehliyeteye sahip personeli daimi istihdam etmesi ve hastaların bu birimlere kolayca ulaşabilmesi için kurumun ya da kuruluşun uygun yerlerinde bilgilendirici tabela, broşür ve işaretler bulundurmak durumundadır.

Hasta ayrıca tedavi teşhisiyle ilgili hizmet aldığı sağlık kurum ve kuruluşundan bilgi isteme hakkına sahiptir. Hastanın kendi durumu hakkında bilgi alması temel haklardan biridir. Buna göre sağlık durumu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemler, uygulanacak tıbbi işlemlerin olası yarar ve sakıncaları, alternatif tıbbi yöntemleri, hastalığın gelişmesi ve sonuçları hakkında ayrıntılı olarak bilgilendirilmelidir.

Hasta 18 yaşını bitirmiş ergin ise bilgilendirme bizzat kişinin kendisine yapılacaktır. Fakat hasta 18 yaşından küçük çocuk ya da ayırt etme gücünden yoksun ya da kısıtlı ise bilgi ana, babası ya da vasisine verilir. Hasta 18 yaşını doldurmuş ve kısıtlı ya da ayırt etme gücünden yoksun değilse bilgi alma hakkını bir başkasına devredebilir. Devir sözlü ya da yazılı olabilir. Ancak bazı durumlarda hekim hasta mahremiyeti açısından bu yetkinin belgelendirilmesini isteyebilir.¹³⁶ Bilgilendirmenin içeriği ne olursa olsun bilgilendirme bir takım unsurları içermesi gerekmektedir. Bu unsurlar:

- 1.Bilgilendirme insana saygının gereğidir. Temelinde “insana saygı” düşüncesi yatmaktadır.
- 2.Bilgilendirme karşılıklıdır.
- 3.Bilgilendirme geniş kapsamlı olmalıdır.
- 4.Bilgilendirme anla(şıl)mayı sağlamalıdır.
- 5.Bilgilendirmede uygun ve anlaşılır bir dil seçilmelidir
- 6.Bilgilendirmede uygun bir tavır benimsenmelidir
- 7.Kesin ve olası durumların ayrımı yapılmalıdır.
- 8.Bilgilenme işlemi hastanın bazı fırsatları yitirmesine yol açmamalıdır.

¹³⁶ Özkan, Öner Akyıldız, s. 36.

- 9.Bilgilendirme dostça yapılmalıdır.
- 10.Tedavi yöntemini hekim seçer, hasta kabul ederse uygular.
- 11.Bilgilendirme üçüncü kişilere danışmaya olanak tanımalıdır.
- 12.Aydınlatma özgül durumun gerektirdiği içerik ve yoğunlukta olmalıdır.
13. Bilgilendirmenin içeriği kaydedilmelidir.
- 14.Aydınlatma etik ve hukuksal bir sorumluluk yaratır.
- 15.Bilgilendirmeyi onam tamamlamalıdır.
- 16.Hastanın yaşamı için zorunlu bile olsa müdahale öncesi aydınlatma yapılmalıdır.¹³⁷

E.Sağlık Kuruluşunu Seçme ve Değiştirme

Temel hasta haklarından biri olan bu hakka; HHY (m.8)'de “Hasta; tabi olduğu mevzuatın öngördüğü usul ve şartlara uyulmak kaydı ile sağlık kurum ve kuruluşunu seçme ve seçtiği sağlık kuruluşunda verilen sağlık hizmetinden faydalanma hakkına sahiptir.

Mevzuat ile belirlenmiş sevk sistemine uygun olmak şartı ile hasta sağlık kuruluşunu değiştirebilir. Ancak, kuruluşu değiştirmenin hayati tehlikeye yol açıp açmayacağı ve hastalığının daha da ağırlaşp ağırlaşmayacağı hususlarında hastanın tabip tarafından aydınlatılması ve hayati tehlike bakımından sağlık kuruluşunun değiştirilmesinde tıbben sakınca görülmemesi esastır.

Acil vakalar dışında, herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna bağlı olup da mevzuatın öngördüğü sevk zincirine uymayanlar aradaki ücret farkını kendileri karşılar.

Hastanın sağlık kuruluşunda kalmasında tıbben fayda bulunmayan veya bir başka sağlık kuruluşuna nakli gerekli olan hallerde, durum hastaya veya 15 inci maddenin ikinci fıkrasında belirtilen kişilere açıklanır. Nakilden önce, gereken bilgiler nakil talebinde bulunulan veya tıbben uygun görülen sağlık kuruluşuna, sevk

¹³⁷ Sütlaş, s. 77.

eden kuruluş veya mevzuatla belirlenen yetkililerce verilir. Her iki durumda da hizmetin aksamadan ve kesintisiz olarak verilmesi esastır” şeklinde düzenlenmiştir.

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nin 28/1 maddesine göre, “aile hekimi, hastasının ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir kuruluşa başvurmasına gerek olup olmadığına karar verir. Gerek görülmesi halinde hastayı da bilgilendirerek sevk eder ve hastasına verilen sağlık hizmetini geri bildirim vasıtasıyla izler”.

Uygulamada, adli olaya karışmış kişiler, bu haktan yararlanamamaktadır. Bu kimselerin adli muayeneden geçeceği kurumlar önceden belirlenmekte veya kolluk tarafından tespit edilmektedir.¹³⁸

F.Personeli Tanıma, Seçme ve Değişirme

Bu hakka HHY m.9’da “Hastaya talebi halinde, kendisine sağlık hizmeti verecek veya vermekte olan tabiplerin ve diğer personelin kimlikleri, görev ve unvanları hakkında bilgi verilir. Mevzuat ile belirlenmiş usullere uyulmak şartı ile hastanın, kendisine sağlık hizmeti verecek olan personeli serbestçe seçme, tedavisi ile ilgilenen tabibi değiştirme ve başka tabiplerin konsültasyonunu istemek hakkı vardır. Personeli seçme, tabibi değiştirme ve konsültasyon isteme hakları kullanıldığında, mevzuat ile belirlenen ücret farkı, bu hakları kullanan hasta tarafından karşılanır” şeklinde yer verilmiştir.

Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü, m.5’e göre “Yeterli bilgiye sahip her birey farklı tedavi yöntemleri ve tedaviyi verecek kişiler arasında seçim yapma hakkına sahiptir” şeklinde yer verilmiştir.

Amsterdam Bildirgesi, m.5 ve 6’ya göre “Hastalar, sağlık sisteminin işleyişi ile uyumlu olarak, hekimlerini veya diğer sağlık personelini ve sağlık kurumlarını seçme ve değiştirme hakkına sahiptir”.

Lizbon Bildirgesi, m.1’e göre “Hasta, hekimini özgürce seçme haklarına sahiptir”

¹³⁸ Hakeri, s. 78.

Son olarak Bali Bildirgesi, m.2: “Hasta özel veya devlet sektöründe olmasından bağımsız olarak hekimini ve hastanesini veya sağlık hizmeti veren kurumları özgürce seçme ve değiştirme hakkına sahiptir”.

Hekimi seçme hakkı, sağlık sisteminin işleyişi içinde, hastanın insan olarak onur ve saygınlığına değer veren, güvendiği ve inandığı bir hekime ulaşabilme hakkı olarak anlaşılmalıdır.¹³⁹

G.Öncelik Sırasının Belirlenmesini İsteme

Hasta; sağlık kuruluşunun hizmet verme olanaklarının yetersiz ya da sınırlı olması nedeniyle kendisine verilecek sağlık hizmeti başvurusu hemen karşılanamadığı durumlarda, öncelik hakkının tıbbi kriterlere dayanılarak ve objektif olarak belirlenmesini isteyebilme hakkına sahiptir.

Bu hak, hastanın hayati tehlike arz eden hastalıklarının tedavisinde ayrı bir önem arz etmektedir. Ancak acil ve adli olaylar ile yaşlılar ve özürllüer hakkında bu kural ilgili sağlık mevzuatının hükümleri göz önünde tutularak uygulanacaktır. Açıklanan hususlarda amaç hastanın sağlığının ve yaşama hakkının korunmasıdır.¹⁴⁰

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan 04.12.2002 tarihli ve 128 sayılı ve Özürllü Kişilere Yönelik Sağlık Hizmetlerinin Sunumu konulu genelge, özürllü kişilere poliklinik muayenelerine genel hizmeti aksatmayacak şekilde öncelik tanınması gerektiği hükmüne yer vermiştir.

Ayrıca diğer ilgili yasal düzenleme ise Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nin 11.maddesinde yer almaktadır. Buna göre “Polikliniklere başvuran hastalara sıra numarası verilir. Muayene buna göre yapılır. Ağır, acil, yaşlı hastalarla sakatlar ve adli vakalar için sıra gözetilmez. Adli vakalara, poliklinikte ve diğer gerekli işlemlerin tamamlanmasında, geçici ve kesin raporların düzenlenmesinde öncelik tanınır. Tüberkülozlu hastaların (acil vakalar hariç) verem savaşı

¹³⁹ Gültezer Hatırmaz, “Özel Hastanelerin Hasta Hakları İhlallerinden Sorumluluğu”, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hukuk Anabilim Dalı Özel Hukuk Bilim Dalı, İstanbul, 2006, s. 68.

¹⁴⁰ Özkan, Öner Akyıldız, s. 38-39.

dispanserlerinden sevk edilmiş olmaları icap eder. Ayrıca yataklı tedavi kurumlarına, sağlık ocaklarından, koruyucu sağlık hizmeti yapan kuruluşlardan (verem savaşı, ana çocuk sağlığı, trahom dispanserleri gibi) sevk edilen hastalarla, daha küçük bir tedavi kurumu, müdavi tabip veya müessese tabibi tarafından tıbbi bir zorunluluk icabı gönderilen hastalara polikliniklerde öncelik verilir. Bunlardan ve tüberkülozlu hastalardan yatırılmayanlara yapılan işlemlerle, tavsiye edilen tedaviler, ait oldukları ocak, dispanser veya ilgili kuruluşlara bildirilir.”

Ğ.Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis, Tedavi ve Bakım

HHY’nin 11.maddesinde bu hakka : “Hasta, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını istemek hakkına sahiptir. Tababetin ilkelerine ve tababet ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yapılamaz” şeklinde atıfta bulunulmuştur.

Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü m.9: Kötü işleyen sağlık hizmetlerinden, tıbbi yanlışlık ve hatalardan meydana gelen zararlardan her bir bireyin korunma hakkı vardır ve yüksek güvenlik standartlarını karşılayan sağlık hizmetleri ve tedavilerinden de yararlanma hakkı vardır.

Bu hakkın garantilenmesi(temini) için hastane ve sağlık hizmetleri risk faktörlerini sürekli kontrol edip elektronik tıbbi cihazların uygun bir şekilde korunduğu ve operatörlerin (bu cihazları kullananların) iyi eğitilmiş olmasını temin etmelidir.

Diğer sağlık profesyonelleri tedavinin bütün aşamaları (evreleri) ve unsurlarının güvenliğinden tam olarak sorumludur. Devamlı eğitim alarak ve örnekleri inceleyerek tıp doktorları hata riskine karşı korunmayı sağlamalıdır. Üst amirlerine mevcut riskleri rapor eden sağlık personeli muhtemel ters durumlardan korunmalıdır.

H.Tıbbi Gereklilikler Dışında Müdahale Yasağı

İlgili yönetmeliğin 12.maddesi ile hastalara, “teşhis, tedavi veya korunma maksadı olmaksızın, ölüme veya hayati tehlikeye yol açabilecek veya vücut bütünlüğünü ihlal edebilecek veya akli veya bedeni mukavemeti azaltabilecek hiçbir şey yapılamaz ve talep de edilemez” hükmü getirilmiştir.

Yine aynı yönetmeliğin 32. maddesine göre hiç kimseye; “Sağlık Bakanlığı’nın izni ve kendi rızası bulunmaksızın, tecrübe, araştırma veya eğitim amaçlı hiçbir tıbbi müdahalede bulunulamaz”. Hastanın veya sağlıklı kişinin tıbbi gereklilikler dışında müdahale yasağı iki konuda dikkat çekmektedir. Bunlar; tıbbi ve ilaç araştırmalarında hasta hakları, organ ve doku aktarımlarında hasta haklarıdır. Gönüllünün bu türde bir tıbbi müdahaleye rıza göstermiş olması, bu müdahalede görev alan personelin sorumluluğunu ortadan kaldırmaz.¹⁴¹

I.Mahremiyete ve Özel Hayata Saygı Gösterilmesi Hakkı

Özel yaşamı veya mahremiyeti genel olarak bireylerin kendileriyle ilgili olan konularda karar verme yetki ve hakkı olarak tanımlamak mümkündür. Bireyin hayatının hangi sırlarını kimlerle ne şekilde paylaşacağına karar vermesi hakkını ifade eder. Mahremiyet şahısların, kurum ve kuruluşların kendilerini ilgilendiren veya kurum ve kuruluşlarını doğrudan ilgilendiren bilgi ve belgeleri istedikleri zaman ve mekânda ne kadarını ne şekilde üçüncü şahıs veya kamuoyuna aktaracaklarına karar verme hakkıdır. Mahremiyet hakkı; esasını teşkil eden ana fıkri bireyin kendi hayatını minimum müdahaleyle sürdürmesidir. Hukuksal açıdan mahremiyet hakkı, bireyin yaşamı boyunca sahip olduğu tüm sırların kendisini rıza

¹⁴¹ Arslan, s. 74.

göstermediği ya da yasalar çerçevesinde mecburi kalmadığı zamanlardaki gizli kalmasını isteme hakkı en doğru tanımlama olur.¹⁴²

Hastanın mahremiyeti, hastaya ait bilgilerin gizliliği ve hastanın beden mahremiyetini içerir. Bilgilerin gizliliği, hastanın sırlarının saklanması ile bunların sağlanması için gerekli önlemlerin alınmasını içerir. Yani hastanın kayıtlarının tutulması ve arşivlenmesi sırasında gereken önlemleri alması ve hastaya ait sırların açıklanmamasını da içerir. Sağlık hizmetinde bilgisayar kullanımı hastaya ait bilgilerin daha çok birim ve kişi tarafından öğrenilmesine neden olabilmektedir. Hastanın bu hakkının güvence altına alınması insan hakkının bir gereğidir.

Mahremiyet hakkının içeriğini oluşturan bir diğer konu hastanın beden mahremiyetinin korunmasıdır. Örneğin, hastanın muayenesinin yapılırken başkası tarafından görünmeyecek ayrı bir yerde muayene yapılması hasta mahremiyeti bakımından önemlidir.¹⁴³

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 21.maddesine göre:“Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep de edebilir. Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir.

Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu istemek hakkı;

- a) Hastanın, sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini,
- b) Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesini,
- c) Tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesini,
- d) Tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını,
- e) Hastalığı mahiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini,
- f) Sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını, kapsar.

¹⁴² Şebnem Aksoy, “**Hasta Haklarında Mahremiyet ve Özel Hayatın Gizliliği**”, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul, 2013, s. 20.

¹⁴³ Hatırnaz, s. 62.

Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez.

Eğitim verilen sağlık kurum ve kuruluşlarında, hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olmayanların tıbbi müdahale sırasında bulunması gerekli ise; önceden veya tedavi sırasında bunun için hastanın ayrıca rızası alınır.”

Hasta mahremiyetinin sağlanması hastaya ait bilgilerin gizli tutulmasıyla mümkün olacaktır. HHY’nin 23. maddesinde bu husus açıkça ifade edilmiştir. Buna göre gizli tutma hali hastayı ve hastanın kişilik haklarını korumaya yönelik bulunmaktadır. Çünkü hastanın sağlık durumu hakkındaki tüm veriler sadece hastaya ait olmalıdır. Bir başka ifadeyle, kişi bedeni üzerinde mutlak tasarruf sahibi olup kendi kaderini belirleme hakkına sahip bulunmalıdır.¹⁴⁴ Yönetmelik bu hükümle ancak hukuka ve ahlaka uygun olan durumlarda hastaya ait bilgilerin açıklanabileceğini ifade etmiştir.

YTKİY’nin 7.maddesine göre, “Poliklinik muayenelerinde gizlilik prensiplerine riayet esastır. Burada, halkın gelenek ve ahlak kurallarına saygı gösterilir. Hastalar teker teker muayene edilir. Muayene esnasında poliklinik odasında tıp ve yardımcı tıp meslekleri personelinden başka kimsenin bulunmaması gerekir. Ancak hasta isterse ailesinden biri veya bir yakını bulunabilir”

Uluslararası hasta haklarına dair bazı metinlerde mahremiyet kavramına ilişkin hükümlere bakacak olursak; Özel hayat ve korunması konusunda uluslararası hukukta ilk düzenlemenin 10 Aralık 1948 tarihinde Paris’te kabul edilen İHEB’de yer aldığını görürüz. Bildiri’nin 12. maddesinde “Right to Privacy” (Mahremiyet Hakkı) başlığı altında “hiç kimse özel ve aile yaşamında, konutunda veya haberleşmesinde keyfi olarak müdahaleye maruz bırakılamayacağı, şeref ve itibarının tecavüzlerden korunacağı, herkesin söz konusu müdahale ve tecavüzlere karşı hukuken korunma hakkına sahip olduğu” hükmü getirilmiştir. Bu bildiri Türkiye açısından 6 Nisan 1949 tarihinde 9119 sayılı Bakanlar Kurulu kararıyla benimsenip 27 Mayıs 1949 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Böylece bu uluslar arası metin, 1924 Anayasası’nın belirttiği üzere iç hukuka aktarılmıştır. Bu bildiri uluslararası hukuk

¹⁴⁴ Özkan, Öner Akyıldız, s. 48.

bakımından bir sözleşme ya da antlaşma değildir. Bir öneri ve Genel Kurul kararıdır. İnsan Hakları Hukukunda varılacak ideali yansıtmaktadır.¹⁴⁵

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi; bu sözleşme 4 Kasım 1950 tarihinde Roma’da Mayıs 1954 tarihinde onaylanmıştır. AİHS, özel hayatın korunmasını İHEB’ne paralel biçimde düzenlemiştir. AİHS önsözünden başlayarak Bildiri’ye bağlılığını belirtmiş ve bu Bildiri’den esinlenmiştir. Ancak imzalanmış, 3 Eylül 1953 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu sözleşme Türkiye tarafından 18 AİHS’ nin asıl önemi düzenlediği haklar konusunda yargısal bir denetim mekanizması kurması, kişileri bireysel başvuru hakkı ile uluslararası hukukun süjesi haline getirmesi ve bu haklara müdahale durumunun yaptırıma bağlamasındadır. Sözleşme devletlere hem pozitif (ilgili düzenlemeleri yapma) hem de negatif (haklara müdahale etmeme) yükümlülükler getirir. Özel Hayatın Gizliliği ve Korunması Hakkına ilişkin düzenlemeye AİHS’ nin 8. maddesinde yer verilmiştir. Bu maddenin birinci paragrafına göre; “herkes özel ve aile hayatına, konutuna ve haberleşmesine saygı gösterilmesini isteme hakkına sahiptir”, fakat maddenin ikinci paragrafında, “ demokratik bir toplumda kamu otoriteleri bu hak üzerinde, ancak milli güvenlik, kamu huzuru, kamu güveni, memleketin ekonomik menfaatlerinin korunması, genel adap ve genel sağlığın korunması, suçların islenmesinin önlenmesi ve üçüncü kişilerin hak ve hürriyetlerinin korunması amacıyla ve durumun gerektirdiği ölçüdeki tedbirleri hukuka uygun olarak alabileceği” öngörülmektedir.¹⁴⁶

Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi ile de herkesin, kendi sağlığı ile ilgili bilgiler bakımından, özel yaşamına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahip olduğunu beyan eder. Herkes, kendi sağlığı hakkında toplanmış herhangi bir bilgiyi öğrenme hakkına sahiptir. Bununla beraber, bireylerin, bilgilendirilmeme istekleri de gözetilecektir.

Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi (Amsterdam Bildirgesi) ise mahremiyet ve özel hayata saygı hakkına şu şekilde atıfta yapmıştır. “m.4.1.Hastanın

¹⁴⁵ Mustafa İlhan Öztürk, “Türk Hukukunda ve Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinde Özel Hayatın Gizliliği ve Korunması Hakkı ve Devletin Pozitif Yükümlülüğü”, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kayseri, 2009, s. 19.

¹⁴⁶ Öztürk, s. 20.

sağlık durumu, tıbbi durumu, tanısı, prognozu, tedavisi hakkındaki ve kişiye özel diğer tüm bilgiler ölümden sonra bile gizli olarak korunmalıdır.

m.4.2.Hastaya ait bu bilgiler, yalnızca hastanın açık izni veya mahkemenin kesin isteği üzerine açıklanabilir. Hastanın tedavisi ile ilgili diğer sağlık personeline ihtiyaç söz konusu olduğunda, hastanın onayı olduğu varsayılarak davranılır.

m.4.3.Hastanın kimliğine dair bilgiler korunmalıdır. Bu bilgilerin korunması usulüne

uygun yapılmalıdır. m.4.4.Hastalar, tanıları, tedavileri ve bakımları ile ilgili kayıtlara, diğer dosyalara, teknik kayıtlara ve tıbbi dosyalarına bakabilme ve dosyalarının ve kayıtlarının kopyasını alabilme hakkına sahiptir. Bu hak üçüncü

kişilerin bilgilerine bakabilmeyi içermez. m.4.5.Hastalar, kendileriyle ilgili tıbbi ve kişisel bilgilerin uygunsuz, eksik, çift anlamlı, eski olması veya tanı, tedavi ve bakım amacıyla ilgili olmaması durumunda bu bilgileri yenileme, daha açık hale getirme, bazı kısımlarını çıkarma, tamamlama, düzeltme hakkına sahiptir. m.4.6.Hastanın tanı, tedavi ve bakımı için gerekli olmadıkça ve ek olarak hasta izin vermedikçe, hastanın özel ve aile hayatına girilemez.

m.4.7.Tıbbi girişimler ancak kişinin özel hayatına saygı gösterilmesi durumunda yapılabilir. Bunun anlamı önerilen girişimin hastanın onayı veya isteğine göre ve kişinin ihtiyacı durumunda yapılabileceğidir. m.4.8.Sağlık kurumlarına başvuran hastalar, kişisel bakımlarını yapacak personelinin veya muayene ve tedavilerini yapacak kurumların, özel hayatlarının korunmasını sağlayan fiziksel özelliklere sahip olmasını bekleme hakkına sahiptirler.”

Dünya Tabipler Birliği tarafından yayınlanan Lizbon Bildirgesinin 4.maddesi de mahremiyet hakkı ile ilişkilidir. Buna göre “Hasta, kendisiyle ilgili tüm tıbbi ve kişisel bilgilerin gizliliğine gereken saygıyı göstermesini hekiminden bekleme hakkına sahiptir”.

Son olarak ifade edebilir ki özel hayatın gizliliği ile ilgili insanoğlunun merakının özellikle tanınan ve bilinen kişilere yönelik olarak mahremiyetleri hep merak edile gelmiştir. Bu merak özellikle son yıllardaki sosyal medya ve internet gibi haber kaynaklarının denetimsiz ve devasa bir sektör haline gelmesiyle daha da belirginleşmiştir. Özel hayat ve mahremiyet alanların giderek daraldığı teknolojik gelişmeler ile özellikle kameraların boyutlarının kalem uçları kadar küçüldüğü bir dünyada gizli çekimler ile bu alanlar neredeyse hiç kalmamıştır. Özellikle son

günlerdeki dinlenme cihazlarının uzak mesafeleri ve duvar arkalarını dinleyebildiği gün yüzüne çıktıktan sonra mahremiyet ve özel hayat alanları konusu daha da önemli bir hal almıştır. Gerek ulusal ve gerekse uluslar arası kuruluşlar bu tür olaylar ile ilgili tavırlarını net bir şekilde ortaya koymalı ve bu alanlara ne sebeple okursa olsun her türlü müdahaleyi kabul etmemelidir.¹⁴⁷

İ. Tedaviyi Reddetme ve Durdurma Hakkı

HHY'nin ilgili (25.) maddesinde bu hakka şu şekilde atıfta bulunulmuştur. “Hasta, kendisine uygulanması planlanan ya da uygulanmakta olan tedaviyi reddetme veya durdurulmasını isteme hakkına sahiptir. Bu durumda, tedavinin uygulanmasından doğacak sonuçların hastaya ya da yasal temsilcilerine yahut yakınlarına anlatılması ve kendilerinden bunu gösteren yazılı bir belge alınması zorunludur. Ancak bu hakkın kullanılması hastanın sağlık kuruluşuna tekrar başvurusunda hasta hakkında aleyhine kullanılmayacaktır”.

J. Rızasının (Onam) Alınması

Tıbbi anlamda “Onam”, önerilen tıbbi girişimle ilgili olarak kişilerden alınan rızayı ifade eder. Aydınlatılmış onamda ise esas olan; onam verecek kişinin hekimin hastalığı ya da yapacağı işlem ile ilgili açıklamalarını gerektiği kadarıyla anlayıp idrak etmesi, bu bilgiye dayanarak, akılcı bir şekilde ve gönüllü olarak karar vermesidir. Aydınlatılmış hasta onamı, belki de insanın kendisi hakkında verilecek karara katkısının sağlanması yönündeki en samimi ve doğal hakkıdır.¹⁴⁸

Bugün günümüzde hasta hakları yönünden en önemli unsur, tıbbi bir girişime ya da müdahaleye başlamadan önce hastalara bu girişim ile ilgili bilgi aktarımı

¹⁴⁷ Aksoy, s. 34.

¹⁴⁸ Ahmet Turla ve diğerleri, “Aydınlatılmış Onam”, **Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi**, C. 7, S. 2 (2006), s. 158.

akabinde girişim ya da müdahale için hastalardan onay alınmasıdır. Hastanın aydınlatılması hastadan sorumlu hekim tarafından yapılır. Onay verilmesi ise tamamen hastanın hür iradesine bırakılır. Gerçekte, hasta sözel olarak bilgilendirilir. Etik olarak bu yeterli görülebilse de, hastaya aktarılanların yazıya geçirilip hem hasta hem hekim tarafından imzalanması rızanın (onam) hukuka uygunluğu için yazılı belgeye bağlanması zorunludur.

Rızanın alınmasının istisnası ise, hastanın iradesini beyan etmesinin mümkün olmadığı ve acilen tıbbi girişim yapılması gereken durumlarda, daha önce bu girişimi reddettiğini gösteren bir açıklaması yoksa hastanın onayı varsayılır. HHY'nin ilgili (m.24) maddesinde bu duruma şu şekilde atıf yapılmıştır; “Hastanın rızasının alınmadığı hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açacak durumun varlığı halinde, hastaya tıbbi müdahalede bulunmak rızaya bağlı değildir. Bu durumda hastaya gerekli tıbbi müdahale yapılarak durum kayıt altına alınır. Ancak bu durumda, mümkünse hastanın orada bulunan yakını veya kanuni temsilcisi; mümkün olmadığı takdirde de tıbbi müdahale sonrasında hastanın yakını veya kanuni temsilcisi bilgilendirilir. Ancak hastanın bilinci açıldıktan sonraki tıbbi müdahaleler için hastanın yeterliği ve ifade edebilme gücüne bağlı olarak rıza işlemlerine başvurulur”.

Hasta ergin değilse, yani 18 yaşından küçük ya da kısıtlı ise, gerekli rıza ve izin yasal temsilcisinden (veli ya da vasisinden) alınacaktır. Ancak hastanın; anne ve babası (velisi), vasisi olamadığı ya da bunların hazır bulunmadıkları, hastanın konuşamayacak (ifade veremeyecek) durumda olduğu hallerde bu koşul aranmayacaktır. Hastanın yasal temsilcisi tarafından izin verilmeyen durumlarda hastaya müdahalede bulunmak tıbben zorunlu ise, tıbbi müdahale için Medeni Yasa'nın 346, 487. maddeleri ve ayrıca vesayete ve velayete ilişkin kurallar uyarınca ivedi olarak mahkemeden karar alınması gerekecektir.¹⁴⁹

Hastanın ya da yasal temsilcisinin rızasının (onamının) alınmasının biçimi ve hükmü ise HHY'nin 28.maddesinde yer almakta olup, “Mevzuatın öngördüğü istisnalar dışında rıza herhangi bir şekilde bağlı değildir. Sözlü olabildiği gibi yazılı da olabilmektedir. Ancak hasta dilsiz ise yazılı olarak rızanın alınması gerekir.

¹⁴⁹ Özkan, Öner Akyıldız, s. 40-41.

Mevzuata ve ahlaka aykırı olarak alınan rıza hükümsüzdür ve bu şekilde alınan rızaya dayanılarak müdahalede bulunamaz” şeklinde atıf yapılmıştır.

Hasta Hakları Yönetmeliğinde yer alan, bu düzenlemelerin yanı sıra; Organ ve doku alınmasında, Aile planlanması ve gebeliğin sona erdirilmesinde, Tıbbi araştırmalarda, İlaç ve terkiplerinin araştırma amacıyla kullanılmasında, gereken rızayı da özel hükümlere bağlamıştır.

Aydınlatılmış onam hakkına atıfta bulunan bazı uluslararası metinlerden de kısaca bahsedilecek olursak;

Lizbon Bildirgesi madde 3 “Hasta yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra önerilen tedaviyi kabul veya reddetme hakkına sahiptir”.6 maddeden oluşan bu bildirmede, hasta hakları sınırlı olarak tanımlanmış olmakla birlikte, yukarıda ifade edilen md.3 ile düzenlenmiştir. Bu madde ile hastanın aydınlatılmış onam hakkı, uluslararası boyuttaki bir metinde ilk kez yer almıştır.

Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi (Amsterdam) Bildirgesi; Aydınlatılmış rıza konusuna 3. maddede yer veren bildirmede, “hastanın bilgilendirilmiş onamının herhangi bir tıbbi müdahalenin önkoşuludur” olduğu konusu açıkça belirtilmiştir. İlgili maddede ayrıca hastanın tıbbi müdahaleyi durdurma ve reddetme hakkına da sahip olduğu ve durdurulan ya da reddedilen tıbbi müdahalenin sonuçlarının da mutlaka açıklanması gerektiği (m.3.2) konularına da yer verilmiştir. Aydınlatılmış onam ile ilgili diğer maddeler ise şöyledir; 3.3 “ Hastanın iradesini beyan etmesinin mümkün olmadığı ve acilen tıbbi girişim yapılması gereken durumlarda, daha önceden bu girişimi reddettiğini gösteren bir açıklaması yoksa hastanın onayı var sayılarak girişim yapılabilir.” 3.4 “ Hastanın yasal temsilcisinin onayının gerektiği ve önerilen girişimin acil olduğu durumda eğer temsilcinin onayı zamanında alınamıyorsa tıbbi girişim yapılabilir”. 3.5 “Yasal temsilcinin onayı gerektiği zaman, hastalar (çocuk veya erişkin olsun) durumlarının izin verdiği ölçüde yine de karar alma sürecine dahil edilmelidir”. 3.6 “Yasal temsilcinin onay vermeyi reddettiği durumda, doktor veya diğer sağlık personelinin görüşü girişimin hastayı ilgilendirdiği yolunda ise, karar mahkemeye veya hakem heyeti benzeri merciye bırakılmalıdır”. 3.7 “Hastanın onay vermesinin mümkün olmadığı ve yasal temsilcisinin bulunmadığı veya bu amaçla seçilmediği bütün diğer durumlarda hastanın istekleri tahmin edilerek ve hesaba katılarak alternatif karar alma biçimi için

uygun önlemler alınmalıdır”. 3.8 “İnsan vücudunun bütün parçalarının kullanımı ve korunması için hasta onayı gereklidir. Tanı, tedavi ve hasta bakımı için madde kullanımı gereken durumlarda onay varsayılarak davranılabilir”. 3.9 “Klinik çalışmalara katılım için hastanın bilgilendirilmiş onayına ihtiyaç vardır”. 3.10 “Hastanın bilgilendirilmiş onayı) bilimsel araştırmalarda dahil edilme için önkoşuldur”. Bütün araştırma protokolleri uygun etik kurul onayı işlemlerinden geçirilmelidir. Bu tıbbi araştırmalar, yasal temsilcisinin onayı olmadıkça ve hastayı ilgilendirmedikçe kendi iradesini beyan edemeyen hastalarda yapılmamalıdır. Bu konuyla ilgili bir istisna, önemli bir değeri olan, alternatif yöntemleri olmayan ve başka araştırma öznesi bulunmayan araştırmalardır. Böyle bir durumda risk ve/veya yük çok azsa, kişinin itirazı yoksa, hastanın sağlığına doğrudan bir yararı olmasa da kapasite eksikliği olan bireyler gözleme dayalı araştırmalara dahil edilebilir.

Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü, m.4/4 “ İlgili onay vermek için yasal bir temsilcinin gerektiği tüm durumlarda, hasta ister yetişkin olsun, ister anlayacak veya karar verecek durumda olmasın yine de verilen kararlar ile mümkün mertebe ilgili olacaktır. (yani hasta verilen kararlara katılabileceği kadar katılacak)”

Bali Bildirgesi (Lizbon II), hastanın kendi geleceğini belirleme hakkı başlığı altında aydınlatılmış onam hakkını düzenlemiştir. Buna göre 3.a. Hasta kendi kaderini belirleme ve kendisi ile ilgili özgürce karar verebilme hakkına sahiptir. Hekim hastayı verdiği kararların sonuçları hakkında bilgilendirmekle yükümlüdür. 3.b. Zihinsel yeterliliği olan erişkin bir hasta herhangi bir tanı veya tedaviye yönelik girişimi onaylama veya kabul etmeme hakkına sahiptir. Hastanın kendi kararını verebilmesi için gerekli şekilde bilgilendirilmeye hakkı vardır. Hasta uygulanacak test veya tedavinin amacının ne olduğunu, bunun sonuçlarının ne olabileceğini, tedaviyi kabul etmeme durumunda olabilecekleri açık bir şekilde anlamalıdır. 3.c. Hastanın klinik çalışmalara veya tıp eğitimine katılmayı reddetme hakkı vardır.

Ayrıca bildiride bilinci kapalı hasta (m.4) ve yasal ehliyeti olmayan hastalar (m.5) için aydınlatılmış onam ile ilgili hükümler yer almaktadır.

Yukarda açıklanan Amsterdam Bildirgesi’nin aydınlatılmış onam hükümleri ile benzer nitelikte hükümlerin yer aldığı bu bildirge ülkemizde ve diğer ülkelerin hasta hakları ile ilgili yasal düzenlemelerde bir kaynak niteliği taşıdığı ifade edilebilir.

K. Bilgilerin Gizli Tutulması

Hasta, hastalığıyla ilgili her türlü bilgi ve dokümanı kendisi dışında her hangi bir üçüncü kişi veya kurumla paylaşmayı istemeyebilir. Hasta sağlık durumu ile ilgili hususlarda bilgilendirmeyi kendisinden başka birine yapılmamasını isteyebilir. HHY madde 20’de bu husus şu şekilde düzenlenmiştir; "İlgili mevzuat hükümleri ve/veya yetkili mercilerce alınacak tedbirlerin gerektirdiği haller dışında; kişi, sağlık durumu hakkında kendisinin, yakınlarının ya da hiç kimsenin bilgilendirilmemesini talep edebilir. Bu durumda kişinin kararı yazılı olarak alınır. Hasta, bilgi verilmemesi talebini istediği zaman değiştirebilir ve bilgi verilmesini talep edebilir."

Ancak bu konuda istisna olan durumlar söz konusu olup bu hususlar ülkemizde yasal düzenleme ile belirli hükümlere bağlanmıştır. istisna olan bu durumlar vakanın adli bir vaka olması veya toplumsal hastalıkların önlenmesine yönelik yapılan yasal düzenlemeler. Hatta hastalık durumu, hastanın moral ve motivasyonu etkileyecek ve sağlığını tehdit edecek bilgiler içeriyor ise bunu hastayla paylaşılması sakıncalı ise bu durumda hastayla da paylaşılmayabilir. Bu durumda hastanın en yakınına bilgi verilir. Ancak tedavisi olmayan bir teşhis, hastanın aksi yönde bir talebinin bulunmaması veya açıklanacağı şahsın önceden belirlenmemesi halinde hekim tarafından kendisine ve ailesine bildirilir. Hastanın hastalığının seyri ile ilgili sırları olabildiği gibi hastalığı esnasında gelen ziyaretçileri de hasta için sır olabilir. Bu durumda açıklanmasına sakınca olabilir. Çünkü hasta sırların ifası kanun engellemektedir.¹⁵⁰

HHY dördüncü bölüm madde 23’de düzenlenen bilgilerin gizli tutulması hususu "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiçbir şekilde açıklanamaz. Kişinin rızasına dayansa bile, kişilik haklarından bütünüyle vazgeçilmesi, bu hakların başkalarına devri veya aşırı şekilde sınırlandırılması neticesini doğuran hallerde bilginin açıklanması, bunları açıklayanın hukuki sorumluluğunu kaldırmaz. Hukuki ve ahlaki yönden geçerli ve haklı bir sebebe dayanmaksızın hastaya zarar verme ihtimali bulunan bilginin ifşa edilmesi, personelin ve diğer kimselerin hukuki ve cezai sorumluluğunu da

¹⁵⁰ Aksoy, s. 46-47.

gerektirir. Araştırma ve eğitim amacı ile yapılan faaliyetlerde de hastanın kimlik bilgileri, rızası olmaksızın açıklanamaz" şeklinde açıklanmıştır.

Uluslararası düzenlemelerde ise; Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü, m. 6: "Her birey kişisel bilgilerinin; sağlık durumu, yapılan teşhis ve tedavi konularında bilginin yanı sıra teşhis ve tedavi yapılırken veya özel ziyaretlerinin gizliliğinin muhafazası hususunda, gizli tutulmasını talep etme hakkına sahiptir. Bir bireyin sağlık durumuna veya ona uygulanan tıbbi/cerrahi tedaviye ilişkin bilgi ve veriler gizli olmalı ve öyle muhafaza(korunmalıdır) edilmelidir. Tıbbi/cerrahi müdahale sırasında bile kişisel gizliliğe saygı gösterilmeli, yani uygun ortamda yapılmalı ve gerçekten orada bulunması gerekli olan kişiler (hastanın onayı veya özel bir talebi olması durumları hariç) nezdinde yapılmalıdır".

Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi (Amsterdam) Bildirgesi'ndeki bilgileri gizli tutulması hakkına ilişkin hükümleri: "Hastanın sağlık durumu, tıbbi durumu, tanısı, prognozu, tedavisi hakkındaki ve kişiye özel diğer tüm bilgiler, ölümden sonra bile gizli olarak korunmalıdır (m.4.1)". "Hastanın tanı, tedavi ve bakımı için gerekli olmadıkça ve ek olarak hasta izin vermedikçe hastanın özel ve aile hayatına girilemez (m.4.6)" dir.

Lizbon Bildirgesi: "Hasta kendisiyle ilgili tüm tıbbi ve kişisel bilgilerin gizliliğine gereken saygıyı göstermesini hekiminden bekleme hakkına sahiptir (m.4)". Bali Bildirgesi'nde bilgilerin gizliliği ile ilgili hususlar "Hastanın sağlık durumu, tıbbi durumu, tanısı, prognozu, tedavisi ve kişiye özel diğer tüm bilgiler ölümden sonra bile gizli olarak korunmalıdır. İstisna olarak hasta yakınlarının kendileri ilgili sağlık risklerini öğrenmeleri açısından bu bilgilere ulaşabilme hakkı olabilir (m.8.a). Gizli bilgiler sadece hastanın açık izni veya mahkemenin kesin isteği üzerine açıklanabilir. Hastanın açık olarak izin vermediği durumlarda bu bilgiler sadece bilgilendirilmesi gereken diğer sağlık personeline verilebilir (m.8.b). Hastanın kimliğine ait tüm bilgiler korunmalıdır. Bu bilgilerin korunması usulüne uygun yapılmalıdır. Bu tür verilerin alındığı insan ürünleri de aynı şekilde korunmalıdır (m.8.c)" şeklinde hükme bağlanmıştır.

L.Hastanın İzni Olmaksızın Tıbbi Ameliyeye Bağlı Tutulmama Hakkı

HHY'nin 22. maddesine istinaden hiç kimse rızası olmaksızın ve verdiği izne uygun bulunmayana bir şekilde tıbbi ameliyeye bağlı tutulamamaktadır. Ancak yasal ayrıcalıklar bunların dışında tutulmuştur. Bundan başka, bir suç işlediği ya da bir suça katıldığı şüphesi altında bulunan kişinin işlediği suçun ihtimal dahilinde olan delillerinin, sanığın ya da mağdurun vücudunda olduğu düşünülen durumlarda, bu delillerin ortaya çıkarılması için sanığın veya mağdurun tıbbi ameliyeye bağlı tutulması gerektiğinde hakimden karar alınması zorunlu bulunmaktadır. Yalnız gecikmesinde (tehirinde) zarar umulan durumlarda, bu ameliye (müdahale), Cumhuriyet Savcısının talebi ile yapılabilecektir.

M.Hastanın Tedaviyle İlgili Kayıtların Tutulmasını Talep Etme, Kayıtları İnceleme ve Düzeltmesini İsteme Hakkı

Tıbbi kayıtların tutulması uygulaması binlerce yıl öncesine dayanır. MÖ. 628 - 627 yılları arasında Mezopotamya'da yaşayan Kral Asurbanipal dönemine ait olduğu sanılan 30.000 Tablet'in 660'ı tıbbi kayıtlar idi. Hammurabi Dönemi, tıbbi kayıtların anlaşılır biçimde tutulduğu ilk dönemdir.¹⁵¹ Günümüzde ise sağlık hizmeti sırasında hizmeti vermekle görevli personelin hastanın sağlık durumu ve tıbbi verileri ile ilgili kayıtları düzenli olarak tutma, bunları "hasta dosyası" adı verilen bir dosya içinde saklama ve koruma yükümlüğü vardır. Özellikle tıbbi kayıt tutmak, hekim için en önemli yükümlülüklerden ve bu kayıtların tutulmasını istemek hastanın en temel haklarından. Bu durum hekim mesleğinin gerekleri ve etik kurallarının hem de yasa ve benzeri hukuksal kuralların getirdiği bir zorunluluktur.¹⁵² Dolayısıyla hastanın sağlığı ile ilgili oluşturulmuş kayıтта yer alan bilgileri inceleme hakkı ülkemizde yasal düzlemde yerini almıştır. İlgili düzenlemelerden biri "Hasta, sağlık

¹⁵¹ Aksüt, s. 110-111.

¹⁵² Sütlaş, s. 94.

durumu ile ilgili bilgiler bulunan dosyayı ve kayıtları, doğrudan veya vekili veya kanuni temsilcisi vasıtası ile inceleyebilir ve bir suretini alabilir. Bu kayıtlar, sadece hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olanlar tarafından görülebilir (m.16)” olup diğeri ise Türk Tabipler Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları kapsamında yer alan m. 31 “Hasta dosyalarındaki bilgilerin geniş bir özeti ile bilgi ve belgelerin örnekleri, isteği durumunda hastaya verilir. Hekim, yasal zorunluluk olmadıkça, bu bilgileri başkasına veremez” şeklindedir.

Ülkemizde yasal düzlemde hastalar sağlık durumlarına ilişkin kayıtların düzeltilmesi hakkına sahiptirler. Ülkemizde Hasta Hakları Yönetmeliği bu konuya “Hasta; sağlık kurum ve kuruluşları nezdinde bulunan kayıtlarında eksik, belirsiz ve hatalı tıbbi ve şahsi bilgilerin tamamlanmasını, açıklanmasını, düzeltilmesini ve nihai sağlık durumu ve şahsi durumuna uygun hale getirilmesini isteyebilir.

Bu hak, hastanın sağlık durumu ile ilgili raporlara itiraz ve aynı veya başka kurum ve kuruluşlarda sağlık durumu hakkında yeni rapor düzenlenmesini isteme haklarını da kapsar.” şeklinde atıfta bulunmuştur.

Hastaların sağlık durumuna ilişkin kayıtları incelemesi ve düzeltilmesini isteme hakkından uluslararası bir bildiri niteliği taşıyan Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü’nde bahsedilmiştir. Buna göre m.4.4.“Hastaların kendi dosyalarında ve kayıtlarında kendileri ve hastalıkları ile ilgili bulunan bilgileri alma, fotokopi ile çoğaltma, soru sorma ve hata varsa onların düzeltilmesini talep etme hakkına sahiptir.”

N.Güvenliğin Sağlanması

Hastaların sağlık hizmetini güvenli bir ortamda almaya hakkı vardır. Herkesin sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı beklemeye ve bunu istemeye de hakkı vardır.¹⁵³

¹⁵³ Haluk Tanrıverdi, “Hastaların, Hasta Hakları Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi”, **Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi**, C. 16, S. 3 (2012), s. 107.

HHY'nin ilgili (37.) maddesine göre “Herkesin, sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu istemek hakları vardır.

Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastaların ve ziyaretçi ve refakatçi gibi yakınlarının can ve mal güvenliklerinin korunması ve sağlanması için gerekli tedbirleri almak zorundadırlar.

Tutuklu ve hükümlerin sağlık kurum ve kuruluşlarında muhafazaları ile ilgili özel mevzuat hükümleri saklıdır”.

Hastanın sağlık kurum ve kuruluşunda güvenliğinin sağlanmasının neleri içerebileceği yönetmelikte belirtilmiştir. Ancak bunlarla sınırlı tutulmaması gerektiği açıktır. Hastanın güvenliğine gizli hayatının güvenliğinin sağlanması da dâhil edilebilir¹⁵⁴ Örneğin hastadan alınan kan, idrar, sperm ve doku gibi örnekler, hastanın teşhis ve tedavisi dışında, bilimsel amaçlarla da olsa, izni olmaksızın kullanılamaz. Bu örnekler üçüncü kişilere verilemez ve başkalarının eline geçmeyecek şekilde taşınıp saklanır. Hastaların organ ve dokuları, önceden geçerli bir izni olmaksızın, ölümünden sonra da alınıp, kullanılamaz. Hastalar öldükten sonra da makul bir süre tıbbî kayıtlarının korunmasına özen gösterilmelidir.¹⁵⁵

O.Refakatçi Bulundurma, İnsani Değerlere Saygı Gösterilmesi ve Ziyaret

Sağlık tesislerince belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde ziyaretçi kabul etmeye ve mevzuatın ve sağlık tesisinin imkânları ölçüsünde ve hekimin uygun görmesi halinde refakatçi bulundurmaya hakkı vardır.¹⁵⁶

Diğer bir başlık olan İnsanı değere saygı gösterilmesi hakkı konusunda diyebiliriz ki sağlık çalışanları kendisiyle ve çevresiyle barışık; insanlara ve canlılara sevgi duyan, hayata bağlı; güler yüzlü kişiler olmalıdır. Bunu içtenlikle bunları yapmalı, benimsemeli ve içselleştirmelidir. Sağlık çalışanlarının böyle davranmaları, hastalara lütufta bulunmak değil bir görevdir. Hastalar için de bir haktır. Bu hak

¹⁵⁴ Kadir Akpınar, “Acil Servislerde Hasta Hakları (Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği)”, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Ana Bilim Dalı Araştırma Yöntemleri Bilim Dalı, Konya, 2008, s. 52.

¹⁵⁵ Özlü, s. 5.

¹⁵⁶ Tanrıverdi, s. 8.

sadece etik değerler ve sosyal yaptırımların değil, aynı zaman da hukuki metinlerin gereğidir.¹⁵⁷

HHY madde 40'da Refakatçi bulundurma hakkına, “Muayene ve tedavi sırasında hastaya yardımcı olmak üzere; mevzuatın ve kurum imkânlarının elverdiği ve hastanın sağlık durumunun gerektirdiği ölçüde, tedaviden sorumlu olan tabibin uygun görmesine bağlı olarak, refakatçi bulundurulması istenebilir.

Bu hakkın nasıl ve ne zaman kullanılacağı ve bu konuda alınacak tedbirler, sağlık ağık kurum ve kuruluşunun çalışma usul ve esaslarını gösteren mevzuata ayrıca düzenlenir.” biçiminde atıfta bulunulmuştur.

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 39. maddesinde İnsani Değerlere Saygı Gösterilmesi ve Ziyaret hakkı ise, “Hasta, kişilik değerlerine uygun bir şekilde ve ortamda sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkına sahiptir.

Sağlık hizmetlerinde görev alan bütün personel; hastalara, yakınlarına ve ziyaretçilere güler yüzlü, nazik, şefkatli ve sağlık hizmetleri ile ilgili mevzuat ve bu Yönetmelik hükümlerine uygun şekilde davranmak zorundadır.

Sağlık hizmetlerinin her safhasında, hastalara, onların bedeni ve ruhi durumları dikkate alınarak, hangi işlemin neden ve nasıl yapıldığı, yapılacağı ve bekletilmeleri söz konusu ise, bekletilmenin sebepleri hususunda gerekli ve yeterli bilgi verilir

Sağlık kurum ve kuruluşlarında, insan haysiyetine yakışır gereken her türlü hijyenik şartların sağlanması, gürültünün ve rahatsız edici diğer bütün etkenlerin bertaraf edilmesi esastır. Gerektiğinde, bu hususlar hasta tarafından talep konusu yapılabilir.

Hasta ziyaretçilerinin kabul edilmesi, kurum veya kuruluşça belirlenen usul ve esaslara uygun olarak ve hastaların huzur ve sükunlarını bozacak fiil ve tutumlara sebebiyet vermeyecek şekilde gerçekleştirilir ve bu konuda gereken tedbirler alınır” şeklinde düzenlenerek yasal zemine oturtulmuştur.

¹⁵⁷ Sütlaş, s. 184.

Ö.Dini Vecibeleri Yerine Getirebilme ve Dini Hizmetlerden Faydalanma

Bu hususta temel kural; inancı olan bir kişinin ölüme yaklaştığı son anda inancının gereklerini yerine getirmesine yardımcı olmak, tersine dinsel inancı olmayan, ancak bunu değişik nedenlerle belirtmemiş kişilere de, inançlıymış gibi dinsel yardım desteğinde bulunmaya çalışmaktır. Bu hakkın yerine getirilebilmesi konusunda hastanın yakınları ve toplumsal statüsünün getirdiği bazı etkileri iyi ve doğru gözlemleyip değerlendirmek uygun olacaktır.¹⁵⁸ Ulusal yasal düzlemde bu hak şu şekilde düzenlenmiştir.

1.Hasta Hakları Yönetmeliği m.38: “Sağlık kurum ve kuruluşlarının imkanları ölçüsünde hastalara dini vecibelerini serbestçe yerine getirebilmeleri için gereken tedbirler alınır.

Kurum hizmetlerinde aksamalara sebebiyet verilmemek, başkalarını rahatsız etmemek ve personelce düzenlenip yürütülen tıbbi tedaviye hiç bir şekilde müdahalede bulunulmamak şartı ile hastalara dini telkinde bulunmak ve onları manevi yönden desteklemek üzere talepleri halinde, dini inançlarına uygun olan din görevlisi davet edilir. Bunun için, sağlık kurum ve kuruluşlarında uygun zaman ve mekan belirlenir.

İfadeye muktedir olmayıp da dini inancı bilinen ve kimsesiz olan agoni halindeki hastalar için de, talep şartı aranmaksızın, dini inançlarına uygun olan din görevlisi çağrılır. Bu hakların nasıl ve ne zaman kullanılacağı ve bu konuda alınacak tedbirler, sağlık kuruluşunun çalışma usul ve esaslarını gösteren mevzuatta ayrıca düzenlenir.

2.Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği m.193: “Kurumlarda rastgele yerlerde ibadet edilmez. Kurum olanakları müsait olduğu takdirde hastalardan ibadetlerini yerine getirmek isteyenlere yer ayrılabilir. Agoni halindeki hastalara hangi din ve mezhepten olursa olsun istenildiği takdirde dini telkin ve dualar yapmak üzere bir din adamı davet edilebilir”

¹⁵⁸ Süttaş, s. 99.

Uluslararası belgelere bakacak olursak; Lizbon Bildirgesi bu konuya madde 6 ile “ Hasta, dini temsilcisi de dahil olmak üzere, ruhsal ve manevi yönden teselli edilmeyi isteme ya da reddetme hakkına sahiptir” şeklinde atıfta bulunmuştur.

Diğer bir uluslar arası bildirge olan Amsterdam Bildirgesi madde 11’de bu haktan şu şekilde bahsetmiştir: “Hasta kendi dinlerine uygun bir dini temsilcinin ruhi ve moral tesellisini kabul veya reddetme hakkına sahiptir”.

P.Hizmetin Sağlık Kurum ve Kuruluşu Dışında Verilmesi

HHY madde 41 kapsamında hastalar, aşağıdaki hallerde sağlık hizmetlerinden bulundukları yerlerde de faydalanabilirler:

- a) Koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesinde,
- b) Tıbbi sebeplerden dolayı sağlık kuruluşuna bizzat gidilemeyen veya götürülemeyen hallerde,
- c) Tabii afetler gibi olağanüstü hallerde

Hizmetin sağlık kuruluşu dışında verilmesi ile ilgili usul ve esaslar, Bakanlık tarafından ayrıca düzenlenir.

R.Müracaat, Şikâyet ve Dava Hakkı

Haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü başvuru, şikâyet ve dava hakkını kullanmaya hakkı vardır. Hastalar kendilerine herhangi bir haksızlık yapıldığını his ettiği andan itibaren gerek kurum içerisinde gerekse kurum dışı adli mercilere yapacakları şikâyet ve dava haklarının bulunması zorunlu bir haktır.¹⁵⁹

İlgili ulusal ve uluslararası hükümlere bakacak olursak; Hasta Hakları Yönetmeliği m.42: “Hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikâyet ve dava hakları vardır”.

¹⁵⁹ Aksoy, s. 48.

Amsterdam Bildirgesi m.6.5: “Hastalar, bu dokümanda belirtilen hakların uygulanması ile ilgili bilgi ve önerilere ulaşabilmelidirler. Hastalar haklarına saygı gösterilmediğini hissettiklerinde şikayet için başvuru imkanına sahip olmalıdır. Mahkemelere başvurmanın yanı sıra, diğer düzeylerde başvuruda bulunma, hakemlik isteme ile ilgili bağımsız mekanizmalar bulunmalıdır. Bu mekanizmalar şikayet prosedürleri ile ilgili bilgi edinmeyi, bağımsız kişilere ulaşabilmeyi ve hastanın en uygun nasıl hareket edeceği konusunda danışmada bulunma imkanlarını sağlamalıdır. Bu mekanizmalar bunların ötesinde hasta adına savunma ve yardım imkanlarını gerekirse sağlamalıdır. Hastaların şikayetlerinin değerlendirilmesine etkili ve tam olarak ilgilenilmesine ve sonuç hakkında bilgilendirmeye hakkı vardır”.

Hasta Haklarının İlişkin Avrupa Statüsü’nün 13 maddesinde de şikayet hakkı düzenlenmiştir: “Şikayet Hakkı Her bireyin bir zarar gördüğünde şikayette bulunma hakkı vardır. Sağlık Hizmetleri, hastalara sahip oldukları haklar konusunda bilgi vermelidir. Böylelikle hastalar bir ihlal veya haksızlıkla karşılaştıklarında bunun yanlış olduğunu fark edip şikayette bulunabilsin. Şikayet, belli bir süre içerisinde sağlık hizmetleri yetkilileri tarafından yazılı olarak cevaplandırılmalıdır”.

Bugün ülkemizde şikayet hakkı yani hasta hakları ile ilgili her türlü şikayet ile hasta iletişim birimleri ve hasta hakları kurulu görev yapmaktadır. Hasta iletişim birimlerine gelen şikayetler öncelikle yerinde çözülmeye çalışılmakta, çözülemiyorsa Hasta Hakları Kurulu’nda değerlendirilmeye alınmaktadır. Karşılaştırmalı hukukta, değişik düzenlemelerin bulunduğu bilinmektedir. Örneğin, Hollanda’da hasta hakları, Sağlık Hizmetlerinde Tüketici Hakları Kanunu’nda düzenlenmiştir ve sağlık hizmeti sunanların, şikayet sunma sistemi sunması da zorunlu kılınmıştır. İngiltere’de ise sağlık hizmetleri ile ilgili şikayetlerin aile hekimi üzerinden alındığı bir sistem uygulanmaktadır.¹⁶⁰

¹⁶⁰ Hakeri, s. 90-91.

S.Ötenazi Yasağı

Ötenazi sözcüğü, Yunancada *eu; iyi* v e *thanatos; ölüm* sözcüklerinin birleşmesi sonucunda meydana gelmiştir. Sözlük anlamıyla; tedavisi mümkün olmayan hastalıklarda, kişiyi ağrı ve acı vermeden öldürme, uyutma, acısız ölüm olarak ifade edilen bu kavram merhametli ölüm şeklinde de anılmaktadır.¹⁶¹

İlk defa 1623 yılında Bacon tarafından kullanılan ötenazi terimi, iyi, güzel, tatlı ölüm anlamına gelmektedir. Ölüm yardımı olarak da adlandırılan ötenazi, tıbbi açıdan iyileşmesi mümkün olmayan bir hastalığa yakalanan ve acı çeken hastanın, acılarını dindirmek amacıyla aktif veya pasif bir hareketin icra edilmesi suretiyle, ölmesine yardım edilmesidir.¹⁶²

Çaresi olmayan hastalığa sahip kişinin merhamet düşünceleriyle öldürülmesi, ölüm sancılarının azaltılması anlamıyla ötenazi ilk defa 1869'da İngiliz tarihçi William Lecky tarafından kullanılmıştır.¹⁶³

Dünya' da ötenazi nitelik ve ceza verme açısından farklılık gösterse de genelde suç olarak kabul edilmiştir. Türk Hukuku'nda konu ile ilgili ceza kanununda özel bir hüküm bulunmasa da Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 14. maddesinin 1. fıkrasında ve Sağlık Bakanlığı'nın Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 13. maddesinde de ötenazi yasaktır.¹⁶⁴

¹⁶¹ Tacir, s.247.

¹⁶² Muharrem Özen, Meral Ekici Şahin, "Ötenazi", **Ankara Barosu Dergisi**, C. 68, S.4 (2010), s.17.

¹⁶³ Tacir, s. 247.

¹⁶⁴ Arzu Besiri, "Ötenazi ve Yaşam Hakkı", **TBB Dergisi**, S. 86 (2009), s.188.

II. HASTA HAKLARININ İHLAL EDİLMESİ

A.Hasta Hakları İle İlgili Birimler

Ülkemizde 01.08.1998 tarihinde yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğinin uygulanmasını sağlamak üzere 15 Ekim 2003 tarihinde “Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge “ yayınlanmıştır. Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı’nda Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Kasım 2003’te Hasta Hakları Şube Müdürlüğü kurulmuştur. Akabinde hastanelerde Hasta Hakları Birimi ve Hasta Hakları Kurulları oluşturularak 15 Şubat 2004 tarihi itibarıyla Hasta Hakları Uygulamasına başlanmıştır. Bir yıl sonra yönerge uygulamadaki aksaklıklar, eksiklikle vs gözlemlenmiş ve geliştirilerek tekrar yayımlanarak uygulamaya devam edilmiştir.

2014 yılına gelindiğinde ise Sağlık Bakanlığı HHY’de (08.05.2014 tarihinde) değişiklik yaparak, hastanelerde hasta hakları uygulamalarının yürütülmesi amacı ile hasta iletişim birimleri oluşturulması öngörülmüştür. Yönetmeliğin geçici 1. maddesine göre, mevcut hasta hakları birimleri, en geç 3 ay içerisinde hasta iletişim birimine dönüştürülür. Böylece genelge sonrası hasta haklarıyla ilgili olarak hasta hakları kurulu ve hasta hakları iletişim birimleri görev yapmaya başlamıştır.

2014 yılında çıkarmış olduğu hasta haklarının uygulanması konulu genelgeye göre yönetmelikle uyumlu olarak, internet tabanlı HBBS oluşturulmuştur. Bundaki amaç, başvuruların internet üzerinden alınması ve hasta iletişim biriminden hasta hakları kurul kararlarının sonuçlarının bildirilmesine kadar geçen süreçteki başvuru kayıt, takip, değerlendirme ve tebliğ işlemlerinin elektronik ortamda yürütülmesidir. Böylece hasta hakları uygulamaları HBBS üzerinden yürütülmektedir.

1.Hasta Hakları Kurulu

Hasta Hakları Yönetmeliğinde yapılan düzenlemeler ve çıkarılan ilgili genelge ile Hasta Hakları Kurulunun yapısı, çalışma usul ve esasları belirlenmeye çalışılmıştır. Buna göre İl sağlık müdürlüğü; üniversite hastaneleri, askeri hastaneler ve özel sağlık kurum ve kuruluşları, kamu hastaneleri, ağız dışı sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezlerinden gelen başvuruları değerlendirmek, karara bağlamak, öneri sunmak ve düzeltici işlemleri belirlemek üzere Hasta Hakları Kurulunu oluşturur.

Yine ilgili yasal düzenlemelere göre kurul başkanı dahil hasta hakları kurulu 9 üyeden müteşekkildir ve buna göre üyeler; şikayet edilen personelin varsa bir işyeri sendika temsilcisi, şikayet edilen personelin görev yaptığı kurumun ildeki üst yöneticisi tarafından görevlendirilen bir kurum temsilcisi (üniversite rektörlüğü, Halk Sağlığı Müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği), özel sağlık kuruluşlarında ise kuruluşun üst yöneticisi tarafından belirlenen bir temsilci, hasta hakları derneklerinden yoksa tüketici derneklerinden bir temsilci, valilikçe görevlendirilen bir vatandaştır.

Görüldüğü üzere kurulda sadece kurum içi kişiler yer almayıp kurum dışı kişiler de yer almaktadır. Hasta Hakları Kurulunun, kurum içinden ve dışından üyelerin yer alması alınacak kararın objektifliği açısından oldukça önemlidir. Ancak, kurulun görevlerini sağlıklı, adil ve doğru vs. biçimde yerine getirebilmesi, kurul üyelerinin hasta hakları uygulaması ile ilgili bilgi düzeyleri ve hasta hakları fikrine bakışları ile doğrudan ilişkili olduğu da unutulmamalıdır.¹⁶⁵

HHY’de 08.05.2014 tarihinde yapılan değişiklikle İl Sağlık Müdürü veya müdürlük temsilcisi kurulun başkanıdır. Birden fazla hasta hakları derneğinin veya tüketici derneğinin başvurması durumunda, dernek temsilcisi il sağlık müdürlüğünce kura yoluyla belirlenir. Ayrıca İl sağlık müdürlüğü ihtiyaç halinde birden fazla kurul oluşturabilir. İl sağlık müdürlüğünce bu yönetmelik uygulamalarına aykırı davranışı

¹⁶⁵Melek Zubaroğlu , “Hasta Hakları Kurul Üyelerinin Hasta Haklarına Bakışı: İstanbul İli Örneği”, Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İnsan Hakları Anabilim Dalı İnsan Hakları Programı, İstanbul, 2012, s. 29.

tespit edilen kurul üyelerinin üyeliğine son verilir ve bunlar beş yıl süreyle yeniden üye olarak seçilemez.

Kurulun Görevleri, Çalışma Usul ve Esasları işe şöyledir (madde 42/C):

a) Kurul, sağlık kurum ve kuruluşu tarafından yerinde çözülemeyen yazılı ve/veya elektronik başvuruları değerlendirir.

b) Hasta hakları uygulamalarına veya etik ilkelere aykırı davranış sebebiyle kurul tarafından verilen ihlal kararları, ilgili sağlık kurum ve kuruluşuna ve ilgili personele yazılı olarak tebliğ edilir. Son altı ay içerisinde ikiden fazla hak ihlali kararı verilen sağlık meslek mensubu hakkındaki dosya 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanunun 23 üncü maddesinin yedinci fıkrasının (b) bendi hükmüne göre Sağlık Meslekleri Kuruluna gönderilir.

c) Kurul, gerek görürse hasta hakları ihlaline sebep olabilecek uygulamaları inceler ve hasta haklarının geliştirilmesi için öneri ve düzeltici işlem belirlenmesine karar verir. Sağlık kurum ve kuruluşu belirlenen süre içinde gerekli önlemleri alır, girişimlerde bulunur ve yapılan işlem hakkında kurulu bilgilendirir.

ç) Kurul en geç on beş günde bir toplanır. Sekretarya hizmetleri il sağlık müdürlüğü hasta hakları koordinatörlüğünce yürütülür.

d) Kurul, başvurunun kurula ulaştığı tarihten itibaren otuz gün içerisinde başvuru hakkında karar verir.

e) Kurul, üye tam sayısının salt çoğunluğu ile toplanır ve toplantıya katılan üyelerin salt çoğunluğu ile karar alır. Karara itirazı olan üyelerin karşı oy gerekçeleri, kararın altına özet olarak yazılır.

f) Kararlar, üyeler tarafından imzalanarak dosyalanır. Kararlar ilgili sağlık kurum ve kuruluşu ile başvurana bildirilir.

g) Hasta iletişim birimine yapılan başvurular ve kurulda görüşülen dosyalar gizlidir, hiçbir şekilde üçüncü kişilere bilgi verilemez. Bilgi ve dosyalar resmi olarak talep edilmesi kaydıyla idari soruşturma yapan incelemeciye ya da adli mercilere gizliliğe riayet edilerek verilir. Kurul üyeleri gizliliğe riayet etmekle yükümlüdür.

ğ) Kurul gerek gördüğünde ilgilileri kurula davet edebilir.

h) Sivil toplum temsilcisi ve sendika temsilcisi olan üyelerin görev süresi takvim yılıdır. Komisyon üyelerinin görev süresi iki yıldır. Süresi dolan üyeler tekrar

görevlendirilebilir. Kurul toplantılarına mazeretsiz olarak üst üste üç defa katılmayan üyenin üyeliği sona erer ve bu kişiler üç yıl süreyle yeniden üye olarak seçilemez. Herhangi bir sebeple boşalan üyelik için kalan süreyi tamamlamak üzere yeni üye seçilir.

1) Tıbbi hata iddialarına ilişkin başvurular kurul tarafından değerlendirilmez.

2.Hasta İletişim Birimi

08.05.2014 tarihinde HHY’de yapılan değişiklikle sağlık kurum ve kuruluşlarının bünyesinde Hasta İletişim Birimlerinin kurulması öngörülmüştür. Yönetmelikteki geçici madde 1’e göre sağlık kurum ve kuruluşları bünyesinde bulunan hasta hakları birimleri, en geç üç ay içerisinde hasta iletişim birimine dönüştürülmesi, bünyesinde hasta iletişim birimi bulunmayan sağlık kurum ve kuruluşlarının ise en geç altı ay içerisinde bu birimi kurması hükmü yer almaktadır.

Hasta haklarının uygulanması konulu genelgeye göre bu birimler hasta hakları uygulamalarının yürütülmesi amacıyla, kamu sağlık tesisleri, üniversite sağlık tesisleri, askeri hastaneler, kamu ve özel ağız diş sağlığı tesisleri, özel hastaneler, tıp merkezleri, poliklinikler ve toplum sağlığı merkezlerinde kurulur. Toplum Sağlığı Merkezine bağlı birimler ile entegre sağlık hizmeti sunulan birinci basamak kamu sağlık tesislerinde hasta hakları uygulamaları toplum sağlığı merkezlerinde kurulan hasta iletişim birimince yürütülür. Özel muayenehane, 112 acil sağlık hizmetleri ve diğer sağlık birimlerine ilişkin başvurular İl veya İlçe Sağlık Müdürlüğüne yapılır. Bu başvurular genel hükümlere göre değerlendirilir. Hasta iletişim biriminin telefon ve elektronik posta adresi gibi iletişim bilgileri hastaların rahat görebileceği şekilde sağlık tesislerinde duyurulur. Hasta ve yakınlarının hasta iletişim birimine kolay ulaşabilmesi için servis ve polikliniklere yönlendirme levhaları asılır. Sağlık tesisinin semt polikliniği dışındaki ek binası aynı kampüs içinde değilse, ek binaya ana binadaki hasta iletişim birimiyle koordineli ayrıca hasta iletişim birimi kurulabilir. Hasta iletişim birimi, poliklinik katında, kolay ulaşılabilir bir yerde ve görülebilir şekilde, hastayla görüşme yapmaya müsait şekilde düzenlenir. Ayakta teşhis tedavi

ve I.basamak sağlık tesislerindeki hasta iletişim birimi, mahremiyetin korunması kaydıyla başka hizmetler için de kullanılabilir. Birimde telefon, faks, tarayıcı ve internet bağlantılı bir bilgisayar, yeterli sayıda koltuk, sandalye ve masa gibi araç ve gereç bulunur. Birimin her türlü ihtiyaç sağlık tesisi yönetimi tarafından karşılanır.

Hasta hakları birimi yeteri kadar sağlık hizmetleri sınıfı ve idari hizmetleri sınıfı çalışanından oluşur. Hasta iletişim birim sorumlusu öncelikli olarak hasta hakları konusunda eğitimi bulunan sosyal hizmet uzmanı, psikolog, iletişim fakültesi mezunları ya da müfredatında iletişim, halkla ilişkiler dersi bulunan fakülteler olmak üzere en az lisans mezunu kişiler arasından sağlık kuruluşunun teklifi, varsa sağlık kuruluşunun idari olarak bağlı olduğu ildeki st kuruluşunun ve sağlık müdürlüğünün uygun görüşü, Valiliğin onayı ile görevlendirilir. Görevine aynı usulle son verilir.

Hasta haklarının uygulanması konulu genelgeye göre Hasta İletişim Birim sorumlusunun görevleri ise şunlardır: a.Birime doğrudan yapılan başvuruları HBBS'ye kaydeder. Doğrudan yapılan ve internet yoluyla HBBS'ye ulaşan başvuruları yerinde çözmeye çalışır. Hasta iletişim birimleri, yaptıkları inceleme neticesinde, bir hasta hakkı ihlali varsa, öncelikle sorunu yerinde çözmeye çalışmakta; mümkün değilse, kurulda incelemeye almaktadır. İnceleme sonucunda bir hasta hakkı ihlali tespiti yapılırsa, bu durum başhekimliğe bildirilerek gereğinin yapılması istenmektedir.¹⁶⁶ b.Başvuru alındığında, durum acil ise aynı gün yönetimi bilgilendirir. c.Yerinde çözülemeyen başvurularda, başvuru yapılan çalışan hakkında, sağlık tesisi yöneticisi/askeri hastane başhekimini, mesul müdürü veya yetki devredilen yönetici imzasıyla bilgi ister ve cevabını takip eder. d.Yerine çözülemeyen başvurularda, edindiği bilgi ve belgeleri tarayıcı vasıtasıyla HBBS üzerinden hasta hakları kuruluna intikal ettirir. HBBS'ye teknik olarak yüklenemeyen belge ve dokümanları, resmi yazı ekinde hasta hakları kuruluna ulaştırır. HBBS'ye yüklü belgelerin asıllarını birimde arşivler. e.Kurul kararının sonucunu ilgililere bildirir. f.İl Koordinatörüne, hasta iletişim biriminin iş ve işlemleri hakkında bilgi verir ve görüşlerini alır. Denetim için istenilen tüm bilgi ve dokümanları koordinatörlüğe sunar. g.Kurumundaki eğitim programlarını hazırlar, organize eder ve yürütür. đ.Görevi ile ilgili mevzuatı takip eder ve değişiklikleri duyurur.

¹⁶⁶ Hakeri, s. 96.

Hasta iletişim birimine yapılan başvurular ve kurulda görüşülen dosyalar gizlidir, hiçbir şekilde şahıslara verilmez. Bilgi ve dosyalar ancak idari soruşturma yapan muhakkikler ya da adli mercilere, resmi yazı ile istenmesi durumunda gizliliğe riayet edilerek verilir. Başvuru dosyalarının gizliliğinin sağlanmasından, sağlık tesisi yöneticileri, hasta iletişimi birimi personeli, hasta hakları koordinatörlüğü personeli ve kurul üyeleri sorumludur.¹⁶⁷

3. Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM)

1992 ve 1994 yıllarında Sağlık Bakanlığı Halkla İlişkiler Koordinatörlüğünde iletişim faaliyetleri yürütülmüştür. 1997 yılında daha çok vatandaşların şikâyet, takdir ve değerlendirmelerini iletebilmeleri amacıyla bir telefon hattı oluşturulmuştur. Bu gelişmelerin ardından 2003 yılında SABİM Projesi gündeme gelmiş ve 01. 01. 2004 tarihinde çalışmalarına başlamıştır.

Herhangi bir nedenle sağlık kurumundan memnun kalmayan kişiler bu memnuniyetsizliklerini yazılı veya sözlü olarak dile getirirler. Sorun ve şikâyetler için hastanelerde Hasta İletişim Birimi ve Sağlık Bakanlığı'nda 184 sabim merkezi kurulmuştur. SABİM 7 gün, 24 saat boyunca sağlık personeli tarafından hizmet vermektedir. Sağlık sisteminin işleyişine hakim, sağlık mevzuatı konusunda yeterli bilgilerle donatılmış operatörler, sağlık sisteminin işleyişi ile ilgili her türlü soru, sorun, eleştiri, öneri ve talebi cevaplandırmakta ve kayıt altına almaktadır. Sabim merkezine; 184 telefon hattından, 0 312 430 18 49 nolu faks numarasından ve bakanlık merkez binasında bulunan SABİM'e şahsen başvuru ile ulaşılır.¹⁶⁸

SABİM'e yapılan ancak SABİM görevlisi tarafından çözülemeyen şikâyetler, tüm SABİM başvuruları hasta iletişim birimlerince değerlendirmektedir. Sağlık Bakanlığı SABİM görevlisi ve SABİM İl Koordinatörünün sevkıyla bir internet sayfası üzerinden SABİM'den sorumlu başhekim yardımcısına ulaştırılmaktadır. SABİM'den sorumlu başhekim yardımcısının hastaneye iletilen şikâyetin hasta

¹⁶⁷ Hakeri, s. 9.

¹⁶⁸ Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) Sağlık Hizmetleri Sekreterliği, Hasta Hakları II, Ankara, 2011, s. 18.

hakları ile ilgili olduğunu belirlemesi halinde, SABİM başvurusu hasta iletişim birimine iletilmektedir. Buna ek olarak çoğu hastanede, SABİM’den sorumlu başhekim yardımcısı aynı zamanda hasta iletişim biriminden sorumlu olduğu için başhekim yardımcısının sözlü emirleri doğrultusunda tüm SABİM başvuruları hasta iletişim birimlerince değerlendirmeye alınmaktadır. Hasta hakları birim sorumluları, SABİM’e gelen şikâyetlerin hasta hakları ile ilgili olanlarını kurulda görüşmek üzere dosyalamakta, hasta hakları ile ilgili olmayan şikâyetleriyse “yerinde çözüm uygulamaları” çerçevesinde çözmek için işlemler gerçekleştirmektedir.¹⁶⁹

Türkiye’de Hasta Hakları İhlalleri ile İlgili Başvuruların Dağılımı ise Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığının hazırlamış olduğu hasta hakları istatistiklerine göre; 2005 yılında 29.354’ü (%83’si) hasta hakları (şimdiki adı hasta iletişim birimi) biriminde yerinde çözüm uygulamaları gerçekleştirilmiş, 6.103’ü (%17’si) hasta hakları kurullarında görüşülmüş başvurular olmak üzere toplam 35.457 tane hasta hakları başvurusu olmuştur.

2006 yılında 31.399’u (%72’si) hasta hakları (şimdiki adı hasta iletişim birimi) biriminde yerinde çözüm uygulamaları gerçekleştirilmiş, 12.110’u (%28’i) hasta hakları kurullarında görüşülmüş başvurular olmak üzere toplam 43.509 tane hasta hakları başvurusu olmuştur.

2007 yılında 65.844’ü (%84’ü) hasta hakları (şimdiki adı hasta iletişim birimi) biriminde yerinde çözüm uygulamaları gerçekleştirilmiş, 12.789’u (%16’sı) hasta hakları kurullarında görüşülmüş başvurular olmak üzere toplam 78.633 tane hasta hakları başvurusu olmuştur.

2008 yılında 75.863’ü (%84’ü) hasta hakları (şimdiki adı hasta iletişim birimi) biriminde yerinde çözüm uygulamaları gerçekleştirilmiş, 14.098’i (%16’sı) hasta hakları kurullarında görüşülmüş başvurular olmak üzere toplam 89.961 tane hasta hakları başvurusu olmuştur.

2009 yılında 112.959’u (%86’sı) hasta hakları (şimdiki adı hasta iletişim birimi) biriminde yerinde çözüm uygulamaları gerçekleştirilmiş, 18.625’i (%14’ü)

¹⁶⁹ Umut Yanardağ, “**Hasta Hakları Alanındaki Kavram Sorunları ve Uygulamaya Yansımaları: İstanbul İli Örneği**”, Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İnsan Hakları Anabilim Dalı, İstanbul, 2013, s. 37.

hasta hakları kurullarında görüşülmüş başvurular olmak üzere toplam 131.584 tane hasta hakları başvurusu olmuştur.

2010 yılında 121.032 (%85'i) hasta hakları (şimdiki adı hasta iletişim birimi) biriminde yerinde çözüm uygulamaları gerçekleştirilmiş, 21.591'i (%15'i) hasta hakları kurullarında görüşülmüş başvurular olmak üzere toplam 142.623 tane hasta hakları başvurusu olmuştur.

2011 yılında 150.076'sı (%84'ü) hasta hakları (şimdiki adı hasta iletişim birimi) biriminde yerinde çözüm uygulamaları gerçekleştirilmiş, 29.189'u (%16'sı) hasta hakları kurullarında görüşülmüş başvurular olmak üzere toplam 179.265 tane hasta hakları başvurusu olmuştur.

2012 yılında 162.556'sı (%83'ü) hasta hakları (şimdiki adı hasta iletişim birimi) biriminde yerinde çözüm uygulamaları gerçekleştirilmiş, 33.113'ü (%17'si) hasta hakları kurullarında görüşülmüş başvurular olmak üzere toplam 195.669 tane hasta hakları başvurusu olmuştur.

2013 yılında 131.611'i (%82'si) hasta hakları (şimdiki adı hasta iletişim birimi) biriminde yerinde çözüm uygulamaları gerçekleştirilmiş, 29.509'u (%18'i) hasta hakları kurullarında görüşülmüş başvurular olmak üzere toplam 161.120 tane hasta hakları başvurusu olmuştur.

2014 yılında 144.092'si (%86'sı) hasta iletişim biriminde yerinde çözüm uygulamaları gerçekleştirilmiş, 23.827'si (%14'ü) hasta hakları kurullarında görüşülmüş başvurular olmak üzere toplam 168.254 tane hasta hakları başvurusu olmuştur.

Hasta Hakları Kuruluna sevk edilen başvuruların sonuçlarının dağılımı ise şöyledir: 2005 yılında Hasta Hakları Kurulu'nda görüşülen toplam 6.103 başvurunun 589'una (%10) ihlal kararı, 2.724'üne (%45) ihlal yok kararı ve 2.790'ına (%46) da kapsam dışı (adli, teknik konu vd) karar çıkmıştır.

2006 yılında Hasta Hakları Kurulu'nda görüşülen toplam 12.110 başvurunun 1.097'sine (%9) ihlal kararı, 3.734'üne (%31) ihlal yok kararı ve 7.279'una (%60) da kapsam dışı (adli, teknik konu vd) karar çıkmıştır.

2007 yılında Hasta Hakları Kurulu'nda görüşülen toplam 12.789 başvurunun 1.407'sine (%11) ihlal kararı, 6.906'sına (%54) ihlal yok kararı ve 4.476'sına (%35) da kapsam dışı (adli, teknik konu vd) karar çıkmıştır.

2008 yılında Hasta Hakları Kurulu'nda görüşülen toplam 14.098 başvurunun 2.510'una (%18) ihlal kararı, 7.697'sine (%55) ihlal yok kararı ve 1.891'ine (%13) de kapsam dışı (adli, teknik konu vd) karar çıkmıştır.

2009 yılında Hasta Hakları Kurulu'nda görüşülen toplam 18.625 başvurunun 1.648'ine (%9) ihlal kararı, 9960'ına (%53) ihlal yok kararı ve 7.017'sine (%38) de kapsam dışı (adli, teknik konu vd) karar çıkmıştır.

2010 yılında Hasta Hakları Kurulu'nda görüşülen toplam 21.591 başvurunun 2.478'ine (%11) ihlal kararı, 11.401'ine (%53) ihlal yok kararı ve 7.794'üne (%36) de kapsam dışı (adli, teknik konu vd) karar çıkmıştır.

2011 yılında Hasta Hakları Kurulu'nda görüşülen toplam 29.189 başvurunun 2.908'ine (%10) ihlal kararı, 14.172'sine (%49) ihlal yok kararı ve 12.110'una (%41) da kapsam dışı (adli, teknik konu vd) karar çıkmıştır.

2012 yılında Hasta Hakları Kurulu'nda görüşülen toplam 33.113 başvurunun 1.476'sına (%4) ihlal kararı, 15.031'ine (%45) ihlal yok kararı ve 16.606'sına (%50) da kapsam dışı (adli, teknik konu vd) karar çıkmıştır.

2013 yılında Hasta Hakları Kurulu'nda görüşülen toplam 29.509 başvurunun 1.039'una (%4) ihlal kararı, 11.743'üne (%40) ihlal yok kararı ve 16.727'sine (%57) de kapsam dışı (adli, teknik konu vd) karar çıkmıştır.

2014 yılında Hasta Hakları Kurulu'nda görüşülen toplam 23.827 başvurunun 799'una (%3) ihlal kararı, 8.409'una (%35) ihlal yok kararı ve 14.619'ına (%61) da kapsam dışı (adli, teknik konu vd) karar çıkmıştır.

B.Hasta Hakları İhlallerinin Nedenleri

Hasta hakları ihlalleri değişik nedenlerle açıklanabilir. Bu nedenleri sağlık hizmeti alma sürecinin basamaklarına göre veya hasta haklarının ana başlıklarına göre sınıflamak mümkündür. Hasta haklarının ihlal nedenlerinin sağlık hizmeti sürecinde rol oynayan taraflara göre sınıflama daha basit ve bütüncül olacağı düşünüldüğünden farklı sınıflama seçenekleri arasından tercih edilmiştir. Bu sınıflamaya göre hasta hakları ihlallerinin nedenlerini hastaya bağlı nedenler, sağlık

kurumu ve sağlık personeline bağlı nedenler ve sağlık sistemi ve finansman yönetimine bağlı nedenler olmak üzere üç ana gruba ayırabiliriz. Hastaya bağlı nedeler arasında hastaların haklarını bilmemesi, yerleşmiş değer yargıları ve hastaların haklarını talep etmemesi gibi başlıklar oluşturmaktadır. Sağlık kurumu ve sağlık personele bağlı nedenler ise hasta yoğunluğu temelinde sağlık kurumlarının fiziki kapasitesinin yetersizliği, sağlık personelinin yetersizliği, hasta sayısının fazlalığı, nöbet sistemi uygulamaları, hasta sevk sistemi uygulamaları ve personeli kişisel kusurları olabilmektedir. Bu sebeplerin yanı sıra hasta merkezli sağlık hizmeti anlayışına ulaşılamaması, teknoloji yetersizliği ve sağlık kurumunun yapısı, örgüt kültürü ve yönetimine ilişkin sağlık kurumu ve sağlık personeline bağlı nedenler olabilir. Son olarak üçüncü neden olan sağlık sistemi ve finansman modeline bağlı nedeni de açıklamak gerekirse bir ülkenin sağlık sistemi ve finans modeli hastaların sağlık hizmetlerinden faydalanma ve hizmeti alırken haklarını kullanabilmesine olasılığına imkan sağlar. Sağlık hizmetlerinin kamu sektörü veya özel sektör ağırlıklı olması, sağlık kurumları arasında rekabete imkan tanınması, denetim ve kalite uygulamaları, personele yönelik ücret sistemi, sağlık giderlerinin vergilerden, primlerden ya da cepten ödenmesi hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanma biçimlerini etkiler ve hasta haklarının kullanım düzeyini belirler.¹⁷⁰

C.Hasta Haklarının İhlali Nedeniyle Devletin ve Hekimin Sorumluluğu

1.Devletin Tazminat Sorumluluğu

İdarenin sağlık hizmeti sunmasındaki amaç, birey veya toplumun sağlığının korunması veya kaybedilen sağlığın yeniden kazandırılmasıdır. Tıp biliminin hızlı gelişimi, idare tarafından sunulan ve sunulması gereken sağlık hizmeti kapsamını da genişletmiştir.¹⁷¹

¹⁷⁰ Sedat Bostan, “Hasta hakları ihlallerinin Nedenleri”, *İbni Sina Tıp Dergisi*, C. 2, S. 3 (2005), s. 65-72.

¹⁷¹ Taneri, s. 139.

Hasta, kamuya ait sağlık kurum veya kuruluşunda sağlık hizmeti alması durumunda, bu kuruluşların sorumluluğu idare hukuku kurallarına göre çözümlenmektedir.¹⁷²

Bu konuya Anayasanın “Yargı yolu” başlıklı 40/3, 125 ve 129/5 ile Devlet Memurları Kanununun 13. Maddesi ile atıfta bulunulduğunu belirtebiliriz. Anayasa 40/3’de, “kişinin, resmi görevliler tarafından vaki haksız işlemler sonucu uğradığı zarar da, kanuna göre, devletçe tazmin edilir. Devletin sorumlu olan ilgili görevliye rücu hakkı saklı”, 125. maddesinde “idarenin, kendi eylem ve işlemlerinden doğan zararı ödemekle yükümlü olduğu”, Devlet Memurları Kanununun 13. maddesinde ise “Kişilerin kamu hukukuna tabi görevlerle ilgili olarak uğradıkları zararlardan görevi ifa eden personel değil idare aleyhine dava açabilecekleri” olduğu hükmüne yer verilmiştir. 2709 sayılı Anayasamızın 129/5 maddesinde de, “Memur ve diğer kamu görevlilerinin görevlerini ifa ederken işledikleri kusurdan dolayı kendilerine rücu edilmek kaydıyla idare aleyhine dava açılabileceği” açıkça ifade edilmiştir

Bununla birlikte idare hukukunda tazminat sorumluluğunun bazı şartları mevcuttur. Bu şartlar; idari davranış (eylem), zarar, zararı doğuran eylemin idareye yüklenebilir nitelikte olması, başka bir ifade ile zarar ile idari faaliyet arasında bir nedensellik bağının kurulabilmesi gerekmektedir. Kısaca şartlar idari davranış, zarar, kusur ve nedensellik bağıdır.¹⁷³

a.İdari Davranış (eylem): İdarenin sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden kaynaklanan bir sorumluluğunun söz konusu olabilmesi için, bir fiil yani bir işlem veya eylem bulunmalıdır. Bu eylemin de idare tarafından gerçekleştirilmiş olması esastır. Bir fiilin yapılması gerektiği durumlarda hareketsiz kalınması halinde de yine pasif de olsa bir fiil bulunmaktadır. Başka bir ifade ile zarar doğurucu eylem icrai olabileceği gibi ihmali de olabilir. Fiil kapsamı çok geniştir ve tüm idari işlem ve eylemleri kapsamaktadır.¹⁷⁴

b) Zarar: İdarenin sorumluluğundan söz edilebilmesi için, gerçekleştirilen tıbbi müdahale veya diğer sağlık hizmetleri neticesinde bir zarar meydana gelmelidir. Zararın mevcut, bilinen ve belirli olması, mağdurun fiilen zarara uğramış bulunması gereklidir. Bununla beraber zararın fiilen mevcut olması şart değildir; gelecekte

¹⁷² Özkan, Öner Akyıldız, s. 301.

¹⁷³ Hakeri, s. 727; Taneri, s. 142.

¹⁷⁴ M.Savaş Bayındır, “Sağlık Hizmetlerinde İdarenin ve Hekimlerin Sorumluluğu”, **Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, C. XI, S. 1-2,(2007), s. 562; Mustafa Avcı, “Sağlık Hizmetlerinde İdarenin Mali Sorumluluğu”, **Ankara Barosu Dergisi**, S.1 (2012), s. 123.

doğacak ve fakat meydana gelmesi muhakkak ve para ile takdiri olası bir zararın muhakkak ve bilinen bir zarar sayılabileceği ve tazmin borcunu doğurabileceği kabul edilmektedir. Zararın gerçekleşmiş ve kesin olması da yalnız başına tazmin borcunu doğurmaya yetmez. İdare Hukuku yönünden, zarar özel bir nitelik taşımadıkça sorumluluktan söz etme olanağı yoktur.¹⁷⁵

Tıbbî müdahale veya diğer sağlık hizmetleri neticesinde oluşan zararlar maddi ve manevi olabilir. Bu zararlar kişinin sağlığında kötüleşme, iyileşmeme veya malvarlığında bir azalma olabileceği gibi acı ve kederle ile yaşama sevincinde bir azalmayı da ifade etmektedir. Bu zararların aynen tazmini idare hukukunda söz konusu olamayacağından, zararın para ile ölçülebilir olması gerekir. Bu durum, başka türlü tazmin olanağı olmadığından manevi zararın da para ile ölçülebilir olduğu kabul edilmektedir.¹⁷⁶

Kamuya ait sağlık kurum ve kuruluşları hakkında dava konusu yapılacak zararlar Borçlar Yasası'nın 46. Maddesinde de şöyle açıklanmıştır: “Bedensel zararlar ve maddi zararlar olarak tanımlanır. Maddi zararlar da tüm tedavi giderleri, kazanç kaybı ve destekten yoksun kalma tazminatı (hastanın desteğini yitirme durumunda hastanın eş ve çocukları isteyebilmektedir) olarak göz önünde tutulmaktadır.”¹⁷⁷

c)Kusur: Bugün doktrinde ve uygulamada idarî hizmetin kötü işlemesi, geç işlemesi, hiç işlememesi durumlarında hizmet kusurunun var olduğu kabul edilmektedir. Hizmet kusurunun, personele atfı mümkün olmayıp, kamu görevlisinin kusurundan tamamıyla bağımsız olduğu düşünülmelidir. İdarenin sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden kaynaklanan bir sorumluluğunun söz konusu olabilmesi için, idari işlem veya eylemin (yani tıbbî müdahalenin veya diğer tedavi ve bakım hizmetlerinin) hukuka aykırı veya kusurlu olması gereklidir.¹⁷⁸

Ayrıca devletin tazminat yükümlülüğünden yani hizmet kusurundan söz edebilmek için iki unsur gerekir: 1) Zarar doğuran idarî faaliyetin bir kamu hizmetine bağlanabilmesi, 2) Bu zararın, hizmetin kuruluş veya işleyişindeki aksaklık, eksiklik

¹⁷⁵ Özge Karaege, “Sağlık Hizmetlerinde İdarenin Kusurlu Sorumluluğu”, *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, C. 8, S. 2 (2001) s. 119.

¹⁷⁶ Hakeri, s. 729; Avcı, s. 135.

¹⁷⁷ Özkan, Öner Akyıldız, s. 302; Taneri, s. 147.

¹⁷⁸ Zehra Odyakmaz, “İdare Hukuku Açısından Hasta Hakları Uygulamaları”, *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, C.1, S. 5 (2011), s.1-56.

ve düzensizlikten doğmuş olması.¹⁷⁹ Anayasa'nın 40. maddesinin 3. fıkrasına göre: "Kişinin, resmî görevliler tarafından vaki haksız işlemler sonucu uğradığı zarar da kanuna göre Devletçe tazmin edilir". Maddede geçen işlemler ifadesini, eylemleri de kapsayacak şekilde işlemler, olarak anlamak gerekir. Bu durumda maddede yer alan haksız sözcüğü, idarenin bu konudaki sorumluluğu için gerekli olan hukuka aykırılık veya kusuru ifade etmektedir.¹⁸⁰

İdare hukukunun ilkeleri ve Danıştay'ın yerleşik içtihatlarına göre "idarenin tazmin yükümlülüğünün doğması için, zararın idarenin ağır hizmet kusuru sonucu meydana gelmiş olması gerekmektedir. Bünyesinde risk taşıyan hizmetlerden olan sağlık hizmetinden yararlananın zarara uğraması halinde, bu zararının tazmini, ancak idarenin ağır hizmet kusurunun varlığı halinde mümkün olabilecektir".¹⁸¹ Hukukumuzda sağlık hizmetlerinde kural olarak kusursuz sorumluluk kabul edilmemektedir. Bununla beraber, Danıştay bazı kararlarında kusursuz sorumluluğa işaret etmiştir. Kusursuz sorumluluk, bir kusura bağlı olmaksızın, idari işlem veya eylemlerden doğan zararlardan idarenin sorumlu tutulmasıdır. Kusursuz sorumluluk, bizzat idari faaliyetin veya kullanılan araçların risk taşıması nedeniyle "risk ilkesi" ve idari faaliyetlerin yükünün belli bireyler üzerinde bırakılmaması gerekliliği nedeniyle "fedakarlığın denkleştirilmesi İlkesi"ne dayandırılır.¹⁸²

Hizmet kusurunun çeşitli sınıflamaları bulunmakla birlikte en yaygın kullanılanı Düz sınıflamasıdır. Düz sınıflamasına göre hizmet kusuru 3 başlıkta toplanmaktadır:¹⁸³

Bu sınıflamaya göre ilk hizmet kusuru, hizmetin geç işlemesi; olayın oluş biçimi, sağlık kuruluşunun araç-gereç ve personel durumu, somut olayla ilgili olarak tıp ilminin verileri dikkate alındığında, hizmetin sunumunda normal olmayan ve olaya göre makul sayılamayan sürenin sonunda müdahalenin yapılmış olması olarak özetlenebilir.

İkinci hizmet kusuru, hizmetin kötü işlemesi; hizmetten beklenen özen, dikkat ve kalite gösterilmemesi yani hizmetin gereği gibi yürütülmemesidir. Sağlık

¹⁷⁹ Taneri, s. 146-147.

¹⁸⁰ Avcı, s. 130.

¹⁸¹ Taneri, s. 142.

¹⁸² Bayındır, s. 561.

¹⁸³ Yasemin Kılıç Öztürk, "Sağlık Hizmet Sunumunda İdarenin Kusur Sorumluluğu", **Ankara Med J**, C.15, S. 4 (2015), s. 241.

hizmetlerinden yararlananlar, bir zarara uğramış ve kişilerin sağlık ihtiyaçları normal olarak karşılanamıyorsa; hizmetin kötü işlendiğinden söz edilir. Son ve üçüncü hizmet kusuru ise hizmetin hiç işlenmemesi olup, tıbbi uygulama hataları, teşhis veya tedavi hatası, hastanın aydınlatılmaması veya eksik aydınlatılması veya tıbbi özen eksikliği şeklinde özetlenebilir.¹⁸⁴

d) Nedensellik bağı; İdare hukukunda tazminat sorumluluğunun son koşulu ise idarenin faaliyeti yani eylemi ile ortaya çıkan zarar arasında bağıın varlığıdır. Eğer ortada bir bağ söz konusu değilse idarenin tazminat sorumluluğundan bahsetmek mümkün olmayacaktır. Mahkemeler uzmanlık gerektiren bu konuda bilirkişilere başvurarak konuyu tespit etmeye çalışmaktadır.

İdareye başvuru ve zamanaşımı ise idari davranışlar nedeniyle, davada açmadan önce idareye başvurmak gerekir. Zarara konu eylemin öğrenilmesinden itibaren bir (1) yıllık ve azami beş (5) yıllık zamanaşımı süresi bulunmaktadır. Zararın öğrenilmesiyle beraber hasta veya hasta yakını, zararın tazminini talep etmelidir. Bu talebin reddedilmesinden itibaren altmış (60) gün içinde, tam yargı davası açılmalıdır. İdarenin bu talebe karşı sessiz kalması durumunda ise bu sessizlik altmış (60) gün sonra ret olarak anlaşılır ve tarihten itibaren altmış (60) günlük dava açma süresi başlar.¹⁸⁵

4.İspat; Kural olarak davada ispatlama yükü bir olayın doğrulunu iddia eden kişiye düşer. Bu kural idari yargılama hukukunda geçerli olup hâkim somut olayın niteliklerine göre bir tazminata hükmeder.

Kamuya ait sağlık kurum veya kuruluşları hakkında açılacak maddi ve manevi tazminat davalarında hastanın ispatlaması gereken hususlar ise; hekimin kusuru, kamu sağlık hizmeti veren kurum ya da kuruluşunun kusuru, hastanın kendinde oluşan zararın varlığını ve kusur ile zarar arasındaki nedensellik bağıdır.¹⁸⁶ Bu durumda belirlemek gerekir ki zarara uğrayan hasta idarenin kusurlu olduğunu ispat etmek zorundadır, ancak kamu hastanelerinde tedavi gören hastaların normal tıbbi müdahale nedeniyle uğradıkları zararlarda idarenin kusurlu olduğu yönünde bir karine vardır.¹⁸⁷ Örneğin, sıradan bir enjeksiyon sonucu bir organın felce uğraması,

¹⁸⁴ Aksüt, s. 120.

¹⁸⁵ Hakeri, s. 738.

¹⁸⁶ Özkan s. 302.

¹⁸⁷ Hakeri, s. 738.

hastanede tedavi sırasında hastaya hepatit B virüsünün bulaştırılması, bronkospri sırasında kalp krizi sonucunda hastanın ölümünde hastanenin kusurlu olduğu, karine yoluyla kabul edilmektedir. Dolayısıyla böyle bir durumda, davalı idare kendisine yüklenecek bir kusur olmadığını ispatlamalıdır. Fransız Danıştay'ı 1958'den bu yana, tedavi hizmetlerindeki beklenmedik, anormal sonuçların ortaya çıkmasını hizmetin kuruluş ve işleyişindeki bozukluk ile açıklamaktadır. Danıştay ise, kusur karinesine başvurmamakta, kusursuz sorumluluğa gitme eğilimi göstermektedir¹⁸⁸.

5.Rücu; Kamu görevlisi olan sağlık personeli nedeniyle devletin ödemek durumunda olduğu tazminat, kusuruyla bu zarara neden olan kamu görevlisinden talep edilebilir. Bu karar idari işlem niteliğinde bir karardır. Rücu kararının alınmaması üzerine ilgililer doğrudan idari yargıda iptal davası açabilecekleri gibi, rücu kararı alınması konusunda idari başvuruda da bulunabilirler. Pek tabii olarak rücu kararının uygulanmaması veya bu konudaki idari başvuruya verilecek olumsuz yanıtlar idari yargı yoluna götürülebilir.¹⁸⁹

Kamu kurumu, ödemiş olduğu tazminat için kusurlu görülen kamu görevlisine tazminatı ödemesi için bir yazı gönderir. Kamu görevlisi bu tazminatı ödemediği takdirde, kamu kurumu, adli yargıda dava açarak bu tazminatı talep eder. Kurumun, tazminatı doğrudan talep veya maaştan kesme gibi bir hakkı bulunmamaktadır.¹⁹⁰

Borçlar Kanunu madde 73'de rücu istemi "Rücu istemi, tazminatın tamamının ödendiği ve birlikte sorumlu kişinin öğrenildiği tarihten başlayarak iki yılın ve her hâlde tazminatın tamamının ödendiği tarihten başlayarak on yılın geçmesiyle zamanaşımına uğrar.

Tazminatın ödenmesi kendisinden istenilen kişi, durumu birlikte sorumlu olduğu kişilere bildirmek zorundadır. Aksi takdirde zamanaşımı, bu bildirimin dürüstlük kurallarına göre yapılabileceği tarihte işlemeye başlar" şeklinde açıklanmıştır.

¹⁸⁸ <http://www.sagliktanabiz.com>, (01.03.2016).

¹⁸⁹ Bayındır, s. 567.

¹⁹⁰ Hakeri, s. 741.

2.Hekimin Cezai Sorumluluğu

Hekimin cezai sorumluluğu, geniş anlamda, hekimin teknik anlamda tıp mesleğini icra ederken işlediği suçlarla, bu mesleğin icrası dolayısıyla işlemiş olabileceği suçlardan dolayı sorumluluğunu ifade eder.¹⁹¹

Öncelikle hekimlerin tıbbi girişimlerinin ceza hukuku bakımından konumunu belirleyebilmek adına suçun bütün olarak unsurlarıyla incelenmesi yerinde olacaktır. Suçun analitik biçimde incelenmesi, esas itibarıyla iki teorinin doğmasına neden olmuştur. Burada ikili ayırmadan bahsedilecek olup, bu ayrımı kabul eden görüş bakımından, hukuka aykırılık, fiilin bir hukuk kuralı ile çatışma halinde olduğu konusundaki bir yargıdan, bir değerlendirmeden ibarettir. İkili ayırım adı verilen geleneksel teoriye göre suç “kusurlu irade ile işlenen bir fiil”dir; dolayısıyla suçun biri maddi (objektif) diğeri manevi (subjektif) olmak üzere iki genel kurucu unsuru vardır.¹⁹²

Suçun maddî unsuru bir fiilin varlığını ve manevî unsuru kusurluluğu ifade etmektedir. Kusurluluğun kasıt ve taksir olarak iki türü vardır. Kasıt, konusu suç teşkil eden bir fiili bilerek isteyerek işlemek iradesidir. Buna karşılık taksir, isteyerek yapılan bir davranıştan, öngörülebilir ve önlenabilir nitelikte bir sonucun tedbirsizlik, dikkatsizlik, meslekte acemilik, emir, nizam ve talimatlara uymama nedeniyle ortaya çıkması durumudur. Buna bağlı olarak, tıbbî-cerrahî işlemler dolayısıyla ortaya çıkan zararlı sonuçların suç teşkil edebilmesi için, ceza kanunda tanımlanmış tipik fiile uygun bir fiilin işlenmiş olması, failin bu fiili işlemede kusurunun bulunması ve yine fiilin hukuka aykırı bir nitelik göstermesi gerekmektedir.¹⁹³

Türkiye’de suçlar ve cezalar 1926 tarih ve 765 sayılı TCK’ da belirtilen kanun maddelerine göre düzenlenmekte iken, günümüzün çağdaş yapısına uygun bir TCK 26.09.2004 tarih ve 5237 sayı ile kabul edilmiştir. Her iki kanunun en önemli farklılığı yeni kanunda kişi hak ve özgürlüklerine daha fazla önem verilmesi ve

¹⁹¹Selahattin Keyman, “Hekimin Cezai Sorumluluğu” [Http://Dergiler.Ankara.Edu.Tr/Dergiler/38/307/2929.Pdf](http://Dergiler.Ankara.Edu.Tr/Dergiler/38/307/2929.Pdf), (01.04.2016), s. 57.

¹⁹²Merve Duysak, “Hekimin Tıbbi Uygulama Hatalarından Doğan Cezai Sorumluluğu”, HukukGündemi, www.ankarabarasu.org.tr/siteler/ankarabarasu/hgdmakale/.../5, (29.02.2016), s. 29-30.

¹⁹³Yüksel Ersoy, “Tıbbî Hatanın Hukukî ve Cezaî Sonuçları”, **Türkiye Barolar Birliği Dergisi**, S. 53 (2004), s. 168-169.

toplum içerisinde bireyin haklarını daha ön plana çıkarmasıdır. Her iki ceza kanununda da hekimleri ilgilendiren suçlar kategorize edildiğinde iki ana gruba ayırmak mümkün olabilir.¹⁹⁴İlki hekimlik mesleğinden kaynaklanan kişilere karşı suçlardır. Buna göre hekimin kasti davranışından doğan cezai sorumluluğuna bakacak olursak; hekim, hastasına ya da hasta yakınlarına ya da hizmet verdiği kurum veya kuruluşlarda çalışan diğer sağlık personeline, önceden tasarlayarak hukuka aykırı haksız bir eylemde bulunmuşsa, bu eylemi hekimin kasten işlediği suçlara girmektedir.¹⁹⁵ Hekim kasten işlediği suçlarda, diğer kimselerden farklı bir durumda bulunmamaktadır, onun kastından dolayı sorumluluğu tıbbi uygulama hataları bakımından bir özellik taşımaz.¹⁹⁶

Ayrıca kasti eylem, ceza yasalarında uygulanacak cezayı arttırıcı bir unsurdur. Kasti suçlar; kasden adam öldürme, intihara yardım, yaralama, vücut noksanlığına sebep olma, çocuk düşürme- düşürme organ ve doku ticareti ve bunun gibi eylemleri kapsamaktadır.

Kasten adam öldürme TCK mad. 44)'de, İntihara yardımı TCK mad. 454'de, Kasten müessir fiil TCK mad. 456'da, Çocuk düşürme-düşürtme suçları TCK mad. 468, 469 ve 470'de, Kısırlaştırma ile ilgili suçlar TCK mad. 471'de, Kanun'a aykırı organ ve doku alma 2238 sayılı Kanun, mad. 3, 15'de, Şartlara uymadan canlı bir kimseden hasta bir kimseye organ nakli 2238 sayılı Kanun mad. 8, 15'de, Şartlarına uymadan ölüden canlıya doku nakli 2238 sayılı Kanun mad. 14, 15'de, Deneysel amaçlı organ nakilleri TCK m. 456'de düzenlenmiştir.¹⁹⁷

Diğer bir hekimin mesleğinden kaynaklı suç taksirli davranışından doğan cezai sorumluluğudur. Taksir; kişinin sonucu öngörmesine rağmen o sonucun oluşmasını istememesi ancak o sonucun meydana gelmemesi için de yeterli önlemi almaması olarak tarif edilebilir. Mesleki taksir ise, belli bir mesleğin icrası sırasında ve bu mesleği icra dolayısı ile ortaya çıkan dikkatsizlik, tedbirsizlik, acemilik ve emir ve nizamlara aykırılığı ifade eder.¹⁹⁸

¹⁹⁴ Ali Rıza Tümer, "Hekimlerin Cezai Sorumlulukları ve 5237 Sayılı Yeni Türk Ceza Kanununun Hekimlere Getirdiği Yükümlülükler", **Hacettepe Tıp Dergisi**, C. 36, (2005), s. 4.

¹⁹⁵ Özkan, s. 125.

¹⁹⁶ Duysak, s. 31.

¹⁹⁷ Ersoy, s. 171-172.

¹⁹⁸ Keyman, s. 77.

Yeni TCK’ da taksir 22. madde de tanımlanmıştır. Bu kanun maddesinin 2. fıkrasında “Taksir, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeyle gerçekleştirilmesi” olarak tarif edilmişken, 3. fıkrada yeni bir uygulama getirilmiştir ve burada “Kişinin öngördüğü neticeyi istememesine karşın, neticenin meydana gelmesi halinde bilinçli taksir vardır; bu halde taksirli suça ilişkin ceza üçte birden yarısına kadar artırılır” denilmektedir. Bilinçli taksir konusunda yeni kanunumuzun getirdiği bir diğer değişiklik de, bilinçli taksir durumunda şikayet geri çekilse dahi kamu davasının devam edeceğidir.¹⁹⁹

Ceza hukukunda suçun kasıt, taksir ya da bilinçli taksirle mi gerçekleştiğinin ayrımı önem ifade etmektedir. Başka bir ifade ile bu ayrımın, cezanın belirleyicisi konumunda olması hekimin hukuka aykırı eylemlerinin incelenmesi konusu oldukça önem arz etmektedir. Taksirle işlenen suçlara verilecek cezada hekimin kusuru ve kusur oranı önemlidir. Yani yanlış bir tıbbi müdahalede hekimin davranışının tam kusurlu mu yoksa hafif kusurlu mu olduğu konusu göz önünde tutulur ve bu kusur oranına göre ceza artırılır ya da azaltılır²⁰⁰

Hekimin taksire dayalı cezai sorumluluğuna kaynak teşkil edebilecek tıbbi işlemlerin genel bir tablosunu çizersek; Bunlar genel olarak, teşhise ilişkin (yanlış teşhis ve bunun sonucunda elverişsiz ve uygun olmayan bir tedavinin seçilmesi) işlemler; doğru bir teşhisten sonra tedavi konusunda yanlış bir seçim yapmak; tedaviyi yanlış uygulamak veya tedavide gecikmek gibi faaliyetlerdir. Öte yandan gerekli olmayan cerrahi bir müdahaleye girişmek; tehlikeli bir anestezi maddesinin kullanılması veya bir anestezi maddesinin elverişsiz biçimde kullanılması; gerektiğinde acil tedbirlere başvurmamak; hastanın klinik bulguların aksine olarak, tavsiyeye şayan bulunmayan bir cerrahi müdahaleye tâbi tutulması gibi hareketler de, özellikle cerrahların sorumluluklarının kaynağını teşkil etmektedirler.²⁰¹

Hekimin memurluk mesleğinden kaynaklanan suçlara bakacak olursak; Mesleki faaliyet dolayısıyla işlenebilen suçlar, rüşvet (TCK m.252) ve irtikâp suçları (TCK m. 250), görevi ihmal (TCK m. 230), görevi kötüye kullanma (TCK m. 240),

¹⁹⁹ Tümer, s. 7.

²⁰⁰ Özkan, Öner Akyıldız, s. 126.

²⁰¹ Keyman, s. 78.

meslek sırrını açıklama (TCK m. 198), Zimmet eylemi (TCK m.247), çocuğun soy bağıını değiştirme eylemi (TCK m.231), Denetim görevini yerine getirtmeme (TCK m.251), Görevine ilişkin sırrı açıklaması (TCK m. 258), Suçu bildirmeme (TCK m. 280), yasaya aykırı genital muayene eylemi (TCK m.287) gibi suçlar olup bazılarının açıklaması şöyledir:

a.İrtikap suçları: Bir kamu hizmeti veren hekimin kamu menfaatlerini kullanarak zorla veya ikna yolu ile haksız kazanç elde etmesine irtikap suçu denilmektedir. Hekimlerin bu yüz kızsartıcı suç ile “bıçak parası”, “yatak ücreti” vb. durumlarda karşılaşmaktadır.²⁰²

b.Rüşvet, bir memur ile herhangi bir kişi arasında gerçekleştirilen ve memurun yetkilerinin icrası ile ilgili bir iş için, diğerinden hakkı olmayan bir karşılık kabul etmesi sonucunu doğuran bir anlaşma anlamına gelmekte ve TC, rüşvet alan kadar rüşvet veren kişiyi de cezalandırmaktadır. Rüşvet, kasıtlı bir suçtur ve memurun rüşvet suçunun konusunu oluşturan, para ve diğer menfaati aldığı veya bunlara ilişkin vaat veya taahhüdü kabul ettiği anda tamamlanır. Diğer memur gruplarında da görüldüğü gibi, memur sıfatı taşıyan hekimler arasında da bu suçu işleyenlere rastlanılmaktadır. Nitekim Yargıtay tarafından bu suçu işlemiş hekimler hakkında verilmiş kararlar da mevcuttur.²⁰³

c.Görevi kötüye kullanma (görevi suiistimal): Memur hekimlerin karşılaşabilecekleri en ağır suçlamalardan biridir. Görevi kötüye kullanma suçu “görevini kullanarak karşısındaki kişiden haksız kazanç elde etmek” olarak genellenebilir.²⁰⁴

TCK’nın görevi kötüye kullanma başlığını taşıyan ve üç fıkradan oluşan 257. maddenin ilk fıkrasında, icrai bir hareketle görevin gereklerine aykırı davranılması; görev ihmalî suçu kapsamında ikinci fıkrasında ihmalî bir hareketle görevin gereklerine aykırı davranılması yaptırım altına alınmıştır. Maddenin üçüncü fıkrasında ise, görevi kötüye kullanmanın, görevin gereklerine uygun davranmak için

²⁰² Tümer, s. 4.

²⁰³ Ersoy, s. 176.

²⁰⁴ Tümer, s. 4.

veya davranması sebebiyle menfaat temin etme şeklinde tezahür eden biçimi cezalandırılmıştır.²⁰⁵

6086 sayılı Kanunun 1. maddesiyle 257. maddesinde düzenlenen suçların cezalarında da değişiklik yapılmıştır. Birinci fıkrada düzenlenmiş olan icrai hareketle işlenen görevi kötüye kullanma suçunun cezası bir yıldan üç yıla kadar hapis iken, altı aydan iki yıla kadar hapis olarak; ikinci fıkradaki ihmali hareketle işlenen görevi kötüye kullanmanın cezası altı aydan iki yıla kadar hapis iken, üç aydan bir yıla kadar hapis olarak değiştirilmiş; üçüncü fıkradaki görevlerinin gereklerine uygun davranmak için veya bu nedenle menfaat temin etme için ceza yönünden birinci fıkraya yapılan atıf değiştirilmiş, bu suç için bağımsız olarak bir yıldan üç yıla kadar hapis ve beşbin güne kadar adli para cezası öngörülmüştür. 6086 sayılı Kanunun genel gerekçesinde bu değişikliğin aynı bölümde yer alan suçlar arasında cezalar yönünden dengenin sağlanması amacıyla gerçekleştirildiği belirtilmiştir.²⁰⁶

d. Göreve İlişkin Sırrı Açıklama; hekimin görevi nedeniyle kendisine verilen veya aynı nedenle bilgi edindiği ve gizli kalması gereken belgeleri, kararları ve emirleri ve diğer tebligatı veya ne suretle başkalarının bilgi edinilmesini kolaylaştırma TCK'nın 258. maddesince suçtur. Ancak bu suçun işlenmesi için hekimin kamu görevlisi olması gerekmektedir. TCK'nın 258.maddesinin birinci fıkrasına göre bu suçun işlenmesi ve tespiti halinde bir yıldan dört yıla kadar hapis cezası öngörülmekte olup ikinci fıkra uyarınca hekimin kamu görevlisi sıfatı sona erdikten sonra, birinci fıkrada yazılı olan fiilleri işleyen kimseye de aynı ceza verilir.

e) Suçu bildirmeme suçuna yeni TCK'nın 280. maddesi “Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır” şeklinde atıfta bulunmuştur. Görüldüğü üzere bu suç başta hekim olmak üzere tüm sağlık hizmet çalışanlarını kapsamaktadır.

²⁰⁵ İlhan Üzülmmez, “Görevi Kötüye Kullanma Suçu (TCK m. 257)”, **Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, C. XVI, S. 1 (2012), s.192.

²⁰⁶ Üzülmmez, s. 193.

3.Hekimler Açısından Disiplin Sorumluluğu

Bir hekimin görevi; hastalıkları önlemek, hastaları iyileştirmek, insan yaşamını ve sağlığını korumaktır. Hekimlerin mesleğini uygularken yaptığı eylemler sonucu hukuki, cezai ve idari (disiplin) sorumlulukları vardır. Cezai, hukuki ve idari sorumluluk hekimin mesleğini icrası sonucunda doğmaktadır. Hekimin disiplin sorumluluğu; hekimin zarara sebebiyet veren kusurlu davranışı, ihmali ile ortaya çıkan bir zarar ve hekimin davranışı ile zarar arasında bir illiyet (nedensellik) bağının mevcudiyeti ile söz konusu olur ve bu eylemin disiplin cezası ile cezalandırılabilir eylemlerden olması gerekmektedir.²⁰⁷

Hekimin disiplin sorumluluğu, 6023 sayılı TTB Yasası'nın 38, 39, ve 40 maddelerinde düzenlenmiştir. Ancak Kamu görevlisi statüsünde çalışan sağlık çalışanları, kurum çalışma disiplini ve kurallarına aykırı davranışları nedeniyle 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na göre disiplin soruşturma tabi tutulmaktadır. Özel sağlık kurum ve kuruluşunda çalışanların disiplin cezası ise 6023 sayılı TTB Yasası'na göre uygulanmaktadır. Bu nedenle hekimin özel ya da kamu kurumunda çalışmadaki disiplin suçu ayrı kurallara bağlı olmaktadır.

DMK'nın 125. maddesinde kamu sağlık kurum ya da kuruluşunda çalışan hekimin hangi eylem ve hallerde disiplin cezası alacağı belirtilmiştir. Ancak, Bu maddenin son fıkrası özel yasaların disiplin suçlarına ilişkin hükümlerinin saklı bulunduğunu belirtmektedir. Yani disiplin suç ve cezaları olan başka özel yasalardaki suç ve cezalar ilgili memurlara, bizim açıımızdan da hekimlere öncelikle uygulanmaktadır. Başka bir ifade ile genel olarak 657 sayılı yasadaki disiplin cezaları ve eylemleri başkaca özel yasalarda hüküm bulunmaması halinde tek başına diğer memurlar gibi hekimlere uygulanır.²⁰⁸ /Genel olarak 657 sayılı Yasa'daki hekimin disiplin suçu ve cezaları; uyarma, kınama, memuriyet kademesinde kısa süreli durdurma/uzun süreli durdurma, geçici olarak görevden çıkarma, devlet memurluğundan çıkarmadır.²⁰⁹

²⁰⁷ Handan Bakbak Özdemir, "Hekimin Disiplin Sorumluluğu", İstanbul Barosu Yayınları, 2011, s. 247-248.

²⁰⁸ Özkan, Öner Akyıldız, s. 81-82.

²⁰⁹ Özkan, Öner Akyıldız, s. 82.

a.Uyarı, memura görevinde ve davranışlarında daha dikkatli olması gerektiğinin yazı ile bildirilmesidir.

Uyarı cezasını gerektiren haller; Hekimin görevine karşı ilgisiz, güvensiz, duyarsız olması, Hasta, hasta yakını kişilerle ya da çalışanlar dışındakilerle görev sırasında görüşmeyi adet haline getirmesi, Hekimlik mesleğine uygun olmayan hal ve davranışlarda bulunması, Meslektaşlarına, yanında çalışan personele, hasta ve hasta yakınlarına saygısız ve uygunsuz davranması, Mazeretsiz olarak görevine gelmemesi, mesai saatlerine uygun davranmaması, görevinden erken ayrılması, Hekimlikle ilgili görevlerin sağlık kurum ve kuruluşunca işbirliği içinde yapılması ilkesine uymaması veya aykırı davranışlarda bulunması, Mesleği ile ilgili yöneltilen soruları cevaplamaması, savsaklaması, Yasa, tüzük, yönetmelikle, ya da kurum ve kuruluşça verilen karar ve emirlere uygun davranmaması, verilen görevi uzatması, gereksiz harcamalara neden olacak yazışma ve görüşmeler yapması.²¹⁰

b.Kınama cezası, memura görevinde ve davranışlarında kusurlu olduğunun yazı ile bildirilmesidir. Verilen emir ve görevlerin tam ve zamanında yapılmasında, görev mahallinde kurumlarca belirlenen usul ve esasların yerine getirilmesinde, görevle ilgili resmi belge, araç ve gereçlerin korunması, kullanılması ve bakımında kusurlu davranmak, görevi sırasında amirine saygısız davranışta bulunma, devlete ait resmi araç, gereç ve benzeri eşyayı özel işlerinde kullanmak ve bunları kaybetmek, İş arkadaşlarına, maiyetindeki personele ve iş sahiplerine kötü muamelede bulunma, söz veya hakaretle sataşmak, verilen emirlere itiraz etmek, borçlarını kasten ödemeyerek hakkında yasal yollara başvurulmasına neden olmak, Kurumların huzur, sükun ve çalışma düzenini bozmak gibi davranışlar DMK'un 125.maddesine göre kınama cezası gerektirir.

Hekimin memuriyet kademesinin kısa süreli durdurulmasını gerektiren durumlar (4 ay için durdurma): Hekimin izinsiz olarak, çalıştığı kurum ve kuruluşça özü kabul edilmeksizin aralıksız 2 ila 5 gün arası görevine gelmemesi, hekimin yasa, yönetmelik ve tüzüklere uygun olarak kendi sorumluluğundaki işleri yerine getirmemesi, hekimin görevi ile ilgili resmi belge, araç ve gereçleri görevi sona ermesine, çalıştığı kurum veya kuruluşça yazılı olarak talep edilmesine rağmen geri

²¹⁰ Bakbak Özdemir, s. 252; Özkan, Öner Akyıldız s. 82.

vermemesi, gibi haller hekimin memuriyet kademesinin kısa süreli durdurulmasına örnek verilecek bazı fiil ve hallerdir.

Hekimin memuriyet kademesinin uzun süreli durdurulması: Hekimin kademe ilerlemesini 12, 16, ya da 20 ay süre ile durdurulmasıdır. Hekimin ya da sağlık personelinin izinsiz olarak veya çalıştığı kurum ve kuruluşça izin verilmeksizin aralıksız 6 ila 10 gün göreve gelmemesi, hekimin görevini yerine getirmesinde yani sağlık hizmeti vermesinde dil, ırk, cinsiyet, din, mezhep, siyasi düşünce ya da felsefi inanç ayrımını gözetmesi kısaca ayrımcılık yapması, hekimin görevini yerine getirmesinde keyfilik ya da husumet besleyerek davranması ya da kin duygusu ile hasta ve hasta yakınlarının ya da birlikte çalıştığı kurum personelinin gereksiz biçimde yarar ya da zararlarını doğuran davranışlarda bulunması, hekimin denetimi altında bulunan ya da kendi görevi veya bağlı bulunduğu kurum ve kuruluş ile ilgisi olan bir girişimden doğrudan ya da dolaylı olarak (aracı ile) çıkar sağlaması hallerinde bu disiplin cezası uygulanır.²¹¹ e. Geçici olarak görevden çıkarma cezası; hekimin kadrosu aynen kalmak sureti ile 1 ila 6 ay arası aylıksız olarak geçici süre ile görevinden çıkarılmasıdır. Hekimin kendinden üstlerine ya da meslektaşlarına karşı görevini ifa sırasında fiili saldırıda bulunması, hekimin Devlet Memurları Yasası ile ilgili öngörülen grev yasağına uymaması ve grev kapsamında eylemler yapması, hekimin diplomatik statüsünden yararlanarak yurt dışındaki yerel mevzuata göre kaçakçılık sayılan eylemlerde bulunması durumlarında bu yaptırım uygulanır.²¹²

Hekimin devlet memurluğundan çıkarılması, çıkarma işleminin gerçekleşmesi ile hekimin devlet memurluğuna atanmamasını gerektiren bir disiplin işlemidir. Yetkili olmadığı halde hekimin dış ve iç güvenlikle ilgili ya da kamu sağlık hizmetlerinin yürütülmesi veya kamu yararı bakımından gizli kalması zorunlu olan bilgi ve belgeleri açıklaması, hekimlik (kamu görevi) niteliği ile uyuşmayacak biçimde utanç verici davranış, hal ve tutumlarda bulunması, hekimin savaş durumunda, olağanüstü hallerde ya da genel hayata etki yapan durum ve afetlere uğrayan yerlerde kendisinin yerine atanmış oraya gelip göreve başlamadan görev yerinden ayrılmamasının bildirildiği (tebliğ edildiği) hallerde bu bildirim uymaması, görev yerini terk etmesi, Hekimin izinsiz ya da çalıştığı kamu kurum ve

²¹¹ Özkan, Öner Akyıldız, s. 84; Bakbak Özdemir, s. 252-253.

²¹² Özkan, Öner Akyıldız, s. 85; Bakbak Özdemir, s. 252-253.

kuruluşlarınca kabul edilmiş özrü olmaksızın 1 yıl içinde toplam olarak 30 gün göreve gelmemesi hallerinde bu en ağır disiplin yaptırımı uygulanır.²¹³



²¹³ Özkan, Öner Akyıldız, s. 85-86.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

MERSİN İLİ ÖRNEĞİNDE HASTA HAKLARI

I. ARAŞTIRMA BULGULARI

A.Hastaların Tanımlayıcı Bazı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışma kapsamında hastalara tanımlayıcı muhtelif bazı sorular (cinsiyet, yaş, eğitim durumu vb) yöneltilmiş olup bu bölümde hastaların cevap dağılımlarına yer verilmiştir.

1.Cinsiyet Dağılımı

Katılımcıların cinsiyetlerini belirlemek için sorulan soruya verilen cevaplara göre katılımcıların 91 tanesi erkek, 99 tanesi kadındır. Başka bir ifade ile ankete katılan 190 hastanın %47,9'u erkek, %52,1'i kadındır.

Tablo 4. 1- Araştırmaya katılan hastaların cinsiyet dağılımı

	Hasta Sayısı (n)	Yüzde (%)	Gerçek Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
Erkek	91	47,9	47,9	47,9
Kadın	99	52,1	52,1	100,0
Toplam	190	100,0	100,0	

2.Yaş Grupları

Katılımcıların yaşlarını öğrenmek için açık uçlu soru tekniği kullanılmıştır. Daha sonra verilen cevaplar tasnif edilerek yaş grupları halinde sınıflandırılmıştır. Anket 18 yaş ve üstü hastalara uygulandığı için alt sınır on sekiz (18) belirlenmiş olup yaş değişkeni beş (5) sınıfta birleştirilmiştir.

Tablo 4. 2- Araştırmaya katılan hastaların yaş grupları dağılımı

Yaş Grupları	Hasta Sayısı (n)	Yüzde(%)	Gerçek Yüzde(%)	Kümülatif Yüzde (%)
18-25	39	20,5	20,5	20,5
26-35	41	21,6	21,6	42,1
36-45	41	21,6	21,6	63,7
46-55	34	17,9	17,9	81,6
56 ve üzeri	35	18,4	18,4	100,0
Toplam	190	100,0	100,0	

Ankete katılan hastaların %20,5'lik kısmı olan 39 kişi 18-25 yaş aralığında, %21,6'sı (41 kişi) 26-35 yaş aralığında ve aynı yüzdeler (21,6) oranla 41 kişi 36-45 yaş aralığında, %17,9'luk kısım olan 34 kişi 46-55 yaş aralığında ve son olarak %18,4'lük kısım olan 35 kişi ise 56 yaş ve üzerindedir.

3.Öğrenim Durumu

Tablo 4. 3’de hastaların öğrenim durumlarının dağılımı verilmiştir. Ankete katılanların çoğunluğu ilkokul mezunu olup, katılımcılar içinde en az kısım lisans mezunlarından olduğu görülmektedir.

Tablo 4. 3.Araştırmaya katılan hastaların öğrenim durumları dağılımı

Öğrenim Durumu	Hasta Sayısı (n)	Yüzde (%)	Gerçek Yüzde(%)	Kümülatif Yüzde(%)
Okur-Yazar Değil	22	11,6	11,6	11,6
İlkokul	84	44,2	44,2	55,8
Lise	65	34,2	34,2	90,0
Lisans	19	10,0	10,0	100,0
Toplam	190	100,0	100,0	

Tablo 4. 3’de görüleceği üzere hastaların %44,2’si ilkokul mezunu olup, bunu %34,2 ile lise mezunları takip etmektedir. Okuryazar olmayanların oranı %11,6 olup lisans mezunlarının oranı ise %10,0’dır.

4. Meslek Durumu

Ankete katılan hastaların büyük çoğunluğunu ev hanımları ve işçilerden oluşmaktadır.

Tablo 4. 4-Araştırmaya Katılan Hastaların Meslek Durumları Dağılımı

Meslek Durumu	Hasta Sayısı (n)	Yüzde (%)	Gerçek Yüzde(%)	Kümülatif Yüzde (%)
Ev hanımı	63	33,2	33,2	33,2
İşçi	49	25,8	25,8	58,9
Memur	20	10,5	10,5	69,5
Esnaf	16	8,4	8,4	77,9
Öğrenci	14	7,4	7,4	85,3
Emekli	14	7,4	7,4	92,6
Diğer	14	7,4	7,4	100,0
Toplam	190	100,0	100,0	

Tablo 4. 4’de görüldüğü gibi ankete katılan ev hanımlarının sayısı 63, işçilerin sayısı 49’dur. Bu iki grup ankete katılanların %58,9’unu oluşturmaktadır. Daha sonra %10,5 oran ve 20 kişi ile memur ve %8,4 oran ve 16 kişi ile esnaf grupları gelmektedir. Öğrenci (14 kişi), Emekli (14 kişi) ve Diğer (14 kişi) meslek gruplarının her biri ise %7,4 lük bir oran ile ankete %22,2 ‘lik bir katılım sağlamışlardır.

5.İkamet Durumu

Tablo 4. 5-Araştırmaya katılan hastaların ikamet durumları dağılımı

İkamet Durumu	Hasta Sayısı (n)	Yüzde (%)	Gerçek Yüzde(%)	Kümülatif Yüzde (%)
Kentsel	88	46,3	46,3	46,3
Kırsal	102	53,7	53,7	100,0
Toplam	190	100,0	100,0	

Tablo 4. 5’de Acil Sağlık Hizmeti alan hastaların yaşadıkları yerleşim yerlerinin dağılımı yer almaktadır. Buna göre hastaların %53,7’si kırsalda, %46,3 ise kentsel de ikamet etmektedir.

6. Medeni Durumu

Tablo 4. 6-Araştırmaya katılan hastaların medeni durumları dağılımı

Medeni Durum	Hasta Sayısı (n)	Yüzde (%)	Gerçek Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
Evli	134	70,5	70,5	70,5
Bekar	56	29,5	29,5	100,0
Total	190	100,0	100,0	

Tablo 4. 6'da Acil Sağlık Hizmeti alan 190 hastanın medeni durumlarının dağılımı yer almaktadır. Buna göre hastaların 134 tanesi evli, 56 tanesi bekardır. Başka bir ifade ile 190 hastanın %70.5'i evli, %29.5'i ise bekardır.

7. Hastaların Hastanelere Göre Dağılımı

Tablo 4.7.Araştırmaya katılan hastaların acil sağlık hizmeti aldığı hastanelere göre dağılımı

Hastane Adı	Hasta Sayısı (n)	Yüzde (%)	Gerçek Yüzde (%)	Kümülatif Yüzde (%)
Mersin Devlet Hastanesi Acil Servis	44	23,2	23,2	23,2
Toros Devlet Hastanesi Acil Servis	50	26,3	26,3	49,5
Erdemi Devlet Hastanesi Acil Servis	37	19,5	19,5	68,9
Tarsus Devlet Hastanesi Acil Servis	59	31,1	31,1	100,0
Toplam	190	100,0	100,0	

Tablo 4. 7'de Ankete katılan 190 hastanın acil sağlık hizmeti aldığı kamu hastanelerine göre dağılımı gösterilmiştir. Buna göre 190 hastanın %31,1'i Tarsus Devlet Hastanesinde, %26,3'ü Toros Devlet Hastanesinde, %23,2'si Mersin Devlet

Hastanesinde ve son olarak %19,5'i ise Erdemli Devlet Hastanesinin acil servisinde sağlık hizmeti almıştır.

8.Hastaların Hasta Hakları Konusunda Bilgi Düzeyi

Hastalar hasta olduklarında kullanacakları haklarını bilme durumlarını ortaya koymak üzere sorulan soruya katılımcıların yarısından fazlası olumsuz yanıt vermiştir. Anket uygulanan hastalardan haklarını tamamen bildiğini ve okuduğunu belirten hastaların sayısı oldukça düşüktür.

Tablo 4. 8-Araştırmaya katılan hastaların ülkemizde mevzuatta yer alan hasta hakları konusunda bilgi düzeylerinin dağılımı

Bilgi Düzeyi	Hasta Sayısı (n)	Yüzde (%)	Gerçek Yüzde(%)	Kümülatif Yüzde (%)
1.Bilmiyorum	119	62,6	62,6	62,6
2.Duydum Fakat Okumadım	60	31,6	31,6	94,2
3.Okudum	11	5,8	5,8	100,0
Toplam	190	100,0	100,0	

Tablo 4. 8'de görüldüğü gibi ülkemizde mevzuatta yer alan hasta haklarını hiç bilmeyen hasta sayısı 119 ve oranı %62,6'dır. Ülkemizde mevzuatta yer alan hasta haklarını duyan fakat okumadığını ifade eden hasta sayısı ise 60 olup oranı %31,6'dır. Ankete katılanların sadece %5,8'i (11 kişi) ülkemizde mevzuatta yer alan hasta haklarını okuduğunu ifade etmiştir.

B. Hastaların Acil Servislerde Bazı Hasta Haklarından Yararlanma ve Bu Haklarını Bilme Durumlarına İlişkin Bulgular

1.Acil Bakım ve Tedavi Hizmetinden Yararlanma Hakkına İlişkin Yargılar

Tablo 4. 9. Araştırmaya katılan hastaların acil bakım ve tedavi hizmetinden yararlanma durumlarına ilişkin bulguların dağılımı

Bulgular	Hasta Sayısı (n)	Yüzde %
Bu sağlık kuruluşunu kendi irademle seçtim.		
Kesinlikle katılmıyorum	8	4,2
Katılmıyorum	10	5,3
Katılıyorum	48	25,3
Kesinlikle katılıyorum	124	65,3
Toplam	190	100,0
Bu birimde tedavim için istediğim sağlık çalışanını seçtim.		
Kesinlikle katılmıyorum	114	60,0
Katılmıyorum	71	37,4
Katılıyorum	4	2,1
Kesinlikle katılıyorum	1	0,5
Toplam	190	100,0
Bu birimden sağlık ihtiyacıma uygun olarak yararlandım.		
Kesinlikle katılmıyorum	9	4,7
Katılmıyorum	24	12,6
Kararsızım	29	15,3
Katılıyorum	94	49,5
Kesinlikle katılıyorum	34	17,9
Toplam	190	100,0
Kişilik itibarı korunarak ve saygı görerek acil sağlık hizmeti aldım.		
Kesinlikle katılmıyorum	9	4,7
Katılmıyorum	13	6,8
Kararsızım	18	9,5
Katılıyorum	92	48,4
Kesinlikle katılıyorum	58	30,5
Toplam	190	100,0
Ahlaki ve kültürel değerlerime, dinsel ve felsefi inançlarıma saygılı acil sağlık hizmeti aldım.		
Kesinlikle katılmıyorum	6	3,2
Katılmıyorum	12	6,3
Kararsızım	15	7,9
Katılıyorum	98	51,6
Kesinlikle katılıyorum	59	31,1
Toplam	190	100,0

Araştırma sonuçlarına göre acil sağlık hizmeti aldığı sağlık kuruluşunu kendi iradesi ile seçtiğini beyan eden hastaların sayısı 172, oranı ise %90,6'dır. Ancak acil sağlık hizmeti aldığı birimde tedavisi için sağlık çalışanını kendi iradesi ile seçen hasta sayısı ve oranına bakıldığında, bu durumun (sağlık kurumunu kendi iradesi ile seçen hasta sayısı ve oranı) tam tersine hasta sayısı 5 olup, oranı ise %2,6 tespit edilmiştir. Acil sağlık hizmeti aldığı acil servisten sağlık ihtiyacına uygun olarak yararlandığını düşünen hastaların sayısı 128, oranı ise %69,4 iken sağlık ihtiyacına uygun olarak yararlanmadığını düşünenlerin sayısı 33 oranı ise %17,3 tür. Bu konuda kararsız olan hastaların oranı ise %15,3 (n=29) tür. Araştırmaya katılan hastaların kişilik itibarları korunarak ve saygı görerek acil sağlık hizmeti alıp almadıklarına bakıldığında, hastaların %79,3'nün kişilik itibarı korunarak ve saygılı hizmet aldığı, %11,5'nin kişilik itibarı korunarak ve saygılı hizmet almadığı ve %9,5'inin de bu konuda kararsız olduğu tespit edilmiştir. Yine araştırma kapsamında hastaların ahlaki ve kültürel değerlerine, dinsel ve felsefi inançlarına saygılı acil sağlık hizmeti alıp almağına bakıldığında, %82,7'sinin ahlaki ve kültürel değerlerine, dinsel ve felsefi inançlarına saygılı hizmet aldığı, %9,5'inin saygılı hizmet almadığı ve %7,9'unun da bu konuda kararsız olduğu tespit edilmiştir.

2.Bilgilendirme Hakkı İle İlgili Yargılar

Tablo 4. 10. Araştırmaya katılan hastaların bilgilendirilme ile ilgili haklarını bilme ve bu haklardan yararlanma durumlarına ilişkin bulguların dağılımı

Bulgular	Hasta Sayısı (n)	Yüzde %
Acil sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanacağım konusunda birim çalışanlarından bilgi aldım.		
Kesinlikle katılmıyorum	18	9,5
Katılmıyorum	44	23,2
Kararsızım	10	5,3
Katılıyorum	93	48,9
Kesinlikle katılıyorum	25	13,2
Toplam	190	100,0
Sağlık çalışanından sağlık durumum ile ilgili bilgi aldım.		
Kesinlikle katılmıyorum	19	10,0
Katılmıyorum	25	13,2
Katılıyorum	108	56,8
Kesinlikle katılıyorum	38	20,0
Toplam	190	100,0
Sağlık çalışanından sağlık durumum hakkında anlayabileceğim şekilde bilgi aldım.		
Katılmıyorum	6	4,1
Kararsızım	13	8,9
Katılıyorum	90	61,6
Kesinlikle Katılıyorum	37	25,4
Toplam	146	100,0

Uygulanacak tedavinin veya tıbbi müdahalenin risk ve seçenekleri hakkında hastanın/yaralının bilgilendirilmesi ve rızasının alınması bir hasta hakkıdır.		
Kesinlikle katılmıyorum	2	1,1
Katılmıyorum	1	5
Kararsızım	14	7,4
Katılıyorum	72	37,9
Kesinlikle katılıyorum	101	53,2
Toplam	190	100,0
Uygulanacak tedavinin veya tıbbi müdahalenin risk ve seçenekleri hakkında sağlık personeli beni bilgilendirdi.		
Kesinlikle katılmıyorum	37	19,5
Katılmıyorum	27	14,2
Katılıyorum	88	46,3
Kesinlikle katılıyorum	38	20,0
Toplam	190	100,0

Tablo 4. 10.(Devamı) Araştırmaya katılan hastaların bilgilendirilme ile ilgili haklarını bilme ve bu haklardan yararlanma durumlarına ilişkin bulguların dağılımı

Uygulanacak tedavinin veya tıbbi müdahalenin risk ve seçenekleri hakkında sağlık personeli beni anlayabileceğim şekilde bilgilendirdi.		
Katılmıyorum	6	4,7
Kararsızım	14	11,1
Katılıyorum	70	55,5
Kesinlikle katılıyorum	36	28,5
Toplam	126	100,0
Uygulanacak tedavinin veya tıbbi müdahalenin risk ve seçenekleri hakkında bilgilendirilmek beni rahatlatmıştı.		
Katılmıyorum	6	4,7
Kararsızım	14	11,1
Katılıyorum	70	55,5
Kesinlikle katılıyorum	36	28,5
Toplam	126	100,0
Hastaya/yaralıya talebi halinde, kendisine sağlık hizmeti verecek veya vermekte olan tabiplerin ve diğer personelin kimlikleri, görev ve unvanları hakkında bilgi verilmek zorundadır.		
Kesinlikle katılmıyorum	11	5,8
Katılmıyorum	8	4,2
Kararsızım	26	13,7
Katılıyorum	52	27,4
Kesinlikle katılıyorum	93	48,9
Toplam	190	100,0
Acil sağlık hizmeti aldığım doktor ve diğer sağlık personelleri (hemşire, ATT vb.) Kendisini tanıttı.		
Kesinlikle katılmıyorum	124	65,3
Katılmıyorum	13	6,8
Katılıyorum	31	16,3
Kesinlikle katılıyorum	22	11,6
Toplam	190	100,0

Araştırmaya katılan hastalara, acil sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanacağı konusunda birim çalışanlarından bilgi alıp almadığına bakıldığında, hastaların % 32,7'sinin birim çalışanlarından acil sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanacağı konusunda bilgi almadığı, %62.1'inin bilgi aldığı, %5,3'ünün ise bu konuda kararsız olduğu tespit edilmiştir. Araştırma kapsamında hastalara sağlık durumu hakkında sağlık çalışanından bilgi alıp almadığı sorulduğunda ise, hastaların % 76,8'nin bilgi aldığı bilgisine ulaşılmıştır. Ayrıca bilgi aldığını ifade eden kişilerin (n=146) %87,0'si de bu bilgiyi anlayacağı şekilde aldığını ifade etmiştir. Araştırmaya katılan hastaların önemli bir kısmı (%91,1) "Uygulanacak tedavinin veya tıbbi müdahalenin risk ve

seçenekleri hakkında hastanın/yaralının bilgilendirilmesi ve rızasının alınması bir hasta hakkıdır.” yargısına katıldığını belirtmiştir. Uygulanacak tedavinin veya tıbbi müdahalenin risk ve seçenekleri hakkında sağlık personelinden bilgi alıp almadıkları ile ilgili hasta görüşlerine bakıldığında ise, hastaların %66,3’ü sağlık personelinden bu konuda bilgi aldıklarını ifade ederken %33,7’si de bu konuda bilgi almadığını ifade etmiştir. Ayrıca bu konuda bilgi aldığını beyan eden 126 kişinin %84’ü anlayacağı bir şekilde bilgi aldığını ve bu bilinin kendisini rahatlattığını ifade etmiştir. Hastaların %76,3’ü “Hastaya/yaralıya talebi halinde, kendisine sağlık hizmeti verecek veya vermekte olan tabiplerin ve diğer personelin kimlikleri, görev ve unvanları hakkında bilgi verilmek zorundadır.” yargısına katıldığını beyan etmiştir. Acil sağlık hizmeti veren doktor ve diğer sağlık personellerinin (hemşire, ATT vb.) kendilerini tanıtmalarına ilişkin hasta görüşlerine bakıldığında, hastaların %72,1’i hekim ve diğer sağlık personellerinin kendilerini tanıtmadığını belirtirken, %27,9’u acil sağlık hizmeti veren hekim ve sağlık personellerin kendilerini tanıttığını belirtmiştir.

3.Aydınlatılmış Onam Hakkı İle İlgili Yargılar

Tablo 4. 11. Araştırma katılan hastaların aydınlatılmış onam ile ilgili haklardan yararlanma durumlarına ilişkin bulguların dağılımı

Bulgular	Hasta Sayısı (n)	Yüzde %
Uygulanacak olan tedavi veya tıbbi müdahale için rızam ve iznim alındı.		
Kesinlikle katılmıyorum	15	7,9
Katılmıyorum	25	13,2
Katılıyorum	110	57,9
Kesinlikle katılıyorum	40	21,1
Toplam	190	100,0
Tedaviyi istiyorsam onay verdim, istemiyorsam reddettim.		
Kesinlikle katılmıyorum	20	10,5
Katılmıyorum	37	19,5
Kararsızım	12	6,3
Katılıyorum	88	46,3
Kesinlikle katılıyorum	33	17,4
Toplam	190	100,0

Tablo 4. 11. (Devamı) Araştırma katılan hastaların aydınlatılmış onam ile ilgili haklardan yararlanma durumlarına ilişkin bulguların dağılımı

Hayati tehlike söz konusu olduğunda istemesem de bana tıbbi müdahale veya tedavi yapılabilir.		
Kesinlikle katılmıyorum	18	9,5
Katılmıyorum	8	4,2
Kararsızım	26	13,7
Katılıyorum	41	21,6
Kesinlikle katılıyorum	97	51,1
Toplam	190	100,0

Tablo 4.11'e göre araştırmaya katılan hastaların %79,0'u kendisine uygulanacak tedavi ya da tıbbi müdahale için kendisinden rıza ve izin alındığını ifade ederken, %21,1'i kendisinden bu konuda rıza ve izin alınmadığını belirtmiştir. Bununla birlikte 190 hastanın sadece %63,7'sinin kendilerine uygulanacak tedaviyi onayladığı ya da reddettiği tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %72,7'si "Hayati tehlike söz konusu olduğunda istemesem de bana tıbbi müdahale veya tedavi yapılabilir." yargısına katıldığını ifade etmiştir.

4.Mahremiyet ve Özel Hayata Saygı Hakkı İle İlgili Yargılar

Tablo 4. 12. Araştırmaya katılan hastaların mahremiyet ve özel hayata saygı ile ilgili haklar konusundaki sorulara verdikleri cevapların dağılımı

Bulgular	Hasta Sayısı (n)	Yüzde%
Mahremiyet benim için önemli bir hasta hakkıdır.		
Katılmıyorum	12	6,3
Katılıyorum	51	26,8
Kesinlikle katılıyorum	127	66,8
Toplam	190	100,0
Mahremiyetin gizli tutulması beni güvende hissettirir.		
Katılmıyorum	13	6,8
Katılıyorum	43	22,6
Kesinlikle katılıyorum	134	70
Toplam	190	100,0

Tablo 4. 12.(Devamı) Araştırmaya katılan hastaların mahremiyet ve özel hayata saygı ile ilgili haklar konusundaki sorulara verdikleri cevapların dağılımı

Acil sağlık hizmeti aldığım süre içinde mahremiyetimin korunması yönünde gereken özenli yaklaşımı aldım.		
Kesinlikle katılmıyorum	8	4,2
Katılmıyorum	15	7,9
Kararsızım	16	8,4
Katılıyorum	63	33,2
Kesinlikle katılıyorum	88	46,3
Toplam	190	100,0
Bu birimde sağlık durumum ve tedavim hakkında bilgilerin gizli tutulduğuna inanıyorum.		
Kesinlikle katılmıyorum	12	6,3
Katılmıyorum	18	9,5
Kararsızım	51	26,8
Katılıyorum	75	39,5
Kesinlikle katılıyorum	34	17,9
Toplam	190	100,0
Yapılan işlemler, hastalığım ve uygulanan tedavi hakkında kayıtları istediğimde öğrenebilirim ve eğer istersem bir kopyasını da alabilirim.		
Katılmıyorum	17	8,9
Kararsızım	29	15,3
Katılıyorum	144	75,8
Toplam	190	100,0

Tablo 4. 12’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan hastaların neredeyse tamamı (%93,6 ve n=178) için mahremiyetin önemli bir hak olduğu tespit edilmiştir. Yine benzer bir oran ve sayı (%92,6 ve n=177) ile “mahremiyetin gizli tutulması beni güvende hissettirir” yargısına katılımda görülmektedir. Bununla birlikte diğer bir tespit toplam katılımcının %79,5’inin acil sağlık hizmeti aldığı süre içinde mahremiyetinin korunduğu sonucudur. Yine tablo 12’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan hastaların yarıdan fazlası (%57,4) sağlık durumu ve tedavisi hakkındaki bilgilerin gizli tutulduğuna inanmakta iken % 15,8’i bu bilgilerin gizli tutulduğuna inanmamaktadır. Katılımcıların %26,8’i de bu yargıya katılmada kararsız olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte hastaların %75,8’i kendileri ile ilgili kayıtları istediğinde öğrenebileceği ve eğer isterse bir kopyasını da alabileceği yargısına katılmaktadır.

5.Refakatçi Bulundurma ve Ziyaret Hakkı İle İlgili Yargılar

Tablo 4. 13. Araştırmaya katılan hastaların refakatçi bulundurma ve ziyaret ile ilgili haklar konusundaki sorulara verdikleri cevapların dağılımı

Bulgular	Hasta Sayısı (n)	Yüzde %
Tedavim ve muayenem sırasında yanımda bir yakınım olması beni güvende hissettirir.		
Katılmıyorum	6	3,2
Kararsızım	6	3,2
Katılıyorum	37	19,5
Kesinlikle katılıyorum	141	74,2
Toplam	190	100,0
Refakatçi bulundurma hakkımı kullandım.		
Kesinlikle katılmıyorum	33	17,4
Kesinlikle katılıyorum	157	82,6
Toplam	190	100,0
Bu birimde hasta/yaralı ziyareti için konulan kural ve uygulamaların gerekli olduğuna inanıyorum.		
Katılmıyorum	11	5,8
Kararsızım	16	8,4
Katılıyorum	65	34,2
Kesinlikle katılıyorum	98	51,6
Toplam	190	100,0

Tablo 4. 13’de araştırmaya katılan hastaların tamamına yakını (n=178) tedavisi ve muayenesi sırasında yanında bir yakınım olması kendisini güvende hissettirdiği görüşündedir. Yine benzer bir sonuç refakatçi hakkını kullanan kişi sayısında görülmektedir. Buna göre acil serviste tedavi gören 190 hastanın %82,6’sının refakatçi bulundurma hakkını kullandığı tespit edilmiştir. Yine tablo 13’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan hastaların %85,8’i acil servislerde ziyaret için konulan kural ve uygulamaların gerekli olduğuna inanmaktadır.

6.Dilek, Şikâyet ve Müracaat Hakkı İle İlgili Yargılar

Tablo 4. 14. Araştırmaya katılan hastaların dilek, şikâyet ve müracaat ile ilgili haklara ilişkin sorulara verdikleri cevapların dağılımı

Bulgular	Hasta Sayısı (n)	Yüzde %
Hastanelerde bulunan hasta hakları birimi ile ilgili herhangi bir bilgiye sahibim.		
Kesinlikle katılmıyorum	126	66,3
Katılıyorum	46	24,2
Kesinlikle katılıyorum	18	9,5
Hastanelerde bulunan hasta hakları birimine ne şekilde ve nasıl başvuracağım hakkında gerekli bilgiye sahibim.		
Kesinlikle katılmıyorum	12	18,8
Katılmıyorum	18	28,1
Katılıyorum	22	34,4
Kesinlikle katılıyorum	12	18,7
Toplam	64	100,0
Hasta hakları ihlalinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikâyet ve dava hakkı vardır.		
Kesinlikle katılmıyorum	5	2,6
Kararsızım	76	40,0
Katılıyorum	50	26,3
Kesinlikle katılıyorum	59	31,1
Hastanelerde dilek, şikâyet ve herhangi bir müracaatı yapabileceğim kolaylıklar ve sistem mevcuttur.		
Kesinlikle katılmıyorum	9	4,7
Katılmıyorum	4	2,1
Kararsızım	122	64,2
Katılıyorum	35	18,4
Kesinlikle katılıyorum	20	10,5

Tablo 4. 14’e göre hastaların %66,3’ü (n=126)“Hastanelerde bulunan hasta hakları birimi ile ilgili herhangi bir bilgiye sahibim” yargısına kesinlikle katılmamıştır. Buna göre hastaların yarıdan fazlası hastanelerde yer alan hasta hakları birimi ile ilgili bir bilgeye sahip olmadığı anlaşılmaktadır. Bununla birlikte hasta hakları birimi konusunda herhangi bir bilgi sahibi olduğunu ifade eden 64 kişinin sadece %43,1’i hasta hakları birimine ne şekilde ve nasıl başvuracağı hakkında gerekli bilgiye sahibim yargısına katılmaktadır. Bu veriler ışığında araştırmaya katılan 190 hastanın sadece 64’ü hasta hakları birimini bilmekte olup bu kişilerinde

sadece 34'ü bu birime nasıl ve ne şekilde başvuracağı konusunda gerekli bilgiye sahip olduğu anlaşılmaktadır. Yine hastalara “Hasta hakları ihlalinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikâyet ve dava hakkı vardır.”yargısına katılıp katılmadıkları sorulmuş olup hastaların yarısından fazlası (%57,4) ihlal durumunda her türlü müracaat, şikâyet ve dava hakkı olduğunu düşünmektedir. Son olarak toplam katılımcının %28,9 ‘u hastanelerde dilek, şikâyet ve herhangi bir müracaatı yapabileceği kolaylıkların ve sistemlerin olduğunu düşünmekte iken %64,2’si bu konuda kararsız olduğunu ifade etmiştir.

7.Acil Sağlık Hizmeti Alınan Hastane İle İlgili Diğer Yargılar

Tablo 4. 15. Araştırmaya katılan hastaların acil sağlık hizmeti aldığı hastane ile ilgili diğer sorulara verdikleri cevapların dağılımı

Bulgular	Hasta Sayısı (n)	Yüzde %
Bu birim bana düzenli, temiz ve güvenilir bir ortam sağladı.		
Kesinlikle katılmıyorum	24	12,6
Katılmıyorum	22	11,6
Kararsızım	32	16,8
Katılıyorum	86	45,3
Kesinlikle Katılmıyorum	26	13,7
Genel olarak bana sunulan acil sağlık hizmetinin kalitesinden memnun kaldım.		
Kesinlikle katılmıyorum	13	6,8
Katılmıyorum	19	10,0
Kararsızım	33	17,4
Katılıyorum	86	45,3
Kesinlikle Katılmıyorum	39	20,5
Eğer ihtiyaç duyarsam tekrar bu hastaneyi tercih ederim.		
Kesinlikle katılmıyorum	15	7,9
Katılmıyorum	7	3,7
Kararsızım	34	17,9
Katılıyorum	76	40,0
Kesinlikle Katılmıyorum	58	30,5

Tablo 4. 15'deki bulgular hastaların acil sağlık hizmeti aldığı acil servisin temiz, düzenli ve güvenilir bir ortam sağlama, acil sağlık hizmetinin kalitesinden memnun kalma ve tekrar ihtiyaç halinde bu hastaneyi tercih etme durumlarını sorgulayan yargılara katılım oranlarını göstermektedir.

“Bu birim bana düzenli, temiz ve güvenilir bir ortam sağladı” yargısına hastaların %45,3’ü katılırken, %13,7’si kesinlikle katılmaktadır. Buna göre hastaların %59,0’u acil sağlık hizmeti aldığı acil servisi temiz, düzenli ve güvenilir bulmaktadır. “Genel olarak bana sunulan acil sağlık hizmetinin kalitesinden memnun kaldım.” yargısına hastaların %45,3’ü katılırken, %20,5’i kesinlikle katılmaktadır. Buna göre hastaların %65,8’i almış olduğu acil sağlık hizmetinin kalitesinden memnun kaldığı ifade edilebilir. Tablodaki son yargı olan “Eğer ihtiyaç duyarsam tekrar bu hastaneyi tercih ederim.” yargısına hastaların %40,0 katılırken, %30,5’i kesinlikle katılmaktadır. Bu verilere göre araştırmaya katılan hastaların %60,5’i acil sağlık hizmeti aldığı acil servisi ihtiyacı halinde tekrardan tercih edebileceği anlaşılmaktadır.

C.Hasta Hakları İhlallerine İlişkin Bulgular

Tablo 4. 16. Araştırmaya katılan hastaların hasta hakları ihlallerine ilişkin sorulara verdikleri cevapların dağılımı

Bulgular	Hasta Sayısı (n)	Yüzde %
Bu birimde hasta haklarınız ihlal edildi mi?		
Evet	35	18,4
Hayır	155	81,6
Toplam	190	100,0
Bu birimde hangi tür ihlaller yapılmaktadır?		
Bilgilendirilmeme	32	44,4
Güvenilir Bir Ortamın Sağlanamaması	1	1,38
Saygınlık Görememe	17	23,6
Rızamın alınmaması	14	19,4
Mahremiyete özen gösterilmeme	8	11,1
Toplam	72	100,0
Not: Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir.		

Tablo 4. 16. (Devamı) Araştırmaya katılan hastaların hasta hakları ihlallerine ilişkin sorulara verdikleri cevapların dağılımı

İhlal durumunda ne yaptınız? Lütfen belirtiniz		
Sözlü uyardım	1	2,9
Hiçbir şey yapmadım	33	94,2
SABİM'e şikayet ettim	1	2,9
Toplam	35	100,0
Hasta hakkınızın ihlali durumunda ne yapardınız?		
Hiçbir şey yapmazdım.	31	20,0
Sözlü olarak hastane yönetimine şikâyette bulunurdum.	55	35,4
Yazılı olarak hastane yönetimine şikâyette bulunurdum.	10	6,5
Mahkemeye verirdim.	13	8,4
SABİM, BİMER vb merkezi birimleri arayarak şikâyette bulunurdum.	46	29,7
Toplam	155	100,0
Gerçekleşen hasta hakkı ihlallerinin sizce en temel nedeni nedir?		
Sağlık Sistemi	100	52,6
Hekimler	43	22,6
Diğer Sağlık çalışanları (hemşire, ATT, Sağlık memuru vb.)	19	10,0
Sağlık çalışanları dışında hizmet veren çalışanlar (güvenlik, tıbbi)	8	4,2
Hasta ve hasta yakınlarının tutumu	20	10,5
Toplam	190	100,0

Acil Sağlık hizmetinin doğası gereği sağlık hizmeti verilirken bir takım ihlaller yaşanabilmekte ve sonucunda da telafisi zor hatta hiç olmayan bir takım olumsuzluklar meydana gelebilmektedir. Bu bölümde acil servislerde hasta hakları ihlallerinin yaşanıp yaşanmadığı, hangi tür ihlallerin yaşandığı, yaşanma durumunda ne tür tepkiler verildiği ve sebepleri araştırılmaya çalışılmıştır. Tablo 16. da araştırmaya katılan hastaların hasta hakları ihlallerine ilişkin bir takım sorulara vermiş oldukları cevapların dağılımı verilmiştir. Tablo 16'ya göre ankete katılan hastaların %81,6'sı olan 155 kişi “ Bu birimde hasta haklarınız ihlal edildi mi? sorusuna “Hayır” cevabını verirken, %18,4'ü olan 35 kişi “Evet” cevabını vermiştir. Hak ihlali yaşadığını ifade eden 35 kişiye hangi tür hak ihlalleriyle karşılaştıkları sorulmuş olup şu cevaplar alınmıştır (not: Bu soruya birden fazla (n=72) yanıt verilmiştir). Bilgilendirilmeme oranı %44,4 (n=32), güvenilir bir ortam sağlanamama oranı %1,38 (n=1), saygınlık görememe oranı %23,6 (n=17), rıza alınmama oranı %19,4 (n=14) ve mahremiyete özen gösterilmeme oranı %11,1 (n= 11) dir.

Görüldüğü üzere acil servislerde en çok yaşanan hak ihlali türünün %44, 4'lük bir oranla “bilgilendirilmeme” olduğunu ifade edebiliriz. Ayrıca yukarıdaki ihlal türleri ile karşı karşıya kalan katılımcıların (n=35) %94,2 (n=33) sinin hak ihlali karşısında hiç bir şey yapmadığını, %2,9 (n=1)'nın sözlü uyarıda bulunduğunu ve %2,9'nun (n=1) da SABİM'i aradığını ifade edebiliriz. Haklarınızın ihlali durumunda ne yapardınız sorusuna yanıt veren 155 kişinin (hak ihlali yaşamadığını ifade edenler) %20,0'si hiçbir şey yapmayacağını, %35,4'ü sözlü olarak hastane yönetimine şikâyetle bulunacağını, %6,5'i yazılı olarak hastane yönetimine şikâyetle bulunacağını, %8,4'ü mahkemeye vereceğini ve %29,7'si SABİM, BİMER vb merkezi birimleri arayarak şikâyetle bulunacağını ifade etmiştir. Son olarak 190 kişinin %52,6'sı hasta hakları ihlallerinin en temel nedenini “sistem” olarak görürken %22,6'sı Hekimleri, %10,0'u Diğer sağlık personellerini, %10,5'i hasta ve hasta yakınlarının tutumunu ve %4,2'si de sağlık çalışanları dışında hizmet veren çalışanları hasta hakları ihlallerinin en temel nedeni olarak görmektedir

D.Hastaların Bazı Tanıtıcı Özellikleri İle Hasta Haklarını Bilme Durumlarının Karşılaştırılması

1.Cinsiyete Göre Hasta Haklarını Bilme Durumları

Tablo 4. 17. Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetlerine göre hasta haklarını bilme durumları

Cinsiyet	Ülkemizde mevzuatta yer alan hasta hakları konusunda bilgi düzeyiniz?							
	Bilmiyorum		Duydum Fakat Okumadım		Okudum		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kadın	66	66,7	28	28,3	5	5,1	99	100,0
Erkek	53	58,2	32	35,2	6	6,6	91	100,0
Toplam	119	62,6	60	31,6	11	5,8	190	100,0

χ^2 : 0,486 p>0,05

Hastaların cinsiyetlerine göre hasta haklarını bilme durumlarını gösteren çapraz tabloya göre kadın hastaların %66,7'sinin (n=66) haklarını bilmediğini, %28,3'ünün (n=28) haklarını duyduğunu fakat okumadığını, %5,1'inin ise haklarını okuduğunu söyleyebiliriz. Erkek hastaların ise %58,2'sinin (n=53) haklarını bilmediğini, %35,2'sinin (n=32) duyduğunu fakat okumadığını, %6,6'sının (n=6) da haklarını okuduğunu ifade edebiliriz.

Demografik bilgiler içinde yer alan cinsiyet değişkeni ile hastaların ülkemizde mevzuatta yer alan hasta hakları konusundaki bilgi düzeyi arasındaki ilişkiyi gösteren ki kare analizinde %5 anlamlılık ve X^2 0.486 > 0.05 sonucuna göre iki değişken arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

2.Yaş Gruplarına Göre Hasta Haklarını Bilme Durumları

Tablo 4.18. Araştırmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre (ülkemizde mevzuatta yer alan) hasta haklarını bilme durumları

Yaş grupları	Ülkemizde mevzuatta yer alan hasta hakları konusunda bilgi düzeyiniz?							
	Bilmiyorum		Duydum Fakat Okumadım		Okudum		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
18-25 yaş arası	28	71,8	10	25,6	1	2,6	39	100,0
26-35 yaş arası	21	51,2	13	31,7	7	17,1	41	100,0
36-45 yaş arası	23	56,1	16	39,0	2	4,9	41	100,0
46-55 yaş arası	20	58,8	13	38,2	1	2,9	34	100,0
56 ve üzeri	27	77,1	8	29,9			35	100,0
Toplam	119	62,6	60	31,6	11	5,8	190	100,0

X^2 :0.056 p> 0.05

Araştırmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre (ülkemizde mevzuatta yer alan) hasta haklarını bilme durumlarını gösteren tablo 17'ye göre araştırmaya katılan 18-25 yaş arasındaki hastaların %2,6'sı (n=1) hasta haklarını okuduğunu, %25,6'sı (n=10) duyduğunu fakat okumadığını, %1,8'i (n=28) ise hasta haklarını bilmediğini ifade ettiği söylenebilir. 26-35 yaş arası 41 hastanın 7'sinin hasta haklarını okuduğu, 13'ünün duyduğu fakat okumadığı ve 21'inin de bilmediği tespit edilmiştir. 36-45

yaş aralığına baktığımızda bu aralıkta yer alan toplam 41 hastanın sadece ikisi (2) hasta haklarını okuduğunu, 16'sı duyduğunu fakat okumadığını ve 23'ü de bilmediğini beyan etmiştir. Ayrıca 46-55 yaş arası 34 hastanın 13'ünün hasta haklarını duyduğu fakat okumadığı, 20'sinin de bilmediği tespit edilmiştir. Son olarak 56 yaş ve üzeri hastalara baktığımızda ise bu grupta yer alan toplam 35 hastanın hiç birinin hasta haklarını okumadığı, 8'inin duyduğu fakat okumadığı ve 27'sinin ise bilmediği yorumu yapılabilir.

Yaş grubu verisi ile anketin birinci bölümünde hastalara yöneltilen “Ülkemizde mevzuatta yer alan hasta hakları konusunda bilgi düzeyiniz?” sorusuna verilen cevapların ki kare testi analizinde %5 anlamlılık düzeyine ve $X^2 0.056 > 0.05$ sonucuna göre iki değişken arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

3. Öğrenim Durumuna Göre Hasta Haklarını Bilme Durumları

Tablo 4. 19. Araştırmaya katılan hastaların öğrenim durumlarına göre hasta haklarını bilme durumları

Öğrenim Durumu	Ülkemizde mevzuatta yer alan hasta hakları konusunda bilgi düzeyiniz?							
	Bilmiyorum		Duydum Fakat Okumadım		Okudum		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Okuryazar Değil	21	95,5	1	4,5			22	100,0
İlkokul	54	64,3	28	33,3	2	2,4	84	100,0
Lise	37	56,9	22	33,8	6	9,2	65	100,0
Lisans	7	36,8	9	47,4	3	15,8	19	100,0
Toplam	119	62,6	60	31,6	11	5,8	190	100,0

$X^2:0,003$ $p> 0,05$

Araştırmaya katılan hastaların öğrenim durumlarına göre hasta haklarını bilme durumlarını gösteren tablo 19'da yer alan çapraz tabloya göre okuryazar olmayan 22 hastanın %95,5'inin (n=21) mevzuatta yer alan hasta haklarını bilmediği, %4,5'inin (n=1) ise duyduğu fakat okumadığı, ilkökul mezunu olan 84 hastanın %64,3'ünün hasta haklarını bilmediği, %33,3'nün duygu fakat okumadığı, %2,4'ünün okuduğu

tespit edilmiştir. Yine araştırma sonuçlarına göre lise mezunu 65 hastanın %56,9'nun hasta haklarını bilmediği, %33,8'nin duyduğu fakat okumadığı ve %9,2'nin ise hasta haklarını okuduğu tespit edilmiştir. Lisans mezunlarının hasta hakları konusundaki bilgi düzeyine bakıldığında ise araştırmaya katılan 19 lisans mezunu hastanın %36,8'nin hasta haklarını bilmediği, %47,4'nün duyduğu fakat okumadığı ve %15,8'nin de hasta haklarını okuduğu tespit edilmiştir.

Öğrenim durumu değişkeni ile hastaların ülkemizde mevzuatta yer alan hasta hakları konusundaki bilgi düzeyinin ki kare testi ile analizinde % 5 anlamlılık ve $p: 0,003$ ($p > 0.05$) sonucuna göre iki değişken arasında anlamlı bir ilişki vardır.

4. Mesleklere Göre Hasta Haklarını Bilme Durumu

Tablo 4.20. Araştırmaya katılan hastaların mesleklerine göre hasta haklarını bilme durumları

Meslek Durumu	Ülkemizde mevzuatta yer alan hasta hakları konusunda bilgi düzeyiniz?							
	Bilmiyorum		Duydum Fakat Okumadım		Okudum		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ev Hanımı	44	69,8	19	30,2			63	100,0
İşçi	27	55,1	17	34,7	5	10,2	49	100,0
Memur	8	40,0	7	35,0	5	25,0	20	100,0
Esnaf	11	68,8	5	31,2			16	100,0
Öğrenci	11	78,6	3	21,4			14	100,0
Emekli	8	57,1	6	42,9			14	100,0
Diğer	10	71,4	3	21,4	1	7,1	14	100,0
Toplam	119	62,6	60	42,9	11	5,8	190	100,0

$\chi^2: ,926$ $p > 0,05$

Araştırmaya katılan hastaların mesleklerine göre hasta haklarını bilme durumlarını gösteren Tablo 20'de yer alan çapraz tabloya göre ev hanımı olan hastaların % 69,8'inin, İşçi olan hastaların %55,1'inin, memur hastaların %40,0'nın, esnaf olan hastaların % 68,8'inin, öğrenci olan hastaların %78,6'sının, emekli olan

hastaların %57,1'inin ve diğer grubunda yer alan hastaların ise 62,6'sının hasta haklarını bilmediği tespit edilmiştir.

Meslek değişkeni ile ülkemizde mevzuatta yer alan hasta haklarını bilme düzeyi sorusuna verilen cevapların ki kare testi ile analizinde %5 anlamlılık ve $p: ,926$ ($p>0,05$) göre iki değişken arasında bir ilişki yoktur.

5. İkamet Yerine Göre Hasta Haklarını Bilme Durumu

Tablo 4. 21.Araştırmaya katılan hastaların ikamet ettikleri yere göre hasta haklarını bilme durumları

İkamet	Ülkemizde mevzuatta yer alan hasta hakları konusunda bilgi düzeyiniz?							
	Bilmiyorum		Duydum Fakat Okumadım		Okudum		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kentsel	49	55,7	32	36,4	7	8,0	88	100,0
Kırsal	70	68,6	28	27,5	4	3,9	102	100,0
Toplam	119	62,6	60	31,6	11	5,8	190	100,0

$X^2: ,151$ $p>0,05$

Hastaların ikamet ettikleri yere göre hasta haklarını bilme durumlarına bakıldığında ikameti kentsel olan hastaların %55,7'si haklarını bilmezken kırsal kesimde ikamet eden hastaların %68,6'sı haklarını bilmemektedir. İkamet değişkeni ile ülkemizde mevzuatta yer alan hasta haklarını bilme düzeyi sorusuna verilen cevapların ki kare testi ile analizinde %5 anlamlılık ve $p: ,151$ ($p>0,05$) göre iki değişken arasında bir ilişki yoktur.

E. Hastaların Bazı Tanıtıcı Özellikleri İle Hasta Hakları İhlallerine İlişkin Yargılarının Karşılaştırılması

1.Hastanelere Göre Hasta Haklarının İhlal Edilme Durumu

Tablo 4.22.Araştırmaya katılan hastaların acil sağlık hizmeti aldığı kamu hastanesine göre hasta haklarının ihlal edilme durumu

Hastane Adı	Bu birimde hasta haklarınız ihlal edildi mi?					
	Evet		Hayır		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Mersin D.H. Acil Servis	9	20,5	35	79,5	44	100,0
Toros D.H. Acil Servis	11	22,0	39	78,0	50	100,0
Erdemli D.H. Acil Servis	9	24,3	28	75,7	37	100,0
Tarsus D.H. Acil Servis	6	10,2	53	89,8	59	100,0
Toplam	35	18,4	155	81,6	190	100,0

χ^2 : ,253 p>0,05

Araştırmaya katılan hastaların acil sağlık hizmeti aldığı kamu hastanesine göre hasta haklarının ihlal edilme durumunu gösteren tablo 22'ye göre Mersin Devlet Hastanesi acil servisine giden 44 hastanın %20,5'i, Toros Devlet Hastanesi acil servisine giden 50 hastanın %22,0'ı, Erdemli Devlet Hastanesi acil servisine giden 37 hastanın %24,3'ü ve Tarsus Devlet Hastanesi acil servisine giden 59 hastanın %10,2'si hasta haklarının ihlal edildiğini düşünmektedir

Acil sağlık hizmeti alınan hastane ile “Bu birimde hasta haklarınız ihlal edildi mi?” sorusuna verilen cevapların ki kare testi ile analizinde %5 anlamlılık ve p: ,253 (p>0,05) göre iki değişken arasında bir ilişki yoktur.

2.Hastaların Cinsiyetine Göre Hak İhlali Durumunda Yapılabileceklerin Dağılımı

Tablo 4.23. Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetlerine göre hak ihlali durumunda yapabileceklerinin dağılımı

Hasta haklarınızın ihlali durumunda ne yaptınız?	Cinsiyet					
	Kadın		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Hiçbir şey yapmazdım.	17	21,2	14	18,7	31	20,0
Sözlü olarak hastane yönetimine şikâyetle bulunurdum	27	33,8	28	37,3	55	35,5
Yazılı olarak hastane yönetimine şikâyetle bulunurdum.	5	6,2	5	6,7	10	6,5
Mahkemeye verirdim	6	7,5	7	9,3	13	8,4
SABİM, BİMER vb merkezi birimleri arayarak şikâyetle bulunurdum.	25	31,2	21	28,0	46	29,7
Toplam	80	100,0	75	100,0	155	100,0

χ^2 : ,966 p>0,05

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetlerine göre hak ihlali durumunda yapabileceklerinin dağılımını gösteren tablo 4. 23'e göre bu konuda görüş bildiren 80 kadın hastanın %21,2'sinin hiç bir şey yapmayacağı, %33,8'inin sözlü olarak hastane yönetimine şikayette bulunabileceği, %6,2'sinin yazılı olarak hastane yönetimine şikayette bulunabileceği, %7,5'inin mahkemeye verebileceği ve %31,2'sinin de SABİM, BİMER vb. birimleri arayarak şikayette bulunabileceği tespit edilmiştir. Bu konuda görüş bildiren erkek hastaların cevaplarına bakılacak olursa, 75 erkek hastanın %18,7'sinin hiç bir şey yapmayacağı, %37,3'ünün sözlü olarak hastane yönetimine şikayette bulunabileceği, %6,7'sinin yazılı olarak hastane yönetimine şikayette bulunabileceği, %9,3'ünün mahkemeye verebileceği ve %28,0'ının da SABİM, BİMER vb. birimlere şikayette bulunabileceği tespit edilmiştir.

Cinsiyet değişkeni ile "Hasta haklarınızın ihlali durumunda ne yaptınız?" sorusuna verilen cevapların ki kare testi ile analizinde %5 anlamlılık ve p: ,966 (p>0,05) göre iki değişken arasında bir ilişki yoktur.

3.Hastaların Yaşına Göre Hak İhlali Durumunda Yapılabileceklerin Dağılımı

Tablo 4. 24. Araştırmaya katılan hastaların yaşına göre hak ihlali durumunda yapabileceklerinin dağılımı

Hasta hakkınızın ihlali durumunda ne yaptınız?	Yaş Grupları											
	18-25		26-35		36-45		46-55		56 ve üzeri		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hiçbir şey Yapmazdım	4	16,7	7	21,9	5	14,3	7	22,6	8	24,2	31	20,0
Sözlü olarak hastane yönetimine şikâyetle bulunurdum	8	33,3	11	34,4	13	37,1	12	32,3	13	39,4	55	35,5
Yazılı Olarak Hastane Yönetimine Şikâyetle Bulunurdum.	2	8,3			4	11,4	1	3,2	3	9,1	10	6,5
Mahkemeye Verirdim	4	16,7	2	6,2	2	5,7	2	6,5	3	9,1	13	8,4
SABİM, BİMER vb. merkezi birimleri arayarak şikâyetle bulunurdum	6	25,0	12	37,5	11	31,4	11	35,5	6	18,2	46	29,7
Toplam	24	100,0	32	100,0	35	100,0	31	100,0	33	100,0	155	100,0

χ^2 : ,800 $p>0,05$

Tablo 4. 24'e bakıldığında Araştırmaya katılan hastaların yaşına göre hak ihlali durumunda yapabileceklerinin dağılımı görülmektedir. Buna göre 18-25 yaş arası 24 hastanın %16,7'si hiçbir şey yapmayacağını, %33,3'ü sözlü olarak hastane yönetimine şikayette bulunabileceğini, %8,3'ü yazılı olarak hastane yönetimine yazılı olarak şikayette bulunabileceğini, %16,7'si mahkemeye verebileceğini ve %25,0'ı SABİM, BİMER vb. birimlere şikayette bulunabileceğini beyan etmiştir

26-35 yaş arası 32 hastanın %21,9'u hiçbir şey yapmayacağını, %34,4'ü sözlü olarak hastane yönetimine şikâyetle bulunabileceğini, %6,2'si mahkemeye verebileceğini ve %37,5'i de SABİM, BİMER vb. birimlere şikayette bulunabileceğini beyan etmiştir.

36-45 yaş arası 35 hastanın %14,3'ü hiçbir şey yapmayacağını, %37,1'i sözlü olarak hastane yönetimine şikayette bulunabileceğini, %11,4'ü yazılı olarak hastane

yönetimine şikayette bulunabileceğini, %5,7'si mahkemeye verebileceğini ve %31,4'si de SABİM, BİMER vb. birimlere şikayette bulunabileceğini beyan etmiştir.

46-55 yaş arasındaki 31 hastanın %22,6'sı hiçbir şey yapmayacağını, %32,3'ü sözlü olarak hastane yönetimine şikayette bulunabileceğini, %3,2'si yazılı olarak hastane yönetimine şikayette bulunabileceğini, %6,5'i mahkemeye verebileceğini ve %35,5'i de SABİM, BİMER vb. birimlere şikayette bulunabileceğini beyan etmiştir

Son olarak 56 yaş ve üzeri 33 hastanın %24,2'si hastanın hiçbir şey yapmayacağını, %39,4'ü sözlü olarak hastane yönetimine şikayette bulunabileceğini, %9,1'i yazılı olarak hastane yönetimine şikayette bulunabileceğini, %9,1'i mahkemeye verebileceğini ve %18,2'si de SABİM, BİMER vb. birimlere şikayette bulunabileceğini beyan etmiştir.

Yaş grubu değişkeni ile “Hasta haklarınızın ihlali durumunda ne yapardınız?” sorusuna verilen cevapların ki kare testi ile analizinde %5 anlamlılık ve $p: ,800$ ($p>0,05$) göre iki değişken arasında bir ilişki yoktur

4.Hastaların Öğrenim Durumuna Göre Hak İhlali Durumunda Yapılabileceklerin Dağılımı

Tablo 4.25. Araştırmaya katılan hastaların öğrenim durumuna göre hak ihlali durumunda yapabileceklerinin dağılımı

Hasta hakkınızın ihlali durumunda ne yapardınız?	Öğrenim Durumu									
	Okuryazar değil		İlkokul		Lise		Lisans		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hiçbir şey yapmazdım	6	28,6	17	22,7	6	13,0	2	15,4	31	20,0
Sözlü olarak hastane yönetimine şikâyetle bulunurdum	10	47,6	24	32,0	18	39,1	3	23,1	55	35,5
Yazılı Olarak Hastane Yönetimine Şikâyetle Bulunurdum.	0	0,0	6	8,0	2	4,3	2	15,4	10	6,5

Tablo 4.25. (Devamı) Araştırmaya katılan hastaların öğrenim durumuna göre hak ihlali durumu yapabileceklerinin dağılımı

Mahkemeye Verirdim	1	4,8	4	5,3	6	13,0	2	15,4	13	8,4
SABİM, BİMER vb merkezi Birimleri arayarak şikâyetle	4	19,0	24	32,0	14	30,4	4	30,8	46	29,7
Toplam	21	100,0	75	100,0	46	100,0	13	100,0	155	100,0

X^2 : ,464 $p>0,05$

Araştırmaya katılan hastaların öğrenim durumuna göre hak ihlali durumunda yapabileceklerinin dağılımına bakılacak olursa, okuryazar olmayan 21 hastanın %28,6'sı hiçbir şey yapmayacağı, %47,6'sı sözlü olarak hastane yönetimine şikayette bulunabileceği, %4,8'i mahkemeye verebileceği ve %19,0'ı da SABİM, BİMER vb. birimlere şikayette bulunabileceği yönünde fikir belirtmiştir.

İlkokul mezunu 75 hastanın %22,7'si hiçbir şey yapmayacağı, %32,0'ı sözlü olarak hastane yönetimine şikayette bulunabileceği, %8,0'ı yazılı olarak hastane yönetimine şikayette bulunabileceği, %5,3'ü mahkemeye verebileceği ve %32,0'ı da SABİM, BİMER vb. birimlere şikayette bulunabileceği yönünde fikir belirtmiştir.

Lise mezunu 46 hastanın %13,0'ı hiçbir şey yapmayacağı, %39,1'i sözlü olarak hastane yönetimine şikayette bulunabileceği, %4,3'ü yazılı olarak hastane yönetimine şikayette bulunabileceği, %13,0'ı mahkemeye verebileceği ve %30,4'ü de SABİM, BİMER vb. birimlere şikayette bulunabileceği yönünde fikir belirtmiştir.

Lisan mezunu 13 hastanın %15,4'ü hiçbir şey yapmayacağı, %23,1'i sözlü olarak hastane yönetimine şikâyetle bulunabileceği, %15,4'ü yazılı olarak hastane yönetimine şikayette bulunabileceği, %15,4'ü mahkemeye verebileceği ve %30,8'i de SABİM, BİMER vb. birimlere şikayette bulunabileceği yönünde fikir belirtmiştir.

Öğrenim durumu değişkeni ile “Hasta haklarınızın ihlali durumunda ne yapardınız?” sorusuna verilen cevapların ki kare testi ile analizinde %5 anlamlılık ve p : ,464 ($p>0,05$) göre iki değişken arasında bir ilişki yoktur.

F. Hastaların Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Hasta Hakları İhlallerinin En Temel Nedenlerine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı

1.Cinsiyete Göre Hasta Hakları İhlallerinin En Temel Nedenleri

Tablo 4. 26. Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetlerine göre hasta hakları ihlallerinin en temel nedenleri konusundaki görüşlerinin dağılımı

Cinsiyet	Hasta Hakları İhlallerinin En Temel Nedenleri?											
	Sağlık Sistemi		Hekimler		Diğer sağlık Çalışanları		Sağlık Çalışanı Dışındaki Çalışanlar		Hasta ve Hasta Yakınlarının Tutumu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Erkek	56	61,5	14	15,4	7	7,7	4	4,4	10	11,0	91	100,0
Kadın	44	44,4	29	29,3	12	12,1	4	4,0	10	10,1	99	100,0
Toplam	100	52,6	43	22,6	19	10,0	8	4,2	20	10,5	190	100,0

χ^2 : ,104 $p>0,05$

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyetlerine göre hasta hakları ihlallerinin en temel nedenleri konusundaki görüşlerinin dağılımına bakılacak olursa araştırmaya dahil edilen 91 erkek hastanın %61,5'i sağlık sistemini, %15,4'ü hekimleri, %7,7'si diğer sağlık çalışanlarını, %4,4'ü sağlık çalışanı dışındaki çalışanları ve %11,0'ı ise hasta ve hasta yakınlarının tutumunu hasta hakları ihlallerinin en temel sebebi olarak görmektedir.

99 kadın hastanın %44,4'ü sağlık sistemini, %29,3'ü hekimleri, %12,1'i diğer sağlık çalışanlarını, %4,0'ı sağlık çalışanı dışındaki çalışanları ve %10,1' ise hasta ve hasta yakınlarının tutumunu hasta hakları ihlallerinin en temel sebebi olarak görmektedir.

Cinsiyet değişkeni ile “Gerçekleşen hasta hakkı ihlallerinin sizce en temel nedeni nedir?” sorusuna verilen cevapların ki kare testi ile analizinde %5 anlamlılık ve p : ,104 ($p>0,05$) göre iki değişken arasında bir ilişki yoktur.

2.Yaş Gruplarına Göre Hasta Hakları İhlallerinin En Temel Nedenleri

Tablo 4. 27. Araştırmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre hasta hakları ihlallerinin en temel nedenleri konusundaki görüşlerinin dağılımı

Yaş Grupları	Gerçeklesen hasta hakkı ihlallerinin sizce en temel nedeni nedir?											
	Sağlık Sistemi		Hekimler		Diğer Sağlık Çalışanları		Sağlık Çalışanı Dışındaki Çalışanlar		Hasta ve Hasta Yakınlarının Tutumu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
18-25	18	46,2	9	23,1	6	15,4	2	5,1	4	10,3	39	100,0
26-35	20	48,8	11	26,8	4	9,8	3	7,3	3	7,3	41	100,0
36-45	23	56,1	8	19,5	4	9,8	2	4,9	4	9,8	41	100,0
46-55	20	58,8	7	20,6			1	2,9	6	17,6	34	100,0
56 ve üzeri	19	54,3	8	22,9	5	14,3			3	8,6	35	100,0
Toplam	100	52,6	43	22,6	19	10,0	8	4,2	20	10,5	190	100,0

X^2 : ,785 $p > 0,05$

Araştırmaya katılan hastaların yaş gruplarına göre hasta hakları ihlallerinin en temel nedenleri konusundaki görüşlerinin dağılımına bakılacak olursa, bütün yaş gruplarının yaklaşık yarısı hasta hakları ihlallerinin en temel nedenini sağlık sistemi olarak görmektedir.

Yaş grubu değişkeni ile “Gerçeklesen hasta hakkı ihlallerinin sizce en temel nedeni nedir?” sorusuna verilen cevapların ki kare testi ile analizinde %5 anlamlılık ve p : ,785 ($p > 0,05$) göre iki değişken arasında bir ilişki yoktur.

3. Öğrenim Durumuna Göre Hasta Hakları İhlallerinin En Temel Nedenleri

Tablo 4. 28. Araştırmaya katılan hastaların öğrenim durumuna göre hasta hakları ihlallerinin en temel nedenleri konusundaki görüşlerinin dağılımı

Öğrenim Durumu	Gerçeklesen hasta hakkı ihlallerinin sizce en temel nedeni nedir?											
	Sağlık Sistemi		Hekimler		Diğer Sağlık Çalışanları		Sağlık Çalışanı Dışındaki Çalışanları		Hasta ve Hasta Yakınlarının Tutumu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Okuryazar Değil	10	45,5	9	40,9	2	9,1	1	4,5			22	100,0
İlkokul	45	53,6	12	14,3	11	13,1	2	2,4	14	16,7	84	100,0
Lise	30	46,2	21	32,3	6	9,2	3	4,6	5	7,7	65	100,0
Lisans	15	78,9	1	5,3			2	10,5	1	5,3	19	100,0
Toplam	100	52,6	43	22,6	19	10,0	8	4,2	20	10,5	190	100,0

χ^2 : ,011 $p > 0,05$

Araştırmaya katılan hastaların öğrenim durumuna göre hasta hakları ihlallerinin en temel nedenleri konusundaki görüşlerinin dağılımına bakılacak olursa, okuryazar olmayan 22 hastanın %45,5'i, sağlık sistemini, %40,9'u hekimleri, %9,1'i diğer sağlık çalışanlarını ve %4,5'i sağlık çalışanı dışındaki çalışanların tutumunu hasta hakları ihlallerinin en temel sebebi olarak görmektedir.

İlkokul mezunu 84 hastanın %53,6'sı sağlık sistemini, %14,3'ü hekimleri, %13,1'i diğer sağlık çalışanları, %2,4'ü sağlık çalışanı dışındaki çalışanları ve %16,7'si de hasta ve hasta yakınlarının tutumunu hasta hakları ihlallerinin en temel sebebi olarak görmektedir.

Lise mezunu 65 hastanın %46,2'si sağlık sistemini, %32,3'ü hekimleri, %9,2'si diğer sağlık çalışanları, %4,6'sı sağlık çalışanı dışındaki çalışanları ve %7,7'si de hasta ve hasta yakınlarının tutumunu hasta hakları ihlallerinin en temel sebebi olarak görmektedir.

Lisans mezunu 19 hastanın %78,9'u sağlık sistemini, %5,3'ü hekimleri, %10,5'i sağlık çalışanı dışındaki çalışanları ve %5,3'ü de hasta ve hasta yakınlarının tutumunu hasta hakları ihlallerinin en temel sebebi olarak görmektedir.

Buna göre bütün öğrenim gruplarının yaklaşık yarısı hasta hakları ihlallerinin en temel sebebini sağlık sisteminin olduğu görüşündedir.

Öğrenim durumu değişkeni ile “Gerçekleşen hasta hakkı ihlallerinin sizce en temel nedeni nedir?” sorusuna verilen cevapların ki kare testi ile analizinde %5 anlamlılık ve $p: ,011$ ($p>0,05$) göre iki değişken arasında bir ilişki vardır.



SONUÇ

Devletler muhtelif sağlık politikaları ve sağlık hizmetleri ile insanın en temel hakkı olan sağlıklı yaşama hakkını sağlamaya çalışırlar.

Sağlıklı yaşama hakkını sağlama sürecinde kaynağı insan hakları olan hasta hakları ise; Anayasa, kanun, tüzük ve yönetmeliklerle güvence altına alınmıştır. Ayrıca milletlerarası sağlık örgütleri, hastaneye başvuran bir hastanın ya da hasta yakının hastaneden alacağı sağlık yardımları dışındaki ihtiyaçlarını koruma altına almaya çalışırlar.

Türkiye’deki hasta hakları kavramının ise dünya ile paralel bir gelişme gösterdiği bilinmektedir. 1928 yılından itibaren değişik mevzuatlar içerisinde bulunan hasta hakları ile ilgili konuların 1998 yılında yayınlanan “Hasta Hakları Yönetmeliği” ile tek bir mevzuat içerisinde birleştirilmiştir. Bu uygulamayla birlikte Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda hasta haklarına yönelik uygulama ve yapılanmalar başlamıştır. Özellikle gerek personel gerekse hastalar zaman zaman hasta hakları konusunda bilgilendirilerek yönetmelikte belirtilen hasta haklarının uygulanmasının kolaylaştırılması amaçlanmıştır.

Ancak bahse konu olan yönetmelikte belirtilen hasta haklarının uluslararası bildirgelerde yayınlanan hasta hakları ile paralellik gösterdiği görölmekle birlikte Türkiye’de “Hasta Hakları” ile ilgili özel bir kanunun olmaması eksiklik olarak değerlendirilebilir.

Buna paralel olarak ölkemizde yapılan muhtelif tanımlayıcı araştırmalarda hasta hakları ne sağlık personelleri ne de hastalar tarafından yeteri kadar bilinmemektedir. Birde hasta hakları konusundaki bilgi yetersizliğine acil sağlık hizmeti sunulan acil servislerin aşırı yoğun ve stresli olması gibi kendine özgü bir takım niteliklerin eklenmesi ile ortaya bir takım ihlaller çıkabilmektedir. Bu durumun ortaya çıkışı ise acil servislerde hasta hakları kavramının önemini arttırmaktadır.

Hasta ve yakınları sağlık hizmetlerinden faydalanırken sahip oldukları haklar ve sorumluluklarının farkında olmaları çok önemlidir. Sahip oldukları hakların farkında olmaları durumunda kendilerini daha da güçlü hissedeceklerdir.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılında başlatılıp uygulanan hasta hakları, hastalar tarafından değerlendirilmesi uygulamanın etkinliği açısından büyük önem arz etmektedir. Hastaların mevcut hasta hakları uygulamaları hakkındaki görüşlerinin ortaya konması bir nevi bunun hastalar tarafından kabul düzeyini de ortaya koymaktadır.

Bu amaçla araştırma kapsamında Mersin Kamu Hastanelerinin (Mersin Devlet Hastanesi, Toros Devlet Hastanesi, Erdemli Devlet Hastanesi ve Tarsus Devlet Hastanesi) acil servislerinde acil sağlık hizmeti alan hastaların hasta haklarını bilme düzeyi tespit edilirken hasta hakları uygulamalarının hastalar tarafından kullanım düzeyi ve uygulamanın yeterliliği de hasta bakışı ile ortaya konmaya çalışılmış olup, yapılan araştırmadan aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan 190 hastanın %47,9'u erkek, %52,1'i kadındır. Ankete katılan hastaların %20,5'lik kısmı olan 39 kişi 18-25 yaş aralığında, %21,6'sı (41 kişi) 26-35 yaş aralığında ve aynı yüzdelik (21,6) oranla 41 kişi 36-45 yaş aralığında, %17,9'luk kısım olan 34 kişi 46-55 yaş aralığında ve son olarak %18,4'lük kısım olan 35 kişi ise 56 yaş ve üzerindedir.

Çalışma sonuçları hastaların öğrenim durumlarına göre değerlendirildiğinde ankete katılanların çoğunluğunun ilkökul mezunlarından oluştuğu, katılımcılar içinde en az kısmın ise lisans mezunlarından olduğu saptanmıştır. Ayrıca ankete katılan hastaların büyük çoğunluğunu ev hanımları ve işçilerden oluşmakta olup, %53,7'si kırsalda, %46,3 ise kentsel de ikamet etmektedir. Bununla birlikte 190 hastanın 134 tanesi evli, 56 tanesi bekardır.

190 hastanın %31,1'i Tarsus Devlet Hastanesinde, %26,3'ü Toros Devlet Hastanesinde, %23,2'si Mersin Devlet Hastanesinde ve son olarak %19,5'i ise Erdemli Devlet Hastanesinin acil servisinde sağlık hizmeti almıştır.

Hastalar hasta olduklarında kullanacakları haklarını bilme durumlarını ortaya koymak üzere sorulan soruya katılımcıların yarısından fazlası olumsuz yanıt vermiştir. Anket uygulanan hastalardan haklarını tamamen bildiğini ve okuduğunu belirten hastaların sayısı oldukça düşüktür. Hasta haklarını hiç bilmeyen hasta sayısı 119 ve oranı %62,6'dır.

2008 yılında Konya'da yapılan bir araştırmada benzer bir sonuç çıkmıştır. Yine Günay ve diğerleri (2007)'nin yapmış olduğu bir çalışmada da hastaların sadece

%27,6'sı, hasta hakları alanındaki en önemli hukuksal metin olan Hasta Hakları Yönetmeliği'ni bilmektedir. Aydemir ve Özhan'ın (2011) yaptığı bir çalışmada elde edilen sonuçlara göre, araştırmaya katılan hasta ve yakınlarının çoğunluğu Hasta Hakları Yönetmeliğini ve Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönergeyi okumadığı saptanmıştır. Dicle (2003)'nin hasta haklarının evrensel tanımı, hastaların konuya yaklaşımları, uygulamada ortaya çıkan sorunları belirlemeye yönelik yaptığı araştırmada, hastaların % 63'nün hasta hakları konusunda hiçbir bilgiye sahibi olmadıklarını ve aynı şekilde % 68.5'nin hasta hakları ile ilgili yasal düzenlemelerden haberdar olmadıklarını saptamıştır. Kaçar (2008)'in yaptığı araştırmada, araştırmaya katılanların %30,3'ü hasta haklarından haberdar olup %69,7'si ise haberdar olmadığı saptanmıştır.

Araştırma sonucuna göre hastaların nerdeyse tamamı sağlık kuruluşunu kendi iradesi ile seçtiğini beyan etmiştir. Ancak sağlık çalışanını kendi iradesi ile seçen hasta sayısı ve oranına bakıldığında, bu durumun (sağlık kurumunu kendi iradesi ile seçen hasta sayısı ve oranı) tam tersine hasta sayısı 5 olup, oranı ise %2, 6 tespit edilmiştir.

Hastaların yaklaşık %70'i sağlık ihtiyacına uygun sağlık hizmet aldığını düşünmektedir. Bununla birlikte hastaların neredeyse %80'i kişilik itibarları korunarak saygı görerek ve ahlaki kültürel değerlerine, dinsel ve felsefi inançlarına saygılı hizmet aldığı saptanmıştır.

Çalışma sonucunda hastaların yarısından fazlasının birim çalışanlarından “acil sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanacağı” konusunda bilgi almadığı tespit edilirken 4/3'ünün “sağlık durumu” hakkında sağlık çalışanından bilgi aldığı saptanmıştır. Ayrıca bilgi aldığını ifade eden kişilerin %87,0'si de bu bilgiyi anlayacağı bir şekilde aldığını ifade etmiştir. Hastaların yaklaşık tamamı “Uygulanacak tedavinin veya tıbbi müdahalenin risk ve seçenekleri hakkında hastanın/yaralının bilgilendirilmesi ve rızasının alınması bir hasta hakkıdır.” yargısına katılmaktadır. Fakat hastaların sadece %66,3'ü kendisine uygulanacak tedavinin veya tıbbi müdahalenin risk ve seçenekleri hakkında bilgilendirildiği sonucu tespit edilmiştir. Ayrıca bu konuda bilgi aldığını beyan eden hastaların %84'ü anlayacağı bir şekilde bilgi aldığını ve bu bilinin kendisini rahatlattığını ifade etmiştir.

Hastaların 4/3'ü “Hastaya/yaralıya talebi halinde, kendisine sağlık hizmeti verecek veya vermekte olan tabiplerin ve diğer personelin kimlikleri, görev ve unvanları hakkında bilgi verilmek zorundadır” yargısına katıldığı ancak hekim ve diğer sağlık personellerinin sadece %27,9'u kendilerini hastalara tanıttığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların yaklaşık %80'i kendisine uygulanacak tedavi ya da tıbbi müdahale için kendisinden rıza ve izin alındığını ifade ederken, sadece %63,7'sinin kendilerine uygulanacak tedaviyi onayladığı ya da reddettiği tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların %72,7'si “Hayati tehlike söz konusu olduğunda istemesem de bana tıbbi müdahale veya tedavi yapılabilir.” yargısına katıldığını ifade etmiştir. Kaçar (2008) yaptığı benzer bir çalışmada “Siz istemeseniz de size tıbbi müdahale yapılabilir mi?” sorusuna hastaların %57,9'u ‘evet’ cevabı vermiştir.

Araştırmaya katılan hastaların önemli bir kısmı için mahremiyet önemli bir hak olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte diğer bir tespit toplam katılımcının %79,5'inin sağlık hizmeti aldığı süre içinde mahremiyetinin korunduğu sonucudur. Hastaların yarısından fazlası sağlık durumu ve tedavisi hakkındaki bilgilerin gizli tutulduğuna inanmakta iken 4/3'ü kendileri ile ilgili kayıtları istediğinde öğrenebileceği ve eğer isterse bir kopyasını da alabileceği yargısına katılmaktadır.

Hastaların tamamına yakını tedavisi ve muayenesi sırasında yanında bir yakının olması kendisini güvende hissettirdiği görüşündedir. Yine benzer bir sonuç refakatçi hakkını kullanan kişi sayısında görülmektedir. Ayrıca araştırmaya katılan hastaların %85,8'i acil servislerde ziyaret için konulan kural ve uygulamaların gerekli olduğuna inanmaktadır.

Hastaların yarısından fazlası (%66,3'ü) hastanelerde yer alan hasta hakları birimi ile ilgili bir bilgiye sahip olmadığı anlaşılmaktadır. Araştırmaya katılan 190 hastanın sadece 64'ü hasta hakları birimini bilmekte olup bu kişilerinde sadece 34'ü bu birime nasıl ve ne şekilde başvuracağı konusunda gerekli bilgiye sahip olduğu anlaşılmaktadır. Benzer bir sonuç Erbay ve Şen (2012)'in çalışmasında saptanmıştır. Bu çalışma sonucuna göre, hastaların çoğunluğunun (%87,3) hastanelerde yer alan hasta hakları biriminden haberdar olmadıkları tespit edilmiştir. Kaçar (2008)'in yaptığı bir çalışmada “Hastanede bulunan Hasta Hakları Birimi ile ilgili herhangi bir

bilgiye sahip misiniz?” sorusuna da hastaların %21.8’i evet, %26.7’si kısmen, %51.1 bilgim yok, cevabını vermişlerdir.

Yine hastalara “Hasta hakları ihlalinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikâyet ve dava hakkı vardır.”yargısına katılıp katılmadıkları sorulmuş olup hastaların yarısından fazlası (%57,4) ihlal durumunda her türlü müracaat, şikâyet ve dava hakkı olduğunu düşünmektedir. Son olarak toplam katılımcının %28,9 ‘u hastanelerde dilek, şikâyet ve herhangi bir müracaatı yapabileceği kolaylıkların ve sistemlerin olduğunu düşünmekte iken %64,2’si bu konuda kararsız olduğunu ifade etmiştir.

Ankete katılan hastaların %81,6’sı olan 155 kişinin hasta haklarının ihlal edildiğini düşünmezken %18,4’ü olan 35 kişi hak ihlali yaşadığını ifade etmiştir. 35 kişiye hangi tür hak ihlalleriyle karşılaştıkları sorulmuş olup, %44,4’lük bir oranla “bilgilendirilmeme” en yüksek hak ihlali sebebi çıkmıştır. İhlal türleri ile karşı karşıya kalan katılımcıların neredeyse tamamı ihlal karşısında hiç bir şey yapmadığını ifade etmiştir. Hak ihlali yaşamayan hastaların herhangi bir ihlal durumunda %20,0’sinin hiçbir şey yapmayacağı, %35,4’ünün sözlü olarak hastane yönetimine şikâyetle bulunacağı, %6,5’inin yazılı olarak hastane yönetimine şikâyetle bulunacağı, %8,4’ünün mahkemeye vereceği ve %29,7’sinin SABİM, BİMER vb merkezi birimleri arayarak şikâyetle bulunacağı tespit edilmiştir. Ayrıca hastaların yarısından fazlası hasta hakları ihlallerinin en temel nedeninin ise “sağlık sistemi” olarak düşünmektedir.

Hastaların yarısından fazlası hizmet aldığı acil servisi düzenli, temiz ve güvenilir bulmaktadır ve almış olduğu acil sağlık hizmetinin kalitesinden memnun kaldığı ifade etmiş olup, bu verilere paralel olarak hastaların yarısından fazlası acil sağlık hizmeti aldığı acil servisi ihtiyacı halinde tekrardan tercih edebileceği tespit edilmiştir.

Araştırma bulgularımıza göre demografik bilgiler içinde yer alan cinsiyet, yaş, meslek ve ikamet değişkenleri ile hastaların hasta hakları konusundaki bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, öğrenim durumu değişkeni ile hasta hakları konusundaki bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Buna göre öğrenim durumu yüksek olan hastaların hasta hakları bilgi düzeyi yüksektir yorumu yapılabilir.

Araştırma sonucu elde edilen verilere göre acil sağlık hizmeti alınan hastane, cinsiyet, yaş ve öğrenim durumu değişkenleri ile hak ihlali durumunda yapabileceklerinin dağılımı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı gözlemlenmiştir.

Cinsiyet ve yaş değişkenleri ile “Gerçekleşen hasta hakkı ihlallerinin sizce en temel nedeni nedir?” sorusuna verilen cevapları arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken, öğrenim durumu değişkeni ile “Gerçekleşen hasta hakkı ihlallerinin sizce en temel nedeni nedir?” sorusuna verilen cevaplar arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Sonuç olarak, Mersin Kamu Hastanelerinde (Mersin Devlet Hastanesi, Toros Devlet Hastanesi, Erdemli Devlet Hastanesi ve Tarsus Devlet Hastanesi) acil sağlık hizmeti alan hastaların hasta hakları bilgi düzeyini ve hasta hakları uygulamalarından yararlanma düzeyini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada en belirgin sonuç, hastaların hasta hakları konusunda yeteri kadar bilgi sahibi olmamasıdır.

Çalışma sonucunda ayrıca öğrenim durumu değişkeni ile hasta hakları bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişkin bulunması ile birlikte öğrenim durumu arttıkça hasta hakları bilgi düzeyinin arttığı yorumu yapılabilir. Benzer çalışmalara bakacak olursak Dicle (2003)’nin çalışmasında, eğitim seviyesi arttıkça, hasta hakları konusunda bilgi düzeyinin arttığı, Günay ve diğerleri (2007)’nin çalışmasında öğrenim düzeyi yüksek hastaların hasta hakları konusundaki bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu ve Şahbudak (1992)’ın, çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça hastaların hasta hakları konusunda bilgi taleplerinin arttığı belirlenmiştir.

Acil servislerde en fazla yaşanan hasta hakkı ihlalinin “bilgilendirilmeme” olduğu ortaya çıkmıştır. Ayrıca hastaların yarısından fazlası hasta hakları ihlallerinin en temel nedeninin ise “sağlık sistemi” olarak düşünmektedir. Akpınar (2008)’in acil servise başvuran hasta ve hasta yakınları üzerinde yaptığı çalışma sonucu elde ettiğimiz bulguyu destekler niteliktedir.

Bu sonuçlar ışığında şu önerilerde bulunabiliriz;

Hastaların hasta hakları hususunda yeteri kadar bilgilencilmeleri ve bilinçlenmeleri için hasta haklarına ve sorumluluklarına basında daha fazla yer verilmesinin sağlanması ile birlikte basında, konuya ilişkin yapılacak bilgilendirmelerin yasal düzenlemeler ile zorunlu hale getirilmesi,

Hasta hakları ve sorumlulukları hususunda sadece hastalar değil aynı zamanda sağlık hizmeti sunan çalışanların da periyodik olarak hizmet içi eğitimlerle bilgilendirilmesi,

Hasta hakları ve sorumlulukları hususunda bilgilendirici ve eğitici nitelikteki kamu spotlarının yapılması ve yasal düzenlemeler ışığında güncellenmesi,

Hasta hakları ve sorumlulukları hususu ilk ve ortaöğretimdeki ders müfredatlarına eklenmesi,

Acil servislerde gerekli düzenlemeler yapılarak, hasta hakları ile ilgili uygulamaların kolaylaştırılması,

Acil servise başvuran hastaların hasta hakları bilgi düzeylerini ve hasta hakları uygulamalarından yararlanma düzeylerini belirleyici çalışmaların yapılması ve desteklenmesi,

Acil servis çalışanlarının, hasta hakları, sorumlulukları, ihlalleri vb. konularının ele alınıp tartışıldığı ulusal ve uluslararası kongre ve sempozyumlara katılımının sağlanması ve desteklenmesi,

Acil servisteki oluşabilecek hak ihlallerinin asgariye indirilmesi ve ihlal sonucu istenmeyen yani yasal olmayan bir durumun yaşanmaması bakımından hastane yönetiminin zamanında müdahalesi önemli olacaktır. Bundan dolayı hastane yönetimi yerel hasta hakları ve ihlalleri ile ilgili politika ve mekanizmalar geliştirmesi ve hastane yöneticilerinin, hasta hakları konusunda uzman kişilerin önderliğinde bilgilendirilmesine ağırlık verilmesi önerilebilir.

Hastaların büyük bir bölümüne, sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanacağı konusunda bilgi verilmediği saptanmıştır. Bu sebeple hastaların kamu hastanelerinin ve özellikle acil servis birimlerinin sahip olduğu donanımı ve verebileceği hizmetlerden nasıl yararlanacağına ilişkin broşür, kitapçık ve görsel ve işitsel iletişim araçlarını kullanarak bilgilendirilmesine ağırlık verilmesi sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

Adal, Erhan: **Hukukun Temel İlkeleri El Kitabı**, Marmara Üniversitesi Yayın No. 428, İktisadi ve İdari Bilimleri Fakültesi Yayın No: 372, Fatih Yayınevi, İstanbul, 1985.

Akbulut, Serpil: “Hasta Haklarının Anayasal Temeli”, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Hukuku Ana Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Antalya, 2012.

Akpınar, Kadir: “Acil Servislerde Hasta Hakları (Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği)”, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Ana Bilim Dalı Araştırma Yöntemleri Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2008.

Aksoy, Şebnem: “Hasta Haklarında Mahremiyet ve Özel Hayatın Gizliliği”, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.

Aksüt, Meliha: “Hasta Hakları”, Zirve Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Hukuku Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2015.

Alptekin, Kamil: “Sağlık Hakkı ve İnsan Hakları Üzerine Bir Değerlendirme”, **Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi**, S. 12 (2004) s. 132-139.

Arslan, Emine: “Türkiye’de Hasta Hakları”, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010.

Aslan, M. Hanifi: **Hizmet Ekonomisi**, 1.Baskı, Alfa Kitapevi, İstanbul, 1998.

Aşkar, Abdullah: “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları ve Kütahya Devlet Hastanesi Örneği”, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kütahya, 2006.

Atılğan, Emre: "Say 211 Sağlık Ekonomisi", 2015, [Http://Emreatilgan.Com](http://Emreatilgan.Com), (01.03.2016).

Avcı, Mustafa: “Sağlık Hizmetlerinde İdarenin Mâlî Sorumluluğu”, **Ankara Barosu Dergisi**, 2012/ 1, s. 107-140.

Aydemir, İshak ve Özhan, Ali: “Hasta Hakları Uygulamalarının Hasta ve Yakınları Tarafından Değerlendirilmesi”, **Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi**, C. 22, S. 1 (2011), s. 85-104.

Bakbak Özdemir, Handan: “Hekimin Disiplin Sorumluluğu”, İstanbul Barosu Yayınları, 2011, s. 245-257.

Bayındır, M. Savaş: “Sağlık Hizmetlerinde İdarenin ve Hekimlerin Sorumluluğu”, **Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, C. XI, S. 1-2 (2007), s. 551-589.

Besiri, Arzu, “Ötenazi ve Yaşam Hakkı”, **Türkiye Barolar Birliği Dergisi**, S. 86 (2009), s.188-203.

Bilir, Özlem, Şişmanlar, Dilek, Ersunan, Gökhan ve Ayaz, Teslime: “Acil Servis Çalışanlarının Hasta Haklarına Bakışı”, **Konuralp Tıp Dergisi**, C. 7, S. 1(2015), s. 28-33.

Bostan, Sedat: “Hasta Hakları İhlallerinin Nedenleri”, **İbni Sina Tıp Dergisi**, C. 2, S. 3 (2005), s. 65-72.

Cantürk, Özlem: “Sağlık Sektöründe Hizmet Konumlandırması: Ankara İlinde Kamu Hastanesi Uygulama Örneği”, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2012.

Coşkun, Vahap: “İnsan Hakları Kapsamı Üzerine Tartışmalar ve Liberal Perspektif”, Www.Ozgurtoplumundegerleri.Com, (01.03.2016).

Çotur, Hüseyin: “Hasta Hakları ve Kocaeli Gölcük Necati Çelik Devlet Hastanesi Personeli İle Hastaneye Müracaat Eden Hastaların Hasta Hakları Konusundaki Bilgilerinin Ölçülmesi”, Yüksek Lisans Tezi, Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bilim Dalı, Ankara, 2013.

Dicle Bakır, Gülbin: “Sağlık Hizmeti Talep Edenlerin Beklenti ve Bilgilerinin Evrensel Hasta Hakları Tanımlarına Göre Değerlendirilmesi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2003.

Duysak, Merve: “Hekimin Tıbbi Uygulama Hatalarından Doğan Cezai Sorumluluğu”, Hukukgündemi, Www.Ankarabarusu.Org.Tr/Siteler/Ankarabarusu/Hgdmakale/.../5, (29.02.2016).

Eksen, Mursayettin, Karadağ, Nihal, Işıkkay, Çağdaş ve Karakuş, Ayşe : “Hastaların Hasta Hakları Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi”, **Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi**, ISSN: 1303-5134 www.InsanBilimleri.com, s.2, (15.02.2016).

Emini, M. Emin: “Hak Kavramı”, **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, S. 12 (2004), s. 189-202.

Erbay, Ercüment ve Şen, Cemil Bülent: “Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinde Yatan Hastaların Hasta Hakları Hakkında Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi”, **Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi**, C. 23, S. 2 (2012), s. 7-20.

Ersoy, Yüksel: “Tıbbî Hatanın Hukukî ve Cezaî Sonuçları”, **Türkiye Barolar Birliği Dergisi**, S. 53 (2004), s. 161-190.

Funda, Mansur Nejdett: “İnsan Hakları, Sağlık Hakkı ve Hasta Hakları”, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012.

Gökay, Şefik: “Hasta Hakları”, **Medikal Etik (Ed. H. Hatemi-H. Doğan)**, S. 4 (2003), s. 100-126.

Gülbağcı, Abdullah: “Acil Servise Başvuran Onkolojik Hastaların Yakınlarının Memnuniyet Düzeyleri İle Beck Anksiyete Ölçeği Değerlerinin Karşılaştırılması ve Beklentilerinin Değerlendirilmesi”, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi İstanbul, 2015.

Günay, Osman, Naçar, Melis, Horoz, Duygu, Özdemir, Murat, Çıtıl, Rıza, Mutlu, Şule, Borlu, Arda ve Akpınar, Fatma: “Erciyes Üniversitesi Hastanesinde Yatan Hastaların Hasta Hakları Konusundaki Bilgi Düzeyi”, **Erciyes Tıp Dergisi**, C. 29, S. 4 (2007) s. 303-311.

Gürlek, Öznur: “Hasta Yakınlarının Acil Servislerdeki Sorunları ve Hemşirelerden Beklentileri”, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2005.

Güvercin, Cemal Hüseyin: “Türkiye’deki Gelişimi Açısından Hasta Hakları Kavramı”, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2007.

Hakeri, Hakan: **Tıp Hukuku**, 10. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2015.

Hatırnaz, Gültezer: “Özel Hastanelerin Hasta Hakları İhlallerinden Sorumluluğu”, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hukuk Anabilim Dalı Özel Hukuk Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006.

Hatun, Şükrü: **Hasta Hakları**, 1. Baskı, İletişim Yayıncılık, İstanbul, 1999.

[Http://Www.SaglikSifa.Com/618-Saglik-Nedir.Html](http://Www.SaglikSifa.Com/618-Saglik-Nedir.Html), (15.02.2016).

[Http://Www.Sagliktanabiz.Com](http://Www.Sagliktanabiz.Com), (01.03.2016).

[Http://Www.Kpsskonu.Com](http://Www.Kpsskonu.Com), (01.02.2016).

[Http://Acil-Yardim.Uludag.Edu.Tr/Acil2.Html](http://Acil-Yardim.Uludag.Edu.Tr/Acil2.Html)), (01.02.2016).

Kaçar, Halime: “Hastanede Yatan Hastaların Hasta Hakları Konusunda Bilgi Düzeyi”, T.C Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2008.

Karaege, Özge: “Sağlık Hizmetlerinde İdarenin Kusurlu Sorumluluğu”, **Yönetim ve Ekonomi Dergisi**, C. 8, S. 2 (2001), s. 107-124.

Katoğlu, Tuğrul: “Türk Hukukunun Bir Parçası Olarak Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi”, **Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi** C. 55, S. 1 (2006), s. 158-193.

Kavuncubaşı, Şahin ve Yıldırım, Selami: **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, 2. Baskı, Siyasal Kitapevi, Ankara, 2010.

Keyman, Selahattin: “Hekimin Cezai Sorumluluğu”
([Http://Dergiler.Ankara.Edu.Tr/Dergiler/38/307/2929.Pdf](http://Dergiler.Ankara.Edu.Tr/Dergiler/38/307/2929.Pdf)), (01.04.2016).

Kılıç Öztürk, Yasemin: “Sağlık Hizmet Sunumunda İdarenin Kusur Sorumluluğu”, **Ankara Med J**, C. 15, S. 4 (2015), s. 235-243.

Korkmaz, Fahrettin: **Hukukun Temel Kavramları I**, 4. Baskı, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını, Eskişehir, 2014.

Kurtcebe, Zehra Özlem: “Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hasta ve Yakınları İle Araştırma Görevlilerinin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi, Tutum ve Yararlanma Durumlarının Değerlendirilmesi”, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayınlanmış Uzmanlık Tezi, Ankara, 2009.

Külahçı Serengil, Şölen: “KKTC’de Hasta Hakları”, **Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, C. 61, S. 2 (2012), s. 695-709.

Millî Eğitim Bakanlığı (MEB) Acil Sağlık Hizmetleri: Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı, Ankara, 2011.

Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) Adalet: “İnsan Hakları”, Ankara, 2011.

Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) Sağlık Hizmetleri Sekreterliği: Hasta Hakları II, Ankara, 2011.

Ocak, Umut: “Acil Servisteki Kritik Hastaların Yakınlarının Beklenti ve Gereksinimleri”, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Kayseri, 2013.

Odyakmaz, Zehra: “İdare Hukuku Açısından Hasta Hakları Uygulamaları”, **Türkiye Adalet Akademisi Dergisi**, C. 1, S. 5 (2011), s. 1-56.

Ölmeztoprak, İnanç Kara: “Türk Anayasalarında İnsan Hakları”, İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Malatya, 2011.

Özcan, Cihangir: “Bir Devlet Hastanesi Örneğinde Hasta Hakları Uygulamalarının Değerlendirilmesi”, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2010.

Özen, Muharrem ve Ekici Şahin, Meral, “Ötenazi”, **Ankara Barosu Dergisi**, C. 68, S.4 (2010), s.15-36.

Özer, Ali: “Kayseri İl Merkezinde Çalışan Hekimlerin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi-Tutum ve Davranışları”, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Yayınlanmış Uzmanlık Tezi, 2003.

Özkan, Hasan ve Öner Akyıldız, Sunay: **Açıklamalı-İçtihatlı Hasta Hekim Hakları ve Davaları**, 1. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2008.

Özlu, Tefvik: **Hasta Hakları, Hakkınız Var Çünkü Hastasınız**, 2. Baskı, Timaş Yayınları, İstanbul, 2005.

Öztürk, Mustafa İlhan: “Türk Hukukunda ve Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinde Özel Hayatın Gizliliği ve Korunması Hakkı ve Devletin Pozitif Yükümlülüğü”, Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 2009.

Öztürk, Yunus Emre ve Özata, Musa: **Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı**, 1 Baskı, Eğitim Kitabevi Yayınları, Konya, 2010.

Saruç, Semra: “Kadın Hastalıkları ve Doğumevi Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Yatan Hastaların Hasta Hakları Bilgi Düzeyinin Belirlenmesi: Ankara Örneği”, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007.

Semin, Semih ve Güldal, Dilek: “Acil Servislere Başvuran Hastaların Retrospektif Analizi ve Acil Servislere Yoğun Başvuruların Nedenleri”, **Toplum ve Hekim**, C. 58, S. 58 (1993), s. 11-14.

Sütlaş, Mustafa: **Hasta ve Hasta Yakını Hakları**, 1. Baskı, Çiviyazıları Yayınevi, İstanbul, 2000.

Şahbudak, Ümran: “Hastanede Yatan Hastaların Hasta Hakları Konusundaki Görüşleri”, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1992.

Tacir, Hamide: “Hastanın Kendi Geleceğini Belirleme Hakkı”, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hukuk Anabilim Dalı Kamu Hukuku Bilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 2010.

Tahmazoğlu Üzeltürk, Sultan: **Anayasa Hukuku Açısından Sağlık Hakkı (Ulusal ve Uluslar Arası Boyutuyla)**, 1. Baskı, Legal Yayıncılık, İstanbul, 2012.

Taneri, Gökhan: **Hasta Hakları**, 1. Baskı, Bilge Yayınevi, Ankara, 2014.

Tanrıverdi, Haluk: “Hastaların, Hasta Hakları Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi”, **Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi**, C. 16, S. 3 (2012), s. 101-122.

Taşcı, Kerime Derya: "Doğum Yapan Hastaların Aldıkları Bakımı Hasta Hakları Açısından Değerlendirmeleri" **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, C. 10, S. 3 (2007), s. 26-33.

Teke, Nurcan: “Hasta Hakları ve Hasta Hakları Bağlamında Hemşirelik”, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2014.

Tınmaz, Şimel Gülhan: “Acil Servislere Başvuran Hasta ve Hasta Yakınlarının Memnuniyet Durumlarının Değerlendirilmesi ve Bir Uygulama”, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2008.

Turla, Ahmet, Köprülü, Hülya, Şirin Karaarslan, Emine ve Yüksel, Gözde: “Aydınlatılmış Onam”, **Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakülte Dergisi**, C. 7, S. 2 (2006), s. 157–163.

Tümer, Ali Rıza: “Hekimlerin Cezai Sorumlulukları ve 5237 Sayılı Yeni Türk Ceza Kanununun Hekimlere Getirdiği Yükümlülükler”, **Hacettepe Tıp Dergisi**, C. 36 (2005), s. 3-8.

Türk Dil Kurumu(TDK)

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GT.S.570bf0125c65f1.75397615, (01.04.2016).

Uysal, Halil: “Hak ve Özgürlük”, Kaynak Tarihi? [Www.Mehir.Org/Kitaplar/Kadin Hakları ve Özgürlükler](http://www.Mehir.Org/Kitaplar/Kadin_Haklari_ve_Ozgurlukler), (01.04.2016).

Ünal, Erdinç: **Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi**, 1. Baskı, Ekin Kitapevi, Bursa, 2013.

Üzülmez, İlhan: “Görevi Kötüye Kullanma Suçu (TCK M. 257)”, **Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, C. XVI, S. 1 (2012), s. 191-216.

Yanardağ, Umut: “Hasta Hakları Alanındaki Kavram Sorunları ve Uygulamaya Yansımaları: İstanbul İli Örneği”, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İnsan Hakları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.

Yılmaz, Hülya: “Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde Yatan Erişkin Hastaların Hasta Haklarından Yararlanma Durumları ve Hemşirelerin Hasta Haklarına İlişkin Görüşleri”, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002.

Yöndem, Şehriban: “Acil Servislere Başvuran Hasta Yakınlarının Beklentileri ve Beklentilerine Yönelik Bir Araştırma”, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2011.

Zaybak, Ayten, Eşer, İsmet ve Günay İsmailoğlu, Elif: “Bir Üniversite Hastanesinde Hastaların Hasta Haklarını Kullanma Tutumunun İncelenmesi”, **İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi**, C. 20 – S. 2 (2012), s. 104-111.

Zubaroglu, Melek: “Hasta Hakları Kurul Üyelerinin Hasta Haklarına Bakışı: İstanbul İli Örneği”, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İnsan Hakları Anabilim Dalı İnsan Hakları Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012.

EKLER

EK:1

Acil servise başvuruda bulunan hastaların bazı "*Hasta Hakları*" uygulamalarını kullanım düzeylerinin belirlenmesi ve bu uygulamalar konusundaki bilgi düzeylerinin araştırılması için hazırlanan anket formu

Hasta Hakları: "Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları sebebiyle sahip bulundukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası andlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklarını" ifade eder (Hasta Hakları Yönetmeliği, m 4/e, 1998)

1.Cinsiyetiniz?Kadın ☐ Erkek ☐

2.Yaşınız?**lütfen belirtiniz.**

3.Öğrenim durumunuz?

Okuryazar değil ☐	İlkokul ☐
Lise ☐	Ön lisans ☐
Lisans ☐	Lisansüstü ☐

4.Mesleğiniz?.....lütfen belirtiniz.

5.İkametiniz Kentsel ☐ Kırsal ☐

6.Medeni durumunuz? Evli ☐ Bekâr ☐

7.Şuan hizmet aldığınız hastanenin adı?

Mersin Devlet Hastanesi Acil Servis	☐
Toros Devlet Hastanesi Acil Servis	☐
Erdemli Devlet Hastanesi Acil Servis	☐

Tarsus Devlet Hastanesi Acil Servis

☐

8.Ülkemizde mevzuatta yer alan hasta hakları konusunda bilgi düzeyiniz?

Bilmiyorum

☐

Duydum fakat okumadım.

☐

Okudum

☐

	Sayın Katılımcı, Bu anket, "Acil servise başvuruda bulunan hastaların bazı hasta hakları uygulamalarını kullanım düzeyinin belirlenmesi ve bu uygulamalar konusundaki bilgi düzeylerinin değerlendirmeleri" adlı araştırmaya veri toplanması amacıyla düzenlenmiştir. Yanıtlarınız araştırmanın amaçları çerçevesinde kullanılacak, başka bir makama veya kişiye verilmeyecektir. Zaman ayırarak araştırmaya yapacağınız değerli katkılardan dolayı teşekkür eder, saygılarımı sunarım.	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Bu sağlık kuruluşunu kendi irademle seçtim.	1	2	3	4	5
2	Bu birimde tedavim için istediğim sağlık çalışanını seçtim.					
3	Bu birimden sağlık ihtiyacıma uygun olarak yararlandım.					
4	Acil sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanacağım konusunda birim çalışanlarından bilgi aldım.					
5	Kişilik itibarı korunarak ve saygı görerek acil sağlık hizmeti aldım.					
6	Ahlaki ve kültürel değerlerime, dinsel ve felsefi inançlarıma saygılı acil sağlık hizmeti aldım.					
7	Sağlık çalışanından sağlık durumum ile ilgili bilgi aldım.					
8	Sağlık çalışanından sağlık durumum hakkında anlayabileceğim şekilde bilgi aldım.					
9	Uygulanacak tedavinin veya tıbbi müdahalenin risk ve seçenekleri hakkında hastanın/yaralının bilgilendirilmesi ve rızasının alınması bir hasta hakkıdır.					
10	Uygulanacak tedavinin veya tıbbi müdahalenin risk ve seçenekleri hakkında sağlık personeli beni bilgilendirdi.					
11	Uygulanacak tedavinin veya tıbbi müdahalenin risk ve seçenekleri hakkında sağlık personeli beni anlayabileceğim şekilde bilgilendirdi.					
12	Uygulanacak tedavinin veya tıbbi müdahalenin risk ve seçenekleri hakkında bilgilendirilmek beni rahatlatmıştı.					

13	Uygulanacak olan tedavi veya tıbbi müdahale için rızam ve iznim alındı.					
14	Tedaviyi istiyorsam onay verdim, istemiyorsam reddettim.					
15	Hayati tehlike söz konusu olduğunda istemesem de bana tıbbi müdahale veya tedavi yapılabilir.					
16	Mahremiyet benim için önemli bir hasta hakkıdır.					
17	Mahremiyetin gizli tutulması beni güvende hissettirir.					
18	Acil sağlık hizmeti aldığım süre içinde mahremiyetimin korunması yönünde gereken özenli yaklaşımı aldım.					
19	Bu birimde sağlık durumum ve tedavim hakkında bilgilerin gizli tutulduğuna inanıyorum.					
20	Yapılan işlemler, hastalığım ve uygulanan tedavi hakkında kayıtları istediğimde öğrenebilirim ve eğer istersem bir kopyasını da alabilirim.					
21	Hastaya/yaralıya talebi halinde, kendisine sağlık hizmeti verecek veya vermekte olan tabiplerin ve diğer personelin kimlikleri, görev ve unvanları hakkında bilgi verilmek zorundadır.					
22	Acil sağlık hizmeti aldığım doktor ve diğer sağlık personelleri (hemşire, ATT vb.) kendisini tanıttı.					
23	Hastanın/yaralının tedavisi ve muayenesi sırasında (doktorun uygun görmesine bağlı olarak) bir yakınını bulundurması bir hasta hakkıdır.					
24	Tedavim ve muayenem sırasında yanımda bir yakınım olması beni güvende hissettirir.					
25	Refakatçi bulundurma hakkımı kullandım.					
26	Bu birimde hasta/yaralı ziyareti için konulan kural ve uygulamaların gerekli olduğuna inanıyorum.					
27	Hastanelerde bulunan hasta hakları birimi ile ilgili herhangi bir bilgiye sahibim.					
28	Hastanelerde bulunan hasta hakları birimine ne şekilde ve nasıl başvuracağım hakkında gerekli bilgiye sahibim.					
29	Hasta hakları ihlalinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikâyet ve dava hakkı vardır.					
30	Hastanelerde dilek, şikâyet ve herhangi bir müracaatı yapabileceğim kolaylıklar ve sistem mevcuttur.					
31	Bu birim bana düzenli, temiz ve güvenilir bir ortam sağladı.					
32	Genel olarak bana sunulan acil sağlık hizmetinin kalitesinden memnun kaldım.					
33	Eğer ihtiyaç duyarsam tekrar bu hastaneyi tercih ederim.					

34. Bu birimde hasta haklarınız ihlal edildi mi?

Evet ☐

Hayır ☐

Cevabınız evet ise 35. ve 36. soruları lütfen cevaplayınız.

35. Bu birimde hangi tür ihlaller yapılmaktadır?

Hizmetten faydalanamama ☐

Saygınlık görememe ☐

Bilgilendirilmeme ☐

Başvuru yapamama ☐

Rızamın alınmaması ☐

Mahremiyete özen gösterilmeme ☐

Güvenilir bir ortamın sağlanamama ☐

Refakatçi bulundurmaya izin verilmemesi ☐

Diğerlütfen belirtiniz.

36.İhlal durumunda ne yaptınız? lütfen belirtiniz

Cevabınız hayır ise 37. Soruyu lütfen cevaplayınız.

37. Hasta hakkınızın ihlali durumunda ne yapardınız.....

a. Hiçbir şey yapmazdım. ☐

b. Sözlü olarak hastane yönetimine şikâyetle bulunurdum. ☐

c. Yazılı olarak hastane yönetimine şikâyetle bulunurdum. ☐

d. Mahkemeye verirdim. ☐

e. SABİM, BİMER vb merkezi birimleri arayarak şikâyetle bulunurdum. ☐

f. Diğer.....lütfen belirtiniz.

38.Gerçeklesen hasta hakkı ihlallerinin sizce en temel nedeni nedir?

Sağlık Sistemi ☐

Doktorlar ☐

Diğer sağlık çalışanları (hemşire, ATT, sağlık memuru vb) ☐

Sağlık çalışanları dışında hizmet veren diğer çalışanlar (güvenlik, tıbbi sekreter, temizlik görevlisi vb.) ☐

Hasta ve hasta yakınlarının tutumu ☐

Diğerlütfen belirtiniz.



ÖZGEÇMİŞ

Songül Kukkuk, 14 Haziran 1984 tarihinde Mersin İlinin Anamur İlçesinde doğmuştur. İlk, orta ve lise eğitimini bu ilde tamamladıktan sonra, 2002 yılında Mersin Özel IMC Hastanesinde çalışmaya başlamıştır. Temmuz 2007’de Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlüğü İl Ambulans Servisi Başhekimliği Komuta Kontrol Merkezine Acil Tıbbi Teknisyen olarak atanmıştır. 2010 yılında ise eğitim durumu nedeni ile Konya 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışmaya başlamış olup 2014 yılında Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi bölümünden mezun olmuştur. Songül Kukkuk; 2014 yılından itibaren Mersin’de İl Sağlık Müdürlüğü İl Ambulans Servisi Başhekimliği’nde görev almaktadır.