

Türkiye Biyoetik Derneği e-Bülteni
Sayı: 20, Kış-İlkbahar 2010
Sayı Editörü: Yeşim Işıl Ülman

e-bülten



"Tıbbi Malpraktis Özel Sayısı"

Türkiye Biyoetik Derneği

e-bülten

Sayı: 20

TÜRKİYE BİYOETİK DERNEĞİ ETKİNLİKLERİ
(KASIM 2009-MAYIS 2010)
Doç. Dr. Yeşim Işıl Ülman*

Sayın Üyelerimiz,

Türkiye Biyoetik Derneği e-Bülteni 20.sayısında, Derneğimizin etkinlikleri; düzenlemesine katkı sunduğu, üyeleri ile temsil edildiği ya da destek verdiği toplantı haberleri ve raporları ile birlikteyiz. Öncelikle 21 Kasım 2009 tarihli Genel Kurul'da Yönetimimize verdiğiniz güvene bir kere daha teşekkür ederiz. Genel Kurul'da sunulan faaliyet raporumuzu metin halinde sayfalarımızda bulacaksınız.

Yeni dönemde öncelikli olarak Derneğimizin düzenleyeceği ulusal ve (Türkiye Biyoetik Derneği VI. Tıp Etiği Kongresi, İstanbul, 25-26 Kasım 2010) ile uluslararası (EACME İstanbul 15-17 Eylül 2011) bilimsel toplantılarının hazırlıklarına başlamıştır. "Biyoetikte Yeni Ufuklar" ana başlıklı ulusal kongremize www.biyoetik2010.org sayfasından ulaşabilirsiniz.

"XV. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı"
İzmir 4-6 Aralık 2009

XV. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı (TUEK), Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu (TTB-UDEK) tarafından, İzmir Tabip Odası ve Ege Üniversitesi'nin ev sahipliğinde, 4-6 Aralık 2009 tarihlerinde İzmir'de düzenlendi. Kurultaya 55 uzmanlık derneğini temsilen, değişik üniversite ve Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde görev yapan ve özel sektörde çalışan 313 akademisyen, uzman ve asistan hekim katıldı. Türkiye Biyoetik Derneği'ni Doç. Dr. Yeşim Işıl Ülman UDEK Etik Çalışma Grubu'nda, Doç. Dr. Murat Civaner "İlaç ve Teknoloji Araştırma Grubu"nda temsil ettiler.

Kurultayın ilk gününde Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı salonlarında, TTB Çalışma Grupları VII. Genel Kurulu toplandı. Uzmanlık dernekleri temsilcisi 138 kişinin katılımı ile 6 Çalışma Grubu, eylem planlarını gözden geçirerek güncellediler ve hazırlanan raporlar ertesi gün Kurultay katılımcılarına sunuldu. Kurultay'ın 2. Gününde Etik Çalışma Grubu'nun 2007-2009 dönemindeki çalışmaları, **"TTB-UDEK Etik Çalışma Grubu Kılavuzları: Aydınlatılmış Onam, Hasta Hakları, Etik Kurullar, Hekim-**

Endüstri İlişkileri" isimli poster ile sunuldu. Ayrıca Türkiye Biyoetik Derneği adına Kurultay'da sunulan **"Tıp Etiği Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinde Yer Almalıdır!"** başlıklı posterde Derneğimizin Tıpta ve Dişhekimliğinde Uzmanlık Eğitimi ile ilgili yasal düzenlemelerde tıp etiği ve deontoloji uğraş alanının içerilmesi yönündeki çabaları, çalışmaları ve etkinlikleri ele alınarak Kurultay katılımcıları ile paylaşıldı.

XV. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı çalışmaları ve Sonuç Bildirgesine buradan ulaşabilirsiniz:
http://www.ttb.org.tr/udek/index.php?option=com_content&task=view&id=273&Itemid=117

"Şiddete Karşı Sıfır Tolerans Çalışma Grubu", Ankara 10 Ocak 2010

Türk Tabipler Birliği 10 Ocak 2010 tarihinde, Ankara'da "Şiddete Karşı Sıfır Tolerans Çalışma Grubu" Çalıştayı gerçekleştirmiştir. TTB Merkez Konseyi'nde yapılan toplantıda değişik bölgelerden tabip odaları başkan ve komisyon üyeleri, uzmanlık dernekleri yönetim kurulu üyeleri, hemşirelik derneklerinin başkan ve yönetim kurulu üyelerinden oluşan çağrılı geniş bir grup katıldı. Türkiye Biyoetik Derneği'ni Dr. Mehmet Karataş'ın temsil ettiği toplantıda bugüne dek yapılanlar çalışmalar, süren çalışmaların daha da yaygınlaştırılması için yeni öneriler ve bunlara ek olarak yapılması gerekenler ele alındı. Toplantı kararlarına ekteki linkten ulaşabilirsiniz.

http://www.ttb.org.tr/siddet/index.php?option=com_content&view=article&id=126:koltopolantisi&catid=20:genel&Itemid=133

"Gündelik Hayatta Laiklik: Sağlık Hizmetleri", Konya 20 Şubat 2010

Helsinki Yurttaşlar Derneği, laiklik ve gündelik hayatımıza etkileri üzerine bir diyalog ortamı oluşturabilmek amacıyla yürüttüğü kültürel haklar, kültürel çeşitlilik, inanç, ifade ve ibadet özgürlüğü, azınlık hakları gibi temel demokratik prensipleri koruyan bir laiklik "Gündelik Hayatta Laiklik Pratikleri" başlıklı bir proje kapsamında Sağlık Hizmetlerini ele alan bir toplantı gerçekleştirmiştir. 20 Şubat 2010 tarihinde Konya'da gerçekleştirilen "Gündelik Hayatta Laiklik: Sağlık Hizmetleri" başlıklı toplantıda Derneğimizi üyemiz Uzm. Dr. Gülsüm Önal temsil etti. Tartışma bölümünde hekim ve deontolog olarak konuyu örneklerle zenginleştiren ve biyoetik yönünden

* Türkiye Biyoetik Derneği Yönetim Kurulu adına

değerlendiren bir perspektif sunan Dr. Önal'ın raporunu Bültenimizde bulabilirsiniz.

"Tıp Etiği Ve Hukuku Açısından Malpraktis Paneli", İstanbul, 11 Mart 2010

14 Mart Tıp Bayramı Kutlamaları çerçevesinde, 11 Mart 2010 günü İstanbul'da, Türkiye Biyoetik Derneği ve İstanbul Tabip Odası Etik Kurulu ortaklaşa, Tıp Etiği ve Hukuku Açısından Malpraktis konulu bir panel gerçekleştirdiler.

Hekimler, diğer sağlık çalışanları, akademisyenler, deontologlar, hukukçular, SGK yetkilileri, tıp fakültesi, sağlık meslek yüksek okulları öğrencilerinin katıldığı panelde, tıbbi hata kavramı ve temel yaklaşımlar, dünyada ve ülkemizde uygulamalar, yasal düzenlemeler ele alınarak tartışıldı.

Panel, İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu Genel Sekreteri Dr. Hüseyin Demirdizen ile Türkiye

Biyoetik Derneği Başkanı Doç. Dr. Yeşim Işıl Ülman'ın açış konuşmaları ile başladı. Panelistler, Prof. Dr. İmdat Elmas, Doç. Dr. Murat Civaner, Uzm. Dr. Muhtar Çokar, Prof. Dr. Yener Ünver, Uzm. Dr. Serkan Özkul, tıbbi uygulama hataları, kavramlar temel yaklaşımlar, malpraktis, komplikasyon konusunu, tıp etiği, deontoloji, adli tıp ve bilirkişilik, ceza hukuku, sağlık sistemi ve sağlık politikaları, özel hekimlik ve kamu hekimliği uygulamaları yönleriyle ele aldılar. Panel, konuşmacıların konuyu tüm hatlarıyla ortaya koyan bilgilendirici sunumlarının ardından; soru ve katkılarının alındığı tartışma bölümü ile verimli bir toplantı olarak gerçekleşti.

Toplantı bildiri metinlerine Bültenimizden erişebilirsiniz. Katkılarından dolayı İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu'na, panelistlere, katılımcılara, İTO 14 Mart Haftası Organizasyonu'na ve tüm emeği geçenlere çok teşekkür ederiz.



"Hekimlikte Mesleki Tanıtım Paneli", İstanbul 11 Mart 2010

Yine 14 Mart Tıp Haftası Etkinlikleri kapsamında, İstanbul Tabip Odası'nda 11 Mart 2010 günü gerçekleştirilen "Hekimlikte Mesleki Tanıtım"

Paneline, üyemiz Uzm. Dr. Ayten Arıkan, konuşmacı olarak katılarak, hekimlik meslek etiği açısından "Tanıtım" olgusunu değerlendiren, paneli zenginleştirici bir sunum yaptı. Dr. Arıkan'ın toplantı raporununa Bültenimizden erişebilirsiniz.



"Dr. Füsün Sayek IV. Eğitim Hastaneleri Kurultayı", İstanbul 10 Nisan 2010

TTB - Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu ve İstanbul Tabip Odası, 10 Nisan 2010 tarihinde İstanbul Şişli Etfal Hastanesi'nde, "Dr. Füsün Sayek IV. Eğitim Hastaneleri Kurultayı" düzenlemiştir.

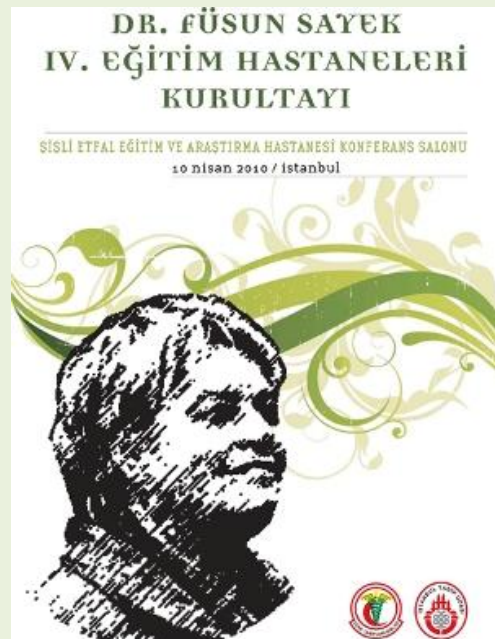
Kurultaya 5 ilden; 15 Eğitim Hastanesi, 10 Tıp Fakültesi ve 15 Uzmanlık Derneği temsilcilerinden oluşan toplam 100 sağlık çalışanı ve uzman katılmıştır. Sağlık politikalarının belirlenmesi, sağlık sisteminde yaşanan sıkıntılar, aksaklıklar, sağlık çalışanlarını sorunları, mevcut yasal düzenlemeler ayrıntılı olarak ele alınarak tartışılmıştır.

Türkiye Biyoetik Derneği'ni Yönetim Kurulu Başkanının temsil ettiği bu toplantıda, "Tıpta ve Dişhekimliğinde Uzmanlık Eğitimi"ni düzenleyen yasal belgelere disiplinimizin dahil edilmesi; tıp etiği ve deontolojisi alanının tıpta uzmanlık eğitimi içinde yer alması konusunda Derneğimizin verdiği mücadele ve son dönemdeki çalışmaları Kurultay katılımcıları ile paylaşılmıştır.

<http://www.istabip.org.tr/icerik/fsayek-son-bildirge/>

Kurultay sunumlarına şu web adresinden erişebilirsiniz:

<http://www.istabip.org.tr/icerik/dr-fusun-sayek-ivegitim-hastaneleri-kurultayi-sunu/>



e-Bülten No. 20, "Tıbbi Malpraktis" Özel Sayısı: İçindekiler

Gelen yazı sıklığına bağlı olarak altı ayda bir Mayıs ve Kasım aylarında çıkarmayı planladığımız e-Bültenimizin 20.sini, "Tıbbi Malpraktis" Özel Sayısı olarak yayınlıyoruz. Bu sayıda "Tıp Etiği ve Hukuk Açısından Malpraktis Toplantısı" metinleri, Türkiye Biyoetik Derneği Tıbbi Malpraktis ve Zorunlu Mesleki Sigorta hakkında Görüşü; Uzm. Dr. Gülsüm Önal'ın "Gündelik Hayatta Laiklik: Sağlık Hizmetleri" toplantısı ile Yrd. Doç. Dr. Ayten Arıkan'ın "Hekimlikte Mesleki Tanıtım Paneli" raporlarını bulacaksınız. Ayrıca "Türkiye Biyoetik Derneği 2007-2009 Çalışma Dönemi Etkinlik Raporu" dikkatinize sunulmaktadır. Son olarak Duyurular bölümünde TTB-Etik Bildirgeler Kitabı, İstanbul Tabip Odası Malpraktis Görüşü, çeşitli toplantı iletişim bilgileri yer almaktadır.

TÜRKİYE BİYOETİK DERNEĞİ "VI. ULUSAL TIP ETİĞİ KONGRESİ: BİYOETİKTE YENİ UFUKLAR"

İstanbul, 25 - 26 Kasım 2010

KONGREYE DAVET

Değerli Üyelerimiz, Sayın Katılımcılar,

Türkiye Biyoetik Derneği'nin VI. Tıp Etiği Kongresi'nde sizlere aramızda görmekten kıvanç ve mutluluk duyacağız. Derneğimizin iki yılda bir düzenlediği kongrelerinin altıncısı 25-26 Kasım 2010 tarihinde İstanbul'da **Biyoetikte Yeni Ufuklar** ana temasıyla düzenleniyor.

Türkiye Biyoetik Derneği VI. Tıp Etiği Kongresi ana konuları, biyoetiğin evrensel nitelikteki ilkelere hareketle; toplumu, tüm insanları, gelecek insan nesillerini, tüm canlıları ve çevreyi etkileyebilecek meselelerinden seçilmiştir. Kongremiz, "Yaşamın Sonlanması" ile "Çevre ve Biyoetik" başlıklarıyla, konuyu felsefe, etik, hukuk yönleriyle irdeleyen iki konferans; "Bilim Araştırma ve Yayın Etiği" ile "Savunmasız Gruplar ve İnsan Hakları" konulu iki panel, "Biyoetik ve Tarih" başlıklı bir özel oturum, sözlü ve poster bildiriler ile geniş bir yelpaze biçiminde planlanmıştır.

Kongremizin, alanımıza özgü çalışma konularının çok disiplinli bakış açısı ve perspektifle ele alındığı, bilim çevresine gerçek anlamda katkı

getirebilecek özgün bir tartışma platformu olmasını hedefliyoruz. Toplantımız katkılarınızla zenginleşecek ve güçlenecektir.

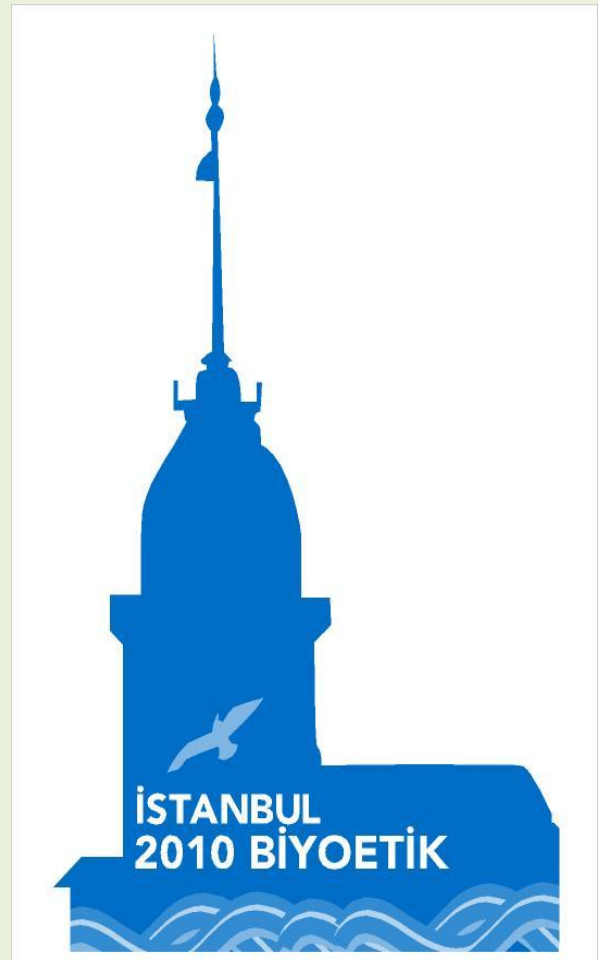
Kasım ayında Dünya Kültür Başkenti İstanbul'da görüşmek dileğiyle ve saygılarımızla.

Türkiye Biyoetik Derneği

Kongre web sayfası:

www.biyoetik2010.org

Türkiye Biyoetik Derneği VI. Tıp Etiği Kongresi'nde buluşmak dileğiyle!



TIP ETİĞİ VE HUKUKU AÇISINDAN MALPRAKTİS PANELİ BİLDİLERİ

TÜRKİYE BİYOETİK DERNEĞİ – İSTANBUL TABİP ODASI ETİK KURULU ORTAK ETKİNLİĞİ

11 MART 2010 İSTANBUL

Toplantı Amaç ve Hedefleri

Dünya Tabipler Birliği tanımıyla: "Hekimin tedavi sırasında standart güncel uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar" şeklinde tanımlanan tıbbi malpraktis olgusu, dünyada olduğu gibi ülkemiz sağlık sisteminde ve kamuoyunda son dönemde yaygın biçimde tartışılan bir konudur. Yazılı ve görsel basında sık sık konunun gündeme getirilmesi, son dönemde sağlık çalışanlarına yönelik açılan ve sonuçlanan davalar, ilgili tarafların bilgilenme ihtiyacı, tıbbi malpraktisin çeşitli akademik, sivil, meslek örgütü platformlarında ele alınarak tartışılmasına neden olmaktadır.

27 Mayıs 2009 tarihinde TBMM'ne sunulan Tam Gün Yasa Tasarısı, sağlık çalışanlarının üniversite, kamu ve özel sağlık kuruluşlarındaki çalışma biçimlerini yeniden düzenlerken, son on yıldır farklı yasa tasarıları bağlamında tartışılmakta olan tıbbi malpraktis konusunu bir kez daha gündeme taşımıştır. 30 Ocak 2010 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 5947 sayılı "Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun"un 8 maddesi tıbbi kötü uygulama sonucu ortaya çıkabilecek zararlar ilgili yaptırım düzenlemekte ve mali sigorta zorunluluğu getirmektedir.

Türk Tabipler Birliği bu tasarıya ilişkin olarak hazırladığı "Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı Önerisi"nde konunun bu yönüne de değinmiş; İstanbul Tabip Odası Etik Kurulu tıbbi hata ve malpraktisi düzenleyen yasal metinleri hakkında etik ve hukuki yönden görüş bildiren bir rapor yayımlamıştır.

Bu bağlamda Türkiye Biyoetik Derneği ve İstanbul Tabip Odası Etik Kurulu 11 Mart 2010 tarihinde İstanbul Tabip Odası'nda "Tıp Etiği ve Hukuku Açısından Malpraktis" konulu bir panel gerçekleştirmişlerdir. Sağlık çalışanları, akademisyenler, hukukçular, sağlık kurumları yöneticileri, meslek örgütü temsilcileri; tıp fakültesi, sağlık meslek yüksek okulları

öğrencilerinin katıldığı panelde, tıbbi hata kavramı ve bileşenleri, tıbbi malpraktis olgusu, sağlık sisteminin yapısı ve tıbbi hata ilişkisi, tıbbi hatada temel yaklaşımlar, yasal düzenlemeler, sağlık uygulamalarında ortaya çıkan sorunlar gibi çeşitli yönleriyle ele alınmıştır.

Dünyada kullanılmakta olan Kusura Dayalı Olan ve Kusura Dayalı Olmayan Sistemler, uygulama farkları, Türkiye'deki malpraktis kanun tasarılarının kapsamı, Tam Gün Yasası'nın ilgili 8. Maddesi tıp etiği ve hukuku açısından ele alınarak değerlendirilmiştir.

Toplantıda, tıbbi uygulamalarda ortaya çıkan hataları, en son dokunanı cezalandıran, bireye odaklı ve salt sigorta ile tazmine yönelik bir anlayışla düzenlemenin eksikliklerine ve yetersizliklerine dikkat çekilmiştir. Bu yöntemin, hataları ortadan kaldıran değil, tam tersine, hataların artışı körükleyebilecek bir uygulama olabileceğine işaret edilmiştir. Bunun yerine, sistem odaklı, hatayı tüm toplumsal ve kurumsal bileşenleri ile bütün olarak değerlendiren; kusura dayalı olmayan, hatayı meydana gelmeden önce önlemeye veya en aza indirmeye yönelik akılcı, kurumsal yaklaşımın önemi vurgulanmıştır. Tıbbi uygulamalarda ortaya çıkan hataları ele alan yasal düzenlemelerde olması gereken hukuki prensipler ve etik normlar ve değerler ortaya konmuştur.

Toplantı metinlerini sunarken, emeği geçen herkese teşekkür ederiz.

Yeşim Işıl Ülman

**TIP ETİĞİ VE HUKUKU AÇISINDAN
MALPRAKTİS**

Oturum Başkanı:
Doç. Dr. Yeşim IŞIL ÜLMAN
Acibadem Univ. Tıp Fak. Tıp Tarihi ve Etik A.D.,
Türkiye Biyoetik Derneği

13.00 Açılış

13.15 Malpraktiste Temel Kavramlar ve Yaklaşımlar
Uzm. Dr. Murat CİVANER
Uludağ Univ. Tıp Fak. Tıp Tarihi ve Etik A.D.

13.30 Malpraktis Tanısı, Bilirkişilik, Sorunlar ve Öneriler
Prof. Dr. İmdat ELMAS
İ.Ü. Adli Tıp Enstitüsü – İstanbul Tıp Fak. – İTÖ Etik Kurul Bşk.

13.45 Davaya Kararlar ve Örneklerle Malpraktis
Prof. Dr. Yener ÜNER
Yeditepe Hukuk Fakültesi Ceza Hukuku A.D.

14.00 Türk Hukukunda Malpraktis ile İlgili Yasa Önerileri
Uzm. Dr. Muhtar ÇOKAR
Acibadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik A.D.

14.15 Özel Sağlık Çalışanları Açısından Malpraktis Uygulamaları
Uzm. Dr. Serkan ÖZKUL
İTÖ Özel Hekimlik Komisyonu

15.00 Tartışma ve Sonuç Bildirgesinin hazırlanması

11 MART PERŞEMBE
13:00 - 15:30
İstanbul Tabip Odası
Dişhekimli Sevinç Özgüner
Toplantı Salonu

İSTANBUL TABİP ODASI
TÜRKİYE BİYOETİK DERNEĞİ

MALPRAKTİS: KAVRAMSAL ÇERÇEVE ve YAKLAŞIMLAR*

Doç. Dr. Murat Civaner**

Tıbbi girişimlerin uygulanması sırasında oluşabilen hatalar ve hatalara bağlı zararlar giderek daha sık biçimde kamuoyunun gündemine gelmektedir. Diğer taraftan, "tıbbi kötü uygulama", "hekimliğin kötü uygulanması", "tıbbi uygulama hatası" gibi karşılıklarla dilimize uyarlanmaya çalışılan malpraktis olgusunun taraflarını, oluşumundaki dinamikleri ve sorumlulukları doğru tanımlayarak tartışabildiğimizi söylemek güçtür. Genel olarak egemen olan "hastaya son dokunanın cezalandırılması gerektiği" anlayışının geriletilmesi için temel tanım ve kavramlar üzerinde uzlaşarak ilerlemek gerektiği açıktır. Bu sunumda hata, kaza, şanssızlık, yan etki, risk, komplikasyon ve malpraktis gibi kavramlardan söz edilmekte, bir uçak kazasının analizi metaforik olarak kullanılarak sorumluluklar, sorumlular ve sorumluluk payları üzerine dikkat çekilmektedir.

Sunumun ikinci bölümünde, malpraktis olgusuna yönelik iki temel yaklaşım / iki açıklayıcı modelden söz edilmektedir. Sistem odaklı yaklaşım nedenselliğin çok etkenli ve değişken yapısını dikkate alır; dolayısıyla hata oluşumunu ve hatanın zarara yol açması sürecini tüm etmenleri göz önüne alarak açıklar. Hataları tamamen ortadan kaldırmanın olanaksızlığını dikkate alarak önemli olanın hatanın zarar oluşmasını engellemek olduğunu kabul eder. "Kim hata yaptı?" yerine "Hizmetin hangi noktası aksadı?", "Hata-zarar sürecinde hangi önlem işe yaramadı?", "Hatanın tekrarlanmaması için ne yapmalı?" sorularını yanıtlamaya çalışır. Birey odaklı yaklaşım ise doğa ve toplumdaki nedensellik ilişkilerini tek yönlü algılar; bu anlayışın doğal sonucu, hatanın tekil bireyden kaynaklandığı, dolayısıyla da çözümün bireyin cezalandırılması ile sağlanabileceği (*örneğin hastaya tazminat ödemesi*) düşüncesidir. Bu anlayışın temel kaygısı hataları ve/veya hatalardan kaynaklanan zararları azaltmak değil, hata sonucunda oluşan zararın bireysel olarak tazmin edilmesini sağlamaktır; birey hekim birey hastaya maddi tazminat ödediği sürece sorun bir biçimde

çözülmüş sayılacaktır. Bu nedenle tazminatların ödenebilirliği bir sistem dahilinde güvenceye alınmalıdır, ki mesleki sorumluluk sigortaları da bu gerekçe ile gündeme getirilir. Ancak birey odaklı yaklaşımın hataları azaltmadığı gibi yüksek tazminatlar ve sigorta primleri nedeniyle hekimli pratiğini olumsuz etkilediği gösterilmiştir. Bununla birlikte, ülkemizde malpraktisin önlenmesi, analizi ve sorun çözülmesi çabalarında yaygın olan anlayış birey odaklıdır.

Sunumun son bölümü, ülkemiz sağlık hizmetleri bağlamında malpraktisin nereye oturduğu, güncel koşullarda neler yapılabileceği ve nasıl bir sistemin gerekli olduğu üzerinedir. Sağlıkta Dönüşüm'le birlikte sağlık hizmetlerinin örgütlenme ve finansman modelinin değiştirilmesi, hizmetlerin özelleştirilerek gereksinime göre değil kişinin ödeme gücüne göre sunulması malpraktis kavramsal konumlandırılışını ve pratikteki karşılıklarını doğrudan etkilemektedir. Hasta haklarını "müşterinin seçme ve şikayet hakkına", kişilerin kendileri hakkındaki kararlara katılım hakkını / aydınlatılmış onamı, "müşteri ile satıcı arasındaki alım-satım sözleşmesine" indirgeyen bu yaklaşım, malpraktisi de alım-satım ilişkisi bağlamında "müşteri mağduriyeti" olarak ele almaktadır. Ancak yapılması gereken, Türk Tabipleri Birliği'nin belirttiği gibi, hizmet kaynaklı tüm zararların malpraktis-komplikasyon ayrımı yapılmadan kamusal bir fonla tazmin edilmesi, bireyi suçlamak yerine zararın oluşum sürecine odaklanılması, hataların bildirilmesini teşvik eden düzenlemeler yapılması, eğitim gereksiniminin bilimsel, güncel ve erişilebilir biçimde karşılanması, uygun çalışma koşulları ve altyapının sağlanmasıdır. Sunulan hizmetin nitelik ve niceliğini etkileyen etmenlerin tümü dikkate alınmadan sadece bireyleri suçlamak, malpraktisi azaltmayacak, aksine hizmeti kötüleştirecek, mesleğin toplumsal algılanışını, hekimlerin iş doyumunu maddi ve manevi olarak olumsuz etkileyecektir. Malpraktisin "tıbbi uygulama hatası" yerine doğru biçimde, "sağlık hizmetlerinden kaynaklanan zarar" olarak tanımlanması ve algılanması, zararlardan otomatik olarak sağlık çalışanlarının sorumlu tutulması yerine, hata-zarar analizinin hizmetin tüm boyutlarıyla yapılması gerekir.

Hastayla güvene dayalı ilişki kurmak, uygun biçimde aydınlatılmış onam almak, mesleki gizliliği korumak, kayıtlara özen göstermek ve uygulanan tıbbi girişimlerin bilimsel dayana-

* Bu özet metin, 6 Aralık 2009'da İzmir'de düzenlenen XV. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı kitabında yayımlanmıştır.

** Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Etiği AD / mcivaner@gmail.com

ğından emin olmak, hata ve zarar oluşumunu önlemek için hekimin üzerine düşen sorumluluklardandır. Bu sorumluluklar arasına, sözü edilen hekim sorumluluklarının yerine getirilmesini engelleyen her türlü altyapı eksikliği ve olumsuz çalışma koşulunu ve bunlara ilişkin kurumsal sorumlulukları dile getirmek de eklenmelidir.

TIBBİ MALPRAKTİS TANISI, BİLİRKİŞİLİK, SORUNLAR VE ÖNERİLER

Prof. Dr. İmdat Elmas*

Tıbbi malpraktis ifadesi sağlık çalışanının dikkat ve özen yetersizliği, bilgisizlik ve deneyimsizliği veya ilgisizlik ve ihmaliyle hastanın yetersiz veya yanlış tıbbi uygulamaya maruz kalması, bunun sonucunda fiziksel veya ruhsal anlamda zarar görmesi anlamında kullanılan bir kavramdır.

Dünya Tabipler Birliği bildirgesinde; "tıbbi malpraktis; hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği göstermesi veya hastaya gerekli tedavi vermemesi sonucu bir zararın oluşması" olarak tanımlanmıştır. Standart tıbbi uygulama ile vurgulanmaya çalışılan; denemeler sonucunda faydalı olduğu tibben kabul görmüş, hekimler arsında yaygın olarak kullanılan ve güncelliğini koruyan tıbbi kural ve uygulamalardır (1). Standart tıbbi uygulamanın, konunun uzmanı olan hekim tarafından veya onun gözetim ve kontrolü altında uygulanması önemlidir. Bildirgede, hekimlerin öngörülemez bilgi ya da beceri noksanlığı sonucu gelişen istenmeyen sonuçlardan dolayı sorumlu tutulamayacağı, özellikle vurgulanmıştır. Öngörülebilir nitelikte olmayan, yeterli düzeydeki dikkat ve özen ve önleme rağmen gelişimi engellenemeyen olumsuz sonuçlar için tıp dilinde "komplikasyon" ifadesi kullanılır (2). Komplikasyon olarak kabul edilen olumsuz sonuçlar öngörülebilir nitelikte olduğunda, literatürde ortaya çıkma oranına ait veriler bulunur. Bu durumda tedbirli davranmak, olumsuz tablonun geri dönmesine, bazen zararın azalmasına, bazen de ölümün gelişmesine engel olabilir.

Buna örnek olarak, bazı ilaçların enjeksiyonundan sonra çok nadir de olarak gelişebilen anafilaksi reaksiyonunu ve buna bağlı ölüm riskini gösterebiliriz. Enjeksiyon öncesi duyarlılık testinin yapılması veya gelişebilecek anafilaksiye karşı

bazı önlemlerin alınması tedbirli bir davranış olarak kabul edilir. Aksine bu tedbirlerin alınmaması tıbbi malpraktis olarak kabul edilirken, tedbirli davranışa rağmen ölümün gerçekleşmesi durumunda hekim suçlanamaz.

Tanı ve tedaviye yönelik tıbbi girişimlerde, bazı olumsuz sonuçların gelişme olasılığı çoğu kez vardır. Bu nedenledir ki, hasta için yarar ve zarar değerlendirmesi yapılarak, onama dayalı olarak, kabul edilebilir risk kapsamında tıbbi girişim yapılır. Bazı ilaçların bilinen ve beklenen yan etkileri, ya da tümöral bir kitlenin çıkarılması sırasında kaçınılmaz olarak bazı organ ve fonksiyonlara zarar verilmesi bu kapsamda değerlendirilebilir. Bu uygulamaların da tıbbi malpraktis kapsamında değerlendirilmesi mümkün değildir.

Sağlık çalışanlarının tıbbi uygulamalarından kaynaklanan suçlarla ilgili olarak, özel yasal düzenleme yapılması yönündeki istek ve çabalara rağmen, günümüzde tüm meslek grupları taksirle dayalı suçlarda aynı yasal düzenlemelere tabidir. Ceza hukuku bakımından taksirle dayalı suçlar TCK 22. maddede tanımlanırken, hastanın ölümü veya yaralanmasına göre TCK 85 veya TCK 89. madde hükümleri uygulanır. Malpraktis uygulamaları, ceza hukukunun yanı sıra, disiplin ve özel hukuk sorumluluğunun doğmasına da yol açmaktadır

TCK'nun 22/ 2 göre; "*Taksir, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeyerek gerçekleştirilmesidir*". Taksirle yapılan eylem, kasten yapılan eylemden farklı olarak, amaçlanmadan (istenmeyerek) yapılmaktadır. Esasen öngörülebilir (bilinebilir) ve önlenilebilir nitelikteki olumsuz sonuç, bir irade eksikliği (dikkat ve özende yetersizlik, ihmali) sonucu gerçekleşmektedir. Mesleğinin gerektirdiği bilgi ve deneyime sahip olduğu kabul edilerek



* İ.Ü. Adli Tıp Enstitüsü Başkanı, İstanbul Tıp Fakültesi Adli Tıp A.D., İstanbul Tabip Odası Etik Kurulu Başkanı.

kendisine tıp diploması veya tıpta uzmanlık belgesi verilen bir hekimin, kendi uygulama alanına giren tıbben öngörülebilir nitelikteki bir sonucu öngörerek davranması, bunun için gerekli olan dikkat ve özeni göstermesi beklenir. Cezanın ağırlaşmasında, kişinin neticeyi öngörüp görmemesi önemli rol oynamaktadır. TCK 22/3 göre; *"Kişinin öngördüğü neticeyi istememesine karşın, neticenin meydana gelmesi halinde bilinçli taksir vardır; bu halde taksirli suça ilişkin ceza üçte birden yarısına kadar artırılır"*. denmektedir. Diğer kritik olan bir soru ise, olumsuz sonucun hekim tarafından istenip istenmemesi durumudur. Gerçekte, hastasına yararlı olmaya çalışan bir hekimin, olumsuz bir sonucu istemesi pek olası bir durum değildir. Aksi takdirde eylemin niteliği değişerek, kasıtlı hareket etme fiili oluşur. Beklenen özen; olumsuz sonucu önleyebilecek dikkatli, önleyici ve beceriye dayalı davranış biçimidir. Beklenen dikkat ve özenin derecesi, en azından orta düzeydeki bir hekimin göstermesi gereken objektif davranıştır(3). Dikkat ve özen, olumsuz sonucun gelişme riski ve tehlikesiyle orantılı olarak artmalıdır. Bu nedenle, yaşamsal tehlikenin olduğu acil olgular, özenin en fazla olması gereken olgulardır.

Hekimin uzmanlık alanının gerektirdiği bilgi ve beceriye sahip olması, uzmanlık alanıyla ilgili gelişmeleri izlemesi, olanaklıysa uygulaması, uzmanlık alanı dışındaki konularda ilgili uzmanlık alanından konsültasyon istemesi, gerektiğinde sevk etmesi beklenir. Gösterilecek özenin derecesi, olumsuz sonucun gelişme riski ve tehlikesiyle orantılı olmalıdır. Bu nedenle, yaşamsal tehlikenin olduğu acil olgular, özenin en fazla olması gereken olgulardır. Zorunlu hallerde tıbbi yardımdan kaçınmaması gerekir. Özen yükümlülüğünün yerine getirilmemesinin temelinde tıbbi standart eksikliği bulunmaktadır. Tıbbi standarttaki yetersizlik, tanı aşamasında (eksik araştırma, yetersiz süre gözlem, bulguların yorumlanmasında yetersizlik vs.), tedavi aşamasında (yanlış veya eksik tedavi, eskimiş veya geçerliliği henüz kabul edilmemiş bir tedavi yöntemini seçilmesi, geciken tedavi vs.), bazen de tıbbi girişim sonrası bakım aşamasında (periyodik bakım ve izlemenin yetersiz olması, koruyucu tedavinin düzenlenmemesi vs.) ortaya çıkabilir.

Tıbbi girişimin hukuka uygun olduğunu söyleyebilmek için, bazı temel yaklaşımların yerine getirilmiş olması gerekir. Bunlar;

1. Tıbbi girişimin ehli tarafından yapılması (hekimlik diploması, uzmanlık belgesi vs)
2. Yeterli düzeyde araştırmaya dayalı tanı ve tedavi endikasyonu,
3. Aydınlatılmış onamın bulunması,

4. Yasaların suç saydığı tıbbi girişimin yapılmaması,
5. Tıbbi girişime uygun ekip ve ekipmanın olması,
6. Etkinliği ve geçerliği benimsenmiş tıbbi bir yöntemin seçilmesi,
7. Gelişebilecek olumsuzluklara ve komplikasyonlara karşı gerekli hazırlıkların yapılması ve tedbirlerin alınması,
8. Yeterli düzeyde dikkat ve özenin gösterilmesi, ihmal niteliğinde bir davranışın sergilenmemesi gerekir.
9. Tıbbi girişimlerin kayıt altına alınması.

Ancak istisnai durumlar bazı durumlarda söz konusu olabilir. Hekimin bulunmadığı, ancak bazı tıbbi girişimlerin hemen yapılmasının kaçınılmaz olduğu durumlarda, hekim dışındaki kişilerin veya o konunun uzmanı olmayan bir hekimin bazı tıbbi müdahalelerde bulunması bir zorunluluk hali olarak değerlendirilebilir(4). Benzer acil koşullarda, yeterli ekipman olmadığı halde bazı tıbbi müdahalelerin yapılması kaçınılmaz olabilir. Ameliyat öncesi tüm tıbbi araştırmalar yapılarak cerrahi operasyonun sınırının belirlenmesi, buna göre hastadan onam alınması temel bir yaklaşım olarak kabul edilmesine rağmen, ancak cerrahi girişim esnasında karar verilebilen durumlar söz konusu olabilmektedir. Başka bir seansa ertelenmesi hasta açısından önemli sakıncalar taşınması durumunda, hekimin hastası lehine karar vererek onamın sınırlarını aşması mümkün görünmektedir.

Kusurlu tıbbi uygulamaya bağlı ölüm olguları üzerinde yapılan bir araştırmada görülme sıklığına göre kusur nedenleri;

- Yetersiz gözlem,
- Tıbbi girişimde gecikme,
- Hasta sevkinde gecikme, yeterli önlem almadan sevk,
- Yetersiz önlem ve yetersiz tedavi sonucu infeksiyon,
- Hatalı ve dikkatsiz tedavi,
- Yetersiz teşhis,
- Ehliyetsiz kişilerin tıbbi girişimi,
- Yasalara aykırı tıbbi girişimin neden olduğu ölümler olarak belirlenmiştir(5).

Mevcut hukuk sistemimizde, malpraktis iddiası olan bir tıbbi girişimde sağlık çalışanının kusurlu bulunabilmesi için;

- Tıbbi girişimin suçlanan kişi tarafından yapıldığının belirlenmesi,

- Tıbbi girişimde kusurlu bir uygulamanın olduğunun kanıtlanması,
- İstenmeyen olumsuz bir sonucun gelişmiş olması,
- Yapılan kusurlu eylemle olumsuz sonuç arasında nedensellik (illiyet) bağının kurulması ve bunun ispat edilmesi gerekir.

Mahkemeler bu tür çözümü uzmanlığı, özel veya teknik bilgiyi gerektiren hallerde, bilirkişinin oy ve görüşünün alınmasına karar verirler (CMK 63.m.). Buradaki amaç konu hakkındaki en doğru ve yeterli teknik bilgilenmeye ulaşmaktır. Bu nedenle de hakim, tek bilirkişi görüşüyle yetinmeyebilir, doğru bir karara varabilmek için, farklı bilirkişi görüşlerine başvurabilir. Tıbbi malpraktis iddiası olan olgularda bilirkişiden beklenen, somut olayla ilgili olarak en az orta düzeydeki bir hekimin göstermesi gereken dikkat ve özen ne olması gerektiğinin (beklenen davranış) tanımlanması ve söz konusu olguda bu yükümlülüğünün hangi ölçüde yerine getirildiğinin belirlenmesidir. Bazen olumsuz sonuç ihmali bir davranışla da ortaya çıkabilir. Bu durumda belirlenmesi gereken, somut olayda hekimin kendisinden beklenen davranış modelini ve yaklaşımı gösterip göstermediği, bu konuda ihmali bir davranışta bulunup bulunmadığıdır. Bilirkişinin görevi hazırladığı raporda, somut olaydaki tıbbi konuların, hakim anlayacağı bir sadelik ve dilde anlatılmasından ibarettir. Hakim gerekli görmesi halinde, kendisinin ve tarafların sorularını yanıtlamak üzere, bilirkişinin mahkemede hazır bulunmasını isteyebilir.

TCK 89/5'e taksirle yaralama suçlarında, bilinçli taksir hali hariç olmak üzere suçların soruşturulması ve kovuşturulması şikayete bağlıdır iken TCK 85/1'e göre taksirle ölüme sebebiyet verme kamu davası açmayı (Asliye Ceza) gerektirmektedir. Kuşkusuz ihmali ve sonuçlarının ağır olduğu olgularda, konunun kamu davası olarak ele alınması kaçınılmaz olabilir. Ancak diğer durumlarda, tıbbi müdahaleye bağlı gelişen olumsuzlukların bir an önce giderilmesi ve zararların ödenmesi daha çok önem kazanmaktadır. Tıbbi malpraktis davalarının yıllarca sürmekte, hasta ve hekim açısından zahmetli ve yıpratıcı bir sürece dönüşmektedir. Üstelik hastanın mağduriyeti artarak devam etmektedir. Bu nedenle dava süreçlerini hızlandıracak yasal tedbirlerin yanı sıra, birçok malpraktis olgusunu mahkemeye yansımadan çözümleyecek yapılanmalara gerek-

sinim duyulmaktadır. İl düzeyinde örgütlenen Uzlaşma Kurulu niteliğindeki bu yapılanmalar, tarafları veya temsilcilerini bir masa etrafında bir araya getirerek, hekim ve hasta haklarını karşılıklı olarak gözetken makul çözümler üretebilir. Çözüm üretmede zorlanılan olgularda, İngiltere deneyiminde olduğu gibi, tarafların uzman bilirkişi görüşüne başvurması, bu görüşlerin katkısıyla taraf temsilcilerinin uzlaşmaya varması mümkündür (6). Gene de başarılı olunamayan olgularda mahkemede hakim önüne çıkmak kaçınılmaz olacaktır. Fakat bu tür bir yapılanma mahkemeye yansıyan olgu sayısını önemli miktarda azaltacaktır.

Kaynaklar:

1. 44. Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda Kabul Edilen (1992), Dünya Tabipler Birliği'nin Tıpta Yanlış Uygulama Konulu Duyurusu (Malpractice), Sağlıkla ilgili Uluslararası Belgeler, Türk Tabipler Birliği, (Ed. Füsün Sayek), 1998.
2. Yener Ünver, Doktorların Malpraktis Nedeniyle Ceza Hukuku Sorumluluğu ve Malpraktis-Komplikasyon Ayrımı, Tıbbi Müdahaleden Kaynaklanan Hukuki Sorumluluk, Sempozyum, Bildiriler, (Ed. Mersin Barosu), 2009.
3. Çetin Aşçıoğlu, Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar, Ankara, 1993.
4. Hakan Hakeri, Hekimlerin Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Müdahaleden Kaynaklanan Hukuki Sorumluluk, Sempozyum, Bildiriler, (Ed. Mersin Barosu), 2009.
5. Birgül Tüzün, Faruk Aşçıoğlu, İmdat Elmas, Haluk İnce, Kusurlu Tıbbi Uygulamaya Bağlı Ölümler, İst.Tıp.Fak. Mecmuası &0:4,1997.
6. Bernard Knight, Simpson's Forensic Medicine, British Library Cataloguing in Publication Data, 1991.

SAĞLIK MENSUPLARININ ÖZELLİKLE TIBBİ MALPRAKTİS'TEN KAYNAKLANAN CEZA HUKUKU SORUMLULUĞU

Prof. Dr. Yener Ünver*

I – GİRİŞ

Başta hastanın aydınlatılarak alınmış rızası olmak üzere, bütün diğer koşulların varlığına karşılık, tıbbi müdahalenin tıp bilimi ve uygulamasının gerektirdiği çağdaş standarttaki özenle gerçekleştirilmesi gerekir. Diğer tüm koşulların varlığına



karşılık, tıbbi müdahale tıbbi standarda aykırı gerçekleştirilmişse, hekimin bu müdahalesi hukuka aykırı olacak ve bu nedenle (birlikte veya bazen bunlardan sadece biri, ikisi veya tümü birlikte olmak üzere) hekimin disiplin, özel hukuk ve ceza hukuku sorumluluğunun doğmasına neden olacaktır.

II – KAVRAM

Malpraktis terimi, latince "Malapaxis" kelimesinden türetilmiştir¹. *Mal* terimi, hastalık, bozuk, kötü, kusurlu anlamına örnek gösterilmekte ve *Malpraktis ise*, hastanın sağlık personeli tarafından -zarar görecektir- yanlış tedavi edilmesini ifade için kullanılmaktadır. Başka bir ifadeyle, malpraktis, hatalı veya yanlış tedaviyi ifade etmektedir².

* Yeditepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Ceza ve Ceza Muhakemesi Hukuku Öğretim Üyesi.

¹ Değirmenci, Sare. Yeni Türk Ceza Kanunu ve Hemşirenin Sorumlulukları (Power Point Tebliğ Sunumu-Tarihsiz).

² Kocatürk, Utkan. Açıklamalı Tıp Terimleri Sözlüğü., Ankara 1997, sh: 446 ve 448.

Malpraktis farklı bir açıdan, başka birinin zararına neden olan, **meslek erbabı kişinin kötü, dikkatsiz faaliyeti, bir işi profesyonelce yapmakta olan kişilerin, kötü ve hatalı uygulamaları, makul olmayan beceri ve özen eksiklikleri sonucu sağlık hizmeti alanın zarar görmesi veya hayat veya sağlığının tehlikeye sokulması** olarak da tanımlanabilir. Belirtilen nitelikteki eylem tıp/sağlık alanının ilgilendiriyorsa, bu durum "**tıbbi malpraktis**" ya da "**tıbbi uygulama hatası**" ya da "**tıbbi kötü uygulama**" anlamlarında da kullanılan bir terimdir.

Kavrama ilişkin pozitif normlardan **Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği** (m. 11) **TTB Hekimlik Mesleği Etik Kuralları** (m. 5) ve **Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü** (m. 9 ve 10/1) de, hastanın tıbbi standarda uygun teşhis, tedavi ve bakımının yapılmasını, kötü işleyen sağlık hizmetleri ile yanlışlık ve hatalardan korunmak, yüksek güvenilir standartlarını karşılayan sağlık hizmetleri ve tedailerinden de yararlanma hakkının bulunduğunu, iyi eğitilmiş personel, personelin devamlı eğitimi suretiyle hata risklerinden korumayı önlemek gerekliliğinin icrası ile mali gerekçelerden ayırık olarak her hastanın tıbbi standarttaki gelişim ve yeniliklerden yararlanma hakkının varlığını düzenlemektedir³.

III – KAVRAMIN ÖĞRETİDEKİ ANLAMI

Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk koşullarından birisi de, hekimin somut olayda gerçekleştirdiği tıbbi müdahaleyi **TIP BİLİMİ VE UYGULAMASININ GEREKTİRDİĞİ ŞEKİLDE VE ÖZENLE GERÇEKLEŞTİRMESİ GEREKLİLİĞİDİR**⁴.

Öğretideki diğer bir yazar, tıbbi yanlış uygulamanın, **yalnızca** bir girişimin, bir tedavinin ya da uygulamanın yanlış, eksik yapılması demek **olmadığı, aynı zamanda yapılması gerektiği halde yapılmayan bir işlem anlamına da geldiği** görüşünü savunmaktadır⁵.

Konu öğretilerde farklı bir açıdan da ele alınmakta ve tıbbi uygulama hatasının olmaması gerekliliği, **hastanın tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi**

³ Bkz. Hakeri, Tıp Hukuku, sh: 51-53.

⁴ Bkz. Hakeri, Tıp Hukuku, sh: 185.

⁵ Bkz. Özdilek, Ali Osman.

<http://hukukcu.com/modules/smartsection/item.php?itemid=80> (01. 12. 2006, Saat: 10.00).

ve bakım hakkıyla doğrudan ilişkilendirilerek, hastanın modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun teşhis ve tedavi ile bakımını istemek hakkı olduğu belirtilmektedir⁶.

Doğal olarak burada dikkat edilmesi gereken husus, taksirli her davranışın ceza sorumluluğuna yol açmadığı, başka bir ifadeyle diğer hukuk dalları açısından farklı değerlendirmeler yapılabilecek olsa dahi, **her hatalı tıbbi uygulamanın ceza sorumluluğunu gerektireceğidir**. Öncelikle bakılması gereken husus, taksirli davranışın bir suç tipini ihlal edip etmediğidir. Özellikle zarar suçlarında bu çok önemlidir ve eğer taksirli davranışa karşılık tipik zarar neticesi doğmamışsa, hem tipik netice ihlal edilmediği hem de taksirli suçlarda teşebbüs sorumluluğu olmayacağından bu davranış cezalandırılmayacaktır.

IV - MALPRAKTİS OLUŞTURAN SAĞLIK ALANLARI VE DAVRANIŞ BİÇİMLERİ

Malpraktis davranış biçimlerine rastlanılan alanlar çeşitli başlıklar altında tasnif edilebilir. Bu alanlardan önemlilerini şöyle belirtebiliriz:

1-TEŞHİS-TANI HATASI

Teşhis ve tanıda tıbbi hataya ve dolayısıyla da sorumluluğa yol açan davranış biçimleri, öğretilerde eksik araştırma, nitelendirme hatası ve teknik kusurlar biçiminde gruplandırılmaktadır⁷.

2-TEDAVİ HATASI

Müdahalenin yapılmaması, hastanın vücudunda yabancı madde unutulması, eksik ön muayene ve yetersiz hasta öyküsü almak, teşhise yönelik yapılmaması, yanlış tedavi yöntemi seçmek, kontrol ve gözetim hatası, gerekli tetkiklerin yapılmaması, kontrol ve gözetim hatası, tedavi sonrası danışma ve tavsiye hataları, yanlış ilaç ve hasta karıştırma, ölçüsüz tıbbi müdahale, bir komplikasyonun fark edilmemesi, hatalı ameliyat tekniği, teknik aletlerin kullanılmasında yapılan hatalar, derhal hastaneye yapılması gereken sevkini yapılmaması, uzman hekime çok geç danışılması, enfeksiyon ve hijyen kurallarına

⁶ Hakeri, Tıp Hukuku, sh: 51.

⁷ Öztürkler, Cemal. Hukuk Uygulamasında Tıbbi Sorumluluk, Teşhis, Tedavi ve Tıbbi Müdahaleden Doğan Tazminat Davaları., Ankara 2003, sh: 88.

uyulmaması gibi hatalar tedavi hatasına örnek gösterilebilir.

3- ORGANİZASYON KUSURU

4-ÜSTLENME HATASI

5-TEDAVİ SONRASI YÜKÜMLÜLÜKLERİN İHMALİ HATASI⁸

Tıbbi malpraktis örnekleri sadece cerrahi ameliyatlar veya diğer tür tıbbi müdahalelerde değil, tedavi sonrası hastanın yapması gerekenlerin öğretilmesi ve açıklanması gibi tedavinin belirli bir zamana yayıldığı durumlarda bu zaman sürecindeki doktor gözetimi aşamasındaki müdahalelerde de görülebilir. Örneğin genel bir cerrahın göstermesi gereken özen ve becerinin gösterilmemesi kadar, hastaya ameliyat sorusu organını nasıl kullanacağını açıklanmaması, standart tıbbi muayene ve teşhis için gerekli testlerin yapılmaması da birer tıbbi malpraktis olarak kabul edilmiştir⁹.

Tıbbi uygulama hatalarının genellikle görülme biçimleri farklı bir bakış açısıyla şöyle de sınıflandırılabilir:

“1- Yargı Hatası: Bilgi Eksikliği, deneyim eksikliği, ihmale bağlı hatalar.

2- Mekanik Hatalar: Ekipmanla ilgili hatalar.

3- Teknik hatalar: Tıp tekniğini uygularken oluşan hatalar.

4- Bilgilendirme hataları: Hastayı eksik ya da yanlış bilgilendirme.

5- Sistem Hataları: Kişilerden değil, kurumlardan organizasyondan kaynaklı hatalar.”¹⁰

V - MALPRAKTİSİ SAPTAMA ÖLÇÜTLERİ AÇISINDAN YARGITAY’IN KULLANDIĞI FORMÜLLER

Yargıtay, malpraktis’i, “mesleki şartları yerine getirmek, tıp ilminin kurallarını gözetip uygu-

⁸ Ayrıntılı bilgi ve örnekler için bkz: HAKERİ, Tıp hukuku, sh: 343 vd.

⁹ Örnek olaylar için bkz. Öztürkler Tıbbi Sorumluluk, sh: 136 vd.

¹⁰ Öztürkler, TCK- Hekim Sorumluluğu Tartışmaları, Uzmanlık Dernekleri, Yaklaşımlar, Slayt No: 15.

lamak", "fen kuralları", "tıp biliminin teknik kuralları", "mesleki özen ve ihtimam", "mutat dikkat ve özen" ve "titiz bir ihtimam ve dikkat" şeklindeki ölçütlerle saptamaktadır¹¹.

VI - MAPRAKTİS - KOMPLİKASYON AYIRIMI VE SONUCU

Tıbbi eylemi gerçekleştiren sağlık personelinin eyleminin malpraktis olmaması için göstermesi gereken objektif özen, eşdeğeri statüde bulunan, **ortalama düzeydeki bir sağlık personelinin, aynı hal ve şartlar altında göstereceği özendir.**

Tıbbin normal kabul ettiği risk ve sapmalar çerçevesinde hareketleri dolayısıyla belirli neticeler meydana gelse bile, sağlık personeli cezalandırılmamaktadır, cezalandırılmaz. Başka bir ifadeyle, hekim tıbbi müdahaleyi tıbbi standarda uygun yapmış ise, tedavi (örneğin ameliyat) arzulanan iyi sonucu sağlamasa bile, hekim bu olumsuz neticeden hukuken sorumlu tutulamaz¹².

Komplikasyon, eğer ortaya çıkan netice öngörülemez ve/veya önlenemeyen bir netice ise, öğretilerde genellikle izin verilen risk olarak kabul edilir. **Komplikasyon**, hastanın ya da doktorun elinde olmadan gelişen, istenmeyen gelişmeler olarak kabul edilir ve örneğin, ameliyat sırasında sterilizasyona ne kadar dikkat edilirse edilsin enfeksiyon riski her zaman vardır; alınan standart önlemlere rağmen enfeksiyon gelişirse bunun bir komplikasyon olduğu varsayılır¹³.

Ancak dikkat edelim ki, her komplikasyon izin verilen risk olarak kabul edilemez.

Komplikasyon terimi, tıp alanında daha çok istenmeyen olumsuz gelişmeleri ifade etmek için kullanılmaktadır. Ancak, bu istenmeyen neticelerin önceden öngörülmesi mümkün iken öngörülmemişse veya ortalama bir hekimden tıbbi standart bazı doğabilecek riskleri öngörme veya önleme ya da doğduğunda meydana getireceği neticeleri giderme veya zarar ya da tehlikesini azaltma için bazı önlemlerin alınmasını emretmesine karşılık hekim bu önlemleri almamışsa, bu durumda doğan yeni gelişmeler ve olumsuz

netice, hekim tarafından istenmeyen olumsuz netice dahi olsa, izin verilen risk alanında görülemez; hekimin bu davranışı taksirli, yani özensiz tıbbi müdahale olarak kabul edilerek sorumluluğunun doğacağı kabulü gerekmektedir.

VII - MALPRAKTİS: YALNIZCA TAKSİRLİ Mİ? KAST VE/VEYA TAKSİRLİ Mİ?

Eğer bu kavramla *HATALI veya YANLIŞ* tedaviden söz ediyorsak ve bu bir anlamda tıbbi standarda aykırılık olarak anlaşılıyor ise, o zaman **malpraktis kastlı eylemlerde de olur** ve kavramın uygulanma alanı kastlı eylemleri de kapsar biçimde anlaşılmalıdır.

Bu nedenledir ki, örneğin kamu görevlisi hekimin bir vakaya kasten özensiz ve acele-yüzeysel tıbbi müdahalede bulunması, muayene etmeden hastaya reçete yazması, hastayı muayene bahanesiyle cinsel saldırıda veya tacizde bulunması gibi davranış tarzları bir taraftan bazı adli (görev suçu veya evrakta sahtecilik ya da cinsel suç v.s.) suçlara vücut verebilirken¹⁴ diğer yandan da birer malpraktis teşkil edecektir.

VIII - İZİN VERİLEN RİSK

Taksirli davranan hekim, **izin verilen risk** kuramından yararlanamaz. Başka bir ifadeyle, yükümlülüğe aykırı özensizlik halinde izin verilen risk değil, izin verilmeyen ve sorumluluk doğuran bir risk söz konusu olur¹⁵.

Bugün tıp mensuplarının iddia ettiklerinin¹⁶ aksine, hekimler çalışmalarını sadece izin verilen risk çerçevesinde yapmamaktadırlar. İzin verilen riskten söz edilebilmesi, genel götürü şablon bir yaklaşım olamaz. Zannedildiğinin aksine, belirli bir mesleğin riskli olması, orada meydana gelebilecek tüm risklerin hukuk alanı dışında olduğu ve hekimlerin sorumlu olmayacakları anlamına gelmez.

IX - GÜVEN İLKESİ

Hukuken izin verilen veya verilmeyen bir zarar veya tehlikenin varlığını tespit için yararlanılan

¹¹ Bkz.

<http://hukukcu.com/modules/smartsection/item.php?itemid=80> (01. 12. 2006, Saat: 10.00).

¹² 13. HD. 14. 10. 1974., E. 2637, K. 2492.

¹³Bkz. <http://ansiklopedi.turkcebilgi.com/komplikasyon>.

¹⁴ Bu suçlara ilişkin ve tıp hukuku alanıyla ilgili Yargıtay kararları için bkz. Hancı, Malpraktis, sh: 132-137, 141.

¹⁵ Basler Kommentar (*Guido Jenny*), - Strafrecht I, sh: 304.

¹⁶ Bkz. Tümer, Ali Rıza. 1995-2000 Yılları Arasında Yüksek Sağlık Şurasına Gelen Ortopedi Vakalarının Değerlendirilmesi, Derleme / Rewiew 2003, Vol: 14, No: 3, sh: 184.

temel ilkelerden en önemli yardımcı araçlardan birisi de, güven ilkesidir. Bu ilke, bireylerin, hekimler için belirli meslek mensuplarının v.s. önceden tahmin etmeleri gereken ve bundan kaçınmak için strateji geliştirmeleri gereken tehlikelerin veya zararların belirlenmesine ve bu tehlike veya zarar neticelerinden sorumluluğun ceza sorumluluğunun şahsiliği ilkesine göre tespiti olanağını sunar. Özellikle birden fazla kişinin birlikte veya aynı ortamda hareket ettiği alanlarda ceza sorumluluğunun objektif isnadiyeti açısından temel belirleyici ölçüt-ilkelerden birisidir¹⁷.

Güven ilkesinin mantığı, **belirli riskli bir hareketi yapan kimsenin, benzer harekette bulunan kimsenin hukuken riskleri azaltmak veya ortadan kaldırmak amaçlı olarak kabul edilmiş teknik güvenlik normlarına uygun davranacaklarına güvenebileceğini, bu güvenmesinin kendisi aleyhine hukuksal sonuç çıkarmak için yorumlanamayacağı, insanların hareketlerini sürekli başkalarının olası hatalı davranışlarına göre şekillendirmek zorunda olmadıkları, her ne kadar başkaları 'oyunun kurallarına uygun' davranmadığı için kazalar veya diğer istenmeyen tehlike veya zarar neticelerinin doğduğu bir vaka ise de hiç kimsenin diğerinin hareketinin doğuracağı tehlikeyi azaltmak veya ortadan kaldırmak ve ondan sonra veya o çerçevede kendi hareketini gerçekleştirmek yükümlülüğü bulunmadığı** biçiminde anlaşılabilir¹⁸.

X – TAKSİRLİ (ÖZENSİZ) TIBBİ MÜDAHALEDE KUSURUN AZLIĞININ CEZA SORUMLULUĞUNA ETKİSİ

Öncelikle bu konunun normatif olarak AY.nın 38/6. ve TCTK:nun ise 22/4-5. maddelerinde ve ceza sorumluluğunun şahsiliği ilkesi olarak düzenlendiğini belirtmek gerekir.

TCK.nun 22. maddesi uyarınca, "birden fazla kimse tarafından ekip halinde ve işbölümü biçiminde gerçekleştirilen faaliyetlerde; 1) bir taraftan neticeye davranışıyla neden olan kişi veya

kişilerin saptanması, 2) diğer taraftan bu kişilerin neticeye neden hareketlerinin taksirli olup olmadığını ve 3) nihayet bu taksirli harekete rağmen o kimsenin ceza hukuku sorumluluğunun olup olmadığını saptamak gerekir.

Taksirli eylem nedeniyle ceza sorumluluğunun belirlenmesi, objektif özen yükümlülüğünün ihlalinin varlığını saptamak için, 'öngörülebilirlik ve önlenibilirlik' ölçütlerinden yararlanılmakla birlikte, özellikle ekip halinde yürütülen faaliyetlerde tek başına bu ölçütlere başvurmak sorunu adil biçimde çözmektedir. Çünkü ekip üyelerinin uzmanlaşmalarını ve yükümlülüklerinin bu uzmanlık alanına uygun belirlenmesinin hem işbölümü ve uzmanlaşmanın bir gereği olması hem de ekipteki herkesin diğerinin hareketlerinin doğuracağı riski önlemek için onun hareketlerini gözetleyip denetlemesi, dikkatini buna vermesi, bu kontrol amaçlı denetim davranışına rağmen gerçekleşmesi istenmeyen risklerin doğmasına, kişinin kendi hareketlerinde objektif özen yükümlülüklerine aykırı davranmasına ve kendi üzerine düşen görevi layıkıyla yapamamasına neden olacaktır.

Ekipteki diğer kimsenin hukuk kurallarına uygun, uzmanlık ve mesleğinin gerektirdiği biçimde ve risklere yönelik gerekli dikkat ve özeni götserceğine davranacağına güvenerek harekette bulunan bir kimse, kendi davranışları açısından da üzerine düşen objektif özen kuralına uygun davranmışsa, taksirinden söz edilemeyecektir. Burada sadece bir kimsenin taksirinin olmadığını kabulü için, ekipteki diğer kimsenin davranışlarına güvenerek hareket etmesi yeterli olmayıp, kendisinin de somut olayda özen yükümlülüklerine uygun davranması gerekir.

XI – HEKİMİN GÖSTERMESİ GEREKEN OBJEKTİF ÖZEN YÜKÜMLÜLÜĞÜNÜN ÖLÇÜTÜ

Malpraktis'in kabul edilmemesi için, doktordan beklenen objektif özen yükümlülüğü, ülkenin sağlık koşullarına göre gösterebileceği normal tedbir ve dikkattir. Doktor bu yükümlülüğünü yerine getirmesine karşılık istenmeyen bir netice doğarsa, bunun tıbbi malpraktis nedeniyle değil, komplikasyon (bir anlamda izin verilen risk) nedeniyle

¹⁷ Bu ilkenin ortaya çıkışı, günümüzdeki anlam ve fonksiyonu ve yargı kararları açısından bkz. Ünver, Yener. Ceza Hukukunda İzin Verilen Risk, İstanbul 1998, sh: 338 vd.

¹⁸ Ünver, Yener. Ceza Hukukunda Güven İlkesi., V. Türk-Alman Tıp Hukuku Sempozyumu – Ceza Hukukunun Güncel Sorunları, Ankara 2008, sh: 886.

doğduğu ve bu önlenemeyen ve beklenmedik netice nedeniyle doktorun sorumluluğu olmaz¹⁹.

Gösterilmesi gereken özenin ölçütü, tıbbi standarttır. **Tıbbi müdahale hatasının bulunup bulunmadığı incelenirken, o müdahaleye ilişkin ilgili talimatlara aykırılık olup olmadığı da göz önünde tutulur.** İlgili tıp uzmanlık alanının talimat, direktif ve diğer düzenlemelerine aykırılık tıbbi müdahalenin tıbbi standarda aykırılıkla eşanlamda kabul edilir. Tıbbi bilirkişinin de mahkemenin de bunu dikkate alması gerekmektedir. Örneğin cerrahi bir tıbbi müdahalede bilirkişinin cerrahi biliminin verilerine göre müdahalenin tıbbi standarda uygun olup olmadığını irdelemesi ve bu hususta olay/esas hakimine kanaat sunması gerekir²⁰.

Ancak **Yargıtay** bu hususu kabul etmekle birlikte, birçok kararında, **hekimin çeşitli tedavi yöntemlerinden birini seçerken hekimin tamamen sınırsız bir keyfi takdir yetkisine sahip olmadığını kabul etmekte ve bu seçimi yapacak pekimin hastanın ve hastalığın özelliklerinin göz önünde tutulmasını ve hastanın mümkünse risk altına sokulmaması ve eğer riske girmek kaçınılmaz ise bu durumda da onu en az riske sokan, en güvenli yolu tercih etmesi gerektiğine karar vermiştir**²¹. Keza doğaldır ki, bu yöntem ve riskleri ile, başarı şansı, olası riskleri, alternatifleri ve yüksek zarar veya tehlike risklerine karşı alınan önlemler açısından hastanın rızası alınmadan önce gerektiği biçimde aydınlatılması gereklidir²².

XII - TIBBİ MÜDAHALE HATASININ SUÇ TEŞKİL EDEN NETİCE AÇISINDAN NEDENSELLİĞİ

Hekimin tıbbi müdahaleyi standarda aykırı davranışının ceza hukuku sorumluluğuna yol açması için, hekimin bu kötü tıbbi uygulamasının bir suç tipindeki tipik tehlike veya zarar neticesine neden olması, yani hekimin hatası ile bu tipik netice arasındaki nedensellik bağının ispatı gerekir.

¹⁹ Hancı, Malpraktis – Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu, sh: 27.

²⁰ BGH VI ZR 57/07., 28. 03. 2008. Karş. BGH 22. 09. 1987 – VI ZR 238/86 – NJW 1988, sh: 763.

²¹ Örneğin 13. HD. 25. 04. 2002., E. 2589, K. 4560. Aynı yönde: 10. 03. 2006., E. 14854, K. 10687.

²² BGHZ 13. 06 2006 – VI ZR 323/04 – VersR 2006, sh: 1073; BGHZ 27. 03. 2007 – VI ZR 55/05.

Şüphesiz burada ceza hukukunda geçerli olan delil ve ispat araç ve yöntemi geçerli olacaktır.

Nedensellik bağı icrai harekete olduğu kadar ihmali hareket arasında da kurulabilir. Yapılmayan veya eksik yapılan müdahale neticesinde hastanın kurtarılmasının mümkün olacağı tespit edilebiliyorsa, bu(nlar) yapılmadığı için hastanın ölmesi veya yaralanması ya da sağlık durumunun daha da kötüleşmesi halinde, bu netice ile ihmali hareket arasında nedensellik bağının varlığı kabul edilmelidir²³.

XIII - TTB YÜKSEK ONUR KURULU KARARLARINDAN

MALPRAKTİS ÖRNEKLERİ

TBB Yüksek Onur Kurulu, Dr. Ö.Ö'nun medikal ürün satılan işyerinde birden fazla kişiye dolgu işlemi yaptığı, dudağına **yapılması onaylanmayan, tıbben sakıncalı Biopolimero adlı dolgu maddesi ile enjeksiyon yapılan bir hastanın yüzünün şişmesine ve ağzında ve yanağında yaralar oluşmasına neden olduğu, bu işlemi hastanın onamını almadan yaptığı, girişimi bir sağlık kuruluşunda yapmadığı, hastanın sağlığının geçici olarak bozulmasına neden olduğu gerekçesiyle**, daha önce aldığı cezalar da göz önünde tutularak, TBB Kanunu'nun 39. maddesi uyarınca 1 ay süre ile geçici olarak meslekten men cezası ile cezalandırılmasına karar vermiştir²⁴.

Dr. A.Ş., **hastalarına uyguladığı manyetik alan tedavisi ile ilgili olarak web sayfasında hasta isim ve fotoğraflarına yer vererek felç gibi pek çok hastalığın bu yolla tedavi edildiği yönünde açıklamalar yapmış ve bu yönde bir yargı oluşturmaya yönelik davranmıştır.** Hazırlamış olduğu web sayfası ile ilgili olarak, Dr. A.Ş.'nin bir önceki dönemde de basına yansıyan benzer olaylar dolayısıyla Oda Onur Kurulunca cezalandırılmış oluşu da göz önünde bulundurularak aynı eyleme bu kez de internet sayfasında devam etmesi nedeniyle, TTB Yüksek Onur Kurulu tarafından, Dr. A.Ş.'nin eylemi TTB Disiplin Yönetmeliği'nin 5/1 bendi çerçevesinde değerlendirilerek 15 gün süre ile geçici olarak

²³ 4. HD. 2. 3. 1965, E. 1460, K. 1160. Benzer bir olaya ilişkin ABD mahkemesinin karara bağladığı KOFF olayı için bkz. Öztürkler, Tıbbi Sorumluluk, sh: 277-278.

²⁴ TBB Yüksek Onur Kurulu Karar Tarihi: 27. 08. 2008.

meslekten men cezası ile cezalandırılmasına karar verilmiştir²⁵.

Dr. O.K'nin, **ameliyat öncesi ayak grafisini çektirmeden ve ameliyat öncesi hazırlıkları yeterli şekilde yapmadan, hastanın yaşı dikkate alındığında önde gelen seçenek olmayan bir yöntemle yaptığı** ameliyat sonrasında hastanın parmağında içe *dönüklük deformitesi* gelişmiştir. Dosyadaki bilgi ve belgelerin incelenmesi sonucunda Türk Tabipleri Birliği Yüksek Onur Kurulu'nca; **ameliyat öncesi ayak grafisinin alınmadığı ve ameliyat öncesi hazırlıkların yeterli şekilde yapılmadığı, bunun hastaya karşı özen eksikliği olduğu, hastaya uygulanan ameliyat yönteminin deformitenin az olduğu ve kemikte artroz olmadığı hallerde uygulanabilecek bir yumuşak doku ameliyatı olduğu, hastanın yaşı dikkate alındığında seçilen ameliyat tipinin önde gelen seçenek olmadığı, erken dönemde yapılacak ikinci bir ameliyatla şekil bozukluğunun düzeltilme şansı olsa da şu aşamada düzeltilme şansı bulunmadığı, ancak ikinci bir ameliyat yapılsa bile her halde bir miktar hareket kaybının olacağı, bu nedenle hastada kalıcı bir zararın doğduğu, ameliyat öncesi hastanın aydınlatılmış onamının alınması yükümlülüğünün müdavi hekime ait olduğu, ancak hastanın yeterince ve gerektiği gibi aydınlatıldığına ilişkin onam belgesinin alınmadığı** gerekçesi ile Dr. O.K'nin TTB Disiplin Yönetmeliği'nin 5/p maddesi uyarınca **15 gün süre ile geçici olarak meslekten men cezası** ile cezalandırılmasına karar verilmiştir²⁶.

XIV - YÜKSEK SAĞLIK ŞURASI KARARLARI

YSS bazı karalarında tıbbi malpraktis olduğunu kabul ederek hekimi sorumlu tutmuştur.

Örneğin bir haftadan beri gelip geçen ve sürekli *prekordial* ve *retrosternal* şiddetli ağrısı bulunan hastaya kalp nevrozu teşhisi konulmaması, fitik ameliyatının bir hastanede uzman cerrah tarafından yapılmaması, tıbbi müdahale sonrası kanamalı hastayı uzun süre muayenehanede tutmak ve hastanın durumu ağırlaşınca kadar has-

taneye sevk etmemek davranış biçimleri tıbbi malpraktis olarak değerlendirilmiştir²⁷. Keza, ameliyat için hastanın narkoz verilmek üzere hazırlanması esnasında narkoz tüpünün nefes borusu yerine yemek borusuna takılması sonucunda hastanın kötüleşmesi ve daha sonra ölümü, ameliyat yapılan vücut bölgesinde gazlı bez unutulması, hastanın hastalığı açısından tıbben kullanılmayacak ilacın kullanılması, hastanın kolundaki kitle ameliyatla çıkarılırken dikkatsizlikle *N.Ulnaris kesisine* neden olmak, gerekli testlerin yapılmaması, vakum uygulamasının vantuzun uygulanması gereken parietal kemikler yerine forniksi de içine alacak şekilde uygulanması ve vakum ekstraksiyonu sırasında uyulması gereken ağrı-ekstraksiyon uyumuna özen gösterilmemesi, hastanın dosyasını özensizce inceleyerek başka bir hekim yerine ameliyata giren hekimin hastanın ameliyat edilmesi gereken gözünü değil sağlıklı gözünü ameliyatla alması, bebeği muayene etmeden taburcu ederek ölümüne neden olmak,²⁸

XV – MALPRAKTİS KONUSUNDA ÖNEMLİ BAZI YARGITAY KARARLARI

*Türk Yargıtay'ı ameliyatta hastanın karnında pens bırakılması olayında, hiçbir bilirkişi incelemesi gerektirmeyen ağır bir kusur bulunduğu sonucuna varmıştır. Buna karşılık, Alman Federal Mahkemesi ise, ameliyat sonucu vücutta yabancı madde bırakmanın mutlaka her olayda kusurlu bir davranışı ifade etmeyeceğini (....) kabul etmiştir*²⁹.

Yargıtay, hekimin vekil işçi gibi özenle davranmak zorunda olduğu ve en ufak kusurundan dahi sorumlu olduğunu, meslek alanı içinde bulunan bütün kusurlu davranışlarının hafif de olsa

²⁷ Bu ve benzer diğer kararlar için bkz. Hancı, Malpraktis, sh: 38.

²⁸ Bu kararlar için bkz. Hancı, Malpraktis, sh: 46 vd.

²⁹ Bkz. ÖZDİLEK, Ali Osman.

<http://hukukcu.com/modules/smartsection/item.php?itemid=80> (01. 12. 2006, Saat: 10.00). Nitekim Alman Federal Yüksek Mahkemesi benzer nitelikte başka kararlar da vermiştir. Örneğin, bir kararında jinekolog uzmanı bir hekimin ağrı şikayeti olan hastalarını, aydınlatılmış onamlarıyla cinsel organlarına yaptığı ve mastürbasyon türü bir orgazma varan bir masajla tedavi etmesi eyleminde, **yapılan müdahalenin tıbbi standarda aykırı olmadığı gerekçesiyle, hekimi kasten yaralama suçundan sorumlu tutmuştur** (Karar için bkz. Ünver, Yener. Hekimin Ceza Sorumluluğu., ROCHE Sağlık Hukuku Günleri – 7 Bölge 7 Nokta, İstanbul 2007, sh: 150, dipnot: 24 ve orada atf yapılan esere).

²⁵ TBB Yüksek Onur Kurulu Karar Tarihi: 24-24. 03. 2007.

²⁶ TBB Yüksek Onur Kurulu Karar Tarihi: 06-07. 10. 2007.

sorumluluğa yol açacağını, hastasının zarar görmemesi için bütün şartları yerine getirmek zorunda olduğunu, hastanın durumunu tıbbi açıdan zamanında ve gecikmeksizin saptayıp, somut durumun gerektirdiği önlemleri eksiksiz biçimde almak, uygun tedaviyi de gecikmeksizin belirleyip uygulamak zorunda olduğunu, asgari düzeyde dahi olsa tereddütlü durumların varlığı halinde bu tereddütü ortadan kaldıracak araştırmaları yapmak ve bu esnada koruyucu önlemleri de almak zorunda olduğunu, çeşitli tedavi yöntemleri arasında bir seçim yaparken hastanın ve hastalığının özelliklerini dikkate almak ve hastayı risk altına sokacak davranışlardan kaçınarak hasta için en güvenli yöntemi seçmesi gerektiği ve tedavinin bütün aşamalarında titiz bir ihtimam ve dikkati göstermesi gerektiğine ve Tüm bu gerekliliklerin yerine getirmesine karşılık hastanın durumunda iyileşme olmamışsa bu takdirde hekimin sorumlu tutulamayacağına karar vermiştir³⁰.

Yargıtay, tedavi hatası anlamında hatalı tıbbi bir müdahale olup olmadığının tespitinde, **soyut olarak hekimin bilgili olmasından ziyade, hekimin o belirli somut olaya uygulaması ve bunu yaparken de hastanın kişisel durumunun gözetilmesi gereği**ne dikkat çekmiştir. Karara konu bir olayda, hekimin hastasının kişisel durumunu ve bünyesinin röntgen ışınlarına karşı duyarlılığını dikkate alarak tevdisini bu yan etkileri bertaraf edecek şekilde yapması gerektiğine, hasta açısından gerekli test ve araştırmaları yapmadan röntgen ışınları uygulamasının tıbbi uygulama hatası olduğuna ve bunun hekimin sorumluluğunun gerektirdiğine karar vermiştir³¹.

Yine **Yargıtay**'a göre, şok yaratma ihtimali olan bir ilacın enjeksiyonu hekim tarafından yapılmalı veya iğneyi yapacak hemşire bu konuda uyarılmalıdır. Aksine bir uygulama tıbbi hata oluşturur³².

Keza Yargıtay, başka bir kararına konu olan olayda, Türkiye'deki hastanede bulunmayan ve Almanya'dan getirilerek doğumu öncesi hastaya uygulanan ilacın niteliğinin Adli Tıp Kurumu'ndan

³⁰ 13. HD. 08. 07. 2005., E. 3645, K: 11796. Aynı yönde: 13. HD. 01. 12. 2005., E. 11653, K. 7791.

³¹ 4. HD. E. 1976/692, K. 11046 (Karar metni için bkz. Öztürkler, Tıbbi Sorumluluk, sh: 90). *New York Yüksek Mahkemesi*'nin benzer nitelikte bir kararı için bkz. age, sh: 91.

³² 4. HD. 13. 03. 1973., E. 2684, K. 2978.

sorularak tespiti ve bunun sonucuna göre bir değerlendirme yapılması gerektiğine işaret ederek, esasında ilaç uygulamasındaki ölçüde ülkedeki **çağdaş tıbbi standart**ın esas alınması gerekliliğine işaret etmiştir³³.

XVI- MALPRAKTİS OLAYLARINDA BİLİRKİŞİLİK

Komplikasyon - Malpraktis ayrımının yapılabilmesi için hasta kayıtlarının eksiksiz tutulması ve eğer ölüm var ise otopsinin yapılması gerekir.

Komplikasyon - Malpraktis ayrımında verilen bilirkişi kararları önemlidir.

Trafik kazası sonrası acil servise getirilen hastanın burada gerekli ve zamanında tıbbi müdahalenin yapılmaması nedeniyle hastanın ölmesi vakasında, Yargıtay yalnızca o hastanın yaralanmasına yol açan kimsenin değil, hastaya müdahale eden hekim ve hemşirenin de ölüm neticesine katkısının araştırılması gerektiğini ve varılacak sonuca göre hukuksal ve cezai sorumluluğun belirlenmesi gerektiğine karar vermiştir³⁴.

Uygulamada sadece kusurun tespiti için değil, nedensellik bağının tespiti için de tıbbi bilirkişiliğe, örneğin Adli Tıp Kurumundan bilirkişi görüşü alınmasına başvurulmaktadır³⁵.

Bilirkişi raporunun Yargıtay'ın denetimine elverişli nitelikte bulunması gerekmektedir³⁶.

Yani, **bilirkişi raporu eksik olur veya raporu veren heyette inceleme konusu olayla doğrudan ilgili bir uzman bulunmaz veyahut oyçokluğu ile verilen rapordaki çoğunluğun görüşlerine muhalif üyenin tatmin edici karşıoy gerekçeleri varsa**, bu rapora dayalı kararlar da yeterli görülmemekte ve Yargıtay'ca bozulmaktadır³⁷. Örneğin hastanın ağzındaki bir yara ve ağrı şikayeti üzerine yapılan tıbbi

³³ 5. CD. 12. 03. 1987., E. 1986/8615, K. 1987/1407.

³⁴ Karar için bkz. Ünver, Y. Hekimin Cezai Sorumluluğu, sh: 157, dipnot: 111.

³⁵ Bkz. 4. CD. 08. 06. 2004., E. 2003/9165, K. 2004/7226; 9. CD. 11. 07. 2005., E. 2005/1832, K. 2005/5611 (Kararlar için bkz. Ünver, Y. Hekimin Cezai Sorumluluğu, sh: 158, dipnot: 117).

³⁶ 13. HD. 20. 11. 2000., E. 8582, K. 10298. Aynı yönde: 13. HD. 20. 09. 2006., E. 8288, K. 12113; 13. HD. 13. 12. 2004., E. 8504, K. 18128; 13. HD. 07. 11. 2000., E. 9590, K. 9641.

³⁷ 13. HD. 28. 11. 2005., E. 2005/11159, K. 2005/17474.

müdahalede tıbbi hatanın bulunup bulunmadığını tespit eden bilirkişi heyetinde kulak ve burun ve boğaz uzmanının bulunmaması durumunda, bu rapora dayanılarak tıbbi hatanın varlığı veya yokluğuna karar verip sorumluluk değerlendirmesi yapılmamalıdır³⁸.

Aynı şekilde bilirkişi raporları arasında çelişki varsa, hukuksal sorumluluk değerlendirmesinin doğru yapılabilmesi için bu çelişkilerin giderilmesi ve eksik incelemeye dayalı karar verilmemesi³⁹ ve hekimin kusurlu davranış ile netice arasındaki nedensellik bağının usulüne uygun saptanması gerekir⁴⁰.

Bilirkişi heyetinin **konunun uzmanlarından** oluşması olması⁴¹ ve **nedensellik bağının tespitinin bilimsel verilere desteklenip gerekçelendirilmesi** gerekir⁴².

Tıbbi hatanın olup olmadığı ve tıbbi hata ile ölüm veya yaralanma neticesi arasındaki **nedensellik bağının tespiti hususunda bilirkişiden rapor alınabilir**. Kusurun tespiti yeni TCK'na göre hakim tarafından yapılacaktır. BU ÖZELLİKLE TAKSİRLİ SUÇLARDA ÖNEM ARZ ETMEKTEDİR. TCK. m. 22/4-5'e göre, taksir/KUSUR her fail açısından ayrı değerlendirilecektir; failer arasında bir bölüştürülmeyecektir⁴³.

TÜRK HUKUKUNDA MALPRAKTİS İLE İLGİLİ YASA ÖNERİLERİ

Uzm. Dr. Muhtar Çokar*

21 Ocak 2010 tarihinde Mecliste kabul edilen "Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun", son on yıldır farklı yasa önerileri bağlamında tartışılmakta olan tıbbi malpraktis konusunu bir kez daha gündeme taşımıştır. Son on yıl içinde malpraktis konusunda

³⁸ 13. HD. 25. 04. 2002., E. 2589, K. 4560.

³⁹ 13. HD. 23. 02. 2006., E. 15820, K. 2367.

⁴⁰ 13. HD. 09. 05. 2000., E. 1146, K. 4438.

⁴¹ 13. HD. 19.10. 2006, E. 2006/10057, K. 2006/13842.

⁴² 13. HD. 9. 5. 2006., E. 2000/1146, K. 2000/4438.

⁴³ Karş. HGK. 26. 9. 2001, E. 2001/4-595, K. 2001/643.

* Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi /mcokar@ikgv.org

farklı yasa tasarıları hazırlanmış ve Meclise sunulmuştur. Bunlardan ilki 2000, ikincisi 2002 yılında Bülent Ecevit imzalı olarak Meclis Başkanlığına sunulan yasa tasarılarıdır. Üçüncü yasa tasarısı, ikinci yasa tasarısı ile önemli ölçüde benzerlik gösteren, ancak Meclise sunulmadığı tahmin edilen bir yasa tasarısıdır. Kanunlaşmış olan dördüncü yasa tasarısı, amacı doğrudan malpraktisle ilgili bir düzenleme olmayıp, sağlık çalışanlarına tam gün çalışma sistemini düzenlemek amacıyla Meclise sunulmuştur. Bu Kanunun sadece bir maddesi malpraktis ile ilgilidir ve mali sorumluluk sigortası yaptırılmasını zorunlu hale getirmek dışında bir yenilik öngörülmemiştir**.

Bu değerlendirme metni, tıbbi malpraktis konusunda son yasa dahil olmak üzere Türkiye'de hukuk alanındaki düzenleme girişimlerinin tıp etiği yönünden değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda şimdiye kadar hazırlanmış yasa tasarıları ve gerekçeleri ile ilgili bilgi verilecek, bu yasa tasarılarının kapsamında olup da yetersiz ele alınan konular yanı sıra gündeme getirilmeyen ancak tıbbi malpraktis konusundaki yasal düzenlemeler kapsamında yer alması gereken konular da irdelenecektir.

Malpraktis Yasa Tasarıları ve Gerekçeleri

Değerlendirme kapsamındaki ilk iki tasarının gerekçelerinde sağlık hizmetlerinin sunumunda ve toplumun bilinç düzeyinde sağlanan gelişmelerle birlikte sağlık hizmeti ile ilgili zarar görme iddialarının ve buna bağlı tazminat taleplerinin arttığı, yürürlükte bulunan yasal düzenlemenin ve idari birimlerin bu iddialara yanıt vermede yetersiz olduğu belirtilmiş; tazminatların ödenmesinde güçlükler yaşandığının altı çizilerek, yasa tasarılarının amacının bir sigorta sistemi ile birlikte zararların saptanmasında ve tazmininde kullanılacak yöntem ve ilkelerin saptanması olduğu vurgulanmıştır. Gerekçelerde, her ne kadar yasa tasarıları var olan sorunlara bir çözüm olarak sunuluyor olsa da asıl çözümün, sorunların önlenmesine yönelik eğitim ve kalite geliştirme çalışmalarında aranması gerektiği de belirtilmiştir. Gerekçelerde belirtilen bir diğer konu, medyada sağlık sistemindeki yanlış uygulamalardan dolayı

** Metinde bahsedilen yasa tasarıları yazım kolaylığı açısından 1, 2, 3 ve 4 olarak numaralandırılmıştır. 2000 yılındaki tasarı 1, 2002 yılındaki 2, Meclise sunulmayan tasarı 3 ve son tasarı 4 olarak adlandırılmıştır.

yer alan haberlerdeki artış ve bu konuda kamuoyunda Devletin bir önlem almıyor izleniminin oluşmasıdır.

Kanunlaşan son yasa tasarısındaki genel gerekçe bölümünde tıbbi malpraktis konusu oldukça ayrıntılı bir biçimde yer almış ve metinde önemli bir vurgu tazminatların ödenmesi konusundaki var olan sorunlara yapılarak, özellikle kamu çalışanlarının uygulamalarından kaynaklanan tazminat ödemelerinde, Devletin tazminatı çalışana yansıtmadığı belirtilmiştir.

Genel olarak bakıldığında tasarıların gerekçeleri, var olan sorunları hedefleyen, sorunların çözümünü sadece yargı süreci ile sınırlandırmayan, sağlık ve hasta haklarının genişletilmesi yanı sıra sağlık çalışanlarının da haklarını gözetilen bir niteliktedir. Bununla birlikte yasa tasarılarının içeriklerine bakıldığında gerekçelerle ilgili çözüm önerilerinin ve düzenlemelerin oldukça sınırlı olduğu ve tasarıların sorunların sadece belirli bölümlerini çözmeye odaklandıklarını söylemek mümkündür. Bu bağlamda ilk üç yasa tasarısında konunun yetersiz bir kapsamla ele alındığını ve Türkiye’de malpraktis ile ilgili sorunlara yasal bir çözüm olanağı sunmakta zorlanacağını ileri sürmek mümkündür. Özellikle kanunlaşan son yasa tasarısının malpraktisle ilgili olarak sadece zorunlu mali sigorta sisteminin kurulmasını önerdiği ve gerekçesinde belirttiği malpraktisle ilgili çözülmesi gereken öncelikli sorunlara yanıt vermekten uzak olduğu söylenebilir. Sağlık hakkının kullanılması sırasında bireylerin sağlığının en yüksek derecede korunması ve mümkün olabilecek en az düzeyde zarar oluşmasının sağlanması gerekliliği, herhangi bir sorumluluk gerektiren durumda ise adaletin sağlanması için sigorta sisteminin oluşturulmasının sadece bir araç olduğu gözden kaçırılmıştır.



Hukuki Sorumluluğun Belirlenmesi

Tıbbi malpraktis olgularında sorumluluğun belirlenmesi, öncelikle sorumluluğun hukuksal çerçevesinin çizilmesi ile olanaklıdır. Ülkemizde hekimin hastası ile olan ilişkisinin hukuksal alanda tanımlanmasındaki yetersizliklerin yol açtığı sorunlara 1. yasa tasarısının gerekçe bölümünde yer verilmiştir. Gerekçede “Toplumsal yaşamdaki yeri tartışılmaz olan sağlık alanında hukuki ve cezai sorumluluğa ilişkin özel bir düzenleme bulunmaması, davaların uzamasına, kolunu ya da bacağını veya başka bir organını yitirmiş insanların yıllarca adliye kapılarında çile çekmelerine sebep olduğu”na dikkat çekilmiştir. Birinci yasa tasarısı bu konuda öncü girişimlerde bulunmuş ve tasarı metninin önemli bir bölümünü hukuksal düzenlemeye ayırmıştır ve halihazırda ağırlıklı olarak Ceza Kanunu çerçevesinde değerlendirilen suçları da kapsamına almıştır. Sağlık personeli – hasta ilişkisinde hukuksal çerçevenin düzenlenmesi konusuna 1. yasa tasarısı sonrasında gündeme gelen yasa tasarılarında, taşıdığı öneme rağmen sadece gerekçelerde yer verilmiş, tasarı kapsamına dahil edilmemiştir.

Zararın Telafi Edilmesinde Tazminat Sistemleri

Türkiye’de hali hazırda malpraktis olgularında “kusura (haksız fiile) dayalı” sistem uygulanmaktadır. Kusura dayalı tazminat sistemine alternatif olarak giderek artan biçimde desteklenen diğer sistem, “kusura dayalı olmayan” tazminat sistemidir. Kusura dayalı olmayan sistemlerde hastaya verilen zararın telafisi için sağlık personelinin hatasının davacı tarafından kanıtlanması gerekli görülmemekte, ancak tedavi sürecinde gelişebilecek ve engellenmesi mümkün olmayan zararlar kusura dayalı sistemlerde olduğu gibi telafi edilmemektedir.

Gündeme gelen yasa tasarılarının ilk ikisinde tıbben engellenmesi mümkün olmayan durumlar ele alınmış ve “uygun tıbbi müdahalede bulunulsa bile gelişebileceği kabul edilebilen tıbbi riskler nedeniyle meydana gelecek zararların sorumluluk oluşturmayacağı” belirtilmiştir. Son iki yasa tasarısında bu konuda bir düzenleme yapılması gereği duyulmamıştır. Zararın gerçekten bir ihmal sonucu olarak mı oluştuğunu saptamak için uygun tedavi hizmetinin yapıp yapılmadığının belirlenmesi önemlidir. Yargılama sürecinde

uygun tıbbi hizmetin dışına çıkıldığının saptanması, uygun tıbbi hizmet standartlarının bilinmesi ile olanaklıdır. Bu konuda ülkemizdeki belirli uzmanlık derneklerinin kendi dallarındaki hizmeti belirlemelerine yönelik çalışmaları olmasına karşın, tüm sağlık hizmetlerini kapsayan ve yargılama sürecinde referans olabilecek bir kaynak bulunmamaktadır.

Zararın Karşılanmasında Kaynak Sorunu ve Sigorta

Hangi sistemle düzenleniyor olursa olsun; ihmal, dikkatsizlik, beceri/bilgi eksikliği veya kasıt nedeniyle oluşan zararların telafi edilmesinde maddi kaynaklara gereksinim olacaktır. Zararların karşılanmasında mali sorumluluk sigortaları kullanılabilir ancak zaman içinde yargıya başvuruların artması nedeniyle sigorta sistemlerinin zararları karşılamakta zorlandıkları da bilinmektedir. İnceleme konusu olan dört yasa tasarının da ortak yönü, zorunlu mali sorumluluk sigortası uygulamasını öngörüyor olmalarıdır. Birinci, 2. ve 4. yasa tasarılarında yardımcı sağlık çalışanlarının sigorta yaptırmaları öngörülmektedir. İkinci yasa tasarısında yardımcı sağlık personelinin hekimin gözetim ve yönetiminde hizmet verdiği vurgulanarak bu meslek grubundakilerin verebilecekleri zararların hekimin sigortasının teminatında olacağı belirtilmiştir. Üçüncü yasa tasarısında ise tüm sağlık çalışanlarına yönelik zorunlu mali sorumluluk sigortası önerilmiştir.

Kanunlaşan dördüncü tasarı zorunlu mali sorumluluk sigortası kapsamında yardımcı sağlık personeline yönelik bir düzenleme öngörmezken diğer tasarılarından en önemli farkı prim ödeme yöntemini düzenleme biçimidir. Tasarıda serbest çalışan hekimlerin primlerinin tamamı, kamu ve özel sağlık kuruluşlarında çalışanların ise primlerinin yarısının kendileri tarafından ödenmesi beklenmektedir.

Malpraktis İddialarında Uzlaşma ve Hakemlik

Malpraktis olgularında suçun kanıtlanması, tedavinin olağan istenmeyen sonuçlarının ihmalden ayırt edilmesini gerektirdiğinden, yargılama süreci uzun ve sorunlu olmaktadır. Bu soruna bir çözüm olarak, yargıya başvuru yapılmadan zarar gören hasta ve zarar gördüğünü iddia ettiği kişi

ve kurumlar arasında anlaşma sağlayacak uzlaşma birimlerinin oluşturulması ve hakemlik kurumu gündeme gelmiş, bazı ülkelerin yasal sistemlerinde yer almıştır. Yargılama süresini azalttığı ve harcamalardan tasarruf sağladığı için adalete erişimi kolaylaştırdığı ileri sürülmektedir.

2000 tarihli 1. yasa tasarısında mevcut uygulamada Yüksek Sağlık Şurasının tıbbi malpraktis olgularında sorumluluğun belirlenmesinde zorunlu bilirkişi olduğu vurgulanarak, kurumun yükünün Adli Tıp Kurumunun bu olgularda bilirkişilik görevi yapmasıyla hafifletilebileceği belirtilmektedir. 19. maddede, Adli Tıp Kurumuna ya da diğer ilgililere bilirkişi incelemesi yaptırılabilirliği belirtilmektedir. Üçüncü yasa tasarısında 29. ve 30. maddeler ile Kalite Güvence Bölüm ve Komisyonları ve Tıbbi Yanlış Uygulama İzleme ve Değerlendirme Kurulu" nun oluşturulması önerilmişse de bu birimlerin tıbbi malpraktis olgularında yargılamaya gitmeden karar verme yetkilerinin olup olmadığı belirtilmemiştir.

Hakemlik kurumu konusundaki en köklü düzenleme 2. yasa tasarısı ile gündeme getirilmiştir. Tasarının 28. ve 29. maddelerinde Bakanlık düzeyinde "Tıbbi Kötü Uygulama İzleme ve Uzlaştırma Üst Kurulu", il düzeyinde ise "Tıbbi Kötü Uygulama İzleme ve Uzlaştırma Kurulları" nın kurulması düzenlenmiştir. Bu kurullar ağırlıklı olarak idari kadrolardan ve meslek odası temsilcilerinden oluşmaktadır ve hukuk alanında uzman bir üyenin katılımı ancak üst kurulda mümkün olabilecektir.

Tıbbi Becerilerin ve Kalitenin Geliştirilmesi

Malpraktis konusunda ortaya çıkan sorunlar ve özellikle sorumluluk sigortalarının mali yönden zorluklarla karşılaşması, tıbbi malpraktis olgularının önlenmesi konusunu gündeme taşımıştır. Diğer bir deyişle, sağlık çalışanlarının eğitimi ve uygulama becerilerinin artırılması, hizmetin standart hale getirilmesi ve genel olarak kalitesinin yükseltilmesi sonucunda davaların azalacağı öngörülmektedir.

Meclise sunulmuş olan 2. yasa tasarısının 24. maddesinde, "mezuniyet sonrası eğitimlerin esas olduğu, bu eğitimlerin değerlendirilmesi ve akreditasyonunun Bakanlıkça yapılacağı, Bakanlıkça gerek görüldüğünde, değerlendirme ve

kredilendirme ilgili meslek kuruluşlarına yaptırılabilirliği” belirtilmektedir. Üçüncü yasa tasarısının 29. maddesinde ise “Yataklı Tedavi Kuruluşlarında; en üst seviyede sağlık bakım hizmetleri kalitesi sağlamak, hastane içindeki her türlü kalite güvence faaliyetlerinin düzenli ve koordine bir şekilde yürütmek, hasta ile ilgili bilinen ve şüphelenilen problemleri belirlemek, çözümlenmek ve hastanenin Kalite Güvence Programının etkililiğini izlemek ve dokümanete etmek üzere, Kalite Güvence Bölümü, Hastane Kalite Güvence Komisyonu, Tıbbi Kadro Kalite Güvence Komisyonu ve alt komisyonları oluşturacağı” öngörülmektedir. Ayrıca 2. tasarının 28. maddesi ile oluşturulması beklenen Tıbbi Kötü Uygulama İzleme ve Uzlaştırma Üst Kurulu’nun görevleri arasında “Tıbbi hizmetlerin kalitesinin yükseltilmesi ve tıbbi kötü uygulamaların en aza indirilmesi için gerekli plan ve programları yaparak Bakana sunmak” bulunmaktadır.

Hekimin Tedavideki Özen Yükümlülüğü ve Sorumluluğun Belirlenmesi

Yargıya intikal etmiş malpraktis olgularında, davalı tarafın sorumluluğuna hükmedilmesi, büyük ölçüde sağlık çalışanının tedavi sürecinde hastasına karşı özen gösterme yükümlülüğünü yerine getirip getirmediğinin saptanabilmesiyle olanaklıdır. Diğer bir deyişle yargılama sürecinde, davacı tarafından iddia edildiği biçimde, davalı tarafından kendisine uygulanan standart tedavinin, yasalar tarafından davalıdan beklenen standardın altında olup olmadığının belirlenmesi amaçlanır ve bir kusurun ya da hatanın söz konusu olup olmadığına hükmedilir. Sorumluluğun olduğu hükmüne ulaşmada, kusur veya hata temel unsurlardır. Davacı tarafından yargılama sürecindeki temel güçlüklerden biri kendisine verilen zararın davalı tarafından oluşturulduğunun kanıtlanması gerekliliğidir. Tedavi süreci karmaşık bir yapılanış gösterdiğinden hata veya kusurun saptanması diğer yaralanma davalarına kıyasla daha güçtür.

Birinci yasa tasarısının 6. Maddesinde hekimin hastasına olan yükümlülükleri arasında “teşhis ve tedavisine” özen göstermesi istenmiş, ancak gösterilecek özenin derecesi belirtilmemiştir. Aynı yasa tasarısının 13. maddesinde ise, hekimlerin mesleklerinin gerektirdiği azami dikkat ve ihtimamı göstermekle yükümlü oldukları belirtilmiştir.

İkinci yasa tasarısı standart bakımın sağlanması ve hekimlerin ortalama bir hekimden beklenen bilgi ve beceri sahibi olmaları için kredilendirme ve akreditasyon sistemi oluşturmayı amaçlamıştır. Mezuniyet sonrası eğitimin değerlendirilmesi, kredilendirilmesi ve akreditasyonun Bakanlıkça yapılacağı, gerekirse meslek kuruluşlarına yaptırılabilirliği belirtilmektedir.

Mevzuatta borçlar hukukuna göre genel olarak düzenlenmiş olan özen yükümlülüğünün tıp alanında tanımlanması için yasa tasarılarında bir düzenleme öngörülmemiştir.

Standart Uygulamanın Yapılması

Hekimin hastasına verdiği tıbbi zararın belirlenmesinde, hastasına hastalığıyla ilgili sağlanması gereken tanı, tedavi ve bakım standartlarının bilinmesi önemlidir. Günümüzde oldukça çok sayıda meslek kuruluşu tarafından hizmet standartlarını belirleyen yayın yapılmakta ve sağlık çalışanlarının hizmetlerini bu standartlara uygun olarak yürütmeleri istenmektedir.

Meclise sunulan yasa tasarılarının bazılarında standart uygulama kavramından bahsedilmiş olsa da bu kavramın içeriği oluşturulmamış, tasarılarıdaki standart uygulama tanımlamaları hasta hakları mevzuatındaki betimlemelerden ileri götürülemez. Birinci yasa tasarısının 15. maddesinde sağlık personelinin tıbbi standart uygulamalarından “mesleğin gerekleri” olarak bahsedilmiş ancak bu kavramın çok farklı yorumlarının olacağı ve kapsamı belirtilmeden yasada yer almasının sakıncaları gözden kaçırılmıştır. İkinci ve üçüncü yasa tasarılarında hasta hakları ile ilgili ilkeler hizmet standardı olarak yer almaktadır ve oldukça geniş yer verilmektedir. Bu tasarıların cezaları düzenleyen bölümlerinde ise temel hasta hakları kapsamında değerlendirilebilecek başvuru biçimi, acil durumlar, sevk, sır saklama, cinsel muayene, rıza, gizlilik, rapor ve reçete düzenleme benzeri konulardaki ihlallerin cezalandırılması ön plandadır. Üçüncü yasa tasarısının 27. maddesinde standart uygulamanın yapılmaması yasa ihlali olarak tanımlanmış ancak standart uygulamadan neyin anlaşılması gerektiği belirsiz bırakılmıştır.

Yardımcı Sağlık Personeli ve Sağlık Kuruluşunun Sorumluluğu

Tıbbi uygulama alanı, yoğunluklu olarak kolektif bir çalışmanın gerçekleştiği bir alandır. Her ne kadar tanı ve tedavinin düzenlenmesi hekimin sorumluluğunda olmasına karşın sağaltım sürecinde hekim dışı personelin müdahalelerinin ve uygulamalarının tedavi sürecini etkilemesi ve olumsuz sonuçların oluşmasına katkı sağlaması beklenebilir.

Birinci yasa tasarısında bu konu ele alınmış ve 9. maddesi ile yardımcı sağlık personelinin 11. madde ile yönetici doktorların sorumluluğu paylaşmasına olanak tanımıştır. Ayrıca 11. maddede sağlık kurum ve kuruluşlarının tüzel kişiliklerinin de sorumluluğu tarif edilmiştir. Hekim dışı sağlık personelinin sorumlulukları payı 3. yasa tasarısında sadece sigorta bağlamında ele alınmıştır.

Sorumluluğun paylaşılmasında diğer bir konu, hekimin hastasının yanında sürekli olarak kalmasının mümkün olmadığı ve sorumluluğunu bir başka hekime devrettiği durumlardır. Hekimin bir başka hekime yasal bir gerekçe kullanarak hastasını göndermesi ve hastanın gönderilen hekim tarafından zarara uğratılması durumunda, gönderen hekimin sorumluluğunun olduğu 1. yasa tasarısının 9. maddesinde belirtilmiştir.

Sağlık hizmeti sunumunda hastanın tanı ve tedavisinden tek bir hekimin sorumlu olduğu yaygın bir kanı olmasına karşın örneğin, yataklı tedavi kuruluşlarında asıl sorumlu hekim sağlık kuruluşunda bulunmadığında, nöbetçi hekimler tarafından hastaların tedavilerine müdahaleler yapılabilmektedir. İkinci yasa tasarısında bu konu vekil hekim kavramı etrafında düzenlenmiştir ve vekil hekime hasta devrinin yazılı olarak yapılması öngörülmüştür. Öncelikle vekil hekim kavramı net olarak tanımlanmalıdır. Poliklinik hizmetinde hekimlerin sık değişimi, hasta devir işleminin yazılı olması uygulamasını çoğu kez imkansız kılacaktır. Üçüncü yasa tasarısında vekil hekimin sorumluluğu vurgulanmış, ayrıca asıl hekimin astı konumundaki hekimlerin, örneğin eğitim kliniklerindeki asistanların veya yardımcı sağlık personelinin de sorumlulukları paylaştıkları bildirilmiştir.

Acil ve Olağanüstü Durumlar

Hızlı karar verilmesi ve uygulanmasını gerektiren acil olgularda ve olanakları kısıtlayan, iş yükünü

ağırlaştırarak hekimi özen göstermekte zorlayabilecek olağanüstü durumlarda meydana gelen tıbbi malpraktis olgularında, yasalar hekimin sorumluluğunu farklı yorumlayabilmekte ve hekimden beklenen özen yükümlülüğünün derecesi, söz konusu durumlarda, olağan durumlara göre daha az olabilmektedir. Diğer bir deyişle hata yapma olasılığının arttığı koşullarda hekimin belirli düzeylerde hata yapması kabul edilebilmektedir.

Yasa tasarılarında genel olarak acil durumlarda başvuru ve öncelik sırasının saptanması koşulları tanımlanmıştır ve olağan durumun aksine acil durumlarda hekimin sorumluluğu azaltılmıştır. Üçüncü yasa tasarısının 10. maddesinde ise acil durumlarda tedavinin mevcut imkanlar dahilinde yapılabileceği belirtilmiştir. Aynı tasarının 16. maddesinde olağanüstü durumlarda tedavi olanağı yüksek olan ağır olgulara öncelik verilmesine olanak sağlayarak sorumluluk azaltılmıştır.

Araştırma ve Yenilikçi Girişimler

Günümüzde tıp alanındaki gelişmeler uluslararası nitelikteki klinik araştırma kurallarının uygulandığı araştırmalar ile sağlanmakta ve bu araştırmalarda hasta haklarının korunmasına ileri derecede duyarlık gösterilmektedir. Son yasa tasarısı hariç diğer yasa tasarılarında araştırmaların yürütülmesi konusu oldukça ayrıntılı biçimde yer almış olsa da bilimsel yayın yapmanın koşulları daha net belirlenmeli, dolaylı veya dolaysız olarak hastanın kimlik bilgilerini kesinlikle ortaya koymayacak araştırmalarda, ilgili sağlık kuruluşunun izni veya gerektiğinde etik kurulunun izni yeterli olmalıdır.

Son yıllarda yeni tedavi seçeneklerinin gündeme gelmesi ve bu tedavi biçimlerinin uygulanmasının sağlık kuruluşlarınca bir rekabet unsuru haline dönüştürülmesi tıbbi malpraktis davalarındaki artışın bir nedenini oluşturabilmektedir. Hekimlerin kapasitelerini aşan teknikleri uygulamaktan kaçınmaları doğru bir davranıştır ancak yasal düzenlemelerde bu konuya yer verilmesi gerekir.

Hastaların Kendilerine Verdikleri Zararlar

Kendilerine zarar verme eğiliminde olan hastalara daha yoğun ilgi göstermek ve kendilerine zarar vermelerini engellemek sağlık personelinin bakım ödevinin bir parçasıdır. Ancak bu ödevin yerine

getirilmemesi ile bağlantılı sorumluluğun sınırlarının çizilmesi oldukça güçtür. Özellikle intihar eğilimi olan olgularda sağlık personelinin aldığı tüm önlemlere karşın hastalar bir fırsatını yakalayıp yaşamlarına son verebilmektedir.

Birinci yasa tasarısının 11. maddesinde hastanın oluşan zararda bir kusurunun payı olması halinde kusur oranında tazminatta indirim yapılacağı belirtilmiştir.

İkinci yasanın 15. maddesinde, açlık grevi yapan veya ölüm orucu tutan kişinin, sağlıklı karar veremeyecek duruma gelmesi, şuurunun kaybolması, komaya girmesi veya ruh ve beden sağlığında gerek geri dönüşsüz ve gerekse ölümcül zararlar oluşmaya başlamasından itibaren tıbbi hizmeti vermeyi zorunlu kılmaktadır. Açlık grevi yapan veya ölüm orucu tutan kişinin bilinci açık ve tam hukuki ehliyete sahip iken bu kararı vermiş olması durumunda, bu kararının şuurunun kaybolması veya komaya girmesi veya geriye dönüşümü olmayan olumsuz sonuçların gelişmeye başlamasından sonra da geçerli olması gerekir. Ulusal ve uluslararası tıbbi etik yaklaşım da dikkate alındığında hekimin hiçbir aşamada tıbbi tedaviye zorlanmaması gerekir.

Sonuç

Türkiye’de tıbbi uygulamaların neden olduğu zararların telafi edilmesinde özel bir hukuk düzenlemesinin olmaması uzun bir süredir kamuoyunda ve akademik çevrelerde tartışılan bir konudur. Kanunlaşan son tasarı dahil, malpraktis konusunda hukuk ve sağlık alanında yaşanan sorunlara çözüm olması amacıyla şimdiye kadar farklı mevzuat geliştirme çalışmaları yapılmış, ancak bu alanda yaşanan sorunların çözümüne katkı sağlaması muhtemel görülen bir mevzuatın geliştirilmesi ve uygulanması henüz mümkün olmamıştır. Öyle ki mevzuatta yer alması gereken unsurlar değişik tarihlerde önerilen yasa tasarılarına neredeyse bölünmüş durumdadır ve metinde bahsedilen dört yasa tasarısının bileşiminden kapsamlı bir yasa tasarısının oluşturulmasının muhtemel olduğunu söylemek mümkündür.

Malpraktis alanındaki bir yasal düzenlemenin öncelikleri malpraktis olgularının önlenmesi, yargılama sürecinin kısaltılması ve zararların telafi edilerek en etkin biçimde adaletin

sağlanması olmalıdır. Oysa 21 Ocak 2010 tarihinde Mecliste kabul edilen “Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” kapsamındaki yasa maddesi Kanunun gerekçesine tezat teşkil edecek biçimde sadece zorunlu mali sorumluluk sigortasını zorunlu kılmıştır. Bir başka deyişle sorunların çözümü ve mevzuat geliştirme amaçlanmamış, eski sorunlara neden olan mevzuat korunarak sadece tazminatların ödenmesindeki güçlüklerle çözüm bulunmaya çalışılmıştır. Kanunlaşan maddenin kapsamı, gerekçede belirtilen sorunların bütününe yönelik bir çözümden çok, sağlık çalışanlarının ödeyecekleri sigorta primleriyle tazminatın ödenmesine katkı sağlamalarını sağlamaya yöneliktir.



ÖZEL SAĞLIK ÇALIŞANLARI AÇISINDAN MALPRAKTİS UYGULAMALARI

Dr. Serkan ÖZKUL*

BAŞLIKLAR

- Sağlık Profesyonelinin Kamu Görevlisi Olup Olmamasına Göre Ceza Yargılaması Farklılıkları
- Borçlar Kanunu açısından Özel Hekimlik Uygulamalarındaki Olumsuz Yansımalar
- E-doktorluk ve Hukuksal Yansımalar
- Malpraktis Sigortaları ve Sistemlerine Farklı Bir Bakış
- Öneriler

* İTO Özel Hekimlik Komisyonu

Konuşulacak çok fazla konu var ancak ben üzerinde en az durulan ve benim çok önemli gördüğüm durumlar hakkında dolayısıyla 4 ana başlıkta konuşmamı sürdüreceğim



Sağlık Profesyonelinin Kamu Görevlisi Olup Olmamasına Göre Ceza Yargılaması Farklılıkları

- Kamu görevlilerinin sunduğu hizmetinin tarafsız, sürekli olabilmesi ve personelin her an ceza yargılaması ile karşı karşıya kalacakları korkusunu yaşamadan kamu hizmeti verebilmeleri için bazı dokunulmazlıkları mevcuttur.
- Kamu görevlisi sağlık çalışanının herhangi bir kişi gibi direk ceza yargılaması ile muhatap olması hukuk sistemimizde engellenmiştir.
- Mesleğin icrası ile ilgili suç işlediğinden bahisle yargılanacak kamu görevlisi sağlık çalışanı önce idari bir soruşturmaya muhatap olur.
- Zira, hakkında ceza davası açılması için mahallin en büyük mülki amirinden izin alınması gerekir.
- Mülki amir bu izni verme aşamasında ilgili memur hakkında araştırma yapılması için soruşturmacı görevlendirir.
- İlgili kurumda ilgili kişi hakkında, bilirkişilerin de görüşünün alındığı bir soruşturma, ön inceleme yapılır.
- Bu soruşturma sonucuna göre mülki amir izin verir ya da izin vermez.(lüzumu muhakeme-reddi muhakeme).
- Görüldüğü üzere özel hekimlikte böyle bir savunma kalkını mevcut değildir.

- Anayasa'nın 10. ve 13. maddesinde ise...
- MADDE 10 . – Herkes, dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasî düşünce, felsefî inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım gözetilmeksizin kanun önünde eşittir.
- Hiçbir kişiye, aileye, zümreye veya sınıfa imtiyaz tanınamaz.
- Devlet organları ve idare makamları bütün işlemlerinde kanun önünde eşitlik ilkesine uygun olarak hareket etmek zorundadırlar.
- MADDE 13 . – (Değişik: 3.10.2001-4709/2 md.) Temel hak ve hürriyetler, özlerine dokunulmaksızın yalnızca Anayasanın ilgili maddelerinde belirtilen sebeplere bağlı olarak ve ancak kanunla sınırlanabilir. Bu sınırlamalar, Anayasanın sözüne ve ruhuna, demokratik toplum düzeninin ve lâik Cumhuriyetin gereklerine ve ölçülülük ilkesine aykırı olamaz.
- Dolayısıyla Anayasa'ya aykırı görünen bu durumun, özel hekimliğin yaygınlaştığı bir ülkede, hekimler üzerine anormal bir baskı oluşturması kaçınılmaz olacaktır. Bu da beraberinde özeldede halihazırda hukuk sistemi ne düşünürse düşünsün, kamu hizmetinin aksamasına ve hekimlerde defansif tıbbı kayışa sebep olacaktır.

Borçlar Kanunu açısından Özel Hekimlik Uygulamalarındaki Olumsuz Yansımalar

- Vekalet sözleşmesinin ücretli veya ücretsiz olması vekilin sorumluluğunun kapsamının belirlenmesi de rol oynar.
- İlk olarak; ücretsiz vekalet sözleşmesinde, karşılıksız olarak bir edimi yerine getiren vekilin sorumluluğu BK.m.98/II çerçevesinde daha hafif takdir edilir.
- İkinci olarakta; müvekkilin, işin görülmesi sırasında doğan zararları tazmin borcunun kapsamı, ücretli vekalet sözleşmesinde oldukça dardır.

E-doktorluk ve Hukuksal Yansımalar

- Amerikan araştırma merkezi PEW'in geçen yıl ABD'de gerçekleştirdiği araştırmaya göre online insanların yüzde 80'i bir sağlık sorunuyla karşılaştığında, teşhis ve tedavi konusunda bilgi almak için önce internete başvuruyor
- Dr. İnternet'e danışmak, ABD kadar olmasa bile Avrupalılar arasında da bir hayli yaygın. Örneğin, İspanya'daki Miguel Hernandez Üniversitesi'nin bu yıl gerçekleştirdiği

araştırmaya göre her 100 İspanyol'dan 40'ı internette sağlıklarıyla ilgili bilgi arıyor

- Ülkenin en büyük sağlık platformlarından doktorsitesi.com'un bugün toplam üye sayısı 350 bin civarında. Her ay ortalama 500 bin kişi sağlık sorunlarıyla ilgili bilgi almak için bu sitenin uzmanlarına başvuruyor
- Eğer şans değilse, yakında web fakültesinden mezun e-doktorlar Hipokrat'ı mezarında ters çevirebilir. Devlet hastanelerinde bir hastaya ayrılan muayene süresi ortalama beş dakikayı bile bulmuyor. İnternetteki sağlık siteleri ve sanal dünyadaki doktorlar sayesinde tıp yedi gün 24 saat hastaların hizmetinde; tabii acilen ameliyata alınmanız gerekmediği sürece.
- Elbette bu yeni mecrayı keşfedenler sadece bilgi çağı teknolojilerine açık, yeni nesil hekimler değil. Pek çok özel hastane ve müteşebbis de "sanal hastane"lerle müşterilerine ulaşmaya çalışıyor. Yakın zamanda Türkiye'de ilk kez Memorial Hastanesi, haftanın belirli saatlerinde e-klinik hizmetine başladı
- Dünyada bu sistemi daha da geliştirip tamamen on-line tedavi hizmeti veren örnekler bulmak mümkün. Hindistan menşeli healthcaremagic.com, günün 24 saati dünyanın dört bir yanındaki hastalara on-line tıbbi danışmanlık hizmeti sağlıyor.
- Oysa ABD'de online reçete yasal olarak mevcut ve web kamera ya da sadece chat yoluyla muayene son beş yıldır bir hayli ilgi görüyor. Öyle ki, ABD'nin büyük sigorta şirketlerinden Cigna ve Aetna, 2006'dan bu yana müşterilerine RelayHealth isimli sağlık sitesinde e-muayene olmalarını öneriyor.
- Hukuksal sıkıntılara gelince;
- Madde 280 e giren durumlarla karşılaşmakta suçu bildirme/meme,
- Madde 135-140 kişisel verileri hukuka aykırı olarak kaydetme, verme, ele geçirme, yok etmeme
- Hekim sonuçları istemeden/bilmeden Borçlar Kanunu 1/1 e göre " tarafların karşılıklı ve birbirine uygun irade açıklamasında bulunmaları sözleşmenin doğumu için yeterlidir. İrade beyanlarının yazılı olması ya da açık olması şartı yoktur, şekil serbestisi esas geçerlidir."
- Reçete yazma konusunda ciddi bir sıkıntı olarak gündeme gelecek.

- Gidişat belli TGY ile MS zorunlu hale getirildi. Şimdilik kamu şu kadarını özel şu kadarını ödeyecek... Sorun yok gibi görünüyor. Amacım özelde veya başka çalışma biçimlerinde fark etmez başımıza neler gelecek onları gözler önüne koymak
 - Türkiye'de ilk malpraktis davası ne zaman tarihe geçti. Bu ihtiyaç nereden doğdu? Doğru bir anlayış mı? Korkularımızdan mı faydalanıyorlar? Yani bizi kandırıyorlar mı? Bu amaçla hekimlerin geçmiş malpraktis verileri ve toplam yapılan müdahale sayısı, bunların yarattığı sonuçların oranları ve sigorta primlerine bakmak istedim ama bulabildiğim çok fazla bir şey olmadı. Ben de Amerika verilerine baktım. Malumunuz global dünya düzeni. Oradaki hekimlerin başına ne geldiye bizimde başımıza gelecek olan odur mantığı...
 - 1960'lara kadar davalar olsa da tıbbi pratik üzerine çok etkili olmuyordu. 1960'lara bakıldığında bir kriz olduğu inancı hakimdi. Peki bu inanç doğru muydu? Bunun için ilk yol gerçekten bu krizin olduğumu yoksa yaratıldığını mı göstereceğiz. Önce Amerika verilerine bakalım hatta hiç Türkiye verilerine bakmayalım çünkü yok. Sigorta şirketleri 60'larda aktif durumda olduğunu görüyoruz.60 ve 70'lerde primlerde ciddi bir artış var ve bu yükseliş sigorta şirketleri tarafından dayatılıyor. Nereden mi böyle bir kanıya vardım?
1. Meslek odalarının etkin olduğu eyaletlerde sigorta şirketleri hizmet vermemeye başlamışlar.
 2. Aynı yasalara rağmen hasta başvuruları özendirilmiş ve davalar artmış
 3. Jüriler tarafından daha fazla ödeme yapılması teşvik edilmiş
 4. Artan başvurular sebebiyle yapılan reformlara rağmen prim yükselişleri devam etmiş. Yani reformlar bir çözüm olmamış çünkü ihtiyaç var mıydı belli değil.
 5. Bakıldığında Amerika'nın büyüme hızı ile açılan dava hızı çoğu zaman paralellik göstermiş
 6. 1950 den önce yani sigorta şirketlerinin pazara aktif girişi öncesi primler stabilken pazara girmesinden sonra primler ve dolayısıyla davalar artmış
 7. 1950'lerde sigorta şirketleri aynı Türkiye'de olduğu gibi hekimleri sigortalamak için çeşitli

fırsatlar sunarken (düşük ücretlere rağmen) 60 larda hekimler bazı eyaletlerde sigorta şirketleri naza çektiği için sigorta bile yaptıramaz olmuş

8. Dava hızlarına bakılınca prim artış hızları artmaya devam etmekteyken (yani elde ettikleri karlar artmaya devam) dava hızlarında dönemsel sabitlenme olmuş
9. Bu krizlerin aynı zamanda periyodik olduğu görülüyor şöyle ki; ne zaman meslek odalarından direnç gelse davalar azalıyor ve primler ya sabit kalıyor ya da şirketler eyalette malpraktis sigortacılığını beklemeye alıyor başka sektörlere yükleniyor.
10. Uzun lafın kısası diyeceğim o dur ki, elimizde yeterli veri olmadığı için Türkiye adına bu kadar net saptamalarda bulunulamıyor ancak dünyanın her anlamda globalleştiği dönemde bizdeki yansımalarda farklı olmasa gerek. Tahminim, gelecekte Türkiye’de de reformlar davalar bahane edilerek çıkarılacak ama sigorta şirketleri yarattıkları pazarda primleri yine yükseltecek sonra bir defans sonra tekrar yükseliş ve ve ve....

9. Sigorta şirketleri poliçeleri karşılaştırılmalı ve TTB tarafından yeni örnekler oluşturulmalı
10. Sigorta şirketleri hizmet vermeyecek olursa, alternatif “hasta mağduriyet fonu” geliştirilmeli.



ÖNERİLER

1. Kamu ve özelde eşitliğin sağlanması gerekiyor. (sonuçta Anayasa’ya bile aykırı)
2. Borçlar kanununda bazı değişikliklere gidilmesi gerekiyor.
3. İş sözleşmelerinde malpraktise bağlı işten çıkarılmayacağına özellikle vurgulanması ve gerekirse kanun düzeyinde bu güvencenin sağlanması gerekiyor.
4. Malpraktis verilerinin biran önce toplanmasını böylelikle varsayımlarının doğru olup olmadığının anlaşılması gerekiyor
5. TGY da dava açılacak maddelerden birinde Madde 7 olduğu görülmesi ve bunun tüm hekimlere bildirilmesi sağlanmalı.
6. Hekimlerin malpraktis hızları belirlenmeli ve kusur durumunda geriye dönüp kararların hukuken bu veriler temel alınarak yapılması sağlanmalı
7. Her hekimin malpraktis geçmişi, toplam muayene, müdahale, ödediği primler vs. her türlü veri kayıt altında tutulmalı
8. Bu kayıtlar gizli tutulmalı ve meslek odalarınca veya Uzman Derneklerince yapılmalı



TÜRKİYE BİYOETİK DERNEĞİ, TIBBİ MALPRAKTİS VE ZORUNLU MESLEKİ SİGORTA HAKKINDA GÖRÜŞÜ*

"Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle hastanın zarar görmesi" biçiminde tanımlanan tıbbi malpraktis olgusu, dünyada olduğu gibi ülkemiz sağlık sisteminde ve kamuoyunda son dönemde yaygın biçimde tartışılan bir konu olmuştur. 30 Ocak 2010 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 5947 sayılı "Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun"un 8. maddesi, tıbbi uygulama sonucu ortaya çıkabilecek zararlarla ilgili olarak mesleki sigorta zorunluluğu getirmektedir.

"Tıbbi kötü uygulama", "hekimliğin kötü uygulanması", "tıbbi uygulama hatası" gibi tanımlanabilecek malpraktis olgusunun taraflarını, oluşumundaki dinamikleri ve sorumlulukları doğru tanımlayarak tartışabildiğimizi söylemek güçtür. Genel olarak egemen olan "hastaya son dokununun cezalandırılması gerektiği" anlayışı, tıbbi uygulama hatalarının önlenmesini sağlamaktan uzaktır. "Bireye odaklı yaklaşım" olarak nitelenen bu görüş, hataları ve/veya hatalardan kaynaklanan zararları azaltmak değil, hata sonucunda oluşan zararın bireysel olarak tazmin edilmesini sağlamayı hedefler. Tazminatların ödenebilirliğini bir sistem dahilinde güvenceye almayı amaçlayan mesleki sorumluluk sigortaları da bu gerekçe ile gündeme gelir. Ancak bireye odaklı yaklaşım hataları azaltmadığı gibi yüksek tazminatlar ve sigorta primleri nedeniyle hekimlik pratiğini olumsuz etkilemektedir. Ülkemizde malpraktisin önlenmesi, analizi ve sorun çözülmesi çabalarında yaygın olan ve mevcut yasal düzenlemelerde de gözlemlenen anlayış, bireye odaklıdır.

Oysa malpraktisin önlenmesinde "sisteme odaklı yaklaşım", tıp etiği açısından daha adil çözümler getirmeye adaydır. Çünkü bu yaklaşım, hata oluşumunu ve hatanın zarara yol açması sürecini, çok etkenli ve değişken yapısını göz önüne alarak değerlendirir. Hataları tamamen ortadan kaldırmanın olanaksızlığını dikkate alarak önemli olanın

hatanın zarar oluşmasını engellemek olduğunu kabul eder. "Kim hata yaptı?" yerine "Hizmetin hangi noktası aksadı?", "Hata-zarar sürecinde hangi önlem işe yaramadı?", "Hatanın tekrarlanmaması için ne yapılmalı?" sorularını yanıtlamaya çalışır.

Sağlıkta Dönüşüm'le birlikte sağlık hizmetlerinin örgütlenme ve finansman modelinin değiştirilmesi, hizmetlerin özelleştirilerek gereksinime göre değil kişinin ödeme gücüne göre sunulması malpraktis kavramsal konumlandırılışını ve pratikteki karşılıklarını doğrudan etkilemektedir. Hasta haklarını "müşterinin seçme ve şikayet hakkına", kişilerin kendileri hakkındaki kararlara katılım hakkını / aydınlatılmış onamı, "müşteri ile satıcı arasındaki alım-satım sözleşmesine" indirgeyen bu yaklaşım, malpraktisi de alım-satım ilişkisi bağlamında "müşteri mağduriyeti" olarak ele almaktadır.

Yapılması gereken, Türk Tabipleri Birliği'nin de belirttiği gibi, hizmet kaynaklı tüm zararların malpraktis-komplikasyon ayrımı yapılmadan kamusal bir fonla tazmin edilmesi, bireyi suçlamak yerine zararın oluşum sürecine odaklanılması, hata-zarar analizinin hizmetin tüm boyutlarıyla yapılması, hataların bildirilmesini teşvik eden düzenlemeler yapılması, eğitim gereksiniminin bilimsel, güncel ve erişilebilir biçimde karşılanması, uygun çalışma koşulları ve altyapının sağlanmasıdır. Sunulan hizmetin nitelik ve niceliğini etkileyen etmenlerin tümü dikkate alınmadan sadece bireyleri suçlamak, malpraktisi azaltmayacak, aksine hizmeti kötüleştirecek, mesleğin toplumsal algılanışını, hekimlerin iş doyumunu maddi ve manevi olarak olumsuz etkileyecektir.

* Türkiye Biyoetik Derneği Yönetim Kurulu'nun 27 Mart 2010 tarihli toplantısında kabul edilmiştir.
Hazırlayan Doç. Dr. Murat Civaner

**"GÜNDELİK HAYATTA LAİKLİK: SAĞLIK
HİZMETLERİ" TARTIŞMA TOPLANTISI
RAPORU**

20 Şubat 2010 - Konya

Uzm. Dr. Gülsüm Önal*

Helsinki Yurttaşlar Derneği'nin, laiklik ve gündelik hayatımıza etkileri üzerine üretken ve kapsamlı bir diyalog ortamı oluşturabilmek amacıyla yürüttüğü "Gündelik Hayatta Laiklik Pratikleri" projenin "Sağlık" temalı toplantısı 20 Şubat 2010'da Konya'da gerçekleşmiştir. Türkiye Biyoetik Derneği'ni temsilen katılmış bulunduğum toplantıda, projenin genel tanıtımı yapıldıktan sonra, Türkiye'de laiklik pratiklerinin sağlık ortamına yansımaları değerlendirilmiştir. Toplantı, gündelik hayatta kültürel haklar, kültürel çeşitlilik, inanç, ifade ve ibadet özgürlüğü, azınlık hakları gibi temel demokratik prensipleri koruyan bir laiklik tahayyülü üzerine yeni bir ortak dilin geliştirilmesi hedefiyle yürütülmüştür.

TOPLANTI PROGRAMI:

10.00 – 10.30	Tanışma ve proje hakkında bilgilendirme
10.30 – 11.30	Tartışma (Sağlıklı yaşam hakkı ve "laiklik")
11.30 – 11.45	Ara
11.45 – 13.00	Tartışma (Sağlık hizmetleri ve laiklik pratikleri)
13.00 – 14.00	Öğle yemeği
14.00 – 15.30	Tartışma (Gündelik pratikte eşitlik, özgürlük ve laiklik)
15.30 – 15.45	Ara
15.45 – 17.30	Tartışma (Nasıl bir gelecek?)

TOPLANTI KATILIMCILARI

Adem Sazak Sağlık ve Sosyal Hizmet Sendikası Çalışanları Konya Şube Başkanı
Adem Seleş Mazlumder Konya Şubesi
Ayhan Tekin Tüketiciler Birliği Konya Şubesi Başkan Yardımcısı, Numune Hastanesi Hasta Hakları Kurulu Üyesi
Ayhan Uludağ Konya Sağlık Müdürlüğü Hasta Hakları İl Koordinatörü

* İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Hasta Hakları İl Koordinatörü, Türkiye Biyoetik Derneği / gulsumonal@yahoo.com

Bülent Keskin Konya Sağlık Memurları Derneği Yönetim Kurulu Başkanı
Dilek Kaşık Psikolog
Dr. Fulya Topkara TCDD Konya Kısım Hekimliği
Dr. Semir Güler Halk sağlığı uzmanı, Konya Büyükşehir Belediyesi Aile Destek Merkezi ve Eğitimleri Organizasyon sorumlusu
Dr. Talat Gök Beyhekim Bölge Hastanesi Başhekimisi
Ebru Uzpeder Helsinki Yurttaşlar Derneği
Hasan Hüseyin Böke Sağlık Emekçileri Sendikası Konya Şubesi Temsilcisi
Hasan Vural Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi
İsmet Yardımcı Sağlık ve Sosyal Hizmet Sendikası Çalışanları Konya Şubesi Yönetim Kurulu Üyesi
Mustafa Dinç Tüketiciler Birliği Konya Şubesi Başkanı, Konya İl İnsan Hakları Kurulu Üyesi
Mustafa Kaylı Mazlumder İzmir Şube Başkanı
N. Yeşim Yasin İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Doktora
Nükte Bouvard Helsinki Yurttaşlar Derneği
Prof. Dr. Memduh Gezici Selçuk Üniversitesi Veteriner Fakültesi
Prof. Dr. Nazmi Zengin Toplum Sağlığı Araştırma ve Geliştirme Merkezi
Prof. Dr. Saim Açıkgözoğlu Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi ABDBaşkanı
Serpil Eravcı Dr. Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesi Eğitim Hemşiresi
Sevgi Özçelik Helsinki Yurttaşlar Derneği
Uzm. Dr. Adnan Tekin Dr. Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesi Başhekimisi
Uzm. Dr. Gülsüm Önal Türkiye Biyoetik Derneği
Uzm. Dr. Mediha Ürkmez Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı
Uzm. Dr. Sema Soysal Dr. Faruk Sükan Doğum ve Çocuk Hastanesi
Ümit Erdem Avukat
Yard. Doç. Dr. Fatih Kara Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı
Yasemin Şan Helsinki Yurttaşlar Bölümü
Zeynep Gambetti Boğaziçi Üniversitesi Siyaset Bilimi ve Uluslararası İlişkiler Bölümü
Zuhal Şeflek Uzman Psikolojik Danışman

TANIMLAR VE TESPİTLER

Tartışma toplantısında yaşanan somut sorunlara hep beraber çözüm aramanın, aynı tanımda buluşmaktan daha önemli ve daha mümkün olduğu düşünülerek, "laiklik" tanımından ziyade, laikliğin sağlık alanındaki uygulamalarına ilişkin gözlemler, fikirler ve çözüm önerileri üzerine yoğunlaşması hedefleniyordu. Bununla birlikte ilk bö-

lümde uzun bir süre "laiklik" tanımı merkezli bir tartışma yürümüştür. Bu konuda herhangi bir sorun deneyimi yaşamamış olanların, 'sorun yoktur' yönünde görüşleri olabildiği gibi; inançları nedeniyle, kamu hizmetlerinde gerek hizmet veren gerekse hizmet alan konumda sorun yaşamış olanların dile getirdikleri farklı görüşler paylaşılmıştır. Dolayısıyla ilk bölümde bu alanda bazı pratik meseleler olabildiği tespiti ortaklaştırıldıktan sonra, bunların doğurduğu olanaklar ile kısa ve orta vadede çözüm önerileri üzerine tartışılmıştır. Basından seçilen bazı örnek hikâyeleri ve aşağıdaki kılavuz sorular ekseninde yürütülen tartışma, tam bir mutabakat ile sonuçlanmamış olsa da, en azından önümüze gelen pratik meselelerde, diyalog yoluyla çözüm aramanın mümkün ve çözümleyici olabileceği ortak kabul görmüştür.

Tartışmaya eksen oluşturan kılavuz sorular:

1. Sağlık hizmetleri alanında "laikliğin" uygulanmasından ne anlıyoruz? Sağlık alanında "laiklik" nasıl uygulamaya geçirilebilir?
2. Mevzuat, hasta haklarını kollamakta, genel olarak ayrımcılığı, özel olarak da dinsel inanca dayalı ayrımcılığı önlemekte ve farklı dini inançların ihtiyaçlarını karşılamakta yeterli mi? Özel sektör, devlet hastaneleri ve askeri hastaneler açısından...
3. Sağlık hizmetini sağlayan kurum ve kişiler açısından, sağlık hizmetlerinin hiçbir aşamasında ayrımcılık/dini ayrımcılık uygulanmaması noktasında bir etik birliği söz konusu mu?

Problemler, Olanaklar

1. Hastalar, sağlık hizmetlerinden yararlanırken, din ve mezhep ya da felsefi inanca ilişkin farklılıkların ayrımcılığa neden olmaması ile ilgili haklarını biliyor, savunuyor mu?

Doktor-hasta ilişkisindeki potansiyel sorunlar, tercihler, çekinceler... Pratikte hasta, hekimini seçme hakkını kullanıyor mu? Bu hakkın kullanılmasından doğan mağduriyetler yaşanıyor mu?

Hastanın hakları hangi durumlarda "milli güvenliğin, kamu düzeninin, kamu yararının, genel ahlakın ve genel sağlığın korunması" amaçlarıyla çelisebilir?

2. Hastane yönetimlerinin yapısı, hem hizmet alanlar hem de hizmet verenler açısından laiklik pratiğini etkiliyor mu? Devlet hastanelerinde, özel sektörde ya da askeri hastanelerde farklı uygulamalar mevcut mu?

Başörtüsü ile kamu hizmetinde bulunma durumu devlet sektöründe nasıl, özel sektörde nasıl uygulanıyor?

3. Sağlık kurumlarında, görevlilere ya da hastalara yönelik ibadet mekânları bulunuyor mu? İbadet mekânlarının bulunması/bulunmaması sağlık hizmetlerinin uygulanmasında sorunlar/olanaklar yaratabilir mi?

Türkiye'deki hastanelerde din görevlilerinin istihdam edilmemesi bir eksiklik yaratıyor mu? Hastanın talep etmesi halinde dini inançlarına uygun bir din görevlisinin hastaneye davet edilmesi sağlanıyor mu?

4. Sağlık hizmetlerinin sağlanmasında dini hassasiyetler mağduriyet yaratabilir mi? Mesela eşcinsel AIDS hastalarının tedavisi, kürtaj, genetik müdahaleler, organ ve kan nakli... Genetik bilim dinle çelişir mi?

Peki, sağlık hizmetlerinin sağlanmasında dini hassasiyetler fırsat yaratabilir mi? Aile planlaması konusundaki uygulamaların yaygınlaştırılması noktasında dini telkinlere başvurmak...

5. Hastalar ya da sağlık çalışanları, laiklik pratiklerinden kaynaklanan sorunlarını duyurmak ya da şikayette bulunmak için hangi mekanizmalara ve olanaklara sahipler? Bu alanda denetim yapacak bir bağımsız kurum olmalı mı?
6. Farklı inanç pozisyonlarında bulunan kişiler, özellikle kadın öğrenciler açısından tıp eğitiminde laiklik pratiklerinin etkisi nedir? Dini pratikleri, mesleklerini nasıl icra edeceklerine ilişkin bir tartışmaya konu olabilir mi?

Nasıl Bir Gelecek?

1. Sağlık alanında kültürel haklar, kültürel çeşitlilik, ifade özgürlüğü, din özgürlüğü gibi insan hak ve özgürlükleriyle demokratik prensipleri koruyan; farklılıklarla birlikte sağlıklı yaşama hakkını güvence altına alan bir laiklik tahayyülü nasıl geliştirilebilir? (Ortak ilkeler/kurallar; zorluklar/engeller...)

2. Perspektif çeşitliliğini destekleyen ve bu kritik meselenin serinkanlı tartışılabilmesi için yeni bir diyalog dili nasıl oluşturulabilir? (Zorluklar/engeller; imkânlar/fırsatlar...)

İSTANBUL TABİP ODASI 14 MART 2010 HAFTASI ETKİNLİKLERİ

“HEKİMLİKTE MESLEKİ TANITIM PANELİ”

Yrd. Doç. Dr. Ayten Arıkan*

İstanbul Tabip Odası 14 Mart Tıp Bayramı haftası nedeniyle, 11 Mart 2010 Perşembe günü, "Hekimlikte Mesleki Tanıtım" konulu bir panel gerçekleştirdi. Panel, Özel Hekimlik Komisyonu başkanı ve oturum yöneticisi Uzm. Dr. Mazhar Çelikoyar'ın konuşması ile başladı. Dr. Çelikoyar; açış konuşmasında konunun önemini vurgularken, bu konuda yıllardır çalışmaları bulunan ve TTB yüksek onur kurulu üyesi ve TTB Hukuk bürosu sorumlusu Dr. Hakan Giritlioğlu'ndan gelen mesajı da okudu.



Panelistler; Uzm. Dr. Cengiz Ersezen (Mesleki Tanıtımın Önemi), Prof. Dr. Yankı Yazgan (Hastanın tıbbi uygulama ve doktor hakkında bilgi edinme hakkı nasıl karşılanmalı ve Anket Değerlendirmesi), Dr. PhD Ayten Arıkan (Tanıtımda Etik Değerler) Kurumsal iletişim uzmanı Burak Ali Gür (Günümüzde Tanıtım Ne Demektir?), TTB Hukuk Danışmanı Avukat Verda Ersoy (Tanıtımın Hukuksal Boyutu) konularında sunumlarını yaptılar. Sunumlar sırasında gelen sorularla birlikte hekimlikte mesleki tanıtımın önemi, nasıl yapılması gerektiği, tanıtımın etik ve hukuksal boyutu hararetli bir şekilde tartışıldı.

Dr. Cengiz Ersezen "Mesleki Tanıtımın Önemi" başlıklı sunumunda; Plastik cerrah olarak kendi tanıtımını nasıl yaptığını anlatırken "Tanıtım" kelimesinin hekimler tarafından nasıl algılandığını

* Yeni Yüzyıl Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik A.D. Başkanı, Türkiye Biyoetik Derneği Üyesi.

bu konuda sınırsız yetkilerin sadece hekimlere ait olduğu sanısıyla hareket edilmesi gerektiğini vurguladı.

Kurumsal İletişim Danışmanı Burak Ali Gür, "Günümüzde Tanıtım ne demektir" başlıklı sunumunda, tanıtım konusunu iletişim süreci ve iletişimin önemi açısından ele aldı. Sunduğumuz hizmetlerin tanınmadığı ve bilinmediği sürece bir değer yaratamayacağını belirten Gül, bu alanda sürdürülecek faaliyetlerin, her alanda olduğu gibi mesleğin profesyonelleri tarafından bilinçli ve programlı olarak yürütülmesinin önemine ve gerekliliğine dikkat çekti. Hasta ve toplum sağlığını ilgilendiren konularda oluşturulan iletişim içeriğinin kamuoyunun genelini ya da belli bir kesimini ilgilendiren, fayda sağlayan, doğru, kanıtlanmış, etik ve kanunlara uygun olmasının şart olduğunu da söyleyen Gül bu içeriğin denetlenmesi ve kontrolü için meslek örgütlerine ve uzmanlık alanı derneklerine de önemli rol düşüğünü kaydetti. Kurumsal iletişim uzmanı olarak, tanıtımın iletişimsel boyutunu anlattı.

Prof. Dr. Yankı Yazgan, "Hastanın tıbbi uygulama ve doktor hakkında bilgi edinme hakkı nasıl karşılanmalı?" başlıklı sunumunda şunlara değindi. "Sağlık hizmetlerinin giderek çeşitlenmesi ve çapraşıklaşması, "hasta"ların alacakları hizmet ve uygulayıcı doktor hakkında bilgi sahibi olma gereksinimi artırıyor. Bu gereksinimin bilgi alma hakkının kaynağı olduğunu düşünerek, tıpta iyi ve doğru bir mesleki tanıtımı tanımlayabilir miyiz? Denemeye değer. Mesleki tanıtımda olmaması gereken dört ana başlığı sıralayarak başlayabiliriz: yanlış, yanıltıcı ve kötüleyleyici bilgi ve mesleki uzmanlık sınır aşımı. Her birisini örneklemekte zorluk çekmeyeceğiz. Yanlış bilgi (örneğin otizmin kesinleştirici tanısında MR kullanımının gereğini söylemek gibi), yanıltıcı bilgi (araştırma protokolü ile yerleşik tedavi protokolü arasındaki farkı gizleyen, deneysel inceleme ve tedavileri ücretli kurumlarda standart bir yaklaşım gibi uygulayan yaklaşımlar), kötüleyleyici bilgi (başkalarının etik nedenlerle yapmaktan kaçındığı yaklaşımları "yapamıyorlar" "kısıkanıyorlar" olarak ilan etme) ve meslek sınırı aşımı (rotasyon dahil herhangi bir eğitim görmediği çocuk psikiyatrisi gibi bir alanı dışındaki konuda bağlayıcı ve yanıltıcı görüş belirten bir doktor) yaygın ve birçok ortamda makbul ve muteber tanıtım yöntemleri olarak görülüyor. Oysa, tanıtım

bilgi edinme hakkının kullanımına yararlı bir yöntem olacaksa, yukarıdaki temel problemleri içeren tanıtımın net sonuçları, bilgi edinmek isteyen açısından istenmeyen sonuçları kandırma veya yanıltma, ve doğru tedaviyi engelleme biçiminde ortaya çıkacaktır. Peki, iyi ve doğru bir mesleki tanıtım yapılabilir mi? Şu ilkelere uyan bir tanıtımın kabul edilebileceği kanısındayım: doğru, geçerli ve güvenilir bilgi içeren; başkasından kendi farkını gösterme amaçlı olmayan; sorgulanabilir ve açıklanabilir içerikteki tanıtımlar, hastanın yüksek çıkarını gözeterek uygulandığında hastanın bilgi edinme hakkını *zarar görmeden* kullanmasına fırsat verir. Bu mümkün mü? Kim yapabilir?"



Dr. Yazgan, Anket değerlendirmesini de şöyle açıkladı: "Doktor ve "hasta" gruplarına internet yoluyla uygulanan ve 475 kişinin katıldığı bir ankette, 10 soruya aldığımız cevapları değerlendirdik. Sonuçlar anketin yapısı gereği, toplum eğilimlerini tümüyle temsil edecek nitelikte olmasa da, fikir verici oldu. Doktor ya da uygulamalarının standardı hakkında güvenilir bilgi kaynağı olarak meslek örgütünü ve doktorun meslektaşlarını gören katılımcılar, güvenilir bilgi kaynağı olarak ise televizyon eğlence programlarında ve sağlık şovlarında aktarılan bilgileri gösterdiler. Programları seyreden ama uygulamayan bir grup kitlenin varlığına işaret eden bu bilgiler etik bilgi ölçütlerine ilişkin sorumuz için de aynı yönde cevaplara kaynaklık etti. Ankete katılanların % 70'e yakın kesimi

doktorlar ile basın arasındaki (para alışverişinden basın mensuplarına ayrıcalıklı sağlık hizmeti gibi nispeten basit hatır ilişkilerine uzanan) çıkar ilişkisini onaylamadı. Ancak, bu grubun yarısı çıkar ilişkisini fark etse bile (basın ve televizyondan "bakarak" seçmiş bulunduğu) doktorunu değiştirmeyeceğini de ekledi!"TV ve basında görüş belirten doktorların, bu durumdan maddi kazanç sağlama olanağı yok ise, (örneğin kamusal bir kurumda maaşlı çalışan bir doktor) katılımcıların % 43'ü basınla alışveriş konusunda daha az olumsuz düşünmeye başlıyor. Ankete katılan kesimin görüşlerini daha kapsamlı bir çalışma ile sınamak niyetindeyiz. Şimdilik görülen o ki, mesleki tanıtım kanalıyla sağlanacak bilgilere ihtiyaç var. Bunu mesleki örgütler ve uzmanlık derneklerinin sağlayacağı platformlardan almak en güvenilir olan yol gibi." şeklinde bu konudaki görüşünü belirtti.

TTB Hukuk Danışmanı Avukat Verda Ersoy "Tanıtımın Hukuksal Boyutu" adı altındaki sunumunu yaparken şunları söyledi. "Tanıtım, takdim etme; bilgilendirme, bir konuda bilgi sahibi olunmasını sağlama, haberdar etme olarak tanımlanabilir. Reklam ise kısaca, üretilen ya da pazarlanan malın veya hizmetin tanıtımını yapmak ve o mal ya da hizmete talep yaratmak, var olan talebi artırmak veya imajını yaratıp güçlendirmek amacıyla yapılan duyuru olarak tanımlanabilir.

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı icrasına Dair Kanun, 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, Özel Hastaneler Yönetmeliği, Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkındaki Yönetmelik, Türk Tabipleri Birliği Tabela Yönetmeliği ve özel nitelikteki pek çok mevzuat, hekimlerin ve sağlık kurum ve kuruluşlarının reklam yapmasını yasaklamaktadır. Belirtilen kurallara aykırılık durumunda Tabip Odaları, İl Sağlık Müdürlükleri ile Sanayi ve Ticaret Bakanlığı bünyesinde kurulan Reklam Kurulu, kendi mevzuatları uyarınca yaptırım uygulamaktadır. Peki ama hemen her alanda reklam yapmak mümkünken, neden sağlık alanında reklam yapılması yasaklanmıştır? Çünkü sağlık hakkı, klasik ve bilinen anlamıyla bir tüketici hakkı olarak görülemez. Hekimlik Meslek Etiği Kurallarının 5. maddesinde de belirtildiği gibi hekimin öncelikli görevi, hastalıkları önlemeye ve

bilimsel gerekleri yerine getirerek hastaları iyileştirmeye çalışarak insanın yaşamını ve sağlığını korumaktır. Bu çerçevede hekim, görevini yerine getirirken ticari kaygı güdemaz. Bu, hekim sorumluluğunun bir parçasıdır. Aynı sorumluluk hekimin görev yaptığı sağlık kuruluşu için de geçerlidir. Reklam ise ticari amaçla yapılır. Bu alanda ticari reklamın varlığı, sağlık hizmetini ticari bir meta haline dönüştürecek ve hizmetin gereği gibi ifasını engelleyecektir. Reklam sınırlamalarının amacı, hekimler arasında haksız rekabete yol açmamak olduğu kadar, bireyler ve toplumu olumsuz etkilerden korumaktır. Hekim yardımına ihtiyaç duyanlar, sağlıklarına tekrar kavuşmak ya da sağlıklarını korumak konusunda dış etkilere oldukça açıktırlar. Onların sağlıklı karar verebilmelerini sağlamakta, reklam yasağı önemlidir. Son zamanlarda haber, ilan ya da broşür adı altında yapılan örtülü reklamların açık reklamlara göre bireyler üzerindeki etkisinin daha fazla olmasından hareket eden mal ve hizmet arzı yapan kurum veya kuruluşlar, örtülü reklamları tercih etmektedir. Aynı zamanda örtülü reklam sayesinde mal ve hizmet arzı yapan kurumlar hukuksal düzenlemelerle getirilen yasaklardan kaçınmayı da amaçlamaktadırlar. Açık olarak yasa hükmünün ihlal edilmesine olanak vermemek kadar örtülü olarak da ihlal edilmesine olanak vermemek gerekir. Tanıtım kuralları ile birlikte, belirttiğimiz ve burada değinemediğimiz reklamın yaratacağı olumsuz etkilerin çeşitli platformlarda tartışılmasının, reklam yasağı ve bu yasağın nedenlerinin hekim kamuoyu ile paylaşılmasının, hekimlerin ve sağlık kuruluşu yöneticilerinin bilgilendirilmesinin, bu alandaki kuralara uyma kararlılığını artıracığına inanıyorum.”

Dr Ayten Arıkan da “Tanıtımda Etik Değerler” sunumunda, etik ilkelerin yeterince bilinmediğine, bu konuda hekimlerin gereken hassasiyeti göstermediklerine değinerek TTB’nin yayınladığı “Hekimlik Meslek Etiği Kuralları” kitapçığının tüm hekimler tarafından bilinmesi, benimsenmesi ve kullanılması gerektiğini vurguladı. Hekimlerin bu konudaki etik yaklaşımlarının nasıl olması gerektiği ve etiğin önemini yeterince anlaşılmadığını belirterek sözlerine şöyle devam etti. “Hekim tanıtımında uyulması gereken en önemli kriter bu konuda yapılmış kanunlar ve tüzüklerdir. 1928 tarihli, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı icrasına dair kanunun

24. maddesi hekimlerin reklam yapmasını yasaklamıştır. 1953 tarihli, 6023 sayılı TTB Kanununun 28. maddesi de reklamı yasaklamış tanıtım için yapılması gereken tabela tanımını yapmıştır. 1960 tarihli Tıbbi Deontoloji Tüzüğü’nün 8.ve 9. maddeleri muayenehanelere ticari bir yön verilemeyeceğini belirterek reklamı yasaklamış yine tanıtımda sadece tabela tanımını yapmıştır. 1995 tarihli 4077 sayılı Tüketicinin Korunması hakkında kanununun 16. maddesinde “Ticari reklam ve ilanların yasalara ve genel ahlaka uygun, dürüst ve doğru olmaları esastır” denmiştir. Aynı yasanın 17. maddesine dayanarak Sanayi ve Ticaret bakanlığı bünyesinde oluşturulan “Reklam kurulu” nun 18 üyesinden birisi de TTB temsilcisidir. Şu andaki TTB temsilcimiz Dr. Hakan Giritlioğlu’dur ve oldukça etkin ve yoğun bir biçimde çalışmaktadır. Tüm bu kanun ve tüzüklere rağmen tanıtım konusu halen tartışılması ve giderek ihlallerin daha da vahim hale gelmesi ve “Etik” konusunda güncel hale gelmesi nedeniyle TTB 10-11 Ekim 1998’deki 47. büyük kongresinde “Hekimlik Meslek Etiği Kuralları” belirlemiş 01.02.1999’da yayınlamıştır”.

Panel moderatörü Dr. Mazhar Çelikoyar, 2008 yılında Reklam kuruluna yapılan 1541 adet başvurunun % 24’ünün (366) sağlık alanına, ceza verilen dosyaların %34’ünün (196) sağlık alanına ait olduğunu belirtti. “İnternet yoluyla 60 Milyon kişi yeni medyayı kullanıyor, e-hastaların %72’si doktora gitmeden hemen önce ya da sonra araştırmış oluyorlar, e-hastaların %93’ü internet sayesinde aradıkları bilgileri bulabildiklerini belirtiyorlar” açıklamasını yapan Dr. Çelikoyar, e-doktorluk konusunun da tanıtım etiği içinde ayrıca ele alınması gereken bir konu olduğuna dikkat çekti.

Tartışma bölümünde katılımcılar, tanıtımın gerekliliği, içerik teknik ve eğitim konularında sorular yönelttiler. Hekimin tanıtımının nasıl olacağı, reklamın ve tanıtımın arasındaki ince çizginin nasıl ayırt edileceği, etik ilkelerin nasıl korunacağı ve anlaşılacağı, bunların hukuki olarak nasıl çözüleceği tartışıldı.

Panelin sonuç bölümünde hekim tanıtımının çok geniş boyutlu bir konu olduğu, hekimlik meslek etiği kurallarına uyulması gerektiğine dikkat çekildi ve bu konunun ileride daha detaylı bir şekilde ele alınması gerektiğine kanaatine varıldı.



TÜRKİYE BİYOETİK DERNEĞİ FAALİYET RAPORU 2007-2009

24 Kasım 2007 - 21 Kasım 2009

Türkiye Biyoetik Derneği Yönetim Kurulu 2007-2009 çalışma dönemi boyunca başlıca şu temel hedeflerle etkinlikler gerçekleştirmiştir.

1. Derneğin çalışma amacı ve hedefi ile uyumlu konularda görüş oluşturmak.
2. Dernek çalışma alanına özgü alanlarda çalışmalar yürütmek üzere Komisyonlar oluşturmak.
3. Uğraş alanında bilgi birikimine katkı sunmak üzere kongre, sempozyum, çalıştaylar gibi Bilimsel Toplantılar düzenlemek.
4. Derneğimizi çeşitli bilimsel, akademik platformlarda temsil etmek.
5. TTB-UDEK bünyesinde çalışmalar yürütmek
6. EACME, IAB, WAML gibi uluslararası toplantılara katılmak ve Derneğimizi temsil etmek.
7. Kitap, elkitabı, e-Bülten, çeviri yayınlar ile disiplinimiz literatürüne katkı sunmak.
8. Alanımızın temel konularında Eğitim seminerleri vermek.
9. Dernek Internet Sayfasını etkili biçimde çalışmasını sağlamak.
10. Tıp Etiği disiplininin, Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık alanı olarak yeniden benimsenmesi için çalışmak.
11. Üyelik İşlemleri
12. Avrupa Tıp Etiği Cemiyetleri Merkezi (European Association of the Centres of Medical Ethics – EACME) ile temas kurmak ve kurumlararası işbirliğini geliştirmek.

1- DERNEK GÖRÜŞLERİ

2007-2009 Çalışma Döneminde yayımlanan Dernek Görüşleri şunlardır: Metinlere internet sayfamızdan erişilebilmektedir.

- Dr. Necati Yenice'ye Yönelik Şiddetin Kınanması
- Tam Gün Çalışma Yasa Tasarısı (1 Ekim 2007, Güncelleme: 10 Ekim 2009)
- Klinik Araştırmalar hakkında Yönetmeliğe İlişkin Görüş (20 Haziran 2009)

2- KOMİSYONLAR

Oluşturulan Çalışma Komisyonları:

- "Biyomedikal Araştırmalarda Katılımcı Hakları"
Yrd. Doç. Dr. Hafize Öztürk Türkmen, Uzm. Dr. Murat Civaner, Yrd. Dr. Funda G. Kadioğlu.
(Bu komisyon yeniden yapılandırılmaktadır)
- "CDBI Gündemindeki Çalışmalara İlişkin Türkiye Biyoetik Derneği Görüşü"
Prof. Dr. Berna Arda, Doç. Dr. Nüket Ö Büken
(Bu çalışma konusu yeniden yapılandırılmaktadır).
- "Kök Hücre Araştırmalarının Etik-Hukuki Boyutu"
Prof. Dr. Şefik Görkey, Yrd. Doç. Dr. Tamay Başağaç Gül, Yrd. Doç. Dr. Nükhet Kutlay Yürür, Dr. Tolga Güven, Dr. Gürkan Sert ve Dr. Can Erzik'ten oluşan Komisyon çalışmalarını bir rapor ile Yönetim Kurulu'na sunmuş ve rapor Derneğimiz tarafından onaylanarak, kitapçık biçiminde basılmıştır.
- "Türkiye Biyoetik Derneği Tüzük Tadil Komisyonu"
Yrd. Doç. Dr. Tamay Başağaç, Uzm. Dr. Cumhuri İzgi, Dr. Gürkan Sert'ten oluşan Komisyon, çalışmalarını bir rapor ile Yönetim Kurulu'na sunmuş, metin internet

sayfamızda üyelerimize duyurularak bilgi verilmiş ve yeni Tüzük 21 Kasım 2009 tarihli Genel Kurul'da oybirliği ile kabul edilmiştir.

3- DERNEĞİN DÜZENLEDİĞİ BİLİMSEL TOPLANTILAR

1- Organ Aktarımı ve Tıp Etiği Paneli (İstanbul, 11 Mart 2008)

Derneğimiz, dünyada ve ülkemizde hem sağlık sisteminde hem de kamuoyunda güncel bir tartışma konusu olan Organ Nakli meselesini biyoetik duyarlılıkla ele almak amacıyla 13 Mart 2008 tarihinde İstanbul'da "Organ Aktarımı ve Tıp Etiği" paneli düzenlemiştir. 14 Mart 2008 Haftası kapsamında İstanbul Tabip Odası işbirliğinde gerçekleşen bu panele hekimler, klinisyenler, yardımcı sağlık çalışanları; sivil toplum örgütleri, meslek örgütü temsilcileri; çeşitli sağlık kurumlarının organ nakli koordinatörleri, hastalar, hasta yakınları ve diğer ilgili gruplar katılmıştır. Öncelikle tıp etiği açısından organ aktarımı, organ temini ve dağıtımı, organ bağıışı ve koordinasyon sistemleri, yasal çerçeve ve etik ilkeler bağlamında ele alınmıştır (Ülman-Civaner). Organ Nakli Yoğun bakım ünitelerinin çalışma koşulları, organ bağıışı sistemi, yoğun bakım ünitelerinde yaşanan sorunlar, vakalar, beyin ölümü tanısının konması transplant cerrahisi uzmanları tarafından ele alınmıştır. (Prof.Dr. Uluğ Eldegez, Prof. Dr. Muzaffer Sarıyar, Prof. Dr. Lütfü Telci). Beyin Ölümü tanısı koymanın yasal boyutu, kamuoyunda yaşanan güven sorunu ve etkenleri adli tıp açısından ele alınmıştır (Prof. Dr. İmdat Elmas). Konunun temel bileşeni olan Organ Bağıışı ise organ alıcısı hastalar, organ bağıışlayan hasta yakınları tarafından can alıcı biçimde aktarılarak, organ bağıışının insani ve dramatik boyutu ilk ağızdan ortaya konmuştur (Selçuk Uluergüven, Buket Aşçı). Ayrıca kamuoyunun ve basının organ nakli ve organ bağıışı meselelerine bakışı, yaşanan bürokratik sorunlar katılımcılar tarafından eleştirel biçimde ele alınmıştır. Panelde sunulan bildiriler İstanbul Tabip Odası 14 Mart Tıp Haftası Etkinlikleri kitapçığında basılmıştır.

2- V. Tıp Etiği Kongresi (Ankara 13-15 Kasım 2008)

Türkiye Biyoetik Derneği V. Tıbbi Etik Kongresi "Tıp Etiğinden Biyoetiğe" başlığı altında 13-15 Kasım 2008 tarihlerinde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Morfoloji Yerleşkesi'nde Prof. Dr. Yaman Örs Başkanlığında yapılmıştır. Ana konularını Biyoetik, Araştırma Etiği, Sağlık Etiği, Etik ve Felsefe, Tıp ve Felsefe, Sağlık ve Felsefe, Sağlık Bilimleri ve Felsefe, Diş Hekimliği Etiği, Eczacılık Etiği, Veteriner Hekimliği Etiği, Hemşirelik Etiği, Tıp Etiği Tarihi, Sağlık Hukuku olarak belirlenmiştir. Prof. Dr. Yasemin N. Oğuz'un da açılış töreninde yer aldığı Kongreye Prof. Dr. Lennart Nordenfelt (İsveç) ve Prof. Dr. Henk ten Have (Hollanda) ve Prof. Dr. Ergun Özsunay davetli konuşmacı olarak katılmışlardır. Biyoetik uğraş alanında kürsülerin kurulmasına emek veren, yıllardır üreten, çok sayıda öğrenci yetiştirmiş, Prof. Dr. Ferruh Dinçer, Prof. Dr. Eriş Asil ve Prof. Dr. Berna Arda, emek ve birikimlerini verdikleri konferanslarla katılımcılarla paylaşmışlardır. Kongrede 14 temel başlıklı oturumda 66 sözlü, 8 poster bildiri ile toplam 150 katılımcı katkı sunmuşlardır. Kongre kapsamında Geriatri Derneği işbirliğinde "Geriatri ve Etik Kursu" ile Klinik Araştırmalar Derneği ile ortaklaşa "Klinik Araştırmalar ve Etik" paneli düzenlenmiştir. Katılımcıların oyları ile seçilen en iyi poster (Sidar Diken ve Dr. Tolga Güven) plakette ödüllendirilmiştir.

3- VII. Tıp Etiği Sempozyumu (İstanbul 9 Mart 2009)

Derneğimiz İstanbul Tabip Odası Kadın Komisyonu ile ortaklaşa, 9 Mart 2009 tarihinde İstanbul'da "Yeni Üreme Teknikleri - Yeni Annelikler" temasıyla VII. Sempozyumunu gerçekleştirmiştir. Hekimler, diğer sağlık çalışanları, akademisyenler, kadın hakları savunucuları, sosyologlar, siyaset bilimciler, araştırmacılar, aktivistler, ebelik hemşirelik öğrencileri ve diğer ilgili grupların katıldığı toplantıda sunulan sözlü ve poster bildiriler ile tıp etiği, kadın doğum hekimliği, psikiyatri, sosyoloji, tarih, hukuk, siyasal bilgiler

disiplinleri açılarından yeni üreme teknikleri tartışılmıştır. Yrd. Doç. Dr. Hafize Öztürk Türkmen, Uzm. Dr. Yeşim İşleğen, Uzm. Dr. Gülsüm Önal, Uzm. Kızılca Yürür'ün yönetiminde katılımcıların katkılarıyla Sempozyum Sonuç Bildirgesi hazırlanmış ve Dernek internet sayfasında yayımlanmıştır. Yapılan oylamada, Uzm. Gülsevrim Eysel ve Prof. Dr. Hayriye Erbaş'ın "Yeni Annelikler ve Yeni Öjeni: Sosyolojik Bir Değerlendirme" başlıklı çalışmaları en iyi poster ödülü kazanmıştır. Toplantı metinleri kitap olarak hazırlanmaktadır.

4- DERNEĞİN TEMSİL EDİLDİĞİ AKADEMİK PLATFORMLAR - TOPLANTILAR

- 2. Ankara Etik Günleri (28 Kasım 2007 - Yrd. Doç. Dr. Tamay Başağaç Gül)
- Prof. Dr. Eriş Asil Emeklilik Töreni (14 Aralık 2007, Doç. Dr. Tamay Başağaç Gül)
- TTB İstanbul Protokolü, (11 Şubat 2008 - Uzm. Zehra Edisan). Dernek üyelerimizden Uzm. Dr. Gülsüm Önal İstanbul Protokolü eğitmenlerindedir.
- II. Ulusal Veteriner Hekimliği Tarihi ve Mesleki Etik Kongresi'ne çok sayıda Dernek üyemiz katılmıştır. (Konya, 24-26 Nisan 2008)
- Sağlık Bakanlığı Kişisel Sağlık Verilerinin Güvenliği ve Mahremiyeti e-Sağlık Çalıştayı (26-28 Ağustos 2008, Arş. Gör. Savaş Volkan Genç)
- TTB Bilimsel Araştırma Kurulu (Yaz 2008 - Uzm. Dr. Gülsüm Önal)
- Birinci Basamakta Yaşlı Sağlığı Tanı Tedavi Rehberi Çalıştayı (6-7 Mayıs 2009, Uzm. Rana Can)
- Temel Bilimler Platformu (15 Aralık 2008, 7 Şubat 2009 Toplantıları, Doç. Dr. Nüket Ö. Büken)
- Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri Çalıştayı (4-5 Nisan 2008 ve 19-20 Haziran 2009 tarihlerinde düzenlenen çalıştaylara çok sayıda Dernek üyesi katkı sunmuştur).

- TTB-Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu, Tıp Eğitiminde Kriz Çalıştayı (Ankara 27 Mart 2009, Yrd. Doç. Dr. Hafize Öztürk Türkmen)
- TTB - UDEK Tam Gün Yasa Tasarısı, Tıpta ve Dişhekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği Toplantısı (Ankara 5 Eylül 2009, Doç. Dr. Serap Şahinoğlu)

5- TTB-UDEK BÜNYESİNDE ÇALIŞMALAR VE DERNEK TEMSİLCİLERİ

- Türkiye Biyoetik Derneği TTB-UDEK çalışma gruplarında etkin biçimde yer alırken, UDEK faaliyetleri Dernek internet sayfasından düzenli olarak duyurulmaktadır.
- Derneğimizin Toplum Sağlığını Geliştirme amaçlı faaliyetleri (toplantılar, çalıştaylar, kitaplar) TTB-UDEK Sekreteryasına düzenli olarak raporlanmış ve TTB yayın organı *Tıp Dünyası*'nda yer almıştır.
- TTB-UDEK Etik Çalışma Grubu (2008 ve 2009, Doç. Dr. Nüket Örnek Büken, Doç. Dr. Yeşim Işıl Ülman)
- TTB-UDEK Sürekli Tıp Eğitimi / Sürekli Mesleki Gelişim Çalışma Grubu (2008, Uzm. Dr. Murat Civaner)
- TTB-UDEK Sağlık Hizmetlerinin İyileştirilmesi Çalışma Grubu (2008-2009, Dr. Didem Gediz Gelegen)
- TTB-UDEK Toplum Sağlığını Geliştirme Çalışma Grubu (2008-2009, Uzm. Dr. Gülsüm Önal)
- TTB-UDEK İlaç ve Teknoloji Çalışma Grubu (2009 - Uzm. Dr. Murat Civaner)
- TTB-UDEK Etik Çalışma Grubu Etik Kılavuzlar Çalıştayı (6 Haziran 2009 ve 31 Ekim 2009, Doç. Dr. Yeşim Işıl Ülman, Uzm. Dr. Murat Civaner ve Uzm. Dr. Gülsüm Önal)
- TTB UDEK Etik Çalışma Grubu 2007-2009 Çalışma Döneminde etkili bir çalışma disiplini sergilemiş; grup içi iletişim ve haberleşmeden sorumlu temsilciler arasında Türkiye Biyoetik Derneği üyeleri de yer

almışlardır. Bu sistemli çalışma yöntemiyle, Grup üyelerinin görüş ve önerileri alınarak elde edilen uzlaş ve ortak emek sonucunda hazırlanan "Aydınlatılmış Onam", "Hasta Hakları", "Etik Kurullar" ve "Hekim- Endüstri İlişkileri" kılavuzları 6 Haziran 2009 ve 31 Ekim 2009 tarihlerinde yapılan amaca yönelik Çalıştaylar ile tamamlanarak, TTB-UDEK Yürütme Kurulu'na sunulmuştur. Yürütme Kurulu tarafından onaylanan Kılavuzlar uzmanlık derneklerine duyurulmuştur.

6- DERNEĞİN YURT DIŞINDA TEMSİLİ

- EACME 2008 Yıllık Kongresi (Prag-Çek Cumhuriyeti, 25-27 Eylül 2008, Doç. Dr. Yeşim Işıl Ülman, sözlü bildiri).
- World Association of Medical Law (17 Ekim 2008 Çin, Prof. Dr. Berna Arda, WAML Yönetim Kurulu üyesi, WAML Kongresi için Derneğin adaylığı çalışmalarının yürütülmesi)
- EACME Yıllık Kongresi Venedik - İtalya (10-11 Eylül 2009, Doç. Dr. Yeşim Işıl Ülman, davetli konuşmacı, sözlü bildiri)

7- YAYINLAR

(I) UNESCO Türkiye Komisyonu İşbirliğinde Biyoetik Kurullar Kılavuzları Çevirisi

- Henk ten Have, *Biyoetik Kurulların Oluşturulması*, UNESCO Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Kurumu Türkiye Milli Komisyonu, Kılavuz No. 1, Çeviri: Türkiye Biyoetik Derneği Üyeleri, Ankara 2008.
- Henk ten Have, *Biyoetik Kurullar İş Başında: Çalışma Biçimleri ve Politikalar*, UNESCO Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Kurumu Türkiye Milli Komisyonu, Kılavuz No. 2, Çeviri: Türkiye Biyoetik Derneği Üyeleri, Ankara 2008.

Kitabın çevirmeni olan Dernek Üyeleri: Nüket Örnek Büken, Murat Civaner, Önder İlgili, Cumhur İzgi, Yasemin N Oğuz, Volkan Kavas.

Çeviri editörü: Yeşim Işıl Ülman

(II) Sağlıkta Dönüşümün Etik Boyutu, Türkiye Biyoetik Derneği Yayın No. IX, ISBN 978-975-7041-07-8, Ankara 2008.

Türkiye Biyoetik Derneği VI. Tıp Etiği Sempozyumu 28-29 Nisan 2007 tarihlerinde Ankara'da yapılmıştı. Sempozyumun amacı, ülkemizde örgütlenmeden finansmana, hekim - hasta ilişkisinden hasta haklarına sağlık sistemini bütünüyle değiştirmeye aday Sağlıkta Dönüşüm projesine tıp etiği gözlüğünden bakarak değerlendirmektir. Türkiye Biyoetik Derneği, ülkemize sağlık sisteminde köklü bir değişim yaratacak ve toplumun çeşitli katmanlarında tartışılmakta olan bu program hakkında tıp etiği açısından bir görüş üretmeyi amaçlamıştı. Öncelikle, Sağlıkta Dönüşüm Programı konusunda bilgi sahibi olan, sağlık sistemi ve yeni projenin getirdiği sorunları alanda gözleme fırsatını bulmuş akademisyenler ve araştırmacılar yaptıkları konuşmalarla Programın kapsamı hakkında ayrıntılı bilgi verdiler. Ardından tematik gruplara ayrılarak çalışan biyoetikçiler hazırladıkları raporlarıyla programı çeşitli cepheleriyle tanıma, sorunları öğrenme ve üzerinde düşünme fırsatı buldular. İki günlük toplantı sonunda varılan ortak bir görüşü yansıtan Sonuç Bildirgesi oluşturuldu. **Sağlıkta Dönüşümün Etik Boyutu** isimli kitabımız bu çalışmanın ürünü olarak yayına dönüşmüştür (Ankara 2008).

(III) V. Tıp Etiği Kongresi Bildiri Özeti Kitabı, Türkiye Biyoetik Derneği Yayın No. X, Ankara Ekim 2008.

13-15 Kasım 2008 tarihinde Ankara'da gerçekleştirilen "Tıp Etiğinden Biyoetiğe" kongresinin, programı ve bildiri özetlerini kapsamaktadır. Yeşim Işıl Ülman, Tamay Başağaç Gül, Selim Kadioğlu ve Murat Civaner tarafından hazırlanmıştır.

(IV) Kök Hücre Araştırmalarının Etik ve Hukuk Boyutu, Türkiye Biyoetik Derneği Kök Hücre Araştırmalar ve Uygulamaları Kurulu, Türkiye Biyoetik Derneği Yayın No. XI, ISBN: 978-975-7041-08-5, 17 Nisan 2009, Ankara.

Türkiye Biyoetik Derneği, yeni tıp teknolojileri içinde dünyada ve ülkemizde güncel tartışma konularından olan Kök Hücre Araştırmalarının, etik ve hukuk boyutunu inceleyen bir Komisyon oluşturulmasına 2006 yılı Çalışma Dönemi'nde karar vermişti. Prof. Dr. Şefik Görkey başkanlığında, Yrd. Doç Dr. Nükhet Kutlay, Yrd. Doç Dr. R. Tamay Başağaç Gül, Öğr. Gör. Dr. Tolga Güven, Öğr. Gör. Dr. Gürkan Sert, Uzm. Mukadder Gün, Öğr. Gör. Dr. Can Erzik'ten oluşan Komisyon; tıp, hukuk, genetik, tıp etiği, veteriner hekimlik deontolojisi disiplinlerinin ortak emek ürünü çalışmalarını 2009 yılında Dernek Yönetim Kuruluna sunmuşlar ve çalışma literatüre katkı sunması açısından el kitabı olarak yayımlanmıştır.

(V) Tıp Etiğinden Biyoetiğe - Expanding Medical Ethics to Bioethics, editörler: YIÜlman, TB Gül, FG Kadioğlu, G Yıldırım, Z Edison, Türkiye Biyoetik Derneği Yayın No. XII, ISBN : 978-975-7041-09-2, Ankara 2009.

Bu kitap, Türkiye Biyoetik Derneği'nin, 13-15 Kasım 2009 tarihlerinde gerçekleştirdiği V. Tıp Etiği Kongresi'nde yapılmış sunumlardan yola çıkarak geliştirilmiş makalelerden oluşmaktadır. 1994 yılında kuruluşundan beri akademik çalışmalarını özveriyle ve kararlılıkla sürdüren Türkiye Biyoetik Derneği'nin bu toplantısında sunulan bildiriler konu çeşitliliği açısından Tıp Etiğinden Biyoetiğe yönelen bir ufuk genişliği ve perspektif ile gerçekleşmişti. Kongre sonrasında, bilimsel yayın ölçütleri ve kuralları çerçevesinde her bir bildirinin yazarlar tarafından bilimsel makale biçimine dönüştürülmesi sağlanmıştır. Kitap, biyoetik alanında konferans metinlerinin yanısıra, Biyoetik, Temel Tıp Etiği Konuları, Araştırma Etiği, Sağlık Etiği, Etik ve Felsefe, Tıp ile Sağlık, Diş Hekimliği Etiği, Eczacılık Etiği, Veteriner Hekimlik Etiği, Hemşirelik Etiği, Tıp Etiği Tarihi, Sağlık Hukuku gibi ana başlıklar altında makalelerden oluşmaktadır. Konferans metinlerinin, ana konu başlıklarının, makale özetlerinin İngilizce yayınlanması ile kitabın uluslararası erişime açık olması sağlanmış; Türkiye'deki biyoetik araştırmaları literatürüne katkı sunması hedeflenmiştir.

(VI) E-Bültenler

2007-2009 döneminde Türkiye Biyoetik Derneği e-Bülteninin düzenli olarak yayımlanmasına, Sayı 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 olmak üzere toplam 7 sayı ile devam edilmiştir. Bülten hazırlanırken, öncelikle, Dernek çalışma ve etkinlikleri hakkında üyelerin bilgilendirmeyi amaçlayan dönem raporlarına yer verilmiştir. Bültenlerde Derneğin katıldığı, katkı sunduğu toplantılar, alanımızla ilgili çeşitli etkinlikler hakkında yazıları yer almıştır. 17. Sayı "Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik", 19. Sayı "Tıp Etiği ve Hukuku Açısından Malpraktis" özel sayıları olarak yayımlanmıştır. Hazırlanması ve yayımlanması ciddi bir emek gerektiren bültenlere yollanan yazıların az olması sürecin işleyişini zorlayan ve güçleştiren bir etkidir. Bu nedenle önceleri aylık olarak çıkmaktayken, sonrasında üç aylık ve 6 aylık periyotlarla yayımlanabilmiştir.

8- DERNEK ÜYELERİ TARAFINDAN VERİLEN EĞİTİM SEMİNERLERİ

- "Tıp Etiği Açısından Özerklik İlkesi ve Aydınlatılmış Onam", Çanakkale Tabip Odası Etik Kurul daveti üzerine, Çanakkale Devlet Hastanesi, 2 Şubat 2009 (Dernek Başkanı)
- "Tıp Etiği Açısından Özerklik İlkesi ve Aydınlatılmış Onam", Haydarpaşa Numune Hastanesi Başhekimliği daveti üzerine, 21 Nisan 2009 (Dernek Başkanı)
- "Tıp Etiği Açısından Özerklik İlkesi ve Aydınlatılmış Onam", Türk Üroloji Derneği Başkanlığı'nın daveti üzerine, VIII. Ulusal Üroloji Kongresi, Türk Üroloji derneği-Türkiye Biyoetik Derneği Özel Oturumu, İzmir 23 Mayıs 2009 (Dernek Başkanı)
- "Tıp Etiği Açısından Malpraktis ve Komplikasyon" , Çanakkale Tabip Odası Etik Kurulu daveti üzerine, Çanakkale Devlet Hastanesi Mart 2009. (Arş. Gör. Dr. Gürkan Sert).

9- DERNEK İNTERNET SAYFASI

Türkiye Biyoetik Derneği internet sayfası hem Dernek etkinliklerini duyurmak ve bilgilen-

dirme yapmak, hem de alanımızla ilgili bilimsel ve akademik tartışma platformu olmak işlevlerini etkili biçimde yerine getirmiştir. Uzm. Dr. Murat Civaner'in 2005 yılında oluşturup bugüne dek güncellediği sayfa, 2010 yılından itibaren profesyonel yardım alınarak yönetilmektedir.

10- TIP ETİĞİ DİSİPLİNİNİN, TIPTA VE DIŞ HEKİMLİĞİNDE UZMANLIK ALANI OLARAK YENİDEN BENİMSENMESİ ÇALIŞMALARI

Alanımızın Tıpta ve Dışhekimliği Uzmanlık Tüzüğü (Haziran 2002) ve Yönetmeliği (Temmuz 2009)'nden çıkarılması kararına karşı Türkiye Biyoetik Derneği Yönetimleri etkin bir uğraş vermektedir. 2007-2009 Döneminde de Yönetim Kurulu aynı amaçla çalışmalara hız vererek bu kararın geri alması mücadelesine devam etmiştir. Dernek yetkilileri tarafından bu talebin çeşitli akademik ve eğitsel platformlarda dile getirilerek savunulmasının yanı sıra disiplinimizin Uzmanlık eğitimi alanı olarak yeniden benimsenmesi gereği ayrıntılı olarak gerekçelendirilmiş raporla TTB-UDEK Yürütme Kurulu başkanlığına sunulmuştur (15 Haziran 2009). Ardından Yönetim Kurulu'ndan Tıp Etiği, Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dallarına yazılan mektup ile alanımız akademisyenlerinin destekleri aranmıştır. Anabilim Dallarından gelen güçlü destek ifadeleri ve gerekçeli raporumuz bir dosya halinde hazırlanarak Yönetim Kurulu Başkanı ve Genel Sekreteri tarafından T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü'ne 23 Haziran 2009 tarihinde Prof. Dr. Safa Kapıcıoğlu ile yapılan görüşmede sunulmuştur. Buna rağmen Temmuz 2009 tarihinde yayımlanan ilgili Yönetmelik'te de aynı sorunun devam ettiği görüldüğünden, Türkiye Biyoetik Derneği konuyu dava sürecine taşımıştır (Eylül 2009).

11- ÜYELİK DURUMU

- Derneğimizin etkinliklerini sağlıklı yürütülebilmesi, üyelik sorumluluklarının yerine getirilmesi, aidatlarının düzenli olarak ödenmesi ile olanaklı olduğundan Yönetim Kurulumuz bu konuda görevini yaparak, üyelerimize sistemli bir biçimde

bilgilendirme yapmıştır. 21 Kasım 2009 tarihi itibarıyla 106 Asil, 78 Fahri Üyemiz bulunmaktadır.

- Türkiye Biyoetik Derneği Yönetim Kurulu'nun, 10.10 2009 tarihli kararı gereğince, Dernek Tüzüğü'nün 9. maddesi 'b' (Dernek tüzük hükümlerine uyulmaması) ve 'c' (Dernek üyeliği ile bağdaşmayan, insanlık onur ve saygınlığını zedeleyen hareketlerde bulunmuş olmak) fıkralarına dayanarak, Şahin Aksoy'un üyeliğine oybirliği ile son verilmiş; karar gerekçeleriyle ilgili üyeye resmen tebliğ edilmiştir.
- Yönetim Kurulu'nun bu kararı 21 Kasım 2009 tarihinde yapılan Genel Kurul tarafından onaylanmıştır.

12- EACME İLE İLİŞKİLER

- Bu çalışma döneminde, Türkiye Biyoetik Derneği Yönetim Kurulu kararı doğrultusunda Derneğimiz ile Avrupa Tıp Etiği Cemiyetleri Birliği (European Association of the Centres of Medical Ethics – EACME) arasında temas kurularak ve kurumlar arası işbirliği geliştirilmiştir.
- 2008 EACME Prag Kongresi'nde, Dr. Yeşim Işıl Ülman tarafından Türkiye Biyoetik Derneği'ni kuruluş amaçları, faaliyetleri, çalışma hedefleri ve yayınları ile tanıtan bir sözlü bildiri sunulmuştur. Bu makale EACME haber bülteninde yayınlanmıştır (Ulman YI, "The Turkish Bioethics Association, with Future Vision in Historical Perspective", *EACME Newsletter*, Number 21, Netherlands, April 2009: 6-9.
- Yönetim Kurulu kararı ile resmi yazı ile üyelik başvurusunda bulunmuş ve Derneğimiz Şubat 2009 tarihinden itibaren EACME üyesi (associate member) olmuştur.
- EACME Yıllık kongresinin Türkiye'de düzenlenmesi için Yönetim Kurulu'na yapılan Dernek resmi başvurumuz EACME 2009 Venedik Kongresi esnasında Yönetim Kurulu tarafından görüşülmüş; Bochum ve Manchester'ın teklifleri ertelenerek, EACME 2011 Kongresi'nin İstanbul'da yapılmasına karar verilmiştir (İtalya-Venedik 11 Eylül 2009).

Emeği geçen herkese teşekkürlerimizle ve saygılarımızla.

Türkiye Biyoetik Derneği 2007-2009 Dönemi Yönetim Kurulu Üyeleri:

Doç. Dr. Yeşim Işıl Ülman (Başkan)

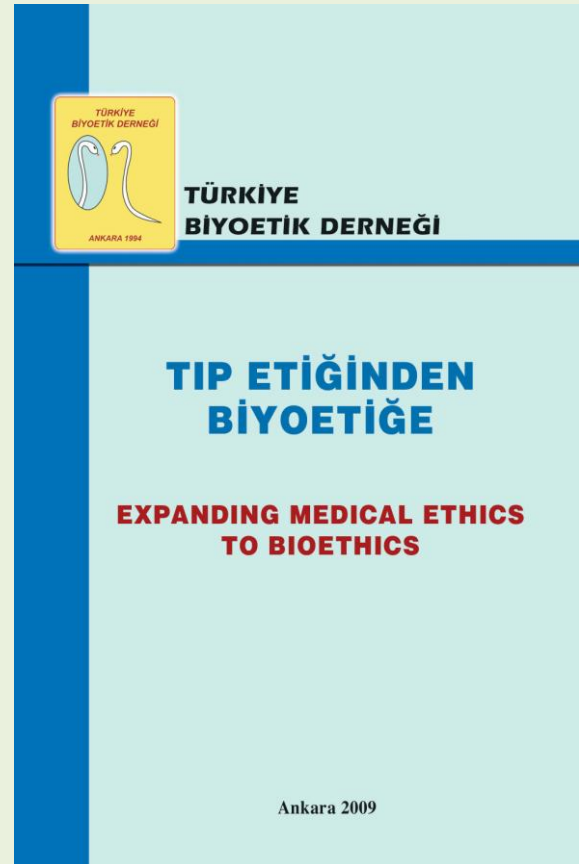
Yrd. Doç. Dr. Tamay Başağaç Gül (Genel Sekreter)

Yrd. Doç. Dr. Funda G. Kadioğlu (Üye)

Uzm. Zehra Edisan (Sayman, 11.04.2009 tarihine kadar)

Yrd. Doç. Dr. Gülay Yıldırım (Üye, Sayman: 11.04. 2009 - 21.11.2009)

Doç. Dr. Serap Şahinoğlu (Üye: 11.04.2009 - 21.11.2009)



DUYURULAR

Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri yayımlandı:

"TTB Etik Kurulu; hekimler, diğer sağlık çalışanları, politika belirleyenler ve topluma, çeşitli konularda meslek ahlakına uygun davranışın nasıl olması gerektiği konusunda yol gösterici olabilecek etik bildirgeleri hazırlamak amacıyla bir çalışma yürütmüş, bu amaçla 4-5 Nisan 2008 ve 20 Haziran 2009 tarihlerinde iki çalıştay düzenlemiştir. Sağlık çalışanlarının meslek örgütleri, uzmanlık dernekleri, hasta hakları dernekleri, barolar, Tıp Etiği Anabilim Dalları ve çeşitli TTB organları gibi birçok kurumun katıldığı bu çalıştaylarda alana ilişkin uluslararası sözleşmeler, bildirgeler ve tavsiye kararları gibi temel metinler göz önüne alınmıştır.



Türk Tabipleri Birliği 58. Büyük Kongresi'nde *TTB Etik Bildirgeleri*'nin bütün hekimlik ortamlarında etkin bir şekilde tanıtılması ve tartışılmasına karar verilmiştir. Bildirgelere aşağıdaki internet adresinden erişebilirsiniz:

http://www.ttb.org.tr/kutuphane/etik_bldgeler2010.pdf

Kuskuşuz bildirgelerde eksiklikler bulunmaktadır. Amacımız belli aralıklarla düzenlenecek çalıştaylarla bu süreci dinamik kılmak, bildirgeleri güncel tutmak, gereksinim ve öneriler doğrultusunda yenilerini eklemektir. Bu anlamda her türlü eleştiri ve katkınızı iletmeniz son derece önemli olacaktır, çalışmalarınızda başarılar dileriz".

Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu

İstanbul Tabip Odası Etik Kurulu Malpraktis Hakkında Görüş Yayımladı

İstanbul Tabip Odası Etik Kurulu "Tıbbi Malpraktis ve Zorunlu Mali Sigorta Hakkında Görüş" Yayımlamıştır. 27 Mayıs 2009 tarihinde TBMM'ne sunulan Tam Gün Yasa Tasarısı, sağlık çalışanlarının üniversite, kamu ve özel sağlık kuruluşlarındaki çalışma biçimlerini yeniden düzenlerken, son on yıldır farklı yasa tasarıları bağlamında tartışılmakta olan tıbbi malpraktis konusunu bir kez daha gündeme taşımıştır. 30 Ocak 2010 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 5947 sayılı "Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun"un 8. maddesi tıbbi kötü uygulama sonucu ortaya çıkabilecek zararlarla ilgili yaptırımını düzenlemekte ve mali sigorta zorunluluğu getirmektedir.

İstanbul Tabip Odası Etik Kurulu, sağlık sistemini ve uygulamalarını önemli ölçüde etkilemeye aday olan bu düzenlemeye ilişkin; sağlık çalışanları, hukukçular, akademisyenler ve diğer ilgililerin gereksinim duyabileceği temel noktalarda bilgi sunmak amacıyla; tıbbi hata ve malpraktisi düzenleyen yasa metinleri hakkında etik ve hukuki yönden görüş bildiren bir rapor hazırlamış ve metin İstanbul Tabip Odası Yönetim Kurulu'nca onaylanarak yayımlanmıştır (Kasım 2009).

Görüş metnine buradan erişebilirsiniz:

<http://www.istabip.org.tr/icerik/istanbul-tabip-odasi-etik-kurulunun-tibbi-malpraktis/>

10. DÜNYA BİYOETİK KONGRESİ

Uluslararası Biyoetik Cemiyeti (International Bioethics Association- IAB), 10. Dünya Biyoetik Kongresi, "Bioethics in a Globalised World" temasıyla 28-31 Temmuz 2010 tarihlerinde Singapur'da düzenleniyor.

<http://www.bioethics-singapore.org/wcb2010/>

ULUSLARARASI TIP HUKUKU KONGRESİ

Dünya Tıp Hukuku Cemiyeti (World Association of Medical Law-WAML), 18. Uluslararası Tıp Hukuku Kongresi 8-12 Ağustos 2010 tarihlerinde Hırvatistan-Zagreb'te düzenleniyor.

<http://www.2010wcml.com/>

EACME OSLO KONGRESİ

Avrupa Tıp Etiği Cemiyetleri (EACME) 2010 Yıllık Konferansı "Empirical Bioethics" ana temasıyla 16-18 Eylül 2010 tarihlerinde Norveç-Oslo'da yapıyor.

http://www.med.uio.no/iasam/sme/seminar/eacme_2010/

DÜNYA VETERİNER HEKİMLİK TARİHİ VE ULUSAL MESLEK ETİĞİ KONGRESİ

Dünya Veteriner Hekimliği Tarihi Birliği'nin 39. Kongresi ve Veteriner Hekimlik Mesleki Etik 3. Ulusal Kongresi 20-23 Eylül 2010 tarihlerinde Antalya'da yapılıyor.

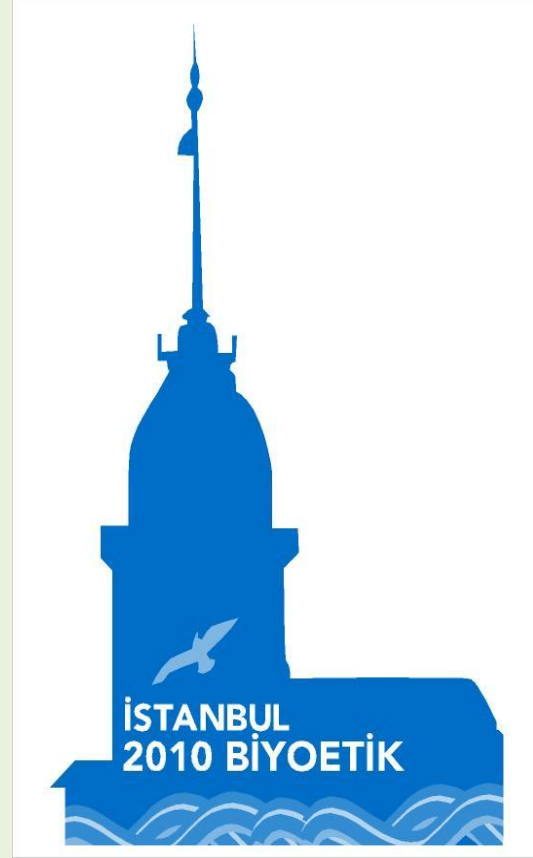
www.wahvm.org



VI. TIP ETİĞİ KONGRESİ

Türkiye Biyoetik Derneği VI. Tıp Etiği Kongresi, "Biyoetikte Yeni Ufuklar" ana temasıyla 25-26 Kasım 2010 tarihlerinde İstanbul'da düzenleniyor.

www.biyoetik2010.org



"İnsan tutum ve davranışları sonucunda ortaya çıkanlar değerlendirilirken, bu sonuçların neyin pahasına ve ne bedeller ödenerek oluştuğunu anlamak önemlidir".

Prof. Dr. Yaman Örs, 6 Nisan 2010

Bültende yayımlanmasını istediğiniz yazılar ve her türlü katkı için

Türkiye Biyoetik Derneği
tbd@biyoetik.org.tr / yesimul@yahoo.com
www.biyoetik.org.tr