

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE ve SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**TÜRKİYE'NİN AVRUPA BİRLİĞİ'NE ÜYELİK
SÜRECİNDE KAMU İDARESİ REFORMUNA YÖNELİK
TALEPLER ve VATANDAŞIN “İYİ YÖNETİLME HAKKI”
AÇISINDAN KAMU HASTANELERİNDEKİ YENİ
YAPILANMANIN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Kadriye KÖSE

İstanbul, 2019

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE ve SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**TÜRKİYE'NİN AVRUPA BİRLİĞİ'NE ÜYELİK
SÜRECİNDE KAMU İDARESİ REFORMUNA YÖNELİK
TALEPLER ve VATANDAŞIN “İYİ YÖNETİLME HAKKI”
AÇISINDAN KAMU HASTANELERİNDEKİ YENİ
YAPILANMANIN İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Kadriye KÖSE

Öğrenci No:
110746779

Danışman:
Doç. Dr. Ebru KARAMAN

İstanbul, 2019

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne Üyelik Sürecinde Kamu İdaresi Reformuna Yönelik Talepler ve Vatandaşın ‘İyi Yönetilme Hakkı’ Açısından Kamu Hastanelerindeki Yeni Yapılanmanın İncelenmesi” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiği ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her bölümde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

12.04.2019

Kadriye KÖSE

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

12.04.2019

Enstitümüz *İşletme* Anabilim Dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 110746779 numaralı **Kadriye KÖSE**'nin "Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "**Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne Üyelik Sürecinde Kamu İdaresi Reformuna Yönelik Talepler ve Vatandaşın "İyi Yönetilme Hakkı" Açısından Kamu Hastanelerindeki Yeni Yapılanmanın İncelenmesi**" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 09/04/2019 tarih ve 2019/15 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğinin 29. maddesinin 3. fıkrası gereğince (60) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile **Kabul/Red veya Düzeltme** kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.



DANIŞMAN

Doç. Dr. Ebru KARAMAN
(Beykent Üniversitesi)



ÜYE

Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN
(Beykent Üniversitesi)



ÜYE

Doç. Dr. Kubilay ÇİMEN
(İstanbul Gelişim Üniversitesi)

Adı ve Soyadı : Kadriye KÖSE
Danışmanı : Doç. Dr. Ebru KARAMAN
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans/ Tez 2019
Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi
Anahtar Kelimeler : Hastane ve Sağlık Kurumlarının Yönetimi, Sağlık Hakkı, Sağlık Reformları

ÖZ

TÜRKİYE'NİN AVRUPA BİRLİĞİ'NE ÜYELİK SÜRECİNDE KAMU İDARESİ REFORMUNA YÖNELİK TALEPLER ve VATANDAŞIN “İYİ YÖNETİLME HAKKI” AÇISINDAN KAMU HASTANELERİNDEKİ YENİ YAPILANMANIN İNCELENMESİ

Avrupa Birliği, oluşturduğu kendine özgü kurumsal yapı ile uluslar arası ilişkiler disiplinine yeni bir entegrasyon boyutu kazandırmıştır. Hükümetler arası işbirliğinin çok ötesinde geliştirilen bu entegrasyon modeli, çok uluslu bütünleşme sürecinde üye ülkelerin bazı egemen yetkilerini Birlik kurumlarına devretmesi esasına dayanır. Uluslar üstü bir yapı olan Avrupa Birliği son yıllardaki sağlık politikaları alanındaki yetkilerini genişletmiş ve derinleştirmiştir. Avrupa Birliğinin sağlık politikaları çerçevesinde oluşan bu yetkilerinin gerek üye ülkeler ve gerekse aday ülkeler açısından etkileri ve sonuçları olmaktadır.

Araştırma tarihçi metoda ve bu metot bağlamında kaynak tarama tekniğine dayalıdır. Türkiye de Avrupa Birliği ile bu ilişkilerinin bir sonucu olarak diğer alanlarda olduğu gibi sağlık alanında da reform ve uyum politikaları ile katılımı hızlandırmayı amaçlamıştır. Türkiye Avrupa Birliği sürecinde hasta haklarının temel insan haklarından farklı olmadığını kabul etmiş ve bu alanda çeşitli reformlar yapmıştır.

Name and Surname : Kadriye KÖSE
Supervisor : Doç. Dr. Ebru KARAMAN
Degree and Date : Graduate/ Master 2019
Major : Hospital and Health Care Management
**Key Words : Hospital Management of Health Institutions, The
Right to Health, Health Reforms**

ABSTRACT

TURKEY'S EUROPEAN UNION ACCESSION PROCESS IN PUBLIC ADMINISTRATION REFORM FOR CITIZENS DEMAND and "WELL MANAGED RIGHT" IN RESTRUCTURING INVESTIGATION IN TERMS OF PUBLIC HOSPITALS

The European Union has gained a new integration dimension to the discipline of international relations with its unique institutional structure. This integration model, developed far beyond intergovernmental cooperation, is based on the fact that the member states transfer some sovereign powers to the Union institutions in the process of multinational integration. The transnational structure of the European Union has expanded and deepened its competencies in the field of health policies in recent years. These powers, which are formed within the framework of the health policies of the European Union, have implications and consequences both for the member states and for the candidate countries.

The research is based on the method of the historian method and the source scanning technique in the context of this method. Turkey in the field of health, as in other areas as a result of this relationship with the European Union aimed at accelerating reforms with the participation and cohesion policies. Turkey has accepted that differs from the basic human rights of patients' rights in the European Union accession process, and made several reforms in this area.

İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	i
ABSTRACT.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLO ve ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	x
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

AVRUPA BİRLİĞİ : KURUMLARI ve TARİHSEL GELİŞİMİ

1.AVRUPA BİRLİĞİ’NİN SOSYAL, SİYASİ ve İKTİSADİ YÖNÜ	4
1.1. Sosyal Yönden Avrupa Birliği	4
1.2. Siyasi Yönden Avrupa Birliği	5
1.3. İktisadi Yönden Avrupa Birliği	6
2. AVRUPA BİRLİĞİ KURUMLARI	8
2.1. Avrupa Parlamentosu ve Bakanlar Konseyi	8
2.2. Avrupa Komisyonu ve Avrupa Birliği Daimi Konseyi.....	11
2.3. Avrupa Adalet Divanı ve Sayıştayı.....	12
2.4. Avrupa Yatırım Bankası	13
2.5. Diğer Kurum, Organ ve Ajanslar	14
3. BİR ENTEGRASYON SÜRECİ OLARAK AVRUPA BİRLİĞİ ve TARİHSEL ARKA PLAN	17
4. ULUSLARÜSTÜ BİR AVRUPA BİRLİĞİNE NEDEN GEREK DUYULDU	19
4.1. Refah ve Güvenlik Açısından	19
4.2. Savaşlar ve Diğer Sosyal Olayların Yıkımsal Etkisi.....	20
5. AVRUPA BİRLİĞİNİN TEMEL İLKELERİ ve AMACI	21

İKİNCİ BÖLÜM
AVRUPA BİRLİĞİ’NİN GENİŞLEMESİ, TÜRKİYE’NİN TAM ÜYELİK SÜRECİ
ve AVRUPA BİRLİĞİ’ NİN İNSAN HAKLARI POLİTİKASI
ÇERÇEVESİNDE TÜRKİYE İLE İLİŞKİLERİ

1. AVRUPA BİRLİĞİ’NİN GENİŞLEME NEDENLERİ.....	23
1.1. Genişleme Sürecinde Avrupa Birliği ve Üye Adaylardan Beklenenler.....	23
1.1.1. Ulusal Raporlar	24
1.1.2. İlerleme Raporları	24
1.1.3. Katılım Ortaklığı.....	25
1.2. Genişlemenin Ekonomik Etkileri.....	25
1.3. Avrupa’ da Genişleme ve Bütünleşmenin Uyumlaştırılması.....	26
2. AVRUPA BİRLİĞİ KRİTERLERİ.....	26
2.1. Maastrich Kriterleri.....	26
2.2. Kopenhag Kriterleri	27
3. TAM ÜYELİK SÜRECİNDE TÜRKİYE-AVRUPA BİRLİĞİ İLİŞKİLERİ	27
3.1. Türkiye- Avrupa Birliği İlişkilerinin Tarihsel Gelişimi.....	27
3.2. Müzakere Süreci.....	30
4. AVRUPA BİRLİĞİ’NİN İNSAN HAKLARI POLİTİKASI	32
4.1. Temel Haklar Şartı “İyi Yönetilme Hakkı”	35
4.2. Temel Haklar Şartı “İyi Yönetilme Hakkı” Yönünden Türkiye	38

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
TÜRKİYE’NİN AVRUPA BİRLİĞİ UYUM SÜRECİNDE TOPLUMSAL
SORUNLARI, ÇÖZÜM ÖNERİLERİ, İNSAN HAKLARI POLİTİKASI,
SAĞLIK REFORMLARI ve ETKİLERİ

1. SAĞLIK KAVRAMI, SAĞLIK HİZMETLERİNDE TEKNOLOJİK GELİŞİM ve DÜNYA ÜLKELERİNDE SAĞLIK HİZMET SUNUMLARI	42
2. AVRUPA BİRLİĞİ SİSTEMİNDE SAĞLIK POLİTİKALARI.....	47
2.1. Avrupa Birliği Sağlığı ve Sağlık Politikalarının Amaçları	48
2.2. Sağlık Finansmanı ve Harcamaları	48
2.3. Sağlık Hizmetlerine Erişilebilir Olma.....	49
2.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Verimliliğin Artırılması.....	50

2.5. Sağlık Hizmetlerinde Finansal Kaynakların Devamlılığı	50
--	----

3.HASTA HAKLARI KAVRAMININ TARİHÇESİ ve AVRUPA BİRLİĞİ'NDE HASTA HAKLARI KAVRAMININ GELİŞİMİ 50

3.1. Hasta Hakları Kavramına Giriş	50
3.2. Hasta Hakları Beyannamesi (A Patient's Bill of Rights).....	51
3.3. Lizbon Bildirgesi.....	52
3.4. Amsterdam Bildirgesi	52
3.5. Bali Bildirgesi	53
3.6. Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü Ana Sözleşmesi	53
3.7. Ulusal Boyutta Hasta Hakları.....	54

4. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ VE YAPILANMASI.....54

4.1. 1920-1938 Dönemi	55
4.2. 1938-1960 Dönemi	56
4.3. 1961-1980 Dönemi	57
4.4. 1980-2000 Dönemi	57
4.5. 2000-2013 Dönemi	59
4.6. Sağlıkta Dönüşüm Programı	61
4.6.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel İlkeleri	63
4.6.3. Sağlıkta Dönüşüm Programının Hedefleri.....	64

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'NİN AB'YE ÜYELİK SÜRECİNDE KAMU HASTANELERİNDE REFORM ve HASTANE MEMNUNİYETİ

1.SAĞLIK HİZMETLERİNDE REFORM: “KAMU HASTANE BİRLİKLERİ” MODELİ ÜZERİNE.....66

2. KAMU HASTANELERİNDE “İYİ YÖNETİLME AÇISINDAN” YAPILAN REFORM.....71

2.1.“İyi Yönetilme Açısından” Hekim Seçme Hakkı ve Sağlık Kuruluşuna Ulaşımın Kolaylığı.....	71
2.2. “İyi Yönetilme Açısından” Hastaların Algıladığı ve Beklediği Kalite.....	72
2.3. Hastanın “iyi yönetilme hakkı” ile Hasta Bakımı Kalitesi Arasındaki İlişki.....	72
2.4. Hizmeti Sunan Sağlık Personelini İlgilendiren Durumlar	73

2.5. Çevre Şartlarına ve Sağlık Kurumlarına Bağlı Durumlar	73
3.KAMU HASTANELER BİRLİKLERİNDE HASTA MEMNUNİYETİNİN İNCELENMESİ	74
3.1. Araştırmanın Amacı	74
3.2. Araştırmanın Metodolojisi	74
3.3. Araştırmanın Önemi.....	75
3.4. Araştırmanın Yöntemi ve Uygulanması.....	75
3.5. Verilerin Analizi.....	76
3.6. Anketlerin Geçerliliği ve Güvenilirliğinin Analizi	76
3.7. Araştırmanın Bulguları.....	77
3.7.1. Demografik Değişkenlere Göre Bulgular ve Yorumlar.....	77
3.7.2. Hasta Memnuniyetine Göre Bulgular ve Yorumlar.....	79
3.8. Hastaların Kamu Hastaneler Birliğindeki Dönüşüm Programında Memnun Olma Seviyelerine Etki Yapan Faktörlerin Analizi	95
SONUÇ	99
KAYNAKÇA.....	103
EK.....	109
Ek 1: HASTA MEMNUNİYETİ ANKETİ	109
ÖZGEÇMİŞ	111

TABLO ve ŞEKİLLER LİSTESİ

Tablo No:	Sayfa No.
Tablo 1: Ankete Katılanların Cinsiyete Göre Dağılımı.....	77
Tablo 2: Ankete Katılanların Yaşa Göre Dağılımı.....	77
Tablo 3: Ankete Katılanların Medeni Duruma Göre Dağılımı	78
Tablo 4: Ankete Katılanların Okur-Yazar Durumu	78
Tablo 5: Hasta Kabulün Gürültü Yönünden Değerlendirilmesi.....	79
Tablo 6: Hasta Kabulün Isı Yönünden Değerlendirilmesi.....	79
Tablo 7: Hasta Kabul Aydınlatmasının Değerlendirilmesi.....	80
Tablo 8: Kişisel Bilgilerin Gizliliğinin Değerlendirilmesi	80
Tablo 9: Sorulan Soruların Kısa ve Anlaşılabilirliğinin Değerlendirilmesi	80
Tablo 10: Hasta Kabulde Yönlendirilmenin Değerlendirilmesi.....	81
Tablo 11: İşlemler için Bekleme Süresinin Değerlendirilmesi.....	81
Tablo 12: Hastanede Hastanın Karşılması Hoş ve Saygılıydı.....	81
Tablo 13: Hastanede İletişimle İlgili Alakanın Değerlendirilmesi	82
Tablo 14: Hastanede İletişimle İlgili Bilgilendirmenin Değerlendirilmesi	82
Tablo 15: Bekleme Süresi Durumunun Değerlendirilmesi	82
Tablo 16: Hastanede İletişimle İlgili Yönlendirmenin Değerlendirilmesi.....	83
Tablo 17: “Klinikte Karşılama Hoş ve Saygılıydı” Değerlendirilmesi	83
Tablo 18: Klinikte İlgi Alakanın Değerlendirilmesi	83
Tablo 19: Klinikte Bilgilendirme Açıklayıcıydı Değerlendirilmesi.....	84
Tablo 20: Klinikte Bekleme Süresinin Değerlendirilmesi.....	84
Tablo 21: Klinikte Yönlendirmenin Değerlendirilmesi.....	84
Tablo 22: Tedavi Sürecinde Karşılama Hoş ve Saygılıydı Değerlendirilmesi	85

Tablo 23: Tedavi Sürecinde Bilgilendirme Açıklayıcılığının Değerlendirilmesi	85
Tablo 24: Tedavi Sürecinde Bekleme Süresinin Değerlendirilmesi	85
Tablo 25: Tedavi Sürecinde Yönlendirmenin Değerlendirilmesi.....	86
Tablo 26: Hastaneye Ulaşım Durumunun Değerlendirilmesi.....	86
Tablo 27: Hastane Hijyenikti Değerlendirilmesi	86
Tablo 28: Klinikteki Oda Gürültülü Değildi Değerlendirilmesi	87
Tablo 29: Eşyalar Kullanılabilecek Şekildeydi	87
Tablo 30: Klinikteki Odanın Isısının Değerlendirilmesi	87
Tablo 31: Hastanede Yemekler Sıcaklığının Değerlendirilmesi.....	87
Tablo 32: “Yemekler Lezzetliydi” Değerlendirilmesi	88
Tablo 33: Otopark Hizmetinin Değerlendirilmesi.....	88
Tablo 34: Hastanenin Güvenliğinin Değerlendirilmesi.....	88
Tablo 35: Hastanenin Aydınlatması Değerlendirilmesi	89
Tablo 36: “İhtiyaç Olduğunda Personele Ulaşmak Kolaydı” Değerlendirilmesi	89
Tablo 37: Hekimin Hastayı Hastalığı Konusunda Bilgilendirilmesinin Değerlendirilmesi	89
Tablo 38: Sağlık Çalışanlarının Hastaya Karşı Tutumunun Değerlendirilmesi	90
Tablo 39: Sağlık Çalışanlarının Yaptıkları İşlemler Hakkında Hastayı Bilgilendirilmesinin Değerlendirilmesi	90
Tablo 40: Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyetinin Değerlendirilmesi.....	91
Tablo 41: Sağlık Personeli Branşlarında Profesyoneldi Değerlendirilmesi	91
Tablo 42: Genel Olarak Hastanın Verilen Hizmetten Memnun Kalmasının Değerlendirilmesi	91
Tablo 43: Hastalık Durumunda Tekrar Gelmeyi Düşünüp Düşünmediğinin Değerlendirilmesi	92
Tablo 44: Hastanın Kurumdan Tanıdıklarına Bahsedip Etmediğinin Değerlendirilmesi	92
Tablo 45: Hasta Memnuniyetinin Cinsiyete Göre Değerlendirme Tablosu.....	92

Tablo 46: Hasta Memnuniyetinin Medeni Duruma Göre Değerlendirme Tablosu ..	93
Tablo 47: Hastaların Öğrenim Durumuna Göre Değerlendirme Tablosu.....	94
Tablo 48: Kamu Hastaneler Birliğinde Yapılan Dönüşüm Programlarını Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi İle Katılımcıların Cinsiyet Dağılımı	96
Tablo 49: Kamu Hastaneler Birliğinde Yapılan Dönüşüm Programlarını Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi İle Katılımcıların Cinsiyeti Arasındaki İlişki	97
Tablo 50: Kamu Hastaneler Birliğinde Yapılan Dönüşüm Programlarını Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi İle Katılımcıların Eğitim Değişkenleri Dağılımı	97
Tablo 51: Kamu Hastaneler Birliğinde Yapılan Dönüşüm Programlarını Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi İle Katılımcıların Eğitim Değişkenleri İlişkisi	98
Şekil 1. KHB Yönetim Şeması.....	66

KISALTMALAR LİSTESİ

AAET	: Avrupa Atom Enerjisi Topluluğu
AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devleti
ABTHS	: Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı
AET	: Avrupa Ekonomik Topluluğu
AİHM	: Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi
AİHS	: Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi
AKÇT	: Avrupa Kömür ve Çelik Topluluğu
AMBS	: Avrupa Merkez Bankaları Sistemi
ASQC	: Amerikan Kontrol Derneği
AT	: Avrupa Topluluğu
BM	: Birleşmiş Milletler
C.	: Cilt
COREPER	: Daimi Temsilciler Komitesi
Çev.	: Çeviren
DHBK	: Devlet ya da Hükümet Başkanları Konseyi
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DTB	: Dünya Tıp Birliği
Ed.	: Editör
EFTA	: Avrupa Serbest Ticaret Bölgesi
EPB	: Ekonomik ve Parasal Birliğin
GİK	: Genel İşler Konseyi
GKRY	: Güney Kıbrıs Rum Kesimi
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasılanın
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	: Gayri Safi Yurt İçi Hasılanın
GÜ	: Gazi Üniversitesi
HICP	: Uyumlaştırılmış Tüketici Fiyat Endeksi

HIV/AIDS	: Human Immunodeficiency Virüs
HSYK	: Hakimler ve Savcılar Yüksek Kurulu
JCI	: Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
KOB	: Katılım Ortaklık Belgesi
KÖO	: Kamu Özel Ortaklığı
MDA	: Merkezi Doğu Avrupa
MFN	: En Çok Kayrılan Ülke
MÖ	: Millattan Önce
NATO	: Kuzey Atlantik Paktı
S.	: Sayfa
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SPSS	: Statistical Package for the Social Science
SSCB	: Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumunun
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TKY	: Toplam Kalite Yönetimi'nin
TÜFE	: Tüketici Fiyatlar Endeksi
UP	: Ulusal Programlar

GİRİŞ

- **Çalışma Konusunun Seçimi:** Türkiye yarım asırdan fazla bir süredir Avrupa Birliği yolunda ilerlemektedir ve bu ilerlemenin bir sonucu olarak hemen hemen her alanda yapılan reformlarla da Avrupa Birliği'ne katılımı ve uyumu amaçlamıştır. Avrupa Birliği sürecinde yapılan reformların halka yansımaları ve halkın bu süreçteki rolü sonucu elde ettiği kazanımların sağlık politikaları açısından “iyi yönetilme hakkı” konusu çalışmamızın temasını oluşturmaktadır.

- **Çalışmanın Amacı:** Bu çalışma ülkemizdeki Kamu Hastanelerinde yaşanan sorunlar çerçevesinde hasta hakları ve hasta hakkının bir sonucu olarak “iyi yönetilme hakkının” işlenmesi ve hasta hakları konusunda bilgi seviyesinin ne olduğu araştırılarak bu olguları değerlendirmek. Bu çerçevede Türkiye’de Sağlık Bakanlığı kapsamında çalışan sağlık kuruluşlarında uygulanan hasta bireylerin hakları hakkında değerlendirme yapmak için ortaya konulan bu araştırmanın teorik yapısı, hastaların hakları ile ilgili kavram, tarihi süreci, Türkiye’de gerçekleştirilmekte olan uygulamalar ve sağlıkla bağlantılı yapılan iyileştirilmeleri incelemektir.

- **Çalışmanın Önemi:** Sosyallik niteliği bulunan hizmetlerin mesleki yapısında en esaslı iki prensip, kişinin haysiyet ve şerefine hürmet etmek ile olumlu toplumsal şartlarda kişinin ve sosyal yaşamın farklılaşarak gelişme göstereceğine olan inançtır. Bu kapsamda hasta hakkı evrensel bir hak olup Avrupa Birliği’nin üzerine eğildiği konular arasına girmiştir. Ülkemiz Avrupa Birliği yolunda ilerlerken çağdaş uygarlık seviyesine ulaşmak için sağlığını kaybetmiş bireylerin sahip oldukları hak türlerinin esas insanlık hak çeşitlerinden ayrı düşer bir tarafı olmadığını benimsemiş ve bu alanda çeşitli reformlar yapmıştır.

- **Çalışmanın Planı:** Çalışmamızın birinci bölümünde, tez konumuzun alanı olan AB sisteminin tanıtılması ve Avrupa Birliği Kurumları, Avrupa Birliği Temel İlkeleri ve amaçları hakkında genel bilgilere yer verilerek teorik bilgiler sunulmuştur. Çalışmamızın ikinci bölümünde ise Avrupa Birliği’nin genişlemesi, Türkiye’nin tam

üyelik süreci ve Avrupa Birliği'nin İnsan Hakları Politikası çerçevesinde Türkiye ile ilişkileri gibi uygulamada olan bilgiler sunulmuştur. Çalışmamızın üçüncü bölümünde ise Avrupa yolundaki Türkiye'nin sağlığı, Avrupa Birliğine uyum sürecinde sağlık reformları ve etkilerine dayalı olarak da Türkiye'nin AB'ye üyelik sürecinde kamu idaresi reformundaki talepler ve vatandaşın "iyi yönetilme hakkı" açısından kamu hastanelerindeki yeni yapılanmanın incelenmesine yönelik bulgular verilmiştir.

- Kullanılan Metot ve Teknikler: Çalışma dört temel kategoriye ayrılmaktadır. Bunlardan ilk üçü teorik nitelikte olup hemen her teorik çalışma gibi tarihci metoda ve bu metot bağlamında kaynak tarama tekniğine dayalıdır. Dördüncü kategori ise ilk kategoride elde edilen bilgilerin değerlendirmesi hususu oluşturuyor. Bu bölümde de esas itibariyle basılı veya basılı olmayan materyallerden yararlanıldı. Dolayısıyla metodolojik çıkarım bakımından ilk kategoriyle benzeşiyor. Ancak söz konusu sektörde çalışmış olmaktan kaynaklanan mesleki birikim, kişisel deneyim bizzat yaşanan ya da tanık olunan örnek olaylardan da materyal değerlendirmesi sırasında gerek yorumlardan gerekse örneklemelerden geniş ölçüde yararlanılmıştır.

- Karşılaşılan Zorluk ve Sınırlılıklar: Araştırma boyunca karşı karşıya kalınan en önem verilen problem, kaynakların taramasında ve verilerin elde edilme aşaması sırasında yaşanmıştır. Bu problem, sektörde bulunan veri saklama sistemi içindeki yetersizlik durumundan ve veri toplamasında sırasında oluşan tıkanmalardan ortaya çıkmıştır.

- Çalışmanın Varsayımları: Bu çalışmada test edilen başlıca varsayımlar şunlardır:

i. Kamu Hastaneler Birliğinde yapılan dönüşüm programlarının hasta bireylerin memnun olma seviyeleri ile katılım sağlayanların cinsiyet değişken türleri birbirlerine bağımlı durumdadır.

ii. Kamu Hastaneler Birliğinde yapılan dönüşüm programlarını hasta kişilerin memnun olma seviyeleriyle katılım yapanların erkek ve kadın olmaları değişken çeşitleri bağımlı haldedir.

iii. Kamu Hastaneler Birliğinde yapılan dönüşüm programlarını sağlığını kaybetmiş insanlar yönünden memnun olma seviyeleri ile katılanların eğitim değişken çeşitleri birbirlerinden bağımsız haldedir.



BİRİNCİ BÖLÜM

AVRUPA BİRLİĞİ: KURUMLARI ve TARİHSEL GELİŞİMİ

1.AVRUPA BİRLİĞİ’NİN SOSYAL, SİYASİ ve İKTİSADİ YÖNÜ

1.1. Sosyal Yönden Avrupa Birliği

Sosyal yaşam; kişi ilişkilerinin, beraber çalışma grupları ya da organizasyon çeşitlerinin tümüne takılmış isimdir. Bütünü yönünden, beraber olunmasına ve bu halin devam ettirilmesine, bir birlik etrafında birleşerek toplanılabileceği belirlenmiş ve çıkma yerine gereksinim bulunmaktadır.

Süreçlerin oluşturduğu sistemsel yapı, aralarında düzen bulunan ilişkilerin olduğu, ortak özellikleri olan ve birinde meydana gelecek değişikliğin diğerlerine de etki yaptığı değişiklik aşamasıdır. Her sistem biçiminin kendi sistemsel yapısının da dahil olduğu onu harici alandan ayrı hale getiren kıstasları bulunmaktadır. Bunun dışında girdileri ve çıktıları bulunan, kendisine düzen getirmeyi sağlayan bilgilenme ağı bulunan olguya da sistem denilmektedir.

David Easton'a göre ise siyasal toplum 'un tanımı şudur: “siyasal bir iş bölümü alanında bir araya gelmiş bireyler grubundan oluşur.”¹ Bu noktada öncelikle müşterek bir hedefe yönelmiş beraber çalışma ve iş paylaşımı bulunmalıdır. Başka bir tarafta söz konusu bu iş paylaşımı ve beraber çalışma manasında müşterek verilen karar türleri önem taşımaktadır. “Bir aşamalar bütünü şeklinde tanım yapılan politikanın içeriğini, sosyal yaşam ve sosyal yaşamın üretim yaptığı problemler, ihtiyaçlar ve bu problemlerin çözümleri tespit eder. Bu noktada, Aristoteles’e göre kendi kendine yeterliliği amaçlayan bir topluluk *siyasal topluluk* olarak isimlendirmektedir.”² Bütün bu yorum biçimlerinden politik sosyal hayat özet olarak tespit edilen bir politik amaç bulunduran, hedef türleri ve tespit edilmiş bir disiplini

¹ İ. S. Canbolat, Avrupa Birliği ve Türkiye Uluslararası Bir Sistemle Ortaklık, İstanbul, 2014, s.126

² Aristoteles, Politika, (Çev., M. Tuncay), İstanbul, 1975, s.7

bulunan kişilerden meydana gelen ve kişiler arasında iş paylaşımının bulunduğu topluluk türleridir. “Diğerlerine gereksinimi bulunma, bu durumla ilişkili şekilde – *iyi olanı*- hedefine alan bu çeşit sosyal yaşam çeşitleri, ne biçimde tanımlanırsa tanımlansın – *politik*- sosyal yaşam şeklinde ifade edilmektedir.”¹ Yani toplum kendiyile ilintili her noktada iyiyi hedef alarak kendini tamamlar.

1.2. Siyasi Yönden Avrupa Birliği

Çiçero ise politik sosyal yaşam için “Site'nin hukuki temele dayanan, genişletilmiş biçimidir.”² şeklinde ifade etmiştir. Antik çağdan bu zamana sosyal hayat ve sosyal hayatın üretimini gerçekleştirdiği problemleri araştıran düşünce adamları, kendi zamanlarındaki idare şekillerini iyi hale getirebilmek açısından uğraş göstermişlerdir. Politikanın ne anlattığı hususunda devamlı değişik fikirlerin ortaya atılması, bu kavramın zamanın problemlerine ait yapılan değerlendirme biçimlerinin, çözümleme usullerinin güncel kalmasını sağladığı, sosyal yaşamın üretimini yaptığı sorunların çözülmesi usullerinin arayışının yapıldığını görmekteyiz.

İnsanlığın tarihi kadar eski olan “politik sosyal yaşam” kavramını artış gösteren savaş türleri, sosyal problemler ve bu problemlere ait çözüm biçimleri zorunlu hale getirmektedir. Avrupa Birliği'nin ortaya çıkma zorunluluğu da bunun neticesinde oluşmuştur. Avrupa Birliği kuruluşu 6 Batı Avrupa ülkesi tarafından Almanya ve Fransa önderliğinde gerçekleşmiştir. Kuruluş felsefesi Robert Schulman'ın “Dünyadaki barışı riske sokan tehlike türlerinin büyüklüğüne bir şeyler ortaya koyucu çalışmalar bulunmaksızın barış güvencesi sağlanamaz. Avrupa, illaki tek seferde sadece bir planlama çerçevesinde bina yapılamaz. Ama Avrupa, beraberlik meydana getirilmesini oluşturacak nesnel başarı türleri çerçevesinde kuruldu.”³ sözleridir. Bu manada incelediğimizde Avrupa Birliğinin kurulma düşüncesi ve politik sosyal hayat durumuna dönüşme aşamaları önceden de ifade edildiği üzere “sosyal yaşamın üretimini yaptığı problemleri çözümleme usullerinin” neticesi şeklinde kuruluşunu gerçekleştirmiş ve bu manada ilerleme göstermiştir. Avrupa Birliğinin kuruluş göstermesi ve daha sonrasında Avrupa Birliği üyesi

¹ Tuncay, s.7

² M. Prelot, Politika Bilimi, (Çev. N. Önal), İstanbul 1972, s.26.

³, <http://emo.org.tr/ekler/schulmanbildirgesi>, s.1, (20.03.2019)

Ülkelerin artış göstermesi ile aralarında oluşan anlaşmazlıklar ve problemler azalmış, hem iktisadi hem de zenginlik ve savunma biçiminde ye ülkelerin gelişim göstermelerinde büyük bir ilerleme ortaya çıkmıştı

1.3. İktisadi Yönden Avrupa Birliği

Avrupa Birliği fazla fazlasıyla zorluklar ve önemli seviyedeki küresel belli olmayan durumlarıyla karşı karşıya kalındığı ve ekonomik, parasal ve siyasi bütünleşmenin yeniden sratlendiği bir anda, yaygınlaşma siyaseti kıtadaki barışa, güvenliğe ve huzura ilave sağlamayı sürdürmektedir. “Katılma ihtimali, sert fakat adaletli bir şartlılık kapsamında, toplumların dönüşümünü sağlayan, halk ve çalışma yaşamı açısından ağdaş olanaklar sağlayan politik ve iktisadi reform türleri ortaya konulmasını yardımcı olmaktadır. Bunun yanında, yaygınlaşma, Birlik politik ve iktisadi kuvvetini de çoğaltmaktadır.”¹ Avrupa Birliği, yaygınlaşma siyaseti aracılığıyla liderlik sıfatını alarak, daha kuvvetli ve birleşmiş bir kıtanın yararlarını sağlayacak ve bu şekilde global bir rol yapıcı şeklinde kapasite gücünün devam ettiğini ortaya koyacaktır.

Avrupa Birliği tarafından oluşturulan gelişme hali, ticaret ortaklığı ve huzur beraberinde belli başlı problemleri de birlikte getirmiştir. “2008 yılından günümüze kadar avro alanında fazlasıyla gerçekleşen ekonomik karışıklarda yaşamını sürdürme mücadelesi vermektedir. Kaos ilk kez görülmeye başladıkları zamandan beri avro bölgesi elemanları, problemin yapı ile ilgili sebeplerini yok etmeye hedeflenen birden çok boyutu olan ve aynı süreli önlemler ortaya koymak yerine birbirlerini “suç işlemiş” durumuna sokmaya çalışmaktadırlar.”²Bu hususa siyasi iktisadi bakış açısından yaklaşım gösteren Euro bölgesi içindeki kaosun esasında “yeliği olan devletlerin sorumluluk taşımayan siyasetlerinden” daha fazla Euro bölgesinin yapısallığından ortaya çıkan biçimsel problem şeklinde bulunan “iktisadi bütün hale gelme, politik parçalanmış olma hali” çelişkisinin bulunduğu ileri sürülmektedir. “Euro bölgesi olarak ifade edilen yerin ilerisi, Birliğin ye devletlerinin bu çelişkiyi ne şekilde yanıtlayacakları noktasında biçimlenecektir.

¹ Canbolat, s.126

², <http://emo.org.tr/ekler/schulmanbildirgesi>, s.1, (25.12.2018)

Bu eksen içinde sayısı fazla olmayan üyelerle fazlaca bütün hale gelmeyi iddia eden fakat monolitik Avrupa Birliği yapısal halini de gündemi içinden çıkaran “A la Carte Avrupa” model yapısının, Avrupa Birliği’nin bütün hale dönüşmesinde “ikinci en güzel çözümleme” şeklinde gelecek yıllarda gündem oluşturacağı ifade edilmektedir.”¹ Bütün bu ilerlemelerin Türkiye’nin Avrupa Birliği bağlantılarında “ayrıcalıklı ortaklık” olmayıp, “esnek üyelik” model tipine somut uygulama sahası oluşturulacağı ileri sürülmektedir.

Geçen asrın son çeyrek içine kadar vurgulanan globalleşme aşamasında gittikçe derin hale gelip, birden çok boyut kazanırken, 2008 senesinde ortaya çıkan global kaosun dünya iktisadi yapısı üstündeki negatif etki durumlarının yoğunluğu en fazla yaşanan alan Avro Bölgesi olmuştur.

İktisadi kaos ile ortaya çıkan politik ve toplumsal problemler Avrupa Birliği’ne üye devletlerin koruma yapıcı siyasete türlerine yönelim göstermesine ve Avrupa bütünlüğünün içine kapanma göstermesine neden olmuştur. Bu duruma ek olarak, 2004 senesindeki kapsam sahibi yaygınlaşma dalga durumu hitamında “yaygınlaşma yorgunluk haline” dahil olduğu da Avrupa Birliği’nin en önem verilen harici siyaset aracı olan yaygınlaşma siyasetinin önem durumunun azalma göstermesine sebebiyet vermiş, Türkiye’nin katılma toplantılarına da negatif etkilemiştir. Toplumsal-iktisadi transformasyon, aktif sosyal yapısı ile, kuvvetlenen iktisadi yapısıyla, bölge içindeki ağırlığı ile Türkiye’nin değişik sahalarda Avrupa Birliği içine yapacağı ilaveler ve her iki yönün birbirlerine artış gösteren bağımlı olmayı göz önüne alındığında müşterek bir gelecek kaçınılmazdır.

¹, <http://emo.org.tr/ekler/schulmanbildirgesi>, s.1, (20.03.2019)

2. AVRUPA BİRLİĞİ KURUMLARI

Tüm politik sistem tipleri türlü unsurlardan meydana gelir. Bir politik yapılanma olan Avrupa Birliği de kendisinde türlü sahalarda iş paylaşımı gerçekleştirdiği kurum tiplerinden meydana gelmektedir. Bu kurum tiplerinin aracı olmaları ile sosyal yaşamın üretimini yaptığı problemlere kendisinde sonuçlandırılmaya uğraşılacaktır.

2.1. Avrupa Parlamentosu ve Bakanlar Konseyi

Avrupa Birliği yapısı içinde bulunan Avrupa Parlamentosu, doğrudan halklarca seçilen üitedir. Avrupa Birliği'nin üyesi ülkelerin vatandaşları olan Avrupa vatandaşları 5 yılda bir yapılan Avrupa Parlamentosu seçimlerinde oy kullanırlar. “En son parlamento seçimi Avrupa Birliği (AB) üyesi 28 ülkede 22-25 Mayıs 2014 tarihleri arasında sekizinci defa düzenlenmiştir. Ayrıca 2014 AP seçimleri, AP için en kapsamlı seçim olmasıyla dikkat çekmiştir. AP'deki 750+1 milletvekilliği için yaklaşık 450 parti ve listelerden 12.000'den fazla aday rekabet etmiştir”¹ Devletlerin kaç tane milletvekili ile temsil edileceği devletlerin nüfusuna göre tespit edilmektedir.

Parlamento yasal manada bir yasama organıdır. Fakat ilk önceden Avrupa Birliği içinde yasama yetkisini karar verme organı şeklinde Konsey kullanmıştır. Parlamentosunun ise bu aşamada reel bir yasama organı haline getirilmesine çalışılmıştır. Roma antlaşmasının gerçek metninde parlamento bir görüşme ve danışma organı şeklindedir. Avrupa Parlamentosu'nun bir yasama organı şeklinde üye ülkelerce kabul edilmesi çok zor olmuştur.

Parlamento içindeki yasama aşamalarında bulunan yetkiler önceden yalnızca danışma özelliği gösterirken daha sonra bu yetkilerde artış izlenmiştir. Bu durum “demokrasi açığı” kavramı ile izah edildiğinde; parlamentosunun birlik yasama mekanizması içinde yeter seviyede bir fonksiyonunun olmaması, birlik karar alma aşamalarında demokrasi açığı olarak değerlendirilmiştir. Bu çerçevede siyasal boşluk problemini çözümlmek amacı ile parlamento yetkileri devamlı şekilde

¹ E. Bozkurt - M. Özcan - A. Köktaş, Avrupa Birliği Hukuku, Ankara, 2006, s.72

fazlalaştırılmaktadır.”¹Avrupa Tek Senedi, yürürlüğe girene kadar Parlamento yasama süreci kapsamında sadece kontrol yetkisine sahip olmuştur. Bu çerçevede, komisyon tarafından gerçekleştirilen bir teklif üzerine konsey, parlamento düşüncesine başvuru yapıyordu.

Konseyin meclis tarafından izah edilen görüşe kesin bir şekilde dikkat etmesi şeklinde bir yükümlülüğü bulunmamakla beraber antlaşma içinde öngörülen hallerde parlamento düşüncesine müracaat etmek gerekli görülmüştür. Bir başka ifadeyle parlamento, birliğin tamamen yasama birimi durumunda bulunmamakla beraber birden fazla hususta konsey karar verirken parlamentonun görüşlerine müracaat ediyordu. “Meclis ve komite bütçe yönünden yükümlülükleri paylaşırlar. Meclis senelik bütçenin (2016’da 155 Milyar ECU) oylamasını gerçekleştirmekte ve bütçede gelir gider uygulamalarını izlemektedir.”² Bu şekilde birliğin siyasi önceliklerinin daha öncelikli olmasını sağlamaktadır.

Birlik yasa ortaya koymak istediğinde üç basamaklı bir süreçte takip etmektedir. Kanun haline getirilecek öneriler komisyonca düzenlenir, meclis ve konsey tarafından da söz konusu önerilerin kanun haline getirilerek yürürlüğe alınmasında sorumluluk paylaşımı yapılmaktadır.

Konsey, (Bakanlar Konseyi) Avrupa Birliği üye devletlerinin yönetimlerinde görev yapan bakanlardan oluşan bir birimdir. Konsey üye devletlere menfaatlerin verildiği bir birimdir. “Konseyin birleşimlerine, karar verilecek husus yönünde üye ülkeleri temsil eden ilgili bakanlar iştirak etmektedir. Mesela toplantı gündemi iktisat ya da mali politika ile bağlantılı ise, üye ülkelerden ekonomi ve maliye ile ilgili bakan düzeyinde katılımı gerçekleşmektedir. Konseyin başkanlığı 18 ay süresince görevi sürdürecektir olan 3 üye ülkeden meydana gelen, sürekli tutarlılık göstermek durumunda olan takımlarca yönetilir.”³ Bu biçimde başkanlık vazifesi 6 aylık periyodlar ile üye devletlerarasında değiştirilmektedir.

¹, <http://www.deltur.cec.eu.int/default.asp?lang=0&pId=3&fId=6&prId=2&hnd=1&or>, s.1, (20.03.2019).

² E. Tezcan, Avrupa Birliği Kurumlar Hukuku, Ankara, 2005, s.10

³ Ö. E. Karahanoğulları, Avrupa Konseyi ve İdare Hukuku, <http://www.danistay.gov.tr/>, s.1, (20.03.2019)

Konsey çalışmalarında yardımcı olmak için öncelikle, üye devletlerin birlik içindeki büyükelçilerinin oluşturduğu Daimi Temsilciler Komitesi (COREPER), çeşitli komiteler ve çalışma takımları görev yapmaktadır.

Birçok konuda tüm üye devletleri kapsamına alan yasal düzenlemelere onay verme yükümlülüğünü Avrupa Parlamentosu yardımıyla paylaşan Kurul, Avrupa Parlamentosu ile birlikte bütçeyi de onaylamaktadır. Kurul üç değişik karar verme mekanizması bulunmaktadır. Bunlar: oylama, oy eşitliği, oy fazlalığı ve nitelikli çoğunluktur. Lizbon da imzalanan antlaşma sonunda Konsey de esas oylama usulü nitelikli çoğunluk şeklinde belirlenmiş, oybirliği ve basit oy çokluğu usullerinin istisnai durumlarda kullanılmasına karar verilmiştir.

Ortak Dış ve Güvenlik Politikası zamanımızda halen çok fazla üye devletin oybirliği ile karar aldığı en önemli ayrıcalıklı konulardandır. Yeni üye devletlerin katılması da Konsey içinde oybirliği yöntemi ile onaylanmaktadır. Lizbon da imzalanan antlaşma öncesinde geçerliliği bulunan düzenlemede, bilhassa oy çoğunluğu yönteminde üye ülkelerin her birinin nüfusuna, fiziki ve ekonomik büyüklüğünde belirlenmiş oranda oyu bulunmakta olup, sistemde ağırlıklı oy esaslı bulunmaktadır. Nitelikli çoğunluk yöntemi kapsamında kararların alınabilmesi için toplam 345 olan rey sayısının 255 adedinin olumlu olmasının gerekliliği şeklinde üye devletlerin yarıdan fazla kısmının olumlu düşünce bildirmeleri zorunludur.

Konsey de nitelikli çoğunluk ile karar verilmesi gerçekleştirilirken, herhangi bir devlet gerekli gördüğü taktirde, alınan karar için olumlu görüş bildiren devletlerin, birlik nüfus toplamı içinde %62 oranını karşılayıp karşılamadığının belirlenmesi talep edilebilir. Bu durumda %62 oranına ulaşmamış ise söz konusu karar reddedilmiş olarak kabul edilir.”¹Lizbon Antlaşması ile getirilen nitelikli çoğunluk sayısına ait yöntem 2017 yılı itibariyle uygulanmaya başlanmıştır.

Bu yıldan başlayarak nitelikli çoğunluk yöntemiyle karar ortaya konulabilmesi açısından üye devletlerin %55’ni, AB’nin ülkelerinin toplam nüfusunun %65’ni temsil etmesi ve en az 15 üye devletin oy vermesi gereklidir. Eğer azınlık ülkelerce blokaj durumu söz konusu ise, nüfus esaslı olacak şekilde en

¹ Karahanoğulları, <http://www.danistay.gov.tr/>, s.1, (20.03.2019)

az 4 üye devlet şeklinde belirlenmiştir. Avrupa Konseyi, üye devletlerin ekonomik politikalarında bulunması zorunlu uyum halini ortaya koymaktadır. Özellikle üye devletlerin AB'nin Ortak Dış ve Güvenlik politika alanına taraftar politikanın belirlenmesinde, Avrupa Birliği Daimi Konseyi ile birlikte yetkilidir. Bununla birlikte Konsey, Avrupa Birliği adına üçüncü ülkeler ve ülkelerarası örgütlenmeler ülkelerarası antlaşmaların imzalanmasını sağlamaktadır.

2.2. Avrupa Komisyonu ve Avrupa Birliği Daimi Konseyi

Avrupa Komisyonu, yasamanın başlamasından, AB müktesebatının yürütülmesini gerçekleştiren organ olarak, bütçenin ve programların uygulamalarının gerçekleştirilmesinden ve idari denetiminden sorumludur. Komisyon 27 üye ülkenin belirlediği kişilerden oluşmaktadır. Bu kişilere “Komiser” denilmektedir. Bir veya birden çok AB politikasının yönetim sorumluluğu bu komiserlerdedir. ”Sorumluluklarını yerine getirirken özgür karar vermektedir, herhangi bir kurum ya da kişiden emir almamaktadır.”¹ Zorunlu güvence elde edildikten sonra, komisyonun nitelikli çoğunluğu alınarak, üye ülkelerin zirvesinde atanmaktadır. Komiserler 5 yıllığına seçilmektedirler ancak görev süreleri uzatılabilmektedir. Komiserle kendi ülkelerinin menfaatinden daha çok Avrupa Birliği menfaatlerini gözetmek durumundadırlar ve bu şartla bu göreve atanmaktadırlar.

Özen gösterilmeden yapılan yetersiz Türkçe çevirilerden ötürü bazen “Avrupa Konseyi” olarak ifade edilmesi kavram kargaşasına sebebiyet vermektedir. Lakin “Avrupa Birliği'nin Devlet ya da Hükümet Başkanları Konseyi'nin (DHBK) temel metinlerinde Avrupa Konseyi olarak bahsedilmektedir. Bu kavram doğru ancak, batı ülkelerinin lisanlarındaki anlatım farklılığı sebebiyle bunun diğer ülkelerarası organizasyon olan Avrupa Konseyi ile karıştırılması önlenmektedir.”² Avrupa Birliği'nin karar organı olarak görev yapan ve bağlı bakanlarından meydana gelen bir başka Avrupa Birliği organı da Konsey kavramı ile açıklanmaktadır.

Avrupa Birliği Daimi Konseyi, Avrupa Birliği devletlerinin başbakan veya devlet yöneticileri ile Avrupa Birliğinin Daimi Konseyi Başkan ve Avrupa

¹ G. Tekinalp – U. Tekinalp, s.78.

² Canbolat, s.161.

Komisyonunun Başkanı katılımıyla oluşan toplum yılda dört defa toplanır. Konsey, Avrupa Birliği'nin ilerlemesi ve Avrupa bütünlüğünün devam ettirilmesi taraflı öncelikli hedefleri ve temel politikaları belirleyen kararlar ortaya koymaktadır. Avrupa Birliği Daimi Konseyi'nin yasama hakkı ; Avrupa Birliği üye devletleri üst düzey yöneticilerinin toplandıkları ve temel politikaların belirlendiği yer olması sebebiyle siyasi bir kuvvet ve yönlendirme gücü taşımaktadır. Avrupa Birliği Daimi Konseyi zirvesinde, üye devletler tarafından 2,5 yıllığına ve görev süresi bir defa uzatılabilecek olan bir başkan seçilmektedir. Toplantı başkanı, birliğin dışışleri ve güvenliği politikasının üst düzey temsilcisinin idari hakları gizli bulunmak koşuluyla, Birliği dışarıya karşı temsil etmekle görevlidir. Zirve Başkanı, aynı zamanda kendi ülkesinde önemli bir üst düzey görevde olmak durumundadır.

2.3. Avrupa Adalet Divanı ve Sayıştay

Avrupa Adalet Divanı, Avrupa Birliği hukuk yapısının, her üye devletin hukuk yapısından yukarıda tutarak, her devlete eşit biçimde uygulama yapılmasını hedefleyen ve bunu gerçekleştirirken de yasalara en doğru biçimde yorum getirilmesini gerçekleştirmekten sorumlu AB yargı birimidir. Avrupa Adalet Divanı, Avrupa Birliği yargılama birimi olarak görev yapmakta olup, adalet divanı, genel mahkeme ve uzman zorunluluğu bulunan mahkemeler şeklinde üçe ayrılmaktadır. “Adalet Divanı'nın esas amacı, Avrupa Birliği yasalarının Avrupa Birliği üye devletlerinin tümünde eşit biçimde yorumlanarak uygulanmasını sağlamaktır. Divan, Avrupa Birliği yasalarının yorumlanmasında ve uygulanmasında kanunlara saygılı olunmasının sağlanması, devletlerin kendi kanun sistemleri ile Avrupa Birliği'nin kanunları arasındaki ilişkilerin düzenlenmesi, kanuni denetim, yorumlama, uyum gösterememe durumlarında problemlerin çözüme kavuşturulması, kanun çıkarılması ve yasal boşlukların ortadan kaldırılması işlevlerini gerçekleştirmektedir.”¹ Divan her üye devletten görevlendirilmiş bir hakimden, Genel Mahkeme ise aynı şekilde her üye devletten en az bir hakim olmak koşuluyla 27 hakimden oluşmaktadır. “Divan ve Genel Mahkeme'ye sekiz tane Hukuk Sözcüsü, mahkemelerle bağlantılı düşünceleri ile yardımcı olmaktadır. Hakimler, üye devletlerle yapılan antlaşma gereğince altı yıllığına atanırlar ve yeniden atanabilme durumları da bulunmaktadır. Hakimlerin

¹ E. Bozkurt – O. Mehmet - A. Koktaş, Avrupa Birliği Hukuku, Ankara, 2001, s.83.

kararlarında özgür olmaları, durumlarını güvenceye alan kanuni düzenlemelerle sağlanmaktadır.

1975 yılında işlevine başlamış olan Avrupa Sayıştay'ı, Avrupa Birliği'nin tüm gelir ve giderlerini incelemekte, işlemlerin kanunlara ve sisteme uyumlu yapılıp yapılmadığını kontrol etmektedir. Sayıştay denetimi, gelir ve giderlerin yasalara uygunluğunun sağlanarak düzene alınmasını ve iyi bir mali idarenin oluşturulmasını gerçekleştirmektedir. "Avrupa Sayıştay'ı her bir üye devletten bir üye bulunacak biçimde 27 üyeden oluşmaktadır. Üyeler, konsey tarafından parlamento görüşü alındıktan sonra 6 yıllığına atanırlar. Bu bireyler, kendi devletlerinde denetim kurumlarında çalışan ya da çalışmış, bu görev yönünden özellikleri taşıyan kişilerden seçilmektedirler."¹ Sayıştay üyelerinin özgür bulunmaları ve tarafsızlıklar güvence altındadır.

2.4. Avrupa Yatırım Bankası

Tüzel kişiliği olan bağımsız bir Avrupa Birliği birimidir. Görevi, para birimi Euro olan Avrupa Birliği'ne dahil devletlerden meydana gelen Avro bölgesi içinde para düzenini gerçekleştirmektir. Bu vazifesini üyeliği bulunan devletlerin merkez bankaları ve Avrupa Yatırım Bankasından meydana gelen Avrupa'nın merkez bankaları sisteminde yapmaktadır. Bu kapsamda AB para siyasetinin belirlenmesi ve uygulanmasının gerçekleştirilmesi, yabancı para faaliyetlerinin idaresi, üyeliği bulunan ülkelerin resmi yabancı para stoklarının korunması ve idaresi, ödeme sistemleri içeriğinin düzenli çalışmasının gerçekleştirilmesini sağlamaktadır. Avrupa Yatırım Bankası Avro bölgesi içinde kâğıt paranın basımını onaylama hususunda tek sorumludur. Almanya'nın Frankfurt şehrinde yer almaktadır. Burada karar verme birimleri, yürütmenin gerçekleştirildiği kurul, yönetimin yapıldığı konsey ve genel toplantıların yapıldığı kurul bulunmaktadır.

¹ G. Tekinalp – U. Tekinalp, s.195.

2.5. Diğer Kurum, Organ ve Ajanslar

Diğer Avrupa Birliği kurumlarına yardım ve destek amaçlı organlardır. “Bölgeler Komitesi, Avrupa Birliği içinde bulunan yerel ve bölgesel yönetimlerin temsilcilerinden meydana gelen danışmanlık yapabilme özelliği bulunan bir birimdir.”¹ Avrupa Birliği Antlaşması’nın 13. maddesi içinde ifade edilen Avrupa Birliği’nin kurumlarının dışında birden fazla birim, ajans ve ofis AB kapsamında türlü faaliyetler yapmak için faaliyetler ortaya koymaktadır.

Ekonomik ve Sosyal Komite: AB çalışmasına ait antlaşmanın 300. maddesine göre; meclise, konseye ve komisyona destek sağlamak hedefiyle gerçekleştirilmiş bir danışmanlık birimidir. Karar çeşitlerinin bağlayıcılığı olmayıp, danışmanlık hizmeti özelliğindedir. İşçilerin ve işverenlerin oluşturdukları toplum birimlerinin farklı çıkarlarını temsil eden gruplar arasından seçilen kişilerden meydana gelir. Komite Avrupa’nın bütün hale gelmesinin genelin menfaatleri kapsamında faaliyetler ortaya koymakta ve üye ülkelerin özgürlüğü antlaşması kapsamında şeffaf şekilde düzenlemeler yapmaktadır. Komite üye adedi 350 ile sınırlı olup, mevcut üye adedi 344’dür.

Üyelerin dağılım şekli, ülkelerinin fiziksel ve iktisadi büyüklük durumlarına göre değişiklik ortaya koymakta olup, üyelerin belirlenmesinde, iktisadi ve toplumsal yaşamın farklı bölümlerinin uyumlu biçimde temsiline özen gösterilmektedir.. Komite içinde temsili gerçekleşecek toplumsal faaliyet sınıflarına; üretim yapanlar, çiftçilikle uğraşanlar, taşımacılık yapanlar, işçi sınıfı, tacir kimseler, zanaatkar bireyler, meslekleri bulunanlar, kadınların kurdukları dernekler ve tüketim organizasyonları misal şeklinde sunulabilir.

Komiteden danışmanlık istenilmesi belli başlı hallerde gerekli, belli başlı hallerde ise tedbir niteliği göstermektedir. Zira Antlaşma içeriğinin 304.’maddesi gereğince Antlaşma içeriğinde belirtilen hallerde meclis, konsey veya komisyonun ve sosyal komiteden danışmanlık alması zorunludur. Bu durumun haricinde, bahse konu kurum türlerinin, kabul ettikleri her halde komiteye düşünce için başvuruda bulunması ihtimal bulunduğu gibi, Ekonomik ve Sosyal Komite’nin zorunlu bulması

¹ İ. K. Ülger - İ. Kaya, Avrupa Birliği’nin ABC’si, İstanbul, 2007, s.63.

durumunda kedisinin insiyatif göstermesi ile düşüncesini belirtmesi olasıdır. Adli süreç kapsamında düşüncelerine müracaat edilmesinden başlayarak 1 aydan az olmaması şartıyla tespit edilen zamanda komitenin düşüncesini ifade etmemiş bulunması, ilerideki etkinliklerini önlememektedir.

Bölgeler Komitesi: Bölgeler Komitesi, Avrupa Birliği'nde yerel ve bölge yönetimi temsilcilerinde oluşan danışmanlardan bir komisyon şeklinde AB mekanizması antlaşmasının 305. ve 307.maddeleri ile düzenlenmişlerdir. Avrupa kara parçası üzerinde bulunan tüm devletlerin bütünleştirilmesi genel menfaatlerde etkili olan komitenin üye sayısı 350' den çok olmamaktadır. Halen 344 üyesi bulunmaktadır.

Antlaşmanın 305. maddesi gereğince üyeler 5 yıllık süre için üye devletler tarafından teklif edilen adaylar arasından konseyce atanırlar ve görev süreler, devamlı yenilenebilmektedir. “Söz konusu düzenlemelerin Komite düzenlenmesi komisyon önerisine göre konsey tarafından oybirliği ile verilecek kararlar ile belirlenmesi tavsiye edilmiştir. AB'nin çalışma biçimine ait antlaşmaya ek geçiş yasalarına ait 36. protokolün 8. maddesince bu karar alına kadar ki süreçte Ekonomik ve Sosyal Komite üye sayısının kaç kişiden oluşması belirlenmiş olup, bu sayılar üst paragraflardaki gösterilen sayılarla uyum göstermektedir.”¹Antlaşmada komite üyelerinin aynı zamanda Avrupa Parlamentosu'nun üyesi olamayacağının düzenlenmesi gerçekleştirilmiştir.

Antlaşmanın 306. ncı maddesinde, komite üyelerinden 2,5 yıllık bir süre için başkanlık yapacak devleti tespit edeceği ve Parlamentosu'nun, Konseyin veya Komisyonun talebi ile ya da kendiliğinden toplanabileceğinin düzenlenmesi yapılmıştır. Bölgeler komitesi, değişik uzmanların oluşturduğu gruplardan meydana gelmiştir. Komitede bununla birlikte değişik alt komitelerde kurulabilmektedir. Çıkarılacak kararlara ait önerileri ya da sorunlara ait tavsiyelerde söz konusu alt komiteler tarafından düzenleme yapılır.

¹ D. Tezcan, Türkiye Hakkında Yapılan Kişisel Başvuruların Mahiyeti ve İrdelenmesi, İnsan Hakları ve Yargı, Adalet Bakanlığı Eğitim Dairesi Başkanlığınca 14–15 Mayıs 1998 Tarihlerinde Antalya'da Düzenlenen Seminerde Sunulan Bildiriler, Ankara, 1998, s.54

Avrupa Yatırım Bankası: Avrupa Yatırım Bankası'nın öncelik taşıyan amacı, Avrupa Birliği gelişimin de katkısı denge gösterir şekilde sağlamaktır. "Avrupa Yatırım Bankası Avrupa Birliği finansman kurumu özelliği taşımaktadır ve Birlik amaçlarına ulaşmasına destekte bulunacak yatırım türlerinin finansmanı için kurulumu yapılmıştır. Avrupa Birliği çalışmasında ait sözleşmenin 308. ve 309. Maddeleriyle Avrupa Yatırım Bankasının durumu ile ilgili 5 numaralı sözleşme içeriğinde bulunmaktadır."¹ Bununla birlikte, Trans-Avrupa taşımacılık ve telekomünikasyon ağları gelişimine, çevre korunmasının sağlanmasına, enerji kaynakları türlerinin devamlılığının gerçekleştirilmesine, Avrupa sanayinin ve KOBİ türlerinin devletlerarası seviyede rakip olabilme kuvvetlerinin artışı yönlü finansman kredisinin sağlanması, Avrupa Yatırım Bankası'nın asıl vazifesini ortaya koymaktadır. Banka ayrıca, Avrupa Birliği kapsamında bulunmayan üçüncü devletler içindeki uygun projelerin kredi yöntemi ile desteklenmesi aracılığı ile Birlik üyesi bulunmayan ülkelere yönelmiş işbirliği politika türlerinin yaşama geçirilmesine destek olmaktadır.

Avrupa Ombudsmanı: Maastricht Antlaşması ile Avrupa Birliği kurumsal yapısı içine dahil edilmiş bir kurum olan Avrupa Ombudsmanı, Avrupa Parlamentosu tarafından tekrarlanabilen 5 senelik bir zaman için ataması yapılır ve bağımsız hareket etmesi de antlaşmalarda garanti edilmiştir. "Avrupa Birliği çalışmasına ait sözleşmenin 20. maddesi içinde Avrupa Ombudsmanı başvurusunda bulunmak birliğin halklarının sahip oldukları hak türlerindendir. Sözleşme 228. madde gereğince Avrupa Parlamentosunca tercih edilen Avrupa Ombudsmanı durumunda bulunan makama birlik halkı veya üye bir ülkede yerleşik durumunda bulunan gerçek ve tüzel kişiler başvuru yapabilir. "Söz konusu bireyleri, birliğin organları, kurum türleri ya da başka ünitelerinin faaliyetleri içinde iyi olmayan idareye ait sızlanmaları Avrupa Ombudsmanına verirler ve Ombudsmanda bu şikayetleri inceleyerek inceleme sonucu düzenler."² Avrupa Adalet Divanı kanuni yükümlülüklerini kullanım yaptığı sıradaki işlevleri ise bu içerikte bulunmamaktadır.

¹ Tezcan, s.54.

² F. Arsava, Topluluk Hukukunun Genel Yapısı, 1991, s.71.

Ayrıca, Ombudsman verilen bir hususun sonrasında mahkemeye gelmesi durumunda da Ombudsman yapılan çalışmayı mahkemenin sonuna dek erteleme yaparak, mahkeme neticesi çerçevesinde mahkemeye konu olan hususta ne işlem yapılacağına karar verilecektir. Ombudsman kendince incelemeye geçebilir, direkt ya da bir Avrupa Parlamentosunun üye devleti vasıtasıyla kendine ulaştırılacak sızlanmaları da araştırabilecektir. Ombudsman sızlanmasının doğru olduğuna ait verileri elde ettiğinde, 3 ayda yanıtlanması açısından ilgisi olan kuruma müracaat edecek ve kurum yanıtına kendi düşüncesini de ilave ederek, Avrupa Parlamentosu ve bağlı kuruma verecektir. Bunun haricinde, her sene incelemelerin neticelerini ihtiva eden bir genel inceleme sonucu da Ombudsman yönünden Avrupa Parlamentosuna verilmektedir.

3. BİR ENTEGRASYON SÜRECİ OLARAK AVRUPA BİRLİĞİ ve TARİHSEL ARKA PLAN

Avrupa Birliği'nin tarihçesi M.Ö 7.yüzyıla kadar dayanmaktadır. Öyle ki; “Avrupa” sözcüğü ilk kez Yunanlılar tarafından M.Ö. 7.yy da yaşadıkları bölgenin kuzeyinde, bilmedikleri bölge için kullanılmıştır. Bu bir Fenike kelimesidir ve “güneş batan bir yer” demektir. Roma İmparatorluğu Akdeniz'i bir iç göle dönüştürürken, Roma kültürünün Avrupa'da hakim olduğu Batı Roma, 476 yılında barbar saldırılarla yok edilmiş ve Latin ve Alman krallıkları Avrupa'da yönetilmiştir (7. yüzyıldan itibaren).”¹ Son dönemde Roma'da, Hristiyanlık Avrupa'da yayılmış ve kıtanın ortak dini haline gelmiştir.

Avrupa'nın güneyindeki İslami fetihler, Avrupa'yı Akdeniz'in güneyinde kesiyor. 800 yılında Kutsal Roma-Alman İmparatoru olarak ilan edilen Charlemagne, Avrupa'yı büyük bir kontrol altında tutuyor ve Avrupa'yı ilk kez Avrupa'ya sunmak için kullanıyor. “Bir sonraki dönemde, “rex pater Europae” terimini kullanacaktır. Hristiyanlığın kökenleri ile Avrupa, bir “Hristiyan topluluğu” haline gelmiştir.

¹ Tezcan, s.54.

14.yüzyıla kadar Avrupa sözcüğü hiç kullanılmamıştır. ”¹ Bu dönemde “Birlik” te anlaşılan Hristiyan devletlerin birliğidir. 13. yüzyılda şair Dante böyle bir “birlik” den bahsetmiştir. Yani Avrupa Birliği için “birlik” kavramı 13.yy da temel taşı olmuştur. “Avrupa düşüncesinin tam olarak cisimleşmesi İkinci Dünya Savaşı sonrası olmuştur. Böylece, “Avrupa düşüncesi” gerçek bir seçim olarak algılandı ve Avrupa siyasetinin odağı oluşturdu.”² İkinci dünya savaşına kadar Avrupa düşüncesi olgunlaşmış ve İkinci Dünya Savaşı sonunda da bu fikrin vücut bulması kaçınılmaz olmuştur.

1950’li yılların başında Alman-Fransız Kömür ve Çelik üretiminin tümünün Schuman Planı’yla ortak bir yüksek otoriteye bırakılmasıyla bütünleşme süreci, 1958 yılında Avrupa Ekonomik Topluluğu (AET) ve Avrupa Atom Enerjisi Topluluğu (AAET) fiilen kurulmasıyla ilerleme sağlanmıştır. “1967’de Avrupa Toplulukları ortak Konsey ve Ortak Komisyona bağlanarak kendi aralarında kısmen de olsa birleştirilmiştir.”³ 1968’de Topluluk endüstri ve tarım ürünlerinden kotalar kaldırılıyor, ortak gümrük tarifesi belirliyor ve böylece oluşturulan gümrük birliği çerçevesinde ekonomik bütünleşme anlamında bir adım daha atılmış oluyordu. Sosyal, politik ve ekonomik alandaki bu bütünleşme ile Topluluk içi ticarete büyük bir artış gözlenmiştir. Bu da entegrasyonun bir sonucu olarak görülüyordu.

Topluluğun karar alma sürecinin iyileştirilmesi ve parlamentonun buna katılımını daha etkin kılmak için 1987’ de yürürlüğe giren “Avrupa Tek Senedi” ile bu gereksinim karşılanmıştır. “Soğuk Savaş döneminde, iki kutuplu uluslararası sistem 1992’de sona erdiğinde Maastricht Birlik Anlaşması, Ekonomi, Adalet İçişleri, Dış Politika ve Güvenlik Politikası başlıklarında bir “Avrupa Birleşik Devletleri” inşa etme hedefini ortaya koydu. Böylece, entegre bir Avrupa’nın, uluslararası sistemde tek birleşik bir devasa güç olarak belirleyici bir rol oynayan küresel bir aktör haline geleceği hesaplandı.”⁴ Bu amaçla, tüm kıta ülkelerinde ekonomik, politik ve coğrafi entegrasyonu hızla tamamlamak arzusundaydı. “Maastricht Antlaşması”

¹ A.S. Açıkmeşe, Avrupa Birliği’nin Geleceği Konvansiyonu’nda Ortak Dış ve Güvenlik Politikası’nın Yeri, Ankara, 2002, s.101

² Açıkmeşe, s.101

³, “Avrupa Güvenliğine Rusya Faktörü ve Enerji Boyutun Etkileri”, Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi (15), C.170, S.195, Antalya, 2008, <http://iibf.akdeniz.edu.tr/fakulte-dergisi>, s.172, (20.03.2019)

⁴ Açıkmeşe, s.101.

ile ortak bir dış politika, güvenlik politikası için yöntem ve araçlar tespit edildi. “Bu kıta entegrasyonunun teknik, kurumsal ve yasal altyapısını oluşturmak için 1997 Amsterdam Antlaşması, 2001 Nice Antlaşması ve nihayetinde 2004 Anayasal Antlaşması sonuçlandırılmıştır. 2005 yılında Fransa ve Hollanda’da yapılan Anayasal Antlaşmanın referandumlarda reddedilmesinin ardından, Avrupa entegrasyonu ile ilgili bir kriz dönemi girilmiştir.”¹ 2007’de Anayasal Antlaşma’nın reforma tabi sürümü olan Lizbon Reform Antlaşması Aralık 2009’da imzalandı ve yürürlüğe girerek Avrupa entegrasyonunu bugün gerçekleştirdi.

4. ULUSLARÜSTÜ BİR AVRUPA BİRLİĞİNE NEDEN GEREK DUYULDU

Zaman geçiyor, her şey değişiyor ve yaşananlar yıpratıcı, dağıtıcı etki göstererek eskinin yetmediğini yenilenmenin gerekli olduğunu gösteriyor ve topluluk olarak yeni bir yapılanmanın ihtiyaç olduğunu hissettirmişti. “Yirminci yüzyılın getirdiği sosyal, kültürel ve ekonomik yıkımlardan sonra insanların bu savaşların yol açtığı yaraları gidermek amacıyla ülkeler arasında çeşitli “siyasal topluluklar” ortaya çıkmıştır.”² Bu siyasal topluluklardan biri olan ve Uluslarüstü bir yapı haline gelen Avrupa Birliği’ne neden gerek duyulduğunu şu şekilde alt başlıklar şeklinde açıklanabilir.

4.1. Refah ve Güvenlik Açısından

Refah devleti hakkında eleştiri ve sorgulama başladığında 1980’den sonra dahi, sosyal harcamaların GSMH içindeki payı hala dörtte birinden fazladır. “Örneğin, 1980’de GSMH’da sosyal harcamaların payı İsveç’te yüzde 33.1, Danimarka’da yüzde 28.7, Almanya’da yüzde 28.8, Fransa’da yüzde 25.4 ve İngiltere’de yüzde 21.5’tir. Harcamaya bakarak Avrupa’da yüksek (İskandinav ülkeleri), orta (Kıta Avrupalı ülkeler) ve düşük (Akdeniz ülkeleri gibi) harcama yapan üç grup ülkenin harcandığını söyleyebiliriz. Öte yandan, harcamalarında

¹, “Avrupa Güvenliğine Rusya Faktörü ve Enerji Boyutun Etkileri”, Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi (15), C.170, S.195, Antalya, 2008, <http://iibf.akdeniz.edu.tr/fakulte-dergisi>, s.172, (20.03.2019)

² Açıkmeşe, s.101.

önemli bir değişiklik olmadığı anlaşılmaktadır. Değişen koşullar karşısında ülkeler ve mevcut grup karakteristikleri korunur.”¹ Avrupa Birliği’nin kurulmasını izleyen yıllarda üye ülkelerde ticaretin geliştiği, kültürel etkileşimin arttığı ve insan hakları konusunda ileri adımların atıldığını görebiliriz. Bu anlamda değerlendirdiğimizde 20. Yüzyılda meydana gelen iki cihan harbinin yaraları hızlı bir şekilde sarılmıştır.

4.2. Savaşlar ve Diğer Sosyal Olayların Yıkımsal Etkisi.

Avrupa kıtası, Avrupa ülkelerinin iktidar mücadelesi adı altında dünya savaşlarını dile getiren iki büyük savaşın sahnesidir. Avrupa’daki her iki savaş da ciddi hasarlara neden olmuştur. “Bu savaşlarla birlikte kıtanın sosyal, ekonomik, askeri, politik ve hatta psikolojik açıdan kırılması ve ciddi krizler yüzünden derinden rahatsızlığı vardır. Birleşmiş Milletler İkinci Dünya Savaşı sonrasında kurulmasına rağmen Dünya Savaşı ve barışı evrensel seviyede tutma misyonuyla görevlendirilen savaş sonrası dönemin hiç de barış içinde olmadığı görülür.”² Bu gerginlik onu Avrupa’da en çarpıcı hissettirecekti. Görünmeye başlanan iki kutuplu uluslararası sistem, ilk etkilerini Avrupa’da, hatta iki kutuplu sistemin soğuk savaşında, özellikle de Avrupa kıtasında göstermiştir.

İki kutuplu sistemin gerçeği ve çift tutum stratejisi geride kalırken, ulus devletlerin kendi başlarına üstesinden gelemeyecekleri devasa ve iç içe geçmiş bir tehdit vardır. “Terörizm, şiddete karşı radikal eylemler, kitle imha silahlarının yayılması, bölgesel çatışmalar, gelişmekte olan ülkelerdeki kötü kararlar ve sivil uyuşmazlıklar, organize suç ve bunları besleyen kötü sosyo-ekonomik koşullar Soğuk Savaş yıllarının nispeten istikrarlı bir hal almaya çalışmıştır. Avrupa Güvenlik Stratejisi belgesi, bu tehditlerin sadece askeri veya geleneksel ekonomik yollarla kaldırılamayacağını vurgulayan toplu güvenlik, çok taraflılık ve stratejik bölgelerdeki stratejik aktörlerle işbirliği yapma ihtiyacının altını çiziyor.”³ Manevi iklimin hakim olduğu bir ortamda, inşa etmek için uygun bir yöntem değil; ekonomik işbirliği kavramını geliştirmek yerine, ekonomi gibi nispeten daha az sorunlu

¹ Açıkmeşe, s.101.

² G. Aktan, Avrupa Birliği’nin Bizde ve Onlarda Yarattığı Kimlik, Foreign Policy, Türkiye Baskısı, İstanbul, 1999, s.56

³, “Avrupa Güvenliğine Rusya Faktörü ve Enerji Boyutun Etkileri”, Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi (15), C.170, S.195, Antalya, 2008, <http://iibf.akdeniz.edu.tr/fakulte-dergisi>, s.172, (20.03.2019)

alanlarla işbirliği yaparak, siyasi ve askeri alanlarda olumlu deneyimleri zaman içinde bir araya getirmenin daha uygun bir yol olacağı değerlendirildi.

5. AVRUPA BİRLİĞİNİN TEMEL İLKELERİ ve AMACI

Avrupa Birliği ilkönce iktisadi beraberlik kapsamında Avrupa Kömür ve Çelik Topluluğu (AKÇT) kuruluşu yapılsa da, zaman geçtikçe başka devletlerin eklenmesi ile birlikte hedeflerinde tür fazlalaşması ve yaygınlaşma izlenmiştir. Avrupa Birliği doğuş düşüncesi farklılaşmakla birlikte aşağı tarafta ifade edilen prensipler kapsamında organize olmuştur.

“Bu prensipleri dört başlıkta araştırmak olanaklıdır¹;

Esas hak türlerinin, rahatça gezme ile evlilik ve politik hak türlerinin elde edildiği Avrupa vatandaşı olmanın tesis edilmesi, İşçileri ve Adalet alanlarında beraber çalışma ile Avrupa Birliği geneli içinde özgür yaşamak, güven içinde olmak ve yargının adil olmasının oluşturulmasını gerçekleştirmek, bir tane pazar, müşterek para birimi Euro, çalışma alanları meydana getirme, bölge kalkınmanın sağlanması, çevrenin korunması hedefiyle iktisadi ve toplumsal ilerlemeye yardım edilmesini gerçekleştirmek, müşterek harici ve güvenlik siyaseti aracılığı ile Avrupa Birliği etkinliğinin dünyaca kuvvetlendirilmesini gerçekleştirmektedir.”

Avrupa Birliği'nin ulaşmak istedikleri hedefler ise TOBB'a göre şunlardır²:

- “Tarihte iki kanlı dünya savaşı yaşamış olan Avrupa'da sürdürülebilir bir barışın tesis edilmesini sağlamak için,
- Daha yüksek yaşam standartları ve tam istihdam sağlamak için "Ekonomik Entegrasyon" yapılabilmesinin sağlanması,
- Politik entegrasyonun kurulumunun sağlanması.”

¹ Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği (TOBB), “Avrupa Birliği Nedir”, Aydın, Ağustos 2002, [http://www.tobb.org.tr/yayinMudurlugu/Sayfalar/TOBB-Yayinlari.php,s.4,\(25.12.2018\)](http://www.tobb.org.tr/yayinMudurlugu/Sayfalar/TOBB-Yayinlari.php,s.4,(25.12.2018))

² Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği (TOBB), “Avrupa Birliği Nedir”, Aydın, Ağustos 2002, [http://www.tobb.org.tr/yayinMudurlugu/Sayfalar/TOBB-Yayinlari.php,s.4,\(25.12.2018\)](http://www.tobb.org.tr/yayinMudurlugu/Sayfalar/TOBB-Yayinlari.php,s.4,(25.12.2018))

Avrupa Birliği çağın sorunlarına çözüm bulma, dünya arenasında söz sahibi olmak ve 20. Yüzyılda yaşanan büyük acıların bir daha yaşanmaması için çözüm üretme, kalıcı barışın tesisi, refahın sürdürülebilir olması temel amaç ve hedefleri arasında gösterilebilir. Diğer yandan yeni katılan üyelerle beraber Avrupa’da sınırların kalkması, kültürel etkileşimin artması sonucu toplumlar arasındaki diyalog zemini güçlenmiş ve farklı toplumların beraberce yaşayabileceği fikri güçlenmiştir. “Tarihte ilk defa Avrupa Birliği’nin entegrasyon sürecinde bu kadar ilerleme sağlanmıştır. Genel olarak Avrupa Birliği’nde temel hak ve öncelik ilkesine ilişkin gelişimi incelemeye çalışırken, temel hakların Birliğe getirilmesinin nedenlerinden birçok soruya cevap aramaya çalışırken, bazı kararlar vermeye çalıştık.”¹ Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi gündemi bu bağlamda, öncelikle Divan’ın, temel haklar konusunda, kurucu Antlaşmalara dahil edilmeyen başrol oyuna ait olduğu söylenebilir.

Birlik Yasası’nın her fırsatta yeni bir yasal sistem olduğunu vurgulayan Divan, entegrasyonun itici gücü olarak da hizmet ediyor. Avrupa Birliği’nin faaliyet alanı zamanla artmış ve Avrupa Birliği kurumlarının katkıları ve çabaları ile entegrasyon süreci ivme kazanmıştır. Buna göre, AT yasası genişledi. “Bütün bu gelişmeler, Avrupa Birliği hukukundaki temel hakların ve özgürlüklerin korunması meselesini getirmiştir. Özetle, Birliğin gelişmesi ve genişlemesi, etkin işleyişi yönündeki sorunları derinleştirmektedir. Bu noktadan hareketle Birlik politikalarının nasıl uygulanacağı sorusunun cevabı, Birlik bünyesinde çıkarılan hukuki normların, karar alma mekanizmalarında yoğrulacağı yöntemde aranmalıdır.”² Çalışmada Avrupa Birliği’nin kurumsal yapısı ve bu yapının işleyişi çerçevesinde karar alma mekanizmalarının nitelikleri irdelenmekte ve sonuç olarak ortaya çıkan sorunlar çerçevesinde Birliğin evrimi hakkında analizlere yer verilmektedir.

¹ Canbolat, s.267.

² Canbolat, s.267.

İKİNCİ BÖLÜM

AVRUPA BİRLİĞİ’NİN GENİŞLEMESİ, TÜRKİYE’NİN TAM ÜYELİK SÜRECİ ve AVRUPA BİRLİĞİ’ NİN İNSAN HAKLARI POLİTİKASI ÇERÇEVESİNDE TÜRKİYE İLE İLİŞKİLERİ

1. AVRUPA BİRLİĞİ’NİN GENİŞLEME NEDENLERİ

Başlangıçta Avrupa Topluluğu'na (AT) girmek istemeyen ülkeler, AT'nin kuruluşundan beri göstermiş olduğu başarılı gelişmelerden sonra bu ülkelerin de üyelik başvurusunda bulunmalarını sağlamıştır. “AT'nin takip ettiği asıl düşünce, 1988 yılında Delors tarafından açıklanan dünyevi yükümlülüklerini gereği gibi kabullendikten sonra dünyanın bütün rekabet şartlarında bulunurluğunu “tüm bir Avrupa” açısından zorunlu olan strateji gelişimi sağlanması tarafıdır. Bu bağlamda AT'nin hedefleri arasında ekonomik ve siyasi amaçlar belirgin rol oynamaktadır.”¹ Bu anlamda AT'nin gelişmesi de ulusal sistemlerin gelişmesine, gerek ekonomik ve gerekse de siyasal sistemlerin iyileştirilmesi için ilerici bir etki yapmaktadır. Ayrıca Topluluk kurumları hem ulusal hem de Uluslararası meselelerin çok büyümeden çözümüne yönelik destek oluşturmaktadır. Bütün bu gerekçeler AT'nin dünya arenasında hem ekonomik hem de siyasi olarak sözünün dinlenmesi için Topluluğun genişlemesini zorunlu kılmıştır.

1.1. Genişleme Sürecinde Avrupa Birliği ve Üye Adaylardan Beklenenler

Aralık 2000 tarihli Nice Zirvesinin Bakanlar Konseyince kabul görmesinden sonra Avrupa Birliği'ne üyelik süreci hızlanmış, 1 Mayıs 2004’ te 10 yeni ülke daha Avrupa Birliği'ne üye olmuş, 1 Ocak 2007’ de de Romanya ve Bulgaristan Avrupa Birliği'ne katılmıştır. “3 Ekim 2005 tarihinde Türkiye ile beraber benzer zamanda görüşmelere başlangıç yapan Hırvatistan, Birliğin 28.nci ülkesi haline gelebilmesi açısından Avrupa Birliği’nin idarecilerinden onay gördü. Hırvatistan ile görüşmelerin neticelendiği duyurularak, Katılım Antlaşması imzalanmasının ardından 1 Temmuz 2013 tarihinde ise Hırvatistan Avrupa Birliği üyeleri arasında alındı. Katılıma

¹ Canbolat, s.267.

hazırlık olması için Katılım Öncesi Strateji, Katılım Müzakereleri ve bir de bunlara İletişim Stratejileri eklenmiştir.”¹ Böylece Avrupa Birliği’ne yeni katılacak üye ülkelerin katılmadan önce sosyo-ekonomik, kültürel ve idari yapısı Avrupa Birliği müktesebatına uygun hale getirilmeye çalışılmaktadır. “Bu süreçte aday ülkeler de yeni üyeleri kamuoyuna tanıtıcı bilgilendirme yapmaktadır. Ayrıca aday ülkeler mali yardımlarla desteklenerek üyelik süreçleri hızlanmaktadır.”² Genişlemeye dair müzakerelerle ilerlemeyi sağlamak için toplumun her kesiminde diyalogu tesis etmek, doğabilecek karışıkları önlemek için aday ülkeleri tanıtıcı bilgiler yaymak aday ülkeler ise kendisinden istenen reformları yapmak ve süreci halka anlatmakla mükellef kılınmıştır.

1.1.1. Ulusal Raporlar

Genişleme sürecinde Avrupa Birliği üye ülkelerden beklentilerini ulusal programlarla ele almaktadır. Ulusal Programlar (UP’lar), Avrupa Komisyonu’nun Katılım Ortaklık Belgesi (KOB’lara) dayanarak aday ülkeler tarafından hazırlanan programlardır. “KOB ve bunu tamamlayan UP’lar, dinamik bir yapıdadır ve Avrupa Komisyonu’nun her senenin bitiminde adaylığı olan devletlerle bağlantılı şekilde düzenlediği gelişim rapor türleri ve karşılanan uygunluk işlemleri çerçevesinde güncel hale getirilebilir.”³ Bu kapsamda 25 Mart 2003’te Avrupa Komisyon’un Türkiye hakkında hazırladığı gözden geçirilmiş KOB’a karşılık, Türkiye Hükümeti de bunu tamamlayan gözden geçirilmiş Ulusal Programı hazırlamıştır.

1.1.2. İlerleme Raporları

İlerleme Raporları her yılsonu Avrupa Komisyon’u tarafından hazırlanan ve Avrupa Konseyine sunulan belgelerdir ve aday ülkelerin kaydettiği gelişmelerin değerlendirildiği sunumlardır. İlerleme Raporları, Konsey’in aday ülkeler için müzakerelere başlayıp başlamayacağına ilişkin kararlar almasına temel teşkil eder. “Avrupa Komisyonu Türk Hükümetinin verdiği bilgiler, Avrupa Parlamentosu rapor ve kararlarıyla uluslararası kurumların da değerlendirmelerini dikkate alarak

¹ Açıkmeşe, s.97.

² Canbolat, s.267.

³ H. H. Yıldırım – T. Yıldırım, Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye, “Müktesebatın Üstlenmesine İlişkin Ulusal Programlar”, Ankara, 2011, s.21

değerlendirir ve bir rapor hazırlar.”¹ Böylece Türkiye ve diğer aday ülkeler için düzenli olarak ilerleme raporları hazırlanmıştır.

1.1.3. Katılım Ortaklığı

KOB aday ülkelerin adaylık hazırlanma etabında gerçekleştirmesi zorunlu az ve çok süreli önce yapılması gerekenleri ve Avrupa Birliği tarafından gerçekleştirilecek maddi yardımları kapsamaktadır. “KOB güçlendirilmiş katılım öncesi stratejinin temel unsurlarını oluşturmaktadır. Avrupa Konseyi Aralık 1997 ayında Lüksemburg ülkesinde KOB’u katılma evveliyatında strateji türünü güçlendirmede temel bir enstrüman olarak onaylamıştır.”² MDA ülkeleri için ilk KOB, Mart 1998’de kararlaştırılmıştır. Kıbrıs ve Malta için KOB bir Konsey Tüzüğü’ne dayanarak kararlaştırılmıştır. Türkiye için KOB, Mart 2000’de kabul edilmiştir.

1.2. Genişlemenin Ekonomik Etkileri

1 Mayıs 2004 tarihindeki son genişleme ile birlikte Avrupa Birliği’nin nüfusu beşte bir oranında yükselmiş, yüz ölçümü dörtte bir oranında artmış buna karşılık gayri safi yurt içi hasıla (GSYİH) ise % 5 oranında yükselmiş, kişi başına düşen milli gelir 24.100 Euro’ dan 21.200 Euro’ ya düşmüştür. “İşsizlik oranı ise %1 artarak %9 çıkacağı tahmin edilmektedir. Avrupa Birliği yeni katılan üyelere eskiden olduğu gibi cömert davranmamaktadır. Avrupa Birliği ilk üç yılda yeni 10 üyeye 40 milyar Euro harcama yapacak bir bütçe hazırlamıştır. 10 ülkeye 15 milyar Euro’luk bir bütçe katkısı düşünüldüğünde yeni üyeler için yapılan net harcama, ilk üç yıl için 25 milyar Euro net harcama olacaktır.”³ Bu açıdan bakıldığında nispeten daha az gelişmiş olan Doğu Avrupa ülkelerinin katılımıyla Avrupa Birliği’nde işsizlik oranının arttığı ve kişi başına düşen gelirin azaldığı söylenebilir. Bu bakımdan Avrupa Birliği’nin aday ülkelere göstermiş olduğu esneklik sertleşmiştir.

¹ Avrupa Komisyonu, İlerleme Raporları, <http://www.avrupa.info.tr/tr/ab-ve-türkiye/katilim-muzakereleri/> ilerleme-raporlari.html (25.12.2018)

² H. H. Yıldırım - T. Yıldırım, s.21

³ S. R. Karluk, Avrupa Birliği ve Türkiye, “Yeni Üyelerin Ekonomik Performansları, Alacakları Mali Yardım ve İş Gücünün Dolaşımına Getirilen Kısıtlamalar”, Ankara, 2007, s.34

1.3. Avrupa’ da Genişleme ve Bütünleşmenin Uyumlaştırılması

İktisadi ve nakdi bir olma hedefi AB bütünleşmesinde ve derinleşmesinde en büyük adımdır. Avrupa Birliği bu hedefe yönelerek, bütünleşmesine daha da derinlik kazandırmaktadır. Maastrich Antlaşmasıyla her üye ülke için farklı uyum hızları süreleri öngörülmüştür. “Bu nedenle yükümlülüklerini yerine getirmeyen üye ülkelerden dolayı bütünleşme süreci askıya alınmayacaktır. Böylelikle Değişken Geometrili Avrupa veya Çok Vitesli Avrupa kavramları gündeme gelmiştir.”¹ Avrupa Birliği’ne katılacak her ülkenin kurum ve kuruluşlarının istikrarının sağlanması, insan haklarına saygılı olması, Avrupa Birliği’nin hukuk normlarını, siyasal amaçlarını yerine getirmesi ve Avrupa Birliği İktisadi ve Nakdi bir olma amaçlarını benimsemesi gerekmektedir. Avrupa Birliği’nin genişleme ve bütünleşmenin uyumlaştırılması için ;

- “Seçmeli Avrupa Yaklaşımı,
- Avrupa Birleşik Devletler Yaklaşımı
- Esnek Bütünleşme Yaklaşımı.”² olarak üç yaklaşım geliştirerek üyelik sürecindeki her üye ülkeye karşı farklı rol sergilemiştir.

2. AVRUPA BİRLİĞİ KRİTERLERİ

2.1. Maastrich Kriterleri

7 Şubat 1992 tarihinde, Hollanda devletinin Maastricht şehrinde topluluk üyesi ülkelerin Dışişleri ve Maliye Bakanlarınca imzalanarak 1 Kasım 1993 tarihinde uygulamaya alınan Maastricht Antlaşmasıdır. “İçeriği 200 madde, 17 ilave protokol ve 33 tane ilavesiyle Roma Antlaşması içeriğinde gerçekleştirilen en önem verilen ve en karma yapıya sahip yargıları kapsayan farklılaşmadır.”³ Ekonomik ve Parasal Birliğin (EPB) basamakları, bu basamaklarda takip edilecek iktisadi ve nakdi

¹ T. Arat, Avrupa Toplulukları Adalet Divanı, Ankara, 1993, s.41.

² Arat, s.41.

³, Avrupa Birliği, Kopenhag Kriterleri, <http://www.ombudsman.gov.tr./contents/files752d1-kopenhagkriterleri.pdf>, s.1, (25.12.2018)

siyasetler ve bu siyasetlerin gerçekleştirilmesi açısından zorunlu kurumsallaşmış farklılaşmalar detaylı biçimde düzenleme yapılmıştır.

2.2. Kopenhag Kriterleri

Avrupa Birliği Kopenhag Kriterleri'yle üye ülkeler için gerekli olan parametreleri açıklamıştır. 21-22 Haziran 1993 tarihleri arasında gerçekleştirilen “Kopenhag Zirvesi” sonrası yayımlanan netice Bildirisinde Avrupa Konseyi, Avrupa Birliği genişleme durumunun Merkezi Doğu Avrupa devletlerini içereceğini kabullenmiş ve benzer anda aday olma açısından müracaat yapan devletlerin tam üye olma haline kabulünden önce yapması zorunlu kriter türlerini de açıklamıştır.

Bu kriterler

- “Siyasi Kriterler

- Ekonomik Kriterler

- Topluluk Müktesebatına Uyum”¹; Bu noktada anlaşılan odur ki üyelik için esas öncelik siyasal kriterdir.

3. TAM ÜYELİK SÜRECİNDE TÜRKİYE-AVRUPA BİRLİĞİ İLİŞKİLERİ

Türkiye devletinin Avrupa Birliği Süreci yarım yüzyılı aşan bir süreçtir ve halen devam etmektedir. Bu anlamda baktığımızda büyük ilerlemeler ve reformlar yapılmasına karşın Türkiye’den sonra aday olan ülkeler üyeliğe kabul edilirken, Türkiye’nin üyeliği hala askıda bekletilmektedir.

3.1. Türkiye- Avrupa Birliği İlişkilerinin Tarihsel Gelişimi

Uygulama çerçevesinde, Türkiye'nin ortak üye olmak için 11 Eylül 1959’da Brüksel’de Avrupa Ekonomik Topluluğu’ndan (EEC) Bakanlar Konseyi ilk

¹, Avrupa Birliği, Kopenhag Kriterleri, <http://www.ombudsman.gov.tr/contents/files752d1-kopenhagkriterleri.pdf>, s.1, (25.12.2018)

Komisyonu Başkanı Prof. Dr. Walter tarafından zamanla olumlu yanıt alınarak Türkiye'ye ilk bağlantı gerçekleştirilmiştir. Ankara Anlaşması metninin Ankara kentindeki imzalanma töreni içinde Hallstein'in, "Türkiye Avrupa'ya dahildir"¹ sözü ilişkilerin gelişmesini sağlamıştır, ancak sonrasında gelişim gösteren durumlar olumlamayı zıddına döndürmüştür.

Topluluk Avrupa Serbest Ticaret Bölgesi (EFTA) ile 1972-1973 yılları arasında uyguladığı sanayi serbest ticari bölgesi içinde Türkiye kayba uğramıştır. Türkiye'nin AET ile ilişkilerinde ilerleme kaydettiği dönemlerde bile AET üyeleri bile kendi içinde bir görüş birliğine varamamıştır. "Komisyon Genel Sekreteri Emile Noel'in, "Bu günkü ilerleme süratiyle ilerlese de Türkiye 25 yıl sonra bile AET tam üye olması olanaksızdır (1976)"² sözleriyle Türkiye'nin Avrupa Birliği yolundaki zorlu serüvenine atıfta bulunmuştur. Türkiye gümrük indirimi konusunda Avrupa Birliği tarafından takvim alamayınca, Katma Protokolün 60'ıncı madde kapsamında 25 Aralık 1976 tarihi itibarıyla tek yönlü bir kanun ile bütün sorumluluklarını beklemeye almıştır.

Seneler sonrasında Turgut Özal bu hale bakarak, 1987 senesindeki tam üye olma müracaatı sonrasında yolun uzun ve zor olduğunu, vazgeçirmek için bir çok şeyin yapılacağını ama vazgeçilmemesi gerektiği ifadesine hak verdirecek ilerlemeler görülmüştür. "Aralık 2000 ayındaki Nice Zirvesi sonrasında kabulü gerçekleşen Nice Antlaşması içeriğinde AB 10 senelik genişleme basamaklarında Türkiye devletinden bahsedilmeyerek, Helsinki Zirvesi içeriğinde kabulü gerçekleşen "adaylık" durumu bir manada bekletilmeye geçilmiştir. Aralık 2002 ayında Kopenhag kentinde bir araya gelen Zirve Sonuç Bildirisi içeriğinde Türkiye devletinin başka adaylığı bulunan devletlere gerçekleştirilen kriterler esas alınarak Birlik içine alınacak bulunan bir namzet devlet bulunduğunu ifade eden 1999 tarihi bulunan "Helsinki Kararı" anımsatılmış, Türkiye devletinin "Kopenhag kriterlerini" hayata geçirme taraflı yaptığı çalışmalar olumlu görüş almıştır."³ Ancak, Aralık 2004 ayındaki Bakanlar Konseyi ve Komisyon inceleme belgesi ve önerisi çerçevesinde Türkiye devletinin Kopenhag politik kriterlerini yerine getirdiğine

¹ S. R. Karluk, Gümrük Birliği Dönemecinde Türkiye, Ankara, 1997, s.7

² M. A. Birand, Bir Pazar Hikayesi, İstanbul, 1978, s.107

³ T. Özal, www.siviltoplumakademisi.org.tr/index.php/ab-seruveni/turgutozal.html, s.1, (25.12.2018)

hükmedilirse, Avrupa Birliği ve Türkiye katılım görüşmelerine gecikme yapılmadan başlanacağı vurgusu yapılmıştır.

Türkiye devletinin Avrupa Birliği üyeliği sürecinde yardım görmesi hedefiyle, Türkiye devletinin katılım stratejisinin kuvvetlendirilmesi, Komisyon tarafından incelenmiş bir KOB için tavsiyesi sunumunu ve kanuni araştırma aşamalarını kuvvetlendirmesi öngörülmüştür. “Bunun yanında Avrupa Birliği, Türkiye gerçekleştirdiği katılma evveli maddi desteklerin fazlalaştırılmasını ve bu desteklerin 2004 senesinden başlayarak, bütçe içinden “katılım öncesi giderleri” başlığında verilmesinin kararını almıştır.”¹ Bu durumla beraber Zirve içinde Avrupa Birliği üyesi ve Birliğe katılım sağlayacak devletler, Türkiye devletinin GKRY’nin Avrupa Birliği tam üyeliği ile bağlantılı endişelerini ortadan kaldırmak hedefiyle, Katılım Antlaşması metnine ilave edilmiş bulunan ve genişleme aşamalarının devamlı, kapsar hali bulunan ve geri çevrilemez biçimine ait Tek Avrupa Bildiri’sini onaylamışlardır.

Kopenhag Zirvesi tam üye olma müzakereleri biten GKRY ve Malta ile 8 MDA devletinin 1 Mayıs 2004 tarihi itibarıyla Avrupa Birliği katılımı kesin hale gelmiştir. Bulgaristan ve Romanya 2007 yılında tam üye durumuna gelmişlerdir. “Bu duruma karşın Türkiye devletine Avrupa Birliği tarihi içinde bir ilk uygulanarak görüşmelere başlama tarihi “tarihin tarihi” şeklinde ifade edilmiştir.”² Bu şekilde Avrupa Birliği, bu Zirve’de de Türkiye devletine farklı yaklaşmıştır. Bakanlar Konseyi, Haziran 2003 ayındaki Selanik Zirvesi içinde, Türk devletinin değişim aşamalarını sürdürme ve bilhassa geri kalan kanuni düzenleme türleri 2003 senesi bitimine dek tam hale getirme taraflı kararlı olmasını memnun olarak kabul ettiğini bilhassa belirtmiştir.

Bu duruma nazaran 5 Kasım 2003 tarihinde izah edilen “Altıncı İlerleme Raporu’nda” ve Strateji Belgesinde gerçekleştirme hususunda belli başlı noksanlıklarının bulunduğu altının çizilmesi, Türkiye devletine bir haksız davranıştır. “16-17 Aralık 2004’de Brüksel Zirvesi Sonuç Bildirgesi içinde, Avrupa

¹ Copenhagen European Council Presidency Conclusions, Brussels, 29 January 2003, s.5

² S. R. Karluk, “Turkey’s Candidacy to European Union Membership” içinde Wolfgang Gieger (Eds.) Turkey’s Crossroads, Lit Verlag, Hamburg, 2002, s.22

Konseyi'nin Avrupa Birliği Komisyon çalışma sonucu ve önerisi yönünde, Türkiye tarafından Kopenhag Siyasi Kriterlerini karşıladığı kararının alınması durumunda, Türkiye devleti ile üye olma görüşmelerine 3 Ekim 2005 tarihinde başlanacağı ifade edilmiştir.”¹ Türkiye, yayımı yapmış bulunduğu Ulusal Programlar içindeki taahhüt türleri ve uyguladığı ilerlemeler vasıtasıyla, Avrupa Birliği ile üye olma görüşmelerine geçilmesi hususunda kuvvetli bir düşünce açıklamış yapmıştır. “Bugün açısından Avrupa Birliği'nin Kopenhag politik kriterlerini ortaya koymadan problemin esasını açıklamalarını gerçekleştirmek ya da görüşmelere başlamak, Türk devletinin ilk amacıdır. Üyelik görüşmelerine başlanmamıştır ve halen Avrupa Birliği üyeliği gerçekleşmemiştir.”² Ancak Türkiye devletinin Avrupa Birliği üyelik süreci içinde ne derece kararlı bulunduğunu ve yarım asırdan çok bu mücadeleyi yaptığı görülmektedir.

3.2. Müzakere Süreci

Üye olma görüşmelerinin manası, adaylığı bulunan devletin Avrupa Birliği yasalarını ne zamana kadar kabullenip, günlük yaşamam geçireceğinin ve etkin bir biçimde uygulamasını yapacağını belirlenmesi, adaylığı bulunan devletin Avrupa Birliği içine hangi şartlarda katılım gösterebileceğinin tespit edilmesi ve Avrupa Birliği'ne üye olmanın yapacağı sorumluluklarının yerine getirilebilmesini anlatmaktadır. “Esas hedef, adaylığı bulunan devletin Avrupa Birliği içine sağlam bir biçimde katılım göstermesini gerçekleştirmek ve devleti üye olmanın amacına vardırmasıdır. Kasım 2006'da Avrupa Komisyonu, Türkiye devletinin Gümrük Birliğini Topluluğa yeni katılım gösteren 10 Devlete teşmil eden Ek Protokol zorunluluklarını, deniz ve hava limanlarını Kıbrıs Rum Yönetimi gemi ve uçaklarına açmama biçiminde karşılamaması, katılma görüşmelerinin Gümrük Birliği ile bağlantılı 8 hususta bekletilmesini tavsiye etmiştir.”³

Komisyonun bu tavsiyesi Avrupa Birliği Bakanlar Konseyi'nce de onama görmüş, Avrupa Konseyine sunularak kabulü gerçekleştirilmiştir. Dondurulması

¹ European Commission, 2003 Regular Report on Turkey's Progress Towards Accession, Brussels, 5 November 2003

² S. R. Karluk, “Helsinki Zirvesi Kararları Sonrasında Türkiye'nin AB Üyeliği”, Türkiye Sorunlarına Çözüm Konferansı III, , Ankara, 25-27 Ocak 2000, s.368

³ Ç. Erhan, Türkiye-AB İlişkileri, Ankara Üniversitesi “Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi, 46. Dönem Temel Eğitim Kursu, Yayınlanmamış Ders Notları”, Ankara, 2010, s.14

yapılamayan ve görüşmeye açılan başlıkların tamamlanması durumunda dahi, Türkiye'nin Ek Protokolün gereğini yapıp yapmadığına bakılacak ve yapılmıyorsa yeni başlık türlerinin görüşmesine geçilmeyecektir. “Bu kapsamda, mevcut bütün fasıl türlerinde Ek Protokol ile bağlantılı kapanma kriteri tespit edilmiştir. Zira bu, görüşme aşamalarının ilerleyemediği manası taşımamaktadır. Ocak 2007 ayından başlayarak görüşmeler, askıya alınmamış fasıl türleri bağlamı içinde sürmüştür.”¹ Ticaret ve Sanayi Politikası, Mali Kontrol, İstatistik, Tüketici ve Sağlığın Korunması, Trans-Avrupa Ağları, Bilgi Toplumu ve Medya, Sermayenin Serbest Dolaşımı, Fikri Mülkiyet Hukuku “Temmuz 2011'den itibaren” Bilim ve Araştırma "müzakereler için geçici olarak kapatılmıştır. Şirket Hukuku, Çevre ve Gıda Güvenliği, Veterinerlik ve Bitki Sağlığı ve Vergilendirme Fasılları (12 Bölüm) müzakerelere iki bölüm de dahil olmak üzere devam etmektedir.

Ekonomik ve Para Politikası İle Eğitim ve Kültür Türkiye, Müzakere Pozisyon Belgesi'ni sunmuştur Açılış ölçütleri belirlenmiştir. Malların Serbest Dolaşımı, Gümrük Birliği, Rekabet Politikası, Tarım ve Kırsal Kalkınma, Sosyal Politika ve İstihdam, Mali Hizmetler, Kamu Alımları, İşletme Kuruluşu ve Hizmet ve Serbest Bölümler olmak üzere 8 bölümden oluşmaktadır. “Ek olarak, 9 fasılın tarama raporları için henüz onaylanmamış tek bölüm ve Komisyonda tartışılan, Ortak Dış, Güvenlik ve Savunma Politikasıdır. 25 Haziran 2013'te toplanan Genel İşler Konseyi (GCC), 22. fasılda açmayı kabul etmiştir. Fasıla ait müzakere pozisyonlarını sunulan bölümler: “Ekonomik ve Parasal Politikalar” ve “Eğitim ve Kültür.”² AB Konseyi tarafından onaylanan ve açılış kriterlerini belirleyen bölümler; Malların Serbest Dolaşımı, Serbest Serbestlik Anlaşması ve Hizmet Sunulması, Kamu Alımları, Rekabet Politikası, Mali Hizmetler, Tarım ve Kırsal Kalkınma, Sosyal Politika ve Kalkınma ve Gümrük Birliğidir. Bakanlar Kurulu 8 fasıl üzerinde tartışmayı sürdürmektedir.

¹ S. R. Karluk, Fiili Müzakerelerin Başlaması ve Sonraki Gelişmeler: Müzakerelerin Sekiz Başlıkta Dondurulması ve AB Müktesebatına Uyum Programı”, s.755

² Katılım Müzakerelerinde Mevcut Durum, http://www.abgs.gov.tr/files/fasilllar/muzakere_surecinde_mevcut_durum.pdf, s.1, (25.12.2018).

4. AVRUPA BİRLİĞİ'NİN İNSAN HAKLARI POLİTİKASI

Bireylerin hak çeşitleri, bütün bireylerin hakları ve saygınlıkları yönünden eşit ve bağımsız doğduğuna istinat etmektedir. Bir başka ifadeyle tüm bireyler bağımsızlıkları ve haysiyetleri ve hakları yönünden eşittirler. Akıl ve vicdan sahibidirler ve birbirlerine karşılık kardeş olma düşüncesiyle davranış göstermektedirler. “Avrupa Birliği soğuk savaşın bitimiyle beraber kendi içerisinde insan hak çeşitleri hususları ile yakın şekilde alakadar olmaya başlama göstermiş; demokrasi, birey hak türlerine saygı ve hukuksal üstün olmanın Avrupa Birliği asıl unsurları durumuna dönüşmüştür.”¹ 28-29 Haziran 1991 tarihinde Avrupa Topluluğu Bakanlar Konseyi’nce kabulü gerçekleşen İnsan Hakları Bildirgesi kapsamında, birey hak türleri Avrupa Topluluğu devletlerarası bağlantılarının önem verilir bir bölümü ve Avrupa beraberliğinin asıl parçasıdır.

28 Kasım 1991 tarihi içinde üye devletlerin temsilci toplantısı içinde Avrupa Topluluğu Bakanlar Konseyi, birey hak çeşitleri, demokrasi, gelişmenin devamlılığı ve gelişme basamaklarının amacının tercihi tespit eden bir yargı uygun görmüştür. “Amsterdam Antlaşması 6. madde uyarınca Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi hükümlerine uygunluk gösterme tamamen üyeliğe yazılı bir kural haline gelmiştir. Avrupa Birliği Antlaşması 7. maddesi ise bağlantılı üye ülkelerin birey hak türlerine karşı çıktıklarında veya birey hak türlerine karşı tarafta görülür bir risk meydana getirdiğinde uygulaması yapılacak yaptırım türlerinin sürecini meydana getirmiştir.”² Bunun yanında aynı antlaşma içinde “Birlik Yurttaşlığı oluşturularak üye devletlerin vatandaşlarının hak ve menfaatlerinin daha iyi korumaya alınması” amaçlanmaktadır.

Birlik, sadece kendisinin içinde bulunan birey hakları ile olmayıp, bütün dünya ülkelerinde demokrasi ve birey hak türlerinin ilerletilmesini bir hedef şeklinde kabul etmiştir. “Asker olmayan, politik, iktisadi, toplumsal ve kültür ile ilgili hak türlerine hedeflenen Birlik, bütün dünya ülkelerindeki birey hak türleri problemleriyle yakın olarak alakadar olmaktadır. 120 ülkenin daha fazlası devletle

¹ Birleşmiş Milletler, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, <http://www.ombudsman.gov.tr/contents/files/688B1-insan-haklari-insan-haklarievrenselbeyannemesi.pdf>, s.1, (25.12.2018)

² Birleşmiş Milletler, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, <http://www.ombudsman.gov.tr/contents/files/688B1-insan-haklari-insan-haklarievrenselbeyannemesi.pdf>, s.1, (25.12.2018)

imza yapıldığı ticaret ve beraber çalışma mutabakatlarının bütününe birey hakları ile bağlantılı unsurlar yerleştirmekte, 30'dan daha çok devletle birey hak türleri görüşmesi yapılmaktadır.”¹ Bu çerçevede üçüncü dünya devletleri ile birey hak türlerinin korumaya alınması ve gelişimlerinin sağlanması açısından müşterek ortam oluşturma, ehil kişilerin yardımı ya da görüşmeye istinat eden bir yaklaşım gerçekleştirmektedir.

Bu kapsamda Türk devletinin de kabul ettiği Avrupa-Akdeniz Ortaklığı içeriğinde misal verilebilir. “Avrupa-Akdeniz Ortaklığı ile Akdeniz devletlerinden meydana gelen 12 devlet temsilcilerince imza altına alınan Barselona Bildirgesi ile sosyal, siyasi, kültür ile ilgili ve insani hususlara daha çok yük konulması temeline istinat etmektedir.”² Bu şekilde Avrupa Birliği, birey hak türlerine karşı çıkmalar nerede meydana gelirse gelsin o karşı çıkmaları güçlü bir biçimde anlatmayı vazife görmektedir. “2002 senesi gelişim raporu içinde ilk önce Birleşmiş Milletler (BM) ve gerekirse devletlerarası organizasyonlarla beraber çalışmayı ilerleterek dünya ülkelerinde demokrasi, hukuk ve birey hak türlerinin ilerlemesine ilave yapacaktır. Taraf ülkeler arasındaki sosyo-ekonomik farklılıklar bu manzaranın gerçekleştirmesini zorlaştırmaktadır.”³ Türkiye bu zorlu süreçte Avrupa Birliği politikaları çerçevesinde demokratikleşme ve insan hakları geliştirilmesine yönelik çalışmalara girişmiştir. Bu ilişkiler sonucu kabul ettiği Ulusal Program, siyasi Avrupa Birliği Komisyonu 2013 ilerleme raporunda şu durumlar incelenmiştir:

- “Politik ve iktisadi kriter türleri yönünden Türk devletinin hali,
- Türk devletinin Avrupa Birliği kanunlarının kabul edilme yeteneği”

Politik kriter türleri kısmında, Türk devletinin Kopenhag politik kriter türlerini ne derece kabullendiğini kapsamına almış ve üç ana başlık altında toplanmıştır.

- “Demokrasinin ve hukukun üstün olması,

¹ Birleşmiş Milletler, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, <http://www.ombudsman.gov.tr/contents/files/688B1-insan-haklari-insan-haklarievrenselbeyannemesi.pdf>, s.1, (25.12.2018)

² Canbolat, Avrupa Birliği ve Türkiye Uluslararası Bir Sistemle Ortaklık, s.142

³ H. Efe, Türk Kültürü ve Hacı Bektaş Veli Araştırma Dergisi, “Avrupa Birliği İnsan Hakları Politikası”, 2012, s.171.

- Birey hak türleri ve azınlıkların korunmaya alınması,
- Bölgesel hususlar ve devletlerarası sorumluluklar

Hususlarına temas edilmiştir.”¹

Demokrasinin ve hukuk üstünlük durumu ana başlığında kolluk güçlerinin işlediği suçlar ve bu suçları denetleyecek “Kolluk Gözetim Komisyonunun” kurulmasının gerçekleştirilmesine ait sürecin tamamlanmasıdır. “Demokrasinin ve hukuk üstünlüğünde temas edilen başka bir husus ile demokrasinin yaygınlaşması paketleridir. Demokratikleşme paketlerinin Avrupa Birliği standartlarına uyumlu olarak uygulanması gerektiği konularına değinilmiştir.”² Bu ana başlık altında Güçlerin Sivil Denetimi, Sivil Toplum değinilen diğer konulardır. Anayasa ile bağlantılı biçimde “Anayasa Uzlaşma Komisyonu” içinde anlaşma sağlanan madde sayısının 60 ile kısıtlı bulunması ve süreçle ilgili belirsizliğin olması, şeffaflığın sağlanamaması eleştirmiştir.

Meclis bölümünde ise Türkiye Büyük Millet Meclisi içtüzüğü ile bağlantılı içerikli bir değişimin başlangıcının yapılması pozitif düşünce ile kabul edilmiştir. “Türkiye’nin kanun yapma konusunda daha da kapsayıcı olmasının zorunlu olduğu ifade edilmiştir. Kanuni dokunulmazlık durumunun yaygın içeriği ve istenildiği gibi yorumlanması tereddüt oluşturmıştır.”³ Mahalli idarelere sorumluluk devredilmesi hususundaki kısmi gelişme ise övgüyle kabul görmüştür. Kamu yönetimi kısmında ise kamu kurumlarının şeffaflığı ve hesap verilebilirliğinin artırılması çabası dikkate alınmıştır. “Kamu Denetçiliği Kurumu”nun kuruluşunun gerçekleştirilmesi ve az zamanda faaliyetlerine başlaması da önem verilir bir aşama şeklinde kabullenilmiştir. Yolsuzluk olayları ile savaşıma hususunda ise ihalelere hile bulaştırma suç haline hapis müeyyidesinin azaltılması eleştiri görmüş ve bu ceza türlerinin vazgeçiriciliğinin bulunmasının zorunluluğunda ısrar edilmiştir.”⁴ Örgütlü suçlar ve insan ticareti konusunda yapılan düzenleme türlerinin noksanlığı eleştiri almıştır.

¹ Avrupa Komisyonu, 2013 İlerleme Raporu, <http://www.abgs.gov.tr/2013ilerlemeraporu>, s.1, (25.12.2018)

² H. Kabaalioglu, Avrupa Birliği ve Kıbrıs Sorunu, İstanbul, 1997, s.94

³ H. Kabaalioglu, Avrupa Birliği ve Kıbrıs Sorunu, İstanbul, 1997, s.94

⁴ H. Kabaalioglu, Avrupa Birliği ve Kıbrıs Sorunu, İstanbul, 1997, s.94

Birey ticaretine ait içerikli ve mağduriyet merkezli yaklaşım biçimlerinin ilerletilmesi zorunluluğunda savunma yapılmıştır.

4.1. Temel Haklar Şartı “İyi Yönetilme Hakkı”

Bireyin devlet karşısında korunması anlayışı günümüzde birçok devlette benimsenmiştir. Bu anlayışla birlikte, bireyler istemese de, bireylerin zararına sonuç doğuracak olsa da istediğini yapan, bireylerin iyiliğini onlardan daha iyi düşünen “devlet baba” anlayışı bir kenara bırakılmaya başlanmıştır.

Avrupa Birliği'nin iyi yönetilme hakkına” gösterdiği dikkat, iyi idare edilmenin esas birey hak türü bulunduğunu savunma yapmasından idrak edilmektedir. “İyi yönetim hakkı, AB müktesebatında en ayrıntılı ve en esaslı olarak 7 Aralık 2000 tarihi içinde toplanan Nice Zirvesi’nde kabulü gerçekleşen “Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı” (ABTHS)’de düzenlenmiştir.”¹ Şart, Avrupa Birliği Anayasası’na da dahil edilmiş fakat Anayasa, üye ülkelerin tamamı tarafından onaylanmadığından yürürlüğe girememiştir. Avrupa Birliği Temel Haklar Şartında bulunan normal idare hak türü, şartı “vatandaş hak türleri“ kısmında bulunmaktadır. “Şart 41. madde gerekçesi içinde normal idare hak türünün asıl kişiliği bu hak türünün bilhassa iyi idare prensibini belirleyen kanuni içtihatlar ile ilerlemiş bulunan bir yasalar topluluğu bulunmasına istinat ettiği ifade edilmektedir.”² Avrupa Birliği halkının asıl hak çeşitlerini ve Avrupa Birliği'nin, halkına yönelik yükümlülüklerine düzen veren Temel Haklar Şartı’nın, 41. maddesi içinde “iyi yönetim isteme hakkı” düzenlemesi bulunmaktadır:

“Vatandaş, kendisi ile bağlantılı işlemlerin, birlik kurumları ve kuruluşlarınca taraf tutulmadan ve adaletli bir biçimde normal bir zaman dahilinde yapılmasını talep etme hak türünü elinde bulundurmaktadır.”

“Bu hak: vatandaşın, kendisine negatif etki gösterecek tedbirler sağlanması öncesinde, istirahat hak türünü; vatandaşın, saklı tutulmasının kabul edilir

¹ A. Takçı - T. Takçı, Avrupa Birliği Hukukunda İyi Yönetim Hakkı ve Belgelere Erişim Hakkı, “ABTHS’de İyi Yönetim Hakkı”, s.51

² O. Şimşek, Avrupa Birliği Temel Haklar Şartında İyi Yönetim Hakkı, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, C.9, S.3, İzmir, 2007, s.47

faydalarına ve mesleki sırlara saygılı olmak şartıyla, dosyası içine ulaşma hak türünü; idarenin, yargılarının gerekçe türlerini ifade etme gerekliliğini içerir.”

“Vatandaş, üyeliği bulunan ülkelerin yasalarında müşterek bulunan genelliği olan prensiplere uyumlu biçimde, topluluğun kurumlarında veya bu kurumlar içinde görevi olan memur bireylerin vazifeleri nedeniyle vermiş oldukları kaybın tazminini isteme hak türünü elinde bulundurmaktadır.”

Vatandaş, birlik kurumları içine, antlaşma türlerinin devlet lisanlarından rastgele birisiyle yazıya dökülebilir ve kendisine benzer lisanda yanıt verilmesi sağlanmalıdır. “Yine Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesi’nin 31 numaralı kararı içinde kabul edilen dikkate değer yönetim prensiplerinden sayılan bilgilenme hak türü ve dokümanlara ulaşma ise Temel Haklar Şartı’nın 8. ve 42. maddeleri içinde hususi şekilde kanunlaştırılmıştır.”¹ Bu suretle bireylerin bilgilenme talepleri ve bilgilenmek istedikleri konu ile bağlantılı ya da bağlantılı olmayan dokümanlara ulaşmaları yasal teminat altına alınmıştır.

Madde 8: Kişisel verilerin korunması düzenler

Vatandaş, kendisi ile bağlantılı özel dataların saklanması hak türünü elinde bulundurmaktadır. “Bu datalar, adaletli bir biçimde, tespit edilmiş hedefler açısından ve bağlı bireyin kabulüne ya da kanun ile kabul edilmiş başka uygun bir esasa istinat ederek saklanır.”² Vatandaş, kendisiyle ilgili elde edilmiş datalara ulaşma ve bu bilgileri düzeltme hakkı türünü elinde bulundurmaktadır. Bu prensiplere uyulma gösterilmesi, özgür bir yönetim birimince denetleme yapılır.

“Madde 11: İfade ve bilgilenme özgürlüğü düzenler

Vatandaş, konuşma serbestisini elinde bulundurmaktadır. Bu hak, devlet makamlarınca müdahale edilmeksizin ve devlet sınırlarına dikkat etmeden, düşüncesinin bulunması ve düşünce ve datalara ulaşım ve genişletme serbestliğini kapsar. Medya özgürlüğünün ve çoğul olmasının gözetilmektedir.”

¹ S. Sözen - B. Algan, İyi Yönetişim Araştırma Raporu, “Bir İnsan Hakkı Olarak İyi Yönetilme Hakkı”, Ankara, 2009, s.23

², Temel Haklar Şartı, <http://ekutup.dpt.gov.tr/ab/hukuk/temelhak.pdf>, s.1, (25.12.2018)

“Madde 42: Belgelere erişim hakkı

Birlik herkesi, üyeliği bulunan ülkelerden birinde oturan ya da kaydı bulunan iş yeri bulunan gerçek ya da tüzel şahıs, Avrupa Parlamentosu, Konseyi ve Komisyonu dokümanlarına ulaşma hak türünü elinde bulundurmaktadır.”

Madde 43: Ombudsman

Birlik herkesi ve üyeliği olan bir ülkede yaşayan ya da kayıtlı iş yeri bulunan her gerçek veya tüzel şahıs, kanuni faaliyeti gerçekleştiren İlk Derece Mahkemesi ve “Adalet Divanı dışında, topluluk kurum ve kuruluş türlerinin işlevlerindeki yönetsel aksaklık türlerini Birlik Ombudsmanına bildirim yapma hak türünü elinde bulundurmaktadır.”¹ Birlik vatandaşları Ombudsman sayesinde yasalardan kaynaklanan herhangi bir mağduriyete karşı haklarını arama güçlüğü kazanmışlardır.

“Ombudsmanlık kurumu, şeffaflık, hesap verilebilirlik, adillik ve sorumluluk ilkelerinden oluşan iyi yönetimin uygulanmasında ve iyi yönetim hakkının sağlanmasında etkilidir. Ombudsman, idarenin keyfiliğini önler, keyfi uygulamalardan kişileri korur, kişileri koruduğu kadar idarenin ve çalışanlarının da yararınadır. Çünkü aynı zamanda, onları da haksız şikâyetlerden koruyarak, idarenin itibarının ve idareye duyulan güvenin sarsılmasını önler. “Esas itibarıyla İsveç kökenli bir kurum olan ombudsmanlık, Maastricht Antlaşması’nın kabul edilmesiyle birlikte, Avrupa Birliği bünyesinde, Avrupa Ombudsmanlığı olarak kurulmuştur. Maastricht Antlaşması ile Avrupa Vatandaşlığı ve Avrupa Ombudsmanı kurumlarının getirilmesi üzerine, iyi yönetim hakkı gündeme gelmiş ve bu hakkın tanınması ve geliştirilmesi yönündeki ihtiyaç iyice ortaya çıkmıştır.”² Avrupa Ombudsmanı, Avrupa vatandaşları ve diğer kişilerin, AB kurumlarına dair şikâyetlerini, müracaatlarını alır, inceler ve iyi bir yönetimin sağlanması ve iyi yönetim hakkının tesisi için çalışır. İyi yönetim hakkına ABTHS’de yer verilmesinde dönemin Avrupa Ombudsmanı olan Jacob Söderman’ın önemli çabaları olmuştur.

¹, Temel Haklar Şartı, <http://ekutup.dpt.gov.tr/ab/hukuk/temelhak.pdf>, s.1, (25.12.2018)

² A. Takcı – T. Takcı, Adalet Dergisi, Avrupa Birliği Hukukunda İyi Yönetim Hakkı ve Belgelere Erişim Hakkı, “İyi Yönetim Hakkı ve Ombudsmanlık”, 2012, s.51

Avrupa İyi Yönetim Yasası da Avrupa Ombudsmanı tarafından hazırlanmıştır. “Ombudsman, iyi yönetim hakkının korunmasında mahkemelerin yanında tamamlayıcı bir etkiye sahiptir. Bilgi edinme hakkı, belgelere erişim hakkı ve ombudsmanlık iyi yönetim hakkı ile ilişkili olup, bu hakkı tamamlayıcı işleve sahiptirler.”¹ Ombudsmanlık sayesinde yönetilmenin eksiksiz olarak gerçekleştirilmesi ve kanunların işleyişi sırasında oluşabilecek aksaklıklarda insanların mağduriyetlerine son verilmesi sağlanmıştır. İyi yönetim hakkı bireyler ile devlet işleyişi arasında bariyer niteliği göstermektedir.

“Madde 44: Dilekçe Hakkı

Birlik her insanı ve bir üyeliği bulunan ülkede oturan ya da kaydı bulunan iş yeri bulunan her gerçek veya tüzel şahıs, Avrupa Parlamentosu’na dilekçe verme hakkını elinde bulundurur.”² Bireylerin hak talebinde bulunmaları veya mağduriyet gördüklerini ilgili birimlere bildirmeler dilekçe hakkı sayesinde gerçekleşmektedir.

4.2. Temel Haklar Şartı “İyi Yönetilme Hakkı” Yönünden Türkiye

Temel Haklar Şartı ilanıyla beraber, şartın birlik içine katılacak namzet devletler açısından ne şekilde sorumluluklar getirdiği tartışmalara konu olmuş ve şart, bağlama yapabilen duruma ulaşmadan bu şekilde bir soruya yanıt negatiftir. “Bu şekilde şartın bağlama yapabilecek duruma ulaşmasında dahi, şart içindeki birden fazla kuralın öncesinden farklı topluluk düzenlemeleri içinde bulunması sebebiyle çok fazla da önem verilir bir değişiklik olmayacaktır.”³ Komisyon, Temel Haklar Şartı’nın namzet devletlere önem verilir sorumluluklar yükleyen bir araç halinde bulunmadığını ifade etmiştir.

Temel Haklar Şartı aslında hem namzet devletlerin hem de genelde halkın faydasına bulunan asıl hak norm türlerinin şeffaflığını elde etmeye ve yasa güvenlik durumunu çoğaltmaya ekleme yapmaktadır. “Komisyon bunun yanında şartın üye ülkelerde bir anayasa farklılaşmasını zorunlu kılmamaktadır. Temel Haklar Şartı, namzet devletlerin birey hak türleri sahasındaki iş görmelerini ve hazırlanmalarını ne

¹, Temel Haklar Şartı, <http://ekutup.dpt.gov.tr/ab/hukuk/temelhak.pdf>, s.1, (25.12.2018)

², Temel Haklar Şartı, <http://ekutup.dpt.gov.tr/ab/hukuk/temelhak.pdf>, s.1, (25.12.2018)

³ E. Tezcan, Avrupa Birliği Hukuku’nda Birey, İstanbul, 2002, s.264

kapsamda görmeleri zorunluluğuna şeffaflık ortaya koymaktadır.”¹ Aday ülkeler Şartı, Avrupa Birliği kanunlarının bir bölümü şeklinde kabul etmektedirler.

Buna bağlı olarak namzet devletlerin Avrupa Birliği içine giriş yapmalarında önemlilik ortaya koyan konu, kendilerinin yasa sistemlerini Avrupa Birliği kanunlarına uyumlaştırmalarıdır. “Çünkü şart, bağlayıcılık göstermese dahi, şart içinde bulunan yasalar yeni yasalar şeklinde bulunmayıp, öncesinden topluluk yasalarında bulunan düzenleme türlerinin derleme yapılmasından meydana gelmektedir.”² Bu nedenle şart, namzet devletlerce önem verilmesi zorunlu dokümanlardan tekidir. Birey hak türlerine saygılı olma prensibi Avrupa Birliği üyeliği açısından önemli koşullardandır.

Bu durumun bir neticesi şekilde de namzet devletler, katılma görüşmelerinin gerçekleştirildiği dönem içinde birey hak türleri ve asıl özgürlük türlerinin geçerli olması ve korumaya alınması hususunda Avrupa asıl hak standardına erişmiş bulunması zorunludur. “Temel Haklar Şartı bu çerçevede namzet devletlere klavuzluk yapan ve ülkelere yön veren bir fonksiyonu bulundurmaktadır. Temel Haklar Şartı, yasal yönden bağlama gerçekleştiren özellikte bulunmasa da, siyasi yönden bağlayıcılığının bulunduğundan şüphe bulunmamaktadır.”³ Bir diğer ifadeyle bağlayıcılığının bulunmaması, dokümanın politik yüküne etki yapan bir faktör olmamasıdır.

Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı, yasal açıdan bir bildirge özelliğinde bulunmasına karşılık, Avrupa Birliği'nin en yukarı seviyesinde kabullenilip açıklanan bir doküman şeklinde Avrupa Birliği siyasetinin birey hak türleri dayanağını ortaya koyması yönünden önemlidir. Sonuç olarak Konvansiyon üye Guy Braibant, “Temel Haklar Şartının namzet devletler açısından Avrupa Birliği içine katılma belgesi manasını taşıdığını, namzet devletlerin Avrupa Birliği içine katılma talep ediyorlarsa Temel Haklar Şartı'na uyum göstermelerinin zorunlu olduğunu belirtmiştir.”⁴ Avrupa Birliği namzedi bulunan Türkiye bu kapsamda yüklendiği sorumluluk, anayasasını Temel Haklar Şartı'na uyumlaştırmasıdır. Bu gerçekleştirilirken Avrupa İnsan

¹, Temel Haklar Şartı, <http://ekutup.dpt.gov.tr/ab/hukuk/temelhak.pdf>, s.1, (25.12.2018)

² Avrupa Komisyonu, www.eu-kommission.de/pdf/dokumente/charta.pdf, (02.08.2013)

³ Avrupa Komisyonu, www.eu-kommission.de/pdf/dokumente/charta.pdf, (02.08.2013)

⁴ Sabah Gazetesi, 16.Ekim 2000

Hakları Sözleşmesi (AİHS) ve Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi (AİHM) içtihat türlerine de dikkat edilmesi fayda getirecektir.

4709 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın belli başlı maddelerinin farklılaştırılması ile ilgili yasa Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 40. Maddesi içine ikinci fıkra olarak şu hükmü ilave etmiştir: “Devlet, işlemleri sırasında, alakalı şahısların kanuni yollardan ve makamlardan hangilerine müracaat edeceğini ve sarf edeceği zamanı ifade etmek durumundadır. Faaliyet metni içinde müracaat yöntemlerinin belirtilmesi, şahısların haklarını kolay bir biçimde kullanım yapmalarına yardımcı olacaktır.”¹ Faaliyete karşılık hangi makama ve en önemli olanı ne kadar zamanda müracaat yapılabileceğinin; müracaatın gerekli bulunup bulunmadığının bilgisinin olması faaliyetin yön aldığı şahsın karşılaşılabileceği olası zararları başlangıçta ortadan kaldırmaktadır.

Bu hal yönetimin “kanunu bilmemek mazeret değildir” mazereti arkasında olmasına engel olur; yönetimin “hasım” bulunmadığını ortaya koyar. Anayasa m. 40/2 hükmü içinde önem verilmesi zorunlu belli başlı konular vardır. Hukuki ilişkilerin adil, dengeli ve titiz bir şekilde oluşturulması orantılılık ilkesinin temelini oluşturmaktadır. “Genel olarak üç unsur, bireyi devletin aşırı müdahalesine karşı korumak amacıyla orantılılık ilkesi için önemlidir. Temel hak ve özgürlükleri sınırlama araçlarını izleme, amacı gerçekleştirme araçlarını kullanma ve bir değer önlemi gözlemlemedir.”² Anayasa Mahkemesi, orantılılık ilkesinin alt ilkelerini “Kolaylık”, “gereklilik” ve “orantılılık” olarak sıralar. İyi yönetim ile ilgili olarak, İçişleri Bakanlığınca düzenlenen bir düzenleme süreci bizleri hatırlatır. Çalışmanın sonunda İyi Yönetim İlkeleri hatırlatılmaktadır.

Kısaca yönerge içinde halkımızı bezgin duruma, yorulmaya, zamanının ziyan olmasına ve lüzumsuz gidere yönlendiren, onlara yakışan modern yaşam biçimlerinin arkasına düşen, üretimini gerçekleştirdiği hizmetlerin sunumunu yaparken halkın gereksinimleri yerine kendilerinin aşamalı mantıklarını ve gereksinimlerini temel gören Bürokratik Yönetim Kültürü ve Yapısının bırakılmasının zorunlu olduğu belirtilerek iyi idare açısından üç ana amaç tespit edilmektedir. Bu amaçlar: “Devlet

¹ S. R. Karluk, Helsinki Zirvesi Kararları Sonrasında Türkiye'nin AB Üyeliği, s.203.

² Y. Metin, Ölçülülük İlkesi, Ankara, 2002, s.19.

sektörü vatandaşa hizmet açısından bulunmaktadır ve halkı hizmetlerin merkezine yerleştirmek durumundadır.”¹ Devlet vazifesinde olanların hizmet düşüncelerinin esasını, vatandaşa itimat ve birey sevgisi meydana getirmelidir. Yönetimsel işlemlerinde hedef vatandaşın mutlu olmasıdır.

Yönerge içinde, “Vatandaş Odaklı Kamu Hizmeti Kültürüne Geçiş” açısından ayrıyeten, devlet hizmet türlerinin yapılmasında sürat, nitelik, verimli olma, etkinlik elde etme zorunluluğu iddia edilmiştir”² Temelde devlet işleyişi esas olarak alınan Türkiye yönetim biçiminde yönetilen olgusu Avrupa Birliği düşüncesi ortaya konulana dek devam etmiştir. Ancak daha sonra birlik yasalarını getirdiği kısıtlayıcı ve insanı hakkını arar hale getirici ya da daha iyi yönetilmesini sağlayıcı tedbirler sayesinde Türkiye insanları devlet işleyiş çarklarında ezilmemişlerdir. Elde edilen haklar sayesinde insanlar kendilerini daha özgür ve daha iyi yönetildiklerini hissetmeye başlamışlardır.

¹ Y. Oğurlu, Karşılaştırmalı İdare Hukukunda Ölçülülük İlkesi, Ankara 2002, s.36.

² İçişleri Bakanlığı, İyi Yönetimin Geliştirilmesi, http://www.caycuma.gov.tr.v1/formlar/karar_2013_11.pdf, s.1, (25.12.2018)

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'NİN AVRUPA BİRLİĞİ UYUM SÜRECİNDE TOPLUMSAL SORUNLARI, ÇÖZÜM ÖNERİLERİ, İNSAN HAKLARI POLİTİKASI, SAĞLIK REFORMLARI ve ETKİLERİ

1. SAĞLIK KAVRAMI, SAĞLIK HİZMETLERİNDE TEKNOLOJİK GELİŞİM ve DÜNYA ÜLKELERİNDE SAĞLIK HİZMET SUNUMLARI

Sağlık kavramı evrensel bir kavramdır. “Sağlıklı bütün toplumlar içinde “sağlığını kaybetmeme”, “iyiliği bulunma” manasına ulaşmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü Anayasası kapsamında sıhhatli olma; “yalnızca sağlıklı olmama ve sakatlık durumunun bulunmayışı bulunmayıp, vücutça, psikolojik ve toplumsal açıdan bütün bir iyi olma durumudur ve erişilebilir en üst standart içindeki hasta olmama düzeyine erişmek, ırk, politik düşünce, iktisadi ve toplumsal statüsü ne bulunursa bulunsun bütün kişilerin asıl hak türüdür.”¹ Sağlıklı olma kavramı, kişinin gündelik hayatındaki görevlerini yaparken elde ettikleri tecrübeleri, bilgi tasarrufları ve bekleyiş içinde olduklarına göre biçimlenmektedir.

Hayvanlar arasında ise, sağlıklı olma koruyuş içinde bulunma içgüdüğü fazlasıyla gelişim göstermiş olup, direkt sağlıklı durumu koruma altına almaya yönelmiş hareketlere sebebiyet verebilmektedir. “Mesela; gözü içinde katarakt gelişimi olan keçi, gözünü ağaçlara temas ettirerek bir çeşit katarakt operasyonu gerçekleştirmekte, çok yemek sonucu rahatsızlık çeken leylek, gagası ile kendisine lavman gerçekleştirmekte ya da kabızlık yaşayan köpekler, bir çeşit ayrık otu yiyerek onu müshil etkisi yönünden faydalanmaktadır.”² Benzer içgüdüsel hareketlere insanlar içinde de karşılaşılmaktadır. Mesela; belli başlı ilkel ve ayrı yaşayan kabileler içinde, kabızlık çeken çocuklara annesi ya da babasınca ağıza alınmış sy bebeğin anüsünden verilerek bir çeşit lavman gerçekleştirilmektedir.

¹....., Huksam, Kadınının Sağlık Hakkı, [http:// www.huksam .haccetepe.edu.tr /Turkce/Sayfa/Dosya/ kadinin_saglik_hakki.pdf](http://www.huksam.haccetepe.edu.tr/Turkce/Sayfa/Dosya/kadinin_saglik_hakki.pdf), s.1, (25.12.2018)

² Sağlık Bakanlığı, ... “Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi” Rehberi, s.27

Hayvanlarda ve insanlar içinde rastlanan bu çeşit hareketlerin misalleri fazlalaştırılabilir. Bu izleme ve misallerden hareket ederek, sağlıklı olmayı korumaya alma ve neslini devam ettirmeye yönelmiş hareketlerin canlı olanların dünyada bulunuşundan zamanımıza kadar devam ettiğini ifade etmek hatalı olmaz. “Başka hayat türlerinde bir içgüdü seviyesinde bulunan bu hareketler, bireylerde, süreye şart şekilde ilerlemiş talepli ve bilgili hareketlere dönüşüm görmekle bulunmamış, sosyal bir hareket özelliği de elde etmiştir. Bu ilerlemenin ortaya çıkardığı sektör ise, sağlıkla ilgili hizmetleri veren sektördür. Yine bu noktadan çıkarak, günümüz içindeki manada bulunmasa dahi, sağlıkla ilgili hizmet türlerinin insanoğlu ile beraber ortaya çıktığı, sağlıkla ilgili hizmet çeşitleri tarihi sürecinin insanoğlu tarihsel süreci ile aynı yaşta bulunduğu ve ilk bireyin ilk ecza yapan ve doktorluk yapının bulunduğu ifade edilebilir.”¹ Kısacası hayatın var olduğu günden günümüze sürekli değişen ve gelişen canlılar aleminde sağlığın, hayatın devamlılığı için vazgeçilmez temel içgüdü olduğunu söylenebilmektedir. Sağlıkla ilgili hizmet sunumları, hem bilimsel seviye ve hem de hizmeti sunum yapma şekli ve algısı açısından devamlı bir farklılaşma ve ilerleme kapsamında gerçekleşmiştir.

Bu ilerleme ve farklılaşmada, teknolojideki ilerleme, tasarrufla beraber (teknolojik aktivite), sosyal yaşamda olduğu üretme bağlantıları, seviyesi (sosyal aktivite) tespit edici bir görev almıştır. “Sağlık ile bağlantılı erişebildiğimiz en eski yazılı doküman “Gılgamış Destanı”dır. Ancak sosyal yaşamın, insanlığın başlangıç noktasından bu zamana sağlık problemlerini çözümleme uğraşında bulundukları açık durumdadır. Zira bu uğraşlar problemlerin sebeplerine “doğru” tanılama yapılabildiği miktarda başarı göstermiştir.”² Problemlere ise ancak hayat sürdürülen zamanın, o sosyal organizasyonun bilim ile ilgili ve teknoloji ile ilgili imkânların müsaade ettiği miktarda yanlış olmayan tanı yapılabilir.

- **Mistik Dönem:** “Erken çağlarda, pozitif bilimlerin varlığı bile belirtilmediğinde, her türlü iyilik ve kötülük bazı doğaüstü güç ve olaylara

¹ R. Akdur, Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslama, “Bir İç Güdü Olarak Sağlık”, Ankara, 1999, s.2

² T.C. Sağlık Bakanlığı, Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik “Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi” Rehberi, “Sağlığın Geliştirilmesi Kavramı, Kapsamı ve Önemi”, Ankara, 2011, s.27

dayanıyordu.”¹ Bu nedenle, bir dizi içgüdüsel davranış dışında, kötü ruhları kovar, doğaüstü güçlere yemin sunarken, ibadet eder, vb.

- **Polifarmasi Dönemi:** Mistik uygulamalara devam ettikçe, bazı bitkiler, yiyecekler ve malzemeler günlük yaşamdaki tesadüflerin bir sonucu olarak diğerlerinden daha iyi olduğu gözlenmiştir. “Bu gözlemler zamanla uygulama/deneyle zenginleştirildi, böylece ağrının hafifletilmesi ve bazı problemlerin hafifletilmesi uygulamaya kondu. Birçok hastalıkta gittikçe artan bir şekilde ilaç olarak adlandırabileceğimiz çeşitli maddeler kullanıma girdi.”² Bu anlamda, bu dönemde ilaç sektörünün ilk deneyiminin olduğu söylenebilir. Bununla birlikte, bu başvuruda madde ve hastalık konusu tartışılmamıştır. Yani, aynı hastalıkta farklı hastalıklarda çok çeşitli maddelerin veya aynı maddenin kullanılmasıdır.

- **Etiyolojik Tedavi Dönemi:** Bilim, bu arada, gelecekte sağlık ve gelişim paralelinde pek çok hastalığın mekanizması veya mekanizması olarak bilinir ve bilinir hale gelmiştir. “Çoklu ilaç döneminde hastalıkların etiyolojik dönemde birbirinden ayrıldığı, hastalığın kaynağı bir hastalık olarak bilinmekte olduğu anlaşılmaktadır. Böylece hastalık etki mekanizması için tedaviler geliştirilmiştir. Mikroorganizma ve antibiyotiklerin keşfi bulaşıcı hastalıkların sebep olduğu ajanlar olan hormonal ve dejeneratif hastalıkların mekanizmasının ve tedavisinin keşfedilmesidir.”³ Bu gelişmenin sonunda her hastalığın tedavisinin ayrı ayrı yapıldığı mekanizma ve mekanizması başladı. Bu döneme kadar uygulamaların ortak özelliği, “hasta kişinin hastalık göstermemesi” anlayışının hakim olmasıdır. Başka bir deyişle, hasta kişinin ailesinin topluma ve çevresi ile bütünleşmiş bir varlık olduğu anlaşılamaz.

- **Çağdaş Dönem:** Bu gelişmenin sonucunda, sadece hastalıkların sebep olduğu mekanizmaların varlığını sürdüremeyen, aynı zamanda hazırlanmış hastalıklar bulunan tüm çevresel (fiziksel, biyolojik ve sosyal) faktörler ve dernekler bulunmuş ve gösterilmiştir. “Çevredeki bazı olumsuzlukları ortadan kaldırmak

¹ Sağlık Bakanlığı, ... “Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi” Rehberi, s.27

² Sağlık Bakanlığı, ... “Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi” Rehberi, s.27

³ Sağlık Bakanlığı, ... “Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi” Rehberi, s.27

suretiyle hastalıkların önlenabilir ya da yok edilebileceği ve toplumun sağlıklı bir hale getirilememesi ya da sağlık düzeyinin yükseltilmesi mümkün olmadığı anlaşılmaktadır. Toplumun, bireysel hastaları tedavi etmesini sağlamaktır.”¹ Faktörlerin kaynağı, hazırlayıcı faktör ve ilişki bulunduğu sürece, tedaviden sonra, yeni hastalar tedaviden sonra hastada tekrar görülmeye devam etmektedir. Sağlıklı bir yaşam kaynağı için gerekli bir ortamın nasıl gerekli olduğunu anlayabilir.

Globalleşen dünyamızda artık sınırların kalktığı bu yenisünya düzeninde ulaşım, teknoloji, turizm gibi faaliyetlerin geliştiğı bir ortamda bir ülkenin tek başına sağlıkla ilgili önlemler alması yetersiz bir çabanın ürünü olarak görebiliriz. “Bu anlamda, Ottawa Kanada'daki 1. Sağlık Teşvik Konferansı'nda, dünyadaki tüm insanlar için sağlıklı bir yaşam olduğunu ve sağlığın geliştirilmesi gerektiğini daha yaygın hale getirdi.”² Bugün, sağlık, modern halk sağlığının bir unsuru haline geldi ve sağlıktaki temel belirleyicileri ve herkesin sağlığını olumlu bir şekilde inceledi:

- **Sağlığın geliştirmesi mevcut şartlara bağlıdır:** Sağlık gelişiminde hem gelişmekte olan ülkelerde hem de gelişmiş ülkelerde toplumdaki köklü değişiklikler etkilenebilmektedir. “Yoksulluk, şiddet ve zihinsel sağlık, HIV / AIDS gibi yeni hastalıklara yanıt verme gibi bazı etkiler ön plana çıkmaktadır. Sağlığa açık sağlık etkileri olan küreselleşmedir. Bu etkilerin sağlığın geliştirilmesinde olumsuz etkileri olmuştur. Bunun en bariz etkilerini Afrika ülkelerinden Etiyopya ve Somali’ de görebiliriz. Bu ülkelerdeki savaş, şiddet ve açlık çeşitli bulaşıcı yaygın hastalıklarla mücadelenin yetersiz kalmasına sebep olmuştur.”³ Daha doğrusu bu ülkelerde ön plana çıkan savaş, ülke ekonomisine büyük zarar vermiş, sağlığın geri plana atılmasına neden olmuştur. Bu da birçok bulaşıcı hastalığın daha rahat yayılmasını sağlamıştır.

- **Sağlığın geliştirilmesi Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ nün sağlık tanımının üç boyutunu bütünlemektedir:** Sağlığın gelişimi, sağlığın fiziksel, sosyal ve ruhsal boyutları ve birçok ülke ve toplum için kültürel yapının dördüncü boyutu olan manevi boyutu da içeriyor. Bu açıdan bakıldığında sağlık tek başına

¹ Sağlık Bakanlığı, ... “Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi” Rehberi, s.27

² Sağlık Bakanlığı, ... “Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi” Rehberi, s.27

³ Sağlık Bakanlığı, ... “Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi” Rehberi, s.27

bedenin iyi halinin olması değil ruhsal, psikolojik ve manevi anlamda da iyi halin olması olarak anlayabiliriz.

- **Sağlığın geliştirilmesi hükümetlerin sağlık alanındaki sorumluluklarını destekler:** Hükümetler, vatandaşlarının sağlığını korumak, sürdürmek ve iyileştirmek ve politikaları geliştirirken veya hizmetleri sunarken sağlığı ana unsur olarak dahil etmekle yükümlüdürler. “Hükümetlerin veya sistemlerin zayıf olduğu ve kamu hizmetlerinin yetersiz olduğu ülkelerde gönüllü kuruluşlar ve özel sektör halkın sağlığına da katkıda bulunuyor.”¹ Dolayısıyla sağlığın sadece bireye ait bir gerçeklikten öte devletlerin ve hükümetlerin de sorumluluğundadır.

- **Sağlığın geliştirilmesi sağlığı toplum adına savunur:** Sağlığın geliştirilmesi sosyal ve ekonomik gelişme açısından tüm topluma fayda sağlıyor. “Bu açıdan sağlık sağlığın topluma bir yararadır ve modern vatandaşlığın temel bir bileşenidir.”² Modern bir toplumun olmazsa olmazıdır diyebiliriz sağlık için. Sağlık anlamında yetersiz olanaklara sahip bir ülkenin modernliğinden bahsetmek mümkün değildir.

- **Sağlığa katılım sağlığın geliştirilmesinin esas unsurudur:** Sağlık eğitiminin ve sağlık okuryazarlığının artırılması, toplumu oluşturan kişilerin sağlık konusundaki davranışlarını iyileştirmenin ve onları bilgilendirerek sağlıklarını koruyabilmelerini, sağlık hizmetlerine katılabilmelerini ve sağlık haklarını savunabilmelerini sağlamanın bir yoludur. “Bangkok'taki 6. Küresel Sağlıkta Teşvik Konferansı'nda özetle şu kararlar alınmıştır. Sağlığın insan merkezli bir dünya düzeninin merkezinde yer almalıdır. Sağlığın geliştirilmesi yöntemlerinde sadece bireyin değil hükümetler ve uluslarüstü yapılara ihtiyaç vardır. Bu yapılar gelir adaletsizliğiyle mücadele ederek zengin-fakir arasındaki sağlık açığını giderecek çalışmalarda bulunmalıdır.”³ Ayrıca hükümetler de bu konuda desteğini sunmalıdır. Sağlık gelişimi, savaş ve çatışma durumları da dahil olmak üzere iç, dış ve uluslararası ilişkilerin ayrılmaz bir parçası olarak düşünülmüştür. Sağlığın Geliştirilmesi stratejilerinde beş ana prensip mevcuttur.

¹ Sağlık Bakanlığı, ... “Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi” Rehberi, s.27

² Sağlık Bakanlığı, ... “Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi” Rehberi, s.27

³ N. Yardım - S. Gogen - S. Mollahaliloğlu, “Dünya da Sağlığın Geliştirilmesi ve Stratejiler”, İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, C.72, S.1, İstanbul, 2009, s.30.

2. AVRUPA BİRLİĞİ SİSTEMİNDE SAĞLIK POLİTİKALARI

Değişen ve gelişen dünyamızla birlikte ihtiyaçlar da değişmiş, bu ihtiyaçlara cevap verebilmek özellikle sağlığın korunması yönünden zorlaşmış sağlıklı olabilme gün geçtikçe tehdit altına girmiştir. Dünyada sağlığın geliştirilmesi ve stratejilerinde de işlediğimiz gibi sağlığın sadece ülkelerin değil uluslararası bir olgu olduğunu günümüz dünyasında bireyin sağlığının korunması için bu konjonktürde sağlık politikalarının oluşturmasını gerekli kılmaktadır. “Avrupa Birliği entegrasyon sürecinde yaşanan gelişmelere paralel olarak sınırların kalkması ve Avrupa Birliği’ne üye ülke vatandaşlarının kendi aralarında rahatça seyahat, ticaret ve kültürel etkileşimde bulunması Avrupa Birliği’nde sağlık politikalarını gerekli kılmaktadır. Avrupa Birliği başlangıçta ekonomik hedefler doğrultusunda politikalar izlemesinden dolayı sağlık politikalarına fazlaca yer vermemiştir.”¹ 1999’da yürürlüğe giren Amsterdam Antlaşması, Avrupa Birliği’nin sağlık politikalarının sorumluluklarını ve yetkilerini arttırmıştır. Özetle, Avrupa Birliği üye ülkelere insan kaynaklı organların, dokuların, kan ve kan ürünlerinin güvenliği için yüksek standartlar sağlayan kanunları çıkarmaya davet etmiştir.”

Ortak Tarım Politikası kapsamında insan sağlığının korunması için veterinerlik önlemleri de halk sağlığı başlığı altına alınmıştır. Avrupa Birliğinin sağlık programları, yeni katılan ülkelerle birlikte 2002’den beri tek bir çatı altında örgütlenmiştir. “Bu programlar üye ülkeleri ve Avrupa Birliği’ne aday ülkeleri içermektedir. Ancak, Avrupa ülkeleri arasında sağlık alanında büyük eşitsizlikler bulunmaktadır. Ayrıca Avrupa Birliğinin hızla yaşlanması ve doğum oranlarının hızlı düşmesi hastalık risklerini de artırmaktadır.”² Bu gelişmeler üzerine, Avrupa Komisyonu tarafından 2007’de yayınlanan Beyaz Kitap, sağlıklı yaşam biçimlerinin benimsenmesini ve hastalıklardan korunmayı öncelikli kılan “gelişmekte olan sağlık ilkeleri”ni ortaya koymuştur. Kronik hastalıkların her zamankinden daha etkili korunması için maliyet açısından etkili bir yaklaşımdır.

¹ R. Akdur, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu İle Kıyaslanması, “Sağlık Politikası”, Ankara, 1999, s.6

² H. H. Yıldırım - T. Yıldırım, s.340

2.1. Avrupa Birliği Sağlığı ve Sağlık Politikalarının Amaçları

Bilindiği üzere Avrupa Birliği “Bir Entegrasyon Süreci Olarak Avrupa Birliği ve Tarihsel Arka Plan” başlığında işlediğimiz gibi Batı Avrupa’da bulunan altı ülkenin ekonomik kaygıları sonucu kurulmuştur. Avrupa Birliği’nin kurulmasıyla beraber kendine ait ekonomik, kültürel, siyasi politikaların yanında kendisine ait bayrağı, para biriminin oluşmasına vesile olmuştur. Bunun yanı sıra ortak politikaları ve yasaları da gelişmiştir. “Avrupa Birliği, birliğin üye ülkelerinin sağlıkla ilgili siyasetlerinin meydana gelmesine neden olmuştur. Avrupa Gıda Otoritesinin oluşturulması, hastalık türlerinin engellenmesi, Avrupa Merkezi oluşturulması basamağına da öncül olduğu ifade edilebilir. Ancak birlik düzeyinde tek tip bir politika yoktur. Yani sağlık politikaları ve uygulamaları ülkelere özgüdür.”¹ Avrupa Birliği böylelikle kompleks bir yapıya bürünürken sağlık politikalarında da gelişmeler göstermiştir. Avrupa Birliği kamusal şekilde sağlıkla ilgili siyasetini kanun müeyyideleri şeklinde incelemiştir. Bu yöntemle ele alınmasından dolayı da sağlık politikalarında büyük bir ilerleme kaydedilmiştir.

2.2. Sağlık Finansmanı ve Harcamaları

Avrupa Birliği, üye ülkelerinin ekonomik girdilerine göre finansman mekanizmalarına sahiptir. Üye ülkelerde sistemlerin finansman kaynakları karışımı kullanmasına karşın, fonların ağırlığı doğrudan ve dolaylı olarak halk tarafından kontrol edilmekte ancak doğrudan hizmet ödemelerinden çok az bir oran elde edilmektedir. Bu nedenle üye ülkeler sağlıklarını finanse etmektedirler. “Ekonomik girdilere göre harcamalar, AB’nin adaylığı ve finansmanı şu şekilde özetlenebilir. Almanya, sağlık sistemi çeşitli sigorta fonları ve önemli ölçüde özel sektör, sağlık kaynakların bir karışımı, sadece %21’i genel vergilerden, Fransa, sağlık sistemi tüm nüfusu kapsayan zorunlu sağlık sigortası. Sağlık finansmanı ağırlıklı olarak hastalık fonları, bazı doğrudan ödemeler, Birleşik Krallık, ağırlıklı olarak genel vergilendirmeden türetilen ulusal sağlık sistemini finanse etmektedir. Sağlık finansmanı ağırlıklı olarak genel vergi ve özel sektör küçüktür. İtalya sağlık modelini zorunlu sağlık sistemine dayalı ulusal sağlık sistemi oluşturmaktadır.”² Finansmanı

¹ AB Sağlık Politikaların Amacı, <http://www.file.toraks.org.tr/TTDSK> ‘den alınmıştır, (25.12.2018)

² H. H. Yıldırım - T. Yıldırım, s.340

genel vergilerin ve zorunlu katkılarının bir kısmı, İspanya, ulusal sağlık sistemi, genel vergi ve zorunlu sağlık sigortası. Finansmanı genel vergiler ağırlıkta, ancak bazı zorunlu sigortalar, Hollanda, sağlık sistemi devlet ve şahıs karışımı sigorta sistemi ancak ulusal programa doğru bir yönelim var zorunlu sigorta ağırlıktadır.

Finansmanı gönüllü ve veya özel katkılarda söz konusu, Yunanistan sağlık sisteminde zorunlu sigorta ağırlıktadır. Ulusal sağlık sistemi ve önemli ölçüde özel sektör sağlık sistemini oluşturmaktadır. Finansmanı Özel sektör ağırlıkta resmi olmayan “ek ödemeler”, Belçika bütün büyük riskler için zorunlu sağlık sigortası, zorunlu sağlık sigortası büyük oranda devlet tarafından sübvans ediliyor, Portekiz, zorunlu sağlık sistemine dayalı ulusal sağlık sistemi modeli vardır. “Ağırlıklı olarak ulusal sigorta programı, az miktarda da özel sektör, İsveç, yerel bazda kuvvetli demokrasi bulunan denetim eşiğinin de geniş bir devlet sağlık sistemi vardır. Finansmanın çoğunluğunda yöresel vergi türleri, kamu fonları ve şahıs sigortaya destek verilmektedir.”¹ Avusturya, zorunlu kapsayıcı sigorta Sağlık sigortası programı ağırlıkta, ancak tamamlayıcı özel sigorta ödemeleri, Danimarka, temel genel vergilerden elde edilen ulusal sağlık sistemi%85’i genel vergilerden, kalanı ortak ödemelerden, Finlandiya, karar vermenin desantralize olduğu ulusal sağlık hizmeti. Finansmanı Devlet ve yerel vergiler, bazı ulusal sigorta ve özel ödemeler, İrlanda ulusal sağlık hizmeti ve bazı ortak ödeme sigortalar. Finansmanı ağırlıklı olarak genel vergiler, az bir oranda sigortadan gelmektedir.

2.3. Sağlık Hizmetlerine Erişilebilir Olma

Sağlık hizmetlerinin, ekonomik güçleri ne olursa olsun, her kesimden insanlar tarafından erişilebilir olması ve tüm tedavi hizmetlerinden eşit olarak yararlanabilmesi çok önemlidir. “Hedef, daha iyi tedavi için daha yüksek maliyet gerektiren yeni teknoloji ilaçlarının kullanımı ile daha iyi kalitede sağlık hizmeti sunmaktır. Sağlık bir haktır ve herkes sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek zorundadır.”² Devlet, bu konuda engelleri kaldırmakla yükümlüdür bazı sağlık hizmetlerinden yararlanmak ve bazılarının ekonomik gücüne göre yararlanabilmek için vatandaşların önünü açmıştır.

¹ AB Sağlık Politikaların Amacı, <http://www.file.toraks.org.tr/TTDSK> ‘den alınmıştır, (25.12.2018)

² H. H. Yıldırım - T. Yıldırım, s.82.

2.4. Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Verimliliğin Artırılması

Sağlıklı olmak sürekli bir yaşam biçimi olduğundan, sağlık hizmetlerinde kalite ve verimlilik çok önemlidir. “Vatandaşlara en iyi standart ve kaliteye sağlık hizmetlerinin sağlanması, sağlık bakım kalitesinin sağlık hizmetleri maliyetleri ile dengelenmesi ve sağlık hizmetleri yararları bu hedeflerin başında gelmektedir.”¹ Öte yandan, kalite halk sağlığı hedeflerine ulaşma noktasında verimlilik artabilir.

2.5. Sağlık Hizmetlerinde Finansal Kaynakların Devamlılığı

Ekonomik kaynaklar hem toplumun sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi hem de sağlıktaki teknik gelişme ve araştırmalarla birlikte kaliteli sağlık hizmeti için gerekli ve zorunludur. "Sağlık Politikaları Sağlık Bakanlığı tarafından planlanması ve serbest piyasa koşullarına tabi edilmemiş sebebi de budur. Serbest piyasa koşullarına bırakılan sağlık hizmetleri örgütsel bir sistem içinde yönetilemeyeceğinden uzun vadede bölge farklılıklarının oluşmasına ve vatandaşların sağlık hizmetlerinden erişebilme noktalarına aynı format faydalanmama durumuyla karşı karşıya gelebileceği şüphesiz bir gerçektir.”² Sağlık politikalarının bir kurum tarafından planlanması her yerde aynı kalitede hizmetin sunulmasını ve sağlık politikalarının düzeyinde kısmen farklılık sağlar.

3.HASTA HAKLARI KAVRAMININ TARİHÇESİ ve AVRUPA BİRLİĞİ'NDE HASTA HAKLARI KAVRAMININ GELİŞİMİ

3.1. Hasta Hakları Kavramına Giriş

Hasta hakkı kavramı bireyin sağlığını kaybetme durumu öncesindeki aşamalarda sağlıklı halinin koruma altında tutulması, fark ve statü gözetmeksizin herkesin sağlık olanaklarından eşit faydalanmasını sağlayan, herkese nitelikli tedavi olanaklarına ve sağlık kuruluşlarına ulaşım imkânı sağlayan sağlık hakkı ile ilgili sağlık hakkının parçası ve tamamlayıcısı olarak görebiliriz. “Hasta hakları kavramı, özellikle son 20-30 yılda kavramsallaşmaya başlamıştır. Sağlık Bakanlığı, Hasta

¹ H. H. Yıldırım - T. Yıldırım, s.81.

² H. H. Yıldırım - T. Yıldırım, s.81.

Hakları Yönergesinin uygulanması için “Sağlık Kuruluşlarındaki Hasta Haklarının Uygulanmasına Yönelik Yönerge” hazırlamış ve yürürlüğe koymuş, 1998'de de yürürlüğe girmiştir. Hasta haklarının tanımı kavramsallaştırma sürecinde de yapılmıştır.”¹ Uluslararası kabul gören hasta haklarının tek bir tanımı yoktur. Aynı zamanda, tanımlar ve hasta haklarının çeşitlendirilmesi ile birlikte, çalışmanın kilit noktaları, çalışmalar ve belgelerde benzer gibi gözükmemektedir.

3.2. Hasta Hakları Beyannamesi (A Patient's Bill of Rights)

Amerikan Hastaneler Birliği 1973'te Hasta Hakkı Bildirgesi'ni yayımlamıştır. Ulusal bir beyan olmasına rağmen, hasta haklarıyla ilgili ilk yayınlanan belge olması önemlidir. Beyanname temelinde, hastanın memnuniyetini arttırmayı ve etkili bir tedavi olanağı sağlamayı amaçlamaktadır.

Beyannamede 12 maddelik bildiri alındı ve kararlar çok kısa ve özlü olmasına rağmen, bunlar hasta haklarının temel kavramlarını ortaya çıkarmak açısından önem taşımaktadır. “Bu kararlarla hastaların bilgilendirildiği, saygı gösterildiği ve mahremiyet hakkına sahip oldukları ve sahip oldukları haklara sahip olduklarından emin olmuştur. “Konseyin ilanından sonra, Birleşik Devletlerin pek çok eyaletinde hasta hakları konusundaki yasal düzenlemeler devlet mevzuatına eklenmiştir.” 1992 yılında Amerikan Hastaneler Birliği, hastaların hakları konusunu revize etmiş ve güncellemiştir. Sağlıkla Mücadele Kuruluşlarının Akreditasyonuna İlişkin Ortak Komisyon (JCI) 1994 yılında hasta haklarına ilişkin kapsamlı bir metin yayınlamıştır.”² JCI hasta ve yakınlarının hakları; Hastaların haklarını tanımlama, koruma ve teşvik etme süreçlerine hastaların hakları hakkında bilgi verilmekte, kararlar hastaların bakımına alınmakta, onay alınmakta, çalışanların hasta hakları konusunda eğitim alınıp verilmesi sağlanmaktadır.

¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, Hasta Hakları Yönetmeliği, <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/yonetmelik.htm>, s.1, (25.12.2018)

² Sağlık Bakanlığı, <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/yonetmelik.htm>, s.1, (25.12.2018)

3.3. Lizbon Bildirgesi

Hasta hakları konusundaki ilk uluslararası girişim DTB tarafından Eylül-Ekim 1981'de Lizbon Deklarasyonu'nun benimsenmesiyle gerçekleştirildi ve Portekiz'in başkenti Lizbon'un 34. Genel Kurulunda kabul edildi ve kabul edildi. Bu deklarasyonda; “Hasta kendi doktorunu serbestçe seçme hakkına sahiptir. Hemen, herhangi bir dışsal etkiye maruz kalmadan klinik ve ahlaki kararları özgürce verebilen bir doktor tarafından bakılma hakkına sahiptir. Hastanın kabul veya reddetme hakkı vardır. Hastanın, doktorun tüm tıbbi ve kişisel bilgilerinin mahremiyetine saygı duymasını bekleme hakkı vardır. Her hasta, onur içinde ölme hakkına sahiptir. Hastanın ruhsal ve ahlaki yönünü kabul etme veya reddetme hakkı vardır. Uygun bir dini temsilcinin yardımı da dahil olmak üzere rıza alınmaktadır”¹ Bu deklarasyon ayrıca doktorun özerkliğini vurguladı ve hasta haklarının tamamlayıcı bir unsuru olarak görülmüştür. Lizbon Bildirgesi'nin ilk ve önemli özelliği de popülerliğini artırmıştır. Birçok hastanede Lizbon Beyannamesi hasta odalarına asılmış ve hastaların haklarına duyarlı hale gelmesine katkıda bulunulmuştur.

3.4. Amsterdam Bildirgesi

28-30 Mart 1994'te Amsterdam'da yapılan DSÖ Avrupa Bürosu toplantısında (Amsterdam Deklarasyonu) ve DSÖ hasta haklarına mensup Avrupa ülkelerinde kabul edilen “Avrupa'daki Hasta Haklarının Geliştirilmesi Hakkında Deklarasyon”dur. “Farklı sağlık sistemi ve mevzuatına sahip üye devletlerin bu rapordaki ilkelere erişebilmelerini sağlamak için çaba gösterilmiş ve bu amaca ulaşmak için her türlü desteği sağlamak için bir karar alınmıştır.”² Bu deklarasyon ile Avrupa bölgesinde sınırlı olmakla birlikte, DSÖ bu bildirim sonrasında diğer ülkeleri de kapsayacak şekilde hastaların hakları konusundaki çalışmalarını sürdürmüştür.

Amsterdam Deklarasyonu:

- İnsan haklarının ve değerlerin sağlık hizmetlerine uygulanması,

¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, Lizbon Bildirgesi, <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/lizbon.htm>, s.1, (25.12.2018)

² Sağlık Bakanlığı, <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/lizbon.htm>, s.1, (25.12.2018)

- Bilgi,
- İzin/onay,
- Gizlilik/gizlilik,
- Bakım/tedavi,

Başvuru, altı ana başlık altında toplanmıştır. İnsan hakları ve kıymetlerinin sağlık bakımına uygulanması başlığı altında erkek veya kadın herkes insan olma sebebiyle saygı görme hakkı vardır. Herkes kendi yaşamını belirleme ve kendi dini görüşüne göre hayatını devam ettirme hakkına sahiptir.”¹ Bilgilendirme kısmı ise sağlık servislerine nasıl ulaşacağına dair bilgilendirme, alacağı tedavinin riskleri veya sonuçları konusunda bilgilendirilmesi ve verilen bilgilerin hastaya uygun bir dille anlatılarak, hastanın tedavi konusunda bilinçlendirilmesi gibi konuları düzenlemektedir.

3.5. Bali Bildirgesi

Lizbon Bildirgesi, 1995 yılında Endonezya Bali’de yapılan Lizbon Deklarasyonu II’de DTB’nin 47. Genel Kurulunda kabul edildi ve tartışıldı ve hasta hakları hakkında daha kapsamlı hale gelmiştir. “Bu deklarasyon 1981 tarihli deklarasyonun temel anlayışı ve DSÖ “Avrupa Coğrafyası” ile sınırlandırılan hasta hak kriterlerinin DTB aracılığıyla tüm dünyaya yayılması ile hasta haklarının önemli bir adımı olmuştur.”² Hasta haklarının kapsam alanının genişlemesini sağlayan bu bildirge hasta hakları konusunda kıtasal sınırlamanın da kaldırılmasını gerçekleştirmiştir.

3.6. Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü Ana Sözleşmesi

Avrupa Hasta Hakları Sözleşmesi, sağlık programlarının geliştirilmesi çerçevesinde 2002’de Roma’da yayınlanmıştır. “Temel haklar, Nice Şartı’nın ve Avrupa Anayasası’nın (Amsterdam Deklarasyonu), Ljubljana Sağlıkta Reform

¹T.C. Sağlık Bakanlığı, Amsterdam Bildirgesi, <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/amsterdam.htm>, s.1, (25.12.2018)

² T.C. Sağlık Bakanlığı, Bali Bildirgesi, <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/bali.htm>, s.1, (25.12.2018)

Statüsü (1996), Jakarta'nın 21. Yüzyılda Sağlık Gelişim Tebliği (1997) İnsan Hakları ve Biyotıp Toplantısı (1997).”¹ Hijyen olarak problem yaşayan toplumlarda sağlık sorunlarının çok aşırı oluşması bu toplumların yönetimini sağlayan politikacıların sağlık politikalarını gerçekleştirme arzularını ortaya koyan sözleşmeler olarak değerlendirilmektedir.

3.7. Ulusal Boyutta Hasta Hakları

Dünyanın tüm ülkeleri 21. yüzyıla girdikçe uluslararası gelişmeler ışığında ulusal mevzuata gittiler. “Finlandiya, bu konuda “Hasta Hakları ve Durumu” kanununu (1992) teyit ederek önemli bir rol oynamıştır. “Ülkeler, ulusal mevzuatlarını düzenleyen iki ana yöntemi tercih etmektedir. Ülkedeki ilk kanun için tamamen ayrı bir yasa hazırlamıştır. İkinci yasada da, genel mevzuatın ülkelerindeki hastaların haklarına ilişkili maddeler eklenmekte ve mevcut mevzuata entegre edilmiştir.”² İzlanda, Finlandiya, İrlanda, İsrail, Litvanya, Türkiye gibi bazı ülkelerde, ilk yöntem tercih edilmektedir. Rusya, Yunanistan, Bulgaristan ve Hollanda gibi bazı ülkeler ikinci yöntemi tercih etmektedir. Diğer ülkelerde de benzer yasal düzenlemeler yapılmıştır. Ülkemiz bu gelişmelerden etkilenmiş, hasta hakları çalışmaları başlatılmış ve özerk mevzuat için hazırlıklar yapılmıştır.

4. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ VE YAPILANMASI

Türkiye Cumhuriyeti'nden önceki dönemde (Selçuklu ve Osmanlı dönemi) ve cumhuriyet döneminde sağlık hizmetlerinin gelişimi iki kısma ayrılmıştır. “İlk Türk imparatorluğu olan Selçuklular, zamanın koşullarına göre gelişmiş bir sağlık sistemi uygulaması yapmıştır. Bu dönemde sağlık hizmetleri vakıflar aracılığıyla sağlanmış ve Osmanlılar erken dönemlerinde bu uygulamaya bağlı kalmışlardır. Saray merkezli ve askeri olan emperyalist idari teşkilata paralel olarak devlet tarafından yürütülen sağlık hizmetleri de mahkemeye ve orduya yönlendirildi. 19. yüzyılın ikinci yarısından sonra, batı yöneltildi ve yaygın kitleler, sağlık hizmeti sunma

¹ Sağlık Bakanlığı, <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/bali.htm>, s.1, (25.12.2018)

², <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/avrupastatusu.htm>, s.1, (25.12.2018)

yaklaşımının ilk adımlarını attı.”¹ Türkiye'deki sağlık hizmetleri, Büyük Millet Meclisinin açılışı ile birinci derecede devlet görevleri ve sıhhi ve Muavenat olarak ele alınmıştır. İçtimai, sağlık hizmetlerinin kurulmasında temsil edilmektedir. Bir hükümetin temel görevleri tarafından kabul edilen bir yasa ile ayrı bir bakanlık benimsenmiştir.

4.1. 1920-1938 Dönemi

Hükümetin ilk sağlık bakanı olarak Dr. Adnan Adıvar atanmıştır. Adnan Adıvar referans noktasına geldiğinde, toplumun ihtiyaçlarına cevap verebilecek yasal düzenleme ve altyapı kurulmuştur. “Her şeyin yeniden yapılması gerekmiş, bu nedenle günlük olarak devralınan ve tüm ülkelere yayılan sağlık altyapısının başlangıç tarihinin bu tarih alınmıştır”² Cumhuriyetin bu ilk 18 yıllık döneminde en önemli gelişim toplumsal ve bireysel sağlık gereksinimlerine cevap verebilme yönünde yasal eksikliklerin giderilmesine başlanmasıdır.

Dr. Refik Saydam Dönemi: 1921'de bakanlığa atandı. Refik Saydam kısa aralıklarla 1937 yılına kadar bu görevine devam etmiştir. “Sağlık hizmetlerinin organizasyonunda büyük bir başarıya imza atan ve Türkiye'ye yayılmış olan sağlık hizmetlerinin yapılandırılmasına damgasını vurdu ve sağlık hizmetleri tarihimizde onurlu bir yer buldu. Bu nedenle Refik Saydam dönemi”³ diyebiliriz. Günümüzde sağlık hizmeti ve organizasyon anlamında kurulmuş ve hala devam etmektedir. Cumhuriyet döneminin ilk sağlık bakanlarının Türk milletine yapmış oldukları hizmetler Türkiye'nin şu anda bulunan sağlık sektörünün temelini oluşturmuştur. Verilmiş olan emek sayesinde Türkiye şu an dünyanın sağlık sektörü en iyi olan devletleri arasında bulunmaktadır.

1928'de Kanun No. 1219, “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun” yürürlüğe girdi ve sağlık personelinin yetkileri ve sorumlulukları belirlendi ve disipline edildi. 1930'da sağlık hizmetlerinin oluşturulması olan 1593 sayılı “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” çıkarılarak sağlık hizmetlerinde alt politika veya

¹ Sağlık Bakanlığı, <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/bali.htm>, s.1, (25.12.2018)

² R. Akdağ, Nerden Nereye Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ankara, 2007, s.13

³ P. Berman.- M. Tatar, Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları, 1999-2000, C.1, T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2004, s.7

prensipeler belirlendi. “1936’da 3017 sayılı “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurun Kanunu” çıkarılmış ve böylece Bakanlığın merkezi ve taşra teşkilatının kurulması tamamlanmış, yetkileri ve sorumlulukları netleşmiştir. Günümüz sağlık hizmetleri halen hazırlanan yasalar tarafından uygulanmaya devam ediliyor olsa da, bu kanunlar bazı eksiklikler dışında bugünün ihtiyaçlarına cevap vermeye devam etmektedir.”¹ Cumhuriyet döneminin ilk yıllarında çıkarılan kanunların değişikliğe uğratarak halen daha kullanılıyor olmaları sağlık sisteminin temellerinin ne derece sağlam atıldığını göstermektedir.

Dr. Refik Saydam Dönemi boyunca, sağlıkla ilgili örgüt ve birimleri ülke çapında yaygınlaştırmak için çok çaba harcandı ve sağlık insan gücünün miktar olarak yeterli olmasını sağlamak için bir takım önlemler alındı. “Bu bağlamda, hekim sayısını arttırmak ve çalışmalarını teşvik etmek için Tıp Fakültesindeki Yurtlar Kurulu Başkanlığı kurulmuş ve tıp fakültesi mezunlarına zorunlu hizmet verilmiştir. Tüm sağlık personelinin atanması ve terfi edilmesi Sağlık Bakanlığı emrine alınmış ve sağlık personelinin yönetimi bir yandan merkezde yoğunlaşırken, koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışanlara daha yüksek bir ücret rejimi uygulanarak devlet kurumlarında ve koruyucu hizmet birimlerinde çalışmaya teşvik edildi.”² İlk sağlık bakanının görevini icra ettiği dönemde sağlık hizmetlerinin örgütlenmesine çaba sarf edildiği anlaşılmaktadır. Sağlık çalışanlarının sayılarında artış sağlanmış ve Tıp Fakültelerinden mezun olanlara zorunlu hizmet getirilmiştir. Bu sayede sağlık hizmetlerinin ülkenin her yerine eşit şekilde dağıtılması hedeflenmiştir.

4.2. 1938-1960 Dönemi

Bu dönemde vatandaşların sağlıkla ilgili bilgi düzeylerini arttırmak için çeşitli çalışmalar yapılmış ve sağlık alanında yönetimle ilgili önemli kavramlar olan koruma ve tedavi hizmetlerinin tüm dünyaya yayılmasını sağlamak amaçlanmıştır. “Bir bütünlük yaratarak ülke halkı, sağlıklı bir yaşam için ne yapılması gerektiğinin farkında olmuştur. 1945 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) kurulmasıyla İş Güvenliği Kanunu yürürlüğe girdi.”³ 1968- 1972 yılı ikinci beş yıllık kalkınma planı

¹ M. Y. Metintaş - Ö. Elçioğlu, “Cumhuriyetin İlk On beş Yılında Sağlık Hizmetleri(1923-1938)”, Osmangazi Tıp Dergisi, C.29, S.3, Eskişehir, 2007, s.166

² R. Akdur, “Türkiye’de Sağlık Politikaları”, Halk Sağlığı, Ankara, 1998, s.25.

³ Akdur, s.30.

hazırlanmış, bu dönemde daha önce başlatılan sıtma, trahom, frengi, tüberküloz gibi hastalıklarla mücadele projelerinin olumlu sonuçları alınmıştır. Sağlık Hizmetlerini Sosyalleştirmeye devam edilmiş kalkınma planında genel sağlık sigortası kurulması öngörülmüş ancak kabul edilmemiştir. 70’li yılların sonuna doğru gelindiğinde ise anne bebek ölüm hızlarında düşüşler meydana gelmiş ve sağlık hizmetlerinden daha fazla kişinin yararlandığı görülmüştür.

4.3. 1961-1980 Dönemi

Bu dönemde farklı sağlık politikaları tartışılmaya başlanmış, ancak sağlık hizmetlerinin sosyalleşmesi benimsenmiştir. Bu dönemde biz de Sosyalizasyon Süreci diyebiliriz;

1961 yılında 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Toplumsallaştırılması Kanunu çıkarılmıştır. “224 sayılı Kanun, yaşam hakkını, doğuştan gelen tıbbi bakımın ve devletin bu hakkın gerekliliğini yerine getirmesini en açık şekilde ifade eden ve kanuni bir madde olarak yazan bir kanunudur.”¹ Bu yasa ile tüm ülkeye yayılma öngörülmekte ve amaçlanmaktadır. 1970’lerde iktidar tarafından yönetilen neo-liberal politikalar ve sağlık politikaları çelişkili durumdadır. Hükümet düzeyinde, zaman zaman toplumsallaşma politikasını engelleme girişimleri olmuştur, ancak bu politika değiştirilmemiştir ve aktif özelleştirme programı uygulanmamıştır.

4.4. 1980-2000 Dönemi

1982 Anayasası, sağlık hizmetleri ve idaresinde 1961 Anayasası’ndaki hükümlere benzer hükümler içermektedir. Madde 60, “herkesin sosyal güvenlik hakkı vardır ve bu da devletin sorumluluğundadır” dır. “Genel Sağlık Sigortası, 56’ncı maddede yer almaktadır ve “Genel Sağlık Sigortası kurulabilir” olarak ifade edilmiştir.”² 1980’lerde 1961’de başlayan toplumsallaşma politikalarının gelişmesine tanık oldu. Sağlık finansman yönetimindeki büyüme 1987’de genel sağlık sigortası konusu yeniden gündeme geldi, ancak konuyla ilgili yasal düzenlemeler tamamlanmadı.

¹ Tengilimoğlu - Işık - Akbolat, s.95

² Tengilimoğlu - Işık - Akbolat, s.95

Aynı yıl, Anne Sağlık Hizmetleri Kanunu'nun yürürlüğe girmesiyle birlikte, bu kanunla ilgili düzenlemeler bugüne kadar uygulanmamıştır. “DPT, Birinci Ulusal Sağlık Kongresi'nin 1992'de toplandığı ve yeniden yapılanma sürecinin başladığı sağlık sektörü için kapsamlı bir plan hazırlamıştır.”¹ 1993 yılında İkinci Sağlık Kongresi ulusal sağlık politikalarını ortaya koydu. Bu yıllardan sonra sosyal güvenlik kapsamı dışındaki ve ödeyemeyen vatandaşların sağlık hizmetleri karşılanabilmesi için Yeşil Kart uygulaması başlatıldı. 1993'te yapılan İkinci Sağlık Kongresi'nde alınan kararların bazılarında yeni düzenlemeler yapılmıştır ancak beklenen sonuçlar elde edilememiştir Geçen yıl hastanelerin özelleştirilmesi ve özerkliği ile ilgili herhangi bir sonuç alınamamıştır.

1990'lı yılların başında, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması için önemli girişimler yapıldı. “Sağlık reformu önerilerini içeren bir Ulusal Sağlık Politikası Belgesi, ilgili tarafların çoğunluğuyla bir süre ilgili bir müddet sonra dahil edildiğinde yayımlandı. Belgedeki önerilerin, o sırada dünya çapında geçerli sağlık politikası reform girişimleri ile paralellik taşıdığı söylenebilir.”² 20. yy başlarında Türkiye'de Cumhuriyet döneminin başlangıcından bu yana hizmet sunumu yapan sağlık sisteminde yapılanma girişimleri dünyadaki benzerleri ile aynı şekilde gerçekleştirilmiştir.

Genel sağlık sigortası herhangi bir sağlık sigortasına sahip olmayan bireylere, aile sağlığı hizmetleri, kentsel alanlarda birinci basamak hizmetleri için kişi başı ilkesini benimsemiştir. “Aile hekimliği, büyük mali özerkliğe sahip özerk yapıya sahip mevcut hastaneler, servis sağlayıcıları ve alıcıları, aynı havuzdaki kaynaklar için birbirleriyle yarışan bir iç pazar yaratılması” olarak belirlenmiştir.³ Gerçekleştirilen yeniden yapılandırma çalışmasında sağlık hizmet sunumlarından yararlanamayan, yararlandığı halde sağlığına kavuşamayan bütün bireylere devlet genel sağlık sigortası sistemini yaygınlaştırmıştır.

¹ Tengilimoğlu - Işık - Akbolat, s.95

² A. Ateş – M. A. Yıldırım - E.Cevahir - G. Bektaş, “Türkiye’deki Özel Hastanelerin Değerlendirilmesi”, 5. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Kitabı, Editörler: Erol Göktürk, Adnan Şahin ve Yaşar Odacıoğlu, 16-19 Ekim, Eskişehir, 2002, s.275

³ P. Berman - M. Tatar, Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000, C.1, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2004, s.6

4.5. 2000-2013 Dönemi

2001 yılında hazırlanan Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planında, sağlık hizmetlerinde niteliklerin geliştirilmesi ve sosyal güvenliğin yaygınlaştırılması, yeni binyılda ülkemizin hedeflerine uygun olarak Avrupa Topluluğu ve dünyayla entegrasyonun hedefi olarak belirlenmiştir. Bu amaçla Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı hazırlanması sırasında “Sağlık Hizmetleri İhtisas Komisyonunun Uzmanlık Raporu” başlıklı bir rapor hazırlanmıştır. Raporda sağlık hizmetlerinin planlanması, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi, sağlık kaynaklarının dağılımında önceliklerin belirlenmesi ve sağlık sektörleri arasında işbirliğinin sağlanması gibi konulara öncelik vermiştir. Raporda sağlık hizmetlerinin politik, organizasyonel ve finansal sorunları analiz edildi ve dile getirildi.

Geçmiş dönemlerde sağlığa gereken önem verilmemiş ve GSMH’den sağlığa yeterince pay ayrılamamıştır. Ayrıca sağlık kurumlarının yeterince organize edilmemiş olması ve bilgi sistemlerinden yeterince yararlanılmamış olması sağlık konularında büyük sorunlara yol açmıştır. “Raporda bu sorunların çözümü için; Sağlıkla ilgili hizmet türlerinin sunumunun tekrar tam olarak örgütlenmesi, sağlık ve emeklilik sigorta sistemlerinin birbirinden ayrılması, herkesin sosyal sağlık güvencesine kavuşması, sağlık sigortalarının tek çatı altında toplanması, hastanelerin özerkleşmesi gibi ilkeler benimsenmiştir.”¹ Öte yandan SSK, yoğun hastalara olan talebi karşılamak için 2000 yılında hastaneleri için gönüllü çalışmalar başlattı. Bu başvuruya göre, hafta içi saat 17.00-20.00 arası, Cumartesi günleri 09.00-13.00 saatleri arasında poliklinikte gönüllü olarak çalışılması planlanmaktadır. “Sözkonusu uygulama ile sağlık tesislerinde ciddi hasta yoğunluğunun ortadan kaldırılması, fiziksel alanların ve tesislerin rasyonel kullanımının sağlanması ve fazla çalışma olmadan uygulama biçimiyle kendini gösteren sorunların aşılması amaçlanmıştır.”² 2003-2008 yıllarında sağlıkta yapılan dönüşüm programları şöyle özetlenebilir:

-2003 yılında sağlıkta dönüşüm programları çerçevesinde ambulans servislerinin bulunmaması nedeniyle ödeme yapılmadığı için hastaneye yatırılan

¹ DPT, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara, 2001, s.133

² OECD VE IBRD/DÜNYA BANKASI, “Türkiye’de Yakın Tarihte Yapılan Sağlık Reformları, Sağlıkta Dönüşüm Programı”, 2008, s.37

hastaların hastaneye kaldırılmasına yönelik mekanizmaların uygulanması Sağlık Bakanlığı ve Toplam Kalite Yönetimi (TKY) uygulanması ve Sağlık Bakanlığı pilotunda 10 performans esaslı ödemenin uygulanması, aşılanma günlerinin ulusal aşı kampanyaları kapsamında düzenlenmesi gibi çalışmaların yapıldığını görebiliyoruz.

- **2004** yılında Maliye Bakanlığına uygun olarak geri ödeme kararlarından sorumlu bir geri ödeme komisyonunun kurulması, ayakta tedavi tedavisine Yeşil Kart sahiplerinin dahil edilmesi, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde bir hekim seçme hakkının uygulanmasıdır. Bu şekilde sağlık çalışmasının Avrupa Birliği ile uyumlu hale getirilmesi için çaba gösterilmiştir. Ülke çapında ilçelere ücretsiz demir desteği sağlamak için çalışma yapılmıştır.

- **2005** yılında Yeşil Kart sahiplerine ayakta reçeteli ilaçların dahil edilmesi gerçekleşmiştir. Sağlık Bakanlığı kurumlarındaki performans, SSK eczanelerinin kapatılmasına ve üyelerin özel kuruluşlara girmesine dayanan ek bir ödeme sistemine kurumsal kriterlerin ve kalite kriterlerinin dahil edilmesi, SSK hastanelerinin Yeşil Kartlarına SB ilaçlarına katkısı ilk kez Düzce'ye aile hekimliği uygulaması, ilaçların tescili ile ilgili yönetmeliğin kabulü sağlanmıştır.

- **2006** yılında SB hastaneleri için küresel bütçesinin uygulanmasına başlanarak 5502 Sayılı (Sosyal Güvenlik Kurumlarının Entegrasyonu) Kanunun uygulanmaya başlaması, Eskişehir'de Aile Hekimi'nin uygulamaya konması, Edirne, Denizli, Adıyaman'da Aile Hekiminin başvurusu yapılması ve Gümüşhane hastalıklarının önlenmesi, sistemin kurulması ve SSI için MEDULA'nın getirilmesi, Mecliste Kümes Hayvanları İçin Kamu Özel Ortaklığı Kanununun (P3) kabul edilmesi, kızamık, kabakulak ve kızamıkçık aşılarının rutin aşı programlarına alınmasıdır.

.- **2007** sağlık faaliyetleri sosyal güvenlik kapsamına girmemiş olsa dahi, birincil sağlık hizmetlerini ücretsiz hale getirmek Yeni Sağlık Uygulamaları Bildirgesi'nin (SUT) kabulü, bu çerçevede; “SSH ve BAĞ-KUR'a üniversite hastanesinden üniversite hastanesine başvurma zorunluluğunu ortadan kaldıran kronik hastalıkları olan hastalar doktorun onayı olmaksızın eczaneye tekrar reçete

edebilir. Tüm CPT'ler SGK, üniversite hastaneleri ve özel hastaneler ile CPT ve bedelsiz prosedürler için ICD- (sabit fiyat) ödeme, sözleşmeli hastanelerin bedelsiz tıbbi ve tıbbi malzeme temini için SGK ile hastaneye kaldırılması ve hastanın bir ücret, hasta hakları alması durumunda da ceza uygulanması vardır.”¹ SSB ile sözleşme uyarınca tüm SB, üniversite ve özel hastanelerde, MEDULA aracılığıyla taleplerin bildirilmesi, zorlu alanlarda ambulans servislerine daha erişilebilir kılınması, aile hekimini Elazığ, Isparta, Samsun'da ve İzmir de uygulamaya konulmuştur.

- 2008 yılındaki Özel Ayakta Tanı ve Tedavi Merkezleri ile ilgili yeni SB Direktifinin kabul edilmesi, Sağlıkta Dönüşüm Programları Yeni düzenleyici prosedürlerin SB tarafından kabul edilmesi, Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası (GSS) kanunundaki değişikliklerin imzalanması ve GSS başvurusunun başlamasıdır. “GSS'ye dahil edilecek Yeşil Kart sahiplerinin kabulü, GSS'teki diğer sağlık sigortası sistemleri ile aynı kapsamda olmak, Pentavalan aşıları için rutin aşılama programları almak, açık ve kapalı alanlarda sigara içilmesini yasaklamak ve Tütün Hasarlarının Önlenmesi ve Kontrolü Kanunu gibi reformlar yapılmıştır.”² Özellikle açık ve kapalı kamu alanlarında ölüm olaylarının ve sağlık sorunlarının ana nedenlerinden biri olan sigaranın yasaklanması önemli bir gelişmedir.

4.6. Sağlıkta Dönüşüm Programı

Sağlığın temel insan hakkı olduğunu işlemiştik. Bu açıdan bakıldığında sağlık anlamında Türkiye'nin yapması gereken reformların olması gerektiği apaçık ortada olduğu görülebilir.

4.6.1. Sağlıkta Dönüşüm Programının Türkiye İçin Tercih Nedeni Olması

Daha önceki konularımızda da işlediğimiz gibi sağlık alanında yapılan çalışmalar çeşitli sebeplerden ötürü ya uygulanamamıştır ya da kısmen başarı sağlanmıştır. Öncelikle, bu programın niçin gerekli olduğunu anlamak için, önceki

¹ R. Eracar, Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Ulaşılabilirliği, Ankara, 2013, s.25

² Tengilimoğlu - Işık - Akbolat, s.99

sağlık hizmetleri alanında en önemli sağlık sorunlarını ele almak gerekir. Bu sorunların en önemlileri şunlar;

- “Doktorların devletin imkânları kullanılarak çalıştırması durumunda hastadan bıçak ücreti adı altında yasadışı para talebinde bulunmak, doktorları hastaların özel muayenelerine yönlendirmek, hastaları ödemedi tutmak da mümkündür. Hastanelerde, hastaların tedavi gördüğü hastanenin dışından veya başka bir hastaneden veya eczaneden, hastaların uzun vadeli havale ve evrak işleri gibi bürokratik işlemlerle başa çıkmak için gerekli ilaçları alamaması,

- Hastane polikliniklerinde aşırı birikimin nedenleri ve uzun kuyruklar bunun sonucunda da ilaç tedarikinde aynı zorluklar yaşanması gibi sebeplerin sıralaması yapılabilir.”¹

Sıralaması yapılan bu problemlerin haricinde, aynı anda; değişik sosyal güvenlik kuruluşu türlerinin bulunması (BAĞ-KUR, SSK, Emekli Sandığı,) nedeniyle, Hasta bireylerin sağlıkla ilgili sorunlarını gidermekte çeşitli bürokratik engellerle karşılaşması büyük sıkıntılara neden oluyordu ve bu da hasta mağduriyetine, sağlık kurumlarına erişim hususunda sorunlara neden oluyordu. Hastaların sadece sağlık ocağına bağlı oldukları sağlık merkezinden ve diğer sağlık ocağında tedavi görme hakkından yararlanabildikleri gerçeği ancak sevk yoluyla mümkündü; bu da hastanın bir hastane seçme hakkı olmadığına veya doktor. Buna ek olarak, sağlık sorunları kaldırmak ve sağlık hizmetlerini daha kalifiye ve ekonomik yapmak için kaçınılmaz bir durum haline gelmiş ve herkesin sağlıktan eşit bir fayda sağlayabileceği bir sağlık dönüşüm programı hazırlamak ve uygulamak için bu durum olmuştur. Sağlıkta dönüşüm programının yapısını ve ana ilkelerini ele almak için, sağlıkta dönüşüm programının en önemli unsurları;

- “Aile hekimliği
- Genel sağlık sigortası
- Özerk Hastaneler”¹

¹ Tengilimoğlu - Işık - Akbolat, s.100

Bütün bu faktörler birbiriyle ilişkili ve bu unsurlardan biri eksik olursa sağlıkta dönüşüm programının anlamı bozulur ve sağlanan bütünlük bozulmuş olur. Böylece Avrupa Birliği yolunda büyük yollar kateden Türkiye'nin sağlık alanındaki bu dönüşümlerle sağlıktaki problemlerini gidermeyi amaçlamıştır. Buna ek olarak, aile hekimliği uygulamasını geçirmeyi, sağlık evreleri arasında etkin bir hasta sevk sistemini geliştirmeyi, anne ve çocuk sağlığına özel önem vermeyi ve koruyucu sağlık hizmetlerini yaygınlaştırmayı amaçlamaktadır.

4.6.2. Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel İlkeleri

Sağlık sisteminde dönüşme programlarının ulaşmak istediği çeşitli hedefleri ve ilkeleri vardır. Sağlıkta dönüşüm programının temel ilkeleri sağlık bakanlığının kitabında şöyle belirtilmiştir;

- “Birey odaklılık
- Devam edebilirlik
- Devamlı Kalite Gelişimi
- Katılım yapılabilme
- Uzlaşma yapılabilirlik
- Karşılıksız durum
- Kuvvetler ayrılığı
- Desantralizasyon
- Hizmet içinde rakip olma”²

¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye'nin Sağlığa Bakış, “Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel İlkeleri”, Ankara, 2007, s.268

² Sağlık Bakanlığı, ... “Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel İlkeleri”, s.268

4.6.3. Sağlıkta Dönüşüm Programının Hedefleri

Sağlıkta dönüşüm programı ile amaçlanan verimliliği arttırarak, herkesin sağlık kurumlarından en iyi şekilde yararlanmasını sağlamak diye özetleyebiliriz. Tengilimoğlu sağlıkta dönüşümün hedeflerini şu şekilde ifade etmektedir:

“İyi bir yönetim modelini bir araya getirmek, iyi bütçe planlamasını sağlamak ve vatandaşlara sağlık hizmeti sunmaktır.”¹ Sağlıkta dönüşüm programının amaçlarını aktaracak olursak aşağıdaki durum ortaya çıkmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Amaçlı Program:

Birinci Aşama: “Sağlıkta Dönüşüm Programı için gerekli ortamın oluşturulması, mali kaynakların güçlendirilmesi, hizmet kalitesinin geliştirilmesi, sürekliliğin sağlanması ve sigorta operasyonunun kapsamının genişletilmesini içeriyor.

İkinci adım, aile hekimliği hizmetinin başlamasını ve genel sağlık sigortasının uygulanması için gerekli tüm prosedürlerin hazırlanmasını içerir”²

Sağlıkta Dönüşüm Programının hedefleri şunlardır:

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın başladığı 2003 yılından itibaren, sözü edilen belgelerin sağlık ile ilgili alanlarında sağlığa bir hak olarak yaklaşım çok daha hissedilir hale gelmeye başlamaktadır. Bu durum Avrupa Birliği’nin aslında sağlık hakkına karşı bir umursamazlık içinde olmadığını, sağlık hakkını somut talepler haline getirmekten kaçınıyor olmasının ardında yerindenlik ilkesi ya da sosyal ve ekonomik hakların diğer insan haklarından farklı görülüyor olması gibi sebepler olabileceğini düşündürmektedir. Sebep her ne olursa olsun, katılım süreci belgeleri göz önüne alındığında, Türkiye’de son dönemde gerçekleşen sağlık reformlarında görülen sağlık hakkı hassasiyetinin ardında Avrupa Birliği katılım sürecinin rolü var mı, sorusunun yanıtı olumsuzdur. “Anne ölüm oranını 2015 yılının sonuna kadar azaltmak, bebek ölüm oranını 2015 yılının sonuna kadar azaltmak, vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanmak için mali engelleri kaldırmak, sağlık

¹ Tengilimoğlu - Işık - Akbolat, s.103.

² İ. Belek, Sağlıkta Dönüşüm: Halkın Sağlığına Emperyalist Saldırı, İstanbul, 2012, s.30.

harcamalarını ülkenin ekonomisine paralel olarak arttırmak ve genel sigorta hizmetleri vergisini azaltmak”¹. Bu şekilde sağlık alanında eksiklikler giderilerek, sağlık harcamalarının ülke ekonomisine paralel olarak geliştirilmesi gibi konular önem kazanmıştır, israfın önüne geçilmesi hedeflenmiştir.



¹ Belek, s.30.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'NİN AB'YE ÜYELİK SÜRECİNDE KAMU HASTANELERİNDE REFORM ve HASTANE MEMNUNİYETİ

1.SAĞLIK HİZMETLERİNDE REFORM: “KAMU HASTANE BİRLİKLERİ” MODELİ ÜZERİNE

Atay, bu konudaki devletin rolünü şöyle anlatıyor: “Hizmetlerin verimliliğini artırmak, kaliteyi yükseltmek ve fiyatları düşürmek için piyasa mekanizmalarına başvurmalıdır. Bu görüşe göre devlet, bireysel faaliyetlerin düzenlenmesi ile ilgili sınırlı işlevler üstlenmelidir (özel girişim) ve bireysel ilişkileri (pazar mekanizması), devlet, savunma, güvenlik, adalet, kamu iktidarı” olarak nitelendirmiştir.”¹ Bununla birlikte, devletçi yaklaşım, kamu hizmetlerini üretmekle yükümlü iken, sınıf içi açıklığın kamu hizmetleriyle dengelenmesine hizmet etmektedir.

Siyasi ve ekonomik dönüşüm, etnik çatışmalarda ortaya çıkan siyasi krizler, bölgesel çatışmaların yarattığı siyasi krizler, katılımın artırılmasıdır. “Avrupa Birliği tam üyelik süreci, finansal kriz, bütçe açıklarının alt birimler haline getirilmesi, kamu hizmet kalitesinin yükselmesi, merkeziyetçiliğin olumsuzlukları, globalleşme ve bilgidir.”² Türkiye’de yerel yönetimlerin gelişimi hala önemlidir. Sağlık hizmetlerinde diğer kamu idarelerinin yapısında olduğu gibi, iki tür yapılandırmayı merkezi hükümet ve yerel yönetim olarak konuşmak mümkündür.

1980’lerin başından bu yana, dünya genelinde kamu sektöründeki hastaneler, bürokratik kargaşaya dikkat ettiklerini ve merkezi hükümet kontrolünde etkin ve ekonomik olarak görevlerini yerine getiremediklerini ve kamu kaynaklarına ağır bir yük bindirdiklerini gözlemlediler ve kamu hastaneleri gerçeğe dönüşmüştür. “Yönetim yetkisi ve sorumluluk merkezi veya bölgesel yöneticiler tarafından yerel seviyelere aktarılmaktadır. Bu yaklaşım sağlık sektörü reformuna dayanıyor ve sağlık sektörü, ulusal politikalar, programlar ve uygulamalardaki önemli

¹ F. Ataay, Neoliberalizm ve Devletin Yeniden Yapılandırılması, Ankara, 2007, s.44

²H. Gül - H. Özgür, “Ademi Merkeziyetçilik ve Merkezi Yönetim - Yerel Yönetim İlişkileri”, Ankara, 2004, s.175

değişiklikleri öncelikle yasalarla değiştirerek önceleyen bir süreçtir, düzenlemeler, organizasyon ve yönetim yapısı ve finansal düzenlemelerdir. Bireyler, sivil toplum kuruluşları, özel sektör sağlık servislerinden sorumlu olmalıdır. Sağlık hizmetleri için halk desteği, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın teşviki ile sınırlandırılmalıdır.”¹ Merkezi hükümetin rolü, politika oluşturma ve teknik rehberlikle sınırlı olmalı ve hizmetlerin verilmesi, yerel yargı yetkisi ve özel sektör bırakılmalıdır. Özel sektör, sağlık hizmeti sunumunun anahtarını sağlayacak sivil toplum kuruluşları tarafından desteklenmelidir.

Dünyadaki sağlık hizmetlerinin lokalizasyonu konusu Türkiye’de tartışılmıştır. Bu anlamda çeşitli raporlar hazırlanmış ve sağlık hizmetleri yerel yönetimlere devredilerek sürekli güncellenmiştir. “Özellikle, hastaneleri idari ve mali açıdan özerk hale getirme konusu gündemden düşmemiştir. Bu geçiş döneminde çeşitli zorluklar yaşanmıştır. Hastaneleri idari ve mali açıdan özerk hale getirmenin ilk adımı, 1987’de çıkarılan Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun yürürlüğe konmasıyla birlikte, önceki Kalkınma Planlarında olduğu gibi Anayasa Mahkemesinin bazı hükümlerini terk etmektir.”² Dokuzuncu Kalkınma Planı’nda 2007-2013 yılları arasındaki hastanelerin kalkınma hedefleri idari ve mali özerklik olarak düzenlenmelidir.

Geçici 5 inci maddede yer alan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Türkiye Kamu İdaresi Enstitüsü ve Ortadoğu’da yaşanan sorunların tespiti için Türk kamu yönetimi ve idaresince gerekli düzenlemelerin yapılması sağlanmıştır. “Bu maddenin yayımı tarihinden itibaren bir yıl içinde Bakan’ın onayı ile “Kamu Hastaneleri Sendikaları” kurulması ile 87 dernek kurulmuş ve bu dernekler faaliyetlerine başlamıştır.”³ Birlikler, genel sekreterlik ve hastane yöneticilerinden oluşur, birliğe bağlı hastaneler hastane yöneticisi tarafından yönetilir. Birliğin en üst karar ve yürütme organı olan genel sekreterliğin ve bu organın başında bulunan genel sekreterin 663 sayılı KHK’da yer verilen görevlerinden bazıları çalışmamızı ilgilendiren boyutlarıyla şu şekildedir:

¹ World Bank, Staff Appraisal Report: District Health Services Pilot and Demonstration Project, Washington DC, 1994, s.101

² DPT, Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013), T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara, 2007, s.49

³ TKHK, s.21

- “Dernek faaliyet ve operasyonlarını denetlemek, yönetim sistemlerini değerlendirmek, operasyon ve yönetim süreçlerinin etkinliğini gözlemek, yönetimin iyileştirilmesini sağlamak,

- Birlik içindeki sağlık kurumlarında etkin ve verimli hizmet sunmak, bu amaçla kaynak ve personel ihtiyaçlarını belirlemek, istihdam planlaması yapmak, personel hareketleri yapmak,

- Hastaneler arasındaki koordinasyon ve diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak,

- Bütçe ve yatırım önerileri hazırlamak ve Kuruma sunmak,

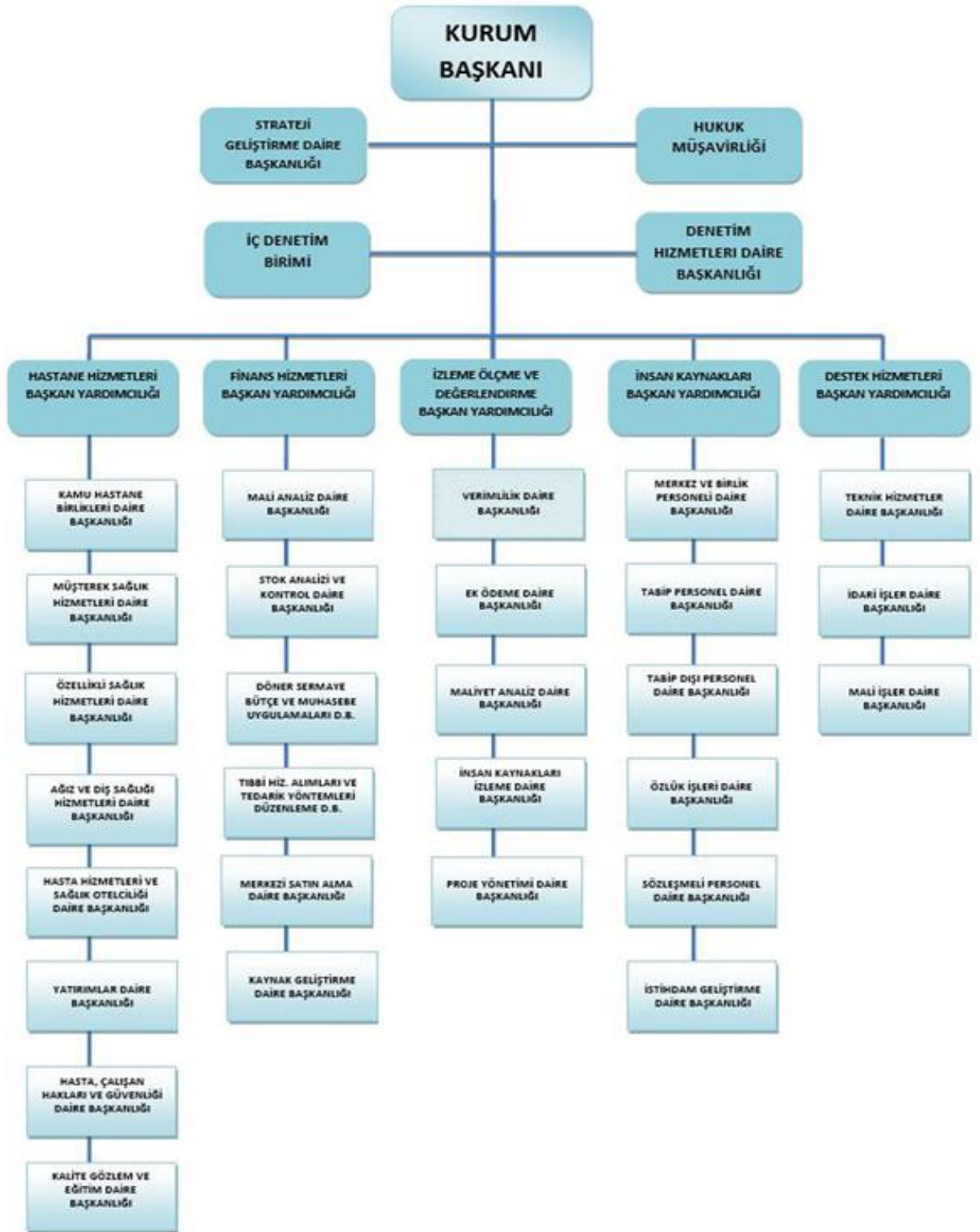
-Birlik hakkında istatistiki bilgilerin takibi, birliğin mali tablolarının konsolide edilmesi, alınacak tedbirler hakkında Kuruma teklif yapılması,

- Birlik gelirinin ilgili mevzuat çerçevesinde tahakkuk ettirilmesini, gelir ve alacakların tahmini ve takibi ile harcama işlemlerinin gerçekleştirilmesi, muhasebe hizmetlerinin yürütülmesi.”¹ Kamu Hastaneler Birliği’nin bu görevlerinde birliği icraatının gerçekleştirebilmesi için gerekli olan bütçe desteğinin, sayısal verilerin ve muhasebe işlemlerinin yürütülme biçimlerinin belirlenmesi gerekmektedir.

Kamu Hastaneler Birlikleri şemasını şu şekilde gösterebiliriz:

¹ TKHK, s.21

Şekil 1. KHB Yönetim Şeması



Kaynak:, KHB Yönetim Şeması, <http://www.kamuhastaneleri.com>, s.1, (25.12.2018).

663 sayılı KHK'da öngörülen şartların varlığı durumu genel sekreterin veya hastane yöneticisinin görevlerine son verilecektir. Bu noktada, 663 sayılı KHK'da yer alan ve genel sekreterliğe ait görevler arasında sayılan “birliğin mali tablolarını birleştirmek” düzenlemesinin ayrı olarak ele alınması gerekmiştir. Birliklerin kendilerine bağlı tesisler ortaya çıkmıştır. Mahkemenin hastanelerde performans denetimi ile ilgili raporu, yetki ve sorumlulukların hastanelerin yönetiminde çağdaş yönetim standartlarına uygun olarak düzenlendiği her düzeydeki yönetime hesap verebilirliği yayma ihtiyacını vurgulamaktadır. “Hastane yönetiminde eğitim ve tecrübeye sahip personel arasında, müdür randevusu atanmadığı ve hastanelerin uzmanlaşmış yönetim ekipleri tarafından yönetilmediği ve bu da kaynakların verimsiz kullanımı riski doğurduğu belirtiliyor.”¹ Sayıştay raporunda, hastanelerin sağlık hizmetleri, yardımcı tıbbi hizmetler olduğunu belirtmektedir. İdari-mali ve destek hizmetlerinden oluşan profesyonel bir sağlık yönetim ekibinin, işbölümünde uzmanlaşma yoluyla yönetilmesi gerektiğinin vurgulanması ve bu önemin önemi stratejik planlama ve performans yönetimi ile ilgili olarak şu şekildedir:

Hastaneler, yönetim faaliyetleri yürütürken stratejik planlama yaparak, orta ve uzun vadeli hedefleri, hedefleri ve öncelikleri belirleyerek, ulaşma yollarını belirleyerek, performans kriterlerini belirleyerek kaynak dağılımını planlamalıdır. “Bu çerçevede somut hedeflere ne ölçüde ulaşıldığını ölçen performans raporları hazırlanmalı, izlenmeli ve değerlendirilmelidir. Bu raporları ertesi yılın planlarında kullanarak önleyici faktörler belirlenmeli, bunların etkileri kaldırılmalıdır ya da en kötü ihtimali azaltmak için alınan tedbirler alınmalıdır.”² Bu şekilde hastanelerde verimliliği en üst seviyeye çıkararak maliyetleri düşürerek verimliliği düşürmeden hasta memnuniyetini artırmak ve hastanelerdeki engelleri ortadan kaldırmak önemlidir. Hem dünyadaki ülkelerdeki gelişmeler hem de Türkiye’de yasal düzenlemeler, kurumsal raporlar ve uygulamalar, özerkliğin idari ve mali yönü hastane büyüklüğündeki gelişmelerin ortak yönleri olarak ademi merkezîyet uygulamasına ağırlık verilmesidir. Bu bağlamda, yeni düzenleyici bir çalışma kamuoyunun dikkatini çekmiştir.

¹ Sayıştay, Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde İlaç, Tıbbi Sarf Malzemesi ve Tıbbi Cihaz Yönetimi Hakkında Performans Denetimi Raporu, T.C. Sayıştay Başkanlığı, Ankara, 2005, s.19

² Sayıştay, s.2

Kamu hastanelerinin özerk yapısına kavuşarak kendi kaynaklarından sorumlu birimlere dönüştürülmesini istemek yerine sonsuza kadar aynı sistem içinde kalmasını talep eden il yöneticileri olmuştur. “Bunların arasından seçilen pilot iller ‘‘Kamu Hastanesi Birlikleri Pilot Hakkında Kanun Tasarısı’’ Bakanlar Kurulmasını öngören ‘‘kamu hastaneleri dernekleri’’ 6 Mart 2007, Türkiye Büyük Millet Meclisi Tasarı, Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Alt-Komisyonu tarafından onaylanmış ve 22 Kasım 2007’de TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu tarafından görüşülmüştür.”¹ Kamu Hastanesi Birlikleri, yasanın TBMM’ye hazırlanmasından bu yana geçen 2.5 yıllık dönemde Kamu Yönetiminin Temel İlkeleri ve Yeniden Yapılanması Hakkında Kanun Tasarısı ile birlikte görüşülmüştür. ‘‘Hem yasal düzenlemelerin eleştirileri genel olarak merkezi hükümet, yerel yönetim, özerklik, kamu hizmeti, devlet ve ulusal güvenliğe yoğunlaşmıştır. Medya tarafından yoğun olarak tartışılan Kamu Hastanesi Birliklerinin Pilot Uygulamalarına Dair Kanun Tasarısı’nın eleştirileri, sivil toplum örgütleri ve siyasi partiler, sağlık hizmetlerinin finansmanı, hastanelerin statüsü, personel rejimi, özerklik, özelleştirme, koordinasyon ve denetim üzerine odaklanıyor.”² Kanun hakkında yapılan eleştirilere rağmen kanun yürürlüğe girmiş amacına uygun şekilde sağlık sistemine katkı sağlamıştır.

2. KAMU HASTANELERİNDE ‘‘İYİ YÖNETİLME AÇISINDAN’’ YAPILAN REFORM

2.1.‘‘İyi Yönetilme Açısından’’ Hekim Seçme Hakkı ve Sağlık Kuruluşuna Ulaşımın Kolaylığı

Tengilimoğlu ve arkadaşları bu süreci: ‘‘Hastalığın doktor tarafından kayıt altına alınması ve tedavinin tüm süreçlerinin kaydedilmesi hasta bilgisi ve arşivleme sisteminin oluşturulmasını amaçlamıştır. Bu bilgilere erişim engellenmiş ve herkesin gizliliği korunmuştur.”³ Hekim seçmeyle başlayan süreç hasta-hekim ilişkisinin

¹ Sayıştay, s.2

²,TKHK, Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilat Çalışması <http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/453,turkiye-kamu-hastaneleri-kurumu-tasra-teskilati-calisma-.pdf>, s.1, (25.12.2018)

³ Tengilimoğlu - Işık - Akbolat, s.120

mahremiyeti ve hekimin alanındaki yetkinliğini hastanın memnuniyeti belirlerken, diğer yandan hastanenin idari yapısına da olumlu bir izlenim oluşmasına katkı sunar.

2.2. “İyi Yönetilme Açısından” Hastaların Algıladığı ve Beklediği Kalite

Yoldaş ve Turgutoğlu hastaların algıladıkları ve bekledikleri kaliteyi iyi yönetilme açısından; “Hastaların hastalıklarının tanısı ve teşhisi sırasında bekleyecekleri sağlık hizmetlerine nasıl ulaşacakları gibi tedavi kalitesini yüksek tutmak için yapılacak tüm işlerin ve tedavi süreci önemlidir.”¹ Hastanın beklentilerini ve algılanan kaliteyi şu şekilde yorumlayabiliriz:

Hastaların sağlık hizmetlerine erişirken algılanan yüksek kalite eğer hizmetlerin sunumunda da karşılanırsa, hasta bu süreçten memnun kalarak sağlıklı ilgili problemini gidermiş olur. “Bu anlamda sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğinin yanında sunumunun ve kalitenin önemi yadsınamaz. Bu bağlamda, hasta haklarına ilişkin geriye dönük olarak Türkiye’de uygulanan sağlık hizmetleri talebiyle ilgili Hasta Hakları Yönetmeliği açıklanmış ve her yönüyle tanımlanmıştır.”² Hasta Hakları normalde tüm hastalar için mevcut olmalıdır, çünkü beklenti düzeyinde belirlenebilir.

2.3. Hastanın “iyi yönetilme hakkı” ile Hasta Bakımı Kalitesi Arasındaki İlişki

Bir hastanede hastanın “iyi yönetilme hakkı” ve bu süreçte yaşanan aşamalardan biri de hasta bakımının niteliğidir. Nitelik bireyden bireye farklılık gösterebilen değişik düşünceleri kapsayan tanımının yapılması güç bir kavram türüdür. Amerikan Kontrol Derneği (ASQC) kaliteyi şu şekilde yorumlamıştır: “Nitelik, bir malın ya da hizmet türünün belli bir ihtiyaca karşılık gelebilme kabiliyetlerini meydana çıkaran kişiliğin bütünüdür.”³ Bütün bu tanımlar ışığında hastanın “iyi yönetilme hakkı” ehemmiyeti incelendiğinde; sağlıkla ilgili hizmet türlerinin bir verisi bulunduğu, sağlıkla ilgili bakma hizmet çeşitleri biçimi, aşamaları ve neticesi ile ilgili faydalı veriler verdiği, sağlıkla ilgili hizmetten memnuniyet hisseden, memnuniyet duymayan değişik hareketler ortaya koyan

¹ S. Eryoldaş - B. Turgutoğlu, “Hasta Memnuniyetinin Ölçümü” içinde; (Ed.).M. Çoruh, “Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme”, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1998, s.145

² Ç. Mithat, “Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme”, Haberal Eğitim Vakfı, Ankara, 1998, s.4

³, Wikipedia, Kalite Tanımı, <http://www.wikipedia.org/wiki/kalite>, s.1, (25.12.2018)

bireyler kendini göstermektedir. Bu anlamda değerlendirecek olursak hastanın bakımının en kaliteli şekilde sunulduğu yönetimlerde hasta haklarının da korunduğunu ve sağlığın temel insan hakkı olduğuna dair vurgu kuvvetlenmiş olur.

2.4. Hizmeti Sunan Sağlık Personelini İlgilendiren Durumlar

Sağlıkla ilgili hizmet sunumu yapan bireylerin işinde kabiliyetli, işini seven ve vicdan sahibi olması, sergiledikleri tavırlarla hastanın hizmet alırken, sunulan hizmetten memnun kalmasına vesile olur. Hasta ile personel arasındaki bu iletişimin güven esasına dayanması, hastanın haklarını bilmesi sağlık hizmetinin daha etkin bir biçimde alınmasını sağlar. Ayrıca yapılan araştırmalarda sağlık personeline duyulan güvenin hastanın sağlık hizmetini alırken kendini daha iyi hissettiği sonucuna varmıştır. Bu da sağlık hizmetinin tek başına hekim-hasta ilişkisi olmadığını, sağlık hizmetinin bir ekip işi olduğu göstermektedir bu süreçte herkese düşen görev ve sorumlulukların olduğu sonucu çıkarılmaktadır.

Sağlık alanında güven artışı için hemşire hizmet sunumlarında verim ortaya koymak zorunludur. Hasta bireylerin sağlıkla ilgili merkezlerde bulundukları zamanda hemşire hizmet sunumlarından memnuniyet duymaları ve personele güven duymaları ehemmiyetli bir durumdur. Hemşireler bu gibi durumlarda fazlaca yükümlülük almaktadır. Hemşire hizmet türleri güven eksenli sürdürülmeli, hastanelerde hastanın iyileşme sürecine katkı sağlanmalıdır. Bu bakımdan değerlendirdiğimizde hekimden sonra hastanın en çok muhatap olduğu sağlık personeli hemşiredir. Hemşire-hasta ilişkisi süreci de bu anlamda çok önemli bir husustur.

2.5. Çevre Şartlarına ve Sağlık Kurumlarına Bağlı Durumlar

Hastaların rahatlıkla sağlık kurumlarına ulaşmaları, poliklinik hizmetlerini ve acil servislerini beklemek, yatarak tedavi hizmeti almak için rahat olabilmeleri, yatarak tedavi gören hastaların misafirperverlik hizmetlerinin kaliteli olabilmesi ve çalışanlar için mümkün olması gerekmektedir. “Hasta yakınları park etme problemi yaşamayacaklardır. Bütün bu koşulların sağlanması da hastaların barış ve güvenliği

için önemlidir.”¹ Bütün bu imkânlar sağlıkta kaliteyi arttırmakla beraber hastanın sağlık kurumlarına en kısa sürede ulaşmasını sağlamaktadır ve sağlıkta kaliteyi yükseltmektir.

3.KAMU HASTANELER BİRLİKLERİNDE HASTA MEMNUNİYETİNİN İNCELENMESİ

Her yıl insanların büyük çoğunluğunun çeşitli sağlık sorunlarıyla bir şekilde yolu hastanelere düşmektedir. Bu açıdan baktığımızda hayatımızda Kamu Hastaneleri büyük bir öneme sahiptir diyebiliriz.

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı “Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne üyelik sürecinde kamu idaresi reformuna yönelik talepler ve vatandaşın “iyi yönetilme hakkı” açısından kamu hastanelerindeki yeni yapılanmanın incelenmesi, bunun sonuçlarının memnuniyet ölçüsü açısından incelenmesine” yöneliktir. Bu amaçla Bursa’da kamu hastanesi olan bir hastanenin sisteminin yapısı incelenmeye çalışılmıştır. Daha önce de işleğimiz gibi sağlık hakkı temel bir hak olup, Avrupa Birliği adaylık sürecinde yapılan reformların sağlık personeli ve hastalara yönelik nasıl bir etkisi olduğu ve Avrupa Birliği kriterlerine ne kadar uyum sağlandığının belirlenmesi yönünden fazlaca önemi bulunmaktadır. Zira bir kurum içinde yapılan reformlardan sağlık personeli ve hastaların memnuniyet ölçüsü yüksek ise bu sonuçlardan yapılan reform ve dönüşüm programlarında başarı sağladığı söylenmektedir.

3.2. Araştırmanın Metodolojisi

Araştırma yapılırken izleme usulü gerçekleştirilmiştir. Bu amaçla “Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne üyelik sürecinde kamu idaresi reformuna yönelik talepler ve vatandaşın “iyi yönetilme hakkı” açısından kamu hastanelerindeki yeni yapılanmanın incelenmesi” ölçmek için, anket iki bölüme ayrılmış; hasta ve sağlık personeline ayrı ayrı sorular hazırlanmıştır. Sorular cevaplarında evet, hayır ve

¹ A. Sungur Ergenoğlu - A. Aytuğ, “Hastane Tasarımını Etkileyen Paradigma ve Dönüşümler”, Yıldız Teknik Üniversitesi (YTÜ), Mimarlık Fakültesi, E-Dergisi, C.2, S.1, İstanbul, 2007, s.48

kısmen şıklıdır. Sonrasında hastane içinde izleme usulü ile gerçekleştirilen araştırmada bütün soru yanıtları bu çerçevede değerlendirilmeye alınmıştır. Sonrasında da bulunması zorunlu olanla gerçekleşen durumun karşılaştırılması yapılmış ve “Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne üyelik sürecinde kamu idaresi reformuna yönelik talepler ve vatandaşın “iyi yönetilme hakkı” açısından kamu hastanelerindeki yeni yapılanmanın incelenmesinden” çıkan sonuca göre, Kamu Hastanesi memnuniyet ölçüsü belirlenmiştir.

3.3. Araştırmanın Önemi

Araştırmanın en önemli yönü yeni sistemin memnuniyet seviyesini belirlemektir.

3.4. Araştırmanın Yöntemi ve Uygulanması

Bu çalışmada örnekleme yöntemi ile Bursa ilinde hastaneye sevk edilen 50 hasta seçilmiştir. Hastaneler rahatsızlık boyutlarından ötürü tüm hastalar için mevcut değildir, çünkü her gün için farklı bir gün seçildi ve hastaneye dört hastaneye kabul edilen hastalar arasında hastaneye yatırılan toplam 50 hastadan toplanan veriler hipotez testinde hastalar kullanılmıştır. Hastane yetkilileri, hastane adının kullanılmasına izin vermedi ve bu durumu alan araştırmasına izin verdi. Sonuç olarak, rakipleri tarafından yapılan anket sonuçlarının kullanımı ile ilgili olduklarını açıkça belirtmişlerdir. Araştırma için veri elde edildiğinde anket yöntemi uygulanmıştır. Anket yöntemiyle elde edilen verilere göre, Kamu Hastaneleri Birliğine geçişte hastaların memnuniyet düzeyleri, Avrupa Birliği uyum süreci ile geliştirilen sağlık geçiş programı ve kamu hastanelerinin yansıtma ve memnuniyet düzeyi açısından belirlenmiştir belirlenmeye çalışılmıştır.

Bu çalışmada yapılan anket çalışması 10 Kasım 2013 ile 27 Aralık 2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Ocak 2014'e kadar anketler gözden geçirilmiş ve değerlendirilmiştir. 50 kişilik bir anket geçerli kabul edilmiştir. Anketler, Bursa'nın Yıldırım ilçesinde görevine devam etmekte olan hastaneye başvuran 50 hastaya yüz yüze görüşülerek yüz yüze uygulanmıştır. Anket formları ilgili literatür ve benzeri araştırmalar kullanılarak hazırlanmıştır. Anket hazırlanmadan önce bir

anket yapılmış ve ön ankette hastaların konuyu nasıl algıladıklarını ve hangi soruları cevaplayabileceklerini saptamaya çalışılmıştır.

Anket, bir hasta anketi, tanımlayıcı bilgi, hasta kabul prosedürlerinin değerlendirilmesi, hastane iletişim süreçlerinin değerlendirilmesi, klinikte hasta yanıtının değerlendirilmesi, tedavi sürecinin değerlendirilmesi, genel olarak kurumun değerlendirilmesi, doktorun genel değerlendirmesi, hemşire, ebe ve diğer sağlık personeli, toplam 41 soru var. Örneklem büyüklüğü belirlendiğinde ve benzer çalışmalar incelendiğinde, daha kolay kullanılan örnekleme yöntemi seçilir. Kolay örnekleme; bu çalışmada tercih edilen bir yöntemdir çünkü hızlı bir yolla çok fazla para kazanma olanağı sağlayan bir yöntemdir.

3.5. Verilerin Analizi

Anket uygulaması gerçekleştirildikten sonra anketin verileri bilgisayarda analiz için kodlanmıştır. Bu verilerin SPSS 15.0 programıyla analizleri sağlanmıştır.

Anketler aracılığıyla sağlanan veriler analiz yapılırken çeşitli istatistiksel teknikler kullanılmıştır. Bu teknikler; Sağlıkta Dönüşüm Programı ile yapılan seçim kriterleri ve yenilikler, hasta memnuniyetini ve bu programın çapraz tablo oluşturma ve ki-kare testleri ile başarısı veya başarısızlığı düzeyini değerlendirmek için kullanılmıştır. En düşük anlamlılık düzeyi 0.10 olarak alındı. İstatistiksel değerlendirmeler sonucunda elde edilen çapraz çizelge ve ki-kare değerleri hesaplanmaktadır. Hastaların memnuniyet seviyeleri sonuçlara göre değerlendirildi.

3.6. Anketlerin Geçerliliği ve Güvenilirliğinin Analizi

Araştırmacının yaptığı anketin güvenilirliği ve geçerliliği, analiz çalışmalarından önce, araştırmanın amacına hizmet etme kabiliyeti açısından ölçülmüştür. Anketin güvenilirlik analizi SPSS 15.0'da yapılmış ve güvenilirlik katsayısı olarak Alfa değeri kullanılmıştır. Güvenilirlik Analizi Sonuçları;

$0,00 < \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0,40 < \alpha < 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0,60 < \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir.

$0,80 < \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilirdir.

Güvenilirlik analizinde hasta tutarlılık katsayısı $\alpha = 0.826$ ve güvenilirliği yüksektir. Sorulara sürekli yanıt verildi.

3.7. Araştırmanın Bulguları

Ankete katılan 50 katılımcının sosyo-demografik özelliklerine göre, Türkiye'deki Sağlıkta Dönüşüm Programında yer alan hastaların memnuniyet düzeyleri ile ilgili değerlendirmelerin Avrupa Birliği entegrasyon sürecine dağılımı aşağıdaki tablo ve yüzdeler halinde verilmektedir.

3.7.1. Demografik Değişkenlere Göre Bulgular ve Yorumlar

Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: Ankete Katılanların Cinsiyete Göre Dağılımı

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Kadın	32	64
Erkek	18	36
Toplam	50	100,0

Tablo 1’de görüldüğü şekilde; ankete katılım gösterenlerin büyük çoğunluğu %64’ü kadındır (n=32) ve %36’sı erkektir (n=18). Ankete katılımda kadınlar erkeklerden %28 daha fazladır. Katılan kişilerin yaşlarına göre dağılımı Tablo 2’de gösterilmiştir. Kadın katılımcıların erkek katılımcıların yaklaşık iki katı olması çalışmanın kadın hastalar tarafından daha dikkate değer görüldüğünü düşündürmüştür.

Tablo 2: Ankete Katılanların Yaşa Göre Dağılımı

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
25 ve Altı	12	24
26-35	19	38
36-üstü	19	38
Toplam	50	100,0

Katılımcı katılımcıların yaş grupları incelendiğinde; % 38'i 26-35 yaş (n = 19),% 24'ü 25 yaş ve altında (n = 12) ve% 38'i 36-45 yaş (n = 19) yaş grubundadır.

35-60 yaş arasında olan katılımcıların %62'si, biriken yaş grubu değişkenlerini değerlendirmeyi başardı. 36 ve üzeri olanlar ankete katılanların % 38'ini oluşturuyor. Buradan katılımcıların çoğunluğunun genç olduğu söylenebilir. Katılımcıların evlilik durumlarına göre dağılımı Tablo 3'te verilmiştir. 26 yaşından yukarı yaşlarda olan hastaların konu hakkında daha fazla araştırmaya katılım sağlama taraftarı oldukları anlaşılmıştır.

Tablo 3: Ankete Katılanların Medeni Duruma Göre Dağılımı

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evli	27	54
Bekar	23	46
Toplam	50	100,0

Araştırmaya katılan katılımcıların % 54'ü (n=27) evli iken, %46'ü (n=23) ise bekarıdır. Ankete katılım gösteren bireylerin aralarında evli bulunanlar bekar bulunanlardan %8 daha çoktur. Katılan kişilerin eğitim durumları noktasında dağılımları tablo 4'de gösterilmiştir. Araştırmada evli ve bekarların oranlarının birbirlerine yakın olması çalışmaya sağlamlık getirmiştir.

Tablo 4: Ankete Katılanların Okur-Yazar Durumu

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Okur-yazar değil	2	4
Okur-yazar	2	4
İlkokul	3	6
Ortaokul	3	6
Lise	13	26
Üniversite	27	27
Toplam	50	100,0

Tablo 4'ü değerlendirecek olursak okur-yazar olmayanlar ankete katılanların %4'ünü oluşturmaktadır. Bu orandan ankete katılanların büyük çoğunluğu okuma-yazma biliyor olduğunu görebiliyoruz. Lise ve üniversite mezunu hastaların oranlarının yakın olması toplumsal eğitim açısından verilen emeklerin karşılığı olarak görülmüştür.

3.7.2. Hasta Memnuniyetine Göre Bulgular ve Yorumlar

Hastaların yapılan ankete verdikleri cevaplar değerlendirildiğinde, hastalara hasta kabulün gürültülü olup olmadığı sorulmuş ve tablo 5’de ki durum ortaya çıkmıştır. Aşağıda hasta kabul işlemlerinin değerlendirilmesine ilişkin veriler sıralanmıştır.

Tablo 5: Hasta Kabulün Gürültü Yönünden Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	20	40
Hayır	15	30
Kısmen	15	30
Toplam	50	100

Tablo 5’e göre araştırma katılımcılarının; %40’ı evet cevabını verirken (n=20), %30’u ise hayır cevabını vermişlerdir (n=15). Kısmen cevabını ise %30’sı (n=15) oluşturmaktadır. Evet oranının bu kadar yüksek olması hasta kabulde iletişimin sağlıklı olmasını engelleyen bir faktör olduğu sonucu çıkmaktadır. Hasta kabullerinde özellikle son yıllarda insan odaklı yaklaşımı uygulayan sağlık çalışanları sayesinde bu sorun aşılmış ya da çok nadir aksaklıklar görülmektedir.

Tablo 6: Hasta Kabulün Isı Yönünden Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	22	44
Hayır	14	28
Kısmen	14	28
Toplam	50	100

Tablo 6’ya göre araştırma katılımcılarının çok fazla bölümünü evet cevabı vermiştir (%44, n=22). Kısmen ve hayır cevabını veren personelde %28’ini oluşturmaktadır (%28, n=14). Bu sonuca göre hasta kabul işinin makul değerlerde olduğunu söyleyebiliriz. Hasta kabul Aydınlatması ile ilgili sonuçlar tablo 7’ de verilmiştir. Binaların hasta kabul yerlerinde fiziksel bir problem olarak görülen ısı yetersizliği günümüzde aşılmıştır.

Tablo 7: Hasta Kabul Aydınlatmasının Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	26	52
Hayır	15	30
Kısmen	9	18
Toplam	50	100

Tablo 7’ye göre araştırma katılımcılarının %30’u hayır (n=15), %18’i ise kısmen cevabını vermişlerdir (n=9). Bu anket sonucuna göre hasta kabul aydınlatmasını yeterli bulanların oranı %50 olmuştur (n=26). Bu sonuca göre hasta kabulün aydınlatmasının da yeterli olduğunu söylenmektedir. Eski dönemlerde hasta kabul yerlerinin bakımsızlığının bir göstergesi olan yetersiz aydınlatma günümüzde aşılmış son derece modern aydınlatma sistemleri ile hastaneler çevrelenmiştir.

Tablo 8: Kişisel Bilgilerin Gizliliğinin Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı (n)	Yüzde (%)
Evet	22	44
Hayır	12	24
Kısmen	16	32
Toplam	50	100

Tablo 8’e göre anketi değerlendirdiğimizde araştırmaya katılan katılımcıların %44’ (n=22) kişisel bilgilerin gizliliğine önem verildiğini söylemiştir. Günümüzde kişisel bilgilerin gizliliğinin ne kadar önemli olduğu ortada ve bu konuda gizliliğin en üst düzeyde olması gerekir. Anayasal bir hak olan kişisel bilgilerin gizliliği konusunda sağlık sistemi veri bankalarının son derece iyi korunduğu bilgisine ulaşılmıştır.

Tablo 9: Sorulan Soruların Kısa ve Anlaşılabilirliğinin Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	20	40
Hayır	16	32
Kısmen	14	28
Toplam	50	100

Tablo 9’a göre anketi değerlendirdiğimizde araştırmaya katılanların; %40’ı evet (n=20), %32’si hayır (n=16), %28’i ise kısmen cevabını vermiştir (n=14). Hasta kabulde işlemlerin daha kısa sürmesi için sorulan soruların kısa ve anlaşılır olması çok önemlidir. Sorulan sorularda hastaların soruları kısa ve anlaşılır gördükleri anlaşılmıştır.

Tablo 10: Hasta Kabulde Yönlendirilmenin Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	25	50
Hayır	11	22
Kısmen	14	28
Toplam	50	100

Tablo 10'a göre anketi değerlendirdiğimizde hasta kabulde yönlendirmenin değerlendirilmesinde katılımcıların %50'si evet cevabını verirken (n=25), %22'si hayır (n=11), %28'i ise hayır (n=14) cevabını vermişlerdir. Hastaların büyük bir bölümü hasta kabuldeki yönlendirmeden memnun kaldığını söylemektedir. Hasta kabulünde hastanın sağlığına kavuşmasında yönlendirmenin önemi çok büyüktür.

Tablo 11: İşlemler için Bekleme Süresinin Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	16	32
Hayır	23	46
Kısmen	11	22
Toplam	50	100

Tablo 11'e göre anketi değerlendirdiğimizde ankete katılanların %46'sı (n=23) hayır cevabını, %32'si (n=16) evet ve %22'si kısmen (n=11) cevabını vermiştir. Bu sonuca göre işlemler için bekleme süresinin çok uzun olduğunu söyleyebiliriz. Hasta kabulü esnasında bekleme sürelerinin uzun ya da kısa olması hastaların sağlıklarına en hızlı şekilde kavuşmalarının sağlamaktadır.

Aşağıda hastanede iletişimle ilgili işlemlerin değerlendirilmesine ilişkin veriler verilmiştir.

Tablo 12: Hastanede Hastanın Karşılması Hoş ve Saygılıydı

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	13	26
Hayır	22	44
Kısmen	15	30
Toplam	50	100

Tablo 12'ye göre anketi değerlendirdiğimizde katılanların %44'ü hayır (n=22), %30'u kısmen (n=15), %26'sı ise evet (n=13) cevabını vermiştir. Bu sonucu değerlendirecek olursak hasta karşılama konusunda hastanenin yeterince başarılı olmadığı sonucunu çıkarılmaktadır. Hastaların hastanelerde karşılanması modern

sağlık sisteminin bir göstergesidir. Araştırma yapılan hastanede karşılama eksikliğinin bulunduğu görülmektedir.

Tablo 13: Hastanede İletişimle İlgili Alakanın Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	15	30
Hayır	20	40
Kısmen	15	30
Toplam	50	100

Tablo 13'e göre anketi değerlendirdiğimizde katılımcıların %40'ı kısmen (n=20), %30'u evet cevabını vermişlerdir (n=15). Anketin sonucuna göre %30'u ise hayır cevabını vererek olumsuz beyanda bulunmuştur (n=15). Bu açıdan baktığımızda hastane yönetiminin hasta ile iletişime daha çok önem vermesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Tablo 14: Hastanede İletişimle İlgili Bilgilendirmenin Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı (n)	Yüzde(%)
Evet	16	32
Hayır	20	40
Kısmen	14	28
Toplam	50	100

Tablo 14'e göre anketi değerlendirdiğimizde katılımcıların %40'ı hayır cevabını (n=20), %32'si ise evet cevabını vermişlerdir (n=16). Anket sonucuna göre hayır diyenlerin evet diyenlerin oranından %8 daha fazladır. Bu sonuca göre Hasta bilgilendirmenin yetersiz olduğu sonucu çıkarılmaktadır.

Tablo 15: Bekleme Süresi Durumunun Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	17	34
Hayır	19	38
Kısmen	14	28
Toplam	50	100

Tablo 15'e göre anketi değerlendirdiğimizde bekleme süresi anket sonucuna göre makul oranda olmadığı görülmektedir. Hastanın ne kadar az sürede işlemlerini tamamlaması o kadar iyi bir sonuç ise ne kadar geç tamamlaması da bir o kadar olumsuzdur. Bu yönüyle bekleme süresinin daha da azaltılması gerektiği sonucunu görülmektedir.

Tablo 16: Hastanede İletişimle İlgili Yönlendirmenin Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	28	56
Hayır	10	20
Kısmen	12	24
Toplam	50	100

Tablo 16'ya göre anketi değerlendirdiğimizde katılımcıların %24'ü kısmen (n=12), %10'u hayır (n=20), %56'sı ise hastanede iletişimle ilgili yönlendirmeyi yeterli bulmuştur. Oranın bu kadar yüksek olması hastanenin bu konuda başarılı olmuştur.

Aşağıda klinikteki hasta karşılama işlemlerinin değerlendirilmesine ilişkin veriler verilmiştir.

Tablo 17: “Klinikte Karşılama Hoş ve Saygılıydı” Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	15	30
Hayır	16	32
Kısmen	19	38
Toplam	50	100

Tablo 17'ye göre anket sonucunda çıkan oranlara baktığımızda %30'u evet, %32'si hayır demiştir. Bu sonuca göre hasta klinikte karşılamının pek de tatmin edici olmadığı sonucuna varmıştır.

Tablo 18: Klinikte İlgi Alakanın Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	17	34
Hayır	20	40
Kısmen	13	26
Toplam	50	100

Tablo 18'a göre anketi değerlendirdiğimizde katılımcıların %40'ı hayır cevabını vermişlerdir (n=20). %26'sı kısmen cevabını verirken (n=13), %34'ü ise evet cevabını vermişlerdir (n=17). Yine anket sonucuna baktığımızda klinikte karşılaşılan ilginin yetersiz olduğunu ve hasta beklentisini karşılamadığını sonucunu görülmektedir.

Tablo 19: Klinikte Bilgilendirme Açıklayıcıydı Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	16	32
Hayır	16	32
Kısmen	18	36
Toplam	24	100

Tablo 19'a göre anketi değerlendirdiğimizde katılımcıların %32'si evet, %32'si hayır ve %36'sı kısmen cevaplarını vermişlerdir. Anket sonucuna baktığımızda oranlar eşit çıktığı görülmüştür. Bu yönüyle değerlendirdiğimizde klinikteki bilgilendirilmenin yeterli bir seviyede olmadığı ve hasta beklentisini karşılamadığı sonucunu çıkarılmaktadır.

Tablo 20: Klinikte Bekleme Süresinin Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	21	42
Hayır	18	36
Kısmen	11	22
Toplam	50	100

Tablo 20'ye göre anket sonucunda ankete katılan hastaların %42'si bekleme süresini normal karşılamıştır. Buna karşın %36'sı da hayır demiştir. Kısmen diyenlerin oranı ise %22' de kalmıştır.

Tablo 21: Klinikte Yönlendirmenin Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	26	52
Hayır	11	22
Kısmen	13	26
Toplam	50	100

Tablo 21'e göre anketi değerlendirdiğimizde ankete katılanların %52'si yönlendirmeye evet diyerek yeterli bulmuştur. Buna karşın %22'si da hayır cevabını vermiştir. Tablo 21'deki sonuçlar değerlendirilirse hastalar için klinikteki yönlendirmeyi yeterli bir seviyede görülmektedir. Aşağıda tedavi sürecinin değerlendirilmesine ilişkin veriler verilmiştir.

Tablo 22: Tedavi Sürecinde Karşılama Hoş ve Saygılıydı Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	22	44
Hayır	15	30
Kısmen	13	26
Toplam	50	100

Tablo 22'ye göre anketi değerlendirdiğimizde katılımcıların %44'ü evet (n=22), %29,1630'u hayır (n=15), %26'sı ise kısmen cevabını vermişlerdir (n=13). Bu ankete katılanların en çok evet grubunda olduğu görülmektedir.

Tablo 23: Tedavi Sürecinde Bilgilendirme Açıklayıcılığının Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	21	42
Hayır	14	28
Kısmen	15	30
Toplam	50	100

Tablo 23'e göre ankete katılan katılımcıların %42'si bilgilendirmeyi açıklayıcı bulmuştur (n=21). Diğer yandan %28'i de hayır cevabı vererek bilgilendirmeyi yetersiz bulmuştur (n=14). %30'u da kısmen cevabını vermiştir (n=15). Bu anketi değerlendirdiğimizde bilgilendirmenin hastaya en iyi şekilde ve hastanın anlayabileceği sadelikte olması gerekliliği sonucu görülmektedir.

Tablo 24: Tedavi Sürecinde Bekleme Süresinin Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	20	40
Hayır	15	30
Kısmen	15	30
Toplam	50	100

Tablo 24'e göre ankete katılan katılımcıların %40'ı bekleme süresini normal karşılamıştır (n=20). Hayır ve kısmen oranları %30 olarak bulunmuştur (n=15). Sonuç olarak tedavi süresince bekleme süresinin uzun tutulması hastayı rahatsız ettiği sonucu çıkarılabilir.

Tablo 25: Tedavi Sürecinde Yönlendirmenin Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	17	34
Hayır	21	42
Kısmen	12	24
Toplam	50	100

Tablo 25’de katılımcıların %42’si hayır (n=21), %34’ü evet (n=17) ve %12’si ise kısmen cevabını vermişlerdir (n=12). Anket sonucuna göre tedavi süresince yönlendirmenin yetersiz olması hastaların hayır oranını yükselttiği görülmüştür. Bu ise tedavi sürecinin olumsuz etkilediğini söyleyebiliriz. Aşağıda genel olarak kurumun değerlendirilmesine ilişkin veriler verilmiştir.

Tablo 26: Hastaneye Ulaşım Durumunun Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	24	48
Hayır	12	24
Kısmen	14	28
Toplam	50	100

Tablo 26’ya göre ankete katılan katılımcıların %48’i (n=24) evet diyerek hastaneye ulaşımın kolay olduğunu, %24’ü (n=12) hayır, %28’i de kısmen cevabını vermiştir (n=14). Hastaneye ulaşımın kolay olmasının hasta memnuniyet ölçüsünü arttırdığını söylenebilmektedir.

Tablo 27: Hastane Hijyenikliği Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	22	44
Hayır	13	26
Kısmen	15	30
Toplam	50	100

Tablo 27’ye göre hastaneye gelenler iyileşmek için geldikleri göz önüne alınırsa hastanenin hijyenik olması gerekliliğinin ne kadar önemli bir husus olduğunu görebiliriz. Buna göre ankete katılanların %44’ü evet (n=22), %13’ü hayır (n=13), %30’u da kısmen hijyenik demiştir (n=15). Bu sonuca göre hastane yönetiminin ankete hayır diyenlerin beklentilerinin de karşılaması gerektiğini ve hijyen konusunda taviz vermeksizin çalışması gerektiği sonucu çıkarılmaktadır.

Tablo 28: Klinikteki Oda Gürültülü Değildi Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	12	24
Hayır	17	34
Kısmen	21	42
Toplam	50	100

Klinik hastanın tedavi süresince hastalığının belirlendiği ve hastalığına karşın nasıl bir tedavi uygulanacağını belirlendiği bir yer. Tablo 28'e göre ankete katılan katılımcıların, o yüzden bu odanın sessiz olması gerekir. Ankete katılanların %34'ü hayır diyerek klinik odasının gürültülü sonucuna varmıştır (n=17).

Tablo 29: Eşyalar Kullanılabilecek Şekildeydi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	15	30
Hayır	16	32
Kısmen	19	38
Toplam	50	100

Hastanedeki eşyaların her an için hastanın kullanımına açık olmalıdır. Tablo 29'a göre ankete katılanları değerlendirdiğimizde hayır diyenler %32'dir (n=16). Yani hayır diyenlerin oranı yüksek olması eşyaların kullanımı ile ilgili hastaların beklentilerini karşılamadığını söylenebilmektedir.

Tablo 30: Klinikteki Odanın ısisının Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	22	44
Hayır	13	26
Kısmen	15	30
Toplam	50	100

Tablo 30'a göre ankete katılanların %44'ü klinikteki odanın ısisının iyi olduğu belirtmiştir (n=22).

Tablo 31: Hastanede Yemekler Sıcaklığının Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	24	48
Hayır	13	26
Kısmen	13	26
Toplam	50	100

Hastanede yemeklerin taze ve sıcak olması hastanın memnuniyet ölçüsünü arttırmaktadır. Tablo 31’i bu bağlamda değerlendirdiğimizde ankete katılanların %48’i evet diyerek yemeklerin sıcaklığını istenilen değerde bulmuştur (n=24).

Tablo 32: “Yemekler Lezzetliydi” Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	17	34
Hayır	13	26
Kısmen	20	40
Toplam	50	100

Hastane yemeklerinin lezzetli olması hastanın düzenli beslenmesine katkı sağlayarak iyileşme süresini hızlandırıcı etki yaptığı biliniyor. Tablo 32’ye göre ankete baktığımızda yemekleri lezzetli bulanlar %34 (n=17), hayır diyenler %26 (n=13) ve kısmen diyenler ise %40 oranını oluşturmaktadır. Bu bakımdan incelediğimizde evet diyenlerin hayır diyenlere göre %8 daha fazladır (n=4). Bu oranın artırılması gerektiğini göstermektedir.

Tablo 33: Otopark Hizmetinin Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	14	28
Hayır	18	36
Kısmen	18	36
Toplam	50	100

Otopark hizmeti günümüz koşullarında değerlendirildiğimizde hem hastaneye ulaşım hususunda hem de hasta memnuniyeti açısından önemlidir. Tablo 33’te bu bakımdan ankete katılanları değerlendirdiğimizde hayır diyenlerin evet diyenlere göre %8 daha fazladır. Bu sonuca göre hastanenin otopark hizmetinin yetersiz olduğunu göstermektedir.

Tablo 34: Hastanenin Güvenliğinin Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	17	34
Hayır	17	34
Kısmen	16	32
Toplam	50	100

Tablo 34’e göre ankete katılanların hastane güvenliği tamdı diyenlerin oranı %34’tür (n=17). Diğer yandan hayır diyenlerin oranı da evet diyenlerin oranına eşit olması hastane güvenliğine dair kuşkuları arttırdığını göstermektedir.

Tablo 35: Hastanenin Aydınlatması Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	21	42
Hayır	15	30
Kısmen	14	28
Toplam	50	100

Hastane aydınlatması gerek hastanede çalışan personelin gerekse de hastaların işlemlerini daha rahat bir biçimde yürütmesini sağlamaktadır. Tablo 35’e göre bu bağlamda ankete katılan hastaların %42’si aydınlatmayı yeterli bulmuş (n=21). Buna karşın %30 hayır (n=15) ve %28’i de kısmen cevabı vermiştir (n=14).

Tablo 36: “İhtiyaç Olduğunda Personele Ulaşmak Kolaydı” Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	24	48
Hayır	12	24
Kısmen	14	28
Toplam	50	100

Tablo 36’ya göre ankete baktığımızda katılımcıların ihtiyaç duyduğunda personele ulaşmak kolaydı değerlendirmesine verdikleri cevaplar; %48 evet (n=24), %28 kısmen (n=14) ve %12 hayırdır (n=12). İhtiyaç dahilinde hastane personeline ulaşmak bazen hayati önem taşımaktadır. Gerektiğinde hastane personeline ulaşmak için ankete verilen cevaplar %48’i evet cevabı vererek personele ihtiyaç halinde ulaşma oranının orta derecede olduğu görülmektedir.

Aşağıda doktor, hemşire, ebe ve diğer sağlık personelinin genel olarak değerlendirilmesine ilişkin veriler verilmiştir.

Tablo 37: Hekimin Hastayı Hastalığı Konusunda Bilgilendirilmesinin Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	11	22
Hayır	16	32
Kısmen	23	46
Toplam	50	100

Tablo 37’ incelendiğinde katılımcıların %46’sı hekimin hastayı hastalığı konusunda bilgilendirmesine kısmen cevabını vermişlerdir (n=23). Katılımcıların %32’si ise hekimlerin hastaları hastalıkları konusunda bilgilendirmediklerini belirtmişlerdir (n=16). Günümüzde hastaların en çok karşılaştığı problemlerden biri de doktorların hastalara yönelik kullandığı dilin çok terimsel olması ve hastanın hiçbir şey anlamaması diyebiliriz. Tablo 37’de de görüleceği gibi ankete katılan hastaların sadece %22’si evet demiştir.

Tablo 38: Sağlık Çalışanlarının Hastaya Karşı Tutumunun Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	21	42
Hayır	14	28
Kısmen	15	30
Toplam	50	100

Tablo 38’i incelediğimizde ankete katılan hastaların %42’si sağlık çalışanlarının kendilerine karşı sergilemiş olduğu tutumları saygılı ve kibar bulmuşlardır (n=21). Buna karşın %28’i de hayır cevabını vermişlerdir (n=14). %30’uda kısmen cevabını vermişlerdir (n=15). Tüm bu sonuçlar değerlendirildiğinde evet diyenlerin oranının en yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 39: Sağlık Çalışanlarının Yaptıkları İşlemler Hakkında Hastayı Bilgilendirilmesinin Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	16	32
Hayır	15	30
Kısmen	19	28
Toplam	50	100

Hasta hakları kavramında da değindiğimiz gibi hastanın kendisine uygulanacak işlemler hakkında bilgilendirilmesi konusuna değinilmişti ve bu bir hasta hakkıdır. Bu bağlamda tablo 39’u değerlendirdiğimizde ankete katılanların sadece %32’si evet demiştir (n=32). Bu oranın hasta beklentisini karşılamadığı görülmektedir.

Tablo 40: Sağlık Çalışanlarının Hasta Mahremiyetinin Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	20	40
Hayır	15	30
Kısmen	15	30
Toplam	50	100

Hasta mahremiyeti sağlık hakları konusunda da değinildiği gibi bir haktır. Dolayısıyla ankete katılanların sonuçlarını tablo 40’da değerlendirdiğimizde sadece %40’ı evet diyebilmiştir (n=20). Bu anlamda değerlendirdiğimizde bu oran çok yetersizdir ve yüzde yüz olması gerekmektedir.

Tablo 41: Sağlık Personeli Branşlarında Profesyoneldi Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	20	40
Hayır	14	28
Kısmen	16	32
Toplam	50	100

Sağlık personelinin branşında profesyonel olması gerek hastalığın tanı sürecinde ve tedavisinde doğru adımların izlenmesini kolaylaştırarak hastanın memnuniyet ölçüsünü arttırmaktadır. Bu anlamda ankete katılanları tablo 41’de değerlendirdiğimizde sadece %40’ı evet diyebilmiştir (n=20). Bu oranın daha da artırılması hasta memnuniyetini arttıracacağı söylenebilir.

Aşağıda sonuç olarak değerlendirmelere ilişkin veriler verilmiştir.

Tablo 42: Genel Olarak Hastanın Verilen Hizmetten Memnun Kalmasının Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	13	26
Hayır	18	36
Kısmen	20	40
Toplam	50	100

Genel olarak baktığımızda hasta verilen hizmetten memnun kalmadığını ve memnun kalanların sadece %26’da kaldığını söyleyebiliriz (n=13). Bu anlamda değerlendirdiğimizde hastaların kurumlardan yeterince faydalanmadığını söylenebilmektedir.

Tablo 43: Hastalık Durumunda Tekrar Gelmeyi Düşünüp Düşünmediğinin Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	15	30
Hayır	20	40
Kısmen	17	34
Toplam	50	100

Genel olarak tablo 43'te belirtildiğine göre hastanın sağlık kurumundan yeterince faydalanmaması tekrardan bu sağlık kurumunun tercih edilmesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu anlamda değerlendirdiğimizde sadece %30'u evet diyebilmiştir (n=15).

Tablo 44: Hastanın Kurumdan Tanıdıklarına Bahsedip Etmediğinin Değerlendirilmesi

	Gözlem Sayısı(n)	Yüzde(%)
Evet	20	40
Hayır	16	32
Kısmen	14	28
Toplam	50	100

Ankete katılanların %440'ı evet (n=20), %32'si hayır (n=16) ve %28'i kısmen tanıdıklarına bahsedeceklerini söylemişler (n=14).

Anket verilerini karşılaştırmalı olarak ele alırsak;

Tablo 45: Hasta Memnuniyetinin Cinsiyete Göre Değerlendirme Tablosu

		Cinsiyet			Toplam
		Evet	Hayır	Kısmen	
Hasta Kabul İşlemlerinin Değerlendirilmesi	Kadın	3,3%	29,5%	67,2%	100,0%
	Erkek	5,3%	26,3%	68,4%	100,0%
Hastanede İletişimle İlgili İşlemlerin Değerlendirilmesi	Kadın	14,8%	54,1%	31,1%	100,0%
	Erkek	68,4%	31,6%	0,0%	100,0%
Klinikteki hasta karşılama işlemlerinin değerlendirilmesi	Kadın	27,9%	47,5%	24,6%	100,0%
	Erkek	89,5%	10,5%	0,0%	100,0%
Tedavi sürecinin değerlendirilmesi	Kadın	27,9%	9,8%	62,3%	100,0%
	Erkek	47,4%	26,3%	26,3%	100,0%
Genel olarak kurumun değerlendirilmesi	Kadın	14,8%	19,7%	65,6%	100,0%
	Erkek	26,3%	68,4%	5,3%	100,0%
Doktor, hemşire, ebe ve diğer sağlık personelinin genel olarak değerlendirilmesi	Kadın	49,2%	23,0%	27,9%	100,0%
	Erkek	68,4%	26,3%	5,3%	100,0%
Sonuç olarak değerlendirme	Kadın	18,0%	23,0%	59,0%	100,0%
	Erkek	47,4%	47,4%	5,3%	100,0%

Hastaları cinsiyetlerine göre incelediğimizde; hasta kabul işlemlerinin değerlendirilmesi konusunda erkeklerin kadınlara oranla memnuniyet oranlarının daha düşük olduğu, hastanede iletişimle ilgili işlemlerin değerlendirilmesinde ise erkeklerin kadınlara oranla daha memnun olduğu görülmektedir. Ayrıca erkeklerin klinikteki hasta karşılama işlemlerinde de kadınlara oranla daha memnun oldukları görülmüştür. Tedavi sürecinin değerlendirilmesi ve doktor, hemşire, ebe-diğer sağlık personelinin değerlendirilmesinde ise kadınların erkeklerden daha memnun oldukları görülmektedir. Sonuç olarak ise erkek hastalar memnun gözükrken kadın hastalar kısmen memnun kaldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 46: Hasta Memnuniyetinin Medeni Duruma Göre Değerlendirme
Tablosu

		Medeni Durum		Toplam
		Evli	Bekar	
Hasta Kabul İşlemlerinin Değerlendirilmesi	Hayır	100,0%	0,0%	100,0%
	Kısmen	95,7%	4,3%	100,0%
	Evet	90,7%	9,3%	100,0%
Hastanede İletişimle İlgili İşlemlerin Değerlendirilmesi	Hayır	92,8%	7,1%	100,0%
	Kısmen	97,4%	2,6%	100,0%
	Evet	73,7%	26,3%	100,0%
Klinikteki hasta karşılama işlemlerinin değerlendirilmesi	Hayır	91,5%	8,5%	100,0%
	Kısmen	93,5%	6,5%	100,0%
	Evet	73,3%	26,7%	100,0%
Tedavi sürecinin değerlendirilmesi	Hayır	89,0%	11,0%	100,0%
	Kısmen	90,9%	9,1%	100,0%
	Evet	88,4%	11,6%	100,0%
Genel olarak kurumun değerlendirilmesi	Hayır	90,0%	10,0%	100,0%
	Kısmen	92,0%	8,0%	100,0%
	Evet	90,2%	9,8%	100,0%
Doktor, hemşire, ebe ve diğer sağlık personelinin genel olarak değerlendirilmesi	Hayır	100,0%	0,0%	100,0%
	Kısmen	84,2%	15,8%	100,0%
	Evet	83,3%	16,7%	100,0%
Sonuç olarak değerlendirme.	Hayır	95,0%	5,0%	100,0%
	Kısmen	95,7%	4,3%	100,0%
	Evet	89,2%	10,8%	100,0%

Hastaları medeni durumlarına göre incelendiğinde evlilerin %92,8'nin hastanede iletişimle ilgili işlemlerden memnun olmadığını, %91,5'i klinikteki hasta karşılama işlemlerinden memnun olmadıklarını belirtmişlerdir. %90,2'sinin ise genel

olarak kurumdan memnun kaldığı , %95,7'sinin ise sonuç olarak kısmen memnun kaldıkları görülmüştür.

Bekarları ele aldığımızda ise; %16,7'si doktor, hemşire, ebe ve diğer sağlık personelinin genel olarak memnun kaldıklarını, %26,3'ünün ise hastanede iletişimle ilgili işlemlerden memnun kaldıklarını belirtmişlerdir.

Hastaların memnuniyet düzeylerinin genel ele alındığında ise evli ve bayanların memnuniyet oranı hastalara göre en düşük iken evli ve erkeklerin memnuniyet oranının en yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 47: Hastaların Öğrenim Durumuna Göre Değerlendirme Tablosu

		Öğrenim Durumu					Toplam
		Okur-yazar değil	Okur-yazar	İlkokul/Ortaokul	Lise	Üniversite	
Hasta Kabul İşlemlerinin Değerlendirilmesi	Hayır	0,0%	46,0%	22,0%	4,0%	28,0%	100,0%
	Kısmen	2,7%	39,7%	15,1%	4,1%	38,4%	100,0%
	Evet	4,4%	42,7%	17,6%	3,1%	32,2%	100,0%
Hastanede İletişimle İlgili İşlemlerin Değerlendirilmesi	Hayır	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%	100,0%
	Kısmen	0,0%	83,3%	0,0%	16,7%	0,0%	100,0%
	Evet	3,5%	41,8%	18,1%	3,2%	33,3%	100,0%
Klinikteki hasta karşılama işlemlerinin değerlendirilmesi	Hayır	0,0%	45,5%	13,6%	9,1%	31,8%	100,0%
	Kısmen	2,4%	38,1%	15,5%	0,0%	44,0%	100,0%
	Evet	4,1%	43,9%	18,9%	4,1%	29,1%	100,0%
Tedavi sürecinin değerlendirilmesi	Hayır	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Kısmen	3,0%	18,2%	18,2%	0,0%	60,6%	100,0%
	Evet	3,2%	45,1%	17,8%	3,8%	30,2%	100,0%
Genel olarak kurumun değerlendirilmesi	Kısmen	2,5%	22,5%	20,0%	0,0%	55,0%	100,0%
	Evet	3,5%	45,2%	17,4%	3,9%	30,0%	100,0%
Doktor, hemşire, ebe ve diğer sağlık personelinin genel olarak değerlendirilmesi	Hayır	91,0%	3,6%	2,4%	2,0%	0,0%	100,0%
	Kısmen	0,0%	35,7%	35,7%	0,0%	28,6%	100,0%
	Evet	3,3%	43,0%	17,0%	3,6%	33,1%	100,0%
Sonuç olarak değerlendirme.	Hayır	33,3%	33,3%	33,3%	0,0%	0,0%	100,0%
	Kısmen	3,1%	21,9%	15,6%	0,0%	59,4%	100,0%
	Evet	3,2%	44,8%	17,8%	3,8%	30,5%	100,0%

Okuryazar olmayanların %91,0'i doktor, hemşire, ebe ve diğer sağlık personelinin genel olarak memnun olmadığını ifade ederken ifade ederken, ilkokul/ortaokul düzeyinde olanların %83,3'ünün hastanede iletişimle ilgili

işlemlerden kısmen memnun olduklarını, üniversite mezunlarının ise %60,6'sının tedavi sürecinden kısmen memnun olduklarını ifade etmişlerdir ifade etmişlerdir. Sonuç olarak üniversite mezunları memnun olmadıklarını belirtirken okur-yazar olmayan ve okur-yazarlar genel olarak memnun olduklarını ifade etmişlerdir.

Türkiye birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyet araştırmasına göre; Bursa ilinde en çok memnuniyet durumunun “Sizi dinlemesi” sorusunda bulunduğu görülmektedir.

Türkiye genelinde memnuniyetsizliğe yol açan ilk altı sebebin doktora telefonla ulaşabilme, aile sağlığı merkezine telefonla ulaşabilme, bekleme süreleri, doktorun önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini hatırlaması, hekim dışındaki diğer personelin yardımcı olması uygun zamanlara randevu verilmesi olduğu saptanmıştır. Bunlar tüm memnuniyetsizlik sebepleri içerisinde %47,7'lik bir oran teşkil etmektedir.

Türkiye de aile sağlık merkezi doktoruna telefon erişiminin ilk altı nedeni memnuniyetsizliğe neden oldu, doktorlar önceki görüşmelerde yapmış oldukları bekleme sürelerini ve söylediklerini hatırlayarak doktorlar dışındakilere yardımcı olmak için randevu aldığı konusunda destek vermiştir. Tüm memnuniyetsizlik nedenleri % 47.7'sini oluşturmaktadır.

Anket sonuçlarında dikkat çeken diğer bir konu “Yönetimce çalışanların ödüllendirilmesi (teşekkür yazı türleri, ek ödeme ve ilave puanı, vb.) araçları çalıştırılmaktadır” şeklindeki soruya verilen evet yanıtının oransal olarak en düşük değerde olmasıdır.

3.8. Hastaların Kamu Hastaneler Birliğindeki Dönüşüm Programında Memnun Olma Seviyelerine Etki Yapan Faktörlerin Analizi

Hasta olan bireyler Kamu Hastaneler Birliğindeki dönüşüm programı ile yapılan yeniliklerden memnuniyet düzeylerinin analizinde memnun olanların evet, memnun olmayanlar hayır ve kısmen memnun olanlar ise kısmen şıklarını işaretleyip gözlem sayıları ve yaklaşık yüzdelere göre değerlendirme yapılmıştır. Anket çalışmasında hastaların memnuniyet düzeylerini değerlendirirken; verilen

cevaplardan. Katılanların program ile memnuniyet düzeylerine ait hipotez analizleri aşağıda verilmiştir;

Hastalar, gözlem sayısına ve kamu hastaneleri birliğinin inovasyon programının dönüşüm programıyla tatmin edilmesinden memnun olanların, memnun olmayanların ve kısmen memnun olanların gözlem sayısına göre değerlendirilmiştir. Anket çalışmasında hastaların memnuniyet düzeyleri değerlendirilirken; verilen cevaplardan katılımcıların programdan memnuniyet seviyelerine ilişkin hipotez analizi aşağıda verilmiştir;

Hipotez 1:

H₀= Kamu Hastaneler Birliğinde yapılan dönüşüm programlarını hasta kişiler tarafından memnuniyet düzeyi ile katılım sağlayanların cinsiyet değişkenleri birbirinden bağımsızdır.

H₁= Kamu Hastaneler Birliğinde yapılan dönüşüm programlarını hasta bireyler tarafından memnuniyet düzeyi ile katılımcıların cinsiyet değişkenleri bağımlıdır.

Tablo 48: Kamu Hastaneler Birliğinde Yapılan Dönüşüm Programlarını Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi İle Katılımcıların Cinsiyet Dağılımı

		Hastanın cinsiyeti		Toplam	%
		Erkek	Kadın		
Evet	Gözlem Sayısı	7	7	14	%28
Hayır	Gözlem Sayısı	6	4	20	%40
Kısmen	Gözlem Sayısı	3	5	16	%32

Kamu Hastaneler Birliğinde yapılan dönüşüm programlarının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile hastaların cinsiyeti ilişkisinin istatistiksel analizi sonucunda; erkeklerin %28,0'i (n=7) evet, %40,0'ı (n=6) hayır, %32,0'i (n=3) kısmen, kadınların %28,0'i (n=7) evet, %40,0'ı (n=4) hayır, %32,0'i (n=5) kısmen olarak bulunmuştur. Kadınların ve erkeklerin Kamu Hastaneler Birliğinde yapılan dönüşüm programlarından memnuniyet duymadıkları görülmüştür.

**Tablo 49: Kamu Hastaneler Birliğinde Yapılan Dönüşüm Programlarını
Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi İle Katılımcıların Cinsiyeti
Arasındaki İlişki**

Mann-Whitney U Testi	
Mann-Whitney U	63,000
Wilcoxon W	141,000
Z	-,555
Asymp. Sig. (2-tailed)	,579
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,630(a)

Test İstatistikleri tablosu Asymp. Sığ. (Anlamlılık) 0.579'dur. Söz konusu değer 0,10'dan büyük olduğu için, cinsiyet ile Kamu Hastaneler Birliğinde yapılan dönüşüm programlarını hastalar tarafından memnuniyet düzeyi arasındaki ilişkinin $p > 0,10$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu söyleyebiliriz. Buradan erkeklerin kamu hastanelerinde kadınlara oranla daha memnun kaldığını söyleyebiliriz.

Hipotez₂:

H₀= Kamu Hastaneler Birliğinde yapılan dönüşüm programlarını hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile katılımcıların eğitim değişkenleri birbirinden bağımsızdır.

H₁= Kamu Hastaneler Birliğinde yapılan dönüşüm programlarını hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile katılımcıların cinsiyet değişkenleri birbirinden bağımsızdır.

**Tablo 50: Kamu Hastaneler Birliğinde Yapılan Dönüşüm Programlarını
Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi İle Katılımcıların Eğitim Değişkenleri
Dağılımı**

Öğrenim Durumu	Gözlem Sayısı	Yüzdelik
Okuryazar değil	3	12,5
Okuryazar	1	4,16
İlkokul	3	12,5
Ortaokul	3	12,5
Lise	6	25
Üniversite	8	33,33
Toplam	24	100

Kamu Hastaneler Birliğinde yapılan dönüşüm programlarının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile katılımcıların eğitimi ilişkisinin istatistiksel analizi sonucunda; okuryazar olmayan %12,5 olup gözlem sayısı (n=3), okuryazar %4,16 olup gözlem sayısı (n=1), ilkokul mezunu %12,5 olup gözlem sayısı (n=3), ortaokul mezunu %12,5 olup gözlem sayısı (n=3), lise mezunu %25,0 olup gözlem sayısı (n=6), üniversite mezunu %33,3 olup gözlem sayısı (n=8) olarak bulunmuştur. Üniversite mezunlarının Kamu Hastaneler Birliğinde yapılan dönüşüm programlarından duydukları memnuniyet diğer eğitim düzeyinde bulunan hastalardan daha fazla olduğu görülmüştür.

Tablo 51: Kamu Hastaneler Birliğinde Yapılan Dönüşüm Programlarını Hastalar Tarafından Memnuniyet Düzeyi İle Katılımcıların Eğitim Değişkenleri İlişkisi

Test Statistics (a,b)	Genel Olarak Verilen Hizmetten Memnun kaldım
Chi-Square	2,692
Df	5
Asymp. Sig.	,747

Test Statistics tablosunun Asymp. Sig. (Anlamlılık) satırındaki değerin 0, 747 olduğu görülmektedir. Söz konusu değer 0,10'dan büyük olduğu için, Kamu Hastaneler Birliğinde yapılan dönüşüm programlarının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile katılımcıların eğitimi ilişkisinin istatistiksel sonucunun anlamlı olduğu söyleyebiliriz.

SONUÇ

Cumhuriyetin kuruluşuna kadar giden bir tarihsel süreçte Sağlıkta Dönüşüm Programı Türkiye gündemi içinde yıllarca görüşülmüş Avrupa Birliği sürecinde süreç daha da hızlanmış, 2002 yılında hükümet olan Adalet ve Kalkınma Partisi hükümeti tarafından hayata geçirilmiştir. Sağlıkta dönüşüm programıyla Aile Hekimliği, herkesin sağlık kurumlarından faydalanması için Genel Sağlık Sigortası faaliyetine geçilmiştir. Diğer yandan Sosyal güvenlik kurumları tek çatı altında toplanmıştır.

Hasta memnuniyeti ve hasta hakları gelişmekte olan ve modernleşen dünyada günümüzde hızla artmakta olan ilgide, her sektörde müşteri memnuniyeti ile paralel olarak düşünülmelidir. Sağlık hizmetleri sunan kuruluşlar, hasta memnuniyetinin sağlanması sorumluluğunu, kalite yönetimi politikasına, birimlere ve doktorlara azaltmalıdır.

Anket çalışmasında hastalara sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde kamu hastanesinde verilen hizmetten memnun kalıp kalmadıkları sorulmuştur buna ilişkin memnuniyet dağılımı göz önüne alındığında %20,83'ü evet, %37,5 hayır ve %41,66'sıda kısmen cevabını vermiştir.

Hastaneye ulaşım konusunda hastaların verdiği cevap ise %50 evet, %25 hayır ve % 25'de kısmen cevabını vermiştir. Bu sonucu değerlendirecek olursak hastaların büyük çoğunluğu hastaneye ulaşım konusunda problem yaşamadığını söyleyebiliriz.

Bu çalışmada test edilen varsayımların değerlendirilmesi şu şekilde yapılmıştır:

-“i. Kamu Hastaneler Birliğinde yapılan dönüşüm programlarının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile katılımcıların cinsiyet değişkenleri birbirinden bağımlı – bağımsızdır.”: Evrensel Sağlık Sigortası, sosyal güvenlik altındaki primi ne olursa olsun, herkesin sağlık bakımından eşit olarak yararlanmasının bir yoludur. Bu açıdan, sağlığın temel insan hakkı olması ve herkesin eşit yarar sağlaması önemlidir. Öte yandan, sağlık sigortası olmaksızın

sağlık hizmetlerinden yararlanma maliyetinin devlet tarafından karşılanması gerçeği, sağlığın temel hak kapsamında olduğunu göstermektedir. Sosyal güvenlik kurumlarının tek bir çatı altında toplanması ve vatandaşların sağlık hizmetlerinden adil bir şekilde yararlanması amaçlanmaktadır. Bu, her vatandaşın her hastaneden eşit olarak yararlanmasını sağlamıştır.

-“ii. Kamu Hastaneler Birliğinde yapılan dönüşüm programlarının hastalar tarafından memnuniyet düzeyi ile katılımcıların eğitim değişkenleri birbirinden bağımsızdır.”: Saha çalışmasında, 50 hastadan elde edilen veriler doğrultusunda sağlıkta dönüşüm programı etrafında gerçekleştirilen reformların memnuniyet düzeyini belirlemeye çalışılmıştır.

Hasta memnuniyetini artıran ve yüksek memnuniyete neden olan unsurlar; hekimlerin hastanın şikâyetlerini dinlemeleri, bilgi vermeleri ve hastaların hekim seçme özgürlüğünü kullanmaları için zaman ayırmaları, kibar ve saygılı olması sorumluluğundadır.

Bazı çalışmalarda, yaş, sağlık hizmetini etkilemesine karşın, hastaların sağlık hizmetinden memnuniyetlerinin yaş ilerledikçe arttığı belirlenmiştir. Pek çok çalışmada, eğitim seviyesi arttıkça sağlık hizmetlerinden memnuniyetin azaldığı görülmüştür. Eğitim düzeyi ne kadar yüksek olursa, hastaların aldığı hizmetten memnuniyeti o kadar düşük olmaktadır.

Çalışma süresince, literatürde hastaların demografik özelliklerinin hasta memnuniyetini etkilediği ancak hizmet kalitesi açısından genel olarak değerlendirildiğinde, hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti üzerine birçok çalışma bulunduğu görülmektedir.

-“iii. Kamu Hastaneler Birliğinde yapılan dönüşüm programlarının hasta bireyler yönünden memnuniyet seviyesi ile araştırmaya katılmış olanların cinsiyet değişkenleri birbirlerinden bağımsızdır.”: Söz konusu hastaların %64’ü kadın, %36’sı erkektir. Yaş aralıklarına bakıldığında ise 35 ve altı kişilerin ankete katılanların %62’sini oluşturduğu söylenebilir. Bu açıdan baktığımızda ankete katılanların çoğunun genç olduğunu söyleyebiliriz. Kadınların içsel çalışma

tatminlerinin rehabilite edilmesi hedefiyle; mesleklerinde terfi etmelerine olanak sağlanmalıdır.

Hasta memnuniyetini artırmaya dönük olarak; kayıt işlemlerinde hastaların bekledikleri zamanı en aza indirmek için gerekli tedbirleri alarak, kayıt kabul sırasında beklenen alanları daha konforlu ve rahat hale getirmek memnuniyet oranlarını artırabilecek önlemlerdir. Yine tuvaletler, muayene ve poliklinik odaları, bekleme alanları gibi hastaların ortak kullanım alanlarının temizlik ve bakımlarına daha fazla özen gösterilmesi hasta memnuniyetini artırmaya yönelik yapılabilecek düzenlemeler olarak görülebilir.

Hastanelerin en büyük kaynakları şüphesiz iş gücünü oluşturan çalışanlardır. Çalışan davranışları, tutumlar, iç etkileşimler ve iş uygulamaları organizasyonun performansını belirler. Performans ölçümü, her kurum için çok önemli bir role sahiptir. Kurumsal düzeyde kurumsal memnuniyetin sağlanması, şirket hedeflerine ulaşmanın önemi ile orantılıdır. Çünkü kurumsal başarı, personel yönetimi ve dolayısıyla çalışanların memnuniyeti ile ilgilidir.

Kurumlar, hastalarına kaliteli hizmet sunabilmek için çalışanlarına daha iyi hizmet sunmalıdır. Hastalar aynı zamanda iyi motive edilmiş ve ödüllendirilmiş mutlu insanlarla hizmet almayı seçecektir. Bu sebeple, kurumsal düzeyde hasta memnuniyetini hedefleyen sağlık kurumlarının bu boyutu ihmal etmemesi gerekmektedir.

Yapılan bu çalışma ve buna benzer yapılacak başka çalışmalarla hastaların tam olarak beklentilerinin ne olduğu ve kendilerine sunulan hizmeti tam olarak nasıl algıladıkları anlaşılabilir. Hastaların beklenti ve algılamalarının daha iyi anlaşılması olduğu bir sistemde, sunulacak sağlık hizmetleri hastaların memnuniyet düzeylerini de doğal olarak artıracaktır.

Sağlık hizmetlerinde hata çoğu zaman tolere edilebilir bir şey değildir. Geç ya da yanlış konulan bir tanı, yanlış uygulanan bir tedavi hastada onarılması güç veya imkansız sonuçlara yol açabilir. Sıfır hatayla çalışmak sağlık hizmetleri sunan bir

sistemin en önemli şartıdır. Bu nedenle sağlık hizmetleri sektöründe kalite ve müşteri memnuniyeti, diğer tüm sektörlerle göre çok daha önemli olmalıdır.

Genel olarak hastalar, sağlık bakımından memnun kalmadıklarından emin olmak için mevcut değişikliklerin, sağlık politikalarının ve mevzuatın farkında olmalılar. Mevcut tüm bilgilerin, sağlık bakanlığı, sosyal güvenlik kurumları gibi kurumların web sayfalarından edinilebilmesini sağlamak için iletişim, reklam ve görsel iletişim araçları kullanılmalıdır. Öte yandan, personelin çalışma koşulları, psikolojik olarak daha iyi hissetmesi ve kendine daha fazla zaman ayırabilecek çalışma koşulları açısından iyileştirilmesi gerekiyor.



KAYNAKÇA

- Açıkmeşe, A.S., Avrupa Birliği'nin Geleceği Konvansiyonu'nda Ortak Dış ve Güvenlik Politikası'nın Yeri, Ankara, 2002.
- Akdağ, R., Nerden Nereye Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ankara, 2007.
- Akdur, R., Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslama, Ankara, 1999.
- Akdur, R., Türkiye'de Sağlık Politikaları, Halk Sağlığı, Ankara, 1998.
- Aktan, G., Avrupa Birliği'nin Bizde ve Onlarda Yarattığı Kimlik, Foreign Policy, Türkiye Baskısı, İstanbul, 1999.
- Akyılmaz, B., "İyi Yönetim ve Avrupa İyi Yönetim Yasası", GÜ, Hukuk Fakültesi Dergisi, C.7, S.1-2, Ankara, 2003.
- Aristoteles., Politika, Çeviren (Çev. M. Tuncay), İstanbul, 1975.
- Ataay, F., Neoliberalizm ve Devletin Yeniden Yapılandırılması, Ankara, 2007.
- Ateş, A. – Yıldırım, M. A. - Cevahir, E. - Bektaş, G., "5. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu Kitabı", (Ed. E. Göktürk - A. Şahin - Y. Odacıoğlu), Eskişehir, 2002.
- Belek, İ., Sağlıkta Dönüşüm: Halkın Sağlığına Emperyalist Saldırı, İstanbul, 2012.
- Berman, P. – Tatar, M., "Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000", T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, C.1, Ankara, 2004
- Bozkurt, T.- Özcan, M.- Köktaş, A., Avrupa Birliği Hukuku, Ankara, 2006.
- Canbolat, İbrahim. S., Avrupa Birliği ve Türkiye, İstanbul, 2014.

- Canbolat, İbrahim. S., Örumcek Evinde Oturulmaz, İnsan Varlık Siyaset, Ortadoğu, Türkiye, Avrupa Birliği 17 Aralık Süreci ve 3.Boyut Figuranları, İstanbul, 2014.
- Çoruh, M., Sağlık Yönetiminde Devamlı Kalite İyileştirme, Ankara, 1998.
- DPT., “Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı”, Ankara, 1989.
- DPT., “Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı”, Ankara, 1995.
- DPT., “Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı”, Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu Ankara, 2001.
- DPT., “Dokuzuncu Kalkınma Planı” (2007-2013), T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı”, Ankara, 2007.
- Dünya Bankası OECD VE IBRD,. “Türkiye’de Yakın Tarihte Yapılan Sağlık Reformları, Sağlıkta Dönüşüm Programı”, 2008.
- Easton, D., A System Analysis, New York, 1965, s.177’den aktaran (Akt.): Canbolat, İbrahim. S., Avrupa Birliği ve Türkiye Uluslararası Bir Sistemle Ortaklık, İstanbul, 2011.
- Eracar, R., Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Ulaşılabilirliği, Ankara, 2013.
- Ergenoğlu, Sungur. A. - Aytuğ, A., “Hastane Tasarımını Etkileyen Paradigma ve Dönüşümler” YTÜ Mimarlık Fakültesi, E-Dergisi, C.2, S.1, İstanbul, 2007.
- European Commission. “European Council Presidency Conclusions”, Brussels, 2003.
- Gögen, S., “Avrupa Birliği ve Türkiye’nin Kalp Sağlığı Politikaları, “Avrupa Birliği’nin Tarihsel Gelişimi ve Sağlık Politikaları”, Türk Kardiyol Derneği Dergisi, C. 3, S. 39, İstanbul, 2011.
- Gül, H.- Özgür, H., Ademi Merkezîyetçilik ve Merkezi Yönetim ve Yerel Yönetim İlişkileri, Ankara, 2004.

Helsinki Zirvesi Kararları Sonrasında Türkiye'nin AB Üyeliği Türkiye Sorunlarına, Ankara, 2000.

Karahanoğulları, Ö. E., Avrupa Konseyi ve İdare Hukuku, <http://www.danistay.gov.tr/>, (25.12.2018)

Karluk, S.R., Gümrük Birliği Dönemecinde Türkiye, Ankara, 1997.

Karluk, S.R., "Turkey's Candidacy to European Union Membership içinde Wolfgang Gieler (Eds.) Turkey's Crossroads", Hamburg, 2002.

Karluk, S.R., Avrupa Birliği ve Türkiye. Ankara, 2007.

Lipson, L. Demokratik Uygarlık, (Çev. H. G. Türker Aklan), Ankara 1984.

Metin, Y., Ölçülülük İlkesi, Ankara, 2002.

Metintaş, M. Y. - Elçioğlu, Ö., "Cumhuriyetin İlk On beş Yılında Sağlık Hizmetleri (1923-1938)", Osmangazi Tıp Dergisi, C.29, S.3, İstanbul, 2007.

Oğurlu, Y., Karşılaştırmalı İdare Hukukunda Ölçülülük İlkesi, Ankara, 2002.

Özer, S., "Avrupa Güvenliğine Rusya Faktörü ve Enerji Boyutunun Etkileri", Akdeniz I.B.B.F. Dergisi, C.1. S. 15, Mersin, 2008.

Prelot, M., Politika Bilimi, (Çev. N. Önal), İstanbul, 1972.

Sabah Gazetesi. Sabah Gazetesi, (16.10.2000).

Sayıştay., "Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde İlaç, Tıbbi Sarf Malzemesi ve Tıbbi Cihaz Yönetimi Hakkında Performans Denetimi Raporu", T.C. Sayıştay Başkanlığı, Ankara, 2005

Sözen, S. - Bülent, A. - Sözen, S. - Algan, B., İyi Yönetişim Araştırma Raporu, Ankara, 2009.

Şimşek, O., Avrupa Birliği Temel Haklar Şartında İyi Yönetim Hakkı. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, C.9, S.3, İzmir, 2007.

Takcı, A.T., “İyi Yönetim Hakkı ve Ombudsmanlık”, Adalet Dergisi, C. 1, S. 42. Ankara, 2012.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye’nin Sağlığa Bakış, “Sağlıkta Dönüşüm Programının Temel İlkeleri. Ankara, 2007.

T.C. Sağlık Bakanlığı.Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik “Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi” Rehberi, “Sağlığın Geliştirilmesi Kavramı, Kapsamı ve Önemi”. Ankara, 2011.

T.C. İçişleri Bakanlığı. İyi Yönetimin Geliştirilmesi, [www.caycuma.gov.tr.](http://www.caycuma.gov.tr.v1/formlar/karar_2013_11.pdf)
http://www.caycuma.gov.tr.v1/formlar/karar_2013_11.pdf (25.12.2018)

T.C. Sağlık Bakanlığı., Lizbon Bildirgesi “hasta hakları”. [www.sbu.saglik.gov.tr.](http://www.sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/lizbon.htm)
tarih yok. <http://www.sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/lizbon.htm> (25.12.2018).

T.C. Sağlık Bakanlığı. Hasta Haklari., [www.sbu.saglik.gov.tr.](http://www.sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/amsterdam.htm) tarih yok.
<http://www.sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/amsterdam.htm> (25.12.2018)

Tekinalp, G. - Tekinalp, Ü., Avrupa Birliği Hukuku, İstanbul, 2000.

Tengilimoğlu, D. - Işık, O. - Akbolat, M., Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Ankara, 2009.

Tezcan, D., “Türkiye Hakkında Yapılan Kişisel Başvuruların Mahiyeti ve İrdelenmesi”, İnsan Hakları ve Yargı, Adalet Bakanlığı Eğitim Dairesi Başkanlığınca 14–15 Mayıs 1998 Tarihlerinde Antalya’da Düzenlenen Seminerde Sunulan Bildiriler, Ankara, 1998.

Tezcan, E., Avrupa Birliği Hukukunda Birey, İstanbul, 2002.

Tezcan, E., Avrupa Birliği Kurumlar Hukuku, Ankara, 2005.

TODAİE., “Kamu Yönetimi Araştırması: Genel Rapor”, Ankara, 1991.

Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği, Avrupa Birliği Nedir?, İstanbul, 2002

Ülger, İ.E., Avrupa Birliği’nin ABC’si, İstanbul, 2007.

World Bank.,. Staff Appraisal Report: District Health Services Pilot and Demonstration Project, Washington, 1994.

Yardım, N. - Gogen, S. - Mollahaliloğlu, S., “Dünyada Sağlığın Geliştirilmesi ve Stratejiler”, İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, C.72, S.1, 2009.

Yıldırım, H. Hasan. - Yıldırım, T., Avrupa Birliği Sağlık Politikaları, Ankara, 2011.

Yıldırım, H.H., - Yıldırım, T., Avrupa Birliği Sağlık Politikaları, Ankara, 2011.

....., www.eu-kommission.de/pdf/dokumente/charta.pdf, KOMİSYON, 2000: paragraf 13-14 (25.12.2018).

....., AB Sağlık Politikaların Amacı. <http://www.file.toraks.org.tr/TTDSK> (25.12.2018).

....., İlerleme Raporları. <http://www.avrupa.info.tr/tr/ab-ve-türkiye/katilim-muzakereleri/ilerleme-raporlari.html> (25.12.2018).

....., Kadının Sağlık Hakkı, http://www.huksam.haccetepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/kadinin_saglik_hak_ki.pdf (25.12.2018).

....., Kalite Tanımı, [www.wikipedia.org. http://www.wikipedia.org/wiki/kalite](http://www.wikipedia.org/wiki/kalite) (25.12.2018)

....., Kopenhag Kriterleri, <http://www.ombudsman.gov.tr/contents/files752d1-kopenhangkriterleri.pdf>. (25.12.2018).

....., <http://emo.org.tr/ekler/schulmanbildirgesi> (25.12.2018)

....., Temel Haklar Şartı, <http://www.ekutup.dpt.gov.tr/ab/hukuk/temelhak.pdf> (25.12.2018).

....., Hasta Hakları, <http://www.sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/bali.htm> (25.12.2018).

....., Hasta Hakları Avrupa Statüsü, [http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/avrupastatusu. htm](http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/avrupastatusu.htm) (25.12.2018).

....., Hasta Hakları Yönetmenliği, <http://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/yonetmelik.htm>, tarih yok. (25.12.2018).

....., T.C.Sağlık Bakanlığı, Kamu Hastanelerinde Yeni Dönem, <http://www.kamuhastaneleri.com/hastanelerde-yeni-donem-nedir-ne-degildir/> (25.12.2018).

....., Kamu Hastanelerinde Yönetim Şeması, <http://www.kamuhastaneleri.com> (25.12.2018).

....., TKHK, Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilat Çalışması, www.tkhk.gov.tr, <http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/453,turkiye-kamuhastaneleri-kurumu-tasra-teskilati-calisma-.pdf> (25.12.2018).

EK

Ek 1: HASTA MEMNUNİYETİ ANKETİ

Sayın katılımcı;

Aşağıda sunulan anket “Türkiye’nin Avrupa Birliği’ne üyelik sürecinde kamu idaresi reformuna yönelik talepler ve vatandaşın “iyi yönetilme hakkı” açısından kamu hastanelerindeki yeni yapılanmanın incelenmesi ” amacıyla hazırlanmıştır. Ankette veriler kişisel olarak değil genel olarak ve isim verilmeden değerlendirilecektir. Lütfen ankette yer alan her bir ifadeyi belirtilen kriterler doğrultusunda durumu yansıtır şekilde ve içtenlikle yanıt veriniz. Göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

Saygılarımla

Kadriye KÖSE

Okul: Beykent Üniversitesi

A-Tanımlayıcı bilgiler:

1) Kaç yaşındasınız? (..... Yaşındayım).

2) Cinsiyetiniz? a-Kadın b-Erkek

3) Öğrenim durumunuz?

a-Okur-yazar değil b-Okur-yazar c-ilkokul d-ortaokul e-Lise f-Üniversite

4) Medeni durumunuz?

a-bekar b-evli

Her bir standart için size uygun olan “Evet” – “Hayır” – “Kısmen” üç seçenektan birisine (X) şeklinde işareti koyunuz.			
B-Hasta Kabul İşlemlerinin Değerlendirilmesi:	Evet	Hayır	Kısmen
2)Hasta kabul ısısı iyiydi.			
3) Hasta kabul aydınlatması iyiydi.			
4) Kişisel bilgilerimin gizliliğine önem verildi.			
5) Sorulan sorular kısa ve açıklayıcıydı.			
6) Yönlendirme vardı.			
7) İşlemler için bekleme süresi normaldi.			
C- Hastanede İletişimle İlgili İşlemlerin Değerlendirilmesi	Evet	Hayır	Kısmen
1) Karşılama hoş ve saygılıydı			
2) İlgi alaka iyiydi			
3) Bilgilendirme açıklayıcıydı			
4) Bekleme süresi normaldi			
5) Yönlendirme vardı			
D)Klinikteki hasta karşılama işlemlerinin değerlendirilmesi	Evet	Hayır	Kısmen
1) Karşılama hoş ve saygılıydı			
2) İlgi alaka iyiydi			
3) Bilgilendirme açıklayıcıydı			
4) Bekleme süresi normaldi			
5) Yönlendirme vardı			
E)Tedavi sürecinin değerlendirilmesi	Evet	Hayır	Kısmen

1) Karşılama hoş ve saygılıydı			
2) İlgi alaka iyiydi			
3) Bilgilendirme açıklayıcıydı			
4) Bekleme süresi normaldi			
5) Yönlendirme vardı			
F) Genel olarak kurumun değerlendirilmesi	Evet	Hayır	Kısmen
1) Ulaşım kolaydı .			
2) Hastane hijyenikti (temizdi).			
3) Klinikteki odamız gürültülü değildi.			
4) Eşyalar kullanılabilecek şekildeydi.			
5) Klinikteki odamızın ısısı iyiydi.			
6) Yemekler sıcaktı.			
7) Yemekler lezzetliydi.			
8) Otopark hizmeti yeterliydi.			
9) Hastanenin güvenliği tamdı.			
10) Aydınlatma iyiydi.			
11) ihtiyaç olduğunda personele ulaşmak kolaydı.			
G)Doktor, hemşire, ebe ve diğer sağlık personelinin genel olarak değerlendirilmesi	Evet	Hayır	Kısmen
1) Hekimimin hastalığım hakkında beni bilgilendirmesi yeterliydi			
2) Sağlık çalışanları bana karşı saygılı ve kibardı			
3) Sağlık Çalışanları yaptıkları işlemler hakkında bana yeterli bilgi veriyorlardı			
4) Sağlık çalışanları mahremiyetime önem gösteriyorlardı			
5)Sağlık personeli branşlarında profesyoneldi.			
H)Sonuç olarak;	Evet	Hayır	Kısmen
2) Hastalık durumunda tekrar gelmeyi düşünürüm.			
3) Kurumdan tanıdıklarına da bahsederim.			

ÖZGEÇMİŞ

5 Mart 1984 tarihi, Trabzon ili doğumluyum. İlköğretimin ilk yıllarını burada okuduktan sonra Gölcük'e yerleşip ilköğretimimi burada tamamladım. Gölcük depremi dolayısı ile Bursa'ya yerleşip lise eğitimimi de burada aldım.

2001-2005 yılları arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nda lisans eğitimimi tamamladıktan sonra iş hayatına Bursa'da özel bir hastanede başladım. 2011 yılında devlet memuru olarak atandım ve hala aynı kurumda mesleğime devam etmekteyim.

Halen Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Programı'nda öğrenimime devam etmekteyim.

Kadriye KÖSE