

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TÜRKİYE’DEKİ GELİŞİMİ AÇISINDAN HASTA HAKLARI KAVRAMI

Cemal Hüseyin GÜVERCİN

**DEONTOLOJİ ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Berna ARDA**

2007 - ANKARA

İÇİNDEKİLER

İçindekiler	I
Önsöz.....	IV
Kısaltmalar.....	VI
Şekiller ve Tablolar.....	VII
1.GİRİŞ.....	1
2.GEREÇ VE YÖNTEM.....	4
3.BULGULAR.....	6
3.1. Hak Kavramı.....	6
3.1.1. Hak Kavramı Nedir?.....	6
3.1.2. Hak Kavramını Kabul Eden Görüşler	8
3.1.2.1. İrade Kuramı.....	8
3.1.2.4. Bildirim Kuramı.....	9
3.1.3. Hak Kavramını Reddeden Görüşler	10
3.1.3.1. Varsayım Kuramı	10
3.1.3.2. Amerikan Realizmi	10
3.1.4. Hak Kavramının Diğer Kavramlarla İlişkisi	11
3.1.5. Hakların Kaynağı.....	13
3.1.6. Hakların Sınıflandırılması	15
3.1.6.1 Hohfeldian Hak Sınıflaması	16
3.1.6.2. Negatif ve Pozitif Haklar	18
3.1.7. Hakların İşlevleri	20
3.1.8. Hakkın Öğeleri ve İşleyişi.....	21
3.1.9. Hakların Kullanılmasında Ahlaki Sorumluluk.....	23
3.2. İnsan Hakları.....	24
3.2.1. İnsan Haklarının Tanımı ve Özellikleri	24
3.2.2. İnsan Haklarının Kaynağı.....	25
3.2.3. İnsan Haklarının Sınıflandırılması.....	28
3.2.3.1. Birinci Kuşak İnsan Hakları (Klasik Haklar).....	29
3.2.3.2. İkinci Kuşak İnsan Hakları (Sosyo-Ekonomik Haklar).....	30
3.2.3.3. Üçüncü Kuşak Haklar (Dayanışma Hakları)	32
3.2.4. İnsan Haklarının Kısa Tarihçesi	34
3.3. Osmanlı İmparatorluğu Ve Türkiye Cumhuriyeti Döneminde İnsan Hakları Anlayışının Gelişimi.....	42
3.3.1. Osmanlı İmparatorluğu Dönemi	42
3.3.1.1. Tanzimat ve Islahat Fermanları	42
3.3.1.3. II.Meşrutiyet Dönemi.....	45
3.3.2.1. 1921 Anayasası	46
3.3.3.1. 1924 Anayasası	47
3.3.3.3. 1982 Anayasası	49
3.4. Sağlık Hakkı	50
3.4.2. Sağlık ve İnsan Hakları İlişkisi.....	51
3.4.3. Sağlık Hakkı'nın Kısa Tarihçesi ve İçeriği.....	53
3.4.4. Sağlık ve Pazar Ekonomisi	56
3.5. Hasta Hakları	59
3.5.1. Hasta Haklarının Kökeni	59

3.5.3. Hasta Haklarının Uluslararası Boyutu	66
3.5.4.1. Lizbon Bildirgesi (1981).....	67
3.5.4.2. Amsterdam Bildirgesi (1994)	68
3.5.4.3. Bali Bildirgesi (Lizbon II Bildirgesi) (1995).....	69
3.5.4.4. Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biotıp Sözleşmesi (Oviedo) (1997)...	70
3.5.4.5. Roma Sözleşmesi (2002).....	70
3.5.4.6. Aydınlatılmış Onam	73
3.5.4.7. Mahremiyet ve Özel Yaşama Saygı Hakkı	77
3.6. Türkiye’de Hasta Haklarının Gelişimi	79
3.6.1. Türk Sağlık Mevzuatında Hasta Hakları Kavramının Gelişimi	80
3.6.1.1. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın Kurulmasına Dair Kanun	81
3.6.1.2. Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun.....	81
3.6.1.3. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu.....	82
3.6.1.4. Hususi Hastaneler Kanunu	83
3.6.1.5. Türk Tabipler Birliği Kanunu	84
3.6.1.6. Hemşirelik Kanunu	85
3.6.1.7. Türk Eczacılar Birliği Kanunu	86
3.6.1.8. Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun	87
3.6.1.9. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi (Tüzüğü)	88
3.6.1.10. 1961 Anayasası	94
3.6.1.11. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun.....	95
3.6.1.12. Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun	97
3.6.1.13. 1982 Anayasası	99
3.6.1.14. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun.....	102
3.6.1.15. Kan ve Kan Ürünleri Kanunu	105
3.6.1.16. Sağlık Bakanlığının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükümünde Kararname (KHK)	108
3.6.1.17. Türk Diş Hekimleri Birliği Kanunu	109
3.6.1.18. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu	109
3.6.1.19. Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması Hakkında Kanun	110
3.6.1.20. İlaç Araştırmaları Yönetmeliği.....	111
3.6.1.21. Türk Standartları Enstitüsü (TSE) Hasta Hakları ve Sorumlulukları Türk Standardı.....	114
3.6.1.22. Hasta Hakları Yönetmeliği.....	116
3.6.1.23. Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Mesleği Etik Kuralları	119
3.6.1.24. Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge. 125	
3.6.1.25. Poliklinik Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması Genelgesi.....	128
3.6.1.26. Hizmet Kusuru Genelgesi.....	128
3.6.1.27. Hasta Hakları Uygulama Yönergesi.....	129
3.6.1.28. Sağlıkta Dönüşüm ve Hasta Hakları	133
3.6.2. Türkiye’de Hasta Hakları Ve Sivil Toplum Kuruluşları	137
3.6.2.1. Öncelikli Olarak Hasta Hakları Alanında Çalışan Dernekler.....	138
3.6.2.2. Belirli Bir Hastalığa Özgü Olarak Çalışan, Hastalık ve Hasta Dayanışma Dernekleri	140
3.6.2.3. Engelliler Konusunda Çalışan Sivil Toplum Kuruluşları.....	143

3.6.2.4. Sağlık ve Sağlıklı Yaşam Konusunda Etkinlik Yürüten Sivil Toplum Örgütleri	144
3.6.2.5. Etik, Hukuk ve İnsan Hakları Alanında Etkinlik Gösteren Sivil Toplum Örgütleri	146
3.6.2.6. Tüketici Hakları Konusunda Çalışan Sivil Toplum Örgütleri	146
3.6.3. Türk Basınında Hasta Hakları	148
3.6.3.1. Hasta Hakları Konusunda Basında Çıkan Haber Örnekleri.....	14860
3.6.4. Türkiye’de Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitiminde Hasta Hakları.....	182
4. TARTIŞMA	191
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	200
ÖZET.....	204
SUMMARY	205
KAYNAKLAR	206
EKLER.....	216
EK-1.....	216
EK-2.....	220
Ek-3	226
EK-4.....	230
EK-5.....	237
EK-6.....	244
EK-7.....	249
EK-8.....	265
EK-9.....	26590
ÖZGEÇMİŞ.....	302

ÖNSÖZ

Bu tez konusunun seçiminde temel yönelimim, tıp fakültesinde öğrencilik yıllarımdan itibaren fark etmiş olduğum ve meslek yaşamım boyunca da sıkça gözlemlediğim bir olgu olan, hastaların gerek sağlık hizmetine ulaşmada, gerekse sağlık hizmeti alırken yaşadığı sorunları, önemli bir konu olarak değerlendirmem olmuştur. Bu açıdan, en yeni insan hakları grubu olan hasta haklarının ülkemizdeki gelişiminin ve mevcut durumunun incelenmesi ve hasta hakları konusunda yaşanan sorunların çözümüne bir katkı sağlamak düşüncesi, bu konunun seçilmesinde belirleyici olmuştur.

Doktora eğitimi ve tez çalışması sırasında her zaman içten desteğini, yapıcı eleştirilerini, engin duyarlılığını ve yakın ilgisini esirgemeyen, danışmanım değerli hocam A.Ü. Tıp Fakültesi Deontoloji AD Başkanı Sayın Prof Dr Berna Arda'ya,

Doktora eğitimi süresince engin bilgisi, desteğini ve yakınlığını esirgemeyen, son öğrencisi olarak hep gurur duyduğum değerli hocam A.Ü. Tıp Fakültesi Deontoloji AD Emekli Öğretim Üyesi Merhum Sayın Prof Dr Fuat Aziz Göksel'e,

Hem doktora eğitimi sırasında, hem de tez çalışması süresince Tez İzleme Komitesi Üyesi olarak, bilgi ve desteğini esirgemeyen, içten katkıları, yapıcı ve yol gösterici yaklaşımları nedeniyle A.Ü. Tıp Fakültesi Deontoloji AD Öğretim Üyesi Sayın Prof Dr Yasemin Oğuz'a,

Doktora eğitimi süresince bilgi, yakınlık ve dostluğunu esirgemeyen A.Ü. Tıp Fakültesi Deontoloji AD Öğretim Üyesi Sayın Doç Dr Serap Şahinoğlu'na,

Tez çalışması süresince duyarlı, yapıcı ve kolaylaştırıcı yaklaşımları nedeniyle H.Ü. Tıp Fakültesi Tıp Etiği AD Başkanı Sayın Prof Dr Erdem Aydın'a,

Doktora eğitimi süresince ders aldığım bütün öğretim üyelerine ve AÜ.Tıp Fakültesi Deontoloji AD'nda yardımlarını esirgemeyen sekreter Ayhan Topçu'ya,

Doktora eğitimi süresince yasal boşluklara rağmen inisiyatiflerini kullanarak, yapıcı, destekleyici ve kolaylaştırıcı tutum gösteren değerli sağlık yöneticilerine ve katkı sağlayan herkese,

Tez çalışmam sırasında gerekli bilgilere ulaşmam konusunda katkıları bulunan TBMM Kütüphanesi yetkilileri, Pfizer İlaç Sanayi ve Başbakanlık Basın Yayın ve Enformasyon Genel Müdürlüğü'ne,

Yaşamım boyunca bütün olanaklarını sundukları ve her zaman en yakın desteklerini yanımda hissettiğim bütün aileme ve doktora çalışmam sırasında yaşamıma katılan, sevgi ve desteği ile hep yanımda olan sevgili eşim Yaprak'a yürekten teşekkür ederim.

KISALTMALAR

AA: Anadolu Ajansı

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AGİK: Avrupa Güvenlik ve İşbirliği Konferansı

AHA: Amerikan Hastaneler Birliği

AMA: Amerikan Tabipler Birliği

BM: Birleşmiş Milletler

ÇEP: Çekirdek Eğitim Programı

DB: Dünya Bankası

DHB: Dünya Hekimler Birliği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HIV/AIDS: Kazanılmış Bağışıklığın Yetmezliği Sendromu

ICESCR: Uluslararası Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi

IMF: Uluslararası Para Fonu

JCAH: Hastane Akreditasyonu Ortak Komisyonu

KHK: Kanun Hükmünde Kararname

MÖ: Milattan Önce

MS: Milattan Sonra

NWRO: Ulusal Refah Hakları Örgütü

RG: Resmi Gazete

SB: Sağlık Bakanlığı

TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

TC: Türkiye Cumhuriyeti

TSE: Türk Standartları Enstitüsü

TTB: Türk Tabipleri Birliği

TTB-UDEK: Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu

ŞEKİLLER VE TABLOLAR

Şekil-1: Hastane Hasta Hakları Birimi'nin İşleyiş Şeması

Şekil-2: Hasta Hakları Kurulu'nun İşleyiş Şeması

Şekil-3: Basında Yer Alan Günlük Haber Örneği

Şekil-4: Basında Yer Alan Köşe Yazısı/Makale Örneği

Tablo-1:Hasta Hakları Kavramının Türk Sağlık Mevzuatı'nda Kronolojik Olarak Gelişimi

Tablo- 2: Yıllara Göre Toplam Haber Sayısı ve Ortalama Günlük Haber Sayısı

Tablo-3: Yıllara Göre Haberlerin Niteliğinin Dağılımı

Tablo-4: 2001-2006 Yılları Arasında Hasta Haklarını En Çok Haber Yapan İlk Beş Gazetenin Dağılımı ve Toplam Haber Sayıları

Tablo-5: Hasta Hakları Konusunda Basında Çıkan Haberlerin İçerik Açısından Dağılımı

Tablo-6: Basında Hasta Hakları Konusunda Çıkan Haberlerde Görsel Öğelerin Kullanım Durumu

Tablo-7 Anadolu Ajansı Kaynaklı Hasta Hakları Konulu Haberlerin Yıllara Göre Dağılımı

1. GİRİŞ

1.1. Giriş ve Konunun Temel Öğeleri

Tıp, temel bilimlerden yararlanarak sağlığın korunmasını, hastalıkların tanı ve tedavisini sağlamayı amaçlayan teknik bir disiplindir. Bireyin biyopsikososyal bütünlüğünü korumaya, bu bütünlük bozulduğu zaman onu sağaltmaya çalışan tıp, tüm bunları bilimsel bir temele oturtan yararlı bir uğraştır. Tıbbın insan yararına yönelik yararlı bir disiplin olması yanında, özellikle eğitim veren ve eğitim gören kişiler açısından onun en belirgin niteliği, bir bilgi ve beceriler bütünü oluşudur(Göksel, 1980). Esas amacı iyileştirmek ve sağlığı yeniden kazandırmak olan tıbbın, hasta ve hekim olmak üzere iki temel ögesi vardır. Tıp tarihçisi Robinson (2005), herhangi bir nedenle duyduğu acı karşısında çılgınlık atan ilk insanı “ilk hasta” ve onun yardımına koşanı da “ilk hekim” olarak tanımlamaktadır.

Tıp mesleği, insanın iyiliğini sağlamak ve korumak için hekimin bilgisinin, becerisinin, klinik yeteneklerinin ve yargısının kullanıldığı, yetenek gerektiren bir meslek olarak tanımlanmaktadır. Bu amaç, hasta ve hekim arasındaki karşılıklı saygıya, kişisel sorumluluğa ve güvene dayanan bir ilişki ile belirlenmektedir(Horton, 2005).

Tıbbın tarih boyunca durağan bir meslek olmadığı kabul edilmektedir. Yunanlılar antik çağda, tıbbi büyücülükten ayırmışlar ve ona bilimsel, etik ve felsefi bir temel kazandırmışlardır. Bu durum Eski Roma Dönemi’ni de içine alacak şekilde 500 yıl kadar sürmüştür. Roma İmparatorluğu’nun çöküşü sırasında, Galen’in ölümü ile (MS 199), Avrupa’da tıbbın gelişimi 1300 yıl kadar sonra bilimsel düşüncenin yeniden uyanmasına dek durmuştur. Tıp okullarının kapanması ve ardından toplumsal zeka düzeyinin azalmasının bu çöküşün en önemli nedeni olduğu iddia edilmektedir. Son 200 yılda tıbbın ve hekimlerin saygınlığı giderek artmıştır ve 20. yüzyılın ikinci yarısında en üst düzeye ulaşmıştır(Sheridan, 2006).

Hipokrat'tan başlayarak bütün özellikleri ile iki insan arasında yaşanan ve “güven” kavramının temel alındığı hekim-hasta ilişkisinin, günümüzde hasta ve hekimleri kuşatan sağlık kuruluşlarının, adeta “fabrika” benzeri atmosferi içinde, “sıradan” bir ilişki haline geldiği öne sürülmektedir(Hatun, 1999). Hekim hasta ilişkisi, özünde, hastanın aleyhine “bilgi asimetrisi”nin bulunduğu bir süreç olarak kabul edilmektedir. Günümüzde de sağlık bakım hizmetlerindeki ileri teknoloji kullanımının giderek yaygınlaşmasının ve sağlık sistemlerinin karmaşık yapısının hekim-hasta ilişkisini insancıl boyuttan uzaklaştırarak daha “mekanik” bir hale dönüştürdüğü iddia edilmektedir(Hatun, 1999).

Sağlık ve hastalık kavramlarının, gerek tanımlanması ve gerekse algılanmasında önemli bir dönüşümün yaşanmakta olduğu kabul edilmektedir(Arda, 2002). Yaklaşık 20-30 yıl öncesine kadar sağlık ve hastalık kavramları, hastaneler, hekimler, hemşireler, ilaçlar ve ilk yardım çantaları ile akla gelirken, günümüzde artık sağlıklı yiyecekler, vitaminler, sağlık kulüpleri, aerobik, spa terapi, yıllık olağan sağlık kontrolleri de dahil olmak üzere daha geniş bir alanla beraber gündeme gelmektedir. Bu yüzden batılı toplumlarda sağlık, bir yandan tıbbileştirilirken kültürün de bir parçası haline getirilmiştir(Kasapoğlu, 1999).

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de sağlığın medyanın dikkatini çektiği; televizyon, radyo ve yazılı basının sağlık ve hastalık konularına daha fazla yer ve zaman ayırdığı gözlenmektedir. Özellikle eğitim düzeyi düşük toplumlarda, televizyon gibi görsel-işitsel kitle iletişim araçlarında, sağlık ve hastalıkla ilgili programların sunulması daha da önem taşımaktadır. Türkiye’de çeşitli medya kanallarının her kesimden izleyiciye yönelik olarak yaptıkları sağlık programlarının, genel olarak toplumun bilinçlenmesine katkıda bulunduğu kabul edilmektedir(Kasapoğlu, 1999). Medya sağlık konusundaki tutum ve davranışlarda oldukça etkin bir rol oynamaktadır.

Genel olarak hastalıkların nitelikleri ve doğasının 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren değişmekte olduğu kabul edilmektedir. Önceleri daha sıkça görülen akut, yaşamı tehdit eden kolera, veba gibi bulaşıcı hastalıklardan, kanser,

beyin, kalp ve damar sistemi hastalıkları gibi yaşamı fazlaca tehdit etmeyen, ancak yaşam kalitesini belirgin biçimde etkileyen kronik hastalıklara doğru bir gidiş olmuştur. Ayrıca doğumda beklenen yaşam süresi de giderek uzamakta olup, yaşlanan nüfusun içinde kronik hastalıkların görülme sıklığı daha da artmaktadır(Kasapoğlu, 1999). Örneğin mortalite oranlarındaki hızlı düşüş ve sağlıktaki genel düzelmelerin, dünya genelinde 1960 ve 1990 yılları arasındaki 30 yılda yaşam beklentisini, yüzyılın başına göre ortalama 6.3 yıl artırdığı saptanmıştır(Laxminarayan ve ark, 2006). Bu nedenlerle tıpta “müdahalecilik”ten “gözetmenlik” ve “izlem”e; “tedavi”den, “bakım”a doğru dönüşüm yaygınlaşmıştır. Tıp ve sağlık alanındaki dönüşümler sonucunda, “hastalık” yerine “sağlık”; “hastane” yerine “toplum içinde bakım”; “akut” yerine “kronik”; “tedavi” yerine “bakım” ve doğal olarak “hasta” yerine “kişi” kavramları bilinçli tercihlerle kullanılmaya başlanmıştır. Bu değişim geleneksel hekim-hasta ilişkisini de etkilemiştir(Kasapoğlu, 1999).

Geleneksel tıp etiğinin hastanın iyilik ve yararını birincil değer olarak görmesi, hekimin zarar vermeme ilkesiyle birlikte yararlılık ilkesine uygun davranışı ile açıklanmaktadır. Bu yaklaşımın doğal sonucu olarak, hekim hastasının sağlığıyla ilgili kararlarda tek başına olmakta ve daha uç noktada da paternalizm (babacıl tutum) olarak tanımlanan hekimin otoriter konumu ortaya çıkmaktadır(Erdem, 1998).

“Tıp Uğraş Ahlakı” da denen “Tıp Etiği”nin çağdaş biçimiyle ortaya çıkması, başta klinik ya da tedavi edici hekimlik olmak üzere tıp etkinliğinde teknik kişinin, sorumluluğu başkaları ile paylaşma gereksinimini doğurmuştur. Tıp etkinliğinin iç, bilimsel ve teknolojik evrimiyle, dış toplumsal belirleyicilerin etkisi altındaki gelişmesi tıp uygulayıcısının sorumluluk boyutlarını artırmıştır. Sonuçta hekimin tek başına karar vermesinde güçlükler doğmuştur. Hekimin; boyutları giderek genişleyen sorumluluğunu başta hasta ve denekler olmak üzere, hemşire, hasta yakınları, biyolog ve psikolog gibi başka alanlardan olan araştırmacı ve uygulayıcılar, felsefeciler, hukukçular vb. ile paylaşma zorunluluğu ortaya çıkmıştır(Örs,1996).

Günümüzde yalın bir hekim-hasta ilişkisinin güçlüğünden, bunun yerine sağlık hizmetleriyle ilişkili çeşitli uzmanlıktaki kişilerin bir araya geldiği bir tıp olgusunun varlığından dolayı, bir tıp-hasta ilişkisinden söz etmek mümkün olsa da, hasta karşısında birinci derecede sorumlu olanların hekimler olması nedeniyle, tüm değişikliklere karşın özde bir hekim-hasta ilişkisinin süregittiğini söylemek mümkündür(Örs, 1996).

Son yıllarda sağlık alanındaki bilimsel teknolojik gelişmeler ve yüksek teknolojiye dayalı sağlık hizmeti sunumu, insan hakları alanında sağlanan ilerlemeler ve bireye öncelik veren yaklaşımlar, sağlık sistemlerinden kaynaklanan olumsuzluklar, genel eğitim düzeyindeki iyileşmeler ve kitle iletişim araçlarının etkisi ile özellikle son elli yılda hasta hakları kavramı gündeme gelmiştir.

İnsan haklarının tıp alanındaki bir yansıması olarak ele alınan hasta hakları, dünyada ve Türkiye’de yeni gelişmekte olan bir kavramdır. Bu çalışmanın hipotezi “Türkiye’de hasta hakları kavramı sağlık mevzuatında, sivil toplum kuruluşlarında, basın ve mezuniyet öncesi tıp eğitiminde özerkliğe saygı bağlamında gelişim göstermiştir.” olarak kurgulanmıştır.

Yaklaşık 10-15 yıldan beri ülkemizin gündeminde olan bu kavram, uluslararası bildirgelerin yanı sıra özellikle 1998’de yayınlanan “Hasta Hakları Yönetmeliği” ile hukuksal bir nitelik kazanmıştır. Hasta hakları dünyada ve ülkemizde nasıl bir gelişim çizgisi izlemiştir? Sağlık mevzuatımızda, basın, sivil toplum örgütleri, eğitim kurumlarında hasta hakları ne ölçüde yer almıştır ve Türkiye’de hasta hakları hareketinin genel özellikleri nelerdir? Ülkemizde bu konuda yapılmış olan çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmayla öncelikle hak kavramı ve üstün ahlaki haklar olarak nitelendirilen insan hakları kavramı incelenecektir. İnsan hakları kümesi olan sağlık ve hasta hakları incelenerek, hasta haklarının dünyada ve Türkiye’deki gelişim süreci ortaya konulmaya çalışılacaktır. Ülkemizde hasta hakları bilincinin oluşturulması ve yaygınlaştırılması için neler yapılması gerektiği ile ilgili bazı sonuçlara ulaşmak da, bu çalışmanın diğer bir amacını oluşturacaktır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Gereç ve Yöntem

Çalışmaya öncelikle konu ile ilgili yerli ve yabancı literatürlerin toplanması ile başlanmıştır. Çalışmanın kuramsal alt yapısını oluşturan ve konuya temel olan hak, insan hakları, sağlık hakkı ve hasta hakları gibi kavramlar araştırılmıştır. Bu konuda kitap, dergi gibi yayınların yanı sıra internet ortamında da kurumsal sitelerden yararlanılmıştır.

Türkiye’de hasta haklarının gelişimi, sağlık alanındaki yasal düzenlemeler, konunun basındaki yansımaları, sivil toplum kuruluşları ve meslek örgütlerindeki yapılanmalar ve mezuniyet öncesi tıp eğitiminde hasta hakları eğitiminin durumu gibi temel başlıklarında incelenmiştir. Hasta haklarının sağlık mevzuatındaki araştırılmasına 1920 tarihli Sağlık Bakanlığı’nın kurulması hakkındaki yasadan başlanmış ve o tarihten günümüze sağlık alanında konu ile ilgili yapılmış bütün yasal düzenlemeler incelenmiştir. Bu düzenlemeler içindeki hasta hakları ile ilgili bölümler tez metnine aktararak yorumlanmıştır.

Hasta haklarının medyanın kamuoyu oluşturma işlevi nedeniyle, özellikle Hasta Hakları Yönetmeliği’nin yayınlandığı 1998’den sonra ne ölçüde basının gündemine geldiği araştırılmıştır. Başlangıç olarak alınan 1998 yılından 13.03.2007 tarihine kadar olan süreyi kapsayan bir tarama gerçekleştirilmiştir. Araştırma da TBMM Kütüphanesi’nde elektronik ortamda kayıtlı olan ulusal gazetelerde çıkan hasta hakları konusundaki haberler ve Pfizer İlaçları Limited Şirketi’nden sağlanan, söz konusu döneme ait basında yer alan hasta hakları haberleri derlenmiştir. Ayrıca Başbakanlık Basın Yayın ve Enformasyon Genel Müdürlüğü’nden sağlanan ve söz konusu dönemi kapsayan, medya kuruluşlarına servis edilen Anadolu Ajansı kaynaklı hasta hakları konusundaki ön haberlerin taranması da gerçekleştirilmiştir. Bu taramalar sonucu elde edilen tablolar tez içinde yorumlanmıştır. Görsel medya haberlerinin de taranması hedeflenmiş ancak ekonomik ve teknik güçlükler nedeniyle bu gerçekleştirilememiştir. Bununla birlikte görsel medyada çıkan haberlerin basında

da paralel olarak bulunacağı düşünölmüş ve bu çalışmanın görsel medyayı da temsil edebileceğı kabul edilmiştir.

Hasta hakları konusunda çalışan sivil toplum örgütleri, internet ortamında bulunan kurumsal siteleri yoluyla incelenmiş ve amaçlarına göre gruplandırılmıştır. Türkiye’de mezuniyet öncesi tıp eğitimi ve mezuniyet sonrası sürekli mesleki gelişim sürecinde hasta hakları konusu daha önce bu konuda yapılmış olan çalışmalardan yararlanılarak değerlendirilmiştir. Ayrıca meslek örgütü ve uzmanlık derneklerinin konuya katkıları da elde edilen bilgilerle yorumlanmıştır.

3. BULGULAR

3.1. Hak Kavramı

Hasta hakları kavramındaki temel unsur olan “hak” kavramının tanımı, içeriği, sınırları ve ne gibi unsurlarının bulunduğu irdelenmesi konuya temel olması açısından yararlı görünmektedir.

3.1.1. Hak Kavramı Nedir?

“Hak” sözcüğünün gerek günlük konuşma dili, gerekse felsefe ve hukuk dilinde birbirine yakın-uzak çok sayıda farklı anlamı bulunmaktadır.

Hak; adalet, insaf, hakkaniyet, kişilere tanınan yetki, davranış özgürlüğü, edinebilme, sahiplik ileri sürebilme yetkesi, yasaca tanınan ayrıcalık, hukuk sistemi tarafından korunan yarar anlamlarına karşılık geldiği gibi, aynı zamanda Allah, tanrı anlamında da kullanılmaktadır(Yılmaz, 2004). Hak sözcüğü iddia, istem, yetki, izin, izinli olma durumu, ruhsat gibi anlamlara da gelmektedir(Mumcu, 2003). Annas’a göre (2004) hakların tek ve kesin bir tanımlaması yoktur, ancak genel olarak hak, bir istemin harekete geçirilmesi, öne sürülmesi olarak açıklanabilmektedir.

“Hak” sözcüğünün, tek anlam ve kararlılığa henüz kavuşmamış niteliği, sınırlarının açık bir şekilde çizilememiş olması ve semantik açıdan oldukça geniş bir içeriğinin bulunması, bu kavram üzerinde tartışma ve farklı görüşlerin oluşmasına yol açmıştır. Özellikle hukuk alanında bu tartışmalar daha belirgindir, çünkü hak kavramı, hukukta temel bir kavramdır. Önde gelen düşünürlerin bir bölümü “hak” kavramını bir gerçeklik olarak kabul edip, kaynağının ne olabileceği konusunda çeşitli görüşler ileri sürerken, bazı düşünürler ise “hak” kavramının bir kurgu olduğunu ve ancak fizikötesi anlamları olabileceğini iddia etmişlerdir.

3.1.2. Hak Kavramını Kabul Eden Görüşler

3.1.2.1. İrade Kuramı

İrade kuramının öncülerinden olan Friedrich Carl Von Savigny “hak” kavramının temelinde iradenin olduğunu ve hakkı yaratan kaynağın “irade gücü” olduğunu ifade etmiştir(Gözübüyük, 2006a). Savigny dolaylı olarak hak sahibinin de iradesini kullanabilme yeteneğinin olması gerektiğini belirtmiştir. Windscheid ise, bir adım daha ileriye giderek “hak” kavramını “irade etkileşimi” ile açıklamıştır. Ona göre hak, bir kişinin iradesinin başka bir kişiyi etkilemesidir. Örneğin alacaklının alacağını istediği zaman alacaklının bu iradesinin borçluyu etkilemesi gibi. Bu anlayışa göre, pozitif hukuk düzeni borçludan borcunu yerine getirmesi talebinde bulunur. Bu durumda alacaklının iradesi devlet irade gücü ile birleşir ve devlet iradesince desteklenir. Böylece hakkın devlet iradesinden doğduğu, başka bir deyimle bireyin aslında devlete ait olan fakat delegasyon yoluyla kendisine geçen iradeyi kullandığı savunulmaktadır (Güriz, 1999, Mumcu, 2003).

3.1.2.2. Yarar Kuramı

Bu anlayışı temsil eden Rudolf Von Jhering’e göre “hak” kavramının özünde, hukuk düzeni tarafından güvence altına alınmış “yarar” vardır. Hakkın özü ve amacı yarardır. Bu yarar maddi bir unsur olabileceği gibi, aynı zamanda özgürlükler, dokunulmazlıklar gibi manevi çıkarları da kapsamaktadır. (Güriz, 1999) Ancak maddi veya manevi olsun her yarar/yararlanım hak niteliğinde değildir. Hak olarak kabul edilebilmesi için hukuk düzeni açısından geçerli olması ve korunması gerekir. Ayrıca bir hakkın korunması, yarar sahibinin konu ile ilgili talepte bulunması ile anlam kazanabilir, istemde bulunmazsa yararın korunması da söz konusu olmayacaktır (Mumcu, 2003). Mac Cornick de hakkı, korunan bir yarar olarak tanımlamaktadır. (Wellman, 1995).

Alman Hukukçu Georg Jellinek, irade ve yarar öğelerinin hak kavramını tek başına açıklamakta yeterli olamayacağını ileri sürmüştür. İrade ve yararı birbirlerini

tamamlayan birer unsur olarak gören Jellinek, bu kavramlardan ortak bir senteze ulaşarak hakkı, “insana irade gücü tanımak yoluyla korunan yarar” olarak tanımlamaktadır (Güriz, 1999).

3.1.2.3. Analitik Kuram

İngiliz Hukukçu John Austin, “hak” kavramını açıklamak için “hukuki ödev” kavramına başvurarak, birbirinden soyutlanamayacağına inandığı hak ve hukuki ödev kavramları arasındaki karşıtlığa da dikkati çekmiştir(Wellman, 1995). Ona göre hukuki ödev, egemen gücün bir kişiye yönelen emridir, hak ise, egemen gücün belirlediği hukuki ödevin yerine getirilmesi durumunda oluşur. Ancak bu yaklaşımın doğuracağı büyük sakınca, hukuki ödevin yerine getirilmemesi durumunda hakkın varlığının tartışmalı hale gelmesidir(Güriz, 1999). Austin hak ile ödevlerin eşit olması gerektiğini ileri sürmüştür(Wellman, 1995).

3.1.2.4. Bildirim Kuramı

Bildirim kuramının kurucusu olan Alman Hukukçu Zitelmann, hakların doğması, devredilmesi ve sona ermesinin kanun koyucunun iradesi tarafından tayin edilmesi gerektiğini savunmuştur. Hukuki haklar ve ödevler arasındaki ilişkilerin, kanun koyucu tarafından yaratılabileceğini ifade eden Zitelmann’a göre hukuk normları, belirli durumlarla hukuki sonuçlar arasındaki ilişkileri belirleyen “beyanlar” dır (Güriz, 1999, Mumcu, 2003).

Hak ve ödev kavramlarının fizikötesi sayılarak reddedilmesi eğilimi karşısında tasarım kuramı geliştirilmiştir. Buna göre ne hak, ne de ödev kavramları nesnel gerçekliği ifade edemezler. Ancak, bu kavramları, insanın düşünme eylemiyle ilgili gerekli ve zorunlu “biçimler” olarak kabul etmek uygun olacaktır. Bu yaklaşıma göre hak, aslında bir tasarımdır veya gerçekliği olmayan bir simgedir. Hukuk hayatında da tasarımlar, hukuk normları yerine kullanılmaktadır (Güriz, 1999).

3.1.3. Hak Kavramını Reddeden Görüşler

3.1.3.1. Varsayım Kuramı

Bu görüşün temsilcilerinden olan Jeremy Bentham hukukun doğrudan etikten türetilmesi gerektiğini savunarak etik, hukuk ve politikayı bilim veya bilimsel olarak doğrulanabilir disiplinler haline getirmek için uğraşmıştır(Cevizci, 2002). Jeremy Bentham’a göre egemen gücün emirleri ve gerçek kişilerin eylemleri gerçekliğe sahipken, haklar ve hukuki ödevler varsayımsal nitelik taşırlar. Hak, ödevden doğan bir varsayımdır(Güriz, 1999). Bentham insanların sadece insan olmalarından kaynaklanan doğal hakları olduğu ve bunların vazgeçilemez olduğu görüşünü de “mantıksız” olarak nitelendirmektedir. Bentham, doğal hakların korunmasıyla kurulan ve bundan kaynak alan “devlet” görüşünü savunan “toplumsal sözleşme” kavramını da reddetmektedir. Devletlerin bir sözleşmeden doğmasını da tam bir kurgu, hatta bir yanlışlık olarak değerlendiren Bentham devletin sözleşmeden değil, sözleşmenin devletten kaynaklandığını iddia etmiştir. Doğal haklar ve toplumsal sözleşme anlayışının “sınırsız haklar” görüşünü savunduğuna inanan Bentham’a göre, sınırsız haklar “en büyük mutluluk toplamı”na bir tehdit olabilir. John Stuart Mill de her ne kadar özgürlüğü temel bir ilke olarak görse de, haklar görüşüne kuşku ile yaklaşmış ve en azından hakların “yarar” üzerine kurulabileceğini ve “mutluluk” ilkesiyle uyumlu olması gerektiğini iddia etmiştir(Cooney, 1998). Petrazycki de tıpkı Bentham gibi hem hakların, hem de hukuki ödevlerin tamamen psikolojik fenomenler olduğunu ve bunların varlığının ancak ve yalnızca insanların düşüncesinde olabileceğini belirtmiştir(Güriz 1999).

3.1.3.2. Amerikan Realizmi

Bu akım, hak kavramının gerçekliği temsil etmeyen fizikötesi kavramlardan biri olduğunu, hayali nitelik taşıdığını ileri sürmektedir. Holmes’e göre hukuk alanındaki hak ve ödevler, ahlaki ve hukuki fikirlerin birbiri ile karıştırılmasından, sonuçta bir yanlış bakış açısından doğmaktadır. Hak, ancak mahkemeler tarafından anlaşıldığı ve belirtildiği biçimde gerçeklik kazanabilir(Güriz, 1999). Bu kapsam dışındaki hak

söylemlerinin karşılığı bulunmamaktadır. Bu akıma göre hukukun tanımadığı bir hak, sadece bir hak iddiası olabilir ve bu konuda da son sözü ancak mahkemeler söyleyebilir.

Duguit, hak kavramını reddederek yerine “hukuki durum” kavramını önermiştir. Kelsen ise hakkı, hukuk normunun somut ve bireysel nitelik kazanması olarak değerlendirmiştir(Güriz, 1999). Hakkın tek başına varolan bir olgu olmadığını, ancak hukuki normlarla ilişkili olabileceğini vurgulamıştır.

Hak kavramı, hukuksal ilişkinin özünü oluşturmaya rağmen hukuksal anlamda bile hakkın niteliği, özü ve esasları konusunda görüş birliği yoktur(Gözübüyük, 2006a). Bazı düşünürler de hakkın diğer bazı kavramlarla ilişkilerine özel bir önem vermişler ve hak kavramını açıklamakta bu ilişkilerden yararlanmışlardır.

3.1.4. Hak Kavramının Diğer Kavramlarla İlişkisi

Hak kavramı ile özgürlük arasında nasıl bir ilişkiden bahsedilebilir? Bazı düşünürler hak kavramını tanımlarken hak-özgürlük ilişkisini ortaya koymuşlardır. Hakları, yazılı hukuk belgeleriyle, yasalarla, özgürlüğü sağlamak için kişiye tanınan yetkiler olarak tanımlamaktadırlar. Özgürlük ise insanın insan olarak taşıdığı gücün, serbest hareket etme gücünün, yani bağımsızlığının ifadesidir. Hak-özgürlük ilişkisine dikkat çeken Kant, hak kavramını bir bireyin diğer bireylerle bağdaşabilir özgürlüğü olarak tanımlamıştır(Mumcu, 2003). Hakların çoğunun, sahiplerine özgürlük kazandırdığı; kişinin bir hakka sahip olmasının bir ya da daha çok anlamda özgür olmasına olanak sağladığı öne sürülmektedir. Örneğin bir ayrıcalık hakkı, yasaklı olmama konusunda özgürlük vermektedir. Bu bakış açısıyla bir yasal sistem, değişik tipte özgürlüklerin bir dağılımı olarak görülebilir(Wellman, 1995).

H.L.A. Hart hakların bağımsızlığa önemli katkılar yaptığını savunarak hakkı, “korunan bir seçim” olarak tanımlamıştır. Neil Mac Cornick de, hakkı “korunan bir çıkar” olarak değerlendirmiştir(Wellman, 1995). Her iki düşünür de hakkın korunması gereken bir unsur olduğunu ifade etmişlerdir.

Wellman (1995) hak-ödev ilişkisine odaklanmıştır ve hakların uygulamalı bir öneme sahip olduğunu, bu nedenle de haklar ile ödevler (veya yükümlülükler) arasında mantıksal bir bağ bulunduğunu ileri sürmüştür. Bu anlayışa göre her hak ilgili bir ödev gereksinim duymaktadır. John Austin de yasal bir hakkı, ilgili bir yasal görev olarak tanımlamıştır (Güriz, 1999). Hak kavramına kuşku ile bakan John Stuart Mill, ahlaki bir hakkı ilgili ahlaki bir görev ile eşdeğer olarak değerlendirmektedir. Joel Feinberg, ise bu anlayışa karşı çıkarak, hakların görevlere indirgenmesiyle değerinin ve öneminin göz ardı edilebileceğini öne sürmüştür (Wellman, 1995). Benatar (2006) hakların ilişkili olarak görevlere sahip olsa da, bunun tersinin her durumda geçerli olmadığını yani, her görevin ilişkili haklarının bulunmadığını savunmakta ve örneğin hayırseverlik gibi görevlerin hiç kimsenin hakkıyla bağlantılı olmadığını belirtmektedir.

Hakkı “geçerli bir istek” olarak tanımlayan Feinberg’e göre hak sahibi olmak, örneğin “kişinin emanete bıraktığı paltosunu, emanet fişini vererek alabilmesi” gibi, kişinin alması gereken şeyi talep edecek, isteyecek durumda olmasıdır (Wellman, 1995). Ancak, hakkı geçerli bir istek olarak tanımlayan Feinberg’in, bu tanımındaki geçerlilik ölçütünün ne olduğu sorunu ortaya çıkmaktadır. Bir isteği geçerli kılan onu “hak”laştıran ölçütler neler olabilir? Yasalar, toplumsal normlar, ahlaki değerler gibi ölçütlerden hangisi veya hangileri hak kavramını temellendirmektedir?

Ronald Dworkin (1977) de hakları, pratik sonuçları açısından ele almıştır ve hak kavramını, çoğunluğun çıkarına, mutluluğuna karşı “bireyin kozu” olarak tanımlamaktadır. Bu anlayışa göre hakların işlevi, bazı toplumsal amaçları en üst seviyeye çıkarmak isteyen kamusal güce karşı, bireylere özel bir koruma sağlamaktadır (Dworkin, 1977). Dworkin’in bu değerlendirmesi hakların, eşitlikçi ve güce karşı koruyucu, gücü sınırlayıcı bir işlevi olduğuna da işaret etmektedir. Koz metaforu özellikle insan haklarının niteliğinin açıklanması açısından işlevsel bir rol oynamaktadır. Hak, bireyin, toplumsal gücün olumsuz etkilerinden korunabilmesinde, bir kalkan görevi görmektedir. Benatar (2006) ise bir adım daha ileriye giderek hakların, “koz alan” bir güce sahip olduklarını, taşıdıkları bu büyük

ahlaki güçle, diğer ahlaki düşüncelere baskın gelecek durumda olduklarını ileri sürmektedir.

Donnelly'ye (1995) göre hak sözcüğünün etik açıdan ve siyasal olarak iki temel anlamı bulunmaktadır. Bunlar, “doğruluk” ve “yetki”dir. Birinci anlamıyla, bir şeyin doğru (haklı) olduğu, doğru (haklı) olan bir eylem anlatılmakta iken, diğer anlamıyla bir kimsenin bir hakka sahip olması, hakkın o kişiye bağlanması ifade edilmektedir. Hak sahibi olmak, bir şeyi yapmaya yetkili olmak ya da bir şeyi talep edebilmek demektir. Hak, sahibine bir şeyi yapabilme yetkisi verirken, başkalarına da bu yetkinin kullanılmasına engel olmama, saygı gösterme yükümlülüğü getirmektedir. Donnelly (1995) hak kavramının doğruluk ve yetki olan iki anlamının bulunduğunu belirterek hakkı oldukça kapsamlı bir şekilde tanımlamıştır. Ayrıca hak, tek başına hak sahibini ilgilendiren bir unsur olmayıp, başkalarına da haktan doğan yetkinin kullanılmasına engel olmama, hatta kolaylaştırma, saygı gösterme görevi vermektedir.

3.1.5. Hakların Kaynağı

Hak kavramının çok sayıda anlamı olmasına rağmen, bu anlamlardan çoğunu kapsayan Donnelly'nin tanımına göre, doğruluk ve yetki olan iki anlamının bulunduğunu yukarıda belirtilmiştik. Ancak kişiyi hak sahibi kılan bu yetkinin kaynağı nedir? Haklar nereden doğar? gibi sorular karşısında genel olarak hakların kaynağı sözleşme, hukuk, ahlaki ilkeler veya inanç sistemleri olabileceği dile getirilmektedir(Donnelly, 1995).

Akdi haklar özel anlaşmalardan (sözleşmeden), hukuksal haklar hukuktan (yasalardan), ahlaki haklar ise doğruluk (haklılık) düşüncesinden doğmaktadır (Donnelly, 1995). Dinsel inanç sistemleri ve kutsal kitaplar da kendi alanlarındaki haklara kaynaklık etmektedir. Ancak bir hak için mutlak anlamda tek bir kaynak olmayabilir ve birden fazla kaynak tek bir hakkı besleyebilir. Örneğin sözleşmeden doğan bir hakkın, yasal ve ahlaki olarak da geçerliliğinin bulunması gibi, bir hak, birden fazla kaynaktan köken alabilir.

Bir kimsenin sahip olduğu hakların kaynağı “sözleşme” olabilir. İki kişi arasında yapılan sözleşmeyle, bir taraf bazı haklar elde etmiş, diğer taraf da bazı yükümlölükler üstlenmiş olabilir. Örneğin kira sözleşmesiyle kiracı, belirli bir ücret ödeme yükümlölüğü karşılığında evde oturma hakkı elde etmektedir(Uygun, 2000).

Hukuk kuralları da kişiyi hak sahibi yapabilir. Anayasa, yasa ya da yönetmelik gibi hukuk kuralları, kişilere yetki tanıyabilir veya onların bazı taleplerini meşrulaştırabilir. Belirli bir yaşa gelmiş herkesin oy kullanma hakkının anayasa ile güvence altına alınması gibi hakkın kaynağı hukuk kuralları olabilir(Donnelly,1995). Hart’a göre, yasal bir hak, bazı yasal kuralların özel bir duruma uygulanmasıyla ortaya çıkmaktadır. Dworkin ise, yasal hakların, kurallar değil, ilkeler üzerine kurulduğunu belirtmiş ve yasal kuralların yeterli olmadığı zor davalarda son karar için, yasal ilkelere başvurulduğunu öne sürmüştür(Wellman, 1995).

Hukuk düzeninin belirli bir kişi için tanıdığı hak başka bir kişi için “hukuki yükümlölük”, “borç” veya “ödev” doğurmaktadır. Alacaklıya alacağını isteme hakkı tanıyan hukuk kuralı, aynı zamanda borçlu için de bir hukuki yükümlölük veya ödev yaratmış olmaktadır. Yasal haklar aynı zamanda hukuk gücüyle de desteklenen haklardır(Uygun, 2000).

Bir başka kaynak, bir talebin “doğruluğu/haklılığı” düşüncesidir. Bu durumda talebin ahlaki geçerliliği söz konusudur. Yetişkin ve yeterliliği olan herkesin kendisiyle ilgili temel kararları kendisinin almasının etik bir ilke olarak kabul edilmesi, çoğu insan için doğruluğu tartışılmayacak bir gerçektir. Ahlaki haklar, etik ilkelerden doğar ve bir takım yaptırımlarla da desteklenir (Donnelly, 1995; Uygun, 2000). Ancak genel olarak ahlaki hakların temelleri konusunda da tam bir görüş birliği bulunmamaktadır(Wellman, 1995).

Sözleşmeye, hukuka ya da ahlakilik düşüncesine dayanan hak kavramı, bir tutum ya da davranışın doğruluğuna ve başkaları tarafından saygı gösterilmesi gerekliliğine işaret etmektedir (Donnelly, 1995).

Shue (1996a) hakkı tek başına, soyut ve karşılıksız bir şey değil, yiyecek gibi özgürlük gibi, başka bir şeyden yararlanma, bir kazanım elde etme durumu olarak ifade etmektedir. Shue (1996a) “*hak, bir hakka sahip olma hakkı değildir*” diyerek hakkın, sadece kuramsal düzeyde bir şeylere sahip olma görünümünün ötesinde, somut olarak bir “öz”den yararlanma olduğunu açıklamaktadır.

Ahlaki bir hak, bir özden yararlanmanın, genel tehditlere karşı toplumca güvence altına alınması haklı isteminin, ussal temelini oluşturmaktadır. Eğer bir insanın belli bir hakkı varsa, o hakkın özünden yararlanabilmesinin toplumca güvence altına alınmasını istemesini, haklı gösterecek geçerli nedenleri vardır. İşte bu nedenle ilgili güvencelerin sağlanması gerekir(Shue, 1996b). Toplumca güvence altına alınması bir hakkın belki de en önemli unsurudur, böylece söz konusu hakkın karşılığı olan ödevler de toplumca kabul edilmiş olur. Hak, kişinin bir hakkın özüne sahip olabilmesi için, başka insanlardan bir takım düzenlemeler yapmasını istemeyi de gerekli kılmaktadır. Ancak temel sorun bu düzenlemeleri kimin yapacağı konusudur. Hükümet mi yoksa hükümet dışı oluşumlar mı? Yerel mi olmalı, ulusal mı, uluslararası mı? Ortaklar olmalı mı olmamalı mı? Hak, temelde başkalarına yöneltilen bir istemdir, ama bu durumda başkaları kim olmalıdır? Hakların karşılanması bağlamında esas sorun, bu istemin kime yönelik olacağıdır, bunu kesin olarak belirlemek her zaman kolay olmamaktadır.

3.1.6. Hakların Sınıflandırılması

Hakları sınıflandırabilmek için çok sayıdaki hakların söylemlerini ayrıştırarak, genel niteliklerine göre analiz etmek gerekir. Bunun içinde hakların içyapısına, yani şekline ve hakkı kullananlar için de ne ifade ettiğine yani işlevlerine bakmak gerekir.

Genel olarak haklar iki temel gruba ayrılarak incelenmektedir. Bunlar;

1. Kurumsal Haklar
2. Ahlaki Haklar

Kurumsal haklar, bazı kurum veya sosyal topluluklar tarafından belirlenirken, ahlaki haklar, insanın düşünce ve davranışlarının bağımsızlığı ahlaki temeline dayanan haklardır. Kurumsal hakların en önemli türü, yasal haklardır. Yasal haklar, bazı yasal sistemlerin kuralları ve ilkeleriyle belirlenen haklardır. Ahlaki hakların ana türü ise, insan haklarıdır. İnsan hakları, toplumsal kurumlar tarafından tanınmış veya tanınmasın, sırf insan olma erdemiyle sahip olunan haklardır(Wenar, 2005).

3.1.6.1 Hohfeldian Hak Sınıflaması

Ahlak felsefecisi Wesley Newcomb Hohfeld (1879 - 1918) hakları işlevlerine göre dört grupta incelemiştir. Bunlara “Hohfeldian Unsurları” da denmektedir. Bunlar;

- Ayrıcalık (veya özgürlük) hakları
- İddia hakları
- Güç elde etme hakları
- Dokunulmazlık hakları

Özgürlük hakları olarak da ifade edilen bu grup haklar sahibine bir “üstünlük” sağlamaktadır ve bu anlamda hak, bir tür “ayrıcalık”tır(Wellman, 1995). Örneğin tiyatrodaki boş koltuklardan birine oturma hakkı, sakal uzatma hakkı gibi ayrıcalıklar ifade edilmektedir. Ayrıcalık hakları, sahip olanların onları “yapmama” konusunda bir zorunlulukları veya görevleri olmadığı alanları vurgulamaktadır. Bu haklar bir önerme ile açıklanabilir: “A, (X) yapma ayrıcalığına, ancak (X)’i yapmama konusunda bir görevi, zorunluluğu yok ise sahiptir.”(Wenar, 2005). Bu grup haklarda en önemli nokta, bu hakların kullanımında bir engellenmenin olmamasıdır.

İddia haklarının merkezinde bir “talep” olan hak anlayışı vardır. Bu talep başkaları için bir yükümlülük veya görev doğurmaktadır(Wellman, 1995). Örneğin bir işçinin işverenden ücretinin ödenmesi talebi, işverenin ücret ödeme konusunda görevine işaret etmektedir. Bu hakları açıklayabilecek önerme: “A’nın, B’den (X)’i yapması ile ilgili talebi, B’nin (X)’i yapmakla ilgili bir görevi var ise söz konusudur.” şeklinde biçimlendirilebilir(Wenar, 2005).

Ayrıcalık ve talepleri, insanların yapmaları veya kaçınmaları gereken belli davranışları belirleyen kurallar olarak gören Hohfeld'e göre, güç elde etme hakkı, bu kuralların nasıl korunacağı, değiştirileceği veya feshedilebileceğini ifade etmektedir. Önerme olarak: "A ancak ve ancak, belirli ilkeler içinde kendisinin veya bir başkasının kurallarını değiştirme hakkına sahipse, bir güç sahibidir." Örneğin bir gemi kaptanının, güverteyi temizlemek için gemi subayına emir verme güç-hakkına sahip olması gibi, başkalarının yetkisini, değiştirme yetkisine sahip olmak şeklinde anlaşılmalıdır(Wenar, 2005).

Dokunulmazlık hakları, güç elde etme haklarının karşısı durumundadır ve güç elde etme hakkının olmaması, dokunulmazlığı doğurmaktadır. Bu durumu önerme ile açıklayabiliriz: "A, B'nin kuralları ve konumunu değiştirme yeteneğine sahipse, A güç sahibidir. Eğer A, B'nin kural ve konumunu değiştirme yeteneğine sahip değilse B'nin dokunulmazlığı vardır." Örneğin, kamu görevlilerinin iktidar değişikliği olsa bile, işten çıkarılmama hakkının olması gibi, hak sahibinin normal konumunun değiştirilmesi gücünün karşı tarafta olmamasına karşılık gelir(Wenar, 2005).

Ayrıcalık, iddia, güç elde etme ve dokunulmazlık hakları her biri izole olarak gerçekleştiğinde ayrı birer hak olmaktadır. Ancak bu haklar birbirleriyle uygun bir şekilde bütünleşerek diğer pek çok hakkı da oluşturmaktadırlar. Wellman (1995), bu durumu "molekül" benzetmesi ile açıklamış ve bir molekülün elektronlarla çevrili bir çekirdeğe sahip olması gibi, her hakkın da ilgili elemanlarla çevrili bir "öz"e sahip olduğunu öne sürmüştür.

Haklar konusunda "aktif" ve "pasif" haklar sınıflandırılması da yapılmaktadır. Ancak aktif ve pasif haklar ayrımı aynı zamanda Hohfeld unsurları ile de örtüşmektedir. Ayrıcalık ve güç elde etme, hak sahiplerinin kullandığı "aktif haklar" iken, iddia ve dokunulmazlık sahiplerinin yararlandığı "pasif haklar" olarak tanımlanmaktadır. Bu hakları önermeler ile açıklayabiliriz. Aktif haklar: "A, (X)'i yapma hakkına sahiptir."önermesi ile betimlenirken, pasif haklar: "A, B'nin (X)'i yapma hakkına ya da A, B'nin (X) hakkına sahiptir." şeklinde açıklanabilir. Aktif

haklar daha fazla uygulamaya dönük haklar olarak ortaya çıkmıştır, pasif haklar ise, potansiyel nitelikteki haklardır(Wenar, 2005).

3.1.6.2. Negatif ve Pozitif Haklar

Hakların, sorumluluklarla arasındaki ilişkiden doğan bir başka sınıflandırılma yapılmaktadır. Bunlar pozitif haklar ve negatif haklardır. Kendimize ve başkalarına karşı temel ahlaki sorumluluğumuzun ne olduğunun belirlenmesi, bu tanım açısından önemlidir. Bazıları temel sorumluluğun “iyilik yapmak” gibi olumlu bir yaklaşımı savunurken, diğerleri “zarar vermemek” veya “başkalarına karışmamak” gibi olumsuz bir ilkeyi öne çıkarırlar. Bu fark negatif ve pozitif haklar ayrımını ortaya çıkarmıştır(Cooney, 1998; Annas, 2004).

Negatif ve pozitif haklar ayrımı, aslında hak sahibini değil “başkaları”nı referans alarak hakkı tanımlamaktadır. Yani başkalarının hak sahibi karşısında “eylemsizliği” negatif hakkı doğururken, bir “eylemde bulunması” pozitif hakkı ortaya çıkarmaktadır. Negatif hakkın merkezinde olan kavram “engellenmeme” iken, pozitif hakkın merkezi kavramı “yararlanma”dır. Örneğin bir saldırıya uğramama hakkı, klasik bir negatif hak iken, refah hakkı tipik bir pozitif bir haktır.

Negatif haklar kuramı, temel etik ilkenin “dokunmamak” olduğunu ileri sürmekte ve “bir bireyin temel görevi diğerlerinin çıkarlarına zarar vermekten kaçınmaktır” anlayışını savunmaktadır(Annas, 2004). Bu görüş “devletin temel görevi özgürlüğümüze karşı çıkışları önlemektir” diyen liberal düşünürler tarafından güçlü bir biçimde benimsenmiştir. Negatif haklar yandaşları, örneğin çalışma hakkından bahsederken, ayrımcılık olmaksızın iş arama hakkını dile getirmektedir. Ancak, iş arama başarısızlıkla sonuçlanınca, olumlu istihdam programları gibi, bireye yardım edebilecek herhangi bir olumlu sorumluluğun var olmasını kabul etmemekte, hatta şiddetle karşı çıkmaktadırlar(Cooney, 1998).

Negatif haklar savunucularına göre tüm insan davranışlarının arkasındaki temel motivasyon “kişisel çıkardır”. Karışmama ilkesi de, toplum içindeki tüm

bireyler için kişisel çıkar iklimini sürdürmeye en uygun yoldur. Tipik olarak desteklediği politika teorisi “laissez-faire, laissez passer (bırakınız yapsınlar, bırakınız etsinler)” anlayışıdır. Müdahale etmeyen devlet yapısını “en az yöneten devlet, en iyi yönetendir” diyerek haklara müdahale tehlikesinin en az olduğu yönetim şeklini savunurlar(Cooney, 1998). Devletin, bireyleri zorlamaması ve yetkilerinin en aza indirilmesi gerektiğini öne sürmektedirler.

Öte yandan pozitif hakları gündeme getiren düşünürler, temel ahlaki sorumluluğun “olumlu yükümlülükler” içerdiğini iddia etmişlerdir(Annas, 2004). Örneğin, çalışma hakkı düşünüldüğünde, ayrımcılık ve tüm haksız engellemelerden kaçınmadan daha fazlası düşünülmelidir. Denkleştirici adalet anlayışı ile desteklenen olumlu istihdam programları gibi, toplumsal adaleti sağlayacak uygulamalar yaşama geçirilmelidir(Cooney, 1998). Özellikle sağlık, eğitim, sosyal güvenlik, çevre, konut, ulaşım, iş ve istihdam gibi alanlara devletin müdahale etmesi ve kaynak ayırmasını savunmaktadırlar. Bu devlet kurgusu, sosyal devlet olarak adlandırılmaktadır. Pozitif haklar savunucuları, insanların sadece bireysel çıkarlarını düşünmediğini, dayanışma, fedakarlık ve merhamet gibi özellikleri de olan sosyal varlıklar olduğunu öne sürerler (Cooney, 1998). Negatif ve pozitif hakların herhangi bir mutlak yorumu çeşitli güçlüklerle karşılaşır. Tüm hakların negatif olduğunu söylemek açık bir uyuşmazlığa götürür. Mutlak pozitif haklar görüşünün de uygulamada bazı çözümsüzlüklere götürebileceği ileri sürülmektedir. Ancak temelde, negatif hakların temsil ettiği “özgürlük” ile pozitif hakların temsil ettiği “eşitlik” arasında bir “gerilim” vardır (Cooney 1998; Uygun, 2000).

Haklar konusundaki sınıflama, hakların hukuki nitelikleri esas alınarak yapılmıştır. Annas (2004) hak kavramını, bir istemin ileri sürebilmesi olarak tanımlayarak üç tip hak olduğunu belirtmektedir. Bunlar:

- Yasal haklar
- Olası yasal haklar
- İnsan hakları

Yasal haklar mahkemelerce tanınan ve hukuken açık olarak ifade edilen haklardır. Olası yasal haklar, talep edildiğinde hukuk tarafından güçlü bir olasılıkla tanınabilecek haklardır. İnsan hakları ise, aslında insanın değerinin korunması için yaşamsal olmasına rağmen, henüz sadece bir bölümünün yasal haklar statüsünde bulunduğu haklardır(Annas, 2004).

3.1.7. Hakların İşlevleri

Hakların işlevlerinin temellendirilmesi konusunda iki temel kuram bulunmaktadır. Bunlar, irade kuramı ve yarar kuramıdır(Wenar, 2005).

İrade kuramcıları, bir hakkın, ona sahip olanı küçük çaplı bir “hükümdar” yaptığını belirtmektedir. Başka bir anlatımla, bir hak sahibine bir başkasının eylemleri üzerinde güç sağlar, denetleme yetkisi verir. Örneğin bir kişinin bahçenize girmesine izin vererek, istediğiniz kişiyi bahçenize alma hakkını kullanmış olursunuz. İrade kuramcıları hakların sahiplerine, başkalarının belirli kurallar içinde davranmalarını denetleme yetkisi verdiğini ileri sürmektedirler(Wenar, 2005).

Yarar kuramcıları ise bir hakkın asıl işlevinin, hak sahibinin yararlarını daha da arttırmak olduğunu iddia etmektedirler. Bu görüşe göre, hak sahibi o hakkın değişik seçeneklerine sahip olduğu için değil, hak sahibini daha iyi konuma getireceği için o hakka sahiptir(Wenar, 2005).

Hakların işlevleriyle ilgili irade ve yarar temelli kuramlar arasındaki tartışma yüzyıllar boyunca sürüp gitmiştir. İrade kuramcılarının en önde gelen düşünürü Immanuel Kant iken, yarar kuramcılarının önde gelen düşünürü Jeremy Bentham olmuştur.

İrade kuramına göre, haklar ile normatif kontrol arasında güçlü bir ilişki vardır. Bir hak sahibi olmak, başkalarının ne yapıp yapmayacağına karar verme yetisine sahip olmaktır, böylece belli olaylar üzerinde otoritenin etkili olması sağlanır. Ancak bu teorinin birçok hakkı açıklayamadığı iddia edilmektedir. İrade

teorisinde vazgeçilemez ya da üzerinde hak sahibinin hiçbir gücü olmayan bir hak yoktur. Gerçekte sahip olunan birçok hak aslında vazgeçilemez haklardır. Örneğin; köle yapılmamak hakkı gibi. İrade kuramcıları tüm hakların bir hükümlanlık verdiğini kabul ettiklerinden, bu hükümlanlığı kullanamayanlara hak teslim etmemektedirler. Bu kurama göre “kısıtlı” veya “yetersiz” olanların örneğin çocuklar, hayvanlar veya bilinci kapalı erişkinlerin hak sahibi olmaları olanaksız görünmektedir. Ancak bu grupların örneğin eziyet ve kötü muamele görmeme gibi bazı haklarının varlığı da kabul edilmektedir(Wenar, 2005).

Yarar kuramı hem vazgeçilmez hakları, hem de yetersizlerin haklarını kabul etmektedir. Bu görüşe göre, hakka sahip olmakla, daha iyi durumda olmak arasında güçlü bir mantıksal bağ vardır(Wenar, 2005).

3.1.8. Hakkın Öğeleri ve İşleyişi

Donnelly (1995) hakları, “özel bir gücün taleplerine temel olan isimler” olarak nitelirmektedir. Bir (A) hakkına sahip olmak; (A)’ya sahip olmaya ve ondan yararlanmaya, özel olarak yetkili olmak demektir. Hak, hak sahibi ile ödevli arasındaki ilişkiyi belirlemektedir (Donnelly, 1995). Bu durumda bir hak ilişkisinde en az üç öge bulunmalıdır: “hak sahibi”, “hak nesnesi” ve “ödevli” dir. Hak sahibi olmak, kişiye aynı zamanda hak ilişkisinin doğrudan denetimini de vermektedir.

Hak sahibi, genel olarak belli bir hakkın kendisine bağlandığı varlık demektir. Bu bağıllık hak sahibinin, o hakkı kendi adına ve kendi yararına kullanabilmesi için belirlenir. Hukuksal anlamda hak sahibi, hukuk düzenine göre irade sahibi olan ve bu düzenin içinde hakkı tanınan ve korunan varlıktır. İnsan hakları kavramı ve öğretisinin ana eksenini ve amacı olan “insan”, hak sahibi olan kişidir. Çağdaş hukukta sahipsiz hak düşüncesine yer verilmemiştir, her hakkın mutlaka bir sahibi bulunmaktadır. Hak sahibi olabilen varlıklar, insanlar ve tüzel kişilerdir. Her insan bir gerçek kişidir ve bu niteliği ile hak sahibi olabilen varlıktır. Hak sahibi olabilme açısından insanlar arasında hukuksal yönden bir fark bulunmamaktadır(Elçioğlu ve Erdemir, 2003).

Hakların bağlandığı varlıklarla ilgili tartışmalı konular da bulunmaktadır. Tartışmalar hak sahibi olabilmek için gereken nitelikler üzerinde yoğunlaşmaktadır. Embriyo hakları, hayvan hakları, gelecek nesillerin hakları gibi konular bu bağlamda tartışılmaktadır.

Haktan söz edebilmek için, hak sahibine ilişkin ortada bir çıkarın/yararın bulunması gerekir. Bu yararın ya da çıkarın geçerli/meşru olması, toplum tarafından veya olanaklı ise hukuk düzenince korunması gereklidir. “Hak” kavramı ile “yetki” arasında yakın bir bağlılık bulunmaktadır. Her hak “hak sahibi” tarafından kullanılmayabilir, “hak” ancak “hak sahibi” tarafından kullanıldığı zaman “ödev” ya da “yükümlülük” doğurmaktadır. (Donnelly, 1995)

Hakları anlayabilmek için hakların nasıl işlediğinin ortaya konması gerekmektedir. Çünkü haklar, hak sahibinin merkezde yer aldığı, kurallara dayalı bir ilişkiler veya etkileşimler alanı yaratmaktadır. Bir hak sahibi hakkını kullanır, onu ister/iddia eder ve böylece onu harekete geçirmiş olur. Bu durum ödevlinin bu hakkın gereğini yapması konusunda yükümlülüğünü ortaya çıkarır. Eğer yükümlülüğünü yerine getirirse hak-sahibi bu haktan yararlanacaktır(Donnelly, 1995). Böylece süreç tamamlanmış olmaktadır. Normalde bu süreç doğal seyrinde ve adeta sessiz bir şekilde tamamlandığında, hak sahibi hiçbir engelle karşılaşmadan amacına ulaşmış olacaktır. Ancak bu yararlanım tehlike altında veya yok sayılıyorsa kişi hak arama talebinde bulunacaktır.

Donnelly’ye (1995) göre bir hakkın gerçek değeri, hakkın konusundan yararlanmanın tehlikede olması veya yok sayılması durumunda, kişiye hak taleplerini ileri sürme özel yetkisini vermesinde yatmaktadır. Bir hakkın sahibi olma, kişinin hakkının konusuna “sahip olmadığı” –yani haktan doğrudan doğruya veya nesnel olarak yararlanması kabul edilmediği- zaman değer kazanır” diyen Donnelly (1995) bu durumu “hakkın sahiplik paradoksu” olarak tanımlamaktadır. Sahiplik paradoksu, aynı anda hem “sahip olma”, hem de “sahip olmama” durumudur, yani kişinin “sahip olmadığı, erişemediği” zaman, daha fazla önemli olan “sahip olma” durumudur (Donnelly, 1995).

3.1.9. Hakların Kullanılmasında Ahlaki Sorumluluk

Her hak sahibine bir yarar sağlamaktadır. Kişi bu yararını başkalarının çıkarının aleyhine daha da genişletmek isteyebilir. Hakların kullanılmasında ve yükümlülüklerin yerine getirilmesinde dürüstlük kuralı tüm hukuk sistemlerinin ortak niteliklerinden biri olmuştur. Dürüstlük kuralı, hakkını kullanan kişinin genel ahlak, sadakat ve doğruluk kurallarına göre hareket etmesini açıklamaktadır(Elçioğlu ve Erdemir, 2003). Hakkını kullanan ya da yükümlülüğünü yerine getiren kişiden, dürüst, mantıklı, davranışlarının sonucunu bilen, toplumdaki “ortalama insanlar”ın davranışı beklenmektedir(Donnelly, 1995).

Genel olarak dürüstlük kuralına uyulmadığı zaman hakların kötüye kullanımı söz konusu olabilir. Bir hakkın kötüye kullanılması, hakkın kullanımı sırasında başkalarının haklarına zarar verilmesi veya bir zarara yol açılmasıdır. Hak sahibi hakkını kullanırken, hak alanını başkalarının aleyhine genişletmekte ve sahip olduğunun ötesine geçmektedir.

Genel olarak hukuk sistemleri bir hakkın kötüye kullanımına izin vermemektedir. Ancak hukukta bireyci akıma göre, hukukta hakkın kötüye kullanılması kavramının yeri olmamalıdır. Kişiler, yasalar tarafından kendilerine tanınan hakları istedikleri gibi kullanmakta serbesttirler. Ayrıca kendi hakkını kullanan kişi başkasına zarar vermiş sayılamaz. Ancak sosyal düşünceye dayanan akım ise, hukukun sosyal bir işlevi bulunduğunu öne sürerek herkesin hakkını kullanırken bu hakkın, hukuk tarafından tanınmış bulunan sosyal amacının dışına çıkmaması ve başka birine zarar vermemesi gerektiğini, belirtmektedir(Elçioğlu ve Erdemir, 2003). Toplumsal yaşamda da bir hakkın uygunsuz kullanımı veya hakkı kullanırken başkasının hakkını ihlal etmesi durumu hoş görü ile karşılanmamaktadır.

Bu bölüme kadar genel olarak hak kavramı ele alınmış ve değişik unsurlarıyla irdelenmiştir. Bu bölümde konumuz bağlamında olan hak gruplarından insan hakları incelenecektir.

3.2. İnsan Hakları

3.2.1. İnsan Haklarının Tanımı ve Özellikleri

İnsan hakları, hakların özel bir grubudur. Bir kişinin yalnızca insan olduğu için sahip bulunduğu haklardır. İnsan hakları en üstün ahlaki haklardır. Bununla birlikte insan hakları normal olarak, “daha alt düzeydeki” haklarla veya bu hakları yerleştirme mücadelesiyle de yakından ilgilidir(Donnelly, 1995). İnsan haklarının topluma ve devlete karşı ahlaki öncelik ve üstünlüğü vardır(Dworkin, 1977). Bu bağlamda, toplumun genel çıkarlarının korunması, çoğunluğun yararının gözetilmesi ya da genel refahın sağlanması gibi kamusal gücün kullanımına yön veren ilkelere üstündür. Bu özelliği nedeniyle, bir devlet düzeninin, bir rejimin değerlendirilmesinde, insan hakları karşısında takınılan tavır, belirleyici rol oynamaktadır. İnsan haklarına gösterilen saygı, yönetimlerin meşruluğunun temel ölçütlerinden biri kabul edilmektedir. Bu haklara saygı göstermeyen bir yönetim, insanın değerini, dolayısıyla kişinin insan olma niteliğini reddetmiş sayılır. Bunun toplumun genel çıkarları ya da bir başka ilke adına yapılmış olması o yönetime ahlaki geçerlilik kazandırmaz(Donnelly, 1995).

İnsan hakları yürürlükteki hukuktan bağımsızdır. Anayasa ya da yasalarla güvenceye bağlanmamış, hatta hukuk kurallarınca yasaklanmış bazı tutum ve davranışlar bile insan haklarının kapsamı içinde yer alabilir. Çünkü insanlar, bu haklara devlet verdiği için değil, insan oldukları için doğuştan sahiptir(Uygun, 2000).

İnsan hakları talebinde bulunmanın amacı nedir? İnsan hakları taleplerinin ya da daha genel olarak insan hakları mücadelesinin amacı, hakların hukuksal güvenceye kavuşturulmasıdır. İnsan hakları talepleri hangi ülkede ortaya çıkarsa çıksın, mevcut kurum, kural ya da uygulamalara karşı çıkma, onları değiştirme taleplerini içinde barındırmaktadır. Bu yönüyle insan hakları taleplerinin niteliği “siyasal”dır(Donnelly, 1995).

3.2.2. İnsan Haklarının Kaynağı

İnsan haklarının kökeni, kaynağı nedir? Hukuki hakların kaynağı "hukuk"tur, Sözleşmesel (akdi) hakların kaynağı ise "sözleşme" olarak kabul edilmektedir(Donnelly, 1995). Benzer şekilde, yalnızca kavrama bakarak, insan haklarının kaynağının da “insan” olduğu öne sürülebilir. Ancak, bu saptama soruyu tam olarak yanıtlamamaktadır. İnsan olmak, bir kimseye neden bir takım haklar kazandırmaktadır?

Konuyu, tarihsel bir bakış açısıyla ele almak daha açıklayıcı olabilir. İnsan hakları en üstün ahlaki talepler olarak nitelendirilerek, devlet dahil herkesin bu haklara saygı göstermesi gerektiği ileri sürüldüğünde, bu görüşün çok güçlü bir şekilde temellendirilmesi gerekmektedir. Böyle bir çaba, ilk kez 17. ve 18. yüzyıllar Avrupası'nda ortaya konulmuştur. Kilit kavram olarak da “doğal hukuk” anlayışı ileri sürülmüştür(Uygun, 2000).

İnsanlar tarafından oluşturulan hukuktan ayrı ve ondan daha üstün bir doğal hukuk düşüncesinin izleri, Eski Yunan uygarlığına kadar gitmektedir. Doğal hukuk ilkelerinin evrensel ve üstün olduğu, böylece de herkes tarafından uyulması gereken ilkeler olduğu görüşü ileri sürülmüştür. Bu görüşe ilk çağlardan bu yana iktidarın sınırlanması ve kötüye kullanımının önlenmesi amacıyla başvurulmuştur. Doğal hukuk anlayışının en temel ögesi de iktidarın bile karışmayacağı “doğal haklar” kavramıdır. Bu görüşün sistemli bir şekilde tarih sahnesine çıkması Thomas Hobbes, John Locke, Jean Jacques Rousseau gibi 17.-18. yüzyıl düşünürlerinin etkisiyle olmuştur(Magee, 2000).

Doğal haklar kuramına göre, insanlar, eşitlik ve özgürlüğün geçerli olduğu doğal yaşama döneminden (tabiat halinden), kendi aralarında anlaşarak, bir sözleşmeyle çıkıp toplumu ve devleti kurmuşlardır. İnsanlar toplum haline geçerken, yalnızca toplumun kurulması ve yaşaması için gereken bir bölüm haklarından vazgeçmişler, diğer en önemli özgürlüklerini devretmeyip kendilerinde saklı tutmuşlardır. Devredilmeyen bu özgürlükler, devletin dokunamayacağı bir alanı

oluşturmaktadır. Böylece devlet, kendisinin yaratmadığı ve kendisinden önce varolan doğal haklarla bağlı bulunmaktadır(Magee, 2000).

Bu görüşler çerçevesinde temellendirilen doğal haklar görüşünün dört önemli özelliği vardır:

1) Doğal haklar, doğuştan sahip olunan, devredilmez ve vazgeçilmez nitelikte haklardır. Doğal haklar, insanı insan yapan öğelerdir; onları reddetmek kişinin insan olma niteliğini reddetmektir.

2) Doğal haklar, toplumdan ve devletten önce vardır; toplumsal ya da siyasal düzenlemenin eseri değildir. Tam tersine, doğal haklar toplumsal-siyasal yapıya meşruluk kazandırır.

3) Doğal haklar mutlaktır; hiçbir düşünceyle geçersiz kılınamaz, uygulanmaları engellenemez.

4) Doğal haklar evrenseldir. Zaman ve mekana bağlı olmaksızın bütün insanlar doğal haklara sahiptir(Magee, 2000)

Doğal hakların içeriğinde neler vardır? Doğal haklar nasıl saptanacaktır? Bu konuda başvurulacak kaynak insan aklı olacaktır; “ortak akıl”. Bunlar akıl yoluyla bulunup, açıklanacak ve uygulanması istenecektir. 1789 Fransız Devrimi sırasında ilan edilen “İnsan ve Yurttaş Hakları Bildirgesi”nde doğal haklar: “özgürlük, mülkiyet, güvenlik ve baskıya karşı direnme” olarak dört adet sayılmıştır(Önder, 2003).

Doğal haklar anlayışı özellikle mutlakiyetçi, baskıcı yönetimlere karşı, özgürlüklerin güvence altına alınması anlamında önemli başarılar kaydetmiştir. Ancak bu olumlu sonuçlarına rağmen, doğal haklar görüşü gerçekçi olmaktan uzaktır. Özellikle hakların kaynağının toplum ve devlet öncesi döneme kadar uzatılması iddiasının bilimsel bir temeli bulunmamaktadır(Uygun, 2000).

Doğal haklar görüşünün dayandığı iki temel varsayım; insanların doğada tek başlarına yaşadığı ve bu dönemden bir sözleşme yaparak çıktıklarına ilişkin görüş tarih, antropoloji, sosyoloji gibi alanların bulgularıyla örtüşmemektedir. Çünkü bu disiplinler, insanların her zaman toplu halde yaşadıklarını ve iktidarın da sözleşmeyle değil, güç ilişkileri çerçevesinde oluştuğunu söylemektedir. Bu durum insan hakları

kavramının temellendirilmesini güçleştirmektedir. İnsan haklarının gerçekçi bir şekilde temellendirilmesi arayışının geldiği noktada, özellikle Fransız Devrimi'nden sonra başlayan yeni anlayışa göre, insan haklarının kaynağının “insan doğası”dır(Önder, 2003).

İnsan doğası, insan gereksinimleriyle tanımlanmakta ve insan haklarının temel işlevinin insan gereksinimlerini karşılamak olduğu öne sürülmektedir. Ancak temel insani gereksinimlerin ne olduğu konusunda görüşler farklılaşmaktadır(Galtung, 1999). Temel insani gereksinimlerin bir kısmı, insanın hayatta kalması ve varlığını sürdürmesi ile ilgili olan “geçim” ve “güvenlik” gibi maddi gereksinimlerdir. Ancak bunlar hayvanlarda da olan gereksinimler olduğundan, sadece insana özgü değildir. Asıl insana özgü olan temel gereksinimler manevi olanlardır. Manevi gereksinimler insanın ahlaki bir varlık oluşu ile ilgilidir(Donnelly, 1995).

Akıl ve vicdan sahibi bir varlık olarak insan kendi yaşamına yön verir, bilinçli tercihler yapar, eylemlerinin sorumluluğunu üstlenir. Tüm bunları yapabilmesi için insanın özgür olması, engellenmemesi gerekir. İşte, insan hakları bu özgürlüğü ve olanakları sağlar: İnsanın kendine özgü doğasını gerçekleştirmek, insana yaraşır bir hayat sürdürmek için zorunlu olan koşulları belirler. İnsan hakları, kişilerin maddi ve manevi temel gereksinimlerini karşılamalarına yarayan araçlar olarak, kaynağını insanın ahlaki doğasından alır. İnsan doğasının ahlaki boyutu bulunmasaydı hak talebi ortaya çıkmayacak, hatta kavramı bile söz konusu olmayacaktı. Uluslararası insan hakları belgelerinde, bu noktaya işaret edilerek, insan haklarının kişinin özündeki onurdan kaynaklandığı belirtilmektedir. Bunun anlamı, insan haklarının sadece hayat için değil, aslında “onurlu bir hayat” için var olduğudur. Başka bir deyişle insan haklarının kaynağı, manevi gereksinimleri ortaya çıkaran insanın ahlaki doğasıdır(Donnelly, 1995; Galtung, 1999).

İnsan haklarının kaynağı temel insani gereksinimler ile açıklanmaya çalışıldığında, haklar ile gereksinimler arasında paralellik doğmaktadır. Her bir insan hakkının aynı zamanda temel bir insani gereksinimi karşıladığı da öne sürülmektedir. Genel olarak bu yaklaşımın doğru tarafları olsa da, uluslararası insan hakları

belgelerinde, haklarla gereksinimler arasındaki ilişkinin tam ve eksiksiz şekilde kurulduğu söylenemez. Haklar arasında birer karşılığı bulunmayan gereksinimler olduğu gibi, gereksinimler arasında da birer karşılığı bulunmayan haklar vardır. Ayrıca, bugün için ne gereksinimler, ne de haklar bağlamında ortaya çıkmış, ama belki de gelecekte, toplumsal ilişkilerdeki değişime bağlı olarak, gündeme gelebilecek konular vardır(Donnelly, 1995; Galtung, 1999). Sonuçta insan hakları ile temel gereksinimler arasında bire bir olmasa bile çok güçlü bir ilişki olduğu da ortaya çıkmaktadır.

İnsan, akıllı, düşünen ve vicdan sahibi bir varlık olması özelliğiyle diğer canlılardan ayrılmaktadır. Bu özelliğinin bir sonucu olarak insan, öteki canlılarda görülmeyen bazı tutum ve davranışlar içine girebilir(Kuçuradi, 1996). Örneğin; insan resim yapabilir, uzayı keşfedebilir, doğa üzerine düşünebilir, başka insanların ve kendisinin davranışlarını “iyi” ve “kötü” olarak değerlendirir. Kuçuradi’ye (1996) göre, yalnızca insana özgü olan bu tutum ve davranışlar “insanın olanakları” olarak adlandırılır. Bu olanaklar insana diğer canlılar arasında özel bir yer sağlamakta ve onu değerli kılmaktadır. İnsanın olanaklarını gerçekleştirme, toplumun uygun koşulları sağlaması ve bunun hukuk düzeni tarafından da güvence altına alınmasıyla ilgilidir. İnsan bu olanaklarını gerçekleştirebilmek ve bu sayede insanca bir yaşam sürdürebilmek için davranışları bakımından özgür olmalıdır. İnsanın olanaklarını gerçekleştirme koşulları “insan hakları” olarak düzenlenmiştir. İnsan haklarından yararlanarak, insanlar kendilerini başka canlılardan ayıran etkinlikleri gerçekleştirebilirler(Kuçuradi, 1996).

3.2.3. İnsan Haklarının Sınıflandırılması

İnsan haklarının sınıflandırılarak incelenmesi bu hakların oluşumundaki tarihsel süreci ve toplumsal dinamikleri anlamayı kolaylaştırabilir. Bu güne kadar ortaya çıkan hakları özellikle kronolojik olarak “birinci kuşak”, “ikinci kuşak” ve “üçüncü kuşak” haklar olarak gruplandırmak mümkündür.

3.2.3.1. Birinci Kuşak İnsan Hakları (Klasik Haklar)

Klasik haklar olarak da adlandırılan bu haklar, 17.-18. yüzyıl düşünürlerince dile getirilmiş, Amerikan ve Fransız Devrimleri ile büyük ölçüde uygulamaya geçirilmiştir. Klasik hakların arkasında, o dönemde ticaret yaparak zenginleşen yeni bir sınıf olan burjuvazi bulunmaktadır. İleri sürülen hak talepleri, ancak devrim niteliğinde bir toplumsal ve siyasal düzen değişikliği ile karşılanabilmiştir. Burjuvazinin elini kolunu bağlayan feodal düzen yıkılmış, kapitalizme geçiş sürecinde, eski egemen sınıf olan aristokrasi tasfiye edilmiştir(Uygun, 2000).

İlk kez, burjuvazinin kendi sınıfsal çıkarlarını savunmak için, klasik hakları ileri sürmesi biçiminde ortaya çıkmış olsa da, insan hakları kuramı, çok uzun zaman önce bu kökenden ayrılmış ve evrenselleşmiştir. John Locke birinci kuşak hakları “hayat” “özgürlük” ve “mülkiyet” olarak saymış, Amerikan Bağımsızlık Bildirgesi’nin yazarlarından Thomas Jefferson (1743-1826) buna “mutluluğu arama” hakkını eklemiş, Fransız Devrimi sırasında ilan edilen İnsan ve Yurttaş Hakları Bildirgesi “özgürlük”, “mülkiyet”, “güvenlik” ve “baskıya karşı direnme” şeklinde kısa bir liste sunmuştur (Magee, 2000). 17. ve 18. yüzyıllarda, çeşitli ülkelerde, bildirge ve anayasalarla kabul edilen haklar incelendiğinde birinci kuşak hakları “klasik haklar” adıyla ve aşağıdaki ana başlıklarda sıralanmaktadır(Uygun, 2000).

Birinci Kuşak Haklar (Klasik Haklar)

- Yaşam hakkı ve kişi dokunulmazlığı
- Kişi özgürlüğü ve kişi güvenliği
- Düşünce ve düşünceyi açıklama özgürlüğü
- İnanç ve ibadet özgürlüğü
- Konut dokunulmazlığı
- Mülkiyet hakkı
- Eşitlik hakkı
- Dernek kurma hakkı
- Toplantı ve gösteri yürüyüşü hakkı

- Çalışma özgürlüğü
- Seyahat etme özgürlüğü
- Dilekçe hakkı
- Seçme ve seçilme hakkı
- Kamu hizmetine girme hakkı
- Tarafsız bir yargıç önünde yargılanma hakkı

Birinci kuşak hakların temel özelliği, kişilere, devletin karışamayacağı özel bir alan yaratmasıdır. Bu özel alan içinde, kişiler diledikleri gibi hareket edebilirler. Klasik hakları, kişileri, devlete karşı koruyan, devlete, kişilerin özel alanına girmeme, karışmama yükümlülüğü getiren haklardır. Örneğin “düşünce özgürlüğü” devleti, düşüncelerinden ötürü kişileri kınayıp suçlamama ve düşüncelerin açıklanmasına engel olmama yükümlülüğü altına sokarken, dernek kurma hakkı, devletin kişilerin dernek kurmasına engel olmaması gerektiğini ifade etmektedir. Klasik hakları kullanabilmek bakımından kişinin gereksindiği en önemli şeyi özgür olmaktır. Devlete düşen görev ise, çoğu zaman, kişiye karışmama, pasif bir tutum takınmaktır(Uygun, 2000, Cooney, 1998). Birinci kuşak haklar negatif haklara karşılık gelmektedir ve bu görüşe göre devletin, bireyin özel yaşamına karışmama, engel olmama sorumluluğu bulunmaktadır

3.2.3.2. İkinci Kuşak İnsan Hakları (Sosyo-Ekonomik Haklar)

Klasik hakların anayasalarla güvence altına alındığı 18. ve 19. yüzyıllarda Avrupa ülkelerinde, insanların büyük çoğunluğu, yoksulluk nedeniyle bu haklardan yararlanamamıştır Oysa herkesin bu haklara doğuştan sahip olduğu kabul edilmekteydi. İnsanların yaşama hakkı vardı, ancak hasta olduklarında yoksulluk nedeniyle tedavi olamadıklarından ölmekteydiler. Konut dokunulmazlıkları vardı, ancak yaşayacak bir konutları yoktu. Aynı şekilde düşünce özgürlükleri de vardı; ama günde 16-18 saat çalışmaktan, ne düşünecek zamanları, ne de düşünmek için gerekli olan asgari eğitimleri bulunmaktaydı. Bu koşullar altında, görkemli törenlerle ilan edilen haklardan toplumda varlıklı küçük bir kesim dışında kimse yararlanamıyordu. Oysa bu haklar tüm insanlar için ilan edilmişti(Uygun, 2000).

Yaşanan deneyimlerle, insan haklarından yararlanabilmek için, insanların sadece özgür olmalarının yeterli olmadığı anlaşılmıştır. Özgür oldukları halde, yoksulluk ya da başka nedenlerle bu haklardan yararlanamayanların desteklenmesi gerekmektedir. Bu amaçla, 19. yüzyıldan başlayarak insan hakları düşüncesinde bir dizi önemli gelişmeler olmuştur. İnsan hakları, artık yalnızca bir serbesti, bir özgürlük olarak değil; aynı zamanda, devletten bir hizmet isteme yetkisi veren haklar olarak da, düşünölmeye başlanmıştır(Uygun, 2000; Önder, 2003). Yoksul kişilerin insan haklarından yararlanması için, devletin sunacağı hizmetler, artık birer hak olarak düzenlenmiş ve bunlar “sosyal haklar” başlığı altında tanımlanmıştır.

İkinci kuşak hakların büyük çoğunluğu, devlete bir hizmet sunma görevi yükleyen haklar niteliğindedir: Bu nedenle gerçekleştirilmelerinin büyük mali kaynakların kullanılmasını gerektirdiğı öne sürölmektedir. Günümüzde, aynı özelliğı birinci kuşak haklar da göstermekle birlikte, hâlâ, çoğı ölkede, ikinci kuşak haklar uygulanması ile mali olanaklar arasında güçlü bir ilişki bulunduğı kabul edilmektedir(Uygun, 2000). İkinci kuşak haklar, devlete bazı edimlerde bulunma yükümlölüğü getirmektedir. Bu nedenle pozitif haklara karşılık gelmektedir.

Birinci kuşak hakların güvence altına alınmasında burjuvazi önemli rol oynamıştı. İkinci kuşak haklar bakımından itici güç, sanayi devrimi ile ortaya çıkan işçi sınıfıdır. İkinci kuşak haklar sayesinde, yoksul ya da varıl herkes insan haklarından yararlanma olanağına kavuşmuştur. Sosyal hakların doğuşuyla, klasik haklar öneminden hiçbir şey yitirmemiş, aksine, her iki hak grubu da, insan onurunun korunması, insanca bir yaşam düzeninin güvence altına alınması bakımından zorunlu öğeler olmuştur. Belli başlı ikinci kuşak haklar şunlardır(Uygun, 2000):

İkinci Kuşak Haklar

- Çalışma hakkı
- Sendika kurma hakkı
- Grev ve toplu sözleşme hakkı
- İşyeri yönetimine katılma hakkı

- Dinlenme hakkı
- Sosyal güvenlik hakkı
- Parasız öğrenim ve eğitim görme hakkı
- Kültürel yaşama katılabilme hakkı
- Sağlık hakkı
- Beslenme hakkı
- Konut hakkı
- Anne, çocuk, sakat, yaşlı gibi korunmaya muhtaç kesimlerin korunmasıyla ilgili haklar.

İkinci kuşak haklar genel olarak toplumun geniş kesimlerinin birinci kuşak haklardan yararlanamaması üzerine ortaya çıkmıştır. Birinci kuşak hakların devlete yüklediği pasif tutuma karşılık, ikinci kuşak haklar devlete bazı görevler yüklemektedir. Ancak tek başına ne birinci kuşak ne de ikinci kuşak haklar insanın onurlu bir yaşam sürmesi için yeterlidir. Tüm hakların bir bütün olarak kabul edilmesi ve uygulanması gereklidir(Önder, 2003).

3.2.3.3. Üçüncü Kuşak Haklar (Dayanışma Hakları)

17. ve 18. yüzyılda ortaya çıkan klasik haklar "birinci kuşak", 19. ve 20. yüzyılda ortaya çıkan sosyal haklar "ikinci kuşak" haklar olarak adlandırılır. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra, daha öncekilerden farklı olarak yeni haklar ortaya çıkmıştır. Kollektif haklar veya dayanışma hakları olarak da adlandırılan bu yeni grup, "üçüncü kuşak" hakları oluşturmaktadır. Üçüncü kuşak hakların oluşum sürecinin henüz tamamlanmadığı kabul edilmektedir(Kaboğlu, 1996).

Bu hakların insan hakkı olarak nitelendirilmesinin bile tartışmalı olduğunu öne sürenler bulunmaktadır. 21. yüzyılın insan hakları kuramında, üçüncü kuşak haklarla ilgili tartışmaların önemli yer tutacağı düşünülmektedir(Uygun, 2000).

Dayanışma haklarını doğuran nedenlerin başında, bilimsel ve teknik ilerlemenin yarattığı sorunlar gelmektedir. Çevre kirliliğinin korkunç boyutlara

ulaşması, nükleer silahların tüm insanlığı yok edecek bir savaş tehlikesine yol açması, ülkeler ya da bölgeler arasında çok büyük gelişme farklarının bulunması ilk akla gelen ciddi sorunlardır. İnsanlık, bu sorunların çözümü için çeşitli arayışlar içine girmiştir. Konunun insan hakları çerçevesinde düşünülmesi, bu çözüm arayışlarından birini oluşturmaktadır(Kaboğlu, 2000). Dayanışma hakları kapsamında, bugüne kadar çeşitli haklar ileri sürülmüştür. Bunlar şöyle sıralanabilir:

Üçüncü Kuşak Haklar

- Sağlıklı bir çevre hakkı
- İnsanlığın ortak mal varlığına (kültürel miras) saygı hakkı
- Gelişme (kalkınma) hakkı
- Barış hakkı
- İletişim hakkı
- İnsani yardım hakkı
- Hasta hakları (Arda, 2000)

Üçüncü kuşak haklar, klasik ve sosyal haklardan, yani birinci ve ikinci kuşak haklardan farklı niteliktedir. Gerçekleşebilmeleri için kişilerin, kurumların ve devletin ortak çabası gerekmektedir. Örneğin, temiz ve sağlıklı bir çevrede yaşamak için çevrenin kirletilmemesi, kirletenlerin engellenmesi gerekir. Bu yalnızca devlete değil, aynı zamanda kişilere ve kurumlara da düşen bir görevdir. Devlet, kişiler ve kuruluşlar bu hakları gerçekleştirmek için el ele vermeli, dayanışma içinde olmalıdır(Kaboğlu, 2000).

İnsan haklarının hukuksal güvenceye bağlanması bakımından, birinci kuşak haklarda burjuvazi sınıfı, ikinci kuşak haklarda işçi sınıfı önemli rol oynamıştır. Üçüncü kuşak haklar ise, kişiler, gruplar ve devletler kadar, sınıflar arasında da bir dayanışmayı gerektirmektedir. Birinci kuşak haklar burjuvazi ile aristokrasi, ikinci kuşak haklar işçi sınıfı ile burjuvazi arasında bir çekişme ya da mücadeleyi yansıtır. Üçüncü kuşak haklar ise mücadele değil, dayanışmayı ifade etmektedir(Uygun, 2000, Kaboğlu, 1996).

İnsan hakları çeşitli ölçütlere göre gruplara ayrılabilirse de, bir bütünlük içinde değerlendirilmelidir. Birinci, ikinci ve üçüncü kuşak hakların tümü, insanca bir yaşam sürdürebilmek için gerekli haklardır ve hepsi birbirine bağımlıdır. Birinin yokluğu diğerlerinin kullanılmasını da olumsuz yönde etkilemektedir. Her biri, insanın temel bir gereksinimini karşılamaya yönelik, insanın doğasından kaynaklanan taleplerdir. İnsan haklarının niteliklerine ya da başka özelliklerine göre gruplara ayrılması, inceleme ve anlaşılma kolaylığı sağlamaktadır. Gerçekte, insan hakları bir bütündür ve insanca bir yaşam için gerekli asgari koşullardır.

İnsan haklarının “bütüncül olma” özelliğinden başka, diğer iki önemli özelliği de “evrensel” ve “devredilemez” oluşudur. İnsan haklarının evrensel oluşu, her yerde ve insan olan herkes için geçerli olmasıdır. Devredilemez oluşu da vazgeçilemez ve ikame edilemez olmasını ifade etmektedir(Kuçuradi, 1996).

3.2.4. İnsan Haklarının Kısa Tarihçesi

Özgürlükler konusundaki bazı düşüncelere Sümer, Hitit, Mısır, Çin ve Hint uygarlıklarında dahi rastlanmasına rağmen, insan hakları konudaki ilk düşüncelerin Antik Yunan'dan başladığı kabul edilmektedir. Antik düşüncede “insanı her şeyin ölçüsü” olarak alan Sofistlerin hümanist anlayışı insan hakları tarihinde bir başlangıç olarak değerlendirilmektedir. Antik Yunan site devletlerinde beliren görece demokrasi ortamı, çeşitli düşüncelere hoşgörüyle yaklaşabilmesi bu açıdan önemlidir. Dönemin diğer büyük uygarlığı olan Romalılar ise düşünsel yaşam alanında değil, kurdukları devlet ve hukuk sistemi ile yani uygulama alanında çok ileri gitmişlerdir. Kurdukları hukuk sistemi ve temel hukuki kavramlar, halen mevcut hukuk sistemlerinde bile etkisini sürdürmektedir. Günümüzde özel hukuk alanındaki pek çok hukuk kurumunun kökeni Roma'ya dayanmaktadır. Roma'da özgürlükle ilgili düşüncelere Stoacılar'da rastlanmaktadır. Stoacılık, insanın bağımsızlığını, yetkinliğini amaçlayan bir ahlak öğretisi olarak kabul edilmektedir (Yürük, 1998). Kıbrıslı Zenon (İ.Ö. 336 - 264) tarafından kurulan Stoa Öğretisi, doğadan gelen her şeye boyun eğilmesini ve insandan gelen her şeye karşı çıkılmasını savunmuştur. Stoacılığa göre insanlar arasındaki ayrılıklar doğaya aykırıdır. Sokrates'in “doğru

düşünmek” ilkesine dayanan Stoacılık öğretisi, Antik Yunan'da ortaya çıkan görüşleri Roma'da günün ihtiyaçlarına uyarlamış ve yüzyıllar boyu işlenerek geliştirilmiştir(Anar, 2000). Hristiyanlığın doğuşuyla, Batı, insan hakları alanında uzun sürecek bir gerileme dönemine girmiştir. Kilisenin toplum yaşamına hakim hale gelmesiyle, karanlık bir bağnazlık dönemi başlamış ve Batı'da Ortaçağ boyunca “akıl” kilisenin koyduğu dogmatik kuralların tutsağı olmuştur. Bu dönemde İslam dünyası, Antik Yunan düşünürlerinin eserlerini tercüme edip yorumlayarak antik değerleri yeniden canlandırmışlardır. Batı dünyası, özellikle 12. ve 13. yüzyılda Haçlı Seferleri sayesinde İslam Uygarlığı ile önemli bir kültürel etkileşimde bulunmuştur. Bu etkileşim Ortaçağ düşüncesinin sonunu getirmede önemli rol oynamıştır(Yürük, 1998).

İnsan haklarındaki önemli gelişmenin kökenini bilim ve sanat alanında başlayan "yeniden doğuş" (rönesans) ve "dinde yeniden yapılanma" (reform) oluşturmuştur. Bu hareketlerin sonucunda Avrupa'da insan hakları alanında önemli düşünceler ortaya çıkmıştır. Bu dönemde John Locke, Montesquieu, Jean-Jacques Rousseau gibi düşünürler insan hakları kavramının düşünsel temellerini ortaya koymuşlardır(Gökberk, 2002).

Locke toplumun kökenini, kendisinden önceki bazı filozoflar (Grotius ve Hobbes) gibi doğal yaşama ve sözleşme fikrine dayandırmıştır. *“Doğal yaşama dönemi, özgürlüğün insanlar arası eşitliğin alabildiğine hüküm sürdüğü bir çağdır. İnsanoğlu, aklından başka, kendisini yönetecek hiçbir üstün kuvvet tanımaz.”* diyerek mutlakiyet yönetimlerini ilk sarsan kişi olmuştur. Mutlakiyet yönetiminde açtığı sarsıntılar sonucunda, zamanla derin yarıklar oluşmuş ve bu düşünceler sonraki dönemde üç büyük devrimin (İngiliz, Amerikan ve Fransız) temellerini oluşturmuştur. Locke'un doğal yaşamdan toplumsal yaşama geçişi sağlayan sözleşme fikrine göre iki ayrı anlaşma bulunmaktadır. İlk anlaşma toplumu kurmak için yapılmış, ikincisi ise bir siyasal anlaşmadır. Locke siyasal anlaşmayı daha çok önemsemektedir. *“Toplumsal insan”ın, cezalandırma hakkı dışında, doğal insanın bütün haklarına sahip olduğunu ileri süren Locke: “Eğer, devlet sözleşmede belirlenen hükümlere aykırı davranırsa, sözleşme bozulmuş olur. Halk artık devlete*

itaat etmekle yükümlü olmaz ve doğal yaşam halindeyken sahip olduğu bütün hak ve hürriyetleri geri alır." diyerek, düşünce sistemiyle tutarlı olarak "direnme hakkı"nı da ortaya atmıştır(Yürük, 1998, Gökberk, 2002).

Özgürlük kuramı üzerinde duran Montesquieu'nun politika öğretisi dengeye, yani iktidarın iktidarla sınırlandırılması ilkesine dayanmaktadır. Montesquieu'ya göre *"Özgürlük ancak ılımlı yönetimlerde bulunur ve bu yönetimlerde de iktidarın kötüye kullanılmasının önlenmiş olması koşuluyla. Çünkü iktidar sahibi herkesin, bu gücü kötüye kullanmaya yatkın olduğu ve iktidarını durduracak bir sınır bulana dek ilerleyeceği de bir gerçektir."* İşte bu kötüye kullanma olasılığı, ancak iktidarın iktidarla sınırlanması ile durdurulabilir ki bunu da sağlayacak, yasama iktidarı, yürütme iktidarı ve yargı iktidarının ayrı ellerde toplanması olarak ifade ettiği "kuvvetler ayrılığı" ilkesidir(Yürük, 1998).

Rousseau da doğal yaşama dönemi varsayımını ve toplumsal sözleşmeyi savunmaktadır. Rousseau *"Her birimiz bütün varlık ve gücümüzü genel iradenin yüce yönetimi altına koyuyoruz ve her üyeyi, bütünü bölünmez parçası olarak kabul ediyoruz"* sözleriyle toplumsal sözleşmeyi tanımlamaktadır. Bu sözleşme ile "devlet" denilen "manevi ve kollektif" bir bütün oluşturulmaktadır. Ancak Rousseau'ya göre, herkesin ortak rızası sonucu oluşan "genel irade" hata yapmaz, her zaman haklıdır ve her zaman kamu yararına yönelik hareket eder(Folscheid, 2005). Rousseau'nun savunduğu genel iradenin yanılmazlığı düşüncesi, aslında tehlikeli sonuçlara götürebilecek bu yaklaşımdır. Bu anlayış, örneğin çoğunluğun iktidarının azınlığın haklarını yok sayması sonucunu doğurabilir.

İnsan hakları düşüncesinin, siyasi iktidarlara sınırlandırılması düşüncesine paralel olarak doğduğu kabul edilmektedir. Bu açıdan ilk önemli belge 1215'te İngiltere kralı ile soylular arasında yapılan Magna Carta Antlaşması olmuştur. Hristiyanlık düşüncesini de bir ölçüde sınırlayan Magna Carta Antlaşması 63 maddeden oluşmuş, kişilere adil yargılanma ve kötü muameleye karşı bazı haklar getirmiştir(Anar, 2000). Sonraki dönemlerde İngiltere'de parlamentonun yetki alanını, kralın otorite alanının aleyhine genişleten temel belgelerin kabul edilmesi

önemli olmuştur. 1628 yılında kabul edilen “Haklar Dilekçesi”, 1641 yılında parlamentonun krala yaptığı "Büyük Uyarı" kişi güvenliğini sağlayan önemli belgelerdir. 1689 yılında kabul edilen “İngiliz Hakları Bildirgesi” ile kralın mutlak otoritesi büyük ölçüde Lordlar ve Avam kamaralarının oluşturduğu parlamentoyla paylaşılmıştır(Sander, 2005a).

İngiltere'deki bu gelişmelerin etkisiyle Amerika'da "anayasacılık" alanında önemli gelişmeler olmuştur. 1776'da dünyanın ilk anayasası olan Virginia Anayasası ilan edilmiştir. Tarihsel olarak insan haklarının güvenceye alındığı ilk pozitif hukuk metni, 1776 tarihli Virginia Anayasasının başındaki Haklar Bildirisi'dir. Bu bildiride, insanların eşit olarak yaratıldığı, yaratılıştan itibaren vazgeçilmez birtakım haklara sahip oldukları ve hükümetlerin bu hakları sağlamakla yükümlü olduğu vurgulanmıştır. Bunların başlıcaları yaşam hakkı, mülkiyet hakkı, mutluluk ve güvenlik arama ile bunlara erişebilme haklarıdır. 4 Temmuz 1776 tarihli Amerikan Bağımsızlık Bildirisinde de aynı ilkeler vurgulanmıştır(Yürük, 1998; Anar, 2000).

1789 Fransız İhtilali bu alanda en büyük düşünce hareketi olmuştur. Fransız ihtilâli, 18.yüzyılın başlarından itibaren Avrupa'da gelişen aydınlanmanın, yani düşünce sisteminde aklın ön plana çıkmasının bir sonucu olmuştur. Bu tarihte ilan edilen İnsan ve Yurttaş Hakları Bildirgesi; düşünce ve vicdan özgürlüğü, yasalar önünde eşitlik, kişi güvenliği, bireysel özgürlük, siyasal ve mülkiyet hakları gibi bireysel hakları güvence altına almıştır. Temelde burjuva sınıfı önderliğinde gerçekleştirilmiş olan Fransız İhtilali, sonuçları bakımından evrensel nitelikler taşımaktadır(Anar, 2000). Zamanının toplumsal ve düşünsel yapısının etkisiyle, bu devrimin ürünü olan 1789 Bildirisi'nde de yalnızca klasik ve siyasal özgürlüklere yer verilmiştir. Ancak bu bildiride sosyo-ekonomik hak ve özgürlükleri güvenceye alan bir hüküm bulunmamaktadır(Yürük, 1998).

İngiltere'de başlayan Sanayi Devrimi'nin Avrupa'nın diğer ülkelerine de yayılmasıyla, üretim artışıyla birlikte çalışma koşulları da ağırlaşmıştır. Bu durum ağır çalışma yükü altında bulunan işçi sınıfının istemlerine dayanan tepkilerin doğmasına yol açmıştır. Yükselen işçi sınıfı hareketi birbirini tamamlayan iki

doğrultuda gelişme göstermiştir. Bunlardan ilki, doğrudan çalışma koşullarının iyileştirilmesi amacına yönelik iken, ikincisi daha çok siyasal nitelikli istemler ve bunu hedefleyen mücadeleler olmuştur. Sonuçta 1840'lı yıllarda Avrupa'da baş gösteren ekonomik, sosyal ve siyasal kriz, 1848 yılında, bir dizi devrim hareketinin doğmasına yol açmıştır. 1848 devrimleri ilk kez sosyal hukuk ve sosyal haklar anlayışını gündeme getirmiştir(Tanör, 2005). Bu devrim hareketleri sonucunda sosyal ve bazı siyasal haklar, başta Fransa olmak üzere, Almanya, İsviçre ve İtalya'nın 1848 tarihli Anayasalarında yer almıştır. Sosyal hakların gelişmesi bu tarihten sonra da sürmüş ve özellikle Birinci Dünya Savaşı'ndan sonra kabul edilen anayasalarda geniş bir şekilde düzenlenerek hukuksal güvenceye kavuşturulmuştur(Yürük, 1998). 1848 Avrupa Devrimleri ve 1871 Paris Komünü ile birlikte 1917 Bolşevik İhtilali de ekonomik ve sosyal alanda eşitlik ilkesini gündeme getirmektedir(Anar, 2000).

19. yüzyılda insan hakları kavramı, artık uluslar arası bir boyut kazanmış ve köleliğin kaldırılması, savaş hukuku ile ilgili çabalar ön plana çıkmıştır. İnsani değerlerle bağdaşmayan kölelik kurumu, insan hakları düşüncesindeki gelişmelere rağmen, uzun süre hem dinler tarafından, hem de devlet yönetimlerince normal karşılanmıştır. 1815 Viyana Kongresi ve 1885 Berlin Antlaşması (Osmanlı İmparatorluğu da imzalamıştır), köle ticaretinin yasaklanmasını öngörmektedir. 1864 tarihli Cenevre Sözleşmesi de, savaş koşullarında uyulması gereken asgari insani önlemleri içermektedir(Yürük, 1998).

İnsan haklarının uluslararası bir nitelik kazanması, esas itibarıyla, devletler arası ilişkilerin büyük bir gelişme gösterdiği 20. yüzyılda ve özellikle de, İkinci Dünya Savaşından sonra olmuştur. Birinci Dünya Savaşı'ndan sonra, insanlığın böylesine bir felakete bir daha uğramaması için alınması gereken uluslararası önlemler üzerinde durulmuş ve bu amaçla 28 Nisan 1919'da Milletler Cemiyeti (Cemiyet-i Akvam) kurulmuştur(Sander, 2005b). Ancak Milletler Cemiyeti insan hakları alanında fazla bir ilerleme sağlayamamıştır, tek önemli adımı 1926 yılında, "Köleliğe Karşı Sözleşme"nin kabul edilmesi olmuştur. 1815 tarihli Viyana Kongresi ve sonrasında yapılan uluslararası sözleşmelerle sadece köle ticareti yasaklanırken,

bu sözleşme ile kölelik statüsünün bütünüyle yasaklanması öngörülmüştür. Sonraki dönemde Avrupa’da aşırı uçların yükselmesi ve İkinci Dünya Savaşı’nın patlak vermesiyle adeta “insan haklarına ve özgürlüklerine büyük saygısızlık dönemi” ne girilmiştir. Bu dönemde yaşanan büyük felaketler ve tarihte eşi görülmemiş insan hakları ihlalleri, insan haklarının uluslararası bir korunma düzeyine kavuşturulması gerekliliğini ortaya koymuştur. Bu amaçla henüz savaş bitmeden, çok sayıda siyasal, bilimsel, dinsel dernek ve kuruluşlar, bildiri, çağrı, demeç ve yayınları ile bu fikrin öncülüğünü yapmışlar ve bu çabalar sonucu da 1945’te San Francisco’da, insan haklarını uluslararası alana taşıyan ilk hukuksal belge olan, “Birleşmiş Milletler Antlaşması” imzalanmıştır. Bu antlaşmanın en önemli amacı, “insan hak ve özgürlüklerinin tüm dünyada gerçekleştirilmesini sağlamak” olarak belirtilmiştir(Yürük, 1998). Bu konuda yapılan çalışmalar kısa süre içinde ürünlerini vermiş ve 10 Aralık 1948’de Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (Ek-1) ilan edilmiştir(un, 2003).

İnsan hakları düşüncesinin en açık ve somut ifadesi olan İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, 30 maddeden oluşan etik bir belgedir. İnsan haklarının tüm kategorilerine yer verilmiştir. Bildirinin son iki maddesinde ise hakların kullanılması ve düzenlenmesi ile ilgili hükümler yer almıştır. Bildirge’nin ilk 21 maddesi temel haklar olan kişisel ve siyasal hakları tanımlamaktadır. Bunlar, yaşam hakkı; kölelik yasağı; düşünce, vicdan ve din özgürlüğü; dernek kurma ve toplanma hakkı; gizli, serbest ve eşit oy hakkı; yer değiştirme ve oturma özgürlüğü; özel yaşam, aile, konut ve haberleşme gizliliği ve dokunulmazlığı; yasa önünde eşitlik haklarıdır. Bildirge’nin 22-27. maddeleri ekonomik, sosyal ve kültürel hakları güvence altına almaktadır. Bu haklar ise toplumsal güvenlik hakkı; işini özgürce seçme ve işsizlikten korunma hakkı, eşit çalışma karşılığında eşit ücret, adil ve elverişli ücret ve sendika kurma hakkı; dinlenme, eğlenme ve ücretli tatil hakkı; sağlık ve gönenc için yeterli bir yaşam düzeyi hakkı; ana ve çocuğun özel korunma hakkı; eğitim görme hakkı; toplumun kültürel yaşam ve etkinliğine katılma haklarıdır. 28. madde kolektif haklar olarak bilinen dayanışma haklarına atıfta bulunmaktadır. Son iki madde (29-30. md) ise devletlerin yükümlülüklerini ortaya koymaktadır(Anar, 1999).

Bildirge üç insan hakları kuşağını birlikte ele almışsa da temel de, kişisel ve siyasal haklar ile sosyo-ekonomik ve kültürel hakları, dile getiren bir metin niteliğinde olduğu görünmektedir. Özellikle üçüncü kuşak haklar olan dayanışma hakları konusunda yeterli hüküm içermemektedir. Ayrıca, çocuk hakları, kadın hakları, azınlık hakları gibi haklar bildirgede yer almamaktadır. Anar'a (1999) göre bu grup hakların, bildirgede bulunmaması nedeni, bu hakların daha sonraki dönemlerde tanımlanmış olmasıdır. Birleşmiş Milletler, bildirgenin bu eksikliklerini daha sonraki dönemde kabul ettiği sözleşmelerle doldurmaya çalışmıştır(Anar, 1999). Bu amaçla hazırlanan iki sözleşme, Evrensel Bildirge'den yola çıkılarak hazırlanmıştır. Bunlardan ilki 1966'da kabul edilip 1976'da yürürlüğe giren, Uluslararası Kişisel ve Siyasal Haklar Sözleşmesi'dir. Sözleşme'de yaşama, özgürlük, güvenlik hakkından; ifade özgürlüğü, genel oy ve seçme hakkı, sendikal haklar ve azınlıkların korunması hakkı gibi haklara kadar geniş bir hak listesi güvenceye alınmıştır. Diğer önemli sözleşme ise yine 1966'da kabul edilip 1976'da yürürlüğe giren Uluslararası Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi'dir. Bu sözleşme, çalışma hakkı, sosyal güvenlik hakkı, ailenin korunması hakkı, eğitim hakkı ve sağlık hakkı gibi hakları kapsamaktadır(Yürük, 1998).

Ayrıca özel koruma sağlayan sözleşmeler de vardır: Irk Ayrımcılığının Bütün Şekillerinin Ortadan Kaldırılmasına İlişkin Uluslararası Sözleşme (1965), Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Kaldırılmasına İlişkin Uluslararası Sözleşme (1979), İşkence ve Başka Zalimce, İnsanlık Dışı ya da Onur Kırıcı Davranış ve Cezaya Karşı Sözleşme (1984), Çocuk Hakları Sözleşmesi (1989), Bütün Göçmen İşçilerin ve Aile Bireylerinin Haklarının Korunmasına İlişkin Uluslararası Sözleşme (1990) gibi sözleşmelerle, insan haklarının her düzeyde korunmasına çalışılmıştır(Gruskin ve Tarantola, 2005).

İnsan haklarının savunulması, Birleşmiş Milletler'in temel amaçlarından biri olmuştur(Hogerzeil ve ark, 2006). Ancak insan haklarının uluslararası düzeyde korunması yolunda Birleşmiş Milletler bünyesindeki girişimlerinin yanı sıra, bölgesel bazı girişimler de ortaya çıkmıştır. 1950 yılında Roma'da kabul edilerek, 1953'de yürürlüğe giren Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi bu açıdan en önemli

belgedir. Bölgesel çapta ve hatta Birleşmiş Milletler sistemi de dahil olmak üzere, etkili koruma mekanizmasını, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, kurmuştur(Yürük, 1998). Sözleşmenin en önemli özelliği, kapsadığı hakların korunmasıyla ilgili çok kapsamlı bir denetim mekanizması öngörmesidir. Avrupa İnsan Hakları Komisyonu, Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi gibi kurumlar aracılığıyla gerçekleştirilmesi öngörülen bu denetimi devletler harekete geçirebileceği gibi, ilgili devletin kabul etmiş olması durumunda, bireyler de başlatabilmektedirler(Kürkçüoğlu,1998).

İnsan haklarının bölgesel sözleşmeler yoluyla korunması çabası, Avrupa ülkeleriyle sınırlı kalmamıştır. 1969'da imzalanan ve 1978'de yürürlüğe giren Amerikan İnsan Hakları Sözleşmesi ile 1981'de kabul edilip 1986'da yürürlüğe giren Afrika Halk ve İnsan Hakları Sözleşmesi açıdan gelişmelerdir. Ancak Asya bölgesi için benzer bir sözleşme imzalanmamıştır(Gruskin ve Tarantola, 2005).

1975 yılında Doğu ve Batı Bloklarını bir araya getiren Avrupa Güvenlik ve İşbirliği Konferansı'nda (AGİK) kabul edilen Helsinki Nihai Senedi ile, 1990 yılında yine AGİK zirvesinde kabul edilen Paris Şartı, insan haklarına dayalı demokrasinin barış ve güvenliğin de güvencesi olduğu benimsenmiştir (Kürkçüoğlu, 1998).

İnsan hakları anlayışının tarihten günümüze gelişimi, sürekli ilerleyici bir nitelikte olmuştur. Bu gelişim, zaman zaman yavaşlasa da, sadece tek yönde çalışan ve hep ileriye doğru dönen bir tekerlek gibi yol almıştır. İnsan haklarının tarihsel süreçte bir başka özelliği de her zaman hukukun önünde koşması olmuştur. Önce bir hak talebi ortaya çıkmış, bu talep bildirge ve sözleşmelere yansımış, ardından o hak talebini karşılayacak somut düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. Bu süreç bütün hak kümelerinde aynı nitelikte olmuştur.

İnsan haklarının gelişmesi ve eksikliklerine rağmen günlük yaşamda belli bir uygulama alanı bulmuş olması çağımızın en önemli gelişmelerinden biri olmuştur. Köken olarak Batı dünyasından çıkmış, ancak sonuçta tüm insanlığın ortak değeri olmuştur. İnsan haklarının gelişimi, her ülkenin kendi özgün koşullarında gerçekleşmiştir ve bu nedenle de günümüzde ülkeler, insan hakları açısından farklı

düzeylerde bulunmaktadır. Ülkemizde insan hakları alanındaki gelişmeler hangi tarihsel koşullarda ortaya çıkmış ve nasıl bir gelişim çizgisi izlemiştir? Bu bölümde ülkemizde insan haklarının gelişimi incelenecektir.

3.3. Osmanlı İmparatorluğu Ve Türkiye Cumhuriyeti Döneminde İnsan Hakları Anlayışının Gelişimi

Ülkemizde insan hakları kavramının başlangıcı olarak tarihsel açıdan ilk Türk uygarlıklarına kadar gidilebilirse de, bu konu başka bir araştırma konusu olabilir. Ancak bu çalışmada, Osmanlı İmparatorluğu’nda batılılaşma hareketlerinin başladığı dönem esas alınmıştır.

Ülkemizde insan hakları kapsamındaki bireysel, siyasal, ekonomik, sosyal ve kültürel hakların ortaya çıkışı ve gelişimi uygun toplumsal koşulların oluşmasıyla, Tanzimat döneminden başlayarak, önceleri padişah fermanlarıyla gündeme gelirken, ilk anayasal yapılanmalardan sonra ve cumhuriyetle birlikte anayasalarda yer almaya başlamıştır. Bütün yasalar anayasal temele dayandığı için, hak ve özgürlüklerin gelişiminde anayasal hareketler önemli rol oynamıştır. Bu nedenle bu fermanların ve genel olarak anayasaların konu açısından incelenmesi, insan hakları bağlamında ülkemizdeki tarihsel süreci ortaya koyabilecektir.

3.3.1. Osmanlı İmparatorluğu Dönemi

3.3.1.1. Tanzimat ve Islahat Fermanları

Osmanlı İmparatorluğu döneminde, 1808 tarihli Sened-i İttifak Belgesi’nin hak ve özgürlükler açısından bir ilk adım olduğu, bazı temel hak ve hürriyetlerin bu belge ile tanındığı ve hükümdarın yetkisinin sınırlandırılması ilkesinin benimsendiği bilinmektedir. Ancak Osmanlı İmparatorluğu döneminde hak ve özgürlüklerdeki gelişmeler açısından 3 Kasım 1839 tarihli Tanzimat Fermanı, önemli bir dönüm noktası olarak kabul edilmektedir. Bazı tarihçiler hak ve özgürlükler açısından Tanzimat Fermanı’nı, (Gülhane Hatt-ı Humayunu) “Türkler’in Manga Carta’sı” ya

da Türkler'in ilk "temel haklar beyannamesi" olarak değerlendirmektedir. Tanzimat Fermanı'nın amacı, devleti yeniden düzenlemek, kanun devletinin kurulmasını sağlamak ve eşitlik ilkesini getirmek olarak açıklanmıştır. Bir anayasa olmaktan çok bir reform programı ve yasama kılavuzu niteliğindedir. Mali güce göre vergi ilkesi, devlet harcamalarının kanuniliği, kanunun üstünlüğü, askere almada adalet, mülkiyet hakkı gibi yenilikler getirmiştir(Gözler, 2006). Can ve mal güvenliğinin sağlanması, kanunsuz suç ve cezanın olamayacağının kabulü, yargılanmadan kimseye ceza verilmeyeceği gibi bir takım haklar elde edilmesi yanında, teokratik yönetimden de bir kopma anlamına gelecek bir dizi yönetsel, mali, askeri ve hukuksal reformlar gündeme gelmiştir. Tanzimat Fermanı temelde bir batılılaşma hareketidir, ancak bazı düşünürler bu olayı, Avrupa'ya önemli ödünler veren bir adım olarak değerlendirmektedirler(Tanör, 2005). Tanzimat Fermanı anayasal gelişmeler açısından önemli bir adım olmuştur. Hükümdar tek taraflı olarak, kendi isteği ile kendi kendini sınırlandırmış ve halkına birtakım hakları bahsetmiştir. Tanzimat Fermanı'nın yaptırımı olarak da padişahın, fermanda ilan edilen ilkelere ve kabul edilecek yasalara uyacağına yemin etmesi ve bu yeminin ulema ve vezirler tarafından da yapılması öngörülmüştür(Gözler, 2006).

Tanzimat Fermanı'ndan sonra 28 Şubat 1856'da ilan edilen Islahat Fermanı bu dönemin diğer önemli bir gelişmesi olmuştur ve bu fermanın, Tanzimat Fermanı'ndan daha kapsamlı olduğu kabul edilmektedir. Islahat Fermanı'nın özellikle Avrupa ülkelerinin zorlaması sonucu Tanzimat Fermanı ile öngörülen reformları uygulamak için ilan edildiği de ileri sürülmektedir. Fermanın özüne bakıldığında, müslüman olmayanlara, müslümanlarla her düzeyde eşitlik sağlamanın yanı sıra, daha çok yabancılara tanınan önemli ekonomik hak ve ayrıcalıklarla da karakterize olduğu görülmektedir(Tanör, 2005). Başta din olmak üzere, vergi, askerlik, yargılama, eğitim, memurluk ve temsil alanında o zamana kadar olan farklılıkların, Islahat Fermanı ile kaldırılması gündeme gelmiştir. Din bakımından ayrımcılık, vergi ve askerlik bakımından eşitsizlik kaldırılmakta, memuriyete kabul ve siyasette temsil gibi haklar verilmektedir. Islahat Fermanı ile Osmanlı İmparatorluğu'nda değişik kökenden herkese, o dönem Avrupa ülkelerinde tanınan temel hak ve hürriyetlerin önemli bir bölümü verilmiştir(Gözler, 2006).

3.3.1.2. I. Meşrutiyet Dönemi ve Kanun-i Esasi

Tanzimat Fermanı ile başlayan süreç, bireysel haklar alanında yeni bir düşünce akımı yaratmış olsa da, beklenenin aksine ekonomik ve sosyal alanda başarılı sonuçlar ortaya koyamamıştır. Bu sonuçlarla birlikte, iç karışıklıklar, dış müdahaleler ve baskıcı bir yönetim anlayışı, diğer aydınlarla birlikte tıbbiye ve mühendishane hoca ve öğrencilerinin de içinde bulunduğu “meşrutiyetçi akım”ın güçlenmesine yol açmıştır. 1876’da Kanun-i Esasi adıyla bilinen ilk anayasanın hazırlanıp padişaha zorla kabul ettirilmesiyle I.Meşrutiyet dönemi başlamıştır. Bu açıdan Tanzimat yukarıdan aşağı bir hareket görüntüsünde iken, Meşrutiyet’in oluşumunun tabandan yukarı bir eyleme dayandığı ileri sürülmektedir(Tanör, 2005).

Kanun-i Esasi gerek maddi, gerekse şekil açısından tam bir anayasadır. Bu Anayasa’nın 8.-26. maddelerini içeren bölümü Osmanlı İmparatorluğu sınırları içinde temel hak ve özgürlükleri düzenlemektedir. Düzenlenen temel hak ve özgürlükler şunlardır: Vatandaşlık hakkı, kişi hürriyeti ve güvenliği, ibadet hürriyeti, basın hürriyeti, eğitim hürriyeti, eşitlik ilkesi, devlet memurluğuna girme hakkı, mali güce göre vergi ilkesi, konut dokunulmazlığı, kanuni hakim güvencesi, müsadere ve angarya yasağı, vergilerin kanuniliği ilkesi ve işkence yasağıdır(Gözler, 2006).

Eksikliklerine rağmen Kanun-i Esasi, temel haklar ve özgürlükler açısından bakıldığında gerek kişilere tanınan haklar, gerekse mahkemelerin statüsü ve yargısal güvenceler bakımından, Tanzimat’ın düzenlemelerini çok aşan yenilikler getirmiştir. Siyasal eşitlik, parlamentoculuk ve genel katılım gibi yaklaşımların benimsenmesi insan hakları, siyasal haklarda eşitlik, sınırlı da olsa yönetime katılma, padişah hak ve yetkilerinin sınırlandırılması bakımından olumlu sayılabilecek gelişmelerdir. Genel olarak Kanun-i Esasi’ye bağlı devlet fikri ve hukukta modernleşme çabaları bu dönemin başlıca özellikleridir(Mardin, 2003).

I.Meşrutiyet ile başlayan parlamenter dönem, monarşiden uzaklaşmayı gündeme getirse de kısa sürmüştür. İki yıllık bir parlamento deneyimi, daha sonra yerini baskıcı ve uzun bir dönem olan “istibdat dönemi”ne bırakmıştır(Gözler, 2006).

İstibdat Dönemi, kişi güvenliği ve özgürlüklerinin yok edilmesi, özellikle düşünce, sanat, basın ve yayın yaşamını hedef alan kısıtlamalarla, önceki dönemlerde kazanılan bir takım hakların tümüyle yok edilmesi ile mutlakıyete geri dönüşü ifade etmektedir. Her alandaki yasaklar o kadar yaygınlaşmıştır ki, bu durum günlük konuşma diline kadar inmiştir. İlginç olarak “vatan”, “millet”, “hürriyet”, “cumhuriyet” sözcüklerinin yanında “hasta” ve “deli” sözcükleri de yasaklanmıştır. “Hasta” sözcüğüne duyulan tepki o dönem Avrupası’nın Osmanlı İmparatorluğu’na “hasta adam” benzetmesinden kaynaklanmaktaydı. “Deli” ise ruhsal sorunları olan bir önceki padişahı (V.Murat) çağrıştırdığı için yasaklanmıştır(Tanör, 2005).

İstibdat dönemi baskıcı niteliği yanında, sistemi ayakta tutabilmek için kurumsal modernleşmeye önem vererek, özellikle askeri ve sivil eğitim alanında bir takım atılımların da gerçekleştiği bir dönem olmuştur. Yeni açılan askeri ve sivil okullar uyguladıkları eğitimle çağdaşlığa ve yeni fikirlere toplumun kapılarını açmıştır. Mardin’e (2003) göre, özellikle tıp eğitiminin pozitif niteliği, biyolojik ve materyalist bir dünya görüşünün benimsenmesine ve tutucu değerlerden uzaklaşmaya hizmet etmiştir. Bu dönemde gizli muhalefet örgütlenmesinin beşiği de Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane (Askeri Tıp Okulu) olmuştur. 1908’de “Hürriyetin İlanı” ile bu dönem sona ermiş ve II. Meşrutiyet Dönemi başlamıştır(Mardin, 2003).

3.3.1.3. II.Meşrutiyet Dönemi

II.Meşrutiyet, bir “saray darbesi” değil, geniş bir toplumsal tabana oturan bir halk hareketi olarak kabul edilmektedir. Köklü ve uzun birikimlere dayanan bir hareket olması yanında barışçı bir şekilde gerçekleşmiş olması da önemli bir niteliğidir. Meşrutiyet’i kuranlar Fransız İhtilali’nden esinlenerek “özgürlük, eşitlik, kardeşlik” ilkelerinin yanına, “adalet” ilkesini de katarak hem yönetimin meşruluk temellerini pekiştirmişler, hem de geniş kitleleri kazanmaya çalışmışlardır(Tanör, 2005).

1909’da Kanun-i Esasi’nin toplam 21 maddesi değiştirilerek, yeni bir anayasa anlamına gelecek bir düzenleme yapılmıştır. Önceden tanınmış hakların yanında, özellikle kişi güvenliği, basın özgürlüğü gibi alanlarda önemli düzenlemeler

getirilmiştir. Toplanma ve dernek kurma hakları tanınmış, kanun dışı tutuklama yasağı, sansür yasağı, haberleşmenin gizliliği esası benimsenmiş ve padişahın sürgün yetkisi kaldırılmıştır(Gözler, 2006). Bu bakımdan II.Meşrutiyet'in temel hak ve özgürlükler bakımından görece daha gelişmiş bir içerik ve liste sunduğu kabul edilmektedir. Bu gelişmeler ışığında, gerek devletin yeniden düzenlenmesi, gerekse temel haklar açısından 1909 sisteminin, ilk kez gerçek anlamda parlamenter anayasal bir monarşi kurduğu öne sürülmektedir. Padişahın yasama ve yürütme alanındaki yetkileri sembolik hale getirilmiştir. Böylece 1909 değişiklikleriyle Osmanlı İmparatorluğu'nun mutlak monarşiden kesin olarak çıktığı ve "sınırlı monarşi" dönemine girdiği savunulmaktadır(Tanör, 2005). Ancak bu dönemlerde ilan edilen özellikle temel hak ve özgürlüklerle ilgili yazılı metinlerin tam olarak yaşama geçirilmesi mümkün olamamıştır.

İzleyen dönemde Birinci Dünya Savaşı sonrası Osmanlı İmparatorluğu parçalanma sürecine girmiş ve işgale karşı Kurtuluş Savaşı başlamıştır. Kurtuluş Savaşı sırasında bir anayasa hazırlanarak önemli bir adım atılmıştır.

3.3.2. Mütareke Dönemi

3.3.2.1. 1921 Anayasası

1921 Anayasası, Teşkilat-ı Esasiye Kanunu olarak adlandırılmış ve bir geçiş döneminin temel gereksinimlerini karşılamak için hazırlanmıştır. Kurtuluş mücadelesinin yeni bir anayasa altında sürdürülmek istenmesi, mücadelenin "meşruluk" ve "hukukilik" niteliklerini sağlamlaştırmak eğiliminden doğmuştur. 1921 Anayasası hazırlanış ve kabul özellikleri bakımından Osmanlı-Türk anayasacılığının en demokratik örneği olduğu kabul edilmektedir. Bu anayasada egemenliğin millete ait olduğu ilan edilerek, saltanat ve hilafetin reddedildiği vurgulanmıştır. Büyük Millet Meclisi, kuruculuk, yasama ve yürütme yetkilerine sahip olmuş ve temsili demokrasi anlayışı benimsenmiştir(Tanör, 2005).

1921 Anayasası 24 maddeden oluşan kısa bir çerçeve anayasa niteliğinde olup, kişi hak ve özgürlükleri ile yargılama gibi temel konulara yer verilmemiştir. Ancak Kurtuluş Savaşı bu anayasal yönetim altında başarıya ulaşmış, saltanat kaldırılmış, cumhuriyet ilan edilmiş ve hilafete son verilmiştir. Anayasa çok kapsamlı olmamasına rağmen, yürürlükte olduğu kısa sürede büyük tarihsel, siyasal ve hukuki dönüşümlere yol açmıştır(Gözübüyük, 2006b).

1921 Anayasası'nın kabul edilmesinden itibaren, Osmanlı İmparatorluğu dönemini temsil eden 1876 tarihli Kanun-i Esasi'de henüz kaldırılmadığı için “iki anayasalı dönem” ortaya çıkmıştır. Bu ikilik 1924 Anayasası'nda Kanun-i Esasi'nin yürürlükten kaldırıldığının açıkça belirtilmesiyle son bulmuştur(Tanör, 2005).

3.3.3. Türkiye Cumhuriyeti Dönemi

3.3.3.1. 1924 Anayasası

1924 Anayasası, kişisel hak ve özgürlükler açısından Fransız İhtilali'nin izlerini taşıyan doğal hukukçu, liberal ve bireyci bir yaklaşımın egemen olduğu bir içerikte hazırlanmıştır. Temel hak ve özgürlüklerin tanımı, sınırları ve güvenceleri açısından 1789 Bildirgesi ile büyük bir benzerlik göze çarpmaktadır(Anayurt, 2003). Anayasa başta yasa önünde eşitlik, her türlü ayrımcılığın yasaklanması ilkesi ile kişi dokunulmazlığı, vicdan, düşünce, söz, yayın, seyahat, sözleşme, mülk edinme, toplantı, dernek kurma hak ve özgürlükleri gibi klasik bireysel hak ve özgürlüklerin hemen hepsine yer vermiştir(Tanör, 2005). Ancak temel hak ve özgürlüklerin güvence altına alınması yönünde açık bir düzenlemeye gidilmemiş, sıralanan temel hak ve özgürlüklerin düzenlenmesi, sınırlarının belirtilmesi, yasama organının takdirine bırakılmıştır(Gözübüyük, 2006b).

Yargısal güvence hakları, siyasal ve kamusal haklar bağlamında yeni düzenlemeler getirmektedir. Ekonomik haklar konusunda özel mülkiyet ve girişimi koruyucu özellikleri bulunmaktadır. Daha sonra yapılan değişiklikle “devletçilik” anayasaya konmuştur(Tanör, 2005). Sosyal haklar konusu hemen hiç ele alınmamış,

devletin sosyal ödevlerine yer verilmemiştir. Sendika, grev, toplu sözleşme gibi kolektif emekçi hakları tanınmamı ve sosyal güvenlik, konut ve sağlık hakkı gibi devlete düşen ödevlerden bahsedilmemiştir. Hemen bütün klasik haklara yer vermekle birlikte, sosyal haklara yer verilmemesinin bir nedeni, bu grup hakların söz konusu dönemde klasik haklar kadar yaygınlık kazanamamış olmasından kaynaklandığı ileri sürülmektedir(Anayurt, 2003).

1924 Anayasası'nda devlet felsefesinin “sosyal” olmaktan daha çok “liberal” olduğu söylenebilir. Anayasa liberal yapısına rağmen uygulamadaki tek parti yönetiminin, özellikle hak ve özgürlükler açısından anayasanın öngördüğünden farklı ve özgürlükleri kısıtlayıcı bir tutum benimsediği ileri sürülmektedir(Tanör, 2005).

3.3.3.2. 1961 Anayasası

1961 Anayasası, hem devlet yönetimi alanında hem de kamu özgürlükleri rejimi ve getirdiği güvence mekanizmaları bakımından, Türkiye Cumhuriyeti'nin en ilerici anayasası olarak kabul edilmektedir(Yürük, 1998). Bu Anayasa otorite-özgürlük dengesi açısından özgürlüklerin ağır bastığı bir anayasadır. Bu nedenle Türkiye’de temel hak ve özgürlüklerin gelişimi açısından 1961 Anayasası’nın önemli katkıları olmuştur ve anayasayı oluşturan altı ana bölümden biri temel hak ve ödevler ile ilgili bölüm olarak düzenlenmiştir(Tanör, 2005). Temel hak ve özgürlükler kişi hakları, sosyal ve ekonomik haklar, siyasal haklar olmak üzere üç kümede toplanmış ve bu hakların hangi hallerde sınırlandırılacağı anayasada belirtilmiştir. Sınırlamaların ancak yasa ile olabileceği ve özgürlüklerin özüne dokunulamayacağı, eşitlik ilkesine ters düşen uygulamalara gidilemeyeceği ifade edilmiştir(Gözüyük, 2006b). Bu anayasa, insanı yüce bir değer olarak kabul etmiş ve birey ile toplumun hak ve özgürlüklerinin uzlaştırılıp geliştirilmesini hedefleyen bir yapıda kaleme alınmıştır. Anayasada yer alan bireysel, sosyal, siyasal hak ve özgürlükler; İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ile Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi’nde yer verilmiş haklarla örtüşmektedir. Kalkınma, sosyal adalet ve demokrasiyi birlikte gerçekleştirmeyi hedeflemiş olan bu anayasanın devlet tasarımı demokratik, laik, sosyal, hukuk devleti olarak ortaya konmuştur(Özbudun, 2005; Tanör ve Yüzbaşıoğlu, 2005).

1961 Anayasası'nda, 1971 Askeri Darbesi'nden sonra olumsuz yönde yapılan bir takım değişikliklere rağmen, özgürlükçü yapısı ortadan kaldırılamamıştır. Terör olaylarının ve siyasi istikrarsızlığın sorumlusu olarak görülen anayasa, yerini 1980 Askeri Darbesi'nden sonra hazırlanan 1982 Anayasasına bırakmıştır(Yürük, 1998).

3.3.3.3. 1982 Anayasası

1982 Anayasası “tepki anayasası” olarak tanımlanmakta ve otorite-özgürlük dengesinin özgürlükler aleyhine bozulduğu, devlet otoritesinin güçlendirildiği katı bir anayasadır. Yürütmenin, yasama ve yargı karşısında daha da güçlendirildiği ve daha az katılımcı bir demokrasi modeli benimsenmiştir(Özbudun, 2005). 1982 Anayasası, insan hakları bakımından bir geriye gidişi temsil etmektedir(Yürük,1998). 1961 Anayasası'nın “insan haklarına dayalı devlet” yerine, 1982 Anayasası (Madde-2) “insan haklarına saygılı devlet” deyimini kullanılmıştır. İnsan haklarına ancak “toplumun huzuru, milli dayanışma ve adalet” çerçevesi içinde saygı gösterilmesi gerektiği vurgulanmıştır(Özbudun, 2005). 1982 Anayasası iç ve dış dinamiklerin etkisiyle 2005 yılına kadar on kez değişikliğe uğramıştır. Bu değişiklikler genelde demokratik, liberal ve hukuk devleti ilkesini geliştirici yönde olmuştur. Liberallik hem siyasal ve hukuki bağlamda hem de iktisadi anlamda olmuştur. Ekonomik düzlemde özsel ve uluslararası yaklaşımın anayasaya yansıdığı, kamulaştırma ve devletleştirmelerin sınırlandırıldığı, özelleşmeyi koruyucu düzenlemelerin yaygınlaştırıldığı göze çarpmaktadır(Tanör ve Yüzbaşıoğlu, 2005).

Osmanlı İmparatorluğu'nun yıkılması ve Türkiye Cumhuriyeti'nin kurulması ile 1921, 1924, 1961 ve 1982 tarihli dört anayasa hazırlanmıştır. 1921 Anayasası Kurtuluş Savaşı sürerken hazırlanmış, 1924 anayasası cumhuriyetin ilanından sonra oluşturulmuştur. 1961 ve 1982 Anayasaları içerik açısından önemli farklılıklar göstermesine rağmen, her iki anayasa da askeri müdahaleler sonucu oluşturulmuştur. 1961 Anayasası daha özgürlükçü, 1982 Anayasası ise daha otoriter nitelikler taşımaktadır.

Türkiye’de insan haklarının gelişimi, farklı ve kendine özgü tarihsel ve toplumsal koşullarda ortaya çıkmıştır. I.Meşrutiyet’ten günümüze kadar olan tarihsel süreç, demokrasi ve insan haklarının gelişimi açısından üç farklı aşamada gerçekleşmiştir. Birinci aşama, padişahların iktidarının sınırlandırıldığı ve dönemin insan hakları anlayışının kısmen de olsa, ilk kez anayasal düzenlemelerde yer aldığı dönemdir. Bu dönem mutlak monarşinin sınırsız yetkilerinin sınırlandırılması ile birlikte anayasal hak anlayışının egemen olduğu bir zaman dilimidir ve I.Meşrutiyet’in ilanından Cumhuriyet’in kuruluşuna kadar olan döneme denk gelmektedir. Gelişimin ikinci aşamasında Cumhuriyet’in kurulması ve 1924 Anayasası’nın kabul edilmesiyle birlikte, yönetimde ulusal egemenlik kavramı temel ilke olmuş ve doğal haklar anlayışı anayasanın özünü oluşturmuştur. Bu dönemde egemenliğin kaynağının ulusa geçmesi önemli bir düşünsel değişimi de simgelemektedir. Üçüncü aşama da ise, 1960 Anayasası’nın ilan edilmesiyle çoğunluk iradesinin sınırlandırılması ve bu günkü anlamda, çağdaş insan hakları yaklaşımının benimsenmesi söz konusu olmuştur(Uygun, 1996). Ancak sonraki dönemde insan hakları ve demokrasi açısından kısıtlanmış bir döneme girilmiş olup, 1982 Anayasası bu gerilemeyi temsil etmektedir. 1982 Anayasası’nda temel hak ve özgürlükler, devlet otoritesi karşısında daha güçsüz konuma indirgenmesine rağmen, sonraki süreçte, Türkiye’nin de taraf olduğu uluslararası insan hakları sözleşmeleri ve Avrupa İnsan Hakları Sözleşmeleri ile uyum ve paralellik gösterilmeye çalışılmıştır.

İnsan hakları kavramı ve kavramın tarihsel gelişiminin incelenmesinden sonra, bu bölümde tez çalışması bağlamında insan hakları kümesinden sağlık hakkı ve hasta hakları incelenecektir.

3.4. Sağlık Hakkı

3.4.1. Sağlık Kavramı

Günümüzde sağlık sadece tıbbi bir kavram olarak değil, ekonomik, sosyolojik, politik bir olgu olarak algılanmaktadır(Güvercin ve İrgil, 1999). Sağlığın bileşenleri; barış, barınma, eğitim, gıda, gelir, dengeli bir ekosistem, sürdürülebilir kaynaklar,

sosyal adalet ve eşitlik olarak belirlenmiştir(Gruskin ve Tarantola, 2005). Bu nedenle sağlığın geleneksel tanımı kavramı açıklamakta yeterli olmamaktadır. Geleneksel olarak sağlık, kendi unsurlarıyla açıklanmak yerine tersine, ölüm, hastalık ve sakatlık gibi zıt kavramların olmayışı olarak tanımlanmıştır(Hansluwka, 1985).

1946 yılında kabul edilen Dünya Sağlık Örgütü Anayasası'nda sağlık tanımı kapsayıcı bir niteliğe kavuşmuştur. *“Sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın bulunmaması değil, fiziksel, mental ve sosyal yönden tam iyilik hali”* olarak tanımlanmıştır(Reich, 1995). Bu tanım özellikle de “sosyal iyilik hali” vurgusuyla, sadece biyolojik ve tıbbi ölçekte bir açıklamanın ötesinde, bazı dışsal ve toplumsal etmenleri de içine almaktadır. Sağlık olgusuna yaklaşım da, sadece tekil bir birey olarak insan ve yalnızca hastalık olgusuyla sınırlı olan tıbbi evrenden, toplumcu bir evrene doğru değişmiştir(Belek, 1998). Modern sağlık kavramı her iki bakış açısını da içeren iki farklı disiplinden oluşmaktadır. Bunlar: klinik tıp ve halk sağlığıdır. Klinik tıp genellikle bireysel sağlığa odaklanmışken, halk sağlığı uygulamaları toplum sağlığını esas almaktadır. Bireysel sağlık, tıbbi ve genellikle fiziksel ve ruhsal hastalık ile engellik bağlamandaki diğer sağlık bakım hizmetlerinden oluşmakta, halk sağlığı ise genel olarak toplumun sağlıklı olarak yaşayacağı koşulları sağlamaya çalışmaktadır(Mann ve ark, 1999). Halk sağlığı özünde “sağlıksızlığı önleyici” ve “sağlığı geliştirici” bir uygulama alanıdır ve hastalık, sakatlık ve erken ölümleri önleme ve hem bireysel hem de toplumsal sağlığı geliştirme hedefiyle uğraşmaktadır. Modern sağlık kavramı, kişisel ve toplumsal sağlıklı yaşamı hedefleyen, öncelikle sağlıksızlığı önleme ve sağlığı geliştirme bakış açısında olan, hastalık durumunda ise erken tanı ve tedaviyi esas alan “bütüncül” bir sağlık anlayışını temsil etmektedir.

3.4.2. Sağlık ve İnsan Hakları İlişkisi

Sağlık alanındaki özellikle son 50 yılda sağlanan gelişmeler sonucunda, genel sağlık düzeyinde iyileşmeler, beklenen yaşam süresinin artması, anne ve bebek ölümlerinde azalma kaydedilmiştir. Ancak, bu olumlu gelişmelerden tüm insanlar eşit şekilde yararlanamamaktadır. Bölgelerarası ve kır-kent farklılığının yanı sıra, özellikle gelişmekte olan ülkelerde yoksullar sağlık riski en yüksek grubu oluşturmaktadır.

Günümüzde dünya çapında, yoksulluğun giderek yaygınlaşması ve süreklilik kazanması, açlık, sosyal ve ekonomik eşitsizlikler, aşırı nüfus artışı, silahlı çatışmalar, çevresel kirlenme gibi temel sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunlar, insan hakları ihlallerinin yoğun olarak yaşanması ile birlikte, genel sağlık düzeyinde kötüleşme, ölüm, hastalık ve sakatlık gibi sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir. İnsan hakları ve sağlık ilişkisini gündeme getiren bu sorunlar, dünyadaki bütün ülkeleri ilgilendiren sorunlar olarak ortaya çıkmakta ve uluslararası işbirliğinin artırılmasını zorunlu kılmaktadır(TC Sağlık Bak., 2005). Gruskin ve Tarantola'ya göre (2005), Birleşmiş Milletlerin kurulması ile sağlık ve insan hakları uluslararası sorumluluk olarak kabul edilmiş olsa da, yakın zamana kadar sağlık ve insan hakları arasındaki ilişki yeterince fark edilmemiştir. Ancak HIV/AIDS pandemisi, kadın sağlığı ve kadına yönelik şiddet, Balkanlar ve Afrika'da yaşanan çatışmalar ve yaygın insan hakları ihlalleri gibi belli başlı olaylar, bu iki alanın daha fazla yakınlaşmasında önemli rol oynamıştır(Gruskin ve Tarantola, 2005). İnsan hakları ihlallerinin sağlığı olumsuz etkilediği ya da sağlıksızlığın insan hakları önünde ciddi bir engel olduğu anlaşılmış, sağlık ve insan hakları arasında birbirini besleyen karşılıklı ilişkinin varlığı açıkça görülmüştür.

Tıp ve yaşam bilimlerinde ortaya çıkan etik sorunlar oldukça yeni iki akademik alanın doğmasına yol açmıştır. Bunlar: “biyoetik” ve “sağlık ve insan hakları” alanlarıdır. Bu alanların gelişimi tıp ve biyolojideki önemli ahlaki sorulara daha fazla önem verilmesini gündeme getirmiştir. Biyoetik, dar anlamıyla uygulamalı etiğin bir araştırma alanı olarak betimlense de, sadece tıp etiğinin felsefi çalışmasını içermez, aynı zamanda tıbbi hukuk, tıbbi antropoloji, tıbbi sosyoloji, sağlık politikaları, sağlık ekonomisi ve hatta tıbbın bazı alanlarını da kapsamaktadır(Benatar, 2006). “Sağlık ve insan hakları” alanı ise, bu iki kavram arasındaki güçlü ilişkiye ön plana çıkarmaktadır. Buna göre insan hakları standartları sağlık alanında temel değer olmalı ve bu standartlar sağlık politikalarına ve sağlık programlarına öncülük etmelidir(Hogerzeil ve ark, 2006). “Sağlık ve insan hakları” bakışına göre, tıbbi uygulamalardaki ve hatta daha genel olarak insan yaşamındaki ahlaki sorunlar, insan haklarının geliştirilmesiyle düzeltilebilir(Benatar, 2006).

Sağlık ve insan hakları arasında bağlantı kurmanın amacı, “*insan esenliğinin anlaşılması ve ilerletilmesi için yeni yollar açmak ve tek başına sağlık ya da tek başına insan haklarına dayalı yaklaşım aracılığıyla ulaşılabilenin daha ötesinde bir esenliği geliştirmeye yardım etmektir*” diye açıklanmaktadır. Sağlık ve insan hakları alanlarının kesişme hattının incelenmesinin, sağlığın önemini yeniden dile getirileceği ve insan hakları düşüncesi ve uygulamalarının artmasına katkıda bulunabileceği ileri sürülmektedir(Mann ve ark ,1999).

3.4.3. Sağlık Hakkı’nın Kısa Tarihçesi ve İçeriği

İnsan hakları düşüncesinin sağlık alanındaki varlığı ve yansıması sağlık hakkını doğurmuştur. Sağlık hakkı sosyo-ekonomik haklar olarak bilinen, ikinci kuşak insan hakları kümesi içinde yer almaktadır. İkinci kuşak haklar 19. yüzyılın sonları ve 20. yüzyılın başlarında ortaya çıkmıştır. Avrupa’da Sanayi Devrimi ile başlayan süreçte, yoksul işçilerin içinde bulundukları sağlıksız koşullar, kötü beslenme, uzun çalışma süreleri, iş kazaları, sakatlıklar, hastalıklar ve bunlara bağlı olarak işçi sınıfı içinde yükselen tepkiler, önce Almanya’da etkisini göstermiştir. Alman İmparatoru Bismarck, bu başkaldırıları etkisiz kılmak ve işçileri sistemle bütünleştirmek için, 1883’te ilk kez bir sağlık sigortası kurmuştur. Hastalık, sakatlık, iş kazası ve yaşlılık nedeniyle düşkün olanların tedavilerini karşılamak ve yardım yapmak üzere prim ödemeye dayalı bir sistem kurulmuştur. 1900’lü yıllara gelindiğinde tüm Avrupa ülkelerinde benzeri modeller uygulamaya konulmuştur. Bütün bu uygulamalar sağlık hakkının tanınması ve sosyal güvenlik sistemleri ile bu hakkın korunmasını gündeme getirmiştir. Sonraki süreçte Sovyet Rusya’da herkese ücretsiz sağlık hizmeti anlayışı ve 1940’lı yıllarda İngiltere’de yürürlüğe giren Beveridge Modeli olarak da bilinen Ulusal Sağlık Sistemi, Bismarck Modeli’nin sağlık hizmetlerinin finansmanında prim ödemeye dayalı sistemine karşı, genel vergilerle bütçeden finansmanı öngörmektedir. Halen dünyadaki bütün sağlık sistemlerinin temelini bu iki model oluşturmaktadır(Güvercin, 2000). İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra gerek Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası ve gerekse İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi sağlık hakkını temel bir insan hakkı olarak ilan etmiştir. DSÖ Anayasası’nda “*en yüksek standartta sağlığa sahip olmak ırk, din, politik görüş, ekonomik ve sosyal durum*

ayrımı yapılmaksızın her insan varlığının temel haklarından biridir” denilmektedir(Reich, 1995). İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin 25. maddesinde *“Herkesin, kendisi ve ailesi için yiyecek, giyecek, barınma ve tıbbi bakım ve temel sosyal hizmetlere ulaşmaya yetecek bir yaşam standardına sahip olma hakkı vardır”* denilmektedir(Gruskin ve Tarantola, 2005).

Sağlık hakkı, başka birçok uluslararası antlaşma tarafından da tanınmıştır. 1966’da imzalanan Uluslararası Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi’ne (ICESCR) göre devletler *“herkesin en yüksek fiziksel ve ruh sağlığı standardına sahip olma hakkını tanır”* denilmektedir. Sözleşme hükümlerinden Madde 12.2’de antlaşma anne, çocuk ve üreme sağlığı; sağlıklı çevre ve işyeri ortamı; hastalıkların önlenmesi, tedavisi ve kontrolü ve *“hastalık durumunda tüm tıbbi hizmet ve tıbbi bakımı garanti edecek koşulların yaratılmasını”* içeren ve devletler tarafından atılması gereken adımları sıralamaktadır. Madde 12, bu nedenle taraf devletlerin yasalarını, yönetmeliklerini ve uygulamalarını değerlendirecek standart oluşturmaktadır(Hogerzeil ve ark, 2006). Çok sayıda ülke sağlık haklarına ilişkin uluslararası boyutta en az bir sözleşmeyi veya antlaşmayı onaylamış ya da kabul etmiştir. 150’den fazla ülke ICESCR’ye imza atmış ve 100’den fazla ülke de sağlık hakkını anayasalarının bir parçası haline getirmiştir(Gruskin ve Tarantola, 2005).

Dünya Sağlık Örgütü’nün desteklediği bir araştırmada (Hogerzeil ve ark, 2006), bazı gelişmekte olan ülkelerde, genel sağlık hakkı veya önceki hükümetler tarafından kabul edilmiş özel insan hakları antlaşmaları kaynak gösterilerek, temel ilaçların sağlanması konusunda yerel mahkemelere açılan dava sonuçları incelenmiştir. Farklı ülkelerdeki, toplam 71 davanın 59’unda mahkemeler davacılar lehine kara vermiş ve kazanılan davaların %83’ünde de mahkeme kararlarında, sağlık hakkının yaşam hakkı ile ilişkili olduğu özel olarak belirtilmiştir. Yaşamı tehdit eden hastalık davalarına bu ilaçlarla tedavinin hayat kurtarıcı olduğu, yaşamı tehdit etmeyen durumlarda da insan onuru ve fiziksel bütünlük gibi daha genel savunmalar kullanılmıştır. Sağlık hakkı, “yaşam kalitesi” kavramından daha çok, “yaşama hakkı” ile ilişkili bulunmuştur(Hogerzeil ve ark, 2006).

İnsan hakları düşüncesi, devlet ve birey arasındaki ilişkileri etkileyen; devlet yükümlülükleri ve bireysel hakları ortaya çıkaran bir kavramdır. Sağlık hakkı, kişinin toplumdan, devletten sağlığının korunmasını, gerektiğinde tedavi edilmesini, iyileştirilebilmesini isteyebilmesi ve toplumun sağladığı olanaklardan faydalanabilmesidir. Sağlık hakkı, en temel insan hakkı olan yaşama hakkını koruyan ve bütünleyen bir haktır.

Sağlık hakkı üç ana bileşeni ile açıklanabilir: Birbirleriyle ilişkili olarak gelişen bu unsurlardan birincisi, çevre sağlığı, koruyucu hekimlik, ana-çocuk sağlığı, aile planlamasını da içeren üreme sağlığı ve sağlık eğitimi gibi temel sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve bunların uygulamada da güvence altına alınmasıdır. İkincisi, gerekli tıbbi bakım ve tedavi olanaklarının sağlanması ve bunların ulaşılabilirliği, kalitesi ve adil bir biçimde sunumudur. Üçüncüsü ise, toplum sağlığı güvencesi verilmesi ve bu güvencenin toplumun tamamını kapsayacak biçimde yaygınlaştırılmasıdır(Kalaça, 1996). DSÖ'nün 1978'de yayınladığı Alma-Ata Bildirgesi'nde sağlığın temel bir insan hakkı olduğu ve en üst seviyede sağlık düzeyine ulaşmanın, dünya çapında önemli bir sosyal amaç olduğu ilan edilmiştir. Sağlık hakkının bu ana unsurlarının yaşama geçirilebilmesi için sadece sağlık sektörü değil, diğer bir çok sosyal ve ekonomik sektörlerin de çabalarının gerekli olduğu vurgulanmıştır (Gruskin ve Tarantola, 2005). Sağlık hakkının ana unsurlarının yaşama geçirilmesi, sağlık sektörü dışında, oldukça geniş toplumsal düzeneklere ve sektörlerarası işbirliğine gereksinim göstermektedir.

Uluslararası belgeler ve anayasalarda tanınmış olan ve kökenini insan hakları düşüncesinden alan sağlık hakkı, uygulamada çoğu gelişmiş ülkelerde bile henüz tüm unsurlarıyla gerçekleşmemiştir(Hogerzeil ve ark, 2006). Çünkü sağlık hakkı denilince artık ilk akla gelenler, sağlık sistemleri, geri ödeme kurumları, maliyetler ve diğer ekonomik unsurlar olmaktadır. Sağlığı tek başına bir “maliyet unsuru” gibi görme eğilimi son yıllarda daha da yaygınlaşmıştır. Ülkemizin de içinde bulunduğu “sağlıkta reform” olarak adlandırılan ve sağlığı piyasa koşullarında bir “meta” olarak değerlendiren çabalar gündemi oluşturmaktadır. Bu süreçte sağlık bir insan hakkı olarak değil, pazara konu olabilen bir “meta” olarak algılanmaktadır. Sağlık

hizmetleri piyasa koşullarına ne ölçüde uygun bir hizmettir? Bunu araştırmak için önce ideal bir “pazar” ortamının unsurlarını ele almak gereklidir.

3.4.4. Sağlık ve Pazar Ekonomisi

Arz ve talebin bir araya gelmesiyle bir “pazar” ortamı oluşmaktadır. Pazar, alıcının seçimi ile satıcının rekabeti arasındaki ilişkiden doğmakta ve bu ilişki bir fiyat mekanizması ile şekillenmektedir. Pazar şartlarının tam oluştuğu bir durumda gerek sağlık hizmeti kullananlar gerekse sunanlar, kendileri için kabul edilebilir en uygun ücret noktasında bir araya gelmeye çalışmaktadırlar(Uz, 2002).

İyi bir pazarın oluşumu ve verimli işleyebilmesi için bazı koşulların olması gerekmektedir. Bu koşullar:

1. Alıcı ve satıcının tüm bilgilere sahip olması
2. Belirginlik
3. Tekelciliğin olmaması
4. Alıcılar ve satıcılar için pazara girişte ve çıkışta kısıtlamanın olmaması
5. Dışsallıkların olmaması: Pazardaki alışverişten dolayı herhangi bir ödeme yapmayan veya yarar sağlamayan üçüncü taraflara, ekonomik ve sosyal bir yük (negatif dışsallık) veya yarar (pozitif dışsallık) doğmamalıdır.
6. Kamu malı olmaması
7. Devlet müdahalesi olmamasıdır(Uz, 2002).

Sağlığın ve sağlık hizmetlerinin doğası gereği sağlık hizmetlerinin üretiminde ve sunumunda bazı nedenlerden dolayı yukarıda belirtilen koşullar oluşmamaktadır. Hayran ve Sur (1998) sağlık hizmetlerinde pazar mekanizmasının neden oluşmadığını şöyle ifade etmektedir:

- *Talep edenler tüm bilgilere sahip değildirler. Sağlık hizmeti gereksinimi olanlar, bunu sunan kişi veya kuruluşlara başvurduğunda hangi hizmetten ne kadar ve ne sürede talep edeceğini bilemez. Buna karşın sağlık hizmetini*

sunanlar, hastanın çok az veya hiç fikri olmadığını bilirler, ona hangi hizmeti almasını gerektiğini tek taraflı olarak söylerler. Hizmet sunan ile hasta arasında bir bilgi uçurumu vardır, bilgi düzeyi açısından eşitlik yoktur.

- ***Sağlık hizmetine talepte belirginlik yoktur.*** Hastaların hangi sağlık hizmetini ne kadar ve ne zaman talep edeceklerini kestirmeleri oldukça güç hatta olanaksızdır. Sağlık sorunlarının bir bölümü önceden saptanabilirse de genellikle kişinin ne zaman sağlığının bozulacağı ve sonuçta ne tür bir hizmet alması gerektiği bilinemez.
- ***Tekelcilik bazen kaçınılmazdır.*** Hizmet sunucular pazar ortamında yaptıkları yatırımlardan en fazla kârı elde etmeyi amaçlar. Bazen hizmeti vermek için çok büyük yatırımlar gerekir, bu durumda istenilen kârı elde edemeyecekleri bölgelere yatırım yapmayabilirler. İşte bu durumda rekabet edeceği kimse olmadan devlet tek başına hizmet sunucu rolünü üstlenebilir.
- ***Pazara giriş ve çıkışta kısıtlama olması bazen gereklidir.*** Sağlık hizmeti sunacak kişilerin kamu tarafından önceden belirlenen bilgi, beceri, ve deneyimlere sahip olması gerekir. Bu standartlara ulaşamayanlar, hizmet veremezler. Bu kısıtlamadan dolayı her isteyen kişi sağlık hizmeti sunmak üzere pazara giremez. Bu durum da pazarın koşullarının tam oluşmamasına neden olur.
- ***Dışsalılıklar olabilir hatta bazen olması kaçınılmazdır.*** Hemen tüm sağlık hizmetlerinde dışsalılıklara rastlamak mümkündür. Örneğin tüberkülozlu bir hastanın tedavisi ile başkalarının enfekte olması ve hastalığın toplumda yayılması önlenmiş olur. Tedavinin ekonomik ve sosyal yüküne hasta katlanmasına rağmen onun dışındakiler de bu uygulamanın pozitif dışsalılığından yararlanırlar.
- ***Bazı sağlık hizmetleri kamu eliyle verilmek zorundadır.*** Aşılama, aile planlaması, gebe ve yeni doğan bakımı, sağlık eğitimi, çevrenin korunması

gibi hizmetler doğrudan hizmet yapmayan kişilere de verilmek zorundadır. Bu nedenle bunlar kamu malı sayılır.

- **Devlet müdahalesi kaçınılmazdır.** Devletin pazara müdahalesi, hizmet sunumu ve destekleme yapma şekillerinde olabilir. Örneğin muayene ücretlerini belirleme, sağlık ocağında hizmet sunma ya da vatandaşın bedelini ödeyemeyeceği bazı hizmetlere devletin katkı yapması gibi devlet müdahalesi zorunlu olabilir(Hayran ve Sur, 1998) .

Sonuç olarak sağlık alanında pazar koşulları tam olarak oluşmamaktadır ve yetersiz pazar koşullarından bahsedilebilmektedir. Oysa ekonomik verimlilik, ancak tam olarak çalışan pazar koşullarında mümkün olacaktır. Sağlık hizmetleri alanında bu durum yani “tam pazar koşulları” olanaksızdır, dolayısıyla sağlık hizmetleri, pazara konu olabilecek nitelikleri taşımamaktadır. Ancak kamusal bir hizmet olabilir.

Pazara konu olan bir mal veya hizmet için, ayrıca, alım veya ödeme gücü de gündeme gelecektir. Sağlık hizmetleri pazar koşullarında bir hizmet olarak görülürse, doğal olarak bu hizmetlerden sadece ödeme gücü olanlar yararlanabilecektir. Oysa DSÖ’ne göre sağlık hizmetleri “*bireylerin sosyal ve ekonomik olarak üretken bir yaşam sürdürmeye olanak sağlayan sağlık düzeyi*” oluşturacak nitelikte ve öncelikle “*gereksinimi olanlara, yetersiz sağlık hizmeti alanlara, yoksulluktan etkilenenlere sunulmalıdır.*” (Gruskin ve Tarantola, 2005)

DSÖ sağlık alanındaki reformların “*insan onuru, hakkaniyet, dayanışma ve meslek ahlak kurallarına dayandırılması gerektiğini*” açıklamıştır. Buna göre sağlık reformları, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve toplumun öncelikli sağlık sorunlarının çözümünü esas almalı ve birinci basamak sağlık hizmetlerine önem veren bir anlayışla yapılmalıdır(TC Sağlık Bakanlığı, 1998). Sağlık reformları sağlık hakkını daha fazla korumak için yapılmalı ve reformların gerçek performansı sağlık hakkına yaptığı katkılarla ölçülmelidir.

3.5. Hasta Hakları

3.5.1. Hasta Haklarının Kökeni

Hasta haklarının tanınması ve tıbbi uygulamalarda gözetilmesi anlayışının, 20.yüzyılın son çeyreğinde gündeme geldiği kabul edilmektedir. Dickens'a (1998) göre tarihte avukatlar, rahipler ve subaylarla birlikte hekimler de toplumlarda baskın ve otoriter bir konumda olmuşlar, hizmet sundukları kişilerden kendi bilgeliklerine ve kararlarına inanmalarını ve güvenmelerini beklemişlerdir. Geleneksel tıp anlayışı Hipokrat (MÖ 460-370) döneminin Hekim Andı'na dayanmaktadır. Hekim Andı'nın çok eski versiyonu, hekimlere, hastalarına sağlık durumları ve sundukları tedavinin doğası ve amacı ile ilgili bilgi vermeyi yasaklamıştır(Dickens, 1998). Hipokrat Külliyyatı'nın 16. Bölümünde, hekimlerin hastalarından pek çok şey gizleme 'akıllılığı' gösterebileceği, hastaya bilgi verildiği zaman pek çok hastanın daha kötüsünü seçebileceği belirtilmektedir(Ersoy , 2003).

18. ve 19. yüzyıllarda tıbbın sanattan bilime dönüştüğü, böylece bilimin popülerliği ile birlikte hekimlerin de toplumdaki seçkin konumlarını pekiştirdikleri iddia edilmektedir. Bu dönemlerde tıbbın, evlerdeki hasta yataklarından çıkarak hastanelerde, üniversite tıp bölümlerinde ve araştırma merkezlerinde uygulanmaya başlanmasına tanık olunmuştur. Bu yeni durumun hekimlerin sosyal, entelektüel ve bilimsel statülerine katkıda bulunmanın yanında, hastaların hekimlerine daha fazla saygı duyması ve hekimlerin yöntemlerini ve önerilerini sorgulamama ve koşulsuz kabullenme eğilimlerini de desteklediğine inanılmaktadır. Hem hekimler hem de hastalar, hekim önerilerinin tam bir itaatle yerine getirilmesi ve hekimlerin paternalistik (babacıl) rol üstlenmesi gerektiğini kabul etmişlerdir(Dickens, 1998).

20. yüzyılda eşitlik ve sosyal demokrasi kavramlarının, her çeşit otoritenin geleneksel kaynaklarına olan sorgulama eğilimini artırdığı ileri sürülmektedir. Bu durumun, yaptıkları işi açıklamayan ve sorgulanamayan hekimleri de etkilediği, sonuçta da hekimlerin, üstün konumda olmak ya da bulundukları toplumun sosyal ve

entelektüel öncüleri olmak yerine, eşit katılımcılar konumuna geldiği iddia edilmektedir(Dickens, 1998).

Tarihsel olarak hekim –hasta ilişkisinin, parasal anlayışa dayalı tipik bir “iş” ilişkisinden farklı olarak, “güven” anlayışı içinde biçimlendiği kabul edilmektedir. Ancak Annas (1998), sağlık bakımında artan beklentiler ve maliyetlerdeki artışın hastaların kendilerini “müşteri” olarak görmelerine yönelik katkı sağladığını, hastanelerin de 1980’lerden itibaren kendilerini özel işletmeler olarak görmeye başladığını öne sürmektedir. Amerikan mahkemeleri ve yasama organlarının, ev sahibi-kiracı, satıcı-alıcı, işveren-çalışan, polis-zanlı, ve gardiyan-tutuklu ilişkileri gibi daha önceden yasayla düzenlenmemiş olan alanlarda, daha zayıf olan tarafı, gücün kötüye kullanılmasından korumak üzere önlemler aldığını öne süren Annas (1998), tıp alanında hastaların haklarını kabul eden yasaların da benzer bir anlayıştan esinlendiğini ifade etmektedir.

Annas’a göre hasta haklarının tanınması üç temel öncüle dayanmaktadır. Bunlar :

- I. Sağlık hizmeti gereksinimi olan bireylerin, bir hekim veya sağlık kuruluşu ile ilişkiye girmekle otomatik olarak yitirilmeyen ve çoğu, “hak” olarak tanımlanabilecek çıkarları vardır(Annas, 2004). Annas “hak” kavramını “çıkar” olarak tanımlamakta ve bireyin önceden var olan haklarının, hasta olması durumunda ortadan kalkmadığını ifade etmektedir. Bireyin sadece insan olması nedeniyle önceden yani doğuştan kazandığı haklar “insan hakları” olarak kabul edilmektedir. Annas hasta haklarını, insan haklarının sağlık alanında yansımaları ve yeniden onaylanması olarak yorumlamaktadır.
- II. Birçok hekim ve sağlık kuruluşu bu hakların varlığını tam olarak bilmemekte ve uygulamada dikkate almamaktadır. Dolayısıyla bu hakların benimsenmesi ve korunması da mümkün olmamaktadır, hatta çoğu zaman “rücu hakkı” olmaksızın bunların uygulanması sınırlandırılmaktadır(Annas, 2004).

III. Tıbbi kararlar vermede hem hastalar, hem de hekimler açısından en yararlı model, hastanın haklarına ve kişiliğine saygı duyulduğu hekim-hasta ilişkisidir(Annas, 2004).

Annas, hastaların doğuştan gelen hakları olduğunu ve hastalık “özel durumunda” da bu hakların varolmaya devam ettiğini, ancak hekim ve sağlık kuruluşlarınca bu haklarının yeterince bilinmediğini ya da yaşama geçirilemediğini, aslında hasta ve hekim için en yararlı yöntemin hastaların haklarının gözetildiği bir sağlık hizmeti sunumu olduğunu belirtmektedir.

3.5.2. Hasta Haklarının Tarihçesi

Dünyada genel olarak hasta hakları hareketinin gelişimi tek bir ülkeyle sınırlı olmamıştır. Ancak hasta hakları hareketinin ilk olarak Amerika Birleşik Devletleri’nde gündeme geldiği kabul edilmektedir. İlk hasta hakları bildirgesi de bu ülkede yayınlanmıştır. Bu ülkede hasta hakları hareketini başlatan itici gücün Amerikan mahkemeleri ve özel sağlık sektörü olduğu kabul edilmektedir. Bu dönemde alınan bazı mahkeme kararları ile Amerikan Hastaneler Birliği’nin girişimleri hareketin doğmasında etkili olmuştur.

Hasta haklarının en önemlisi olan “aydınlatılmış onam hakkı”, 1972’de bir dizi mahkeme kararında önemle vurgulanmıştır. 1970’lerden önce hekimler tarafından çok fazla önemsenmeyen aydınlatılmış onam, bir anlamda bu ülkedeki mahkeme kararları ile hekimlerin gündemine girmiş, kısa sürede hekim ve hastalar tarafından etik bir kural olarak benimsenmiştir. Bu etik kuralı, kısa bir süre sonra “hastaların özerkliği” kavramı izlemiştir. (Görkey 2003)

Amerikan Hastaneler Birliği’nin o dönemde hasta haklarını gündeme getirmesinin nedeni ise hastaneye yatırılan hastaların ortalama bir hafta hastanede kalması, hastaların genelde kendi haklarını savunamayacak durumda olmaları, sağlıklı bireylerle devletin ise genelde, hastanedeki hastaların haklarından çok

hastaların barınması, eğitimi ve sağlık hizmetlerinde ırk ayrımı gibi konular ile ilgilenmesi olmuştur(Annas, 1995).

1969 yılında Amerika’da Hastane Akreditasyonu Ortak Komisyonu (JCAH) hastanelerle ilgili standartları yeniden gözden geçirmeye başlamıştır. Bu komisyon Amerikan Hastaneler Birliği ve Amerikan Cerrahlar Birliği’nin üyelerinden oluşan, özel ve gönüllü bir akreditasyon kuruluşu olup, hasta bakım standartlarının geliştirilmesine yönelik bazı önerileri kabul etmiştir. 1970 yılı haziran ayında dönemin popüler tüketici örgütü olan Ulusal Refah Hakları Örgütü (NWRO) konu ile ilgili olarak yirmi altı maddeden oluşan bir belge hazırlamıştır. Bu belge “tüketici” bakış açısıyla da olsa, hasta haklarına ilişkin ilk kapsamlı belge olarak kabul edilmektedir. Bu belgede; şikayetlere ilişkin prosedürler, hastane yönetim kurullarında toplumun temsil edilmesi, ödemenin kaynağı açısından ayırım yapılmaması, hasta nakillerine kısıtlılık getirilmemesi, mahremiyet gibi yeni hükümlere yer vermiştir. Uzun görüşmeler sonunda bu maddelerin bazıları JCAH’ın yenilenmiş standartları arasına girmiştir. 1980’lere gelindiğinde de “Hasta Hakları ve Sorumlulukları” başlığı ile akreditasyon kılavuzlarına girmiştir(Annas, 1998).

1972 yılının sonlarında Amerikan Hastaneler Birliği (AHA), *“bakım kurumsal bir yapı içinde verildiğinde geleneksel hekim-hasta ilişkisinin yeni bir boyut kazandığı, kurumun da hastaya karşı sorumluluğu bulunduğu”* öncülüne dayanan bir Hasta Haklar Bildirgesini benimsemiştir.

1973 yılında Amerikan Hastaneler Birliği’nin ilan ettiği Hasta Hakları Bildirgesi (A Patient’s Bill of Rights) 12 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler;

1. Hasta, tedavisi ve bakımı süresince saygı görme hakkına sahiptir.
2. Hasta hekiminden hastalığı ile ilgili tanı, tedavi ve hastalığının aşamaları ile ilgili güncel bilgileri, kendisinin anlayacağı bir dille alma hakkına sahiptir. Bu bilgilerin hastaya verilmesinin tıbbi açıdan önerilmediği durumlarda, gerekli bilgiler hasta adına yetkili olan bir kişiye verilmelidir. Hasta kendi tedavisi ve bakımını düzenleyen hekimini bilme hakkına sahiptir.

3. Hasta herhangi bir tedavi ve/veya yöntemle bağlanmadan önce hekiminden gerekli olan bilgiyi aldıktan sonra aydınlatılmış onamını verme hakkına sahiptir. Acil durumlar dışında, hastanın tedavisi veya bakımının anlamlı seçenekleri olması durumunda veya hastanın tıbbi alternatifler konusunda bilgi istemesi durumunda hastanın bu bilgilere ulaşma hakkı vardır. Hastanın aynı zamanda bu tedavi veya yöntemlerden sorumlu olan kişilerin isimlerini bilme hakkı vardır.
4. Hasta, yasaların izin verdiği oranda tedaviyi reddetme hakkına sahiptir. Hasta bu tutumunun tıbbi sonuçları hakkında da bilgilendirilmelidir.
5. Hasta, tıbbi bakım sürecindeki konuların mahremiyet olarak değerlendirilmesi hakkına sahiptir. Hastayı ilgilendiren olgu tartışması, konsültasyon, muayene ve tedaviler gizli tutulmalıdır. Hastanın bakımı ile doğrudan ilgili olmayan kişilerin bu süreçte bulunmaları hastanın iznine bağlıdır.
6. Hasta, kendi bakımı ile ilgili tüm iletişim ve belgelerin gizli tutulmasını bekleme hakkına sahiptir.
7. Hastanın, hastanenin olanakları ölçüsünde, talep ettiği hizmetlerin karşılanmasını bekleme hakkına sahiptir. Hastane, olgunun acil olması halinde, olguyu değerlendirmeli, gerekli hizmeti vermeli ve/veya -başka bir merkeze- sevkini yapmalıdır. Hasta, tıbbi açıdan uygun olması durumunda, alternatiflerin ve sevk gerekliliği konusunda tam olarak aydınlatıldıktan ve açıklama yapıldıktan sonra başka bir merkeze sevk edilebilir. Hastanın sevk edileceği kurum hastanın –önceden- sevkini kabul etmiş olmalıdır.
8. Hasta kendi tıbbi bakımını ilgilendirmesi nedeni ile, kendi hastanesi ile diğer sağlık merkezi arasında kurulan her türlü ilişki ile ilgili bilgiyi elde etme hakkına sahiptir.
9. Hastanede hastanın tedavisi veya bakımının etkileneceği konularda, insan üzerinde araştırma uygulanıyor veya bununla ilgisi bulunuyorsa hasta bu konuda öneri alma hakkına sahiptir. Hastanın araştırma projelerine katılmayı reddetme hakkı vardır.
10. Hastaların, tıbbi bakımlarının devamlılığını bekleme hakları vardır. Hastalar, hekimlerinin muayene saatlerini, ne zaman nerede bulunacaklarını önceden

bilme hakkına sahiptir. Hastanın, hekimi tarafından bilgilendirileceği bir mekanizmanın hastane tarafından sağlanmasını bekleme hakkı vardır.

11. Hasta faturasını inceleme ve bu konuda açıklama yapılmasını isteme hakkına sahiptir.

12. Hasta, hasta olarak kendisine uygulanacak hastane kuralları ve düzenlemelerini bilme hakkına sahiptir. (Görkey, 2003; Annas 2004)

1992 yılında bu bildirge yeniden gözden geçirilerek, tıbbi kayıtlara erişim ve en gelişmiş tıbbi yöntemlerin kullanılması konuları da eklenmiştir(Annas, 1995) Bu eklerle birlikte AHA'nın hasta hakları bildirgesinin metni; tıbbi bakımda hastaya saygı, mevcut tıbbi bilgi, aydınlatılmış onam, tedavinin reddedilebilmesi, mahremiyet, gizlilik, hizmet taleplerinin karşılanması, hastanın bakımıyla ilgili diğer kurumlar hakkında bilgi, araştırma projelerine katılmayı reddetme, tıbbi bakımın devamlılığı, mali ücretlerin incelenmesi ve açıklanması ve hastane yönetmelikleri hakkında bilgi, tıbbi kayıtlara erişim ve en gelişmiş tıbbi yöntemlerin kullanılması konularını içermektedir.

AHA tarafından ilan edilen bu bildirge, hasta hakları kavramını ilk kez ele alması açısından önemlidir. Ancak bildirge incelendiğinde, sıralanan bu hakların karşılanmadığı veya ihlal edildiği durumlarda, hastanın ne yapması gerektiği konusunda bir açıklık olmadığı göze çarpmaktadır. Hastaların haklarının çiğnendiği durumda şikayet etme haklarının bulunmaması veya genel olarak hak arama ve çözüm bulma yollarının açıkça belirtilmemiş olması önemli bir eksiklik olarak değerlendirilebilir. Aslında bu sorun, yasal boyut kazanmamış bütün hak taleplerinde ortaya çıkan bir durumdur. Bir hakkın yasallaşması, doğal olarak o hakkı uygulamada güçlendirecek bir niteliktir. Bu bildirmede ilan edilen çerçeve eksik, karmaşık ya da uygulanması zor gibi görünse de, hasta hakları konusunda bir duyarlılık yaratması ve belki de hastaları hakları konusunda daha fazla bilgilenebilir yönlendirmesi açısından önem taşımaktadır.

1974 ile 1988 yılları arasında ABD'nde birçok eyalet, hasta hakları konusunda yönetmelik ya da yasa şeklinde bir düzenlemeyi kabul etmiştir(Annas, 1995). Ancak

Amerikan Hastaneler Birliği tarafından başlatılan bu gelişmeler ABD’nde yaygınlaşırken, Amerikan Tabipler Birliği (AMA) 1989 yılına kadar hasta hakları konusunda özgün bir çalışma yapmamış, hatta bu süreçte farklı bir tutum sergilemiştir. Hastaların tıbbi kayıtlardaki bilgilere ulaşma hakkı, tedavi kararları alma hakkı, saygı görme hakkı, gizlilik hakkı ve bakımın devam ettirilmesi hakkı gibi haklarını kabul eden Amerikan Tabipler Birliği Temsilciler Komitesi, “*Hastanın temel sağlık (tıbbi) bakım hakkı vardır*” söylemini reddetmiş ve “*Herhangi bir ulusal sağlık bakım programı mevcut değilken ya da hastanın bir hekim ya da sigorta programıyla önceden varolan bir ilişkisi bulunmuyorsa ya da acil bir tıbbi durum yoksa Amerika Birleşik Devletleri’nde sağlık bakım hakkı yoktur*” denmiştir. Oysa 1948 yılından bu yana yapılan kamuoyu yoklamaları, çoğu doktorun ve Amerikalı’nın, bu hakkın varolduğuna ya da varolması gerektiğine inandığını göstermektedir(Annas, 2004). Amerikan Tabipler Birliği’nin bu yaklaşımı ilginç ve tartışmaya değer bir durumdur. Hekimlik meslek örgütü olarak sağlık bakım hakkının varlığını, belli koşullar dışında kabul etmemesi Amerikan sağlık sistemi ile ilgili ip uçları verirken, bu tutum Dünya Hekimler Birliği’nin bildirgeleri ile de uyumlu değerdir.

Bir çok ÷lke bu hakkı tüm vatandaşlarına yasalarla sağlamasına rağmen, 1993 yılına kadar Amerikan federal hükümeti sağlık bakımı hakkını istemeyi yasal kılan bir düzenleme yapmamıştır(Wellman, 1995).

Tarihçi Paul Starr, Birleşik Devletler’deki hasta hakları hareketini “*hakların genelleştirilmesinin*” bir parçası olarak görmekte ve sağlık bakımının temel insan hakları olarak tanınmasına yönelik hareketi, tıbbi bakım sürecindeki haklar için çalışmaya yönelik hareketten ayırmaktadır. Kendi ifadesiyle “*Yeni sağlık bakım hakları hareketi, daha fazla tıbbi bakım istemeye yönelik geleneksel taleplerin ötesine geçmiş ve tıpta otorite ve uzmanlığın dağılımını sorgulamaya başlamıştır*” (Starr, 1982).

3.5.3. Hasta Haklarının Uluslararası Boyutu

Genel olarak haklar evreninde, özel olarak da hasta hakları konusunda yasal olarak oluşturulmuş haklar ile yalnızca ahlaki olan haklar arasında bir orta alan bulunmaktadır. Bu ortak kümede bulunan haklar, uzman kurumlar (örneğin Dünya Hekimler Birliği) ve ulusal veya uluslar arası örgütler (Dünya Sağlık Örgütü, Birleşmiş Milletler gibi) tarafından sağlanan haklardır (Welman, 1995). Bu bildirgeler ve önergeler tek başına yasal zorlama gücünden uzak olmalarına rağmen, bu haklarda bahsedilen ahlaki değerleri topluma kabul ettirmek gibi güçlü bir etkileri bulunmaktadır. Ayrıca bu haklar belli bir süre sonra yasalaşabilmektedirler. Hasta hakları konusunda ilk bildirgeler Amerika Birleşik Devletleri'nde gündeme gelmişse de, hasta hakları hareketi sadece bu ülke ile sınırlı değildir. Gerek Avrupa Konseyi, gerek Dünya Sağlık Örgütü ve gerekse Dünya Hekimler Birliği hasta hakları konusunda artan bir ivme ile bu konuda çaba harcamışlardır.

Avrupa Konseyi Parlamenterler Meclisi 1975 yılında, on altı üye ülkeye bir taslak tavsiye kararı sunarak hastaların çektikleri sıkıntılarda kurtulmalarına ve insanca ölüm için yeterli şekilde hazırlık yapabilmelerine olanak sağlayacak gerekli tüm önlemlerin alınmasını, ötenazi konusunu incelemek üzere bir komisyon kurulmasını ve doktorların hastaların talep etmeleri durumunda hastalıkları ve önerilen tedavi hakkında tam bilgiye sahip olma ve hastanelere girişte kurumun rutin prosedürleri ve tıbbi ekipmanı hakkında özel bilgi almaya hakkı olduğu konusunda ikna edilmesini önermiştir. 1990'lı yıllara gelindiğinde Avrupa Hasta Hakları Bildirgesi konusundaki çalışmaları büyük yol almış duruma gelmiştir(Görkey, 2003).

Tüm dünyadaki sağlık konusundaki insan haklarının tanınmasına yönelik eğilim, genel olarak insan haklarının tanınmasına yönelik hareket bağlamında olmuştur. Sözgelimi bedensel bütünlüğe yönelik hakların tanınması, genel olarak tıbbi bağlamda tedaviyi reddetme hakkına dönüşmektedir. Bu bakımdan Nuremberg Yasası (1947), Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (1948) ve Birleşmiş Milletler Uluslararası Sivil ve Siyasal Haklar Sözleşmesi (1966) bu konudaki temel belgelerdir.

Dünya Hekimler Birliği'nin (DHB) “İnsan Denekler Üzerindeki Biyomedikal Araştırmalar İçin Hekimlere Yol Gösterici Öneriler” konusunu içeren 1964 tarihli Helsinki Bildirgesi, sağlıklı ya da hasta insan denekler üzerindeki biyomedikal araştırmalarda uyulması gereken temel ilkeleri ortaya koymuştur. Araştırmalar sırasında deneklerin hakları ortaya konulmuş ve bu hakların korunmasının etik ve hukuki bir sorumluluk olduğu ifade edilmiştir. Yaşama hakkı, insan onuru ve vücut bütünlüğüne saygı, aydınlatılmış onam, reddetme hakkı, ayrımcılık yapılmaması gibi temel haklar ve değerlerin gündeme getirildiği bu bildirge, 2004 yılına kadar toplam yedi kez güncellenerek son şeklini almıştır(Güvercin ve Arda, 2005).

3.5.4. Hasta Hakları Konusunda Uluslararası Bildirgeler

1980'li yıllardan itibaren Dünya Hekimler Birliği ve Dünya Sağlık Örgütü, hasta hakları konusunda uluslararası düzeyde başat duruma gelmişlerdir. DHB, 1981 Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi (Sayek, 1998) ile hekimlik örgütü olarak bu alana özel bir katkı sağlamıştır. DHB'nin 34. Genel Kurulu'nda kabul ettiği ve hasta hakları konusunda ilk uluslararası belge olan bu bildirge, bazı temel hasta haklarını ortaya koyan 6 maddelik, kısa bir metindir. Hekim seçme hakkı, özgürce karar verebilen bir hekim tarafından bakım alma hakkı, tedavi konusunda karar verme hakkı, gizlilik hakkı, onurlu ölüm hakkı ve dini teselli hakkı olmak üzere bazı haklar dile getirilmektedir. İçeriği kısıtlı da olsa Lizbon Bildirgesi bu alanda bir ilk olarak tarihteki yerini almıştır.

3.5.4.1. Lizbon Bildirgesi (1981)

1. Hasta hekimini özgürce seçmelidir
2. Hastalar hiçbir etki altında kalmadan özgürce klinik ve etik karar verebilen hekim tarafından bakılabilmelidir
3. Hasta yeterli bilgilendirmeden sonra önerilen tedaviyi kabul veya reddedebilme hakkına sahip olabilmelidir
4. Hasta hekimden tüm tıbbi ve özel hayatına ilişkin bilgilerin gizliliğine saygı gösterilmesi hakkına sahiptir

5. Her hastanın onurlu bir şekilde ölmeye hakkı vardır.
6. Hasta dini veya ruhi telkin ve teselliye kabul veya reddetme hakkına sahiptir(Sayek, 1998).

DHB'nin Lizbon Bildirgesi'nden sonraki ilk adım, DSÖ'nün Amsterdam Bildirgesi'dir. 28-30 Mart 1994 tarihinde yayınlanan bildirge DSÖ Avrupa Bürosu tarafından Avrupa Hasta Hakları'nın Geliştirilmesi Bildirgesi Olarak Amsterdam Bildirgesi (Ek-2) adıyla yayınlanmıştır(Sayek, 1998). Amsterdam Bildirgesi bölgesel bir bildirge gibi sunulmuşsa da kapsamlı, oldukça detaylı ve uygulamaya dönük özellikleriyle aslında evrensel niteliktedir. Bildirge ile birlikte hasta haklarının yalnızca uluslararası metinlerle yeterli düzeyde korunamayacağı ve ulusal boyutta da yasal düzenlemelerin gerekli olduğu eğilimi yaygınlaştırmıştır. Bildirge hasta haklarının, Avrupa bölgesindeki çoğu ülkenin ulusal yasalarına girmesinde önemli bir rol oynamıştır. Amsterdam Bildirgesi; sağlık bakımında insan hakları ve değerleri, bilgilendirme, onay, mahremiyet ve özel yaşam, bakım ve tedavi ile başvuru olmak üzere 6 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sağlık - insan hakları ilişkisine gönderme yapan bildirge, bu bölümde aynı zamanda koruyucu önlemler alınması hakkını da dile getirmektedir. Koruyucu önlemlerin alınması hakkının gündeme gelmesi oldukça önemli bir adımdır. Bu hak, aynı zamanda hasta hakları ile sağlık hakkının kesiştiği ortak alanını oluşturmakta ve hasta hakları ile sağlık hakkının aslında ne kadar iç içe ve birbirine geçişli olduğunu göstermektedir.

3.5.4.2. Amsterdam Bildirgesi (1994)

Avrupa Hasta Hakları'nın Geliştirilmesi Bildirgesi olarak yayınlanmış bu bildirge kapsamlı bir içeriğe sahiptir.

1. Sağlık Bakımında (Hizmetlerinde) İnsan Hakları ve Değerleri
2. Bilgilendirme
3. Onay
4. Mahremiyet ve Özel Yaşam
5. Bakım ve Tedavi
6. Başvuru

DSÖ'nün Avrupa Bölge Ofisi tarafından ilan edilen Amsterdam Bildirgesi'nden sonra, DHB de Lizbon Bildirgesi'nin yeniden güncellenmesini amaçlayan bir çalışma başlatmıştır.

DHB, Lizbon Bildirgesi ile hasta hakları konusunu ilk kez gündemine almış ve bu konuda belli ilkeleri kabul etmiştir. Ancak tıptaki hızlı gelişmeler, iletişim olanaklarıyla tıp bilgisinin yaygınlaşması ve tıbbın her geçen gün artan bir şekilde toplumsal yaşamın önemli bir unsuru olmaya başlaması, bu bildirgenin geliştirilmesi gereğini ortaya çıkarmıştır(Oğuz, 1997). DHB Eylül 1995'te Endonezya'nın Bali adasında yaptığı 47. Genel Kurulu toplantısında Lizbon Bildirgesi'ndeki hasta hakları unsurlarını yeniden gözden geçirerek, daha kapsamlı bir metin ortaya koymuştur. Lizbon Bildirgesi'ndeki hasta hakları ilkeleri genişletilerek önemli bir gelişme sağlanmıştır. Lizbon II olarak da adlandırılan Bali Bildirgesi (Ek-3), aynı zamanda Amsterdam Bildirgesi'nin Avrupa coğrafyası ile sınırlı tutulan ilkelerini, yeni unsurlar da ekleyerek evrenselleştirmiştir.

3.5.4.3. Bali Bildirgesi (Lizbon II Bildirgesi) (1995)

Bali Bildirgesi Lizbon Bildirgesi'ne göre oldukça detaylı ve geniş kapsamlıdır. Bildirge bilinci kapalı hasta, yeterliliği olmayan hasta gibi yeni konuları sürece katmıştır ve toplam on bir başlıktan oluşmaktadır.

1. Kaliteli Tıbbi Bakım Alma Hakkı
2. Seçme Özgürlüğü Hakkı
3. Kendi Kaderini Belirleme Hakkı
4. Bilinci Kapalı Hasta
5. Yasal Olarak Yeterliliği Olmayan Hasta
6. Hastanın İsteğine Karşın Yapılan Girişimler
7. Bilgilenme Hakkı
8. Gizlilik Hakkı
9. Sağlık Eğitimi Hakkı
10. Onurunu Koruma Hakkı
11. Dini Yardım Alma Hakkı

3.5.4.4. Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biotıp Sözleşmesi (Oviedo) (1997)

Hasta haklarının gelişimi sürecinde Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biotıp Sözleşmesi de önemli katkılar sağlamıştır. Bu sözleşme Kasım 1996'da Strasbourg'daki toplantıda bir tasarı olarak kabul edilmiş, 04 Nisan 1997'de İspanya'nın Asturias özerk bölgesinin başkenti Oviedo'da, "Biyoloji Ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları Ve İnsan Onurunun Korunması Sözleşmesi: Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biotıp Sözleşmesi (Ek-4) "olarak ilan edilmiştir(Sayek, 1998).

Bu sözleşme, biyoloji ve tıp alanında artan bir hızla ortaya çıkan gelişmelerin insana saygı ve insan onurunun güvence altına alınmasını, bu alanın kötüye kullanılmasının önlenmesini, uygulamada ortaya çıkacak sorunların çözümü için kamuoyu oluşturulmasını, toplumun üyelerine haklarını ve sorumluluklarını bildirmek gibi amaçlarla yürürlüğe konulmuştur. Kapsamlı bir metin olan sözleşme, insan yararı ve gönencinin bilimin ve toplumun yararının üstünde tutulması, herkesin sağlık hizmetlerinden adil bir şekilde yararlanması, sağlık alanında herhangi bir müdahalenin ilgili mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak yapılmasını önermektedir. Sözleşmede aydınlatılmış onam, özel yaşama saygı, bilgilendirme hakkı, acil durumda tıbbi bakım hakkı, bilimsel araştırma standartları, genetik ayrımcılık yapılmaması ve organ aktarımı konularını ele alınmıştır.

Bu sözleşme 1997 tarihinde kabul edilmiş olup, ülkemizde Hasta Hakları Yönetmeliği'nin ilanından önceki en güncel uluslararası belgedir. Hasta Hakları Yönetmeliği oluşturulurken bu bildirgeden önemli ölçüde yararlanıldığı kabul edilmektedir(Aydın, 2004).

3.5.4.5. Roma Sözleşmesi (2002)

Avrupa Birliği'nin hasta hakları çalışmalarını koordine eden ve bu alandaki pek çok sivil toplum örgütüyle birlikte hareket eden "Active Citizenship Network Grubu" 2002 yılının Kasım ayında Roma'da Hasta Hakları'na İlişkin Avrupa Statüsü (Ana

Sözleşmesi)’ni (Ek-5) kabul etmiştir. Sözleşme, Avrupa Sosyal Modeli’nin öngördüğü kuralların uygulamadaki görülen kısıtlılık ve aksaklıklarını gidermek üzere, Avrupa kamuoyunda hasta hakları bilinci yaratmak, bu hakların en üst düzeyde korunmasını sağlamak ve sağlık bakım politikalarının oluşturulmasında toplumun katılımını desteklemek gibi sosyal hedefleri amaçlamaktadır. Bildirge’nin giriş bölümünde *“hakların teorik olarak doğrulanıp uygulamaya gelince finansman sıkıntısı (mali sınırlamalar) yüzünden inkar edilmelerini kabul edemeyiz. Mali kısıtlamaların mevcudiyeti, hasta haklarını inkar etmeyi ya da zedelemeyi gerektirmez. Bu hakların kanun ile belirlenip sonradan dikkate alınmamaları ve seçim kampanyalarında (programlarında) gündeme getirilip sonra yeni hükümet kurulunca unutulmaları kabul edilemez”* denilerek çarpıcı uyarılarda bulunmaktadır (Activecitizenship, 2007).

Hasta Hakları’na İlişkin Avrupa Statüsü Ana Sözleşmesi, Roma (Kasım 2002)

1. Koruyucu Tedbirlerin Alınması Hakkı
2. Yararlanma Hakkı
3. Bilgi Hakkı
4. Onay Hakkı
5. Özgür Seçim Hakkı
6. Özel ve Gizlilik Hakkı
7. Hastaların Vaktine Saygı
8. Kalite Standartları Hakkı
9. Güvenlik
10. Yenilik Hakkı
11. Gereksiz Ağrı/Acı ve Sıkıntıdan Sakınma Hakkı
12. Kişisel Tedavi Hakkı
13. Şikayet Hakkı
14. Tazminat Hakkı

Sözleşmede 14 adet hasta hakkı ifade edilmiştir (Activecitizenship, 2007). İlk iki madde, koruyucu tedbirlerin alınması hakkı ve sağlık hizmetlerinden yararlanma

hakkını dile getirmektedir. Bu yaklaşım hasta haklarının, yalnızca hastalık durumuyla sınırlı olmayan kapsamını gündeme getirmekte ve sağlık hakkı ile olan güçlü ilişkisini de ortaya koymaktadır. Sözleşmenin oluşturulmasında sivil toplumun öncülük yapmış olması, hasta haklarının toplumda benimsenmesi açısından da ayrıca değer taşımaktadır.

Active Citizenship tarafından Brüksel'de Avrupa Birliği'nin merkezinde 28-31 Mart 2007 tarihleri arasında yapılan toplantıda "29 Mart Avrupa Hasta Hakları Günü" olarak kabul edilmiştir.

Lizbon Bildirgesi Ekim 2005'de Şili Santiago'da, Bali'den sonra ikinci kez gözden geçirilmiş ve güncellenmiştir. Santiago Bildirgesi (Ek-6), uygulamadaki sorunlar karşısında bazı uyarıcı ve yol gösterici eklemeleri içermektedir. Özellikle tıbbi uygulamalarda hekimin vicdanı ve hasta yararı gözetilmek durumunda ise de, hasta özerkliğine saygı ve adaletin sağlanması için çaba gösterilmesine özel vurgu yapılmaktadır.

Hasta hakları konusunda değişik uluslararası metinlerde farklı hasta hakları grupları verilmektedir. Ancak temel hasta hakları olarak tanımlanabilecek haklar nelerdir? Annas'a (2004) göre hasta haklarının merkezinde beş hak bulunmaktadır. Aydınlatılmış onam, gizlilik ve özel yaşama saygı hakkı, tedaviyi reddetme hakkı, acil bakım hakkı ve savunma hakkıdır. Bütün bildirgelerde yer alan aydınlatılmış onam hakkı hasta haklarının merkezinde bulunan en temel kavramdır. Bu tez bağlamında en temel hasta haklarının sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, aydınlatılmış onam hakkı ile mahremiyet ve özel yaşama saygı hakkı olduğu kabul edilmektedir. Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, hasta haklarının ön koşulu durumunda olan bir haktır ve önceki bölümlerde de yeterince incelendiği için ayrı bir başlık altında incelenmeyecektir, bu bölümde diğer iki hak olarak aydınlatılmış onam hakkı ile mahremiyet ve özel yaşama saygı hakkı ele alınacaktır.

3.5.4.6. Aydınlatılmış Onam

Aydınlatılmış onam, özerkliğe saygının tıp uygulamasındaki yansımasıdır. Özerklik, özgürce karar verebilme ve bu karara dayanan bir eylemde bulunabilme yeterlik ve yetkinliği olarak tanımlanmaktadır. Özerkliğin içerik olarak birbiriyle ilişkili üç ögesi bulunmaktadır. Bunlar özerk birey, özerk seçim ve özerk eylemdir. Özerk birey kendi değer, inanç ve yaşam hedefleri çerçevesinde akılcı-özerk eylem ve seçimde bulunabilen bireydir. Özgür seçim, bireyin kendi yeterlik ve özgür koşulları içinde akılcı karar ve eylemlerini belirlerken yapmış olduğu seçimdir. Özerk bireyin özerk seçimde bulunarak ortaya koyduğu eylem ise özerk eylem olarak tanımlanır. Özerk eylem amaçlı, bilinçli, istekli ve her türlü baskıdan uzak eylemdir(Büken, 2000).

Özerklik yaşamın her döneminde azalabilir ya da yok olabilir yaşlılık, psikiyatrik hastalıklar ve bilinç kaybı gibi durumlar sözkonusu olabilir. İşte tıbbın amaçlarından biri de, hastalığı ortadan kaldırarak ya da etkisini azaltarak bireyin özerkliğini korumaktır. Bu nedenle özerkliğe saygı gösterilmesi zorunluluğu sağlık çalışanlarına etik bir sorumluluk yüklemiştir ve bu ilkenin tıp uygulamasındaki karşılığı aydınlatılmış onamdır(Oğuz, 1994).

Aydınlatılmış onam, bir hastanın tanı ve tedavi yöntemlerinin kapsamını, yararlarını, risklerini varsa seçenek yöntemleri bilerek bir uygulamayı kabul etmesidir(Arda, 2002).

İnsan onuru ve bütünlüğünü korumayı hedefleyen aydınlatılmış onam öğretisi iki temel ilkeden köken almaktadır: Bunlar, güvene dayanan ilişkinin sorumlulukları ve bireyin kendisi hakkında karar verme hakkıdır. Güvene dayalı ilişki kavramı içinde hekim kendisine inan ve güvenen hastanın iyi niyetine sadık kalarak, daima onun yararını gözetmelidir. Bireyin kendisi hakkında karar verme hakkı ise, yeterliliği olan kişinin kendi bedenine ne yapılacağı konusunda karar verme hakkına sahip olduğu ve isteği dışında hiçbir uygulamaya zorlanamayacağı anlamını içermektedir. Bu iki ilke ışığında aydınlatılmış onam kavramı bireyin kendi bedeninin sahibi olduğu ve insan olarak bütünlüğünün korunması gerektiği fikri

üzerinde temellendirilmiştir(Ersoy, 2003). Aydınlatılmış onamın altında yatan değerler, özellikle hasta yeterli olmadığı durumlarda bir referans noktası haline gelmiştir. Aydınlatılmış onam; hekim–hasta ilişkisinin yasal ve felsefi köşe taşı konumuna geldiği ve paternalizm geleneğinin yerine geçtiği kabul edilmektedir(Moreno ve ark, 1998). Günümüzde hekimler için sadece etik bir sorumluluğun ötesinde yasal bir görev de olmuştur(Arda, 2004). Bu nedenle aydınlatılmış onamın etik, hukuksal ve tıbbi boyutları vardır.

Hekim paternalizmine karşı geliştiği kabul edilen aydınlatılmış onam; kısmen klinik araştırmalardaki insan deneklerin haklarının ihlal edildiği algısını da içeren ve kamuoyuna mal olmuş olaylara, kısmen de doktor-hasta ilişkisinde onam alınmamış uygulamalarla ilgili davalarda bir dizi mahkeme kararına bağlanmaktadır. Tıbbın gücünün artmasıyla, onun sonuçlarından doğrudan etkilenenlerin, bu sonuçlar üzerinde denetim yapma isteminin de arttığı kabul edilmektedir. İronik olarak, hekimlerin bilgi ve deneyimi arttıkça, önceden klinik kararlar almada sorgulanmayan otoritelerinin, gittikçe azalmakta olduğu öne sürülmektedir(Moreno ve ark, 1998).

Genel olarak tıp uygulamalarında hekimlerin hastalarına karşı görevlerinde iki yasal kuram kabul edilmiştir. Hangi kurama dayalı olursa olsun görevin yerine getirilmesindeki başarısızlık cezalandırma sorumluluğu ya da zararın karşılanması zorunluluğu getirmektedir.

Kötü muamele teorisine göre; davacıya bildirilmeyen veya örtülü de olsa izni olmadan, fiziksel bir temastan kaynaklanan herhangi bir kasti eylemden dolayı, sanık sorumluluk taşır. Ancak kötü muamele için, “kötü bir niyet” veya “zarar” gerekme de, pratikte uğraşmaya değer olması için bu şartlardan en az birini taşınmalıdır. Kötü muamele veya “onay alınmamış uygulama”nın ardında yatan felsefe, 1914’te Hakim Cardoza’nın verdiği *“Erişkin yaşta ve sağlam bir akla sahip olan her insan, kendi bedenine yapılacaklar konusunda karar verme hakkına sahiptir ve hastasının onamı olmaksızın ameliyat gerçekleştiren bir cerrah suç işlemiştir. (Schloendoff v. New York Hastaneleri Birliği)”* mahkeme kararındaki bireysel karar alma hakkını desteklediği dava sonucuna dayanmaktadır(Moreno ve ark, 1998).

İhmal teorisin göre, sanığın davacıya yönelik bir görevini yaparken, dikkatsizlikten dolayı bir hasar oluştuğunda sanık dikkatsiz eylem ve ihmalden dolayı sorumluluk taşımaktadır. Gerekli veya yeterli özenin gösterilmemesi olan ihmalcilik, kasıtsız olarak zarar vermeye yönelik haksız eylemdir. Aydınlatılmış onamda ihmalcilik eylemi, hekimin hastasını bilgilendirmek için gerekli özen görevini yerine getirmemesini, sonuçta mali olarak ölçülebilir bir zarara yol açmasını ve yeterliliği olan bir bireyin buna onay vermemesini içermektedir. Bazı hukukçular kötü muamele teorisinin aydınlatılmış onamın dayandığı kişisel karar felsefesini ihmal teorisinden daha iyi yakaladığını savunmaktadırlar. Başka bir konu da, herhangi bir zarara neden olmadan, sadece onay almamanın vücut bütünlüğüne yönelik bir girişim olup olmadığı ve bunun telafi edilip edilemeyeceği konusudur. Kötü muamele kuramı, tıbbi sebeplerle bile olsa onay alınmamış uygulamaların telafi konusu olduğunu ifade ederken, ihmal kuramı telafi gerektirmemektedir(Moreno ve ark, 1998).

Aydınlatılmış onam sürecinin belli unsurları bulunmaktadır(Beauchamp ve Childress, 2001)

Başlangıç unsurları ya da önkoşullar

- Yeterlilik (anlama ve karar)
- Gönüllülük (karar vermede)

Aydınlatmanın unsurları

- Bilgi aktarma ve açıklama (temel bilgilerin aktarılması)
- Öneri (bir plan önerisi)
- Kavrayış (bu iki unsurun kavranması)

Onamın unsurları

- Karar (bir plan konusunda)
- Yetkilendirme (seçilmiş plan konusunda yetki verme)

Beauchamp ve Childress (2001) aydınlatılmış onam sürecinin iki önkoşulu bulunduğunu belirtmektedir. Bunlar yeterlilik ve gönüllülüktür.

Yeterlilik, hastanın belli bir zamanda, varolan tedavi seçenekleri hakkında anlamlı bir seçim yapma kapasitesi olarak açıklanmaktadır. Ayrıca iletişim kurma, bilgiyi anlama ve sonuç çıkarma yeteneği olarak da tanımlanmaktadır(Ersoy, 2003).

Gönüllülük, hastanın herhangi bir baskı ve aşırı etki altında kalmadan tedavi kararını özgürce vermesidir. Ancak hastalığın neden olduğu acı, sıkıntı, depresyon gibi iç etmenler ile, aşırı ikna, baskı ve yönlendirme gibi dış etmenler gönüllülüğü olumsuz etkilemektedir(Ersoy, 2003).

Aydınlatılmış onam verme yeterliliğine sahip hastaların, kendi durumları ve tedaviyi reddetmeyi de içeren seçenekler konusunda bilgi alma hakkı vardır. Ancak hastanın açıklanan bilgiyi anlaması ve değerlendirmesi önemlidir. Bu nedenle hasta kritik bilgiden yoksun ise hiçbir aydınlatılmış onam geçerli kabul edilemez, bu nedenle hastanın anlayıp anlamadığının denetlenmesi gereklidir. Bilginin teknik tıbbi terimler yerine, hastanın eğitimine, kültürüne ve anlama kapasitesine uygun basitleştirilmiş terimlerle açıklanması hastanın anlamasını kolaylaştıracaktır. Hastalığı ile ilgili en uygun tedavi planları ve öneriler anlatılmalı, karar vermesi konusunda bilgi desteği verilmelidir. Yine de teknik bilginin özellikle stres altındaki insanlarla paylaşılması konusunda sorunlar bulunmaktadır. Hastanın herhangi bir baskı altında kalmadan ve gönüllü olarak seçtiği ve kabul ettiği uygulamaya onay vermesi gerekecektir. Geçerli aydınlatılmış onam sürecinin tamamlaması için son aşama hastanın hekimi yetkilendirmesidir. Bu yetki sadece hasta veya hasta yetersiz ise yasal temsilcisi tarafından verilebilir(Ersoy, 2003; Moreno ve ark, 1998).

Geleneksel olarak tıp eğitiminde, sosyal ve kültürel farklılıklara yer verilmediği ve sosyolojik bir bakış açısı kazandırılmadığı için, aydınlatılmış onam sürecinde hekim-hasta arasında bazı engeller ortaya çıkmaktadır. Hekim, teknik bilgilere sahipken, hasta farklı değerlere ve farklı algılamalara sahiptir. Hastalıkların tanımı, sağlık hizmetlerine ve hekime bakış açısı gibi konularda farklı inanç ve tutumları

vardır. Örneğin ABD’nde yaşayan Vietnam kökenli Hmonglar, önemli tıbbi kararlarını topluluğun yaşlılarına bırakırlar veya en azından yaşlıların onayını ararlar(Moreno ve ark, 1998). Ülkemizde de tıbbi kararlar almada “aile meclisi” önemli bir kurumdur. Aile meclisi, aile bireylerinin ortak görüşlerini belirleyen ve yerine getiren bir heyet olarak tanımlanmaktadır(TDK, 2005). Bu heyet ailenin büyüklerinden oluşur ve önemli konularda karar verebilen bir karar organı işlevine sahiptir. Aydınlatılmış onam almada hasta yerine, farklı karar alma düzeneklerine sahip olan aile meclisinin sürece katılmasıyla, hekimin bilgilendirme ve onam alma işlemi daha da zorlaşabilir. Bu bağlamda, aile meclisinin verdiği kararın hastanın özerk kararı olarak değerlendirilmesi ve bu onamın geçerli kabul edilmesi konusunda kuşklar ortaya çıkmaktadır.

3.5.4.7. Mahremiyet ve Özel Yaşama Saygı Hakkı

Kişinin bakım ve tedavi amacıyla ya da başka bir sebeple açıklamak zorunda olduğu, ancak, toplumdaki tüm bireylerin bilgisinden saklamak istediği yaşam alanına, “mahremiyet” denir(Çinko; 2001). En geniş anlamıyla, kişinin içinde bulunduğu durumda, diğer kişilerin karışmasından uzak olması, uzak kalmasının sağlanması durumudur(Oğuz ve ark, 2005). “Özel yaşam alanı”nı ise, bireyin bizzat kendisi tarafından oluşturduğu ve/veya önemsendiği değerler ve yaşam tarzı oluşturmaktadır. Bu değerler içinde, kişinin inanışları, felsefî düşüncesi, hayata bakış açısının oluşmasında etkili olan konular da yer almaktadır. Mahremiyet ve özel yaşam alanı, birlikte ele alındığında, kişinin başkasının bilgisinden sakladığı şeyler, yaşamsal değerleri ve yaşama tarzının önemsenmesini ve korunmasını kapsamaktadır(Çinko; 2001). Mahremiyet, bireyin onurunu ve özerkliğini korumanın esası olarak Hipokrat döneminden beri tıp mesleğinin etik ilkeleri arasındaki yerini korumaktadır(Ersoy,2003).

Özel yaşamın gizliliği, istenmeyen kişilerin varlığı ile bozulabildiği gibi, fiziksel yakınlık dahi özel yaşamın gizliliğine zarar verebilir. Bu yakınlığın derecesi, neyin bu gizliliğe zarar verdiği ise kültürel koşullara, kişinin içinde bulunduğu

toplumsal duruma göre değişmektedir. Özel yaşama zarar vermeme, insan saygının zorunlu bir sonucu olarak görülmektedir(Oğuz ,1994).

Hekim, muayene ile hastanın vücut yapısını, hastalığını, geçmişini öğrenmekte; gerekirse ek sorular sorarak özel yaşamına ilişkin bilgilere sahip olmaktadır; yapacağı tetkik ve tahlillerle de hastanın da bilmediği bilgilere sahip olacaktır. Sonuç olarak her tıbbî uygulama hasta için, hem vücut bütünlüğüne hem de özel yaşamına bir müdahale anlamı taşımaktadır.

Hasta, tüm sağlık çalışanları ve diğer hastalar açısından kendi vücudu ve bilgilerinin gizlenmesi hakkına sahiptir. Tüm hastaların ırk, kültür, etnik köken, din, cinsiyet, cinsel eğilim, engellilik, yaş, sosyoekonomik durum gibi özellikleri açısından ayrımcılığa uğramadan sağlık bakım hakkı bulunmaktadır. Hasta, tüm bilgilerin kendi tıbbi kayıtlarında yer alması hakkına sahiptir ve isterse bu kayıtları inceleme, yanlışları düzeltme ve kopyasını alma hakkına sahiptir. Hasta bakımıyla ilgisi olmayan kişiler, hastanın açıkça onayı olmadan hastanın tıbbi kayıtlarına erişmemelidir(Annas, 2004). Hastanın özel bilgilerinin gizliliğinin korunması aynı zamanda hastanın sağlığına da hizmet edebilmektedir. Karşılıklı güven ilişkisinde bilginin özgür aktarımını sağlayarak, tedavinin etkin kılınmasına ve kişisel bilgiye karşı duyarlılık kazandırarak hastanın özerkliğinin korunmasına katkı sağlanmaktadır. Toplumun ahlaksal yapısının korunmasına da hizmet ederek, güven ilişkisi içinde hastayı bilmesi gereken kişilere gönüllülükle açıklama yapmaya cesaretlendirmektedir(Ersoy, 2003).

Hastanın mahremiyet ve özel yaşam hakkı, hekim ve diğer sağlık personelinin hasta hakkında edindiği bilgileri, üçüncü kişilere aktarmamasını, hasta ile ilgili bilgilerin saklanması gerektirmektedir. Sadece hastanın ölümü değil hekimin de ölümü durumunda bile mahremiyet hakkı korunmalıdır(Çinko, 2001).

Hasta mahremiyeti ve sırlarının korunması, başkalarının yaşamını tehlikeye atma olasılığı yüksek olan hastalıklarda ciddi etik ikilemler yaratmaktadır. Hastanın bilgilerini koruma ödevi ile üçüncü kişilerin zarar görmesini engelleme ödevi

çatışmaktadır. Bu gibi tehlikeli hastalıkların gizlilik yükümlülüğünün istisnası olarak kabul edilmesi gerektiği konusundaki görüşler, gizliliğin amaçsız bozulmasını önleyecek düzenlemeleri de zorunlu kılmaktadır. Risk altındaki kişilerin gerçek zarar görme olasılığının yüksek olması, zararı önleyecek başka bir yol olmadığı durumlarda ve gizlilik ihlali en aza indirilerek yapıldığında haklı çıkarılabilmektedir. Ancak her durumda hastanın aydınlatılmış onamının alınması da etik bir gereklilik olarak görülmelidir(Ersoy, 2003).

Günümüzde hekimlerin hastasının sırlarını korumakla ilgili mutlak bir ödevi olduğu yolundaki anlayış değişikliğe uğramıştır. Yani hekimin hastasının sırlarını mutlak koruması değil, saygı göstermesi yönünde bir yaklaşım benimsenmiştir. Bu bağlamda tıbbi gizlilik ilkesi genelin esenliğine, hastanın özerkliğine ve mahremiyetine saygıyı artırmak gibi asıl amaçlara hizmet eden bir araç olarak kabul edilmektedir. Bu çağcıl yaklaşım hekimin hastanın sırrını korumakla ilgili yükümlülüğünün mutlaklığını ortadan kaldırmaktadır(Ersoy,2003).

Hasta hakları konusundaki uluslararası bildirgeler ulusal hukuka da yol gösterici olmuştur. Bu uluslararası metinlerin sıkça güncellenmesinin aslında hasta hakları kavramının dinamik ve yenilikçi yapısından kaynaklandığı ileri sürülebilir. Hasta hakları kavramı durağan bir yapıda olmayıp bilimsel teknolojik ilerlemeler, sosyal alanda yaşanan değişimlerle önu açık bir kavram olarak değerlendirilebilir.

Hasta hakları konusundaki gelişmeler ülkemizde nasıl bir yol izlemiştir? Bu bölümde bu süreç incelenecektir.

3.6. Türkiye’de Hasta Haklarının Gelişimi

Hasta hakları kavramı, insan hakları ve tıp alanındaki ilerlemelerle birlikte ortaya çıkmış ve özellikle 20. yüzyılın son çeyreğinde somut olarak gündeme gelmiştir. Önce uluslararası bildirgelere konu olan hasta hakları, geçen yüzyılın son on yılı içinde dünyada birçok ülkede ve Türkiye’de yasal bir boyut kazanmıştır. Ülkemizde

hasta haklarının yasal düzenlemelere girmesi birden bire olmamıştır ve uzun bir hazırlık süreciyle olgunlaşmıştır.

Cumhuriyet öncesi dönemde, Anadolu Selçukluları ve Osmanlı İmparatorluğu dönemlerinde tıbbi uygulamalarda hasta rızasının alınmasına önem verilmiştir. İslam hukukuna uygun olarak, her iki dönemde de, eğer hastanın rızası alınmış ve hekimin mesleki bir kusuru bulunmuyorsa hekim, uygulamalarından dolayı sorumlu tutulmamıştır. Bu dönemlere ait şer’i mahkeme hükümlerinde, hasta rızasına dayalı uygulamalarda, oluşabilecek başarısız sonuçlarda hekimin sorumluluğunun oluşmadığı yönünde kararlar bulunmaktadır. Bu şer’i sicillerde, cerrahi girişim için hastalardan veya yakınlarından alınan rıza senetleri ile şahit beyanları da yer almaktadır(Ersoy, 2003). Hastalar bu rıza senetlerinde, hekimin yaptığı tıbbi girişimde bir olumsuzluk olduğunda şikayetçi olmayacaklarını ve kan davası gütmeyeceklerini hakim karşısında beyan etmiş olmaktadırlar.

Ülkemizde Cumhuriyet’in kuruluşundan sonra hasta hakları ile ilgili gelişmelerin ipuçlarını sağlık sistemimizde bulmak mümkündür. Sağlık alanında bugüne kadar yapılan çok sayıda yasal düzenlemeler içinde hasta hakları kapsamında değerlendirilebilecek bölümler, ifadeler bulunmaktadır. Bu yasal düzenlemeler özünde belli bir konuya yönelik olarak yapılmış olsa da, hasta hakları kavramı ile de kesiştiği yönleri vardır. Sonuçta bu düzenlemeler hasta haklarının gelişimine dolaylı ya da doğrudan katkı sağlamıştır.

3.6.1. Türk Sağlık Mevzuatında Hasta Hakları Kavramının Gelişimi

Ülkemizdeki sağlık mevzuatının başlangıcı olarak 1920 tarihli Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın kuruluş yasası esas alınmıştır. Bu süreç o tarihten günümüze dört anayasa ve çok sayıda yasa, tüzük, yönetmelik gibi hukuki düzenlemelerle dolu bir dönem olarak gelmiştir. Bu çalışmada, yapılan bu hukuki düzenlemeler içinde hasta hakları konusu ve ilişkili bölümler incelenmiştir.

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

Sağlık hizmetlerinin batılı ve modern anlamda kamusal bir görev olarak ele alınmasının temeli, Türkiye Büyük Millet Meclisi Hükümetinin kuruluşu ile atılmıştır. Ülkemizde Cumhuriyet'in ilanından önce Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın kurulması çarpıcı bir gelişmedir (2 Mayıs 1920 Büyük Millet Meclisi İcra Vekillerinin Sureti İntihabına Dair Kanun. 2 Mayıs 1336 ve 2 Şaban 1338 Ceridei Resmiye ile neşir ve ilanı: 7 şubat 1337 -Sayı: 1) (Aydın, 2002; sabem, 2005)

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

3.6.1.2. Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun

Bu yasa (1219 sayılı yasa, Resmi Gazete (RG) yayın tarihi 14.4.1928 ve sayı 863), ülkede Cumhuriyet'ten sonra hekimlik alanını düzenleyen ve halen de geçerli olan ilk hukuksal düzenlemedir(Özcan ve Genç, 1998). Yasa 80 yıl önce hasta haklarının merkezinde bulunan “onam” kavramını gündeme getirmesi açısından önemlidir.

Madde: 70

“Hekimler, dış hekimleri ve dışçiler yapacakları her çeşit ameliye için hastanın, hasta küçük veya hacir altında ise, veli veya vasisinin önceden rızasını alırlar. Büyük cerrahi ameliyeler için bu rızanın yazılı olması gereklidir. (Veli ya da vasi olmadığı veya bulunmadığı veya üzerinde ameliye yapılacak kişi görüş belirtecek durumda değil ise, rıza koşulu aranmaz). Tersine davrananlardan, ilgilinin şikayetine bağlı olmak koşulu ile on liradan iki yüz liraya kadar hafif para cezası alınır. “

Bu yasanın söz konusu maddesi, hekimlere tıbbi uygulama öncesi hastasının onamını alma zorunluluğu getirmiştir. Hastada “yeterlilik” bulunmuyorsa yasal

temsilcisinin onamı aranmaktadır. Eğer hastaya yapılacak girişim büyük bir cerrahi girişim ise, bu onamın yazılı olması koşulu getirilmiştir. Onamın alınamayacağı durumlarda ya da yasal temsilci bulunmuyorsa onam koşulu aranmamaktadır. Ancak yasa maddesi onamın bilgilendirme, kavrama gibi boyutlarından bahsetmemekte, onam, sadece bir yetki verme süreci olarak ifade edilmektedir. Eksikliklerine rağmen, yasanın bulunduğu zaman dilimi dikkate alındığında hasta hakları açısından önemli bir adım olduğu kabul edilebilir.

3.6.1.3. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu

Genel Sağlığın Korunması Yasası olarak ifade edilebilen sözkonusu yasa, (1593 sayılı yasa RG yayın tarihi 06.05.1930 ve sayı:1489) ülkede önemli halk sağlığı sorunlarını çözümlmek amacını taşımaktadır. Çevre sağlığı, gıda güvenliği, temiz içme suyu sağlanması, atıkların yok edilmesi, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, ana-çocuk sağlığı hizmetleri, yoksullara ücretsiz sağlık hizmeti verilmesi gibi koruyucu hekimlik uygulamalarını gündeme getirilmiştir. Önemli bir halk sağlığı belgesi olan yasada sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, mahremiyet gibi temel hasta hakları ilkeleri ile örtüşen hükümler bulunmaktadır.

Yasanın ilk maddesinde, sağlık hizmetlerinin devletin sunması gereken kamusal bir görev olduğu belirtilerek, herkesin sağlıklı olma hakkının bulunduğu vurgulanmıştır. Sağlık hizmetlerini kamusal bir hizmet olarak değerlendirmek, önemi vurgulanması gereken bir yaklaşımdır. Cumhuriyet döneminde sağlık alanında kaydedilen başarıların anahtarı, belki de bu yaklaşım olmuştur.

Madde: 1

“Memleketin sıhhi şartlarını ıslah ve milletin sıhhatine zarar veren bütün hastalıklar veya sair muzır amillerle mücadele etmek ve müstakbel neslin sıhhatli olarak yetişmesini temin ve halkı tıbbi ve içtimai muavenete mazhar eylemek umumi devlet hizmetlerindendir.”

Yasada, bildiriini zorunlu bulaşıcı hastalıklardan olan frengi (sifilis) hastalığında, “mahremiyet” kavramı üzerinde durulmuştur. Hastaya ait bilgiler devletin gizli bilgileri ile eşdeğer tutulmuş ve hasta kayıtlarının korunmasının ve gizliliğinin esas olduğu belirtilmiştir. Hastaya ait gizli bilgileri açıklanması durumunda önemli yaptırımlar uygulanacağı vurgulanmıştır.

Madde: 104

“.... Her tabip ...kendilerine müracaat eden frengili hastaların ismini, yaşını ve hastalığın devrini, evvelce bir tabip tarafından tedavi edilip edilmediğini ...Sıhhat ve İçtimai Muavenet Müdürlüğüne yazı ile bildirir. Mahrem olarak alınacak bu ihbaratı ifşa eden memurlar hakkında devletin mahrem kayıtlarını ifşa ve vazifei memuriyetini suistimal etmenin istilzam ettiği mücazat tayin olunur.”

3.6.1.4. Hususi Hastaneler Kanunu

Özel hastaneler alanını düzenlemek amacıyla çıkarılan bu yasada, (2219 sayılı yasa RG yayın tarihi 05.06.1933 ve sayı 2419) sınırlı bir kesim için de olsa hastaların tedavisini yapacak hekimini seçme haklarının olduğu gündeme getirilmiştir.

Madde: 12

“ Hususi hastaneler, almağa mezun oldukları hastalar için bu hastaların istedikleri hekimi davete ve tedavinin bu hekimler tarafından yapılmasını kabule mecburdurlar....”

1950’lerden itibaren Türk sağlık mevzuatında sağlık ile ilgili mesleklerin alanlarını düzenleyen yasaların yürürlüğe girmeye başladığı görölmektedir. 1960 tarihli Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi bu açıdan özel bir öneme sahiptir. Bu yasalarda hasta hakları kavramını gündeme getiren hükümler ne ölçüde bulunmaktadır? Bu yasaları hasta hakları açısından değerlendirirken izlenen yöntem yasaları “tersten okuma” diye de nitelenebilecek bir yaklaşım olmuştur. Yasanın

ilgili meslek üyelerine verdiği görev veya sorumluluğun, hangi hasta hakkına işaret ettiği belirlenmeye çalışılmıştır. Her hak, sahibine bir yarar sağlarken, başkalarına da ilgili bir görev vermektedir. Hasta hakları konusunda hak sahibi “hasta” ise “başkaları” da sağlık meslek üyeleri ve devlet organları olmaktadır. Bu konu hak kavramı tartışılırken yeterince işlenmiş olduğundan burada ayrıntılara girilmeyecektir.

3.6.1.5. Türk Tabipler Birliği Kanunu

Türkiye’de hekimlik meslek kuruluşu olan Türk Tabipleri Birliği (TTB) bu yasa (6023 sayılı yasa ve RG yayın tarihi 31.03.1953 ve sayı 8323) uyarınca kurulmuştur(Güler, 2001). Yasa sadece hekimleri değil aynı zamanda dış hekimlerini de kapsamaktadır. Ancak 1985 yılında çıkarılan bir yasa ile dış hekimleri kendi özgün yasalarına kavuşmuştur.

Yasada TTB kuruluş amaçları belirtilirken, mesleki deontolojiyi korumanın esas olduğu ve hekimliğin özünde insan yararı bulunduğu vurgulanarak, mesleğin bu amaçlar doğrultusunda ve hekimlerin haklarını da koruyarak geliştirilmesi gerektiği ifade edilmektedir.

Madde:1

“....Türk Tabipleri Birliği, tabipler arasında mesleki deontolojiyi ve dayanışmayı korumak, tabipliğin kamu ve kişi yararına uygulanıp geliştirilmesini sağlamak ve meslek mensuplarının hak ve yararlarını korumak amacıyla kurulmuş kamu kurumu niteliğinde mesleki bir kuruluştur.”

Yasaya göre Türk Tabipleri Birliği’nin görevleri açıklanırken, hastanın yararını gözetken ve özveri ile sağlık hizmeti sunmayı amaçlayan meslek anlayışını yerleştirmek ve geliştirmenin de TTB’nin görevi olduğu ifade edilmektedir.

Madde: 4a

“Halk sağığına ve hastalarına fedakarlık ve feragatle hizmeti ideal bilen meslek geleneklerini muhafaza ve geliştirmeye çalışmak”

Yasa Türk Tabipleri Birliğı’ne hekimler ile hasta ve hasta yakınları arasında oluşabilecek anlaşmazlıkları çözmek üzere uzlaştırmacı bir görev vermektedir.

Madde: 28-III c

“Oda üyeleri ile hastalar ve hasta sahipleri arasında ücret veya tedavi ile ilgili çeşitli anlaşmazlıkları tıp topluluğunun şerefini esas tutarak, hastalığın önemine, tedavi ve hizmetin gerektirdiğı çalışmaya, hastanın ve oda üyesinin vaziyetlerine göre uzlaştırma yolu ile çözüme çalışmak veya hakem yöntemine başvurmak.”

Türk Tabipleri Birliğı sadece bu yasada yer alan hükümlerle bağı kalmamıştır, o tarihten günümüze kadar düzenlediğı 50’yi aşkın Büyük Kongre’de, kabul ettiğı kararlar ile tıp alanında ortaya çıkan yeni durumlara uyum sağlamayı amaçlamıştır. Hasta hakları konusu bu açıdan özel bir öneme sahiptir. 47. Kongre’de kabul edilen TTB Hekimlik Meslek Etiğı Kuralları, hasta hakları açısından en güncel belgedir. TTB Kongre kararlarının bir bölümü yasal nitelik kazanmamış olmasına rağmen üyelerini bağlayıcı nitelikte olduğı unutulmamalıdır.

3.6.1.6. Hemşirelik Kanunu

Hemşirelik, daha önceden 1219 sayılı Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun’a tabi iken, bu yasa (6283 sayılı yasa, RG yayın tarihi 02.03.1954 ve sayı :8647) ile daha özgün bir çerçeveye sahip olmuşlardır (turkhemsirelerdernegi, 2002). Ebelik ve sağık memurluğı halen 1219 sayılı yasaya tabidir, özgün yasaları yoktur.

Hemşirelik mesleği ile ilgili düzenlemeler yapmak amacıyla çıkarılan bu yasada hasta hakları ile ilgili herhangi bir hüküm bulunmamaktadır. Sağlık ekibi içinde önemli bir konumda olan ve çoğu zaman hastalara hekimlerden daha yakın bir konumda olan hemşirelerin meslek yasasında bu yönde bir hüküm olmaması dikkate değer bir eksikliklerdir.

3.6.1.7. Türk Eczacılar Birliği Kanunu

Türkiye’de eczacılık meslek kuruluşu olan Türk Eczacılar Birliği’nin kuruluş yasası olan bu yasa (6643 sayılı yasa, RG yayın tarihi 02.02.1956 ve sayı: 9223) Türk Tabipleri Birliği Yasası ile aynı amaca yönelik hükümler içermektedir (reçete, 2002). Hastalara karşılıksız ve özveri ile hizmet etmenin eczacılar tarafından benimsenmesi ve bu tutumların meslekte geleneksel bir alışkanlık haline getirilmesi amaçlanmaktadır.

Madde: 4a

“Halk sağlığına ve hastalara fedakarlık ve feragatle hizmeti gaye bilen eczacılık mesleğine ait gelenekleri muhafaza ve geliştirmeye çalışmak.”

Yasa, Türk Tabipleri Birliği Yasası ile hemen hemen aynı hükmü taşımakta olup, eczacılar ile hasta ve hasta yakınları arasında oluşabilecek anlaşmazlıkların çözümünde Türk Eczacılar Birliği’ni yetkili kılmaktadır.

Madde: 20e

“Oda âzaları ile hasta ve hasta sahipleri arasında çıkabilecek ilâç bedeli ve saireden mütevellit ihtilâfları meslek şerefi ile mütenasip olmak üzere isin ehemmiyetine, hasta veya oda âzasının vaziyetine göre uzlaştırma yolu ile halletmeye çalışmak veyahut hakem usulüne başvurmak”

3.6.1.8. Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun

Bu yasanın (7402 sayılı yasa, R.G. yayın tarihi:11.01.1960 ve sayı:10402) amacı sıtma hastalığının imhası ile ilgili düzenlemeler yapmaktır. Yasada (Madde:7) sıtma için yapılacak muayene, kan alınması ve ilaç tedavisi uygulamalarına herkesin zorunlu olarak katılmasını öngörmektedir.

Bulaşıcı hastalıklarla mücadele gibi halk sağlığı uygulamalarında bazı muayene, test ve tedavilerin zorunlu olarak yapılması günümüzde özerkliğe saygı ilkesi açısından tartışılmaktadır. Ancak bazı halk sağlığı uygulamaları özerkliğe saygı ilkesinin istisnalarını oluşturduğu da kabul edilmektedir(Moreno ve ark, 1998).

Genel olarak halk sağlığı uygulamaları sırasında, insan hakları açısından bazı zorluklarla karşılaşilmektedir. Halkın sağlığını korumak için insan hakları üzerindeki kısıtlamaların gerekli olduğu söylenegelmiştir. Halk sağlığının yakın tarihi enfeksiyon hastalıklarının kontrolüne dayanmaktadır ve bu uygulamalar sırasında “azınlığın hakları”, “çoğunluğun yararı için” sınırlandırılmıştır. Bu nedenle, zorunlu teşhis ve tedavi, karantina ve izolasyon gibi baskıcı yöntemler geleneksel bulaşıcı hastalık kontrolünün temel yöntemleri olarak görülmektedir(Mann ve ark, 1998).

Toplumu korumak için bazı hakların kısıtlanabileceği ilkesi İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nde açıkça tanımlanmıştır. Madde-29: “....*demokratik bir toplumda genel ahlak, kamu düzeni ve genel refah gereklerinin karşılanması amacıyla*” kısıtlamalara izin verilebilir. Bununla birlikte, izin verilen hak kısıtlamaları da çeşitli şekillerde sınırlandırılmaktadır. Yaşam hakkı, işkence görmeme hakkı gibi bazı haklara hiçbir şart altında dokunulamaz. Diğer hak kısıtlamaları yasal bir amaca sahip olmalı yani yasada açıkça belirtilmelidir. Kısıtlama mümkün olan en az zorlayıcı yöntemlerle düzenlenmeli; keyfi düzenleme olmamalı; ayrıca “demokratik bir toplumda” belirtilen amaçlarına ulaşmak için bu kısıtlama çok gerekli olmalıdır(Mann ve ark, 1999).

Madde: 7

“Herkes, teşkilat tarafından mahallinde yapılacak umumi veya kısmi muayenelere icabet etmeye ve hastalığın teşhisi veya kütlenin sıtma paraziti endeksinin tayini maksadıyla yapılacak bakteriyolojik muayeneler için her talep vukuunda kan alınmasına ve ilaçların tatbikine müsaade etmeye mecburdur. Bu madde tatbikatından dolayı, reşit olmayan veya temyiz kudretini haiz bulunmayan kimselerin veli veya vasileri mesuldürler.”

3.6.1.9. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi (Tüzüğü)

Tıbbi Deontoloji Tüzüğü (RG yayın tarihi 19.02.1960 ve no: 10436) 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Yasası’na dayanarak hazırlanmış olup, hekimler ve dış hekimlerinin uymakla yükümlü oldukları deontoloji kurallarını açıklamaktadır(Güler, 2001). Düzenleme özünde hekimlere yönelik kurallar getirmekle birlikte, doğuracağı sonuçlar itibarıyla da hasta hakları unsurlarını ortaya koymaktadır. Tüzüğü oluşturan 46 maddenin yarısı hekim-hasta ilişkisini düzenlemektedir. Hekimlere görev yüklenirken, bu görevlerin işaret ettiği hasta hakları da ortaya çıkmaktadır. Bu düzenleme, çoğu temel hasta haklarını ilk kez somut olarak ifade etmesi nedeniyle, ülkemizde hasta haklarının gelişiminde önemli bir kilometre taşı olmuştur.

Düzenlemede (Madde: 2), hekimlerin temel görevlerinin insan sağlığına, yaşamına ve kişiliğine özen ve saygı göstermek olduğu ve insanlar arasında hiçbir şekilde ayrımın yapılamayacağı belirtilerek sağlık ve insan hakları ilişkisine de önemli bir vurgu yapılmaktadır.

Madde: 2

“Tabip ve dış tabibinin başta gelen vazifesi, insan sağlığına hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermektir. Tabip ve dış tabibi, hastanın cinsiyeti, ırkı , milliyeti, dini ve mezhebi, ahlaki düşünceleri karakter ve şahsiyeti, içtimai seviyesi,

mevkii ve siyasi kanaati ne olursa olsun, muayene ve tedavi hususunda azami dikkat ve ihtimamı göstermekle mükelleftir.”

Düzenlemede, (Madde: 3) hekimlere acil durumda hastasına koşulsuz olarak bakım verme zorunluluğu getirilmekte, öte yandan da hastaların acil yardım alma haklarına vurgu yapılmaktadır.

Madde: 3

“Tabip vazifesi ve ihtisası ne olursa olsun, gerekli bakımın sağlanamadığı acil hallerde mücbir sebep olmadıkça, ilk yardımda bulunur...”

Hekimin sır saklama yükümlülüğü, tüzüğün başlangıç maddelerinde (Madde: 4) yer almaktadır ve yasal zorunluluklar olmadıkça hastaya ait bilgilerin açıklanamayacağı hükme bağlanmıştır. Böylece hastanın, kendisine ait bilgilerin hekim tarafından korunması ve açıklanmaması hakkına sahip olduğu da ortaya çıkmaktadır.

Madde: 4

“Tabip ve dış tabipleri meslek ve sanatının icrası vesilesiyle muttali olduğu sırları, kanuni mecburiyet olmadıkça ifşa edemez.

Tıbbi toplantılarda takdim edilen veya yayınlarda bahis konusu olan vakalarda, hastanın hüviyeti açıklanamaz”.

Hastanın varolan kurallara bağlı kalmak koşuluyla hizmet alacağı hekimini seçme hakkı olduğu (Madde: 5) ifade edilmektedir.

Madde: 5

“Sağlık müesseselerinde tatbik olunan usul ve kaideler mahfuz olmak üzere, hasta tabibini ve dış hekimini serbestçe seçer.”

Düzenlemede, (Madde: 6) hekimin mesleğini uygularken hiçbir baskı ve etki altında kalmadan özgürce karar verme hakkı savunulurken, aynı zamanda hastaların da özgür karar verebilen bir hekimden sağlık hizmet alma hakkı gündeme getirilmektedir.

Madde: 6

“Tabip ve dış tabibi, sanat ve mesleğini icra ederken, hiçbir tesir ve nüfuza kapılmaksızın, vicdani ve mesleki kanaatine göre hareket eder.

Tabip ve dış tabibi, tatbik edeceği tedaviyi tayinde serbesttir.”

Tüzükte, (Madde: 10, 11, 13) geçerliliği ve yeterliliği kanıtlanmamış tanı ve tedavi yöntemlerinin hastalara önerilemeyeceği ve uygulanamayacağı ifade edilmiştir. Deneysel amaçlarla hastalar üzerinde cerrahi uygulama ve ilaç tedavisi yapılamayacağı, ancak yeterli hayvan deneylerinden sonra yararlı olduğu gözlenen tedavilerin uygulanabileceği, tıbbi ilkelere aykırı ve aldatıcı nitelikteki yöntemlerin uygulanamayacağı hükme bağlanmıştır. Hekimlere bu anlamda sorumluluklar yükleyen düzenleme, hastaları zarar görebilecekleri uygulamalardan korumayı da amaçlayarak hastanın güvenlik hakkını gündeme getirmektedir.

Madde: 10

“Araştırma yapmakta olan tabip ve dış tabibi, bulduğu teşhis ve tedavi usulünü, yeter derecede tecrübe ederek faydalı olduğuna veya zararlı neticeler tevhit etmeyeceğine kanaat getirmediğe, tatbik veya tavsiye edemez....”

Madde: 11

“Tecrübe maksadı ile insanlar üzerinde hiç bir cerrahi müdahale yapılamayacağı gibi aynı maksatla, kimyevi, fiziki veya biyolojik şekilde herhangi bir tedavi de tatbik edilemez.

Klasik metotların bir hastaya fayda vermeyeceği klinik veya laboratuvar muayeneleri neticesinde sabit olduğu takdirde, daha önce, mutata tecrübe hayvanları üzerinde کافی derecede denenmek suretiyle faydalı tesirleri anlaşılmış olan bir tedavi usulünün tatbiki caizdir. Şu kadar ki, bu tedavinin tatbik edilebilmesi için, hastaya faydalı olacağının ve muvaffakiyet elde edilmemesi halinde ise mutata tedavi usullerinden daha elverişsiz bir netice alınmayacağının muhtemel bulunması şarttır. Evvelce tecrübe edilmiş olmamakla beraber, zarar vermesine ihtimal bulunmayan ve hastayı kurtarması kati görülen bir müdahale yapılabilir.”

Madde: 13

“Tabip ve dış tabibi, ilmi icapları uygun olarak teşhis koyar ve gereken tedaviyi tatbik eder. Bu faaliyetlerinin mutlak surette şifa ile neticelenmemesinden dolayı, deontoloji bakımından muaheze edilemez. Tababet prensip ve kaidelerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yasaktır.

Hekimin hastasına özen gösterme sorumluluğu olduğu (Madde: 14) ifade edilerek, ölümcül bir hastalıkta ya da hekimin hastanın sağlığının korunamadığı durumlarda da, acısını azaltmaya çalışması gerektiği belirtilmektedir. Bu hüküm ile hastanın acı ve sıkıntıdan sakınma hakkı olduğu sonucu vurgulanmaktadır.

Hastanın bilgilendirilmesinin, ancak onun hastalığı ile ilgili aktarılabilecek bilgiden zarar görmeyecek olması durumunda yapılabileceği açıklanmaktadır. Bilgilendirilmede hastalığın tanı ve tedavisi hakkında bilgi verilirken, kötü prognoz ve hastalığın ağırlaşacak seyri hakkında bilgi verilmesi önerilmemektedir (Madde: 14). Düzenleme bilgilendirme konusunu kısıtlı tutmuş ve nasıl bilgilendirme yapılacağı, ne kadar bilgi aktarılacağı gibi konulara açıklık getirilmemiştir. Ayrıca bilgilendirme, amacı belirsiz, pasif ve tek taraflı bir süreç olarak görülmektedir. Bilgilendirmenin sonucunda hastanın kendi geleceği ile ilgili bir karara varıp, tedavi ve devamındaki süreçler konusunda bir onay vermesi öngörülmemektedir. Bilgilendirme, işlevsel bir nitelikte olmayıp, sadece “usulen” yapılması gereken, çok önemli ve gerekli olmayan, hastaya ümit verici bir eylem gibi ifade edilmektedir.

Düzenlemede, kötü prognozlu hastanın ailesine bilgi verilmemesi konusunda bir söylemi olmamışsa, ya da bilgi verilecek bir kişiyi seçmemişse hastanın durumu ile ilgili bilgilerin ailesine verilebileceği (Madde: 14) öngörülmektedir. Bu ifade hastanın bilgilerinin saklanması ve mahremiyet hakkı açısından tartışmaya değer bir durum yaratmaktadır. Ailenin bilgilendirilmesinde hastanın onayının alınması koşulu dikkate alınmamaktadır. Bütün bu ifadeler yasanın “paternalistik” ağırlık taşıyan felsefesini yansıtmaktadır.

Madde: 14

“Tabip ve dış tabibi, hastanın vaziyetinin icap ettirdiği sıhhi ihtimamı gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak ve sıhhatini korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmakla mükelleftir.

Tabip ve dış tabibi hastasına ümit vererek teselli eder. Hastanın maneviyatı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimali bulunmadığı takdirde, teşhise göre alınması gereken tedbirlerin hastaya açıkça söylenmesi lâzımdır. Ancak, hastalığın, vahim görülen akıbet ve seyrinin saklanması uygundur.

Meşum bir prognostik hastanın kendisine çok büyük bir ihtiyatla ihsas edilebilir. Hasta tarafından, böyle bir prognostiğin ailesine açıklanmaması istenilmemiş veya açıklanacağı şahıs tâyin olunmamış ise, durum ailesine bildirilir.”

Hekimin hastasının özel yaşamına saygı göstermesi gerektiği (Madde: 17) vurgulanmıştır.

Madde: 17

“Tabip ve dış tabibi, hastanın hususi veya ailevî işlerine karışamaz. Ancak, hayatî ehemmiyeti haiz bulunan veya sağlık bakımından zaruri görülen hallerde mümkün olan kolaylığı ve mânevi yardımı sağlar.”

Hekimin bazı özel durumlarda hastaya bakmayı kabul etmeyebileceği, hastayı bir başka hekime devredebileceği (Madde: 18) ifade edilmiştir. Ancak hastanın herhangi bir zarara uğramasının önlenmesi gerektiği vurgulanmıştır(Madde: 19).

Madde: 18

“Tabip ve dış tabibi, âcil yardım, resmî veya insani vazifenin ifası halleri hariç olmak üzere, meslekî veya şahsi sebeplerle hastaya bakmayı reddedebilir.”

Madde: 19

“Tabip ve dış tabibi meslekî veya şahsi sebeplerle, tedaviyi bitirmeden hastasını bırakabilir. Ancak, bu gibi hallerde, diğer bir meslektaşın tedavi veya müdahalesine imkân verecek zamanı evvelden hesaplayarak hastayı vaktinde haberdar etmesi şarttır. Hastanın bırakılması halinde hayatının tehlikeye düşmesi veya sıhhatinin zarara uğraması muhtemel ise, diğer bir meslektaş temin edilmedikçe, hastayı terk edemez.

Hastayı bu suretle terk eden tabip veya dış tabibi, lüzum gördüğü veya hasta tarafından talep edildiği takdirde, tedavi zamanına ait müşahede notlarını verir.”

Hastanın konsültasyon yapılması isteği var ise, hekimin hastasının bu istemini kabul etmesi gerektiği belirtilmektedir(Madde: 24). Hastanın konsültasyon istemesi tanı ve tedavi süreçlerine müdahil olması ve karar verici olması önemli bir adım olarak kabul edilebilir.

Madde: 24

“Hasta, konsültasyon yapılmasını arzu ederse, müdavi tabip veya dış tabibi bu talebi kabul eder.

Müdavi tabip veya dış tabibi, konsültasyon yapılmasına lüzum gördüğü takdirde, keyfiyeti hastaya bildirir. Bu teklifin kabul edilmemesi halinde, müdavi tabip veya dış tabibi, hastasını bırakabilir.

Bu Nizamnamenin 21. maddesinde yazılı sağlık tesislerinde, konsültasyonun hangi hallerde, ne suretle yapılacağı, hastaneler talimatnamelerinde gösterilir.”

3.6.1.10. 1961 Anayasası

1961 Anayasası büyük bir hukuksal dönüşümü simgelemektedir. 1924 Anayasası’nda yer almayan pek çok çağdaş ilke açıkça dile getirilmiş ve bu anayasa ülkede genel olarak insan hakları açısından önemli bir sıçrama olarak kabul edilmektedir. 1961 Anayasası’nda, devletin temel niteliklerini açıklarken (Madde:2) insan haklarına dayalı olduğu ve sosyal bir hukuk devleti olduğu belirtilmiştir(anayasa, 2002). İnsan haklarına dayalı olması ve sosyal devlet olması, hem sağlık hakkının kabul edilmesi hem de hasta haklarına giden yolda önemli bir açılım sunmaktadır. Ancak bu güçlü başlangıç, değişik nedenlerle uygulamada sürdürülememiştir.

Madde: 2

“Türkiye Cumhuriyeti, insan haklarına ve başlangıçta belirtilen temel ilkelere dayanan, millî demokratik, lâik ve sosyal bir hukuk devletidir.”

Anayasa’da yaşama hakkı, varlığını geliştirme hakkı ile kişi dokunulmazlığı (Madde:14) anayasal güvence ile korunan unsurlar olmuştur. Yaşama hakkı en temel insan hakkı olup, sağlık hakkı ve hasta hakları bu hakkı bütünlemektedir. Maddi ve manevi varlığını geliştirme hakkı yine sağlık hakkına da gönderme yapmaktadır. Kişi dokunulmazlığının kabulü ve mahkeme kararı olmadıkça kaldırılamaması tıbbi uygulamalar açısından da önemli bir ilkedir.

Madde:14

“Herkes, yaşama, maddî ve mânevî varlığını geliştirme haklarına ve kişi hürriyetine sahiptir. Kişi dokunulmazlığı ve hürriyeti, kanunun açıkça gösterdiği hallerde, usûlüne göre verilmiş hâkim kararı olmadıkça kayıtlanamaz.”

Sağlık hizmetlerinden yararlanmayı etkileyen en önemli etmenlerden biri sosyal güvencenin varlığıdır(Güvercin, 2000). Anayasa’da (Madde:48) sosyal güvenlik bir hak olarak tanınmış ve bu hakkı sağlamada devlet yükümlü kılınmıştır. Nüfusun tamamını kapsayacak bir sosyal güvenlik sisteminin kurulması, sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşmayı olanaklı kılacaktır. Bu durum hasta haklarının, ancak sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkının bulunması ile anlam kazanabileceği gerçeğini de vurgulamaktadır.

Madde: 48

“Herkes; sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatı kurmak ve kurdurmak devletin ödevlerindendir.”

Sosyal devletin temel unsurlarından olan sağlık hakkı anayasada vurgulanmıştır. Yasada, hiçbir ayırım olmadan herkese sağlıklı olma hakkı, hasta olunması durumunda da gerekli tıbbi bakımı alma hakkı tanınmıştır. Kişilerin sağlıklı olarak yaşaması ve sağlık hizmetlerinden yararlanmasının sağlanması devletin görevi olarak belirtilmiştir. Sağlık hakkının anayasal güvenceye alınması hem hukuk hem de sağlık literatürümüze ilk kez girmiştir.

Madde 49

“Devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla görevlidir...”

3.6.1.11. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun

Bu yasa (224 sayılı ve RG yayın tarihi 12.01.1961 ve sayı: 10705) 1961 Anayasası’nın sosyal devlet olma niteliği ve sağlık hizmetlerini sağlamanın devletin temel görevi olduğu yolundaki hükmüne dayanarak ve İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’ne atıfta bulunarak hazırlanmıştır. Alma-Ata Bildirgesi’nden yıllarca önce hazırlanmış, ancak o bildirgedeki temel ilkelerle örtüşen ve sağlık hakkını temel

bir insan hakkı olarak kabul eden (Madde:1) bu yasanın öngördüğü model, kamusal finansmanı, birinci basamak sağlık hizmeti ve koruyucu hekimliği önceleyen, nüfus tabanlı hizmeti öngören, önemli sağlık sorunlarını hedef alan, sevk sisteminin esas olduğu, toplum katılımına dayanan, sağlıkta eşitsizlikleri ortadan kaldırmayı amaçlayan bir yapılanmadır. Uygulamada çoğu siyasal iktidarların karşı duruşlarına ve bir takım eksikliklerine rağmen halen sağlık sistemimizin çatısını oluşturmaktadır.

Madde: 1

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

Yasada sağlık kavramı, Dünya Sağlık Örgütü Anayasası’nda tanımlanan şekliyle kabul edilmiş, sağlık hizmetleri de koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerin bileşimi (Madde: 2) olarak ifade edilmiştir.

Madde: 2

“Bu kanunda kullanılan terimlerin delalet ettiği manalar aşağıda gösterilmiştir:

Sağlık: Sağlık, yalnız hastalık ve malûliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir.

Sağlık hizmetleri: İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (Rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetidir.....”

Bu yasanın öngördüğü temel unsurlardan olan sevk sisteminin (Madde:5, 14) dışına çıkanların, ücretini ödemek koşulu ile istediği sağlık kurumu ve sağlık çalışanını seçebileceği belirtilmektedir. Acil olgularda sevk koşulu aranmamaktadır. Yasa sağlık hizmetlerinin büyük oranda ücretsiz sunumunu öngörmektedir, yani

finansman kaynağı kamu bütçesidir. Sağlık hizmetlerinin ücretsiz sunumu yine kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasını kolaylaştırıcı bir etmendir.

Madde 5

“Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde yaşayanların -ücretini şahsen ödemek şartıyla- sağlık hizmetlerini gördürmek üzere istedikleri sağlık personelinin veya müessese ve eczaneyi seçmek hakları mahfuzdur.”

Madde 14

“Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hasta muayene ve tedavisi bu kanunun 16 ncı maddesi hükümleri dairesinde ücrete tabi olan ilaç bedelleri ve aşağıda zikredilen haller hariç parasızdır.

a) Sağlık ocağı tarafından sevk edilmedikleri halde sağlık merkezlerine veya hastanelere veya sağlık merkezi ve bir hastaneden diğer bir hastaneye sevk edilmeden hastanelere müracaat edenler (Acil vakalar hariç),

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

Bu yasa (2238 sayılı yasa, RG yayın tarihi: 03.06.1979 ve sayı: 16655) tanı, tedavi ve bilimsel amaçlarla insanlardan organ ve doku alınması, saklanması, aşılması ve nakil işlemlerini düzenlemektedir.

Yasa, on sekiz yaşından küçük ve yeterliliği olmayan kişilerden organ ve doku alımını yasaklarken (Madde: 5), on sekiz yaşını doldurmuş ve yeterliliği olan kişilere de belli koşullar altında izin vermektedir(Madde: 6). Buna göre vericinin bilinçli ve herhangi bir etki altında kalmadan, yazılı veya sözlü olsa da iki tanığın önünde onam vermesi hükme bağlanmıştır.

Madde: 5

“On sekiz yaşını doldurmamış ve mümeyyiz olmayan kişilerden organ ve doku alınması yasaktır.”

Madde: 6

“On sekiz yaşını doldurmuş ve mümeyyiz olan bir kişiden organ ve doku alınabilmesi için vericinin en az iki tanık huzurunda açık, bilinçli ve tesirden uzak olarak önceden verilmiş yazılı ve imzalı veya en az iki tanık önünde sözlü olarak beyan edip imzaladığı tutanağın bir hekim tarafından onaylanması zorunludur.”

Onam kavramı, yasanın merkezinde bulunmaktadır ve yasa (Madde: 7) ilgili hekimlere organ vericisine, işlemin riskleri, yararları ve her türlü sonuçları hakkında uygun ve yeterli bilgi verme zorunluluğu getirmektedir. Ayrıca yasa hekimlere, uygun olmayan organ aktarımını önleyecek şekilde davranmaları ve alıcı ile vericinin kimlik bilgilerinin saklanması konusunda da hükümler getirmektedir. Belli bir çıkar karşılığı organ veya doku aktarımını onaylamayan söz konusu yasa hekimlere de böyle bir uygulamada bulunmamalarını bildirmektedir.

Madde: 7

“Organ ve doku alacak hekimler:

- a) Vericiye, uygun bir biçimde ve ayrıntıda organ ve doku alınmasının yaratabileceği tehlikeler ile, bunun tıbbi, psikolojik, ailevi ve sosyal sonuçları hakkında bilgi vermek;*
- b) Organ ve doku verenin, alıcıya sağlayacağı yararlar hakkında vericiyi aydınlatmak;*
- c) Akli ve ruhi durumu itibarıyla kendiliğinden karar verebilecek durumda olmayan kişilerin vermek istedikleri organ ve dokuları almayı reddetmek;*

- d) Vericinin evli olması halinde birlikte yaşadığı eşinin, vericinin organ ve doku verme kararından haberi olup olmadığını araştırıp öğrenmek ve öğrendiğini bir tutanakla tespit etmek;
- e) Bedel veya başkaca çıkar karşılığı veya insancıl amaca uymayan bir düşünce ile verilmek istenen organ ve dokuların alınmasını reddetmek;
- f) Kan veya sıhri hısımlık veya yakın kişisel ilişkilerin mevcut olduğu durumlar ayırık olmak üzere alıcının ve vericinin isimlerini açıklamamak; Zorundadırlar.”

3.6.1.13. 1982 Anayasası

1982 Anayasası’nda (anayasa, 2002) (Madde: 2) 1961 Anayasası’nda ifade edilen insan haklarına dayanan devlet yerine, belli ölçütler içinde insan haklarına saygılı devlet anlayışı getirilmektedir. Sosyal devlet olma niteliği ise açıkça belirtilmektedir. Böylece gerek sağlık hakkı, gerekse hasta hakları anayasanın bu niteliklerine dayanarak hukuki bir zemin bulmaktadır.

Madde: 2

“Türkiye Cumhuriyeti, toplumun huzuru, millî dayanışma ve adalet anlayışı içinde, insan haklarına saygılı, Atatürk milliyetçiliğine bağlı, başlangıçta belirtilen temel ilkelere dayanan, demokratik, lâik ve sosyal bir hukuk devletidir.”

Kişilerin yaşama hakkı ve varlığını koruma, geliştirme hakları anayasal güvenceye alınmıştır. Bu hakların tamamlayıcısı olan, vücut bütünlüğünün dokunulmazlığı ilkesi de kabul edilmiştir. Bilimsel veya tıbbi amaçlı deneylerin ancak kişilerin onamı ile yapılabileceği hükme bağlanmıştır (Madde: 17). Yaşama ve vücut bütünlüğünün dokunulmazlığı hakkında, kendisi hakkında karar verme hakkı türetilebileceğini savunan görüşler de vardır. Yaşama hakkının bireyin kendisi hakkında karar verme hakkını da içereceği, böylece hekimin hastayı iyileştirme ödevi ile hastanın kendisi hakkında karar verme hakkı arasında bir bağın kurulmuş olduğu ileri sürülmektedir. (Ersoy, 2003)

Madde: 17

“Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbî deneylere tabi tutulamaz.”

Bu anayasada 1961 Anayasası’ndaki gibi sağlık hakkına ilişkin açık bir hüküm bulunmamakta ve daha örtülü ve dolaylı ifadeler yer almaktadır. Devletin uygulayıcı rolü yerine “düzenleme” “denetleme” ve “izleme” işlevi ağırlık kazanmaktadır(Madde: 56). Sağlık hakkının devlete yüklediği asıl görevlerden uzaklaşma ve devletin daha pasif bir konuma gelmesi söz konusu olmaktadır. Devlet pasifleştikçe özel sektörün bu alanı doldurması kaçınılmaz olmaktadır. Bu durum sosyal devlet ilkesinden bir sapma olarak da yorumlanabilmekte ve anayasanın yukarda belirtilen 2. maddesi ile uyumlu görünmemektedir.

Madde: 56

“Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir.

Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.

Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”

Anayasa bireylerin beden ve ruh sağlığının geliştirilmesi konusunda alınacak önlemlerin devletin görevi olduğunu ifade etmektedir. Bu durum sağlık hakkına gönderme yapsa da önceki maddeler dikkate alındığında işlevsel görünmemektedir. Anayasa’da sağlığın geliştirilmesi stratejilerinden biri olarak görülen, sporun

kitlelere yaygınlaştırılması görevi de devlete verilmiştir(Madde: 59). Spor yapmanın sağlığın geliştirilmesinde ve özellikle bazı kronik hastalıklardan korunmadaki rolü kabul edilmektedir. Sporun kitlelere yaygınlaştırılmasının anayasal bir görev olması, koruyucu hekimlik açısından da önemli görünmektedir.

Madde: 59

“Devlet, her yaştaki Türk vatandaşlarının beden ve ruh sağlığını geliştirecek tedbirleri alır, sporun kitlelere yayılmasını teşvik eder....”

Anayasada, sağlık hizmetlerine ulaşma ve yararlanmanın en önemli bileşenlerinden biri olan sosyal güvenceye sahip olma durumu, bir hak olarak tanımlanmış ve ayırimsız olarak herkesin bu hakka sahip olduğu vurgulanmıştır(Madde: 60). Devletin herkesi kapsayacak bir sosyal güvenlik sistemini yaşama geçirmesi yükümlülüğü olduğu vurgulanmaktadır. Ancak 1961 Anayasası’ndaki gibi kamusal finansman yerine, prim ödemeye dayanan genel sağlık sigortası tercih edilmektedir(Madde: 56).

Madde: 60

“Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet, bu güvenliğı sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar.”

Sosyal haklar, devlete olumlu edimlerde bulunma, yani aktif davranma borcu yüklemektedir(Tanör ve Yüzbaşıoğlu, 2005). Sosyal devlet, bu hakları gerçekleştirmek için bazı faaliyetler yürütmek, birtakım örgütlenmeler kurmak gibi etkinliklerde bulunmalıdır. Örneğin sağlıklı yaşama hakkını sağlamak için, temiz içme suyu sağlaması, kanalizasyon sistemi kurması, sağlık kurumları açması, sağlık çalışanı istihdam etmesi, aşı temin etmesi gibi yükümlülüklerini yerine getirmelidir. Peki görevlerini ne ölçüde yerine getirmelidir? Anayasa (Madde-65) “mali kaynakların yeterliliğı” ölçüsünü getirmiştir. Bu madde sosyal alana yeterli katkı sağlanamaması durumunda anayasa ihlali (Örneğin Madde-2’ye aykırılık)

iddialarının önünü tıkamaktadır. Sosyo-ekonomik haklara “mali kaynaklar” sınırı getirilmektedir. Bir insan hakları kümesi olan sosyo-ekonomik haklara kısıtlamalar getirilmesi insan hakları anlayışına uymamaktadır.

Madde: 65

“Devlet, sosyal ve ekonomik alanlarda Anayasa ile belirlenen görevlerini, bu görevlerin amaçlarına uygun öncelikleri gözeterek malî kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getirir.”

Anayasa’nın 90. maddesi uluslararası antlaşmalar TBMM tarafından onaylandıktan sonra yasa gücünde olduğunu ifade etmektedir. Bu nedenle hasta hakları konusunda imzalanmış ve meclis tarafından onaylanmış uluslararası antlaşmalar iç hukukumuzu da bağlayacak niteliktedir.

Madde: 90

“.....Usulüne göre yürürlüğe konulmuş milletlerarası antlaşmalar kanun hükmündedir. Bunlar hakkında Anayasaya aykırılık iddiası ile Anayasa Mahkemesine başvurulamaz.”

3.6.1.14. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun

Bu yasa (2827 sayılı yasa, RG yayın tarihi 27.05.1983 ve sayı: 18059) aile planlaması hizmetlerinin yürütülmesi esaslarını, önleyici ilaç ve araçların temin, imal ve saptanmasına ilişkin hususları düzenlemektedir.

Etkinliği ve güvenilirliği kanıtlanmamış ilaç ve araçların insanlar üzerinde kullanılamayacağı (Madde:3) ifade edilmektedir. Bu durum aynı zamanda kişi güvenliğini de gündeme getirmektedir.

Madde: 3

“Nüfus Planlamasında kullanılacak ilaç ve araçların niteliği, ... Sağlık Bakanlığınca saptanır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca bu şekilde saptanmamış ilaç ve araçlar ...insanlar üzerinde kullanılamaz.”

Sterilizasyon operasyonunun kişinin ancak yeterliliği varsa isteği ile yapılabileceği, fakat bir ameliyat sırasında tıbbi zorunluluktan dolayı kastrasyon (kısırlaştırma) yapılması gerekiyorsa da kişinin onamının aranmayacağı (Madde:4) ifade edilmektedir. Oysa özerkliğe saygının ifadesi olan aydınlatılmış onam kavramı içinde, kişinin operasyon ile ilgili her türlü risk ve komplikasyonlar konusunda önceden yeterince bilgilendirilmesi, verilen bilgiyi anladığının denetlenmesi gerekmektedir. Operasyon öncesi tam olarak yapılacak bu işlem, daha sonra onam alma ile ilgili bir sorunun yaşanmasını daha başında önleyecektir. Acil durumlar doğal olarak bu kapsamın dışındadır.

Madde: 4

“....Sterilizasyon ameliyatı, tıbbi sakınca olmadığı takdirde reşit kişinin isteği üzerine yapılır. Bir ameliyatın seyri sırasında tıbbi zaruret nedeniyle bir hastalığın tedavisi için kastrasyonu gerektiren hallerde, kişinin rızasına bakılmaksızın kastrasyon ameliyesi yapılabilir.”

Gebeliğin onuncu haftaya kadar isteğe bağlı olarak, daha ileri gebeliklerde ise anne veya çocuğun sağlığındaki olumsuzluklara bağlı tıbbi nedenlerle sonlandırılabilceği kabul edilmiştir(Madde:5). Acil durumlarda hekimin beklemeksizin gebeliği sonlandıracağı ve en geç yirmi dört saat içinde, il veya ilçedeki kamu sağlık yönetimine kadının kimliği, tıbbi sorun ve yapılan işlem konusunda bilgi verme zorunluluğu getirilmiştir. Ancak hastaya ait bilgilerin gizli tutulması konusunda bir hüküm bulunmaması önemli bir eksiklik olarak görünmektedir.

Madde: 5

“Gebeliğin onuncu haftası doluncaya kadar annenin sağığı açısından tıbbi sakınca olmadığı takdirde istek üzerine rahim tahliye edilir. Gebelik süresi, on haftadan fazla ise rahim ancak gebelik, annenin hayatını tehdit ettiği veya edeceği veya doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olacağı hallerde doğum ve kadın hastalıkları uzmanı ve ilgili daldan bir uzmanın objektif bulgulara dayanan gerekçeli raporları ile tahliye edilir.

Derhal müdahale edilmediğı takdirde hayatı veya hayati organlardan birisini tehdit eden acil hallerde durumu tespit eden yetkili hekim tarafından gerekli müdahale yapılarak rahim tahliye edilir. Ancak, hekim bu müdahaleyi yapmadan önce veya mümkün olmadığı hallerde müdahaleden itibaren en geç yirmi dört saat içinde müdahale yapılan kadının kimliğı, yapılan müdahale ile müdahaleyi icap ettiren gerekçeleri illerde Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlüklerine, ilçelerde Hükümet tabipliklerine bildirmeye zorunludur.”

Gebeliğin sonlandırılmasında gebe kadından onam alınması zorunluluğı getirilirken, yeterliliğı olmayanlarda da yasal temsilci ve hakim kararının gerekli olduğu ifade edilmektedir. Acil durumlarda ve akıl hastalığı bulunması halinde onam alınması şart görülmemiştir. Evlilik durumunda ise eşin de onamının gerekli olduğu belirtilmektedir(Madde 6).

Madde: 6

“5. maddede belirtilen müdahale, gebe kadının iznine, küçüklerde küçüğün rızası ile velinin iznine, vesayet altında bulunup da reşit veya mümeyyiz olmayan kişilerde reşit olmayan kişinin ve vasinin rızası ile birlikte sulh hakiminin izin vermesine bağlıdır. Ancak akıl maluliyeti nedeni ile şuur serbestisine sahip olmayan gebe kadın hakkında rahim tahliyesi için kendi rızası aranmaz. kişiler evli iseler, sterilizasyon veya rahim tahliyesi için eşin de rızası gerekir. Veli veya sulh mahkemesinden izin alma zamana ihtiyaç gösterdiği ve derhal müdahale edilmediğı

takdirde hayatı veya hayati organlardan birisini tehdit eden acil hallerde izin şart değildir.”

3.6.1.15. Kan ve Kan Ürünleri Kanunu

Bu yasa (2857 sayılı yasa, RG yayın tarihi 25.06.1983 ve sayı : 18088) kan ve kan ürünlerine ilişkin esasları düzenlemektedir. 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun’a göre, herhangi bir bedel veya çıkar karşılığında organ veya doku alınmasını yasaklamışken, bu yasa da kan temininde ücretin alınabileceği öngörülmektedir(Madde: 3-a). Ancak kan, histolojik açıdan farklılaşmış bağ dokusu olarak tanımlanmıştır ve özünde, kan da, bir “doku”dur (Gartner ve Hiatt, 2007). Bu durumda aynı veya benzer alanları düzenlemek üzere hazırlanmış iki yasa arasında önemli bir tutarsızlık ortaya çıkmaktadır. Ayrıca yaşamsal bir ürün olan kanın, ücreti ödeyemeyecek durumda olan yoksul hastalar için bulunmasının daha güç olabileceği de ortaya çıkmaktadır.

Kan vericisi ve hastanın sağlığının tehlikeye düşürülmemesi ve korunmasının gerekliliği (Madde:3-b) belirtilmektedir. Her bireyin oluşabilecek tıbbi zararlardan korunma hakkı ve yüksek güvenlik standartlarında sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı gündeme gelmektedir.

Madde: 3

*“a) Kan temininde bağış yolu esas olmakla birlikte gerektiğinde ücretle de alınabilir.
b) Kan alınmasında, kan ve kan ürünlerinin verilmesinde verici ve alıcının sağlığının tehlikeye düşürülmemesi ve korunması esastır.....”*

2857 sayılı Kan ve Kan Ürünleri Kanunu, yeni yasanın kabul edilmesiyle yürürlükten kalkmıştır. Yeni çıkarılan Kan ve Kan Ürünleri Kanunu (5624 sayılı yasa, RG yayın tarihi 02.05.2007 ve sayı : 26510) önceki yasaya oranla daha kapsamlı hükümler içermektedir. Kan, kan bileşenleri ve ürünleri ile ilgili usûl ve esasları düzenleyen yasa (Madde-1), kan kök hücresi uygulamalarını kapsamına

almamıştır. Önceki yasada gerektiğinde kan temininde ücret alınabileceği hükmü varken, yeni yasada ilginç olarak bu ifade kaldırılmış, karşılıksız ve gönüllü bağışın esas olduğu, ancak mali karşılık anlamına gelmeyecek bir teşvikin olabileceğini kabul etmektedir. Örneğin kan bağışçılarına belli sayıda bağıştan sonra plaket, takdirname veya madalya verilmesi gibi uygulamalar etik bir sorun yaratmayacaktır. Bu maddenin diğer fıkrasında(c) kan bağışçısı ve hastanın sağlığının tehlikeye düşürülmemesi, korunması, işlemin güvenle yapılması ve sonrasında da bağışçı ve hastanın sağlık durumunun izlenmesi öngörülmektedir. Bu yaklaşım, kişilerin her türlü tıbbi zararlardan korunması ve güvenli sağlık hizmeti alma hakkını da dile getirmektedir. Hasta hakları açısından bir başka önemli konu da (f) fıkrasında açıklanmış olan bağışçıya ilişkin kişisel bilgilerin gizliliğinin sağlanması ve korunması hakkındaki düzenlemedir. 1983 tarihli önceki yasada yer almayan bu hüküm, hastanın mahremiyeti ve özel yaşamına saygı hakkının korunmasını gündeme getiren önemli bir adımdır. Bu iki yasa karşılaştırıldığında, yeni yasada hasta haklarının önemli bir unsur olduğu ve daha fazla gözetildiği ortaya çıkmaktadır. Bundan sonra da sağlık alanında yapılacak her türlü yasal düzenlemede hasta haklarının öncelikli bir konumda olacağını öngörebiliriz.

Madde: 3

“b) Kan, kan bileşenleri ve ürünlerinin temininde karşılıksız ve gönüllü bağış esastır. Ancak malî karşılık anlamına gelmeyecek şekilde kan bağışçısını teşvik edici uygulamalar müstesnadır.

c) Kan, kan bileşenleri ve ürünlerinin alınmasında ve verilmesinde bağışçı ve alıcının sağlığının tehlikeye düşürülmemesi, tıbbî risklere karşı korunması, transfüzyonun güvenle yapılması ve transfüzyon sonrası bağışçı ve alıcının izlenmesi şarttır.....

f) Kan, kan bileşenleri ve ürünleri hizmetini yürütenler bağışçıya ilişkin kişisel bilgileri korumak, üçüncü kişilere vermemek, basına açıklamamak ile yükümlüdürler. Bu bilgiler ancak Bakanlığa verilir.”

Bu yasa ile kritik bir konu olan kan ve kan ürünleri alanında, artık özel sektörün de yatırım yapmasının önü açılmıştır. Bu gelişme sağlık sistemimizde özel sektörün desteklenmesi çabalarının yeni bir uygulamasıdır. Ancak “kan” gibi yaşamsal ve ülke açısından da stratejik bir alanın, “kâr” algısıyla hareket eden özel sektöre açılması önemli etik sorunlar yaratacak nitelikte görülmektedir.

Madde:5

“(2) Bu Kanun kapsamındaki hizmet birimlerinden

.....

- b) Transfüzyon merkezini; bu fıkranın (a) bendinde sayılanların yanı sıra, bünyesinde acil müdahale şartlarını taşıyan özel sağlık kuruluşlarında olmak kaydıyla gerçek kişiler ile özel hukuk tüzel kişileri,*
- c) Plazma ürünleri üretim tesisini; kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişiler ve özel hukuk tüzel kişileri, açıp, işletebilir.”*

Yasada kan yoluyla bulaşabilen hastalığı bulunan, fakat hastalığını gizleyerek sağlıklı bir vericiymiş gibi kan verenlere, hapis ve para cezası verilmesi öngörülmüştür. Gerek kan alıcıları gerekse sağlık çalışanlarının sağlığını korumak amacıyla bu önlem alınmıştır. Bu madde ile herkesin güvenli sağlık hizmeti alma hakkı, korunmaya çalışılmaktadır.

Madde: 6

“(10) Kan yolu ile bulaşan bir hastalığı veya böyle bir hastalık taşıma riski olduğunu bilip, bu durumu saklayarak kan verenlere bir yıldan üç yıla kadar hapis ve beşyüz gün adli para cezası verilir.”

3.6.1.16. Sağlık Bakanlığının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK)

Bu kararname (181 sayılı KHK RG yayın tarihi 14.12.1983 ve sayı: 18251) Sağlık Bakanlığı(SB)’nın kuruluşu, teşkilatı ve görevlerine ilişkin esasları düzenlemektedir. Buna göre (Madde:1, 2) sağlık alanının düzenlenmesi, herkesin sağlıklı bir şekilde yaşaması, sağlığının korunması ve sürdürülmesi ile ilgili her türlü görev S.B.’na verilmiştir. Herkesin sağlıklı yaşaması için sağlık hizmetlerinin kamusal bir görev olarak sunulması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu KHK sağlık konusunda 1982 Anayasası’nı aşan hükümler taşımaktadır. Ancak daha sonra yapılan düzenlemeler bu yasa ile getirilen bakış açısını değiştirecek nitelikte olmuştur.

Madde: 1

“Bu Kanun Hükmünde Kararnamenin amacı, herkesin hayatının beden ve ruh sağlığı içinde devamını sağlamak, ülkenin sağlık şartlarını düzeltmek, fertlerin ve cemiyetin sağlığına zarar veren amillerle mücadele etmek ve halka sağlık hizmetlerini ulaştırmak, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini temin etmek için Sağlık Bakanlığının kurulmasına, teşkilat ve görevlerine ilişkin esasları düzenlemektir.”

Madde: 2

“Sağlık Bakanlığının görevleri şunlardır:

- a) Herkesin hayatını beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam iyilik hali içinde sürdürmesini sağlamak için fert ve toplum sağlığını korumak ve bu amaçla ülkeyi kapsayan plan ve programlar yapmak, uygulamak ve uygulatmak, her türlü tedbiri almak, gerekli teşkilatı kurmak ve kurdurmak,*
- b) Bulaşıcı, salgın ve sosyal hastalıklarla savaşarak koruyucu, tedavi edici hekimlik ve rehabilitasyon hizmetlerini yapmak, ... ”*

3.6.1.17. Türk Diş Hekimleri Birliği Kanunu

Önceleri 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği yasasına tabi iken, bu yasa (3224 sayılı yasa, RG yayın tarihi 25.06.1985 ve sayı: 18792) ile diş hekimleri de kendi yasalarına sahip olmuşlardır. Yasada (Madde:19), diş hekimi-hasta ilişkisinde dürüstlük ve güveni sağlamanın amaç olarak belirtilmesi, hasta hakları açısından dikkate değer bir yaklaşımdır.

Madde 19

“Birlik,..... meslek mensuplarının birbirleri ve hastaları ile olan ilişkilerinde dürüstlüğü ve güveni hâkim kılmak üzere meslek disiplini ve ahlâkını korumak maksadı ile kurulan tüzel kişiliğe sahip kamu kurumu niteliğinde meslek kuruluşlarıdır.”

Yasada (Madde:11-g) Birliğin görevlerinden bahsedilmiş ve diş hekimleri ile hasta ve hasta yakınları arasında çıkabilecek anlaşmazlıkların çözümüne katkıda bulunmanın da bu görevlerden biri olduğu vurgulanmıştır.

Madde 11-g

“Meslek mensuplarının birbirleriyle, hastalarla veya hasta sahipleri arasında çıkacak ihtilafları uzlaştırmaya veya hakem usulüne başvurarak çözüme kavuşturmaya çalışmak”

3.6.1.18. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu

Bu yasa (3359 sayılı yasa , RG yayın tarihi 15.05.1987 ve sayı: 19461), sağlık hizmetlerinin yürütülmesine ilişkin düzenlemeleri ve temel esasları ortaya koymaktadır. Yasa, sağlık sistemine özel sektör, hizmet satın alma, sağlık işletmesi, sözleşmeli personel, Genel Sağlık Sigortası (Madde:3-b, 5, 7 ve Geçici Madde:3) gibi kavramları gündeme getirmekte ve sosyal devlet anlayışı ile kamusal sağlık

hizmetlerinden bir kopuşu da simgelemektedir. Bu değişim sağlık hizmetlerinin sunumunu, sağlık hizmetlerine ulaşmayı ve hekim-hasta ilişkisini temelden etkileyecek nitelikte görünmektedir.

Yasada ayrıca (Madde:3-d) kişilere, sevk zinciri içinde olmak üzere hekim ve sağlık kuruluşunu seçme hakkı tanınmakla birlikte, sevk sistemi dışına çıkanlara ayrı bir ücret ödeme koşulu getirilmektedir.

Madde 3-d

“Sağlık kurum ve kuruluşları, kişilerin hekim ve sağlık kuruluşunu seçme hakkı kısıtlanmaksızın sağlık hizmet zinciri oluşturulacak şekilde düzenlenir. Acil vakalar hariç olmak üzere sevk sistemine uymayanlar hizmet karşılığı fazla ücret öderler. Sosyal güvenlik kuruluşlarına bağlı olanlar bu farkı kendileri karşılar.”

3.6.1.19. Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun

Bu yasa (3816 sayılı yasa, RG yayın tarihi 03.07.1992 ve sayı 21273) Aile Hekimliği Uygulaması ve Genel Sağlık Sigortası kurulması çalışmalarının ilk basamağı olmuştur. Türkiye 1990’lı yıllarda sağlık hizmetlerinde “reform” olarak nitelenen çabaların içine girmiştir. Bu çabaların gerekçelerini maliyetlerin artışı, sağlık sistemine ilişkin memnuniyetsizlikler, medyanın etkisi, nüfusun önemli bir kesimin sosyal güvenceden yoksun olması gibi etkenler yanında, daha da önemlisi Dünya Bankası (DB) ve IMF gibi uluslararası finans kuruluşlarının etkisi oluşturmuştur. Verimlilik, kaynakların etkin kullanımı, maliyetleri sınırlama, eşitlik sağlama, herkesi kapsayan sosyal güvenlik sistemi oluşturma gibi amaçlarla sağlıkta reform çalışmaları başlatılmıştır. Sağlık reformları, piyasa yönelimli çeşitli düzenlemeler yoluyla, sağlık bakım piyasasında sunulacak mal ve hizmetlerin kişilerce daha verimli ve eşit kullanılacağı varsayımı ve beklentisine dayanmaktadır. Bu süreçte DB ve IMF, reform yapacak ülkelere “yapısal uyum programları” olarak bilinen, ekonomik büyümenin önündeki engelleri kaldırmak amacıyla, ulusal ekonominin

değiştirilmesi ve yeni ekonomik fırsatlardan avantaj elde edilmesini öngören programlar önermiştir. Sonuçta ortaya çıkacak durum, sağlıkta özel sektörün göreceli olarak ağırlığının artırıldığı, devletin sağlıktaki rolünün sınırlandırıldığı ve rasyonelleştirmenin de “ödeme gücüne” göre yapıldığı bir sistem olmuştur. Ancak bu programı uygulayan ülkelerde ortaya çıkan toplumsal gerginlikler, programın uygulanması önünde bir risk oluşturacağı için DB, “yapısal uyumun sosyal boyutu” olarak bilinen, nüfusun düşük gelirli alt gruplarını “geçiş zorluklarından” korumak için, bir “fon” oluşturulmasını istemiştir. Bu fon ile kırsal ve kentsel alandaki yoksulların, eğitimsizlerin, işsizlerin ve toplumdaki diğer dezavantajlı grupların sağlık ve eğitim giderlerini kısmen de olsa karşılamak amaçlanmıştır. Bu doğrultuda 1986’da kuruluna ve halk arasında “Fakir Fukara Fonu” olarak bilinen Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu ile birlikte Yeşil Kart gündeme gelmiştir(Güvercin, 2000).

3816 Sayılı yasa ile, sağlık giderlerini karşılayacak gücü olmayanların Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilinceye kadar sağlık giderlerinin devlet tarafından karşılanması amaçlanmıştır. Yasa, özünde sağlık sistemimizde bir değişikliği öngörüyorsa da, toplumun yoksul kesimlerinin, en temel hasta hakkı olan sağlık hizmetlerine ulaşmasını sağlaması nedeniyle de, aslında önemli bir gereksinimi karşılamıştır. Ancak geçiş döneminde bir adım olarak düşünülmüş olan yasa, Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilemediği için de, kendi başına bir sosyal güvenlik kurumu olmuştur(Güvercin, 2000).

3.6.1.20. İlaç Araştırmaları Yönetmeliği

Bu yönetmelikle (RG yayın tarihi 29.01.1993 ve sayı 21480) her türlü ilaç araştırmaları ile gönüllü insanlar üzerinde yapılacak klinik araştırmaların tabi olduğu esas ve usuller ile bunlardan doğacak sorumluluğun esaslarını belirlemek olarak ifade edilmiştir. İlaç Araştırmaları Yönetmeliği, hasta haklarının gelişiminde önemli bir düzenlemedir. Hasta haklarının merkezinde yer alan aydınlatılmış onam kavramı açık bir şekilde gündeme getirilmiştir.

Madde: 1

“Bu yönetmeliğin amacı; hastalıklardan korunma, teşhis, tedavi veya vücudun herhangi bir fonksiyonunu değiştirmek amacı ile kullanılmak üzere yeni geliştirilen sentetik, bitkisel ve biyolojik kaynaklı maddeler ve bu maddeler kullanılarak hazırlanacak terkipler ile gönüllü insanlar üzerinde yapılacak klinik araştırmaların safhalarını, niteliğini, bunların tabi olduğu esas ve usuller ile bunlardan doğacak sorumluluğun esaslarını belirlemektir.”

Yönetmelik (Madde:5) her türlü ilaç araştırmasında Sağlık Bakanlığı’ndan izin alınmasını zorunlu kılmaktadır. Bu iznin Sağlık Bakanlığı Merkezi Etik Kurulu’ndan alınması gerekmektedir.

Madde 5

“Herhangi bir ilaç konusunda bilimsel amaçla klinik araştırma yapmak isteyen kişi, kurum veya kuruluşlar, bu Yönetmelik hükümlerine uygun olarak yerel etik kurul aracılığıyla Bakanlığa başvuruda bulunmak ve izin almak zorundadırlar....”

Düzenlemede (Madde:8) Helsinki Deklarasyonu kararları ve Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'ne uyulmasına atıfta bulunmaktadır. Aydınlatılmış onam kavramı açık ifadelerle vurgulanmış ve yazılı onam verilmesi koşulu getirilmiştir.

Madde 8

“İnsanlar üzerinde bilimsel amaçla ilaç kullanılarak yapılacak tıbbi araştırmaların yürütülmesinde aşağıdaki hususlara uyulur:

- a) İnsan üzerinde yapılacak ilaç araştırmalarında Helsinki Deklarasyonu ve ekleri kararlar ile Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'ne tam olarak uyulur.*
- b) Dokuzuncu maddede belirtilen I., II., III. Dönem denemeler, gönüllülerde ve kişinin yazılı rızası ile yapılır.*

c) Yapılacak araştırmaların kapsamı, amacı, zarar ve tehlikeleri, gönüllülere tam ve yazılı olarak anlatılır.

d) Kesin bir zorunluluk olmadıkça, 18 yaşını tamamlamamış olanlar ile gebeler ve mümeyyiz olmayanlar üzerinde I. ve II. Dönem ilaç denemeleri yapılmaz. III. Dönem denemeler, velayet veya vesayet altında bulunanlar için, ancak veli ve vasilerinin yazılı muvafakati ile yapılır.....”

Düzenlemenin getirdiği önemli bir yenilik, (Madde:11) insan denekler üzerinde yapılacak araştırmaları etik açıdan değerlendirmek üzere “Etik Kurullar”ın oluşturulmasıdır. Denek haklarının korunması bu kurulların temel işlevlerinden biridir.

Madde 11

“İnsan üzerinde yapılacak araştırmaları etik yönden değerlendirmek üzere, yerel etik kurullar ile Bakanlık merkezinde bir Etik Kurul kurulur.”

Düzenleme (Madde:23), araştırmalarda doğacak cezai ve hukuki sorumluluğun genel hükümlere tabi olacağını, kişinin onam vermesinin uğradığı zarar için tazminat hakkını geçersiz kılamayacağını hükme bağlamıştır. Araştırmaya gönüllü olarak katılan ve onam veren kişi, fiziksel veya psikolojik yönden zarar gördüğu takdirde, tazminat hakkını ileri sürebilecektir. Tazminat hakkı, hasta hakları açısından da önemli bir haktır.

Madde: 23

“İnsanlar üzerinde yapılacak ilaç araştırmalarından doğan cezai ve hukuki sorumluluklar genel hükümlere tabidir. Araştırmaya tabi tutulan kişinin rızası, bu yüzden uğradığı zararların tazminini talep hakkını ortadan kaldırmaz.”

3.6.1.21. Türk Standartları Enstitüsü (TSE) Hasta Hakları ve Sorumlulukları Türk Standardı

1997 yılında TSE tarafından “Hasta Hakları ve Sorumlulukları Türk Standardı” olarak adlandırılan bir doküman hazırlanmıştır. Bu belge (09.04.1997 tarih TS 12222 sayılı standart) TSE’nin Sağlık Hazırlık Grubu tarafından hazırlanmıştır(TSE,1997). Bu belgenin hazırlanması konusunda esas alınan yaklaşımlar şöyle ifade edilmektedir: *“Bu standardın hazırlanmasında, milli ihtiyaç ve imkanlarımız ön planda olmak üzere, milletlerarası standartlar ve ekonomik ilişkilerimiz bulunan yabancı ülkelerin standartlarındaki esaslarda göz önünde bulundurularak; yarar görülen hallerde, olabilen yakınlık ve benzerliklerin sağlanmasına ve bu esasların, ülkemiz şartları ile bağdaştırılmasına çalışılmıştır.”* Belgenin, ulusal ihtiyaç ve olanaklar, uluslararası standartlar ve dış ülkelerin standartlarının harmanlanması sonucu hazırlanmış olduğu ve ülke koşullarına uyumlu olmasına çalışıldığı ifade edilmiştir. Burada söz konusu olan uluslararası standartlar, Birleşmiş Milletler, Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Hekimler Birliği gibi kuruluşların evrensel bildirgeleri olduğu kabul edilmektedir. Ancak sadece ekonomik ilişkilerimizin olduğu ülkelerin standartlarından yararlanma düşüncesi, hasta haklarının evrensel olma niteliğiyle uyuşmamaktadır. Bu standardın oluşturulmasında ekonomik etmenlerin güdüleyici veya belirleyici olduğunu düşündürmektedir. Hasta hakları standardı hazırlanırken ülke koşulları ile sınırlandırılması öngörüsü de bazı hakların dışlanması veya daraltılması anlamına gelebilecektir. Bu nitelikleri ile söz konusu belgenin daha hazırlanış aşamasında bazı olumsuzluklar taşıdığı görülmektedir.

Bu belgenin hazırlanmasında *“....bilimsel kuruluşlar, üretici, imalatçı ve tüketici durumundaki konunun ilgilileri ile....”* işbirliği yapıldığı belirtilmektedir. Bilimsel kuruluşlarla birlikte, işbirliği yapılan unsurlar aslında hasta haklarına bakış konusundaki felsefeyi de yansıtmaktadır. Belgede ‘üretici, imalatçı ve tüketici’ gibi ekonomik terimlerle anlatılan tarafların özel sektör olduğu ve özel sektörün taleplerinin söz konusu belgeye damgasını vurduğu ortaya çıkmaktadır.

Sonuçta bu belgenin hazırlanmasındaki temel güdünün, bir insan hakkı grubu olarak hasta haklarının sağlık alanında tanınması ve uygulanmasından ziyade, hasta haklarının, gelir artırıcı bir unsur olarak kabul edilen “sağlıkta kalite” kavramının bir parçası olarak görülmesi anlayışı olduğu ortaya çıkmaktadır.

Hasta hakkı, *“kişinin koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanması ve bu uygulamalar sırasında sağlık kuruluşlarından talep edebileceği, bu standartta belirtilen haklardır.”* şeklinde tanımlanmaktadır. Hasta hakkının aşağıda belirtilen yirmi hak unsurundan oluştuğu ve bu hakların fonksiyonunun da, hastaların tüm sağlık hizmetlerinden “en iyi şekilde” yararlanması olduğu ifade edilmektedir. Söz konusu belgede belirtilen yirmi maddelik “hasta hakkı” aşağıda belirtilmiştir.

1. Hizmetlerden yararlanma
2. Saygı ve itibar görme
3. Mahremiyet
4. Kişi güvenliği
5. Kimliği bilme
6. Bilgi edinme
7. Haberleşme
8. Hastadan rıza alınması
9. Danışma (Konsültasyon)
10. Planlanan tedaviyi reddetme
11. Başka sağlık kuruluşlarına nakil ve sağlık hizmetlerinin sürekliliği
12. Tetkik ve tedavi ücretleri
13. Sosyal ve psikolojik destek alma
14. Sağlık kuruluşu kural ve uygulamaları
15. Hasta şikayetleri
16. Refakatçi bulundurulması
17. Ziyaretçi kabul etme
18. Dini hizmetlerden faydalanma
19. Tazmin
20. Hizmetlerle ilgili bilgilendirilme

Belgede oldukça ayrıntılı denebilecek ve “hak” diye tanımlanmış toplam yirmi maddeden bahsedilmiştir, aslında birbiriyle ilişkili cümleler, ayrı birer kategori gibi sunulmuştur. Örneğin, sağlık kuruluşu kural ve uygulamaları konusunda bilgilendirme ile hizmetlerle ilgili bilgilendirme hakkı birbirini tamamlayan ve birbirinin devamı niteliğinde iken, farklı birer unsurmuş gibi verilmiştir. Yine refakatçi bulundurma ile ziyaretçi kabul etme aynı kategori içinde ele alınabilecek benzer nitelikler taşımaktadır.

Belgede bahsedilen “hasta hakları”nın ihlal edilmesi durumunda hastaların nasıl bir yol izleyeceğinin belirtilmemiş olması da çarpıcı bir durumdur.

TSE’nin bu belgesinde ayrıca “hasta sorumlulukları” başlığı altında ; bilgi verme, önerilere uyma, planlanan tedaviyi reddetme, ücretlerin ödenmesi, sağlık kuruluşu kural ve uygulamalarına uyma, saygı gösterme, bulaşıcı hastalık halinde kuruluşu terk etmeme, uygun olmayan talepte bulunmama, hasta ziyaretçisi, tazmin sorumluluğu, dini hizmetlerden faydalanma olarak listelenmiş ikinci bir bölüm bulunmaktadır. Bu belgede üçüncü ve son bölüm olarak sağlık kuruluşlarında personel ile hasta ilişkilerini düzenleyen temel kurallar adı altında bazı kurallar yer almaktadır.

TSE tarafından hazırlanan bu belge, hem hazırlanışı, hem içeriği, hem de diğer unsurları ile tartışmalı görünmektedir. En önemli eksiklik hasta haklarının insan hakları kapsamında değil ve “müşteri hakkı” olarak değerlendirilmesidir.

3.6.1.22. Hasta Hakları Yönetmeliği

Hasta Hakları Yönetmeliği (RG yayın tarihi 01.08.1998 ve sayı: 23420) 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 9 (c) maddesi ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 43. maddesine dayanılarak hazırlanmıştır(Madde:3). Bu yönetmelik Türk sağlık mevzuatında hasta hakları ile ilgili olarak geline en önemli noktadır. Mevzuat içindeki değişik yasa, tüzük ve diğer düzenlemelerde kısmi olarak bulunan hasta

hakları kavramı bu yönetmelikle özgün ve bütünsel bir nitelik kazanmıştır. Yönetmelik 9 bölüm ve toplam 51 maddeden oluşmaktadır.

Yönetmelik, hasta haklarını insan haklarının sağlık alanındaki uzantısı olarak kabul etmekte ve hasta hakları ile ilgili uluslararası belgelere göndermede bulunmaktadır(Madde: 1). Hasta hakkının bir insan hakkı olduğunun yasal olarak onaylanması önemli bir aşamadır.

Madde 1

“Bu Yönetmelik; temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansıması olan ve başta Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda, diğer mevzuatta ve milletlerarası hukuki metinlerde kabul edilen "hasta hakları"nı somut olarak göstermek ve sağlık hizmeti verilen bütün kurum ve kuruluşlarda ve sağlık kurum ve kuruluşları dışında sağlık hizmeti verilen hallerde, insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin "hasta hakları"ndan faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek amacı ile hazırlanmıştır.”

Düzenlemede, hasta; sağlık hizmetinden yararlanma gereksinimi olan kimse olarak tanımlanmaktadır. Hasta hakkı ise; kişinin sadece insan olması nedeniyle sahip olduğu ve anayasa, uluslararası antlaşma ve diğer mevzuat ile güvence altına alınmış haklar olarak tanımlanmaktadır(Madde 4-b, e). Hasta haklarının bir insan hakkı kümesi olduğu kabul edilmektedir.

Madde4-e

“Hasta hakları: Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları sebebiyle sahip bulundukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklarını, ifade eder.”

Hasta Hakları Yönetmeliği (Ek-7)

Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı

- Adalet ve Hakkaniyete Uygun Olarak Faydalanma
- Bilgi İsteme
- Sağlık Kuruluşunu Seçme ve Değiştirme
- Personeli Tanıma, Seçme ve Değiştirme
- Öncelik Sırasının Belirlenmesini İsteme
- Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis, Tedavi ve Bakım
- Tıbbi Gereklilikler Dışında Müdahale Yasağı
- Ötenazi Yasağı
- Tıbbi Özen Gösterilmesi

Sağlık Durumu ile İlgili Bilgi Alma Hakkı

- Genel Olarak Bilgi İsteme
- Kayıtları İnceleme
- Kayıtların Düzeltilmesini İsteme
- Bilgi Vermenin Usulü
- Bilgi Verilmesi Caiz Olmayan ve Tedbir Alınması Gereken haller
- Bilgi Verilmesini Yasaklama

Hasta Haklarının Korunması

- Mahremiyete Saygı Gösterilmesi
- Rıza Olmaksızın Tıbbi Ameliyeye Tabi Tutulmama
- Bilgilerin Gizli Tutulması

Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası

- Hastanın Rızası ve İzin
- Tedaviyi Reddetme ve Durdurma
- Küçüğün veya Mahcurun Tıbbi Müdahaleye İştiraki
- Alışılmış Olmayan Tedavi Usullerinin Uygulanması
- Rızanın Şekli ve Geçerliliği
- Organ ve Doku Alınmasında Rıza
- Aile Planlanması Hizmetleri ve Gebeliğin Sona Erdirilmesi

- Rızanın Kapsamı

Tıbbi Araştırmalar

- Tıbbi Araştırmalarda Rıza
- Gönüllünün Korunması ve Bilgilendirilmesi
- Rıza Alınmasının Usulü ve Şekli
- Küçüklerin ve Mümeyyiz Olmayanların Durumu
- İlaç ve Terkiplerin Araştırma Amacıyla Kullanımı

Diğer Haklar

- Güvenliğin Sağlanması
- Dini Vecibeleri Yerine Getirebilme ve Dini Hizmetlerden Faydalanma
- İnsani Değerlere Saygı Gösterilmesi ve Ziyaret
- Refakatçi Bulundurma
- Hizmetin Sağlık Kurum ve Kuruluşu Dışında Verilmesi

Sorumluluk ve Hukuki Korunma Yolları

- Müracaat, Şikayet ve Dava Hakkı
- Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Sorumluluğu
- Devlet Memuru veya Diğer Kamu Görevlisi Personelin Sorumluluğu
- Kamu Personelinin Sorumluluğunu Tespit Usulü
- Kamu Personeli Hakkındaki Müeyyideler
- Kamu Görevlisi Olmayan Personelin Sorumluluğu

Son Hükümler

3.6.1.23. Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Mesleği Etik Kuralları

Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları (TTB'nin 10-11 Ekim 1998'de toplanan 47. Büyük Kongresi'nde kabul edilmiştir. Yayın tarihi 01.02.1999) TTB Etik Kurulu'nun hazırladığı ve “...dünyadaki ve Türkiye'deki toplumsal ve bilimsel değişimler göz önünde bulundurularak..” (Güler, 2001) oluşturulmuştur. 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği yasasının 59-g maddesine dayanılarak hazırlanmış olup (Madde:3), 1960'da oluşturulan Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün güncellenmiş halidir. Toplumsal ve bilimsel gelişmelerin etkisiyle, hekimlerin mesleki

uygulamalarında uymaları gereken mesleki etik kurallar yeni bir boyut kazanmıştır. Bilimsel ve teknolojik ilerlemeler tıbbı güçlendirmekte, ancak yeni etik ve hukuki sorunların doğmasına da yol açmaktadır. Böyle bir ortamda hasta haklarının tanınması ve saygı gösterilmesi kaçınılmaz bir gelişme olmuştur. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nda hasta haklarından doğan ve hekimlere getirilen yükümlülükler tanımlanmaktadır. Bu düzenleme, hasta haklarının asıl uygulayıcılarından olan hekimlere getirdiği kurallarla, hasta hakları ilkelerinin anlaşılması ve bilinçlenme ile birlikte uygulamada da gözetilmesine önemli bir katkıda bulunmaktadır. Düzenlemede hasta haklarına saygı kuralı (Madde:21) ayrı bir madde olarak ele alınmıştır.

Madde:21

“Hekim hastasının sağlığı ile ilgili kararlar alırken; bilgilenme hakkı, aydınlatılmış onam hakkı , tedaviyi kabul ya da red hakkı , v.b, hasta haklarına saygı göstermek zorundadır.”

Genel Kural ve İlkeler

- Hekimin Görev ve Ödevleri
- Etik İlkeler
- Hekimin Yansızlığı
- Vicdani ve Mesleki Kanı
- Sır Saklama Yükümlülüğü
- Acil Yardım
- Ticari Amaç ve Reklam Yasağı
- Meşru ve Yasak Yöntemler
- Hekimliğin Kötü Uygulanması (Malpractice)
- Aracılık Etme ve Aracıdan Yararlanma Yasağı
- Endüstri ile İlişkilerde Çıkar Sağlama Yasağı

Hekimler Arası İlişkiler

- Meslektaşlar Arasında Saygı
- Mesleki Dayanışma

- Yetkinlik Dışı Faaliyet Yasağı
- Danışım (Konsültasyon) ve Ekip Çalışması
- Odaya Bildirme Yükümlülüğü

Hekim -Hasta İlişkileri

- Hasta Haklarına Saygı
- Hekim Seçme Özgürlüğü
- Muayenesiz Tedavi Yasağı
- Hasta Üzerindeki Etkinin Kullanımı
- Tedaviyi Üstlenmeme veya Yarıda Bırakma
- Aydınlatılmış Onam
- Bilgilendirilmeme Hakkı
- Terminal Hastalara Yardım
- Ücret
- Gereksiz Harcama Yaptırma Yasağı
- Hastayla İlgili Bilgilerin Hastaya Verilmesi ve Kullanımı
- Rapor Düzenleme

Hekim ve İnsan Hakları

- Uluslararası Sözleşmelere Uyma Zorunluluğu
- İşkenceye Yardım Yasağı
- Tutuklu ve Hükümlülere Verilecek Tıbbi Yardım
- Tutuklu ve Hükümlülerin Tıbbi Yardımını Reddetmesi
- Ölüm Cezasına Etkin Katılım Yasağı
- Olağanüstü Durumlar ve Savaş
- Cinsel İlişki Muayeneleri

Tıbbi Araştırmalar ve Yayın Etiği

- İnsan Üzerinde Araştırma
- Deneğin Bilgilenmesi ve Aydınlatılmış Onamı
- Reşit ve Mümeyyiz Olmayanların Durumu
- Deneğin Korunması
- Yayın Etiği

Çeşitli Hükümler

3.6.1.24. Bilgilendirilmiş Rıza Yönetmeliği (Taslak)

Sağlık Bakanlığı 2007 yılı içinde “Bilgilendirilmiş Rıza Yönetmeliği” (Ek-9) oluşturmak üzere bir taslak hazırlamış ve bu taslağı gerek bilimsel çevreler, gerekse sivil toplum kuruluşlarının görüşlerine sunduğunu açıklamıştır. Taslak 4 bölüm ve 37 maddeden oluşmaktadır.

- Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar (1-4)
- Tıbbi Müdahalelerde Bilgi Verilmesinin Usul Ve Esasları (5-21)
- Tıbbi Müdahalede Hasta ve Yakınının Rızasının Alınmasına İlişkin Usul Ve Esaslar (22-32)
- Muhtelif Ve Son Hükümler (33-37)

Taslağın Ek bölümünde de hastanın bilgilendirilmiş rızasının alınması ile ilgili form örneği bulunmaktadır. Yönetmelik taslağında “aydınlatılmış onam” yerine “bilgilendirilmiş rıza” terimi tercih edilmiştir. Taslakta bilgilendirilmiş rıza “Bireyin, tıbbi müdahale öncesinde ayrıntılı bir şekilde, yazılı olarak bilgilendirdikten sonra yine rızasının bilinçli, gönüllü ve yazılı olarak alınmasını ifade eder.” denilmektedir. Bu tanım aydınlatılmış onam kavramıyla örtüşmemektedir. Aydınlatılmış onam, hastanın kendisine yapılacak işlemleri onayladığını belirten imzasının alınmasından çok farklıdır, aktif bir eylemdir ve bir iletişim sürecini ifade etmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan yasal düzenlemelerde genellikle “aydınlatılmış onam” terimi yerine “bilgilendirilmiş rıza” terimi kullanılmaktadır. Aydınlatma, bilgilendirmeyi de kapsayan daha yoğun bir çabayı gerektirmekte ve tek taraflı bilgi akışından daha öte, kişinin iletilen bilgiyi anlayıp anlamadığının ve nasıl algıladığının denetlenmesi, anlamadığı durumlarda aydınlatma sürecinin yeniden tekrarlanmasını kapsamaktadır. Arda’ya (2004) göre verilen ya da verildiği sanılan her bilginin, karşıdaki insanda bir yansıması olmayabilir. Bu nedenle asıl amaç sadece bilgi vermek değil, aynı zamanda, bunun istenilen sonuca ulaşması yani o kişiyi aydınlatmış olmasıdır. Bu kavramda, bilgiye dayalı bir aydınlanmanın, belirli düzeyde bir anlamının gerçekleşmiş olduğu “temennisi” de bulunmaktadır. “Onay” yerine “onam” neden tercih edilmektedir? Çünkü onay, olmuş bitmiş bir işin ya da eylemin, sona ermiş bir uygulamanın “tasdik edilmesi”dir(Arda, 2004). Onam ise iki kişinin aynı anlamda ve aynı şey üzerinde anlaşma yapması olarak açıklanmaktadır.

Onam terimi çoğunlukla tedavinin kabul edildiğini ima etmesine karşın, eşit olarak tedavinin reddedilmesi anlamında da kullanılmaktadır.

Aydınlatılmış onam, hastanın kendine verilen ve anladığı bir bilgiye dayanarak, ileride gerçekleşecek bir girişime, operasyona, ya da dahil olacağı bir araştırmaya ilişkin bütün yarar ve risk beklentisini de kavrayarak kabul ya da reddetmesidir. Aydınlatılmış onam yerine “bilgilendirilmiş olur” ya da “bilgilendirilmiş rıza” veya “bilgilendirimli olur” terimleri kullanılabilmektedir. Bu ifadeler, aydınlatılmış onam kavramını tam olarak karşılamamakta hatta kavramı sınırlandırmaktadır. Ancak farklı terminoloji kullanılsa da, asıl sorun kavramın uygulamada yaşama geçirilip geçirilmemesi ile ilgilidir(Arda, 2004).

Taslak incelendiğinde genel olarak henüz yeterince olgunlaşmamış bir ön-taslak çalışması olarak görülebilir, taslak metni gerek tıp gerekse hukuk terminolojisi açısından oldukça zayıf ve kararsız bir içeriğe sahiptir. Aydınlatılmış onamın yasal dayanaklarının tanımlanmasında bile eksiklikler göze çarpmakta ve mevcut hukuksal düzenlemelerden (TC Anayasası’nın 17. maddesi, Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 24.-28. maddeleri, TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları’nın 26. maddesi ve diğer düzenlemeler) bahsedilmemektedir. Taslakta tanımlar bölümünde “küçük”, “olgun küçük” ve “özgürlüğüne kavuşmuş küçük” gibi mevcut hukukumuzda yer almayan yeni durumlardan bahsedilmektedir. Bilgilendirilmiş Rıza Yönetmeliği taslağının Ek’inde yer alan form taslağında hastanın rızasının alınması bölümünün açıklama paragrafında “Sizden okuyup anlamanızı istediğimiz bu belge, sizi ürkütmek ya da yapılacak tıbbi uygulamalardan uzaklaştırmak için değil...”, b-maddesinde, “Hekimim kafama takılan sorularımı anlaşılır biçimde cevapladı.”, l-maddesinde de, “Aklım başımda ve kendimi, kararımı veremeyecek şekilde sıkıntı ve baskı içinde hissetmiyorum.” gibi son derece yetersiz, hukuksal terminolojiden uzak ve tartışmaya açık ifadeler bulunmaktadır. Bu nedenlerle iyi niyetli bir çaba olabileceği düşünülen bu yönetmeliğe dair çalışmalar, başta akademik çevreler, sivil toplum, meslek örgütleri olmak üzere geniş bir platformda tartışılarak ve geliştirilerek hazırlanmalı ve hasta haklarının yaşama geçirilebilmesi için bir fırsat olarak değerlendirilmelidir.

Tablo-1:Hasta Hakları Kavramının Türk Sağlık Mevzuatı'nda Kronolojik Olarak Gelişimi

Tarih	Yasal Düzenleme	Hasta Hakları Kavramı
1920	Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın Kurulmasına Dair Kanun	Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, eşitlik
1928	Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun	Onam alınması (kısıtlı bir yaklaşımla)
1930	Umumi Hıfzıssıhha Kanunu	Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, eşitlik, mahremiyet hakkı (zührevi hastalıklarda söz konusu edilmiştir)
1933	Hususi Hastaneler Kanunu	Hekim seçme hakkı (özel hastanelerle sınırlı)
1953	Türk Tabipler Birliği Kanunu	Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı
1954	Hemşirelik Kanunu	-
1956	Türk Eczacılar Birliği Kanunu	Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı
1960	Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun	-
1960	Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi (Tüzüğü)	Saygı görme hakkı, ayrımcılık yapılmama, acil yardım alma, mahremiyete ve özel yaşama saygı, hekim seçme, özgür karar veren hekim tarafından bakım alma hakkı, güvenlik hakkı, acı ve sıkıntıdan sakınma hakkı, kişi dokunulmazlığı
1961	Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun	Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, hekim seçme hakkı (belli koşullarda)
1979	Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun	Aydınlatılmış onam, kişi dokunulmazlığı, mahremiyet ve özel yaşama saygı hakkı,
1983	Nüfus Planlaması Hakkında Kanun	Aydınlatılmış onam, mahremiyet hakkı
1983/2007	Kan ve Kan Ürünleri Kanunu	Mahremiyet ve özel yaşama saygı hakkı, sağlığın korunması hakkı
1983	Sağlık Bakanlığının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında KHK	Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı
1985	Türk Dış Hekimleri Birliği Kanunu	Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı
1987	Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu	Hekim ve sağlık kuruluşunu seçme hakkı (belli koşullarda)
1992	Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun	Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı
1993	İlaç Araştırmaları Yönetmeliği	Aydınlatılmış onam, tazminat hakkı, saygı görme hakkı, ayrımcılığa uğramama, acil yardım alma, mahremiyete ve özel yaşama saygı, güvenlik hakkı, acı ve sıkıntıdan sakınma hakkı, kişi dokunulmazlığı, bilgi edinme hakkı,
1996	Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği	Aydınlatılmış onam, mahremiyet hakkı,
1997	TSE Hasta Hakları Standardı	Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, saygı görme hakkı, haberleşme, mahremiyet ve özel yaşama saygı hakkı, bilgi edinme hakkı, rıza alınması (aydınlatılmış onam), konsültasyon, tedaviyi reddetme hakkı, şikayet ve tazmin hakkı
1998	Hasta Hakları Yönetmeliği	Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, mahremiyet ve özel yaşama saygı hakkı, rıza alınması (aydınlatılmış onam), başvuru, şikayet ve dava hakkı, bilgi edinme hakkı, tedaviyi reddetme hakkı, seçme hakkı, tıbbi özen gösterilmesi, tıbbi araştırmalarda haklar ve diğer haklar (güvenlik, refakatçi bulundurma vs)
2007	Bilgilendirilmiş Rıza Yönetmeliği (Taslak)	Bilgilendirilmiş rıza (aydınlatılmış onam), tedaviyi reddetme hakkı

Hasta hakları kavramının, paternalist anlayıştan “hasta” merkezli bir anlayışa doğru dönüştüğü, sağlık mevzuatındaki tarihsel ve kavramsal gelişimden görülmektedir. Türk Sağlık Mevzuatı’nda hasta hakları kavramı, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi’nin yasalaşmasına kadar sınırlı bir gelişme kaydetmiştir. Bu dönemde, ülkede Sağlık Bakanlığı’nın kurulmasıyla ve sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmaya çalışılmasıyla birlikte, en temel hasta hakkı olan sağlık hizmetlerinden yararlanma ve tıbbi bakım hakkı gündeme gelmiştir. Sınırlı da olsa tıbbi uygulamalarda onam alma, mahremiyet ve özel yaşama saygı, hekim seçme gibi haklar ilk kez yasal düzenlemelere konu olmuştur. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ile hasta hakları kavramı içinde birçok hak ilk kez tanımlanmıştır. Bu düzenleme dönemin hekimlik anlayışına uygun olarak hekim-hasta ilişkisinde “hekim” odaklı bir anlayışı yansıtmaktadır. Tanımlanan “hekim” modelinin, paternalizme varan yararcı tutum içinde olması beklenmektedir.

Aydınlatılmış onam kavramı, 1979 tarihli Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun ile ilk kez sağlık mevzuatına girmiştir. Yasa, organ ve doku aktarımı gibi önemli ve riskli bir tıbbi uygulamayı konu aldığı için, bireylerin bilinçli kararı önem kazanmaktadır. Benzer şekilde Nüfus Planlaması Hakkında Kanun’da da aydınlatılmış onam yer almaktadır. Hasta veya sağlık hizmeti sunulan bireye yapılacak her tıbbi girişim, yaşama hakkı ve beden bütünlüğünü ilgilendirdiğinden ve her an tehlikeli bir durum oluşması olasılığını da taşıdığından, bu uygulamaların yapılmasına karar verme yetkisi hekime değil bireye ait olmalıdır. Bu durum hekim hasta ilişkisini yeni bir boyuta taşımaktadır ve hastanın kendi hakkında karar verme hakkını ve hekimin aydınlatma ödevini gündeme getirmektedir.

3.6.1.24. Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge

Hasta Hakları Yönetmeliği’nin yayınlandığı tarihten beş yıl sonra bu yönetmeliğe ve ilgili yasalara dayanılarak 15.10.2003 tarihinde “Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge” ve bu yönergeye bağlı olarak da uygulamayı kolaylaştırmak üzere “Hasta Hakları Uygulamaları Genelgesi” yayınlanmıştır.

1998’de Hasta Hakları Yönetmeliği’nin yayınlanmasından sonra “yerel düzeyde ve standart olmayan” küçük çaplı çalışmalar yapılmış olmasına rağmen, uzun süre Türkiye genelinde uygulamaya dönük olarak bir çalışma yapılmamış olması, eksiklik olarak göze çarpmaktadır. 1999 yılında dönemin Sağlık Bakanı Mustafa Güven Karahan tarafından İstanbul’da toplam 11 Eğitim Araştırma Hastanesi’nde Hasta Hakları Birimleri kurulması projesi, sivil toplum kuruluşlarında teknik alt yapı ve yetişmiş eğitimli çalışan yetersizliği nedeniyle sonuçsuz kalmıştır(Karahan, 2007).

Yönerge’nin amacı; *“Sağlık tesislerinde yaşanan, hasta hakları ihlalleri ile bunlara bağlı ortaya çıkan sorunların önlenmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması, sağlık hizmetlerinin insan onuruna yakışır biçimde sunulması ile hastaların hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair esas ve usulleri belirlemektir”*(Madde:1) ifadesiyle açıklanmıştır.

Bu yönergenin yayınlanmasından kısa süre sonra Kasım 2003’te, yönergede sözü edilen Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Hasta Hakları Şube Müdürlüğü kurulmuştur(Madde: 5). Bu birimin amacı hasta hakları konusundaki tüm uygulamaları merkezi düzeyde koordine etmek olarak belirtilmiştir.

Madde: 5

“Hasta hakları ihlallerinin önlenmesi, uygulamaların geliştirilmesi, izlenmesi ve ülke genelinde koordine edilmesi amacıyla Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Bakanlık Hasta Hakları Birimi kurulur. Birim yeteri kadar sağlık ve genel idare sınıfı personelden oluşur.”

Yönergede uygulamaya dönük olarak *“...hasta haklarını korumak ve sorunlara çözüm bulabilmek amacıyla Hastane Hasta Hakları Kurulu”* oluşturulması (Madde:7) ve *“..gelecek şikayetleri almak, değerlendirmek ve çözüm önerileri üretmek üzere Hasta Hakları Birimleri”* kurulması (Madde:10) öngörülmektedir.

2003 tarihli bu yönerge ile uygulamaya dönük olarak aşağıdaki birimler oluşturulmuş ve bu birimlerin görevlerini tanımlanmıştır:

- Bakanlık Hasta Hakları Birimi
- Hastane Hasta Hakları Kurulu
- Hastane Hasta Hakları Birimi

Hasta haklarını korumak ve sorunlara çözüm bulmak amacıyla oluşturulan Hastane Hasta Hakları Kurulu üyeleri (Madde:9) şunlardır:

- Hastane Toplam kalite uygulamalarından sorumlu Başhekim yardımcısı
- Hasta Hakları Şikayet Birimi sorumlusu
- Şikayet edilen personelin birim sorumlusu
- Sosyal Hizmet Uzmanı veya Psikolog
- Hasta Hakları konusunda faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşu temsilcisi
- Varsa hastanın yasal savunucusu
- 4688 Sayılı Kamu Sendikaları Kanununa göre o kurumda yetki almış sendika temsilcisi

Kurulun kendisine ulaşan başvuruları incelemek, değerlendirmek ve sonuçlandırmak üzere (Madde:8), en az haftada bir kez toplanıp, gizli oylama ve oy çokluğu ile karar alacağı öngörülmektedir. Kurul başkanının seçim yoluyla ve bir yıllık süre için seçileceği ve eşitlik durumunda kullandığı oyun iki oya bedel olacağı ifade edilmiştir.Yedi üyeden oluşan Hastane Hasta Hakları Kurulu'nda hastanın yasal savunucusu hariç tutulmak üzere, kamusal otorite-sivil toplum dengesi açısından üyelerin durumuna bakıldığında, resmi görevli sayısı 4, sivil toplum temsilcisi 2 üye olduğu görülmektedir.

Yönergede belirtilen hasta hakları uygulamaları, Şubat 2004 tarihinde 38 ildeki 60 hastanede pilot nitelikli olarak uygulamaya başlanmıştır. Bu kapsamda 60 hastanede Hastane Hasta Hakları Kurulları ve Birimleri kurularak çalışmaya başlamıştır. Bu dönemde Sağlık Bakanlığı web sitesinde, Hasta Hakları Şikayet Bildirimi Sistemi de kullanıma girmiştir(Sağlık Bakanlığı, 2007).

3.6.1.25. Poliklinik Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması Genelgesi

Bu genelgenin (08.09.2004 tarihli genelge) amacı “..*hizmet sunumunun iyileştirilmesi kapsamında hastalarımızın hekimlerini seçebilmesini öngören bir sistemin uygulamasına geçilecektir.*” ifadesi ile açıklanmaktadır. Genelgede “*Poliklinik hizmetlerinin sunumunda, hastalarımızın hekimini seçebilme özgürlüğü esastır. Bu nedenle hastaların hekimini seçebilmesine imkan verecek her türlü tedbir alınacaktır.*” denilerek “yeniden yapılandırılma” çalışmalarının özünde hekim seçme özgürlüğünün sağlanmasının bulunduğu ortaya çıkmaktadır. Bu genelge ile birlikte 11 pilot hastanede hekim seçme uygulamasına başlanmıştır.

3.6.1.26. Hizmet Kusuru Genelgesi

Bu genelge (18.01.2005 tarihli genelge) ile yataklı tedavi kurumlarında yaşanan hizmet kusurlarına bağlı olarak artan tazminat davalarına karşı birtakım önlemler alınması gerektiği açıklanmaktadır. “*Alınan olumlu neticelerle birlikte sağlık hizmetlerinin hata kabul etmeyen hizmetlerin başında gelmesi ve hizmet alan kesimin beklentilerinin giderek artması nedeniyle yataklı tedavi kurumlarımızda işlenen hizmet kusurlarına bağlı Bakanlığımız aleyhine açılan davalarda son zamanlarda artış yaşanmaktadır. Bakanlığımız, giderek artan hizmet kusuru davaları nedeniyle büyük miktarlarda tazminat ödenmesi durumuyla karşı karşıya kalabilmektedir.*” denilmektedir. Bu konuda dile getirilen önlemlerden hasta kayıtlarına önem verilmesi, hizmet içi eğitimlerin yapılması yanında “*Sağlık hizmeti sunumunda Hasta Hakları mevzuatına hassasiyetle riayet edilmesi, yapılacak her tıbbi işlemde (zorunlu haller dışında) hasta veya yakınının mutlaka yazılı rızasının alınması, gerekli bilgilendirmenin yapılarak kaydedilmesi*” gerekliliği de belirtilmektedir. Hasta hakları ile ilgili uygulamaya dönük atılan adımlardan kısa süre sonra, Bakanlık aleyhine davaların eskiye oranla artan sayıda açılması çarpıcı bir gelişmedir.

3.6.1.27. Hasta Hakları Uygulama Yönergesi

İlk Hasta Hakları Uygulama Yönergesi'nin 26.04.2005 tarihinde yenilenmiş bir biçimi olan bu yönerge (Ek-8), eskisine göre daha geliştirilmiş ve kapsamlı bir yapıdadır. İlk yönerge ile pilot uygulamalar başlatılmış ve belli bir deneyim elde edilmiştir. Bu yönerge ile pilot uygulamaların ülke geneline yaygınlaştırılması hedeflenmektedir, ancak yönergenin kapsamının kamu sağlık sektörü ile sınırlı olması eşitlik ilkesi açısından tartışma yaratmaktadır. Hasta hakları konusunda sadece kamu sektörüne düzenlemeler getirilmesi, özel sağlık sektörünün bu kapsamın dışında tutulması, hasta hakları konusunda ülke genelinde bir standart oluşturulması idealine uymamaktadır. Yönergenin, hasta haklarını benimsetmeyi ve korumayı, bu hakların ihlal edilmesi durumunda da hak arama sürecini sağlayacak düzenekleri oluşturmayı öngördüğü ifade edilmektedir. Bu amaçla merkezden çevreye doğru daha detaylı bir yapılanma oluşturulmakta ve sadece yataklı kurumlar değil ayaktan tedavi kurumları da uygulama kapsamına alınmaktadır. Yönerge ile aşağıdaki birimler oluşturulmaktadır:

- Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Şubesi
- Hasta Hakları İl Koordinatörlüğü
- Hastane Hasta Hakları Kurulu ve Hasta Hakları Birimi, Hasta Hakları İletişim Birimi
- Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapan Sağlık Kurum ve Kuruluşları Hasta Hakları Kurulları, Birimleri ve İletişim Birimleri
- Sağlık Grup Başkanlığı Bulunmayan İl Merkezlerinde Oluşturulacak Hasta Hakları Kurulları ve Hasta Hakları Birimleri

Hasta Hakları Kurulu aşağıdaki üyelerden oluşmaktadır;

- Başkan: Kamu hastanelerinde hastanenin kalite hizmetlerinden sorumlu Baştabip Yardımcısı, kurulun başkanıdır.
- Hasta Hakları Birim Sorumlusu,
- Hakkında başvuruda bulunulan personelin birim sorumlusu,
- Hasta hakları konusunda faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşu temsilcisi

- Varsa hastanın avukatı (Hastayı temsil ettiğine dair vekaletin bulunması gerekir. Ayrıca hasta veya yakını isterlerse kurula girerek kurul üyelerini konu hakkında bilgilendirebilirler. Ama oylamaya katılamazlar ve oylama sırasında kurulda bulunamazlar.)
- 4688 Sayılı Kamu Sendikaları Kanununa göre kurumda yetki almış sendika temsilcisi,
- Valiliğin belirleyeceği bir vatandaş. (Kendisi ve yakınlarının Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarla ticari ilişkisi olmayan, sağlık hizmetleri veya sosyal hizmetler alanında temayüz etmiş, 65 yaşını geçmemiş, kurula sürekli olarak katılmasını engelleyecek kronik bir rahatsızlığı olmayan, gönüllü bir kişi kurulda görev alır.)
- İl genel meclisi üyeleri arasından Vali tarafından seçilecek bir üye,

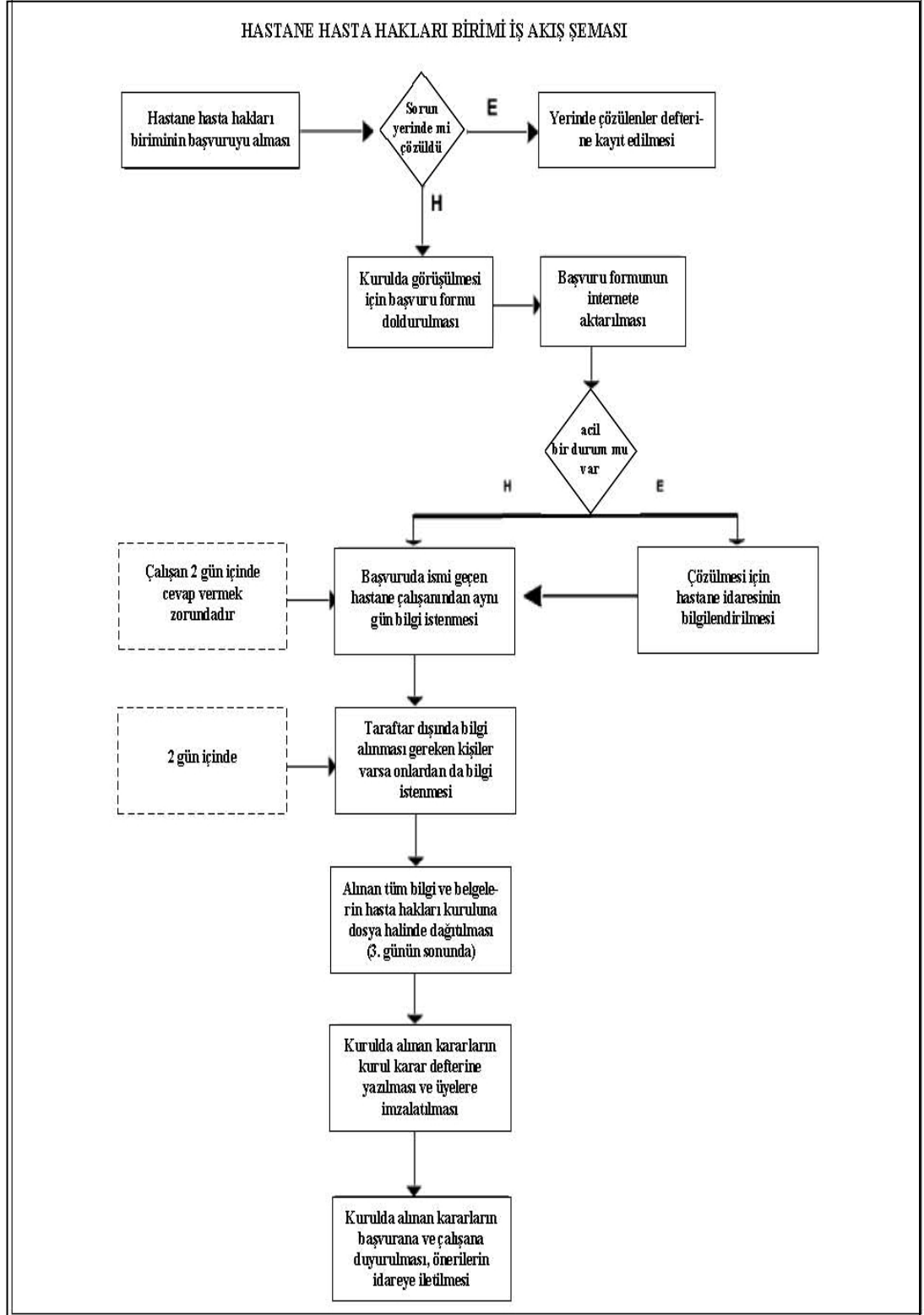
Hastane Hasta Hakları Kurulu'nu oluşturan üyelerde eski yönergeye göre değişiklikler bulunmaktadır. İlk yönergede üye olarak bulunan sosyal hizmet uzmanı veya psikolog yeni yönergede kurulda bulunmamaktadır, ancak vali tarafından atanacak olan bir il genel meclisi üyesi ve bir vatandaş olmak üzere iki yeni üye kurula girmektedir. Kurul başkanının önceki yönergede bulunan seçim ile gelmesi hükmü kaldırılarak, kalite hizmetlerinden sorumlu baştabip yardımcısı doğrudan başkan olarak atanmaktadır.

Yönergeye göre öngörülen Hastane Hasta Hakları Kurulu'nda hastanın yasal savunucusu hariç tutulmak üzere, kamusal otorite-sivil toplum dengesi açısından üyelerin dağılımına bakıldığında, kamu inisiyatifi ile oluşturulan üye sayısı 5, sivil toplum temsilcisi 2 üye olduğu görülmektedir. Kurul başkanı dahil üyelerin çoğu atama yoluyla oluşturulan Hastane Hasta Hakları Kurulu bu yapısı nedeniyle, haklar mücadelesi açısından tartışma yaratmaktadır. Ayrıca kurulda Türk Tabipleri Birliği, Türk Dişhekimleri Birliği, Türk Hemşireler Birliği gibi sağlık meslek örgütlerinden temsilci bulunmaması da bir eksiklik olarak göze çarpmaktadır. Yönergenin hastanelerde öngörülen işleyişi, kısaca Hasta Hakları Birimi'ne başvuru sonucu oluşturulan dosyanın Hasta Hakları Kurulu'na iletilmesi ve değerlendirilip sonuca

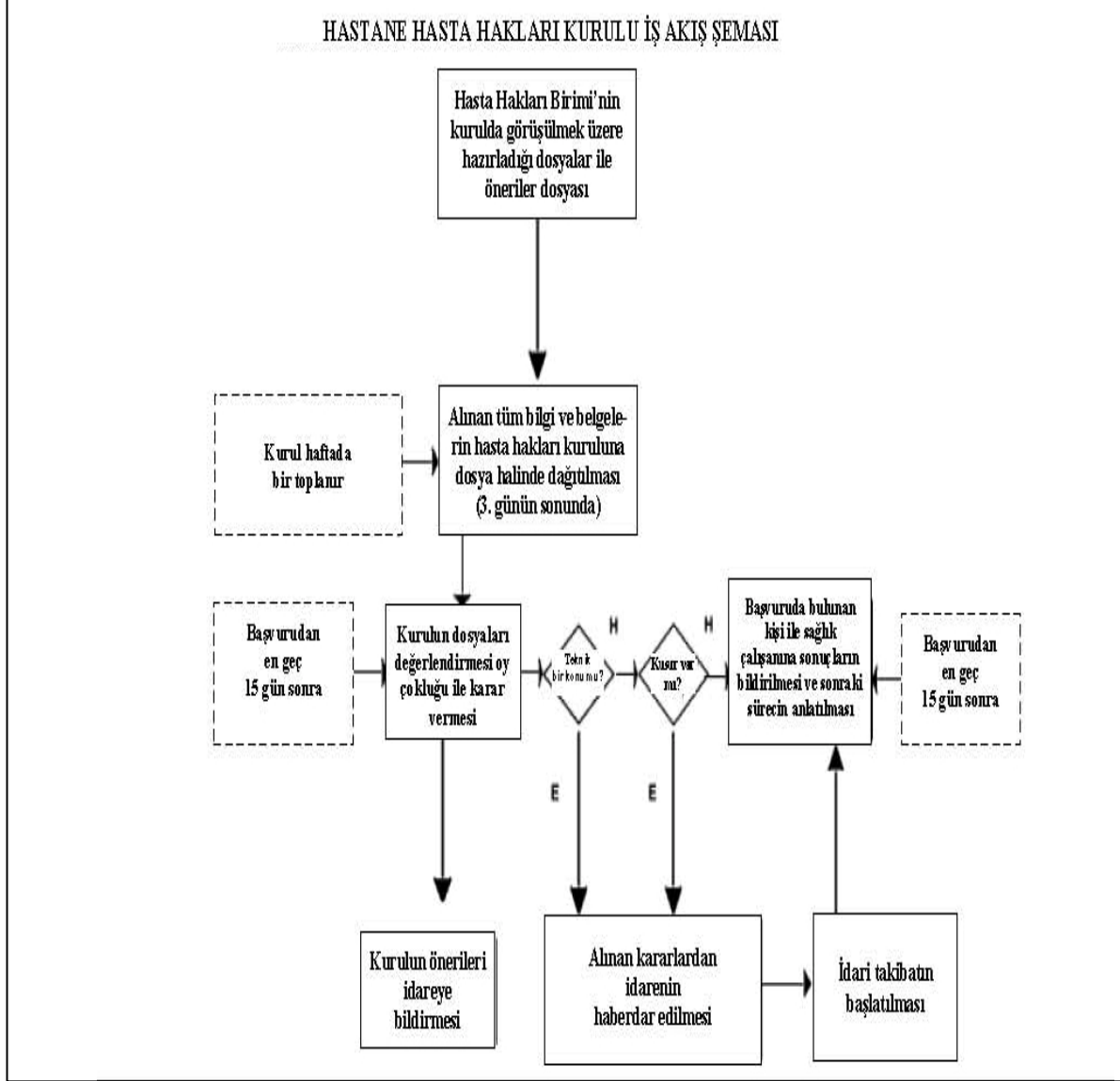
bağlanması aşamalarını içermektedir. Yönergenin işleyişi Şekil-1 ve Şekil-2’de sunulmuştur.

Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye’de 2006 yılı içinde hasta hakları konusunda 31.399’u sözlü, 12.110’da yazılı olmak üzere 43.509 şikayet başvurusu olmuştur. Şikayetlerin %50’si poliklinikler, %13 acil yardım ve klinik hizmetleri, %12 idari hizmetler, %10’u da laboratuvar ve görüntüleme hizmetlerinden kaynaklanmıştır. Yazılı başvuruların %17’si hasta lehine, %61’ de çalışan lehine sonuçlanmıştır. Şikayet edilen sağlık çalışanlarının %41’i uzman hekim, %11’i pratisyen hekim ve %9’u da hemşirelerden oluşmaktadır. Başvuruların %45’i hizmetten yararlanamama nedeniyle yapılmış olup, bunu saygısızlık, mahremiyet ihlali ve güvenlik konularında yapılan şikayetler izlemiştir. Şikayet edilen sağlık çalışanlarına %70 uyarı (%40 sözlü, %30 yazılı uyarı), %5 kınama, %6 maaş veya ek ödeme kesintisi cezası verilmiştir, geri kalan bölümde dosyalar henüz sonuca bağlanmamıştır(Sağlık Bakanlığı, 2007; Sütlaş, 2007). Türkiye’de 2005 yılında hastanelerde 187 milyon, birinci basamakta da 105 milyon olmak üzere toplamda 292 milyon hekime başvuru olmuştur(Soyer, 2007). Bu sayının 2006 yılında toplam 300 milyonu aştığı kabul edilebilir. Bu öngörü ile başvurularda şikayet oranı %0.01 düzeyinde kalmaktadır. Sağlık sistemimizde yaşanan köklü sorunlara rağmen şikayet başvurusunun az olması hak arama yollarının yeterince açık olmadığı veya bilinmediğini düşündürmektedir. Bu verilere göre en çok başvuru hizmetten yararlanamama nedeniyle olmuştur. Sağlık hizmetlerine ulaşamama veya yararlanamama halen sağlık sistemimizde, dolayısıyla hasta hakları açısından en önemli sorundur. Hizmetten yararlanamama çoğunlukla sağlık çalışanlarından bağımsız ve sağlık sistemiyle ilgili bir sorundur. Bu durum hasta haklarının yaşama geçirilmesinde sağlık kuruluşlarının alt yapı, donanım ve kapasite açısından yeterli hale getirilmesinin önemini vurgulamaktadır.

Şekil-1: Hastane Hasta Hakları Birimi'nin İşleyiş Şeması (SB, 2005)



Şekil-2: Hasta Hakları Kurulu’nun İşleyiş Şeması (SB, 2005)



3.6.1.28. Sağlıkta Dönüşüm ve Hasta Hakları

Türkiye’de 1980’li yılların ortalarından itibaren, “sağlıkta reform” olarak nitelendirilen çabaların ivme kazandığı bir süreç başlamıştır. Genel olarak sağlık hizmetlerinin sunumunda, finansman ve örgütlenmesinde köklü bir değişim öngörülmüştür. Bu çabalar uygulamaya geçirilmek istenmesine rağmen değişik aşamalarda duraklamış ve ilerleyememiştir. Ancak 2003 yılından itibaren benzer

alışmalar, Dünya Bankası'nın 60 milyon ABD Doları kredi desteği ile "Sağlıkta Dönüşüm Programı" olarak, pilot uygulamalar düzeyinde yaygınlaştırılmaktadır(wb, 2004). Proje sağlık hizmetlerinin finansmanında "Genel Sağlık Sigortası" adıyla prim sistemini öngörmektedir. Birinci basamakta "Aile Hekimliği" olarak adlandırılan, sözleşmeli ve kendi hesabına çalışan hekimlerin yürüttüğü hizmetler yanında, hastanelerin işletmelere dönüştürülmesi ve sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak çalışmasını öngörmektedir. Ayrıca 1920 tarihli yasayla kurulan Sağlık Bakanlığı'nın tüm taşra teşkilatının kaldırılması ve buradaki hizmetlerin de yerel yönetimler tarafından yürütülmesi amaçlanmaktadır. Projenin genel görünümü, bireylerin sağlık primi ödemesi, birinci basamak ve hastanelerde sunulan hizmetlerin özel sektör tarafından verilmesi, sağlık çalışanlarının sözleşmeli olarak çalıştırılıp, performansa göre ücretlendirilmesi biçimindedir. Sağlık Bakanlığı'nın değişen rolü ile hizmetin üretimi, finansmanı ve organizasyonuna katılmaması ve denetleyici, düzenleyici ve planlayıcı konumda olması çarpıcı bir değişikliktir. Programın temel söylemleri "etkililik", "verimlilik", "rekabet", "desentralizasyon", "gler ayrılığı" gibi yeni tanımlamalar yanında, "insan merkezcilik", "hakkaniyet", "gönüllülük" "katılımcılık", "uzlaşmacılık", "sürdürülebilirlik" gibi ilkelerden oluşmaktadır(Sağlık Bakanlığı, 2004). Ancak ilk bakışta, bu ilkelerin hepsinin aynı küme içinde bulunmasının olanaklı görünmediği ve programın ilke bazında "eklektik" bir yapı gösterdiği ileri sürülebilir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın detaylı teknik analizinin yapılması başka çalışmaların konusu olabilir. Ancak, hasta hakları açısından programın katkıları ve eksiklikleri, hasta haklarına getireceği sonuçlar açısından tezimiz bağlamında üzerinde durulmaya değer bir konu olarak görülmektedir. Program hekim-hasta ilişkisini önemli ölçüde etkileyecek niteliklere sahiptir. Sağlık hizmetlerinin özel sektörün "kâr" mantığı ile verilmesi, prim ödeyemeyen hastanın hizmet alamaması, hizmet sunan sağlık çalışanlarının iş güvencesi olmadan çalıştırılması, kısa ve uzun vadede hasta hakları açısından risklerle dolu bir görünüm sunmaktadır. Program sağlık hizmeti alınabilmesini, "sigortacılık" anlayışına uygun olarak prim ödeme koşuluna bağlamaktadır. Bu koşul, daha önceki deneyimlerde görüldüğü gibi, yoksul kesimlerin hizmete ulaşmasını engelleyebilecektir. Sağlık hizmetlerinden yararlanma

hakkının olmaması durumunda, diğer hasta hakları unsurları anlamını yitirecektir. Sağlık hizmetleri, piyasa modelinde ve özel sektörün “kâr etme” temel yönelimi ile sunulacak ve devlet de hastalar zarara uğramasın, hakları ihlal edilmesin diye denetleyici bir görev yapacaktır. Oysa Türkiye, “devlet denetimi” açısından önemli sorunlar yaşayan bir ülkedir. Örneğin çeşitli hesaplamalara göre Türkiye’de kayıt dışı ekonomi %50’nin üzerindedir, yani ekonominin yarısını kayıt altına alınamamakta, denetlenememektedir. Özel sektör vergi ödememek için kayıt dışı olma eğilimindedir(Sarılı, 2002). Mal ve hizmetin varlığı bile kayıt altına alınamazken, sağlık hizmetleri gibi oldukça karmaşık ve ileri teknolojinin yoğun kullanıldığı bir alanının niteliğinin denetlenebilmesi kolay görünmemektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın kamuoyuna yansıtılan ve en çok altı çizilen öğelerinden biri “hekim seçme ve değiştirme özgürlüğü” olarak belirlenmiştir(Sağlık Bakanlığı, 2004). Sağlık Bakanlığı’nın değişen görev anlayışı ile, “olumlu yarışma ortamı”nı sağlamak için hastaların belirli hekimlere kayıt yaptırması zorunluluğunun getirilmeyeceği ifade edilmektedir. Burada hekim seçme hakkı bir hasta hakkı olarak değil, “olumlu yarışma ortamı”nın iyiliği ve sürdürülebilirliği için gerekli görülmektedir. Ancak nüfus, yerleşim birimi, ulaşım gibi sorunlar yaşanan bölgelerde, hekim seçme özgürlüğünün kısıtlanacağı belirtilmektedir.

Program, belli koşullarda hekimlerin de hastalarını seçebilecekleri ya da reddedebileceklerini öngörmektedir. Reddedilen hastanın başka hekime gitme olanağının bulunması gerekmektedir. Hekimin hastasını reddedebileceği durumlar olarak; “tıbbi etiğe uygunsuz davranışların belgelenmesi”, “hekim-hasta ilişkisinin hekimin verimini azaltacak şekilde bozulması”, “hasta-hekim arasında adli sorun yaşanması”, “taciz, tehdit gibi iletişim sorunu oluşturan durumlar yaşanması” şeklinde sıralanmıştır(Sağlık Bakanlığı, 2004).

Kronik hastalar gibi yoğun sağlık gereksinimi olan hastaların kabul edilmemesi halinde, Bakanlık ve sigorta kurumunun işbirliği yaparak hekimi resen belirleme yoluna gideceği belirtilmektedir(Sağlık Bakanlığı, 2004). Aslında burada, sigortacılık tekniği açısından önemli bir öngörü de ifade edilmektedir ki, bu durum,

hastaların seçilmesi sürecinde “yanlı seçim” olarak bilinen ve gerek hekimin gerekse sigorta kurumunun, yoğun sağlık hizmeti gereksinimi olan hastaları “kabul etmeme eğilimi”nden doğan bir tutumdur. Yani bu sistem, primini ödeyen genç ve sağlık sorunu yaşamayan bireyleri, sağlık gereksinimi yüksek olan hastalara tercih etmektedir. Bu durum programın “hakkaniyet” ilkesi açısından tartışılması gereken bir yönüdür.

“6.2. Doktor Seçme ve Değiştirme Özgürlüğü

Birey, aile doktorunu ideal olarak bölgesinde çalışan hekimlerden seçer ve bakanlıkça belirlenen süre çerçevesinde değiştirebilir. Doktor tercihinde yakınlık ve kolay ulaşılabilirliğin önemli rol oynayacağı aşikârdır. Ancak olumlu yarışma ortamını sağlamak amacı ile hastaların belirli hekimlere kayıt yaptırmaları zorunlu tutulmayacaktır.

Yukarıda da sözü edildiği gibi nüfusun dağınık olarak yaşadığı ve ulaşım sorunlarının yaşandığı kırsal bölgelerde bu özgürlük sınırlı kalmak zorundadır. Ancak koşulların elvermesi ölçüsünde bu özgürlüğün kısıtlanmaması gerekir. Kişinin doktorunu değiştirmesi halinde tutulan kayıtların devredilmesi esastır. Diğer taraftan kişinin başka doktor alternatifinin bulunması halinde ve belirli bazı koşullar altında hekim de hastasını kabul etmeyebilir. Bunlar:

- Tıbbi etiğe uygunsuz davranışların (kişi-hekim arasında çıkar ilişkisi kurulmaya çalışılması vb) belgelenmesi,*
- Hasta ile hekim ilişkisinin tanı, tedavi ve takibi zorlaştıracak, aile doktorunun verimini azaltacak şekilde bozulması,*
- Hasta ile hekim arasında adli bir sorunun olması,*
- Taciz, tehdit gibi iletişim sorunu oluşturacak durumların olmasıdır.*

Kronik hastalık gibi nedenlerle yoğun sağlık hizmeti gereksinimi olan hastanın kabul edilmemesi halinde, Sağlık Bakanlığı ile işbirliği içinde sağlık güvencesini sağlayan kurumun hastanın aile hekimini resen belirleme hakkı vardır.” (Sağlık Bakanlığı, 2004).

Hasta haklarının topluma mal olması ve bu konuda toplumsal bilinç oluşturulmasında sadece yasalarda yer alması yeterli değildir. Özellikle sivil toplum örgütlerinin bu alanda varlık göstermesi önemlidir. Hasta hakları Türkiye’de sivil toplumun ne ölçüde gündemine girmiştir ve bu sürecin özellikleri nelerdir? Bu bölümde bu konular irdelenecektir.

3.6.2. Türkiye’de Hasta Hakları Ve Sivil Toplum Kuruluşları

Sivil toplum kavramı, devlet denetimi dışında kalan, dolaylı veya dolaysız ama belli düzeyde siyasal bir nitelik içeren, fakat özünde toplumsal sorunların çözümüne dönük sivil etkinlikleri, ilişkileri, çıkarları yaşama geçiren bir alanı ifade etmektedir. Kavramsal düzeyde sivil toplum, demokratikleşme, toplumsal sorunlara çözüm arama ve kamusal tartışma alanıdır. Sivil toplum, devlet ile ekonomi ve aile arasında kalan sivil toplumsal sorunları çözmeye dönük bir kamusal tartışma alanı ve bu tartışmanın yaşama geçirildiği örgütsel etkinliktir. Sivil toplum örgütleri de, belli toplumsal sorunlara çözüm bulunmasını, belli değerlerin korunmasını ve belli çıkarların yaşama geçirilmesini amaçlayan örgütsel etkinliklerdir(Keyman, 2006).

Sivil toplum, örgütlü yaşam biçimi, toplumsal değişim ve iyi toplum yönetiminin önemli bir öğesi olarak kabul edilmektedir. Türkiye’de, sivil toplum kuruluşlarının son yıllarda sayılarının giderek arttığı, etkinliklerinin ülke genelinde yaygınlaştığı ve toplumsal değişimin önemli aktörlerinden birisi konumuna geldiği gözlenmektedir. 2000’li yıllar Türkiye’sinde etkili, verimli ve toplumsal sorunlara kalıcı ve uzun dönemli çözüm bulma sürecine katkı veren bir sivil topluma gereksinim olduğu sıklıkla dile getirilmektedir. Sivil toplumun Türkiye’nin giderek karmaşıklaşan toplumsal ilişkiler ağı içinde, “toplumsal dayanışma, toplumsal güven, toplumsal sorumluluk, toplumsal istikrar, toplumsal sorunlara çözüm bulma gibi önemli değerlerin yaratılmasında rol oynayan değer yaratıcı bir kurum, bir iletişim ağı” olarak işlev görebileceği kabul edilmektedir(Keyman, 2006).

Türkiye’de sivil toplumun hem nicel hem de nitel olarak giderek toplum düzeyinde yaygınlaşmakta olduğu, farklı toplumsal sorunlara yöneldiği ve bu

sorunların çözümü için çabalarını sürdürmekte olduğu gözlenmektedir(Keyman, 2006). Hasta hakları konusu da sivil toplum örgütlerinin önemli bir uğraş alanı olmaya başlamıştır. Ülkemizde hasta hakları konusunda doğrudan ve dolaylı olarak çalışmalarda bulunan çok sayıda dernek, vakıf gibi sivil toplum kuruluşları bulunmaktadır. Bu kuruluşların çoğunun son 10-15 yıl içinde kurulmuş olması dikkat çekicidir. Bu dönem aynı zamanda Türkiye’de hasta hakları etkinliklerinin ortaya çıktığı, kamuoyunun gündemine geldiği ve güçlenmeye başladığı yıllar olmuştur. Bu kuruluşlar hem üyeleri vasıtasıyla etkinliklerini sürdürmekte, hem de internet ortamında bulunan web siteleri aracılığıyla geniş toplum kesimlerine hitap edebilmektedirler. Türkiye’de hasta hakları hareketinin ortaya çıkması ve güçlenmeye başlamasıyla, bu konuda çok sayıda derneğin kurulmasının birbirlerini sinerjik olarak etkilediği söylenebilir.

Türkiye’de hasta hakları konusunda etkinliklerini sürdüren sivil toplum kuruluşlarını ortak özelliklerine göre sınıflandırmak mümkündür.

3.6.2.1. Öncelikli Olarak Hasta Hakları Alanında Çalışan Dernekler

Bu gruptaki derneklerin prototipi olan Hasta ve Hasta Yakını Hakları Deneği HAYAD Türkiye’de bu alanda kurulan ilk dernek olup 1997 yılında kurulmuştur. HAYAD’ın kuruluşu Türkiye’de hasta haklarının gündeme gelmesi ve tanınmasına önemli katkılar sağlamıştır. Amaçlarının kısaca “hasta ve hasta yakınlarını, haklarıyla buluşturmak” olduğu ifade edilmektedir. HAYAD Türkiye’de ilk kez 26 Ekim tarihini “Hasta Hakları Günü” olarak ilan etmiştir. Bu gruptaki derneklerden bazıları aşağıda sunulmuştur.

Hasta ve Hasta Yakını Hakları Deneği (HAYAD)

Kuruluş tarihi : 1997

<http://www.hayad.org.tr/>

Hasta Hakları ve Sağlıklı Yaşam Derneği (HAKSAY)

2003'te Hasta Hakları Platformu (HHP) olarak kurulan bu oluşum, 2005 yılında dernekleşmiştir.

Kuruluş tarihi :2005

<http://hastahakki.org/>

Hasta ve Hasta Yakını Haklarını Savunma Derneği (HAYASAD)

Kuruluş tarihi :2003

www.hayasad.dernegi.com

Sağlık Hakkı Hareketi Derneği (SHHD)

Kuruluş tarihi :2005

<http://www.saglikhakki.org/>

Hasta hakları alanında çalışan bu derneklerden HAYAD 1999 yılından beri 26 Ekim tarihinde Hasta Hakları Günü etkinlikleri düzenlemektedir. Etkinlikler kapsamında konferans ve sempozyumlar düzenlemekte ve her yıl bu alana emeği geçenlere plaket verilmektedir. Her yıl bir hasta veya hasta yakını, bir sağlık çalışanı ya da kurumu, bir hukuk mensubu ya da kurumu, bir medya çalışanı ya da kurumuna plaket verilmektedir. HAYAD tarafından 2000'de "AIDS ve Hasta Hakları", 2001'de "Dermatoloji, Kozmetik ve Hasta Hakları", "Omurilik Felçlileri, Sorunları Hasta Hakları", "Down Sendromu ve Hasta Hakları" konulu toplantılar düzenlenmiştir. HAKSAY ise 2005, 2006 ve 2007 yıllarında Hasta Hakları Eğitici Eğitimi Kursu düzenlemiştir. Sağlık Bakanlığı ve HAKSAY 2005 yılında 1. Ulusal Hasta Hakları Sempozyumu düzenlemişlerdir. Ayrıca 2005 Isparta'da ve 2006'da Konya'da Hasta Hakları Sempozyumu düzenlenmiştir(HAYAD; HAKSAY). Bu örnekler dışında sivil toplum örgütleri ulusal ve yerel düzeyde her yıl çok sayıda panel, sempozyum, konferans, radyo, televizyon programları gibi etkinlikler düzenlemektedir.

3.6.2.2. Belirli Bir Hastalığa Özgü Olarak Çalışan, Hastalık ve Hasta Dayanışma Dernekleri

Bu grup derneklerin temel niteliği, özel bir hasta grubuna özgü olarak kurulmuş olmalarıdır. Bu hastalıkların hepsinin ortak özellikleri kronik ve ilerleyici olmaları, tedavilerinin pahalı ve güç olması, çoğu zaman yüksek tıbbi teknolojiye gereksinim duyulması, sürekli izlem ve rehabilitasyon hizmetlerini gerektirmesi ve hastanın yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemesidir. Hastaların bu özel durumu nedeniyle hasta yakınları da olumsuz etkilenmekte ve ekonomik, ruhsal ve fiziksel güçlüklerle baş başa kalmaktadır. Bu tür dernekler söz konusu hastaları ve hasta yakınlarını ortak bir çatı altında toplayarak, dayanışma, yardımlaşma, bilgi paylaşımı, hak ve çıkarlarını koruma geliştirme, bilimsel ve sosyal etkinlikler yapma, toplumu bilinçlendirme gibi amaçlar etrafında kurulmuşlardır. Bu çalışmaların toplumun her kesiminde bir duyarlılık yarattığı ve belli kazanımların sağlandığı söylenebilir.

Türk Epilepsi Derneği

Kuruluş tarihi :1973

<http://www.turkepilepsi.org.tr/>

Türkiye Kas Hastalıkları Derneği

Kuruluş tarihi :1978

<http://www.kashastaliklari.org.tr/>

AIDS Savaşım Derneği

Kuruluş tarihi :1992

<http://www.aidsdernegi.org.tr/>

Türkiye Hemofili Derneği

Kuruluş tarihi :1992

<http://www.turkhemoder.org/>

Türkiye Multipl Skleroz Derneği
Kuruluş tarihi :1992
<http://www.turkiyemsdernegi.org/>

Parkinson Hastalığı Derneği
Kuruluş tarihi :1993
<http://www.parkinsondernegi.org/>

Türkiye Diyabet Vakfı (TURDİAB)
Kuruluş tarihi :1996
<http://www.turkdiab.org/>

Akdeniz Kan Hastalıkları Vakfı (AKHAV)
Kuruluş tarihi :1996
<http://www.akhav.org.tr/>

Spina Bifida Derneği
Kuruluş tarihi :1997
<http://med.ege.edu.tr/spina/>

Alzheimer Derneği & Alzheimer Vakfı
Kuruluş tarihi : Dernek 1997, Vakıf 2000
<http://www.alz.org.tr/>

Dost Yaşam Down Sendromu Vakfı
Kuruluş tarihi :1998
<http://www.dostyasam.org/>

Şizofreni Dostları Derneği
Kuruluş tarihi :1998
<http://www.sizofrenidostlari.org.tr>

Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği

Kuruluş tarihi :1998

<http://www.sizofreni.dernegi.com/>

Lösemili Çocuklar Vakfı (LÖSEV)

Kuruluş tarihi :1998

<http://www.losev.org.tr>

Böbrek Hastaları Haklarını Koruma ve Sosyal Yardımlaşma Derneği (BÖHAK)

Kuruluş tarihi :1999

<http://www.bohak.org/>

Şizofreni Gönüllüleri ve Dayanışma Derneği

Kuruluş tarihi :2002

<http://www.sizofrenigonulluleri.org>

Panik Atak Dostları Derneği

Kuruluş tarihi :2002

<http://www.pandost.com/index.php>

Ankilozan Spondilit Hasta Derneği (ASHAD)

Kuruluş tarihi :2002

<http://www.ashad.org>

Osteoporoz ile Yaşam Derneği

Kuruluş tarihi :2002

<http://www.osteoporozyasam.org.tr/>

Guatr ve Tiroid Kanseri Derneği (Tiroder)

Kuruluş tarihi :2005

<http://www.guatr.org.tr/>

Tüberküloz Danışma ve Dayanışma Derneği (TÜDADER)

Kuruluş tarihi: 2006

www.tudader.org/

Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği (RUSİHAK)

Kuruluş tarihi :2007

ruhsagligindainsanhaklari@gmail.com

3.6.2.3. Engelliler Konusunda Çalışan Sivil Toplum Kuruluşları

Bu gruptaki derneklerin çoğu belli bir “engellik” durumuna özel olarak kurulmuşlardır. Engellilerin, rehabilitasyon ve yaşam kalitesini artırma ön planda olmak üzere genel olarak sağlık hizmeti gereksinimleri yüksektir. Bu dernekler engelli haklarını korumak ve geliştirmek üzere kurulmuşlardır. Engelli haklarının hasta hakları ile çok fazlaca örtüşen yönleri bulunmaktadır. Bu yönüyle engellilerle ilgili kurulan dernekler, doğrudan veya dolaylı olarak hasta haklarının da kamuoyu gündemine gelmesinde rol oynamıştır. Bu alanda çalışan derneklerin kuruluş tarihleri daha eski olup, yakın zamanlarda kurulan derneklerden daha fazla kurumsallaşmış olduğu kabul edilmektedir. Bu alanda çalışan derneklerden bazıları aşağıda sunulmuştur.

Altınokta Körler Derneği

Kuruluş tarihi: 1950

<http://www.altinokta.org.tr>

Türkiye Sakatlar Derneği

Kuruluş tarihi: 1960

<http://www.tsd.org.tr>

Türkiye İşitme ve Konuşma Rehabilitasyon Vakfı

Kuruluş tarihi: 1973

<http://www.tiv.org.tr/hakkimizda.html>

Zihinsel Özürlüler Federasyonu

Kuruluş tarihi: 1985

<http://www.zihinsel.org/>

Bedensel Engellilerle Dayanışma Derneği

Kuruluş tarihi: 1993

<http://www.bedd.org.tr/>

Özürlüler Vakfı

Kuruluş tarihi: 1998

<http://www.ozurlulervakfi.org.tr>

Türkiye Omurilik Felçlileri Derneği

Kuruluş tarihi: 1998

<http://www.ofd.org.tr>

Alternatif Yaşam Derneği

Kuruluş tarihi: 2002

<http://www.ayder.org.tr/>

3.6.2.4. Sağlık ve Sağlıklı Yaşam Konusunda Etkinlik Yürüten Sivil Toplum Örgütleri

Bu dernekler genel olarak sağlık ve sağlıklı yaşam kavramlarına odaklanmışlardır, ancak hasta hakları konusunda da belli bir duyarlılığa sahiptirler. Bu kuruluşlardan Toplum Sağlığı Araştırma ve Geliştirme Merkezi, kuruluş amaçlarını açıklarken *“Toplumda sağlığın en temel insan hakkı olduğu bilincini yaygınlaştırmak. Hasta ve hasta yakını hakları konusunda çalışmalar yapmak”* olarak belirtmektedir. Bu amaçla kurulan derneklerden bazıları aşağıda sunulmuştur.

Çocuk Vakfı

Kuruluş tarihi: 1990

<http://www.cocukvakfi.org.tr/>

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği

Kuruluş tarihi: 1990

<http://www.cgrsder.org.tr/>

İnsan Sağlığı ve Eğitim Vakfı (İNSEV)

Kuruluş tarihi: 1998

<http://www.insev.org.tr/>

Toplum Sağlığı Araştırma ve Geliştirme Merkezi

Kuruluş tarihi:

<http://www.toplumsagligi.com/>

Sağlıkta Yaşam Kalitesi Derneği. SAYKAD

Kuruluş tarihi: 2002

<http://www.bayar.edu.tr/~saykad/>

Sağlıkta Umut Vakfı (SUVAK)

Kuruluş tarihi:

www.suvak.org.tr/

Sağlıkta Umut Vakfı'nın 13.12.2005 tarihinde Ankara'da düzenlediği 5. Sağlık Zirvesi'nin ana teması "Hasta Hakları ve Hasta Güvenliği" konusu olmuştur.

Geriatri Derneği

Kuruluş tarihi: 2003

<http://www.geriatri.org/>

Sağlığa Erişim Derneği (SEDER)

Kuruluş tarihi: 2006

3.6.2.5. Etik, Hukuk ve İnsan Hakları Alanında Etkinlik Gösteren Sivil Toplum Örgütleri

Bu kuruluşların öncelikli amacı hasta hakları konusu olmayıp, hasta hakları kavramı söz konusu bu derneklerin bazen doğrudan bazen de dolaylı olarak çalışma alanı içinde bulunmaktadır.

İnsan Hakları Derneği

Kuruluş tarihi: 1986

<http://www.ihd.org.tr/>

Türk İnsan Hakları Vakfı

Kuruluş tarihi: 1990

<http://www.tihv.org.tr/>

Türkiye Biyoetik Derneği

Kuruluş tarihi: 1994

<http://www.biyonetik.org.tr>

Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Derneği

Kuruluş tarihi: 2004

<http://www.tipethukder.4t.com/>

3.6.2.6. Tüketici Hakları Konusunda Çalışan Sivil Toplum Örgütleri

Tüketici hakları konusunda çalışmalarda bulunan örgütler, hasta haklarını bir tür tüketici hakkı olarak değerlendirmekte ve hasta hakları konusuna da ilgi duymaktadırlar. Ancak asli olarak hasta hakları ile ilgili derneklerin kurulması ile bu konuda daha geri plana düşmüşlerse de, hasta hakları konusunda çalışan derneklerden daha yaygın olarak bulunmaları nedeniyle bu alana olan ilgileri devam etmektedir.

Amaçlarını mal ve hizmetler konusunda toplumu bilinçlendirmek, tüketici haklarını korumak ve geliştirmek, alışveriş konusunda çıkan anlaşmazlıklarda danışmanlık ve hukuksal destek vermek olarak ifade etmektedirler. Bu derneklerden bazıları aşağıda sunulmuştur.

Tüm Tüketicileri Koruma Derneği

Kuruluş tarihi: 1986

<http://www.ttkd.org.tr/>

Tüketiciyi Koruma Derneği (TÜKODER)

TÜKODER 2001 yılında “Hasta Hakları El Kitabı” adıyla bir kitap yayınlamıştır.

Kuruluş tarihi: 1990

<http://www.tukoder.org.tr/>

Tüketiciler Derneği

Kuruluş tarihi: 1995

<http://www.tuder.net/>

Tüketici Hakları Merkezi (TÜ-MER)

Kuruluş tarihi: 2005

<http://www.tuketicimerkezi.org/>

Bu dernek ve vakıflar dışında, girişim, platform, çevre, topluluk adıyla da bir çok gruplar bulunmaktadır. Bu gruplardan bazıları yalnızca internet üzerinden etkinliklerini sürdürmektedir. Bazı durumlarda da birden fazla dernek, grup yeni bir oluşum adıyla ortak hareket edebilmektedirler.

Türkiye’de sivil toplumun önemli gelişmeler kaydetmiş olmasına rağmen, halen sorun çözme, demokratikleşmeye etki etme ve katkı sağlamada sınırlı yapısının bulunduğu ve zayıf yanlarının güçlü yanlarından daha belirgin olduğu kabul edilmektedir. Bu durumun nedeni olarak, güçlü devlet denetiminin olması ve birtakım yasal zorlukların varlığı yanında, Türkiye’de katılımcı siyaset kültürünün

yeterince gelişmemiş olması gösterilmektedir. Katılımcı siyasal kültürün gelişmemiş olması, sivil toplumda hem örgüt içi demokrasinin geliştirilememesi hem de diğer örgütlerle iletişim ve diyalog eksikliği yaşanmasına yol açmaktadır(Keyman, 2006).

3.6.3. Türk Basınında Hasta Hakları

Haber, insanları ilgilendiren, zamanlı olan, düşüncenin, olayın, sorunun özeti olarak tanımlanmaktadır. (Tokgöz, 2000) Yani haber, farkında olmak, duymak, bilmek ile ilgilidir. Bir olayın ya da olgunun haber yapılmaya uygun olup olmadığı nasıl belirlenebilir? Tokgöz'e göre "haber değeri" denilen özellikler şunlardır: Zamanlılık, yakınlık, önemlilik, sonuç ve insanın ilgisini çekmedir. Bazı yazarlar bu özelliklere anlaşmazlık, çatışma, kuşku, gariplik, duygulara yönelme, yenilik, şimdi olması, en geç olması ve tazelik gibi nitelikleri de eklemektedir(Tokgöz, 2000). Entelektüel düzeyi ve siyasal ilgisi yüksek kişiler için en önemli kitle iletişim aracının yazılı basın olduğu belirtilmektedir. Yazılı basının, kapsamının geniş olması, ayrıntılı bilgi vermesi, konuların daha derin irdelenmesi ve farklı yorumları bir arada sunabilmesi açısından daha nesnel ve geniş bir bakış açısına sahip olması gibi özellikleri bulunmaktadır. Ancak günümüzde internetin yaygınlaşmasıyla yazılı basının bu bağlamdaki yerini sanal ortamın almaya başladığı da izlenmektedir(Yıldız, 2006).

Günümüzde "medya" olarak da bilinen kitle iletişim araçları, toplumu bilgilendirme ve kamuoyu oluşumunda etkin bir rol oynamaktadır. Medya bu işlevleri nedeniyle demokratik bir toplumun önemli unsurlarındandır. Medya, topluma bilgi akışını sağlamakta etkili bir araç olduğu için, görüş oluşumunda ve değer yargılarının, tutum ve davranışların değişmesinde etkin bir görev üstlenmektedir(Bek, 2006). Medya, kamuoyundaki tartışmaları belirli bir yöne doğru yönlendirmekte ve hangi konuya öncelik verilmesi gerektiği konusundaki düşünce ve kararları etkileyebilmektedir. Medyanın, toplumun ilgilendiği konuların bir kanalı olmaktan daha fazla işlevi olduğuna inanılmaktadır. Bu konuların kamuoyuna ulaştırılması sırasında medya, konular, olaylar üzerinde yeniden çalışmakta ve yeniden biçimlendirmektedir. Hangi haberin verilmesi, hangi haberin görmezden

gelinmesi kararı sırasında kamuoyunun dikkatini ve konuları daha geniş bir politik arenada yönlendirmektedir. Medyanın bireylerin bilgi, duygu, düşünce, inanç, tutum ve davranışlarını etkileyebilecek gücünün yanında, aynı zamanda toplumsal grupların, kurum ve kuruluşların, kısaca tüm toplumun ve kültürün üzerinde şekillendirici ve belirleyici etkisi olduğu kabul edilmektedir(Yıldız, 2006).

Hasta hakları gibi henüz yeni gelişmekte olan bir kavramın, toplumda tanıtılması, içeriğinin ve işlevinin kitlelere anlatılması ve bu konuda toplumsal bir bilinç oluşturulmasında medyanın önemli bir rolü bulunmaktadır. Hasta haklarının yazılı ve görsel medyada giderek artan bir şekilde konu edilmesi, kamuoyu bilincinin gelişmesi ve şekillenmesi açısından etkili olmuş ve hasta hakları konusunda bir duyarlılığın oluşmasına katkı sağlamıştır.

Basında hasta hakları konusunun araştırılması, ulusal düzeyde yayın yapan gazete ve diğer yayınlarda konu ile ilgili haber, yorum ve köşe yazıları gibi içeriklerin derlenmesi ve incelenmesi yoluyla yapılmıştır. Bu yolla elde edilecek verilerin konunun yaygınlaşma düzeyi hakkında fikir vereceği düşünülmüştür. Bu bağlamda tezimizi verilerle desteklemek üzere Hasta Hakları Yönetmeliği'nin yayınlandığı 1998 yılından 13.03.2007 tarihine kadar olan süreyi kapsayan bir tarama gerçekleştirilmiştir. Araştırma da TBMM Kütüphanesi'nde elektronik ortamda kayıtlı olan ulusal gazetelerde çıkan hasta hakları konusundaki haberler ve Pfizer İlaç Limited Şirketi'nden sağlanan söz konusu döneme ait basında yer alan hasta hakları haberleri derlenmiştir. Bu döneme ait toplam 1941 habere ulaşılmıştır(TBMM, 2007; Pfizer, 2007).

Tablo-2: Yıllara Göre Toplam Haber Sayısı ve Ortalama Günlük Haber Sayısı

Yıllar	Haber Sayısı	Ortalama haftalık haber sayısı (haber sayısı/hafta)
1998	24	0.5
1999	6	0.1
2000	27	0.5
2001	122	2.3
2002	163	3.1
2003	334	6.1
2004	393	7.5
2005	363	7.0
2006	400	7.7
2007*	109	10.3

2007* yılı ifadesi 13.03.2007 tarihine kadar olan süreyi belirtmektedir.

Tablo-2’de yıllara göre yazılı basında çıkan haber sayısı verilmiştir. 1999 yılında toplam 6 haberin bulunması ilginçtir. Bu durum bu yıla ait haberlerin tamamına ulaşamamış olduğunu düşündürmektedir. 1998 ve 2000 yıllarında ortalama 15 günde bir haber yayınlanırken, 2001 yılından itibaren hasta hakları konusunda çıkan haberlerde doğrusal bir artış olduğu izlenmektedir. 2001 ve 2002 yıllarında basında haftada ortalama 2-3 haber yer alırken, 2004 yılından itibaren ortalama her gün bir haber yayınlanmıştır. Bu durum basının son yıllarda hasta hakları konusundaki haberlere daha fazla önem verdiğini, dolayısıyla kamuoyunda artan bir ilgi olduğunu göstermektedir.

Tablo- 3: Yıllara Göre Haberlerin Niteliğinin Dağılımı

Tarih	Haber Sayısı	Haberin Niteliği	Sayı	%
1998	24	Köşe Yazısı /Makale	6	-
		Haber-Yorum	3	-
		Günlük Haber	15	-
1999	6	Köşe Yazısı /Makale	2	-
		Haber-Yorum	1	-
		Günlük Haber	3	-
2000	27	Köşe Yazısı /Makale	8	-
		Haber-Yorum	16	-
		Günlük Haber	3	-
2001	122	Köşe Yazısı /Makale	14	11.5
		Haber-Yorum	23	18.8
		Günlük Haber	85	69.7
2002	163	Köşe Yazısı /Makale	27	16.5
		Haber-Yorum	12	7.4
		Günlük Haber	124	76.2
2003	334	Köşe Yazısı /Makale	68	20.0
		Haber-Yorum	51	15.2
		Günlük Haber	215	64.8
2004	393	Köşe Yazısı /Makale	63	16.0
		Haber-Yorum	34	8.6
		Günlük Haber	296	75.4
2005	363	Köşe Yazısı /Makale	54	15.0
		Haber-Yorum	35	9.6
		Günlük Haber	274	75.4
2006	400	Köşe Yazısı /Makale	102	26.0
		Haber-Yorum	61	15.2
		Günlük Haber	237	58.8
2007*	109	Köşe Yazısı /Makale	32	30.0
		Haber-Yorum	12	11.0
		Günlük Haber	65	59.0

2007* yılı ifadesi 13.03.2007 tarihine kadar olan süreyi belirtmektedir.

Tablo-3'te haberlerin niteliğine göre dağılımı sunulmaktadır. Basında yer alan haberler, günlük haber(Şekil-3), haber-yorum ve köşe yazısı/makale(Şekil-4) olarak gruplandırılmıştır. Köşe yazısı/makale niteliğindeki haberler daha özel bir öneme sahiptir. Çünkü hasta hakları konusunun, köşe yazıları ve makalelerde yer almaya başlaması, köşe yazarlarının bu konuya daha fazla önem verdiği ve yazarlar tarafından içselleştirilmekte olduğunu düşündürmektedir. Hasta haklarının köşe yazılarına konu olması, hem entelektüel alanın gündemine gelmesi hem de halkın bilinçlendirilmesi açısından önemlidir. Köşe yazısı/makale niteliğindeki haberlerin 2000 ve öncesi yıllarda sayıca az olması nedeniyle yüzdeleri hesaplanmamıştır. 2001 yılından itibaren hem toplamda haber sayısında artış olmuş, hem de köşe yazısı/makale niteliğindeki haberlerde artış kaydedilmiştir.

Tablo-4: 2001-2006 Yılları Arasında Hasta Haklarını En Çok Haber Yapan İlk Beş Gazetenin Dağılımı ve Toplam Haber Sayıları

Gazete Adı	Toplam Haber Sayısı
Bizim Gazete	89
Sabah	88
Cumhuriyet	68
Hürriyet	58
Yeni Şafak	53

Tablo-4'te araştırmacının daha düzenli kayıtlara ulaştığı 2001 yılından, 2006 yılı sonuna kadar, ulusal gazetelerde hasta hakları konusunda çıkan toplam haber sayıları verilmiştir. En çok haber toplam 89 haber ile Türkiye Gazeteciler Cemiyeti'nin çıkardığı yayın olan Bizim Gazete'de yayınlanmıştır. Bu gazetenin diğer yayın organlarının önünde olması ilginçtir. Ancak bu gazetenin sağlık sayfasını İstanbul Tabip Odası ile birlikte hazırlamış olması, konu ile ilgili haberlerin gündeme gelmesinde etkili olmuştur. Diğer gazeteler ve haber sayıları ise sırayla Sabah (88), Cumhuriyet (68), Hürriyet (58) ve Yeni Şafak (53) olmuştur.

Hastalar, haklarını arıyor!

*** "HASTA HAKLARI KURULLARINDA BUGÜNE KADAR GÖRÜŞÜLEREK ÇÖZÜME KAVUŞTURULAN DOSYA SAYISI 1250, YERİNDE ÇÖZÜLEN TALEP SAYISI İSE 4600. BAŞVURULARIN YÜZDE 57'Sİ CALISAN LEHİNE. YÜZDE 23'Ü İSE CALISAN ALEYHİNE SONUCLANDI"**

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı Süleyman Demirel, hasta hakları kurullarında bugüne kadar görüşülerek çözüme kavuşturulan dosya sayısının 1250, yerinde çözölen talep sayısının ise 4600 olduğunu bildirdi.

Demirel, ilk olarak 60 hastanede başlatılan, daha sonra kapsamı 131 hastaneye çıkarılan "hasta hakları uygulamaları" hakkında bilgi verdi.

Hastaların haklarının ihlal edilmediği, mahremiyete uyulduğu, hastanın hekimini ve kurumunu seçebildiği bir sağlık hizmeti sunumunu hedeflediklerini ifade eden Demirel, uygulama-

manın amacının, sağlık tesislerinde yaşanan hasta hakları ihlalleri ile bunlara bağlı olarak ortaya çıkan sorunların önlenmesi olduğunu söyledi.

Demirel, uygulama kapsamındaki hastanelerde, hasta hakları birimleri ve hasta hakları kurulları bulunduğunu kaydetti. Birimlerin, şube müdürü (sosyal hizmet uzmanı), şef, sağlık eğitici ve bir psikologdan oluştuğunu belirten Demirel, "Hasta hakları kurullarında ise hastanenin kaliteden sorumlu başhekim yardımcısı, hasta hakları birim sorumlusu, hastanedeki psikolog veya sosyal hizmet uzmanı, hastanede

yetki almış sendika temsilcisi, şikayette bulunan personelin birim sorumlusu, hastanın avukatı ve hasta hakları derneklerinin bir temsilcisinin yer alıyor" diye konuştu.

Şikayet ve talep başvurularının ilk olarak hasta hakları birimlerine yapıldığını belirten Demirel, başvuruların, "doğrudan müracaat, Alo 184 Bilgi Hattı ve bakanlığın internet sitesindeki Hasta Hakları Şikayet Formu doldurularak" yapılabildiğini kaydetti. Başvuruların 22 gün içerisinde sonuçlandırılmasının zorunlu olduğunu vurgulayan Demirel, başvurular değerlendirildikten sonra şikayet sahibine

sonuç hakkında bilgi verildiğini ifade etti.

Hasta haklarının bir kültür meselesi olduğunu ve gün geçtikçe bu konuda olumlu gelişmeler yaşandığını ifade eden Demirel, Mayıs 2004'ten itibaren hasta hakları kurullarına yapılan başvurularda yüzde 17.5 oranında artış yaşandığını belirtti. Demirel, hasta hakları kurullarında bugüne kadar görüşülerek çözüme kavuşturulan dosya sayısının 1250, yerinde çözölen talep sayısının ise 4600 olduğunu bildirdi.

Türkiye genelinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı 674 hastane olduğunu, ancak sadece 131 hastanede hasta hakları uygulama-

malarını devam ettirdiklerini dile getiren Demirel, 2005 yılında, bütün özel hastanelerde hasta hakları uygulamasına geçilmesini, Sağlık Bakanlığı bünyesindeki bütün hastanelerde ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında bu uygulamanın başlatılmasını hedeflediklerini kaydetti.

Hasta hakları kurullarına başvuranların yüzde 62'si klinik ve poliklinik hizmetlerinden yakınırken, yüzde 8'i idari hizmetlerden, yüzde 5'i acil hizmetlerinden, yüzde 4'ü görüntüleme hizmetlerinden, yüzde 2'si laboratuvar hizmetlerinden, yüzde 19'u ise diğer hizmetlerden şikayetçi oldu.

Şekil-3 Basında Yer Alan Günlük Haber Örneği

KÜRSÜ

Hasta hakları ve göstermelik birimler

ÖNDER BALIKÇI

ARTIK, hastanelerimizde hasta hakları birimlerini de kurduk, çok şükür! Yaşadık. Artık, hastanın sırtı yere gelmez! Bundan sonra hastaların hakları, güvence altındadır!

Hasta hakları birimleri, Bandırma'da da kuruldu.

Başkanlıklarını, başhekim yardımcılarının üstlendiği, doktor ve hemşire ağırlıklı karar organı hasta hakları kurullarına, göstermelik olarak bir de halk temsilcisi alınmış. Tabii ki, başvurularda alınan kararlar da doktor ve hemşirelerin sözünün geçtiğini bilmem söylememe gerek var mı? Böylesine bir kuruldan, herhangi bir doktor veya sağlık personeli aleyhinde karar çıkması beklenebilir mi? Bu ülkede doktorlar kadar birbirini tutan meslek örgütünden söz edilebilir mi?

Yine de bu hasta hakları birimini doktorlarımız pek sevmeyi Bandırma'da. Hasta hakları bildiriminin halka tanıtıldığı toplantılardan birinde, sözüm ona hasta hakları ile ilgili bilgi verilirken, araya, "Ya doktor hakları ne olacak?" şeklinde söz ve görüntüler sokulduğuna tanık olmuştum.

Aradan çok geçmeden yaşadığımız üzücü bir olay, hasta hakları birimini test etmeye yol açtı. Sabaha karşı rahatsızlanan 80 yaşındaki annemi, Bandırma Dr. Mustafa Güven Karahan Devlet Hastanesi'ne kaldırdık. Eşimin de yanında bulunduğu muayeneler sırasında, biri pratisyen, diğeri dahiliye uzmanı iki doktorun, anneme hakaret ve aşağılamaya varan davranışlarını hasta hakları birimine bildirdim. 15 gün sonra tarafıma yanıt verildi:

"Hasta hakkı ihlal edilmemiştir!"

Muayeneler sırasında annemin yaşadıklarının ayrıntısına girmeye gerek görmüyorum. Ama şu kadarını da belirtmeden geçemeyeceğim. Doktorların, hastalarına hakaret ve aşağılamaya kadar varan davranışları, Hasta Hakları Kurulu'nun gözünde demek ki hasta hakkı ihlalı sayılmıyordu. Üstelik söz konusu kurul, bu kararını, annemi ve o sırada yanında bulunan eşimi dinlemeye gerek görmeden almıştı.

Konunun peşini bırakmaya hiç mi hiç niyetim yoktu. Olayı, Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü ile AKP Balıkesir Milletvekili Turhan Çömez'e bildirdim. Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nden tarafıma ulaşan bir yazıda, konunun araştırılıp tarafıma bildirilmesi için Balıkesir Valiliği'ne talimat verildiğinin belirtilmesi, sağlık sektöründeki başıboşluğa son verilmesi konusundaki çabalar açısından beni mutlu etti. Şimdi, bu soruşturmanın sonucunu bekliyorum.

Hasta hakları birimine gelince... Ne olur, ya doğru dürüst işleyecek, kimseyi kayırma düşüncesi bulunmayan, sağlıklı kuruluşlar oluşturun ya da göstermelik, dostlar alışverişte görsün şeklinde yapılanmalar içine girmeyin. Kendiniz çalın, kendiniz oynamayın!

Şekil-4 Basında Köşe Yazısı/Makale Örneği

Tablo-5: Hasta Hakları Konusunda Basında Çıkan Haberlerin İçerik Açısından Dağılımı

Haberin içeriği	Sayı	%
Tıbbi bakım alma hakkı	554	28.5
Mahremiyet hakkı	297	15.3
Şikayet hakkı	81	4.2
Bilgi alma hakkı	68	3.5
Tedaviyi reddetme hakkı	52	2.7
Aydınlatılmış onam	45	2.3
Tazminat hakkı	28	1.4
Denek hakları	28	1.4
Ayrımcılığa uğramama hakkı	22	1.1
Diğer	766	39.6
Toplam	1941	100.0

Tablo-5’te hasta hakları konusunda basında çıkan haberlerin içerik açısından dağılımı verilmektedir. Tabloya göre ülkemizdeki gazetelerde en fazla sayıda haber “tıbbi bakım alma hakkı” konusunda çıkmıştır (%28.5), tüm haberlerin 1/3’ine yakını tıbbi bakım alma hakkı konusundadır. Bunu %15.3 oranı ile mahremiyet hakkı konusunda çıkan haberler izlemiştir. Şikayet hakkı, bilgi alma hakkı ve tedaviyi reddetme hakkı oran olarak diğer haklardan önemli ölçüde azdır. Aydınlatılmış onam konusunda çıkan haberler ise %2.3 düzeyindedir. Tabloda “diğer” olarak belirtilen başlık kapsamında, bu haklar dışında kalan haklarla birlikte, malpraktis, özürlü hakları, yoğun bakımda yatan hasta, organ aktarımı gibi konular yanında, sağlık hizmetleri, tıptaki bilimsel teknolojik gelişmeler gibi doğrudan hasta hakları başlığı altına alınamayacak konular yer almaktadır.

Tablo-6: Basında Hasta Hakları Konusunda Çıkan Haberlerde Görsel Öğelerin Kullanım Durumu

Haberde Görsel Öğelerin Kullanımı	Sayı	%
Fotoğraf/resim	621	32.0
Grafik/çizelge	93	4.8
Görsel öğe bulunmayan	1227	63.2
Toplam	1941	100.0

Tablo-6'ya göre yaklaşık olarak her üç haberden birinde (%32.0) metne yardımcı unsur olarak resim ya da fotoğraf kullanılmıştır. Grafik veya çizelge kullanımı ise %4.8 düzeyindedir.

Tablo-7: Anadolu Ajansı Kaynaklı Hasta Hakları Konulu Haberlerin Yıllara Göre Dağılımı (AA, 2007)

Yıllar	Toplam Haber Sayısı	Ortalama haftalık haber sayısı (haber sayısı/hafta)
2000	4	0.1
2001	22	0.4
2002	59	1.1
2003	133	2.6
2005	195	3.8
2006	130	2.5
2007*	15	3.0

Tablo-7'de Başbakanlık Anadolu Ajansı Genel Müdürlüğü'nün 2000-2007* (02.02.2007 tarihine kadar) yerli ve yabancı medya kuruluşlarına servis yaptığı ve “ön haber” niteliğinde olan hasta hakları konusundaki haberler incelenmiştir. Bu haberlerin önemli bölümü basında haber olarak yer almıştır. Tablo-7'de toplam 340 haber bulunmaktadır. Hasta hakları konusunda 2000 ve 2001 yıllarında az sayıda haber yer almaktadır. 2002 yılından itibaren Anadolu Ajansı (AA) kaynaklı

haberlerde bir artış gözlenmektedir, 2005 yılına gelindiğinde haftada yaklaşık 4 habere ulaşmaktadır.

Basında ve AA bültenlerinde yer alan hasta hakları konusunda çıkan haberler incelendiğinde, özellikle son 5-6 yılda bu haberlerde bir artış olduğu gözlenmektedir. Bu artış hem toplam haber sayısında olmuş, hem de hasta hakları konusundaki köşe yazısı/makale niteliğindeki haberlerde olmuştur. Hasta hakları konusunda medyanın tutumunun, kitleler üzerinde yarattığı etkinin araştırılması ayrı bir araştırma konusu olabilir, ancak genel olarak bilinçlenmeye katkıda bulunduğu, konuya ilgiyi artırdığı söylenebilir. Bir başka açıdan bakılırsa, halkın önemsemediği bir konunun artan bir şekilde medyada yer bulması da olanaklı görünmemektedir.

Hasta hakları konusundaki “farkındalık” yaratmada medyanın da destek olduğu ileri sürülebilir. Bu durum konunun toplumda daha da benimsenmesi açısından önem taşımaktadır. Ancak medyanın başka güdülenmelerle, hasta hakları konusunda gerçek dışı haber yapma, haberi çarpıtma, abartma, kişilik haklarını gözetmeme gibi olumsuz yaklaşımlar göstermemesi ve yalnızca doğru ve tarafsız haber vermesi beklenmektedir.

Medyada hasta hakları ile ilgili en sık yapılan uygulamalardan biri, hastalarla ilgili haberin eksik ya da yanlış bilgilerle veya abartılarak ve mahremiyetin göz ardı edilerek verilmesidir. Aşağıdaki haber örnek olarak verilmiştir ve altı ulusal gazetenin aynı konu ile ilgili haber başlıkları dikkat çekicidir.

Haberin Konusu: Fenerbahçe futbol takımına transfer edilen Brezilyalı futbolcu Washington, antrenman sırasında kalp krizi geçirmiştir ve bu olaya ilişkin haberi, 28.11.2002 tarihli gazeteler aşağıdaki başlıklarla vermişlerdir. Bunlardan Zaman gazetesi dışındakilerde futbolcunun olay öncesine ilişkin resimlerinin de kullanıldığı görülmüştür.

- “Washi'ye kalp şoku” (Akşam)
- “O kalple tam 9 gol attı” (Hürriyet)
- “10. Golü Ölümüne Attı” (Sabah)

- “YAZIK! Washington büyük tehlike atlattı, ama ne yazık ki futbol hayatı bitti...” (Milliyet)
- “Washington’un futbol hayatı bitti mi?” (Zaman)
- “Washi bitti!” (Star)

Medyada yer alan sağlık haberleri ve bilgilerinin standardizasyonu konusunda ABD’nde Virginia Üniversitesi’nde 2000 yılında bir dizi çalışma başlatılmıştır. Bu çalışmalara Amerikan Hastaneler Birliği de katılmış ve hastaneye gelen bir hastanın o anki durumunu “tek bir sözcükle” değerlendirmek üzere, birçok ölçütün dikkate alındığı bir standart oluşturularak terminoloji üzerinde uzlaşmıştır. Buna göre;

- 1- “Hastanın durumu belirsizliğini koruyor” (undetermined): Hasta henüz hekimler tarafından değerlendiriliyor.
- 2- “Hastanın durumu iyi” (good): Yaşamsal bulgular (nabız, kan basıncı, vücut ısısı, solunumu) normal. Hastanın bilinci açık ve hasta rahat, tetkikler normal sınırdadır.
- 3- “Hastanın durumunun kötü olmadığı bildirildi” (fair): Yaşamsal bulgular normal. Hastanın bilinci açık ancak tam anlamıyla rahat değil.
- 4- “Hastanın durumu ciddi” (serious): Yaşamsal bulgular düzensiz, normal sınırlarda olmayabilir. Hastanın bilinci kapalı.
- 5- “Hastanın durumu kritik” (critical): Yaşamsal bulgular oldukça kötü, hastanın bilinci kapalı, yaşamını destek tedaviyle devam ettirebiliyor.

Yukarıdaki örnek haberde futbolcunun sağlığı ile ilgili haber başlıklarının abartılı, magazinleştirilmiş, yargılayıcı ve kişilik haklarının gözetilmeden verildiği görülmektedir, oysa yukarıdaki ifadelerden hastanın durumuna uygun olan terminolojinin kullanılması daha uygun ve açıklayıcı olacaktır.

Haberin başlığı, haberin başında ele alınışı konusunda ipuçları vermektedir. Ancak esas olarak haberlerin hem sunum biçimi hem de içeriği açısından da irdelenmesi gereklidir. Başında çıkan hasta hakları ile ilgili haberlerin analizine yönelik ölçütler neler olmalıdır? Haber ile ilgili olarak en azından aşağıdaki sorulara

yanıt aranmalıdır. Bu ölçütlerin geliştirilmesinde Yıldız'ın (2006) tezinde kullandığı ölçütler yol gösterici olmuştur.

1. Haber hangi sayfada yer almakta ve ne büyüklükte bir başlık kullanılmıştır?
2. Haberin konusu nedir? Haberin içeriği olayı bütün yönleriyle açıklamakta mıdır ?
3. Haberde yalın ve anlaşılabilir bir dil kullanılmış mı?
4. Haberin sunum biçimi nasıldır, fotoğraf/resim kullanılmış mı?
5. Haberin kapsamındaki kişilerin özel bilgileri (isim, yaş, hastalık, meslek, adres) açıkça belirtilmiş mi?
6. Haberden zarar görebilecek kişilerin (çocuklar, tecavüz mağdurları, AIDS hastası gibi) gizlilikleri korunmuş mu?
7. Haberde konu edilen kişilerin özel bilgilerinin açıklanmasının kamusal bir yararı var mı?
8. Haber hangi hasta haklarını ilgilendirmektedir?
9. Haberde tarafsızlık korunmuş mudur?
10. Haberin kaynağı güvenilir midir?

Bu ölçütler bağlamında hasta hakları konusunda basında çıkan haberlerden seçilmiş örnekler aşağıda verilmiştir.

3.6.3.1 Hasta Hakları Konusunda Basında Çıkan Haber Örnekleri



'Kolum ne zaman uzayacak anne?'

Yanlış iğne yüzünden kolunu kaybeden Küçük Ayşen, 5 yılda 65 duruşmaya katıldı; hâlâ hakkını kazanamadı. Ayşen, kolunun uzayacağı, parmaklarının çıkacağı günü bekliyor!

SOĞUK algınlığı şikayetiyle gittiği Lüleburgaz SSK Hastanesi'nde, yanlış iğne yapılırken kolunu kaybeden Ayşen Başaran, 5 yıllık hukuk savaşında 65'inci duruşmasına da katıldı. Ancak, hâlâ sonuç alınamadı. Kolunun uzayacağı, parmaklarının çıkacağı umudu ile yaşayan Ayşen, "şimdilik" iyi... Yaşadığı acılara rağmen sınıfının da en başarılı öğrencilerinden... Arkadaşlarıyla öğretmeni onu çok seviyor ve "özel" durumunu hissettirmemek için ellerinden geleni yapıyorlar.

Yanlış iğne sonucu kangren olan kolunu kaybettiğinde 3.5 yaşında olan Ayşen, şimdi 8 yaşında. Yanlışlığa sebebiyet veren kişilerin cezalandırılması için eşiyle birlikte büyük mücadele veren Şengül Başaran, kızının artık derslerini bahane göstererek duruşmalara gitmek istemediğini söylüyor.

SUSURLUK DAVASI'NI GEÇTİK!

Başaran ailesi, "Duruşma sayısında da Susurluk Davası'nı geçtik" diyor. Baba Hüseyin Başaran da, "Davamızın 65'inci duruşması yapıldı. 22 Mart'ta da duruşma var. Biz her duruşmaya gittiğimizde aynı üzüntüleri, aynı duyguları tekrar yaşıyoruz. Ayşen de gitmek istemiyor. Ayşen'e 4'üncü kez protez kol takıldı. Ama dava bitmek bilmedi" diyor. Avukat Cengiz Hortoğlu da, "Amacımız kimsenin hapse girmesi değil. Önemli olan Ayşen'in geleceği için tazminatın alınması. Asıl tazminat 60 milyar lira. Ancak bu 5 yıl içinde faizleriyle birlikte 200 milyar liraya yakın bir rakam oldu" dedi. İstiklal İlköğretim Okulu'nda ikinci sınıf öğrencisi olan Ayşen ise, her şeye rağmen hayata dört elle sarılmış durumda.

Nebahat KOÇ-Sedat ÖZKÖMEÇ

Sabah 14.03.2000

1. Haber hangi sayfa da yer almakta ve ne büyüklükte başlık kullanılmıştır?

Haber iç sayfalarda yer almaktadır ve başlık büyük puntolarla verilmiştir.

2. Haberin konusu nedir? Haberin içeriği olayı bütün yönleriyle açıklamakta mıdır?

Hastaneye başka bir yakınmayla gitmesine rağmen yapılan uygulamalar sonucu kolu ampute edilen çocuğun mahkemeye yansımış durumu anlatılmaktadır. İçerik olayı tam olarak açıklamamaktadır.

3. Haberde yalın ve anlaşılabilir bir dil kullanılmış mı?

Kullanılan dil yalın ve anlaşılabilir.

4. Haberin sunum biçimi nasıl, fotoğraf/resim kullanılmış mı?

Habere konu olan çocuğun yüzü ve protezli kolu görünecek şekilde fotoğraf kullanılmıştır.

5. Haber kapsamındaki kişilerin özel bilgileri (isim, yaş, meslek, hastalık, adres) açıkça belirtilmiş mi?

Habere konu olan çocuğun adı, yaşı, hastalığı, adresi ve yüzü gizlenmeden fotoğrafı verilmiştir.

6. Haberden zarar görebilecek kişilerin (çocuklar, tecavüz mağdurları, AIDS hastası gibi) hakları korunmuş mu?

Çocuğun fotoğrafı bir kısıtlama olmadan verilmiştir. Bu nedenle haklarının ihlal edildiği düşünülmektedir.

7. Haberde konu edilen kişilerin özel bilgilerinin açıklanmasının kamusal bir yararı var mı?

Kamusal yarar görünmemektedir.

8. Haber hasta haklarından hangilerini ilgilendirmektedir?

Mahremiyet hakkı, güvenli sağlık hizmeti alma hakkı, şikayet ve tazminat hakkı.

9. Haberde tarafsızlık söz konusu mu yoksa kişisel bir yorum var mı?

Haberde sadece çocuk ailesi ve avukatının görüşleri varken, şikayet edilen sağlık çalışanlarının herhangi bir açıklamaları bulunmamaktadır. Tarafsızlık görünmemektedir.

10. Haberin kaynağı güvenilir midir?

Kaynak belirtilmemiştir, sadece iki muhabir ve mağdur tarafın ifadeleri bulunmaktadır. Güvenilirlik konusunda soru işaretleri bulunmaktadır.

Kansere karşı kardeş dayanışması

Gazeteci Sibel Kalaycı kansere yakalandı. Tıp öğrencisi kardeşi Serap ablasına destek olmak için gönüllüde yatan psikiyatriden vazgeçti, uzmanlığını onkoloji olarak seçti. Şimdi hastalıkla beraber savaşıyorlar

Sibel Kalaycı bir gazeteci. Yaptığı haberler arasında, kanser hastalarının SSK'dan ilaç alma konusunda yaşadığı sıkıntılar da var. Kalaycı bu durumu iyi biliyor çünkü kendisi de iki yıldır bu hastalıkla yaşıyor ve ilaç kuryajına o da giriyor.

Serap Kalaycı bir doktor. Ablası Sibel kansere yakalandığında tıp son sınıf öğrencisiydi. Tıpta Uzmanlık Snavya (TUS) gününe hazırlanıyordu, gönlünde psikiyatri uzmanlığı vardı. Ama bundan vazgeçti ve ablasının tedavisine destek olmak için Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi'ni kazandı.

Sibel Kalaycı ya bir destek de erkek arkadaşı Şahin Doğan'dan geldi. Kalaycı'nın hastalığını bilen Doğan ona evlenme teklif etti, yaklaşık bir yıl önce nikah masasına oturdular. Şimdi Sibel Kalaycı sevdikleriyle beraber hayata bağlıyor.

Hastane korkusu yüzünden doktora gitmeyi erteledi

2,5 yıl önce yaz tatili için memleketi Trabzon'a giden Kalaycı, göğüsünde daha sonradı yunurak büyüklüğüne erişecek kütleyi fark etti. Beş-altı yıl önce de göğüsünde bir kitle saptanan Kalaycı'nın vücudundaki değişiklik bunlarla sınırlı değildi. Hızla yayılıyor ve kendini çok yorgun hissediyordu, sırt ağrıyordu. Doktorundan defalarca randevu almıştı ama hastane anksiyetesi (codice) yüzünden sürekli erteliyordu. Bu işi memleketi Trabzon'da yapmaya karar verdi. Ancak gittiğinde amnesini bel fitigi olmuş, kardeşini ne bir yandan anımsıyıp ilgilicilip bir yandan TUS'a hazırlanırken buldu. Daha fazla yük olmamak için konuyu açmadı. İstanbul'a döndüğünde kardeşini arayarak durumu anlattı, sonrasında doktora başvurdu. Ancak doktora gitme kararı aldığı anda kitle neredeyse tüm göğüsünü kaplamıştı.

Ankara Haber Ajansı A.Ş. (ANKA) sağlık muhabiri Kalaycı, teşhis konulma aşamasını şöyle anlatıyor: "O zamanlar İstanbul'da tek başıma yaşıyordum. Hastanelere raporlama gittiğimde bile bir an evvel bitse de buradan çıksam derdim. Bu nedenle kötü bir şeyler olduğumu hissettiğim halde doktora gidemedim.

Serap'a telefonda söylediklerimde "Ya doktora gideceksin ya da ben İstanbul'a geleceğim" dedi. Gittimeye karar verdim ama o sırada 11 Eylül saldırıları oldu. Yoğun iş temposu nedeniyle gidemedim. En sonunda Serap'ın busuyla kanser derneğine gittim. Anksiyetemi yenmek için saatlerce sokaklarda dolaştım.

Doktora gitmeden önce internete menem kanseri sitelerine giriyordum. Kanser olduğumu düşünüyordum ve hastalığın kaçınıcı aşamada olduğumu merak ediyordum. Hatta derideki belirtileri bulduğum için üçüncü aşamada olduğumu tahmin ediyordum. Ultrason, deşer derken biyopsi sonunda doktorum kanser olduğumu söyledi. Ağlama hissi vardı içimde ama neden ağlayacağımı bilmiyordum. Ajansa bey bir oda vardı, oraya gidip ağladım. Sonra ilk aklıma gelen şey "Sıralarım dökülecek mi?" oldu.

Bir süre 1 Nisan sakana gibi geldi. Hayatım neden değişmişti, neden herkes sürekli moralini yüksek tutuyordu, neden ise gitmiyordum, neden annem benim olanda yatıyordu vs... Sanki bir süre sonra her şey normale dönecekti. Daha sonra kemoterapiye başladım. Beni en çok zorlayan süreç o oldu. Dört kür kemoterapi aldım. Bir de işime dönmeye başladım.

"Şahin bir kanser hastasıyla evlenecek kadar cesurdu"

"Bu arada erkek arkadaşım Şahin'le evlenmeye karar verdik. Ona hastalığımı tekrar edebileceğimi söyledim. Kanser olmam beni rahatsız ediyordu. Bir kanser



Şahin Doğan (solda) ve Sibel Kalaycı bir yıl önce nikah masasına oturdular.

hastasıyla evlenmeye cesaret edemedim ama Şahin o cesareti gösterdi. Hastalığımı umursamıyorsa bile, Kanserle ekle edilen bir kazanç var altında. Her şeyi deya deya yaşamak gerektiğini hatırlatıyor."

"Hasta olan benim ama en büyük sıkıntıyı Serap çekti"

Kardeşinin TUS'ta onkolojiyi tercih etmesini beklemeyi anlatan Kalaycı, "Ama Cerrahpaşa radyasyon onkolojisi kazanınca kendimi daha güvende hissettim" diyor.

Serap'ın gece yarısı bile hastalarının telefonlarına cevap verip onlara yardımcı olmaya çalışan bir doktor olduğumu söylüyor Kalaycı: "İlk başlarda benden bir şeyler saklayacağımı düşünüyordum. Ama her latın bousında hasta bakılamı hatırlattığım için Serap'ın benden bir şey sıklaması mümkün değil. Serap'ın beklimeğine çok güveniyorum. Her şeyi çok rahat, çekimden söyleyip yanıtlı alabileceğim bir doktor. Hastalığımla yürüttüğümüz savaşa içimde en çok sıkıntıyı yaşıyan o oldu. ■



Serap Kalaycı'ya (solda) göre ablası "çok güçlü bir hasta". Sibel de kardeşi için "Her şeyi rahatlıkla sorabileceğim bir doktor" diyor.

"Sibel'den sonra hastaları daha iyi anladım"

Serap Kalaycı ablasını "güçlü, iyi ve uyumlu bir hasta" olarak tanımlıyor. Uzmanlık seçiminde ablası uğruna yaptığı değişikliği ise şöyle anlatıyor: "Onkolojinin insanlara çok yararlı oluncak bir branş olduğuna inanıyorum. Hasta-doktor ilişkisi çok önemli. İnsanların psikiyatriyi anlamayı gerektiriyor ve biz de etkiliyoruz. Sibel'den sonra hastalara karşı toleransım arttı. Onları daha iyi anlayabiliyorum. Nelerden endişeleniyor, korkuları neler, geleceğiyle ilgili neier düşünüyor, biliyorum. Zaten empati yapmak önemli."

"Sayesinde hayata pozitif bakıyorum"

Astında uyumlu bir abla-kardeş olmadıkları, hastalıkla birlikte pek çok şeyin değiştiğini anlatan Serap Kalaycı, şöyle devam ediyor: "Sibel her zaman pozitifdir. Karamsardım, onun sayesinde yaşamaya daha olumlu bakmayı öğrendim. Sonuçta herkesin yaşam süresi kısıtlı, ister hasta ister sağlıklı olsun. Önemli olan yaşadığımız zamanı değerlendirmek ya da kalitesini arttırmak. Anamın TUS'u kazanıp iyi bir doktor olma. Bu amaç devam ediyor ama hayatımı daha iyi ve daha mutlu yaşamayı öğrendim."

Milliyet 05.01.2004

AYŞEGÜL AYDOĞAN

1. Haber hangi sayfada yer almakta ve ne büyüklükte bir başlık kullanılmıştır?

Habere iç sayfada yer verilmiştir ve başlık orta büyüklükte bir punto ile yazılmıştır.

2. Haberin konusu nedir? Haberin içeriği olayı bütün yönleriyle açıklamakta mıdır?

Kanser hastası olan tanınmış gazetecinin hastalığıyla ilgili olarak yakınlarından aldığı destek konu edilmektedir.

3. Haberde yalın ve anlaşılabilir bir dil kullanılmış mı?

Haber dili anlaşılabilir ve sadedir.

4. Haberin sunum biçimi nasıl, fotoğraf/resim kullanılmış mı?

Haberde hasta ile eşi ve hasta ile kız kardeşinin fotoğrafları verilmektedir.

Hastanın tedavi nedeniyle saçlarının dökülmüş olarak görülmektedir.

5. Haberin kapsamındaki kişilerin özel bilgileri (isim, yaş, hastalık, meslek, adres) açıkça belirtilmiş mi?

Özel bilgiler verilmiştir.

6. Haberden zarar görebilecek kişilerin (çocuklar, tecavüz mağdurları, AIDS hastası gibi) gizlilikleri korunmuş mu?

Haberden zarar görebilecek başka kişiler bulunmamaktadır.

7. Haberde konu edilen kişilerin özel bilgilerinin açıklanmasının kamusal bir yararı var mı?

Kamusal yarar sözkonusu değildir.

8. Haber hangi hasta haklarını ilgilendirmektedir?

Tıbbi bakım alma hakkı, mahremiyet hakkı,

9. Haberde tarafsızlık korunmuş mudur?

Tarafsız olarak kabul edilebilir.

10. Haberin kaynağı güvenilir midir?

Güvenilir kabul edilebilir.

Radikal İki



O.T., Erzurum Emniyet Müdürlüğü'ne teşhir edildi, vali de eylemi destekledi.

Vurun kahpeye!

HIV taşıyıcısı olduğu belirtilen, ancak AIDS olup olmadığı bilinmeyen O. T., insan ve hasta haklarına aykırı biçimde teşhir edildi. Uygulanan ceza ise Osmanlı'da kalan 'recm etmek'le eşdeğer. **SERDAR GÜNAYDIN**



Vurun kahpeye!

AIDS'li olduğu kesin olmayan HIV taşıyıcısı O.T., insan ve hasta haklarına aykırı bir biçimde teşhir edilerek adeta bir recm olayı sahneye kondu

SERDAR GÜNAYDIN

Hafta başında Erzurum Valisi ve Emniyet Müdürlüğü'nün halk sağlığını korumaya yönelik (1) teşhir girişimleri tartışmalar yarattı. Kendini bilmez Ukraynalı O.T. (önceleri açık adı da belirdi) örnek olsun diye, kameraların önüne çıkarılarak kıymetli Türk erkeklerine yaymak istediği AIDS hastalığından beter halde lanetlendi. Sonra anlamakta zorlandığımız bir etik mi değil mi tartışması başlatıldı.

Bir kere 224 Sayılı Hıfzısıhha Kanunu'na göre AIDS bildirimi zorunlu bir hastalık ama gizlilik içinde sır saklama ilkesi ihmal edilmeden, isimsiz bildirimi yapılması gerekiyor. Üstelik Türk Ceza Kanunu açısından AIDS bulgusu hastalıklar arasında değerlendirilmediği için hastalara resmi işlem yapılması yükümlülüğü yok. Geçen yılın en çok işlenen konusu "hasta hakları" açısından bakarsak zaten durum içler acısı.

Türkiye'nin de altında imzası olan 1981 yılında Lizbon 'Hasta Hakları Bildirgesi' ve 1994 Amsterdam 'Hasta Haklarının Geliştirilmesi Raporu' na göre:

- Kadın veya erkek herkesin insan olması dolayısıyla saygı görme hakkı vardır.

- Hasta hekimden tüm tıbbi ve özel yaşamına ilişkin bilgilerin gizliliğine saygı duyulmasını bekleme hakkına sahiptir (mahremiyet ilkesi).

- Her hastanın özel yaşamına saygı gösterilmelidir.

Uyum göstermekle pek övündüğümüz Avrupa Birliği Yasalarının özel AIDS paragrafında ise: "Hangi ülkeden gelmiş olursa olsun HIV/AIDS ile yaşayan insan sınırdışı edilemez, aşağılayıcı muamele ya da ayrımcılık uygulanamaz (Dünya Sağlık Örgütü 1999)" yazar.

Bu bilgiler ışığında yapılan eylemin doğruluğunu tartışmak kesinlikle saçmadır. Bizatı ülkemizin kabul ettiği yasa ve yönetmeliklere aykırıdır. AB'nin sürekli iddia ettiği 'yasaları çıkarmak yetmez uygulamalarını görmek gerekir' saptamasına açık bir örnektir. Gelişmiş ülkelerde bireyler yeterli eğitimi aldıkları için genellikle böyle işi duyanlara gereksinim olmaz. En azından gizlilik ilkesi içinde risk tarif edilip, şüpheli ilişkisi olanlar hastanelerin özel bölümlerine davet edilir.

Recm etmekle eşit

Uygulanan ceza en son Osmanlı'da kalan ve halen ancak doğu komşularımızda örneği görülebilecek 'recm etmek' fiiline

karşıtlık gelir. Adı gizlenerek olağan bir eylemi ifa etmiş 1500 erkek günahsız olarak tanındı ve O.T.'nin suratının ortasına taşlar çöktürülürken taşlar fırlatıldı bile.

Devletin şehirdaki en yetkili makamı tarafından sahneye konması ise talihsizlik olarak yorumlanabilir. Panik kapılan insanlar, parçalanma tehlikesi geçirecek aileler veya desifre olmamak için kaçacak aday hastaların vebalı ağır olacaktır. Sivil toplum örgütlerinin ve medyanın konunun vahametini kayıtsızlığı ve süregelen mantıksız tartışmalar ise maalesef ülkemizdeki insan hakları ve AIDS bilinci açısından düzensizliği ortaya koyuyor.

Bütün bu saptamalar yine de AIDS hastalığının 21. yüzyılın en büyük karabasanlarından biri olması gerçeğini göğsünelemez. Her yıl dünyada 68 milyon yeni hasta virüse yakalanıyor ve toplam hasta sayısının 40 milyon kişinin üzerinde olduğu tahmin ediliyor.

Ülkemize gelince..

Sağlık Bakanlığı'nın istatistiklerinde ülkemizde toplam 1429 kayıtlı hasta belirlendi. 981 erkek, 448 kadın hasta. Türkiye'de hastalık 1985 yılından beri gözleniyor. Metropoller ile turistler ilerde daha fazla hasta görülmekle birlikte, hasta saptanışının sayısı da 67'lere ulaşmış durumda. Hastaların yüzde 20'si yabancı uyruklu. Ancak inanılan o ki gizlenen olgular dahil edilebilse rakamlar çok fazla büyüyecek.

Yaşanan örnek yıllardır "Elalem gitti feza'ya, gilyediremedik kondomu Rıza'ya" posterleriyle yapılan eğitimin sonuç vermediğini ortaya koyuyor. Öyle ki gazeteler bile AIDS hastası olarak ilan edilen kadının geleceği hakkında yanlış haberlerle dolu.

HIV (+) kişi demek bu virüsün bir şekilde bulaşmış olduğu kişi anlamına geliyor. Ancak bu kişinin gerçek AIDS tanısını alması kandaiki CD4+T hücre sayısının (virüsün tutunduğu ve yok ettiği bağışıklık hücreleri) mm3 de 200'den altına düşmesiyle onaylanıyor. Yine kandaiki HIV virüsü miktarı da arttıkça kişinin AIDS'e doğru ilerlemesi çabuklaşıyor. Oysa bu testlerin şıp diye hemen sonuçlanması imkansız. Yani O.T. nin gerçekten AIDS olduğu bile tartışmalı.

AIDS konusunun böyle talihsiz bir olayla gündeme gelip vatandaşlarımızda yeni bir bilinç oluşturmaya tek tesellimiz olabilir. Ama bu tür konuların Türk kamuoyunda yükseltileri hızla unutulması geleneği cesaretimizi kırıyor. Bir daha ki 'vaka-yı adiy'e kadar nohut pilav yemeye devam...



".....O.T.nin suratının ortasına taşlar çöktürülürken taşlar fırlatıldı bile."

1. Haber hangi sayfada yer almakta ve ne büyüklükte bir başlık kullanılmıştır?
Haber gazetenin ekinde ilk sayfada ve büyük puntolarla verilmiştir. Haberin devamı iç sayfalardadır.

2. Haberin konusu nedir? Haberin içeriği olayı bütün yönleriyle açıklamakta mıdır?

HIV taşıyıcısı olan yabancı uyruklu hayat kadının ilin valisi ve emniyet müdürü tarafından basın önüne çıkarılmasıdır. İçerik olayı yeterince açıklamaktadır

3. Haberde yalın ve anlaşılabilir bir dil kullanılmış mı?

Uygun ve anlaşılabilir bir dil kullanılmıştır.

4. Haberin sunum biçimi nasıl, fotoğraf/resim kullanılmış mı?

Haberde iki adet fotoğraf kullanılmıştır. Çarpıcı olan ilk fotoğraf emniyet müdürlüğünde, aynı zamanda kameralar önünde de çekilen ve ilgilinin yüzünün gizlenmeden verilmiş olanıdır. Diğer fotoğrafta ise kadının yüzü tam seçilemeyecek ölçüde bulanıklaştırılarak verilmiştir, bu resimde kadın eliyle yüzünü kapatmaya çalışmaktadır.

5. Haberin kapsamındaki kişilerin özel bilgileri (isim, yaş, hastalık, meslek, adres) açıkça belirtilmiş mi?

Habere konu olan kadının fotoğrafı ile birlikte, isminin baş harfleri, uyruğu ve hayat kadını olarak çalıştığı belirtilmiştir.

6. Haberden zarar görebilecek kişilerin (çocuklar, tecavüz mağdurları, AIDS hastası gibi) gizlilikleri korunmuş mu?

Hayır korunmamıştır.

7. Haberde konu edilen kişilerin özel bilgilerinin açıklanmasının kamusal yararı var mı?

İl emniyet müdürü kadının yüzünü gizlemeden basın önüne çıkarılmasının gerekçesini, “bu hayat kadını ile ilişkiye giren 1500 civarında erkeğin sağlık kuruluşlarına başvurmasını sağlamak amacıyla ve kadını tam olarak tanıyabilsinler” diye açıklamaktadır. Teşhiri kamusal yarar olarak algılamaktadır. Ancak böyle bir yarardan söz etmek mümkün değildir.

8. Haber hangi hasta haklarını ilgilendirmektedir?

Mahremiyet hakkı,

9. Haberde tarafsızlık korunmuş mudur?

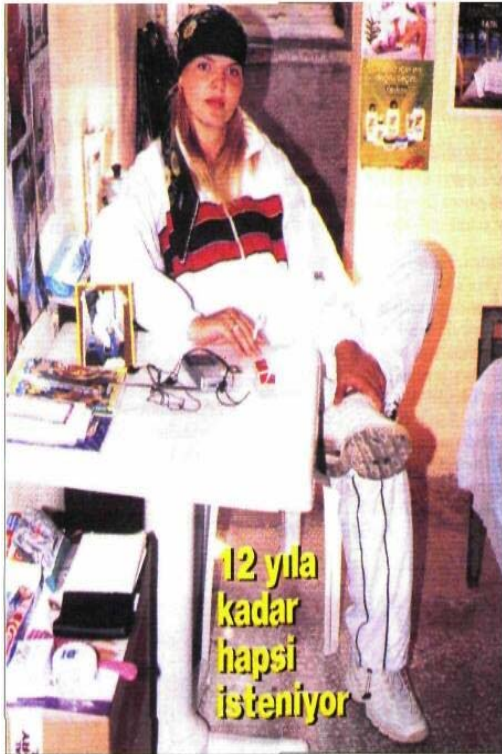
Habere konu edilen hayat kadınının medya önüne çıkarılmasına, medyanın karşıt bir tepki göstermeden görüntü alması ve fotoğraf çekmesi de düşündürücüdür. Haberin metni, haber yorum biçimindedir. Tarafsız kabul edilemez, yazarın kişisel yorumu bulunmaktadır.

10. Haberin kaynağı güvenilir midir?

Güvenilir olarak kabul edilebilir.

Koğuştta tek başına

Daniela 27 yaşında, Moldovalı. Uyuşturucu satmaktan tutuklandı. AIDS olduğu gerekçesiyle tek kişilik koğuşa kondu. Tedavi isteğine cevap bile verilmedi. Avukatı isyan ediyor: Daniela, ölüme terk edildi.



Uyuşturucu satmak ve kullanmak suçlarından yargılanan ve 12 yıla kadar hapsi istenen Daniela Gernavca, uyuşturucu sattığı iddialarını reddederek 2 yıldır eroin bağımlısı olduğunu söylüyor.

MOLDOVA'da ekonomi okuyup 4 yıl önce İstanbul'a yerleşen Daniela Gernavca'nın yaşamı, eroin batığına saplanınca altüst oldu. 27 yaşındaki Daniela, Laleli'de bir butikte çalışıyor, Aksaray'daki evini Moldovalı arkadaşlarıyla paylaşıyordu. Ev arkadaşları eroin bağımlısıydı. Bir iki denemeden sonra kendisi de eroine başladı, ardından da satmaya.

Çıkamadığı bu bataklık, onu cezaevine düşürdü. Uyuşturucu satın aldığı kişi, Daniela'yı ihbar etti. Daniela'nın Aksaray'daki evine yapılan baskında, üzerinde 0.5 gram eroin bulundu. Uyuşturucu satmaktan tutuklanan Daniela, Bakırköy Kadın ve Çocuk Tutukane'ne gönderildi.

ENJEKTÖRDEN KAPTI

Cezaevine girmeden Adli Tabiplik'te yapılan muayenesinde, Daniela'nın AIDS'li olduğu belirlendi. Eroin bağımlısı Daniela, hastalığa neden olan HIV virüsünü, eroin partilerinde birçok kişinin kullandığı bir enjektörden kapmıştı.

Daniela, bu nedenle tam 5.5 aydır tek kişilik bir koğuştta yaşıyor. Koğuşunun dört duvarını kapladığı posterlerle renklendirmiş. Yemeği, kapıdaki 10 santimetre genişliğindeki bir delikten uzatılıyor. Avukat Kenan Kara'nın izlenimlerine göre cezaevi görevlileri, hastalığın kendilerine bulaşmasından

HAYATIN İÇİNDEN

korkuyor. Bu düşünceyle de koğuşa girmiyorlar.

Avukat Kenan Kara, tedavi görmesi gerektiğini vurguladığı Daniela'nın birçok kez tahliye edilmesini istedi ancak bu talep her seferinde reddedildi. Daniela Gernavca'nın cezaevinde tutulmasının Ceza

Muhakemeleri Usulü Kanunu'nun 399'uncu maddesine aykırı olduğunu vurgulayan Kara, "Bu maddeye göre, ölümcül hastalığı olan tutukluların cezalarının infazı, iyileşene kadar ertelenir. Aynı durum Daniela için de geçerli olmalıdır" dedi. Konuyu Adalet Bakanlığı'na da bildindiklerini belirten Kenan Kara, Daniela'nın ölüme terk edildiğini öne sürerek, Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi'ne (AIHM) başvuracaklarını söyledi.



TECRİT EDİLEMEZ

İstanbul Barosu Hasta Hakları Komisyonu Başkanı Hilal Gültepe, bulaşıcı hastalığı olanların, diğer insanlardan tecrit edilmesinin hiçbir kanunla bağdaşmadığını söyledi.

Daniela'nın insanca yaşama hakkının elinden alındığını belirten Hilal Gültepe, "Bu durum, Anayasa'nın 17'nci maddesiyle bağdaşmıyor. Bu maddeye göre, herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Hiç kimseye insan haysiyetiyle bağdaşmayacak bir ceza verilemez."

■ Aslıhan KOÇ/İSTANBUL

1. Haber hangi sayfada yer almakta ve ne büyüklükte bir başlık kullanılmıştır?

Haber iç sayfada bulunmaktadır ve başlık büyük puntolarla yazılmıştır. Çarpıcı bir başlık kullanılmıştır

2. Haberin konusu nedir? Haberin içeriği olayı bütün yönleriyle açıklamakta mıdır?

Eroin satmaktan tutuklu bulunan ve aynı zamanda AIDS hastası da olan yabancı uyruklu mahkuma cezaevinde uygulanan ayrımcılık (Yemeği, kapıdaki 10 cm genişliğinde bir delikten uzatılıyor...) ve tıbbi bakım alma hakkı

3. Haberde yalın ve anlaşılabilir bir dil kullanılmış mı?

Anlaşılabilir ve yalın bir dil kullanılmıştır.

4. Haberin sunum biçimi nasıl, fotoğraf/resim kullanılmış mı?

Habere konu olan kişi mahkum, eroin bağımlısı, AIDS hastası olması ve damgalanma riski bulunmasına rağmen yüzü gizlenmeden verilmiştir.

5. Haberin kapsamındaki kişilerin özel bilgileri (isim, yaş, hastalık, meslek, adres) açıkça belirtilmiş mi?

Hastaya ait özel bilgiler açıkça verilmiştir. Örneğin hastanın ismi bile, baş harfleriyle verilmemiş doğrudan yazılmıştır.

6. Haberden zarar görebilecek kişilerin (çocuklar, tecavüz mağdurları, AIDS hastası gibi) gizlilikleri korunmuş mu?

Haberin en çarpıcı yanı incinebilme potansiyeli yüksek bir grup olan mahkumlar, madde bağımlıları ve AIDS hastaları gibi grupların (habere konu olan kişi bu üç gruba da girmektedir) gizliliklerinin korunması konusunda kötü bir örnek olmasıdır. Hastanın bu hakkı ihlal edilmiştir.

7. Haberde konu edilen kişilerin özel bilgilerinin açıklanmasının kamusal yararı var mı?

Kamusal bir yarar sözkonusu değildir.

8. Haber hangi hasta haklarını ilgilendirmektedir?

Haber tıbbi bakım alma hakkı, ayrımcılığa uğramama hakkı, mahremiyet hakkı, şikayet hakkı gibi hakları ilgilendirmektedir. Haberde hastadan yana bir tutum alınmış gibi bir izlenim olmasına rağmen, haberin kendisi mahremiyet ve özel yaşamın gizliliği açısından bir ihlal örneğidir.

9. Haberde tarafsızlık korunmuş mudur?

Haber kolay anlaşılır bir anlatımla sunulmuş ve haberde sadece mahkumun kendi avukatının değil bir uzman görüşüne de yer verilmiştir. Tarafsızlık açısından sorunlu görünmemektedir.

10. Haberin kaynağı güvenilir midir?

Haber gazetenin bir muhabirine dayanarak verilmektedir. Haberin kaynağı mahkumun kendi söylemleri, avukatı ve tarafsız bir uzmanın görüşleridir. Güvenilir kabul edilebilir.

Başhekim, hastalara "Hasta Hakları Bildirisi" dağıttı

Çağı yakaladılar

✓ Hastaneye gelen hastaların görebilecekleri 2 ayrı noktaya pano yerleştirdiklerini belirten Başhekim Fahrettin Yılmaz, "Panoda 1994'de yayınlanan Amsterdam Bildirgesi'nde yer alan hasta hakları ve Hasta Hakları Birimi'ne ait duyurular yer alıyor" dedi



İzzet Baysal
Devlet Hastanesi

Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi bünyesinde kurulan "Hasta Hakları Birimi" görevlileri, hastanede tedavi gören vatandaşlara "hasta hakları broşürü" dağıttı. Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi Başhekim Fahrettin Yılmaz, Hasta Hakları Birimi'ni kurmadaki amaçlarının hasta hakları ihlallerini ortadan kaldırmak olduğunu söyledi. Yılmaz, "Bu amaçla hastanemiz bünyesinde bu birimi kurduk. Hastaların şikayetleri anında değerlendirilecek. Ayrıca hasta şikayetleri gün içinde bu birim tarafından Sağlık Bakanlığı'na internet üzerinden bildirilecek. Hasta hakları ihlali önleyeceğiz" dedi.

Bolu Sağlık İl Müdürü Osman Nacaroğlu, Hasta Hakları Kurulu'nun kurulmasında büyük rol oynadı. Nacaroğlu'nun çabaları sonucu başlatılan bu çağdaş hizmet ilk kez Bolu Devlet Hastanesi'nde uygulamaya konuldu.

Ortadoğu 19.02.2004

1. Haber hangi sayfada yer almakta ve ne büyüklükte bir başlık kullanılmıştır?

Haber iç sayfada yer almakta ve başlık büyük puntolarla verilmiştir.

2. Haberin konusu nedir? Haberin içeriği olayı bütün yönleriyle açıklamakta mıdır?

Bir kamu hastanesinde hasta hakları uygulamaları konu edilmektedir ve içerik yeterlidir.

3. Haberde yalın ve anlaşılabilir bir dil kullanılmış mı?

Kolay anlaşılabilir, sade bir dille kaleme alınmıştır.

4. Haberin sunum biçimi nasıl, fotoğraf/resim kullanılmış mı?

Habere konu olan hastane ve il sağlık müdürünün fotoğrafları kullanılmıştır.

5. Haberin kapsamındaki kişilerin özel bilgileri (isim, yaş, hastalık, meslek, adres) açıkça belirtilmiş mi?

Kısmen zel bilgi bulunmaktadır, fakat haber gereği yer verilmiştir.

6. Haberden zarar görebilecek kişilerin (ocuklar, tecavüz mağdurları, AIDS hastası gibi) gizlilikleri korunmuş mu?

Haberde zarar görebilecek kişiler bulunmamaktadır.

7. Haberde konu edilen kişilerin özel bilgilerinin açıklanmasının kamusal bir yararı var mı?

Hastane başhekimisi ve sağlık müdürünün toplum tarafından tanınması kamusal bir yarar olarak görülebilir

8. Haber hangi hasta haklarını ilgilendirmektedir?

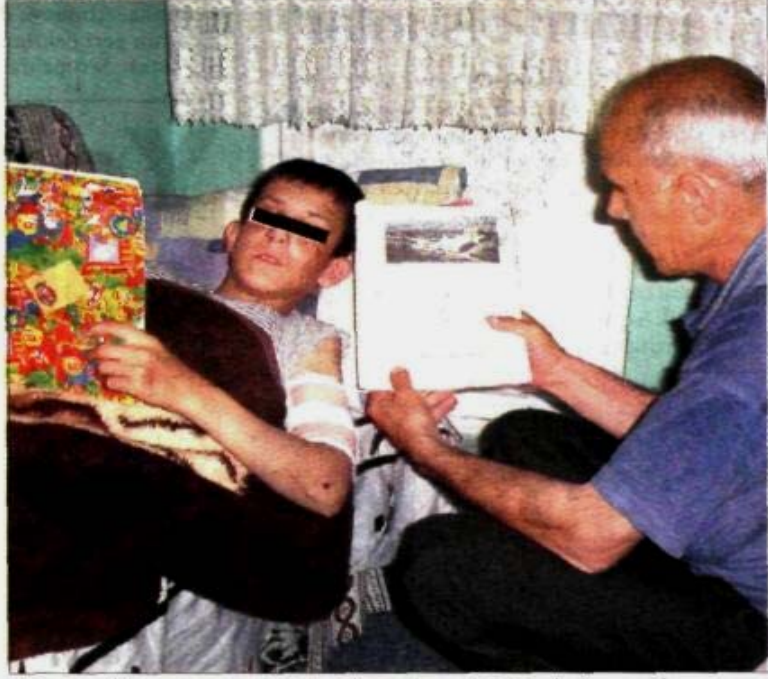
Genel olarak bütün hasta hakları konusunu gündeme getirmektedir.

9. Haberde tarafsızlık korunmuş mudur?

Haberin başlığı tarafsızlığına gölge düşürecek ölçüde yoruma dayalıdır.

10. Haberin kaynağı güvenilir midir?

Haberin kaynağı güvenilir kabul edilebilir.



Raporlu olduğu için günlerini evde geçiren H.C.'nin babası, oğlunun derslerden geri kalmamasına gayret ediyor.

İşkence yapmak için zorlandık

Çelik ÇELİK YAMAN / İSTANBUL

BALIKESİR'İN Bandırma İlçesi'nde 8 yaşındaki bir kıza tecavüz planlarını öğretmenlerine söyleyen 11 yaşındaki arkadaşları H.C.'ye akıl almaz işkenceler yapan çocukların psikolojik muayeneleri tamamlandı. Bandırma Devlet Hastanesi Psikoloğu Dr. Cemal Esendemir'le görüşen çocuklar kendilerinin olay günü parktan kaçmak istediklerini fakat savcılık tarafından tutuklanan Ö.C. ve T.C.'nin baskısıyla işkenceye katıldıklarını iddia ettiler. Hasta hakları nedeniyle görüşmeler hakkında ayrıntılı bilgi verilmezken çocukların pişmanlıklarını belli ettikleri vurgulandı.

Ailelere test uygulandı

Yapılan kontrollerde işkence yaptıkları H.C.'nin ifadesinde ve resmi tutanaklarda da yer alan

çocukların hepsinin akli dengesinin yerinde olduğu tespit edilirken ailelere de özel hazırlanan test yapıldı.

90 sorudan oluşan testte ailelere maddi durumlarının yanı sıra boşanmış veya evli olup olmadıkları da sorulurken çocuklarıyla ilgili olarak da "Evden kaçarmı?", "Dışarı mı dönük, içine mi kapanık?", "Derslerine çalışır mı?" ve "Arkadaşlarıyla arası nasıldır?" gibi sorular yönetildi.

İstanbul'dan Psikolog Doç. Mücahit Öztürk'e gönderilen testler analiz edildikten sonra çocukların tedavisinde izlenecek yöneme karar verilecek.

14 arkadaşının saatler süren işkencelerine maruz kalan 11 yaşındaki H.C.'nin durumu ise her gün daha iyiye gidiyor. Yavaş yavaş yürümeye başlayan H.C. günün belli saatlerinde psikoloğuyla görüşüyor kalan zamanında ise kitap okuyor.

1. Haber hangi sayfada yer almakta ve ne büyüklükte bir başlık kullanılmıştır?
Habere iç sayfada yer verilmiş ve orta büyüklükte bir punto kullanılmıştır

2. Haberin konusu nedir? Haberin içeriği olayı bütün yönleriyle açıklamakta mıdır?

Mağduru ve uygulayıcıları çocuk olan bir şiddet öyküsü anlatılmaktadır. Metinde olaya ilişkin bilgiler yeterli görünmemektedir.

3. Haberde yalın ve anlaşılabilir bir dil kullanılmış mı?

Haberin dili yalın ve anlaşılabiliridir.

4. Haberin sunum biçimi nasıl, fotoğraf/resim kullanılmış mı?

Şiddet mağduru çocuk ve babasının resmi verilmiştir. Baba yandan görüntülenirken, çocuk hasta yatağında ancak, gözlerinin üzeri siyah bant ile kapatılmış olarak haberde verilmiştir.

5. Haberin kapsamındaki kişilerin özel bilgileri (isim, yaş, hastalık, meslek, adres) açıkça belirtilmiş mi?

İsimlerin baş harfleri kullanılmış ve adres vermekten kaçınılmıştır, genel olarak özel bilgiler açıkça verilmemiştir.

6. Haberden zarar görebilecek kişilerin (çocuklar, tecavüz mağdurları, AIDS hastası gibi) gizlilikleri korunmuş mu?

Mağdur çocuğun fotoğrafı gözleri bant ile kapatılmış olsa da haberde verilmiştir. Bu durum mahremiyetin ihlali olarak değerlendirilebilir.

7. Haberde konu edilen kişilerin özel bilgilerinin açıklanmasının kamusal bir yararı var mı?

Kamusal yarar yoktur.

8. Haber hangi hasta haklarını ilgilendirmektedir?

Mahremiyet hakkı, tıbbi bakım alma hakkı,

9. Haberde tarafsızlık korunmuş mudur?

Haberde eksik kalan yönler göze çarpmaktadır, bu nedenle tarafsızlık korunmuştur denilemez.

10. Haberin kaynağı güvenilir midir?

Haber bir muhabire dayanarak verilmiştir. Güvenilir kabul edilebilir.

'Yan etki' kurbanı

Çocuk sahibi olmak için kullandığı ilaç yüzünden 50 kilodan 110 kiloya çıkan senarist Filiz Terzi Sülün, tanınmaz hale geldi



Sükran Pakkan
Filiz Terzi Sülün (33), dört yıl önce-sine kadar alımlı bir TV oyuncusu ve başarılı bir senaryo yazarıydı. Ama epilepsi hastası Sülün, çocuk sahibi olmaya karar vermesinin ardından başlayan tedavi süreciyle bugün tanınmaz hale geldi.

Sülün'ün iddiasına göre, nöbet geçirmesini engellemek için hamilelik sürecinde kullandığı Sanofi Synthelabo firmasına piyasaya sürülen "valproat" etken maddeli ilaç, Polikistik Over Sendrom (PCOS) isimli ağır bir hormon hastalığına yakalanmasına neden oldu. İlaç prospektüsünde PCOS'a ilişkin herhangi bir yan etki yazılı olmadığını fark eden Sülün'ün hastalığı akıl almaz bir ihmalî ortaya çıkardı.

Erkeklik hormonu patladı

"Baba Evi" dizisinin de senaryo yazarı olan Sülün'ün iddiasına göre olaylar şöyle gelişti:

1998'de doktor kontrolünde başladığı 'valproat'ı başta düzensiz, 2000'deki hamileliğinden itibaren de düzenli kullandı. Ancak bu süreçte, 60 kilo alarak 50 kilodan 110 kiloya çıktığı gibi, aşırı tüylenme, akne, regl düzensizliği yaşamaya başladı. Uyguladığı diyet ve spor etkili olmadı. Kiloları, omurluk ve kalp sıkıntıları yarattı. Erkeklik hormo-

nunun 150 kat arttığı saptandı. Sesi kalinlaştı. Ardından gelen testler, bugüne kadar adını bile duymadığı PCOS hastalığına yakalandığını ortaya çıkardı.

Yabancı sağlık dergilerinde valproat kullanan hastaların PCOS'a yakalanma sıklığından bahsedildiğini okuyan Sülün, ilk olarak suçlunun doktoru olduğunu düşündü. Doktorunu İstanbul Tabipler Odası'na şikâyet eden Sülün, ardından, Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları, Bölümüne ihbarda bulundu ve ilaç firmasına mail yazdı. Şimdi hakını yasal yollardan arayacak.

Firma: "Biz başvurduk"

İlaç firması yaptığı açıklamada, 2002'de Sağlık Bakanlığı'na "Kilo artışı görülebilir. Polikistik over sendromu için kilo artışı bir risk faktörü olarak dikkate izlenmelidir" cümlesinin prospektüse eklenmesi için başvuruda bulunduğunu belirtti. Başvurunun onay sürecinde olduğunu iddia eden firma, prospektüs değişikliğinin uzamasını, prosedürlere bağladı. Firmaya göre, tek başına valproat ile tedavi edilen hastalarda PKOS oranı yüzde 11.1.

Sağlık Bakanlığı ise firmanın 2002 Aralık'taki başvurusu üzerine, üç ay içinde karar verildiğini ve Mayıs 2003'te firmaya değişikliğin yapılması gerektiğini bildirdiğini açıkladı. Bakanlık, ilaç komisyonunda konunun hukuksal yaptırımının ele alınacağını bildirdi.



Fotoğraf: Mustafa Seven

PCOS nedir?

Çok sayıda kist içeren yumurtalık anlamına geliyor. Aşırı kilo artışı, adet düzensizliği, erkeklik hormonundaki artış gibi bulgularla şekillenen sendrom, kısırlığa yol açıyor ve obezite nedeniyle ciddi sağlık problemlerini beraberinde getiriyor.

Senarist Filiz Terzi Sülün, tedaviye başlamadan önce 50 kiloydu. Hızla 110 kiloya çıkan talihsiz senarist, şimdi doktoru ve ilaç firması hakkında yasal haklarını kullanmaya hazırlanıyor.

2004/09/07 Milliyet (Pazar Eki)

1. Haber hangi sayfada yer almakta ve ne büyüklükte bir başlık kullanılmıştır?

Haber iç sayfada ve büyük puntolarla yazılmıştır.

2. Haberin konusu nedir? Haberin içeriği olayı bütün yönleriyle açıklamakta mıdır?

Medya ve sanat çevresinden bir kadının, hastalığı nedeniyle kullandığı ilacın yan etkisiyle ortaya çıkan sağlık sorunları konu edilmektedir. İçerik yeterli kabul edilebilir.

3. Haberde yalın ve anlaşılabilir bir dil kullanılmış mı?

Anlaşılabilir bir dil kullanılmıştır.

4. Haberin sunum biçimi nasıl, fotoğraf/resim kullanılmış mı?

Haberde hastanın sözkonusu ilacı kullanmadan önceki ve sonraki fotoğraflarına yer verilmiştir.

5. Haberin kapsamındaki kişilerin özel bilgileri (isim, yaş, hastalık, meslek, adres) açıkça belirtilmiş mi?

Özel bilgiler açıkça belirtilmiştir.

6. Haberden zarar görebilecek kişilerin (çocuklar, tecavüz mağdurları, AIDS hastası gibi) gizlilikleri korunmuş mu?

Haberden zarar görebilecek durumda olan başka kimseler bulunmamaktadır.

7. Haberde konu edilen kişilerin özel bilgilerinin açıklanmasının kamusal bir yararı var mı?

Kamusal yarar sözkonusu değildir.

8. Haber hangi hasta haklarını ilgilendirmektedir?

Tıbbi bakım alma hakkı, mahremiyetin korunması hakkı, şikayet hakkı

9. Haberde tarafsızlık korunmuş mudur?

Haber habere konu olayın her iki tarafından söylemlere yer vermektedir.

Tarafsızlık korunmuş olarak görünmektedir.

10. Haberin kaynağı güvenilir midir?

Güvenilir kabul edilebilir.

Doğumda bebeğin kafası koptu

Ayşenur YAMAN (DHA) Düzce'nin Akçakoca İlçesi'ndeki Devlet Hastanesi'nde 31 yaşındaki YükselİRde'nin bebeğinin kafası doğum sırasında koptu. Aile savcılığa başvurdu, bebeğin kopan başı ise İstanbul'a Adli Tıp Kurumu'na gönderildi.

PAZAR günü sancılanan YükselİRde, nikahsız yaşadığı 31 yaşındaki Ünsal Keskin ve kız kardeşi AyselİRde tarafından Akçakoca Devlet Hastanesi'ne götürüldü. YükselİRde, doğumhaneye alırken Dr. Ali İlhan'a haber verildi. Ebeler, AyselİRde'nin de doğumhaneye girmesine izin verdi. Doğum sırasında kız bebeğin kafasının koparak doktorun elinde kaldığını gören AyselİRde, bağırmaya başladı. Doktorun "Kim bu, çıkarın dışarı" sözleri üzerine AyselİRde çıkarıldı. YükselİRde ise, Düzce Devlet Hastanesi'ne, buradan da Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi'ne sevk edildi. Bebeğin annenin rahminde kalan gövdesi ameliyatla çıkarılarak gömülmesi için kadının eşi Ünal Keskin'e verildi. Bir çay ocağında garsonluk yapan ve eşinin tedavisi ardından Akçakoca'ya dönen Ünal Keskin, tuttuğu bir avukat aracılığıyla hastane hakkında şikayetçi oldu. Akçakoca Cumhuriyet Savcısı Murat İnam, soruşturma başlatarak, bebeğin kopan kafasını gömülü olduğu hastane bahçesinden çıkarttı. Yapılan otopsi ardından bebeğin kafası İstanbul Adli Tıp Kurumu'na gönderilirken, ilk çocuğunu beklerken ölüm haberiyle yıkılan Keskin, "Kızımız olacağı için sevinçliydik. Bu olayla çıktık" dedi.

02.07.2006 Hürriyet



1. Haber hangi sayfa da yer almakta ve ne büyüklükte başlık kullanılmıştır?

Haber iç sayfalarda yer almaktadır ve büyük olmayan bir punto kullanılmıştır.

Haberin başlığı dikkat çekicidir.

2. Haberin konusu nedir? Haberin içeriği olayı bütün yönleriyle açıklamakta mıdır?

Haberin konusu hastanede sağlık personeli yardımıyla yaptırılan doğumda bebeğin ölümü ve sonrasındaki gelişmelerdir. Ancak haber metni, olayı tüm unsurları ile açıklamakta yeterli görünmemektedir. Olayda adı geçen sağlık çalışanlarının anlatımlarına yer verilmemiştir.

3. Haberde yalın ve anlaşılabilir bir dil kullanılmış mı?

Sade ve yalın bir dil kullanılmıştır.

4. Haberin sunum biçimi nasıldır, fotoğraf/resim kullanılmış mı?

Ölen bebeğin anne ve babasının resmi kullanılmıştır. Ancak özellikle annenin yüzü kapalı iken çekilen bir fotoğraf bulunmaktadır, babanın yüzü yandan ve kısmen görünecek şekilde metne eklenmiştir.

5. Haber kapsamındaki kişilerin özel bilgileri (isim, yaş, hastalık) açıkça belirtilmiş mi? Habere konu olan kişilerin (anne, baba, annenin kız kardeşi, hekim ve savcı) isimleri çalıştıkları işyerleri açıkça yazılmıştır. Ayrıca olayın geçtiği hastaneler ve annenin hamileliği, doğum yapması gibi sağlık sorunları açıkça belirtilmiştir.

6. Haberden zarar görebilecek kişilerin (çocuklar, tecavüz mağdurları, AIDS hastası gibi) gizlilikleri korunmuş mu?

Annenin toplumsal açıdan önem taşıyan ve hoşgörülmeleyen bir durum olarak nikahsız yaşaması haberin konusu ile tam ilgili olmamasına rağmen açıkça vurgulanmıştır. Anne ve baba açısından mahremiyet ihlali olarak görünmektedir.

7. Haberde konu edilen kişilerin özel bilgilerinin açıklanmasının kamusal bir yararı var mı?

Özel bilgilerinin açıklanması için herhangi bir kamusal yarar söz konusu değildir.

8. Haber hasta haklarından hangilerini ilgilendirmektedir?

Yaşama hakkı, mahremiyetin korunması hakkı, güvenli sağlık hizmeti alma hakkı, şikayet hakkı

9. Haberde tarafsızlık korunmuş mudur?

Haber metni okunduğunda sadece mağdur görünen tarafın ifadeleri bulunmaktadır. Ayrıca haberde konu edilen olay tam olarak anlaşılmamakta ve olayın eksik kalan yönleri (gebeliğin seyri, bebekte öncesinden bir sağlık sorunu olup olmadığı, doğum sırasında bir komplikasyon gelişip gelişmediği vb) haberin tarafsızlığına gölge düşürmektedir. Bu nedenlerle tarafsız olarak değerlendirilmemiştir.

10. Haberin kaynağı güvenilir midir?

Haberde kaynak Doğan Haber Ajansı olarak belirtilmiştir.

Stentimi sızdırdılar

KONTROL için cumartesi günü gittiği özel bir hastanede tıkanık olduğu için kalp damarına stent katılan ünlü sanatçı Kadir İnanır, adını taşıyan internet sitesinde bu operasyonu basına sızdıran hastaneye ve doktorlara, "Güzel bir reklam yaptınız, yazık" diye seslendi.

İnanır sağlığı ile ilgili bilgi verirken şöyle dedi: "Bu dönem içinde sağlığımı ihmal ettim ve doktorlara gittim, beslenme trafiğimi ayarladım, bir düzene soktum. Bir de anjiyo istediler. Her uygar insanın yaptırmayı gereken işlemi yapmak için hastaneye gittim. İşlemi yaptırdım. 20 dakika sürdü. Kalp damarımın birinde daralma görüldü. Sevenlerim üzülmessin diye duyulmasını istedim. Hipokrat yeminini ve hasta haklarını hiçe saydılar. Yani bir güzel reklamlarını yaptılar, yazık."

İki gün hastanede kalan İnanır, pazartesi günü taburcu oldu. Yıllardır sigara içen, ancak son aylarda sigara sayısını günde birkaç taneye indiren Kadir İnanır'a sigara yasağı da geldi. Doktorların yiyeceklerine de dikkat etmesini önerdiği Kadir İnanır, hastaneden çıktıktan sonra evinde istirahate çekilmişti.

■ **Demirhan HARARLI**
MAGAZİN SERVİSİ



9 Aralık 2006 Hürriyet (Kelebek)

1. Haber hangi sayfada yer almakta ve ne büyüklükte bir başlık kullanılmıştır? Haber iç sayfada, magazin haberleri bölümünde yer almaktadır ve başlıkta büyük puntolar kullanılmıştır. Ayrıca bir de küçük başlık kullanılmıştır. (Ateş pürkürdü)
2. Haberin konusu nedir? Haberin içeriği olayı bütün yönleriyle açıklamaktadır mıdır?
Tanınmış bir sinema sanatçısının özel bir hastanede geçirdiği operasyonun, kendisi izin vermemesine rağmen hastane yetkilileri tarafından basına yansımadır. İçerik yeterli ölçüde olayı açıklamaktadır.
3. Haberde yalın ve anlaşılabilir bir dil kullanılmış mı?

Haberin dili yalın olmakla birlikte bazı hatalı ifadeler göze çarpmaktadır. Örneğin “..damarına stent katılan..”, “beslenme trafiği” gibi

4. Haberin sunum biçimi nasıl, fotoğraf/resim kullanılmış mı?

Haberde sanatçının fotoğrafı kullanılmıştır.

5. Haberin kapsamındaki kişilerin özel bilgileri (isim, yaş, hastalık, meslek, adres) açıkça belirtilmiş mi?

Özel bilgiler verilmiştir.

6. Haberden zarar görebilecek kişilerin (çocuklar, tecavüz mağdurları, AIDS hastası gibi) gizlilikleri korunmuş mu?

Hastanın operasyonun gizli tutulmasına istemesine karşın açıklanmıştır.

7. Haberde konu edilen kişilerin özel bilgilerinin açıklanmasının kamusal bir yararı var mı?

Kamusal yarar sözkonusu değildir.

8. Haber hangi hasta haklarını ilgilendirmektedir?

Mahremiyetin korunması hakkı, sır saklama

9. Haberde tarafsızlık korunmuş mudur?

Haberde ilgili hastane yetkililerinin görüşlerine yer verilmemesi nedeniyle tarafsızlık sözkonusu değildir.

10. Haberin kaynağı güvenilir midir?

Haber magazin boyutuyla da öne çıkmaktadır. Güvenilirliği konusunda soru işaretleri vardır.

cuma **ERTESİ**
12
16 ARALIK 2006 CUMARTES

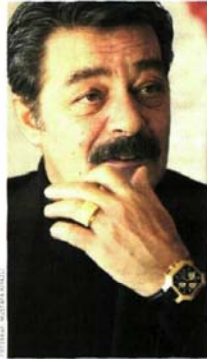


Kadir İnanır'la özel bir hastane arasında yaşanan pole- mik, hasta haklarını ve tıptaki etik sınırları aklı getirdi. Bir de ünlülerin, hastane- neleri, hastanelerin de ünlüleri kulla- narak karşılıklı rek- lam anlaşmalarını. Öyle ki ünlüler hem bedavaya te- davi oluyor, hem de üstüne para alıyor.

HABER
DİLEK ÇİHAN



Ünlü sanatçımız hasta oldu basın toplantısına bekleriz



Ünlü oyuncu Kadir İnanır 'sevenlerim üzülmesin' diye hastane kayıtlarına başka isimle geçmek istemiş.

Kadir İnanır ile özel bir hastane arasında geçtiğimiz günlerde yaşanan 'başına bilgi sızdırma' pole- miği, hastane, hasta ve etik kavramlarına yeniden gündeme getirdi. Kalp damarlarına stent takılan Kadir İnanır, 'tıkak ameliyatı oldum' şeklinde bir açıklama yapmıştı. Ancak sonradan İnanır'ın kalp damarlarına stent takıldığı anlaşıldı. "Sevenlerim üzülmesin" şeklindeki bir gerekçeyle kamu- oyuna yayınladığı kabul eden sanatçı, gerçe- ğin hastane tarafından basına sızdırıldığını iddia etti. İnanır'ın "Bir güzel reklam yaptır- nuz, yavaş" diye hastaneye sitem etmesi üze- rine hastane de tartımsız yanıtıya geçti. Böylece bazı gerekçeler de ortaya çıktı. Meğer ünlü sanatçı hastane kayıtlarına başka bir isimle kaydolmak istemiş; ama hastane bunu kabul etmemiş. Üstelik İnanır'ın hastalığı ile ilgili bilgileri hastane değil, sanatçının bir ya- kını basına sızdırmış. Kadir İnanır'ın tedavi sürecinde ortaya çıkan manzara ne ilk ne de son. Çünkü artık ünlülerin burma kanasa hastaneye kaldırılıyor ve haber yapıyor. Hamile kalsalar rutin kontrollerden doğum yapacağı ana kadar her aşama hastanenin ismiyle beraber basına yansıyor. Hatta bazı- ları için "Doğum masraflarını ödemedi, tıj reklam yaptığı için hastane üstüne para ödedi." şeklinde iddialar bile var.

Bu konuda en çok eleştirilen ünlü ise Me- hmet Ali Erbil. Erbil'in hemen her hastaneye kaldırılmasının ardından basın bültenleri düze- leniyor ve hastane adının yazıldığı kocaman bir afişin önünde doktor basın açıklaması yapı- yor. Hatta Erbil'in doktoru çağırıp hastane- den ayrılmaya zorlarken ibresi doktorun ça- lışmaya başladığı yeni hastaneye kayış. Önemli bir rahatsızlığı olduğu bilinen Erbil'in bütün bu reklamlar karşısında hem hastalığı- nı bedavaya tedavi ettirdiği hem de üstüne para aldığı yönünde bir sürü iddialar yapıldı.

Hem tedavi oluyorlar, hem de üstüne para alıyorlar

Orhan Gencebay, Nazan Öncel, Seda Sa- yan gibi sanatçıların tedaviye alındığı her hastane gazeteci aklına uğradı. Ünlülerin sağlık bilgileri, doktorları tarafından basın toplantıları düzenlenerek duyuruldu. Nür- gül Yeşilçay, Ebru Sali gibi ünlülerin do- ğumları ise tam bir reklam mantığı ile ha- zırlandı. Yani bir anlamda ünlülerin hayatı gibi hastalıkları da magazine dönüştürüldü. Şimdilerde de çok medyatik hamile ünlünün bebegini hangi hastanede doğuracağı büyük merakla bekleniyor. Hastaneler, ünlü baya- rın bebegini kendi hastanelerinde doğur- ması için adeta uyarı girmiş ve ünlüye astro- nomik paralar teklif ediyormuş.

Şimdi aklımıza hemen şu sorular geliyor: Bir hastane reklam için sanatçıların rahatsızlık- larını kullanabilir mi? Bir hasta kendi ismi dışında başka isimle hastane kayıtlarına ge- çebilir mi? Hastanın izni olmadan hastalığı ile ilgili bilgi verilebilir mi? İstanbul Tabip Odası Başkanı Prof. Dr. Ödemiş Aktan'a göre, hastanın izni ve isteği doğrultusunda hasta karşılıklı anlaşarak bile hastanenin reklamı yapılabilir. Ama hastanın izni dı- şında ne hasta ne de hastalığı deşifre edilebilir. Çünkü hasta hakkın yasaına göre bu konu istisnaya yer veremeyecek derecede önemli- dir ve gizli tutulması gerekir. Öyle ki hasta bir suçlu dahi olsa önce tedaviyi yapıp, son- ra emniyete teslim edilir. Hasta bilgilerini izinsiz verenlerin cezasının net olduğunu söyleyen profesör Aktan, "Bu ceza meslek- ten mene kadar varabilir." açıklamasını ya- pıyor. Aktan, "Etik bilinc her zaman yasa- larla, yolsuzluklarla yürümek, insanların da bunu görmesi gerekir, hekimlerin ve hastaların bu konuya dikkat etmesi lazım." uyarısında bulunuyor. Ayrıca yasaya göre bir hastanın 'ünlü de olsa' hastane kayıtlarında gerçek ismini kullanması gerekiyor. Aktan'a göre hastaneler kimlik kontrolü yapmazlar. Dolayısıyla ünlüler basından ko- runmak için hastane ile karşılıklı söz birli- teliği ederek başka bir isim kullanabilir.



ORHAN GENCEBAY



NÜRGÜL YEŞİLÇAY



SEDA SAVAN

16 Aralık 2006 Zaman (Cumartesi Eki)

1. Haber hangi sayfada yer almakta ve ne büyüklükte bir başlık kullanılmıştır? Haber gazetesinin hafta sonu ekinde ve iki farklı karakterde başlıkla verilmiştir.
2. Haberin konusu nedir? Haberin içeriği olayı bütün yönleriyle açıklamakta mıdır?

Haber magazin çevresinin önde gelen ünlülerinin sağlık sorunlarının medyada yansımaları, reklam, hatta sağlık kuruluşlarından çıkar sağlamaları bağlamında verilmektedir.

3. Haberde yalın ve anlaşılabilir bir dil kullanılmış mı?

Haberin dili akıcı ve kolay anlaşılabilir.

4. Haberin sunum biçimi nasıl, fotoğraf/resim kullanılmış mı?

Haber yorumsal niteliktedir ve magazin çevresinin ünlülerine ait beş adet fotoğraf kullanılmıştır.

5. Haberin kapsamındaki kişilerin özel bilgileri (isim, yaş, hastalık, meslek, adres) açıkça belirtilmiş mi?

Bazı ünlülerin sağlık sorunları haberde yer almaktadır.

6. Haberden zarar görebilecek kişilerin (çocuklar, tecavüz mağdurları, AIDS hastası gibi) gizlilikleri korunmuş mu?

Haberde kamuoyunda bilinen kişiler verilmiştir, gizliliklerine zarar verme konusunda bazı ifadeler bulunmaktadır.

7. Haberde konu edilen kişilerin özel bilgilerinin açıklanmasının kamusal yararı var mı?

Kamusal yarar sözkonusu değildir.

8. Haber hangi hasta haklarını ilgilendirmektedir?

Mahremiyetin korunması hakkı,

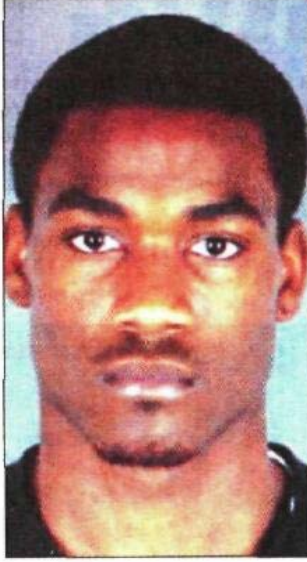
9. Haberde tarafsızlık korunmuş mudur?

Haber yoruma dayalı olduğundan tarafsızlık sözkonusu değildir.

10. Haberin kaynağı güvenilir midir?

Güvenli kabul edilebilir.

Başındaki kurşun çıkarılsın mı



ABD'nin Texas Eyaleti'nde otomobil galerisini soymak isterken çıkan çatışmada başından vurulduğu iddia edilen genç, olayı aydınlatacak olan kurşunun çıkarılmasını reddediyor.

SAVCILIĞA göre, Joshua Bush'un (17) üyesi olduğu çete, temmuzda bir oto galerisini soyma girişiminde bulundu. Otomobil satıcısı Alan Olive ile çıkan silahlı çatışmada Bush'un kafasına 9 mm'lik bir kurşun saplandı. Polis, "Bu kurşun, Olive'in silahından çıktı" derken, yaralı kurtulan Bush, "Nereden geldiğini bilmediğim kurşun, basket oynarken saplandı" dedi. Çelişki üzerine mahkeme ekimde Bush'un kafasındaki kurşunun ameliyatla çıkarılarak incelenmesine

karar verdi. Bush, ameliyat olmaya karşı çıkıyor. Avukatları da "hasta haklarına" aykırı diyerek ameliyatı engellemeye çalışıyor. Mahkemenin başvurduğu ilk hastanedeki doktorlar "Aletlerimiz yetersiz" diyerek, ikinci hastane ise "Hasta istemiyor" diyerek yapmadı. Pennsylvania Üniversitesi'nden bir uzman, doktorların, hasta haklarına saygı göstermekle işlenen bir suç aydınlatmak arasında ahlaki bir ikilemle karşı karşıya kaldığını söyledi. ■ **DIŞ HABERLER**

Hürriyet 24 Aralık 2006

1. Haber hangi sayfada yer almakta ve ne büyüklükte bir başlık kullanılmıştır?

Haber iç sayfada kaleme alınmıştır ve başlık büyük puntolarla verilmiştir.

2. Haberin konusu nedir? Haberin içeriği olayı bütün yönleriyle açıklamakta mıdır?

Adli bir olayı aydınlatmak üzere, kişinin onam vermemesine rağmen mahkeme kararıyla cerrahi girişim yapılması istemine, hekimlerin karşıt tutumları konu edilmektedir. Olay yeterince anlaşılmaktadır.

3. Haberde yalın ve anlaşılabilir bir dil kullanılmış mı?

Haber anlaşılabilir bir dille aktarılmaktadır.

4. Haberin sunum biçimi nasıl, fotoğraf/resim kullanılmış mı?

Habere konu edilen kişinin yüzü gizlenmeden verilmiştir

5. Haberin kapsamındaki kişilerin özel bilgileri (isim, yaş, hastalık, meslek, adres) açıkça belirtilmiş mi?

Özel bilgilere yer verilmiştir.

6. Haberden zarar görebilecek kişilerin (çocuklar, tecavüz mağdurları, AIDS hastası gibi) gizlilikleri korunmuş mu?

Sanık durumundaki sözkonusu kişinin gizliliği korunmamıştır.

7. Haberde konu edilen kişilerin özel bilgilerinin açıklanmasının kamusal bir yararı var mı?

Kamusal yarar bulunmamaktadır.

8. Haber hangi hasta haklarını ilgilendirmektedir?

Aydınlatılmış onam, tedaviyi reddetme, mahremiyetin korunması hakkı

9. Haberde tarafsızlık korunmuş mudur?

Haberde ilgili tarafların söylemlerine yer verilmiştir. Tarafsızlığın korunmuş olduğu söylenebilir.

10. Haberin kaynağı güvenilir midir?

Yorum yapılamamıştır.

Hasta hakları konusunda haberler, büyük oranda gazetelerin iç sayfalarında yer almaktadır ve genellikle büyük puntolarla yazılmış başlıklar kullanılmıştır. Haberler çoğu kez şaşırtıcı, heyecan yaratıcı ve ilgi çekici başlıklarla verilmiş ve metinlerinde anlaşılabilir ve sade bir dil kullanılmıştır. Burada seçilen haberlerin hepsinde fotoğraf kullanılmıştır ve sadece iki haberde kişilerin yüzleri kapalı olarak verilmişken diğer haberlerin hepsinde kişilerin yüzleri gizlenmeden verilmiştir. Seçilen haberlerden ikisinde konu olarak çocuklar bulunmaktadır ve her iki haberde de çocukların fotoğrafı kullanılmış, bir çocuğun fotoğrafı gizlenmeden verilirken, diğer haberdeki çocuğun gözleri siyah bant ile kapatılmıştır. Basının bu haberlerde mahremiyet hakkını gözetmeden fotoğrafları ve özel bilgileri doğrudan verdiği gözlenmektedir. İronik olarak “Vurun kahpeye” başlığıyla verilen haberde, hayat kadınının resmi görevliler tarafından basın önünde teşhir edilmiş olduğu eleştirilirken, bu haber kapsamında da aynı kadının fotoğrafı gizlenmeden verilmiştir. Haberlerin çoğunda isim, yaş, meslek, hastalık ve adres gibi özel bilgiler herhangi bir kısıtlamaya gidilmeden verilmiştir. Bazı haberlerde de toplumda damgalanma tehlikesi yaratabilecek özel bilgi (nikahsız evlilik, hayat kadını olmak gibi) ve hastalıklar (HIV/AIDS gibi) fotoğraflarla birlikte doğrudan verilmiştir. Bazı durumlarda “kamu yararı” gerekçe gösterilerek özel bilgiler açıklanmaktadır ancak bu haberlerde herhangi bir kamu yararından bahsetmek olanaklı değildir. Türk Basın Konseyi’nin Basın Meslek İlkeleri’nde: “Madde-5: Kişilerin özel yaşamları kamu çıkarlarının

gerektirdiği durumlar dışında yayın konusu olamaz” denilmektedir(Yıldız, 2006). Seçilmiş bu haberlerde en çok sözkonusu olan hasta hakları mahremiyetin korunması hakkı ve tıbbi bakım alma hakkı olarak görünmektedir. Haberde nesnelliğin korunması ve haber kaynaklarının güvenilirliği medyada en çok tartışılan konulardan biridir. Haberde eksik kalan yönlerin olması, muhabirin habere yorumunu aktarması, haber okunduktan sonra kimden ve neden yana olduğu konusunda bir taraf tutmanın anlaşılması haberin nesnelliğini bozan öğeler olarak değerlendirilebilir. Haber kaynaklarının kurumsal olması, birden fazla kaynağa dayanması ve olaya konu olan tarafların görüşlerinin aktarılması da güvenilirliği artıran unsurlar olarak kabul edilebilir. Hasta hakları konusunda basında yer alan haberler özellikle mahremiyet hakkının korunması açısından önem taşımakta ve geriye dönüşümsüz zararlara yol açabilmektedir.

3.6.4. Türkiye’de Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitiminde Hasta Hakları

Hasta haklarının temelde uygulayıcıları olan hekimlerin, tıp eğitimleri süresince bu konuda yeterli eğitim almaları, beceri ve tutum kazanmaları önemlidir. Ülkemizde mezuniyet öncesi tıp eğitimi içinde hasta hakları konusunu araştırmadan önce, genel olarak tıp eğitiminin nasıl bir gelişme gösterdiğini incelemek yararlı olacaktır. Dünyada uygulanan tıp eğitimi sistemleri başlıca üç tiptir:

1. Klasik tıp eğitimi sistemi.
2. Entegre tıp eğitimi sistemi
3. Probleme dayalı tıp eğitimi sistemi(Yılmaz, 2006).

Günümüzde sayıları 48’e ulaşan tıp fakültelerimizde çoğunlukla entegre sistem, bir bölümünde de klasik sistem uygulanmaktadır. Bazı tıp fakültelerinde ise (Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi gibi) probleme dayalı tıp eğitimi sistemi uygulanmaktadır(Yılmaz, 2006).

Tıp eğitimi, 19. yüzyıla kadar bir hekimin yanında bulunarak, yaptıklarını izleyerek, bilgi, beceri ve deneyimlerini paylaşarak “usta-çırak” modelinde gerçekleşmişken, 20. yüzyıldan sonra, toplumda hekim gereksiniminin artmasıyla da,

kalabalık öğrenci topluluğuna ders anlatma ve uygulamalar gösterme şeklinde yürüyen, klasik tıp eğitimi sistemine dönüşmüştür. Bu sistem uzun süre devam etmiştir, ancak bu tarz verilen eğitimde, konular arasında bütünlük ve bağlantı olmaması, önemli bir sorun olarak görülmüş ve bu sakıncayı gidermek için entegre tıp eğitimi yaklaşımı geliştirilmiştir. Vücuttaki organ sistemlerinin bilgileri topluca, eşzamanlı olarak ve komite bazında verilmeye başlanmıştır. Bu sistemde de öğrencinin bazı konuları hiç öğrenmeksizin mezun olabileceği görülmüş ve tartışılmaya başlanmıştır. Ayrıca 1970’lerden itibaren tıptaki bilgi üretiminin çok fazla olması nedeniyle, her şeyin öğretilmeyeceği veya öğrencilerin öğrendiklerini de çabuk unutabildikleri görüşü, yaygınlık kazanmaya başlamıştır(Yılmaz, 2006). Bu durumda “probleme dayalı tıp eğitimi” sistemi gündeme gelmiştir. Bu sistemde öğrenci daha ilk yıldan başlamak üzere bir klinik problemin çözümünden yola çıkarak, konuyla ilgili tüm temel bilgileri öğrenmektedir. Bu sistemde öğrenciye, hastalıkları bir senaryoyla tanımlayan ve çözüm yollarını gösteren “modüller” verilmektedir. Ancak bu sistemin yürütülmesi kalabalık öğrencilerle mümkün olmamaktadır. Az sayıdan oluşan öğrenci gruplarının eğitimine elverişlidir ve eğitimcilerin de bu konuda iyi yetişmiş olmaları gerekmektedir. Bu eğitim yaklaşımı, tek ve geniş bir derslik yerine, daha fazla sayıda ve özel olarak hazırlanmış dersliklere, her grup için yönlendiricilik görevi üstlenecek öğretim üyelerine gereksinim göstermektedir(Amato, 1998).

Uygulanan tıp eğitim sistemlerinde, öğrencinin eğitime katılma düzeyine göre de iki farklı yöntemden bahsedilebilir: Bunlar pasif yöntem ve aktif yöntemdir.

1. Pasif eğitim yöntemi: Bu yöntemde öğrencinin eğitime katılımı gözlemci ve dinleyici rolündedir, bilgiyi edinme anlamında bir katkısı yoktur, bilginin pasif alıcısı durumundadır.
2. Aktif eğitim yöntemi. Öğrenci kendi çabasıyla öğrenir, yapıcı ve uygulayıcı olarak süreçte yer alır. Eğitici, yol gösterici ve öğrenme konusundaki engelleri aşmada yardımcı durumundadır(Yılmaz, 2006).

Bilgilerin kalıcılığı açısından aktif yöntemin daha üstün olduğu kabul edilmektedir, bu yöntemde bilgilerin birbirleriyle ilişkilendirilmiş olması ve öğrencinin eğitimde oynadığı uygulayıcı rol, bilgileri daha kalıcı hale getirmektedir. Probleme dayalı tıp eğitimi sisteminde aktif yöntem, klasik ve entegre tıp eğitimi sistemlerinde ise pasif eğitim yöntemi daha ağırlıklı olarak kullanılmaktadır. Bu bilgiler ışığında probleme dayalı tıp eğitiminin, diğerlerine göre daha üstün olduğu çıkarımı yapılabilirse de, aynı sistemi uygulayan tıp fakülteleri arasında başarı düzeyinin farklı olması ilginçtir(Yılmaz, 2006). Bu durum hangi eğitimin modelinin uygulandığından çok, nasıl uygulandığının daha fazla önem taşıdığını göstermektedir. Uygulamaların sürekli denetimi ve geliştirilmesi en önemli gereksinimdir.

Tıp fakültelerinin eğitim, bilimsel araştırma ve sağlık hizmeti sunumu olmak üzere üç temel görevi bulunmaktadır(Yılmaz, 2006). Ancak tıp fakültelerimizde bu üç görev dengeli bir şekilde ve uygun standartlarda verilmekte midir? Türk sağlık sisteminin en ciddi sorunlarından olan, birinci basamakta sunulan temel sağlık hizmetlerinin yeterince desteklenmemesi ve sevk sisteminin işletilmemesi, sadece ikinci basamak hastanelerde değil, tıp fakültesi hastanelerinde de büyük bir hasta yığılmasına yol açmaktadır. Bu durum, hastalar ve bazı yöneticiler tarafından, tıp fakültelerinin asıl görevinin hastalara tıbbi bakım vermek olduğu biçiminde algılanmaktadır. Tıp fakültelerinin özellikle ekonomik sorunları da bu anlayışı kamçılamaktadır. Bu nedenle de ülkemizdeki tıp fakültelerinde hizmet sunumu, araştırma ve eğitim işlevlerinin önüne geçmiş, bazı tıp fakülteleri, adeta “devlet hastaneleri” konumuna gelmiştir. İronik olarak, Sağlık Bakanı Recep Akdağ (2007) TBMM görüşmelerinde tıp fakültesi hastanelerinin daha fazla sayıda hasta bakması gerektiğini öne sürmüştür:

“Üniversite hastanelerinde verimlilik sorunu bulunduğunu ifade eden Sağlık Bakanı Akdağ, bunun, hastanelerin yönetiminden kaynaklanmayabileceğini ancak verimsizliğin hastanelerin işini zora soktuğunu belirtti. Akdağ, bunu, üniversite hastanelerini ve yöneticilerini eleştirmek için söylemediğini vurgulayarak, üniversite hastanelerinde bir yılda muayene edilen hasta ile hizmet

sayılarının çok az olduğunu söyledi. Akdağ, üniversite hastanelerini, hizmet ve işletme yönetimi açısından daha verimli hale getirmeleri gerektiğini ifade etti.”
(Akdağ, 2007)

Genel olarak ülkemizdeki tıp eğitim kurumlarının gerek alt yapı ve donanım, gerekse yetişmiş eğitim eleman açısından ciddi eksiklikleri bulunmaktadır. Ancak bu konu, tez çalışmamızın kapsamını aşan ve başka bir araştırma konusu olabilecek kadar geniş bir konudur.

Tıp eğitiminin aşırı bilgi yükü ve yoğun çalışma temposu karşısında, hekim adaylarının mesleğin teknik bilgisini edinmede başarılı olsalar bile, özellikle mesleki değerleri benimseme ve iletişim becerilerine sahip olma açısından önemli sorunlar yaşadığı ifade edilmektedir. Böylece tıp mesleğinin giderek mekanikleşen ve insancıl değerlerden uzaklaşan bir niteliğe büründüğü, hekimlerin hastasını yeterince dinlemediği, anlamaya çalışmadığı, şefkat göstermediği ve adeta hastasına yabancılaştığı öne sürülmektedir. Bu noktada tıp eğitiminin mesleki değerler ve iletişim becerileri açısından gözden geçirilmesi ve hekimlerin günlük uygulamada yaşadıkları değer sorunlarının farkına varmalarını sağlayacak bir eğitim biçiminin gerekli olduğu kabul edilmektedir(Arda, 2002). Bu gereksinimi karşılamak için, özellikle mezuniyet öncesi dönemde olmak üzere, yeterli ve sürekli tıbbi etik eğitimi verilmesi büyük önem taşımaktadır.

Tıbbi etik eğitimi, hekimin hastaları, meslektaşları ve toplum ile olan ilişkilerinde değerlerini ele alan, bu değerlerin meslek kimliği içindeki yerini inceleyen bir eğitim süreci olarak tanımlanmaktadır. Bu süreç hekimin değerlerini, toplumsal bakış açısını, tıp uygulaması için gerekli görülen bireyler arası iletişim becerilerini geliştirmeyi hedeflemektedir. Tıbbi etik eğitimi sadece bir iletişim becerileri eğitimi olarak değil, felsefi, toplumsal ve yasal sorunları da kapsayan, uygulamalı değerler eğitimi olarak değerlendirmek gerekmektedir. Tıbbi etik eğitiminin, mezuniyet öncesi eğitim sürecinin tümünü kapsamı ve sürekli olması gerektiği kabul edilmektedir. Dünya Hekimler Birliği’nin 51. Genel Kurulu’nda “Tıbbi Etik ve İnsan Hakları Konularının Tüm Dünyada Tıp Fakülteleri Müfredatına Alınması

Kararı” bu açıdan yol gösterici olmuştur(Arda, 2002). Kuçuradi’ye göre (1996) insan hakları ihlallerinin en önemli sebebi “bilmemektir” ve insan hakları konusunda yeterli bilinç oluşturulmasında en önemli araç eğitimidir. Gülmez (1996) ise, “insan hakları eğitimi”nin de bir insan hakkı olduğunu savunmaktadır.

Ülkemizde tıp fakültelerinin mezuniyet öncesi eğitimini, ülkenin ihtiyaçlarına cevap verebilecek işlevsel bir eğitim almış hekimler yetiştirmek üzere dönüştürme çabası Şubat 2002’de “Türkiye’deki Tıp Fakülteleri İçin Ulusal Çekirdek Eğitim Programı”nın hazırlanmasıyla önemli bir aşama kaydetmiştir. Çekirdek Eğitim Programı (ÇEP) hazırlanırken 1610 bilişsel, 428 psikomotor beceri ve 247 tutum hedefi üzerinde çalışılmıştır(Kemahlı ve ark, 2004).

ÇEP’in başlıca gerekçesi, Türkiye koşullarında çalışacak hekimlerin mezuniyet öncesi eğitim sürecinde hangi içerikte bir eğitim almalarının saptanmasıdır. Buna göre tıp fakültesinin amacı, Türkiye’nin sağlık sorunlarını bilen ve birinci basamakta bu sorunların üstesinden gelebilecek bilgi, beceri ve tutumlarla donanmış birinci basamak sağlık kuruluşlarında hekimlik ve yöneticilik yapabilecek, mesleğini etik kurallar gözeterek uygulayan, araştırmacı ve sorgulayıcı olan kendisini sürekli olarak yenileyip geliştiren, uluslararası düzeyde kabul edilen ölçütlerde pratisyen hekimler yetiştirmektir. Bu amaca yönelik olarak ülkemizde tıp eğitimi sonunda kazandırılması hedeflenen bilgi beceri ve tutumlar belirlenmiştir. Bilgisel hedefler arasında “Hekimlik kuralların yasaklı kurallarını bilme ve uygulamada gözetme” (Madde: 12) ve “Hekimlik sanatının etik kavram ve sanatını bilme ve özellikle yaşamın başında ve sonunda ortaya çıkan etik sorunlarda karar verme” (Madde: 13) etik eğitimi ile gerçekleştirilecek hedefler olarak dikkat çekmektedir. ÇEP’in mezuniyet öncesi eğitim ile hekim adaylarına kazandırılması hedeflenen mesleki tutumları da şöyle sıralanmıştır(Kemahlı ve ark, 2004).

- 1- Hastalıkların nedenleri, tanı ve tedavilerinde bilimsel yöntemlerin gücünü anlama ve benimseme
- 2- İnsan ve hasta haklarına saygılı olma, hasta bilgilerinin gizliliği ilkesini bir davranış biçimi olarak benimseme
- 3- Hasta-hekim ilişkilerinde şefkatli, dürüst ve güvenilir olma

- 4- Meslek yaşamları boyunca ilişki kuracakları hasta aileleri meslektaşları ve diğer bireylerle ilişkilerinde doğru, dürüst ve tutarlı davranışlar sergileme
- 5- Her zaman için hastalarının çıkarlarını kendi çıkarlarından üstün tutma
- 6- Toplum ve bireylerin sağlığını korumak için konuyla ilgili diğer meslek çalışanları, resmi ve özel sağlık kurumları ve ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği yapma sorumluluğu taşıma
- 7- Hastalar, hasta aileleri meslektaşlar ve ilgili diğer kişilerle yazılı ve sözlü olarak etkili iletişim kurma,
- 8- Ölümcül bir hastalık durumunda etik yaklaşımda bulunma
- 9- Ücret ödeyemeyecek hastaların bakımını sağlama ve alt sosyoekonomik düzeydeki topluluklara sağlık hizmetlerinin ulaşması için çaba gösterme
- 10- Bilimsel ve teknolojik gelişmeler, mesleki uygulamalardaki değişimlere ve toplum gereksinimlerine yanıt verebilmek için bilgiye ulaşma yollarını öğrenme
- 11- Yaşam boyu ve kendi kendine öğrenmenin önemini kavrama ve benimseme.

Hasta haklarının da bu mesleki tutumlarda yer alması ve yaşama geçirilmesi beklenen bir mesleki tutum olarak ele alınması önemli bir aşama olmuştur. Ancak bu önemli gelişme uygulamada henüz bütün tıp fakültelerine yaygınlaştırılamamıştır.

Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde, tıbbi etik eğitimi kapsamında verilen en temel konulardan biri de hasta hakları konusudur. Türkiye’de mezuniyet öncesi tıp eğitiminde hasta hakları konusu eğitim programlarında ne ölçüde yer almaktadır? Konu ile ilgili verilen eğitim yeterlimidir? Bu sorulara yanıt bulmak için tıp fakültelerinde “Deontoloji” ya da “Tıp Etiği” bölümlerinin genel durumuna bakmak oldukça geçerli bilgiler verebilir. En iyimser bakış açısıyla, anabilim dalı bulunan bütün tıp fakültelerinde, hasta hakları konusunda yeterince eğitim verildiği varsayılsa bile, acaba bu anabilim dallarının durumu nasıldır? Arda’nın (2006) bu konuda yaptığı araştırma sonuçları oldukça çarpıcıdır.

Araştırmaya göre Türkiye’deki 48 tıp fakültesi’nin 26 tanesinde (%54.2) anabilim dalı bulunmakta ve bunların ancak 20’sinde (%41.6) kadrolu öğretim elemanı çalışmaktadır. Bu 20 tıp fakültesinin bağlı olduğu üniversiteler:

- Akdeniz, Ankara, Celal Bayar, Çukurova, 9 Eylül, Ege, GATA, Gazi, Gaziosmanpaşa, Hacettepe, Harran, Cerrahpaşa, Çapa, Kocaeli, Marmara, Osmangazi, Pamukkale, Trakya, Uludağ ve Yüzüncü Yıl Üniversitesi’dir.

Kadrolu öğretim elemanı bulunan 20 tıp fakültesinde, 17 profesör, 7 doçent ve 11 yrd.doç. olmak üzere toplam 35 öğretim üyesi bulunmaktadır. Kadrolu çalışanı bulunan anabilim dalı başına düşen öğretim elemanı ortalama 1.8, araştırma görevlisi sayısı 0.5’tir. Eğer fakülte de anabilim dalı yoksa, tıp etiği ve deontoloji dersleri diğer anabilim dallarından yada öteki üniversitelerden sağlanan öğretim üyelerince verilmektedir. Türkiye’de tıbbi etik/ tıp tarihi/ deontoloji anabilim dalı bulunmayan tıp fakültelerinde, bu bölümlerin sorumluluğunda olan dersleri hangi anabilim dallarının vermekte olduğu Tablo-7’de görülmektedir. Tabloda bu derslerin en fazla halk sağlığı, adli tıp ve aile hekimliği anabilim dalları tarafından verildiği görülmektedir. Ancak psikiyatri, dermatoloji, radyoloji, patoloji, göğüs cerrahisi, genel cerrahi, farmakoloji, iç hastalıkları, kardiyoloji ve pediatri gibi pek çok farklı anabilim dalının bu derslerin verilmesinde görev aldıkları görülmektedir. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde tıp etiği derslerinin altı farklı anabilim dalı tarafından verilmekte olması dikkate değer bir durumdur.

Türkiye’de 2006 yılında tıp fakültelerindeki öğrenci sayısı, 4643’ü son sınıf olmak üzere toplam 32.807 kişidir. Tablo-7’de tıbbi etik/ tıp tarihi/ deontoloji anabilim dalı olmayan veya öğretim üyesi bulunmayan, bu nedenle de ilgili dersleri diğer bölümlerden almakta olan tıp fakültelerindeki öğrenci sayısı da 9311’dir. Bu sayı tıp fakültesinde öğrenim gören tüm öğrencilerin yaklaşık üçte birine denk gelmektedir.

Tablo-7: Türkiye’de Tıp Fakültelerinde Tıbbi Etik/Tıp Tarihi/ Deontoloji Anabilim Dalı Bulunma Durumu ve Öğrenci Sayıları (TTB, 2006)

Üniversiteler*	Tıbbi Etik	Tıp Tarihi / Deontoloji	Anabilim Dalı Bulunmayan Fakültelerde Dersleri Veren Bölümler	Öğrenci sayıları
Abant İ. Baysal			Halk Sağlığı ve Psikiyatri AD	101
A. İ. Baysal-Düzce			Halk Sağlığı AD	242
Adnan Menderes			Diğer üniversitelerden öğretim üyeleri	315
Afyon Kocatepe		+	Adli Tıp AD	162
Akdeniz	+	+		840
Ankara		+		2.025
Atatürk			Adli Tıp AD	938
Başkent	+	+		262
Celal Bayar	+			385
Cumhuriyet		+	Deontoloji /Tıbbi Etik, Aile Hekimliği, Halk Sağlığı ve Psikiyatri AD	773
Çukurova		+		837
Dicle		+		672
Dokuz Eylül	+			864
Ege		+		1.869
Erciyes			Dermatoloji AD	1.279
Fırat		+		597
GATA		+		785
Gazi	+			1.215
Gaziantep			Halk Sağlığı AD	408
Hacettepe	+	+		1.147+843 (İng)
Harran		+		185
İnönü			Adli Tıp ve Halk Sağlığı AD	450
İstanbul-Cerrahpaşa		+		1.867+453 (İng)
İstanbul		+		2.228
Karaelmas			Halk Sağlığı AD	230
Kırıkkale			Halk Sağlığı AD	196
Kocaeli	+	+		539
Karadeniz Teknik			Adli Tıp, Patoloji, Göğüs Cerrahisi, Genel Cerrahi, Farmakoloji ve Pediatri	1.093
Marmara		+		926
Mersin			Çukurova Üni. Tıp Fak. Öğretim Üyeleri	366
Ondokuz Mayıs			Halk Sağlığı ve Adli Tıp AD	1.165
Osmangazi		+		1.049
Pamukkale		+		275
Selçuk-Meram		+	Halk Sağlığı AD	953
Selçuk-Selçuklu	-	-	-	254
S. Demirel			Halk Sağlığı ve Aile Hekimliği AD	368
Sütçü İmam	-	-	-	157
Trakya		+		903
Uludağ		+		1.378
Yeditepe			Diğer üniversitelerden öğretim üyeleri	324
Yüzüncü Yıl		+	Aile Hekimliği, Pediatri AD	334
Gaziosmanpaşa		+		106
Maltepe			Radyoloji, İç Hastalıkları, Kardiyoloji	196
Ufuk	-	-		87
18 Mart	-	-	Adli Tıp AD	107
Kafkas	-	-	-	59
TOPLAM				32.807

*Fatih, Kadir Has, Mustafa Kemal ve Haliç Üniversiteleri’nde henüz öğrenci olmadığı için tabloya alınmamıştır.

Tıp etiği ve deontoloji derslerinin çoğunlukla (%72.3) klinik öncesi dönemde verildiği, tüm tıp eğitimi süresince anabilim dalı başına ortalama eğitim süresinin 36 saat civarında olduğu bulunmuştur. Bu eğitimlerde kullanılan yöntemin çoğunlukla da “teorik” ve “sunum” (%55) şeklinde olduğu görülmüştür. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji Anabilim Dalı’nda ise, eğitimde 2002’den beri iletişim becerileri, olgu tartışmaları, oyunlaştırma teknikleri gibi interaktif eğitim yöntemleri kullanılmaktadır.

Türkiye’de mezuniyet öncesi tıp eğitiminde hasta hakları konusu, tıp etiği ve deontoloji anabilim dallarının durumu üzerinden değerlendirildiğinde, genel olarak eğitimin oldukça yetersiz olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu araştırmaya göre tıp fakültelerinin yaklaşık %60’ında tıp etiği ve tıp tarihi anabilim dalı ya da kadrolu öğretim elemanı bulunmaması çarpıcı bir durumdur. Mevcut anabilim dallarının da ciddi oranda eğitici kadrosu (ortalama 1.8 öğretim elemanı) ve alt yapı eksiklikleri bulunmaktadır. Bu durum, Türkiye’de birkaç istisna dışında tıp fakültelerinde hasta hakları konusunda verilen eğitimin, hem nicelik, hem de nitelik olarak yetersiz olduğunu düşündürmektedir. Bu durum aslında genel tıp eğitimi açısından da önemli bir sorundur.

Toplumun öncelikli sağlık sorunlarına yönelik çözümler sağlamak, tıp eğitiminin önemli bir amacını oluşturmaktadır(TTB, 2002). Hasta hakları konusunda yaşanan sorunlar sağlık sistemimizin öncelikli sorunları arasında yer almaktadır. Hasta hakları açısından yeterli donanım almadan yetişen hekim adaylarının mesleğe atıldıktan sonra, bu eksikliklerinin tıbbi uygulamalarda tutum ve davranışlarına yansması kaçınılmaz olacaktır. Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde hasta hakları eğitiminin yetersiz olması, Türkiye’de hasta haklarının gelişmesinin önünde ciddi bir engel olarak görünmektedir.

Öncelikle Dünya Hekimler Birliği’nin önerileri de göz önüne alınarak bütün tıp fakültelerinde tıp etiği anabilim dallarının kurulması gerekmektedir. Tıp etiği eğitim müfredatında hasta hakları konusuna özel bir önem verilmeli ve bu konudaki eğitim farklılıkları giderilerek, olanaklı ise standart bir eğitim verilmesi sağlanmalıdır. Hasta

hakları konusunda eğitim sadece klinik öncesi değil, klinik uygulamalarla da ilişkilendirilerek, öğrenciye daha geniş bir bakış açısı sağlamak üzere verilmelidir(TTB, 2002).

Mezuniyet sonrası dönemde, sürekli mesleki gelişim programlarında da hasta hakları konusunda eğitim verilmesi, hasta haklarının hekimler tarafından benimsenmesi ve uygulamada bu hakların gözetilmesi açısından önemlidir. Ancak Türkiye’de zaten sistematik bir mezuniyet sonrası eğitim programı bulunmamaktadır. Son yıllarda TTB bünyesinde yürütülen çabalar bu açıdan önemlidir. TTB Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu (TTB-UDEK) Etik Çalışma Grubu olarak hasta hakları konusunda bir çalışma başlatmış ve bir eylem planı oluşturmuştur. Üyelerine hasta hakları konusunda eğitim verilmesi ve bu konuda daha fazla duyarlılık yaratılması amaçlanmaktadır(TTB-UDEK, 2006).

4. TARTIŞMA

Hasta hakları dünyada ve Türkiye’de yeni gelişmekte olan bir kavram olup, bu tez kapsamında ülkemizde hasta hakları kavramının sağlık mevzuatında, basında, mezuniyet öncesi tıp eğitiminde ve sivil toplum kuruluşlarındaki gelişimi incelenmiştir.

Hasta hakları kavramının gelişimi açısından sağlık mevzuatı incelendiğinde, 1960 tarihli Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi’ne kadar sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı ile birlikte, sınırlı da olsa onam alma, mahremiyet ve özel yaşama saygı, hekim seçme gibi haklar yasal metinlere girmiştir. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi temelde bir hasta hakları metni değil, hekimlerin uymakla yükümlü oldukları kural ve esasları tanımlayan bir düzenlemedir. Ancak ilk kez hasta haklarını dile getirdiği için önemli bir belgedir. Nizamname, dönemin hekimlik anlayışına uygun olarak hekimin otoriter rolünü vurgulamaktadır. “Hekim bilimsel gereklere uygun olarak teşhis koyar ve gereken tedaviyi yapar.” (Madde-13) denilerek hastayı tanı ve tedavi süreçlerindeki kararların dışında tutmaktadır.

Hekimlerin bu tutumu yüzyıllardır bir erdem olarak görülmüş ve hekimin hastası için en iyi kararı vereceği, bunun için hastanın açık bir onam vermesinin gerekli olmadığı düşüncesi kabul edilmiştir. Ancak çağdaş hekimlik anlayışı, bireyin özerkliğine saygı ve kendi geleceği konusunda karar verme hakkını savunmuş ve hekim-hasta ilişkisinde katılımcı modeli gündeme getirmiştir. Bu anlayış son 30 yıldan beri sınırlı da olsa sağlık mevzuatına girmiş ancak, 1998’de Hasta Hakları Yönetmeliği ile yasal zemin kazanmıştır. Sert’e (2004) göre bu yönetmelik ile çeşitli yasa ve yönetmeliklerde dağınık halde bulunan hasta hakları tek bir düzenlemede toplanmıştır.

Hasta hakları kavramının gelişimi özerkliğe saygı bağlamında olmuştur ve son yıllarda sağlık mevzuatındaki bütün yasal düzenlemelerde (Tablo-1) tıbbi uygulamalarda aydınlatılmış onam yer almış ve sadece etik bir ilke değil, yasal bir yükümlülük olarak da gündeme gelmiştir.

Hasta Hakları Yönetmeliği’nden sonra Sağlık Bakanlığı 2007 yılı içinde aydınlatılmış onam konusunda bir yönetmelik taslağı hazırlamıştır. Yönetmelik taslağı, büyük ölçüde geliştirilmesi gereken bir durumda olsa da, aydınlatılmış onam kavramının ayrı bir yönetmelik olarak gündeme gelmesi, hasta hakları kavramının mevzuat düzeyinde gelişimini göstermesi açısından önemlidir.

Sağlık mevzuatında hasta hakları konusundaki kavramsal gelişmenin uygulamaya ne ölçüde yansımış olduğu önemli bir konudur. Türkiye, hasta hakları konusunda yasal düzenlemeyi Avrupa ülkeleriyle aynı zaman diliminde (Sert, 2004) yapmış, ancak uygulamaya aktarmada aynı ölçüde başarılı olamamıştır. Bu konuda yapılan araştırmaların çoğu -bu araştırmalar tartışma bölümü içinde verilmektedir- bu düşüncemizi destekler niteliktedir. Özer’in (2003) 774 hekimi kapsayan araştırmasında hekimlerin sadece %56.1’i ülkemizde hasta hakları konusunda bir yasal düzenleme olduğunu bilmiş, sadece %32.3’ü bu yasal mevzuatı okuduğunu ifade etmişken, ancak %4.7’si hasta hakları yönetmeliğinin adını doğru olarak bilmiş ve sadece %1.8’i hasta hakları yönetmeliğinin hangi yıl yasalaştığını söyleyebilmiştir. Hekimlerin yarısına yakınının bu yönetmelikten haberdar olmadığı,

üçte ikisinin yönetmeliği hiç okumadığı ve hemen hemen tamamının ise yönetmeliğin ne kadar süreden beri yürürlükte olduğunu bilmediği ortaya çıkmıştır. Oysa hasta hakları konusundaki tüm yasal düzenlemelerin, bütün sağlık çalışanları tarafından bilinmesi ve uygulanması, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve iyi hekimlik uygulaması için son derece önemli ve gereklidir.

Hasta hakları kavramı, hekim hasta ilişkisinden doğmakta ancak bu süreci sağlık sisteminin özelliklerinden, toplumun sosyo-kültürel düzeyine, sağlık kurumlarının teknik donanım ve fiziksel alt yapısından, sağlık çalışanlarının eğitime kadar pek çok unsur etkilemektedir. Bu bileşenlerin araştırılması başka bir çalışmanın konusu olacak kadar kapsamlıdır ve bu tez bağlamında bu etmenler incelenmemektedir.

Hasta hakları alanında çalışan sivil toplum kuruluşları hasta haklarını korumak, geliştirmek, yaygınlaştırmak ve üyeler arasında dayanışmayı sağlamak amacıyla kurulmuşlardır. Dolayısıyla bu kuruluşlarının nicel gelişimi, hasta haklarının kavramsal gelişiminin bir yansıması olarak kabul edilebilir. Hasta haklarının kavramsal gelişimi, hekim hasta ilişkisinde aydınlatılmış onam modelinin yerleşmesi ve hastanın kişisel haklarının daha fazla gözetilmesini ifade etmektedir ve bu anlayış özellikle son 20-25 yıl içinde gelişmiştir. Hasta hakları alanında çalışan sivil toplum kuruluşları da, çoğunlukla son 15 yıl içinde kurulmuşlardır ve hasta hakları kavramındaki mevcut bu yeni paradigma bağlamında etkinliklerini sürdürmekte ve talepler geliştirmektedirler. Bu dönemde özellikle hastalık ve hasta dayanışma derneklerinin ardı ardına kurulduğu gözlemlenmektedir. Bu dernekleşme çabalarının temelinde, ülkede görece demokratikleşme ve Avrupa Birliği'ne katılım süreci, iletişim olanaklarının kolaylaşması ve artması, medyanın etkileri gibi genel sebeplerin rol oynadığı kabul edilse de, hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanmada yaşadıkları güçlüklerin de ön planda olduğu öne sürülebilir. Basında hasta hakları konusunda çıkan haberlerin üçte birinin tıbbi bakım alma hakkı konusunda olması ve sağlık bakanlığına yapılan şikayet başvurularının neredeyse yarısının hizmetten yararlanamama nedeniyle (Sağlık Bakanlığı, 2007) olması da bu düşüncüyü destekler niteliktedir. Haklarının ihlal edildiğini düşünenlerin, bu dernekleşme sürecinde etkin rol oynadıkları ileri sürülebilir.

Ayrıca belli bazı gruplar hak ihlallerine uğrama açısından diğerlerine göre daha dezavantajlı konumda bulunmaktadır. Örneğin çocuklar, psikiyatrik hastalar, ileri yaştaki hastalar, HIV/AIDS gibi toplumsal damgalanma tehlikesi taşıyan hasta grupları, hasta hakları açısından özel risk gruplarıdır. Hasta hakları kümesinin önümüzdeki süreçte özellikle risk gruplarının gereksinimlerine göre farklılaşması ve daha incelmış alt kümelere ayrılması beklenebilir. Bu risk gruplarından psikiyatrik hastalar, yaşlı hastalar, HIV/AIDS hastaları, hepatit hastaları gibi grupların ve yakınlarının, son dönemde artan, hastalık temelli dernekleşme çabaları bu bulguyu destekler niteliktedir. Ancak, hasta hakları sadece “meraklısı”nın uğraştığı ya da mağdur olan kişiler üzerinden geliştirilmeye çalışılan bir alan olarak görülmemelidir. Temelde hizmeti alanların geliştirebileceği bir alan olmakla birlikte toplumun bütün kesimlerinin katılımının sağlanması ve bir hasta hakları kültürünün oluşturulması gereklidir.

Hasta hakları alanında çalışan sivil toplum kuruluşlarının sayısal artışı, hasta haklarının korunması ve toplumda yerleşmesi açısından önem taşımaktadır. Ancak sivil toplum kuruluşlarının özellikle etkin olma bağlamında sorunları bulunmaktadır. Türkiye’de hasta hakları konusunda uğraş veren sivil toplum kuruluşlarının alanında etkin olma ve dönüştürebilme kapasitesi açısından ne düzeyde oldukları, başka bir çalışmanın konusu olacak kadar geniş ve çok boyutlu bir konudur. Keyman’a (2006) göre yeterince elverişli olmayan sosyo-ekonomik ve siyasal ortam, engelleyici yasal düzenlemelerin varlığı, mali, örgütsel ve bilgi temelinde yaşanan sorunlar ve örgüt içi demokrasi kültürünün eksikliği, sivil toplum örgütlerinin gelişimini ve etkinliğini olumsuz etkilemektedir. Ancak sivil toplum kuruluşları arasında iletişim ve diyalog eksikliği, etki gücünü azaltan en önemli sorun olarak görülmektedir. Türkiye’de de hasta hakları alanında çalışan çok sayıda sivil toplum kuruluşunun olmasına rağmen, genel olarak bu örgütlerin değişim yaratabilecek güçte ve etkinlikte olmadıkları görülmektedir. Örneğin sivil toplum kuruluşları, Hasta Hakları Kurulları’nda kamu-sivil toplum dengesi açısından kamusal otoritenin gerisinde bulunmaktadırlar. İlk yayınlanan Hasta Hakları Uygulama Yönergesi’nde (2002 tarihli) kamusal otorite-sivil toplum dengesi açısından Hasta Hakları Kurulu üyelerinin durumuna

bakıldığında, resmi görevli sayısı 4, sivil toplum temsilcisi 2 üye iken, ikinci yönergede (2005 tarihli) bu denge sivil toplum aleyhine daha da bozulmuş ve sivil toplumun katılımı yine 2 üye olarak belirlenmişken, resmi görevli sayısı 5'e çıkmıştır. Bu durum yasal düzenlemelerin oluşturulmasına katkı sağlamak ve aktif rol oynamak bağlamında, bu alanda çalışan sivil toplum kuruluşlarının etkinliklerinin sınırlı olduğunu düşündürmektedir. Hasta hakları konusunda uğraş veren onlarca sivil toplum kuruluşu bulunmasına rağmen, bu kuruluşların yeterince güçlü ve etkin olamamaları, kendi aralarında iletişim, işbirliği ve dayanışmayı sağlayamadıklarını düşündürmektedir. Ancak bu konuda da daha fazla araştırmalar yapılması gerekmektedir.

Hasta haklarının giderek daha fazla oranda medyada yer almaya başlaması, konunun gelişimine katkı sağlaması ve duyarlılık geliştirmesi açısından önemlidir. Yıldız (2006) sağlık haberlerinin toplumu bilgilendirme potansiyeli konusunda yaptığı çalışmada, basında yer alan sağlık haberleri oranının düşük olduğunu saptamıştır. Bu tez kapsamında basında yer alan hasta hakları konulu haberlerin taranmasında, hasta hakları konulu haberlerin giderek daha fazla sayıda yer aldığı bulunmuştur. Bakır'ın (2003) İstanbul'da hastanede yatan hastalar üzerinde yaptığı araştırmada, hastaların %18.5'inin hasta hakları konusundaki bilgiyi basın yoluyla öğrendikleri belirtilmektedir. Bu oran bizim basının bilgilendirme işlevi konusundaki öngörümüzü destekler niteliktedir.

Basında yer alan hasta hakları konulu haberlerin içeriğine bakıldığında tıbbi bakım alma hakkı ve mahremiyet hakkı konusundaki haberlerin en fazla olduğu görülmektedir. Basında bu konuda çıkan haberlerin yaklaşık üçte birinde tıbbi bakım alma hakkının gündeme gelmesi, hastaların sağlık hizmetlerinin niteliği ve ulaşılabilirliği konusunda sorun yaşadıklarını düşündürmektedir. Diğer hakların medyada daha az işlenmesi bu haklar bağlamında sorun olmadığını düşündürmemeli, aksine toplumun bu haklar konusunda bilgi düzeyi ve bu hakları nasıl algıladıklarının daha fazla araştırılması gerektiğini göstermektedir. Söz konusu hakların bir gereksinim olarak algılanmaması ya da eksikliğin hissedilmemesi ve talep edilmemesi sorunun özünü oluşturmaktadır. Hastalar üzerinde yapılan farklı

alışmalar da, bu ngrmz destekler niteliktedir. Yılmaz'ın (1991) alışmasında yatan hastaların sadece %45.7'sinin tedavisini üstlenen hekimlerin isimlerini bildiklerini söylemiştir. Araştırma kapsamındaki hastaların %50.0'si tıbbi uygulamalarda izinlerinin alınmadığını söylerken, yalnızca %57.1'i izinlerinin alınması gerektiğini ifade etmişlerdir. Zülfikar'ın (1999) yaptığı araştırmada ise hastaların %38.3' hastalıklarının tanısının ne olduğunu, %63.4' ise ne ameliyatı olduğunu bilmediklerini belirtmişlerdir. Bu çalışmada hastaların %61.0'i, kendilerine yapılan işlem için izin alınması gerektiğini söylerken, %39.0'u ise izine gerek olmadığını söylemiştir. Yine Bakır'ın (2003) alışmasında hastaların %60'ı hastalıklarının tanı ve tedavisi konusunda bilgilerinin yetersiz olduğunu belirtmişlerdir.

Bakır'ın (2003) İstanbul'da iki kamu ve iki özel olmak üzere dört hastanede yatan hastalar üzerinde yaptığı araştırmada, hastaların %63.0'nn hasta hakları kavramı konusunda hiçbir bilgi sahibi olmadığı, %68.5'inin hasta hakları ile ilgili yasal düzenlemeden haberdar olmadığı sonucu bulunmuştur. Yine Bakır'ın (2003) yatan hastalar üzerinde yapmış olduğu araştırmada, hastanın izni olmadan tıbbi uygulamaların yapılamayacağını ifade edenlerin oranı %52.5 düzeyinde bulunmuştur. Vural'ın (1993) Ankara'da yaptığı araştırmasında da hastaların %53.0' tedavi ve uygulamalar hakkında bilgilendirilmediklerini, %80.0'i tedavi ve uygulamadan önce fikirlerinin alınmadığını, %63.3' mahremiyetlerinin korunmadığını ifade etmişlerdir.

Mangan'ın (2006) araştırmasında hastaların %57.9'u tedaviyi seçme, reddetme ve durdurma hakları olduğunu ifade etmiş ancak, %85.5'i tedavi seçenekleri konusunda kararı ve sorumluluğu hekime bırakmayı tercih etmişlerdir. Mangan'ın bu alışması İstanbul gibi bir metropolde, belli bir eğitim ve kültürel düzeyin olduğu kabul edilen hasta grubu üzerinde yapılmıştır. Bu durum hakların nasıl algılandığı konusunda önemli ipuçları vermektedir. Hastaların yarısından fazlası tedavileri konusunda karar vermede, kendilerinin yetkili ve hak sahibi olduklarını bilmelerine rağmen, haklarının gereğini yaşama geçirmek yerine, kararı hekime bırakmaları çarpıcı bir durumdur. Hastalar kendi haklarından adeta

vazgeçmekte ya da haklarını kullanmayarak hekime devretmektedirler. Bu durum yasal düzenlemelerde kaydedilen gelişmelerin uygulama da henüz yerleşmediğini göstermektedir. Hastaların haklarını kullanmalarının önündeki engeller sosyolojik, siyasal, kültürel, eğitim gibi bütün boyutlarıyla irdelenip tanımlanarak, çözüm yollarının üretilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Medya, hasta hakları konusunda toplumu bilinçlendirme işlevi açısından önemli bir kurumdur. Ancak özellikle mahremiyet ve özel yaşama saygı hakkı konusunda medyanın bizzat kendisi de hasta haklarını ihlal etme potansiyeli taşımaktadır. Kişilik haklarının, haber yapma adına önemsenmemesi ya da zedelenmesi, medya açısından her zaman sorgulanması gereken bir durumdur. Yine medyada hasta haklarının, yalnızca hekim hataları veya malpraktis davaları ile gündeme getirilmesi de, toplumun hasta hakları kavramını olumsuz bir süreçten algılaması riskini doğurabilecektir.

Türkiye’de mezuniyet öncesi tıp eğitiminde yaşanan alt yapı ve donanım eksiklikleri, öğretim elemanı açığı, kalabalık öğrenci sayıları gibi genel sorunlar eğitimin kalitesini ve başarısını olumsuz yönde etkilemektedir. Hasta hakları konusunun eğitiminden sorumlu olan tıp etiği anabilim dalları ise, bu sorunları en fazla yaşayan gruplardan biridir. Türkiye’deki tıp fakültelerinin yarısından fazlasında tıp etiği anabilim dalı veya öğretim görevlisi bulunmamaktadır. 2006 yılında tıp fakültelerinde öğrenim görmekte olan öğrencilerin yaklaşık üçte biri, tıp etiği alanında yetişmiş bir akademisyenden eğitim alma şansı bulamadan mezun olmaktadır(TTB, 2006). Diğer anabilim dalları öğretim üyelerinin, tıbbi etik derslerini vermeleri bir zorunluluktan doğsa da, bu eğitimin kapsam, yöntem, ölçme-değerlendirme gibi başlıklar bağlamında yeterliliği, özellikle davranış değişikliği yaratabilme açısından soru işareti taşıyabilecektir. Bu durum hekim adaylarının hasta hakları ve etik değerler açısından donanımlı olarak yetişmesi konusunda bir sorun olarak görülmelidir. Tıp etiği anabilim dalı olan fakültelerin de büyük çoğunluğunda, hasta hakları konusu klinik öncesi dönemde ve sadece kürsü sunumları biçiminde öğrencinin eğitime aktif olarak katılımının sınırlı olduğu bir yapıda verilmektedir. Hekimlerin mezuniyet öncesi dönemdeki eğitimlerinde hasta hakları konusundaki

eksiklikleri, kaçınılmaz olarak mesleki uygulamalarına yansımaktadır. Bu konuda yapılmış olan araştırmalar bu düşünceyi desteklemektedir. Örneğin Vural'ın (1993) Ankara'da yaptığı araştırmasında hekimlerin ancak %11.7'si, hemşirelerin ise %40.4'ü mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerinde hasta haklarıyla ilgili eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Özer'in (2003) araştırmasında hekimlerin sadece %13.6'sı hasta hakları konusunda eğitim aldıklarını söylemişlerdir. Yine Özer'in (2003) çalışmasında hekimlere; "hasta hakları nelerdir?" diye sorulduğunda, hekimlerin %63.3'ü tıbbi bakım hakkı, %48.6'sı bilgilendirilme hakkı, %25.7'si aydınlatılmış onam hakkı, %9.0'u mahremiyet hakkı, %7.0'si de başvuru hakkı olduğunu söylemişlerdir. Araştırmaya katılan hekimlerin yarıdan fazlasının aydınlatılmış onam, bilgilendirilme ve mahremiyet haklarını bilememesi çarpıcı bir durumdur. Hekimlerin hukuksal açıdan hastasına, hastalığı ve tedavisini açıklama yükümlülüğü altında bulunmasına rağmen, bu etik ve yasal yükümlülüklerinden yeterince haberdar olmaması önemli bir sorundur. Yılmaz'ın (1991) çalışmasında da araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %59.3'ünün hasta haklarını bilmedikleri ortaya çıkmıştır. Özer'in (2003) çalışmasında çarpıcı olarak hekimlerin %78.6'sı ülkemizde hasta haklarına hiç uyulmadığını veya çok az uyulduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir. Ayrıca bu hekimlerin %93.6'sı topluma hasta hakları eğitimi verilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir.

Hasta hakları konusunda bilgi eksikliğinin giderilmesi yanında, hekimlerde hasta hakları uygulamalarını yaşama geçirecek tutum ve davranış değişikliğinin yaratılması da önemlidir. Hekimler hasta haklarını bilseler bile uygulamaya aktarmada yetersiz kalabilmektedirler. Örneğin Gürhan'ın (1987) araştırmasında hekimlerin %97.1'i hastalarına tıbbi bir uygulamadan önce ve sonra açıklama yapılması gerektiğini söylerken, açıklama yaptığını belirtenlerin oranı %80.0 olarak bulunmuştur. Yine bu çalışmada hekimlerin %87.1'i hasta kayıtlarının gizli tutulması gerektiğini söylemiştir ancak, hasta kayıtlarını gizli tuttuğunu söyleyen hekimlerin oranı %75.7 düzeyinde olmuştur. Özer'in (2003) çalışmasında da hekimlerin %90.7'si hasta kayıtlarının gizli tutulması gerektiğini ifade etmişler ancak, %64.6'sı hastaların kayıtlarını gizli tuttuklarını söylemişlerdir. Hastanın, ailesine bilgi verilmemesini istemesi durumunda, hekimlerin %16.5'i hastanın bu isteğini yerine

getireceğini söylerken, %71.5'i hastalığın özelliğine göre karar vereceklerini söylemişlerdir. Araştırma grubundaki hekimlerin %67.0'si tedaviyi reddeden hastanın, tekrar kendisine gelmesi durumunda, hastayı aynı ciddiyet ve saygı ile tedavi edeceğini söylemiştir.

Benzer sonuçlara ulaşılmış olan bu çalışmalar, büyük oranda hekimlerin mezuniyet öncesi dönemde hasta hakları konusunda bilgi ve beceri kazanma açısından yetersiz eğitim aldıklarını, mesleğe atıldıklarında da bu eksikliği uygulamalarına yansıttıklarını, bu konudaki mesleki gelişimlerini sağlayacak yeterli destekten yoksun olduklarını düşündürmektedir.

Öncelikle Dünya Hekimler Birliği'nin önerileri de göz önüne alınarak bütün tıp fakültelerinde tıp etiği anabilim dallarının kurulması gerekmektedir. Tıp etiği eğitim müfredatında hasta hakları konusuna özel bir önem verilmeli ve bu konudaki eğitim farklılıkları giderilerek, olanaklı ise standart bir eğitim verilmesi sağlanmalıdır. Hasta hakları konusunda eğitim sadece klinik öncesi değil, klinik uygulamalarla da ilişkilendirilerek, öğrenciye daha geniş bir bakış açısı sağlamak üzere verilmelidir(TTB, 2002). Mezuniyet sonrası dönemde, sürekli mesleki gelişim programlarında da hasta hakları konusunda eğitim verilmesi, hasta haklarının hekimler tarafından benimsenmesi ve uygulamada bu hakların gözetilmesi açısından önemlidir.

Tıp eğitimi yalnızca teknik bir eğitim olmayıp, meslekte belli rol ve değerlerin de benimsetilmesi gerekmektedir. İyi hekimlik sadece mesleğin teknik boyutu ile ilgili değildir, hasta haklarına saygı da, iyi hekimliğin vazgeçilmez bir parçası olarak görülmelidir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu tez çalışmasında Türkiye’de hasta hakları kavramının gelişimi, sağlık mevzuatı, basın, sivil toplum kuruluşları ve mezuniyet öncesi tıp eğitimi kapsamında incelenmiştir. Elde edilen veriler ışığında şu sonuçlara ulaşılmıştır.

- 1- Türk sağlık mevzuatında hasta hakları kavramı paternalistik yaklaşımdan, özerkliğine saygının tıbbi uygulamalarda ifadesi olan aydınlatılmış onam anlayışına doğru gelişim göstermiştir.
- 2- Hasta hakları kavramının bu gelişimi sivil toplum kuruluşları, basın ve mezuniyet öncesi tıp eğitiminde daha sınırlı düzeyde olmuştur.
- 3- Sağlık mevzuatındaki bu kavramsal gelişim hekimlik uygulamalarına yeterli ölçüde yansımamıştır.

Hasta hakları gerek dünyada gerekse Türkiye’de yeni gelişmekte olan bir kavramdır. Kavramın toplumda tanınması, benimsenmesi ve yaşama geçirilmesi çok boyutlu bir çabayı gerektirmektedir. Sağlık hizmeti alanlar, sağlık çalışanları, tıp fakülteleri, sağlık bakanlığı, sivil toplum örgütleri, medya gibi konunun temel aktörleri yanında, toplumun diğer kesimleri ve kurumları da bu sürece katılmalıdır.

Hasta haklarının tam olarak benimsenmesi ve yaşama geçirilebilmesi konusunda temel stratejiler; bilgilendirme, uygulama, yaygınlaştırma, denetleme ve geri bildirimlerle geliştirme olmalıdır. Bu açıdan toplumda her düzeyde yapılabilecek etkinlikler bulunmaktadır.

Toplum düzeyinde,

- Genel olarak insan haklarının geliştirilmesi anlayışı, örgütlü toplum ve katılımcı demokrasi modeli benimsenmelidir.
- Hasta hakları konusunda, sorumluluğu bulunan bütün kesimlerin ve genel olarak toplumun bilinçlendirilmesi en önemli adım olmalıdır.

- Toplumda hak aramayı kolaylaştıracak uygun hukuksal düzenekler kurulmalı, bireyler bu konuda desteklenmelidir.
- Topluma verilecek bütün sağlık eğitimlerinde hasta hakları mutlaka yer almalıdır.
- Medya toplumu bilinçlendirme ve aydınlatma sorumluluğu içinde tarafsız ve doğru haberler vermelidir. Sağlık haberciliği desteklenip geliştirilerek, medyanın bu alana olumlu katkılarda bulunması sağlanmalıdır.

Kurumsal düzeyde,

Bu düzeyde Sağlık Bakanlığı, tıp fakülteleri, meslek örgütleri ve sivil toplum kuruluşları gibi oluşumlar ifade edilmektedir.

- Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerini, sosyal yararı gözeten kamusal anlayışla sunmalıdır.
- Sağlık hizmetleri, herkes için nitelikli, eşit, ücretsiz ve kolay ulaşılabilir olmalıdır.
- Sağlık sistemi, ağırlıklı olarak koruyucu hekimlik ve birinci basamak sağlık hizmetleri üzerine kurgulanmalıdır.
- Tıp fakülteleri nitelik olarak geliştirilmeli ve yeterli alt yapı ve donanım olmadan yenileri açılmamalıdır.
- Tıp fakültelerinde mezuniyet öncesi eğitimde sosyal bilimlerin ağırlığı artırılmalıdır.
- Türkiye’deki bütün tıp fakültelerinde tıbbi etik anabilim dalları kurulmalı ve eğitimde hasta hakları konusuna ayrı bir önem verilmelidir.
- Tıp fakültelerinde mezuniyet öncesi eğitimde hasta hakları konusu klinik eğitimi ile bütünleştirilerek ve sürekli olarak verilmelidir.
- Sağlık çalışanlarına tıp etiği, insan hakları ve hasta hakları konularında, sürekli ve sistematik eğitimler verilmelidir.
- Hasta hakları konusunda çalışan sivil toplum örgütlerinin sürekli iletişim, işbirliği ve dayanışma içinde olması gereklidir.

- Hekimlik meslek örgütleri, uzmanlık dernekleri ve diğer sağlık meslek örgütleri, üyelerini hasta hakları konusunda bilinçlendirmeli ve alanlarının iç denetimlerini de yaparak hasta hakları konusunda yaşanacak sorunları henüz oluşmadan gidermelidir.

Birimsel düzeyde,

- Sağlık hizmeti almak üzere başvuran herkes, hasta hakları konusunda bilgilendirilmelidir.
- Hekim-hasta ilişkisinde ortaya çıkan sorunların erken tanınması için koruyucu önlemlerin alınması, sorunlar ortaya çıktığında da uygun süreçlere bağlı kalınarak hızlı ve adil biçimde çözülmesi gereklidir. Ancak temel yaklaşım önleyici tutumun geliştirilmesi olmalıdır.
- Hekim hasta ilişkisinin güçlendirilmesine katkı sağlayacak her girişim desteklenmelidir. Ancak bu ilişkiyi olumsuz etkileyecek, güven ilişkisini bozacak bütün müdahalelerden kaçınılmalıdır.
- Hekimler ve tüm sağlık çalışanlarının sağlıklı ve güvenli iş ortamlarında çalışması sağlanmalı, ücret, çalışma süreleri, özlük hakları gibi sosyal hakları iyileştirilmelidir.
- Sağlık kuruluşları fiziksel alt yapı, araç, gereç, teknik donanım ve kapasite açısından geliştirilmelidir.
- Sağlık kuruluşlarında verilen hizmetler, hasta hakları açısından ilgili sivil toplum kuruluşlarınca denetlenmelidir.

Bireysel düzeyde,

- Hekimler ve tüm sağlık çalışanlarına hasta hakları konusunu da içeren sürekli mesleki gelişimlerini destekleyecek eğitim programları verilmelidir.
- Hasta haklarına saygı iyi hekimliğin vazgeçilmez parçası olarak benimsetilmelidir
- Hastalar ve hasta yakınları haklarını benimseme konusunda desteklenmelidir.

- Hasta hakları alanında yaşanan sorunlar sadece hekim-hasta sorunu gibi görülmemeli, ilgili tüm tarafları sürece katarak geliştirilecek toplumsal politikalarla, hasta haklarının topluma benimsetilmesi ve uygulamada tam olarak yer almasının sağlanması gereklidir.

Hasta haklarının Türkiye’deki durumunu, uygulanmasının önündeki engelleri, çözüm yollarını ve geliştirilmesi stratejilerini ortaya koyan daha fazla sayıda araştırmalar yapılması da, önemli bir gereksinim olarak görünmektedir.

ÖZET

TÜRKİYE’DEKİ GELİŞİMİ AÇISINDAN HASTA HAKLARI KAVRAMI

Hak kavramının doğruluk ve yetki olmak üzere iki ögesi vardır. Hak, hak sahibi ile ödevli arasındaki ilişkiyi belirlemekte ve sahibine bir şeyi yapabilme yetkisi verirken, başkalarına da bu yetkinin kullanılmasına engel olmama, saygı gösterme yükümlülüğü getirmektedir.

İnsan hakları, hakların özel bir grubudur ve kişinin yalnızca insan olduğu için sahip olduğu haklarıdır. İnsan onur ve bütünlüğünün korunması için varolan bu haklar, vazgeçilemez, devredilemez ve evrensel niteliktedir. Tarihsel süreçte önce bireysel ve siyasal haklar, sonra sosyoekonomik haklar ve geçen yüzyılın son yarısında da dayanışma hakları gündeme gelmiştir. Dayanışma hakları içinde tanımlanan hasta hakları, insan haklarının sağlık alanında farklılaşmış uzantısıdır. Hasta hakları konusunda ortaya çıkan talepler, önce uluslararası bildirge ve sözleşmelere yansımış, ardından o hak talebini karşılayacak yasal düzenlemeler gerçekleştirilmiştir.

Bu tez çalışmasında Türkiye’de hasta hakları kavramının gelişimi, sağlık mevzuatı, basın, sivil toplum kuruluşları ve mezuniyet öncesi tıp eğitimi kapsamında incelenmiştir. Hasta hakları kavramı paternalistik yaklaşımdan, hasta özerkliğini esas alan aydınlatılmış onam anlayışına doğru gelişim göstermiştir. Bu kavramsal gelişim sağlık mevzuatında belirgin olarak görülmekte iken, sivil toplum kuruluşları, basın ve mezuniyet öncesi tıp eğitiminde daha sınırlı düzeyde gözlenmiştir. Hasta haklarındaki kavramsal gelişim hekimlik uygulamalarına yeterli ölçüde yansımamıştır.

Anahtar Kelimeler

Hak, insan hakları, aydınlatılmış onam, Türkiye’de hasta hakları,

SUMMARY

THE DEVELOPMENT OF THE CONCEPT OF PATIENT RIGHTS IN TURKEY

The concept of rights consists of two components: accuracy and entitlement. This concept determines the relationship between the rights holder and the incumbent, while it warrants the holder to do anything it obliges the others to respect this right and not to interfere with its utilization.

Human rights is a special field of rights and an individual acquires them only for being a human. These rights which exist to protect a human being's dignity and integrity are also indispensable, inalienable and universal. In the historical process first the individual and political rights, and then the socio-economical rights came to the fore, to be followed by solidarity rights in the second half of the last century. The patients' rights, identified within the solidarity rights, are a modified extension of human rights in the field of health. The demands concerning patients' rights have been initially reflected in the international declarations and treaties, consequently legislation has been adopted to meet these demands.

In this thesis the evolvement of patient's rights in Turkey has been researched within the context of the health regulation, media, non-governmental organizations (NGOs) and pregraduate medical education. The concept of patient rights has progressed through a course from paternalistic approach to the informed consent conception which is based on patient's autonomy. While this theoretical progress has been more discernible in the health regulation, it is observed in a restricted fashion in the NGOs, media and pregraduate education. The theoretical progress in the patient's rights has not been sufficiently reflected in the practices of health professionals.

Key Words

Right, human rights, informed consent, patients' rights in Turkey

KAYNAKLAR

1. AMATO O.Z., (1998). Probleme Dayalı Eğitim Sistemi. 1.Ulusal Tıp Eğitimi Kongresi (Ankara) Özet Kitabı. Ankara Üniversitesi Basımevi. s: 50-51.
2. ANADOLU AJANSI (2007) Hasta Hakları Konusunda Çıkan Haberler. [CD-ROM].AA.
3. ANAR E., (2000). İnsan Hakları Tarihi. Çiviyazıları. 2. Baskı. s: 26-66
4. ANAR E., (1999). 50. Yılında Birleşmiş Milletler ve Evrensel Bildirge. *Türkiye İnsan Hakları Hareketi 1. ve 2. Konferansları 1998-1999 Bildirileri* TİHV Yayınları. no:26. 18-19.
5. ANAYURT Ö., (2003). 1924 Anayasası'nda Temel Hak ve Hürriyetler. *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi (Journal of the Faculty of Law of Gazi University)*. 7: 165-186.
6. ANNAS G.J., (2004). The Rights of Patients. New York University Press p:5-6.
7. ANNAS G.J., (1998). A National Bill of Patients Rights. *N Eng J Med*. **338**: 695-699.
8. ANNAS G.J., (1995). Patients Rights. *Encyclopedia of Bioethics*. Revised ed. Ed. Reich W.T., Vol. 4., Macmillian Library Reference USA. London., p. 1925-1927.
9. ARDA B., (2006). Tıp Eğitiminde Etik: Türkiye'nin Fotoğrafı Konulu Sunumu. 30-31 Mart 2006 Ankara Etik Günleri.
10. ARDA B., (2004). Aydınlatılmış Onam Ed. ARDA B. Ankara Üniversitesi Basımevi. s: 4.
11. ARDA B., (2002). 2020 Yılında Tıbbi Etik. 2000-2020 Sürecinde Nasıl Bir Dünya, Türkiye, Sağlık, Tıp Ortamı Öngörülebilir, Oluşturulabilir? Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Ankara. s: 196.
12. ARDA B., (2000). Privacy Rights of Psychiatric Patients A Recent Protocol in Turkey. 13th World Congress on Medical Law. (6-10 August 2000, Helsinki, Finland). p: 35-39.
13. AYDIN E., (2004). Rights of patients in developing countries: the case of Turkey. *J Med Ethics*, **30**:555-557.

14. AYDIN E., (2002). Türkiye’de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi. Naturel Yayıncılık. Ankara. s: 26.
15. AYDIN E., (1998). Hekim-Hasta İlişkisinin Etik Yönü. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik*. Ankara. : 8-10.
16. BAKIR G.D., (2003), Sağlık Hizmeti Talep Edenlerin Beklenti Ve Bilgilerinin Evrensel Hasta Hakları Tanımlarına Göre Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
17. BEAUCHAMP T.L., CHILDRESS J.F., (2001). Principles of Biomedical Ethics 5th.Ed. Oxford University Press. p: 77-104.
18. BEK M.G., (2006). Medya ve Toplumsal Katılım Araştırması İçerik Analizi Sonuçları. <http://www.britishcouncil.org/tr/turkey-society-media-and-social-inclusion-report-turkish.doc> Erişim Tarihi: 12.10.2006.
19. BELEK İ., (1998). Sınıf Sağlık Eşitsizlik. Sorun Yayınları. s: 24-33.
20. BENATAR D., (2006). Bioethics and health and human rights: a critical view. *J Med Ethics*. 32: 17-20.
21. BÜKEN N.Ö., (2000). Denek Ve Hasta Hakları Açısından Klinik ilaç Araştırmaları. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara.
22. CEVİZCİ A., (2002). Etiğe Giriş. Paradigma Yayınları. s: 195.
23. ÇİNKO M.S., (2001). Hasta Haklarının Hukukî ve Tıbbî Açısından İrdelenmesi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
24. COONEY W., (1998) Rights Theory. Encyclopedia of Applied Ethics. Ed CHADWICK R., Academic Press. Vol. 3. p: 875-883.
25. DICKENS B.M., (1998). Patient Rights. Encyclopedia of Applied Ethics. Ed CHADWICK R., Academic Press. Vol.3. p: 642-655.
26. DONNELLY J., (1995). Teoride Ve Uygulamada Evrensel İnsan Hakları (Çeviren ERDOĞAN M., KORKUT L.) Yetkin Yayınları s: 11-29.
27. DWORKIN R., (1977). Taking Rights Seriously. Harvard Universty Pres. p: 90-112.

28. ELÇİOĞLU Ö., ERDEMİR A.D., (2003). Hasta Hakları. *Çağdaş Tıp Etiği*. Ed. ERDEMİR A.D., ÖNCEL Ö., AKSOY Ş., Nobel Tıp Kitabevleri. s: 86-115.
29. ERSOY N., (2003). Aydınlatılmış Onam. *Çağdaş Tıp Etiği*. Ed. ERDEMİR A.D., ÖNCEL Ö., AKSOY Ş., Nobel Tıp Kitabevleri. s: 204-230.
30. FALLBERG L. H., (2000). Patients' Rights in Europe Where do we stand and where do we go?: *European Journal of Health Law*. 7: 1-3.
31. FOLSCHEID D., (2005). Felsefe Akımları. Dost Kitabevi Yayınları s: 87-94.
32. GARTNER L.P., HIATT J.L., (2007). Color Textbook of Histology, Saunders Elsevier. Philadelphia. 3rd Ed. p: 126.
33. GÖKBERK M., (2002). Felsefe Tarihi. Remzi Kitabevi . 13. Baskı. 293-301.
34. GÖKSEL F.A., (1980). Tıp Tarihinde Yöntem. *Psikiyatri Bülteni* 1: 5-23.
35. GÖRKEY, Ş. (2003). Hasta Hakları. *Medikal Etik* Ed. Hatemi H., Doğan H., 4:100-126.
36. GÖZLER K., (2006). Anayasa Hukukuna Giriş, Genel Esaslar ve Türk Anayasa Hukuku. Ekin Kitabevi Yayınları. 8.Baskı. s: 161-172.
37. GÖZÜBÜYÜK A. Ş., (2006a). Hukuka Giriş ve Hukukun Temel Kavramları. Turhan Kitabevi. Ankara, s: 192.
38. GÖZÜBÜYÜK A. Ş., (2006b). Anayasa Hukuku Anayasa Metni ve Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi. Turhan Kitabevi. Ankara, 14. Baskı. s: 125-126.
39. GRUSKIN S., TARANTOLA D., (2005). Health and Human Rights, *Perspective on Health and Human Rights*. Ed. GRUSKIN S., GRODIN M.A., ANNAS G.J., MARKS S.P., Routledge Taylor and Francis Group. New York and London. 3-49.
40. GÜLER M., (2001). Hekimler ve Tabip Odası Yöneticileri İçin Mevzuat. 3. Baskı. 2001.
41. GÜLMEZ M., (1996). İnsan Hakları Eğitimi Hakkı. TODAİE Yayınları. s: 18.
42. GÜRHAN N., (1988). Karadeniz Teknik Üniversitesi Cerrahi Polikliniği'nde Muayene Olan Hastaların Tanı ve Tedavileri Konusunda Edindikleri Bilgi Gereksinimlerinin Saptanması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi. Ankara.
43. GÜRİZ A., (1999). Hukuk Felsefesi. Ankara. Siyasal Kitabevi: s: 129-147

44. GÜVERCİN C.H., ARDA B., (2005). Araştırma Etiği. *Türk Nöroşirürji Derneği Bülteni*. 9: 57-61.
45. GÜVERCİN C.H., (2000). Gemlik Eğitim Araştırma Bölgesi'nde Yeşil Kart Sahiplerinin Bazı Özellikleri, Yeşil Kartların Kullanımı ve Bunu Etkileyen Etmenler. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Bursa.
46. GÜVERCİN C.H., İRGİL E., (1999). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Görevlilerinin Alışkanlıkları ve Yaşam Biçimleri. *Sağlık ve Toplum*. 4: 27-33.
47. HANSLUWKA H. E., (1985). Measuring the health of populations, indicators and interpretations. *Social Science and Medicine*. **20**: 1207-1224.
48. HATUN Ş., (1999). Hasta Hakları. İletişim Yayınları. s: 1-14.
49. HAYRAN O., SUR H., (1998). Sağlık Hizmetleri El Kitabı. Yüce Yayınları. s:163-188.
50. HENDRIKS A., (1998). The Right to Health in National and International Jurisprudence *European Journal of Health Law*. **5**: 389-408
51. HOGERZEIL H., SAMSON M., CASANOVAS J., RAHMANI-OCORA L.,(2006). Is access to essential medicines as part of the fulfilment of the right to health enforceable through the courts?. *The Lancet*, **368**: 305-311.
52. HORTON R., (2005). Medicine: the prosperity of virtue. *The Lancet*, 366: 1985-1987.
53. KABOĞLU İ.Ö., (1996). Dayanışma Hakları. TODAİE Yayınları. s: 4-34.
54. KALAÇA Ç., (1996). Sağlık Hakkından Hasta Haklarına. *Bilim ve Teknik*. TÜBİTAK. **338**; 38-41.
55. KARAHAN M.G., (2007). Dönemin Sağlık Bakanı ile Yapılan Görüşme Kayıtları. Görüşme Tarihi: 18.02.2007.
56. KASAPOĞLU M. A.,(1999). Sağlık Sosyolojisi: Türkiye'den Araştırmalar. Ankara. Sosyoloji Derneği Yayınları IV. s: 4-6.
57. KEMAHLI S., DÖKMECİ F., PALAOĞLU Ö., AKTUĞ T., ARDA B., DEMİREL Y.E., KARAHAN T., ÖZYURDA F., AKAN H., AYHAN İH., (2004) How we derived a core curriculum: from instituonal to national- Ankara Universty Experience. *Medical Teacher* June; 26 (4): 295-298.

58. KEYMAN E.F., (2006) Türkiye’de Sivil Toplumun Serüveni: İmkansızlıklar İçinde Bir Vaha. Sivil Toplum Geliştirme Merkezi. s: 9-22.
59. KUÇURADI İ., (1996). İnsan Haklarının Felsefi Temelleri. Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları s: 49-54.
60. KÜRKÇÜOĞLU Ö., Demokrasinin Gelişimi. Dünyanın ve Türkiye’nin Yakın Tarihi. Ed. GÜNEŞ İ., TC Anadolu Üniversitesi Yayınları (1998), No: 1019. s:29-36.
61. LAXMINARAYAN R., MILLS A., MEASHAM A., BREMAN J., ALLEYNE G., CLAESON M., JHA P., MUSGROVE P., CHOW J., SHAHİD-SALLES S., JAMISON D., (2006). Advancement of global health: Key messages from the Disease Control Priorities Project. *The Lancet* **367**: 1193–1208.
62. MAGEE B., (2000). Felsefenin Öyküsü. Dost Kitabevi Yayınları. s: 78-126.
63. MANGAN S., (2006) Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi’nde Hasta Hakları Uygulamalarının Sosyolojik Açıdan İncelenmesi. Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
64. MANN J.M., GOSTIN L., GRUSKIN S., BRENNAN T., LAZZARINI Z., FINEBERG H., (1999). Health and Human Rights. *Health and Human Rights* Ed. MANN J.M., GRUSKIN S., GRODIN M.A., ANNAS G.J., Routledge New York and London. p: 7-18.
65. MARDİN Ş., (2003). Jön Türklerin Siyasi Fikirleri 1895-1908. İletişim Yayınları. 10. Baskı. s: 31-34.
66. MORENO J.D., CAPLAN A.L., WOLPE P.R., Informed Consent. Encyclopedia of Applied Ethics. Ed CHADWICK R., Academic Press. Vol 2. p: 687-697.
67. MUMCU A., (2003) İnsan Hakları ve Kamu Özgürlükleri. Savaş Yayınları. s:20.
68. OĞUZ Y., (1997). Hasta Hakları Alanındaki Gelişmeler ve Değişen Değerler. T Klin Tıbbi Etik. 5; 50-55.
69. OĞUZ Y., (1994). Psikiyatride Onam Ve Aydınlatılmış Onam: Etik, Hukuk Ve Bilim Açısından. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara.

70. ÖNAL G. ve CİVANER M., (2005). Hasta Hakları Uygulama Yönergesi: Türkiye’de Hasta Haklarının Yaşama Geçirilmesi İçin Bir Adım. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, **13**: 203-208.
71. ÖNDER İ., (2003). Özel Mülkiyet ve İnsan Hakları. *Türkiye İnsan Hakları Hareketi Konferansı 2000 Bildirileri* Ed. ERDOST G., s: 36-53.
72. ÖRS Y., (1996). Tıbbi Etik ve Etik Kurullar. *Türkiye Klinikleri (Journal of Medical Ethics)*; **4**: 1-2.
73. ÖZBUDUN E., (2005). Türk Anayasa Hukuku. Yetkin Yayınları. 8.Baskı. s:39-113.
74. ÖZCAN C., GENÇ M.F., (1998). Türk Sağlık Mevzuatı. Ankara Tabip Odası Yayınları. s: 37-180.
75. ÖZDEK Y., (1999). Evrensel Bildirinin Sınırları, İnsan Hakları Emperyalizmi ve Karşı Mücadele. *Türkiye İnsan Hakları Hareketi 1. ve 2. Konferansları 1998-1999 Bildirileri*. TİHV Yayınları. no:26. s: 23-37.
76. ÖZER A., (2003) Kayseri İl Merkezi’nde Çalışan Hekimlerin Hasta Hakları Konusundaki Bilgi-Tutum Ve Davranışları Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Kayseri.
77. PFİZER İLAÇ LİMİTED ŞİRKETİ (2007). Hasta Hakları Konusunda Çıkan Haberler. [CD-ROM]. PFİZER.
78. REICH W.T., (1995). Constitution of the World Health Organization (1948). Encyclopedia of Bioethics. Ed. REICH W.T., Vol. 5., Macmillian Library Reference USA. London. Revised Ed. p: 2616.
79. ROBINSON V., (2005). Medicine in the Stone Age. *The Story of Medicine*. Kessinger Publishing Montana. p: 1-3.
80. ROTH K.J., International Encyclopedia of Ethics
81. SANDER O., (2005a).Siyasi Tarih İlk Çağlardan 1918’e. İmge Kitabevi. 14. Baskı. s: 109-188.
82. SARILI A.M., (2002). Türkiye’de Kayıt Dışı Ekonominin Boyutları, Nedenleri, Etkileri ve Alınması Gereken Tedbirler. *Bankacılar Dergisi* 41: 32-50.
83. SANDER O., (2005b).Siyasi Tarih 1918-1994. İmge Kitabevi. 13. Baskı. s: 13-16.

84. SAYEK F. (1998). Sağlıkla İlgili Uluslar arası Belgeler. Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
85. SERT G., (2004) Hasta Hakları Uluslararası Bildirgeler Ve Tıp Etiği Çerçevesinde. Babil Yayınları. Birinci Basım. İstanbul. s: 81-88.
86. SHERIDAN D.J., (2006). Reversing the decline of academic medicine in Europe. *The Lancet*. **367**: 1698-1701.
87. SHUE H., (1996a). Temel Hakların Evrenselliği. *İnsan Haklarının Felsefi Temelleri* Ed KUÇURADI İ. Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları. s: 25-30.
88. SHUE H., (1996b). Basic Rights: Subsistence, Affluence and US Foreign Policy: Princeton University Press 2nd Ed. p: 13-16.
89. SOYER A., (2007). Bir Olgu Nedeniyle, Türkiye Sağlık Sistemine Ak Parti – Tıbbi-Müdahalesinin Değerlendirilmesi. Dr. Füsün Sayek 2. Eğitim Hastaneleri Kurultayı. İstanbul.
90. STARR P., (1982) The Social Transformation of American Medicine. Library of Congress Cataloging in Publication Data. p: 389.
91. SÜTLAŞ M., (2007). <http://www.bianet.org/2007/02/02/91094.htm> Erişim Tarihi: 25.03.2007.
92. TANÖR B., (2005). Osmanlı- Türk Anayasal Gelişmeleri. Yapı Kredi Yayınları. 13. Baskı. s: 95-393.
93. TANÖR B., YÜZBAŞIOĞLU N., (2005). 1982 Anayasasına Göre Türk Anayasa Hukuku. Beta Basım. 7. Baskı s: 145-167.
94. TBMM (2007). TBMM Kütüphanesi Dökümanı. Hasta Hakları Konusunda Basında Çıkan Haberler [CD-ROM]. TBMM.
95. TC. SAĞLIK BAKANLIĞI AÇSAP GENEL MÜDÜRLÜĞÜ (2005). Üreme Sağlığına Giriş. Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Eğitici Rehberi. Ankara. s: 21-23.
96. TC. SAĞLIK BAKANLIĞI (1998). Sağlık Projesi Koordinatörlüğü. Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizi. Ankara. s: 1-15.
97. TOKGÖZ O., (2000). Temel Gazetecilik. İmge Yayınları. Birinci Basım. Ankara. s: 167.
98. TÜRK DİL KURUMU (TDK), (2005). Türkçe Sözlük. 10. Baskı. Ankara. s: 45.
99. TTB (2006). Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu. Ankara

100. TTB (2002). Tıp Eğitimi Buluşması Raporu. Ankara.
101. TTB-UDEK (2006). Etik Çalışma Grubu Raporu. Eğitim Kurultayı. İzmir.
102. UYGUN O., (2000). İnsan Hakları Kuramı., *İnsan Hakları*. Yapı Kredi Yayınları, 1. Baskı. s: 13-42.
103. UYGUN O., (1996). Türkiye’de Demokrasi ve İnsan Hakları. TODAİE Yayınları. s: 31-43.
104. UZ M.H., (2002). Pazar Ekonomisi ve Sağlık Hizmetleri.*Hekimce Bakış*. Bursa Tabip Odası Yayın Organı 50:32-33.
105. VURAL G., (1993). Hasta Hakları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara.
106. WELLMAN C., (1995). Rights. *Encyclopedia of Bioethics*. Revised ed. Ed. REICH W.T., Vol. 5., Macmillian Library Reference USA. London., p. 2305-2314.
107. WENAR L., (200). Rights., <http://plato.stanford.edu/contents.html>., Erişim 10.03.2005.
108. YILDIZ H., (2006). Medya Ve Sağlık: Türk Basınında Sağlık İçerikli Haberlerin Bilgilendirme Potansiyeli. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Gazetecilik Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
109. YILMAZ D.E., (2006). Tıp Eğitimi Sistemleri, Yöntemleri ve Tıp Fakültelerinin Sorumlulukları. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 1:1-3.
110. YILMAZ E., (2004). Hukuk Sözlüğü. Yetkin Yayınları 8. Baskı s: 326.
111. YILMAZ M., (1991). Hasta Haklarının Hemşire, Doktor ve Yatan Yetişkin Hastalar Açısından İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sivas.
112. YÜRÜK A.T., (1998). Çağdaş Toplumda İnsan Haklarının Doğuşu ve Gelişimi. *Çağdaş Yaşam Çağdaş İnsan*. Ed. CAN G., TC Anadolu Üniversitesi Yayınları No:1020. s: 35-48.
113. ZÜLFİKAR F., (1999). Hastaların Hasta Haklarını Talep Etme Durumları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi. Ankara.
114. <http://www.anayasa.gen.tr/1961ay.htm> Erişim Tarihi: 14.09.2002.

115. <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/page.php?ID=8> Erişim Tarihi: 14.09.2002.
116. <http://www.recete.org/yasalar/yasa01.php> Erişim Tarihi: 06.12.2002.
117. http://www.un.org.tr/doc_pdf/h_rigths_turkce.pdf. Erişim Tarihi: 23.02.2003.
118. http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/173_saglik_hizmetlerinde_80_yil.pdf f. Erişim Tarihi: 07.09.2005.
119. <http://www.izleme.saglik.gov.tr/08.htm>. Erişim Tarihi: 15.11.2004.
120. <http://sbu.saglik.gov.tr/extras/hastahaklari/giris.html> Erişim Tarihi: 11.03.2007.
121. <http://www.activecitizenship.net/> Erişim Tarihi: 24.03.2007.
122. Tıbbi Deontoloji Tüzüğü RG yayın tarihi 19.02.1960, no: 10436.
123. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu 1593 sayılı yasa RG yayın tarihi 06.05.1930, sayı:1489.
124. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu 3359 sayılı yasa , RG yayın tarihi 15.05.1987 ve sayı: 19461.
125. Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun 3816 sayılı yasa, RG yayın tarihi 03.07.1992 sayı 21273.
126. İlaç Araştırmaları Yönetmeliği, RG yayın tarihi 29.01.1993 ve sayı 21480.
127. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun 2827 sayılı yasa, RG yayın tarihi 27.05.1983 sayı: 18059.
128. Kan ve Kan Ürünleri Kanunu 2857 sayılı yasa, RG yayın tarihi 25.06.1983 sayı: 18088.
129. Hemşirelik Kanunu 6283 sayılı yasa, RG yayın tarihi 02.03.1954 ve sayı :8647.
130. Hususi hastaneler Kanunu 2219 sayılı yasa RG yayın tarihi 05.06.1933 ve sayı 2419.
131. Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun 7402 sayılı yasa, R.G. yayın tarihi:11.01.1960 ve sayı:10402.
132. Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun 2238 sayılı yasa, RG yayın tarihi: 03.06.1979 ve sayı: 16655.
133. Sağlık Bakanlığının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname 181 sayılı KHK RG yayın tarihi 14.12.1983 ve sayı: 18251.

134. Türk Diş Hekimleri Birliği Kanunu 3224 sayılı yasa, RG yayın tarihi 25.06.1985 ve sayı: 18792.
135. Türk Standartları Enstitüsü (TSE) (1997). Hasta Hakları ve Sorumlulukları Türk Standardı.
136. Hasta Hakları Yönetmeliği RG yayın tarihi 01.08.1998 ve sayı: 23420.
137. Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge 15.10.2003.
138. Poliklinik Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması Genelgesi. 08.09.2004.
139. Sağlık Bakanlığı Hizmet Kusuru Genelgesi. 18.01.2005.
140. Hasta Hakları Uygulama Yönergesi. 26.04.2005.
141. Sağlık Bakanlığı (2007). Bilgilendirilmiş Rıza Yönetmeliği Taslağı.
142. AKDAĞ R.,(2007).<http://www.saglik.gov.tr/BHIM/> Erişim Tarihi: 30.04.2007.

EKLER

EK-1

İNSAN HAKLARI EVRENSEL BEYANNAMESİ (1948)

Madde 1

Bütün insanlar hür, haysiyet ve haklar bakımından eşit doğarlar. Akıl ve vicdana sahiptirler ve birbirlerine karşı kardeşlik zihniyeti ile hareket etmelidirler.

Madde 2

Herkes, ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasi veya diğer herhangi bir akide, milli veya içtimai menşe, servet, doğuş veya herhangi diğer bir fark gözetilmeksizin işbu Beynamede ilan olunan tekmil haklardan ve bütün hürriyetlerden istifade edebilir.

Bundan başka, bağımsız memleket uyruğu olsun, vesayet altında bulunan, gayri muhtar veya sair bir egemenlik kayıtlamasına tabi ülke uyruğu olsun, bir şahıs hakkında, uyruğu bulunduğu memleket veya ülkenin siyasi, hukuki veya milletlerarası statüsü bakımından hiçbir ayrılık gözetilmeyecektir.

Madde 3

Yaşamak, hürriyet ve kişi emniyeti her ferdin hakkıdır.

Madde 4

Hiç kimse kölelik veya kulluk altında bulundurulamaz; kölelik ve köle ticareti her türlü şekliyle yasaktır.

Madde 5

Hiç kimse işkenceye, zalimane, insanlık dışı, haysiyet kırıcı cezalara veya muamelelere tabi tutulamaz.

Madde 6

Herkes her nerede olursa olsun hukuk kişiliğinin tanınması hakkını haizdir.

Madde 7

Kanun önünde herkes eşittir ve farksız olarak kanunun eşit korumasından istifade hakkını haizdir. Herkesin işbu Beyannameye aykırı her türlü ayırt edici muameleye karşı ve böyle bir ayırt edici muamele için yapılacak her türlü kışkırtmaya karşı eşit korunma hakkı vardır.

Madde 8

Her şahsın kendine anayasa veya kanun ile tanınan ana haklara aykırı muamelelere karşı fiilli netice verecek şekilde milli mahkemelere müracaat hakkı vardır.

Madde 9

Hiç kimse keyfi olarak tutuklanamaz, alıkonulamaz veya sürülemez.

Madde 10

Herkes, haklarının, vecibelerinin veya kendisine karşı cezai mahiyette herhangi bir isnadın tespitinde, tam bir eşitlikle, davasının bağımsız ve tarafsız bir mahkeme tarafından adil bir şekilde ve açık olarak görülmesi hakkına sahiptir.

Madde 11

Bir suç işlemekten sanık herkes, savunması için kendisine gerekli bütün tertibatın sağlanmış bulunduğu açık bir yargılama ile kanunen suçlu olduğu tespit edilmedikçe masum sayılır.

Hiç kimse işlendikleri sırada milli veya milletlerarası hukuka göre suç teşkil etmeyen fiillerden veya ihmallerden ötürü mahkum edilemez. Bunun gibi, suçun işlendiği sırada uygulanabilecek olan cezadan daha şiddetli bir ceza verilemez.

Madde 12

Hiç kimse özel hayatı, ailesi, meskeni veya yazışması hususlarında keyfi karışmalara, şeref ve şöhretine karşı tecavüzlere maruz bırakılamaz. Herkesin bu karışma ve tecavüzlere karşı kanun ile korunmaya hakkı vardır.

Madde 13

Herkes herhangi bir devletin sınırları dahilinde serbestçe dolaşma ve yerleşme hakkına haizdir.

Herkes, kendi memleketi de dahil, herhangi bir memleketi terk etmek ve memleketine dönmek hakkına haizdir.

Madde 14

Herkes zulüm karşısında başka memleketlerden mülteci olarak kabulü talep etmek ve memleketler tarafından mülteci muamelesi görmek hakkını haizdir.

Bu hak, gerçekten adi bir cürüme veya Birleşmiş Milletler prensip ve amaçlarına aykırı faaliyetlere müstenit kovuşturmalar halinde ileri sürülemez.

Madde 15

Her ferdin bir uyrukluk hakkı vardır. Hiç kimse keyfi olarak uyrukluğundan ve uyrukluğunu değiştirmek hakkından mahrum edilemez.

Madde 16

Evlilik çağına varan her erkek ve kadın, ırk, uyrukluk veya din bakımından hiçbir kısıtlamaya tabi olmaksızın evlenmek ve aile kurmak hakkına haizdir. Her erkek ve kadın evlenme konusunda, evlilik süresince ve evliliğin sona ermesinde eşit hakları haizdir.

Evlenme akdi ancak müstakbel eşlerin serbest ve tam rızasıyla yapılır. Aile, cemiyetin tabii ve temel unsurudur, cemiyet ve devlet tarafından korunmak hakkını haizdir.

Madde 17

Her şahıs tek başına veya başkalarıyla birlikte mal ve mülk sahibi olmak hakkını haizdir.

Hiç kimse keyfi olarak mal ve mülkünden mahrum edilemez.

Madde 18

Her şahsın, fikir, vicdan ve din hürriyetine hakkı vardır; bu hak, din veya kanaat değiştirmek hürriyeti, dinini veya kanaatini tek başına veya topluca, açık olarak veya özel surette, öğretim, tatbikat, ibadet ve ayinlerle izhar etmek hürriyetini içerir.

Madde 19

Her ferdin fikir ve fikirlerini açıklamak hürriyetine hakkı vardır. Bu hak fikirlerinden ötürü rahatsız edilmemek, memleket sınırları mevzubahis olmaksızın malumat ve fikirleri her vasıta ile aramak, elde etmek veya yaymak hakkını içerir.

Madde 20

Her şahıs saldırsız toplanma ve dernek kurma ve derneğe katılma serbestisine maliktir.

Hiç kimse bir derneğe mensup olmaya zorlanamaz.

Madde 21

Her şahıs, doğrudan doğruya veya serbestçe seçilmiş temsilciler vasıtasıyla, memleketin kamu işleri yönetimine katılmak hakkını haizdir.

Her şahıs memleketin kamu hizmetlerine eşitlikle girme hakkını haizdir.

Halkın iradesi kamu otoritesinin esasıdır; bu irade, gizli şekilde veya serbestliği sağlayacak muadil bir usul ile cereyan edecek, genel ve eşit oy verme yoluyla yapılacak olan devri ve dürüst seçimlerle ifade edilir.

Madde 22

Her şahsın, cemiyetin bir üyesi olmak itibariyle, sosyal güvenliğe hakkı vardır; haysiyeti için ve şahsiyetinin serbestçe gelişmesi için zaruri olan ekonomik, sosyal ve kültürel hakların milli gayret ve milletlerarası işbirliği yoluyla ve her devletin teşkilatı ve kaynaklarıyla mütenasip olarak gerçekleştirilmesine hakkı vardır.

Madde 23

Her şahsın çalışmaya, işini serbestçe seçmeye, adil ve elverişli çalışma şartlarına ve işsizlikten korunmaya hakkı vardır.

Herkesin, hiçbir fark gözetilmeksizin, eşit iş karşılığında eşit ücrete hakkı vardır.

çalışan her kimsenin kendisine ve ailesine insanlık haysiyetine uygun bir yaşayış sağlayan ve gerekirse her türlü sosyal koruma vasıtalarıyla da tamamlanan adil ve elverişli bir ücrete hakkı vardır.

Herkesin menfaatlerinin korunması için sendikalar kurmaya ve bunlara katılmaya hakkı vardır.

Madde 24

Her şahsın dinlenmeye, eğlenmeye, bilhassa çalışma müddetinin makul surette sınırlandırılmasına ve muayyen devrelerde ücretli tatillere hakkı vardır.

Madde 25

Her şahsın, gerek kendisi gerekse ailesi için, yiyecek, giyim, mesken, tıbbi bakım, gerekli sosyal hizmetler dahil olmak üzere sağlığı ve refahını temin edecek uygun bir hayat seviyesine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, ihtiyarlık veya geçim imkânlarından iradesi dışında mahrum bırakacak diğer hallerde güvenliğe hakkı vardır.

Ana ve çocuk özel ihtimam ve yardım görmek hakkını haizdir. Bütün çocuklar, evlilik içinde veya dışında doğsunlar, aynı sosyal korunmadan faydalanırlar.

Madde 26

Her şahsın öğrenim hakkı vardır. Öğrenim hiç olmazsa ilk ve temel safhalarında parasızdır. İlk öğretim mecburidir. Teknik ve mesleki öğretimden herkes istifade

edebilmelidir. Yüksek ğretim, liyakatlerine göre herkese tam eşitlikle açık olmalıdır.

Öğretim insan şahsiyetinin tam gelişmesini ve insan haklarıyla ana hürriyetlerine saygının kuvvetlenmesini hedef almalıdır. Öğretim bütün milletler, ırk ve din grupları arasında anlayış, hoşgörü ve dostluğu teşvik etmeli ve Birleşmiş Milletlerin barışın idamesi yolundaki çalışmalarını geliştirmelidir.

Ana baba, çocuklarına verilecek eğitim türünü seçmek hakkını öncelikle haizdirler.

Madde 27

Herkes, topluluğun kültürel faaliyetine serbestçe katılmak, güzel sanatları tatmak, ilim sahasındaki ilerleyişe iştirak etmek ve bundan faydalanmak hakkını haizdir.

Herkesin yarattığı, her türlü bilim, edebiyat veya sanat eserlerinden mütevellit manevi ve maddi menfaatlerin korunmasına hakkı vardır.

Madde 28

Herkesin, işbu Beyannamede derpiş edilen hak ve hürriyetlerin tam tatbikini sağlayacak bir sosyal ve milletlerarası nizamı hakkı vardır.

Madde 29

Her şahsın, şahsiyetinin serbest ve tam gelişmesi ancak bir topluluk içinde mümkündür ve şahsın bu topluluğa karşı görevleri vardır.

Herkes, haklarının ve hürriyetlerinin kullanılmasında, sadece, başkalarının haklarının ve hürriyetlerinin gereğince tanınması ve bunlara saygı gösterilmesi amacıyla ve ancak demokratik bir cemiyette ahlkın, kamu düzeninin ve genel refahın haklı icaplarını yerine getirmek maksadıyla kanunla belirlenmiş sınırlamalara tabi tutulabilir. Bu hak ve hürriyetler hiçbir veçhile Birleşmiş Milletlerin amaç ve prensiplerine aykırı olarak kullanılamaz.

Madde 30

İşbu Beyannamenin hiçbir hükmü, herhangi bir devlete, zümreye ya da ferde, bu Beyannamede ilan olunan hak ve hürriyetleri yok etmeye yönelik bir faaliyete girişme ya da eylemde bulunma hakkını verir şekilde yorumlanamaz.

EK-2

AVRUPA HASTA HAKLARI'NIN GELİŞTİRİLMESİ BİLDİRGESİ OLARAK AMSTERDAM BİLDİRGESİ (28-30 Mart 1994)

1. Sağlık Bakımında (Hizmetlerinde) İnsan Hakları ve Değerleri

- 1.1.Kadın veya erkek herkesin insan olması dolayısıyla saygı görmeye hakkı vardır.
- 1.2.Herkes kendi yaşamını belirleme hakkına sahiptir.
- 1.3.Herkes fiziksel ve mental bütünlüğe sahip olmaya ve kişi olarak güvenli bir yaşam sürdürme hakkına sahiptir.
- 1.4.Kadın veya erkek herkesin özel yaşamına saygı gösterilmelidir.
- 1.5.Herkes kendi ahlaki ve kültürel değerlerine, dinsel ve felsefi inançlarına sahip olma ve bunlara saygı gösterilme hakkına sahiptir.
- 1.6.Herkes hastalıkların önlenmesi ve sağlık bakımı için yeterli ölçüde çaba gösterilerek sağlığının korunması ve kendisi için edinilebilir en yüksek sağlık seviyesine kavuşma fırsatı hakkına sahiptir.

2. Bilgilendirme

- 2.1.Sağlık servisleri ve bu servislerin en iyi nasıl kullanacağı konusundaki bilgi herkes için ulaşılabilir olmalıdır.
- 2.2.Hastalar, durumları ile ilgili tıbbi gerçekleri, önerilen tıbbi girişimleri ve her bir girişimin potansiyel risk veya yararlarını, önerilen girişimlerin alternatiflerini, tedavisiz kalmanın sonucunu, tanı, prognoz ve tedavinin gidişi konularını içerecek şekilde sağlık durumları konusunda tam olarak bilgilendirme hakkına sahiptir.
- 2.3.Bilgilendirme, yalnızca bilgi vermemenin hasta üzerine açık ve olumlu bir etkisinin olacağına inanmak gibi geçerli bir nedenin olduğu zamanlarda kısıtlanabilir.
- 2.4.Bilgi, hastanın anlama kapasitesine uygun bir yolla ve yabancı teknik terminoloji kullanımını en aza indirerek iletilmelidir. Hasta ortak dil konuşmıyorsa çeviri yapılabilir.
- 2.5.Hastalar kesin olarak belirttikleri takdirde bilgilendirilmeme hakkına sahiptirler.

- 2.6.Hastalar kendi yerlerine kimin bilgilendirileceğini seçme hakkına sahiptir.
- 2.7.Hastalar ikinci bir görüş alma imkanına sahip olmalıdır.
- 2.8.Sağlık kurumuna kabul edilen hastalar, kendilerine bakan sağlık personelinin kimliği, mesleki durumu, o kurumda kaldığı ve bakıldığı sürece uyacağı kurallar ve rutin işlemler konularında bilgilendirilmelidir.
- 2.9.Hastalar, sağlık kurumundan taburcu edildiklerinde tanıları, tedavileri ve bakımlarını içeren bir yazılı özet alma ve isteme imkanına sahiptir.

3. Onay

- 3.1.Hastanın bilgilendirilmiş onayı herhangi bir tıbbi girişimin ön koşuludur.
- 3.2.Hasta tıbbi girişimi reddetme veya durdurma hakkına sahiptir. Reddedilen veya durdurulan tıbbi girişimin getireceği sonuçlar hastaya dikkatli bir şekilde açıklanmalıdır.
- 3.3.Hastanın iradesini beyan etmesinin mümkün olmadığı ve acilen tıbbi girişim yapılması gereken durumlarda, daha önceden bu girişimi reddettiğini gösteren bir açıklaması yoksa, hastanın onayı varsayılarak girişim yapılabilir.
- 3.4.Hastanın yasal temsilcisinin onayının gerektiği ve önerilen girişimin acil olduğu durumda eğer temsilcinin onayı zamanında alınamıyorsa tıbbi girişim yapılabilir.
- 3.5.Yasal temsilcinin onayı gerektiği zaman, hastalar (çocuk veya erişkin olsun) durumlarının izin verdiği ölçüde yine de karar alma sürecine dahil edilmelidir.
- 3.6.Yasal temsilcinin onay vermeyi reddettiği durumda, doktor veya diğer sağlık personelinin görüşü girişimin hastayı ilgilendirdiği yolunda ise, karar mahkemeye veya hakem heyeti benzeri merciye bırakılmalıdır.
- 3.7.Hastanın onay vermesinin mümkün olmadığı ve yasal temsilcisinin bulunmadığı veya bu amaçla seçilmediği bütün diğer durumlarda hastanın istekleri tahmin edilerek ve hesaba katılarak alternatif karar alma biçimi için uygun önlemler alınmalıdır.
- 3.8.İnsan vücudunun bütün parçalarının kullanımı ve korunması için hasta onayı gereklidir. Tanı, tedavi ve hasta bakımı için madde kullanımı gereken durumlarda onay varsayılarak davranılabilir.
- 3.9.Klinik çalışmalara katılım için hastanın bilgilendirilmiş onayına ihtiyaç vardır.

3.10.Hastanın aydınlatılmış onamı bilimsel araştırmalarda dahil edilme için önkoşuldur.

Bütün araştırma protokolleri uygun etik kurul onayı işlemlerinden geçirilmelidir. Bu tıbbi araştırmalar, yasal temsilcisinin onayı olmadıkça ve hastayı ilgilendirmedike kendi iradesini beyan edemeyen hastalarda yapılmamalıdır. Bu konuyla ilgili bir istisna, önemli bir değeri olan, alternatif yöntemleri olmayan ve başka araştırma öznesi bulunmayan araştırmalardır. Böyle bir durumda risk ve/veya yük çok azsa, kişinin itirazı yoksa, hastanın sağlığına doğrudan bir yararı olmasa da kapasite eksikliği olan bireyler gözleme dayalı araştırmalara dahil edilebilir.

4. Mahremiyet ve Özel Yaşam

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

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

4.3.Hastanın kimliğine dair bilgiler korunmalıdır. Bu bilgilerin korunması usulüne uygun yapılmalıdır.

4.4.Hastalar, tanıları, tedavileri ve bakımları ile ilgili kayıtlara, diğer dosyalara, teknik kayıtlara ve tıbbi dosyalarına bakabilme ve kendi dosyalarının ve kayıtlarının kopyasını alabilme hakkına sahiptir. Bu hak üçüncü kişilerin bilgilerine bakabilmeyi içermez.

4.5.Hastalar, kendileriyle ilgili tıbbi ve kişisel bilgilerin uygunsuz, eksik, çift anlamlı, eski olması veya tanı, tedavi ve bakım amacıyla ilgili olmaması durumunda bu bilgileri yenileme, daha açık hale getirme, bazı kısımlarını çıkarma, tamamlama, düzeltme hakkına sahiptir.

4.6.Hastanın tanı, tedavi ve bakımı için gerekli olmadıkça ve ek olarak hasta izin vermedikçe hastanın özel ve aile hayatına girilemez.

4.7.Tıbbi girişimler ancak kişinin özel hayatına saygı gösterilmesi durumunda yapılabilir. Bunun anlamı önerilen girişimin hastanın onayı veya isteğine göre ve kişinin ihtiyacı durumunda yapılabileceğidir

4.8.Sağlık kurumlarına başvuran hastalar, özellikle sağlık personelinin kişisel bakımlarını veya muayene ve tedavilerini yapacağı durumda kurumların özel hayatlarının korunmasını sağlayan fiziksel özelliklere sahip olmasını bekleme hakkına sahiptirler.

5. Bakım ve Tedavi

5.1.Herkes, kadın ve erkek olarak koruyucu bakım ve sağlığının geliştirilmesi çalışmalarını içeren, sağlık ihtiyaçlarının karşılamaya yönelik yeterli sağlık bakımı alma hakkına sahiptir. Sağlık hizmetleri, herkes için eşit ulaşılabilirlikte ve sürekli olmalı; ayırimsız ve maddi, insani, finansman kaynaklarından bağımsız olarak hizmet verilen toplum için mevcut olmalıdır.

5.2.Hastaların, sağlanan hizmetlerinin düzeni, kalitesi ve amaçlarını içerecek şekilde sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi ve planlamasını ilgilendiren konularda sağlık sisteminin her düzeyinde temsilci biçiminde katılmaya hakkı vardır.

5.3.Hastalar, hem yüksek teknik standartlar hem de sağlık personeli ile hastalar arasındaki insani ilişkiler bakımından kaliteli sağlık hizmeti hakkın sahiptir.

5.4.Hastalar, tanı, bakım ve tedavi bakımından tüm sağlık personeli ve/veya sağlık kurumları arasında işbirliğini kapsayacak şekilde bakım devamlılığı hakkına sahiptir.

5.5.Özellikle tedavi bakımından hizmet sınırlılığı olan durumlarda sağlık personelinin hasta seçimi yapması gerekiyorsa, bu seçimin bütün hastaların hakkı dikkate alınarak eşit bir şekilde yapılması gerekir. Bu seçim tıbbi ölçütlere göre ve ayırimsız yapılmalıdır.

5.6.Hastalar, sağlık sisteminin işleyişi ile uyumlu olarak, hekimlerini veya diğer sağlık personelinin ve sağlık kurumlarını seçme ve değiştirme hakkına sahiptir.

5.7.Tıbbi nedenlerle sağlık kurumlarında daha fazla kalması gerekmeyen hastalara başka bir sağlık kurumuna veya eve gönderilmeden önce durumları tam olarak açıklanmalıdır. Başka bir sağlık kurumuna nakil ancak o sağlık kurumunun hastayı kabul etmesi durumunda yapılabilir. Durumları evine gönderilmesine uygun olan hastalar için ayaktan ve ev bakım servisleri olmalıdır.

5.8.Hastalar tanı,tedavi ve bakımları sırasında saygı görme; kültür ve değerlerine uygun şekilde davranılma hakkına sahiptir.

5.9.Hastalar bakım ve tedavileri süresince arkadaşları, akrabaları ve aileleri tarafından desteklenme ve her zaman manevi destek ve yol gösterilme hakkına sahiptir.

5.10.Hastalar son bilgilerin ışığında çektikleri sıkıntıların iyileştirilmesi hakkına sahiptirler.

5.11.Hastalar yaşamlarının son döneminde insanca bakılıp, itibar içinde ölme hakkına sahiptir.

6.Başvuru

6.1. Bu dokümanda belirtilen hakların uygulanması, yalnızca bu amaca uygun anlamları çerçevesinde mümkündür.

6.2.Bu hakların kullanılması ayırım olmaksızın sağlanmalıdır.

6.3.Bu hakların uygulanmasında, hastalar yalnızca insan hakları belgeleri ile uyumlu sınırlılıkların ve yasa ile belirlenen prosedürlerin hükmü altındadır.

6.4.Hastaların bu dokümanda belirtilen hakları kendilerinin kullanmasının mümkün olmadığı durumda, resmi temsilcileri veya bu amaçla belirleyecekleri kişiler hastalar adına sorumlu olabilirler; resmi temsilci veya hastaca atanan kişinin olmadığı durumda ise hastaların temsili için gerekli diğer önlemler alınmalıdır.

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

EK-3

BALİ BİLDİRGESİ (LİZBON-II BİLDİRGESİ)

Dünya Tabipler Birliği tarafından Eylül 1995 tarihinde Endonezya'nın Bali kentinde yapılan toplantıda Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi gözden geçirilerek Bali Bildirgesi yayımlanmıştır

1. Kaliteli Tıbbi Bakım Hakkı

- a. Her insan ayırimcılık yapılmaksızın yeterli tıbbi bakım görme hakkına sahiptir.
- b. Her hasta herhangi bir dış müdahale olmaksızın özgürce klinik ve etik kararlar verdiğini bilen bir hekim tarafından bakılma hakkına sahiptir.
- c. Hasta her zaman yararına en uygun biçimde tedavi edilmelidir. Uygulanan tedavi genel kabul gören tıbbi ilkelere uygun olmalıdır.
- d. Kalitenin sağlanması her zaman sağlık bakım sisteminin bir parçası olmalıdır. Özellikle hekimler tıbbi hizmetlerde kalitenin sağlanmasında sorumluluklarını kabul etmelidir.
- e. Özellikle tedavi bakımından hizmet sınırlılığı olan durumlarda potansiyel hastalar arasında bir seçim yapılması gerekiyorsa, bu seçimin bütün hastaların hakkını dikkate alarak eşit bir şekilde yapılması gerekir. Bu seçim tıbbi ölçütlere göre ve ayırım yapılmaksızın yapılmalıdır.
- f. Hasta sağlık bakımı sürekliliği hakkına sahiptir. Hekimin hastayı tedavi eden diğer sağlık kurumları ile koordinasyon sağlama yükümlülüğü vardır. Hekim ileri tedavi endikasyonu olan durumlarda hastaya yeterli destek ve tedavi için seçenekler sunmadan uygulanmakta olan tedaviyi sonlandıramaz.

2. Seçim Yapma Özgürlüğü

- a. Hasta özel veya devlet sektöründe olmasından bağımsız olarak hekimini ve hastanesini veya sağlık hizmeti veren kurumları özgürce seçme ve değiştirme hakkına sahiptir.

b. Hasta herhangi bir aşamada diğer bir hekimin görüşünü alma hakkına sahiptir.

3. Kendi Kaderini Belirleme Hakkı

a. Hasta kendi kaderini belirleme ve kendisi ile ilgili özgürce karar verebilme hakkına sahiptir. Hekim hastayı verdiği kararların sonuçları hakkında bilgilendirmekle yükümlüdür.

b. Zihinsel yeterliliği olan erişkin bir hasta herhangi bir tanı veya tedaviye yönelik girişimi onaylama veya kabul etmeme hakkına sahiptir. Hastanın kendi kararını verebilmesi için gerekli şekilde bilgilendirilmeye hakkı vardır. Hasta uygulanacak test veya tedavinin amacının ne olduğunu, bunun sonuçlarının ne olabileceğini, tedaviyi kabul etmeme durumunda olabilecekleri açık bir şekilde anlamalıdır.

c. Hastanın klinik çalışmalara veya tıp eğitimine katılmayı reddetme hakkı vardır.

4. Bilinci Kapalı Hasta

a. Bilinci kapalı veya iradesini ifade edebilme durumunda olmayan hastalarda hastanın bilgilendirilmiş onayı en uygun zamanda yasal temsilcisinden alınmalıdır.

b. Yetkili yasal bir temsilcinin olmadığı ve acil tıbbi girişim gereken durumlarda daha önceden hastanın bu girişimi reddettiğini gösteren bir açıklaması yoksa, hastanın onayı varsayılarak tıbbi girişim yapılabilir.

c. Bununla birlikte bir intihar girişimi söz konusu ise, hekimler her zaman bilinci kapalı bir hastanın yaşamını kurtarmaya gayret etmelidir.

5. Yasal Ehliyeti Olmayan Hasta

a. Hasta çocuk ise veya yasal ehliyeti yoksa, bir yasal temsilcinin onayının alınması gereklidir. Bununla beraber bu hastalar durumlarının izin verdiği ölçüde yine de karar alma sürecine dahil edilmelidir.

b. Eğer yasal ehliyeti olmayan hasta rasyonel kararlar verebiliyorsa, hastanın verdiği kararlara saygı gösterilmelidir. Bu durumda hastanın yasal temsilcisine bilgi verilmesini reddetme hakkı vardır.

c. Yasal temsilcinin veya hasta tarafından yetkilendirilen kişinin onay vermeyi reddettiği durumda hekimin görüşü girişimin hasta yararına olduğu şeklinde ise karar yasal mercilere bırakılmalıdır. Acil durumlarda hekim hastanın yararına davranacaktır.

6. Hastanın İsteğine Karşın Yapılan Girişimler

a. Hastanın isteğine karşın tanı ve tedavi ile ilgili tıbbi girişimler yasaların izin verdiği ölçüde ve tıbbi etik kuralları göz önüne alınarak sadece istisnai durumlarda yapılabilir.

7. Bilgilendirme Hakkı

a. Hasta kendisiyle ilgili tıbbi gerçekler dahil olmak üzere sağlık durumu konusunda tam olarak bilgilendirilme ve kendisi hakkındaki tıbbi kayıtlara ulaşma hakkına sahiptir. Bununla birlikte hastanın kayıtlarında bulunan ve üçüncü bir kişiyi ilgilendiren bilgiler bu kişinin onayı olmaksızın hastaya verilmemelidir.

b. İstisnai olarak, eğer hastaya verilecek bilginin onun yaşamı veya sağlığı üzerinde ciddi zararları olacağına inanılıyorsa hasta bilgilendirilmeyebilir.

c. Bilgilendirme yerel kültüre uygun olarak ve hastanın anlayabileceği şekilde yapılmalıdır.

d. Hastalar bir başka kişinin yaşamının korunması için gerekli olmadığı sürece ve kesin olarak belirttikleri takdirde bilgilendirilmeme hakkına sahiptir.

e. Hastalar kendileri yerine kimin bilgilendirileceğini seçme hakkına sahiptir.

8. Gizlilik Hakkı

a. Hastanın sağlık durumu, tıbbi durumu, tanısı, prognozu , tedavisi ve kişiye özel diğer tüm bilgiler ölümden sonra bile gizli olarak korunmalıdır. İstisna olarak hasta yakınlarının kendileri ilgili sağlık risklerini öğrenmeleri açısından bu bilgilere ulaşabilme hakkı olabilir.

b. Gizli bilgiler sadece hastanın açık izni veya mahkemenin kesin isteği üzerine açıklanabilir. Hastanın açık olarak izin vermediği durumlarda bu bilgiler sadece bilgilendirilmesi gereken diğer sağlık personeline verilebilir.

c. Hastanın kimliğine ait tüm bilgiler korunmalıdır. Bu bilgilerin korunması usulüne uygun yapılmalıdır. Bu tür verilerin alındığı insan ürünleri de aynı şekilde korunmalıdır.

9. Sağlık Eğitimi Hakkı

a. Her insanın kendi sağlık durumları ve mevcut sağlık hizmetleri hakkında seçim yapmasını kolaylaştıracak sağlık eğitimi alma hakkı vardır. Verilecek eğitim sağlıklı yaşam tarzı ve hastalıklardan korunma ve erken tanı ile ilgili yöntemleri içermelidir. Herkesin kendi sağlık durumlarından kendilerinin sorumlu oldukları vurgulanmalıdır. Hekimleri aktif olarak eğitim çalışmalarına katılma yükümlülüğü vardır.

10. Onur Hakkı

a. Tüm tıbbi bakım ve eğitim sürecinde hastanın onuruna ve özel yaşamına onun kültür ve değerleri göz önüne alınarak saygı gösterilmelidir.

b. Hastalar son bilgilerin ışığında acılarının dindirilmesi hakkına sahiptirler.

c. Hastalar yaşamlarının son döneminde insanca bakılıp onurlu bir şekilde ölme hakkına sahiptirler.

11. Dini Destek Hakkı

Hasta kendi dinlerine uygun bir dini temsilcinin ruhi ve moral tesellisini kabul veya reddetme hakkına sahiptir

EK-4

BİYOLOJİ VE TIBBIN UYGULANMASI BAKIMINDAN İNSAN HAKLARI VE İNSAN HAYSİYETİNİN KORUNMASI SÖZLEŞMESİ: İNSAN HAKLARI VE BİYOTİP SÖZLEŞMESİ (OVİEDO, 1997)

Bölüm I– Genel Hükümler

Madde 1 – Konu ve Amaç

Bu Sözleşmenin tarafları, tüm insanların haysiyetini ve kimliğini koruyacak; biyoloji ve tıbbın uygulanmasında, ayırım yapmadan herkese, bütünlüklerine ve diğer hak ve temel hürriyetlerine saygı gösterilmesini güvence altına alacaklardır.

Tarafların her biri, bu Sözleşme hükümlerinin yürürlüğe konulması için kendi iç hukuklarında gerekli tedbirleri alacaktır.

Madde 2 – İnsanın Üstünlüğü

İnsanın menfaatleri ve refahı, bilim veya toplumun saf menfaatlerinin üstünde tutulacaktır.

Madde 3 - Sağlık Hizmetlerine Erişimde Adalet

Taraflar, sağlık gereksinimleri ve mevcut kaynakları dikkate alarak, kendi yasal yetkileri dahilinde, uygun nitelikteki sağlık hizmetlerinden adil bir şekilde yararlanılmasını sağlayacak uygun tedbirleri alacaklardır.

Madde 4 – Meslekî Standartlar

Araştırma dahil, sağlık alanında her müdahalenin, ilgili meslekî yükümlülükler ve standartlara uygun olarak yapılması gerekir.

Bölüm II – Muvafakat

Madde 5 – Genel Kural

Sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş olarak muvafakat vermesinden sonra yapılabilir. Bu kişiye, müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında önceden uygun bilgiler verilmelidir.İlgili kişi, muvafakatını her zaman, serbestçe geri alabilir.

Madde 6 – Muvafakat Verme Yeteneği Olmayan Kişilerin Korunması

1 Muvafakat verme yeteneğine sahip olmayan bir kimse üzerinde tıbbî müdahale, aşğıdaki 17 ve 20'nci maddelere uygun olarak, sadece onun doğrudan yararı için yapılabilir.

2 Yasal olarak bir müdahaleye muvafakat verme yeteneği bulunmayan bir küçüğe, sadece temsilcisinin veya kanun tarafından belirlenen yetkili makam, kişi veya kurumun izni ile müdahalede bulunulabilir.

Küçüğün fikri, yaşı ve olgunluk derecesiyle orantılı bir şekilde artan belirleyici bir etken olarak dikkate alınmalıdır.

3 Bir yetişkin, yasal olarak akıl hastalığı, bir hastalık veya benzer nedenlerden dolayı müdahaleye muvafakat etme yeteneğine sahip değılse, ancak temsilcisinin veya kanun tarafından belirlenen yetkili makam, kişi veya kurumun izni ile müdahalede bulunulabilir. İlgili kişi, mümkün olduğu kadar izin verme sürecine katılmalıdır.

4 Madde 5'de belirtilen bilgiler, benzer koşullarda yukarıda 2'nci ve 3'üncü paragraflarda belirtilen temsilci, yetkili makam, kişi veya kuruma da verilmelidir.

5 Yukarıda 2'nci ve 3'üncü paragraflarda belirtilen izin, ilgili kişinin menfaatine daha uygun olacaksa her zaman geri çekilebilir.

Madde 7 – Akıl Hastalığı Olan Kişilerin Korunması

Ciddî nitelikte akıl hastalığı olan bir kişi, -gözetim, denetim ve bir makama başvurma işlemleri dahil kanunda belirtilen koruyucu şartlara bağılı olarak- sadece, böyle bir tedavi yapılmadığı takdirde sağığına ciddi bir zarar gelmesinin muhtemel olduğu durumlarda, muvafakatı olmaksızın, akıl hastalığının tedavi edilmesini amaçlayan bir müdahaleye tâbi tutulabilir.

Madde 8 – Acil Durum

Acil bir durum nedeniyle uygun muvafakat alınamadığında, ilgili kişinin sağığı için gerekli olan herhangi bir tıbbî müdahale derhal yapılabilir.

Madde 9 – Önceden Açıklanmış İstek

Müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbî müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri gözönüne alınmalıdır.

Bölüm III – Özel Yaşam ve Bilgi Edinme Hakkı

Madde 10 – Özel Yaşam ve Bilgi Edinme Hakkı

1 Herkes, kendi sağlığı hususundaki bilgilerle ilgili olarak, özel yaşamına saygı gösterilmesi hakkına sahiptir.

2 Herkes, kendi sağlığı hususunda toplanmış her bilgiyi öğrenme hakkına sahiptir. Bununla beraber, bireylerin, bilgilendirilmeme istekleri de gözetilecektir.

3 İstisnâî durumlarda, 2'nci paragrafta belirtilen hakların kullanımına, hastanın yararı için kanunî kısıtlamalar getirilebilir.

Bölüm IV – İnsan Genomu

Madde 11 – Ayrımcılık Yapmama

Bir kimseye, genetik kalıtımından dolayı herhangi bir ayrımcılık uygulanması yasaktır.

Madde 12 – Genetik Tanı Testleri

Genetik hastalıkları teşhise yönelik veya kişinin bir hastalıktan sorumlu bir gen taşıyıp taşımadığını belirlemeye ya da bir hastalığa genetik yatkınlığı veya hassasiyeti olup olmadığını ortaya çıkarmaya yönelik testler, sadece sağlık amaçlarıyla veya sağlık amaçlı bilimsel araştırmalar için ve uygun genetik danışmanlık hizmeti verilmesi şartıyla yapılabilir.

Madde 13 – İnsan Genomuna Müdahale

İnsan genomunu değiştirmeye yönelik bir müdahale, yalnızca koruyucu, teşhis ve tedavi edici gayelerle ve sadece, herhangi bir altsoyun genomunda değişiklik yapılması amacını gütmemesi halinde yapılabilir.

Madde 14 – Cinsiyet Tercihinde Bulunamama

Cinsiyetle ilgili ciddî bir kalıtsal hastalıktan kaçınma hali hariç, doğacak çocuğun cinsiyetini seçmek amacıyla, tıbbî destekli dölleme tekniklerinin kullanımına izin verilmeyecektir.

Bölüm V – Bilimsel Araştırma

Madde 15 – Genel Kural

Biyoloji ve tıp alanında bilimsel araştırma, bu Sözleşme hükümlerine ve insan türünün korunmasını güvence altına alan diğer yasal hükümlere bağlı kalmak şartıyla, serbestçe yapılabilir.

Madde 16 – Üzerinde Araştırma Yapılan Kişilerin Korunması

Bir kimse üzerinde araştırma, ancak aşağıdaki şartların tümünün yerine getirilmesi halinde gerçekleştirilebilir:

- i İnsanlar üzerinde yapılacak araştırmalarla karşılaştırılabilir etkinlikte başka bir araştırma seçeneğinin bulunmaması;
- ii Şahsın maruz kalabileceği risklerin, araştırmadan beklenen yararla kıyasla orantısız olmaması;
- iii Araştırma projesinin, yetkili bir kurum tarafından, araştırma amacının öneminin değerlendirilmesi ve etik bakımdan kabul edilebilirliğinin multidisipliner bir gözden geçirmeye tabi tutulması da dahil olmak üzere, projenin bilimsel değerinin bağımsız bir şekilde incelenmesinden sonra onaylanmış olması;
- iv Üzerinde araştırma yapılan kişilerin, korunmaları için kanunda öngörülen hak ve güvenceleri konusunda bilgilendirilmiş olmaları;
- v 5'inci maddede belirtilen muvafakatin, açıkça, özel olarak ve belgelendirilerek verilmiş olması. Bu muvafakat her zaman serbestçe geri alınabilir.

Madde 17 – Araştırmaya Muvafakat Verme Yeteneği Olmayan Kişilerin Korunması

1 5'inci maddede şart koşulduğu şekilde muvafakatini açıklama yeteneği bulunmayan bir kimse üzerinde araştırma, ancak aşağıdaki şartların tümünün yerine getirilmesi halinde gerçekleştirilebilir:

- i Madde 16 alt paragraf (i)'den (v)'e kadar olan şartların yerine getirilmesi;
- ii Araştırma sonuçlarının, ilgilinin sağlığına gerçekten ve doğrudan yarar sağlama beklentisinin bulunması;
- iii Muvafakat verme yeteneği bulunan bireyler üzerinde, karşılaştırılabilir etkinliğe sahip bir araştırmanın yapılamaması;
- iv Madde 6'da şart koşulan gerekli izin özel ve yazılı olarak verilmiş bulunması ve
- v İlgili kişinin itirazda bulunmaması.

2 İstisnâ olarak ve kanun tarafından öngörülen koruyucu şartlar altında, araştırmanın ilgili kişinin sağlığı üzerinde doğrudan yararlı sonuçlar sağlayacağı beklentisinin bulunmadığı durumlarda, söz konusu araştırmaya, yukarıda 1'inci paragraf ve alt paragraf (i), (iii), (iv) ve (v)'dekilerin yerine getirilmesi ve aşağıdaki ek şartların da bulunması halinde izin verilebilir:

i Araştırmanın, kişinin durumu, hastalığı ve rahatsızlığı hakkında kayda değer bilimsel bilgi sağlayarak, ilgili kişiye veya aynı yaş grubunda olan veya aynı hastalık ya da rahatsızlığa yakalanmış bulunan veya aynı durumda olan diğer kişilere faydalı olacak sonuçlara ulaşılmasına katkı amacını taşıması;

ii Araştırmanın, ilgili kişi için sadece asgarî düzeyde tehlike ve asgarî bir külfet getirmesi.

Madde 18 – Tüpte (in vitro) Embriyo Üzerinde Araştırma

1 Kanunun tüpte embriyo üzerinde araştırmaya izin vermesi halinde, embriyo için yeterli koruma sağlanmalıdır.

2 Araştırma amaçlarıyla insan embriyolarının oluşturulması yasaktır.

Bölüm VI – Nakil Amacıyla Canlı Vericilerden Organ ve Doku Alınması

Madde 19 – Genel Kural

1 Yaşayan bir kimseden nakil amacıyla organ veya doku alınması, sadece alıcının tedaviden istifadesi için ve ölmüş bir kimseden uygun organ veya doku bulunamadığı ve karşılaştırılabilir etkinlikte başka bir tedavi yöntemi seçeneğinin olmadığı durumlarda gerçekleştirilebilir.

2 Madde 5'de şart koşulan gerekli muvafakat, açıkça ve özel olarak, yazılı şekilde veya resmî bir makam önünde verilmiş olmalıdır.

Madde 20 – Organ Alınmasına Muvafakat Verme Yeteneği Olmayan Kişilerin Korunması

1 5'inci Maddeye göre muvafakat verme yeteneği bulunmayan bir kimseden organ veya doku alınamaz.

2 İstisnâ olarak ve kanun tarafından öngörülmüş koruyucu şartlar altında, muvafakat verme yeteneği olmayan bir kimseden rejeneratif dokuların alınmasına aşağıdaki şartların gerçekleşmesi koşuluyla izin verilebilir: (*)

- i Muvafakat verme yeteneği bulunan uygun bir vericinin bulunmaması,
- ii Alıcı şahsın, vericinin erkek veya kız kardeşi olması;
- iii Bağışın, alıcı bakımından hayat kurtarıcı olma beklentisinin bulunması;
- iv 6'ncı Maddenin 2'nci ve 3'üncü paragraflarında şart koşulan yetkinin, kanuna uygun olarak ve yetkili kurum tarafından onaylanarak, özel olarak ve yazılı şekilde verilmiş olması;
- v Muhtemel vericinin itirazda bulunmaması.

Bölüm VII – İnsan Vücudundan Alınmış Parçalar Üzerinde Tasarruf ve Ticarî Kazanç Yasağı

Madde 21 – Ticari Kazanç Yasağı

İnsan vücudu ve parçaları, bu nitelikleri dolayısıyla, ticarî kazanç sağlanmasına konu olmayacaktır.

Madde 22 – İnsan Vücudundan Alınmış Parçalar Üzerinde Tasarruf

Bir müdahale sırasında insan vücudunun herhangi bir parçası alındığında, bu parça, yalnızca uygun bilgilendirme ve muvafakat alma işlemlerine uyulduğu takdirde, çıkarılma amacından başka bir amaç için saklanabilir ve kullanılabilir.

Bölüm VIII – Sözleşme Hükümlerinin İhlali

Madde 23 – Hakların veya İlkelerin İhlali

Taraflar, bu Sözleşmede belirtilen hakların ve ilkelerin hukuka aykırı şekilde ihlalinin önlenmesi veya durdurulması için en kısa sürede uygun yargı koruması sağlayacaklardır.

Madde 24 – Kabul Edilemez Zararın Tazmini

Bir müdahale sonucunda, kabul edilemez bir zarara uğrayan kişinin, kanunda belirtilen koşullar ve usuller uyarınca, adil bir tazminat isteme hakkı vardır.

Madde 25 – Yaptırımlar

Taraflar, bu Sözleşmede yer alan hükümlerin ihlal edilmesi halinde gerekli yaptırımların uygulanmasını sağlayacaklardır.

Bölüm IX – Bu Sözleşme ve Diğer Yasal Hükümler Arasında İlişki

Madde 26 – Hakların Kullanılmasının Kısıtlanması

1 Bu Sözleşmede yer alan haklar ve koruyucu hükümlerin kullanılmasında, kamu güvenliği, suçun önlenmesi, kamu sağlığının korunması veya başkalarının hak ve hürriyetlerinin korunması için kanunda belirtilen ve demokratik bir toplumda gerekli olanlar dışında kısıtlama konulamaz.

2 Yukarıdaki paragrafta sözü edilen kısıtlamalar, Madde 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20 ve 21'e uygulanamaz.

Madde 27 – Daha Kapsamlı Koruma

Bu Sözleşmedeki hükümlerden hiçbiri, tarafların, biyoloji ve tıbbın uygulanmasında bu Sözleşmede şart koşulanlardan daha kapsamlı koruma önlemleri almalarını kısıtlayacak veya engelleyecek şekilde yorumlanmayacaktır.

Bölüm X – Kamuya Açık Tartışma

Madde 28 – Kamuya Açık Tartışma

Bu Sözleşmenin tarafları, biyoloji ve tıp alanındaki gelişmelerin doğurduğu temel sorunların, özellikle ilgili tıbbî, sosyal, ekonomik, ahlakî ve hukukî yansımaların ışığında uygun şekilde kamuya açık tartışmaya konu olmasını ve bunların muhtemel uygulamalarının uygun istişarelere konu olmasını sağlayacaklardır.

Bölüm XI – Sözleşmenin Yorumu ve İzlenmesi

Bölüm XII – Protokoller

EK-5

HASTA HAKLARI'NA İLİŞKİN AVRUPA STATÜSÜ (ANA SÖZLEŞMESİ) (ROMA, 2002)

Hastalara Ait On Dört Hak

Bu bölüm on dört maddelik hasta hakları bildirisini ele almakta ve yukarıda yer alan temel hakları sağlık hizmetlerinin şu anki geçici durumuna uygun somut, uygulanabilir ve düzgün hale getirmeyi amaçlamaktadır. Tüm bu hakların amacı “insan sağlığının yüksek düzeyde korunmasını” ve çeşitli ulusal sağlık hizmetleri (kurumları) tarafından verilen yüksek kalitede hizmetin verilmesini sağlamaktır. (Temel Haklar Statüsünün 35. maddesi). Avrupa Birliği bölgesinin tamamında korunmaktadırlar.

Hastaların sahip olduğu on dört hak ele alınmadan, aşağıda sıralanan açıklamaların yapılması önem arz etmektedir:

Hakların tanımı hem vatandaşların hem de sağlık tedavisinde payı olanların kendi sorumluluklarının farkında olduklarını ima etmektedir. Verilen haklar tabii hem görev hem de sorumluluklar ile ilişkilidir.

Yaş, cinsiyet, din, sosyo-ekonomik durum ve okur-yazarlığın, vs. arasındaki farklılıkların kişisel sağlık ihtiyaçlarını etkilediği gerçeği akılda tutularak, Statü herkes için geçerlidir (herkese uygulanmakta).

Etnik konularda statü taraf tutmayı tasarlamamaktadır.

Statü, hakları Çağdaş Avrupa Sağlık Sisteminde olduğu gibi tanımlamaktadır. Söz konusu haklar böylelikle gözden geçirilip, değişiklikler yapılarak hakların geliştirilmesi ayrıca bilimsel bilgi ve teknolojinin gelişimi sağlanır.

Söz konusu on dört hak, temel hakların düzenlenmesinden oluşmakta ve uygunluk kriteri göz önünde bulundurularak mali, ekonomi veya politik sıkıntılardan (sınırlamalardan) bağımsız (ayrı) olarak ele alınmalıdır.

Bu haklara saygı, teknik/kurumsal gereksinimlerin ve davranış/profesyonel modellerin (örneklerin) yerine getirilmesi anlamına gelmektedir. Bu yüzden ulusal sağlık sistemlerinin işleyiş biçimlerine ilişkin genel bir reform gerekmektedir.

Statünün her bir maddesi muhtemel tüm durumları öngörmeksizin bir hakka işaret ederek onu tanımlayıp açıklamaktadır.

1. Koruyucu Tedbirlerin Alınması Hakkı

Her bir birey hastalıktan korunmak için uygun hizmet (tedavi) alma (görme) hakkına sahiptir.

Bu amaca ulaşmak için sağlık hizmetlerinin görevi, risk taşıyan çeşitli grupların düzenli aralıklarla ücretsiz olarak sağlık hizmetlerinden ve bilimsel araştırma sonuçları ile teknolojik yeniliklerden herkesin yararlanmasını sağlamaktır.

2. Yararlanma Hakkı

Her birey sağlık ihtiyaçlarının karşılanması için sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptir. Sağlık hizmetleri herkese eşit olarak verilmeli ve hastalığın türü, zamanı, ikamet yeri veya mali kaynaklar konusunda ayırım yapılmamalıdır.

Tedavi ihtiyacı olan biri, fakat masrafları karşılayacak durumu yok, o halde o ücretsiz olarak tedavi görme hakkına sahiptir.

Küçük veya büyük hastane veya polikliniğe sevk edilmiş olsun her bireyin uygun ve gerekli hizmeti alma hakkı vardır.

Her birey, gerekli oturma izni olmasa da, bölge dışı veya bölge içi hastası olarak tedavi olma hakkına sahiptir.

Nadiren görülen bir hastalığa sahip kişi, daha sık görülen bir rahatsızlığa sahip kişi kadar gerekli tedavi ve ilaç alma hakkına sahiptir.

3. Bilgi Hakkı

Her bireyin kendi sağlık durumu hakkında, mevcut sağlık hizmetleri ve onlardan nasıl yararlanabileceği konusunda ve tüm bilimsel araştırma ve teknolojik yenilikler ile ilgili bilgi alma hakkına sahiptir.

Sağlık hizmetleri, sağlık hizmeti verenler ve profesyoneller , hastanın dini, etnik ve dil özellikleri göz önünde bulundurularak hastaya onun anlayacağı şekilde bilgi vermek zorundadır.

Sağlık hizmetleri ile ilgili bilgilerin kolay ulaşılır olması gerekir, bürokratik engellerin kaldırılıp, sağlık elemanlarının eğitilmesi ve bilgi materyallerinin hazırlanıp dağıtılması sağlanmalıdır.

Hastaların kendi dosyalarında ve kayıtlarında kendileri ve hastalıkları ile ilgili bulunan bilgileri alma, fotokopi ile çoğaltma, soru sorma ve hata varsa onların düzeltilmesini talep etme hakkına sahiptir.

Hastanede yatan hasta sürekli ve tam olarak alınması gereken bilgileri alma hakkına sahiptir, bu özel bir “eğitmen (bilgi verme elemanı)” ile garanti edilebilir.

Her birey, bilimsel araştırma, farmasötik tedavi ve teknolojik yenilikler ile ilgili bilgi alma hakkına sahiptir. Bu bilgiyi kamu veya özel kaynaklardan edinebilir yeter ki doğru, güvenilir ve şeffaf olsun.

4. Rıza (Onay) Hakkı

Kendi sağlığı ile ilgili kararlara iştirak edebilmesi için (kendi sağlığı ile ilgili kararlar alabilmesi için) her birey ilgili bilgileri alma hakkına sahiptir. Bu bilgiler bilimsel araştırmalar katılım dahil olmak üzere herhangi bir işlem ve tedavi için şarttır.

Sağlık hizmeti verenler ve profesyoneller (meslek sahipleri) gerçekleşecek herhangi bir ameliyat veya tedaviye ilişkin tüm bilgileri - riskleri, sıkıntıları, yan-etkileri ve alternatif durumları ile ilgili bilgiler dahil olmak üzere - hastalara vermek zorundadır. Bu bilgi önceden (en azından 24 saat önce) verilmeli ki hasta durumu konusunda kendi seçimini yapabilsin.

Sağlık hizmeti verenler ve profesyoneller (meslek sahipleri) hastanın sahip olduğu dili kullanmalı ve onun anlayacağı şekilde (teknik terimlere/mevzuata/zemine yabancı olduğunu düşünerek) bilgileri aktarmalıdır.

İlgili onay vermek için yasal bir temsilcinin gerektiği tüm durumlarda, hasta ister çocuk ister yetişkin olsun, ister anlayacak veya karar verecek durumda olmasın yine de verilen kararlar ile mümkün mertebe ilgili olacaktır. (yani hasta katılabileceği kadar katılacak verilen kararlara).

Hastanın ilgili onayı bu kapsamda (bazda) alınmalı.

Hastanın tedavi veya tıbbi müdahaleye itiraz etme hakkı veya tedavi sürecinde kararını değiştirip devam edilmesine karşı itiraz etme hakkı vardır.

Hasta sağlık durumu ile ilgili bilgilendirilme konusuna itiraz hakkına sahiptir.

5. Özgür Seçim Hakkı

Yeterli bilgiye sahip her birey farklı tedavi prosedürleri (yöntemleri) ve tedaviyi verecek kişiler arasında seçim yapma hakkına sahiptir. Hasta, hangi teşhis ve tedavi yöntemin kullanılacağı ve doktor, uzman veya hastane seçimi konularında karar verme hakkına sahiptir. Sağlık hizmetleri, bu tedaviyi uygulayacak çeşitli merkezler (sağlık kurumları) ve doktorlar ile alınan sonuçlar hakkında bilgi vererek bu hakkın kullanılabilmesini temin etmelidirler. Bu hakkın kullanımını kısıtlayan tüm engeller kaldırılmalıdır. Doktoruna güvenmeyen bir kişi başka bir doktor talep edebilir(seçebilir).

6. Özel ve Gizlilik Hakkı

Her birey kişisel bilgilerinin; sağlık durumu, yapılan teşhis ve tedavi konularında bilginin yanı sıra teşhis ve tedavi yapılırken veya özel ziyaretlerinin gizliliğinin muhafazası hususunda, gizli tutulmasını talep etme hakkına sahiptir. Bir bireyin sağlık durumuna veya ona uygulanan tıbbi/cerrahi tedaviye ilişkin bilgi ve veriler gizli olmalı ve öyle muhafaza(korunmalıdır) edilmelidir. Tıbbi/cerrahi müdahale sırasında bile kişisel gizliliğe saygı gösterilmeli, yani uygun ortamda yapılmalı ve

gerçekten orada bulunması gerekli olan kişiler (hastanın onayı veya özel bir talebi olması durumları hariç) nezdinde yapılmalıdır.

7. Hastaların Vaktine Saygı

Her birey hızlı ve önceden belirtilen süre içerisinde gerekli tedaviyi alma hakkına sahiptir. Bu hak tedavinin her aşaması için geçerlidir. Durumun aciliyeti ve spesifik standartlar bazında belli bir süre içinde verilmesi gereken hizmetler dikkate alınarak bekleme sürelerinin belirlenmesi sağlık hizmetlerinin görevidir. Her bireye hizmetten yararlanma konusunda garanti verilmeli ve bekleme listesi söz konusu olduğunda hemen imzalamaları temin edilmelidir. Her bir birey istediği takdirde bekleme listelerine bakabilir ancak gizlilik durumlarına saygı ölçüsünde. Önceden belirlenen süre içerisinde sağlık hizmeti verilemezse aynı kalitede alternatif hizmetler kullanım ihtimali garanti edilmeli ve bundan kaynaklanan harcamalar makul bir süre içerisinde hastalara geri ödenmelidir. Doktorlar hastalarına bilgi verme süresi dahil olmak üzere yeterli zaman ayrılmalıdır.

8. Kalite Standartları Hakkı

Kesin standartların uyumu ve özellikleri kapsamında her birey yüksek kalitede sağlık hizmetinden yararlanma hakkına sahiptir

Kaliteli sağlık hizmeti hakkı, sağlık kurumları ve sağlık personelinin teknik performans, konfor ve insan ilişkileri açısından tatmin edici seviyelerde sunum yapmasını gerektirir. Kesin kalite standartları genel ve istişari prosedürlerle sabitlenen ve düzenli(periyodik) olarak kontrol edilip değerlendirilen kesin kalite standartlarının uyum ve özellikleri anlamına gelmektedir.

9. Güvenlik

Kötü işleyen sağlık hizmetlerinden, tıbbi yanlışlık ve hatalardan meydana gelen zararlardan her bir bireyin korunma hakkı vardır ve yüksek güvenlik standartlarını karşılayan sağlık hizmetleri ve tedavilerinden de yararlanma hakkı vardır. Bu hakkın

garantilenmesi(temini) için hastane ve sağlık hizmetleri risk faktörlerini sürekli kontrol edip elektronik tıbbi cihazların uygun bir şekilde korunduğu ve operatörlerin (bu cihazları kullananların) iyi eğitilmiş olmasını temin etmelidir. Diğer sağlık profesyonelleri tedavinin bütün aşamaları (evreleri) ve unsurlarının güvenliğinden tam olarak sorumludur. Devamlı eğitim alarak ve örnekleri inceleyerek tıp doktorları hata riskine karşı korunmayı sağlamalıdır. Üst amirlerine mevcut riskleri rapor eden sağlık personeli muhtemel ters durumlardan korunmalıdır.

10. Yenilik Hakkı

Ekonomik veya mali durumlardan bağımsız olarak(gerekçeler dikkate alınmadan) her birey uluslararası standartlara göre, yeniliklerden -teşhis prosedürleri dahil olmak üzere- yararlanma hakkına sahiptir. Sağlık hizmetlerinin görevi, özellikle az rastlanan hastalıkları dikkate alarak biyotıp alanında araştırmalar yapmak ve onları desteklemektir. Araştırma sonuçları uygun bir şekilde yayınlanmalıdır.

11. Gereksiz Ağrı/Acı ve Sıkıntıdan Sakınma Hakkı

Her birey hastalığının her evresinde (aşamasında), mümkün olduğu ölçüde acı ve sıkıntıdan korunma hakkına sahiptir.

Sağlık Hizmetleri, bu bağlamda (bu amaçla) hastanın tedavisinin kolay ve rahat sürmesi için gerekli tedbirleri almalıdır.

12. Kişisel Tedavi Hakkı

Her birey kendi kişisel ihtiyaçlarına göre teşhis ve tedavi programlarını yönlendirme hakkına sahiptir.

Sağlık Hizmetleri, bu amaçla bireye endeksli ve ekonomik durum ön plana çıkartılmadan yani tedavi hakkını her zaman ilk sırada tutan esnek programlar temin etmelidir.

13. Şikayet Hakkı

Her bireyin bir zarar gördüğünde şikayette bulunma hakkı vardır.

Sağlık Hizmetleri, hastalara sahip oldukları haklar konusunda bilgi vermelidir. Böylelikle hastalar bir ihlal veya haksızlıkla karşılaştıklarında bunun yanlış olduğunu fark edip şikayette bulunabilsin.

Şikayet, belli bir süre içerisinde sağlık hizmetleri yetkilileri tarafından yazılı olarak cevaplandırılmalıdır.

Şikayetler standart prosedürler takip edilerek yapılmalı ve bağımsız teşkilatlar ve/veya organizasyonlar tarafından kolaylaştırılarak davanın yasal takibi konusunda hastayı engellememelidir.

14. Tazminat Hakkı

Sağlık tedavisi sırasında fiziksel veya manevi ve psikolojik zarar gören bireyin kısa bir sürede tazminat alma hakkı vardır.

Sağlık Hizmetleri, sorumluluğun gerçekte kimde olduğu tespit edilemese bile , zararın nedeni ve önemi (ciddiyeti) ne olursa olsun tazminat hakkının her zaman var olduğunu temin etmelidir.

EK-6

DÜNYA HEKİMLER BİRLİĞİ, SANTIAGO HASTA HAKLARI BİLDİRGESİ1

34. DHB Toplantısı'nda kabul edilmiş (Lizbon, Portekiz, Eylül/Ekim 1981),
47. DHB Kurultayı'nda değişikliğe uğramış (Bali, Endonezya, Eylül 1995)
171. Oturumda gözden geçirilip düzeltilmiştir (Santiago, Şili, Ekim 2005).

Önsöz

Hekimlerin hastaları ve genel olarak toplumla olan ilişkisi son zamanlarda önemli değişikliklere uğramıştır. Her ne kadar hekimler her zaman kendi vicdanlarına ve hastalarının çıkarı açısından en uygun olana göre hareket etmek zorundaysalar da, hasta özerkliği ve adaletin sağlanması için de eşit çaba sarf edilmelidir. Bu bildiri tıp mesleğinin desteklediği ve geliştirdiği bazı temel hasta haklarını dile getirmektedir. Sağlık hizmeti veren hekimlerle öteki kişi veya kurumların bu hakları tanıma ve destekleme konusunda ortak sorumlulukları bulunmaktadır. Yasama, hükümetlerin eylemleri veya herhangi bir başka yönetim veya kurum, hastaları bu haklarından yoksun bıraktığında, hekimler bu hakların güvenceye alınması ya da yeniden sağlanması için uygun yollara başvurmalıdırlar.

İlkeler

1. Nitelikli sağlık hizmeti alma hakkı

- a. Her insan ayırım yapılmaksızın uygun sağlık hizmeti alma hakkına sahiptir.
- b. Her hasta, herhangi bir dış müdahale olmaksızın özgürce klinik ve etik kararlar verdiğini bildiği bir hekim tarafından bakılma hakkına sahiptir.
- c. Hasta her zaman kendi çıkarına en uygun biçimde tedavi edilmelidir. Uygulanan tedavi genel kabul gören tıbbi ilkelere uygun olmalıdır.

d. Kalite güvencesi her zaman sağlık hizmetinin bir parçası olmalıdır. Özellikle hekimler, sağlık hizmetlerinin niteliğini gözetmek konusunda sorumluluk üstlenmelidirler.

e. Sınırlı kaynak özelliğinde olan belirli bir tedavinin söz konusu olduğu ve potansiyel hastalar arasında seçim yapılması gerektiği durumlarda, hastaların tümü o tedavi bağlamında adil bir seçme yöntemine göre değerlendirilme hakkına sahiptir. Bu seçim tıbbi ölçütlere dayanmalı ve ayırım yapılmaksızın gerçekleştirilmelidir.

f. Hasta sunulan sağlık hizmetinin sürekliliğinin sağlanması hakkına sahiptir. Hekim, hastanın tıbben gerekli tedavisinin eşgüdümü açısından, hastayı tedavi eden öteki sağlık personeliyle işbirliği yapmakla yükümlüdür. Hekim, tedavisinin sürdürülmesi tıbben gerekli olan bir hastanın tedavisini makul destek ve yeni düzenlemeleri yapmak için yeterli olanak sağlamadan bırakamaz.

2. Seçim yapma özgürlüğü

a. Hasta, özel sektörde veya kamu sektöründe olduğuna bakılmaksızın hekimini ve hastanesini veya sağlık hizmeti veren kurumu özgürce seçme ve değiştirme hakkına sahiptir.

b. Hasta, herhangi bir aşamada, başka bir hekimin görüşünü alma hakkına sahiptir.

3. Kendi kaderini belirleme hakkı

a. Hasta kendi kaderini belirleme ve kendisi ile ilgili kararları özgürce verebilme hakkına sahiptir. Hekim bu kararların sonuçları hakkında hastayı bilgilendirmekle yükümlüdür.

b. Zihinsel yeterliği olan erişkin bir hasta herhangi bir tanı veya tedaviye yönelik girişim konusunda onam verme ya da vermeme hakkına sahiptir. Hastanın kendi kararını verebilmesi için gerekli bilgiyi alma hakkı vardır. Hasta uygulanacak tanıya da tedavi girişiminin amacının ne olduğunu, sonuçlarının neler olabileceğini, ve tedaviyi kabul etmemesi durumunda ortaya çıkabilecek sonuçları açık bir şekilde anlamalıdır.

c. Hastanın klinik araştırmalara veya tıp eğitimine katılmayı reddetme hakkı vardır.

4. Bilinci kapalı hasta

- a. Bilinci kapalı veya isteğini dile getirme olanağından yoksun hastada, aydınlatılmış onam mümkün olan her durumda hastanın yasal temsilcisinden alınmalıdır.
- b. Yetkili yasal bir temsilcinin olmadığı ve acil tıbbi müdahalenin gerektiği durumlarda, daha önceden hastanın bu durumda girişime onam vermeyi reddettiğini gösteren sağlam veya kuşkuyla yer bırakmayan bir ifadesi veya kanaati yoksa, hastanın onam verdiği varsayılarak tıbbi girişimde bulunulabilir.
- c. Bununla birlikte hekimler, bir intihar girişimine bağlı olarak bilinci kapalı olan hastanın yaşamını kurtarmaya her zaman gayret etmelidirler.

5. Yasal olarak yeterliliği bulunmayan hasta

- a. Hasta çocuk ise veya yasal yeterliği yoksa, bazı kararlarda bir yasal temsilcinin onamının alınması gereklidir. Bununla birlikte, hasta kapasitesinin izin verdiği en geniş ölçüde, karar alma sürecine dahil edilmelidir.
- b. Eğer yasal yeterliği olmayan hasta makul kararlar verebiliyorsa, verdiği kararlara saygı gösterilmelidir, ve böyle bir durumda hastanın yasal temsilcisine bilgi verilmesine izin vermeme hakkı vardır.
- c. Hastanın yasal temsilcisinin ya da hasta tarafından yetkilendirilen kişinin, hekime göre hastanın çıkarı açısından en uygun olan girişimi engellemesi durumunda hekim, bu kararı ilgili yasal mercilerde ve öteki kurumlarda sorgulamaya açmalıdır. Acil durumlarda hekim hastanın çıkarı açısından en uygun olana göre davranacaktır.

6. Hastanın isteğine karşın yapılan girişimler

Hastanın isteğine karşın tanı ve tedavi girişimleri ancak çok ayrıcalıklı durumlarda, eğer yasalar özellikle izin veriyorsa ve tıp etiği ilkelerine uyumluysa yapılabilir.

7. Bilgilenme hakkı

a. Hasta, durumuyla ilgili tıbbi gerçekler dahil olmak üzere sağlık durumu konusunda tam olarak bilgilendirilme ve kendisi hakkındaki tüm tıbbi kayıtlara ulaşma hakkına sahiptir. Bununla birlikte hastanın kayıtlarında bulunan ve üçüncü bir tarafı ilgilendiren bilgiler bu tarafın onayı olmaksızın hastaya verilmemelidir.

Ender olarak, eğer verilecek bilginin hastanın yaşamı veya sağlığı üzerinde ciddi zararlara neden olacağına inanmak için iyi bir neden varsa, bu bilgi hastadan gizlenebilir.

c. Bilgi hastanın kültürüne uygun olarak ve hastanın anlayabileceği şekilde verilmelidir.

d. Hasta, eğer bir başka kişinin yaşamının korunması için gerekli değilse, kendisinin açık isteğine bağlı olmak kaydıyla, bilgilendirilmeme hakkına sahiptir.

e. Hasta isterse kendisi yerine kimin bilgilendirileceğini seçme hakkına sahiptir.

8. Gizlilik hakkı

a. Hastanın sağlık durumu, tıbbi durumu, tanısı, prognozu ve tedavisi, kişiye özel diğer tüm bilgileri ölümünden sonra bile gizli tutulmalıdır. Bu açıdan tek ayrıcalıklı durum, hastanın ailesinin ve akrabalarının, kendileri ile ilgili sağlık risklerini öğrenmeleri açısından bu bilgilere erişme hakkına sahip olabilmeleridir.

b. Gizli bilgiler sadece hastanın açık onamı varsa veya yasada açıkça öngörülmüşse açıklanabilir. Hastanın açık onamının olmadığı durumlarda, bilgilerin öteki sağlık hizmeti verenlere açıklanabilmesi için bunların “kesinlikle bilmesi gereken kişiler” olmaları gerekir.

c. Hastanın kimliği ile bağlantısı kurulabilecek tüm veriler korunmalıdır. Bu koruma verilerin arşivlenme yöntemine uygun olmalıdır. Kimliğe ait verilerin elde edilebildiği insan ürünleri de aynı biçimde korunmalıdır.

9. Sağlık Eğitimi Hakkı

Her insanın kişisel sağlığı ve varolan sağlık hizmetleri hakkında bilgilendirilmiş seçim yapmasına yardımcı olacak sağlık eğitimi alma hakkı vardır. Verilecek eğitim, sağlıklı yaşam biçimlerini ve hastalıklardan korunma ve erken tanı ile ilgili yöntemleri içermelidir. Herkesin kendi sağlığı üzerindeki kişisel sorumluluğu vurgulanmalıdır. Hekimlerin eğitim çalışmalarına etkin biçimde katılma yükümlülüğü vardır.

10. Onurunu koruma hakkı

- a. Sağlık hizmetinin ve eğitim sürecinin her aşamasında,kültürüne ve değerlerine olduğu gibi,hastanın onuruna ve özel yaşam hakkına da, saygı gösterilmelidir.
- b. Hasta en son bilgilerin olanak verdiği ölçüde ıstırapının dindirilmesi hakkına sahiptir.
- c. Hasta insancıl bir son dönem bakımı alma ve onurlu ve rahat ölebilmek için kendisine mevcut tüm yardımın sağlanması hakkına sahiptir..

11. Dini destek hakkı

Hasta kendi dinine uygun bir dini temsilcinin yardımı da dahil olmak üzere manevi ve moral teselliye kabul veya reddetme hakkına sahiptir.

EK-7

HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ

Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420

Birinci Bölüm

Amaç, Kapsam, Dayanak, Tanımlar ve İlkeler

Amaç

Madde 1- Bu Yönetmelik; temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansıması olan ve başta Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda, diğer mevzuatta ve milletlerarası hukuki metinlerde kabul edilen "hasta hakları"nı somut olarak göstermek ve sağlık hizmeti verilen bütün kurum ve kuruluşlarda ve sağlık kurum ve kuruluşları dışında sağlık hizmeti verilen hallerde, insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin "hasta hakları"ndan faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek amacı ile hazırlanmıştır.

Kapsam

Madde 2- Bu Yönetmelik; sağlık hizmeti verilen resmi ve özel bütün kurum ve kuruluşları, bu kurum ve kuruluşlarda veya bunların dışında hizmete katılan her kademedeki ve unvandaki ilgilileri ve hizmetten faydalanma hakkını haiz olan bütün fertleri kapsar.

Hukuki Dayanak

Madde 3- Bu Yönetmelik; 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 9 uncu maddesinin (c) bendine ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 43 üncü maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

Madde 4- Bu Yönetmelik'te geçen deyimlerden;

- a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığı'nı,
- b) Hasta: Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan kimseyi,

- c) Personel: Hizmetin, resmi veya özel sağlık kurumlarında ve kuruluşlarında veya serbest olarak sunulmasına bakılmaksızın, sağlık hizmetinin verilmesine iştirak eden bütün sağlık meslekleri mensuplarını ve sağlık meslekleri mensubu olmasa bile sağlık hizmetinin verilmesine sorumlu olarak iştirak eden kimseleri,
- d) Sağlık kurum ve kuruluşu: Milli Savunma Bakanlığı'na ait olanlar hariç olmak üzere, sağlık hizmeti verilen resmi veya özel bütün kurum ve kuruluşlar ile tababet icra edilen bütün yerleri,
- e) Hasta hakları: Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları sebebiyle sahip bulundukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklarını, ifade eder.

İlkeler

Madde 5- Sağlık hizmetlerinin sunulmasında aşağıdaki ilkelere uyulması şarttır:

- a) Bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde yaşama hakkının, en temel insan hakkı olduğu, hizmetin her safhasında daima göz önünde bulundurulur.
- b) Herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkını haiz olduğu ve hiçbir merci veya kimsenin bu hakkı ortadan kaldırmak yetkisinin olmadığı bilinerek, hastaya insanca muamelede bulunulur.
- c) Sağlık hizmetinin verilmesinde, hastaların, ırk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç ve ekonomik ve sosyal durumları ile sair farklılıkları dikkate alınamaz. Sağlık hizmetleri, herkesin kolayca ulaşabileceği şekilde planlanıp düzenlenir.
- d) Tıbbi zorunluluklar ve kanunlarda yazılı haller dışında, rızası olmaksızın kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına dokunulamaz.
- e) Kişi, rızası ve Bakanlığın izni olmaksızın tıbbi araştırmalara tabi tutulamaz.
- f) Kanun ile müsaade edilen haller ile tıbbi zorunluluklar dışında, hastanın özel hayatının ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz.

İkinci Bölüm

Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı

Adalet ve Hakkaniyete Uygun Olarak Faydalanma

Madde 6- Hasta,adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sağlıklı yaşamının teşvik edilmesine yönelik faaliyetler ve koruyucu sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere, sağlık hizmetlerinden ihtiyaçlarına uygun olarak faydalanma hakkına sahiptir. Bu hak, sağlık hizmeti veren bütün kurum ve kuruluşlar ile sağlık hizmetinde görev alan personelin adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun hizmet verme yükümlülüklerini de içerir.

Bilgi İsteme

Madde 7- Hasta, sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda bilgi isteyebilir. Bu hak, hangi sağlık kuruluşundan hangi şartlara göre faydalanılabileceğini, sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilen her türlü hizmet ve imkanın neler olduğunu ve müracaat edilen kuruluştaki verilen sağlık hizmetlerinden faydalanma usulüne öğrenme haklarını da kapsar.

Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastayı birinci fıkra uyarınca bilgilendirmek için yeterli teknik donanımı haiz birimi oluşturmak; bu birimde, hastaya kesin ve yeterli bilgi verebilecek nitelik ve ehliyetine sahip personeli daimi olarak istihdam etmek ve hastanın ihtiyacı olan birimlere kolayca ulaşabilmesini temin etmek üzere, kuruluşun uygun yerlerinde

bilgilendirici tabela, broşür ve işaretler bulundurmak gibi tedbirleri almak zorundadırlar.

Sağlık Kuruluşunu Seçme ve Değiştirme

Madde 8- Hasta; tabi olduğu mevzuatın öngördüğü usul ve şartlara uyulmak kaydı ile, sağlık kurum ve kuruluşunu seçme ve seçtiği sağlık kuruluşunda verilen sağlık hizmetinden faydalanma hakkına sahiptir.

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

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

Hastanın sağlık kuruluşunda kalmasında tıbben fayda bulunmayan veya bir başka sağlık kuruluşuna nakli gerekli olan hallerde, durum hastaya veya 15 inci maddenin ikinci fıkrasında belirtilen kişilere açıklanır. Nakilden önce, gereken bilgiler nakil talebinde bulunulan veya tıbben uygun görülen sağlık kuruluşuna, sevk eden kuruluş veya mevzuatla belirlenen yetkililerce verilir. Her iki durumda da hizmetin aksamadan ve kesintisiz olarak verilmesi esastır.

Personeli Tanıma, Seçme ve Değiştirme

Madde 9- Hastaya talebi halinde, kendisine sağlık hizmeti verecek veya vermekte olan tabiplerin ve diğer personelin kimlikleri, görev ve unvanları hakkında bilgi verilir. Mevzuat ile belirlenmiş usullere uyulmak şartı ile hastanın, kendisine sağlık hizmeti verecek olan personeli serbestçe seçme, tedavisi ile ilgilenen tabibi değiştirme ve başka tabiplerin konsültasyonunu istemek hakkı vardır.

Personeli seçme, tabibi değiştirme ve konsültasyon isteme hakları kullanıldığında, mevzuat ile belirlenen ücret farkı, bu hakları kullanan hasta tarafından karşılanır.

ncelik Sırasının Belirlenmesini İsteme

Madde 10- Sağlık kuruluşunun hizmet verme imkanlarının yetersiz veya sınırlı olması sebebiyle sağlık hizmeti talebi zamanında karşılanamayan hallerde, hastanın, öncelik hakkının tıbbi kriterlere dayalı ve objektif olarak belirlenmesini istemek hakkı vardır. Acil ve adli vakalar ile yaşlılar ve zrller hakkında öncelik sırasının belirlenmesinde ilgili mevzuat hükümleri uygulanır.

Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis, Tedavi ve Bakım

Madde 11- Hasta, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını istemek hakkına sahiptir.Tababetin ilkelerine ve tababet ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yapılamaz.

Tıbbi Gereklilikler Dışında Müdahale Yasağı

Madde 12- Teşhis, tedavi veya korunma maksadı olmaksızın, lme veya hayati tehlikeye yol açabilecek veya vücut bütünlüğünü ihlal edebilecek veya akli veya bedeni mukavemeti azaltabilecek hiçbir şey yapılamaz ve talep de edilemez.

Ötenazi Yasağı

Madde 13- tenazi yasaktır.

Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahil, kimsenin hayatına son verilemez.

Tıbbi Özen Gösterilmesi

Madde 14- Personel, hastanın durumunun gerektirdiği tıbbi özeni gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmak zorunludur.

Üçüncü Bölüm

Sağlık Durumu İle İlgili Bilgi Alma Hakkı

Genel Olarak Bilgi İsteme

Madde 15- Hasta; sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usulleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir.

Sağlık durumu ile ilgili gereken bilgiyi, bizzat hasta veya hastanın küçük, temyiz kudretinden yoksun veya kısıtlı olması halinde velisi veya vasisi isteyebilir. Hasta, sağlık durumu hakkında bilgi almak üzere bir başkasına da yetki verebilir. Gerek görülen hallerde yetkinin belgelendirilmesi istenilebilir.

Hasta, tedavisi ile ilgilenen tabip dışında bir başka tabipten de sağlık durumu hakkında bilgi alabilir.

Kayıtları İnceleme

Madde 16- Hasta, sağlık durumu ile ilgili bilgiler bulunan dosyayı ve kayıtları, doğrudan veya vekili veya kanuni temsilcisi vasıtası ile inceleyebilir ve bir suretini alabilir. Bu kayıtlar, sadece hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olanlar tarafından görülebilir.

Kayıtların Düzeltilmesini İsteme

Madde 17- Hasta; sağlık kurum ve kuruluşları nezdinde bulunan kayıtlarında eksik, belirsiz ve hatalı tıbbi ve şahsi bilgilerin tamamlanmasını, açıklanmasını, düzeltilmesini ve nihai sağlık durumu ve şahsi durumuna uygun hale getirilmesini isteyebilir.

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

Bilgi Vermenin Usulü

Madde 18- Bilgi, gerektiğinde tercüman kullanılarak, hastanın anlayabileceğı şekilde, tıbbi terimler mümkün olduğunca kullanılmadan, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden ve hastanın ruhi durumuna uygun ve nazik bir ifade ile verilir.

Bilgi Verilmesi Caiz Olmayan ve Tedbir Alınması Gereken haller

Madde 19- Hastanın manevî yapısı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimalinin bulunması ve hastalığın seyrinin ve sonucunun vahim görülmesi hallerinde, teşhisin saklanması caizdir.

Hastaya veya yakınlarına, hastanın sağlık durumu hakkında bilgi verilip verilmemesi, yukarıdaki fıkrada belirtilen şartlar çerçevesinde tabibinin takdirine bağlıdır. Tedavisi olmayan bir teşhis, ancak bir tabip tarafından ve tam bir ihtiyat içinde hastaya hissettirilebilir veya bildirilebilir. Hastanın aksi yönde bir talebinin bulunmaması veya açıklanacağı şahsın önceden belirlenmemesi halinde, böyle bir teşhis ailesine bildirilir.

Bilgi Verilmesini Yasaklama

Madde 20- İlgili mevzuat hükümlerine ve hastalığın mahiyetine göre yetkili mercilerce alınacak tedbirlerin gerektirdiğı haller dışında; hasta, sağlık durumu hakkında kendisine veya ailesine veya yakınlarına bilgi verilmemesini isteyebilir.

Dördüncü Bölüm

Hasta Haklarının Korunması

Mahremiyete Saygı Gösterilmesi

Madde 21- Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep de edebilir. Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir.

Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu istemek hakkı;

a) Hastanın, sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini,

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

Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez.

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

Rıza Olmaksızın Tıbbi Ameliyeye Tabi Tutulmama

Madde 22- Kanunda gösterilen istisnalar hariç olmak üzere, kimse, rızası olmaksızın ve verdiği rızaya uygun olmayan bir şekilde tıbbi ameliyeye tabi tutulamaz.

Bir suç işlediği veya buna iştirak ettiği şüphesi altında bulunan kişinin işlediği suçun muhtemel delillerinin, kendisinin veya mağdurun vücudunda olduğu düşünülen hallerde; bu delillerin ortaya çıkarılması için sanığın veya mağdurun tıbbi ameliyeye tabi tutulması, hakimın kararına bağlıdır.

Gecikmesinde sakınca bulunan hallerde bu ameliye, cumhuriyet savcısının talebi üzerine yapılabilir.

Bilgilerin Gizli Tutulması

Madde 23- Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiçbir şekilde açıklanamaz. Kişinin rızasına dayansa bile, kişilik haklarından bütünüyle vazgeçilmesi, bu hakların başkalarına devri veya aşırı şekilde sınırlandırılması neticesini doğuran hallerde bilginin açıklanması, bunları açıklayanın hukuki sorumluluğunu kaldırmaz.

Hukuki ve ahlaki yönden geçerli ve haklı bir sebebe dayanmaksızın hastaya zarar verme ihtimali bulunan bilginin ifşa edilmesi, personelin ve diğer kimselerin hukuki ve cezai sorumluluğunu da gerektirir.

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

Beşinci Bölüm

Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası

Hastanın Rızası ve İzin

Madde 24- Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.

Kanuni temsilci tarafından muvafakat verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi;

Türk Medeni Kanunu'nun 272 nci ve 431 inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır.

Kanuni temsilciden veya mahkemeden izin alınması zaman gerektirecek ve hastaya derhal müdahale edilmediği takdirde hayatı veya hayati organlarından birisi tehdit altına girecek ise, izin şartı aranmaz.

Üçüncü fıkrada belirtilen ve hayatı veya hayati organlardan birisini tehdit eden acil haller haricinde, rızanın her zaman geri alınması mümkündür.

Rızanın geri alınması, hastanın tedaviyi reddetmesi anlamına gelir.

Rızanın müdahale başladıktan sonra geri alınması, ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır.

Tedaviyi Reddetme ve Durdurma

Madde 25- Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir.

Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz.

Küçüğün veya Mahcurun Tıbbi Müdahaleye İştiraki

Madde 26- Kanuni temsilcinin muvafakatinin gerektiğı ve yeterli olduğı hallerde dahi, mümkün olduğı ölçüde küçük veya mahcur olan hastanın dinlenmesi suretiyle tıbbi müdahaleye iştiraki sağlanır.

Alışılmış Olmayan Tedavi Usullerinin Uygulanması

Madde 27- Klinik veya laboratuvar muayeneleri sonucunda bilinen klasik tedavi metotlarının hastaya fayda vermeyeceğinin sabit olması ve daha evvel deney hayvanları

üzerinde kafi derecede tecrübe edilmek suretiyle faydalı tesirlerinin anlaşılmaması ve hastanın rızasının bulunması şartları birlikte mevcut olduğunda, bilinen klasik tedavi metotları yerine başka bir tedavi usulü uygulanabilir. Ayrıca, bilinen klasik tedavi metodu dışındaki bir metodun uygulanabilmesi için, hastaya faydalı olacağının ve bu tedavinin bilinen klasik tedavi usullerinden daha elverişsiz sonuç vermeyeceğinin muhtemel olması da şarttır.

Evvelce tecrübe edilmemiş bir tıbbi tedavi ve müdahale usulü, ancak zarar vermeyeceğinin ve hastayı kurtaracağının mutlak olarak öngörülmesi halinde yapılabilir.

Altıncı Bölüm'de yer alan hükümler saklıdır.

Rızanın Şekli ve Geçerliliğı

Madde 28- Mevzuatın öngördüğü istisnalar dışında, rıza herhangi bir şekle bağı değildir.

Hukuka ve ahlaka aykırı olarak alınan rıza hükümsüzdür ve bu şekilde alınan rızaya dayanılarak müdahalede bulunulamaz.

Organ ve Doku Alınmasında Rıza

Madde 29- 18 yaşından küçük ve mümeyyiz olmayanlardan organ ve doku alınamaz. Bu şartları tamam olanlardan teşhis, tedavi ve bilimsel amaçlar ile organ veya doku alınması, 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun'un 6 ncı maddesinde öngörülen yazılı şekil şartına tabidir. Ölüden organ ve doku alınma şartı ve cesetlerin bilimsel araştırma için muhafazası hususunda 2238 sayılı Kanun'un 14 üncü maddesi hükümleri saklıdır.

Aile Planlanması Hizmetleri ve Gebeliğin Sona Erdirilmesi

Madde 30- İlgilinin rızası mevcut olsun veya olmasın, Bakanlık tarafından tespit edilmiş olanlar dışındaki ilaç ve araçlar aile planlaması hizmetlerinde kullanılamaz. Gebeliğin sona erdirilmesi, 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile öngörülen şartlara tabidir.

Sterilizasyon ve gebeliğin sona erdirilmesi hallerinde, hastanın rızası ile evli ise eşinin de rızası gereklidir.

Rızanın Kapsamı

Madde 31- Rıza alınırken hastanın veya kanuni temsilcisinin tıbbi müdahalenin konusu ve sonuçları hakkında bilgilendirilip aydınlatılması esastır.

Hastanın, uygulanacak tıbbi müdahale için verdiği rıza, bu müdahalenin gerektirdiği sair tıbbi işlemleri de kapsar. Ancak, tıbbi işlemlerin uygulanmasında, bu Yönetmelik'te ve diğer mevzuatta belirlenen hakların ihlal edilmemesi için azami ihtimam gösterilir.

Altıncı Bölüm

Tıbbi Araştırmalar

Tıbbi Araştırmalarda Rıza

Madde 32- Hiç kimse; Bakanlığın izni ve kendi rızası bulunmaksızın, tecrübe, araştırma veya eğitim amaçlı hiçbir tıbbi müdahale konusu yapılamaz. Tıbbi araştırmalardan beklenen tıbbi fayda ve toplum menfaati, üzerinde araştırma yapılmasına rıza gösteren gönüllünün hayatından ve vücut bütünlüğünün korunmasından üstün tutulamaz.

Tıbbi araştırmalar, sadece, mevzuata göre araştırmada bulunmayan yetkili ve yeterli tıbbi bilgi ve tecrübeyi haiz olan personel tarafından, mevzuat ile belirlenmiş bulunan yerlerde yürütülür.

Gönüllünün tıbbi araştırmaya rıza göstermiş olması, bu araştırmada görev alan personelin sorumluluğunu ortadan kaldırmaz.

Gönüllünün Korunması ve Bilgilendirilmesi

Madde 33- Araştırmalarda, gönüllünün sağlığına ve diğer kişilik haklarına zarar verilmemesi için gereken bütün tedbirler alınır. Araştırmanın gönüllüye vereceği

muhtemel zararlar önceden tespit edilemediği takdirde; gönüllü, rızası bulunsa dahi, araştırma konusu yapılamaz.

Gönüllü; araştırmanın maksadı, usulü, muhtemel faydaları ve zararları ve araştırmaya iştirak etmekten vazgeçebileceği ve araştırmanın her safhasında başlangıçta verdiği rızayı geri alabileceği hususlarında, önceden yeterince bilgilendirilir.

Rıza Alınmasının Usulü ve Şekli

Madde 34- Tıbbi araştırma hakkında yeterince bilgilendirilmiş olan gönüllünün rızasının maddi veya manevi hiçbir baskı altında olmaksızın, tamamen serbest iradesine dayanılarak alınmasına azami ihtimam gösterilir. Tıbbi araştırmalarda rıza yazılı şekil şartına tabidir.

Küçüklerin ve Mümeyyiz Olmayanların Durumu

Madde 35- Reşit ve mümeyyiz olmayanlara, kendilerine faydası olmadan, sırf tıbbi araştırma amacı güden tıbbi müdahaleler hiçbir surette tatbik edilemez. Faydaları bulunması şartı ile reşit ve mümeyyiz olmayanlar üzerinde tıbbi araştırma yapılması, velilerinin veya vasilerinin rızasına bağlıdır.

Kanuni temsilci tarafından muvafakat verilmeyen hallerde, 24 üncü maddenin ikinci fıkrası hükmü uygulanır.

İlaç ve Terkiplerin Araştırma Amacıyla Kullanımı

Madde 36- Özel mevzuatına göre izin veya ruhsat alınmış olsa dahi, sırf tıbbi araştırma amacı ile hasta üzerinde kendi rızası ve Bakanlığın izni bulunmaksızın hiçbir ilaç ve terkip kullanılamaz.

İlaç ve terkiplerin tıbbi araştırmada kullanımı, 29/11/1993 tarihli ve 21480 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik hükümlerine tabidir.

Yedinci Bölüm

Diğer Haklar

Güvenliğin Sağlanması

Madde 37- Herkesin, sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu istemek hakları vardır.

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

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

Dini Vecibeleri Yerine Getirebilme ve Dini Hizmetlerden Faydalanma

Madde 38- Sağlık kurum ve kuruluslarının imkanları ölçüsünde hastalara dini vecibelerini serbestçe yerine getirebilmeleri için gereken tedbirler alınır.

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

İfadeye muktedir olmayıp da dini inancı bilinen ve kimsesiz olan agoni halindeki hastalar için de, talep şartı aranmaksızın, dini inançlarına uygun olan din görevlisi çağrılır.

Bu hakların nasıl ve ne zaman kullanılacağı ve bu konuda alınacak tedbirler, sağlık kurulusunun çalışma usul ve esaslarını gösteren mevzuatta ayrıca düzenlenir.

İnsani Değerlere Saygı Gösterilmesi ve Ziyaret

Madde 39- Hasta, kişilik değerlerine uygun bir şekilde ve ortamda sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkına sahiptir.

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

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

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

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

Refakatçi Bulundurma

Madde 40- Muayene ve tedavi sırasında hastaya yardımcı olmak üzere; mevzuatın ve kurum imkanlarının elverdiği ve hastanın sağlık durumunun gerektirdiği ölçüde, tedaviden sorumlu olan tabibin uygun görmesine bağlı olarak, refakatçi bulundurulması istenebilir. Bu hakkın nasıl ve ne zaman kullanılacağı ve bu konuda alınacak tedbirler, sağlık kurum ve kuruluşunun çalışma usul ve esaslarını gösteren mevzuata ayrıca düzenlenir.

Hizmetin Sağlık Kurum ve Kuruluşu Dışında Verilmesi

Madde 41- Hastalar, aşağıdaki hallerde sağlık hizmetlerinden bulundukları yerlerde de faydalanabilirler:

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

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

Sekizinci Bölüm

Sorumluluk ve Hukuki Korunma Yolları

Müracaat, Şikayet ve Dava Hakkı

Madde 42- Hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikayet ve dava hakları vardır.

Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Sorumluluğu

Madde 43- Hasta haklarının ihlali halinde, personeli istihdam eden kurum ve kuruluş aleyhine maddi veya manevi veyahut hem maddi ve hem de manevi tazminat davası açılabilir. Ancak, aleyhine dava açılacak merciin kamu kurum ve kuruluşu olması halinde;

a) 2577 sayılı İdari Yargılama Usulü Kanunu'nun 12 nci maddesine göre; hakkın bir idari işlem dolayısı ile ihlal edilmesi halinde ilgililer, doğrudan doğruya tam yargı davası veya iptal ve tam yargı davalarını birlikte açabilecekleri gibi ilk önce iptal davası açarak bu davanın karara bağlanması üzerine dava açma süresi içerisinde tam yargı davası açabilirler.

b) Aynı Kanun'un 13 üncü maddesi uyarınca, zarar verici eylemin öğrenildiği tarihten itibaren en geç bir yıl içinde maddi ve manevi tazminat olarak istenilen tazminat miktarı ayrı ayrı gösterilerek idareye müracaat edilmesi ve talebin açıkça veya zımnen reddi halinde kanuni süresi içinde idari yargı mercilerinde dava açılması gerekir.

Devlet Memuru veya Diğer Kamu Görevlisi Personelin Sorumluluğu

Madde 44- Bu Yönetmelik'te gösterilmiş olan hasta haklarının fiilen kullanılmasına mani olan veya bu hakları başka şekilde ihlal eden personelin, cezai, mali ve inzibati sorumluluklarının tamamı veya bunlardan bir kısmı doğabilir.

Birinci fıkrada belirtilen sorumluluklar haricinde, ihlalin durumuna göre, personeli istihdam eden kurum ve kuruluş tarafından personel hakkında uygulanacak idari tedbir ve müeyyideler saklıdır.

Kamu Personelinin Sorumluluğunu Tespit Usulü

Madde 45- Kamu kurum ve kuruluşlarında görevli personelin, hasta haklarını ihlal eden fiil ve halleri, şikayet halinde veya idarece kendiliğinden tespit edildiğinde, hadisenin takibi, soruşturulması ve gerekir ise müeyyideye bağlanması için doğrudan valiliklerce veyahut Bakanlık veya personelin görevli olduğu kurumlar tarafından müfettiş veya muhakkik görevlendirilir.

Kamu Personeli Hakkındaki Müeyyideler

Madde 46- Hasta haklarının Devlet memuru veya diğer kamu görevlisi personel tarafından ve görevleri sırasında herhangi bir şekilde ihlali halinde uygulanacak müeyyideler aşağıda gösterilmiştir:

a) Kamu görevlisi olan personelin fiilinin niteliğine göre, soruşturmacı tarafından hakkında disiplin cezası teklif edilmiş ise, mevzuatın öngördüğü disiplin cezaları yetkili amir veya kurullarca usulüne göre takdir edilir.

b) Hak ihlali aynı zamanda ceza hukukuna göre suç teşkil ettiği takdirde, memur olan personel hakkında, Memurin Muhakematı Hakkında Kanunu Muvakkat hükümlerine

göre yapılan soruşturma sonucunda lüzum-u muhakeme kararı verilir ise, dosya cumhuriyet başsavcılığı'na gönderilerek ceza davası açılması ve böylece personel hakkında fiiline uygun ulunan cezai müeyyidenin tatbiki sağlanır.

c) Anayasa'nın 40. maddesinin ikinci fıkrası, 129. maddesinin beşinci fıkrası ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 13. maddesi ve ilgili diğer mevzuat uyarınca, memurların ve diğer kamu görevlilerinin hukuki sorumluluğu doğrudan doğruya memur aleyhine açılacak dava yolu ile gerçekleştirilemez. Dava, 43 üncü maddede gösterilen usule göre, ancak idare aleyhine açılabilir. Bu personelin hukuki sorumluluğunun doğması, idare aleyhine açılacak dava neticesinde tazmin kararı verilmesine bağlıdır.

Kamu görevlisi personelin verdiği zarar, mahkeme kararı üzerine idare tarafından tazmin edildikten sonra, müsebbibi olan sorumlu personele rücu edilir.

d) Kamu görevlisi personelin mesleklerini resmi görevleri dışında serbest olarak icra etmekte iken işledikleri fiillerden dolayı haklarında 47 nci maddeye göre işlem yapılır.

Kamu Görevlisi Olmayan Personelin Sorumluluğu

Madde 47- Hasta haklarının Devlet memuru veya diğer kamu görevlisi olmayan personel tarafından herhangi bir şekilde ihlali halinde uygulanacak müeyyideler aşağıda gösterilmiştir:

a) Kamu görevlisi olmayan personel; hakları ihlal edilen hastanın doğrudan vaki olacak şikayeti üzerine veya bu fiillerin başka şekilde tespiti halinde Bakanlık veya başka kurum ve kuruluşlar tarafından yapılan bildirim üzerine, bunların özel kanunlara göre kurulmuş olan kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları haysiyet divanlarınca disiplin cezaları ile cezalandırılabilir.

b) Kamu görevlisi olmayan personelin hasta haklarını ihlallerinden doğan hukuki sorumlulukları, genel hükümlere göre doğrudan doğruya kendilerine veya bunları çalıştıran kurum ve kuruluşlara karşı veya hem kendilerine ve hem de çalıştıranlara karşı birlikte dava açılarak ileri sürülebilir.

c) Kamu görevlisi olmayan personel hakkında, ceza hukukuna göre suç teşkil eden fiilleri sebebiyle cezai müeyyideler tatbik edilmesi, genel hükümlere göre doğrudan doğruya cumhuriyet savcılıklarına yapılacak ihbar veya şikayet yoluyla gerçekleştirilebilir.

Dokuzuncu Bölüm

Son Hükümler

Kurum ve Kuruluş Yetkililerinin Görevi

Madde 48- Sağlık kurum ve kuruluşlarının yetkilileri; bu Yönetmelik'te ve diğer mevzuatta belirtilen hasta haklarının lafzına ve ruhuna uygun olarak kullanılabilmesine yardımcı olmak amacı ile bu Yönetmelik'te gösterilen "hasta hakları"nı bir liste, tabela veya broşür haline getirerek, bunları sağlık kurum ve kuruluşunun, hastalar, personel ve ziyaretçiler tarafından kolayca ulaşılabilecek uygun yerlerinde bulundurmaya da dahil olmak üzere, gereken bütün tedbirleri almakla mükellef ve yetkilidir.

Saklı Olan Hükümler

Madde 49- Milli güvenliğin, kamu düzeninin, kamu yararının, genel ahlakın ve genel sağlığın korunması maksatları ve kanun hükümleri ile getirilen özel düzenlemeler ve sınırlamalar saklıdır.

Yürürlük

Madde 50- Bu Yönetmelik, yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

Madde 51- Bu Yönetmelik hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

EK-8

HASTA HAKLARI UYGULAMA YÖNERGESİ (26.04.2005)

Birinci Bölüm

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

Madde 1- Bu yönergenin amacı; yönerge kapsamındaki sağlık kurum ve kuruluşlarında Hasta Hakları Uygulamalarının insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin “Hasta Haklarından” faydalanabilmesinde, hak ihlallerinden korunabilmesinde ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesinde hasta hakları uygulamalarının planlanması, değerlendirilmesi, uygulanması ve denetlenmesi ile ilgili esas ve usulleri belirleyerek sağlık hizmetlerinin eşit, kaliteli ve etkin olarak sunumunu sağlamaktır.

Kapsam

Madde 2- Bu yönerge; Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsar.

Dayanak

Madde 3- Bu yönerge; 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 9. maddesinin (c) bendine, 181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43. maddesine ve 01.08.1998 tarih 23420 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

Madde 4– Bu yönergede geçen;
Bakanlık: Sağlık Bakanlığı’nı,

Hasta Hakları Şubesi: Hasta Hakları Uygulamalarının planlanması, değerlendirilmesi, uygulanması ve denetlenmesinin sağlandığı Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Şubesini,

Hasta Hakları İl Koordinatörlüğü: Sağlık Müdürlüklerinde kurulacak olan birimi

Hastane Hasta Hakları Kurulu: Hastane hasta hakları biriminden gelen raporları değerlendiren, sonuçlandıran ve hasta hakları uygulamalarının geliştirilmesine yönelik önerilerde bulunan ve söz konusu sağlık kurumlarında oluşturulan kurulu,

Hastane Hasta Hakları Birimi: Hastanelerde, hasta hakları ihlallerinin önlenmesi amacıyla başvuruları kabul eden, acil sorunlara yönelik çözümü sağlayan ve bir üst birimi bilgilendiren, sağlık çalışanlarının ve hastaların hasta hakları ile ilgili eğitimlerinden sorumlu birimi,

Hasta Hakları: Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından kabul edilen uluslararası sözleşmelerde ve ulusal mevzuatta belirlenen hasta haklarını,

Hasta Hakları İletişim Birimleri: Hasta hakları birimlerinin kurulamadığı sağlık kurum ve kuruluşlarında oluşturulan birimleri,

Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapan Sağlık Kuruluşları: Sağlık Evi, Sağlık Birimi, Sağlık Ocağı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi, Verem Savaş Dispanseri, Kansere Savaş Dispanseri, Sağlık Merkezi, Halk Sağlığı Laboratuvarı ve 112 Acil Hizmetleri Birimi ve benzeri kamu kurum ve kuruluşları ifade eder.

İkinci Bölüm

Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları Şubesinin Kuruluş ve Görevleri

Kuruluş

Madde 5- Hasta hakları ihlallerinin önlenmesi, hasta hakları uygulamalarının geliştirilmesi, ülke genelinde planlanması, denetlenmesi ve koordinasyonundan sorumlu, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Hasta Hakları Şubesi kurulur. Şube yeteri kadar sağlık ve genel idare sınıfı personelinden oluşur.

Hasta Hakları Şubesinin Görevleri

Madde 6-Şube aşağıdaki faaliyetleri icra eder.

1- Hasta hakları uygulamalarının kurumsallaşmasına yönelik faaliyetleri kapsamında; Hasta Hakları İl Koordinatörlüğü'nün kurulmasını sağlamak.

Hastanelerde Hasta Hakları Kurullarının kurulmasını sağlamak.

Sağlık kurumlarında oluşturulan Kurul ve Birimde görev alacak ekibin niteliğini belirlemek.

Ağız Diş Sağlığı Merkezlerinde Hasta Hakları Birimleri'nin kurulmasını sağlamak.

2- Hasta hakları uygulamalarını iyileştirme ve hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik faaliyetleri kapsamında ;

Hasta hakları uygulamalarına yönelik projeler üretmek.

Gerek hasta hakları kurulu ve hasta hakları birimi bünyesinde, gerekse sağlık kurumunun sağlık çalışanları ile hasta ve yakınlarının hasta hakları konusunda sürekli eğitimlerini koordine etmek, danışmanlık yapmak, denetlemek.

3- Hasta Hakları uygulamaları koordinasyonuna yönelik faaliyetleri kapsamında; Doğrudan başvuruları ilgili kuruma yönlendirmek.

Başvuruların zamanında sonuçlandırılmasını sağlamak,.

Bakanlık ve Bakanlık dışı birimler arasında işbirliği ve koordinasyonu sağlamak.

Kurumların hasta hakları uygulamaları performansını değerlendirmek.

4- Hasta Hakları uygulamasının tanıtım ve bilgilendirme faaliyetleri kapsamında ;

Kitap, afiş, broşür, dergi vs. yayın hazırlanmasını sağlamak.

Hasta Hakları web sayfasını oluşturmak,geliştirmek,işlerliğini sağlamak.

Seminer, sempozyum gibi etkinliklere katılmak, güncel ve konu ile ilgili yayınları izlemek, ilgili yerlere duyurmak.

5- Araştırma, değerlendirme ve denetim faaliyetleri kapsamında ;

Hasta hakları ile ilgili araştırmalar yapmak, yaptırmak.

Hasta hakları uygulamalarını sistematik olarak değerlendirmek, bunun için gerekli istatistik ve kayıt sistemleri geliştirmek.

Sağlık M¼d¼rl¼ę¼nden gelen formları incelemek ve değerlendirmek.

T¼m kamu kurum ve kuruluşlarında y¼r¼t¼len hasta hakları uygulamalarını yerinde denetlemek ve denetlenmesini sağlamak.

Uluslararası hasta hakları uygulamalarını araştırmak, ¼lkemize uyarlanmasını sağlamak.

6- Sertifika, katılım belgesi, kredi sistemi gibi ¼d¼l sistemleri geliştirilmesine y¼nelik faaliyetlerde bulunmak.

¼ç¼nc¼ B¼l¼m

Hasta Hakları İl Koordinat¼rl¼ę¼

İl Koordinat¼rl¼ę¼

Madde 7- İl koordinat¼rl¼ę¼ hasta hakları uygulamalarını il genelinde koordine etmek ve denetlemek amacıyla Sağlık M¼d¼rl¼ę¼ b¼nyesinde kurulur. Koordinat¼rl¼ę¼n g¼revlerini y¼r¼tmesine uygun oda ve gerekli ihtiyaçları il m¼d¼rl¼ę¼nce karşılanır. İl koordinat¼rl¼ę¼ yeterince sağlık ve genel idare sınıfı personelden oluşturulur.

İl Koordinat¼r¼

Madde 8- İl koordinat¼r¼, İl Sağlık M¼d¼r¼n¼n ¼nereceęi kişiler arasından, Valiliğin teklifi Bakanlığın onayı ile g¼revlendirilir. İl Sağlık M¼d¼r¼ adına hasta hakları uygulamaları g¼revini y¼r¼t¼r. İl Koordinat¼r¼ Halk sağlığı uzmanı, deontoloji uzmanı, pratisyen hekim, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, halkla ilişkiler uzmanı meslek elemanları arasından belirlenir. İl Koordinat¼r¼, Hasta hakları ile ilgili çalışmaların il genelinde sorumlusudur. İl ve ilçe genelinde hasta hakları kurullarının ve birimlerinin işleyişlerini ve uygulamalarını denetlemek ve izlemekle y¼k¼ml¼d¼r. İl koordinat¼r¼, kendi işteği dışında başka bir kurum, kuruluş veya ¼nitede g¼revlendirilemez. Yaptıkları iş gereğince ayrımcılığa veya ceza olarak algılanabilecek işleme tabi tutulamazlar. İl koordinat¼r¼, Valiliğin teklifi ve Bakanlığın onayı ile g¼revden alınabilir, yeri değiştirilebilir.

İl Koordinatörlüğünün Görevleri

Madde 9- İl koordinatörü aşağıdaki hususları yerine getirmekle yükümlü ve sorumludur.

İl Koordinatörlüğünün görevleri şunlardır:

Görevli olduğu ildeki sağlık çalışanlarının hasta hakları uygulamaları ile ilgili hizmete uyum ve eğitim ihtiyaçlarını belirlemek üzere hastane hasta hakları birimleri ile sürekli iletişimde olmak.

İl genelinde tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında bulunan kurul ve birim görevlilerine hasta hakları uygulamaları ve eğitimi konusunda toplantı organize etmek, bu birimleri bilgilendirmek, uygulamaları sürdürmek, toplantı kayıtlarının raporlarını tutmak.

Hasta hakları uygulamaları ve eğitimleri konusunda danışmanlık yapmak.

Hasta hakları uygulamaları ve eğitimleri konularını kurul ve birim görevlilerinin desteğini alarak onların ihtiyaçları doğrultusunda belirlemek.

Eğitime katılanlar için sertifika, katılım belgesi, kredi sistemi gibi ödül sistemlerinin geliştirilmesine destek olmak.

Hastanelerin hasta hakları uygulamalarını ve eğitimlerini yerinde denetlemek.

Sağlık hizmet sunumunu kolaylaştırmak, sağlık hizmetlerinden yararlanma sürelerini kısaltmak ve vatandaşların sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğini artırmak amacıyla polikliniklerde “Hekim Seçme Uygulaması”nı koordine etmek.

Hasta hakları birimlerinin doldurdıkları hasta hakları formlarını kontrol etmek ve istenilen formları düzenli olarak Bakanlığa göndermek.

İl Koordinatörlüğü bünyesinde arşiv oluşturmak.

Hasta hakları uygulamalarını geliştirmek için ildeki imkanları değerlendirmek, yetkililerle işbirliği yaparak araç-gereç ve malzemelerin temini, bakım, onarım ve korunmasını sağlamak.

Eğitim programlarına katkıda bulunacak eğitimciler ile işbirliği yapmak, üniversite, kütüphane gibi kurumlardan yararlanmak.

Görevi ile ilgili seminer, konferans gibi etkinliklere katılmak, güncel ve mesleki yayınları izlemek ve ilgili yerlere duyurmak

Hasta hakları uygulamaları hakkında vatandaşların, hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesini sağlamak.

Kurul kararlarının yerine getirilip getirilmediğini kontrol etmek.

İlçe ve grup başkanlıklarında hasta hakları uygulamalarının başlatılması ve geliştirilmesi için plan, program hazırlamak ve uygulamak.

Hasta hakları kurulları ve birimleri hakkında yapılan şikayetleri incelemek, sonuçlandırmak.

Dördüncü Bölüm

Hastane Hasta Hakları Kurulu ve Biriminin Teşekkülü, Görevleri, Çalışma Usul ve Esasları ile Kurul ve Birimlerde Çalışanların Görev ve Yetkileri

Hasta Hakları Kurulu

Madde 10- Hasta hakları uygulamalarını planlamak, değerlendirmek, uygulamak ve önerilerde bulunmak amacıyla il merkezlerindeki bütün kamu hastaneler ile ilçelerdeki 100 yatak üzerindeki hastanelerde “Hasta Hakları Kurulu” oluşturulur. Kurul biri başkan olmak üzere toplam 8 kişiden teşekkül eder.

Kurul Üyeleri

Madde 11- Hasta Hakları Kurulu aşağıdaki üyelerden oluşur;

Başkan: Kamu hastanelerinde hastanenin kalite hizmetlerinden sorumlu Baştabip Yardımcısı, kurulun başkanıdır.

Hasta Hakları Birim Sorumlusu,

Hakkında başvuruda bulunulan personelin birim sorumlusu,

Hasta hakları konusunda faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşu temsilcisi (Kurula kabul edilme şartları 44.maddede belirlenmiştir.)

Varsa hastanın avukatı (Hastayı temsil ettiğine dair vekaletin bulunması gerekir. Ayrıca hasta veya yakını isterlerse kurula girerek kurul üyelerini konu hakkında bilgilendirebilirler. Ama oylamaya katılamazlar ve oylama sırasında kurulda bulunamazlar.)

4688 Sayılı Kamu Sendikaları Kanununa göre kurumda yetki almış sendika temsilcisi,

Valiliğin belirleyeceği bir vatandaş. (Kendisi ve yakınlarının Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarla ticari ilişkisi olmayan, sağlık hizmetleri veya sosyal hizmetler alanında temayüz etmiş, 65 yaşını doldurmamış, kurula sürekli olarak katılmasını engelleyecek kronik bir rahatsızlığı olmayan, gönüllü bir kişi kurulda görev alır.)

İl genel meclisi üyeleri arasından Vali tarafından seçilecek bir üye,

Kurul Başkanının Görev ve Yetkileri

Madde 12- Daha önceden belirlenen gün ve saatte toplantı yapılmasını sağlamak.

Başvuru yapılan çalışan hakkında bilgi alınmasını sağlamak.

Hasta hakları uygulamalarının iyileştirilmesi çalışmaları ile ilgili olarak kurul tarafından alınan önerilerin uygulanmasını takip etmek ve İl Koordinatörüne bilgi vermek.

Bakanlık tarafından planlanan eğitimlere yardımcı olmak.

Başka kurumlardan resmi olarak kurumuna hasta hakları konusunda eğitim almaya gelen çalışanlara danışmanlık, eğitmenlik yapmak.

Kurul hizmetlerinin hasta hakları ile ilgili mevzuata ve yönerge esaslarına uygun olarak yapılmasını sağlamak.

Kurulun Görevleri, Çalışma Usul ve Esasları

Madde 13- Hasta hakları ve uygulamalarını gerçekleştirmek, başvuru dosyalarını değerlendirmek, hasta haklarının geliştirilmesi için tavsiyelerde bulunmak.

Hasta hakları kurulları başvuru dosyalarını hasta hakkı ihlali açısından değerlendirip idareye görüşünü sunmakla yükümlüdür. İdare gerekli önlemleri alır ve girişimlerde bulunur.

Kurul başvuru dosyası durumuna göre bu yönergede belirlenen iş ve işlemleri yapmak üzere haftada en az bir defa toplanır. Görüşülecek dosya olmadığı durumlarda kurul en fazla 15 günde bir defa toplanır. Toplantı tarihinden bir gün önce hasta hakları birim sorumlusu kurul üyelerini toplantının yapılacağı yer tarih ve saat konusunda bilgilendirir.

Kurul, gelen başvuru dosyalarını değerlendirerek hasta hakları mevzuatı çerçevesinde kesin bir karara bağlar. Başvurunun birim tarafından alınmasından sonra karar verme süresi 15 iş günüdür.

Teknik bilgi veya uzmanlık isteyen konularda kurum dışında bir bilirkişinin incelemesi için başvuru dosyasını kurul, kurum idaresine gönderir. Gerekli işlemleri idare gerçekleştirir. Bu konuda başvuru sahibine konu hakkında bilgi verilir.

Kurul gizlilik esasına göre hareket eder. Kararları gizli oyla alır. Kurul kararlarının objektifliği, mahremiyeti ve gizliliğinin sağlanması, başvuru yapan kişinin ve hakkında başvuru yapılan çalışanın isminin ifşa olmaması için; Kurulda görüşülen dosyalarda geçen isimler yerine “ÇALIŞAN” ve “BAŞVURAN” ibarelerini kullanarak başvuru sahibinin ve hakkında başvuru yapılan çalışanın adı, soyadı ve diğer bilgilerinin gizlenmesi sağlanır. Kurul başkanı çalışanın mesleği ve çalıştığı bölüm hakkında bilgi verir. Başvuru yapan hasta yada yakınının adres bilgileri hiçbir şekilde kurul başkanı ve birim sorumlusu dışında kimseye verilemez. Kurul başkanı ve birim sorumlusu bu bilgileri gizli tutmakla yükümlü ve sorumludur.

Oylama gizli yapılır. Kararlar oy çokluğu ile alınır. Oyların eşitliği halinde başkanın taraf olduğu görüş kabul edilir.

Alınan kararlar Hasta Hakları Kurul Karar Formuna yazılır ve kurul üyeleri tarafından imzalanarak Hasta Hakları Birimi’ne gönderilir.

Kurulda belirlenen öneriler / tavsiyeler Kurul Önerileri Formu’na kaydedilerek imza altına alınır. Hasta Hakları Birimine gönderilir.

Kurumlarında hasta hakları uygulamaları ile ilgili personele yapılması gereken eğitimleri planlar, yerinde inceleme ve değerlendirme yapar.

Adli yargıya intikal eden, muhakkik tayin edilen ve/veya idari soruşturmaya konu olduğu halde kurula intikal eden başvurular kurulda görüşülmez, başvuru sahibine yapılan diğer işlemler hakkında bilgi verilir.

Hastane hasta hakları kurulları iş akış şeması ekte verilmiş olup, iş ve işlemler şemada belirtilen çerçevede yürütülür.

Hastane Hasta Hakları Birimi

Madde 14- Hasta hakları uygulamalarının planlanması, değerlendirilmesi, uygulanması amacıyla İllerde tüm kamu hastaneleri, dış hastaneleri ve ilçelerdeki 100 yatak kapasitesi üzerindeki hastanelerde “Hasta Hakları Birimi” kurulur. Birim yeteri kadar sağlık hizmetleri sınıfı ve genel idare hizmetleri sınıfı çalışandan oluşur. Birim, Hasta Hakları Kurul Başkanı olan Başhekim Yardımcısına bağlı olarak faaliyet gösterir.

Hasta Hakları Birim Sorumlusu

Madde 15- Birim sorumlusu; kamu hastaneleri için sosyal hizmet uzmanı, psikolog, halkla ilişkiler uzmanı, hemşire (fakülte mezunu) unvanına sahip kişiler arasından, Valiliğin teklifi Bakanlığın onayı ile görevlendirilir. Hasta hakları konusunda eğitim alarak bu birimlerde görevlendirilen personelin tayin, nakil vb. işlemlerde öncelikle hastane hasta hakları birimi olan yerlerde görevlendirilir. Hasta Hakları biriminde çalışan personel görevlendirildikten sonra kendi istekleri dışında başka bir kurum, kuruluş veya üniteye görevlendirilemezler. Yaptıkları iş gereğince ayrımcılığa veya ceza olarak algılanabilecek işleme tabi tutulamazlar. Birim sorumlusu, Valiliğin teklifi Bakanlığın onayı ile görevden alınabilir, yeri değiştirilebilir. Bu konuda bakanlığın vermiş olduğu hizmet içi eğitimlere katılmayanlar birim sorumlusu olarak teklif edilemezler.

Hasta Hakları Birim Sorumlusunun Görev ve Sorumlulukları:

Madde 16- Başta çocuklar ve özürlüler olmak üzere tüm hastaların danışmanlığını ve savunuculuğunu yapmak.

Başvuruları almak, ilk görüşmeyi yapmak, hasta hakları başvuru formunu doldurmak, başvuru sahibine bilgi vermek, danışmanlık yapmak.

Başvurular yerinde çözülürse, “Yerinde Çözülen Sorunlar Defteri”ne (Formata uygun olacak şekilde) doldurmak. Yerinde çözilemeyen sorunlar için ise hasta hakları başvuru formunu doldurarak internete kaydetmek ve hasta hakları kuruluna ilgili belgelerle birlikte göndermek.

Başvuru alındığında durum acil ise aynı gün hastane idaresini bilgilendirmek.

Hakkında başvuru yapılan çalışan hakkında aynı gün Kurul Başkanı imzası ile “Bilgi Formu” doldurmak ve bilgi istemek. Bilgi isteme formunda bilgi istenen kişinin ismi dışında kişisel bilgilerinin gizli tutulmasını sağlamak, formu imza karşılığı teslim etmek ve imza karşılığı almak.

Bilgi Formu’nun 2 gün içinde cevaplandırılmasının takibini yapmak.

Hastaların eleştirisi ve önerilerini dinlemek.

Hasta hakları uygulamalarını geliştirmek için çalışmalar yaparak kurula sunmak.

Hasta hakları uygulamaları ile ilgili eğitim gereksinimlerini belirlemek, öncelikleri saptamak, eğitim konularını belirlemek, uygun zaman, yer , uygulama alanları ve eğitilen kişilerin belirlenmeleri konularında hasta hakları kurulu ile işbirliği yapmak, Hasta Hakları İl Koordinatörüne bilgi vermek ve görüşlerini almak.

Hasta hakları uygulamaları ile ilgili eğitimlerin uygulanması, sorunlar ve gereksinimler konusunda hasta hakları il koordinatörüne bilgi vermek ve görüşlerini almak.

Eğitime katılan çalışanlar için ödül sistemini hasta hakları il koordinatörü ile birlikte geliştirmek.

Kendi kurumundaki eğitim programlarını hazırlamak, organize etmek, yürütmek ve eğitim materyali geliştirmek.

Formların gözden geçirilmesi ve değerlendirme çalışmalarına katılmak.

Güncel ve görevi ile ilgili yayınları izlemek ve duyurmak.

Çalışmaları hasta merkezli yapmak, hastaların haklarını daha çok koruyan ve hastaları memnun etmeye ve alınan kararlara hastaları da dahil etmeye yönelik uygulamaları başlatmak.

Hasta hakları ihlali nedeniyle kusurlu bulunan ve idareye bildirilen çalışan hakkında ilgili mevzuata göre idare tarafından yapılan işlemin sonucunu resmi olarak başvurana bildirmek.

Tüm işlemlerde gizliliği sağlamak.

Hasta Hakları Birim Memuru

Madde 17- Bilgisayar kullanmayı bilen rapor hazırlayabilecek, birimin istatistiklerini tutabilecek ve resmi yazışmaları yapabilecek yeterli sayıda personel görevlendirilir.

Birim sorumlusu tarafından verilen birimin faaliyet alanına giren görevleri yerine getirmekle yükümlüdür.

Birim Memurunun Görev ve Sorumlulukları:

Madde 18- İnternet üzerinden veri girişi işlemlerini başvurunun alınmasından itibaren 24 saat içinde yapmak.

Hasta hakları kurulunda incelenecek dosyaları hazırlamak.

Hasta hakları uygulamaları ile ilgili gerekli kayıtları ve istatistikleri tutmak.

İlgili birimlerle işbirliği yaparak araç-gereç ve malzemelerin bakım, onarım ve korunmasını sağlamak.

3 ayda bir istenilen istatistiki formları doldurarak Sağlık Müdürlüğü'ne göndermek.

Bilgi isteme formunda bilgi istenen kişinin ismi dışında kişisel bilgilerinin gizli tutulmasını sağlamak, formu imza karşılığı teslim etmek ve imza karşılığı almak.

Evrakları “Hasta Hakları Birimi Gelen-Giden Evrak Defteri”ne kaydetmek.

Kurulda görüşülecek dosya ile ilgili tüm bilgi ve belgeleri hasta hakları kurulu üyelerine başvurudan sonra en geç 4 gün sonra ellerinde olacak şekilde dağıtmak.

Kurulda alınan kararları ilgililere resmi olarak 3 iş günü içinde bildirmek ve bundan sonra yapılacaklar konusunda başvuran kişiye bilgi vermek.

Hastane dışına gönderilecek evrak için hastane evrak defterinden ayrıca sayı almak.

Kurul Kararları Öneri Formunda yer alan öneri, istek ve uygulamaların bir nüshasını idareye, bir nüshasını il koordinatörüne göndermek.

Hasta hakları uygulamaları ile ilgili araştırmalara, seminerlere katılmak, güncel ve konu ile ilgili yayınları izlemek, ilgili yerlere duyurmak, yayınlara katılmak gibi hususlarla ilgili işlemleri yürütmek.

Hastaların ihtiyacı olan birimlere kolayca ulaşabilmelerini temin etmek amacıyla hastanenin uygun yerlerinde hastalar, personel ve ziyaretçilerin kolayca ulaşip okuyabilecekleri bilgilendirici tabela, broşür, kitapçık, eğitici broşür, afiş vb, yeterince bulundurulmasını takip etmek.

Hasta Hakları Birimi Diğer Personeli

Madde 19- Hastalara gerektiğinde refakat edebilecek, yol gösterebilecek, hasta veya yakınına rehberlik edebilecek, evrakları takip edecek, yeterli sayıda yardımcı uygun personel görevlendirilir.

Fiziki Nitelikler

Madde 20- Hasta hakları birimleri başvuru yapacak olanların kolayca ulaşabilecekleri yerlerde, tercihen belirtilen yerleşim planına uygun olarak kurulur. Telefon, fax, internet bağlantılı bir bilgisayar, yeterli sayıda koltuk, sandalye ve masa gibi araç gerecin sağlanmasından Başhekim sorumludur. Hasta hakları birimlerinin iş akış şemaları verilmiştir.

Hasta Hakları İletişim Birimleri

Madde 21- 100 yataktan daha az yatak kapasitesine sahip ilçe hastanelerinde hasta hakları iletişim birimleri kurulur. Ancak bu yönergede belirlenen şekilde hasta hakları kurulu ve hasta hakları birimi oluşturabilenler bu şekilde hizmet sunabilir. Birim, Hasta Hakları Kurul Başkanı olan Başhekim Yardımcısına bağlı olarak faaliyet gösterir.

Hasta Hakları İletişim Birimi Sorumlusu

Madde 22- Tercihen lisans veya ön lisans mezunu sağlık personeli arasından sorumlu hekimin teklifi ile sağlık grup başkanı tarafından görevlendirilir. Hasta hakları eğitimi aldıktan sonra çalışmaya başlar.

Hasta hakları konusunda eğitim alarak bu birimlerde görevlendirilen personelin tayin, nakil vb. işlemlerde öncelikle hastane hasta hakları birimi olan yerlerde görevlendirilir. Hasta Hakları biriminde çalışan personel görevlendirildikten sonra kendi istekleri dışında başka bir kurum, kuruluş veya üniteye görevlendirilemezler. Yaptıkları iş gereğince ayrımcılığa veya ceza olarak algılanabilecek işleme tabi tutulamazlar. Birim sorumlusu, illerde Sağlık Müdürlüğünün teklifi ve Valiliğin onayı ile görevden alınabilir, yeri değiştirilebilir, ilçelerde Sağlık Grup Başkanı'nın teklifi ve Kaymakamın onayı ile görevden alınır.

Hasta Hakları İletişim Birimi Sorumlusunun Görev ve Sorumlulukları

Madde 23- Başta çocuklar ve özürliüler olmak üzere tüm hastaların danışmanlığını ve savunuculuğunu yapmak.

Başvuruları almak, ilk, görüşmeyi yapmak, hasta hakları başvuru formunu doldurmak, başvuru sahibine bilgi vermek, danışmanlık yapmak.

Başvurular yerinde çözülürse “Yerinde Çözülen Sorunlar Defteri”ne kaydetmek. Yerinde çözilemeyen sorunlar için ise hasta hakları başvuru formunu doldurarak Sağlık Gurup Başkanlıkları’nda kurulan Hasta Hakları Kurulu’na göndermek.

Hasta hakları kurulunda incelenmek üzere dosyayı hazırlamak.

Hasta hakları uygulamalarını geliştirmek için çalışmalar yaparak kurula sunmak.

Hasta hakları uygulamaları ile ilgili gerekli kayıt ve istatistikleri tutmak.

İlgili birimlerle işbirliği yaparak araç-gereç ve malzemelerin bakım, onarım ve korunmasını sağlamak.

3 ayda bir formları doldurarak Sağlık Müdürlüğüne göndermek.

Formların gözden geçirilmesi ve değerlendirilmesi çalışmalarına katılmak.

Başvuru alındığında durum acil ise aynı gün idareyi bilgilendirmek.

Hakkında başvuru yapılan çalışan hakkında aynı gün idare amirinin imzası ile “Bilgi Formu” doldurmak ve bilgi istemek. Bilgi isteme formunda bilgi istenen kişinin ismi dışında kişisel bilgilerinin gizli tutulmasını sağlamak, formu imza karşılığı teslim etmek ve imza karşılığı almak.

Bilgi Formu’nun 2 gün içinde cevaplandırılmasının takibini yapmak.

Evrakları “Birim Gelen-Giden Evrak Defteri”ne kaydetmek.

Kurulda görüşülecek dosya ile ilgili tüm bilgi ve belgeleri başvurudan en geç 4 gün sonra ellerinde olacak şekilde sağlık grup başkanlığına göndermek.

Alınan kararları kurul kararı kuruma ulaştıktan sonra 3 iş günü içinde ilgililere resmi olarak bildirmek.

Kurum dışında çıkacak evrak için evrak defterinden ayrıca sayı almak.

Hasta hakları uygulamaları konusunda hasta hakları il koordinatörü ile işbirliği yapmak ve koordinasyonu sağlamak.

Hasta hakları ihlali nedeniyle kusurlu bulunan ve idareye bildirilen çalışan hakkında ilgili mevzuata göre idare tarafından yapılan işlemin sonucunu resmi olarak başvurana bildirmek.

Hastaların ihtiyacı olan birimlere kolayca ulaşabilmelerini temin etmek amacıyla hastanenin uygun yerlerinde hastalar, personel ve ziyaretçilerin kolayca ulaşip okuyabilecekleri bilgilendirici tabela, broşür, kitapçık, eğitici broşür, afiş bulundurmak üzere gerekli tedbirleri almak.

Fiziki Nitelikler

Madde 24- Hastanede Hasta Hakları İletişim Birimleri başvuru yapacak olanların kolayca ulaşabilecekleri, hastaların korkmasına çekinmesine yol açmayacak yerlerde kurulur. Hastaların mahremiyetlerinin korunmasının sağlanması için özel bir oda verilir. Telefon, fax, internet bağlantılı bir bilgisayar, yeterli sayıda koltuk, sandalye ve masa gibi araç gereç sağlanır. Kurulacak hasta hakları iletişim birimleri iş akış şeması ekte verilmiştir.

Madde 25- 100 yataktan daha az yatak kapasitesine sahip ilçe hastanelerinde hasta hakları kurulları oluşturulmaz. Başvurular Sağlık Grup Başkanlıkları'nda oluşturulacak hasta hakları kurulu için belirlenen esas ve usullere göre değerlendirilir.

Beşinci Bölüm

Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapan Sağlık Kurum ve Kuruluşları Hasta Hakları Kurulları, Birimleri ve İletişim Birimlerinin Kurulması İle Çalışma Usul ve Esasları

Sağlık Grup Başkanlıklarında Hasta Hakları Kurulları

Madde 26- Hasta hakları uygulamalarını planlamak, değerlendirmek ve uygulamak amacıyla sağlık grup başkanlıkları bünyesinde “Hasta Hakları Kurulları” oluşturulur kurul biri başkan toplam 8 kişiden teşekkül eder.

Kurul Üyeleri

Madde 27- Başkan; Sağlık Grup Başkanı veya görevlendireceği bir hekim, Sağlık Grup Başkanlığı'nda görevli hasta hakları birim sorumlusu,

Hasta hakları konusunda faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşu temsilcisi bir kişi (Tüzüklerinde Hasta ve hasta yakınlarına hizmet amacını ifade eden maddeler bulunan dernek yada vakıflar.) Sivil toplum örgütleri doğrudan Sağlık Grup Başkanlığı'na başvuruda bulunarak ilgili kurum ve kuruluşlarda Sağlık Grup Başkanı tarafından Kaymakamlık onayı ile görevlendirilme yapılacaktır.

Hakkında başvuru yapılan personelin birim sorumlusu,

Varsa hastanın avukatı (Hastayı temsil ettiğine dair vekaletin bulunması gerekir. Ayrıca hasta veya yakını isterlerse kurula girerek kurul üyelerini konu hakkında bilgilendirebilirler. Ama oylamaya katılamazlar ve oylama sırasında kurulda bulunamazlar.)

4688 Sayılı Kamu Sendikaları Kanununa göre il /ilçede yetki almış sendikanın temsilcisi,

Kendisi ve yakınlarının Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarla ticari ilişkisi olmayan,65 yaşını doldurmamış, kurula sürekli olarak katılmasını engelleyecek kronik bir rahatsızlığı olmayan Kaymakamlığın belirleyeceği bir vatandaş,
Belediye Encümenin seçilmiş üyelerinden Kaymakamca belirlenecek bir üye.

Sağlık Grup Başkanlığı Hasta Hakları Kurullarının Görevleri,

Çalışma Usul ve Esasları

Madde 28- Hasta hakları uygulamalarının gerçekleştirilmesi, başvuru dosyalarının değerlendirilmesi ve hasta haklarının geliştirilmesi için tavsiyelerde bulunmakla görevlidir.

Hasta hakları kurulları başvuru dosyalarını hasta hakkı ihlali açısından değerlendirip görüşünü idareye sunmakla yükümlüdür.

Kurul başvuru dosyası durumuna göre aşağıdaki iş ve işlemleri yapmak üzere haftada en az bir defa toplanır. Görüşülecek dosya olmazsa kurul bir hafta sonra toplantı yapar bunu erteleyemez. Kurul eğitim, hasta haklarının geliştirilmesi vb. konularda kararlar alarak kurul öneri formuna kaydedip gerekli girişimler için gereği yapılmak üzere hasta hakları birimine havale eder.

Kurula gelen başvuru dosyalarını değerlendirerek Hasta Hakları mevzuatı çerçevesinde bir karara bağlar.Karar verme süresi birime yapılan başvurudan itibaren 15 iş günüdür.

Kurul, uzmanlık isteyen konularda bilirkişinin incelemesi için başvuru dosyasını sağlık gurup başkanına gereği yapılmak üzere havale eder. Bu konu hakkında başvuru sahibine bilgi verilir.

Kurul gizlilik esasına göre hareket eder. Kararları gizli oyla alır.(Kurul kararlarının objektifliği, mahremiyeti ve gizliliğinin sağlanması, başvuru yapan kişinin ve hakkında başvuru yapılan çalışanın isminin afişe olmaması için; Kurulda görüşülen dosyalarda geçen isimler yerine “ÇALIŞAN” ve “BAŞVURAN” ibarelerini kullanarak başvuru sahibinin ve hakkında başvuru yapılan çalışanın adı, soyadı ve diğer bilgilerinin gizlenmesi sağlanır.

Kararlar gizli oylama neticesinde oy çokluğu ile alınır. Oyların eşitliği halinde başkanın taraf olduğu görüş kabul edilir.

Alınan kararlar Hasta Hakları Kurul Karar Formu’na yazılır ve kurul üyeleri tarafından imzalanarak , Hasta Hakları Birimi’ne gönderilir.

Kurulda belirlenen öneriler Kurul Önerileri Formuna kaydedilerek üyeler tarafından imzalanır.

Kurul, söz konusu kurum ve kuruluşlarda hasta hakları uygulamaları ile ilgili personele yapılması gereken eğitimleri planlar ve değerlendirme yapar.

Adli yargıya intikal eden ve/veya idari soruşturmaya konu olan ve aynı zamanda hasta hakları biriminden kurula intikal eden başvurular kurulda görüşülmez. Başvuru sahibine bilgi verilir.

Sağlık Grup Başkanlıklarında Oluşturulacak Hasta Hakları Birimleri

Madde 29- Tüm sağlık grup başkanlıklarında hasta hakları uygulamalarının planlanması, değerlendirilmesi, uygulanması amacıyla hasta hakları birimi kurulur. Yeteri kadar sağlık hizmetleri sınıfı ve genel idari hizmetleri sınıfı çalışanlardan oluşur.

Görevlendirilecek Personel

Madde 30- Tercihen lisans yada ön lisans mezunu bilgisayar kullanmayı bilen sağlık personeli arasından sağlık grup başkanının teklifi ve Kaymakamın onayı ile hasta hakları birim sorumlusu seçilir.

Hasta Hakları Birim Sorumlusunun Görev ve Sorumlulukları:

Madde 31- Sağlık Grup Başkanlığı'na doğrudan veya sağlık kurum ve kuruluşlarından gelen başvuruları kaydetmek ve dosyalarını hazırlamak.

Hakkında başvuru yapılan çalışan hakkında en geç 2 gün içinde bilgi istemek.

Gerekli istatistikleri tutmak.

Kurula katılmak.

İl koordinatörünün vereceği bu yönergede belirlenen diğer görevleri yerine getirmek.

Verilecek olan eğitimin organizasyonunu yapmak.

g) Başvurularla ilgili bilgi vermek, danışmanlık yapmak.

Fiziki Nitelikler

Madde 32- Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı kurulan Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapan Sağlık Kurum ve Kuruluşları Hasta Hakları Birimleri başvuru yapacak olanların kolayca ulaşabilecekleri mekanlarda kurulur. Başvurunun mahremiyetinin sağlanması için en az bir oda tahsis edilir. Telefon, fax, internet bağlantılı bir bilgisayar, yeterli sayıda koltuk, sandalye ve masa gibi araç gereç sağlanır. Sağlık Grup Başkanlıklarında kurulacak Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapan Sağlık Kurum ve Kuruluşları hasta hakları birimleri iş akış şeması verilmiştir.

Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapan Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Oluşturulacak Hasta Hakları İletişim Birimleri

Hasta Hakları İletişim Sorumlusu:

Madde 33- Tercihen lisans veya ön lisans mezunu sağlık personeli arasından sorumlu hekimin teklifi ile sağlık grup başkanı tarafından görevlendirilir. İletişim sorumlusu hasta hakları eğitimi aldıktan sonra çalışmaya başlar.

Görev ve Sorumlulukları

Madde 34- Başta çocuklar ve özürölüler olmak üzere tüm hastaların danışmanlığını yapmak.

Başvuruları almak, ilk, görüşmeyi yapmak, hasta hakları başvuru formunu doldurmak, başvuru sahibine bilgi vermek, danışmanlık yapmak.

Başvurular yerinde çözülürse “Yerinde Çözülen Sorunlar” defterine kaydını yapmak. Yerinde çözilemeyen sorunlar için ise hasta hakları başvuru formunu doldurarak Sağlık Gurup Başkanlığına göndermek.

Hastaların eleştiri ve önerilerini dinlemek.

Hasta hakları uygulamaları hizmetine ulaşımı kolaylaştırmak ve kullanımını daha kolay hale getirmek.

Hasta hakları kurulunda incelenmek üzere dosyayı hazırlamak.

Hasta hakları uygulamalarını geliştirmek için çalışmalar yaparak kurula sunmak.

Hasta hakları uygulamaları ile ilgili eğitim programları, eğitimlerin uygulanması, sorunlar ve gereksinimler konusunda Sağlık Grup Başkanlığı bünyesinde kurulmuş olan Hasta Hakları Birimine bilgi vermek ve görüşlerini almak.

Hasta hakları uygulamaları ile ilgili gerekli kayıt ve istatistikleri tutmak ve Sağlık Gurup Başkanlıkları’na göndermek.

Başvuru alındığında durum acil ise aynı gün idareyi bilgilendirmek.

Hakkında başvuru yapılan çalışan hakkında aynı gün kurum amirinin imzası ile “Bilgi Formu” doldurmak ve bilgi istemek. Bilgi isteme formunda bilgi istenen kişinin ismi dışında kişisel bilgilerinin gizli tutulmasını sağlamak, formu imza karşılığı teslim etmek ve imza karşılığı almak.

Bilgi Formu’nun 2 gün içinde cevaplandırılmasının takibini yapmak.

Evrakları “ Gelen-Giden Evrak Defteri”ne kaydetmek.

Kurulda görüşülecek tüm bilgi ve belgeleri başvuru tarihinden itibaren en geç 4. günün sonunda ulaşacak şekilde Sağlık Gurup Başkanlığı’na göndermek.

Hasta hakları uygulamaları hakkında İl Koordinatörü’ne bilgi vermek.

Çalışmaları hasta merkezli, hastaların haklarını daha çok koruyan ve hastaları memnun etmeye ve alınan kararlara hastaları da dahil etmeye yönelik uygulamaları sürdürmek.

Hasta hakları uygulaması konusunda hasta hakları birimiyle iş birliğini ve koordinasyonu sağlamak.

Hasta hakları panolarını ilgili yerlere asmak.

Fiziki Nitelikler

Madde 35- Kurumun fiziki şartlarına göre; başvuru yapacak olanların kolayca ulaşabilecekleri mekanlarda kurulur ve gizlilik esasına uygun bir düzenleme yapılarak mahremiyet sağlanır. Ayaktan Teşhis ve Tedavi Yapan Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında oluşturulacak hasta hakları iletişim birimleri iş akış şeması ekte verilmiştir.

Sağlık Grup Başkanlığı Bulunmayan İl Merkezlerinde Oluşturulacak Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapan Sağlık Kurum ve Kuruluşları Hasta Hakları Kurulları

Madde 36- Hasta hakları uygulamalarını planlamak, değerlendirmek ve uygulamak amacıyla İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapan Sağlık Kurum ve Kuruluşları Hasta Hakları Kurulu” oluşturulur. Kurul biri başkan toplam 8 kişiden teşekkül eder.

Kurul Üyeleri

Madde 37- Başkan; İl Sağlık Müdürlüğü’nün görevlendireceği bir hekim,
İl Sağlık Müdürlüğünde görevli hasta hakları birim sorumlusu,
Hasta hakları konusunda faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşu temsilcisi bir kişi (Tüzüklerinde Hasta ve hasta yakınlarına hizmet amacını ifade eden maddeler bulunan dernek yada vakıflar.) Sivil toplum örgütleri İl Sağlık Müdürlüğü’ne doğrudan başvuruda bulunarak ilgili kurum ve kuruluşlarda İl Sağlık Müdürü tarafından Valilik onayı ile görevlendirilme yapılacaktır.

Hakkında başvuru yapılan personelin birim sorumlusu,
Varsa hastanın avukatı (Hastayı temsil ettiğine dair vekaletin bulunması gerekir. Ayrıca hasta veya yakını isterlerse kurula girerek kurul üyelerini konu hakkında bilgilendirebilirler. Ama oylamaya katılamazlar ve oylama sırasında kurulda bulunamazlar.)

4688 Sayılı Kamu Sendikaları Kanununa göre ilde tüm sağlık kuruluşlarında en çok üyesi bulunan sendika temsilcisi,

Valiliğin belirleyeceği aşağıdaki niteliklere sahip bir vatandaş. (kendisi ve yakınlarının Sağlık Bakanlığı’na bağlı kurumlarla ticari ilişkisi olmayan, 65 yaşını

doldurmamış, kurula sürekli olarak katılmasını engelleyecek kronik bir rahatsızlığı olmayan gönüllü bir kişi kurulda görev alır.)

İl genel meclisi üyeleri arasından Vali tarafından seçilecek bir üye.

Hasta Hakları Kurulları

Görevleri, Çalışma Usul ve Esasları

Madde 38- Hasta hakları uygulamalarının gerçekleştirilmesi, başvuru dosyalarının değerlendirilmesi ve hasta haklarının geliştirilmesi için tavsiyelerde bulunmakla görevlidir.

Hasta hakları kurulları başvuru dosyalarını hasta hakkı ihlali açısından değerlendirip görüşünü sunmakla yükümlüdür.

Kurul başvuru dosyası durumuna göre aşağıdaki iş ve işlemleri yapmak üzere haftada en az bir defa toplanır. Görüşülecek dosya olmazsa kurul bir hafta sonra toplantı yapar bunu erteleyemez.Kurul eğitim, hasta haklarının geliştirilmesi vb. konularda kararlar alarak kurul öneri formuna kaydedip gerekli girişimler için gereği yapılmak üzere hasta hakları birimine havale eder.

Kurula gelen başvuru dosyalarını değerlendirerek Hasta Hakları mevzuatı çerçevesinde bir karara bağlar. Karar verme süresi birime yapılan başvurudan itibaren 15 iş günüdür

Kurul, uzmanlık isteyen konularda bilirkişinin incelemesi için başvuru dosyasını Sağlık müdürüne gereği yapılmak üzere havale eder. Bu konuda başvuru sahibine bilgi verilir.

Kurul gizlilik esasına göre hareket eder. Kararları gizli oyla alır.(Kurul kararlarının objektifliği, mahremiyeti ve gizliliğinin sağlanması, başvuru yapan kişinin ve hakkında başvuru yapılan çalışanın isminin afişe olmaması için; Kurulda görüşülen dosyalarda geçen isimler yerine “ÇALIŞAN” ve “BAŞVURAN” ibarelerini

kullanarak başvuru sahibinin ve hakkında başvuru yapılan çalışanın adı, soyadı ve diğerk bilgilerinin gizlenmesi sağlanır.

Kararlar gizli oylama neticesinde oy çokluğu ile alınır. Oyların eşitliği halinde başkanın taraf olduğu görüş kabul edilir.

Alınan kararlar Hasta Hakları Kurul Karar Formuna yazılır ve kurul yeleri tarafından imzalanarak , Hasta Hakları Birimine gönderilir.

Kurulda belirlenen oneriler Kurul onerileri Formuna kaydedilerek imza altına alınır. Kurul, söz konusu kurum ve kuruluşlarda hasta hakları uygulamaları ile ilgili personele yapılması gereken eğitimleri planlar ve değerlendirme yapar.

Adli yargıya intikal eden ve/veya idari soruşturmaya konu olan ve aynı zamanda hasta hakları biriminden kurula intikal eden başvurular kurulda görüşülmez. Başvuru sahibine bilgi verilir.

Sağlık Grup Başkanlığı Bulunmayan İl Merkezlerinde Kurulacak Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapan Sağlık Kurum ve Kuruluşları Hasta Hakları Birimleri

Madde 39- Sağlık Müdürlükleri'nce hasta hakları uygulamalarını planlanması, değerlendirilmesi, uygulanması amacıyla hasta hakları birimi kurulur. İl Sağlık Müdürlükleri'nde hasta hakları uygulamalarını kurul adına yürütür. Yeteri kadar sağlık hizmetleri sınıfı ve genel idari hizmetleri sınıfı çalışanlardan oluşur.

Görevlendirilecek Personel

Madde 40- Tercihen lisans yada ön lisans mezunu, bilgisayar kullanmayı bilen diğerk sağlık personeli arasından İl Sağlık Müdürü'nn teklifi ve Valiliğin onayı ile hasta hakları birim sorumlusu seçilir.

Hasta Hakları Birim Sorumlusu Görev ve Sorumlulukları:

Madde 41- İl Sağlık Müdürlüğü'ne doğrudan veya sağlık kurum ve kuruluşlarından gelen başvuruları kaydetmek ve dosyalarını hazırlamak,

Hakkında başvuru yapılan çalışan hakkında en geç 2 gün içinde bilgi istemek.

Gerekli istatistikleri tutmak.

Kurula katılmak.

İl Koordinatörü'nün istediği görevleri yerine getirmek.

Yapılacak olan eğitimin organizasyonunu sağlamak.

Sonuçlar hakkında başvuruları bilgilendirmek bundan sonra neler yapabileceği konusunda bilgi vermek, danışmanlık yapmak.

Fiziki Nitelikler

Madde 42- İl Sağlık Müdürlükleri'ne bağlı kurulan Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapan Sağlık Kurum ve Kuruluşları hasta hakları birimleri başvuru yapacak olanların kolayca ulaşabilecekleri mekanlarda kurulur. Başvurunun mahremiyetinin sağlanması için en az bir oda tahsis edilir. Telefon, fax, internet bağlantılı bir bilgisayar, yeterli sayıda koltuk, sandalye ve masa gibi araç gereç sağlanır.

Altıncı Bölüm

Muhtelif ve Son Hükümler

Müeyyideler ve Sorumluluklar

Madde 43- Hasta hakları ihlalleri nedeniyle hasta hakları kurulları tarafından hazırlanan öneriler ile kusurlu bulunan ve idareye bildirilen sağlık çalışanı hakkında ilgili mevzuata göre işlem yapılır. Hasta hakkı ihlali kendisine bildirilen idareci gerekli işlemlerin yapılmamasından veya gecikmesinden doğacak adli ve idari sonuçlardan sorumludur.

Kurul başkanı imzası ile istenen bilgi ve belgelerin verilmesinin zorunlu olduğu halde buna uymayan personel hakkında 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununun 125. Maddesinin ilgili hükümlerine göre işlem yapılır.

Hasta Hakları Kurulu kararına istinaden hakkında disiplin soruşturması açılıp, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 125 inci maddesine göre cezalandırılanlar hakkındaki uygulama "Sağlık Bakanlığı'na Bağlı İkinci Ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönergede" belirtildiği şekilde yapılır.

Hak ihlali aynı zamanda Ceza Hukukuna göre suç teşkil ettiği takdirde; memur olan çalışan hakkında, 04.12.1999 tarih ve 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun hükümlerine göre işlem başlatılmasından ita amiri sorumludur.

Hasta hakları kurulunca sonuçlandırılan dosyalardan idari ve adli işlem yapılması gerekenler hakkında hastanelerde baştabiplerce, diğer sağlık kurumlarında çalışanlarla ilgili olarak Sağlık Müdürü tarafından en geç 30 gün içinde gerekli işlemler başlatılır, bu süreye uymayanlar hakkında Bakanlıkça genel hükümlere göre işlem yapılır.

Hasta veya yakınlarının, başvurularını almayan, başvuruları belirlenen usul ve esaslara göre işleme koymayan çalışan veya yöneticiler hakkında genel hükümlere göre ilgililerince işlem yapılır.

Sivil Toplum Örgütlerinin Kurullarda Görevlendirilmesi

Madde 44- İl merkezlerindeki kamu hastanelerinin hasta hakları kurullarında görev almak isteyen sivil toplum kuruluşu yetkili temsilcileri doğrudan Valiliğe başvurur. Valilik tarafından görevlendirilme yapılır. İlçelerde Sağlık Grup Başkanlıkları'nda kurulan hasta hakları kurullarında görev almak isteyen sivil toplum örgütleri Kaymakamlığa başvuruda bulunarak ilgili kurum ve kuruluşlarda Kaymakamlık onayı ile görevlendirilme yapılacaktır.

Kurullarda görev almak üzere Valiliğe ve Kaymakamlığa müracaat eden sivil toplum kuruluşunun tüzüklerinde hasta ve hasta yakınlarına yönelik çalışma yapabileceğine dair hüküm bulunması gerekmektedir. Bu yolla kurula katılmasına karar verilen sivil toplum kuruluşları ile ticari ilişkisi olmayan ilgili sağlık kurum /kuruluşu bir temsilci görevlendirir. Dernek adına kurullara katılan kişiler kurulda görüşülen dosyalar ile ilgili bilgileri kurul dışındaki kişilerle paylaşamaz. Bu tür durumlarda doğacak olan zararlardan dernek temsilcisi sorumludur. Bu hususlara uymayan temsilci görevlendirilmesi veya durumun sonra ortaya çıkması halinde sivil toplum kuruluşları temsilcisinin toplantıya katılmasına izin verilmez.

Hizmet Alımı

Madde 45- Hastaneler, halkla ilişkiler, rehberlik ve hosteslik hizmetlerini gördürmek üzere ilgili mevzuata göre hizmet alımı yapabilir.

Sorumluluk

Madde 46- Sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta hakları mevzuatı kapsamında sağlık hizmetlerine ulaşma ve sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkının engellenmesi durumunda, kuruluş veya kurumun amiri sorumludur.

Başvuru Kabul Şartları

Madde 47- Başvurunun Hasta Hakları Birimleri'nce kabul edilebilmesi için şu bilgileri içermesi gerekmektedir.

Başvuranın : Adı, Soyadı, İletişim Adresi, Birimden Başvuru Yapmışsa İmzalı Başvuru Belgesi,

Başvuruya Konu Olan : İli, İlçesi, Kurumun İsmi, Başvuruya Konu Olan Kurumun Birim,

Başvuru Yapılan Personelin : Adı, Soyadı:

İnternette yapılan başvurularda birim, başvuru yapan kişinin adres bilgilerini doğruladıktan sonra kişinin birime gelip imza atmasına gerek kalmadan işlemleri başlatır ve sonuçlandırır.

Yürürlükten Kaldırılan Hükümler

Madde 48- 15.10.2003 tarih ve 19499 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe giren “Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge” yürürlükten kaldırılmıştır.

Yürürlük

Madde 49-Bu Yönerge Bakan onayını takiben yürürlüğe girer.

Yürütme

Madde 50- Bu Yönerge hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

EK-9

BİLGİLENDİRİLMİŞ RIZA YÖNETMELİĞİ TASLAĞI

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1- (1) Bu yönetmeliğin amacı; yönetmelik kapsamındaki sağlık kurum ve kuruluşlarında hastanın vücut bütünlüğüne yapılan her türlü tıbbi girişimin ön koşulu olan bilgilendirilmiş rızasının alınmasını, insanın yaşama hakkı, vücut bütünlüğü, sağlığı ve bedeniyle ilgili tasarruflarının sağlanmasını, hak ihlallerinden korunabilmesini ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesiyle ilgili esas ve usulleri belirlemektir.

Kapsam

MADDE 2- (1) Bu yönetmelik; sağlık hizmeti verilen resmi ve özel bütün kurum ve kuruluşları, bu kurum ve kuruluşlarda veya bunların dışında hizmete katılan her kademede ve unvandaki ilgilileri ve hizmetten faydalanan bütün bireyleri kapsar.

Dayanak

MADDE 3- (1) Bu yönetmelik; 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 9. maddesinin (c) bendine, 181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43. maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4– (1) Bu yönetmelikte geçen;

a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığı'nı,

b) Bilgilendirme: Bireyin; sağlık durumu, kendisine uygulanacak vücut bütünlüğüne müdahale gerektiren tanı ve tedavi yöntemleriyle, bunların faydaları ve muhtemel riskleri, diğer tıbbi müdahale ve tedavi yöntemleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri, neticeleri ve öngörülemeyen acil durumlarda önerilen tedavinin dışına çıkma konularında ayrıntılı ve yazılı olarak bilgilendirilmesini,

c) Yeterlik: Bireyin; yaş, akıl gücü, medeni durum gibi somut belirleyicileri ile algılama ve bilişsel işlevlerin sağlamlığını,

ç) Bilgilendirilmiş Rızanın Alınacağı Kişi: Yeterliçe sahip bireyi, değilse vasisini, velisini veya yakınını,

d) Hasta: Vücut bütünlüğüne yönelik tıbbi tanı ve tedavi yapılması planlanmış olan bireyi,

e) Hasta Yakını/Vasisi/Velisi/kayyım: Hasta adına hareket edebilen, karar verebilen bireyi,

f) Şahit: Tıbbi tanı ve tedavi öncesinde hastadan bilgilendirilmiş rıza alınması sırasında hastanın yanında bulunan anlatılanları dinleyen ve ilgili formu hastayla birlikte imzalayan bireyi,

g) Tıbbi Müdahale: Hastanın vücut bütünlüğüne yönelik olarak yapılan her türlü müdahaleyi, iç organların tıbbi cihazlarla tetkik ve muayene edilmesini ve hasta mahremiyetine özen gösterilmesi gerektiren müdahaleleri,

ğ) Bilgilendirilmiş Rıza: Bireyin; tıbbi müdahale öncesinde ayrıntılı bir şekilde yazılı olarak bilgilendirdikten sonra yine rızasının bilinçli, gönüllü ve yazılı olarak alınmasını ifade eder.

h) Küçük: 18 yaş sınır olarak kabul edilen olgunluk çağına erişmemiş kişidir.

ı) Olgun Küçük: Hekimin talimatlarını anlayabilecek olgunluktaki kişi olarak değerlendirilmektedir.

i) Özgürlüğüne Kavuşmuş Küçük: 15-18 yaşları arasında evli, kendi parasını kazanan ve ebeveynlerinin bakımı altında olmayan kişidir. Tıbbi hizmet için ebeveynlerin izni talep edilmez. Özgürlüğe kavuşmuş olmanın kanıtı (örneğin, evlilik sertifikası) tıbbi kayıtlara eklenir.

İKİNCİ BÖLÜM

Tıbbi Müdahalelerde Bilgi Verilmesinin Usul ve Esasları

Rıza Alınma Metodları

MADDE 5- (a) Ekspres rıza: Kelimelerle, yazılı veya sözlü olarak verilir.

(b) Varsayılan rıza: Hasta hareketleriyle tedaviyi kabul ettiğini gösterir.

Rızanın Türleri

MADDE 6- (a) Sözlü rıza: Sözlü rıza, kanıtlandığı takdirde yazılı rıza kadar bağlayıcıdır, çünkü hastanın rızasının yazılı olacağı hususunda hiçbir yasal düzenleme yoktur.

(b) Yazılı rıza: Yazılı rıza hastanın isteklerine görsel bir kanıt temin eder. Çünkü yazılı rıza formunun işlevi, yukarıda anlatılan bilgilendirilmiş rızanın kanıtını muhafaza etmektir.

(c) Genel rıza: Hastanın hastaneye kabulünde, belki kabul memuru tarafından alınan rızadır. Bu basit olarak, hastanın, rutin işlere, genel teşhis prosedürüne, tıbbi tedaviye ve günlük rutin muayeneye izin vermesidir. Yüksek riskli tedavilerde, yeterli iznin verilmemiş olması durumu ortaya çıkabilir.

(d) Geçici Rıza: Acil durumlarda, aileye veya rıza vermeye uygun diğer kişilere ulaşana kadar, sağlık kurumunu acil tedaviyi başlatmaya izin veren anlaşmadır.

(e) Hususi Rıza: Hastaya herhangi bir ameliyat önerildiğinde, özel teşhis prosedürü uygulanacağı zaman veya önerilen tedavinin hastayı sıra dışı risklere maruz bırakacağı zaman alınan rızadır.

Rızanın Vermenin Koşulları

MADDE 7- (a) Gönüllü olmak zorundadır, baskı altında alınmış rıza geçersizdir.

(b) Rızanın yeterli olabilmesi için, hastanın veya onun adına rıza vermeye yetkili kişinin bilinçli, yasal olarak rıza verme kapasitesine sahip, tıbbi ve cerrahi tedaviyi anlayabilecek ve kendisine verilen bilgileri değerlendirebilecek durumda olmalıdır.

Rızanın Zamanı

MADDE 8- (a) Bireyin bilgilendirilmiş rızası tıbbi müdahaleden makul bir süre önce alınmalıdır. Zira hastanın sağlam bir rıza açıklaması yapması için sakin olarak düşünüp, yakınları ile görüşüp, karar verebilmesine elverişli bir zaman sürecine ihtiyacı vardır.

Rıza Ehliyeti

MADDE 9- (a) Hastanın yeterliği olmadığı durumlarda bilgilendirilmiş rızası velisinden, yakınından veya vasisinden alınır.

(b) Kanuni temsilcinin rızasının gerektiği ve yeterli olduğu hallerde dahi, mümkün olduğu kadar onsekiz yaşın altındakilerin bilgilendirilmesi sağlanır. Yedi yaşından büyük çocukların anlatılanların anlayabilecekleri kabul edilir.

MADDE 10- Bilgilendirilmiş Rıza Formunun İmzalatılması Gereken Durumlar

- MADDE 5-** (a) Küçük cerrahi müdahaleler,
(b) Büyük cerrahi müdahaleler,
(c) Üremeye ilişkin prosedürler (bazı durumlarda),
(d) Organ bağıışı,
(e) Radyolojik tedavi, kanser için radyasyon tedavisi,
(f) Elektrokonvulsiv tedavi,
(g) Deney prosedürleri,
(ğ) Kemoterapi,
(h) Hastaya önemli derecede zarar verecek herhangi bir uygulama,
(ı) HIV testi (Bazı durumlarda)

Bilgi Verme

MADDE 11- (a) Bilgilendirilmiş rızanın alınacağı bireye; hastanın, sağlık durumu, kendisine uygulanacak vücut bütünlüğüne müdahale gerektiren tanı ve tedavi yöntemleri, bunların faydaları ve muhtemel riskleri, alternatif tıbbi müdahale ve tedavi yöntemleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları, hastalığın seyri ve neticeleri konusunda ayrıntılı bir şekilde sözlü ve yazılı olarak bilgilendirmektir.

Bilgilendirmenin Sınırları

MADDE 12- (a) **Makul hekim standardı:** Tıbbi veya cerrahi tedaviyi yapacak kişinin, bilgili bir tıp doktorunun aynı veya benzer durumda yaptığı bilgilendirmeyi yapma görevi vardır.

(b) **Makul hasta standardı:** Bilgilendirmenin derecesi, profesyonel uygulamalar tarafından değil, hastanın mevcut durumda ne kadar bilgiye ihtiyaç

duyabileceği çerçevesinde belirlenir. Bilgi, hastanın karar vermesini etkileyecekse, sözkonusu bilgi verilmelidir.

Rızanın Alınmasında Sorumluluk

MADDE 13- (a) Tedaviden sorumlu doktor rızanın alınmasından direkt sorumludur.

Bilgi Vermenin Usul ve Esasları

MADDE 14- Bilgi vermenin usul ve esasları şöyledir;

a) Bilgi, bireyin anlayabileceği şekilde, sosyo-kültürel düzeyine uygun, tıbbi terimler kullanılmadan, mümkün olduğunca sadeleştirerek, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden, hastanın ruhi durumuna uygun ve nazik bir ifade ile verilir.

b) Birey; sağlık durumu konusunda sözlü olarak tıbbi müdahaleyi yapacak hekim tarafından bilgilendirilir, anlatılanlar bilgilendirilmiş rıza formuna yazılır.

c) Birey, yapılacak tıbbi müdahale hakkında bilgilendirilerek, varsa kendisine tanınan müdahale seçenekleri arasından seçim yapabilmesine imkan tanınır.

ç) Bilgilendirme amacıyla aktarılan bilginin, yeterince anlaşılır ve açık olması ile hasta tarafından sorulacak soruların ilgili hekim tarafından cevaplandırılması zorunludur. Bunun yanında kişinin soru sorması teşvik edilmeli ve cesaretlendirilir.

d) Bilgi; bireyin yaşına, olgunluğuna ve tecrübelerine uygun olarak verilir.

e) Hekim bilgilendirme yaparken, gerçekleri söylemeli ancak bireyi tedirgin edecek, korkutacak üsluptan kaçınmalıdır.

f) Hekim, bireyi bilgilendirirken, onun anlayabileceği bir tarzda olmasına özen göstermeli, bilgileri yavaş yavaş ve gerekli tekrarları yaparak, tarafsız vermeli ve ders verir şekilde olmamasına dikkat etmelidir.

g) Bireye anlatılanları anlayıp anlamadığı sorulur, kendi ifadesiyle tekrar ettirilir ve anlaşılmayan hususlar tekrar anlatılır.

ğ) Hastanın veya yakınlarının bilgilendirilme hakkının kullanımını engelleyecek, sınırlandıracak veya ortadan kaldıracak bir düzenleme ya da uygulama yapılamaz.

h) Sağlık durumu ile ilgili gereken bilgi, bizzat hasta veya hasta adına hareket edenler; hastanın, küçük, ayırt etme gücünden yoksun veya kısıtlı olması halinde kanuni temsilcisi tarafından istenebilir.

ı) Hasta, sağlık durumu hakkında bilgi almak ve tıbbi müdahaleye rıza göstermek üzere bir başkasına da yetki verebilir. Verilen yetkinin belgelendirilmesi gereklidir.

i) Hasta, tedavisi ile ilgilenen hekim dışında bir başka hekimden de sağlık durumu hakkında bilgi alabilir.

Bilgilendirmenin İçeriği

MADDE 15- (1) Bireye verilecek bilgi;

a) Önerilen tedavinin içeriği,

b) Önerilen tedavinin amacı ve başarılı olma şansı,

c) Önerilen tedavinin avantajları ve riskleri,

d) Önerilen tedavinin varsa alternatifleri,

e) Önerilen tedavinin potansiyel sonuçları,

f) Tedavinin reddedilmesi durumunda ortaya çıkabilecek riskler ve yararlar,

g) İyileştikten sonra beklenen büyük problemler ve hastanın normal yaşamına ve günlük aktivitelerine dönebilmesi için gerekli olan süre,

h) Önerilen tedaviyi hastaya uygulayacak olan sağlık hizmeti sunucusunun kimlik bilgileri ve profesyonel deneyimleri,

ı) Kullanılacak ilaçların özellikleri, süresi, kullanım şekli, yan etkileri ve ilaçların etkileşimleri,

i) Tedavi sonrası sağlığı için istenilen yaşam tarzı ve evde bakım şekli,

j) Gerektiğinde yeniden aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşacağı, hususlarını içermelidir.

(2) Tüm bu konuları içeren **Ek-1'deki “Bilgilendirilmiş Rıza Formu”** formatı kullanılır. Her sağlık kurum ve kuruluşu bu formata göre hastanın vücut bütünlüğüne yönelik yaptığı tüm tıbbi müdahalelerle ilgili olarak açıklamalarını da içeren ayrı ayrı formlar geliştirilir. Bu formdaki yer alan bilgiler; yazılı ve sözlü olarak **MADDE -6'daki** usul ve esaslara göre hastaya aktarılır ve rızası alınır. Bu form iki nüsha doldurulur ve aslı hastanın dosyasında, sureti hasta veya yakınına verilir. İlgili formda mutlaka hekimin imzası, hastaya veya yakınına el yazısı ile bilgilendirilmiş rızasının alındığına dair not eklenerek imzalatılır.

Rızanın Kapsamı

MADDE 16- (a) Rıza alınırken hastanın veya kanuni temsilcisinin veya yakınının tıbbi müdahale konusunda ayrıntılı olarak bilgilendirilmesi esastır.

(b) Hastanın, uygulanacak tıbbi müdahale için verdiği rıza, bu müdahalenin gerektirdiği o müdahale sürecinin zorunlu bir parçası sayılabilecek tüm işlemleri de kapsar. Ancak, tıbbi işlemlerin uygulanmasında, Hasta Hakları Yönetmeliği'nde ve konu ile ilgili diğer mevzuatların belirlenen hakların ihlal edilmemesi esastır.

(c) Hastanın rızası hangi konuya ilişkin ise, hekimin de müdahalesini bu konuda gerçekleştirmesi yani verilen rızanın sınırları çerçevesinde kalması gerekir.

(d) Hekimin her farklı tıbbi ve cerrahi müdahale için hastadan ayrı ayrı bilgilendirilmiş rıza alması gerekir.

(e) Tıbbi ve cerrahi müdahalenin genişletilmesi gereği doğduğunda, hastanın bir organının kaybını veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açacak ise ve gecikme hastanın hayatını kaybetmesi tehlikesi arz etmiyorsa, yeni müdahale tehir edilir, hastanın rızası beklenir.

(f) Tıbbi ve cerrahi müdahalenin genişletilmesi gereği doğduğunda, mutlaka rıza almayı beklemek gerekmez. Öncelikle müdahale gerçekleştirilir.

Bilgilendirilmeyi Reddetmek

MADDE 17- (a) İlgili mevzuat hükümlerine ve hastalığın mahiyetine göre yetkili mercilerce alınacak tedbirlerin gerektirdiği haller dışında; hasta, sağlık durumu hakkında kendisine veya ailesine veya yakınlarına bilgi verilmemesini isteyebilir.

(b) Hasta veya hastayı temsil edenler bilgi verilmemesini isteme ve verilen bilgiyi yeterli bularak bilgi verilmesinden vazgeçme hakkına sahiptir.

Tıbbi Tedavi Sonrası İle İlgili Bilgi Verilmesi

MADDE 18- (a) Tıbbi tedavisi tamamlanan hasta ve yakınına, istemese dahi, genel sağlık durumu, kullanacaksa ilaçları, ne zaman ve hangi aralıklarla kontrole

geleceği ve tedavi sonrası bakım konusunda bilgi verilmesi zorunludur. Bu bilgi rapor ve epikriz şeklinde de verilebilir.

Rızanın Şekli ve Geçerliliği

MADDE 19- (a) Hastaya yapılan tıbbi müdahalenin niteliğine göre bilgilendirilmiş rıza yazılı olarak alınabilir. Bu kapsamda Ek-1'deki "Bilgilendirilmiş Rıza Formu" dayanak alınarak kullanılır.

(b) Hukuk kurallarına, birinci fıkrada belirtilen forma, bilgi verilmeden ve ahlaka aykırı olarak alınan rıza hükümsüzdür. Bu şekilde alınan rızaya dayanılarak müdahalede bulunulamaz.

Bilgilendirilmiş Rızanın Yokluğu ve Yeterli Rıza:

MADDE 20- (a) Etkili rıza bilgilendirilmiş rızadır.

(b) Bilgilendirilmiş rızanın yokluğu, hastanın sağlık hizmetleri sunucusunun ne yapmak istediğini tam olarak anlamaması ve bunun neticesinde herhangi bir yaralanmaya veya zarara maruz kalmasıdır.

(c) Eğer hasta sağlık hizmetleri sunucusunun ne yapmak istediğini önceden bilmiş olsaydı, hasta bu uygulamaya izin vermeyecekti ve sözkonusu zarardan kaçınmış olacaktı.

(d) Bu durumda rıza "bilgilendirilmiş" değildir, bundan dolayı etkili değildir. Doktorun bu tür bir başarısızlığı, aksi sonuçların ortaya çıkması durumunda zararın karşılanması için sorumluluk doğurabilir.

(e) Yazılı rıza alındığı durumda bile, eğer hasta yapılanları anlamadığını ve yeterli bilgiye sahip olmadığını sonradan kanıtlarsa, bu durum yazılı rızayı etkisiz hale getirir.

(f) Rıza hileli bir şekilde yanlış bir sunum sonucu elde edilmişse, tamamen rızanın yokluğu olarak kabul edilir.

(g) İmza hasta kısmi anestezi altında veya ilacın etkisi altında iken alınmışsa, ve hasta bu şartlar altında iddia edilen rızanın sonuçlarını tam olarak anlayamadığını ispat edebilirse rıza geçersizdir.

Tam Bilgilendirmede İstisnai Durumlar:

MADDE 21- (a) Herkesçe bilinen riskler hakkında doktor hastayı bilgilendirmek zorunda değildir.

(b) Doktor, risklerin açıklanmasının hastaya zarar vereceğini ve hastanın makul karar veremeyeceğini düşünüyorsa, açıklamak zorunda değildir.

(c) Eğer hasta bazı riskleri bilmek istemiyorsa, doktor sözkonusu riskleri açıklamamalıdır. Ancak, ölüm veya sakat kalma riski varsa, bu durumda, hastaya bilgilendirilmiş rızadan feragat imzalatılmalıdır.

(d) Doktor, hastayı başlangıçtaki sağlık durumuna getirmek zorunda değildir, ve bu bazı durumlarda mümkün değildir.

(e) Doktor, her hasta için uygun bir tedavi bulamayabilir.

(f) Doktor, her tedavinin başarılı sonuç vereceğini garanti edemez.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Tıbbi Müdahalede Hasta ve Yakınının Rızasının Alınmasına İlişkin Usul ve Esaslar

Hasta ve Yakınının Bilgilendirilmiş Rızası

MADDE 22- (a) Yeterliği kabul edilen hasta; sağlık durumu, kendisine uygulanacak vücut bütünlüğüne müdahale gerektiren tanı ve tedavi yöntemleri, bunların faydaları ve muhtemel riskleri, alternatif tıbbi müdahale yöntemleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ile hastalığın seyri ve neticeleri konusunda ayrıntılı bir şekilde yazılı olarak aydınlatılır ve rızası bilinçli, gönüllü ve yazılı olarak yukarıda belirtilen her müdahale için ayrı hazırlanmış Bilgilendirilmiş Rıza Formuna alınır.

Eşlerin ve Diğer Yakınların Rızası

MADDE 23- Eğer hasta yeterli değil ve yasal temsilci atamadıysa, hasta adına karar verebilecek kişilerin hiyerarşik sıralaması aşağıdaki gibidir.

- (a) Yasal koruyucu,
- (b) Hastanın eşi,
- (c) Yetişkin çocuk (veya eğer birden fazla ise, yetişkin çocukların çoğunluğu),
- (d) Anne-baba,
- (e) Yetişkin kardeş (veya eğer birden fazla ise, yetişkin kardeşlerin çoğunluğu)
- (f) Hastaya bakan ve ilgilenen yetişkin akrabalar,
- (g) Yakın arkadaş.

Rıza Aranmayacağı Haller

MADDE 24- (a) Bireyin rıza beyanında bulunamayacağı ve kanuni temsilcisinin bulunmadığı veya mahkemeden izin alınması zaman gerektirecek ve hastaya derhal müdahale edilmediği takdirde hayatı veya hayati organlarından birisi tehdit altına girecek ise, yaşamsal riskin olduğu durumlarda hekim, izne gerek duymadan hemen yaşam kurtarıcı tıbbi müdahaleyi yapar. Hastanın bilinci açılmaya başlayınca, daha sonraki tıbbi işlemler için (ameliyat vs.) yeterli durumuna göre mümkün olduğunca bilgilendirme ve izin işlemine başvurulur.

(b) İntihar girişiminin olduğu durumlarda, bilinci kapalı hastaya, hekim kurtarıcı tıbbi müdahalede bulunması zorunludur.

(c) Acil durumlarda rıza şartı aranmaz. Yeterli reddin yokluğu durumunda, rızanın verildiği farz edilir.

Rıza Olmaksızın Tıbbi Müdahaleye Tabi Tutulmama

MADDE 25- (a) Kanunda gösterilen istisnalar hariç olmak üzere, kimse, rızası olmaksızın ve verdiği rızaya uygun olmayan bir şekilde tıbbi müdahaleye tabi tutulamaz.

Rızanın Geri Alınması, Tedaviyi Reddetme ve Durdurma

MADDE 26- (a) Hastanın hayatı veya hayati organlardan birisini tehdit eden acil haller haricinde, kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere, bilinçli ve mental yönden yeterli olduğu düşünülen yetişkin hastalar herhangi bir tıbbi ve cerrahi müdahaleyi veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını talep etmek hakkına sahiptir. Bu durumda, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçlar hastaya veya kanuni temsilcilerine ya da yakınlarına anlatılır ve bunu gösteren yazılı ve imzalı bir belge alınır.

(b) Rızanın geri alınması, hastanın tedaviyi reddetmesi anlamına gelir.

(c) Rıza müdahale başladıktan sonra da geri alınabilir.

(d) Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz.

Yetersiz Yetişkin Hasta için Tedaviden Vazgeçme Kararı

MADDE 27- (a) Kararı kim vermelidir?

(b) Hangi standartlar uygulanmalıdır?

(c) Bu tür bir karara ulaşmada hangi prosedür takip edilmelidir?

Vekil Yargılama Doktrini: Hastanın yerine geçen karar verici (burada koruyucu), bu şartlar altında hasta kendi adına ne tür bir karar alırdı? hususunu belirleyendir. Koruyucu, hasta adına en iyiye belirlerken kendi görüşlerini ve düşüncelerini ortaya koymaz.

Etik Komiteler: Konuya ilişkin olarak uzman kişilerden oluşan bir komite konu hakkında verebilir.

Red Talebinin Kabul Edilemeyeceği Durumlar:

MADDE 28- (a) Yaşamın korunması,

(b) İntiharın önlenmesi,

(c) Üçüncü tarafın korunması,

(d) Tıp ahlakının korunması.

Tıbbi Gereklilikler Dışında Müdahale Yasağı

MADDE 29- (a) Teşhis, tedavi veya korunma maksadı olmaksızın, ölüme veya hayati tehlikeye yol açabilecek veya vücut bütünlüğünü ihlal edebilecek, akli veya bedeni mukavemeti azaltabilecek hiçbir şey yapılamaz ve talep de edilemez.

Bilgilendirilmiş rıza vermeye yeterli olmayanlar

MADDE 30- (a) Küçükleri (olgunluğa erişmiş küçükler hariç),

- (b) Mental yetersizliği olanlar,
- (c) Bilinci kapalı olanlar,
- (d) Türkçe bilmeyenler.

Küçüklerin Tedavisi İçin Rıza Alınması

MADDE 31- (a) Acil olmayan durumlarda, ebeveyn veya yasal koruyucunun tıbbi tedavinin yerine getirilmesi için izninin alınması gerekmektedir.

(b) Yaygın görüş, ana babaların onamına ek olarak çocuğın da bu tür bir kabulü dile getirmesi gerektiğı biçimindedir.

(c) Tıbbi girişim veya araştırmaya onam verme yaşı konusunda farklı görüşler var.

Mental Yeterliğı Olmayanların Tedavisi için Rıza:

MADDE 32- (a) Eğer hastanın yetersiz olduğı kanaatine varılırsa, bir koruyucunun atanması için uygun bir mahkemeye havale edilir.

(b) Eğer mahkeme kararı için yeterli bir zaman yoksa, ve rızaya izin verecek bir vekil de yoksa, hayatı koruma girişimi çerçevesinde tedaviye başlanır.

(c) Mahkemenin atadığı koruyucunun yokluğunda, yukarıda belirtilen hiyerarşik sıra gözetilir.

(d) Belirsizlik ve farklı görüşler nedeniyle, yasal yetkilinin yokluğu durumunda, eğer acil durum yok ise, hukuki tavsiye ve mahkeme emri almak en güvenilir yoldur.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Muhtelif ve Son Hükümler

Müeyyideler ve Sorumluluklar

Hekimin ve Diğer Çalışanların Sorumlulukları

MADDE 33- Bilgilendirilmiş rıza alınırken hekimin ve diğer çalışanların sorumlulukları;

a) Hasta veya yakınından vücut bütünlüğüne yönelik olarak yapılan herhangi bir müdahale öncesinde yazılı olarak bilgilendirilmiş rıza almayan hekim ve diğer çalışanlar hakkında ilgili mevzuata göre işlem yapılır.

b) Hekim ve diğer çalışanlar, hastadan tıbbi müdahale öncesi bilgilendirilmiş rıza almış olsa dahi kast ve taksirinden dolayı sorumludur.

c) Tıbbi müdahalenin ceza hukukuna göre suç oluşturduğu hallerde, hekim ve diğer çalışanlar hakkında ilgili mevzuat hükümlerine göre işlem başlatılır.

Bilgilendirilmiş Rızanın Alınacağı Bireyin Sorumlulukları

MADDE 34- Bilgilendirilmiş rızanın alınacağı bireyin sorumlulukları;

a) Birey; yakınmalarını, daha önce geçirdiği hastalıkları, yatarak herhangi bir tedavi görüp görmediğini, eğer varsa halen kullandığı ilaçları ve sağlığıyla ilgili tüm bilgileri tam, eksiksiz ve doğru vermelidir.

b) Bireyin anlatılan bilgileri anlamaya azami ihtimam göstermesi gerekir.

c) Birey; tedavisi ve ilaçlarla ilgili tavsiyeleri dikkatle dinlemeli ve anlayamadığı yerleri sormalıdır.

ç) Bireyin; tedavisiyle ilgili önerilere uyum sağlayamama durumu söz konusu ise bunu sağlık çalışanına bildirmesi gerekir.

d) Birey, sağlık bakım ve taburculuk sonrası bakım planını beklendiği gibi doğru anlayıp anlamadığını belirtmesi gerekir.

e) Birey; uygulanacak tedaviyi reddetmesi veya önerilere uymamasından dolayı doğacak sonuçlardan kendisi sorumludur.

Yürürlükten Kaldırılan Hükümler

MADDE 35- (1) Bu Yönetmelikle 01.08.1998 tarih ve 4320 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğinin maddeleri yürürlükten kaldırılmıştır.

Yürürlük

MADDE 36- (1) Bu Yönetmelik Bakan onayını takiben yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 37- (1) Bu Yönetmelik hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

.....HASTANESİ
**TIBBİ VE CERRAHİ MÜDAHALELERDE HASTANIN
BİLGİLENDİRİLMİŞ RIZASININ ALINMASI İLE İLGİLİ FORM
FORMATI**

AÇIKLAMA

Sizden okuyup anlamanızı istediğimiz bu belge, sizi ürkütmek ya da yapılacak tıbbi uygulamalardan uzak tutmak için değil bu uygulamaya rıza gösterip göstermeyeceğinizi belirlemede sizi bilgilendirmek ve onayınızı almak için hazırlanmıştır.

Hastanın

Adı ve Soyadı :

Baba Adı :

Dosya/Protokol No :

BİLGİLENDİRMENİN İÇERİĞİ

- a) Önerilen tedavinin içeriği,
- b) Önerilen tedavinin amacı ve başarılı olma şansı,
- c) Önerilen tedavinin avantajları ve riskleri,
- d) Önerilen tedavinin varsa alternatifleri,
- e) Önerilen tedavinin potansiyel sonuçları,
- f) Tedavinin reddedilmesi durumunda ortaya çıkabilecek riskler ve yararlar,
- g) İyileştikten sonra beklenen büyük problemler ve hastanın normal yaşamına ve günlük aktivitelerine dönebilmesi için gerekli olan süre,
- h) Önerilen tedaviyi hastaya uygulayacak olan sağlık hizmeti sunucusunun kimlik bilgileri ve profesyonel deneyimleri,
- i) Kullanılacak ilaçların özellikleri, süresi, kullanım şekli, yan etkileri ve ilaçların etkileşimleri,
- j) Tedavi sonrası sağlığı için istenilen yaşam tarzı ve evde bakım şekli,
- k) Gerektiğinde yeniden aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşacağı.

...../...../.....

Bilgilendirenin ve Rızayı Alanın

Adı Soyadı ve Ünvanı :

İmzası :

HASTANIN / YAKININ/ VELİSİNİN/ VASİSİNİN RIZASI

- a) Bana verilen bilgilerin tamamını anladım ve bunu ifade edebilirim.
- b) Hekimim kafama takılan sorularımı anlaşılır biçimde cevapladı.
- c) Hastalık veya sakatlığımın konulan tanısının ne olduğunu ve olası sebeplerini biliyorum.
- d) Sorunumla ilgili önerilen tedavi seçeneklerinin ne olduğunu biliyorum.
- e) Bana önerilen işlemin benim için en iyisi olduğuna inanıyorum.
- f) Bu işlemin yarar, risk, sakınca ve yan etkilerini biliyorum.
- g) Başarı olasılığının ne olduğunu biliyorum.

- h) Sorunumun başka şekilde tedavisinin olup olmadığını biliyorum. Eğer varsa, bunların risk ve yararlarının neler olduğu bana söylendi.
- i) Tedavi olmadıgımda ne olabileceğini biliyorum.
- j) “Bilgilendirilmiş Rıza Formu”nun ne anlama geldiğini biliyorum.
- k) İmzaladığım formdaki her şeyi kabul ediyorum ve kabul etmediklerimin üzerini çizdim. Bu değişikliklerden hekimim haberdar oldu.
- l) Aklım başımda ve kendimi, kararımı veremeyecek şekilde sıkıntı ve baskı içinde hissetmiyorum.
- m) Bu tıbbi müdahaleden yeterince yarar göreceğimi ve bu yararın aldığım riskten ağır bastığını düşünüyorum.
- n) İstemezsem, bu girişime rıza göstermek zorunda olmadığımı biliyorum.

...../...../.....

Hastanın /Yakının/Velisinin/Vasisinin

Adı Soyadı :

İmzası :

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı: Cemal Hüseyin

Soyadı: Güvercin

Doğum yeri ve tarihi: Elbistan-1966

Uyruğu: TC

Medeni durumu: Evli

Askerlik durumu: Muaf

İletişim adresi ve telefonu: 1 Nolu AÇSAP Merkezi Demet evler 5. Cad. Ankara

GSM: 0505 566 10 30

II-Eğitimi:

2003-2004 Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü (TODAİE) Kamu Yönetimi
Yüksek Lisans Eğitimi

1998-2002 Anadolu Üniversitesi A.Ö.F. İktisat Fakültesi Kamu Yönetimi Lisans
Eğitimi

1996-2000 Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Uzmanlığı

1983-1989 Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Mezuniyeti

Yabancı dili: İngilizce

III-Ünvanları

Uzman Dr, Kamu Yönetimi Uzmanı

IV-Mesleki Deneyimi

7 yıl pratisyen hekim ve 11 yıl halk sağlığı uzmanlığı

V-Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türkiye Biyoetik Derneği

VI-Bilimsel İlgil Alanları

Yayınları

- GÜVERCİN C.H., (2006). Okul Sağlığı. *Çocuk Çocuk Dergisi*.62: 24-28.
- GÜVERCİN C.H., ARDA B., (2005). Araştırma Etiği. *Türk Nöroşirürji Derneği Bülteni*. 9: 57-61.
- GÜVERCİN C.H., (2004). Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* (57); 2:89-96.
- GÜVERCİN C.H., AKSU M., ARDA B. (2004). Köy Enstitüleri ve Sağlık Eğitimi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* (57); 2:97-103.
- GÜVERCİN C.H., OĞUZ N.Y., (2003) Yaşamın Tıplaştırılması. Uluslararası Katılımlı 3. Ulusal Tıp Etiği Kongresi Kongre Kitabı. Ed. ERDEMİR A.D. ve ark. s.555-558.
- GÜVERCİN C.H., (2001) Sosyal Güvenliğin Etik Boyutu. II.Uluslararası Tıbbi Etik Kongresi Bildiri Kitabı (18-20 Ekim, Kapadokya) Ed. ARDA B., AKDUR R., AYDIN A., s:119-127.
- GÜVERCİN C.H., İRGİL E., (1999). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Görevlilerinin Alışkanlıkları ve Yaşam Biçimleri. *Sağlık ve Toplum*. 4: 27-33.

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Kamu Yönetimi Dünyası Dergisi Yayın Kurulu Üyeliği (Halen)

Ödüller

Kuş gribi epidemisi sırasında Ağrı İli'nde çalışmalardan dolayı takdirname (2006)

VIII- Diğer Bilgiler

İşyeri hekimliği Sertifikası (2001)

RİA ve MR Uygulama Sertifikası (2002)

Üreme Sağlığı Eğitici Sertifikası (2005)

İleri Eğitim Becerileri Sertifikası (2007)

TTB Ankara Tabip Odası Üyeliği

Ankara İl Hıfzısıhha Kurulu ATO Temsilcisi

KAYUD Kamu Yönetimi Uzmanları Derneği Yönetim Kurulu Üyeliği