

T. C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK HUKUKU ANA BİLİM DALI

TIP ETİĞİ BAĞLAMINDA DEFANSİF TIP UYGULAMALARI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NESLİHAN ZEKİYE AKKANAT

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Ayşe Almıla PAZARCI

GAZİANTEP

OCAK 2017

T. C.
UNIVERSITY OF GAZİANTEP
GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
DEPARTMENT OF HEALTH LAW

**DEFENSIVE MEDICINE APPLICATIONS IN THE CONTEXT OF
MEDICAL ETHICS**

MASTER'S THESIS

NESLİHAN ZEKİYE AKKANAT

Supervisor: Yrd. Doç. Dr. Ayşe Almıla PAZARCI

GAZİANTEP
JANUARY 2017

T. C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK HUKUKU ANABİLİMDALI

Tıp Etiği Bağlamında Defansif Tıp Uygulamaları
Neslihan Zekiye AKKANAT

Tez Savunma Tarihi:19/01/2017

Sosyal Bilimler Enstitüsü Onayı


Doç. Dr. Zekiye Antakyalıoğlu
SBE Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans/Doktora tezi olarak gerekli şartları sağladığını onaylarım.


Yrd. Doç. Dr. Ayşe Almıla PAZARCI
Enstitü ABD Başkanı

Bu tez tarafımca(tarafımızca) okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından Bir Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.


Tez Danışmanı

Bu tez tarafımızca okunmuş, kapsam ve niteliği açısından bir Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak oybirliği/oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

Jüri üyeleri

(Unvan, Adı, SOYADI)

Yrd. Doç. Dr. Ayşe Almıla PAZARCI

Yrd. Doç. Dr. Ahmet BOZDAĞ

Yrd. Doç. Dr. Mahmut KAPLAN

İmzası


ETİK BEYAN

Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İmzası



Neslihan Zekiye Akkanat

19.01.2017

ÖZ

TIP ETİĞİ BAĞLAMINDA DEFANSİF TIP UYGULAMALARI

AKKANAT, Neslihan Zekiye

Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Hukuku ABD

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Ayşe Almıla PAZARCI

Ocak 2017, sayfa 158

Varoluş nedeni insan ve yaşam olan tıp bilimi; güçlü karşısında zayıfı koruma anlayışına dayanan hukukla, değerler, ödev, fayda gibi kavramları inceleyip doğruyu bulmayı amaç edinen felsefe ile yakın ilişkilidir. Tıp etiği sağlık alanında pratik ve bilimsel çalışmaların etik yönden değerlendirilmesi ve etik ikilemlerin çözümlenmesini sağlar. Zarar vermeme, yararlılık, adalet ve özerklik temel tıp etiği ilkeleri olmakla birlikte Kant'ın ödev, Mill'in ise faydacılık yaklaşımı günümüz sağlık sisteminde etkin bir yere sahiptir. Sağlık hakkı yaşam hakkıyla iç içe geçtiği için evrensel hukuk mevzuatları temel alınarak anayasal güvence sağlanmaya çalışılmış ve bu düzlemde iç hukukumuzda hukuki düzenlemeler yapılmıştır. Hekimler yükümlülüklerini yerine getirmedikleri takdirde hukuki yaptırımlarla karşılaşmaktadırlar. Bu hukuki yaptırımları uygularken davanın konusunun malpraktis ya da komplikasyon olarak tanımlanması çerçevesinde yaşanan kargaşa davanın sonucunu değiştirmektedir. Özellikle 2005 yılında Türk Ceza Kanununun ağırlaştırılması hekimler üzerinde baskı kurmaktadır. Hekimin, olağan hekimlik davranışından sapması anlamına gelen defansif tıp uygulamalarına, TCK'nın ağırlaştırılmasının yanı sıra sağlık hizmetlerinin özelleşmesi, Tam Gün Yasası ve Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, Mesleki Sorumluluk Sigortası, Tıp fakültelerinde verilen eğitimin yetersizliği, hekimlik anlayışının değişmesi gibi faktörler yöneltmektedir.

Anahtar Kelimeler: Etik, Tıp Etiği, Defansif Tıp, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Hekimlerin Sorumluluğu

ABSTRACT
DEFENSIVE MEDICINE APPLICATIONS IN THE CONTEXT OF
MEDICAL ETHICS

AKKANAT, Neslihan Zekiye

Master's Thesis, Department of Health Law

Supervisor: Yrd. Doç. Dr. Ayşe Almıla PAZARCI

January 2017 158 pages

The cause of existence is human and life medicine; It is closely related to the philosophy that aims to find out the truth by examining concepts such as law, values, homework, and benefit, which are based on the understanding of weak protection against the strong. Ethical evaluation of practical and scientific studies in the field of health and medical ethics that enable the resolution of ethical dilemmas; Kant's duty, Mill's pragmatic approach constituted the building blocks of these basic principles, along with the basic medical principles of harmlessness, utility, justice and autonomy. Because the right to health is linked to the right to life, we tried to provide constitutional guarantee on the basis of universal legal legislation, and legal arrangements were made in this law. Physicians face legal sanctions if they do not fulfill their obligations. When applying these legal sanctions, the case of malpractice-complication discrimination of the plaintiff is changing the result of the case. Especially in 2005, the aggravation of Turkish Criminal Law put pressure on physicians. The defensive medical behavior, which means deviation from ideal medicine, is caused by factors such as the privatization of health, the Full Day Law and Performance Based Supplemental Payment System, the Occupational Liability Insurance, the inadequacy of education given in medical faculties, and the change of understanding of medicine.

Key Words: Ethics, Medical Ethics, Defensive Medicine, Health Transformation Program, The Responsibility of Physicians

ÖNSÖZ

Defansif tıp uygulamalarıyla ilgili araştırmalara baktığımızda genellikle defansif tıp uygulamalarının hukuk ve maliyetle olan ilişkisine değinildiği, etik ve ekonomik sistem boyutunun pek incelenmediği görülebilir. Defansif tıp uygulamasının aslında siyasal ve ekonomik yaklaşımlarla ilişkili olduğu, yaptırım boyutunun ise bu durumun sadece görünen kısmı olduğu söylenebilir. Bu tez, sağlık sisteminin hukuksal boyutundaki yapısal dönüşümlerin, siyasal ve ekonomik bir bakış açısıyla ele alınması gerektiğini öne sürmekte; defansif tıp uygulamalarından kaynaklanan etik ve hukuki sorunlar ile bunların yol açtığı bütçe maliyetlerinin, hekimin bireysel etik davranışından çok sağlık sisteminin reformunda tercih edilen iktisadi-politik yaklaşım biçimiyle bağlantılı olduğu iddia edilmektedir. Yapılan bu çalışmanın bu alanda yazılacak diğer çalışmalara katkı sağlanması umulmaktadır.

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Ayşe Almıla Pazarcı'ya, yakın arkadaşım Ayşe Eroğlu'na, kardeşim Serap Bektaş ve eşim Salih Akkanat'a teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	i
ABSTRACT.....	ii
ÖNSÖZ.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR	vii
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	4
ETİK VE TIP ETİĞİ.....	4
I. ETİK	4
A. Etik Kavramı.....	4
B. Etik Türleri.....	7
1. Normatif Etik	8
2. Betimleyici Etik.....	8
3. Meta-etik.....	9
C. Temel Etik Yaklaşımları.....	9
1. Teleolojik Yaklaşım.....	10
a. Bireysel Yaklaşım.....	10
b. Faydacı Yaklaşım.....	11
2. Deontolojik Yaklaşım.....	11
a. Ahlâk ve Haklar Yaklaşımı.....	13
b. Adaletçi Yaklaşım.....	13
II. TIP ETİĞİ.....	13
A. Tıp Etiği Kavramı	14
B. Tıp Etiği Kuramları.....	19
1. Kantcı Yaklaşım.....	20
2. Utilitaryen (Yararcılık) Yaklaşım	22
3. Liberal Yaklaşım.....	24
4. Kominitaryen Yaklaşım.....	25
C. Tıp Etiğinin Temel İlkeleri	26
1. Zarar Vermeme İlkesi	29
2. Yararlılık İlkesi	31
3. Adalet İlkesi	32
4. Özerklik ve Özerkliğe Saygı İlkesi	34

İKİNCİ BÖLÜM.....	38
DEFANSİF TIP VE DEFANSİF TIP UYGULAMALARI.....	38
I. DEFANSİF TIP KAVRAMI	38
II. DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ GELİŞİMİ.....	39
III. DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ ÇEŞİTLERİ	43
A. Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları	44
B. Negatif Defansif Tıp Uygulamaları	47
IV. DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ TIP ETİĞİNİN TEMEL İLKELERİ BAĞLAMINDA DEĞERLENDİRİLMESİ	49
V. DEFANSİF TIP UYGULAMALARINA YÖNELTEN NEDENLER.....	51
A. Sağlık Hizmetinin Özelleşmesi	51
B. Tam Gün Yasası ve Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi	60
C. 2005 Yılında Yürürlüğe Giren 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunun Etkisi.....	68
D. Mesleki Sorumluluk Sigortası	72
E. Tıp Fakültelerinde Verilen Eğitimin Yetersizliği	76
F. Hekimlik Anlayışının Değişmesi	80
VI. DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ HEKİM VE HASTALARA ETKİSİ	83
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM.....	86
SAĞLIK HAKKI VE DEFANSİF TIP UYGULAMALARI BAĞLAMINDA HEKİMİN SORUMLULUĞU	86
I. SAĞLIK HAKKI	86
II. HEKİMİN TEMEL YÜKÜMLÜLÜKLERİ	89
A. Hastayı Dinleme ve Öykü Alma Yükümlülüğü	90
B. Muayene Yükümlülüğü	91
C. Teşhis Yükümlülüğü.....	92
D. Tedavi Yükümlülüğü	92
E. Aydınlatma Yükümlülüğü.....	93
III. HEKİMİN SORUMLULUĞU	94
A. Hekimin Hukuki Sorumluluğu	95
1. Hekimin Hukuki Sorumluluğunun Şartları	96
a. Haksız Fiil.....	96
b. Kusur.....	97
i. Kişisel Kusur	98
(1) Malpraktis	99
(2) Komplikasyon.....	101

ii. Hizmet Kusuru.....	102
iii. Rücu	103
c. Zarar.....	104
d. Nedensellik Bağı	105
2. Hekimin Defansif Tıp Uygulamalarından Doğan Hukuki Sorumluluğu	106
B. Hekimin Cezai Sorumluluğu	112
1. Hekimin Cezai Sorumluluğunun Şartları.....	113
a. Kasten İşlenen Suçlar Bakımından Sorumluluk.....	113
b. Taksirle İşlenen Suçlar Bakımından Sorumluluk.....	115
i. Bilinçsiz Taksir.....	116
ii. Bilinçli Taksir.....	117
2. Hekimin Defansif Tıp Uygulamalarından Doğan Cezai Sorumluluğu...	118
C. Hekimin Disiplin Sorumluluğu	120
1. Disiplin Cezaları.....	120
a. Uyarma.....	120
b. Kınama.....	121
c. Aylıktan Kesme	121
d. Kademe İlerlemesinin Durdurulması.....	122
e. Devlet Memurluğundan Çıkarma.....	122
2. Hekimin Defansif Tıp Uygulamalarından Doğan Disiplin Sorumluluğu	123
D. Hekimin Mesleki Sorumluluğu	125
1. Mesleki Cezalar	125
a. Uyarma Cezası.....	125
b. Para Cezası.....	126
c. Geçici olarak Meslekten Alıkoyma Cezası	126
d . Oda Bölgesinde Çalışmanın Yasaklanması	127
2. Hekimin Defansif Tıp Uygulamalarından Doğan Mesleki Sorumluluğu	127
SONUÇ.....	129
KAYNAKÇA	133
ÖZGEÇMİŞ.....	158

KISALTMALAR

Amerika Birleşik Devletleri	:ABD
Ankara Hukuk Fakültesi Dergisi	:AÜHFD
Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi	:AİHM
Bilgisayarlı Tomografi	:BT
Birleşmiş Milletler	:BM
Borçlar Kanunu	:BK
Cilt	:C
Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri	:ÇEEİ
Çeviren	:Çev
Devlet Memurları Kanunu	:DMK
Dünya Sağlık Örgütü	:WHO
Dünya Tabipler Birliği	:WMA
Editör	:Ed
Erişim Tarihi	:E.T.
Florence Nightingale Hemşirelik	:F. N. Hem
Genel Sağlık Sigortası	:GSS
Hasta Hakları Yönetmeliği	:HHY
Hukuk Fakültesi Dergisi	:HFD
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	:İİBF
Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi	:KMÜ
Milattan Önce	:MÖ
Milattan Sonra	:MS
Performansa Dayalı Ek Ödeme	:PDEÖ
Resmi Gazete	:RG
Sağlık Bakanlığı	:SB
Sağlıkta Dönüşüm Programı	:SDP
Sayfa	:s

Sayı	:S
Siyasal Bilgiler Fakóltesi	:SBF
Sosyal Güvenlik Kurum	:SGK
Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi	:TDN
Tıp Uzmanlık Sınavı	:TUS
Türk Ceza Kanunu	:TCK
Türk Tabipler Birliği	:TTB
Türkiye Adalet Akademisi Dergisi	:TAAD
Türkiye Barolar Birliği	:TBB
Türkiye Cumhuriyeti	:T.C
Yüzyıl	:yy

GİRİŞ

İnsanların olumlu ya da olumsuz davranışlarının, toplumun bakış açısını önemseyerek, ne olması gerektiğini belirleyen etik, özellikle 20'nci yüzyılın son çeyreğinden itibaren siyasal ve ekonomik değişimlerin ve teknolojik gelişimlerin doğurduğu olumsuz sonuçlardan dolayı gündeme daha sık gelmektedir. Dünyanın birçok ülkesinde sağlık alanında yapısal değişimlere gidilmesi tıp etiğinin değer sorunlarının daha çok tartışılmasına gereksinim duyulmasına yol açmıştır. Günümüzde sağlık sistemlerinden kaynaklanan karmaşıklığın ve çarpıklığın hastaya olumsuz etkilerinin azaltılması ve etik ikilemlerde doğru kararı vermek için hekimlerimiz, tıp etiğinin temel ilkelerinin rehberliğine ihtiyaç duymaktadırlar. Zarar vermeme, adalet, yararcılık ve özerklik temel ilkeler olmakla birlikte sır saklama, mahremiyet hakkı gibi ilkeler de mevcuttur. Tıp etiği ilkelerinin etkin bir şekilde uygulamaya geçirilmesi hem hekimlik mesleğine duyulan güven ve saygıyı arttıracak hem de evrensel değerleri yüceltecektir.

Çağdaş tıbbın ve tıp etiğinin kurucusu olan Hipocrates'ten bu yana baskın olan hekim otoritesi günümüz toplumlarının ihtiyaçlarına cevap vermede zayıflamış ve yerini hasta merkezli bir anlayışa bırakmıştır. Bu durum olumlu olmakla birlikte beraberinde birçok suistimalleri de getirmiştir. Sağlık kurumlarının ticari işletme mantığıyla hizmet vermeye başlaması, hastanın müşteri gibi algılanması Amerika Birleşik Devleti'nde yarım yüzyıla yakın, ülkemizde ise özellikle son yıllarda etik değerlerin aşınmasına ve hekimlerde defansif tıp uygulamalarının yaygınlaşmasına neden olmuştur. Hekimlerin açılacak olan davalardan kendilerini korumak için takındıkları davranış, defansif tıbbın yaygın olan tanımıdır; ayrıca hekimin, ideal hekimlikten sapması, öncelikle kendini koruma davranışına bürünmesi defansif tıbbın temel anlayışıdır.

ABD'de hekimler arasında yaygın olan defansif tıp davranışı ciddi sorunlara yol açmaktadır. Bu nedenle, defansif tıp sorunuyla ilgili önemli çalışmalar yapılmıştır ve yapılmaya da devam edilmektedir. Bu sorunun çözümü için kesitsel çalışmaların yanı sıra birçok çalıştaylar yapılmakta ve sempozyumlar düzenlenmektedir. Defansif tıp uygulamalarını engellemek için yapılan çalışmaların yanı sıra hekimlere bir takım kurslar verilerek bu sorunun önüne geçilmeye çalışılmaktadır. Defansif tıp uygulamalarıyla ilgili ülkemizde derli toplu ve geniş anlamda yapılan ilk çalışmanın

Yusuf Aynacı'nın Uzmanlık Tezi olduğu gör÷lmektedir. Defansif tıp uygulamalarına duyulan ilgi artmış ve bu sorunla ilgili, makalelerin ve kesitsel çalışmaların yanı sıra araştırma tezlerinin de her geçen gün sayısı artmaktadır.

Ülkemizde defansif tıp özellikle 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programından sonra gündeme gelmeye başlamış, 2005 yılında Türk Ceza Kanununda¹, Hayata Karşı Suçlar ve Vücut Dokunulmazlığına Karşı suçlar başlığı altında düzenlenen cezaların ağırlaştırılmasıyla sorun olarak karşımıza çıkmıştır. Son dönemlerde defansif tıpla ilgili, ABD'ki çalışmaların ışığında, ülkemizde de çalışmalara ağırlık verilmeye başlanmıştır. Defansif tıbbı sadece hukuksal boyutu ve hukuksal sonucuyla değerlendirmek sorunun çözümü için eksik bir yaklaşım olacaktır. Defansif tıp uygulamalarını hukukun yanı sıra, etik, siyasal, ekonomik, sosyolojik vb. bağlamda bir bütün olarak ele almak gerekmektedir.

1970'li yıllara kadar sosyal devlet ilkesi benimsenmiş sağlık, eğitim gibi temel unsurların kamu eliyle yapılması ve desteklenmesi görüşü ağırlık kazanmıştır. II. Dünya savaşıdan sonra uygulanan bu sisteme *altınçağ* denilmiş ve 1970'lere kadar uygulanmıştır. Ancak bu anlayış yavaş yavaş terk edilip kamu eliyle yapılan hizmetlerin özel sektör tarafından yapılmasının önü açılmıştır. Ülkemiz de bu siyasal ve ekonomik dalgalanmadan etkilenmiş, 1980'lerin ortasında çıkarılan bir takım yasalarla ABD'de uygulanan sağlık sisteminin yolu açılmış, Türkiye'de 2003 yılında SDP ile sağlığın özelleşmiş dokusuyla entegre haline getirilmeye başlanmıştır.

Sağlık sistemindeki bu değişim beraberinde birçok problemleri getirmiştir. Hukuksal ve etik sorunlarla, sağlık çalışanını özellikle de tıbbın baş aktörü olan hekimleri sıkıntıya sokmuştur. Hekimleri defansif tıp davranışına yönelten unsurlar sadece çıkarılan ağır yasalar değil yarım yüzyıla yakındır uygulanan sağlık hizmetinin piyasalaşmasıdır. Buna bağlı olarak da zamanla hastaların hekimlerine güvenleri azalmış ve verilen sağlık hizmetinin kalitesi düşmüştür.

Tıp etiği ilkeleriyle ve hukuki düzenlemelerle çelişen defansif tıp uygulamaları, hastaları maddi ve manevi zarara uğratabilmekle beraber hekimin saygınlığını azaltmaktadır. Yapılan literatür taramalarında defansif tıp uygulamalarının engellenmesi için hukuki düzenlemelere ağırlık verilmesi, bilirkışilik

¹ 20 Eylül 2004-5237 Sayılı/ RG 25611

kurumunun oturtulması, malpraktis yasasının çıkartılması ve sağlık hukuku mahkemelerinin kurulması yönünde öneriler mevcuttur. Bu öneriler son derece önemli olmakla birlikte hasta-hekim ilişkisini ticari ilişkiye zorlayan yaklaşımın değiştirilmesi ve bu değişimin hukuki düzenlemelerle desteklenmesi gerekmektedir.

Birinci bölümde yaşam hakkının en önemli unsuru olan sağlık hakkına ilişkin, sağlık alanında, hekimlik meslek uygulamalarının hastaya olumlu yansımalarının vazgeçilmez prensibi olan tıp etiğinin kaynağı olan etik kavramına, çeşitlerine ve yaklaşımlarına, bunların uzantısı olan tıp etiği kuram ve ilkelerine değinilmeye çalışılmıştır.

İkinci bölümde “*defansif tıp*” kavram olarak ele alınıp günümüze kadar olan süreçte geçirdiği aşamalar ABD ve ülkemiz temel alınarak incelenmeye çalışılmıştır. Defansif tıp uygulamalarının çeşitlerine ve defansif tıp uygulamalarını tetikleyen ekonomik, hukuki ve siyasal eğilimlere değinilmiş, ülkemizde özellikle SDP’nin uygulanmasından hareketle hekimlerimizin etik davranışlarını ne ölçüde etkilediği göz önüne serilmeye ve bu değişimin hasta ve hekimlere yansımaları ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Üçüncü bölümde ise sağlık hakkına, hekimin temel yükümlülüklerine, hukuksal boyuta taşınan ve davalara temel oluşturan malpraktis ve komplikasyon kavramına, ve hekimin defansif tıp uygulamaları ile sorumluluklarını yerine getirmediği durumlarda karşılaşacağı yaptırımlara değinilmeye çalışılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

ETİK VE TIP ETİĞİ

Bu bölümde, kavramsal olarak etik ve etik türlerine, tıp etiğine, kuramlarına ve önde gelen düşünürlerin fikirleri doğrultusunda oluşan tıp etiğinin temel ilkelerine değinilmeye çalışılmıştır.

I. ETİK

Etik, felsefenin bir alt dalı² olmakla birlikte günlük hayatta sıkça karşımıza çıkan bireylerin davranışlarını ve birçok meslek mensuplarını disipline eden önemli bir kavramdır. Son dönemlerde özellikle ekonomik ve siyasal problemlerden dolayı gündeme daha sık gelmektedir.

Felsefede iyi-kötü, erdem gibi değerler hak, ödev, fayda gibi kavramlar incelenir. Doğru sorular sormak ve bu sorular doğrultusunda cevap aramak felsefeyle yapılır. Tıp biliminin konusu insan ve yaşam olduğu için felsefeyle tıp arasında yakın bir ilişki mevcuttur. Tıp, günümüzde hekim-hasta ilişkisi açısından değişen ve teknolojik olarak da sürekli gelişen bir bilim olması nedeniyle, her gelişim karşısında etik değerler mutlaka sorgulanacaktır.

A. Etik Kavramı

Teknoloji ve bilim çağı olan günümüzde yeni çıkan mesleklerin yanı sıra, insanlık tarihiyle başlayan mesleklerde de hukukun etkin kılınması ve mesleğin uygulayıcıları tarafından istismar edilmemesi için etik kavramının köklü bir şekilde yerleşmesi gerekmektedir. Bu nedenle etiğe kavramsal çerçeveden bakmak ve bu konuyla ilgili çalışmalarda yapılan tanımlara değinmek faydalı olacaktır.

Etik, bireysel ve sosyal yaşam tarzlarının ölçülüp değerlendirilerek, gerektiğinde eleştiri süzgecinden geçirerek, gerektiğinde de esas alınarak değer

² ERDOĞAN, İrfan, “Medya ve Etik: Eleştirel Bir Giriş”, *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*, Ankara Yaz-Güz 2006, S. 23, s. 6.

sistemi üzerine kurulmaya çalışılan ve tanımlanması çok zor olan kavramların başında gelmektedir³. “*Canlı bir varlığın mekânı, hep gittiği sığındığı yer*” manasına gelen etik, Yunanca karakter anlamına gelen “*ethos*” kelimesinden türemiştir⁴. Etik, insan ilişkilerinde iyi-kötü, doğru-yanlış, sorumluluk-sorumsuzluk nitelendirmelerinin geçerlilik ölçütlerini tespit etmeye, kalıplaşmış davranış kurallarını irdelerek önyargılara ve saplantılara açıklık getirmeye yönelik kavramsal çözümlemelerdir⁵. Etik, insanın değer biçtiği tecrübelerini ve hayata anlam katan her şeyin bulunduğu düşünce şekli ve değeri konu alan felsefe disiplini⁶. Diğer bir tanıma bakılacak olursa, “insanın yapıp etmelerinin özel bir problem alanı olarak araştırarak, bu alanın varlık nitelikleri ile bu alanı yöneten ilkelerin (değerlerin) varlık-niteliklerini, insanın yapıp- etmelerinin bağımlı ya da bağımsız olduklarını inceleyecek disipline etik adı verilmektedir”⁷. Genel ve basit bir tanım yapılacak olursa; “etik, insanlar arasındaki ilişki üzerine bilgi ortaya koymaya, bu bilgilerle belirli etik sorunlara yanıt getirmeye, kişilere eyleme ilişkin bilme olanaklarını göstermeye yönelik bir bilgi dalıdır”⁸.

Yunan Medeniyetinin en önemli düşünürlerinden olan Aristoteles’in birçok bilim dalıyla ilgilenip, tasnifleme yapması onu diğer düşünürlerden farklı kılmıştır. Aristoteles, etik kavramını felsefe diline kazandıran filozoftur kendisinden itibaren de etik, kurumsal kısmından ayrılıp kendine has felsefe alanı olmuştur⁹.

Etik, felsefenin bir alt dalı olmakla birlikte, olan ya da olması gereken eylemleri irdelerken değerleri temel alır ve felsefi yöntemlerini kullanır. Etik kavramını önemli kılan ve sıkça gündeme gelmesini sağlayan etiğin amacının ne olduğu, hangi alanları kapsadığı ve hangi durumlarda devreye girdiğidir dolayısıyla etik, insan davranışlarını ahlâki bakımdan aydınlatmaya çalışırken ve ahlâk tarafından belirlenen bilinci geliştirebilecek çıkarımları temellendirme çabasında devreye

³ CEVİZCİ, Ahmet, *Etiğe Giriş*, İstanbul, Paradigma Yayıncılık, 2. Baskı, 2008, s. 1.

⁴ KÖSEOĞLU, Zuhâl, *İonna Kuçuradi’nin Etik Görüşü Açısından Kant’ta “İyi İsteme” Problemi*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2011, s. 9.

⁵ YILDIRIM, Cemal, *Çağdaş Felsefe Sözlüğü*, Ankara, Bilgi Yayınevi, 2000, s. 9.

⁶ CEVİZCİ, Etiğe Giriş, s.1.

⁷ MENGÜŞOĞLU, Takiyettin, *Felsefeye Giriş*, İstanbul, Remzi Kitabevi, 3. Baskı 1983, s. 273.

⁸ TERAKEYE, Gülşen ve OCAKCI, Ayşe Ferda, *Etik Konulardan Seçmeler*, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 1. Baskı, 2013, s. 21.

⁹ ERBAY, Hasan, *Hastane Öncesi Acil Tıpta Hastanın Müdahaleyi Reddetmesi: Kuramsal Değerlendirme ve Bir Alan Çalışması*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, 2012, s. 18.

girmektedir. Aynı zamanda ahlâki davranış insanın isterse gerçekleştirip gerçekleştirilmeme konusunda keyfi davranamayacağı, insan varlığının vazgeçilmez niteliğini ortaya koymak etiğin amaçlarından¹⁰. Etik ancak genel geçerli bir yasaya dayandığı takdirde biricik ve evrensel bir etik olabilir¹¹.

Etikle ilgili karşımıza çıkan yaygın algılardan biri, etikle ahlâkın aynı kavramlar olduğudur. Bu doğru olmamakla birlikte her iki kavram arasında anlam farkı bulunmaktadır. Bu nedenle öncelikle etik ve ahlâkın kelime köklerine bakmak gerekmektedir; buna göre etik karakter anlamına gelen “*ethos*” kelimesinden tüerken, ahlâk ise Arapça’da huy, mizaç, karakter anlamına gelen “*hulk*” kelimesinden tüemiştir¹². Ahlâk için genel bir tanımlama yapılacak olursa, özü sözü bir, doğru ve aklı başında olan kişinin fikir ve davranışlarıdır; diğeri bir ifade ile bireylerin kendisine ve diğelerine karşı görevlerini gösteren duygu, düşünce ve davranış biçimidir¹³.

Ahlâk, antropolojik açıdan etik paradoksal bir nitelik taşır. Etik bir yandan insan ihtiyaçlarına cevaben ortaya çıkan, toplumu bir arada tutan üzerinde ya uzlaşmış ya da öğrenilmiş ancak yerine getirilmesi zorunlu bir ödevdir. Ancak diğeri yandan da özgürlükten bahsedebilmek herkesin ödevi yani bağlayıcı kurallara uyması ve uygulamasıyla mümkündür. İnsanın bir ödev olarak etiğe bağlı kalması özgürlüğünün koşulunu oluşturur¹⁴. Ahlâklı ve erdemli bir hayatın hangi unsurları barındırdığı ve insan hayatının amacının ne olduğunu, “*iyi-kötü*” “*doğru-yanlış*” gibi değerlerle sorgulayan ve temellendiren etiğin sistematik bir yapısı vardır bundan yola çıkarak eylemin pratiği ahlâk, eylemin teorisi ise etikdir yargısına varılabilir¹⁵.

Etik, toplumun kalıp yargılarını sorgulamayı zorunlu kılmaktadır. Ancak bu sorgulamaların uyması gereken kuralları vardır. Etik, içeriğinin ne olduğundan, hangi toplumsal ve insani normları buyurduğundan bağımsız olarak, belirli kurallara sadık kalarak verili olanı farklı açılardan sorgulama ve düşünme etkinliğinin adıdır. Etik, İyi bir eylemin ne olduğundan ziyade iyi bir eylem olduğu yargısına nasıl varıldığının

¹⁰ PİEPER, Annemarie, *Etiğe Giriş*, Çev. Veysel Atayman ve Gönül Sezer, İstanbul, Ayrıntı Yayınları, 2. Baskı, 2012, s. 19.

¹¹ ÖZLEM, Doğan, *etik-ahlak felsefesi*, İstanbul, İnkılâp Kitabevi, 2004, s. 69.

¹² CEVİZCİ, Etiğe Giriş, s. 3.

¹³ ALTAY, Şakir, *Hukuk ve Sosyal Bilimler Sözlüğü*, Ankara, Bilgi Yayınevi, 1. Baskı, 1983, s. 19.

¹⁴ PİEPER, Etiğe Giriş, s. 45.

¹⁵ CEVİZCİ, Etiğe Giriş, s. 5.

yöntemini belirler bu nedenle etik ahlâki eylem üzerine konuşur, ahlâkı meydana getirmez¹⁶.

Etik ve ahlâk kavramları birbirleriyle yakın ilişkilidir. Etik ahlâki konuları kapsayan düzeni açıklamakta ve bu anlamda ahlâk kavramını içine almaktadır. Ahlâk ise, toplumda insan davranışlarını ve birbirleriyle olan ilişkilerini düzenlemek amacıyla başvurulmuş kurallardır¹⁷. Ancak felsefenin alt dalı olan etiği, felsefe ve ahlâkla olan ilişkisinden dolayı ahlâki değerler felsefesi olarak adlandıranlar da mevcuttur¹⁸. Dolayısıyla; etik, öncelikle insan haklarıyla veya onun türevi olarak canlı haklarıyla ilgili¹⁹ olmasından dolayı sağlık ve hukuk yakın ilişkilidir.

Bireyler doğru-yanlış anlamını ancak akıl yoluyla yapabilmektedir. Etik bir kişiliğe bürünmek için bu yeterli değildir. Akıl yoluyla belirlediği doğru-yanlış anlamının davranışlara yansıtılması gerekmektedir. Diğer bir ifade ile insanın hem zihinsel hem de eylemsel yaşamı vardır ancak bu iki yaşam arasında uyum olursa insan etik davranışa sahip olmaktadır. Sadece bilgi sahibi olmanın insanı etik davranmaya iteceğini savunmak, eksik bir yaklaşımdır, çünkü bilginin etik davranmayı doğuracağı anlamına gelmektedir ve bilginin etiğe eşit olduğu sonucunu çıkartmaktadır. Hâlbuki doğru bilgi insan davranışlarıyla birleştiği zaman etik davranılmış olmaktadır.

B. Etik Türleri

Tıp etiğinin ve içerdiği ilkelerin, konusu sağlık olan her alanda önemi artmaya devam etmektedir. Tıp etiğinin günümüzde modern tıbbın, teknolojinin ve toplumsal yapıların gelişmesiyle etkinliğinin arttığı daha çok dile getirilir olmuştur. İlkçağdan başlayıp günümüze kadar gelen düşünceler etik ve tıp etiğine kaynaklık etmiştir. Bu nedenle tıp etiğinin, dayandığı düşünsel kaynakların varlığı, tıp etiğinin kavranması açısından son derece önemlidir. Bunun ilk aşaması da etik türlerine değinmek

¹⁶ PİEPER, Etiği Giriş, s. 30.

¹⁷ TOSUN, Hale, *Sağlık Bakımı Uygulamalarında Deneyimlenen, Etik İkilemlere Karşı Hekim ve Hemşirelerin Duyarlılıklarının Belirlenmesi*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2005, s. 8.

¹⁸ BİLGİN, Lütfiye Gülay, *Kök Hücre Çalışmalarının Ortaya Çıkardığı Sorunlara Etik ve Teolojik Bir Yaklaşım*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2011, s. 38.

¹⁹ BADIÖU, Alain, *Etik*, Çev. Tuncay Birkan, İstanbul, Metis Yayınları, 1. Baskı, 2004, s. 21.

olmalıdır. Genel olarak etik kavramı normatif, betimleyici ve meta-etik olarak üç ana başlık altında ele alınmıştır²⁰.

1. Normatif Etik

Ahlâki istek ve kuralların betimlenmesinden ziyade bu istek ve kuralın yerleştirilmesi amacı güden normatif etik, bunu yaparken kendisine uyulması istenen en üst seviyedeki ahlâk ilkesini kıstas almaktadır²¹.

Günlük yargılardan ayrı olan normatif etikte, ahlâksal inançlar üzerine düşünölmeye ve açıklanmaya çalışıldığında, ahlâktan normatif etiğe geçilir. Normatif etiğin hedefi ahlâksal olarak doğru- yanlış olana ilişkin yargılara varmaktır. Normatif etik sisteminin amacı, toplumun ahlâk kurallarıyla desteklenmese de ahlâklılığın gerçek temellerini araştırmak ve bunun sonucunda da ideal kurallar bütününe ulaşmaktır²².

2. Betimleyici Etik

Bilimsel yaklaşımın ahlâk alanına uygulanmasının sonucu, betimleyici etik olarak tanımlanır. Buna göre betimleyici etik, bilimsel ya da materyalist yaklaşımı tasvir eder²³. Bilimin olanı tasvir ettiğı durumlarda etik kural koyar ve olması gerekeni açıklamaktadır, çünkü etik olanla değil olması gerekenle ilgilenen bir disiplindir. Betimleyici etiğı, bilimsel ve tasvir anlayışın ahlâki alana uygulanması oluşturmaktadır. Bu etik türünde kural koymak yerine insan davranışları gözlenerek sonuçları betimlenmektedir²⁴.

Betimleyici etikte, önceden ortaya konulmuş ahlâki kuralların varlığı şarttır. Bu nedenle normatif etik, betimleyici etik için olması gereken bir disiplindir. Etik yargıların ortaya çıkabilmesi için belirli bir otoritenin oluşması gerekmektedir. Burada otorite derken, toplulukların uymak zorunda oldukları etik kuralların

²⁰ ÖZMEN, Fatma, GÜNGÖR, Ali, “Eğitim Denetiminde Etik”, *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Malatya 2008, C. 9, S. 15, s. 141.

²¹ ÖRSELLİ, Erhan, *Türkiye’de Toplumsal ve Yönetmel Etik Değerler ile İnkilemler: Uygulamalı Bir Araştırma*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, 2010, s.18.

²² TERAKYE, OCAKCI, Etik Konulardan Seçmeler, s. 10.

²³ CEVİZCİ, Etiğı Giriş, s. 6.

²⁴ CEVİZCİ, Ahmet, *Felsefe*, Bursa, Sentez Yayıncılık, 2. Baskı, 2008, s. 270-271.

kaynakları kastedilmektedir. Pozitif bilimlerde olduğu gibi bu etik türünde durum tespiti yapılmak zorundadır. Böylece bilim insanı; ahlâk kurallarını antropoloji, sosyoloji, psikoloji v.b. bilimsel ve tarihsel olarak ele almak zorundadır²⁵.

3. Meta-etik

Değerlerin ve yargıların özünü sorgulayan aynı zamanda bunlara uygun cevaplar vermeye çalışan felsefe disiplinine meta-etik denilmektedir. Etiğin temelleri ile ilgili sorunlar meta-etğin işlediği problemlerdir²⁶.

Etiğin sübjektif olup olmadığı ya da insanların kendi çıkarları doğrultusunda hareket edip etmediği tartışmaları meta-etik türünün kapsamına girmektedir. Uygulamalı etik ile normatif etik türlerinin sınırlarını belirleme yaklaşımları meta-etik için yapılan çıkarımların kendini oluşturmaktadır²⁷. Meta-etik, normatif etiğin temeli üzerine var olmaktadır. Normatif etiğin koyduğu ahlâki yargılar söylemde bulunurken, bu ahlâki kavramların anlamlarını ve içeriklerini incelemektedir. Böylece hayata dair önermeler süren, etiğin üzerinde bir söylem gerçekleştirmektedir. Normatif etik meta-etğin malzemesi durumundadır²⁸.

C. Temel Etik Yaklaşımları

Bahsedilen bilgilerden yola çıkılarak etik, insanların nasıl davranmaları gerektiği, neleri yapmaları ve neleri yapmamaları gerektiğinin kurallarını koyar. Bu nedenle etiğin alt dallarından biri olan tıp etiğinin insan hayatı üzerinde çok önemli, hatta vazgeçilmez bir değer algısı olduğunu anlayabilmek için kavramın kaynağına inmek gerekmektedir. Bu nedenle etik yaklaşımları ve bunların kaynaklarını

²⁵ KESGİN, Ahmet, “Etik Üstüne”, *Dini Araştırmalar Dergisi*, Ankara Eylül-Aralık 2009, C. 12, S. 35, s. 154.

²⁶ YILDIZ, Ahmet, *Meta-etik Bir Teori Olarak Ahlaki Sezgiciliği Savunabilirliği*, (Yayınlanmış Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2012, s. 18.

²⁷ DOĞAN, Afife Elif, *İlköğretim Okulu Yöneticilerin Mesleki Etik İlkeleri Kapsamındaki Davranışlarının Öğretmen Algılarına Göre Değerlendirilmesi*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2008, s. 14.

²⁸ CEVİZCİ, Felsefe, s. 274.

sınıflandırarak incelemek önemlidir. Genel olarak bu sınıflandırma teleolojik ve deontolojik yaklaşım olarak iki bölümde ele alınır²⁹.

1. Teleolojik Yaklaşım

Teleoloji, bir davranışın sonuçlarını toplam değere göre değerlendiren yani davranışın ya da kararın sonuçlarının ahlâk kurallarına göre uygunluk ölçütünü belirleyen felsefe dalıdır. Bir davranışın sonucunun iyi olmasından dolayı doğru olması olan teleolojinin amacı en iyi sonucu seçmektir. Bu kuramda davranışın sonuçları olumlu veya mutluluk verici ise iyi olarak nitelendirilmektedir³⁰. Teleolojik yaklaşım, bireysel ve faydacı yaklaşım olmak üzere ikiye ayrılır³¹.

a. Bireysel Yaklaşım

Bu yaklaşımın temelinde; bireylerin uzun dönemde kendilerine en önemli faydayı sağlayacak kararın verilmesi yatmaktadır. Bu nedenle egoizm olarak da adlandırılmaktadır³². Bireysel yaklaşımda dikkat çeken nokta bireyin kendisi için iyi-kötü değerlendirmesinde, kendine en fazla fayda sağlayacak sonuca karar verilmesidir. Bireyler kendi menfaatlerini üst seviyeye taşıma saikiyle hareket ettikçe, genel çıkarlar üst seviyeye çıkacak böylece de gelişmede sağlanmış olacaktır. Ancak bireyci yaklaşımın gerçek anlamına ulaşması için, dürüstlük ve doğruluk temeli üzerine inşa edilmesi gerekmektedir³³.

²⁹ MENEKŞE, Ramazan, “Ankara’da Faaliyet Gösteren A Grubu Seyahat Acentelerinde Çalışmakta Olan Personelin Tüketiciye Karşı Etik Davranışlarını Algılama Düzeyleri Üzerine Ampirik Bir Araştırma”, *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Bolu 2008, C.4, S. 4, s. 86.

³⁰ ORHAN, Fatih, *Sağlık Hizmetlerinde Etik Boyut: Hastanelerde Çalışan Personelin Etiksel Sorunlara Yaklaşımlarının Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Çalışması*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2007, s. 12.

³¹ AKYILDIZ, Murat, “Sosyal Sorumluluk ve Ahlâki Yaklaşımlar Çerçevesinde Pazarlamanın Sürdürülebilir Gelişmedeki Rolü”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, İzmir 2007, C. 9, S. 1, s. 25.

³² http://www.felsefe.gen.tr/felsefe_akimlar (E. T. 10. 01. 2017)

³³ AKDOĞAN, Habip, “Muhasebe Meslek Etiğinde Teleolojik ve Deontolojik Yaklaşımların Karşılaştırılmaları”, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Isparta, 2005, C. 10, S. 1, s. 297.

b. Faydacı Yaklaşım

“İyi ve mutlu bir yaşam için ne şekilde eylemde bulunmak gerekir?” sorusundan yola çıkarak eylemin değerinin ölçüsünün temelini fayda olarak kabul eden³⁴ bu yaklaşımın özü itibariyle en çok faydayı sağlayacak karar en doğru karar olacaktır. Bu yaklaşımda kararlardan etkilenecek taraflar için muhtemel alternatifler değerlendirilip, taraflar içinde çoğunluğu oluşturan gruba en fazla faydayı sağlayan davranış şekli esas alınmaktadır³⁵. Kararın oluşturacağı “iyinin” toplam değerini ölçüt almaktadır. İnsanlığın çoğunluğu için en iyiyi, faydayı sağlamak bu yaklaşımın temel ilkesidir³⁶.

2. Deontolojik Yaklaşım

Deontoloji, Yunanca’da yapılması gereken şeyler anlamına gelen “*deont*” kelimesinden türemiş, İngilizce’de “*deontologu*”, Fransızca’da “*deontologie*” sözcüğünün karşılığı olmakla birlikte tıp biliminde de sıkça karşımıza çıkmaktadır³⁷. Deontoloji, “bir mesleği belirleyen ve onu yapanların uyması gereken ahlâki ve değer kurallarını inceler”³⁸. Doğasında mutlak yanlış kabul edilen ilkeler olarak bilinen deontoloji yazılı olup olmamasına bakılmaksızın yerleşmiş olan ilke ve kuralları barındırır ve bunları normatif bilgi olarak sunar³⁹. “Deontolojik etikte temel tartışma, görev ve sorumlulukların etik ilkeleri belirlemesi ve sonuçları iyi olabilecek farklı eylemler göz ardı edilerek, görev neyi gerektiriyorsa onun yapılması gerektiğidir”⁴⁰. Genellikle deontoloji bir mesleği belirleyen ve o mesleği uygulayanlar tarafından, özellikle de hekimlerin uymaları gereken kurallar bütünü olarak bilinmektedir⁴¹.

Immanuel Kant’ın ahlâk kuramı olarak bilinen deontolojik kuram, eylemlerin sonuçlarını değil kendisini değerlendirmekle beraber doğru ahlâki ilkelerin hayata

³⁴ KAYA, Funda, Peter Singer’ın Faydacı Etik Görüşü Çerçevesinde Kürtajın Değerlendirilmesi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2014, s. 4

³⁵ AKDOĞAN, “Muhasebe Meslek Etiğinde...”, s. 297.

³⁶ ORHAN, ...*Etiksel Sorunlara Yaklaşımlarının Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Çalışması*, s. 13.

³⁷ <http://www.etimolojiturkce.com/kelime/deontoloji> (E. T. 09. 01. 2017)

³⁸ <https://tr.wikipedia.org/wiki/Deontoloji> (E. T. 10. 01. 2017)

³⁹ ARDA, Berna, PELİN, Serap Şahinoğlu, “Tıbbi Etik: Tanımı, İçeriği, Yöntemi ve Başlıca Konuları”, *Ankara Tıp Mecmuası*, Ankara, 1995, C. 48, s. 324. ; ORHAN, *Sağlık Hizmetlerinde Etik Boyut...*, s. 14.

⁴⁰ TERAKEYE, OCAKCI, Etik Konulardan Seçmeler, s. 21.

⁴¹ “Deontoloji”, *Büyük Larousse Sözlük ve Ansiklopedisi*, İstanbul, Gelişim Yayınları, 1986, C. 5, s. 3050.

geçirilmesini amaçlamaktadır⁴². Diğer bir ifade ile görev ve sorumluluğu bütün değerlerin üstünde tutan ve ahlâkın temeli sayan bir doktrindir⁴³. Pratik hayatta sağlık profesyonellerinin görevlerini belirleyen kurallar olarak deontoloji, resmi olabileceği gibi gayri resmi de olabilmektedir ve hekimlere görevleriyle ilgili hangi durumda nasıl davranacaklarını dayatmaktadır. Çünkü arkasında hukuk desteği vardır, bu yolla da yaptırım gücüne sahiptir. Bu nedenledir ki sağlık profesyonelleri doğru olarak kabul edilen kurallara uymak zorundadırlar. Bu kurallara uyulduğu müddetçe ortaya çıkan sonucun olumsuz olması önem teşkil etmemektedir. Bu durumda kıstas kurallara uyulup uyulmadığıdır⁴⁴.

Yakın zamana kadar ülkemizde deontoloji, tıp etiğinin karşılığı olarak kullanılmıştır. Günümüzde bu anlayış değişmiş ve deontoloji etik kurallarının alt grubu olarak kabul edilmiştir⁴⁵. İnsanların çoğunluğu için en üst düzey faydayı sağlamak olan faydacı yaklaşımın tersine, deontoloji de bireylerin haklarının ön planda olması ancak bu hak ne kadar çok fayda yaratırsa yaratsın canlıya zarar vermekte ise yanlış olması deontolojinin argümanıdır⁴⁶. Günümüzde her meslekte uzmanlaşma olması dolayısıyla, mesleği uygulayanlarca birtakım kurallar konulmaktadır. Bu kuralları uygulayanların da ideolojilerinden, kültürlerinden ve dünya görüşlerinden bağımsız olarak mesleklerini uygulamaları gerekmektedir⁴⁷.

Bir eylem faydalı sonuçlar doğuyorsa o faydalı eyleme giden yolun takip edilmesi gerekir diyen faydacı yaklaşımdan farklı bir yol izleyen deontoloji; eylemin sonucu üzerinde durmaz ve sonuca nasıl gidildiğinin değerlendirmesini yaparak ahlâki bir kriter belirlemeye çalışır. Değişen şartlara ve eylemin sonucuna bağlı kalmayan ahlâk anlayışını savunur ve doğru olanı ortaya koyduğu için bireylere görev

⁴² USTA Aydın, “Kamu Örgütlerinde Meslek Etiği ve Çalışma Ahlakı Üzerine Bir Değerlendirme”, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Isparta 2012, C. 17, S. 1, s. 409.

⁴³ YILDIRIM, Cemal, *Çağdaş Felsefe Sözlüğü*, s. 51.

⁴⁴ http://endokrin.com/pdf/220868211640_eddd_agustos_2012.pdf (E. T. 30. 12. 2015)

⁴⁵ YILDIRIM, Gülay, *Sağlık Profesyonellerinin Etik Kavramından Anladıkları ve Kuramsal Etik Çalışması Yapanlardan Bekledikleri*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, 2008, s. 11.

⁴⁶ ORHAN, ...*Etiksel Sorunlara Yaklaşımlarının Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Çalışması* s. 14.

⁴⁷ ERBAY, ...*Kuramsal Değerlendirme ve Bir Alan Çalışması*, s. 18-19.

yüklemiş olur⁴⁸. Deontolojik yaklaşım ahlâk ve haklar yaklaşımı ve adaletçi yaklaşım olmak üzere iki alt başlık altında incelenir⁴⁹.

a. Ahlâk ve Haklar Yaklaşımı

Ahlâk ve haklar yaklaşımına göre, devlet tarafından kanunla verilmeyen ahlâki haklar; bireylerin insan olmaktan kaynaklı dokunulmazlık, özgürlük gibi menfaatleri kapsamaktadır. Bu haklar ahlâki ve kanuni olarak uygulamada yer alabildiği gibi başkalarının davranışlarını da daraltabilmektedir⁵⁰.

b. Adaletçi Yaklaşım

Adaletçi yaklaşımda ise, eşitlik ve özgürlük normatif yoldan tanımlanmış ideallerdir. Bu ideallerin yaşama geçirilmesi ve uygulanması gerekmektedir. Adalet, eşitlik ve özgürlük başta olmak üzere değerlerin, ilkelerin, erdemlerin ve ideallerinin somutlaşmış ve hayata geçirilmiş hali olmakla birlikte insan davranışlarını değerlendirmede en yüksek ölçüttür. Bu yaklaşımın özünde herkesin hak ettiği ödül veya cezayla karşılaşması gerektiği anlayışı vardır⁵¹.

II. TIP ETİĞİ

Tıp, insan sağlığını koruma, hastalıklardan iyileştirme amacı güden ve insanlık tarihiyle başlayan en eski bilimdir. İlk çağlardan beri gerek felsefe, gerek sanat, gerekse teknolojiyi içine alarak sürekli gelişen, insan nesline belki de en çok fayda sağlayan tıp; “insan bedeni ve organlarının her birinin sağlığını hâsıl etmedeki fiillere ilişkin prensiplerden müteşekkil bir sanattır”⁵². Genel bir ifade ile; “tıp, meslek ve sanat olması yanında bilimsel uygulamalı bir etkinliktir. Amacını gerçekleştirmek için bilimin bütün dallarındaki bilimsel bilgileri ve bilimin yöntem bilgisini kullanan

⁴⁸ TEKİN, Segâh, *Etik ve İnsani Müdahale: Söylem, Mitler ve Gerçekler*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, 2010, s. 22.

⁴⁹ SAYIM, Ferhat, “Etik ve İş Etiği Kavramları”, *Akademik Arge Dergisi-Sosyal Bilimler*, İstanbul, 2015, S. 15, s. 29.

⁵⁰ OKAY Suat, *Muhasebe Hata ve Hilelerin Meslek Etiği Açısından İrdelenmesi*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Karaman, 2011, s. 37.

⁵¹ ÖZLEM, Doğan, *Kavramlar ve Tarihleri*, İstanbul, İnkılâp Yayınevi, 2002, s. 136.

⁵² YAKIT, İsmail, *Tıp felsefesi ve Etiği Üzerine*, İstanbul, Ötüken Yayınları, 2010, s. 34.

bir teknik disiplindir. Tıp uygulaması sırasında hekim-hasta, hekim-hekim, hekim-kurum, hasta sağlık politikası, denek araştırmacı hekim vb. ilişkilerinde belirlenen değer sorunlarıyla ilgilenmektedir”⁵³. Çıkış noktası yaşam hakkı, çalışma alanı ise insan bedeni olan tıp bilimi, etik değerlere daha çok ihtiyaç duymaktadır.

Tıp etiği; Sokrates, Platon gibi ilkçağ filozoflarından, daha sonraki dönemlerde Hipocrates’ten ve aydınlanma çağındaki Kant, Mill gibi filozofların düşüncelerinden beslenmiş ve günümüzde daha da karmaşık hale gelen tıp biliminde hayati bir rol üstlenmiştir.

Hammurabi Kanunları’nda belirtilmesinin yanı sıra Antik Mısır Medeniyeti’nin en önemli hekimi olan İmhotep’in adına hazırlanan papirüslerde, klinik tıbbın kurucusu ve tıp etiğini sistemleştiren Hipocrates’in beyanlarında, hekimlerin tıbbi uygulamada tutunması gereken etik davranışlardan söz edilmektedir. Hipokrat yemininde; “sanatımı vicdanımın buyrukları doğrultusunda dikkat ve özenle yerine getireceğime, hekimlik mesleğinin onurunu ve temiz töresini sürdüreceğime, meslektaşlarımı kardeş bileceğime, din, milliyet, ırk, siyasi eğilim ya da toplumsal sınıf ayrımlarının görevimle hastam arasına girmesine izin vermeyeceğime, insan hayatına kesinlikle saygı göstereceğime, baskı altında kalsam bile tıp bilgilerimi insanlık değer ve yasalarına karşı kullanmayacağıma and içerim”⁵⁴, denilerek yemin edilir ve hekimler görevlerine başlarlar. Bu uygulama ülkemizde geçerli olduğu gibi diğer ülkelerde de geçerlidir. Gelenek haline gelenbu uygulama, tıp biliminin tıbbi etik sınırlar içinde yapılmasının vazgeçilmeyecek temel unsur olduğunun ispatıdır.

A. Tıp Etiği Kavramı

Etik kavramı, diğer alanlara göre sağlığın kapsamı alanına giren konularda, daha fazla önem teşkil etmektedir, bunun sebebi sağlık hakkının kutsal olan yaşam hakkıyla eşdeğer olmasıdır. Özellikle günümüzde etik ilkelerin tıp alanında fazlasıyla yer aldığı ve yükseköğretimde temel ders olarak verilmesinin temelinde bu anlayış yatmaktadır. Tıp etiği, başta hekimler olmak üzere bütün sağlık çalışanlarının mesleklerini icra ederken otokontrollerini ve verilen tıbbi kararlarda yaşanan

⁵³ ÇOBANOĞLU, Nesrin, *Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği*, Ankara, Eflatun Yayınevi, 1. Baskı, 2009, s. 14.

⁵⁴ <http://www.mumcu.com/hipokrat-yemini/> (E. T. 10. 01. 2017)

ikilemlerin giderilmesini sağlamakla birlikte sağlık çalışanlarına öncülük eden önemli bir mekanizmadır.

Tıp, çok yönlü ve içsel zenginliği olan uygulamalı bir etkinliktir. Tıp meslek olmanın çok daha ötesinde aynı zamanda bir sanattır bu nedenle tıp bilimini alt kültür olarak da görmek mümkündür. İlk çağlarda içgüdüye bağlı olarak uygulanan tıp bilimi dinsel öğelerden kurtulup gözlem ve deneye dayalı anlayışın hâkim olduğu laik bir yapıya bürünmüştür. Günümüzde tıp biliminde rasyonel ve deneysel yaklaşım etkindir⁵⁵.

İlk defa 19. yy'da Pervical tarafından kullanılmaya başlamış olan tıp etiği kavramı, tıp biliminde etik konuları belirleyen, analiz eden, çözümleyen ve etiğin tıpla bağlantılı olan, uygulamalı bir disiplindir⁵⁶. Tıp etiği, tıbbi ilişkiler çerçevesinde sağlık profesyonellerinin doğru olanı yapmak adına neleri yapmaları ve nelerden sakınmaları gerektiği hakkında bilgi vermektedir⁵⁷. Tıp uygulamaları içinde değer sorunlarını ele alan çağdaş tıp etiği, sorunların çözümünde katı ve değişmez kuralları her olaya uygulamak değil de temel ilkeler doğrultusunda her kendine has olay için en uygun yaklaşımı benimseyip uygulama yöntemini kullanmaktadır⁵⁸.

Tıp bilimi, 19. yy'dan itibaren teknolojinin çok hızlı ilerlemesi, hastalıkların teşhislerinin konulması ve tedavilerin uygulanmasını ileri boyuta taşımıştır. Bu durum sonucunda da sağlık profesyonellerinin yaşadığı ikilemlerin giderilmesinde tıp etiğinin yardımına önceki dönemlere göre daha çok ihtiyaç duyulmaya başlanmıştır.

Çağdaş dünyada, teknolojik imkânlar gelişirken, insanlık bilim ve teknolojinin aracı durumuna düşme tehlikesi ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu tehlikeyi görünür kılmak ve tıbbi eylemlerin küresel ölçekte geçerli standartları oluşturmak ve normatif hukuk düzenine yerleştirmek gerekmektedir. Tıp uygulamalarında bu beklentileri gerçekleştirmek için, tıp etiğinin yol göstericiliğine ve tıp biliminin, sağlık biliminin

⁵⁵ ARDA, Berna, “İş Ahlakı Açısından Tıp: Neredeyiz? Neredeyiz Gidiyoruz?”, *Üniversite ve Toplum Dergisi*, Mart 2003, C. 3, S. 1, s. 1. (www.universite-toplum.org E.T. 21. 12. 2015)

⁵⁶ ÖRS, Yaman, “Tıbbi Etik, Deontoloji, Tıp Tarihi: Gereksiz Bir Birliktelik”, *III. Türk Tıp Tarihi Kongresi 20-23 Eylül 1993*, Ankara, Türk Tarihi Kurumu Yayınları, 1999, s. 180.; DEMİRÖREN, Meral, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Lisans Programında Tıp Etiği Eğitiminin Değerlendirilmesi*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2013, s. 7.

⁵⁷ KILIÇ, Mine, AVDAL, Elif Ünsal, “Güncel Tıp Etiğinin Felsefi Temelleri Üzerine Bir Deneme”, *Felsefe Dergisi Kaygı*, Bursa 2011, C. 17, s. 176.

⁵⁸ YILDIRIM, Gülay, KADIOĞLU, Selim, “*Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramlar*”, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Sivas 2007, C. 29. S. 2, s. 79.

ve teknolojik gelişmelerin yanı sıra, sosyal bilimlerin de katkısına ihtiyaç duyulmaktadır⁵⁹.

Tıp etiğinin yapısal ve işlevsel olmak üzere iki tür görevi mevcuttur. Yapısal görevi, iyi ve kötünün ne olduğunun tartışılması ve iyiyi sağlamak için oluşturulabilecek kural ve öğeleri içermektedir. İşlevsel görevi ise, tıbbi düşünce ile tıbbi etkinlik süreçlerinde tutarlılık sağlama ve tıp bilimiyle diğer toplumsal kurumlar arasında denge ve uyum sağlamaktır⁶⁰.

İnsanların eylemlerinde iyinin veya kötünün anlamlandırılıp, düşünce süzgecinden geçirilmesi etiğin esasıdır. Tarihsel süreç içerisinde teknolojik, bilimsel, sosyolojik gelişme ve değişimler tıp etiğinin meydana gelip gelişmesine sebep olmuştur⁶¹.

Etik kavramının, tıp biliminde etkin olması ve günümüzde tıp biliminin modernleşmesi ve seküler bir yapıya dönüşmesini takip etmek ve tıp etiğinin ilkelerini iyi anlayabilmek için tıp tarihine kısaca değinmek yerinde olacaktır.

Zorlu doğa koşulları karşısında aciz kalan insan türü, yeraltı ve yerüstü birçok tanrı yaratmış ve oluşturduğu iyilik-kötülük kavramlarını bu tanrılara bağlamıştır. Antik Yunan dönemine kadar devam eden bu zaman diliminde, hekimler datura benzeri bitkiler kullanarak halüsinasyon etkisi yaratmış ve tanrıyla ilişki kurma seremonisi oluşturmuşlardır. Böylece kötülük durumlarını büyü ile tedavi etmeye çalışmışlardır⁶².

Din adamı hekim ve çıplak ayaklı hekim olmak üzere Antik çağda iki çeşit hekim görülmektedir. Özellikle Mezopotamya, Mısır, Hindistan ve Çin medeniyetlerinde görülen din adamları hekimleri, bütün bilgileri kapsayan eğitim görmektedir ve tıp alanında yetişmek isterlerse iyi bir hekimin yanında çıraklık yaparlardı. Din adamları hekimleri tapınaklarda refah içinde yaşar, bilgi birimlerini aktarır toplum içinde saygı görürlerdi. Çıplak ayaklı hekimler ise usta çırak ilişkisiyle hekimliği öğrenir, toplu olarak yaşanan yerlere getirilen hastaları tedavi ederlerdi⁶³.

⁵⁹ YILDIRIM, ...*Kuramsal Etik Çalışması Yapanlardan Bekledikleri*, s. 8.

⁶⁰ DEMİRÖREN, ...*Tıp Etiği Eğitiminin Değerlendirilmesi* s. 8.

⁶¹ ERBAY, ...*Kuramsal Değerlendirme ve Bir Alan Çalışması*, s. 19.

⁶² ELBEK, Osman, "Tıp ve Felsefe", *Toraks Dergisi*, Ankara 2007, C. 8, S. 2, 2007, s. 130.

⁶³ <http://www.aytenaltintas.com/single-post/2016/06/13/T%C4%B1p-Tarihi-Ders-Notlar> (E. T. 12. 12. 2016)

Eski Yunan medeniyetinde olduğu gibi, Mısır medeniyetinde de tıp dinsel içerikliydi ve hekimler ruhban sınıfına mensuptu. Mısır medeniyeti'nde ölümün yaşamın devamı olarak kabul edilmesi nedeniyle cerrahi ve dış tedavi alanlarının gelişmesini sağlamıştır⁶⁴. Tıp biliminin gelişme evrelerinde dinsel mekanizmaların devreye girdiği özellikle de Mısır medeniyeti'nin tıp bilimine çok katkısı bulunduğu yadsınamaz, Milattan Önce 17-18. yy'da bulunan Smith Papirüsü'nde sihirle karışık ameli tıbbın var olduğu ve cerrahi ameliyatların yapıldığı görülmektedir⁶⁵. Kısacası dini inançlarla sihir teknikleri, etkili pratik ilaç tedavileri ile cerrahi yöntemlerin birleştirilmesi Mısır tıbbını özgün kılmıştır⁶⁶.

Binlerce yıl önce temeli atılan tıp etiğinde hekimlerin, hastalarının faydasını kendi çıkarlarının üstünde tutacaklarına dair insanlığa söz verilmesi tıp etiğinin esasını oluşturmaktadır. MÖ. V. yy'da yaşamış olan Yunanlı hekim Hipocrates, tıp etiğinin kurucusu kabul edilmiştir ve tıp etiğini de tıp biliminin önemli bir parçası haline getirmiştir⁶⁷. İkibinbeşyüzyıldan beri bütün hekimler Hipocrates'e derin minnet duyup onu "*tıbbın atası*" olarak nitelendirmişlerdir. Çünkü Hipocrates, hekimliği dinsel öğelerden ve mitolojiden kurtarıp akla ve deneye dayanan doğa bilimi haline getirmekle kalmayıp tıp etiğinin de kurucusu olmuştur⁶⁸. Diğer bir ifade ile Hipocrates Mısır, Kos, Knidos Tıp okullarının deneysel birikimlerini sistemleştirdiği ve tümevarım yöntemini etkin kıldığı, hekimlik mesleğini dinsel öğelerden çıkarıp laik anlayışa dayandırdığı kısacası; rasyonalist yaklaşımı yerleştirdiği için modern tıbbın kurucusu sayılmıştır⁶⁹. Tıp bilimini, teknik ve sanatını kuran ilk Yunan okulu olan Hipocrates Okulu MÖ. V. yy'da kurulmuştur. Collection Hippocratique olarak bilinen yazıların bir kısmı Hipocrates zamanında ve kendinden önce, çoğu ise Hipocrates'ten sonra, yazılmıştır. Bunların en meşhuru "*Fen ve sanat uzun, ömür kısadır*" vecizesiyle başlayan Hipokratesaphorisma'larıdır⁷⁰.

⁶⁴ SARI, Nil, *Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Ders Kitabı*, İstanbul, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 2007, s. 31.; ELBEK, "Tıp ve Felsefe", s. 130.

⁶⁵ ADIVAR, Adnan, *Tarih Boyunca İlim ve Din*, İstanbul, Remzi Kitabevi, 2. Baskı, 1969, s. 49.

⁶⁶ PORTER, Roy, *Kan Revan İçinde*, Çev. Gürol Koca, İstanbul, Metis Yayınları, 1. Baskı, 2016, s. 39.

⁶⁷ WILLIAMS, John R, *Dünya Hekimler Birliği Tıp Etiği, El Kitabı*, Çev. Murat Civaner, Ankara, Türk Tabipler Birliği Yayınları, 2005, s. 13.

⁶⁸ UĞURLU, M. Cemil, "Hipokrat", *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, Ankara 1997, C. 50, S. 2, s. 78.

⁶⁹ BAYAT, Ali Haydar, *Tıp Tarihi*, İstanbul, Merkez Efendi Geleneksel Tıp Derneği Yayınları, 1. Baskı, 2010, s. 112.

⁷⁰ UĞURLU, "Hipokrat", s. 76, ADIVAR, *Tarih Boyunca İlim ve Din*, s. 59.

Tıp bilimi, ilk defa resmi olarak, Milattan Sonra IV. yy'da Roma'da kurulmuştur. Bu dönemin en önemli eseri, önde gelen bilim adamı Celsus tarafından kaleme alınan Tıp ve Cerrahi Mecelle'dir. Bu eserde dikkat çekici unsur hem gözlem hem de teoriye inanılarak, kuramsal ve deneysel yöntemlerin birleştirilmesidir. Celsus' un eserinden sonra altıyüz kadar bitkinin tıbbi özelliklerinden bahseden Doğu ve Avrupa kıtasında binbeşyüzyıl kullanılan Dioskurides'in bitki ve eczacılık üzerine yazdığı eser başyapıt olarak karşımıza çıkmaktadır⁷¹.

Eski Uygarlıkların tıbbi gelişim durumları ve tıba yaklaşımlarına kısaca değinmek faydalı olacaktır. Hitit tıbbı, büyücülük işlemlerine ve folklorik tıbbi bilgilere dayanmaktadır. Hastalıktan korunmak için hastalık bölgesinden uzaklaşmak; bir nevi karantina oluşturmak tıp bilimine sağladıkları katkıdır⁷². Muska ve sihirle kötü ruh çıkartmak, bitkisel, hayvansal, madensel droglar kullanmak ve cüzamlılara karşı karantina oluşturmak Mezopotamya tıbbında uygulanan yöntemler olması Hitit tıbbını etkilediğinin göstergesidir⁷³.

Çin Tıbbında ise dogmatik yaklaşım etkin olduğundan bazı tıbbi bilgiler değişmeden günümüze kadar gelmiştir. Tıp bilimine ise katkıları akupunktur, nabız muayenesi ve bir takım tıbbi bitkilerdir⁷⁴. Çin uygarlığının tıp anlayışında diseksiyon ve doğrudan gözlem yerine muhakeme ve varsayım yaklaşımı hâkimdir⁷⁵. Cerrahide diğer medeniyetlere göre daha ileri seviyede olan Hint tıbbına değinilecek olursa; Hitit ve Çin medeniyetine göre daha ileri seviyededir. Hint medeniyetinin, Mezopotamya ve Yunan medeniyetleriyle ilaç ve tıbbi bilgi alışverişinde olduğu MÖ. VIII-V ortaya çıkartılan kil tabletlerde görülmüştür. Hint bilim adamlarından Caraka, Susruta ve Canakya'nın eserlerinden İslam tıp bilginleri faydalanmışlardır⁷⁶. Ayrıca her sınıfın ayrı hekiminin olması ve her on köye bir hekimin atanmasıyla sağlık hizmetlerinin halka götürülmesi tarihte ilk defa sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonlaşmasının sağlanmamıştır, bu uygulama Hint tıbbını önemli yere koymuştur⁷⁷.

⁷¹ ADIVAR, Tarih Boyunca İlim ve Din, s. 89.

⁷² BAYAT, Tıp Tarihi, s. 75-76; SARI, Nil, Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Ders Kitabı, s. 27.

⁷³ tip.kocaeli.edu.tr/docs/ders_notlari/n_ersoy/tip_tarihi-ders_notlari (E.T. 09. 12. 2016)

⁷⁴ BAYAT, Tıp Tarihi, s. 92.

⁷⁵ <https://prezi.com/gbx8uzy2uyj1/eski-uygarliklarda-tp> (E.T. 03. 12. 2016)

⁷⁶ BAYAT, Tıp Tarihi, s. 99.

⁷⁷ SARI, Nil, Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Ders Kitabı, s. 51.

MS. 1200-1500 yılları arası tıp bilimi için son derece önemli bir dönemdir. MS. 1500'lerden sonra tıp biliminde yapısal değişimler ve yöntemler uygulanmaya başlanmıştır⁷⁸. Bu değişimler sonucunda İslam âlimlerinin kitapları tercüme edilmiş üniversiteler ve tıp fakülteleri kurulmuştur⁷⁹. XI. yy'da Avrupa karanlık bir dönemde yaşarken İslam dünyası bilim adamları, hekimleri, kütüphaneleri ve diğer bilim kurumlarıyla medeni bir yapıya sahipti. XII. yy'ın başlarından itibaren Avrupalı bilim adamları İslam tıbbını sistemli bir şekilde takip etmiş ve Platon, Aristoteles, Hipocrates ve Galenos'un eserlerinin yanı sıra İbn-i Sina, Zehravi, Razi, İbn-i Rüşd, İbnü'l Baytar, Ali Bin Abbas gibi İslam âlimlerinin eserlerini tercüme etmişlerdir. Avrupa'da XII. yy'da başlayan bu çağdaşlaşma hareketine XII. yy Rönesansı denilmiştir⁸⁰.

B. Tıp Etiği Kuramları

Hekimlerin mesleklerini icra ederken vicdanlı ve adil davranmalarının altında tıp etiği ilkelerinin içselleştirilmesi yatmaktadır. Tıp etiği hasta-hekim ilişkilerini olumlu yönde geliştirerek, hasta yararına karar vermeyi ve sağlık hizmetlerinin güvenilirliğini arttırmaktadır. Tıp etiğinin kavramsal olarak iyi anlaşılması için, kaynağının hangi tür felsefi düşünceye dayandığı ve kuramlarının özelliklerini bilmek gerekmektedir. Tıp etiğinin yerleşmesi de bu anlayışa bağlıdır.

Etik kuramları, etikle ilgili sorunları tartışan ve bunu yaparken de ortak bir kavramsal çerçeve oluşmasını sağlayan bir düşünce disiplini oluştururlar. Bu nedenle özellikle Batı düşünce geleneğinin önemli bir parçasını oluşturdukları söylenebilir. Etik kuramlar ayrıca düşüncelerin eleştiri süzgecinden geçirilerek öz-eleştirel bir nitelik kazanmasında da belirleyici olmaktadır. Bunun dışında etik kuramları kurumlara ve kişilere özgül durumlarda nasıl davranmaları gerektiğiyle ilgili yol gösterici tavsiyelerde bulunurlar. Tıp etiği kuramları, Kantçı, utilitaryen, liberal ve kominitaryen olmak üzere dört başlık altında incelenmektedir⁸¹.

⁷⁸ BAYAT, *Tıp Tarihi*, s. 166.

⁷⁹ HOT, İnci, *Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Ders Kitabı*, İstanbul, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 2007, s. 42.

⁸⁰ BAYAT, *Tıp Tarihi*, s. 232-233.

⁸¹ ÇOBANOĞLU, *Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği*, s. 16.

1. Kantçı Yaklaşım

Eylemi belirleyen unsurların etkisi dikkate alınmadan sadece eylemin iyi veya kötü olması, eylemin sonucuna göre değerlendirilmesi yaklaşımı Kant' a kadar devam etmiştir. Eylemin temelindeki etken ortaya konulmadığı takdirde ilerleme sağlanamayacağını savunan Kant, bu yaklaşımıyla, doğru eylemin niteliğini ortaya koyarak karşılaşılan etik problemlerin çözülebileceğini ileri sürmüştür⁸².

Günümüzde tıp biliminde özel bir öneme sahip olan ve hekim adaylarına zorunlu ders olarak gösterilen deontoloji ve tıp etiğinden söz ederken Kant'ın ödev etiğine değinmek gerekmektedir. Çünkü ödev ilkesine bağlı, sorumluluk kavramı merkezli tıp etiğinin günümüze yansımada ve etkinliğinin artmasında, tıp eğitiminde tıp etiğinin temel ders olarak verilmesinde, Kant'ın görüşlerinin etkisi büyük olmuştur. Özellikle de Kant'ın ödev kavramı, deontoloji ve tıp etiği alanlarının temelini oluşturmıştır.

Kant'ın ödev etiği, ahlaki değer teorisi değil de ahlâki yükümlülük teorisi olarak var olmaktadır⁸³. Ahlâki buyruklara uyma zorunluluğunu ödev kavramıyla ifade edebiliriz. Ödev ikili bir nitelik taşır. Bir taraftan ödev bir zorunluluktur diğer taraftan da kişi tarafından istenen bir şey olmalıdır. Ödevin yerine getirilmesiyle elde edilecek faydadan bağımsız olarak kişi aklın evrensel buyruğuna uymak isteği duyduğu anda ahlâki yükümlülüğünü ya da ödevini yerine getiriyor demektir⁸⁴. Bireylerin eylemlerini belirleyen ve bu eylemleri yapmaya yönelten eğilim değil de ödev ise bu eylemin ahlâki değerinin olduğunu söylemek mümkündür⁸⁵.

Bireylerin özgür iradeleriyle ve sorumluluk duygusuyla, iyiyi iyi olduğu için görev anlayışıyla hareket edilmediği takdirde, eylemi değersiz olmaktadır. İnsan sebebi ne olursa olsun, amaç için araç olarak asla kullanılmamalıdır⁸⁶.

Bir eylemin, etik sayılabilmesi için dürüstlük ve ödev ilkesiyle gerçekleştirilmiş olması zorunludur. Bu ilkeler dışında kalan eylemler değersizdir. Burada temel ilke bütün unsurlardan sıyrılıp özgür olarak olması gerekeni buyurmaktır. Çünkü etik kuramların temeli “*a priori*” olarak akılda bulunmakta ve

⁸² KURT, Ceyhan, *Kant'ın Etik Görüşünde Özgürlük Kavramının Yeri*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin, 2009, s. 46.

⁸³ CEVİZCİ, Ahmet, *Felsefe Ansiklopedisi Cilt-5*, Ankara, Ebabil Yayınları, 2007, s. 806.

⁸⁴ KURT, ...*Özgürlük Kavramının Yeri*, s. 60.

⁸⁵ AKARSU, Bedia, *Çağdaş Felsefe*, Ankara, İnkılâp Kitabevi, 2. Baskı, 1987, s. 42.

⁸⁶ ÇOBANOĞLU, *Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği*, s. 16-17.

etik ilkelerin akılda bulunması nedeniyle bu ilkeler en üst seviyededir⁸⁷. Ahlâk yasası veya kesin buyruk olan “*a priori*” yasasına göre; iyi, bu yasa tarafından belirlenen istemedir; diğer her şey, buna dayandırılarak iyi veya kötü olarak nitelendirilebilmektedir⁸⁸.

Kant’ın düşüncesinde etik aklın kategorik buyruğudur. Bu buyruk, insanın her durumda düşüncesini veya davranışını herkes için geçerli olmasını isteyeceği, başka bir deyişle evrensel bir yasa olmasını isteyeceği şekilde biçimlendirmesi gerektiğini ifade eder. Dolayısıyla insanın düşünceleri, davranışları ve seçimleri sırasında aklın bu kategorik buyruğuna göre hareket edip etmediği sorusunu kendisine sorması gerekir. Bu ise onun özerk biçimde düşünen bir özne olduğunun kanıtıdır. Bu durumda etik doğru yanlış ayırımındansa aklın evrensel buyruğunu ihlal edip etmemeye göre anlam kazanır⁸⁹.

Kant’a göre etik davranış bir seçimdir. Seçim yapabilmek ise kişinin özgür olmasını şart koşar. Kişinin davranış ve düşüncelerinden ötürü sorumlu tutulabilmesinin koşulu seçimlerini özgürce yapabilmiş olmasıdır. Aksi halde kişiler kendilerine empoze edilen davranışlarından ötürü sorumlu tutulamazlar⁹⁰.

Kant, etik kavramını akılçılık üzerine kurmakta, sorumlulukları ve kuralları eşit uygulayacak şekilde evrensel kurallarla temellendirmektedir. Kişilerin görevlerini uygularken kendi çıkarlarıyla ters düşse bile en doğru davranışın ortaya konulması savunduğu ilkelerdendir. Özellikle sağlıkla ilgili mesleklerde bu temel ilke esas kabul edilmelidir⁹¹.

Kant’ın etik düşüncesi, insanın moral varlığına yani insan haysiyetine saygı göstermek kadar insanın yaşam hakkına, yani bedensel bütünlüğüne saygı duyulmasını evrensel ahlaki bir norm olarak benimsediği ölçüde, insan sağlığı araçsal bir yaklaşımın konusu olamaz. Sağlık hakkı ticari ya da toplumsal açıdan üretmesi beklenen belirli sonuçlar üzerinde araçlaştırılmaz. Kant etiğinde insan, kendi içinde bir değer ve amaç olarak görüldüğü için, onun mevcudiyetini doğrudan ilgilendiren

⁸⁷ YÜKSEL, Mehmet, “Etik Kodlar, Ahlak ve Hukuk”, *Hacettepe HFD*, Ankara 2015, C. 5, S. 1, s. 14.

⁸⁸ KUÇURADİ, İonna, *İnsan ve Değerler*, Ankara, Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları, 5. Baskı, 2013, s. 14.

⁸⁹ YÜKSEL, “Etik Kodlar, Ahlak ve Hukuk”, s. 15.

⁹⁰ BÜKEN, Nükhet Örnek, BÜKEN, Erhan, “Nedir Şu Tıp Etiği Dedikleri?”, *Sted*, Ankara 2002, C. 11, S. 1, s. 18.

⁹¹ ÖZTÜRK, Aslıhan Buray, “Sosyal Hizmet Etiğinde Farklı Yaklaşımlar”, *Hacettepe Üniversitesi İİBF Sosyal Hizmet Bölümü Dergisi*, Ankara, Nisan 2009, C. 20, S. 1, s. 107.

tıbbi politika ve uygulamaların da insana bir amaç olarak yaklaşması gerekir. Oysa Utilitaryen yaklaşım, Kant etiğinin tam tersi yönünde hareket ederek, günümüzde defansif tıp uygulamalarına düşünsel açıdan zemin oluşturan bir bakış açısına sahiptir.

2. Utilitaryen (Yararcılık) Yaklaşım

Utilitaryen yaklaşım modern çağda etkisini göstermiş en önemli kuramlardan birisidir. Temelinde hazcılık olan bu yaklaşım, diğer kuramlara göre daha fazla etkili olmasında kapitalist ekonomik düzenin rolü büyüktür. Bu yaklaşımda bireylerin çıkarı ön plana geçmekte ve haz en yüce iyi olarak kabul edilmektedir⁹².

Bu yaklaşımın temelinde, en iyi eylemin en fazla bireyin faydasını sağlayan eylem olmasıyla birlikte bireyin içsel değerlerinin ve az sayıdaki bireyin çok zarar görmesinin, çok sayıdaki bireyin fayda görmesinin yanında ihmal edilebileceği ve eylemden etkilenen bireyin sayısı ve etkilenme derecesinin o eylemin değerini belirlemesi düşüncesi yatmaktadır⁹³.

Jeremy Bentham klasik liberalizmin önde gelen filozofu olmanın yanı sıra Utilitaryenist düşüncenin de atasıdır. Bu yaklaşımın temel noktası “*en büyük sayının en büyük mutluluğu*” ilkesine dayanmasıdır. Açacak olursak, en çok sayıda kişinin, toplam olarak en büyük mutluluğa ulaşmasını amaçlamaktadır.⁹⁴

İnsan hayatı iki ana unsura göre kurgulanmıştır. Birinci unsur “*haz*” ilkesidir dolayısıyla insanlar doğası gereği memnuniyet elde etme çabasındadırlar. İkinci unsur ise “*acı*” ilkesidir dolayısıyla yine insanlar doğası gereği acıdan sakınma güdüsüne sahiptir. Bentham’a göre; insanların eylemlerinin arkasında bu güdülenme vardır ancak her eylemin arkasında bu güdünün aranması yanlışlıklara neden olabilir⁹⁵.

⁹² BAYAR, Özge, *Halkla İlişkiler ve Etik*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2006, s. 10.

⁹³ ÇOBANOĞLU, Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği, s. 17.

⁹⁴ ŞENEL, Alaaddin, *Çağdaş Siyasal Akımlar*, Ankara, İmaj Yayıncılık, 1998, s. 5. ; HANÇERLİOĞLU, Orhan, *Felsefe Sözlüğü*, Ankara, Varlık Yayınevi, 1967, s. 436. ; CEVİZCİ, Felsefe Ansiklopedisi Cilt-5, s. 807.; YILDIRIM, Çağdaş Felsefe Sözlüğü, s. 220.; ALTAY, Hukuk ve Sosyal Bilimler Sözlüğü, s. 473.

⁹⁵ IŞIK, Abdulkadir, MERİÇ, Metin, “Hayatın Kalitesi (QUALITY OF LIFE) Kavramının Felsefik Temelleri; Aristo, Bentham ve Nordenfelt”, *Ege Akademik Bakış*, İzmir, 2010, C.10, S. 1, s. 425.; CEVİZCİ, Felsefe Ansiklopedisi Cilt-5, s. 809.

Mill ve Bentham, Kantcı yaklaşımın tersine; “iyi” değerlendirmesinin eylemin sonucuna göre değerlendirilmesi gerektiğini ileri sürmüşlerdir. Bir eylemin etik olup olmadığı yarattığı mutluluğa ve sağladığı faydaya bağlıdır. Bu yaklaşımda eylemin niteliğinden çok eylemin sonucu üzerinde durulmaktadır. En iyi ve en doğru sonucu veren eylem aynı zamanda en etik eylemdir. Fakat iyyinin kim için iyi olacağı sorusunun kimi zamanlarda cevaplanamaması ve her zaman sonucun tahmin edilememesi bu yaklaşımın önemli problemlerindendir⁹⁶.

Yararcılık düşüncesini benimseyen yaklaşım, özerkliğe saygı ilkesini eylemin özerkliğine saygı olarak anlamaktadır. Bu anlayışa göre bireyin özerkliğinden çok eylemin özerk olması önemlidir. Yararcılık yaklaşımının en önemli temsilcisi Mill’e göre birey herhangi bir kimse engellenmeksizin eylemde bulunabilmelidir⁹⁷.

Bu yaklaşımı genel itibariyle belirtecek olursak; bütün eylemler fayda temelinde yapılmalıdır. Bir düzenlemenin veya eylemin doğruluğu, en üst seviyeye çıkarmasına bağlıdır. Temel ilkesi “*en büyük mutluluk*” olan yararcılık doğruluk kıstasıdır. En doğru eylem faydayı en üst seviyeye çıkaran eylemlerdir ancak neden-sonuç ilişkisi “*acı*” ve “*haz*” ilkesine bağlıdır. Böylece insana haz veren ahlâki olarak “*iyi*”, acı veren şeyler ise ahlâki olarak “*kötü*”dür yargısına varılabilir⁹⁸. Kısacası yararcı yaklaşımın temelinde gerçeğin ölçütünün başarı olduğu, kullanışlı ve faydalı olan her şeyin başarıya götüreceği anlayışı yatmaktadır bu nedenledir ki bu yaklaşım kuralcı olduğu kadar da gayecidir⁹⁹. Aynı zamanda yararcılık, birey insanın hazzı yerine en büyük sayıda insanın toplam hazzı esas alındığı için toplumcu, bireysel bencil hazların birbirleriyle çatışmasını engellemek için bireysel hazları uzlaştırmak adına en büyük sayıda insanın hazzının ölçü kabul etmesi nedeniyle ustaca bir kuramdır¹⁰⁰.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde görülmektedir ki; modern çağda tıp etiğine ödev kuramı ile Kant kadar, yararcılık kuramı ile de J.Bentham ve J.S. Mill yön

⁹⁶ EMİR, Murat, *Hukuki ve Etik Yönleriyle Biyotıp Araştırmalarında Biyobankalar*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2013, s. 10.

⁹⁷ ERSOY, Nermin, AYDIN, Erdem, “Tıbbi Etikte Özerklik ve Özerkliğe Saygı İlkesi”, *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği Hukuku-Tarihi Dergisi*, Ankara 1994, C. 2, S. 2, s. 73.

⁹⁸ BAYRAM Yılmaz, *John Stuart Mill’de İfade Özgürlüğü ve Siyasi Sistem Tartışması*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2013, s. 25.

⁹⁹ BOLAY, Süleyman Hayri, *Felsefeye Giriş*, Ankara, Akçağ Yayınları, 3. Baskı, 2010, s. 219.

¹⁰⁰ ARSLAN, Ahmet, *Felsefeye Giriş*, Ankara, Adres Yayınları, 21. Baskı, 2014, s. 217.

vermekle kalmayıp son derece etkin olmuşlardır. Son dönemlerde sağlık sistemindeki yapılanmalarda özellikle yararcılık kuramının temel alınması söz konusudur.

3. Liberal Yaklaşım

Günlük hayatımızda dilimize yerleşmiş ve sıkça kullandığımız “*liberalizm*” kavramı siyasi ve ekonomik unsurları içerir. Liberalizm, siyasal ve dinsel görüşlerde var olan kalıplara bağlı kalmayan, tutucu olmayan totaliter ve faşist rejimlere karşı olup demokratik ve cumhuriyet eğilimi olan serbest görüşlü ve özgür düşünceden yana olan fikirsel akımdır¹⁰¹.

Özel teşebbüs, özel mülkiyet ve özgürlük temeline dayalı piyasa sistemi olan liberalizm, bireyselliği ön planda tutarak bireylerin hak ve özgürlüklerini güvence altına almaya çalışmaktadır. Devletin ekonomiye müdahalesini asgari düzeye indirerek piyasa ekonomisinin doğal işleyişine bırakılmasını savunmaktadır¹⁰². Liberal yaklaşıma göre “*Bırakınız yapsınlar, bırakınız geçsinler*” sözüyle ekonomide tanımlanan liberal görüş için özgür davranabilme ve bireyin kendi istenci doğrultusunda eylemde bulunabilmesi ve bu eylemin iyiye ulaşması değerlidir. Bu görüş, her bir bireyin kişisel özellikleri ve yeterliliği oranında “*hak ettiği iyi*” ye ulaşmasından yanadır¹⁰³.

Bu kuramda esas olan; “bireyin özgürlüğü onların dışarıdan gelen müdahalelere maruz kalmamasına bağlıdır. Bu bağlamda Aydınlanma geleneğinin *negatif özgürlük* kanadında yer alan liberalizm açısından, serbestlik ilkesi sadece ekonomik anlamda değil bireylerin fikir, ifade ve hareketlerinin dışarıdan müdahalelerle kısıtlanmamasıyla mümkündür”¹⁰⁴. 18. yy. İngiliz filozoflarından olan Adam Smith ve David Ricardo’nun liberal düşünceleri neoliberal düşüncenin temeli olmuştur¹⁰⁵.

¹⁰¹ ŞENEL, Çağdaş Siyasal Akımlar, s. 1.

¹⁰² ORAL, Naciye, *Turgut Özal ve Siyasal Liberalizm*, (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi), Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya, 2011, s. 5.

¹⁰³ ÇOBANOĞLU, Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği, s. 17.

¹⁰⁴ BİRLER, Ömür, *Liberalizm, Siyaset Bilimi Kavramlar, İdeolojiler, Disiplinler Arası İlişkiler*, Hazırlayanlar: Gökhan Atılğan ve E. Atilla Aytekin, İstanbul, Yordam Kitap, 1. Baskı, 2012, s. 271.

¹⁰⁵ GOLOP, Ursa, PODNAR Klement, LAH, Marko, “Sosyal Ekonomi ve Toplumsal Sorumluluk: Küresel Neoliberalizmin Anarşisine Alternatifler”, Çev. Bülent Temel, *Atılım Sosyal Bilimler Dergisi*, Ankara 2012, C. 2, S. 1, s. 109.

19. yy'da etkin olan klasik liberalizm denilen bu dönemde büyük siyasal değişimler yaşanmıştır. Bu değişimler insan hakları kavramını hukuki düzleme taşımış ve sağlık hakkını insan haklarının önemli bir parçası haline getirmiştir dolayısıyla zayıf konumdaki vatandaşların sağlık haklarının korunmasının görev olduğu yaklaşımı benimsenmiş ve bu görevinde devlete ait olduğu sosyal devlet anlayışı gelişmiştir. Ancak bu anlayış değişmeye başlamış ve vatandaşların sağlık giderlerini kendilerinin karşılaması gerektiği algısı oluşmuştur.

4. Komüniteryen Yaklaşım

Din, dil, etnik köken, ülkü birliği gibi ortak değerler etrafında toplanan ve kaynağını iyilikten alan belli yönetim yerlerinde birleşen, dış dünya ile sıkı ilişki kuran, birlikte hareket eden, kendini sosyo-politik düzenden soyutlamayan topluluk olarak adlandırılan komite, komüniteryen yaklaşımın temelinde yer alır¹⁰⁶.

Diğer bir ifade ile “Toplumu oluşturan her bir birey değerlidir. Tüm toplumun hep birlikte daha iyiye gitmesine yol açacak eylem en iyisidir. Burada da eylemin değerini tüm bireyleri daha iyi konuma hep birlikte ulaştıracak eylemin sonuçları önemlidir. Bireylerin içsel niyeti ve eylemin amacı önem taşımaz”¹⁰⁷.

Komüniteryanizmin en bilinen vurgusu, Kant ve Mill'in özgür bireysel seçime yaptıkları vurgunun tam tersine bireyin üzerindeki toplum etkisi ve toplumsal tarih, gelenek ve pratiklerde temel alan değerlerdir. Komüniteryan felsefe, “ben” kimliğini oluşturmaya çaba sarf etmiştir. Bu ben kimliği faydacı, sosyal bağlardan kopuk ve iddiacı bireycilik değildir. Temel argüman bireylerin sosyal olarak kurulması ve bu sosyal bağ nedeniyle aile, kabile, klan ve ulusa ait olma ve kendi kimliklerini bu topluluklara katmasıdır¹⁰⁸.

Komüniteryanlar, evrensellik yerine yerelliği savunurlar ve bireylerin değerleri çok önemlidir. Değerlerin bireyselleşmesi ve bireylerin kamusal alandan uzaklaşması birlikte yaşamının önünü kapatmaktadır¹⁰⁹. Utiliteryen ve liberal kuramlarda bireysel özgürlük ve özerklik kavramı üzerinden hareket edilirken,

¹⁰⁶ KARACA, Sema, *Komüniteryen Demokrasi*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa, 2011, s. 15.

¹⁰⁷ ÇOBANOĞLU, Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği, s. 17.

¹⁰⁸ METİN, Sevtap, *Biyo-tıp Etiği ve Hukuku*, İstanbul, XII Levha Yayıncılık, 1. Baskı, 2010, s. 72.

¹⁰⁹ KARACA, *Komüniteryen Demokrasi*, s. 26.

kominiteryan kuramda ise toplumun, uzlaştığı değerler ve erdemleri, gelenekleri ve tarihsel arka planı üzerinden hareket edilmektedir¹¹⁰.

Bu yaklaşımda birey toplumun bir parçası olmakla birlikte kişiliğini, kimliğini mensubu olduğu topluma borçludur. Topluma mensup bütün bireylerin menfaatinin korunması gerekmektedir. Bu nedenle sağlık alınıp satılabilen bir araç durumuna getirilmemelidir.

C. Tıp Etiğinin Temel İlkeleri

Sağlık çalışanları, mesleki uygulamalarında, hasta-hasta yakını ve kanunlarla kendi değer yargılarının çatıştığı durumlarda tıp etiği ilkeleri devreye girmekte ve sorun çözücü bir mekanizma olarak işlev görmektedir. Hekimlerin tıp etiği ilkelerine uymaları, manevi kazançla beraber maddi kazancın arttırmasını da sağlamaktadır. Tıp etiği ilkelerine özen gösteren hekim, hak ettiği saygı ve güveni fazlasıyla bulmaktadır.

Tıp etiği, ahlâki ikilemlere çözüm bulmakla beraber sağlık alanındaki bilimsel ve uygulamalı çalışmaların etik değerlendirmesini yapan bir disiplindir¹¹¹. Sağlık hizmeti veren mesleklerin, amaçlarının ve kurallarının belirlenmesinde etkin bir role sahip olan tıp etiği, tıp biliminin ve hukukun ortak değerleriyle bütünleşmiş her dönem yardımına ihtiyaç duyulan önemli bir kavramdır. İnsanlık yararına olan tıp bilimi etik değerleri içinde barındırmaktadır ve bu etik değerler; hastaya zarar vermeme, yararlı ve adil olma gibi unsurları işaret ederek tıp biliminde belli çıkar gruplarının etkin olmasına karşı durmaktadır.

Tıp etiği ilkelerini mutlak ölçü birimi olarak kabul etmemek gerekir ancak etik düzlemde araç görevi görmelerinden dolayı “iyi-doğru” yönünde seçeneklerin oluşmasına yardımcı olmaktadır. Tıp etiği ilkeleri etik problemleri ortaya çıkartarak ve etik değerleri ön plana alarak, etik problemleri ve etik ikilemleri çözümlemektedir. Tıp mesleği uygulayıcılarına etik kararlar vermede yol göstermektedir¹¹². İyi ve kötünün ne olduğu, mutlak iyinin var olup olmadığı etikte problematik alan olarak

¹¹⁰ EKMEKÇİ, Perihan Elif Bor, *Tıp Etiği Açısından Sağlık Hakkı ve Romanlar Üzerine Bir Çalışma*, (Yayınlanmış Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2014, s. 25.

¹¹¹ NİŞANCI, Yılmaz, vd. , “Etik ve Tıp”, *Türk Kardiyoloji Derneği Etik Kılavuzu*, İstanbul 2009, C. 37, S. 3, s. 2.

¹¹² AYDIN Erdem, ERSOY, Nermin, “Tıp Etiği İlkeleri”, *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği- Hukuk- Tarih Dergisi*, Ankara 1995, C. 3, S. 2, s. 49.

karşımıza çıkmaktadır. Tıbbi uygulamalarda iyinin ve kötünün hangi ölçülere göre tespit edileceği aynı zamanda evrensel ve toplumsal niteliklere sahip olacak değerleri oluşturmak amacı güden tıp etiği, karşılaşılan etik problemlerde değer yaklaşımını temellendirir¹¹³.

Tıp biliminin baş aktörü olan hekimler mesleğini icra ederken ve tıbbi kararlar verirken aynı zamanda hekimler ikilemde kaldıkları veya henüz kurala bağlanmamış durumlarda da tıp etiği ilkelerine ihtiyaç duymaktadırlar. Hipokrates'e kadar uzanan tıp etiği ilkeleri ilk defa Thomas Pervical tarafından 1803 yılında yazılı hale getirilmiştir. 1847'de Pervical'ın etik ilkeleri temel alınarak American Medical Association tarafından etik ilkeler hazırlanmıştır¹¹⁴.

Nadirde olsa, hukuk kuralları etik ilkelerle çelişebilmektedir, bunun nedeni yasaların ülkeden ülkeye farklılık gösterebilmesidir. Ancak etik kurallar yasalardan daha üstün standartlar belirlediği gibi evrensel ilkeler içinde kaynaklık etmektedir¹¹⁵. Tıp bilimi yaşanan zorluklara ve etik ikilemlere rağmen varlığını korumaya devam ettiği gibi insanlığa hizmet içinde ilerlemek zorundadır. Burada temel alınması gereken nokta insan sağlığına zarar vermemek ve suistimallerin önüne geçmektir¹¹⁶.

Tıp etiği uygulamalı ve kuramsal çalışma alanı olmak üzere iki gruba ayrılır. Kuramsal alanda, tıp etiği konusunda bilimsel çalışma yapan akademisyenler vardır. Bu alanda kendine has bilgi ve yöntem söz konusu olduğu için sağlık çalışanlarına mesleki davranışlarıyla ilgili yol gösterir ve oto kontrolü sağlar. Uygulamalı alanda ise, etik problemlerle birebir karşılaşan bütün sağlık çalışanları yer almaktadır¹¹⁷.

Herhangi bir etik sonuca ulaşmak için, insanların bir takım temel prensipleri bilmeleri gerekmektedir. Etik ve hukuk gibi normatif düşünce sistemleri tündengelimsel bir nitelik taşımaktadır. Başka bir deyişle tekil bir olay hakkında hüküm verebilmek için genel kurallardan hareket etmeyi gerektirir hekimlerde

¹¹³ ARDA, PELİN, "Tıbbi Etik: Tanımı...", s. 326.

¹¹⁴ KIRILMAZ Harun, KIRILMAZ, Selma Kılıç, "Sağlık Hizmetlerinde Etik İkilemlerde Ampirik Etik Çalışmalarının Yararları", *İnsan Bilim Kültür Sanat ve Düşünce Dergisi*, Yaz 2014, S. 1, s. 38. (insanveinsan.org E.T. 15.11.2015)

¹¹⁵ WILLIAMS, Dünya Hekimler Birliği Tıp Etiği, El Kitabı, s. 14.

¹¹⁶ ÜSTÜN Çağatay, "Tıpta Etik Kaygılar Çoğalıyor", *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 2004, C. 2, S. 3, s. 57. (tader.org E.T. 15. 01. 2016)

¹¹⁷ TANRIVERDİ, Haluk, AKOVA, Orhan, ÇEVİK, Banu, "Tıp Etiği Açısından Hekim Hakları", *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Bitlis Haziran 2014, C. 3, S. 1, s. 23.

karşılaştıkları tıbbi etikle ilgili sorunlar karşısında benzer bir yöntemi uygulayarak bu temel etik ilkelerden yararlanmaktadır¹¹⁸.

Tıp etiğinin ilkelerinden bahsederken şu noktaları belirtmek doğru olacaktır. Bazı olaylarda ilkelerin zıtlıkları durumunda duruma uyum sağlayacak en uygun ilke göz önünde bulundurularak eylem gerçekleştirilmelidir. Tıp etiği ilkelerinin biri veya birkaçı uygulanırken ihlal ya da ihmal edilebilmektedir. Etik ilkelerde hiyerarşi söz konusu olmadığı için olayın özelliği göz önünde bulundurularak etik ilke belirlenmektedir. Doğru olan ortaya çıkarken etik problemler çözülürken tek bir çözümle ve aynı sınıftan her olaya uygulamaktansa, olayların özelliğine göre etik ilkelerin belirlenmesi gerekmektedir. Kısacası tıp etiği ilkeleri, kuralları ana hatlarıyla oluşturmakla beraber karmaşık durumlarda rehber rolü üstlenmektedir¹¹⁹.

Etik ilkelerde hiyerarşi söz konusu olmadığı gibi bu ilkelerin önceliği de toplumlara göre değişmektedir. Kimi toplumlarda özerklik ilk sırada iken kimi toplumlarda ise zarar vermeme ilk sırada yer almaktadır. Toplamların kültürel ve sosyolojik yapısı, hayata bakış açıları ve dini inanışları etik ilkelerin sıralamalarını belirlemektedir. Confucius (MÖ. 551-779) tıp etiğine yaklaşımları bu konuya örnek olarak verilebilir. Confucius öğretisinde dört temel etik ilkenin yanında; anne-babaya saygı, aile değerleri, sevginin derecesi, başkalarını düşünme (özgecilik) gibi ahlâki konulara da yer verilmiştir¹²⁰.

Dünya Tabipler Birliği'nin günümüze uyarlanmış Hipokrat yemin metninde zarar vermeme, yarar sağlama, adaletli olma ve özerkliğe saygı ilkelerinin birbirini tamamladığını söylemek mümkündür. 20.yy başlarında İngiliz düşünür W.D. Ross etik ilkeleri sadakat, yararcılık, adalet, zarar vermeme, minnettarlık, yapılan yanlış düzeltme, kendini geliştirme olarak listelemiştir. 1972 yılında psikiyatrist JavKatz, tıp etiği ilkelerinin hekimlik uygulamalarına yol gösterebileceğini yazmıştır¹²¹. Daha sonra Tomm L. Beauchamp ve James F. Childress, baskıları 1979, 1983, 1989, 1994 yapılan Principles of Biomedical Ethics adlı kitaplarında etik yaklaşımları, ilkeleri ve kuralları günümüze kadar değerlendirip çeşitli etik ilkeleri belirlemişlerdir. Bu

¹¹⁸ ARDA, PELİN, "Tıbbi Etik: Tanımı...", s. 329.

¹¹⁹ TANRIVERDİ, AKOVA, ÇEVİK, "Tıp Etiği Açısından Hekim Hakları", s. 24.

¹²⁰ BAŞKAN, Neslihan, *Atebetü'l- Hakayık Bağlamında Ahlak Kavramı ve Tıp etiği*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Osmangazi üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, 2013, s. 76-77.

¹²¹ EMİR, ...*Biyotıp Araştırmalarında Biyobankalar*, s. 12; BAŞKAN, ...*Bağlamında Ahlak Kavramı ve Tıp*, s. 75.

yazarlar, bütün etik ilkelerin önemli olduğunu ve tıbbi vakanın durumuna göre etik ilkelerden herhangi birinin önem kazanacağını vurgulamışlardır¹²². Bu çalışmada temel etik ilkeleri incelenmiştir.

1. Zarar Vermeme İlkesi

Tıp etiğinin ilk sırada yer alan ilkesi olan zarar vermeme, sağlık hizmetlerinin başında gelen temel ilkedir. Bu ilkeye göre, sağlığı yerinde olan bir kimseyi veya hastayı o an ki durumundan daha kötü duruma getirmek hekimlik ahlâkı ve hukukla kesinlikle bağdaşmamaktadır. Hastanın fiziksel veya psikolojik yetisindeki kayıp zarar unsurunu oluşturur. Sağlığına kavuşmak için, sağlık kurumuna başvuran insanların iyileşebilecekken ya da rahatlatılabilecekken yani durumunun daha da kötüleşmesi, iyileşmenin olmaması zararın temel unsurunu meydana getirir. Vücut bütünlüğünün, bir organının veya vücudun belli bir bölgesinin işlevini kaybetmesi ağrı, acı gibi maddi kayıplara neden olduğu gibi üzüntü gibi manevi nedenleri de doğurmaktadır¹²³. Zarar vermeme ilkesi yararlı olmak ilkesi ile birlikte düşünülmektedir. Her iki ilkede aynı düzlemde değerlendirilmektedir. Bazen yararlı olmak ilkesi zarar vermemek ilkesini bazen de zarar vermemek ilkesi yararlı olmak ilkesini içerebilmektedir¹²⁴.

Hekimler hastalarının iyileşmesinde bütünüyle belirleyici olmamakla birlikte belli düzeyde etkiye sahiptir. Bu ilkenin temel öğelerinden biri, hekimin en büyük sorumluluğu hastasına zarar vermemek ve elinden gelen faydayı, hastasının kabul ettiği ölçüde hastasına sağlamaktır. Bu nedenledir ki hekim elinden gelen faydayı göstermediği takdirde etik sorumluluğu ortaya çıkmaktadır¹²⁵. Doğanın hareketli yapılanması içerisinde hastanın iyileşme ihtimali varken, hekimin gereksiz müdahaleleriyle bu ihtimalin yok olması ve beraberinde başka zararlar da getirmesi buradaki anlayışın temelini oluşturmaktadır¹²⁶.

¹²² ERDEMİR, Ayşegül Demirhan, “Etik, Tıp Etiği İlkeleri ve Hasta- Hekim İlişkilerinde Etiğin Yeri”, *Erdem Atatürk Kültür Merkezi Dergisi*, Ankara, Eylül 2005, C. 15, S. 44, s. 48.

¹²³ ARISOY, Yücel, “Sağlık Çalışanlarının Hukuki Sorumlulukları”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2009, C. 2, S. 4, s. 186. (www.deuhyoedergi.org E.T. 17. 01. 2015)

¹²⁴ AYDIN, Erdem, *Tıp Etiğine Giriş*, Ankara, PegemA Yayınevi, 1. Baskı, 2001, s. 46.

¹²⁵ PELİN, Serap Şahinoğlu, OĞUZ, Neyyire Yasemin, “Tıbbi Etik Açısından Hekim Sorumluluğu”, *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği- Hukuku- Tarihi Dergisi*, Ankara 1994, C. 2, S. 3, s. 162.

¹²⁶ AYDIN, Tıp Etiğine Giriş, s. 46.

Tıbbi uygulamalarda binlerce yıldır (Primum Non Nocere) öncelikle zarar verme ilkesi geçerlidir. Hekim hastasına uygulayacağı tıbbi müdahalelerde ve tedavilerde, hastanın yararını ve zararını değerlendirmek zorundadır. Hekimin bu değerlendirmeyi iyi yapabilmesi faal bir hekim olmasına yani “olasılık” ve “risk” etkenlerinin iyi bilinmesine bağlıdır¹²⁷. İnsana zarar vermemek bütün insanlık için geçerli olan bir etik değerdir. İnsana zarar verme bir eylemle olabileceği gibi ihmal ile de olabilmektedir. Buradan yola çıkılarak zarar vermeme ile kötülük yapmama arasında ince bir fark olsa da temelde aynı yönelim söz konusu olabilmektedir. Dolayısıyla bu ilkenin temelinde zarar vermeme/ kötülük yapmama yani zarar/ziyan vermeme anlayışı yatmaktadır¹²⁸.

Tıbbi uygulamalar esnasında yararlı eylemlerin sonucunun yanı sıra zararlı eylemlerinde sonucunun ortaya çıkabilmesi “*yarar zarara dengelenmesi*” prensibini zorunlu kılmıştır. Hastalara yardım edilmeye çalışılması kaçınılmaz olarak zarar verme riskini de oluşturabilmektedir. Bu nedenle yarar sağlama ve zarar vermeme ilkeleri beraber değerlendirilmek zorundadır¹²⁹.

Bu ilkenin unsurlarından diğeri de zararın ne olduğu ve kime göre saptanması gerektiğidir. Kimi durumlarda hayatı tehdit eden daha büyük zararlara engel olmak için daha küçük zararların kabullenilmesi durumu ortaya çıkabilmektedir¹³⁰. Hastada ağrı, ölüm, yetersizlik gibi durumlar zarar verici unsurlardır. Zarar vermeme ilkesi kimi durumda yarar sağlama ilkesinden kimi durumlarda da yarar sağlama ilkesi zarar vermeme ilkesinden baskın olabilmektedir. Sözgelimi; acil durumdaki bir hastanın hayatını kurtarma girişimleri birçok riskleri barındırabilir. Bu durumda az riskli zararlarda çok riskli zararlara göre fayda umuluyorsa, zarar vermeme söz konusudur¹³¹.

İnsan türünün devamı sağlığın korunmasına bağlıdır, sağlığın korunmasının temelinde de yararlılık ilkesi yatmaktadır. Tıp biliminin hedefi hastalara en üst seviyede fayda sağlamaktır. Hastanın yaşamını tehdit eden veya kalıcı zararlar bırakabilecek durumlar için bazen küçük zararları kabullenmek gerekmektedir dolayısıyla hekimin hastanın tedavisinde fayda zarar dengesini iyi gözetmesi gerekir.

¹²⁷ ARDA, PELİN, “Tıbbi Etik: Tanımı, ...”, s. 330-331.

¹²⁸ AYDIN, Erdem, “Tarihsel ve Güncel Yönden Tıp”, *Erdem Atatürk Kültür Merkezi Dergisi*, Ankara Eylül 2006, C. 15, S. 44, s. 93.

¹²⁹ METİN, Biyo-tıp Etiği ve Hukuku, s.133.

¹³⁰ YILDIRIM, ...*Kuramsal Etik Çalışması Yapanlardan Bekledikleri*, s. 18.

¹³¹ ERDEMİR, “Etik, Tıp Etiği İlkeleri...”, s. 52.

Hekimin, hastasının tıbbi faydasını sağlamakla görevli olduğu kadar hastasında oluşabilecek zararı engellemek veya oluşan zararı ortadan kaldırmakla da görevlidir. Bazen yararlı olmak zararı ortadan kaldırmakla mümkündür önemli olan hastaya yarar sağlamak adına zarar vermemektir bu nedenle yarar ve zarar ilkesi birbirinden ayrılmaz temel ilkelerdir. Hastaya yarar sağlanırken yapılacak tıbbi işlemin riskleri göz önünde bulundurulmalıdır, riskler fazla ise ve beklenen yararı karşılamıyorsa risklere girmenin bir önemi yoktur ancak yapılacak tıbbi işlem birçok riskleri barındırmasına rağmen fayda sağlanması bekleniyorsa tıbbi işlemin yapılıp yapılamayacağına hasta özerkliğiyle karar vermelidir.

2. Yararlılık İlkesi

Yararlılık ilkesi, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında her şeyden önce ve her şeyin üstünde hastaya yararlı olmayı öngören temel bir ilkedir¹³². Yararlılık ilkesinin temelinde hekimlerin ve sağlık çalışanlarının hastalarını sonuna kadar tedavi etmeleri ve ıstıraplarını dindirmeleri yani hastaya yararlı olunması yatmaktadır. Bu nedenledir ki insanları hastalıktan kurtaran ve insanlara yararlı olan tıp biliminin temelinde yararlılık ilkesi yatmaktadır¹³³. Yararlılık ilkesinde, yarar ve zararın dengelenmesi ve kesin yararlı olmak unsurları göze çarpmaktadır¹³⁴. Zarar vermeme (primum non nocere) ilkesi gibi yararlılık ilkesi de Hipocrates'e dayanmaktadır. Yararlılık ilkesinin amacı; bir eylemin olumlu sonucunun ağır basması bu durum gerçekleşmese bile en azından belli bir dengede tutulmasıdır. Böylece yarar yönündeki olumlu sonuçlar artarken zarar yönündeki olumsuz sonuçlar azalacaktır¹³⁵.

Zarardan sakınmaya ve iyiyi yapmaya yönlendiren yararlılık ilkesinin dört unsuru bulunmaktadır. Bunlar zarar vermeme, zararı önleme, zararı ortadan kaldırma ve iyiyi yapmadır. Bu unsurların hiyerarşik düzenlemesi vardır ve ilk sırada zarar vermeme unsuru yer almaktadır ancak diğer unsurlarında göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Söz gelimi; cerrahi işlemin insan vücudu üzerinde zararı vardır ancak bu müdahale hayat kurtarabilir, ağrıları azaltabilir veya hareketliliği arttırabilir bu

¹³² ERSOY, Nermin, AYDIN, Erdem, "Tıbbi Etikte Yararlılık İlkesi", *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*, Ankara 1994, C. 2, S. 2, s. 57.

¹³³ ERDEMİR, "Etik, Tıp Etiği İlkeleri...", s. 49.

¹³⁴ METİN, Biyo-tıp Etiği ve Hukuku, s. 132.

¹³⁵ AYDIN, Tıp Etiğine Giriş, s. 40.

açından bakılacak olursa kısa süreli zararlara, uzun süreli yararlar nedeniyle cerrahi operasyona karar verilir¹³⁶.

Temel ilkesi zararı en aza indirip faydayı en üst seviyeye çıkartmak olan yararlılık ilkesinin, karşılaştığı en büyük ikilem, modern tıp ilerledikçe teknolojinin tıp biliminde baskın olması ve hastaya yarar sağlama adına yapılan bir takım potansiyeli yüksek işlemlerin aynı zamanda hastaya zarar verme riskidir. İkinci bölümde işlenecek olan bu durum, günümüzde sağlık uygulamalarında hakim olan pozitif defansif tıp uygulamalarının etkinliğinin artmasına yol açmaktadır.

Yararlılık ilkesinde tartışılan diğer bir konu ise, hekimin hastasının yararına aldığı bir kararın, hastanın kendisiyle ilgili karar verme imkânını kaldırabileceğidir. Hekimin yararlılık ilkesine uyma adına bilgi, teknik ve becerisine dayanarak hastasını karar sürecine dâhil etmeyerek paternalist anlayışa bürünmesi, özerkliğe saygı ilkesiyle çatışmasıdır¹³⁷.

Yararlılık ilkesi temel ilke olmakla beraber daha önceden değinildiği üzere hastanın özerkliğiyle çatışmaktadır. Hasta adına iyi olacak her şeye hekimin karar vermesi ve hastayı tedavi sürecine dâhil etmemesi hastanın içsel değerlerinin geri plana atılmasına neden olmaktadır. Bazen yarar sağlama adına hastaya zarar verilmesi durumunda, yararlılık ilkesinin zarar vermeme ilkesiyle çatıştığı görülmekte ve yararlılık ilkesinin sınırlarının belirsizleşmesine neden olabilmektedir.

3. Adalet İlkesi

Teşhisi ve sağlık gereksinimleri aynı olan hastaların aynı bakım hizmeti almaları adalet ilkesinin temel unsurudur. İnsan haklarına saygı gösterilmesi ve her bireyin eşit şekilde sağlık hizmetinden faydalanması adalet ilkesinin varoluş sebebidir. Ancak gözden kaçırılmaması gereken nokta sağlık hizmetlerinin izafi bir şekilde tahsis edilmesi durumuyla karşı karşıya bırakılabileceğidir¹³⁸.

¹³⁶ KARAÖZ, Süreyya, “Cerrahi Hemşireliği ve Etik”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Sivas 2000, C. 4, S. 1, s. 14

¹³⁷ AYDIN, Tıp etiğine Giriş, s. 42

¹³⁸ KARAÖZ, “Cerrahi Hemşireliği ve Etik”, s. 14.; ORAN, Turan Nazan ve YÜKSEL, Esmâ, “Kültürlerarası Hemşirelik ve Etik”, *Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, Ankara 2015, C. 1, S. 3, s. 10.

Sağlık hizmetlerinde, mevcut kaynakların adil kullanılması temel prensiptir. Adalet ilkesi uygulanırken karşılaşılan en büyük etik problem, halk sağlığı hizmetlerinde, devlet düzeyinde veya sağlık kurumlarında tıbbi kaynakların gerek bireylere gerekse toplum kesimine adil biçimde nasıl paylaşılacağıdır¹³⁹.

Tedavi nafil, yararsız, boşuna veya gereksiz ise, tıbbın hedeflerinden herhangi birinin elde edilmesine imkân verilmiyorsa, elde edilecek fayda; hasta bireye, kuruma ve topluma getireceği zarardan, çok daha düşük ise hakkaniyetli değildir. Bu nedenle faydası olmayan tedavinin sürdürülmesi kaynakları adil paylaşırma görevinin yerine getirilmediği anlamına gelmektedir¹⁴⁰. Tıbbi imkânların hastalara yeterince sağlanamaması bireyin sağlık hakkını zedelemektedir. Tıbbi hizmetlerin sınırlı olmasından dolayı tıbbi kaynakların devlet düzeyinde ne kadar adil kullanıldığı sorununun karşımıza çıkartmaktadır. Bundan yola çıkarak kaynakların koruyucu sağlık hizmetlerine mi, yoksa tedavi edici tıp hizmetlerine mi aktarılacağı sorusu gündeme gelmektedir¹⁴¹.

Tıbbi imkânların her bireye yeteri düzeyde sağlanmaması, bireyin sağlıklı bakım hakkını örselemektedir. Ancak çağdaş tıbbi bakım hizmetleri sınırlıdır. Dolayısıyla ekonomik kaynakların devlet düzeyinde ne kadar adaletli kullanıldığı önemli bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır¹⁴². Hekimlerin hastaların tedavisinde birini diğerinden önemli görmeyip bütün hastalarına eşit davranması adalet ilkesine dayanır. Tıbbi kaynaklar sınırlı olabilir önemli olan bu kaynakların ve sağlık hizmetlerinin adil bir şekilde dağılmasıdır. Hekimin adaletli davranmasının en önemli kriteri, bütün hastaların hayatını kurtaracak bir çözüm yolu bulmaktır¹⁴³.

Ahlâki bir ilke olan adalet, birbirleriyle yarışan talepler arasında adil bir düzenleme temeli üzerine davranma şeklindeki ahlâki bir yükümlülüktür. Eşitlik, adaletin özüdür. Ancak Aristo'nun dediği gibi adalet, salt eşitlikten fazla bir şeydir. Eşit olanlara eşit, eşit olmayanlara ise orantıda eşitsiz muamele etmek ahlaka uygundur. Bireysel olarak hekimler, kendi kişisel ön yargıları ya da tercihleri

¹³⁹ ATICI, Elif, *Erişkin Lösemili Hastalarda Hasta-Hekim İlişkisinin Tıp Etiği Açısından İncelenmesi*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bursa, 2005, s. 102; AYDIN, Tıp Etiğine Giriş, s. 69.

¹⁴⁰ ERSOY, Nermin, "Onkoloji Hemşireliğinde Etik", *Türk Onkoloji Dergisi*, İstanbul 2009, C. 24, S. 4, s. 194-195.

¹⁴¹ AYDIN, Erdem, ERSOY, Nermin,, "Tıbbi Etikte Adalet İlkesi", *Tıp Etiği- Hukuku- Tarihi Dergisi*, Ankara 1994, C. 2, S. 2, s. 62.

¹⁴² AYDIN, "Tarihsel güncel Yönden Tıp", s. 97.

¹⁴³ ERDEMİR, "Etik, Tıp Etiği İlkeleri...", s. 53.

doğrultusunda hastalarına karşı ayrımcı davranışlarda bulunmamalıdır, tıbbi kaynakları dağıtırken kişisel tercih ve ön yargılardan hareket etmemelidir¹⁴⁴.

Hukuk bilimi, zayıfların korunması temelinde hareket eder bu nedenledir ki insan hasta olduğunda hak sahibi olur ancak hak sahibi olması demek tıbbi kaynakların hastalara eşit dağıtılacağı anlamına gelmemektedir çünkü tıbbi kaynaklar kısıtlıdır ve her hastaya eşit dağıtılması mümkün değildir. Tıbbi kaynakların adil bir şekilde dağıtılmasında hastanın durumunun ağırlığı göz önüne alınmaktadır. Tıbbi kaynağa ulaşmadığı zaman hangi hastanın öleceği veya durumunun daha da ağırlaşacağı bilgisine hekimi sahiptir bu nedenle tıbbi kaynakların adil dağıtılmasında hekimler etkin bir roledir. Adalet ilkesinin ve insani unsurların gereği olarak hekimler dil, din, ırk, cinsiyet, etnik köken gibi farklılıkları göz ardı edip hastalarına eşit yaklaşmalı ve durumlarının ağırlığına göre tıbbi kaynak temin etmelidirler.

4. Özerklik ve Özerkliğe Saygı İlkesi

Bireylerin özgür biçimde kendileriyle ilgili konularda karar vermelerine özerklik denilmektedir. Özerkliğin var olabilmesi için; bireyin özerk olması, kararlarını özerk bir biçimde verebilmesi, ortaya koyduğu eylemlerini bilinçli ve istekli olarak gerçekleştirmesi unsurlarının varlığı gerekmektedir. Hasta hakları, insan hakları, vatandaş hakları hatta tüketici hakları kaynağını özerklikten alıp tıp uygulamalarında karşımıza çıkmaktadır¹⁴⁵.

Bireysel özerkliğin temelinde, insanların hayatlarını kendilerinin belirlemesi inancı yatmaktadır. İnsanlar bir düzeye kadar hayatlarını kontrol edebilir ve bu doğrultuda da hayatlarına şekil verebilmektedirler¹⁴⁶. Bu doğrultuda yaklaşılacak olursa; yararlılık ilkesi en eski ve en büyük tıp etiği olarak kabul edilmiş ancak insan haklarının bir parçası olan hasta haklarının ilerlemesi sonucunda 1960'lardan sonra etkisi azalmaya başlamıştır. Böylece hekim, hastasının tıbbi yararının yanı sıra özerk birey olmasından kaynaklanan haklarını kullanma fırsatı vermekle yükümlüdür¹⁴⁷.

¹⁴⁴ METİN, Biyo-tıp Etiği ve Hukuku, s. 134.

¹⁴⁵ ARDA, PELİN, "Tıbbi Etik: Tanımı...", s. 331.

¹⁴⁶ ÇAĞLAR, İrem, "Joseph Raz'ın Zarar İlkesi Yaklaşımı", *Hukuk Felsefesi ve Sosyolojik Bakışlar V. Sempozyum*, İstanbul, İstanbul Barosu Yayınları, 2012, s. 8.

¹⁴⁷ EMİR, ...*Biyotıp Araştırmalarında Biyobankalar*, s. 14.

Özerklik ilkesi bilinçsel bir davranıştan ziyade insan ilişkilerinin olduğu noktadan kaynaklanmaktadır. Batı dünyasında insan hayatına önem verilmesi ve kişilik haklarının gelişmesi özerkliğin yerleşmesini sağlamıştır. Bu değişim süreci ABD’de başlamış sosyo-kültürel ve politik olarak dünyaya yayılmıştır. Bu değişimde demokratik katılımın, medyanın katkısının, otoriterleşmeye duyulan kuşkunun, bilimsel ve teknolojik gelişmelerin rolü büyük olmuştur. Bunlara bağlı olarak da bireylerin başkalarının özerkliğine saygı göstermeleri ve özerkliğin korunması gerektiği beklenir hale gelmiştir¹⁴⁸.

Özerkliğe saygı ilkesinden söz etmek, “*gerçekte hekim-hasta ilişkisinin niteliksel etik yönünden belirlendiği bir ilişki modelinden söz etmek*” demektir, hekimin tedavi gücünü kötüye kullanmasının önüne geçilmesi, hastanın kendi hayatının kontrolü konusunda söz sahibi olması ve bu yönde de hukuki düzenlemelerin yapılması açısından özerklik ilkesinin temel alınması gerekmektedir¹⁴⁹.

Bu ilke, hekimleri hastalarıyla işbirliği yapmaya ve karar sürecine dâhil etme anlayışına itmiştir. Bu durum hastanın özerkliğini geliştirdiği gibi hekimlerin üzerindeki sorumlulukları da azaltmıştır. Ancak geleneksel, otoriter, koruyucu yani paternalist hekimlik anlayışının gücü azalsa da devam etmektedir¹⁵⁰.

Hekim tarafından hastaya, hastalığın tanısı, tedavisi için uygulanması gereken tedavi, tedavinin yapısı ve içerdiği riskler, bahsedilen tedavi uygulanmaz ise ortaya çıkabilecek durumlar anlatılarak, hastanın hiçbir baskı altında kalmadan özgür iradesiyle ve bilinçli olarak hekim tarafından önerilen tedavi yöntemini kabul etmesi “*aydınlatılmış onam*” olarak kabul edilmektedir¹⁵¹. “Hasta onayının verilmesiyle, doktorun iradesi ortadan kalkmakta, hastanın iradesi onun iradesi yerine geçmekte ve gerçekte doktor değil, hasta hareket etmektedir. Daha kısa bir anlatımla, ‘*tedavi iradesi hastaya aittir*’ hasta bunu kullanması için doktora vekâlet (rıza-izin-onam) vermektedir”¹⁵². Özerklik ilkesinin ana unsurlarından olan onamın temelinde *rıza*

¹⁴⁸ AYDIN, Erdem, “Tıp Etiğinde Hasta Özerkliğine Saygı İlkesi”, *Erciyes Tıp Dergisi*, Kayseri 2003, C. 25, S. 2, s. 93-94.

¹⁴⁹ AYDIN, Tıp Etiğine Giriş, s. 49-50.

¹⁵⁰ YILDIRIM, ...*Kuramsal Etik Çalışması Yapanlardan Bekledikleri*, s. 16.

¹⁵¹ ÖZLÜ, Karaman, Zeynep, KILIÇ, Münevver, YAYLA, Ayşegül, “Cerrahi Aydınlatılmış Onam Hakkında Hastanın Bilgi Düzeyinin İncelenmesi”, *Sağlık Bilimleri ve Meslek Dergisi*, 2015, C. 2, S. 3, s. 319. (dergipark.ulakbim.gov.tr E.T. 18. 11. 2015)

¹⁵² ERDEMİR, “Etik, Tıp Etiği İlkeleri...”, s. 71.

vardır. Bu kavramın tıp alanına “*aydınlatılmış onam*” olarak geçmesinin nedeni, hastaya tedavisi ve tedavinin yürütülürken ortaya çıkabilecek olumsuzlukları, hastaya bilgi vererek hastadan onay alınmasıdır. Özerklik ilkesinin etkin olması ve temel unsurlarından olan aydınlatılmış onamın hukuk düzenlemelerine yerleşmesi paternalist hekimlikten katılımcı hekimliğe doğru geçişin olduğunu göstermektedir.

Tıp etiğinin unsurlarından biri sayılan aydınlatılmış onam hastanın rızası temeline dayanmaktadır. Temel ilkeler olan hastaya zarar vermeme, yarar sağlama ve özerklik ilkelerinin içeriğinde olan aydınlatılmış onam hasta-hekim ilişkisinde hastanın kendisiyle ilgili kararı esas alınmaktadır¹⁵³. Burada dikkat edilmesi gereken nokta, hastadan alınan rızanın varlığına dayanarak, hastanın rızasına uygun olmayan müdahalede bulunmamaktır, sadece verilen rızaya uygun tıbbi müdahalede bulunmak esastır¹⁵⁴. 1950’lerin ikinci yarısında ortaya atılan, 1970’lerde de yaygın biçimde tartışılan aydınlatılmış onamda öncelikle hastaya bilgi verildikten sonra tıbbi karara dâhil edilmesi söz konusudur. Hastaya hastalığının tanısı, tedavisi, seçenekleri, tedavinin olası yan etkileri, sonuçları, hastalığın ve tedavinin gidişatı hakkında hastanın anlayabileceği şekilde açıklanması bunun sonucunda onamın alınması gerekmektedir. Bu süreç hastaya sorumluluk, hekime de etik yükümlülük getirmektedir¹⁵⁵.

Aydınlatılmış onamın geçerli sayılması için bazı şartlar gerekmektedir. Birincisi, hastanın vermiş olduğu onam ahlâka ve hukuka uygun olmalıdır. İkincisi onam; baskı, tehdit, kandırma ve eksik bilgilendirme ile alınmamış olmalıdır. Üçüncüsü ise, alınan onam hastanın yaşam hakkını ortadan kaldıracak nitelikte olmamalıdır. Bu şartlara dikkat edilmeden alınan onam geçersiz sayılacak ve hekimin onama dayanarak yaptığı müdahale hukuka aykırı olacaktır¹⁵⁶. Hastanın kendisiyle ilgili en doğru kararı verebilmesi, hekiminden eksiksiz ve doğru bilgi almasıyla mümkün olmaktadır. Bu nedenle aydınlatılmış onam ile hastaya, hastalığının tedavisi, tedavinin aşamaları, uygulanacak olan tedavinin yan etkisi gibi tıbbi bilgilerin verilmesiyle hasta tıbbi karara dâhil edilmektedir. Bunun sonucunda da aydınlatılmış onam özerkliğe saygı ilkesinin temel unsurudur.

¹⁵³ SERT, Gürkan, *Tıp Etiği ve Mahremiyet Hakkı*, İstanbul, Babil Yayınları, 1. Baskı, 2008, s. 198.

¹⁵⁴ PAZARCI, Ayşe Almıla, “Ulusal Mevzuat ve Uluslararası Kaynaklar Çerçevesinde İnsan Üzerinde Deney ve Deneme Kavramları”, *Sağlık Hukuku Digestası*, Ankara 2012, S. 2, s. 48.

¹⁵⁵ AYDIN, “Tarihsel ve Güncel Yönden Tıp”, s. 98-99.

¹⁵⁶ OKYAY, Ramazan Azim, AKBABA, Muhsin, KİRKİT, Ecem, “Aydınlatılmış Onam ve Aşılama”, *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, Ankara 2015, C. 13, S. 2, s. 156.

Hekimlik, içinde birçok riskler barındıran yoğun bilgi ve beceri gerektiren bir meslektir. Hasta, ruhsal ve bedensel zayıflığı nedeniyle hekim karşısında edilgen durumdadır dolayısıyla hekimle hasta arasında eşit bir ilişki söz konusu olamaz. İlk çağlardan beri oluşan etik ilkeler hastanın hekimine karşı güvenini sağlamaya yöneliktir. İnsanın kendi hayatıyla ilgili karar verebilmesi ancak durumuyla ilgili bilgilendirilmesiyle mümkün olur. Sağlık çalışanları hastaları bilgilendirmek zorundadırlar ve yapılacak işlem için hastanın rızasını almak durumundadırlar. Aydınlatılmış onamla hekimin yaptığı müdahaleler hukuka uygun hale gelmektedir, yarar sağlama ve zarar vermeme ilkesi özerklik ilkesiyle dengelenmektedir. Bu şekilde gerek hekimlerin gerekse sağlık çalışanlarının görevlerini kötüye kullanması engellenmeye çalışılmaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

DEFANSİF TIP VE DEFANSİF TIP UYGULAMALARI

Son dönemlerde adını sıkça duyduğumuz defansif tıp uygulamalarına geçmiş dönemlerden beri hekimler, bir takım korkularından dolayı başvurumaktadırlar. Ancak, yarım yüzyıla yakın bir süredir toplumsal, siyasal, ekonomik değişim ve teknolojik gelişimlerin etkisiyle hekimlerin defansif tıp uygulamasına yönelmeleri oldukça artmış ve sağlık hizmetleri açısından ciddi sıkıntılara yol açmıştır. Bu bölümde defansif tıp kavramına, defansif tıp uygulamaların gelişimine, çeşitlerine ve hekimleri defansif tıp uygulamalarına yönelten nedenlere ve bu uygulamanın hastalara yansımalarına değinilecektir.

I. DEFANSİF TIP KAVRAMI

İnsanlık tarihiyle birlikte başlayan tıp bilimi, Hipokrates’le birlikte başlayan klinik tıbbı kadar, hastalıkların teşhisi ve tedavisi büyücüler ve din adamları tarafından yapılmıştır. Günümüze kadar tıp bilimi, diğer bilimlerden de destek alarak gelişmiş özellikle de son dönemlerde teknolojiyi de kullanarak birçok hastalığın teşhisi ve tedavisi yapılmıştır. Tıp biliminin ilerlemesi insanlık adına çok faydalı olmuştur fakat günümüz ekonomik sistemi ile entegre edilmeye çalışılması ve devasa bir kazanç sektörü haline dönüştürülmesi, var olan bir çok etik ve hukuk problemlerini daha da arttırmıştır.

21. yy’a doğru sağlıkla ilgili ciddi sorunlar görülmeye başlanmıştır. Sağlık sisteminden kaynaklanan ve başka etmenlerden de etkilenen, bu sorunların başında gelen hekimlerin defansif tıp uygulamaları olmuştur. Kelime anlamı “savunma” olan defansive¹⁵⁷ İngilizce bir kelime olup, dünyada ve son dönemlerde de ülkemizde sıkça duyduğumuz bir kavramdır. Defansif tıp, “hekimin ceza veya hukuk davalarıyla karşılaşmamak, tazminat ödememek, sigorta poliçe primlerini arttırmamak amacıyla aşırı korumacı ya da çekingen davranarak teşhis ve tedaviye yönelik tıbbi uygulamaları gereksiz kullanması ve malpraktis davası ile sonuçlanma olasılığı

¹⁵⁷ <http://www.nedirnedemek.com/defansif-nedir> (E.T. 25.01.2017)

yüksek olan uygulamalardan kaçınması” şeklinde tanımlanabilir¹⁵⁸. Diğer bir ifade ile, “tanı ya da tedaviye ilişkin kaynakların öncelikle hasta için değil, olası malpraktis davalarından korunmak amacıyla kullanılmasıdır” şeklinde tanımlanmıştır¹⁵⁹. En kapsamlı ve yerinde olan defansif tıp kavramının tanımı ise; hekimin olağan hekimlik davranış biçiminden farklı bir davranış biçimine sapması veya bu davranış biçimini iyi bir davranış olarak nitelendirilmesidir¹⁶⁰.

1 Haziran 2005 tarihinde 5237 sayılı TCK’nın yürürlüğe girmesiyle Hayata Karşı Suçlar ve Vücut Dokunulmazlığına Karşı suçlar başlığı altında düzenlenen yaptırımların ağırlaştırılmasıyla ülkemizde sıkça gündeme gelen Defensive Medicine kavramı; çekinik tıp, savunmacı tıp, temkinli tıp ve defansif tıp olarak Türkçe kaynaklara geçmiştir¹⁶¹. Defansif tıp uygulamasının, zaman içerisinde hem hastalara hem de hekimlere büyük zararlar verebildiği gözlenmiş ve bu konuda araştırmalara ağırlık verilmeye başlanmıştır. Sadece ABD’de değil birçok ülkede de özellikle hekimler arasında yaygın olduğu ve hastalara geri dönüşümünün tehlikeli boyutlara ulaşabileceği görülmüştür.

Güven ve saygıya dayanan hasta-hekim ilişkisinin zedelenmesi, temel hasta haklarına ve tıp etiğine ters düşmesi aynı zamanda sağlık harcamalarını aşırı düzeyde arttırması defansif tıp uygulamalarının olumsuz yansımalarıdır.

II. DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ GELİŞİMİ

Rönesans ve Pozitivizm gibi fikişsel akımlar aydınlanma çağını getirmiş ve Fransız İhtilalini tetiklemiş bunun sonucunda da İnsan Hakları Bildirisi oluşturulmuş ve bütün dünyaya mal olmuştur. Bu süreç beraberinde demokrasi, cumhuriyet, hukuk gibi öğelerin yerleşmesine zemin hazırlamış ve İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinin ana unsurları olan özgürlük, eşitlik gibi temel hakların gündeme gelmesine neden olmuştur. Bu süreç sanat, bilim hukuk, sağlık gibi birçok alanda etkisini göstermiştir.

¹⁵⁸ AYNACI, Yusuf, *Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması*, (Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi), Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Konya, 2008, s. 1.

¹⁵⁹ SELÇUK, Mehmet, *Çekinik (Defansif) Tıp*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2015, s. 7.

¹⁶⁰ ORTASHI, Osman and friends, “The Practice Of Defensive Medicine Among Hospital Doctors in The United Kingdom”, *BMC Medical Ethics*, 2013, 14: 42, n. 1.

¹⁶¹ AYNACI,... *Tıp Uygulamalarının Araştırılması*, s. 3.

Temel hak kavramları bilincinin oluşmaya başlamasıyla, sağlık hakkı bireyler tarafından talep edilmiş ve tıbbi hatalara kader gözüyle bakılmama durumu söz konusu olmuştur. Malpraktis (Tıbbi Kötü Uygulama) 19.yy sonuna kadar ABD’de, alışılmadık bir durumdu. Kişilerin maruz kaldığı yaralanmalarda din meşrulaştırıcı bir rol oynamaktaydı. Dinin rolünün azalmasına bağlı olarak, malpraktisle ilgili hukuk davaları ortaya çıkmıştır ve insanın kişisel sağlığının, yine insanlar tarafından kontrol altına alınabileceği ve sağlıklı bir yaşam koşulunun yaratılabileceği düşüncesi baskın olmuştur. İnsan haklarının başında gelen sağlık hakkının, yerleşmeye başlamasıyla hukuk unsurunun önemi artmış ve malpraktis davalarının sayısı yükselmeye başlamıştır. 1840-1860 yılları arasında ABD’de Eyalet Temyiz Mahkemeleri’ne taşınan malpraktis davalarının oranı %950 üzerine çıkmıştır. Nüfus artışıyla karşılaştırıldığında bu dava sayılarının on kat arttığı görülmüştür. Bu dönemde tıbbi dergiler ilk sayfalarını malpraktis konularına ayırmıştır¹⁶².

1965 yılında Medicare (yaşlılar için sağlık sigortası), Medicaid (yoksullar için sağlık sigortası) oluşturulmuş ve sağlık hizmetlerinin kapsamı genişletilmiştir¹⁶³. Ancak 1960’lı yıllardan itibaren ABD’de tıbbi hata kaynaklı davalar artmaya başlamıştır. Bu davaların nedeni, sonuçları ve mali etkileri araştırılırken, hekimlerde davranış değişikliği fark edilmiştir. Özellikle 1970’lerden sonra hekimlerin daha sık başvurdukları ve riskli olduğunu düşündüğü hastadan veya tedaviden kaçtıkları gözlenmiştir¹⁶⁴.

1970’li yıllarda başlayan ve daha sonraki yıllarda da artmaya devam eden tıbbi uygulama hatalarıyla ilgili davalar ülke ekonomisini olumsuz etkilemiş ve bu süreç malpraktis krizi olarak adlandırılmıştır. Bu krizin giderilebilmesi için birçok eyalette Tort Reform (Haksız Fiil Sorumluluğu) adı altında, haksız fiil sorumluluğunun şartları tıbbi uygulamalar çerçevesinde tekrar değerlendirilip, bu konuda hukuki düzenlemeler yapılmıştır. Bu düzenlemelere rağmen 1985’de ikinci, 2002’de de üçüncü kriz çıkmıştır. Hekimlerin bilgilendirilmesi için yapılan

¹⁶² NAHED Brian V. and friends, “Malpractice Liability and Defensive Medicine: A National Survey of Neurosurgeons”, Plosone, 2012, Volume. 7, Issue. 6, n.1.

¹⁶³ <http://www.sargutan.com> (E. Tarihi 23. 04. 2016)

¹⁶⁴ YILMAZ, Kerem, POLAT, Oğuz, KOCAMAZ, Begüm, “Defansif Tıp Uygulamalarının Hukuksal Açıdan İncelenmesi”, *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, Ankara Ocak 2014, Yıl. 5, S. 16, s. 20.

seminerler ve bu konuyla ilgili dernek çalışmaları da istenilen düzeyde fayda getirmemiştir¹⁶⁵.

1972’de Amerika Hastaneler Birliği, hasta haklarını temel alarak; hastanın, teşhis ve tedavisi ile hastalığın gelişim seyri hakkında eksiksiz ve doğru biçimde bilgilendirilmeye ve özerk bir şekilde karar verebilmeye hakkı olduğu vurgulanmıştır¹⁶⁶. 1981’de Lizbon Hasta Hakları Bildirisi, 1994’de Amsterdam Hasta Hakları Bildirisi, 1995’de Bali Hasta Hakları Bildirisi yayınlamıştır. Bu bildiriler hasta haklarını hukuk düzlemine taşımış ve hastaları, önceki yıllara göre hekim karşısında güçlü bir pozisyona getirmiştir. Ancak bu olumlu bir gelişme olmakla birlikte; sistemdeki aksaklıklar, tıp teknolojisinin çok hızlı gelişmesi, ceza kanunlarının tıbbi terminolojiye hâkim olmadan hazırlanması gibi nedenler, hekimler aleyhine açılan malpraktis davalarının oranını arttırmıştır.

Bu süreç, önemli bir sorun olarak karşımıza çıkan defansif tıp uygulamalarını pekiştirmiştir ve hekimler tarafından sıkça başvurulmuş bir davranış modeli ve uygulama olarak karşımıza çıkmıştır. Hekimin kendini hukuk davalarından korumak, hasta ve hasta yakınlarından yönelebilecek eleştirilerin önüne geçmek amacıyla; hem, hastalardan gereksiz istenen test ve yapılan girişimlerin olası yan etkileri, hem de sağlık giderlerini büyük oranda yükseltmesi nedeniyle defansif tıp uygulamaları günümüzde sıkça tartışılan konulardan biri olmuştur.

ABD’de Beyin cerrahları arasında yapılan bir araştırmada, deneklerin %96’sının defansif tıp uygulamasında bulunduğu belirtilmiştir. Defansif tıp salgını aynı zamanda Avrupa’ya da yayılmıştır. Mesela İtalya’da Gastroenteroloji uzmanlarının %94’ünün cerrahların ve anestezi uzmanlarının %83’nün, Japonya’da ise Gastroenterologların %98’nin defansif tıp uyguladıkları rapor edilmiştir¹⁶⁷.

Genellikle cerrahlar arasında defansif tıp uygulaması olduğu konusunda bir algı mevcuttur ama yapılan araştırmalar, bu eylemin hemen hemen tıbbın bütün branşlarında görüldüğünü ortaya koymaktadır. Diğer branşlara göre daha az riskli olan diş hekimliğinde bile, ilerleyen yıllarda dava açılma korkusuyla hekimler arasında yaygın bir defansif tıp uygulaması mevcuttur. Diş hekimleri arasında

¹⁶⁵ YILMAZ, Kerem, *Defansif Tıp: Hekimin Tıbbi Uygulamalarda Sorumluluktan Kaçınması Durumunda Ortaya Çıkan Problemler*, Ankara, Seçkin Yayınevi, 1. Baskı, 2014, s.148. ; AYNACI, ...*Tıp Uygulamalarının Araştırılması*, s. 6.

¹⁶⁶ www.ism.gov.tr/hastahaklari (E. T. 24. 01. 2017)

¹⁶⁷ ORTASHI, and friends, “The Practice Of Defensive Medicine ...”, n. 2.

defansif tıp uygulamaları ile ilgili çalışmalar yeterli düzeyde olmamakla birlikte; yapılan kesitsel çalışmada defansif tıp uygulamasının %60 ile %100 oranları arasında yaygın olduğu görülmüştür¹⁶⁸.

ABD’de yapılmış çalışmalarda, kamu ve özel sağlık kurumundaki defansif tıp uygulama yoğunluğu farkı dikkat çekicidir. Kamuda çalışan doktorların %48 oranında defansif tıp uyguladıkları bu oranında özel sektöre daha düşük olduğu belirtilmiştir. 2010 yılında yapılan çalışmada defansif tıp oranının %73 ila %92 arasında değiştiği gözlenmiştir; hem kamuda hem özelde çalışan doktorların %62’sinin özel sektörde daha çok defansif tıp uygulamasına yöneldiği saptanmıştır¹⁶⁹. Yapılan kesitsel araştırmalarda, özel sağlık hizmetlerinde görev alan hekimlerin defansif tıp uygulamasına daha çok yöneldikleri gözlenmiştir. Bunun altında hekimlerin işini kaybetme korkusu yatmaktadır.

Defansif tıp uygulamasının en büyük olumsuz taraflarından birisi, daha öncede belirtildiği üzere sağlık giderlerini arttırmasıdır. Özellikle ABD’nde bu konuyla ilgilibirçok akademik çalışma mevcuttur. Massachusetts’de 2008 yılında defansif tıp uygulamaları ile ilgili bir araştırmada sadece bu eyalette bile en az 1.4 milyar dolarlık bir maliyete yol açtığı ortaya konulmuştur. Katılımcıların %83’ünün yanlış tedaviden kaçınmak için istenilen testler, yöntemler, sevkler ve konsültasyonların %18 ile %28 arasındaki bir ortalamanın savunmaya dayalı tıp pratiklerinden kaynaklandığını belirtmiştir¹⁷⁰.

ABD’de sağlık hizmetleri sunumunda; sigorta şirketleri, mesleki sorumluluk sigortası gibi aktörlerin devreye girmesi problemlili olan sağlık sistemini daha karmaşık hale getirmiştir. ABD’de sağlık hizmetlerinin yapılanması, ülkemizde de SDP adı altında uygulanmaya başlanmıştır. ABD’nin sağlık alanında yaşadığı problemleri önümüzdeki yıllarda Türkiye’nin yaşama ihtimali yüksektir. Türkiye’deki hekimler arasında defansif tıp uygulamalarının yaygınlaşması bu sürecin göstergesidir.

¹⁶⁸ BAŞER, Aysel, vd., “Diş Hekimlerinin Defansif Diş Hekimliği Konusundaki Görüşleri: Kesitsel Bir Çalışma”, *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, İzmir 2014, C. 24, S. 2, s. 104.

¹⁶⁹ EVREN, Cenk, vd., “Yüz felci ve Manyetik Rezonans Görüntüleme; Hukuk mu? Bilim mi?”, *Kulak Burun Boğaz Uygulamaları İstanbul KBB-BBC Uzmanları Derneği Yayın Organı*, İstanbul 2014, C. 2, S. 2, s. 80.

¹⁷⁰ HEALEY, Bernard and COLLEGE, King’s, “Physicians Defensive Medicine and Ethics”, *Proceedings of the Academy of Health Care Management*, 2010, Volume 7, Number 1, p.16.

III. DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ ÇEŞİTLERİ

Bazı çalışmalarda daraltılmış bir defansif tıp uygulaması yaklaşımı benimsenmiştir. Defansif tıp uygulama pratikleri pozitif ya da negatif olabilir. Buna göre, pozitif defansif tıp uygulamalarında doktorun hastayı teşhis ve tedavi etmekten ziyade eleştiriden kaçınmak amacıyla testler, prosedürler ve tedavi talep etmesi söz konusudur. Ekstra testlere ve prosedürlere öncelikle malpraktis yükümlülüğünü azaltmak için ihtiyaç duyulmaktadır. Negatif defansif tıp uygulamasında ise hekimlerin bazı hasta ve uygulamalardan kaçınması, böylece tıbbi hizmetleri yerine getirmekten uzak durması ve hastaya etkili bir tedavi sürdürülmesinin reddedilmesi söz konusudur¹⁷¹.

Pozitif defansif tıp uygulamalarında hekimin özen borcu üzerinde fazla durması sonucunda yada hekim, bilgi ve tecrübe yetersizliği nedeniyle hastaya faydası olmayan gereksiz tetkikler istemekte veya gereksiz tıbbi müdahale uygulaması söz konusu olmaktadır. Hekimin, pozitif tıp uygulaması sonucunda hastaların gereksiz yere hastanelere yatırılmaları ve gereksiz tetkiklere maruz kalmasının yanı sıra gereksiz ilaç takviyelerinin yapılması durumunda komplikasyon riski artmakta ve hastaya yarar sağlamak adına zarar verilmektedir. Bununla beraber tıbbi harcamalar ve hekimin iş yükü ciddi oranda artmaktadır dolayısıyla pozitif defansif tıp uygulamalarıyla hekim hem hastasına hem de kendisine zarar vermektedir.

Negatif defansif tıp uygulamalarında hekimin yüksek riskli hastaları listesinden çıkartması ve riskli müdahalelerle uğraşmak istememesi söz konusudur. Bu durumda negatif defansif tıp uygulamalarında hekimin ihmali devreye girmektedir. Gerek pozitif defansif tıp uygulamaları gerekse negatif defansif tıp uygulamaları, sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürmekte ve hastaların memnuniyetsizliğine sebep olmaktadır. Bu durum hekimin şiddete uğrama oranını da arttırmaktadır.

ABD’de yapılan bir araştırmada hekimlerin %93’nün defansif tıp uyguladığı, %43’nün ise gereksiz görüntüleme tetkiki istediği saptanmıştır¹⁷². 2008’de Konya’da yapılan bir çalışma sonucunda hekimlerin, %79.74 pozitif defansif tıp, %75.66

¹⁷¹ ORTASHİ, andfriends, “The Practice Of Defensive Medicine...”, n. 1-2.

¹⁷² <http://defansiftip.blogspot.com.tr/> (E. T. 11. 01. 2017)

negatif defansif tıp genel olarak ise %78.38 oranında defansif tıp uyguladıkları saptanmıştır¹⁷³. Hekimler arasında defansif tıp uygulama oranının yüksek olması sağlık hizmetlerinin olumsuz etkilenmesi açısından kaygı vericidir.

A. Pozitif Defansif Tıp Uygulamaları

Hukuk düzenlemelerinin kabul ettiği standartlar içinde yapılan ancak hastaya hiçbir yararı olmayan, hekimin sadece malpraktis davalarıyla sonlanabilecek olumsuz sonuçlara karşı yapılan ekstra uygulamalar pozitif defansif tıp uygulamaları olarak tanımlanır¹⁷⁴. Hekimler, malpraktis endişesiyle muayene bulguları ve tanı için yeterli olacak tetkikleri istedikten sonra teşhisi koymuş olsa bile kendini koruma eğilimine girip fazladan tetkik isteyebilmektedirler¹⁷⁵. “Somut olay için anlamsız olan ve sadece hekimin kendisini garantiye alması için öngöreceği bütün teşhis yöntemleri gereksizdir”¹⁷⁶. Ancak yapılan bazı çalışmalarda, pozitif defansif tıp uygulamalarının sağlık hizmetleri sunumunda kaliteyi arttırdığı öne sürülmüştür. Pozitif defansif tıp uygulamaları nitelikli iyileştirmelerdir, görüntüleme tekniklerinin yüksek oranda tercih edilmesi, denetimlerin artması, tüketici memnuniyet faaliyetlerinin artması, hastaya daha ayrıntılı açıklama yapılması ve ayrıntılı not alma gibi uygulamalar nitelik artırmaktadır¹⁷⁷.

Pozitif defansif tıp uygulamaları doğru gibi algılanan fakat bunun bir yanılsama olduğu, faydasından çok zararının olduğu durumu şu cümlelerle ifade edilmiştir: “Daha fazla teşhis daha erken teşhise yol açar, bu durum iyi tıbbi bakım anlamına gelir. Kimileri için doğru olabilir. Fakat madalyonun diğer yüzü vardır. Fazla teşhis, insanların kendilerini daha az sağlıklı hissettirebildiği gibi; aşırı teşhis aşırı tedaviye yol açıp, çok rahatsızlık vermeyen ya da hiç rahatsızlık vermeyen

¹⁷³ AYNACI,... *Tıp Uygulamalarının Araştırılması*, s. 101.

¹⁷⁴ SELÇUK, *Çekinik (Defansif) Tıp*, s. 10.

¹⁷⁵ ODABAŞI, Aysun Balseven, TÜMER, Ali Rıza, “Çekinik (Defansif) Hekimlik: Yeni Türk Ceza Kanunu’nun Uygulanma Aşamasında Toplum Bekleyen Tehlike”, *Sted*, Ankara 2006, C. 15, S. 4, s. 58.

¹⁷⁶ HAKERİ, Hakan, *Tıp Hukuku*, Ankara, Seçkin Yayınevi, 3. Baskı, 2010, s. 285.

¹⁷⁷ SUMMERTON, Nicholas “Positive and Negative Factors in Defensive Medicine: a Questionnaire Study of General Practitioners”, *British Medical Journal*, 1995, Vol.310, No.6971, Jan. 7, p. 1.

sorunların tedavisi için insanlara zarar verebilir. Kısacası aşırı tedavi daha kötü bir duruma neden olabilir”¹⁷⁸.

Kimi uzmanlar pozitif defansif tıp uygulamalarını aşırı tedavi ve aşırı teşhis olmak üzere ikiye ayırmaktadır. Aşırı tedavide, muayene edilen hasta sayısının haddinden fazla artması ve muayene esnasında hastaların hekimlere karşı fazla sorgulayıcı olmasının hekimler üzerinde yarattığı gerginlikle beraber hekimin işindeki başarının komplikasyon yokluğu nedeniyle değil de puanlama veya ürettiği skorla ve bunlarında para ile ölçülmesi durumu söz konusu olmaktadır. Aşırı tedavide ise, ilaçla veya fizik tedaviyle iyileştirilebilecek bir hastalık cerrahi operasyonlarla giderilmeye çalışılır dolayısıyla aşırı tedavide hastaya zarar verilme durumu yüksektir¹⁷⁹. Örneklendirecek olursak: Biyopsi ve sezaryen gibi girişimler hastaya zarar verme ihtimali yüksek olan pozitif defansif tıp uygulamalarıdır. Bu uygulamaların hem maliyeti yüksektir hem de hastanın sağlığı ve psikolojisi üzerinde olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Hekim pozitif defansif tıp uygulamalarıyla kendini koruma eğilimine yönelmekte ve tıbbi gerekliliği olmayan işlemlerde bulunmakta veya gerekli işlemleri abartmakta daha önce durmadığı özen borcu üzerinde fazla durmakta böylece olası malpraktis davalarına karşı hazırlıklı olmaya çalışmaktadır¹⁸⁰.

ABD’de hekimler üzerinde yapılan bir araştırmada, hekimlerin %76’sı malpraktis davalarının hastalara daha kaliteli bir tıbbi hizmeti vermediğini, %79’u gereksiz tetkik istediğini, %91’nin diğer hekimlerin gereksiz tetkikler istediklerine inandığını, %41’inin ise gereksiz yere ilaç reçete ettiklerini ortaya koymuşlardır¹⁸¹. Pozitif defansif tıp uygulamalarının kaynağı, sadece hekimin maruz kalabileceği malpraktis davalar değil, sağlığın ticari bir hizmet haline gelmesi ve bu durumun yerleşmesi için medyanın özellikle üstü kapalı bir şekilde reklam ayağının kullanılmasıdır. Bu durum hekimlerle yapılan söyleşilerde dile getirilmiş ve şu cümleler söylenmiştir: “Televizyondaki hastalık programlarını, check-up tıbbi kontrol yaptırmayı teşvik eden reklamları izleyen, kendine bir hastalık uygun görüyor sonra da hastaneye gidiyor. Arabada bile radyonuz açıksa yarım saat arayla, adını

¹⁷⁸ WELCH, H. Gilbert, SCHWARTS, Lisa M., WOLOSHİN, Steven, *Aşırı Teşhis Sağlık Adına Hasta Etmek*, Çev. Akif Akalın, İstanbul, İnsev Yayınları, 1. Baskı, 2013, s. 14.

¹⁷⁹ ARSLANOĞLU, İlknur, *Tıp Budur! Akıl Giren Bedene Doktor Girmez*, İstanbul, İthaki Yayınları, 1. Baskı, 2014, s. 127-128.

¹⁸⁰ SELÇUK, *Çekinik (Defansif) Tıp*, s. 11.

¹⁸¹ ODABAŞI, TÜMER, “Çekinik (Defansif) Hekimlik; ...”, s. 58.

duymaktan korkuya düşebileceğiniz bir hastalık hakkında detaylı bilgi veriliyor, sanki ertesi gün sizi tıp fakültesi 4. Sınıfta sınava alacaklar. Zaten artık hastaneye erişimde çok kolaylaştı, nüfus cüzdanını alan hastaneye geliyor. Sonrada sonu gelmeyen tetkikler, tanısal girişimler, endoskopiler, tomografiler, anjiyolar ve tedavi girişimleri...”¹⁸².

Tıp biliminde teknolojinin önemi inkâr edilemez. Özellikle görüntüleme cihazlarının gelişimi sayesinde hastalığa neden olan en küçük anormallikler saptanabilmektedir ve bu saptamaya bağlı olarak da insanlar tedavi edilmektedir. Ancak görüntüleme tekniklerinin bu kadar etkin kullanılması, insanı rahatsız etmeyen veya ölümcül olmayan en ufak bir anormalliği bile hastalık gibi algılanıp aşırı tedavisine neden olabilmektedir. Aynı zamanda radyasyonun riskleri bilinmesine rağmen, aşırı ve bilinçsiz kullanımı devam etmektedir. Yapılan bir araştırmaya göre 1991-1999 yılları arasında ABD’de görülen kanserlerin %4’ünün Bilgisayarlı Tomografi çekimlerinden kaynaklandığı tespit edilmiştir. 2008 yılında yapılan diğer bir araştırmada ABD’de 25 yılda BT çekimleri 20 kat, İngiltere’de 12 kat artmıştır. Türkiye’de ise Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün verilerine göre BT çekimleri 2008 yılında 5.5 milyon, 2010 yılında 7.5 milyon, 2011 yılında ise 8.3 milyon olmuştur¹⁸³.

Görüntüleme tekniklerinden olan ve sıkça başvurulanan mamografi tetkiki içinde aynı şeyleri söylemek mümkündür. Birçok insan mamografinin apaçık görünen dezavantajlarının farkında iken, en önemli zararı çok az bilinmektedir. Faydalar sistematik olarak abartılmakta ve zararlar asgarileştirilmektedir veya daha kötüsü hiç açıklanmamaktadır¹⁸⁴; bununla beraber, hastaların bilinç düzeylerinin artması, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması, sevk sisteminin işletilememesi, hastaların hekimlerden beklenti düzeylerinin artması, defansif tıp uygulamaları gibi nedenler radyolojik tetkik istemleriyle beraber laboratuvar istemlerini de belirgin düzeyde arttırmıştır. Yapılan araştırmalar, daha fazla test isteminin daha çok yarar sağlamadığını, istenilen testlerin %50’sinin klinikle uyumsuz olduğunu, hastaya daha

¹⁸² ARSLANOĞLU, Tıp Budur! Akıl Giren Bedene Doktor Girmez, s. 72-73.

¹⁸³ BALBAY, Ege Güleç, vd. , “Bilgisayarlı Toraks Tomografisini Gereğinden Fazla mı İstiyoruz?”, *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayın Organı*, Bolu 2015, C. 4, S. 1, s. 8.

¹⁸⁴ WELCH, SCHWARTS, WOLOSHİN, Aşırı Teşhis Sağlık Adına Hasta Etmek, s. 76.

fazla yarar getirme yerine hastaya daha çok zarar verdiğini ortaya koymuştur¹⁸⁵. Hastaların bir takım programlar ve reklamlardan etkilenmesi de hekimlerden daha fazla tetkik talep etmesine, hatta daha çok tetkik talep eden hekimin daha iyi bir hekim olduğu kanaatine sahip olunmasına sebep olmaktadır.

Pozitif defansif tıp uygulamasında, tıbbi müdahalelerin yerinde uygulanmamasından çok sistemsal ve insan unsurlu problemler etkilidir. Mevcut sağlık sisteminde, ülkemizde son dönemlerde sıkça dile getirilen şiddet, defansif tıp uygulamalarını tetiklemektedir. Ne yazık ki hekime yönelik şiddetin bu kadar yoğun yaşanması sistemin aksaklığından ve bu konuda yeteri kadar cezai yaptırımların uygulanmamasından kaynaklanmaktadır. Şiddet, vahim boyutlara ulaşmış ve hekimleri işini yapamaz duruma getirmiştir. 2008 yılında Gaziantep ilinde yapılan bir araştırma sonucuna göre; hekimlerin %36.5’u işyerinde şiddete maruz kaldığını, %68’i ise son bir yıl içinde yedi şiddet içeren olaya tanık olduğunu belirtmiştir¹⁸⁶.

Son yıllarda, artan tıbbi hataları sadece hekimlerin ihmal ve hatasına bağlamak eksik bir yaklaşım olmakla birlikte, teknolojinin ilerlemesi ve sağlık hizmetlerinde teknolojinin baskın olması hekimleri geçmişte yapmadıkları bazı işlemleri yapmaya itmekte ve bu işlemlerin yüksek risk taşıması, hekimler üzerinde tıbbi maliyetlerin artışının baskı oluşturmaları gibi durumlarda, tıbbi hataları arttıran etmenler arasında yer almaktadır. Bunların yanı sıra, medyanın, hekimlere karşı olumsuz bir tavır sergilemesi ve yapılan en küçük bir hatanın bile “sağlık skandalı” olarak gündeme getirilmesi de açılan bu davaların sayısını arttırmakta, buna bağlı olarak da hekimleri defansif tıp uygulamalarına sevk etmektedir¹⁸⁷.

B. Negatif Defansif Tıp Uygulamaları

Negatif defansif tıp uygulamaları, hekimlerin sosyal ve klinik açıdan ideal amaçlara karşı olacak bir biçimde hareket etmeleri durumunda ortaya çıkar. Mesela gerekli olmayan ilaçların reçete edilmesi, hastanın sevk oranı, belirli tedavilerden kaçınma, hastaların hekimin listesinden çıkarılması gibi durumlardır¹⁸⁸. Sözgelimi,

¹⁸⁵ ÇUHADAR, Serap, KÖSEOĞLU, Mehmet, “Sağlıkta Ekonomi Dönemi: Laboratuvarın Yeni Politikaları Ne Olmalı?”, *Türk Klinik Biyokimya Dergisi*, İzmir 2015, C. 13, S. 1, s. 36.

¹⁸⁶ <http://www.ttb.org.tr/siddet/images/file/gaziantepsiddet.pdf> (E. T. 11. 01. 2017)

¹⁸⁷ OVAYOLU, Fahri, “Hasta Güvenliği Yaklaşımları”, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, Ankara Ocak 2010, S. 1, s. 36.

¹⁸⁸ SUMMERTON, “Positive and Negative Factors in Defansive Medicine:...”, p. 1.

hekimin komplikasyon ihtimali yüksek bir hastanın tedavisini üstlenmekten kaçınması ve başka bir sağlık kuruluşuna sevk etmesi, en sık görülen negatif defansif tıp uygulamalarındandır.

Negatif defansif tıp uygulamalarında hastaya zarar verme riski yüksek olan ve hukuki bakımdan da sorumluluğu olan uygulamalar söz konusu olduğundan, pozitif defansif tıp uygulamalarına göre daha katı yaklaşılmıştır. Hekimin, cezai veya hukuki sorumluluklarla karşılaşmamak için dava açma olasılığı yüksek, saldırgan hasta veya yakınlarından, hayati riski olan, komplikasyon riski yüksek olan tedavi uygulamalarından kaçmak, doğum gibi uygulamaları bırakmak veya bulunduğu kurumda hastayı tedavi edecek teknik donanıma sahipken başka sağlık kurumuna sevk etmek gibi kısacası; hekimin hastasıyla çok az temas kurmak veya hiç temas kurmamak davranış modeline girmesi negatif defansif tıp uygulamaları olarak kabul edilmiştir¹⁸⁹.

Tıbbi tedaviler, hekimin engel olamayacağı hukuki veya cezai davalarla sonuçlanabilecek riskleri içermektedir. Defansif tıp uygulamasını en çok tetikleyen dava açılma korkusudur. İyi hazırlanmamış hukuki düzenlemeler, hekimleri defansif uygulamalara zorlamaktadır¹⁹⁰.

Birçok dergide yayınlanan söyleşilerde, defansif tıp uygulamalarının hastalar açısından tehlikeli boyutlara ulaştığı anlaşılır bir dilde ifade edilmiştir: “Diyelim ki bir hastanın kalp, böbrek ve akciğer yetmezliği var. Şimdi bu hastayı hangi bölüm alacak? Bu hastalar sorunlu yani “*yükte ağır*” ancak “*pahada hafif*” hastalar oldukları için bölümler arasında elden ele gezerler ve sonunda bu hasta kime kalırsa yandı. Aslında bu durumun nedeni defansif yaklaşım yani sorun çıkarabilecek dava açabilecek, baş ağrıtabilecek ve çok fazla puan getirmeyecek hastaya *defans* koyup takip etmemek”¹⁹¹.

Defansif tıp uygulamalarının, hastalara ve sisteme olumlu yansıması olabilir. Fakat defansif tıp uygulamalarının sadece hukuki boyutu söz konusu değildir. Bu uygulamayı ekonomik, toplumsal, politik olmak üzere çok yönlü ele almak gerekmektedir. Geçici çözümler yerine, yapısal problemlerin çözülmeye çalışılması,

¹⁸⁹ POLAT, Oğuz, *Tıbbi Uygulama Hataları*, Ankara, Seçkin Yayınevi, 2. Baskı, 2015, s. 248-249.

¹⁹⁰ AKINCI, Seda B. vd. , “Anesteziyologlarda Defansif Tıp Uygulamalarının Araştırılması”, *Anestezi Dergisi*, Ankara 2013, C. 21, S. 1, s. 152.

¹⁹¹ <http://www.birikimdergisi.com/guncel-yazilar/1019/saglikta-donusum-programi-asistan-kole-hastalar-atik#>. (E. T. 23. 04. 2016)

hem sağlık sistemine yüklenen yüksek maliyeti düşürecek hem de sorunların etkin bir şekilde çözümlenmesini sağlamış olacaktır.

IV. DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ TIP ETİĞİNİN TEMEL İLKELERİ BAĞLAMINDA DEĞERLENDİRİLMESİ

Yaşamın kutsallığı temelinden hareket eden hekimlik mesleğinin amacı, acı çeken veya yaşam tehlikesi bulunan insanlara yardımcı olmaktır. Bu nedenledir ki hekim mesleğini uygularken vicdani ve ahlâki değerlere göre hareket etmelidir. Hekimin temel görevi bilgisi ve becerisini kullanarak hastasına en üst düzeyde tıbbi fayda sağlamaktır. Hekim bu görevini yerine getirirken dikkatli ve özenli davranmak zorundadır. Hekimlerin insan hayatı üzerinde belirleyici olmaları, hekimlerin temel yükümlülüklerini eksiksiz yerine getirmelerini zorunlu kılmaktadır. Bu yaklaşımdan hareketle tıp biliminde etik ilkelerin vazgeçilmez temel unsur olduğunu söylemek mümkündür.

ABD’de başta olmak üzere birçok ülkede hekimler arasında yaygın olan defansif tıp uygulamaları ülkemizde de yaygınlaşmaya başlamıştır. Hukuki, sosyal, ekonomik etkenlerin tetiklediği defansif tıp uygulamaları; hekimlerin olası malpraktis davalarına karşı ya da hasta ve idareden gelebilecek eleştirileri engellemek amacıyla diğer bir ifade ile de hekimin olağan hekimlik davranışından farklı bir davranış biçimine girmesidir. Hekim, defansif tıp uygulamalarıyla olağan hekimlik davranışından saparak temel yükümlülüklerini zafiyete uğratmakta ve insan hayatı üzerinde vazgeçilmez bir unsur olan tıp etiği ilkelerine aykırı hareket etmektedir. Kant, bir eylemin ancak dürüstlük ve dev saikiyle meydana gelirse değerlidir anlayışından hareketle insanların görevlerini uygularken kendi menfaatlerine ters düşse bile doğru davranışı ortaya koymaları gerektiğini savunması sağlıkla ilgili mesleklerde temel alınmaktadır. Bu yaklaşımdan hareketle hekim, defansif tıp uygulamalarıyla hastanın menfaatini korumak yerine kendi menfaatini üstün tutarak etik dışı davranmış olmaktadır.

Hekimlerin etik dışı davranması hem toplumsal açıdan hem de hem de sağlık hizmetleri açısından olumsuz sonuçlar doğurmakla beraber tıp bilimine ve hekimlik mesleğine zarar vermekte ve insanların sağlık hakkını ihlal etmektedir. Hekimler

defansif tıp uygulamalarıyla etik ilkeleri çiğnemekle beraber hukukun sınırları dışına çıkmaktadır.

Her iki defansif tıp uygulamaları açısından ele alacak olursak; daha masum görülen pozitif defansif tıp uygulamasının, hastaya sunulan hizmet kalitesini arttırdığı yönünde bir inançla, hekimin fazla tetkik istemesi, detaylı kayıt tutulması, hastayı gereğinden fazla bilgilendirmesi gibi nedenler, etik açıdan olumlu görülebilir; hatta hasta güvenliği açısından olumlu etkisinin olduğu savunulabilir ki, bu savı destekleyen uzmanlar vardır. Fakat hastaya sağlayacağı fayda ve zarar değerlendirilmesi yapıldığında zararın daha fazla olduğu görülmekte ve riskleri açısından bakıldığında olumsuz etkilerinin daha çok olduğu yönünde düşüncenin hâkim olduğu, yapılan çalışmalarda ortaya çıkmaktadır. Aşırı teşhis ve tedavilerin yan etkileri düşünüldüğünde tıp etiğinin temel ilkesi olan “zarar vermeme” ilkesi ile örtüşmeyen pozitif defansif tıp uygulamaları, yararlılık ilkesi ile ters düşmektedir. Pozitif defansif tıp uygulamaları tedavi amacı taşımayan ve gereksiz uygulamalardan dolayı tıbbi kaynakların israfına neden olmakta ve sağlık giderlerini aşırı düzeyde yükseltmektedir bu açıdan bakılacak olursa hastanın tıbbi kaynaklara ulaşmasında sorunlar yaşanmakta ve dolayısıyla adalet ilkesine uygun hareket edilmemektedir. Aynı zamanda hekimin hastasının kararlarını etkileme gücü vardır çünkü hekim bilgisi ve tecrübesinden dolayı hasta karşısında güçlü durumdadır, hasta edilgen pozisyonda olduğu için hekimin yönlendirmesinden kolayca etkilenme ihtimali yüksektir. Böylece hekimin kendini koruma amaçlı hastayı yönlendirmesi ve hastanın karar alma sürecinde hekimin etkin olması özerklik ilkesine ters düşmektedir.

Hekimin en büyük sorumluluğu elindeki imkânları hastanın faydasına olacak şekilde kullanmaktadır. Negatif defansif tıp uygulamalarında, ne yazık ki yapılabilecek şikayetlerin ve açılacak olası davaların önünü kesmek için hekim, ya riskli hastadan kaçmakta ya da elindeki imkanları sonuna kadar kullanmak yerine başka hastanelere sevk ederek hastayı başından atma eylemine girmektedir. Bu davranışta bulunan hekim sorumluluğunu yerine getirmemekte; hukuki, cezai, disiplin ve mesleki sorumluluğu doğmaktadır. Negatif defansif tıp uygulamaları, hekimin kusuru, ihmali, özen eksikliği, bağlamında hukuki boyutta varlığı söz konusudur ve malpraktise zemin hazırlamaktadır. Pozitif defansif tıp uygulamaları hekimin kaygı ve korku bağlamında tıp etiğine aykırı davranmasıyla kendini göstermektedir. Gerek pozitif defansif tıp uygulamaları gerekse negatif defansif tıp

uygulamaları olsun temel tıp etiği ilkelerine ters düşmekte ve sağlık hizmetlerinde nitelik kaybına neden olmaktadır. Defansif tıp uygulamalarıyla hekimler sadece hastalarına zarar vermekle kalmayıp mesleki itibarlarını zedelemekte ve hastaların güvenlerini sarsmaktadırlar. Aynı zamanda hekimler hukuki sorumluluktan kaçmak için defansif tıp uygulamalarına başvururken malpraktis davalarıyla daha çok karşılaşmaktadırlar.

V. DEFANSİF TIP UYGULAMALARINA YÖNELTEN NEDENLER

Defansif tıp uygulamasının hukuki, sosyal, siyasal ve psikolojik boyutu vardır. Hekimler kendilerini koruma güdüsüyle ya hastadan gereğinden fazla tetkikler istemekte ya da dava açma ihtimali olan ve riskli hastadan kaçınma davranışına girmektedir. Tıbbın temel ilkesi olan “*önce hastaya zarar vermeme*” ilkesi, hekimin “*önce kendine zarar verme*” ilkesine dönüşmüştür. Gereksiz laboratuvar ve radyolojik tetkikler istenerek hastaya boş yere zaman harcatılmakta, hasta masraflarla ve bazı risklerle karşı karşıya bırakılmaktadır. Defansif uygulamaları kesinlikle temel hasta haklarına ve tıp etiğinin temel ilkelerine ters düşmektedir.

Yapılan araştırmalar, defansif tıp uygulamalarının sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürdüğüne, hekimlerde davranış değişikliğine neden olduğuna ve sağlık harcamalarını haddinden fazla yükselttiğini ortaya koymuştur. Defansif tıp uygulamasının sebep olduğu yüksek sağlık harcamaları ülke ekonomisine hatırı sayılır bir külfet getirmekle beraber, bu ödemeler şu veya bu şekilde toplumun cebinden çıkmaktadır. Bu uygulamaların sorumlusu elbette ki hekimler değildir, defansif davranışın kaynağında bir çok neden vardır. Özellikle ülkemizde uygulanan sağlık sistemi ile defansif tıp uygulamalarının artması arasında ilişki olduğu gözlenmektedir.

A. Sağlık Hizmetinin Özelleşmesi

20. yy son çeyreğinde belirgin bir şekilde işleme konulan, devlet kurumunun kamu hizmetinden elini çekmesi ve ortaya çıkan boşluğun özel sektörle doldurulmaya çalışılması uygulamasının, esprisini anlamak için neoliberalizm düşüncesine değinmek faydalı olacaktır.

Adam Smith, ülkenin ekonomik refaha ulaşması için devletin ekonomik işleyişe karışmaması gerektiğini ileri sürmüştür. Bu düşünce özellikle 19.yy başlarında 1930'lardaki ekonomik krize kadar ABD ve İngiltere'de etkin olmuştur. 20. yy iktisatçıları Smith'in görüşleri etkilemiştir¹⁹².

Neoliberalizm, sermayenin küresel ölçekteki ulusal ekonomiden kaynaklanan sınırlara takılmaksızın hareket etmesidir. Sermayenin bu serbest hareketliliği, 1980'lerden sonra farklı bir boyut kazanan kapitalist sistemdeki sermaye birikimi krizlerine bulunmuş bir çözüm olarak karşımıza çıkmaktadır dolayısıyla sermayenin ulus devlet egemenliğinden kaynaklanan engelleri aşabilmesi küresel ölçekte merkezi bir planlamayı gerektirdiği gibi neoliberalizmin ulus devlet içerisine yayılması da yine doğrudan devletin müdahalelerini gerektirmiştir¹⁹³.

Neoliberal politikalarda, finans sektörü büyüme sağlarken; alt yapı yatırımlarında ve reel sektörde ilerleme söz konusu olmamaktadır. Az gelişmiş ülkelerde neoliberal politikaların uygulanması uzun dönemde büyük ekonomik bunalımların yaşanmasına neden olmaktadır¹⁹⁴.

Neoliberalizm, kamusal sağlık hizmetlerinde, verimlilik ve etkenliklerinin düşük, maliyetlerinin ise yüksek olduğu; bu sorunların giderilmesi için sağlık kurumlarının aşamalı olarak özelleştirilmesi, daha sonra sağlık hizmetlerinin piyasa mantığı ile üretilmesi gerektiği düşüncesiyle hareket etmektedir. Sağlık hizmetlerinin kamu eliyle yerine getirilmesi durumunda da hizmetin fiyatlandırılmasının yani "kullanan öder" uygulamasının kabul edildiği görülmektedir¹⁹⁵.

Toplumların karşılıklı birbirlerine olan bağımlılıkları küreselleşme süreciyle artmıştır. Bu süreç ile devletler sosyal devlet ilkesinden geri adım atıp eğitim, sağlık vb. kamusal hizmet alanlarını özel sektöre bırakmıştır. Küreselleşme ile birbirlerinden son derece uzak olan toplumlar ekonomik, sosyal, siyasal olarak birbirlerinden etkilenmektedir ve bu sürecin sonucu olarak dünya küçülmüş, iletişim hızlanmış ve mesafeler kısalmıştır.

¹⁹² GOLOP, PODNAR, LAH, "Sosyal Ekonomi ve Toplumsal Sorumluluk...", s. 109.

¹⁹³ ÖZÇELİK, Pınar Kaya, "Neoliberal Küreselleşme Süreci ve Yoksulluk", *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, Muğla2013, C. 5, S. 2, s. 419.

¹⁹⁴ UÇKAÇ, Aynur, "Türkiye'de Neoliberal Ekonomi Politikaları ve Sosyo-Ekonomik Yansımalar", *Maliye Dergisi*, Ankara Ocak- Haziran 2010, S. 158, s. 429.

¹⁹⁵ ŞEN, Fulya, "Sağlık Hakkı ve Medya: Sağlıkta Dönüşüm Programının Medyada Yansımaları", *Galatasaray Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, İstanbul 2013, Özel Sayı: 3, s. 157.

II. Dünya Savaşı'ndan sonra Birleşmiş Milletler ve birçok uluslararası örgütler kurulmuştur. Bu örgütlerin tanımladığı “sosyal haklar” kavramı “sosyal devlet” anlayışını ortaya çıkarmıştır¹⁹⁶. II. Dünya Savaşının bitiminden sonra devletin sosyo-ekonomik hayata müdahale etmesi gerektiği düşüncesiyle hareket edilmiştir. Sağlık, eğitim, barınma, güvenlik gibi haklar temel haklar olarak kabul görmüş ve vatandaşlık haklarının alanı genişletilmiştir. Buna bağlı olarak da, bu hakların karşılanmasının devletin görevi olduğu benimsenmiş ve bu doğrultuda hareket edilmiştir. 1970’li yıllara kadar devam eden bu süreçte kamu hizmetleri alanı genişletilmiş refah devlet etkili ve güçlü olmuştur¹⁹⁷.

Bu dönemde sağlık, vatandaşlık hakkı sayılmış ve ulusal sağlık sistemleri kurulmuştur. Ülkeden ülkeye farklılık gösterse de sağlık hizmetleri kamu tarafından finanse edilip, insanlara kamu tarafından sunulmuştur. Yine bu dönemde hastalık toplumsal bir sorun olarak kabul edilmiş ve sağlık hizmetleri bütün vatandaşları kapsamıştır. Türkiye’de de buna benzer bir süreç yaşanmıştır¹⁹⁸.

1950 ve 1973 yılları arasında devlete ekonominin büyümesinde, kalkınmasında yapısal olarak değişip gelişmesinde önemli rol verilmesiyle, belirtilen dönem aralığında hızlı ve büyük oranda ekonomik büyüme sağlamıştır¹⁹⁹. Sosyo-ekonomik sistem olan kapitalizm tekrar 1970’li yıllarda yapısal bir krizin içine girmiştir. Bu krizin aşılabilmesi için önceki döneme göre daha farklı ekonomik ve politik düzenlemelere gidilmiştir. Neoliberalizm ve kapitalizmin küreselleşmesi olarak tanımlanan bu politikalar, sağlık olmak üzere bütün kamu hizmetlerini yapısal olarak değiştirmiştir²⁰⁰. Bu değişimler hizmet sunumunda yerelin hâkim olmasını, merkezin rolünün kısıtlanarak sadece politika belirleme, plan-koordinasyon-denetim yapmayı ve sağlık hizmetleri sunumunda özel sektörün ve sivil toplum kuruluşlarının

¹⁹⁶ ETİLER, Nilay, “Neoliberal Politikalar ve Sağlık Emek Gücü Üzerindeki Etkileri”, *Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, Ankara Ekim- Kasım- Aralık, 2011, s. 2.

¹⁹⁷ GÜL, Songül Sallan ve ERGUN, Ayşe Dericioğulları, “Piyasa Odaklı Bir Uygulama Olarak Aile Hekimliği: Sağlık Hizmetinin Sunumunda Olası Kayıplar”, Pamukkale Üniversitesi İİBF ÇEEİ Bölümü(Düzenleyen) *Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu II Bildirileri*, İstanbul, Petrol- İş Yayını, Ekim 2010, s. 318.

¹⁹⁸ ETİLER, “Neoliberal Politikalar ve Sağlık Emek Gücü Üzerindeki Etkileri”, s. 2.

¹⁹⁹ ZAFİR, Ceran Zeynep, “Neoliberalizmin Minimal Devlet Yaklaşımına Bir Eleştiri”, *Yönetim Bilimleri Dergisi*, Çanakkale 2009, C. 7, S. 2, s. 66.

²⁰⁰ ÖZKAN, Özlem, ÇATIKER, Aslıhan, “Aile Sağlığı Hemşireliği: Sağlık Hizmetlerindeki Özelleştirmenin Hemşirelik Mesleğindeki Görünümü”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Erzurum 2007, C. 10, S. 4, s. 92.

etkin olmasını içermektedir²⁰¹. Neoliberal yaklaşım kamu hizmet yatırımlarının, özel sektörün büyümesine engel olduğu düşüncesini ileri sürmüş ve 1970’lerden sonra etkili olmuştur²⁰². Dünyada yaşanan bu süreçten ülkemiz etkilenmiştir. Dünyanın yeni ekonomik düzenine göre, kurumların sistemleri ve hukuk kuralları devşirilmeye başlanmıştır. Özellikle sağıktaki sosyalizasyon anlayışı terk edilip özelleştirilmesi yoluna gidilmiş, tüketim kültürü yerleştirilmeye çalışılmış ve toplum da buna yavaş yavaş uyum sağlamıştır.

Ülkemizde de siyasal dönemin özelliğine bağlı olarak sağık örgütlenmesinde değişimler yaşanmıştır. Bu değişimlerin sonucu olarak da sosyalizasyon yasası çıkartılması ve sağık ocaklarının ülke geneline yayılması 1960-1980 arası dönemde, kamusal politikaların ağırlıklı olmasına temel etken olmuştur. Ancak 1980 ve sonrasında uygulanan bu politikalar değişmiş, 1981 yılında sağıkta teşvik uygulaması başlatılarak kamu fonları özel sektöre aktarılmıştır. Böylece, “sağığın piyasalaştırılması dönemi” resmen başlamıştır²⁰³.

1980’lerden sonra sağık hizmetlerinin finansmanı ve örgütlenmesi tartışmaya açılmıştır. Çeşitli sağık hizmetleri modeli önerilmiş ve sürekli yenilik arayışı içine girilmiştir. Geline en son noktada sağık ocaklarının kaldırılarak yerine muayenehane temelli aile hekimliğı sisteminin yerleştirilmesi, devlet hastanelerinin önce özerkleşmesi daha sonrada özelleşmesi yaklaşımı benimsenmiştir. Sağık hizmetlerinin finansmanında ise genel sağık sigortası üzerine oturtulmuş özel sağık sigortacılığı ve cepten ödeme sistemi kabul görmüştür²⁰⁴.

1987 yılında çıkartılan Temel Sağık Hizmetleri Kanunu’yla sağık sektörü açık pazar ekonomisine uyumlu hale getirilerek genel sağık sigortası oluşturma yolundaki ilk aşama gerçekleştirilmiştir²⁰⁵. 1990’lı yıllarda sağık politikalarındaki değişim devam etmiş, sağık sistemini yeniden yapılandırmak adına sağık

²⁰¹ ERGUN, Cem, ERGUN, Ayşe Dericioğulları, “Dönüşüm mü? Piyasalaştırma mı? Türkiye’de Sağıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Tartışma”, *Toplum ve Demokrasi*, Mersin Ocak-Aralık, 2010, C. 4, S. 8, 9, 10, s. 34.

²⁰² SEREN, Arzu Kader Harmancı, YILDIRIM, Aytolon, “Özelleştirme ve Hemşireler”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağık Bilimleri Dergisi*, Eskişehir, 2013, C. 16, S. 1, s. 124.

²⁰³ KART, Elife, “Sağıkta Dönüşüm Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri”, *Çalışma ve Toplum Dergisi*, İstanbul 2013, C. 3, S. 38, s. 106.

²⁰⁴ AKDUR, Recep, *Sağık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliğı’nde Durum ve Türkiye’nin Uyumu*, Ankara Üniversitesi Basımevi, 2. Baskı, ATAUM Araştırma Dizisi no: 25, 2006, s. 34.

²⁰⁵ BOSTAN, Sedat, *Sağıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri üzerinde Değişim Etkisi (Yönetici Perspektifi)*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon, 2009, s. 22.

planlamalarına yer verilmiştir. Bu planlamalarda yer alan konulara parti programlarında da yer verilerek birtakım düzenlemeler yapılmıştır. Sağlık alanındaki değişimler 1980 ve 1990'lı yıllarda olduğu gibi 2000'li yıllarda etkili olmuştur²⁰⁶.

1945'den sonra örgütlü sağlık hizmetleri oluşturulmuştur. Bu oluşumun parçalarından olan Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO-World Health Organization) gibi uluslararası kurumlar sağlık yapılanmasına destek vermişlerdir bu şekilde de sağlık hizmetleri piyasaya devrolma niteliğine bürünmüştür²⁰⁷. DB, diğer ülkelerde de olduğu gibi sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi uygulamasını Türkiye'de de organize etmiştir. Türkiye Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirme Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar adı altında hazırlanan Haziran 2002'de yayınlanan raporda Türkiye için uygulanması gereken sağlık politikası önerilmiş ve uygulanmaya başlanmıştır²⁰⁸.

Uygulanan bu politikalar hedefine ulaşmış sağlık, insan haklarının önemli bir parçası olmaktan uzaklaşmış devasa bir kazanç sektörü haline gelmiştir. Hekimlerde bu sektörün önemli bir aracı durumuna düşmüşlerdir. Bunun sonucu olarak tıp etiğiyle asla bağdaşmayan ve temel hasta haklarını ihlal eden, defansif tıp uygulamaları baş göstermiştir. Bu durumdan da en çok zarar görenlerin ise hastalar olacağı kesindir.

Uygulanan sistemin başarıya ulaştığı görülmektedir şöyle ki: Tüketicinin eğilimleri ile talep oluşmaktadır. Piyasa açısından kârı en üst seviyeye çıkartmak için tüketicinin (hastanın) eğilimlerinin etkilenmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde sağlık hizmetini sunan ile sağlık hizmetini alan arasında “bilgi asimetrisi” olması nedeniyle eğilimin yönlendirilmesi kolaylaşmaktadır. Son on yılda hekime başvuru sayısının, cerrahi işlemlerin, görüntüleme tetkiklerinin, sezaryen ile doğum oranlarının ve ilaç tüketimindeki artışın piyasanın talep artışını sağlamada başarılı olduğunun göstergesidir²⁰⁹.

Ülkemizde özellikle sağlıkta 1960'larda başlanan ve oturtulmaya çalışılan sosyalizasyon uygulaması umulan başarıya ulaşamamış ve sağlık sistemi giderek

²⁰⁶ MEMİŞOĞLU, Dilek, *Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşüm ve Etkileri: Batı Akdeniz Bölgesi İl Merkezi Örneği*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,, Isparta, 2011, s. 70.

²⁰⁷ ÖZKAN, ÇATIKER, “Aile Sağlığı Hemşireliği: ...”, s. 92.

²⁰⁸ SEREN, YILDIRIM, “Özelleştirme ve Hemşireler”, s. 125.

²⁰⁹ EROL, Hatice, ÖZDEMİR, Abdullah, “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Ankara 2014, C. 4, S. 1, s. 19.

kötüleştirmiştir. Bozulan sağlık sisteminde, birçok suistimaller de ön plana çıkmıştır. Bazı hekimlerin hastalarla kamu hastanesinde ilgilenmemesi ve özel muayenehanesine yönlendirmesi, “*bıçak parası*” adı altında para talep edilmesi, polikliniklerde aşırı düzeyde hastaların yığılması ve hastaların gereksiz yere uzun süre bekletilmesi, kimi sağlık çalışanlarının hastalara iyi davranmamaları, kırtasiyecilik işlemlerinin çok fazla olması ve ilaç tedarik etmede sıkıntı yaşanması bu kötü uygulamalardan bazılarıdır. Özellikle 1980 ve 1990’larda bu sıkıntılar yoğun bir şekilde yaşanmış ve hastalar için hastaneler şifa yuvasından ziyade çile kapılarına dönüşmüştür.

Tıkanan sağlık sistemini düzeltmek için 2003 yılında SDP uygulanmaya başlamıştır. Yayınlanan Sağlıkta Dönüşüm İlerleme Raporu’nda sağlık sisteminin hangi ilkeler üzerine temellendirileceği ortaya konulmuş ve denilmiştir ki: “SDP, küresel gelişmeleri gözetken, ülkemizin sosyo-ekonomik gerçeklerine uygun, geliştirilebilir ve sürdürülebilir bir program olarak hazırlanmıştır. Program bütün vatandaşların, ülkenin eşit haklara sahip bireyleri olarak, nitelikli sağlık hizmetlerine adaletli bir şekilde erişmelerini gaye edinen bir etik anlayış üzerinde inşa edilmiştir”²¹⁰. Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinde yapısal bir değişime gitmiş büyük oranda hedefini gerçekleştirmiştir. Sağlık hizmetlerinin iyileşmesi toplumun büyük kesiminden de takdir görmüştür. “Hastaların sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı %39,5 iken 2011 yılında sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranını %76’ya çıkarmıştır”²¹¹. Ancak bu değişim, ABD’nin sağlık sistemi perspektifinde bakılarak, ciddi eleştirileri de beraberinde getirmiştir. Bu konuda yapılan en büyük eleştiri, sağlık hizmetlerinin piyasa etkenli verilmesi sonucunun, sağlığı alınır satılır eşya durumuna düşüreceği ve bu durumdan da hastaların olumsuz etkileneceği, bu nedenle de kamunun sağlık hizmetinden el çekmemesi gerektiği vurgulanarak bu konu üzerinde birçok çalışma yapılmıştır.

Bazı yaklaşımlar sağlıkta dönüşüm programının Dünya Bankasının rehberliğinde aslında neoliberalizmin sağlık hizmetleri alanına uygulanması anlamına geldiğine savunur. Daha açık bir deyişle, sağlık harcamalarına kamu bütçesinden

²¹⁰ AKDAĞ, Recep, *İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ağustos 2008, s. 25.

²¹¹ YÜKSEL, Nevzat, *Türkiye’de Sağlık Sistemi ve 2003 Yılında Yapılan Sağlıkta Dönüşüm Reformunun Olumlu ve Olumsuz Algılarının Ölçümü*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2015, s. 50.; AKDAĞ, *İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*, s. 31.

daha az pay ayrılırken sağlık hizmetlerinin, özel sağlık kuruluşlarının ticari kazanç alanı haline gelmesi, bunun sonucu olarak da insan sağlığının bir meta olarak görülmeye başlanmasıdır. Devlet bu dönüşüm sürecine aracılık etmekte, sağlıkta ticarileşmeyi teşvik etmektedir²¹².

Sağlık hizmetlerinin özelleşmesinde; sağlık hakkının anayasal haktan çıkartılması veya bu hakların en az düzeye indirilmesi hedeflenmektedir. SDP, Türkiye’de olduğu gibi İngiltere, Almanya, Fransa, İskandinav ülkeleri vb. gibi Avrupa ülkelerinde sağlık hizmetlerinin kamu hizmeti uygulamasından çıkartılıp piyasaya adapte edilme durumu söz konusudur²¹³.

Yararcılık anlayışının temel alındığı ve sağlık hizmetlerine yansıdığı özelleşme, hastaya sunulan hizmet kalitesini nitelikten ziyade niceliksel olarak arttırmakla beraber; piyasacı sağlık hizmetleri, toplumun büyük bir kesiminin sağlık hizmetlerinden faydalanmasını engellerken eşitsizliklere neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin özelleşmesi sağlık kurumlarının yönetim ödemelerini arttırırken, bu artışa rağmen özel sağlık kuruluşlarının verdiği sağlık hizmet kalitesi, kamu sağlık kurumlarının verdiği hizmet kalitesine göre daha düşüktür. Hastaların cepten ödeme oranları ve katkı payları artmakla birlikte, hastaların seçim olanakları kısıtlanmaktadır²¹⁴.

Sağlığın özelleşmesi şu cümlelerle eleştirilmiştir. “Ticari sağlık kuruluşları, tıbbi malzeme ve ilaç üreticileri bu durumdan çok memnunar çünkü ciroları artıyor. Bu konuda bol para harcayabilecek olanlar için, konunun uzmanı profesörleri istihdam etmiş özel hastaneler, beş yıldızlı otel konforunda hizmet veriyorlar. Hastaneye ne kadar ciro yaptırırsa işini o kadar garantileme kısıyacına alınmış hekimler için ise gereksiz olduğunu bilse de tetkik ve girişim istemekten kaçınmak intihardan farksızdır”²¹⁵.

Ligt ve Levin’in eserinde vermiş olduğu örnekler özelleşen sağlık hizmetinin varacağı boyutu somutlaştırmak açısından önemlidir: “Hiç şüphe yok ki birçok doktor yönlendirilmiş, fedakârlık etme durumunda bırakılmış ve birçok açıdan kontrol

²¹² SÖNMEZ, Mustafa, *Paran Kadar Sağlık Türkiye’de Sağlığın Ticarileşmesi*, İstanbul, Yordam Kitap, 2. Baskı, 2012, s. 91.

²¹³ TERZİ, Cem, *Medikolegal Düzlem Tıpta Uygulama Hataları*, BİLGE, Yaşar ve GEÇİM, İ. Ethem (Ed.) Ankara, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, 1.Baskı, 2012, s. 30.

²¹⁴ ÖZKAN, ÇATIKER, “Aile Sağlığı Hemşireliği: ...”, s. 92.

²¹⁵ ARSLANOĞLU, Tıp Budur! Akıl Giren Bedene Doktor Girmez, s. 73.

ediliyor bir durumda olduklarına inanıyorlar. Kapitalizmin içinde onu yeni pazarlar bulmaya geliştirmeye ve kârı daha fazla büyütmek ve daha fazla malın peşinde koşan ya da reklam aracılığıyla talep yaratmaya zorlayan bir mantık var. Kalbe gereksiz yere alet takma, estetik ameliyatlardaki patlama, sadece kâr için ümitsiz akciğer kanserine yakalanmış hastaları ameliyat olmaya ikna etme, son zamanlarda gözlenen örneklerden bazılarıdır”²¹⁶.

Aynı zamanda mevcut sistemin hekim figürünü değiştirdiği yönünde görüşler vardır. 20. yy. sonu 21. yy. başında geleneksel hekim tarzı yerini, hastalarına sorumluluktan ziyade, ilaç pazarında rekabet etmek zorunda kalan rep benzeri bir hekim tarzı almaya başlamıştır. Hastalıklara deva arayan “âlim adamların” yerini ilaç ya da cihaz üreten firmanın mali desteğiyle, o ilaç veya malzemenin insan sağlığına faydalı olup olmadığını araştıran “bilim adamlarına” dönüşmüştür. Hastalar ise iyi pazarlık yaparak, iyi sağlık hizmetinden faydalanan müşteriler şekline dönüşmeye başlamıştır²¹⁷.

Türkiye’de sağlık hizmetleri dönüşümünün ilk ve en önemli ayağı olan sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında birleştirilmesiyle kurum farkı ortadan kaldırılarak, bütün vatandaşlara kamu hastaneleri hizmet vermeye başlamıştır ve insanların sağlık hizmetlerine erişmesi kolaylaşmıştır.

Sosyal Sigortalar Kurumu hastanelerinin, SB devredilmesiyle sağlık hizmet sunumu ve sağlık finansmanı birbirinden ayrılmıştır. Yeşil kartlı hastalar, ayaktan tedavi hizmetleri kapsamına dâhil edildikleri gibi SSK’lı hastalarda kamu sağlık kurumlarından sağlık hizmeti alabilmişlerdir. Aynı zamanda Yeşil kartlı ve SSK’lı hastalar bütün eczanelerden ilaçlarını temin edebilmişlerdir. Böylece sağlığa erişimde hakkaniyet sağlanmıştır²¹⁸. Bütün sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesiyle oluşturulan Genel Sağlık Sigortası, özel ve kamu hizmet ayrımını ortadan kaldırmaktadır ve GSS kapsamında verilen sağlık hizmetiyle, ödenen prim arasında bağlantı bulunmamaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu ile protokol imzalayan özel hastanelerde, hasta için yapılan bütün işlemler devlet tarafından karşılanmaktadır.

²¹⁶ LİGT, Donald, LEVİNE, Sol, *Tıp Mesleğinin Değişen Yayı: Kuramsal Bir İnceleme, Meslekler ve Sosyoloji*, Der. ve Çev. Zafer Cihanoğlu, Ankara, Gündoğan Yayınları, 1. Baskı, 1996 s. 176.

²¹⁷ SORGUR, Haluk, SAYGIN, Tuba, “Şifahaneden Hastaneye: Sağlık Kuruluşlarının Değişimine Genel Bir Bakış”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Isparta 2014, C. 1, S. 19, s. 205.

²¹⁸ SÜLKÜ, Seher Nur, “Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Kamu Hastanelerinin Verimliliği Üzerine Etkileri”, *Maliye Dergisi*, Ankara, S. 160 Ocak –Haziran, 2011, s. 244.

GSS ile sağlık hizmetlerinin satın alınması, tek kurum olan SGK tarafından yapılması aynı zamanda fiyatların belirlenme sürecine olumlu yansımaktadır²¹⁹.

Sağlık hizmetlerindeki bu iyileşmeler yaşanırken, sağlığın özelleşmesinin önemli bir parçası olarak görülen sosyal güvenlik yapılanmasındaki bu değişimin, verilen sağlık hizmetinin niteliğini temelden sarsan olumsuz etkilere sebep olacağı yönünde görüşler ileri sürülmüştür. SGK kurularak, tek hizmet alıcı kurum haline gelmiştir. Böylece kamuya hizmet sunan sağlık kurumları SGK'ya hizmet sunar durumuna düşmüşlerdir. Buna bağlı olarak da finansman sağlamak ve sağlık hizmeti sunmak eylemleri birbirinden ayrılmıştır. Merkezi komuta zinciri koparak piyasa oluşturma'nın en önemli aşaması geçilmiştir. Kamuda hâkim olan dayanışma ilişkisinin boşalttığı yeri sözleşme ilişkisi doldurmuştur. Birbirini tamamlayan kamu hizmeti ile sosyal dayanışma unsurları zarar görmüştür²²⁰. Prim ödeme sistemiyle hasta-hekim veya hasta-sağlık çalışanı ilişkisi erozyona uğrayarak müşteri-satıcı durumuna dönüşmüştür. SGK'nın masraflarını, katkı payları prim ile azaltmaya çalışması, hastaların ceplerinden daha fazla meblağ çıkmasına ve katkı payı ödemeyen veya prim borcu olan hastanın sağlık hizmeti alamamasına neden olacaktır²²¹.

ABD'de uygulanan sağlık sisteminde kamu-özel karışımı, özel ve rekabetçi yapıda sağlık hizmeti etkilidir. Teşhis ve tedavide rekabet olması gerekirken, sağlık kuruluşları ve hekimler arasında rekabet oluşarak pazar payını arttırma yarışı haline gelmiş, sağlığın ticari bir malzeme olarak algılanmasına yol açmıştır. Böyle bir oluşum sağlık hizmetlerinin kalitesine ve etkinliğine olumsuz yansımaktadır²²².

İnsanların sağlık hizmetinden eşit şekilde faydalanabilmeleri için, devlet desteği gerekmektedir. Yaşam hakkıyla örtüşmüş olan sağlık, piyasalara bırakıldığı takdirde çıkar gruplarının kârlarını arttıracakları meta haline dönüşecek ve insanlar maddi gelirlerine göre sağlık hizmeti alacaktır. Bu durum sağlık hizmet alımında eşitsizliklere yol açacağından toplumsal huzursuzluklar başlayacaktır. Bir takım

²¹⁹ KOL, Emre, "Türkiye'de Sağlık Reformlarının Sağlık Hakkı Açısından Değerlendirilmesi", *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Ankara, C. 5, S. 1, Ocak 2015, s. 153.

²²⁰ <http://www.deuhyoedergi.org/> Ata Soyer (E. T. 08. 03. 2016)

²²¹ ELBEK, Osman, ADAŞ, E. Baki, "Sağlıkta Dönüşüm Eleştirel Bir Değerlendirme", *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, Ankara 2009, C. 12, S. 1, s. 43.

²²² www.sargutan.com/amerika%20birlesik%20devletler (E. T. 23. 04. 2016)

uluslararası mevzuatlarda yer alan sağlık hakkı kavramının merkeze oturtulmaya çalışılmasının temelinde bu düşünce yatmaktadır.

B. Tam Gün Yasası ve Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi

Hekimlerin aynı anda hem kamu sağlık kurumunda hem de özel sağlık kurumunda çalışmaması “*Tam zamanlı çalışma sistemi*” olarak adlandırılır. Tıp fakültelerinde görev yapan öğretim görevlilerinin tam gün çalışmasının zorunluluk olduğunu; günümüze kadar da dünyanın birçok tıp fakültesinde de benimsenen bu düşünce, 1910 yılında yayınlanmış olan ünlü Flexner Raporu’nda yer almıştır²²³.

Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Yasa’nın 7.’nci md.’de düzenlenmiştir.

*“Bu Kanun kapsamında çalışan personel, hariçte serbest olarak sanat ve mesleklerini icra edemezler, resmi ve özel herhangi bir müessesede maaşlı, ücretli veya sözleşmeli olarak mesleki görev alamazlar, çalıştıkları kurumun gelirlerinden veya hizmet verdikleri kişilerden bu Kanunda yazılı olanlardan ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun gerektirdiği ödemelerden (İlgili üniversite personeli için 1765 sayılı Kanunun 16.’nci maddesinin 1.’inci fıkrasında belirtilenden) başka mesleki ek gelir sağlayamazlar”*²²⁴.

Buradan sağlık personeli için tam gün çalışma zorunluluğu gelirken, ücretlerinde de artış söz konusudur. Fakat bu uygulama “*Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanunla*”²²⁵ kaldırılmıştır. 5947 sayılı kanunun 7.’nci md.’ye göre²²⁶:

²²³ TEKİNDÜZ, Sebahattin, ORHAN, Fatih, KARADAĞ, Zennure, “Tam Gün Yasa Tasarısı Hakkında Vatandaşların Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Çalışması: Ankara İlinde Bir Uygulama”, KIRILMAZ Harun (Ed.), *II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı*, Ankara 2010, C. 1, s. 185.

²²⁴ 1978- 2162/ RG 16342 (Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına dair Yasa Bkz. 3. md.)

²²⁵ 31.12.1980-2368/ RG 17207 (Bkz. 6. md.)

²²⁶ 2010-5947/27478 sayılı RG (Üniversite ve sağlık personelinin tam gün çalışmasına ve bazı kanunlarda değişiklik yapılmasına dair kanunun 7.md.ile 1219 Sayılı 1928 tarihli RG 863 Tababet’ i Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun 12.md. 2. ve 3. fıkraları değişmiştir)

“Tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, aşağıdaki bentlerden yalnızca birindeki sağık kurum ve kuruluşlarında mesleklerini icra edebilir: Kamu kurum ve kuruluşları, Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmeli çalışan özel sağık kurum ve kuruluşları, Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmeli çalışan vakıf üniversiteleri, Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmesi bulunmayan özel sağık kurum ve kuruluşları, Sosyal Güvenlik Kurumu ve kamu kurumları ile sözleşmesi bulunmayan vakıf üniversiteleri, serbest meslek icrasında bulunabilecekler”.

Bu gruptandırma ile kamuda çalışan hekimler başka bir yerde çalışamayacaklar ve özel muayenehane açamayacaklardır. Fakülteadaki öğretim üyelerinin özel hasta muayene etme imkânları kaldırılmış, muayenehanesi olan hekimler SGK ile anlaşması olan özel hastanelerde veya tıp merkezlerinde çalışması engellenmiş sadece SGK ile sözleşmesi olmayan sağık kuruluşlarında çalışmalarına izin verilmiştir²²⁷.

Türkiye’de, nüfus başına düşen sağık personeli sayısı OECD (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)ülkelerine ve orta gelirli ülkelere göre düşük olması, kamuda çalışan hekimlerin çoğunlukla yarı zamanlı çalışması ve özelde çalışmayı yeğlemeleri; hastanelerin aşırı kalabalıklaşmasına ve hastaların bekleme sürelerinin uzamasına neden olmuştur. Yaşanan bu olumsuzlukların giderilmesi için Tam gün yasası ve buna bağılı olarak da Performansa Dayalı Ek Ödeme sistemi çözüm olarak ortaya konulmuştur²²⁸.

Bu yasanın SDP’nin bir aşaması olarak yürürlüğe girdiğı, amacının da kamu kurumunda verimliliğı arttırmayı çalışmayı teşvik edecek düzenlemelerin yer aldığı belirtilmiştir²²⁹. Bu kanunun amacı kamu sağık kurumunda görev yapan hekimin bütün mesaisini çalıştığı kuruma harcamasıyla, sağık hizmetlerinin hakkaniyete ve

²²⁷ ÖZALP, Nihan Yancı, “Kanun Hükmünde Kararname ve Mahkeme Kararları Işığında Tam Gün Sorunsalı”, *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, Ankara 2015, C. XIX, S. 2, s. 262.

²²⁸ OECD Sağık Sistemi İncelemeleri Türkiye sbu.saglik.gov.tr (E. T. 11.11.2016)

²²⁹ ÖZALP, “Kanun Hükmünde Kararname...”, s. 260.

halkın ihtiyaçlarına uygun kaliteli ve etkin hizmet sunulmasının yanı sıra hastalara sağlık kuruluğu seçme zgrlėđ getirmektir²³⁰. 2002’de SB’ye bağlı hastanelerde çalışan hekim oranı %11 iken bu oran 2011’de %100’e çıkmıştır. Böylece kamu hastanelerinde tam gün istihdam edilen hekim sayısı 33.732’ye ykselmiřtir²³¹. Tam gün yasası ile sağlık hizmeti yaygınlaşmış ve sağlık hizmetlerine ulaşım kolaylaşmıştır ancak hekimlerin çalışma koşullarıyla ilgili sorunlar gündeme gelmiştir.

Kamuda alışan ğretim görevlilerinin, uzman hekimlerin ve diş hekimlerinin mesai sonrasında da mesleklerini serbestçe icra etmelerinin Tam gün yasasının hekimin bir tam günü yerine, mesai saati sonrası mesleklerini serbest olarak muayenehane veya özel sağlık kuruluşlarında çalışma arasında fark yaratılamayacağı; hekimin, bir tam günü değil de mesai saatleri olarak kabul edilip bu zaman için hastanın hekimine ulaşması ve hekimin mesai sonrası için serbest çalışma olanağının sağlanması anayasanın özüne uygun olduğu saptaması yapılmış ve 2010 yılında Anayasa mahkemesi iptal kararı vermiştir. Ancak Anayasa Mahkemesi’nin bu kararı 650 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname nedeni ve Danıştay’ın yürütmeyi durdurma kararı ile uygulanamamıřtır²³².

Sağlık kuruluşlarının verimliliğini arttırmak, hekimlerin bilgi ve becerilerini çalıştıkları kuruma vermeleri amacıyla yürürlüğe giren Tam gün yasasıyla, hekimleri özel yada kamu kurumuna geçmelerini zorlamanın etik olmadığı düşüncesiyle beraber ithal hekim getirmenin önünü açacağı, hastayla-hekim arasındaki parasal ilişkinin kurumla-hasta arasında olacağı bu uygulamanın da önceden olduğu gibi şimdi de hastaları mağdur edeceği yönünde birçok eleştiriler getirilmiřtir²³³.

Tam gün yasasından sonra hekimlerin ek gelir kazanma imknlarının azalmasıyla birlikte, malpraktis davaları hekimlerin Tıpta Uzmanlık Sınavı tercihlerinin de değişmesine neden olmuştur. Yapılan bir çalışmada 2007’de tıp fakültesi son sınıf ğrencilerinin mezun olduktan sonra temel bilimler dışındaki

²³⁰ TEKAKA, Yasin, “Anayasa Mahkemesi ve Danıştay Kararları Işığında Hekimler ve Diş Hekimlerinin Mesleklerini Serbest Olarak İcra Etmesi Yönünde Tam Gün Yasası zerine İnceleme”, *Ankara Barosu Dergisi*, Ankara 2012, S. 2, s. 447.

²³¹ BALTA, Ecehan, “Herkes İçin Sağlıktan Paran Kadar Sağlığa: Türkiye’de Sağlık Politikalarının Neoliberal Dönüşümü”, *Praksis*, Ankara, 2013, S. 30-31, s. 161.

²³² TEKAKA, “Anayasa Mahkemesi ve Danıştay ...”, s. 452.

²³³ <http://www.turknorosirurji.org.tr> (E. T. 25. 01. 2017)

alanlarda uzmanlaşmak istediklerinin görülmesi bunun Tamgün yasası uygulamasının bir sonucudur²³⁴.

Bu yasaya yöneltilen eleştirilerin temelinde, sağlık hizmetinin özelleşmesinin ağır bastığı şeklinde görüşler mevcuttur: “Nitelikli ağır ameliyatların hiç birisi yapılmıyor şimdi. Üniversitelerde de yapılmıyor. O büyük ameliyatları yapacak hekimler özellere kaçtı. Özellere de vatandaşın ulaşabilmesi çok ağır paraları gerektiriyor”²³⁵. Tam gün yasasının uygulamaya konulmasından sonra, nitelikli hekimler çalışma koşulları ve maddi imkânları daha iyi olan özel sağlık kuruluşlarına yönelmişlerdir. Buna bağlı olarak kamu hastanelerinde bazı tıbbi müdahaleler yapılamaz olmuş ve kamu hastanelerinin hizmet kalitesi de düşmüştür. Bunun yanı sıra, Tam gün yasası ile üniversite hastanelerindeki birçok öğretim üyesi istifa edip özel hastanelere geçmiş bir nevi hastaneler boşalmıştır. Bu durumdan da en çok tıp fakültesi öğrencileri ve asistan hekimler olumsuz etkilenmişlerdir. Türkiye’de kamu üniversitelerinin fakülte hastanelerinde görev yapan öğretim üyesi sayısı 9572 iken asistan hekim sayısı ise 23.404’tür²³⁶ tıp bilimi birebir ve uygulamalı bir bilim olması nedeniyle, öğretim üyesi sayısı yetersiz kalmaktadır. Buna bağlı olarak asistan hekimler, yeterli düzeyde eğitim alamadıkları için bilgisiz yetişmeye başlamıştır. Bu durum ileriki dönemlerde nitelsiz hekimlerin yetişmesine ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmesine neden olacaktır. Tam gün yasası ile hekimler özel sektöre yöneltilirken kamu hastanelerinde kalan hekimler ise ek gelir için aşırı çalışmaya itilmektedir.

1965 yılında yürürlüğe giren 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nda sağlık çalışanlarına maaş esasına dayanan ödemeler yapılmaktaydı. Daha sonraki dönemlerde üniversite hastanelerinin de dâhil olduğu bütün kamu sağlık kuruluşlarında uygulamaya konulan; hastanede çalışan hekimlere ve yöneticilere verilmek üzere “*döner sermaye*” adı altında ödemeler yapılmaya başlanmıştır. Bu dönemlerde kamu personelinin maaş dışında harcamaları ve ödenekleri SB tarafından yapılmıştır. Daha sonraki süreçlerde hastane gelirleri diğer sağlık çalışanlarına da verilmeye başlanınca, hekimlere düşen döner sermaye payında azalma olmuştur. Bu

²³⁴ KAYA, Abdülkadir, vd., “2007-2013 Arası Tıpta Uzmanlık Sınavları: Bir Trend Analizi”, *Ankara Medical Journal*, Ankara 2014, C. 14, S. 2, s. 57.

²³⁵ CEVAHİR, Egemen, *Türkiye’de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Toplumsal Yansıma Örnekleri*, İstanbul, Kibele Yayınları, 1. Baskı, s. 211.

²³⁶ <https://istatistik.yok.gov.tr> (E. T. 27. 01. 2017)

nedenle SB, SDP hekimlere ve diğer sağlık çalışanlarına sabit maaşın yanında performans sistemini yürürlüğe koymuştur²³⁷.

Kamudaki sağlık personelinin iş motivasyonunu arttırmak amacıyla SDP'nin unsurlarından olan Performansa Dayalı Ek Ödeme sistemi uygulamaya konulmuştur²³⁸. SB tarafından belirlenen hizmet sunum ve ölçütlerine uygun olmak koşuluyla personelin unvanı, hizmete katkısı, çalışma kartları ve süreleri, serbest çalışıp çalışmaması, performansı, kurumda yaptığı muayene, girişimsel işlemler, ameliyathane gibi öğelerin temel alınarak çalışan personele döner sermayeden ek ödeme usul ve oranlarının belirlendiği sistem Performansa Dayalı Ek Ödeme sistemidir. Sağlık kurumlarının iyileştirilmesi ve kaliteli hizmet sunulmasını teşvik etmek amacıyla konulan bu sistem SB bağlı bütün kurumlarda uygulanmaktadır²³⁹.

Performans değerlendirme işlemleri SB'na bağlı olan *Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü* tarafından yürütülmüştür. Ancak 2007'de *Strateji Geliştirme Başkanlığı*nın sorumluluğu kapsamında yer almış ve bu birimin içinde *Performans Yönetimi ve Kontrol Geliştirme Daire Başkanlığı* oluşturulmuştur. 2009 yılının Eylül ayından sonra ise performansla ilgili işlemler tekrar *Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü*'ne devredilmiştir²⁴⁰.

Performans sisteminde farklı kriterler göz önünde bulundurulmaktadır. Bu kriterler şunlardır; hasta memnuniyetini sağlamak, kaliteli sağlık seviyesine ulaşmak ve kaliteli sağlık hizmet sunumu sürecine uymaktır. Bu hizmeti sunarken alt yapı, insan ve malzeme kaynaklarında belirlenmiş kuralları yerine getirme söz konusudur²⁴¹.

2008 yılında yayınlanan Sağlıkta Dönüşüm İlerleme Raporunda, performansa bağlı ödeme sistemi geliştirmeyi öngören ve uygulamalarda çeşitli değişiklikler getiren SDP; verilen sağlık hizmetinin maddi karşılığının daha hakkaniyetli bir

²³⁷ KAPTANOĞLU, Aysegül Yıldırım, "Birinci Basamak ve Yataklı Kamu Sağlık Kurumlarının Gelirlerinden Yapılan Ödemelerde Performans Yönetimi Kavramı", *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, Ankara Aralık 2011, C. 1, S. 3, s. 143.

²³⁸ OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye sbu.saglik.gov.tr (E. T. 11. 11. 2016)

²³⁹ TUNÇEL, Mine, DOĞAN, Öznur Vuran, ÇOBANER, Aslıhan Ardic, "Performans Sisteminde Medyanın Bakışını Anlamak: Performans Konulu Sağlık Haberleri Üzerine Bir Araştırma", *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, Ankara 2012, S. 3, s. 105.

²⁴⁰ SAYAN, İpek Özkal ve ŞAHAN, Yusuf, "Sağlık Bakanlığı'nda Performans Değerlendirme ve Ek Ödeme Sistemi", *Memleket Siyaset Yönetim Dergisi*, Ankara 2011, C. 6, S. 16, s. 36-37.

²⁴¹ AKDAĞ, Recep, *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)*, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Aralık 2012, s. 305.

yapıya kavuşturulmasını amaçlamış, böylece hizmetin zamanında ve daha verimli bir şekilde sunulmasını hedeflemiştir²⁴².

PDEÖ sisteminde hizmet talebini karşılamada önemli bir motivasyon aracı olmuştur. Bu sistemle kaçakların kayıt altına alınması, malzemelerin ucuza temin edilmesi ve israfın azaltılması sağlanmıştır. Düzenli bir kayıt sistemi oluşmuş, hastanelerin otomasyon kullanımı %20 iken bugünlerde %100 olmuştur. Hastaların bekleme süreleri azalmış, hekimlerin hastalarını muayene süresi uzamış ve üst sağlık kuruluşlarına sevk oranları makul düzeye indirilmiştir. Halk arasında “bıçak parası” olarak bilinen yanlış uygulama kalkmıştır²⁴³.

PDEÖ sistemi işleyişinde, sağlık kurumunun aylık gelirinden, çalışanlara belirlenen yasal ölçülerde katkı payı olarak ödenebileceği, çalışanların katkıları oranında kurumun ürettiği artı değerlere ortak olmaları esas alınmıştır. Hekimlerin puan hesaplanmasında özelde çalışanlarla kamuda tam gün çalışanlar arasında fark oluşturularak tam gün çalışma özendirilmiştir. Yasal düzenlemeler çerçevesinde hastane enfeksiyonları önlenbildiği takdirde ilgili dal hekimlikleri ödüllendirilmektedir²⁴⁴.

PDEÖ sistemi, hekimlerin görev yaptığı kurumda üretkenliğinin ve motivasyonunu arttırmıştır ancak uygulamaya konulduktan sonra birtakım olumsuzluklar tespit edilmiştir.

Bir vakada tek tek ölçüt belirlenmesi son derece zor olmakla birlikte, ölçüt fazlalığının olması da sorun yaratmaktadır. Sağlık hizmetlerinde her şeyin ölçülmesinin mümkün olmadığı gibi PDEÖ sistemi, neyin ölçülmek istenildiğinin pek bilinmemesi de bu sistemin önde gelen sıkıntılarından²⁴⁵. PDEÖ sistemi işleyişini kamu hastanelerinde yapılan işlemlerin puanlaması şeklinde olmaktadır. Puan listesinde girişimsel işlemler özellikle cerrahi branşlarda risk taşımaya, akut kısa sürede ve sıkça yapılan işlemlere daha çok, kronik ve uzun süre tedavi gerektiren

²⁴² AKDAĞ, Recep, İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı, s. 77.

²⁴³ AKDAĞ, Recep, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011), s.307.

²⁴⁴ AYDIN, Sabahattin, “Sağlıkta Performans Yönetimi Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi”, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara 2006, s. 44.

²⁴⁵ KOCAKOÇ, Necati, Sağlıkta Dönüşüm Programının, Sağlık Hizmetleri Kalitesine ve Çalışanların Performansları Üzerine Etkileri, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2014, s. 68.

işlemlere daha az puan verilmektedir. Bu uygulama hekimlerin hasta seçmelerine ve takip gerektiren hastaları fakülte hastanelerine sevk etmelerine yol açmaktadır²⁴⁶.

SDP'nin bir uzantısı olan PDEÖ sistemi etkileri ile ilgili asistanlarla bir söyleşi yapıldığında, asistanların verdiği cevaplar çok çarpıcıdır. “Performans sistemi, var olan olumsuz koşullarımızı daha da kötüleştirmekten başka sonuç getirmedi bizim açımızdan. Elbette hastaları bir de “*kötü*” ve “*iyi*” diye ikiye ayırmaya yaradı. Yani performans politikası sonucunda az zamanda çok para getiren hasta *iyi* hastadır. Yani bir hastanın yağ bezesini çıkarmak mı, kalbi duran bir hastayı 45 dakika yeniden yaşatmaya çalışmak mı, tercih edilmelidir? Unutmayın yağ bezesi çıkarmak 500, hastayı yaşama döndürmek 100 puan hangisini tercih edersiniz? Ve de böyle bir tercih yapmak zorunda kalmanız yeterince *kötü* değil mi?”²⁴⁷. Başka bir çalışmada ise yine benzer cevaplar verilmiştir. “Büyük ameliyatı yaptığınız zaman getirdiği puan çok büyük bir puan değil, düşük bir puan, niye riske atıyorsunuz. Burada her şey puan üzerine kurulu artık. Yaptığınız şeylerden puan karşılığında para alıyorsunuz”²⁴⁸. Asistan hekimlerin verdiği cevaplar performans sisteminin, hekim ve hasta arasında bir daha kolay kolay düzelmeyecek problemlere yol açtığının işaretidir.

Türk Tabipler Birliği 15 Kasım 2007 ile Haziran 2008 tarih aralığında toplam 7 ay süreyi kapsayacak şekilde, kendi WEB sitesinde gönüllü hekimlerin katıldığı elektronik ortamda ve kopya ile çoğaltılarak kâğıt üzerinde yanıtlanan bu anketler daha sonrada posta yoluyla TTB'ye gönderilmiştir. Bu anket çalışmasının sonucu dikkat çekicidir. Buna göre; yoğun bakıma ve servise yatırılan hasta, lokal anestezi, konsültasyon ve tetkik isteme sayısının artması olumlu ve dinamiklik göstergesidir hatta başarı olarak kabul edilmektedir. Fakat endikasyonsuz müdahalelerin, etiğe aykırı uygulamaların ve malpraktisin artması, hasta muayene süresinin azalması başarı ölçütüyle çelişmektedir. Komplikasyon sayısının değişmediğini belirtenlerin oranı %49.1,arttı diyenlerin oranı ise %45.2 oldukça yüksektir. Bu araştırmanın sonucunda özellikle PDEÖ sistemi ile hasta başına muayene süresinin azaldığı, malpraktisin arttığı ve sağlık hizmet kalitesinin düştüğü sonucuna varılmaktadır²⁴⁹.

²⁴⁶ KAPTANOĞLU, “Birinci Basamak ve Yataklı...”, s. 149.

²⁴⁷ <http://www.birikimdergisi.com/guncel-yazilar/1019/saglikta-donusum-> (E. T. 23. 04. 2016)

²⁴⁸ CEVAHİR, Türkiye’ de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Toplumsal Yansıma Örnekleri, s. 211.

²⁴⁹ TÜRK TABİPLER BİRLİĞİ ETİK KURULU, “Hekimlerin Değerlendirmesi ile Performansa Dayalı Ödeme”, *Türk Tabipler Birliği Yayınları*, 1. Baskı, Ankara Haziran 2009, s. 36.

Hekimler performans kaygısı ile daha çok işlem yaparak daha çok puan almaya zorlandıkça hastaya ayrılan süre azalmaktadır. Bunun sonucunda da tıp uygulamalarında ve tıp eğitiminde bütüncül yaklaşım zarar görmektedir²⁵⁰. Bunun yanı sıra PDEÖ sistemi ile nitelikli akademisyen ve hekimlerin araştırma ve eğitim vermek yerine sağlık hizmeti sunmak için kliniklere yönelmesi ve eğitim araştırma hastanelerinden ayrılıp 2. Basamak devlet hastanelerine veya özel hastanelere geçmesi tıp eğitimini olumsuz etkilemektedir²⁵¹. Yine TTB'nin yaptığı başka bir araştırmada ise PDEÖ sisteminin eğitime olan etkisi incelenmiştir. Çıkan sonuç kaygı vericidir. Uygulamalı olan tıp eğitiminde PDEÖ sisteminden sonra, beceri kazandırmaya ayrılan sürede, hasta başı eğitim süresinde ve asistan hekimlerin teorik eğitime ayrılan sürede azalma olmuştur. Diğer taraftan insan gücü yetiştirecek hekimlerin, kendilerini yenilemesi ve yenilikleri izlemesi yönünde önemli olan sürekli tıp eğitime katılma ve literatür okumaya ayrılan süre azalmıştır. Buna göre hem eğiten hem de eğitilenlerin değişen koşullar nedeniyle eğitimde nitelik kaybı olmuştur. Bu olumsuzluk, uzun vadede bakıldığında temel tıp eğitime ve ihtisaslaşmaya büyük sorunlar getirecektir²⁵².

Yöneltilen eleştirilerden bir diğeri de PDEÖ sistemi mali boyutudur. Uygulanan bu sistem ile koruyucu sağlık hizmeti geri plana atılmış, tedavi edici sağlık hizmeti ön plana alınmıştır. Bunun sonucunda da tıbbi işlemlerin sayısı, kullanılan tıbbi malzeme ve ilaç oranları artmıştır. Bu durumdan en çok ilaç firmaları ve tıbbi malzeme firmaları olumlu yönde etkilenmiş ve kârlarını yükseltmişlerdir. SDP uygulamaya konulduktan sonra 2003'de SB'den SGK'ya fatura edilen ilaç ve malzemenin tutarı 8.613.000.000 TL iken 2009'da fatura edilen ilaç ve malzeme tutarı 21.026.000.000 TL olmuş böylece artış oranı %144 olmuştur²⁵³.

Bu bilgiler doğrultusunda PDEÖ sistemi şöyle özetlenebilir: “Uygulamaya konulan bu performans sisteminin temel çıktısı, ister gerçek ister yapay talep yaratmak şeklinde olsun, sağlık hizmeti ve sağlık teknolojisi tüketimini arttırmak olmuştur”²⁵⁴.

²⁵⁰ <http://www.istabip.org.tr> (E. T. 12. 12.2016)

²⁵¹ turkmsic.net/.../8.tec_bildirisi-degisen_saglik_politikalarinin_tip_egitimine_etkisi (E. T. 11. 12. 2016)

²⁵² TÜRK TABİPLER BİRLİĞİ ETİK KURULU, “Hekimlerin Değerlendirmesi ile ...”, s. 39.

²⁵³ SAYAN, İpek Özkal ve ŞAHAN, Yusuf, “Sağlık Bakanlığı’nda Performans...”, s. 50.

²⁵⁴ ELBEK ve ADAŞ, “Sağlıkta Dönüşüm Eleştirel Bir Değerlendirme”, s. 38.

Bu bilgiler ışığında düşünülecek olunursa, PDEÖ sisteminin hekimleri daha çok hasta bakarak ve girişimlerde bulunarak gelirini arttırmaya itmektedir. Hastalar gereksiz tetkik ve müdahalelere maruz kalmıştır, bunun sonucu olarak da hekime olan güven ve saygı azalmıştır. PDEÖ sisteminin bütün eleştirilere rağmen hekimlerin gelir düzeyini yükselttiği inkâr edilemez. Ancak performans ölçütünün yüksek tutulması yapılan işlem sayısında aşırı artışa ve hekimlerin birbirinin hastasını çalma, birbirini rakip görme hatta öğrencilerin bile birbirini rakip görmesine neden olmuştur. Bu durum sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürdüğü gibi puan esaslı uygulamadan ötürü, hasta müşteri hekimde rakip pozisyonuna düşmüştür. Aynı zamanda PDEÖ sisteminin ekip çalışmasını yok ettiği, hekimlerin riskli ve az puan getiren işlem yapmak istememesine, hekim ve uzman adaylarının riskli, zor uygulamaları öğrenmek bile istemediği, özetleyecek olursak defansif tıp uygulamalarına neden olduğu yapılan araştırmaların sonucunda da görülmüştür.

C. 2005 Yılında Yürürlüğe Giren 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunun Etkisi

Hekimler ve diğer sağlık personelleri, tıbbi uygulamaları tıp biliminin belirlediği standartlar çerçevesinde gerçekleştirmek zorundadırlar. Ancak yapılan tıbbi işlemlerin hukuki düzenlemelere uygun olması gerekmektedir. Hekimler ve sağlık çalışanları hukuka uygun hareket etmediği takdirde cezai sorumluluklarla karşılaşır.

Tıbbi hata (malpraktis) meydana geldiği zaman hasta, hasta yakını, hekimler ve sağlık kuruluşları, özellikle maddi yönden olumsuzluklarla karşılaşmaktadırlar. Çünkü tıbbi hata; tedavinin uzamasına, yeni sakatlıkların ortaya çıkmasına, komplikasyonların tedavisi için ek ilaç veya girişimlere ihtiyaç duyulmasına neden olmaktadır. Bu durumda maliyetlerin daha da artmasına neden olduğu gibi toplumsal olarak da manevi zararlara neden olmaktadır²⁵⁵.

TCK'da yer alan taksirle adam yaralama veya taksirle adam öldürme malpraktis kaynaklı uygulamalara yönelik düzenlenmiştir. Dikkat edilecek olursa

²⁵⁵ TOP, Mehmet, vd. , “Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri; Kocaeli İlinden Bir Alan Çalışması”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Ankara, 2008, C. 11, S. 2, s. 164.

dafansif tıp uygulamaları, hastalara zarar verme olasılığı yüksek olması nedeniyle malpraktisle temel unsurları paylaşmaktadır²⁵⁶.

Henüz ülkemizde tıbbi uygulama hatalarından kaynaklanan yaralanma ve ölüm durumları için özel bir malpraktis kanunu hazırlanmamıştır²⁵⁷. Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulamasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı adıyla hazırlanmış ancak birçok eksiklikleri nedeniyle kanunlaşmamıştır²⁵⁸.

5237 Sayılı TCK'nın 22.'nci md.'de taksir, bilinçli taksir ve buna bağlı uygulanacak cezalar belirtilmiştir. 765 Sayılı TCK'nın²⁵⁹ 45. md. 5237 Sayılı TCK'da karşılığı olan 22.md. de, bilinçli taksir kavramı yasa metnine katılmıştır²⁶⁰.

5237 Sayılı TCK'nın 83.'üncü md'de; kişinin icrai davranışta bulunabilmesi, kanuni düzenlemelere ve sözleşmelere dayanarak yükümlülüğünün bulunması ve gerçekleştirdiği davranışın diğerlerinin hayatı için tehlikeli durum yaratması göz önünde bulundurularak belirgin düzeyde ceza artırımına gidilmiştir. “Bu kanun maddesi ile hekimlik meslek uygulamaları “*kasıtlı suçlar*” arasına sokulmakta ve ceza oranları belirgin olarak yükseltilmektedir”²⁶¹.

765 Sayılı TCK'nın 455.'inci md.'de düzenlenen suç için öngörülen ceza 2 yıldan 5 yıla kadar hapis cezası iken 2.'nci fıkrada birden fazla kişinin ölümüne veya ölümlerle birlikte, birden fazla kişinin ölümüne sebep olunmuş ise 4 yıldan 10 yıla kadar hapis cezası²⁶²; 5237 Sayılı TCK 85.'inci md.'nin 1. fıkrasında taksirli davranış sonucunda kişi ölmüş ise 2 yıldan 6 yıla, 2. fıkrasında ise birden fazla kişinin ölümüne veya ölümlerle birlikte, birden fazla kişinin yaralanmasına sebep olunmuş ise 2 yıldan 15 yıla kadar hapis öngörülmektedir. 765 Sayılı TCK'nın 459.'uncu md.'de suçun cezası 3 aydan 20 aya kadar hapis şeklinde belirlenmiş olan ceza 5237 Sayılı TCK'nın 89.'uncu md.'de fiilin birden fazla kişinin yaralanmasına neden olması halinde, 6 aydan 3 yıla kadar hapis cezasına hükmolunur²⁶³ ifadesiyle belirgin

²⁵⁶ YILMAZ, Kerem, POLAT, Oğuz, KOCAMAZ, Begüm, “Defansif Tıp Uygulamalarının ...”, s. 21.

²⁵⁷ CAN, İsmail Özgür, ÖZKARA, Erdem ve CAN, Muhammed, “Yargıtay’da Karara Bağlanan Tıbbi Uygulama Hatası Dosyalarının Değerlendirilmesi”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, İzmir Mayıs 2011, C. 25, S. 2, s. 75.

²⁵⁸ <http://www.ttb.org.tr/index.php/Etik-Kurul> (E. T. 10. 01. 2017)

²⁵⁹ 13. 03. 1926/ RG 320

²⁶⁰ <http://www.bilgin.net> (E. T. 03. 06. 2016)

²⁶¹ <http://ankaraderm.org> (E. T. 03. 06. 2016)

²⁶² <http://www.turkhukuksitesi.com> (E. T. 20. 01. 2017)

²⁶³ APAYDIN, Cengiz, “Taksirle Yaralama Suçu”, *Ankara Barosu Dergisi*, Ankara Ocak 2011, S.69, s. 61.

bir ceza artışı yapılmıştır. Görüldüğü üzere kanunda cezaların arttığı çok açıktır. Özellikle hekimlere uzanan bu kanunlar hekimlerin riskli ve sorun çıkartabilecek hastalardan kaçınmalarına neden olmaktadır.

765 Sayılı Ceza Kanununda yer alan kişi hak ve özgürlüklerini kısıtlayan kanun maddelerinin, 2005 yılında yürürlüğe konulan 5237 Sayılı TCK ile artırıldığı görülmektedir. Bu düzenlemelerin hekimleri tedirgin edeceği ve hekimlerin defansif davranış kalıbına gireceği düşünülmektedir²⁶⁴. Tıbbi uygulama hatası iddiasıyla açılan davaların çoğalması, 5237 Sayılı TCK’da ceza oranlarının artması, verilen cezaların paraya çevrilmemesi veya ertelenmemesi gibi unsurlar hekimler üzerinde büyük tedirginlik yaratmaktadır²⁶⁵.

5237 Sayılı ceza kanunun yürürlüğe girmesinden sonra yapılan bir çalışmada elde edilen veriler dikkat çekicidir: Uzman hekimlerin %80’i, profesörlerin %48’i 5237 Sayılı TCK’nın yürürlüğe girmesinden sonra hekimlik uygulamalarında tedirginlik hissettiklerini belirtmişlerdir²⁶⁶.

5237 Sayılı TCK’da yer alan bilinçli taksir kavramıyla hekimlerin komplikasyon nedeniyle bile sorumlu tutulacağı yönünde görüşler vardır. Ancak böyle bir uygulama hekimleri mesleklerini yapamaz hale getirecektir. Bu durum göz önünde bulundurulduğundan hekimin komplikasyon nedeniyle sorumlu tutulamayacağı kanaati vardır²⁶⁷. Ancak komplikasyonlar, hekim hatası olarak kabul edilip, hekimlere dava açma davranışı yaygınlaşmıştır. Hastada bir zarar ortaya çıktığında, bu zararın tıbbi uygulamalardan kaynaklanıp kaynaklanmadığını belirleme işi bilirkişiye aittir fakat ülkemizde sağlık hukukundan anlayan *bilirkişilik* ve *özelleşmiş sağlık hukuku* kurumu olmadığı için birçok dava haksız yere hekim aleyhine sonuçlanabilmektedir²⁶⁸. Diğer ülkelerde özellikle gelişmiş ülkeler incelendiğinde görülmüştür ki “suçlayıcı-cezalandırıcı” yaklaşım tıbbi hataları

²⁶⁴ YILMAZ, Ahmet, vd. , “2005 Yılında Yürürlüğe Giren Türk Ceza Kanunun (TCK) Cerrahi Branş Hekimleri Üzerinde Etkisi”, *Adli Tıp Dergisi*, İstanbul 2013, C. 27, S. 3, s. 160.

²⁶⁵ POLAT, Oğuz ve PAKİŞ, Işıl, “Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu”, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, İstanbul, Temmuz 2011, C. 2, S. 3, s. 124.

²⁶⁶ AKINCI, Seda B. , vd. , “Anesteziyologlarda Defansif Tıp ...”, s. 154-155.

²⁶⁷ TURLA, Ahmet, KARAASLAN, Emine Şirin, KÖPRÜLÜ, Hülya, “Şifahaneden Hastaneye: Sağlık Kuruluşlarının Değişimine Genel Bir Bakış”, *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Dergisi*, Samsun 2006, C. 7, S. 3, s. 226.

²⁶⁸ ÖKTEN, Ali İhsan, “Sağlıkta Yanıtı Bulunamayan Durumlar: Memnuniyet mi? Şikâyet mi? Defansif Tıp mı? Ofansif Tıp mı?”, *Adana Tabipler Odası Dergisi*, Adana, Eylül 2012, S. 49, s. 8. ; DERYAL, Yahya, *Türk Hukukunda Bilirkişilik*, Ankara, Seçkin Yayınevi, 4.Baskı, 2012, s. 175.

önleyememenin yanı sıra defansif tıp uygulamasını arttırmaktadır²⁶⁹. Tıbbi hatadan dolayı hekimlere açılan davaların %80'inde hekimler suçlu bulunmamıştır. Açılan davaların ortalama 5-7 yıl sürmesi hekimler için esas ceza olmaktadır. Hekimlerin işsiz kalması, ailevi sorunlar yaşaması hatta gerçek tıbbi hataların bu süreçte gerçekleştiği görülmektedir²⁷⁰.

5237 Sayılı TCK'da cezaların arttırılması nedeniyle hekimler malpraktis davalarından dolayı büyük baskı altındadırlar. Hekimler tarafından hasta potansiyel davacı olarak algılanmaktadır, bu algı saygı ve güven ilişkisine dayanan hasta-hekim ilişkisini davalı-davacı durumuna düşürmüştür. Malpraktis davalarından dolayı hekimin kendine güveni azalmakta, cesareti kırılmakta ve mesleki tükenmişlik duygusuna kapılmaktadır.

Yapılan bir araştırmada ortaya çıkan sonuç önemsenmelidir; defansif tıp uygulamalarıyla ilgili yapılan bir araştırmada, hekimlere defansif tıp uygulayan bir hekim örneği verilerek “sizin tutumunuz nasıl olurdu?” minvaldeki soruya hekimlerin %55.6'sı herhangi bir olumsuz sonuçtan dolayı sorumlu tutulmamak için defansif tıp uygulamaları sergileyeceklerinin belirtmişlerdir²⁷¹.

Defansif tıp uygulaması malpraktis sorununun iyi yönetilememesinin bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle sadece defansif tıp uygulamasını cezalandırma yöntemiyle önlemeye çalışmak bu davranış uygulamasını kaldırmayacağı gibi daha da yaygınlaştıracaktır. Aynı zamanda defansif tıp uygulamalarının yaygın olduğu ülkelerde, defansif tıp verileri malpraktis sisteminin iyi işletilebilmesi için yol gösterici olarak kullanılmaktadır²⁷². Bu sorunun önüne geçebilmek için, sadece malpraktis perspektifinden soruna çözüm aramak ceza perspektifli bakış açısidir ve tek yönlü bir arayıştır. Şüphesiz ki defansif tıp uygulamasına yönelten etkenlerin başında malpraktis gelmektedir ancak diğer etmenleri de göz ardı etmek sorunun giderilmesini sağlamayacaktır. Malpraktis sisteminin iyi işletilebilmesi için sağlık hukukunun ve bilirkişilik kurumunun

²⁶⁹ YILDIRIM, Ali, vd. , “Tokat İli Merkezinde Çalışan Hekimlerin Tıbbi Uygulama Hataları İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları”, *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, Sivas 2009, C. 31, S. 4, s. 365.

²⁷⁰ ALTUN, Gürcan, YORULMAZ, Abdullah Coşkun, “Yasal Değişiklikler Sonrası Hekim Sorumluluğu ve Malpraktis”, *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, Edirne 2010, C. 27, S. 1, s. 9.

²⁷¹ CİVANER, Murat, YÜRÜR, Kızılca, PALA, Kayıhan, “Sağlık Alanında Hizmet Kaynaklı Zarar; Hekimler Ne Diyor?”, *Türk Tabipler Birliği Yayınları*, Ankara, 1. Baskı, Haziran 2011, s. 10.

²⁷² YILMAZ, Ahmet, vd., “2005 Yılında Yürürlüğe Giren...”, s. 170.

oturtulması aynı zamanda geliştirilmesi ve sağlık hukuku mahkemelerinin kurulması gerekmektedir.

WHO, defansif tıp uygulamalarına çözüm olarak birtakım önerileri vardır; toplumun ve hükümetlerin defansif tıp uygulamaları konusunda uyarılması, tıbbi kötü uygulamalar için kanun ve yöntem geliştirilmesi ve avukatların bu konuda uygun olmayan talepler ve davalar için aktif tutum alınmasını, kötü uygulama başvurularının mahkemelere gidilmeden çözülebilmesine yönelik fikir ortaya koymuşlardır²⁷³.

5237 Sayılı TCK'da ceza oranlarının artması hekimleri defansif tıp uygulamalarına yönlendirecektir bunu engellemek amacıyla tıbbi hatalarda cezai sorumluluğu kapsayan malpraktis yasasının oluşturulması gerekmektedir²⁷⁴.

D. Mesleki Sorumluluk Sigortası

Sigortalının prim ödeme, sigortacının ise riziko gerçekleştiğinde sigortalının zararını tazmin etme yükümlülüğü olan yani iki tarafa da borç yükleyen bir sözleşme olan mesleki sorumluluk sigortasında, sigortacı üçüncü kişilerin haklı tazminat taleplerini karşılaması, haksız tazminat taleplerini ise reddetmesi söz konusudur²⁷⁵.

Üçüncü kişilere verilecek zarardan dolayı zararın karşılanması amacıyla sigortalıdan istenen tazminatın ödenmesi için sorumluluk sigortası yapılmaktadır. Hekimlerin mesleklerini uygularken ihmal, hata gibi nedenlerden dolayı hastayı uğrattığı zararın tazmin edilmesini güvence altına almak için mesleki sorumluluk sigortası yapılır. Böylece malpraktis uygulamaları, hekimler ve sağlık kurumları için güvence altına alınmış olmaktadır²⁷⁶. Hekimler için malpraktis sigortasının ortaya çıkışı, kişisel kazançları korurken, malpraktisle ilgili hukuk davalarının kabul edilen hukuki bir argüman olduğu, yani malpraktis hukuk davalarının kurumsallaşmasına neden olmuştur²⁷⁷.

²⁷³ CAN, ÖZKARA, CAN, “Yargıtay’da Karara Bağlanan...”, s. 75.

²⁷⁴ TÜMER, Ali Rıza, “Hekimlerin Cezai Sorumlulukları ve 5237 sayılı Yeni Ceza Kanunun Hekimlere Getirdiği Yükümlülükler”, *Hacettepe Tıp Dergisi*, Ankara 2005, C. 36, S. 1, s. 7-8.

²⁷⁵ GÜLASLAN, Pınar Aksoy, “Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası”, *Uluslararası Sağlık Hukuku Sempozyumu Lefkoşe 16-17 Ekim, 2014*, HAKERİ, Hakan, DOĞAN, Cahid (Ed.), Ankara, Türkiye Barolar Birliği Yayınları, 2015, s. 268.

²⁷⁶ GÖKMEN, Habil ve GÜLEÇ, Sibel, “Tıbbi Malpraktis Riskinin Yönetiminde Bir Araç Olarak Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortaları”, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, Ankara Ocak 2010, S. 1, s. 9.

²⁷⁷ NAHED and friends, “Malpractice Liability and Defensive...”, p. 2.

Sağlık personelinin hastaya karşı yükümlülüğü teşhis, tedavi, koruyucu önlemler vb. standart tıbbi uygulamaları yerine getirmemesi veya dikkat ve beceri eksikliği nedeniyle hastada zarar olduğu durumlarda sorumluluğa ilişkin usul ve esaslar ile zararı engelleyecek ve sağlık hizmetlerini geliştirecek mekanizmaları düzenlemek amacıyla mesleki sorumluluk sigortası zorunlu hale getirilmiştir²⁷⁸. Aynı perspektiften bakılacak olursa; hekimlerin mesleklerini icra ederken meydana gelebilecek zarar karşısında, hekimlerin mesleklerini güven içinde gerçekleştirebilmeleri amacıyla Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası sistemi oluşturulmuştur. Bu sigorta türünün özelliği hekimlerin mesleklerini uygularken verdikleri zarar karşısında açılan davalara karşı hekimi teminat altına almaktır. Ülkemiz de 30 Temmuz 2010 tarihinde zorunlu hale getirilmiştir, tam adı *Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası* olarak düzenlenmiştir²⁷⁹. Mesleki Sorumluluk Sigortasında²⁸⁰, sigortalının belli eylemleri teminat altındadır:

“a) Sigortalının, poliçe kapsamında yer alan ve sınırları hukuk kuralları veya etik kurallar ile tespit edilen mesleki faaliyeti dışındaki faaliyetlerinden kaynaklanan tazminat talepleri.

b) İnsani görevin yerine getirilmesi hariç, sigortalının, poliçe kapsamındaki kuruluşların sorumluluk alanı dışındaki faaliyetlerinden kaynaklanan tazminat talepleri.

c) İdari ve adli para cezaları dahil her tür ceza ve cezai şartlar.

ç) İlgili mevzuatla belirlenen çerçevede tıbbi mesleki faaliyet gereği yapılanlar hariç her türlü deneyden kaynaklanan tazminat talepleri”

bu eylemler teminat kapsamı dışındadır.

Bu sigorta türüyle hekimlerin daha güvenli çalışması hedeflenirken, hekimlerin çalıştığı kurumlara göre ödeme mekanizmaları farklı işlemektedir. Kamu

²⁷⁸ TÜMER, Ali Rıza, AKCAN, Ramazan, KARACAOĞLU, Emre, “Ülkemizde ve Dünyadaki Örnekleri İle Hekim Mesleki Sorumluluk Sigorta Sisteminin Değerlendirilmesi”, *Hacettepe Tıp Dergisi*, Ankara 2011, C. 42, s. 38.

²⁷⁹ YILDIRIM, İsmail, “Tıbbi Malpraktis ve Hekim Meslek Sorumluluk Sigortası”, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, İstanbul, Temmuz 2015, C. 6, S. 3, s. 121-122.

²⁸⁰ 21. 07. 2010/ RG 27648 (Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları)

kurumunda görev yapan pratisyenler dâhil olmak üzere bütün hekimler sigorta primlerini kendileri ödemekte, ancak yarısını döner sermaye karşılamaktadır. Döner sermaye yoksa kurumun kendi bütçesinden sigortalıya yansıtılır. Özel sağlık kuruluşunda çalışan hekimler ise primlerini sigorta acentesine ödemekte, ödenen primin yarısı da sigortalıya yansıtılmaktadır. Mesleklerini serbest icra edenler ise aile hekimleri de dâhil primlerinin tamamını kendileri sigorta acentelerine ödemektedir²⁸¹.

Teminatlar poliçede belirtilen limitler dâhilinde sınırlandırılmıştır, EK-1 tabloda risk grupları tasniflendirilmiştir. 1. Gruba dahil olan branş hekimlerinin ödediği prim, 4. Gruba dahil olan branş hekimlerine göre daha düşüktür²⁸². Burada dikkat çeken bir nokta, tazminat ödeyen hekim sigorta primini zamlı ödeyecektir. Bu uygulama yüksek ihtimalle hekimleri defansif tıp uygulamasına itecektir.

Sigortalı adına davayı sigorta acentesinin görevlendirdiği avukat takip etmektedir. Sigortalı bütün yetkileri avukata vermek durumundadır. Dava ve avukat giderleri sigortalı tarafından ödenmektedir²⁸³. Avukatlık Mesleki Sorumluluk Klozu kapsamında açıklama yapılmıştır²⁸⁴.

Mesleki sorumluluk sigortasına da yöneltilen birçok eleştiri söz konusudur. Sağlık sisteminde problemlerin artması, tıbbi uygulama hatalarına buna bağlı olarak da hekimlere açılan hukuk ve ceza davalarını, mesleki sigorta işlemlerinin de sayısını arttırmıştır. Bu durum hekimleri haksız suçlamalarla ve haksız malpraktis davalarıyla karşı karşıya bırakmakta, hekimleri defansif hekimlik anlayışına itmektedir²⁸⁵.

ABD’de ölüm nedenleri arasında tıbbi uygulama hataları beşinci sırada yer almaktadır. Sistemdeki hataların giderilebilmesi için hastaların karşılaştıkları en ufak problemin bile kayıt altına alınması gerekmektedir. Fakat hekimler sigorta sistemi ve buna bağlı olarak da dava açılma korkusuyla bazı durumları kayıt altına almadıkları

²⁸¹ 21. 07. 2010/ RG 27648 (Bkz. md. 3 1. 2. 3. fıkralar)

²⁸² Bkz RG 27648 (Bir önceki yıl ya da bir önceki sözleşme süresi içinde herhangi bir tazminat ödemesi yapılmaması durumunda, sonraki sigorta sözleşmesinde uygulanacak prim indirimi oranı bir üst basamağa göre belirlenir. Eğer bir önceki yıl ya da bir önceki sözleşme süresi içinde tazminat ödenmişse, sonraki sözleşme süresi içinde tazminat ödeme sayısı kadar aşağı basamak tarife uygulanır. Üç ve daha fazla tazminat ödemesi için azami zamlı prim %50, üç ya da daha fazla yıl tazminat ödenmemesi durumunda azami indirim %20’dir. Sigorta süresinin bir yıldan kısa olduğu sigorta sözleşmelerinde prim indirimi uygulanmaz.)

²⁸³ TUĞCU, Harun, YORULMAZ, Coşkun, KOÇ, Sermet, “Hekim Sorumluluğu ve Tıbbi Malpraktis”, *Klinik Gelişim Dergisi*, İstanbul 2009, C. 22, s. 15.

²⁸⁴ 26 Mayıs 2013/ RG 28658 (Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları)

²⁸⁵ KOÇ, Sermet, “Adli Tıbbi Açından Malpraktis ve Hekim Sorumluluğu”, *Toraks Cerrahi Bülteni*, Ankara Mart 2014, s. 21

görülmektedir. Bu durum defansif tıp uygulamasını tetiklediği gibi riskli hastaların sağlık hizmeti alamama durumlarıyla karşılaşmasına neden olmaktadır²⁸⁶.

ABD’de mesleki sorumluluk sigortasının 40 yılı aşkın süredir uygulamasında çıkan olumsuz sonuçlar özetlenecek olursa; hekim ve hastanelere açılan davaların artması, malpraktis iddiaları ve buna bağlı mesleki sigorta teminatlarının maliyeti arttırması (84-151 milyar dolar arasında değişmektedir), sigorta primlerini yüksek tutan hekimlerin hastalara büyük yük getirmesidir²⁸⁷.

Mesleki sorumluluk sigortasına TTB’nin ciddi eleştirileri vardır. Bu sigorta sisteminin amacı malpraktisi önlemek yerine, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin unsuru olarak yeni bir pazar yaratmak olduğunu öne sürmektedir. Mesleki sorumluluk sigortası sistemiyle ABD’de olduğu gibi sağlık hizmetlerinin sigorta şirketleri ve hukuk büroları tarafından yönlendirileceği, aynı zamanda defansif tıp uygulamalarını arttırdığı gibi, hekimlerin riskli girişimler uygulaması gereken durumlardan kaçınacağını savunmuştur²⁸⁸. Yapılan bir araştırmada, defansif tıp uygulamaları sonucu yapılan gereksiz işlemlerin ve tazminat sisteminin suistimallere açık olmasının sağlık hizmetini olumsuz etkileyeceğini savunan hekimlerin oranının %86.6 olduğu saptanmıştır²⁸⁹.

Bu sigorta sistemi hekimlerin ve sağlık çalışanlarının giderini arttıracak ve uzun süren malpraktis davalarında sigorta tazminatının ödenmeme durumu ise sigorta şirketinin menfaatine olacaktır²⁹⁰ görüşüyle birlikte bu görüşü destekleyici sonuçlar elde edilmiştir: SB’nin hekim hataları nedeniyle zarar gören hastaya ödediği tazminat miktarı 5.7 milyon TL iken 35 milyon TL nin sağlık bütçesi yerine özel sigorta şirketlerinin gelir hanesine geçtiği gözlenmiştir²⁹¹. Bu saptamaya göre, hekimi korumak amacıyla, mesleki sorumluluk sigortasıyla toplanan para oldukça yüksek fakat zarara uğramış hastaya ödenen para oldukça azdır. Bu durum, mesleki sorumluluk sigortasıyla amaç hekimi korumaktan ziyade sigorta şirketlerinin kârını yükseltmek mi sorusunu akıllara getirmektedir.

²⁸⁶ <http://www.ttb.org.tr> (E. T. 23. 04. 2016)

²⁸⁷ TÜMER, AKCAN, KARACAOĞLU, “Ülkemizde ve Dünyadaki Örnekleri...”, s. 38-39.

²⁸⁸ TÜRK KARDİYOLOJİ DERNEĞİ ARAŞTIRMALARI, *TTB Etik Bildirgeler Çalıştay Sonuç Raporları*, Ankara, C. 37, S. 3, Haziran 2008, s. 57.

²⁸⁹ CİVANER, YÜRÜR, PALA, “Sağlık Alanında Hizmet Kaynaklı Zarar; Hekimler Ne Diyor?”, s. 10

²⁹⁰ KOYUNCUOĞLU, Tennur, “Doktor Sigortası mı? Hasta Sigortası mı?”, *Türk Tabipler Birliği Dergisi*, Ankara 2011, S. 92, s. 446-447.

²⁹¹ TÜMER, AKCAN, KARACAOĞLU, “Ülkemizde ve Dünyadaki Örnekleri...”, s. 41.

Yöneltiren eleştirilerden bir diğeri de teminat paketlerinin yeteri kadar kapsayıcı olmaması, riskli dallarda çalışan hekimlerin ödediği primlerin giderek artmasıdır. Toplanan primlerin ödenen tazminatlardan daha fazla olması tazminatların ödenirliğini güvence altına almaktan ziyade başka amaçlar taşıdığına yönelik soru işaretlerini oluşturmaktadır²⁹².

Mesleki sorumluluk sigortası uygulamaya konulurken, sağlık hakkının tek yöneticisinin hekim olduğu varsayılmış ve hekimlerin hataları ön plana çıkartılmıştır. Son dönemlerde paternalist, risk alan hekim modelinden, hastasını tıbbi karar sürecine dâhil eden ve risk almayan hekim anlayışına geçiş söz konusudur. Bu nedenle hekimler yerine hastayı doğrudan sigortalamaya yönelik öneriler gündemdedir²⁹³.

Hekim sorumluluk sigortası belirlenirken sadece risk gruplarına bağlı kalınmadan somut ölçütlerin yanı sıra, risk gruplarına bağlı ödeme primlerinin hesaplanmasında çalışma koşullarının göz önünde bulundurulması sistemin verimli işlemesine olumlu katkıda bulunacaktır²⁹⁴.

Ülkemizde mesleki sorumluluk sigortası uygulaması, randımanlı işlememekte ve özellikle kritik branşlarda sigorta priminin yüksek olmasıyla birlikte tazminat ödemek zorunda kalan hekimin, sigorta primini zamlı yatırmak zorunda kalması hekimleri defansif tıp uygulamalarına sevk etmektedir. Son zamanlarda hekimler tarafından yapılan küçük bir hatanın bile abartılması sonucu zarara uğrayan hastalar, yüksek tazminat miktarları talebiyle dava açmaları için teşvik edilmektedirler, bu durum hekimlere açılan dava sayısını arttırmaktadır.

E. Tıp Fakültelerinde Verilen Eğitimin Yetersizliği

Dünya Tabipler Birliği (WMA), tıp eğitiminin amacını şöyle belirtmiştir: Tıp eğitimi tıp fakültelerine girişle başlayan, aktif uygulamaların emekliliğe kadar etkin olduğu önemli bir öğrenme sürecidir. Branşlarının niteliği ne olursa olsun hastalıkların önlenmesi ve çözümü olmayan hastalıkları hafifletmek, bunun içinde en son bilimsel uygulamaları kullanmak amacıyla hekim veya uzman hekim adayları

²⁹² CİVANER, YÜRÜR, PALA, “Sağlık Alanında Hizmet...”, s. 33.

²⁹³ KOYUNCUOĞLU, “Doktor Sigortası mı? Hasta Sigortası mı?”, s. 433.

²⁹⁴ YILDIRIM, “Tıbbi Malpraktis ve Hekim ...”, s. 128.

eğitilmektedir. Bu eğitimde verilmek istenen temel unsur kazançtan çok sağlık hizmetinin etik standartlar için verilmesidir. Bütün hekimler tıp mesleğinin üyesi olduğuna göre tıp mesleğinin kalitesini yüksek tutmak için tıp eğitiminin standartlarının da yüksek tutulması hekimlerin sorumluluğundadır²⁹⁵.

19 Ekim 1945 yılında Cumhuriyet Döneminin ilk tıp fakültesi olan Ankara Tıp Fakültesi'nin açılışında konuşma yapan dönemin Eğitim Bakanı Hasan Ali Yücel şunları söylemiştir: “Tıp öğretiminin, günün pozitif bilimleriyle ilgisi, bu bilimin bir kısmını laboratuvarlara toplamıştır. Fizik, kimya, biyoloji ve bunların türlü dallarında geniş ve derin ihtisaslar teessüs etmedikçe köklü bir tıp öğrenimi imkânsızdır. Laboratuvarlarına kapanıp bu konularda sabırlı mevcudu öğrenen ve yenilerini arayan insanlarımız çoğaldığı nispette Türk Hekimliği milletlerarası değerini kazanacaktır...”²⁹⁶ Hasan Ali Yücel'in kurduğu bu cümleler, Cumhuriyetin ilk dönemlerinde tıp eğitiminin niteliğini arttırmak ve uluslararası alanda tıp biliminde etkin olabilecek bilim adamları yetiştirmek gibi önemli bir vizyonu gerçekleştirmek ve bu gayeyi ilke haline getirme çabasını bize hatırlatmaktadır.

Sağlık politikalarındaki olumsuz uygulamalar sadece hizmet sunumunu değil hekimlerin yetersiz yetiştirilmesi ve iyi hekim modelinin de belirlenememesine neden olmaktadır. Sağlık ocaklarının olumlu yönde geliştirilememesi tıp eğitiminde uzmanlık merkezli verilmesi oluşan bu yanlışın tipik bir örneğidir²⁹⁷.

5. ve 6. Beş yıllık kalkınma planında her yıl tıp fakültelerinden 5000 hekim mezun edilmesi öngörülmüş bunun sonucunda da 1982'de 30.000 olan hekim sayısı 1990'da 60.000 olmuştur. Bu rakamlara ulaşılrken öğrenci/ laboratuvar, öğrenci/ öğretim üyesi oranları dikkate alınmadığından tıp eğitiminin niteliğinde kayıplar yaşanmıştır²⁹⁸.

Sağlıkta özelleşmenin ulaşabileceği tehlikelere daha önce değinilmiştir. Bunun uzantısı olarak da, tıp eğitiminin kalitesi düşürülmüş, nitelikten ziyade niceliğe önem verilmiş ve sadece hasta memnuniyeti açısından bakılır olmuştur.

²⁹⁵ Madrid, İspanya, Ekim 1987, 39'uncu Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda Benimsenmiştir.

²⁹⁶ ARDA, Berna, “Atatürk Türkiye'sinde İlk Tıp Fakültesinin Kuruluşu: Ankara Tıp Fakültesi”, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, Ankara 1996, C. 49, S. 1, s. 4.

²⁹⁷ CANBAZ, Sevgi, vd. , “Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Kaygı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler”, *Genel Tıp Dergisi*, Konya 2007, C. 17, S. 1, s. 18.

²⁹⁸ BAŞKAN, Semih, “2000'li Yılların Eşiğinde Türk Tıp Eğitimi, Ankara Üniversitesi”, *Tıp Fakültesi Mecmuası*, Ankara 1997, C. 50, S. 1, s. 8.

Önemli bir kamusal hizmet olan sağlıkta yaşanan bu yozlaşmanın bedelini en ağır biçimde hasta ödeyecektir.

Tıp eğitimindeki aksaklıklar en çok asistan hekimleri olumsuz etkilemektedir. Asistanlık, 4 veya 5 yıllık zaman dilimini kapsayan, uzman doktorların mesleki hayatlarının en önemli bölümünü oluşturan bir dönemdir. Asistanlık zor bir süreçtir çünkü hem yetiştirmesi gereken birçok işi hem de öğrenmesi gereken çok fazla mesleki bilgi vardır. Asistanlık döneminde rol model olan eğitici kadroların, asistanların ileri dönemlerde hastalara yaklaşımı üzerinde etkileri olmaktadır²⁹⁹. Aynı zamanda, ülkemizde hastaneler arasındaki teknik donanım, eğitici kadrolar, girişimsel işlemlerin sayısı, personellerin kapasitesi gibi farklılıkların olması, asistan hekimlerin aldığı eğitimi de farklılaştırmaktadır.

Öğretim üyelerinin temel görevi eğitim vermektir. Ancak sağlık politikaları ve uzantısı olan performans sistemi nedeniyle öğretim üyeleri eğitim görevinden ziyade hizmet görevine ağırlık vermek zorunda kalmaları³⁰⁰ öğrencilerin ve asistan hekimlerin yeteri kadar akademik ve uygulama eğitim almalarının önünde engel teşkil etmektedir.

SDP'nin eğitime yansıyan temel olumsuzluğu şudur: PDEÖ sistemi ile kamu hastaneleri işletme mantığıyla hareketle hizmet sunmaya başlamıştır. Bu sistemin bir parçası olarak da hizmet sunumu ve uzmanlık eğitimi için gerekeni yapmak yerine işletmenin gereksinimine göre tavır almak esas kabul edilmiştir³⁰¹ böylece eğitime ayrılan süre azalmış, sağlık hizmetlerinin kalitesi düşmüş ve malpraktis artmıştır.

TTB'nin malpraktisle ilgili yaptığı araştırmada katılımcıların %73'ü lisans düzeyinde ve sonrasında verilen eğitimin malpraktisi önlemede yetersiz olduğunu, %53.1 oranında ise hekimlik mesleğini uygularken kendilerini yetersiz hissettiklerini, vurgulamışlardır³⁰². Yine TTB yaptığı çalışmada, tıp eğitiminde kalitenin düştüğünü; birçok öğrencinin normal doğum yaptırmadan, dikiş atmadan, aşı ve enjeksiyon yapmadan, hiç apse açmadan ve burun tamponu yapmadan mezun olduklarını ortaya

²⁹⁹ TANRIVERDİ, Haluk ve TEKER, Çiğdem, “Eğitim Hastanelerinde Asistan Doktorların Klinik İş Yükleri Bakımından Performans Ölçütlerinin Karşılaştırılması”, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, Ankara, Ocak 2010, S. 1, s. 117.

³⁰⁰ SAYEK, İskender, ODABAŞI, Orhan, KİPER, Nural, “Türk Tabipler Birliği Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitim Raporu”, *Türk Tabipler Birliği Yayınları*, Ankara, 1. Baskı, 2010, s. 8.

³⁰¹ ÇITAK, Necati, ALTAŞ, Özge, “Türkiye’de ki Göğüs Cerrahisi ve Kalp Damar Cerrahisi Uzmanlık Öğrencisi Gözü İle Tıpta Uzmanlık Eğitimi Veren Kurumlardaki Durum”, *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, İstanbul 2012, C. 20, S. 4, s. 833.

³⁰² CİVANER, YÜRÜR, PALA, “Sağlık Alanında Hizmet...”, s. 10.

koymuşlardır³⁰³. Yine TTB'nin yaptığı başka bir araştırmada, katılımcıların %19.5'unun malpraktisin, tıp eğitiminin yetersizliğinden kaynaklandığını ileri sürmüşlerdir. Tıbbi bilgi ve teknolojinin hızlı gelişmesi buna karşılık mezuniyet öncesi eğitimin yetersiz kalışı, tıp fakültesini tercih edenlerde nitelik düşüşü, çok hızlı ve çok sayıda tıp fakültesi açılması, hekim dışı sağlık çalışanında eğitimin yetersizliği, hekimlerin kendilerini yetiştirmek istememeleri, lisans yenileme sisteminin olmaması, hastalık temelli eğitimin olması, aşırı uzmanlaşma ve hastaya bütün olarak bakma anlayışının yitirilmesi gibi durumlar tıp eğitimine olumsuz yansıyan unsurlardır³⁰⁴.Yapılan bu araştırmaların sonucu sağlık hizmetleri sunumu açısından son derece kaygı vericidir. Bu sonuçlardan yola çıkarak, sağlık sistemindeki aksaklıkların, tıbbi hataların ve defansif tıp uygulamalarının sorumlusu olarak sadece hekimleri göstermek yanlış bir tutumdur.

Aynı zamanda çok hızlı değişimlerin yaşandığı günümüzde, teknolojik ilerlemelerde tıp biliminin teknik ve örgütsel özelliğini karmaşık hale getirmektedir. Hekimler kendi mesleklerinin hâkimi olmaktan çok mesleklerinin basit bir parçası haline gelmişlerdir³⁰⁵. Tıp eğitiminde hastaya dokunmak ve birebir temas kurmak esastır. Ancak tıpta teknolojinin ilerlemesi ve hekimin yeteneğinden ziyade teknik donanımların etkin olması bunun yanı sıra performans sistemi gibi uygulanan politikalar hekimin hastayla arasına duvar örmektedir. Hekim hastaya bakmamakta, ne yazık ki hastayı sadece görmektedir.

Eğitimdeki yetersizliği giderebilmek için birtakım önerilerde bulunmaktadır. Tıp eğitimine yeteri kadar kaynak ayrılmaması, fakültelerin kapasitelerinin üzerinde öğrenci alması tıp eğitimin önündeki en büyük engellerdendir. Bu engelleri aşabilmenin yolu eğitimin dinamik olarak düzenlenmesinden, tıp öğrencisine öğrenmeyi öğretmek anlayışından geçmektedir³⁰⁶.

Hekimlerden iyi bir tıp bilgisi ve becerisinin yanı sıra, hekim kimliğine uygun ve kabul edilmiş etik değerler beklenmektedir. Bu etik değerler öğretilirken klasik

³⁰³ GÜRAKSIN, Asuman, İNANDI, Tacettin, KESKİNER, Ü.Deniz, “Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi”, *AÜTD*, Erzurum 1997, S. 29, s. 563.

³⁰⁴ CİVANER, YÜRÜR, PALA, “Sağlık Alanında Hizmet...”, s. 30.

³⁰⁵ LİGT, LEVİNE, Tıp Mesleğinin Değişen Yayı: Kuramsal Bir İnceleme, Meslekler ve Sosyoloji, s. 169.

³⁰⁶ ARDA, Berna, *Tıp Etiği Eğitimi, Çağdaş Tıp Etiği*, Der. Ayşegül Demirhan Erdemir, Öztan Öncel ve Şahin Aksoy, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2003, s. 20.

sınıf anlatımı tekniği dışında başka yöntemlerin kullanılması gerekmektedir³⁰⁷. Tıbbi hataları en aza indirmek için öncelikle kaliteli eğitim vermek şarttır. Eğitim ve teknik donanımına bakılmaksızın tıp fakültelerinin açılması ve sayılarının arttırılması niteliksiz hekim yetişmesine neden olmaktadır. Aynı zamanda Tam gün yasasıyla fakülte hastanelerinde öğretim elemanı eksikliği nedeniyle asistanlar yetersiz eğitilmekte, buna bağlı olarak da hem malpraktis vakası artmakta hem de bilgi ve tecrübesi yetersiz olan hekim hastadan kaçmakta ve defansif tıp uygulamasına yönelmektedir.

F. Hekimlik Anlayışının Değişmesi

Arapça kökenli hekim kelimesi, Allah'ın isimlerinden olan hâkim kelimesiyle aynı köke sahiptir. Hâkim, doğru olmayan ve nefsâni arzulardan çekinen kişidir, hekim ise iyileştirmek amacıyla menetmek anlamına gelmekle beraber hüküm ve hikmet sahibi anlamı da taşımaktadır³⁰⁸. Hasta-hekim ilişkisinde sosyolojik, psikolojik, ekonomik, teknolojik unsurların etkili olmasından dolayı toplumsal bir konudur. Tıbbi uygulamaların esasını oluşturan hasta-hekim ilişkisinde uygulanan tedavinin başarılı olmasında bu ilişkinin şekli ve sağlam olmasının rolü büyüktür³⁰⁹.

Tarihsel süreçte çeşitli hekimlik modelleri olmuştur. Günümüze kadar etkinliğini koruyan ataerkil modelde, en iyinin belirlenmesi için ortak ve nesnel kriterlerin olması düşüncesinden hareket etmekle birlikte hastasını tıbbi karara mümkün olduğunca az dâhil eder. Hasta o an için razı olmasa bile daha sonraki dönemlerde hekimin aldığı kararlara minnet duyulacağı inancı vardır. Özerklikten ziyade sağlığı önemser. Hekim burada otoriter durumdadır³¹⁰. Yol gösterme ve işbirliğinde; sağlığına kavuşmak için hekimle işbirliğini ve hekimin talimatlarını kabul eden ilişkide, hekim karşısında belli düzeyde etkindir ve sözün geçerliliği

³⁰⁷ ABAY, Ece Şükriye, SEZER, Barış, BAŞUSTA, Nezaket Bilge, “Tıp Fakültesi İyi Hekimlik Uygulamalarını, Yürüten Eğiticilerin Gözüyle Etik Eğitimi(Hacettepe Üniversitesi Örneği)”, *Türkiye Biyoetik Dergisi*, Ankara 2014, C. 1, S. 4, s. 210.

³⁰⁸ SORGUR SAYGIN, “Şifahaneden Hastaneye: ...”, s. 202. (Bunun yanı sıra tab-be kökünden türeyen tabip kelimesi; hekimlik yapmak, tedavi etmek, sağlamlaştırmak anlamına gelmekte ve hekimlikle eş anlamlı kullanılmaktadır.)

³⁰⁹ ATICI, Elif, “Hasta-Hekim İlişisini Etkileyen Unsurlar”, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, Bursa 2007, C. 33, S. 2, s. 91.

³¹⁰ ÖZER, Onur, *Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Polikliniklere Başvuran Hastalarla Yapılan Anket Çalışması İle Hasta- Hekim İletişiminin İncelenmesi*, (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi), Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, İstanbul, 2007, s. 14-15.

bakımında daha farklı ilişki söz konusudur³¹¹. Karşılıklı katılım temelinde ise, teşhisin konmasından tedavinin sonuçlanmasına kadar ki bütün süreçlerde hasta-hekim birlikte karar vermektedirler³¹². Görüldüğü üzere farklı hekim modelleri söz konusudur. Yüzlerce yıldır etkin olan paternalist hekimlikten, günümüzde hastanın sürece dâhil edildiği ve hekimin karar verenden çok rehber olduğu bir süreç yaşanmaya başlanmıştır.

İzlenen sağlık politikaları nedeniyle hekimin aldığı kararı sorgulayan, hekime boyun eğmeyen ve daha talepkar hasta profili ortaya çıkmıştır. Bu değişim paternalist hekimlikten; sıradan uzmanlıkların öneminin daha da arttığı, demokratik eğilim bekleyen daha eşitlikçi hasta profiline geçiş ve daha etkili olma durumu söz konusudur³¹³. Bu değişim sonucu, sağlıkları hakkında bilgilendirilen hastalar sağlıklarına daha çok dikkat edip ve daha iyi sonuçlara ulaşmışlardır³¹⁴.

Hasta-hekim ilişkisi özellikle 20. yy'ın son 35 yılında daha önceki dönemlere göre hızlı bir değişim yaşanan bu süreçte sağlık ile hastanın özerkliğinin yanı sıra, hastanın değerleri ile hekimin değerleri arasındaki zıtlıklar doğrultusunda hastanın tıbbi kararlarda rolünün ne olması gerektiği tartışılmıştır³¹⁵.

Hasta hekim ilişkisinin birebir ilişkiden çıkması, bireyselliğin ve saygının ön planda olup, paranın geri planda olduğu eski hasta-hekim ilişkisi yerini rekabetin esas alındığı, unvanların pazarlandığı, en iyi teşhis ve tedavi araçlarına sahip olunması gibi pazarlık sağlayan unsurlar sağlık alanında etkin olmuştur³¹⁶.

Uzmanlık sayısının artması ve hekimlerin sadece kendi alanlarına yönelmeleri sonucu aşırı uzmanlaşması bunun sonucu olarak da bütünü görememe durumunun ortaya çıkması söz konusu olmuştur. Artık hekimler yerine tıbbi cihazlar ve laboratuvar sonuçları teşhis koymaya, hastalarda hekimden ziyade teknolojik

³¹¹ OĞUZ, Neyyire Yasemin, “Klinik Uygulamada Hekim-Hasta İlişkisi”, *T Klin Tıbbi Etik*, Ankara 1995, C. 2, S. 3, s. 60.

³¹² <http://m.drtus.com> (E. T. 03. 06. 2016)

³¹³ ELBEK, Osman ve ADAŞ, Baki, “Şiddetin Gölgesinde Hekimlik”, *Aydın Tabip Odası Yayınları*, Aydın, Mayıs 2012, s. 8.

³¹⁴ BİLGEL, Nazan, “Hasta Hekim İletişiminde Etik”, ÜNVER, Yener, TAG, Brigitte, BUDAK, Ali Cem, ÖZİLHAN, Deniz, AYDIN, Bilge (Ed.), *Sağlık Alanında Etik ve Hukuk Uluslar arası Sempozyumu 17-19 Nisan 2008*, Yeditepe Üniversitesi, İstanbul, s. 109.

³¹⁵ ATICI, Elif, “Hasta- Hekim İlişkisi Kavramı”, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, Bursa 2007, C. 33, S. 1, s. 46.

³¹⁶ TURLA, KARAASLAN, KÖPRÜLÜ, “Tıbbi Uygulama Hataları (Malpraktis)”, s. 225.

ekipmanlara güvenmeye başlamışlardır. İyi hekim yerini, iyi cihazlara sahip hastanelere bırakmıştır³¹⁷.

Defansif tıp uygulamasına yönelten sistemsel ve hukuksal sorunların yanı sıra, hekim mesleki itibarının zedelenmemesi, kariyerinin sekteye uğramaması veya hekimin hastanın beklentisini boşa çıkarmaması gibi kaygılar da hekimi savunmaya dayalı eyleme itmektedir. Ayrıca PDEÖ sistemi nedeniyle hastalar kendileri için uygulanan tıbbi girişimleri ve tedavileri, hastalığının gereği olarak yapıldığı konusunda mı yoksa hekime ek ödeme olarak mı yapıldığı kuşkusunu hastada yaratmaktadır. Bu algılama güven ilişkisini son derece kötü etkilemektedir³¹⁸.

Tedavinin başarıya ulaşması için hasta-hekim ilişkisini güçlendirmek gerekmektedir. Bunun içinde hastanın düşüncelerini aktarabilmesi için fırsat vermek ve hasta-hekim arasındaki güç dengesizliğini gidermek gerekmektedir. Hasta-hekim arasındaki dengeyi oluşturmak için tarafların karşılıklı hak ve görevlerini yerine getirmesi gerekmektedir³¹⁹.

Son yarım yy'da her alanda büyük ve hızlı değişimlerin yaşandığı günümüzde, ilkçağdan beri etkin olan paternalist hekimlik yerini katılımcı hekim anlayışına bırakmaya başlamıştır. Hastanın tedavisindeki karar sürecine katılması tıp etiğinin temel ilkelerinden olan özerkliğin temelidir. Ancak hekimin rehber rolünü üstlendiği kararı hastaya bırakıp üzerinden sorumluluğu atan bir anlayış hastaya fayda yerine zarar getirmektedir. Çünkü tıp bilimi yoğun bilgi ve beceri gerektirir. Hasta ne kadar eğitilmiş olursa olsun hekimiyle arasında bilgi asimetrisi vardır. Hastanın sağlık şartları dikkate alınarak kimi durumlarda paternalist tutuma girilmesi hastaya fayda sağlayacaktır. Hekimlerin çok teknik konuşması hastasıyla ilişkisini olumsuz etkilediği gibi, PDEÖ sistemi gibi uygulamalar daha önce söz edildiği gibi hastanın hekimine olan güveni sarsmaktadır, teknolojinin ilerlemesi birçok olumlu etkileri getirmekle beraber hekimi teknolojinin bir parçası durumuna sokmuştur. Bu durum tıbbi cihazları hekimlerden daha etkin kılmakta, hekimleri geri plana itmektedir. Bu işleyişin sonucunda da hasta-hekim ilişkisinin temeli olan güven ve saygı zedelenmektedir.

³¹⁷ SORGUR, SAYGIN, “Şifahaneden Hastaneye: ...”, s. 204.

³¹⁸ ELBEK, ADAŞ, “Şiddetin Gölgesinde Hekimlik”, s. 8.

³¹⁹ KOCH, Eckhardt, TURGUT, Tolga, “Hasta-Hekim İlişkisinin Güncel Sorunları ve Kültürlerarası Yönleri: Bir Bakış”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, Ankara 2004, C. 15, S. 1, s. 69.

VI. DEFANSİF TIP UYGULAMALARININ HEKİM VE HASTALARA ETKİSİ

Tıptaki ve teknolojiadaki ilerleme, insanlık adına önemli kazanımlar sağlamış ve sağlık hizmetlerinde iyileşmeler yaşanmıştır. Teknolojik gelişmeler sayesinde insanların bilgiye ulaşması kolaylaşmıştır.

Sağlıkla ilgili bilgi edinme davranışının temelinde insanların sağlıklı ve uzun yaşama istekleri yatmaktadır. ABD ve Batı ülkelerinde sağlıkla ilgili WEB siteleri eğitilmiş ve sağlığına dikkat eden bireylerin ilgi odağıdır³²⁰. Türkiye’de de benzer durum söz konusudur. 2013 yılında Türkiye’de yapılan bir araştırmada 10 kişiden yaklaşık 6’sının sağlıkla ilgili bilgi edinmek için internet kullandığı saptanmıştır³²¹. Hastaların bilişim sektörünü etkin kullanmaları önemli bir gelişme olmakla beraber hastaların hekimlerden beklentisini arttırmıştır. Bu durum kimi zaman hastanın hekimi gereksiz yere sorgulamasına, kimi zamanda hekimden fazla tetkik talep etmesine neden olmaktadır. Hastanın bu talepleri sonucu hekim, üzerinde baskı hissetmektedir.

Daha önce söz edilen etkenlerin yanı sıra, hekimlerden mükemmel uygulama beklentisine girilmesi, hekimler üzerinde psikolojik baskı oluşturmakta ve hekimler adının kötüye çıkmaması için pozitif defansif tıp uygulamasına girebilmektedirler. Son dönemlerde kimi hastalarda en çok tetkiki isteyen hekimin en iyi hekim olduğu, hastanın da bu durumdan çok memnun kaldığı gözlenmiştir. Hastanın bu memnuniyeti hekimi defansif tıp uygulamalarına yöneltmekte ve hekim hem hastasını memnun etmekte hem de kendini korumaktadır³²².

Tarihsel olarak hekimler paternalist davranışa eğilimlidir. Toplum zaman içerisinde proaktif hale gelmiştir. Seçenekler hakkında daha bilgili olunması bireylerin, hekimlerin tavsiyelerini olduğu gibi kabul etme eğilimini azaltmıştır³²³. Böylece paternalist hekimlikten yol gösterici hekimliğe doğru bir eğilim başlamıştır. Hastanın, kendi hastalığı ve tedavisini bilmeye, hastanın tedavi sürecine dâhil

³²⁰ GÜNLER, Oya Eryiğit, “ Bilgi Toplumunda İnternetin Önemi ve Sağlık Üzerindeki Etkileri”, *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, Karaman 2015, C. 17, S. 29, s. 35.

³²¹ ZÜLFİKAR, Haluk, “Hastaların İnternet Kullanımı ve Elektronik Ortamdaki Sağlık Bilgilerine Erişim Davranışları”, *F. N. Hem. Dergisi*, İstanbul 2014, C. 22, S.1, s. 49.

³²² YETENER, Müge, vd. , “Hekim Bağı”, *Ankara Tabip Odası Yayınları*, Ankara Ekim 2011, s.57

³²³ ORTASHI and friends, “The Practice Of Defensive...”, p. 1.

edilmesi ve hastanın özerk olması son derece önemlidir ancak, hasta ne kadar karşı tam olarak özerk değildir.

Dünyanın birçok ülkesinde uygulanan ve ülkemizde de 2003 yılında uygulamaya konulan SDP ile sağlık sistemi, hastaları bürokratik işlerden kurtarıırken özel hastanelerin kapısını açmış ve hastaların sağlık hizmetlerinden kısa sürede faydalanmasını sağlamıştır. Hasta memnuniyeti gözle görülür bir farkla artmıştır. Hastalar için, bu olumlu gelişmeler küçümsenmemeli ancak sağlık sisteminde de ön görülen olumsuzlukların yaşanmaya başladığını, özellikle hekimlerde defansif tıp uygulamasının, etkin olmaya başladığını kabul etmek gerekmektedir.

Şu anki mevcut sağlık sistemi, ne yazık ki defansif tıp uygulamalarını olabildiğince arttırmış ve hastanın kucağına bırakmıştır. Üzerinde durulması gereken en büyük tehlike hasta-hekim ilişkisinde güvensizlik yaratmasıdır. Türkiye’de uygulanan sağlık sisteminin getirdiği olumsuzluklar üzerine yapılan bir çalışmada hekimlerin ifadeleri şöyledir: “Hastalar hekimlere kesinlikle güvenmiyorlar, hele Tam Gün Yasasından sonra daha nitelikli hekimlerin özellere kaçması, hastanın daha nitelikli hizmete kavuşmasının önünde bir sorun oluşturdu ve bu da hastada bir güven bunalımına yol açtı”³²⁴.

Defansif tıp uygulamaları, sağlık harcamalarında, yanlış tedaviden kaynaklanan hukuk davalarına oranla daha fazla külfet getirmektedir. İlave testler ve yöntemler talep ederek doktorların kendilerini hukuk davalarından korumaya çalışması hastaları kapsamlı bir muayeneden geçirmesine yol açmakta, pek çok durumda da hekimlerin gelirini arttırmaktadır. Hekimler, kendilerini korurken ek tıbbi işlemlerin hastaya zarar verme ihtimali, tıp etiğinin açık bir ihlalidir ve bu durum defansif tıbbi etik olmayan bir pratiğe dönüştürmektedir³²⁵. Ülkemiz de mevcut sağlık sisteminde, hekimlere uygulanan PDEÖ sisteminin yol açtığı etik dışı uygulamalara zemin hazırlamakta, hastalardan gereksiz yere tetkikler istenebilmekte ve birtakım operasyonlar uygulanabilmektedir. Hekimlerin bu türden eğilimlerine maruz kalan hastalar hekimlerine güvenmemekte, hekimlerinin hastaların sağlığından çok kendi maddi çıkarlarını önemsediklerini düşünmekte ve hekimlerine karşı saygıları azalmakta, hekimlerine karşı güven problemi yaşamaktadırlar.

³²⁴ CEVAHİR, Türkiye’ de Sağlık Sisteminin Dönüşümü, s. 221.

³²⁵ HEALEY and COLLEGE, “Physicians Defensive Medicine and Ethics”, n. 17-18.

ABD başta olmak üzere, ülkemizde de uygulanan sağlık sisteminin eleştirilen; sağlık hizmetlerinin alışveriş ilişkisine dönüşmesi bunun sonucu olarak da, yüzyıllardan beri süregelen ve güven temeline dayalı hasta-hekim ilişkisinin zedelenmesi ve hekimine güvenmeyen hastanın farklı sağlık kuruluşlarına giderek aynı işlemleri ve tetkikleri tekrar tekrar yaptırmasıdır. Bu davranış sağlık giderlerini gereksiz yere şişirmekte ve bedeli de toplumun cebinden çıkmaktadır, böyle bir sürecin sürdürülmesi mümkün değildir.

Aynı zamanda yaşanan sorunlarda hekimin hedef gösterilmesi çözülmesi zor problemleri doğurmakta ve sorunları derinleştirmektedir. Suçlamayla davayla karşılaşmış olan hekimler; kızgınlık, öfke duymak, suçluluk hissetmek, utanma, özgüven kaybı ve mesleği bırakma gibi şahsi tepkiler duyarlar. Davaların, hekimler üzerinde tehdit edici bir etkisinin olması önemli olmakla beraber göz önünde bulundurulması gereken esas soru, böyle bir etkinin hasta için olumlu bir sonuç mu olumsuz bir sonuç mu ürettiğidir³²⁶. Olumlu ve olumsuz yönleri iyi düşünülmeden uygulamaya konulmuş düzenlemelerin ve yasaların hekimleri savunmaya dayalı uygulamaya sürüklediği görülmektedir. Ülkemizde hekimler ve sağlık çalışanlarına yöneltilen şikâyetlerin büyük çoğunluğu ciddiye alınmayacak niteliktedir ama dava niteliğine ulaşmasa bile hekimlerin suçlanması, maalesef hekimlerde özgüven eksikliği, hastadan çekinme, mesleğine karşı bıkkınlık hissetme durumunu yaratmaktadır. Mesleğinde mutlu olmayan ve çoğunlukla stres altında mesleğini uygulamaya çalışan hekimlerin hastalarına yeterli düzeyde faydalı olmaları mümkün değildir.

³²⁶ ORTASHI and friends, “The Practice Of Defensive...”, p. 2.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK HAKKI VE DEFANSİF TIP UYGULAMALARI BAĞLAMINDA HEKİMİN SORUMLULUĞU

Bu bölümde, defansif tıp uygulamalarından ötürü hekime yüklenebilecek sorumluluklar hukuki düzenlemeler eşliğinde açıklanmaya çalışılacaktır. Hekimin sorumluluklarla karşılaşacağı durumların belirlenmesi açısından hekimin temel yükümlülüklerine, açılan davaların konusu olan malpraktis ve komplikasyon kavramlarına değinilerek hekimin defansif tıp uygulamasından kaynaklanan hukuki, cezai, disiplin ve mesleki sorumlulukları ifade edilmeye çalışılacaktır.

I. SAĞLIK HAKKI

Sağlık, diğer kavramlar gibi sosyal, ekonomik, siyasal, kültürel ve evrensel hukuk alanında; insanlığın tarihsel mirasındaki birikimlerle birlikte içeriği ve kapsamı değişen, gelişen bir kavramdır³²⁷. Başka bir ifade ile sağlık, canlı bir varlığın en üst düzeyde bütünlüklerini oluşturma süreci ve canlının maddesel bütünlüğünün devam ettirilmesidir³²⁸. Günümüzde insanın maddi, sosyal ilişkiler ve psikolojik varlığıyla bir bütün olduğu anlayışıyla sağlık kavramı daha geniş tutulmuştur. Bu nedenledir ki WHO³²⁹ tarafından sağlık “*bedensel, zihinsel ve sosyal olarak tam bir iyilik hali*” olarak tanımlanmıştır. Bu tanımlamalardan yola çıkılarak sağlık hakkına, toplum içinde yaşayan bütün insanların beden, ruhen ve sosyal açıdan sağlıklı bir şekilde hayatlarını sürdürebilme haklarıdır diyebiliriz. Aynı zamanda “sağlık hakkı, sağlık hizmetlerini ve sağlığın belirleyicilerini kuşatan etkili ve bütünleşmiş bir sağlık sistemi hakkıdır”³³⁰.

Sağlık hakkı sadece bozulan sağlığın düzeltilmesine yönelik hizmet anlayışı değildir. Kişinin vücut bütünlüğünün korunması ve sağlığına zarar veren eylemlerin

³²⁷ CEVAHİR, Türkiye’de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Toplumsal Yansıma Örnekleri, s. 21

³²⁸ HAMZAOĞLU, Onur, “Sağlık Nedir? Nasıl Tanımlanmalıdır?”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, Ankara Kasım-Aralık 2010, C. 25, S. 6, s. 407.

³²⁹ (WHO-World Health Organization) Birleşmiş Milletler’e bağlı olan ve toplum sağlığıyla ilgili uluslararası çalışmalar yapan örgüt.

³³⁰ ZENGİN, Nazmi, “Sağlık Hakkı ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu”, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, Ankara Ocak 2010, S. 1, s. 45.

devlet eliyle veya üçüncü kişiler tarafından yapılmasına izin verilmemesi sağlık hakkının ana unsurlarındandır³³¹.

Sağlık hakkı kavramının, akademik çalışma alanının oluşmasının temelinde tıp ve etik alanda yaşanan sorunlar yatmaktadır. Tıbbi uygulamalardaki yetersizlikler, sağlık kavramını insan haklarının kapsamına almıştır³³². İnsan haklarının, unsurlarından biri mevcut sağlık politikası ve bu politikaların değerlendirilmesi için standart sağlamaktır. Bunun yanı sıra toplumsal grupların sağlık ihtiyaçlarının ön plana alınması için sağlam bir temel oluşturmaktır³³³. 10 Aralık 1948’de ilan edilen İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi 25. maddesi 1. fıkrasında “*Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes, işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir*”³³⁴ şeklinde düzenleme yapılarak bireylerin sağlık hakkı güvence altına alınmaya çalışılmıştır. İnsan haklarının türevi olan sağlık hakkı, Anayasada devlete verilen bir yükümlülüktür. Sağlık hakkı, kamu hukukunda pozitif statü haklarına dâhil olması nedeniyle kişilerin devletten isteme hakkı doğmaktadır³³⁵.

Hümanist ve Rönesans yanlısı olan Thomas More’un 16. yy’da ortaya koyduğu “*Utopia*” isimli eseri, edebi olmanın yanı sıra felsefi ve siyasi anlamlarla da yüklüdür. Bu nedenledir ki bazı filozoflara da esin kaynağı olmuştur. Utopia’da her şehrin çevresinde dört hastane bulunmasından, bu hastanelerin insan sağlığı için iyi düzenlenmiş olduğundan ve usta hekimlerin hastalarına çok iyi baktıklarından, onlara özenli davrandıklarından bahsedilmektedir³³⁶. Bu eserden yola çıkılarak mutlu, gelişme düzeyi yüksek ve her yönüyle sağlıklı bir toplum oluşturulmasının ilk koşulu, hakkaniyetli ve kaliteli bir sağlık hizmetinin sağlanmasıdır.

Sağlık hizmetlerinden sadece maddi gücü olanların faydalanması, maddi gücü olmayanların ise kaderlerine terk edilmesi, insan onurunu ve yaşam hakkını ayaklar altına almaktadır. Böyle bir anlayış etik değerlerle kesinlikle bağdaşmamakla birlikte

³³¹ TEMİZ, Özgür, “Türk Hukukunda Bir Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı”, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, Ankara 2014, C. 69, S. 1, s. 169.

³³² ERTAŞ, Türker, *Anayasa Hukukunda Sağlık Hakkı*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tez), Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2012, s. 5.

³³³ whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545690_tur.pdf? (E. T. 03.05.2016)

³³⁴ 27 Mayıs 1949/ RG 7217

³³⁵ TEMİZ, “Türk Hukukunda Bir Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı”, s. 168.

³³⁶ MORE, Thomas, *Utopia (Mina Urgan’ın İncelemesiyle)*, Çev. Vedat Günyol, Sabahattin Eyüboğlu, Mina Urgan, İstanbul, İş Bankası Kültür Yayınları, 5. Baskı, 2000, s. 53-54.

etiğin korunması ve sınıf çatışmalarının asgari düzeye indirilmesi aynı zamanda toplumsal huzurun sağlanması amacıyla sağlık hakkının pozitif hukukta yer alması son derece önemlidir.

Hukukun çıkış noktası, dünyada zayıf olanın güçlü karşısında korunmasıdır³³⁷. Bu nedenle, güçlü olan hekim karşısında zayıf olan hastayı korumak için hasta haklarının, güçlü olan insan karşısında zayıf olan hayvanı korumak için hayvan haklarının, işveren karşısında zayıf olan çalışanı korumak için çalışan haklarının oluşması gibi kavramlar bu saikin sonucudur.

Temel haklar ilkesinden yola çıkılarak hasta-hekim ilişkileri 20. yy'dan itibaren insan hakları kavramı içerisinde düşünülmüştür. Bu düşüncenin uzantısı olarak da hasta-hekim ilişkisi etik ve deontolojik kurallar çerçevesinde hukuki normlar haline getirilerek hukuk metinlerinde yer almıştır. Ülkemizde de uluslararası metinler takip edilerek, bu uygulamalar kendi hukuk düzenlemelerimize yerleştirilmiştir³³⁸.

Ülkemizde ilk olarak sağlık, Umumi Hıfzısıhha Kanununun³³⁹ “1.inci md.’sinde: *“Memleketin sıhhi şartlarını ıslah ve milletin sıhhatine zarar veren bütün hastalıklar veya sair muzır amillerle mücadele etmek ve müstakbel neslin sıhhatli olarak yetişmesini temin ve halkı tıbbi ve içtimai muavenete mazhar eylemek umumi Devlet hizmetlerindendir”* şeklinde düzenlenmekle beraber hem 1961 hem de 1982 Anayasası’nda bireylerin sağlıklı yaşam haklarının sağlanmasının devletin görevi olduğuna değinilmiştir. 1961 Anayasasında³⁴⁰ 49.uncu md.’de *“Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır.”* 1982 Anayasası’nda ise 56.’ncı md.’de³⁴¹ *“Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir”* düzenlemesiyle, Uluslararası hukuki mevzuat temel alınarak sağlık hakkı hiyerarşik

³³⁷ <https://nedimkorhansengun.com/siyaset/daima-daima-hukuk-devleti> (E.T. 21. 01. 2017)

³³⁸ KÖK, Ahmet Nezi, “Türk Ceza Adalet Sisteminde Hekimlik Uygulamaları İle İlgili Maddelerin Tıbbi Etik Açısından Değerlendirilmesi”, BAYGIN, Cem, UÇAR Metin, BÜYÜKAY Yusuf (Ed.) *Sağlık Hukuku Sempozyumu Erzincan 15-16 Mayıs 2006*, Ankara, Yetkin Yayınları, 2007, s. 83.

³³⁹ 24 Nisan 1930/ RG 1489

³⁴⁰ 31 Mayıs 1961/Sayı 10816 RG (III. Bölüm Sosyal ve İktisadi Haklar ve Ödevler/VII. Sağlık Hakkı)

³⁴¹ 20 Ekim 1982/ RG 17844 (III. Bölüm Sosyal v Ekonomik Haklar ve Ödevler/VII. Sağlık Çevre ve Konut)

olarak en yüksek hukuk normlarında yerini almış ve insan sağlığının, tabiatın korunmasına bağlı olduğu ima edilerek hem insan sağlığı hem de çevrenin korunması hukuk düzleminde oturtulmaya çalışılmıştır.

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin³⁴² 1.'inci md.'de sağlık hakkının korunması yönünde bir düzenlemedir: *“Temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansımaları olan ve başta Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nda, diğer mevzuatta ve milletlerarası hukuki metinlerde kabul edilen hasta haklarını somut olarak göstermek ve sağlık hizmeti verilen bütün kurum ve kuruluşlarda ve sağlık kurum ve kuruluşları dışında sağlık hizmeti verilen hallerde, insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin hasta haklarından faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek amacı ile hazırlanmıştır”*. Hasta haklarıyla ilgili uluslararası bildirilerden yola çıkılarak uygulamaya konulan bu yönetmelikle bireylerin sağlık hakkını hakkaniyetli bir biçimde kullanması, hekim ve sağlık kuruluşu karşısında zayıf olan hastanın korunması amaçlanmıştır.

II. HEKİMİN TEMEL YÜKÜMLÜLÜKLERİ

Tıbbın temel sorunsallarından olan malpraktis ve komplikasyon konularına değinilirken hekimlerin sorumluluklarından bahsedilmektedir. Ancak yükümlülük sorumluluktan önce bakılması gereken unsurdur çünkü hekim yükümlülüklerini yeterince veya hiç yerine getirmez ise hekimin hukuki, cezai, mesleki ve disiplin sorumluluğu devreye girecektir. Hekimlerin; öykü alma, muayene etme, teşhis koyma, tedavi etme ve aydınlatma yükümlülükleri başta olmak üzere, tıbbi teknik kullanma, reçete yazma, kayıt tutma, kayıtları inceleme, sır saklama gibi birçok yükümlülüğü vardır. Malpraktis hekimin temel yükümlülüklerini yerine getirmediği veya yerine getirirken gerekli özen ve dikkati göstermemesi sonucunda ortaya çıkmaktadır. Ancak genellikle ceza ve tazminat davaları malpraktis kaynaklı olmaktadır. Bu nedenle bir sonraki alt başlıklarda yalnızca hekimlerin temel yükümlülüklerine değinilecektir.

³⁴² 01 Ağustos 1998 / RG 23420

İç hukukumuzda hekimlerin görev ve sorumluluklarını belirleyen birçok düzenleme mevcuttur. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi³⁴³ 2.'nci md.'de *“Tabip ve dış tabibinin başta gelen vazifesi, insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermektir.”* Yine TDN'nin 14.'üncü md.'de *“Tabip ve dış tabibi, hastanın vaziyetinin icabettirdiği sıhhi ihtimam gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak ve sıhhatini korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmakla mükelleftir”* şeklinde düzenlemeyle hekimin görevleri belirlenmiştir.

Hastalık insanda zayıflık, muhtaçlık, özerkliğini kullanamama durumu yaratır. İnsan yaşamı üzerinde egemen olan hekimlerin büyük sorumlulukları vardır. Hasta hekim ilişkisi hak ve sorumluluk temellidir, hekimin öncelikli görevi acı çeken insanın acısını dindirmeye yardımcı olmaktır. Hekim, hastaya yardımcı olurken insan hakları temel olduğu için yükümlülüklerini yerine getirirken hastalarına eşit sağlık hizmeti vermesi, hastasının özerkliğine saygı duyması, tıbbi müdahalede özenli olması ve her zaman hastasının menfaatini koruması gerekmektedir.

Amacı sağlık hizmetleri sunumunda ortaya çıkan etik problemleri tanıtmak ve etik duyarlılığı kazandırmak olan tıp etiği, hekimin yükümlülüklerini belirler. Kant'ın ödev etiği kavramı, temelini derin köklere sahip olan ve binlerce yıldır var olan kimi zaman İmhotep'in öğretilerinde kimi zamanda Hipokratın yemin metninde yer alan temel etik ilkelerden alır. Etik ilkeler hekimlerin görevlerini belirler ve hekimlere görevlerini tam anlamıyla yerine getirmedikleri takdirde karşılaşılabilecek sorumlulukları hatırlatır dolayısıyla hekimler mesleklerini uygularken vicdanlarına göre hareket etmeli ve bilimsel yöntemler kullanılmalıdır, çünkü hekimler insan yaşamını, sağlığını, onurunu korumakla görevlidir bu nedendir ki hekimlerin hem topluma hem de meslektaşlarına karşı büyük sorumlulukları vardır.

A. Hastayı Dinleme ve Öykü Alma Yükümlülüğü

Hekim hastasına yeteri kadar zaman ayırmalı, hastalığıyla ilgili şikâyetlerini izah etmesine izin vermelidir. Hasta şikâyetlerini iyi anlatır, hekimde iyi dinleyip

³⁴³ 19 Şubat 1960/ RG 10436

doğru kayıt altına aldığı takdirde hastanın doğru tedavisine giden yolda ilk adım atılmış olur.

Hastalıklara, yaklaşık %70'inin sadece doğru öyküyle doğru teşhis konulduğu yapılan araştırmalarda ortaya konulmuştur. Hasta veya yakını tarafından sübjektif olarak hatırlanan ve hastalığa yönelik bilgilerin aktarılmasına hasta öyküsü denilmekle birlikte hasta öyküsünün çeşitleri vardır, bunlardan biri; psikiyatri alanında yaşamın önceki dönemlerine ait bilgilerin aktarılması olan “*biyografik öykü*” dür. Diğeri ise hastalığın ailede mevcut olup olmadığına dair bilgi aktarılması olan “*aile Öyküsü*” dür³⁴⁴.

B. Muayene Yükümlülüğü

Tıp biliminde, hastanın fiziksel bulgularına bakılmadan doğru teşhisin konulması çok zordur. Bir hekimin öncelikle hastasını dinlemesi ve hastanın şikâyetleri doğrultusunda muayene etmesi gerekmektedir. Hekimin asli görevi hastasını tedavi etmektir, bununda ilk aşaması etkili bir muayenedir. Hastadan öykü almak ve muayene etmek hekime tanınmış bir haktır³⁴⁵.

Hastanın etkili bir şekilde muayene edilmemesi ve teşhis koymayı kolaylaştıracak hasta öyküsünün hiç alınmaması veya yetersiz alınması tıbbi hataların çoğunun oluşmasına sebep olmaktadır³⁴⁶. Muayene olmayı kabul etmeyen bir hastayı hekiminde reddetme hakkı vardır. Ancak acil durumdaki hastalar için bu durum söz konusu değildir. Hekim tabelasını muayenehanesine asmak ve gelen her hastasını uzmanlık alanını aşmayacak şekilde muayene etmek zorundadır³⁴⁷. Bununla beraber TDN'nin 18.inci md.'de: “*Tabip ve dış tabibi, acil yardım, resmi veya insani vazifesinin ifası halleri hariç olmak üzere mesleki veya şahsi sebeplerle hastayı bakmayı reddedebilir*” denilerek hastayı reddetme düzenlenmiştir. Görüldüğü üzere hekimler acil durumlar dışında hastalarına bakmayı kabul etmeyebilirler. Hekim ile

³⁴⁴ HAKERİ, Tıp Hukuku, s. 211.

³⁴⁵ AYDAŞ, Selma, *Hekimlerde Malpraktis Kaynaklı Defansif Tıp Davranışları*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2014, s. 25.

³⁴⁶ GÖKCAN, Hasan Tahsin, *Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk*, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 1. Baskı, 2013, s. 209.

³⁴⁷ GÜNDAY, Rezzan, *Tıbbi Müdahale ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki Sorumluluk*, (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi), Çankaya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2009, s. 21.

hasta arasında tedavi amacını taşıyan yazılı olmasa dahi hukuki boyutu olan vekâlet sözleşmesi söz konusudur³⁴⁸.

C. Teşhis Yükümlülüğü

Hastanın doğru tedavi görüp sağlığına kavuşması için hekimin doğru teşhis koyması çok önemlidir. Hastanın muayenesi ve buna bağlı olarak yapılan test ve tetkik sonuçlarının değerlendirilerek hastalığın tanınması veya semptomlarının kaynağının anlaşılması işlemine teşhis denilmektedir. Tıp biliminde kesin ve mutlak bir teşhis olmadığı gibi teşhisin hastalığı tanıtmada hekimin değerlendirici kararı söz konusudur³⁴⁹. Yanlış teşhis konulması, zira yanlış tedaviye sebep olacaktır. Böyle bir kusur, hastada kalıcı zararlara yol açabileceği gibi hasta hayatını da kaybedebilmektedir. Buna bağlı olarak da yanlış teşhis koyan hekimin hukuki ve cezai sorumluluğu ortaya çıkmaktadır.

Seçilecek tedavi yönteminin etkili olabilmesi için hekimlik sözleşmesi hekime teşhis koyma yükümlülüğü yüklemektedir³⁵⁰. Bir hekim veya hastane, teşhis koymak için gerekli donanım ve tecrübeye sahip olmadığı halde tedavi üstlenmesi durumunda “kusur” söz konusu olmaktadır. Hekim, en iyi sonucu sağlayacak riskin olmadığı veya riskin az olduğu yöntemi seçmek zorundadır. Hastaya teşhis konması açısından, hekimin mutlak bir başarı göstermesinden ziyade uzmanlık alanına göre işlem uygulaması yeterli olacaktır³⁵¹.

D. Tedavi Yükümlülüğü

TDN’nde hekimlerin tedavi yükümlülüğünden bahsedilmiştir ve 13.üncü md.’de denilmiştir ki: “*Tabip ve diş tabibi, ilmi icaplara uygun olarak teşhis koyar ve gereken tedaviyi tatbik eder. Bu faaliyetlerinin mutlak surette şifa ile neticelenmemesinden dolayı, deontoloji bakımından muaheze edilemez. Tababet prensip ve kaidelerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yasaktır. Tabip*

³⁴⁸ www.haksay.org/files/yahya11.doc (E. T. 12. 05. 2016)

³⁴⁹ GÖKCAN, Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk, s. 207.

³⁵⁰ HAKERİ, Tıp Hukuku, s. 215.

³⁵¹ tuzehukukburosusu.com/dosyalar/hekimin_kisisel_edim_yukumlulugu. (E.T. 12. 12. 2016); <http://www.nilgunsarp.com/hekimin-tibbi-ozen-yukumlulugu> (E. T. 09. 10. 2015); HAKERİ, Tıp Hukuku, s. 216.

ve diş tabibi; teşhis, tedavi veya korunmak gayesi olmaksızın hastanın arzusuna uyarak veya diğer sebeplerle, akli veya bendeni mukavemetini azaltacak herhangi bir şey yapamaz.”

Hastalığın teşhisinden sonra, hasta için en az risk taşıyan ve başarılı tedavi yöntemini seçmek hekimin yükümlülüğündedir. Hekimin gerekli özeni gösterdikten sonra fayda-zarar değerlendirmesi yapması söz konusudur. Hekimin kullandığı yardımcı şahısların hastaya verdiği zarardan sorumluluğu olduğu gibi, hekimin yerine müdahalede bulunan hekimin özensiz ve dikkatsiz eyleminden dolayı da sorumluluğundan söz edilecektir³⁵².

E. Aydınlatma Yükümlülüğü

Hekimin aydınlatma yükümlülüğü şu şekilde tanımlanabilir: Hastaya uygulanacak tedavinin amacı, yöntemi, tedavi esnasında ya da tıbbi tedavi uygulanmaz ise ortaya çıkabilecek riskler hakkında hekim tarafından hastaya bilgi verilmesini ve bunun sonucunda hastanın özgür iradesiyle hekimin önerdiği tedaviye özgür iradesiyle rıza vermesi durumudur³⁵³.

Bireyin sağlığı ve vücut bütünlüğü üzerindeki hakkı kişilik hakkını oluşturduğu için vücut bütünlüğüne yapılan her türlü müdahale kişilik hakkının ihlali durumunu yaratmaktadır. Bu yaklaşımdan hareketle hekimin hastasını aydınlatma yükümlülüğü, hastanın gerek bedensel gerekse ruhsal olarak özgürce karar almasını güvence altına almaktadır³⁵⁴.

Hekim hastasına gerekli bilgiyi verdikten sonra hastanın tedaviye rıza göstermesi koşuluyla tıbbi müdahale yapılabilir. Hasta bilgilendirildikten sonra rızasının alınması Tababet ve şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun³⁵⁵ 70.’inci md.’de “*Tabipler, diş tabipleri ve dişçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evveleminde muvafakatini alırlar*”, TDN 14.’üncü md.’nin 2. fıkrasında da “*teşhise göre alınması gereken*

³⁵² ÇAKIROğLU, Maral Törenli, “Hekimin Borçlarından Özel Olarak Sır Saklama Borcu”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, İzmir 2010, C. 12, S. 2, s. 161.

³⁵³ ADIGÜZEL, Sibel, “Hekimin Aydınlatma Yükümlülüğü”, *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, Ankara 2014, C. 5, S. 19, s. 950.

³⁵⁴ OZANOğLU, Hasan Seçkin, “Hekimlerin Hastalarını Aydınlatma Yükümlülüğü”, *Ankara Hukuku Fakültesi Dergisi*, Ankara 2003, C. 52, S. 3, s. 59

³⁵⁵ 04 Nisan 1928/ RG 863

tedbirlerin hastaya açıkca söylenmesi lâzımdır...”, HHY’nde ise 31.’inci md’de³⁵⁶ “Rıza alınırken hastanın veya kanuni temsilcisinin tıbbi müdahalenin konusu ve sonuçları hakkında bilgilendirilip aydınlatılması esastır”, 22.’nci md’de “Kanunda gösterilen istisnalar hariç olmak üzere, kimse, rızası olmaksızın ve verdiği rızaya uygun olmayan bir şekilde tıbbi ameliyeye tabi tutulamaz” şeklindeki hukuki düzenlemeler hastanın, hekim tarafından bilgilendirilerek rızasının alınmasına yönelik hukuki dayanaklardır.

III. HEKİMİN SORUMLULUĞU

İnsanlar, kimi zaman hastalandıklarında kimi zaman ızdıraplarını dindirmek, kimi zamanda hastalıklara karşı önlem almak amacıyla hekime başvurmaktadırlar. Böylece hasta ile hekim arasında bir sözleşme gerçekleşmektedir ve hekim hastasının tıbbi ihtiyaçlarını karşılama görevi üstlenmiş olmaktadır. Burada hekim üstlenmiş olduğu görevi tıp biliminin standartlarına, hukuk kriterlerine ve etik ilkeler çerçevesinde gerçekleştirmek zorundadır. Hekimin sorumluluğu diğer meslek gruplarına göre daha fazladır. Çünkü tıp biliminin konusu sağlık, çalışma alanı ise insan vücududur dolayısıyla tıp bilimi birçok riskler barındırmaktadır. İnsan vücudunun komplike olması ve bir mesleğin risklerinin fazla olması hekimlere sorumluluk yüklemeyeceği anlamına gelmemektedir. En ufak bir tıbbi hata bile insanı sakat bırakabilmekte hatta ölümüne sebep olabilmektedir. Bu nedenledir ki hekimler mesleklerini uygularken tam anlamıyla yükümlülüklerini yerine getirmedikleri takdirde gerek hukuki gerek cezai, gerekse disiplin ve mesleki sorumluluklarla karşılaşmaktadırlar.

Hekimin önceliği hastasına en üst düzeyde tıbbi fayda sağlamaktır. Etkin bir muayene yapılmadan, doğru teşhis ve rasyonel bir tedavi uygulanmadan hastaya fayda sağlamak veya hastanın zararını gidermek mümkün değildir. Hekimin sorumluluğuna neden olan hatalı tıbbi uygulamalar temel hekim yükümlülüklerinin tam olarak yerine getirilmemesinden kaynaklanmaktadır. Hekimin yanlış teşhis ve tedavi uygulaması, tıbbi müdahale sırasında gereken dikkat ve özeni göstermemesi

³⁵⁶ 08 Mayıs 2014/ RG 28994 (Başlığı ile birlikte Değişiklik Yapılmıştır)

durumunda hekimin sorumluluğu ortaya çıkmaktadır³⁵⁷. Yanlış bir eylemin suç oluşturabileceği gibi eylemin doğru yapılmaması da suç unsuru oluşturmaktadır³⁵⁸.

Hekimin idari, medeni ve ceza hukuku açısından doğrudan doğruya ya da dolaylı olarak suçlu olduğu durumlarda yasal sorumluluktan söz edilir. Yasal sorumluluk karşısında ilgili yasaların maddeleri uygulanır³⁵⁹. Hekimin tıbbi uygulamalarından doğan sorumlulukları; hukuki, cezai, disiplin ve mesleki sorumluluklar olmak üzere dört ana başlık halinde incelenmektedir.

A. Hekimin Hukuki Sorumluluğu

Ülkemizde hekimlerin sorumluluğunu düzenleyen özel bir hüküm bulunmamaktadır. Sağlık hizmetlerine yönelik birçok düzenlemenin olmasıyla birlikte TCK'da ve BK'da bulunan bazı hükümlere dayanarak uygulamalara başvurulmaktadır³⁶⁰.

Hukuki sorumluluk bireyin sözleşmeye veya hukuka aykırı hareket etmesi nedeniyle maddi veya manevi zarara uğrattığı bireyin zararını gidermekle yükümlü tutulmasıdır³⁶¹. Hekim dikkatsiz, özensiz, ihmalkâr davranışından dolayı hasta zarar görmüş ise kusurlu duruma düşer ve hekim bir takım yaptırımlarla karşılaşır. Tıp biliminin, riskler barındırması ve hekimlik mesleğinin güçlüğü hekimin, zarara uğrayan hastaya karşı sorumluluğunu ortadan kaldırmaz ve hafifletmez. Çünkü hastanın uğradığı maddi zarar aynı zamanda manevi zararı da doğurur. Zarar gören hasta veya hasta yakınının mağduriyetini gidermek için hatalı tıbbi uygulamada bulunan hekim ya da yardımcı sağlık personeline kanunda belirlenen yaptırımlar uygulanmaktadır. Ancak bu yaptırımlar uygulanırken tıbbi uygulamanın sonucunda çıkan olumsuzluğun, malpraktis mi yoksa komplikasyon mu? Sorusunun cevabı

³⁵⁷ KOCA, Mahmut, "Hekimin taksirli fiilinden doğan Cezai Sorumluluğu", BAYGIN, Cem, UÇAR Metin, BÜYÜKAY Yusuf (Ed.), *Sağlık Hukuku Sempozyumu Erzincan 15-16 Mayıs 2006*, Ankara, Yetkin Yayınları, 2007, s. 93.

³⁵⁸ TUĞCU, Harun, "Acil Olgularda Hekim Sorumluluğu", *Klinik Gelişim Dergisi*, Ankara 2009, C. 22, s. 87.

³⁵⁹ BAŞAĞAOĞLU, İbrahim, "Hekimin Hukuki Sorumluluğu", *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, Edirne 1994, S. 1, 2, 3, s. 390.

³⁶⁰ İPEKYÜZ, Filiz Yavuz, "Hekimin Tazminat Sorumluluğu", *Dicle Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, Diyarbakır 2015, C. 20, S. 33, s. 22.

³⁶¹ ÖZPINAR, Berna, "Tıbbi Müdahalede Kötü Uygulamadan Doğan Hukuki Sorumluluğun Sebepleri", *Ankara Barosu Dergisi*, Ankara Yaz 2008, C. 66, S. 3, s. 95.

doğru verilmelidir. Defansif tıp uygulamaları hastaya zarar verme riski yüksek olduğu için hekimin defansif tıp uygulamalarından kaynaklanan sorumlulukları vardır.

1. Hekimin Hukuki Sorumluluğunun Şartları

Hekimler görevlerini hukukun belirlediği sınırlar içerisinde yerine getirmek zorundadırlar. Belirlenen bu sınırlar aşıldığı takdirde hekimler hukuki sorumluluklarla karşılaşmaktadırlar. Hekimler, mesleklerini icra ederken; ihmal, dikkatsizlik, özen göstermeme, tedbir almama, acemilik, tıbbi yöntemleri kullanmama gibi tutumlarla hastalarına zarar vermişler yaptırımlarla karşılaşır.

Hekimin uymakla yükümlü olduğu etik ve mesleki kurallar yasal sorumluluklarının temelini oluşturmaktadır. Ancak hekimlerin mesleki uygulamalarını içeren birçok hukuk düzenlemesi mevcut olmasına rağmen, cezai ve hukuki sorumluluğunu düzenleyen özel bir madde bulunmamaktadır³⁶². Haksız fiil, kusur, zarar ve nedensellik bağı hukuki sorumluluğun unsurlarıdır.

a. Haksız Fiil

Haksız fiil, zarar verenin, zarar görenin hakkını veya hukuken korunan menfaatini ihlal ederek uğrattığı zarardan ötürü sorumlu olunma durumudur³⁶³. Haksız fiilin meydana gelmesi için ilk aşama bir davranışın olmasıdır. Bu davranışın olumlu ya da olumsuz olması fark etmemektedir. Önemli olan bu davranışın insan davranışı ve özerk bir davranış olmasıdır³⁶⁴.

Genellikle aktif bir davranış şeklinde ortaya çıkan haksız fiilde başkasını zarara uğramaktan koruyacak bir davranıştan çekinmenin hukuka aykırılığından söz edilemez, zararından da sorumluluk yüklenemez. Ancak hukuk kurallarında başkasını

³⁶² KOÇ Sermet, “Adli Tıbbi Açıdan Malpraktis ve Hekim Sorumluluğu”, s. 15.

³⁶³ MERHACI, Selin Özden, “CommonLaw Haksız Fiiller Hukukuna Genel Bir Bakış ve İhmale Dayanan Haksız Fiiller”, *Ankara Barosu Dergisi*, Ankara 2012, S. 4, s. 182.; AKINCI, Şahin, *Borçlar Hukuku Bilgisi Genel Hükümler*, Konya, Sayram Basım, 7. Baskı, 2013, s. 136.; <http://www.frmartuklu.org> (E. T. 15. 04. 2016)

³⁶⁴ AKINCI, Şahin, *Borçlar Hukuku Bilgisi Genel Hükümler*, s. 136.

zarardan korumak için belli tedbirlerin alınmasını, fiillerin yapılmasını öngördüğü hallerde, “kaçınma” durumunda haksız fiilden söz edilir³⁶⁵.

Haksız fiilde “haksız” kelimesi hukuka aykırılığın ifadesidir. Bu nedenle haksız fiilden doğan borçlar yerine hukuka aykırı fiilden doğan borçlar kavramı birbirinin yerine kullanılabilir. İster haksız fiil isterse hukuka aykırı fiil hukuk düzeni tarafından kabul edilmeyen davranışları kapsamaktadır. Hukuka uygun hiçbir eylem borç doğurmamaktadır³⁶⁶. Haksız fiil ile hukuka aykırılık aynı kavramlar gibi algılansa da aslında farklı kavramlardır. Tıp mevzuatına ve hekim sözleşmesine uygun olduğu müddetçe hukuka aykırılıktan söz edilemez. Bir eylem zarara neden olmuşsa ve bireyin hukuk tarafından korunan varlığına müdahaleyi yasaklayan kurala uyulmadığı takdirde hukuka aykırılıktan söz edilir diğer bir ifadeyle hukuka aykırılık, kişilerin haklarına ve hukuki varlıklarına zarar verici müdahalelerden korumayı amaçlayan hukuk kurallarının ihlal edilmesidir³⁶⁷.

Kusur sorumluluğu haksız fiilin esasıdır. Haksız fiilden söz edebilmek için hukuka aykırılığın söz konusu olması gerekmektedir. Hukuka aykırı davranış, kişide zarara sebep olmuşsa sorumluluk kavramı devreye girer yani hukuka aykırılık mevcut olup zarar ortada yoksa haksız fiil sorumluluğu doğmamaktadır.

Doğrudan doğruya zarara uğrayanların dava açma hakkı olduğu gibi, hukuka aykırılık söz konusu olduğu zaman yansıma zarara uğrayanlar da tazminat davası açma hakkına sahiptir. Biraz açacak olursak; haksız fiil sonucunda ölen kişinin desteğinden yoksun kalanlara tazminat isteme hakkı doğmaktadır³⁶⁸.

b. Kusur

Aynı durum ve şartlarda bulunan kişilerden beklenen davranış biçimine uyulmaması veya beklenen bu davranış biçiminden sapılması kusur olarak tanımlanmaktadır³⁶⁹. Başka bir deyişle, failin işlediği suçtan ötürü şahsen

³⁶⁵ REİSOĞLU, Safa, *Borçlar Hukuku Genel Hükümler*, İstanbul, Beta Yayınları, 13. Baskı, 1999, s. 129-130.

³⁶⁶ KILIÇOĞLU, Ahmet M, *Borçlar Hukuku Genel Hükümler*, Ankara, Turhan Kitabevi, 17. Baskı, 2013, s. 271.

³⁶⁷ GÖKCAN, Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk, s. 961.

³⁶⁸ SAVAŞ, Fatma Burcu, “Haksız Fiil Tazminatının Tabi Olduğu Zamanaşımı Süresinin İşlemeye Başlama Anı”, *Türk Barolar Birliği Dergisi*, Ankara 2008, S. 74, s. 124.

³⁶⁹ AYAN, Mehmet, *Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk*, İstanbul, Kazancı Hukuk Yayınları, 1991, s. 101.

kınanabildiği durumlarda cezalandırılması kusur olarak ifade edilmektedir³⁷⁰. Yapılan bir eylem, hukuk kuralı dâhilinde dış âleme yansıyor fakat beğenilmiyorsa hukuka aykırılık, bu eylemin psikolojik faktörleri beğenilmediği takdirde ise kusurdan söz edilir. Eylemin hukuka aykırılığı sorumluluk için yeterli olmamakla birlikte failin kusurlu olması gerekmektedir³⁷¹.

Haksız bir fiilin esas kusur olduğuna göre, kişi kusurluysa zararı tazminle gidermek zorundadır³⁷². Bir kişinin kusurlu sayılabilmesinin ilk şartı aynı şartlar altında bulunan ortalama zekâyâ sahip makul yani örnek alınan üçüncü kişinin davranışının belirleyici olması gerekmektedir. İkinci şart ise davranış, zarar veren kişiye isnat edilebilmelidir³⁷³.

i. Kişisel Kusur

Hekimler, diğer kişiler gibi suç işledikleri takdirde soruşturma ve yargılama işlemleri adalet yargı yerleri tarafından yapılır. Bu gibi durumlarda memur hekimlere yönelik ayrı bir düzenlemeye gidilmemiştir³⁷⁴.

Kişisel kusur, özel hukuka dâhildir ve adli yargıda dava görülür. Gerek devlet memuru hekimin gerekse özel sağlık kuruluşunda görev yapan hekimin kişisel kusurundan dolayı sorumlu sayılabilmesi için haksız fiil, kusur, zarar, illiyet bağı unsurlarının gerçekleşmesi gerekmektedir. Borçlar Kanunun³⁷⁵ 49. md. “*Kusurlu ve hukuka aykırı bir fiille başkasına zarar veren, bu zararı gidermekle yükümlüdür*” şeklindeki düzenlemeyle hekim, kişisel kusurundan dolayı hastayı maddi zarara (sakatlık gibi) uğratmışsa, mağdurun zararını gidermek durumundadır. Hastanın çalışmadığı ve kazanç kaybına uğradığı ya da hastanın iyileşene kadar ki tedavi giderlerinin de karşılanması gerekmektedir.

³⁷⁰ KOCA, Mahmut, ÜZÜLMEZ, İlhan, *Türk Ceza Hukuku Genel Hükümleri*, Ankara, Seçkin Yayınları, 8. Baskı, 2015, s. 49.

³⁷¹ ÖZTÜRKLER, Cemal, *Hukuk Uygulamasında Tıbbi Sorumluluk, Teşhis, Tedavi ve Tıbbi Müdahaleden Doğan Tazminat Davaları*, Ankara, Seçkin Yayınevi, 2. Baskı, 2006, s. 20.

³⁷² REİSOĞLU, Borçlar Hukuku Genel Hükümler, s. 135.

³⁷³ AKINCI, Borçlar Hukuku Bilgisi Genel Hükümler, s. 152.

³⁷⁴ GÖZÜBÜYÜK, Şeref, *Yönetim Hukuku*, Ankara, Turhan Kitabevi, 12. Baskı, 1998, s. 203

³⁷⁵ 04 Şubat 2011/ RG 27836

(1) Malpraktis

Malpraktis kelimesinin dilimizde tam tanımı olmamakla birlikte; “tıbbi hata, tıbbi uygulama hatası, tıbbi kötü uygulama, hekimliğin kötü uygulaması, tıpta hatalı uygulama, tıbbi hizmetlerin kötü uygulanması, hizmet kaynaklı zarar gibi tanımlar kullanılmaktadır”³⁷⁶. “Malpraktis, Latince *Male* ve *Praxis* kelimelerinden türemiş olup kötü, hatalı uygulama anlamındadır”³⁷⁷.

WMA, Tıpta Yanlış Uygulama Konulu Duyurusuru’nda malpraktis şöyle tanımlanmıştır; hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarardır³⁷⁸. Başka bir ifade ile malpraktis hekimin dikkatsizlik, bilgi ve tecrübe eksikliği sebebiyle kasıt unsuru olmaksızın hastanın sağlığında oluşan zararlardır³⁷⁹. “Sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi” şeklinde de tanımlanmaktadır³⁸⁰.

Tıp biliminin ana unsurlarından olan tıbbi müdahale; tıp mesleğini icra etmeye yetkili kişiler (hekimler) tarafından tedavi etme amacına yönelik her türlü uygulamayı içeren işlemlere denilmektedir³⁸¹. Tıbbi müdahalelerin amacı bir hastalığı, anormalliği veya eksikliği ortadan kaldırmak veya en aza indirmektir. Tıbbi müdahaleler en basit tedavi yöntemlerinden tutun en ağır cerrahi müdahalelere kadar hepsini kapsamaktadır³⁸². Tıbbi hatalı uygulamaların varlığından söz edebilmek için; sağlık personelinin mesleğinde ve sanatında acemi olması, yanlış veya tehlikeli

³⁷⁶ GÜNGÖR, Pınar, MERİH, Doğan Yeliz, KOCABEY, Meryem Yaşar, “Farklı Ülkelerin Malpraktis Konusunda Yasal Düzenleme Girişimleri”, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, İstanbul 2012, C. 43, S. 4, s. 129.

³⁷⁷ ÇETİN, Gürsel, “Tıbbi Malpraktis, Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu”, YORULMAZ, Coşkun, ÇETİN, Gürsel (Ed.) *Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi Sempozyum Dizisi*, İstanbul, 2006, No: 48, s. 31.

³⁷⁸ 1992 yılında 44. Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu’nda Kabul Edilmiştir.

³⁷⁹ PAZARCI, Ayşe Almila, *Sağlık Hukuku*, Erzurum, Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, s. 7. (E. T. 10. 12. 2016)

³⁸⁰ ÖZATA, Musa, ALTUNKAN, Handan, “Hastanelerde Tıbbi Hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği”, *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 2010, C. 8, S. 2, s. 101. (tader.org 13. 02. 2016)

³⁸¹ YILMAZ, Berfin Işık Ş. , “ Tıbbi Müdahalelerde Hekimin Aydınlatma Yükümlülüğü”, *TBB Dergisi*, Ankara 2012, S. 98, s. 391.

³⁸² BAYINDIR, M. Savaş, “Sağlık Hizmetlerinde İdarenin ve Hekimlerin Sorumluluğu”, *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, Ankara 2007, C. XI, S. 1-2, s. 560.; BİRTEK, Fatih, “Tıbbi Müdahaleler Açısından Komplikasyon-Malpraktis Ayırımı”, *İstanbul Barosu Dergisi*, İstanbul 2007, C. 81, S. 5, s. 1998.; www.cu.edu.tr/insanlar/mceker/tibbimudahaleler(E.T. 05. 12. 2016)

muayene sonrasında hastanın zarar görmesi ve hasta-hekim sözleşmesine aykırı hareket edilmesi unsurlarının gerçekleşmiş olması gerekmektedir³⁸³.

Malpraktis, tıbbi uygulama yetkisi olan bütün sağlık personellerini ve bu personellerin uygulamaları sonucunda, hastanın iyileşmemesinden ölümüne kadar olan bütün koşulları kapsamaktadır³⁸⁴. Tıbbi malpraktisin oluşmasında insan faktörü, çevresel faktörler ve tıbbi cihazlar etkilidir. Bu faktörler tek tek tıbbi malpraktisi oluşturabileceği gibi hepsinin veya birkaçının bir araya gelmesiyle de tıbbi malpraktis oluşabilmektedir³⁸⁵. Tıbbi hataların sistem faktörü ve insan faktörü olmak üzere iki etmeni vardır. Sistem hataları insanlardan kaynaklanan hatalara oranla daha yüksektir. İnsan hatalarından kaynaklanan hatalar incelendiğinde %1'i yetkin olmayan çalışanlardan %99'u ise görevinde başarılı olan ve iyi niyetle işini yapan kişilerden kaynaklandığı ortaya konulmuştur³⁸⁶.

Hekimin tıp sanatını uygulamaya yetkili olması ve hastanın muayene ve her türlü müdahale için hastanın rızasının alınması yani aydınlatılmış onamın olması hekimin yaptığı tıbbi müdahale işlemlerini hukuka uygun hale getirmektedir³⁸⁷. Hekimin kusurlu davranışı sonucu hasta zarar gördüğü takdirde malpraktis meydana gelmektedir. Hekimin kusuru sonucunda hukuki sorumluluğu doğmaktadır. Böyle durumlarda alınan onamın hiçbir geçerliliği yoktur. Onam, sadece tıbbi hatanın olmadığı işlemleri hukuka uygun hale getirmektedir³⁸⁸. Kayıt tutma, hastanın eksik bilgilendirilmesi gibi durumlarda hastada bir zararın varlığına rastlanmadığı durumlarda hukuka veya etik ilkelere uygun davranmama düşüncesiyle kaynaklanan problemler malpraktis olarak değerlendirilmemelidir³⁸⁹.

Tıbbi uygulama hatalarında hekimler dava edilen pozisyonunda yer alırken, diğer taraftan da hekimler bilirkişi pozisyonunda yer almaktadır. Hangi pozisyonunda olursa olsun hekimlerin etik yargılar ve hukuki düzenlemeler hakkında bilgi sahibi

³⁸³ BİRTEK, Fatih, "Tıbbi Müdahaleler Açısından ...", s. 2003.

³⁸⁴ GÜNGÖR, MERİH, KOCABEY, " Farklı Ülkelerin Malpraktis...", s. 129.

³⁸⁵ ÇETİN, " Tıbbi Malpraktis, Yeni Yasalar...", s. 31.

³⁸⁶ ÖZATA ve ALTUNKAN, " Hastanelerde Tıbbi Hata...",s. 101.

³⁸⁷ KAYA, Mine, "Hekimin Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğünden Kaynaklanan Tazminat Sorumluluğu", *TBB Dergisi*, Ankara 2012, S. 100, s. 53; ÇETİN, " Tıbbi Malpraktis Yeni Yasalar...", s. 32.; HANCI, İ. Hamit, Malpraktis, *Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu*, Ankara, Seçkin Yayınları, 1. Baskı, 2002, s. 73.

³⁸⁸ ÇETİN, " Tıbbi Malpraktis Yeni Yasalar...", s. 34.

³⁸⁹ BÜKEN, Erhan, "Tıpta Uygulama Hataları ve engelleme Yolları", GÜLSEREN Burcu ve BÜYÜKTANIR, Özcan (Ed.), *Uluslararası Türk- Amerikan Tıp Hukuku ve Etiği Sempozyumu*, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 1. Baskı, 2014, s. 186.

olması gerekmektedir. Ancak hekim bu şekilde tıbbi uygulama hatasından ve dava edilmekten çekinme konusunda zihinsel yeterliliği sağlamış olacaktır³⁹⁰.

(2) *Komplikasyon*

Tıbbi işlemlerin, tıp bilimi tarafından kabul edilen kurallar çerçevesinde yapılmasıyla beraber alınan bütün tedbir ve gösterilen özene rağmen kaçınılması mümkün olmayan, olumsuz neticenin ortaya çıkmasına komplikasyon denir³⁹¹. Başka bir deyişle tıp mesleği doğası gereği birçok riskleri barındırmaktadır. Bu riskler izin verilen riskler kapsamındadır ve bu risklerin yarattığı sonuçlar hukuka aykırı sayılmamaktadır.

Tıp mesleğinin niteliği ve izin verilen risk durumu göz önünde bulundurularak saptanması gereken, hekimin kusuru olmadıkça hekimin fiilinin hukuka uygun olduğu ve hekime sorumluluk yüklenemeyeceğidir³⁹². Diğer bir ifade ile komplikasyon, tıp biliminin izin verdiği risk ve sapmalar etrafındaki hareketlerden dolayı istenmeyen sonucun ortaya çıkması *izin verilen risk* olarak değerlendirilmektedir ve bu durum hekime sorumluluk yüklememektedir. İzin verilen risk kavramında önemli olan, hekimin bütün önlemleri alıp, gerekli dikkat ve özeni göstermesi ve hastayı bilgilendirip yazılı onayını alması gerekmektedir³⁹³. *İzin verilen riskte* hekime sorumluluk yüklenmemesinin temel sebebi gereken bütün dikkat ve özen yükümlülüğünü yerine getirmiş olmasına duyulan inançtır³⁹⁴. Malpraktis ve komplikasyon ayrımında izin verilen riskin karşılığı komplikasyon, ihmal ve dikkatsizlik ise malpraktis olarak değerlendirilmektedir³⁹⁵.

Komplikasyon durumlarında tıbbi uygulama hatasından kaynaklı, hekimin kusuru ve idarenin sorumluluğunu ileri sürmek mümkün değildir. Bu nedenle izin

³⁹⁰ POLAT, Tıbbi Uygulama Hataları, s. 28.

³⁹¹ HAKERİ, Hakan, “Tıp Hukukunda Malpraktis Komplikasyon Ayrımı”, *Toraks Cerrahisi Bülteni*, Mart 2014, s. 25. (www.toraks.org. 21. 03. 2016)

³⁹² ÜNVER, Yener, *Ceza Hukukunda İzin Verilen Risk*, (Yayınlanmış Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 1996, s. 76.

³⁹³ DOĞAN, Cahid, “Bilirkişiliğin Hukuksal Yapısı ve Tıbbi Bilirkişilik”, HAKERİ, Hakan, DOĞAN, Cahid (Ed.), Uluslar arası Sağlık Hukuku Sempozyumu 16-17 Ekim 2014 Lefkoşe, Ankara, Türkiye Barolar Birliği Yayınları, 2015, s. 468.; ÇOLAK, Ahmet, Nörosirürjide Malpraktis, *Türk Nörosirürji Dergisi*, 2002, S.12, s. 96. (norosirurji.dergisi.org E. T. 18. 03. 2016)

³⁹⁴ ERSOY, Yüksel, “Tıbbî Hatanın Hukukî ve Cezaî Sonuçları”, *Türk Tabipler Dergisi*, Ankara, 2004, S. 53, s. 167.

³⁹⁵ HANCI, Malpraktis, s. 17.

verilen risk ile tıbbi malpraktis ayrımının dikkatli yapılması gerekmektedir³⁹⁶. Ancak komplikasyon fark edilmesine rağmen, gerekli tedbirler alınmaz veya fark edilip alınan bu tedbirler standart tıbbi girişime uygun değil ise malpraktis söz konusudur³⁹⁷.

Bir mesleğin riskli olması orada meydana gelebilecek risklerin hukuk dışı olduğu ve hekime sorumluluk yüklenmeyeceği anlamına gelmemektedir. Hekimin bütün komplikasyonlardan sorumsuz olması söz konusu değildir. Hekim özenli davranarak ve gerekli önlemler alarak engellenmesi mümkün olan komplikasyonlarda hekim, özen yükümlülüğüne dayalı sorumluluk ölçüsünde sorumludur³⁹⁸. Tıbbi müdahale, tıp biliminin kabul ettiği ölçüde yapılmış ise ortaya çıkan olumsuz sonucun hekime yüklenmesi söz konusu olmamaktadır. Kusur prensibinin esas kabul edildiği tıbbi müdahalelerde komplikasyon kavramı ortadan kaldırıldığı müddetçe kusursuz sorumluluk yoluna girilmiş olunur. Tıp hukukunda kusursuz sorumluluk kabul edilebilecek bir şey değildir. Ancak bu yola girildiği takdirde defansif tıp uygulamalarına yönelim oldukça fazla olacaktır³⁹⁹.

ii. Hizmet Kusuru

Belli bir kişiye veya birden fazla sağlık personelinin davranışlarına yönlendirilemeyen, idare hukuku çerçevesinde belirlenmiş ve objektif niteliğe sahip kusur şekli hizmet kusuru olarak adlandırılmaktadır⁴⁰⁰.

Sağlık, hak ve aynı zamanda da kamu hizmeti olmasından dolayı idarenin sağlık hizmetlerinden bireye karşı sorumluluğu doğmaktadır. Bu anlayışla sağlık hizmetleri hekim-hasta, hasta-kurum ilişkisi şeklinde belirlenerek, hastanın muhatabı

³⁹⁶ BİRTEK, “Tıbbi Müdahaleler Açısından...” s. 2001.

³⁹⁷ HAKERİ, “Tıp Hukukunda Malpraktis Komplikasyon Ayrımı”, s. 25.

³⁹⁸ ARIKAN, Mustafa, vd. , “ Tıp Hukukunda Olgularla Malpraktis- Komplikasyon Ayrımı: Tıp Fakültesi ve Hukuk Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Konuya Bakış Açısı, Sorunlar ve Çözüm Önerisi, *Türk Nöroşir Dergisi*, Ankara 2016, C. 26, S. 1, s. 47.

³⁹⁹ HAKERİ, “Tıp Hukukunda Malpraktis Komplikasyon Ayrımı”, s. 24.

⁴⁰⁰ PAZARCI, Ayşe Almıla, Hasta Hakları ve İdarenin Sağlık Hizmetlerinden Doğan Sorumluluğu, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kırıkkale, 2007, s. 170.

ve zararların birinci sorumlusu idare olarak görülmekte, kamu hizmetinin ortak karakter yapısı idareye sorumluluk yüklemektedir⁴⁰¹.

İdarenin sorumluluğunda kamu hukuku kuralları geçerli olup, uyuşmazlık halinde sorun idari yargıda çözümlenmektedir⁴⁰². İdarenin kusurlu sorumluluğunun konusu olan kusur hizmet kusurudur. Hizmet kusuru, idarenin kusurlu sorumluluğunda yer alan unsurlar hizmetin kötü işlemesi, geç işlemesi veya hizmetin hiç işlenmemesidir⁴⁰³.

İdarenin yürüttüğü sağlık hizmetinde, sağlık hizmetinin sunumu nedeniyle birey maddi veya manevi zarara uğradığı takdirde idarenin mali sorumluluğu doğmaktadır. Sağlık hizmeti nedeniyle uğranılan zarar önce, idari yargıya mahsus bir dava türü olan tam yargı davası yoluyla giderilmeye çalışılır⁴⁰⁴.

Anayasanın 129.'uncu md.'de⁴⁰⁵ *“Memurlar ve diğer kamu görevlilerinin yetkilerini kullanırken işledikleri kusurlardan doğan tazminat davaları, kendilerine rücu edilmek kaydıyla ve kanunun gösterdiği şekil ve şartlara uygun olarak, ancak idare aleyhine açılabilir”*. Devlet Memurları Kanunun 13.'üncü md.'de⁴⁰⁶ *“Kişiler kamu hukukuna tabi görevlerle ilgili olarak uğradıkları zararlardan dolayı bu görevleri yerine getiren personel aleyhine değil, ilgili kurum aleyhine dava aç arlar. Gerek anayasada gerekse Devlet Memuru Kanununda açıkça belirtildiği gibi memurların hizmet kusurlarından dolayı idari yargıya dava açılabilir”*, şeklinde düzenleme yapılmıştır.

iii. Rücu

Kamu kurumu zarara uğradığı takdirde rücu uygulaması devreye girebilmektedir. Kamu zararı kavramı iki şekilde ifade edilebilir. Birincisi kamu görevlilerinin kasıt, kusur, ihmal ve tedbirsizliği sonucu kendilerine zimmetli kamu

⁴⁰¹ AKGÜL, Aydın, “İdarenin Sağlık Hizmetlerinden Doğan Tazmin Sorumluluğu ve Danıştay’ın Yeni Yaklaşımı”, *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, Ankara 2016, C. XX, S. 1, s. 276.

⁴⁰² EVREN, Çınar Can, “Hizmet Kusuru-Haksız Fiil Ayrımı ve Yargı Düzeni”, *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, Ankara 2011, S. 95, s. 178.

⁴⁰³ GÖZÜBÜYÜK, A. Şeref, “Terör Olayları ve Yönetim Sorumluluğu”, *SBF Dergisi*, Ankara 1995, C. 50, S.3, s.194. ; BOZDAĞ, Ahmet, “İdare Hukukunda İdarenin Hizmet Kusuru ve Danıştay Uygulaması”, *Türk İdare Dergisi*, Ankara Eylül 2010, S. 468, s. 33. ; EVREN, “Hizmet Kusuru-Haksız Fiil Ayrımı ve Yargı Düzeni”, s. 182.

⁴⁰⁴ AKGÜL, “İdarenin Sağlık Hizmetlerinden...”, s. 270.

⁴⁰⁵ 09 Kasım 1982/ RG 17863 Mükerrer (129. md. 5. fıkra)

⁴⁰⁶ 23 Temmuz 1965 /RG 12056 (06. 06. 1990/ 3657/1. md değişikliğe gidilmiştir)

malını koruyamayarak zarara meydan vermeleri neticesinde doğrudan doğruya devlete verdikleri zararı ifade eder. İkincisi ise kamu görevlilerinin yetkilerini kullanırken kusurlu davranışları nedeniyle üçüncü kişilere verdikleri zararların sonucu olarak devletin tazminat ödemek durumunda kalması ve böylece kamunun dolaylı bir zarara uğratılması ifade edilmektedir⁴⁰⁷.

Kamu hizmeti sunan kamu personelinin kusurlu hareketinden dolayı ortaya çıkan zarar, kamu personeline rücu edilebilmektedir. Anayasanın 40.'ıncı md. 3. fıkrasında “*Kişinin, resmî görevliler tarafından vaki haksız işlemler sonucu uğradığı zarar da, kanuna göre, Devletçe tazmin edilir. Devletin sorumlu olan ilgili görevliye rücu hakkı saklıdır*”. Kanun son derece açıktır, memurun hizmet kusurundan dolayı kamu kurumu, zarar görenin zararını gidermekte fakat kamunun zarara uğramaması için kusuru olan memurdan ödediği tazminatın bedelini alma (rücu) hakkı vardır.

c. Zarar

Hukuki sorumluluğun şartlarından biri de hekimin kusurundan dolayı hastada zarar oluşmasıdır. Zarar kavramından zarara sebep olan fiil değil de fiilin zarara uğrayan kişide meydana getirdiği sonuç anlaşılmaktadır. Diğer taraftan zarar ile zararı öğrenmek kavramı arasında bir ayrım yapmak gerekmektedir. Zararı öğrenmek genellikle haksız fiil sonucu meydana gelen zararların ayrıntısı ile bilinmesi olarak anlaşılmaktadır; oysa zararı öğrenmek tazminat davasına dayanak oluşturabilecek nitelikte güvenilir bilgilere sahip olmak şeklinde de tanımlanabilmektedir⁴⁰⁸.

Maddi zarar (ölüm veya sakatlanma) ve manevi zarar meydana geldiği takdirde zararlı bir sonuçtan söz edilir⁴⁰⁹. Kişinin mal varlığı ve bunda meydana gelen eksilmeler gözle görülüp elle tutulabildiği için kısacası somut olmasından dolayı maddi zararların ispat edilmesi daha kolaydır⁴¹⁰. Haksız fiil sonucunda kişilik haklarında meydana gelen azalma ya da eksilmeler manevi zarar olarak kabul edilmektedir⁴¹¹.

⁴⁰⁷ AKYILMAZ, Bahtiyar, “Kamu Zararı ve Kamu Zararında Rücu”, *İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası*, İstanbul 2011, C. LXIX, S. 1-2, s. 63.

⁴⁰⁸ SAVAŞ, “Haksız Fiil Tazminatının...” s. 131.

⁴⁰⁹ DERYAL, Yahya, *Sağlık Hukuku Problemleri*, Ankara, Seçkin Yayınevi, 1. Baskı, 2012, s. 388

⁴¹⁰ KILIÇOĞLU, Borçlar Hukuku Genel Hükümler, s. 294.

⁴¹¹ AKINCI, Borçlar Hukuku Bilgisi Genel Hükümler, s.137.

Zarar kavramı ikiye ayrılmaktadır; birincisi doğrudan zarardır. Bu zararın özelliği, nedensellik zinciri içinde hukuka aykırı davranışa doğrudan bağlanan zararların var olmasıdır. İkincisi olan dolaylı zararda ise; nedensellik zincirinde doğrudan zarara eklenen bir sebep sonucunda ek bir zararın meydana gelmesi söz konusudur. Kusura neden olan kişinin sorumluluğunu sınırlandırmak amacıyla bu ayırım yapılmıştır. İsviçre-Türk hukukunda doğrudan zarar-dolaylı zarar ayrımı büyük ölçüde terk edilmiş ve özellikle haksız fiillerde hukuka aykırı davranışla uygun nedensellik bağı içinde bulunan bütün zararın tazmini ilkesi benimsenmiştir⁴¹².

d. Nedensellik Bağı

Sağlık çalışanının eylemi ile zararlı sonucun meydana gelmesi arasında rasyonel ve makul bir bağlantının kurulabilir olması⁴¹³ nedensellik bağıdır. Nedensellik bağı bilindiği gibi hukukta illiyet bağı olarak ifade edilmektedir. Özel hukukta uygun illiyet bağı teorisi olarak benimsenen görüş Yargıtay İçtihatları tarafından da onaylandığı gibi “bir olay hayattaki genel davranışlara ve olayların tabi akışına göre diğer bir olayı meydana getirmeye elverişli bulunuyor ise ilk olay, uygun sebep ve sonuç ölçüsüne göre ikincisinin nedeni sayılır”⁴¹⁴ şeklindedir.

Sorumluluğun temel şartı, tazminat hukukunun temel ilkesi ve hukuki sorumluluğu doğuran unsurların başında gelen illiyet bağı çok önemlidir. Bu bağı olmadan sorumluluk söz konusu olmadığı gibi, zararlar söz konusu davranış ya da olay arasında bir sebep-sonuç bağının bulunması şarttır⁴¹⁵.

Bazı durumlarda illiyet bağını tespit etmek zordur. Örneğin, ağır yaralanmış veya hastalığı ilerlemiş bir hastanın tedavisinde hekimin kusurlu davranışıyla zararlı sonuç arasında illiyet bağını belirlemek zor olmaktadır. Böyle durumlarda yüksek ihtimal kâfi sayılmalıdır. Rasyonel bir tedavi olsaydı zararlı sonuç olmazdı yönünde fikir geliştiğinde hekimin kusurundan söz edilebilir. Yine bir örnek verecek olursak iyileşme imkânı olmayan bir hastanın tedavisinde hekim, hastanın ölümüne neden

⁴¹² ATAMER, Yeşim M., *Haksız Fiillerden Doğan Sorumluluğun Sınırlandırılması*, İstanbul, Beta Yayınları, 1996, s.32.

⁴¹³ DERYAL, Sağlık Hukuku Problemleri, s. 388.

⁴¹⁴ HAKERİ, Tıp Hukuku, s. 318.; GÖKCAN, Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk, s. 974.

⁴¹⁵ EREN, Fikret, *Borçlar Hukuku Genel Hükümler*, Ankara, Yetkin Yayınları, 19. Baskı, 2015, s. 536.

olmuşsa hekim sadece erken ölümün meydana getirdiği zarardan sorumlu tutulabilir⁴¹⁶.

2. Hekimin Defansif Tıp Uygulamalarından Doğan Hukuki Sorumluluğu

Hukuki sorumlulukta, hasta ile hekim arasındaki hukuki ilişkinin gerçekleştiği düzlem önemlidir. Teşhis ve tedavi amacı ile kurulmuş hasta-hekim arasındaki ilişki sözleşme ilişkisine dayandırılmaktadır, bu nedenle sorumluluğun sözleşmeye dayandığı yaklaşımı baskındır⁴¹⁷.

Haksız fiile dayanan sorumluluk modern hukuk sistemlerinde esas kural olarak kabul edilmiştir. Zarara neden olan eylemde kusur yoksa tazmin yükümlülüğünün ortaya çıkmaması adil olmayan sonuçlar doğurmaktadır. Kusur olmadan sorumluluğun var olacağı kusura dayanmayan objektif sorumluluğun esasını oluşturmaktadır. Burada kıstas, sorumluluğu doğuran olayla zarar arasında illiyet bağının bulunmasıdır⁴¹⁸. Hastalığın teşhisini koymak ve tedavisini yapmak, hekim ile hasta arasında kurulan sözleşme ilişkisinde hekimin yüklendiği borcun esasını oluşturmaktadır⁴¹⁹.

Hukuk davalarının yürütülme ve sonuçlandırma süreçleri ceza davalarının sonucuna bağlı olarak yapılmamaktadır. Hukuki sorumluluğu olan failin ceza sorumluluğu olacağı anlamına gelmemektedir. Ceza ve hukuki sorumluluklar ayrı değerlendirildiği için ceza davasından beraat eden fail hukuk davalarıyla karşılaşabilmektedir⁴²⁰. Hekimin tıbbi müdahale esnasında hastaya verilen maddi veya manevi zarar karşısında tazminat sorumluluğu doğmaktadır⁴²¹.

Hasta ile hekim arasındaki ilişki vekâlet sözleşmesine dayandırılmaktadır. Ancak kimi kararlar verilirken vekâlet sözleşmesine, kimi kararlar hizmet sözleşmesi

⁴¹⁶ AYAN, Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, s. 112.

⁴¹⁷ YILMAZ, POLAT, KOCAMAZ, “Defansif Tıp Uygulamalarının Hukuksal Açıdan İncelenmesi”, s. 41.

⁴¹⁸ ÖZPINAR, “Tıbbi Müdahalede Kötü ...”, s. 95.

⁴¹⁹ ALKANAT, Murat B, “Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk”, *Sted*, İstanbul, C. 11, S. 5, 2002, s. 177.

⁴²⁰ <https://www.ttb.org.tr/eweb/adli/1.html> (E. T. 13. 05. 2016)

⁴²¹ FİDAN, Nurten, “Hekimin Tıbbi Müdahaleleri Nedeniyle Sorumluluğu”, *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, Ankara 2010, C. 1, S. 3, s. 358.

hükümlerine göre değerlendirilmektedir⁴²². Hekimin hukuki açıdan görevini yerine getirip getirmediği BK'nun 386.'ncı md.'de düzenlenen vekâlet ilişkisi çerçevesinde değerlendirilmektedir⁴²³. Vekâlet sözleşmesine aykırılıktan kaynaklanan yaptırımlar BK'nın 502.'inci md.'ne⁴²⁴ dayandırılarak yapılmaktadır.

Hekimin haksız eylemi, hekim ile hasta arasındaki sözleşme öncesi görüşme kusuru, sözleşmeye bağlı borç ilişkisinden doğan edim yükümlülüklerine aykırı kusurlu eylem veya vekâletsiz iş görme hukuksal sorumluluğun kapsamına girebilmektedir⁴²⁵. Hastanın faydasını sağlamak adına hasta iradesine dayanmadan hekimin tıbbi müdahalede bulunması vekâletsiz iş görme kapsamına girer. Örnek verilecek olursa trafik kazası sonucu şuurunu kaybeden veya kalp krizi geçiren bir hastaya hekimin müdahale etmesidir⁴²⁶.

Vekâlet sözleşmesiyle vekâlet verene karşı vekil borç yükümlülüğü altına girmektedir. Vekil vekâlet verenin faydasını korumak durumundadır. Bu sözleşmede önemli olan vekâleten yapılması gereken işin, istenilen şekilde sonuçlanması değil, vekillik sorumluluğu temel alınarak yerine getirilmiş olması önemlidir. Buna dayanarak hastanın iyileşmesi değil teşhis ve tedavinin tıbbi standartlar çerçevesinde hastanın faydasını koruyarak dikkat ve özenin gösterilmesi hekimin temel sorumluluğudur⁴²⁷. Bu yaklaşımdan hareketle BK'nın 506.'ncı md.⁴²⁸ düzenlenmiştir.

⁴²² <http://www.demirkilichukuk.com/Hukuki-Yayinlar/Makaleler/hekimin-hukuki-sorumlulugu> (E.T. 04. 01. 2017)

⁴²³ <http://handegullu.blogspot.com.tr/2012/06/hasta-ve-doktor-arasndaki> (E. T. 07. 01. 2017)

⁴²⁴ “Vekâlet sözleşmesi, vekilin vekâlet verenin bir işini görmeyi veya işlemini yapmayı üstlendiği sözleşmedir.”

“Vekâlete ilişkin hükümler, niteliklerine uygun düştükleri ölçüde, bu Kanunda düzenlenmemiş olan işgörme sözleşmelerine de uygulanır.”

⁴²⁵ DEMİR, Mehmet, “Hekimin Sözleşmeden Doğan Sorumluluğu”, *AÜHFD*, Ankara, 2008, C. 57, S. 3, s. 228.

⁴²⁶ CANBOLAT, Ferhat, “Kamu Hastanesinde Yapılan Tıbbi Müdahalede Hekimin Özel Hukuktan Doğan Sorumluluğunun Dayanağı”, *TBB Dergisi*, Ankara, S. 80, 2009, s. 168.; AYAN, Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, s. 61.

⁴²⁷ AYAN, Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, s. 50.; YILMAZ, POLAT, KOCAMAZ, “Defansif Tıp Uygulamalarının Hukuksal Açıdan İncelenmesi”, s. 41.; ALKANAT, “Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk”, s. 177.

⁴²⁸ “Vekil, vekâlet borcunu bizzat ifa etmekle yükümlüdür. Ancak vekile yetki verildiği veya durumun zorunlu ya da teamülün mümkün kıldığı hâllerde vekil, işi başkasına yaptırabilir.”

“Vekil üstlendiği iş ve hizmetleri, vekâlet verenin haklı menfaatlerini gözeterek, sadakat ve özenle yürütmekle yükümlüdür. Vekilin özen borcundan doğan sorumluluğunun belirlenmesinde, benzer alanda iş ve hizmetleri üstlenen basiretli bir vekilin göstermesi gereken davranış esas alınır.”

Hekim mesleğini icra ederken vekillik görevini özenle yerine getirmediği takdirde hastanın uğradığı zararı tazmin etmek zorundadır⁴²⁹. Hekimin dikkat ve özen yükümlülüğü TDN 2.'nci md.'nin 2. fıkrasında da görülmektedir. “*Tabip ve dış tabibi; hastanın cinsiyeti, ırkı, milliyeti, dini ve mezhebi, ahlâki düşünceleri, karakter ve şahsiyeti, içtimai seviyesi, mevkii ve siyasi kanaati ne olursa olsun, muayene ve tedavi hususunda âzami dikkat ve ihtimamı göstermekle mükelleftir.*”

HHY'nde 14.'üncü md.'de hekimin özen yükümlülüğü vurgulanmıştır: “*Personel, hastanın durumunun gerektirdiği tıbbi özeni gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmak zorunludur.*”

Diğer bir sözleşme türü de eser sözleşmesidir ve BK. 470.'inci md.'de tanımlanmıştır. “*Eser sözleşmesi, yüklenicinin bir eser meydana getirmeyi, iş sahibinin de bunun karşılığında bir bedel ödemeyi üstlendiği sözleşmedir.*” Estetik ameliyatlara, diş protezleri gibi tıbbi işlemler bu sözleşme grubuna girmektedir⁴³⁰. 3. Hukuk Dairesinin almış olduğu karar eser sözleşmesiyle oluşan zararın tazmin edilmesi açısından örnek teşkil etmektedir⁴³¹. Bu bilgiler çerçevesinde defansif tıp

⁴²⁹ “...bir sağlık kuruluşunda davalıların gerekli özen ve titizliği göstermediklerini ileri sürerek her bir müvekkili için 20.000,00'er TL manevi tazminatın davalılardan müştereken ve müteselsilen tahsiline karar verilmesini istemiştir. Davalılar davanın reddini dilemişlerdir.

Mahkemece davanın reddine karar verilmiş, hüküm davacılar vekili tarafından temyiz edilmiştir. Dava, davalı doktor ve hastanenin özen yükümlülüğüne aykırı davranışları neticesinde; davacıların bebeğinin sağ ayağında kemik kırığı meydana gelmesi, bebeğin doğumdan itibaren inlemesine rağmen durumun davalılar tarafından fark edilmemesi, akabinde ...'ne sevk edilen bebeğin kontrollerinin burada yapılarak bebekte kemik kırığının tespit edilmesi iddiası nedeniyle istenilen manevi tazminata ilişkindir. Davanın temeli vekillik sözleşmesi olup, özen borcuna aykırılığa dayandırılmıştır. (BK 386-390) (TBK 502.506)... Vekil, vekâlet görevine konu işi görürken yöneldiği sonucun elde edilmemesinden sorumlu değil ise de, bu sonuca ulaşmak için gösterdiği çabanın, yaptığı iş ve işlemlerin, davranışların özenli olmayışından doğan zararlardan dolayı sorumludur. Mesleki iş gören vekil özenle davranmak zorunda olup, en hafif kusurundan bile sorumludur (BK 321/1 md) (TBK 400). O nedenle doktor ve hastanenin meslek alanı içinde olan bütün kusurları hafifte olsa sorumluluğun unsuru olarak kabul edilmelidir...01. 03. 2016 tarihinde hükmün davacı yararına bozulmasına karar verilmiştir.” Yargıtay 13. Hukuk Dairesi 01. 03. 2016 tarihli 2015/3276 E., 2016/6289 K. (http://emsal.yargitay.gov.tr 21. 01.2017)

⁴³⁰ DURAL, Mustafa, “Hekimin Sorumluluğu ve Mesleki Sorumluluk Sigortası”, *Marmara Hukuk Fakültesi Dergisi*, İstanbul 2008, C. 14, S. 4, s. 154.;http://www.tazminathukuku.com/arastirmayazilari/hekimlerin-ve-hastanelerin-sorumlulugu (E. T. 02. 01. 2017); AYAN, Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, s. 52

⁴³¹ (Davacı 10 yıl önce estetik ameliyat olduğunu ancak yüzünün bazı bölgelerine davacının rızası dışında hekimin müdahale ettiği bunun sonucunda da davacının yaşam kalitesinin düştüğü belirtilmiştir. Davacı, bu durumdan ötürü psikolojisinin kötü etkilendiğini iddia etmiş, zararının giderilmesini istemiş maddi manevi tazminat talebinde bulunmuştur. Mahkeme maddi talep için

uygulanmasıyla vekâlet veren hastanın faydası ile vekil olan hekimin faydası çakışmaktadır⁴³².

Tıbbi müdahale sonucu hastada zarar meydana gelmiş ise bu zararın giderilmesi gerekmektedir. Zararın tazmin edilmesi için açılan davalarda hekimle hasta arasında kurulan ilişkinin yanı sıra sağlık hizmeti veren kurumla hasta arasında kurulan ilişkinin hangi düzlemde oluştuğu göz önünde bulundurulmaktadır.

Hastanın hastaneyi doğrudan seçmesiyle hastane tedavi işlemlerini kendi bünyesinde hizmet akdiyle çalıştırdığı hekime bırakması sonucunda tam hastaneye kabul sözleşmesi gerçekleşmiş olmaktadır. Bu sözleşme hasta ile hasta veya yasal temsilcisi arasında kurulmakta ve bütün tedavi ve bakım hizmetlerinden hastane sorumlu olmaktadır⁴³³. Tedavi işlemlerinin sorumluluğu sağlık çalışanına ait olmakla birlikte çalışanın seçiminde özensiz davrandığı yaklaşımından hareketle özel hastane sorumlu tutulmuştur⁴³⁴.

Hastane işletmecisinin sadece barınma, yedirip içirme veya diğer bakım işlemlerini üstlendiği ya da hekimin hastasının tedavisini tek başına üstlenip tedavi hizmetlerinden dolayı sağlık işletmesine sorumluluk yüklenmemesi durumu bölünmüş hastaneye kabul sözleşme olarak nitelendirilmektedir⁴³⁵. Hasta veya yasal temsilcisi tarafından sağlık kurumuyla tedavi amaçlı kurulan ilişkinin hukuki boyutu BK'da 116.'ncı md.'de⁴³⁶ belirtilmiştir.

Hekimlerin hukuki sorumluluklarını doğuran temel unsurlardan biri olan hastayı bilgilendirme ve bu bilgilendirme çerçevesinde hastanın onayının alınmasıdır.

davalıyı 8/8 kusurlu bulmuş aynı zamanda manevi tazminatın karşılanmasına karar verilmiştir... Bkz. 2015/7054 E., 2016/3997 K.) <http://emsal.yargitay.gov.tr/VeriBankasiIstemci> (E. T. 02. 01. 2017)

⁴³²YILMAZ, POLAT, KOCAMAZ, “Defansif Tıp Uygulamalarının Hukuksal Açıdan İncelenmesi”, s. 42.

⁴³³ERÇELTİK, Erman, *Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki Sorumluluğu*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2011, s. 117.; AYAN, “Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk”, s. 134

⁴³⁴SELÇUK, *Çekinik (Defansif) Tıp*, s. 49.

⁴³⁵AYAN, Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, s.138. ; ERÇELTİK, ... *Müdahaleden Doğan Hukuki Sorumluluğu*, s. 138.

⁴³⁶“Borçlu, borcun ifasını veya bir borç ilişkisinden doğan hakkın kullanılmasını, birlikte yaşadığı kişiler ya da yanında çalışanlar gibi yardımcılara kanuna uygun surette bırakmış olsa bile, onların işi yürüttükleri sırada diğer tarafa verdikleri zararı gidermekle yükümlüdür.”

“Yardımcı kişilerin fiilinden doğan sorumluluk, önceden yapılan bir anlaşmayla tamamen veya kısmen kaldırılabilir. Uzmanlığı gerektiren bir hizmet, meslek veya sanat, ancak kanun veya yetkili makamlar tarafından verilen izinle yürütülebiliyorsa, borçlunun yardımcı kişilerin fiillerinden sorumlu olmayacağına ilişkin anlaşma kesin olarak hükümsüzdür.”

Hastanın rızasının alınması uygulaması hukuki kaynağını Biyotıp Sözleşmesi'nin⁴³⁷ 5.'inci md.'den⁴³⁸ almaktadır. 1982 Anayasasının 17.'nci md.'de⁴³⁹ rıza kavramına yer verilmiştir.

Kişilik hakkının ana unsuru ve özerkliğin temel parçası hastanın rızasının alınmasıdır. Bu nedenle rıza kavramına Anayasa ve Biyotıp Sözleşmesi'ndeki uygulamalara paralel olmak üzere diğer iç hukuk düzenlemelerinde de geniş yer verilmiştir. Türk Medeni Kanunun⁴⁴⁰ 24.'üncü md.'de⁴⁴¹ düzenlenmiştir.

HHY'de Hasta Haklarının korunması başlığı altında rıza kavramına değinilmiştir. Engelli, velayet veya vesayet altındaki hastaların rızalarına ilişkin düzenleme yapılmıştır⁴⁴².

Bütün bu bilgiler ışığında, hekimlerin mesleklerinin ifasına dair açılan tazminat davalarında, hekimin özel sektörde veya kamu hastanesinde çalışması yargılama usullerinin değişmesine neden olmaktadır. Genellikle haksız fiil sorumluluğu BK. 49. md (EBK 41), adam çalıştıranın sorumluluğu BK. 66. md (EBK 55), araçlar dolayısıyla sorumluluk BK. 69. md (EBK 58), akdi sorumluluk BK. 112. md (EBK 96), vekâlet akdi ve özel hükümler BK. 502. md (EBK 386) gönderme yapılarak düzenlenmektedir⁴⁴³.

Bu bilgilerden yola çıkılarak şunları söylemek mümkündür. Hasta sağlığının düzeltilmesi veya ağrıların azaltılması amacıyla hekimi vekil tayin etmektedir. Burada yazılı olmasa da vekâlete dayalı bir sözleşme gerçekleşmiştir. Vekilin vekâlet verenin çıkarını kendi çıkarından üstün tutması kuraldır. Vekilin bu kurala uymaması

⁴³⁷ 03 Aralık 2003/5013 Sayılı Kanun (Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun)

⁴³⁸ “Sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş olarak muvafakat vermesinden sonra yapılabilir.”

“Bu kişiye, müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında önceden uygun bilgiler verilmelidir.”

“İlgili kişi, muvafakatini her zaman, serbestçe geri alabilir.”

⁴³⁹ “Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz. Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tabi tutulamaz”.

⁴⁴⁰ 22 Kasım 2001/ 4721 Numaralı Kanun

⁴⁴¹ “Hukuka aykırı olarak kişilik hakkına saldırılan kimse, hâkimden, saldırıda bulunanlara karşı korunmasını isteyebilir. Kişilik hakkı zedelenen kimsenin rızası, daha üstün nitelikte özel veya kamusal yarar ya da kanunun verdiği yetkinin kullanılması sebeplerinden biriyle haklı kılınmadıkça, kişilik haklarına yapılan her saldırı hukuka aykırıdır.”

⁴⁴² 01 Ağustos 1998 / RG 23420/ 08 Mayıs 2014/ RG 28994 (24. md. Değişikliğe Gidildi)

⁴⁴³ İPEKYÜZ, “Hekimin Tazminat Sorumluluğu”, 24.

vekâlet sözleşmesine aykırılık teşkil etmektedir. Bu sözleşmeye aykırı hareket edilmesi ve vekilin kendi çıkarını vekâlet verenin çıkarından üstün tutması ciddi problemlere yol açmaktadır. Örnek verecek olursak; pozitif defansif tıp uygulamalarının başında gelen, hekimin açılacak olası davalardan kendini korumak adına fazladan görüntüleme ve laboratuvar tetkikleri istenmesi hastayı birtakım risklere maruz bırakmakta veya zarara uğratmaktadır. Aynı durum tedaviyi garantilemek adına daha ileri teknolojinin kullanılması içinde geçerlidir. Uygulanan her tıbbi işlem, insan bedeninin komplike yapısından ötürü risk içermektedir, en hafif ilaç bile birtakım yan etkilere sahiptir. Dolayısıyla pozitif defansif tıp uygulamaları, hastaya zarar verebilmekte ve hastada zarar meydana gelmiş ise bu zararın tazmin edilmesi gerekmektedir. Aynı durumu riskli hastalıkların tedavisinden kaçınan ve hastayla oldukça az temas kurmaya çalışarak negatif defansif tıp uygulamalarında bulunan hekim içinde geçerlidir. Negatif defansif tıp uygulamalarında kusur, ihmal, özen eksikliği gibi faktörler devreye girmektedir. Hekimin yeterli bilgi ve beceriye sahip olmasına rağmen veya çalıştığı kurum yeterli teknik donanıma sahip olduğu halde, komplikasyon riski yüksek bir hastanın başka hastaneye sevk edilmesi gibi durumlar hastayı zarara uğratmaktadır.

İster pozitif ister negatif defansif tıp uygulamaları olsun hastaları maddi ve manevi zarara uğramalarına sebep olmaktadır. Bu nedenle hekime hukuki sorumluluk yüklenmektedir, hastanın maddi ve manevi zararının giderilmesi gerekmektedir. Aynı durum hastayla hastane arasında kurulan sözleşme ilişkisi çerçevesinde de değerlendirilmekte, hekimin pozitif veya negatif defansif tıp uygulamalarından dolayı hastaneye de zararın giderilmesi için sorumluluk yüklenmektedir. Örneğin kamu hastanesinde yürütülen sağlık hizmetinde hekimin defansif tıp uygulamaları sonucu hasta zarara uğramış ise idarenin mali sorumluluğu doğmaktadır⁴⁴⁴.

⁴⁴⁴ “ ...*DAVANIN ÖZETİ: Davacılarından B.K. ve Z.K’nın çocukları 05.07.2006 tarihinde Gaziantep 75. Yıl Doğum Hastanesinde İ. K. dünyaya gelir ve erken doğduğu için Gaziantep Çocuk Hastanesine sevk edilir. Burada uygulanan tedavi sonucunda İ. K.’da görme kaybı meydana gelmesine ilişkin olayda; tedavi sırasında bebeğe fazla oksijen verildiği, küvözde yapılması gereken ROB taramasından geçirilmediği, tıp kurallarına uygun davranılmadığı, gereken özenin gösterilmediği, ortaya çıkan zarardan davalı idarenin sorumlu olduğu ve hizmet kusurunun bulunduğu iddialarıyla İ. K. için 241.626.59 TL maddi, 100.000.00 TL manevi tazminat, baba B. K. ve anne Z. K. içinde 50.000.00’er TL manevi tazminat olmak üzere toplam 441.626.59 TL maddi ve manevi tazminatın yasal faizi ile birlikte tazminine karar verilmesi istenilmektedir...*

Uyuşmazlığa konu olan olayda; Gaziantep 5. Asliye Hukuk Mahkemesi’nce kusur tespiti yönünden Adli Tıp Kurumuna yaptırılan bilirkişi incelemesi sonucunda 34 haftanın altında doğan bütün bebeklerin doğumundan itibaren 4 ile 6.hafta arasında mutlaka göz kontrolünün yapılması gerektiği

Gerek hekimin gerekse sağlık kurumunun defansif tıp uygulamaları sonucu doğan sorumlulukları vekâlet sözleşmesi düzleminde kabul edilerek BK.'nın 41.'inci md. ve uzantıları olan 49.'uncu md. ve 502.'nci md.'de ki düzenlemelerle hastaların maddi ve manevi zararı giderilmeye çalışılmıştır.

B. Hekimin Cezai Sorumluluğu

Hekimlerin sahip olduğu mesleki bilgiler, beceriler ve hastaları tarafından verilen sırlar hekimi güçlü kılmıştır. Bu gücün kötüye kullanılmaması amacıyla hekimler için kurallar konulmuş ve bu kurallara uyulmadığı takdirde yaptırımlar uygulanmıştır.

Hekimin tıp mesleğini ifa ederken işlediği suçlardan veya mesleğini ifa ederken işleyebileceği suçlardan dolayı sorumlu tutulması cezai sorumluluk türüne girer⁴⁴⁵. Hekimlerin mesleklerini icra ederken daha dikkatli, disiplinli ve özenli davranmalarını sağlamak için hekimin kusurlu davranışından ötürü yaptırımlarla karşılaşacağı böylece de suç işlemenin engelleneceği anlayışından hareket edilmektedir⁴⁴⁶.

Cezai sorumlulukta “*kanunsuz suç ve ceza olmaz*” ilkesi esastır. Bu ilkeyle, hekimin tıbbi müdahalelerindeki uygulamalarının hukuka aykırılığı belirtilmiş ve suç unsuru oluşturduğu takdirde hekimin cezai sorumluluğunun doğacağı ifade edilmiştir. Cezai yargılanma durumunda ceza mahkemesi, somut olaylardaki özel durum ve koşullar altında tıbbi yarar ve risk dengesini ön plana alır ve hekimin cezai bir sorumluluğu bulunup bulunmadığına karar verir. Bu kararlar verilirken cezai normlar içeren kanuni düzenlemelere bakıldığı gibi ülkemizde iç hukuka aktarılmış

halde İ. K. 'nın 4 ila 6. Haftalar arasında takip ve tedavisini yapan doktorlarca göz hekiminden ilgili konsültasyon istenilmediği bu haliyle de İ.K. 'nın gözlerinde telafi edilmeyecek düzeyde görme kaybı ile sonuçlanan rahatsızlığın gerçekleşmesinde davalı idarenin kusurlu bulunduğu kanaatine varılmıştır.

SONUÇ: İ.K. için 100.000TL, anne Z.K. ve baba B.K. için ayrı ayrı 50.000'er TL olmak üzere toplam 200.000TL manevi tazminatın 03.10.2007 tarihinden itibaren işletilecek yasal faiziyle birlikte davalı idarelerce davacılarca ödenmesine karar verilmiştir.” Gaziantep 2. İdare Mahkemesi 2013/1205 E., 2014/620 K. (Bu karar Gaziantep Yasa Hukuk Bürosundan temin edilmiştir 21.01.2017)

⁴⁴⁵ ÖZTÜRKLER, Hukuk Uygulamasında Tıbbi Sorumluluk, Teşhis, Tedavi ve Tıbbi Müdahaleden Doğan Tazminat Davaları, s. 233.

⁴⁴⁶ DEMİR, Mehmet, “Hekimin Sözleşmeden Doğan Sorumluluğu”, s. 229.

uluslararası sözleşmelerdeki kurallara aykırılık dikkate alınır ve suçlu hekim hakkında sabit olan eylemine uyan yaptırımlar uygulanır⁴⁴⁷.

Hekimlerin cezai sorumluluklarına İslam Hukukunda da yer verilmiştir. Buna göre; gerekli mesleki bilgi ve donanımına sahip olunması, tıbbi müdahale öncesinde hastadan veya hastanın velisinden izin alınması ve hata yapılmadan rutin tedavinin uygulanması, hekimin tıbbi müdahaleden sorumlu olmaması için yeterli kabul edilmiştir⁴⁴⁸. Hekimin çalışma alanı insan bedeni olmasından dolayı, hekimlerin en ufak bir dikkat ve özensizliği insan vücut bütünlüğüne zarar verebilmekte hatta hayatının sona ermesine neden olabilmektedir. Bu nedenledir ki yükümlülüğünü yerine getirmeyen hekimlere yaptırımlar uygulanmaktadır. İç hukuk düzeninde de bu uygulamalar görülmektedir.

1. Hekimin Cezai Sorumluluğunun Şartları

Hekimlerin mesleklerini uygularken hukuki sorumluluklarının yanı sıra cezai sorumlulukları da mevcuttur. Hasta hekim hatası nedeniyle maddi zararla beraber manevi zarara da uğramaktadır. ABD’de tıbbi hatadan kaynaklanan ölüm oranlarının beşinci sırada olduğu görülmektedir⁴⁴⁹. Cezai sorumluluğun temelinde toplumsal düzeni sağlamak, hastaların adalet arayışına çözüm olmak ve her şeyden önce hekimlerin hata yapmasını engelleme amacı vardır. Cezai sorumluluk kasten işlenen suçlar bakımından sorumluluk ve taksirle işlenen suçlar bakımında sorumluluk olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir.

a. Kasten İşlenen Suçlar Bakımından Sorumluluk

5237 Sayılı TCK’da 21.’inci md.’nin 1. fıkrasında “*Suçun oluşması kastın varlığına bağlıdır. Kast, suçun kanunî tanımındaki unsurların bilerek ve istenerek gerçekleştirilmesidir*” hükmüne yer verilmiştir. Yasadışı kürtaj ve organ nakli

⁴⁴⁷ FİDAN, “Hekimin Tıbbi Müdahaleleri Nedeniyle Sorumluluğu”, s. 350.

⁴⁴⁸ ÖZEN, Şükrü, İslam Hukukuna Göre Yanlış Tedavide Sorumluluk, 38. *Uluslar arası Tıp Tarihi Kongre Bildiri Kitabı*, SARI, Nil, BAYAT, Ali Haydar, ÜLMAN, Yeşim, IŞIN, Mary (Ed.) Ankara, Sarıyıldız Yayınevi, 2005, s. 747.

⁴⁴⁹ <http://www.hukukihaber.net/tibbi-hatalar-olum-siralamasinda> (E. T. 15. 01. 2017)

yapmak, hastanın sırrını açıklamak, hastanın iznini almadan deney yapmak vb. doktorun kasıtlı davranışlarına örnektir⁴⁵⁰.

Kastın doğrudan kast ve dolaylı (olası) kast olmak üzere iki çeşidi vardır. Kişinin bilerek ve isteyerek aynı zamanda sonuçlarını öngörerek gerçekleştirmiş olduğu fiil doğrudan kast anlamı taşımaktadır. Eğer failin öngördüğü sonuç sadece teşebbüs durumunda kalmış; dolayısıyla da öngördüğü sonuç kendi iradesi dışında bir engel nedeni ile gerçekleştirilmemişse yine de doğrudan kasttan söz edilebilmektedir⁴⁵¹. Kişi, fiilinin üretebileceği sonucu öngörmektedir ancak muhtemel sonuçların gerçekleşmemesi için herhangi bir çaba göstermemektedir dolayısıyla kişinin fiili ile ortaya çıkan sonuç arasında zorunlu değil ancak muhtemel bir bağ söz konusudur. Kişi bu muhtemel sonuçlardan haberdar olduğu için kasıt söz konusu olabilmektedir⁴⁵². Daha iyi anlaşılması açısından, hekimin müdahale etmemesi sonucu acil hastanın ölmesi kasten adam öldürme; bir hekimin olumsuz sonucu doğrudan doğruya istememesine karşın rıza göstermesi (ölürse ölsün-sakat kalırsa kalsın) anlayışıyla hareket etmesi olası kast olarak değerlendirilmektedir⁴⁵³.

Kasıtlı davranışla hastaya zarar verilmesi 5237 Sayılı TCK'nın 21.'inci md.'nin 2. fıkrasında *“Kişinin, suçun kanunî tanımındaki unsurların gerçekleşebileceğini öngörmesine rağmen, fiili işlemesi hâlinde olası kast vardır. Bu hâlde, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasını gerektiren suçlarda müebbet hapis cezasına, müebbet hapis cezasını gerektiren suçlarda yirmi yıldan yirmibeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur; diğer suçlarda ise temel ceza üçte birden yarısına kadar indirilir.”* Düzenlemesiyle hekimin tedavi amacı taşımadan hastayı öldürmek veya sağlık durumunu kötüleştirmek kastı ile hareket etmesi durumunda, kasten adam öldürme veya müessir fiil (yaralama) suçunu işlemiş olur⁴⁵⁴.

⁴⁵⁰ GÖKCAN, Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk, s. 964.

⁴⁵¹ İÇEL, Kayıhan, EVİK, Hakan A., *Ceza Hukuku Genel Hükümler*, İstanbul, Beta Yayınevi, 4. Baskı, 2010, s. 189.

⁴⁵² TOROSLU, Nevzat, TOROSLU, Haluk, *Ceza Hukuku Genel Kısım*, Ankara, Savaş Yayınevi, 22. Baskı, 2016, s. 216.

⁴⁵³ TUĞCU, YORULMAZ, KOÇ, “Hekim Sorumluluğu ve Tıbbi Malpraktis”, s. 6.

⁴⁵⁴ DERYAL, Sağlık Hukuku Problemleri, s. 260.

b. Taksirle İşlenen Suçlar Bakımından Sorumluluk

Kusur etme, kabahat, bir işi eksik yapma veya bir işi yapabilecekken sakınıp yapmama anlamına gelen taksir, Arapça kökenli bir kelimedir⁴⁵⁵. 5237 Sayılı TCK'nun 22.'nci md.'nin 2. fıkrasında “*Taksir, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeyle gerçekleştirilmesidir*” şeklinde tanımlanmıştır. Taksire bağlı sorumlulukta, hekim veya sağlık çalışanı hukuka aykırı eylemin sonucunu istememekle beraber, bu olumsuz sonucu engellemek için gereken dikkat ve özeni göstermez. Mesela hekimin, hastalıkla ilgili tanı ve tedavisinde veya ameliyat esnasında ihmali sonucunda hastaya zarar verilmesi durumunun ortaya çıkmasıdır⁴⁵⁶. Bunun yanı sıra 5237 Sayılı TCK'da Kasten Öldürmenin İhmali Davranışla İşlenmesi Başlığı altında 83.'üncü md.'de düzenlenmiştir⁴⁵⁷. Genel olarak taksir; “failin özensizlik sonucu mevcut durumda hareket yükümlülüğünün bulunduğunu görmemesi, kanundaki suç şekline uygun olan tipik durumu objektif dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırı olarak hatalı tanınması, kurtarma hareketini hatalı yürütmesi, meydana gelmek üzere olan neticeye, özen yükümlülüğüne aykırı olarak dikkat etmemesi şeklinde gerçekleşebilir”⁴⁵⁸.

Hekimin sübjektif olarak, kendi yeteneğini, bilgisini ve özenini gösterebilecek durumda olmasına rağmen göstermemesi durumunda taksire bağlı sorumluluğu söz konusu olur⁴⁵⁹. Başka bir ifade ile yasa koyucu taksirli suçları belirlerken öncelikli

⁴⁵⁵ SAVAŞ, Halide, *Sağlık Çalışanlarının ve Sağlık Kurumlarının Tıbbi Müdahaleden Doğan Sorumlulukları*, Ankara, Seçkin Yayınevi, 1. Baskı, 2007, s. 163.; DOĞAN, Cahid, “İlaç Kullanımı Dolayısıyla Ortaya Çıkan Zararlardan Cezai Sorumluluk”, *II. Hukuk Kurultayı 7-8 Kasım 2008 Ankara*, Ankara, Ankara Barosu Yayınları, 2009, s. 425.

⁴⁵⁶ GÖKCAN, Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk, s. 965.

⁴⁵⁷ “(1) Kişinin yükümlü olduğu belli bir icrai davranış gerçekleştirilmemesi dolayısıyla meydana gelen ölüm neticesinden sorumlu tutulabilmesi için, bu neticenin oluşumuna sebebiyet veren yükümlülük ihmalinin icrai davranışa eşdeğer olması gerekir.(2) İhmali ve icrai davranışın eşdeğer kabul edilebilmesi için, kişinin;

a) Belli bir icrai davranışta bulunmak hususunda kanunî düzenlemelerden veya sözleşmeden kaynaklanan bir yükümlülüğünün bulunması,

b) Önceden gerçekleştirdiği davranışın başkalarının hayatı ile ilgili olarak tehlikeli bir durum oluşturmaya, gerekir.

(3) Belli bir yükümlülüğün ihmali ile ölüme neden olan kişi hakkında, temel ceza olarak, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmi yıldan yirmibeş yıla kadar, müebbet hapis cezası yerine onbeş yıldan yirmi yıla kadar, diğer hâllerde ise on yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunabileceği gibi, cezada indirim de yapılmayabilir.”

⁴⁵⁸ SAVAŞ, Sağlık Çalışanlarının ve Sağlık Kurumlarının Tıbbi Müdahaleden Doğan Sorumlulukları, s. 107.

⁴⁵⁹ HAKERİ, Tıp Hukukunda Malpraktis, s. 26.

olarak kişilerin kamu düzenine karşı sorumluluk duygusu içinde davranmalarını teminat altına almayı amaçlamaktadır. Kişinin yeterli tedbir ve özen yükümlülüğünü gerçekleştirilmesinden dolayı verdiği zararlı veya tehlikeli sonuçları yaptırıma bağlamaktadır⁴⁶⁰.

Kastta fail sonucu isterken, taksirde failin sonucu istememesi bu iki kavramı birbirinden ayıran temel farktır⁴⁶¹. Failin taksirli eylemden dolayı kusurlu bulunabilmesi için, ihmali olduğunun ve tıbbi özeni göstermediğinin ispatlanması gerektiği gibi tıbbi müdahalelerin hekimin dikkat ve özen yükümlülüğüne uygun olup olmadığının bilirkişi tarafından incelenmesi gerekmektedir⁴⁶². Ülkemizdeki ceza hukukuna ilişkin düzenlemelerde ceza davalarının açılmasında 5237 sayılı Kanun 83.'üncü md, 85.'inci md. ve 89.'uncu md. belirgin olarak malpraktis etkenli ve malpraktisin etkenlik derecesine göre uygulanacak cezalar mevcuttur. Taksir, bilinçsiz taksir ve bilinçli taksir olmak üzere iki alt başlıkta incelenmektedir⁴⁶³.

i. Bilinçsiz Taksir

Hekim veya sağlık çalışanının, dikkat ve özen yükümlülüğüne uygun hareket etmediği için ortaya çıkan olumsuz sonucu öngörmemesi durumu *basit (bilinçsiz) taksir* olarak karşımıza çıkar⁴⁶⁴. Bu durumda fail sonucu öngöremediği ve olumsuz sonucun çıkmasında dikkatsiz davrandığı için ceza davalarına maruz kalmaktadır⁴⁶⁵. Bilinçsiz taksir bilinçli taksire göre daha hafif cezalandırılır sebebi ise failin sonucun gerçekleşebileceğini tahmin edememesidir⁴⁶⁶.

⁴⁶⁰ ARTUK, M. Emin, GÖKCEN, Ahmet, YENİDÜNYA, Caner, *Ceza Hukuku Özel Hükümler*, Ankara, Adalet Yayınları, 15. Baskı, 2015, s. 35.

⁴⁶¹ SAVAŞ, Sağlık Çalışanlarının ve Sağlık Kurumlarının Tıbbi Müdahaleden Doğan Sorumlulukları, s. 163.

⁴⁶² KOCA, "Hekimin Taksirli Fiilinden Doğan Cezai Sorumluluğu", s. 100.

⁴⁶³ İÇEL, EVİK, *Ceza Hukuku Genel Hükümler*, s. 206.

⁴⁶⁴ SAYDAM, Mehmet ve ÖZTÜRK, Nurten, "Türk Ceza Kanunu Bakımından Taksir", *TAAD*, Ankara Ekim 2015, C. 6, S. 23, s. 148.

⁴⁶⁵ TOROSLU, TOROSLU, *Ceza Hukuku Genel Kısım*, s. 235. ; SAVAŞ, Sağlık Çalışanlarının ve Sağlık Kurumlarının Tıbbi Müdahaleden Doğan Sorumlulukları, s. 181.

⁴⁶⁶ HAKERİ, Hakan, *Ceza Hukuku Genel Hükümler*, Ankara, Astana Yayınları, 13. Baskı, 2016, s. 214.

ii. Bilinçli Taksir

Bir hekimin veya sağlık personelinin, ortaya çıkabilecek olumsuz sonucu öngördüğü halde gerekli tedbiri almaması veya dikkat ve özeni göstermemesi durumunda ortaya çıkan olumsuz sonucun istenmemesi kavramı *bilinçli taksir* olarak ifade edilir⁴⁶⁷. 5237 Sayılı TCK'da 22.'nci md.'nin 3. fıkrasında “ *Kişinin öngördüğü neticeyi istememesine karşın, neticenin meydana gelmesi hâlinde bilinçli taksir vardır; bu hâlde taksirli suça ilişkin ceza üçte birden yarısına kadar artırılır*” şeklinde bilinçli taksir kavramı tanımlanmış ve kişinin bilinçli taksir fiili ile cezalandırma durumu düzenlenmiştir.

Bilinçli taksir kişinin olayın sonucunu öngördüğü halde yine de öngördüğü sonucun gerçekleşebileceğine dair herhangi bir beklenti içinde bulunmadığı durumlarda söz konusudur. Bilinçli taksirin olası kastla karıştırılmaması ceza hukukunda önem taşımaktadır. Hem bilinçli taksir hem de olası kast durumunda sonucun öngörülmesi olası söz konusudur ancak bilinçli taksirde öngörülen sonuç istenen sonuç değildir. Olası kastta ise kişi öngörülen sonucu istememekle beraber sonucu engellemek için bir çaba sarf etmemektedir. Başka bir deyişle istemediği bir sonucu öngörmektedir ancak bunun gerçekleşmeme olasılığı karşısında kayıtsız kalmaktadır⁴⁶⁸.

765 Sayılı TCK'da benimsenen ve hekimlerin mesleğini icra ederken gereken tıp kurallarına uyulmaması mesleki taksir kavramı olarak değerlendirilir. Tedavide gecikme, gereksiz cerrahi müdahalede bulunma, gerektiğinde acil önlemlere başvurmama ve tehlikeli veya elverişsiz anesteziye başvurmak gibi uygulamalarda mesleki taksir ortaya çıkmaktadır⁴⁶⁹. Böyle bir sınıflama gösteriyor ki, hekimler temel yükümlülüklerini yerine getirmedikleri takdirde yaptırımlara maruz kalacakları gibi, temel hasta haklarına da aykırı hareket etmiş olacaklardır, HHY'nin 12.'nci md.'de Tıbbi Gereklilikler Dışında Müdahale Yasağı ve 14.'üncü md.'de Tıbbi Özen Gösterilmesi prensibi son derece açıktır. Hem bilinçsiz taksirde hem bilinçli taksirde

⁴⁶⁷ MIZRAK, Bülent, CELBİŞ, Osman, “Patoloji ve Malpraktis”, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, Malatya 2007, C. 14, S. 3, s. 214.; TÜMER, Ali Rıza, *Cerrahi Branşlar Açısından Hukuki Sorumluluklar ve Malpraktis*, İstanbul, Matsis Matbaa, 2013, s. 95.; SAVAŞ, Sağlık Çalışanlarının ve Sağlık Kurumlarının Tıbbi Müdahaleden Doğan Sorumlulukları, s.181.; <http://www.ankarabarusu.org.tr> (E. T. 14. 12. 2016)

⁴⁶⁸ HAKERİ, Ceza Hukuku Genel Hükümler, s. 215-216.

⁴⁶⁹ DERYAL, Sağlık Hukuku Problemleri, s. 260.

hem de mesleki taksirde hekim, tıp etiğinin temeli olan hastaya zarar vermeme ilkesine aykırı hareket etmiş olmaktadır.

2. Hekimin Defansif Tıp Uygulamalarından Doğan Cezai Sorumluluğu

Tıbbi uygulamalar sonucu hastada zarar meydana gelmesi durumunda hekime uygulanabilecek yaptırımlar düzenlenmiştir. 5237 Sayılı TCK'da Kasten Adam Öldürme 81.'inci md.'de, Kasten Öldürmenin İhmalî Davranışla İşlenmesi 83.'üncü md.'de, İntihara Yönlendirme Suçu 84.'üncü md.'de, HHY 13.'üncü md.'de Ötenazi başlığı altında düzenlenmiştir⁴⁷⁰. Taksirle Öldürme 85.'inci md.'de, Taksirle Yaralama 89.'uncu md.'de, İnsan Üzerinde Deney 90.'inci md.'de, Organ veya Doku Ticareti 91.'nci md.'de, Çocuk Düşürtme 99.'uncu md.'de belirtilmiştir. Sayılan bu düzenlemelerle hekim ve diğer sağlık personellerine, mesleklerini kötüye kullanmaları neticesinde uygulanabilecek cezalar belirtilmekle birlikte meslekleriyle ilgili işleyebilecekleri suçların sınıflandırıldığı da göze çarpmaktadır. Aynı zamanda HHY'de belirlenen 11.'inci md.'de Tıbbi Gereklere Uygun Teşhis ve Bakım, 12.'nci md.'de Tıbbi Gereklik Dışında Müdahale Yasağı, 14.'üncü md.'de Tıbbi Özen Gösterilmesi ve 22. md.'de Rıza Olmaksızın Tıbbi Ameliyeye Tabi Tutulmama başlığı altında yapılan düzenlemelerde 5237 Sayılı TCK'na uygun olacak biçimde hazırlanmıştır.

Defansif tıp uygulayan hekimin, komplikasyon riski yüksek hastadan kaçınması veya doğum gibi işlemlerden kendini soyutlaması sonucunda hasta zarara uğramış ise hekimin cezai sorumluluğu doğmaktadır. Defansif tıp uygulamaları hastalara zarar verme olasılığı yüksek olduğu için malpraktisle temel unsurları paylaştığı görüşüne ikinci bölümde değinilmiştir⁴⁷¹. Örneğin komplikasyon riski

⁴⁷⁰ Gerek aktif gerekse pasif ötenazi, yaşamın kutsallığı anlayışıyla kanuna aykırı bulunmuştur. Bu konuda intihara yönlendirme başlığı altında, hastayı intihara yönlendiren veya hastaya yardımcı olan hekim ya da sağlık personeline uygulanacak cezalar TCK'da 84.'üncü md.'de belirtilmiştir.

⁴⁷¹ "...tarafından ilk görüldüğü gün kırığa yapılan tedavinin uygun olduğu, ancak otopsisindeki bulguların yaygın enfeksiyon göstergesi olduğu, ölümden 1 gün önce muayene eden aynı hekimin mevcut bulguları tespit edememiş olmasının eksik bir eylem olduğu, yeterli takip ve tedavi yapmamış olması nedeniyle Dr....'ın eyleminin tıp kurallarına uygun olmadığı" belirtildiği, Yüksek Sağlık Şurasının 5-8 Kasım 2009 tarih ve 2008/173 karar sayılı raporunda "Dosyadaki bilgi, belge ve bulgular değerlendirildiğinde; hastanın Dr.tarafından ilk görüldüğü gün kırığa yapılan tedavinin uygun olduğu, ancak ölümünden 1 gün önce karın ve sırt ağrısı olan hastayı muayene eden Dr.'ın hastada sepsise yol açacak pnömoni bulgularını tespit edememiş olmasının eksiklik olduğu, ölüm sebebinin sepsis olduğu, yeterli takip ve tedavi yapmamış olmasından dolayı Dr.ın özen ve dikkat eksikliğinin olduğuna, kusurunun ölüm meydana gelmesindeki etkisi 8/8 üzerinde

yüksek hastayı hekimin listesinden çıkartması veya doğum için gelen hastayı birtakım bahaneler üretilerek başka hastaneye yönlendirilmesi bu zaman aralığında da hastanın zarara uğraması hekime cezai sorumluluk yüklemektedir.

Hekim pozitif defansif tıp uygulamalarından ziyade negatif defansif tıp uygulamaları sonucu yaptırımlarla karşılaşmaktadır. Çünkü negatif defansif tıp uygulamaları sonucu hastada meydana gelen zarar kısa vadede ve somut olarak ortaya çıkmaktadır çünkü negatif defansif tıp uygulamalarında hekimin ihmali söz konusudur. Ancak dikkat çeken nokta pozitif defansif tıp uygulamalarında hekim hastanın menfaatinden ziyade kendini koruma amaçlı bilgi ve tecrübelerinin verdiği güce dayanarak hastaya gereksiz tetkik ve girişimler uygulamakta, hasta da hekimin bu uygulamalarının gerekli olduğunu düşünerek rıza göstermektedir bu bağlamda düşünülecek olursa 5237 Sayılı TCK'da 109.'uncu md.'nin 2.'nci fıkrasında “*Kişi, fiili işlemek için veya işlediği sırada cebir, tehdit veya hile kullanırsa, iki yıldan yedi yıla kadar hapis cezasına hükmolunur*” denilmiş ve 3.'üncü fıkranın c bendinde “*Kişinin yerine getirdiği kamu görevi nedeniyle*” ibaresi pozitif defansif tıp uygulayan hekimin aslında gücünü kullanarak hastayı aldattığı ve hileli olarak hastanın rızasını aldığı sonucunu ortaya çıkarmaktadır.

Defansif tıp uygulamalarıyla hekim yükümlülüklerini tam anlamıyla yerine getirmemekte ve hekimin kusur, özen ve dikkat yükümlülüğüne aykırılığı devreye girmektedir ve hasta zarara uğramaktadır. Biyotıp Sözleşmesinin 5.'inci md. ve HHY 12.'nci md. ve 14.'üncü md. bu yönde düzenlemeleri kapsamıştır. Hekimin defansif tıp uygulamaları sonucu özenli ve dikkatli davranma kuralı ihlal edilmekte ve malpraktise zemin hazırlamaktadır. Dolayısıyla hekimin kusuru oranında 5237 sayılı kanun 83.'üncü md.'de, 85.'inci md.'de. Ve 89.'uncu md.'de belirtilen yaptırımlar uygulanmaktadır.

değerlendirildiğinde 2/8 olarak kabulünün uygun bulunduğu, kusurlu eylem sorulduğu üzere bilinçli taksir olarak değerlendirilemeyeceğinin bilinçli taksirinin ise söz konusu olmadığına şuramızca oy birliği ile karar verildiği,” şeklinde belirtildiği, ...Bozma ilamına uyularak yapılan yargılamaya, toplanıp karar yerinde gösterilen delillere, mahkemenin kovuşturma sonuçlarına uygun olarak oluşan kanaat ve takdirine, incelenen dosya kapsamına göre, sanık müdafinin eksik inceleme ile hüküm verildiğine ve kusura, katılanlar vekilinin ise eylemin bilinçli taksirle işlendiğine ve adli para cezasının az takdir edildiğine ilişkin temyiz itirazlarının reddiyle, hükmün isteme uygun olarak onanmasına karar verilmiştir.” Yargıtay 12. Ceza Dairesi 21. 06. 2016 tarihli 2016/3825 E., 2016/10579K. (<http://emsal.yargitay.gov.tr>- E.T.19.01.2017)

C. Hekimin Disiplin Sorumluluğu

Disiplin cezaları kamu hastanelerinde görev yapan hekimler için uygulanmaktadır. 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu⁴⁷² kapsamındaki hekim; mesleki uygulamalarıyla ilgili hata, dikkatsizlik, özen eksikliği gibi nedenlerle hastayı zarara uğratmış ise, hukuki ve cezai sorumluluğun yanı sıra disiplin sorumluluğuyla da karşılaşır. Disiplin sorumluluğunda kamu hastanesinde görev yapan hekim hakkında idarenin soruşturma izni vermesinden sonra hekim kusurlu bulunursa mevzuatta belirlenen yaptırımlar uygulanır.

1. Disiplin Cezaları

Ortak bir amaç için çalışan kişilerin düzenini sağlamak adına özel bir mevzuatın belirlendiği ve hiçbir ceza kanununa girmeyen yaptırımlar bütünü disiplin cezası olarak adlandırılmaktadır⁴⁷³. Belli bir pozisyondaki bireylere uygulanan yaptırım niteliğinde olan disiplin cezaları bütün bireylere uygulanan genel bir ceza niteliğinde değildir⁴⁷⁴. Kamu sağlık kurumları yasal prosedürlere uymayan memur hekimine bir takım disiplin yaptırımları uygulamaktadır. Mevzuata uygun davranılmadığı takdirde, bu yaptırımlar en hafifi olan uyarmadan başlayıp en ağırı olan memurluktan çıkarma cezasına kadar uzanabilmektedir. Kamu kurumu hekimine uygulanacak disiplin cezaları 657 Sayılı DMK'da Disiplin Cezalarının Çeşitleri ile Uygulanacak Fiil ve Haller başlığı altında düzenlemeler yapılmıştır. Bu disiplin cezaları uyarma, kınama, aylıktan kesme, kademe ilerlemesinin durdurulması ve devlet memurluğundan çıkarma başlığı altında düzenlenmiştir.

a. Uyarma

Davranışlarında daha dikkatli olması gerektiği yönünde hatırlatma amacıyla yazılı olarak memura bildirilen uyarı metnidir⁴⁷⁵. Uyarma cezası gerek cezayı alan

⁴⁷² 23 Temmuz 1965/ RG 12056

⁴⁷³ ÖZKAYA, Nesrin, “Sağlık Mensupları Açısından Disiplin Hukukuna Genel Bakış”, *Terazi Hukuk Dergisi*, Ankara Mayıs 2014, C. 9, S. 93, s. 152.

⁴⁷⁴ BİLGE, Necip, *Hukuk Başlangıcı*, Ankara, Turhan Yayınları, 31. Baskı, 2013, s. 148.

⁴⁷⁵ 657 Sayılı DMK (125.'inci md.'de (Değişik: 12.5.1982 - 2670/31 md.) A-Uyarma cezasını gerektiren haller belirtilmiştir. “a) Verilen emir ve görevlerin tam ve zamanında yapılmasında, görev mahallinde kurumlarca belirlenen usul ve esasların yerine getirilmesinde, görevle ilgili resmi belge,

memur gerekse cezayı veren amir tarafından hafif görülmektedir. 6111 Sayılı Kanunun⁴⁷⁶ yürürlüğe girmesinden sonra uyarı cezası alan memur cezanın verildiği yıl dâhil olmak üzere sekiz takvim yılı geçmedikçe üst dereceye yükselmeyecektir⁴⁷⁷.

b. Kınama

Davranışlarında ve görevinde kusurlu olduğu, yazılı olarak memura bildiren metindir⁴⁷⁸. Kınama cezası uyarı cezasına göre daha ağır niteliktedir ve disiplin hukukunda ayrı bir yere sahiptir. Aylıktan kesme cezasının alt cezası olarak uygulanmakla beraber bazen de aylıktan kesme fiilinin işlendiği gibi değerlendirilebilmektedir. Memurun birden çok kınama cezasının olması sicilinin olumsuz düzenlenmesine neden olacaktır⁴⁷⁹.

c. Aylıktan Kesme

1/ 30- 1/8 oranında memurun brüt aylığından kesilmesi cezasıdır⁴⁸⁰. Memura verilen aylıktan kesme cezası hem maddi hem de manevi özelliğe sahip ancak maddi

araç ve gereçlerin korunması, kullanılması ve bakımında kayıtsızlık göstermek veya düzensiz davranmak... h) Görevin işbirliği içinde yapılması ilkesine aykırı davranışlarda bulunmak”

⁴⁷⁶ 25. 02. 2011/ RG 27857 (Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılması ile Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Diğer Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun)

⁴⁷⁷ <https://memurunyeri.com/memur> (E. T. 24. 01. 2017)

⁴⁷⁸ 657 Sayılı DMK (125.'inci md.'de (Değişik: 12.5.1982 - 2670/31 md.) B-Kınama cezasını gerektiren haller belirtilmiştir. “a) Verilen emir ve görevlerin tam ve zamanında yapılmasında, görev mahallinde kurumlarca belirlenen usul ve esasların yerine getirilmesinde, görevle ilgili resmi belge, araç ve gereçlerin korunması, kullanılması ve bakımında kusurlu davranmak... ı) Kurumların huzur, sükun ve çalışma düzenini bozmak ...” (5234 Sayılı 17.09.2004 Tarihli Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'da m) Yetkili olmadığı halde basına, haber ajanslarına veya radyo ve televizyon kurumlarına bilgi veya demeç vermek bendi eklenmiştir.)

⁴⁷⁹ <http://www.idarehukuku.net/makale/Uyari-Ve-Kinama-Cezalarina-Karsi-Yargi> (E. T. 24. 01. 2017)

⁴⁸⁰ 657 Sayılı DMK (125.'inci md.'de (Değişik: 12/5/1982 - 2670/31 md.) C- Aylıktan Kesme cezasını gerektiren haller belirtilmiştir. “a) Kasıtlı olarak; verilen emir ve görevleri tam ve zamanında yapmamak, görev mahallinde kurumlarca belirlenen usul ve esasları yerine getirmemek, görevle ilgili resmi belge, araç ve gereçleri korumamak, bakımını yapmamak, hor kullanmak... ı) Hizmet içinde Devlet memurunun itibar ve güven duygusunu sarsacak nitelikte davranışlarda bulunmak...” 6111 Sayılı 13.02.2011 Tarihli Bazı Alacakların Yeniden Yapılandırılması ile Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası kanunu ve Diğer Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'un 111.'inci 657 sayılı Kanunun 125 inci maddesinin, (C) bendinin (g), (h) ve (j) alt bentleri yürürlükten kaldırılmış; (E) bendinin (a) alt bendinde yer alan “engelleme” ibaresi “kamu hizmetlerinin yürütülmesini engelleme” olarak, (f) alt bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiş, ikinci fıkrasında yer alan “sicilden” ibaresi “özlük dosyasından” ve üçüncü fıkrasında yer alan “iyi veya çok iyi derecede sicil alan” ibaresi “ödül veya başarı belgesi alan” olarak değiştirilmiştir.

yönü ağır basan disiplin cezası türüdür. Bu ceza ile memur maaşında maddi kayıplara uğramaktadır⁴⁸¹.

d. Kademe İlerlemesinin Durdurulması

Memurun hareketinin ağırlığına göre bulunduğu kademedan 1 veya 3 yıl ilerlemesinin durdurulmasıdır⁴⁸². Kademe ilerlemesinin durdurulması cezasında eğer memur öğrenim durumu itibarıyla en üst kademe ise bu ceza brüt aylığın 1/4'ü-1/2'sinin kesilmesi şeklinde uygulanmaktadır. Kademe ilerlemesinin durdurulması cezasını alan memur bölge ve il teşkilatlarının en üst yönetici kadrolarına, vali ve büyük elçi kadrolarına, denetleyici ve düzenleyici kurumların başkanlığına ve üyeliklerine, daire başkanlığı ve kadrolarına veya dengi daha üst kadrolara atanamamaktadırlar. Memur eğer sayılan bu görevde iken kademe ilerlemesinin durdurulması cezası almış ise memurun görevinden alınması gerekmektedir⁴⁸³.

e. Devlet Memurluğundan Çıkarma

Devlet memurluğuna dönmek üzere, memurun görevine son vermektir⁴⁸⁴. Verilen disiplin cezaları memurun özlük dosyasına işlenmektedir. Devlet memurluğundan çıkarma cezası haricinde, uyarma ve kınama cezası alan memur 5 yıl, aylıktan kesme ve kademe ilerlemesinin durdurulması cezası alan memur ise 10 yıl sonra verilen cezaların sicilinden silinmesini yetkili amirden isteyebilir. Bu

⁴⁸¹ <http://www.maliyeokulu> (E. T. 24. 01. 2017)

⁴⁷³ 657 Sayılı DMK (125.'inci md.'de (Değişik: 12/5/1982 - 2670/31 md.) D-Kademe İlerlemesinin Durdurulması cezasını gerektiren haller belirtilmiştir. “a) Göreve sarhoş gelmek, görev yerinde alkollü içki içmek... o) Herhangi bir siyasi parti yararına veya zararına fiilen faaliyette bulunmak.” 17.09.2004 Tarihli 5234 Sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'un 33.'üncü md. ile 14.7.1965 tarihli ve 657 sayılı Kanunun 125 inci maddesinin (D) bendinin (g) alt bendi, yürürlükten kaldırılmıştır

⁴⁸³ <https://memurunyeri.com> (E. T. 24. 01. 2017)

⁴⁸⁴ 657 Sayılı DMK (125.'inci md.'de (Değişik: 12.5.1982 - 2670/31 md.) E-Devlet Memurluğundan çıkartılmayı gerektiren haller belirtilmiştir. “a) İdeolojik veya siyasi amaçlarla kurumların huzur, sükun ve çalışma düzenini bozmak, boykot, işgal, kamu hizmetlerinin yürütülmesini engelleme, işi yavaşlatma ve grev gibi eylemlere katılmak veya bu amaçlarla toplu olarak göreve gelmemek, bunları tahrik ve teşvik etmek veya yardımda bulunmak... l) (Ek: 3/10/2016-KHK-676/75 md.) Terör örgütleriyle eylem birliği içerisinde olmak, bu örgütlere yardım etmek, kamu imkân ve kaynaklarını bu örgütleri desteklemeye yönelik kullanmak ya da kullandırmak, bu örgütlerin propagandasını yapmak.” (Değişik: 13/2/2011-6111/111 md.) Amirlerine, maiyetindekilere ve iş sahiplerine fiili tecavüzde bulunmak ve 657 sayılı Kanunun 125 inci maddesinin birinci fıkrasının (E) bendine aşağıdaki alt bent eklenmiştir:“l) Terör örgütleriyle eylem birliği içerisinde olmak, bu örgütlere yardım etmek, kamu imkân ve kaynaklarını bu örgütleri desteklemeye yönelik kullanmak ya da kullandırmak, bu örgütlerin propagandasını yapmak” şeklinde düzenleme yapılmıştır.

süreler içerisinde memurun isteği haklı bulunursa, karar özlük dosyasına işlenir. Memur Disiplin kuruluna uyarma, kınama, aylıktan kesme ve kademe ilerlemesinin durdurulması cezasına itiraz etmek için başvurabilir.

Verilen bu cezalara itiraz süresi kararın tebliğinden itibaren 7 gün olup, bu süre içinde itiraz etmeyen memurun cezası kesinleşmiş olur. İtiraz makamları, itiraz dilekçesi ile birlikte karar ve eklerinin kendilerine intikalinden itibaren otuz gün içinde kararlarını vermek zorundadır. İtiraz kabul edilirse, disiplin amirinin kararı gözden geçirilerek ya ceza hafifletilir ya da ceza kaldırılır. Disiplin cezalarına karşı idari yargı yolu açıktır, memurlar dava açabilir. Belirtildiği üzere sorumluluklarını yerine getirmeyen memura uygulanacak olan disiplin cezaları ve uygulanan prosedür son derece açıktır. Memurlar mevzuata uymak zorundadırlar, mevzuatı bilmemek mazeret olarak kabul edilemez.

2. Hekimin Defansif Tıp Uygulamalarından Doğan Disiplin Sorumluluğu

Defansif tıp uygulamaları sebebiyle tıbbi işlemlerden dolayı kamu hastanesinde zarar gören hasta, zararının tazminini idareden isteyebilmektedir. Aynı zamanda hekimin bilgi, dikkat ve özen eksikliğinden ötürü hastaya vermiş olduğu zararlar vekâlet sözleşmesine dayandırılarak hekimin sorumlu tutulacağı ve davaların doğrudan hekime yöneltilebileceği 2001-2007 arasında çıkan Yargıtay Genel Hukuk Kararlarında görülmektedir⁴⁸⁵.

Defansif tıp uygulaması sonucu hastayı zarara uğratan hekim, kamu hastanesinde görev yapıyor ise devlet memuru statüsünde olmasından ötürü disiplin sorumluluklarıyla karşılaşmaktadır. Ancak memur hekim hakkında soruşturma açılabilmesi için görev yaptığı kurumun soruşturma izni vermesi gerekmektedir. Hekimin defansif tıp uygulamaları sonucu hasta, kamu hastanesinde zarar görmüş ise zararının tazmini için idareye karşı idari mahkemeye dava açmaktadır.

Hekim Tıp fakültesi hastanesinde görev yapıyor ise DMK kaynak gösterilerek 2547 Sayılı Yüksek Öğretim Kanunundaki⁴⁸⁶ düzenlemelerle disipline yönelik yaptırımlar uygulanmakla beraber; kamu hastanesinde görev yapan hekimin defansif

⁴⁸⁵ YILMAZ, POLAT, KOCAMAZ, “Defansif Tıp Uygulamalarının Hukuksal Açısından İncelenmesi”, s. 44.

⁴⁸⁶ 06 Kasım 1981/ RG 17506

tıp uygulamaları sonucu zarara uğrattığı hasta için Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun'un⁴⁸⁷ 2.'nci md.'de ki düzenlemelere göre soruşturma yapılabilmektedir. Aynı zamanda defansif tıp uygulamalarıyla hastayı zarara uğratan ve bu zararın giderilmesi için tazminat ödemek durumunda kalan kamu hastanesinin ödediği tazminata ilişkin hekime rücu hakkı doğmaktadır.

Kamu hizmetlerinin aksamaması amacıyla devlet memurlarına verilen güvenceye dayanarak kamu kurumu hekimi sorumluluktan kaçamaz. Kusurlu bulunan hekimin gerek hukuki, gerek cezai, gerek disiplin gerekse mesleki sorumluluğu söz konusudur. Diyelim ki; negatif defansif tıp uygulamalarından sayılan, komplikasyon riski yüksek tıbbi işlemde hekimin kaçınması sonucu hasta zarara uğramış ise veya hastane ve hekim yeterli donanıma sahip iken hasta gerekmesizin başka hastaneye sevk edilen bir hasta zarara uğramış⁴⁸⁸ ise zararın tazmin edilmesi amacıyla BK'nun 41.'inci md. ve 49.'uncu md., HHY'nin 14.'üncü md.'ne dayanarak tıbbi özen yükümlülüğüne uymama kaynak gösterilerek TCK 83.'üncü md., 85.'inci md., 89.'uncu md.'de belirtilen cezai yaptırımlar hekime uygulanabilmektedir. Aynı zamanda memur hekim defansif tıp uygulamalarıyla hastasını zarara uğratmış ise 657 Sayılı DMK'da belirtilen 125.'inci md.'de belirtilen disiplin cezalarıyla karşılaşmaktadır.

Pozitif defansif tıp uygulamaları ve negatif defansif tıp uygulamalarıyla ilgili örnekleri çoğaltmak mümkündür. Üzerinde durulması gereken nokta her iki defansif tıp uygulamalarından hastanın zarar görmesi dolayısıyla hekimin tıbbi gereklilikler dışında müdahale etmesi ve gerekli özen ve yükümlülüğü göstermemesi söz konusudur. Hekim defansif tıp uygulamalarıyla, tıbbi standartların dışına çıkarak komplikasyon riskini arttırmakta ve malpraktise zemin hazırlamaktadır.

⁴⁸⁷ 04 Aralık 1999/ RG23896

⁴⁸⁸ "...Dava, ...asistan doktor olarak görev yapan davacının 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununun 125/C-(a) maddesi uyarınca 1/8 oranında aylıktan kesme cezasıyla cezalandırılmasına ilişkin işlemin iptali ile işlem nedeniyle yoksun kalınan parasal haklarının yasal faiziyle birlikte ödenmesine karar verilmesi istemiyle açılmıştır... Hastanesin de asistan doktor olarak görev yapan davacı hakkında, hayati tehlike taşıyan bir hastanın... Hastanesin de mevcut tıbbi-teknik imkânlar ile tedavisi mümkün olmasına rağmen hastayı gereksiz yere dış merkeze sevk ettiği iddiaları ile ilgili başlatılan soruşturma sonucunda dava konusu disiplin cezasına ilişkin işlemin tesis edildiği, bu işlemin iptali istemiyle bakılan davanın açıldığı anlaşılmaktadır... Sonuç olarak, davacı hakkında yürütülen soruşturma kapsamında incelenen ve dava konusu işleme gerekçe yapılan iddialara ilişkin olarak davacının disiplin cezasıyla cezalandırılmasını gerektirecek nitelikte bir fiilin tespit edilemediği..." Danıştay 12.Daire Başkanlığı 30. 03. 2016 tarihli 2015/5174 E. , 2016/1743 K. (<http://emsal.danistay.gov.tr> E. T. 19. 01. 2017)

D. Hekimin Mesleki Sorumluluğu

Sağlık hizmeti, kamu hizmetidir ancak özel sağlık kuruluşunda çalışan hekimler devlet memuru olmadıkları için DMK'daki yaptırımlar özel sağlık kuruluşunda görev yapan hekimlere uygulanmamaktadır. Hekimler yükümlülüklerini yerine getirmediği takdirde bağlı bulundukları meslek odası yani TTB tarafından belirlenen mesleki cezalarla karşılaşmaktadırlar.

Hekimler, tıbbi uygulamalardan kaynaklanan kusurlu eylemlerden sorumlu olduğu kadar mesleki alandaki bütün davranışlarından da sorumludur. Meslektaşları ve hastalarıyla ilişkileri de hekimlere sorumluluk yüklemektedir, kimi zaman hekimlik davranışı dışındaki davranışları bile meslek ve etik ilkeler açısından sorumluluk doğurabilmektedir⁴⁸⁹. Hekimler, gerek kayıtlı oldukları meslek odaları gerekse çalıştıkları kamu hastaneleri tarafından, hukuka aykırı, tıp etiği ile bağdaşmayan veya çalıştığı kurumun prosedürlerine aykırı hareket ettiklerinde bir takım yaptırımlara maruz kalırlar.

1. Mesleki Cezalar

Sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmak, sağlık kurumlarının işleyişini sağlamak ve ekip çalışmasını devam ettirmek amacıyla hekimlere, mesleki yükümlülüklerini yerine getirmediği takdirde mesleki cezalar verilmektedir. Hekimlere uygulanacak bu cezalar Türk Tabipler Birliğinin Disiplin Yönetmeliği'ndeki⁴⁹⁰ düzenlemelere göre yapılmaktadır. TTB hekimlere verilecek cezaları Uyarma, Para Cezası, Geçici Olarak Meslekten Alıkoyma ve Oda Bölgesinde Çalışmanın Yasaklanması olmak üzere dört başlık altında uygulanmaktadır.

a. Uyarma Cezası

TTB tarafından Disiplin Yönetmeliği'ne uymayan hekimlere birtakım cezai yaptırımlar uygulanır. TTB Disiplin Yönetmeliğinde *Uyarma* başlığı⁴⁹¹ altında bu cezanın amacı ve hangi tutumlar karşılığında hekimlerin uyarma cezasıyla

⁴⁸⁹ TUĞCU, YORULMAZ, KOÇ, Sermet, "Hekim Sorumluluğu ve Tıbbi Malpraktis", s. 10

⁴⁹⁰ 28. 04. 2004/ RG 25446

⁴⁹¹ 3.'üncü md.'de "...e) Hasta haklarına saygı göstermemek f) Hasta kayıtlarını usulüne uygun olarak tutmamak, ..." Hekimin uyarı cezası almasını gerektiren hallerdir.

karşılaşılaacağı belirtilmiştir. Uyarma, hekimlere mesleklerini icra ederken ve meslektaşlarıyla ilişkilerinde onlara karşı davranışlarında daha itinalı olmaları yönünde yazılı bildirim yapılmasıdır.

b. Para Cezası

TTB Disiplin Yönetmeliği'nde yer alan para cezası; 6023 sayılı 31.01.1953 tarihli TTB Kanununun 39. md. (b)⁴⁹² bendine gönderme yaparak TTB Odasına ödenmesine dair verilen para cezalarını kapsamaktadır⁴⁹³.

TTB Disiplin yönetmeliğinin 29.'uncu md.'de belirtildiği üzere disiplin cezaları sicil dosyasına işlenmektedir. Uyarma ve para cezası tekrar etmemişse 2 yıl sonunda para cezası silinmektedir. Ancak aynı veya benzeri ceza alınması durumunda, ikinci verilen cezadan 4 yıl geçmeden ceza silinmemektedir.

c. Geçici olarak Meslekten Alıkoyma Cezası

TTB Disiplin Yönetmeliğinde yer alan hekimlerin meslek uygulamasını 15 günden 6 aya kadar durdurma cezasını oluşturmaktadır⁴⁹⁴. Bu cezayı alanlar T.C. sınırları içinde resmi veya özel herhangi kuruluştaki mesleğini yapamaz ve sağlık kuruluşu açamazlar.

Hekimler sayılan bu eylemde bulundukları takdirde meslek odası onur kuruluna sevk edilirler ve ilgili düzenlemelere göre yaptırımlar uygulanır. Mesleki sorumluluğunu, özellikle de hastalara karşı sorumluluğunu yerine getirmeyen

⁴⁹² Değişik: 23/3/2006 – 5477/6 md. (O yılki en yüksek yıllık üye aidatının üç katından az, beş katından fazla olmayan para cezası)

⁴⁹³ 4.'üncü md.'de “...s) Hastanın aydınlatılmış onamını usulüne uygun almaksızın tıbbi girişimde bulunmak, t) Sonuçta hastanın ölümüne, sakatlığına sebep olmayıp da sağlığının kısa süreli geçici bozulmasına yol açan tıbbi hata ve ihmalde bulunmak, ...” Hekimin para cezası almasını gerektiren hallerdir.

⁴⁹⁴ 5.'inci md.'de “...j) Muayene ve tedavi sırasında hastaların cinsiyet, ırk, milliyet, etnik köken, din ve mezhep, ahlaki ve siyasi düşünce, kişilik, ekonomik ve sosyal durumuna göre ayrıcalıklı uygulama yapmak k) Kendisine başvuran veya çalıştığı kuruma gelen acil hastaların gerekli tıbbi tedavi veya girişimlerini başlatmamak, yapmamak ya da ilgili kuruluşa sevkini geciktirmek veya yapmamak, p) Meslekte bilgi ve beceri yetersizliği, özen eksikliği, dikkatsizlik ve benzeri kusurlardan dolayı eksik ya da yanlış tanı ve tedavide bulunarak hastaya kalıcı zarar vermek t) Belirlenmiş tıbbi etik değerler ile Türk Tabipleri Birliği ve/veya Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından benimsenen uluslararası belgeler ve kurallar dışında davranışta bulunmak...” Hekimin geçici olarak meslekten alıkoyma cezası almasını gerektiren hallerdir.

hekimler, TTB'nin yanı sıra TCK'da belirtilen cezai uygulamalarla karşılaşmaktadırlar.

d . Oda Bölgesinde Çalışmanın Yasaklanması

TTB Disiplin Yönetmeliği'nin 6.'ncı md.'de de hekimin, bir oda bölgesinde üç defa mesleki uygulamadan geçici olarak alıkonulduğu takdirde, oda bölgesinde mesleki uygulamaları sürekli alıkonulmaktadır.

Hekim, oda bölgesinde mesleki uygulamalarında üç defa meslekten geçici süre ile alıkonulma cezası verilecek bir durum saptandığı takdirde, Oda bölgesinden çalışmaktan sürekli alıkonulur. Merkez Konseyi tarafından hekime verilen bu ceza, tabip odalarının hepsine bildirilir. TTB'nin Disiplin Yönetmeliği'nin, hekimlik mesleğinin toplumsal özelliğe sahip olmasından ve bazı hekimlerin mesleğin itibarını sarsan davranışlarda bulunmalarını engellemek amacıyla yürürlüğe konulduğu görülmektedir.

2. Hekimin Defansif Tıp Uygulamalarından Doğan Mesleki Sorumluluğu

Haksız fiil, kusur, zarar, nedensellik bağı unsurlarının bir araya gelmesiyle hasta zarara uğrar ve hekime sorumluluklar yüklenir. Defansif tıp uygulamaları sonucu hekimler, hukuki ve cezai yaptırımların yanı sıra mesleki yaptırımlarla da karşılaşmaktadır. Hekimin defansif tıp uygulamaları sonucunda hukuki ve cezai sorumluluklara maruz bırakan bütün düzenlemeler, mesleki sorumluluk düzenlemeleri içinde geçerlidir. Hekimin, hasta haklarına saygı göstermemesi, aydınlatılmış onam için alınan rıza uygulamalarındaki aykırılıklar mesleki sorumluluğu doğurmaktadır.

Hekimlerde defansif tıp uygulamalarında hem tıp etiği ilkelerine aykırı davranmış hem de hukuk sınırına çıkmış olmaktadır. Sözelimi, hastaya gereksiz yere endoskopi yapılması sonucu hastanın sağlığında kısa süreliğine bozulma olmuş ise TTB'nin Disiplin Yönetmeliği'ne göre hekime para cezası verilmesi söz konusu olabilmektedir. Hekimin negatif defansif tıp uygulamalarıyla özensizlik, kusur gibi unsurların söz konusu olmasına daha önce değinildiği gibi negatif defansif tıp uygulamalarıyla hastada kalıcı zararlar oluşması durumunda hekim, TTB'nin Disiplin

Yönetmeliği'ndeki geçici olarak meslekten men cezasıyla karşılaşmaktadır⁴⁹⁵. Bunun gibi örnekleri çoğaltmak mümkündür.

Uygulanan defansif tıp, hastanın zarar görmesine sebep olabilmektedir ve hekimler için uygulanan mesleki sorumluluk yaptırımları iç hukukumuzdaki diğer düzenlemelere uygun olacak şekilde düzenlenmiştir. Hekimin mesleki sorumluluğu Anayasanın 17.'nci md., Biyotıp Sözleşmesi'nin 5.'inci md., TCK'da belirlenen 83.'üncü md., 85.'inci md. ve 89.'uncu md. ile birlikte TDN'nin 14.'üncü md'si. ve HHY'nin 22. md.'si ve 23.'üncü md.'si belli başlı hukuki dayanaklar olarak gösterilebilmektedir. Hekimin sayılan bu maddelere aykırı davranması sonucunda Uyarı, Para, Geçici Olarak Meslekten Alıkoyma ve Oda Bölgesinde çalışmanın yasaklanması cezaları uygulanmaktadır.

⁴⁹⁵ “Özel bir tıp merkezinde gerçekleşen bir doğum sonrasında ,kan uyuşmazlığı olan bebek izlenmeksizin ve gerekli tetkik ve müdahaleleri yaptırılmaksızın taburcu edilerek eve gönderilmesi ve çocuğunun beyinde hasar meydana gelmesi üzerine bebeğin ailesi tarafından şikayetçi olunmuştur.İstanbul Tabip Odası tarafından hekim hakkında soruşturma başlatılmıştır.

Rh uyuşmazlığı olduğu bilinen yeni doğanın 36 saat gözetim altına alınması ve taburcu edilirken de kan uyuşmazlığı ile ilgili testler yapılması tıbbi bir zorunluluk olduğu halde Dr. E.C'nin bu zorunlulukları yerine getirmeyerek hastasını taburcu ettiği, bebeğin kan değerlerinin bozulmasında ve kalıcı harabiyet ortaya çıkmasında, erken taburcu etmenin ve taburcu ederken hiçbir işleme tabi tutmamanın temel bir etken olduğu, bu fiili ile Dr. E.C'nin Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 14/1 maddesini ihlal ettiği gerekçesiyle TTB Disiplin yönetmeliği'nin 5/p maddesi uyarınca 1 ay süreyle geçici olarak meslekten men cezasıyla cezalandırılmasına karar verilmiştir.”(<http://www.stetuskop.com> E. T. 18. 01. 2017)

SONUÇ

Yeryüzünde en yüce değer yaşamdır. İnsanlık tarihiyle başlayan hekimliğin ilk çağlarda din adamları tarafından yapılması ve hekimler için “*beyaz önlüklü tanrılar*” yüceltmesinin altında yaşamın kutsallığı yatmaktadır. Yaşamın kaliteli olması için sağlıklı olmak gerekmektedir. Yaşamla sağlığın içiçe geçmesi, sağlığın en önemli uygulayıcısı olan hekimlere büyük sorumluluklar yüklemiştir. Hekim ve hasta arasında bilgi asimetrisi olması, hastayı hekim karşısında zayıf duruma düşürmektedir. Amacı bozulan insan sağlığını düzeltmek olan tıp bilimine ve hekimin, hastaya karşı kudretli durumunu kendi çıkarı için kullanmaması gayesiyle değerler yüklenmiştir. Tıp etiği, tıbbi uygulamalarda hasta için iyi-kötü değerlerini ortaya koymakta ve etik iklimlerde hekime rehberlik etmektedir.

Tıp etiği, modern tıbbın ve değişen sistemin dayattığı taleplerle, sır saklama, dürüstlük, aydınlatılmış onam, mahremiyet hakkı, saygı gibi yeni ilkeler eklenmesine rağmen, en temel ilke olan zarar vermeme, yarar sağlama, adalet ve özerkliğe saygı olmak üzere dört başlık altında sınıflandırılmıştır. Bilinen ve en eski ilke zarar vermeme ilkesidir. İlkçağlardan beri öncelikle zarar vermeme temel prensip olarak kabul edilmiştir. Tıp biliminin, çalışma alanı insan bedeni olduğu için hekimler tıbbi uygulamalarında gerekli itinaı göstermedikleri takdirde, hastanın bulunduğu durumdan daha kötü bir duruma düşürülmemesi düşüncesi, zarar vermeme ilkesinin çıkış kaynağıdır. 20. yy ekonomik, siyasal, bilimsel, hukuksal değişimlerin yaşandığı, toplumların büyük travmalar geçirdiği ve sağlık alanında olumlu değişimlerin yanında, yapısal çarpıklığın ve sistemsal problemlerin ortaya çıkması, geçmiş yüzyıllara göre tıp etiğinin yardımına daha çok ihtiyaç duyulmasını sağlamıştır.

II. Dünya Savaşı’ndan sonra Evrensel İnsan Hakları Bildirgesi yayınlanarak; yaşam hakkının en değerli hak olduğu bu nedenle de sağlık hakkıyla desteklenmesi gerektiği, bireylerin sağlıklarını sürdürmeyi, sağlıklarını korumayı, hastalandıkların da tedavi edilmeyi isteme hakkına sahip olmaları, sağlık hakkı olmadan diğer hakların da kullanılamayacağı görüşüyle, sağlık hakkı insan hakları bağlamında düşünülmüş ve pozitif hukukta yerini almıştır. Çağdaş devletler, anayasalarını insan hakları ve bu hakların uzantıları doğrultusunda düzenlemişlerdir.

1970’lerde ekonomik sistemde sosyal devlet ilkesi arka plana atılmaya, sağlık ve eğitim gibi temel hakların piyasa tarafından sunulacağı, devletin ise sadece

denetleme işlevi olacağı, temel alınan, neoliberal politikalar eyleme geçirilmiştir. Ülkemizde bu rüzgârdan etkilenmiş, kanunlarda bu doğrultuda oluşturmaya başlamış, bu yapılanmada 1987’de kabul edilen *Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu* dönüm noktası olmuştur. Neoliberal politikalar özellikle sağlık alanında, çözümlenmesi güç sorunlara yol açmış; temel ilkelerin aşınmasına, insanlar arasında adaletsiz hizmet alımına her şeyden önemlisi hekimle hasta arasındaki güven ilişkisinin zedelenmesine sebep olmuştur. Belki de en önemlisi, ABD’nin yıllardır çözmeye çalıştığı fakat çözemediği, büyük ekonomik külfete neden olan ve tıbbi etikleri rafa kaldıran, hekimler arasında yaygın olan “*defansif tıp uygulamalarını*” doğurmuş olmasıdır.

Defansif tıp uygulaması hekimlerin, hasta ve hasta yakınları tarafından olası açılacak davalardan, yüksek sigorta primlerinden, tazminat yükümlülüğünden, yönetimden gelebilecek soruşturma veya disiplin yaptırımlarından ve bu tarz eleştirilerden korunmak için tıbbi uygulamalardan çekinmek kısacası hekimin ideal hekimlik davranışından sapmasıdır. Masum görülen hatta faydalı bir uygulama olduğu iddia edilen pozitif defansif tıp uygulamasında hastaya faydası olmayan veya tetkiklerin abartılması sonucu hasta zarara uğrayabilmektedir, bu durumun tıp etiği ilkesinin “*primum non nocere*” zarar vermeme ilkesine tamamen zıt olduğu görülmektedir. Negatif defansif tıpta ise hekimin, komplikasyon olasılığı yüksek hastadan, dava açılacak hastalardan ya da hasta yakınlarından, riskli tıbbi girişimlerden vb. kaçması durumudur. Bu davranış şeklinde, hekimin sorumluluklarından kaçması durumu söz konusu olmakta ve pozitif defansif uygulamalarına gösterilen müsamaha gösterilmemektedir. Negatif defansif tıp uygulamaları sonucunda hekimlerin; hukuki, cezai, mesleki ve disiplin sorumlulukları doğabilmekte ve hekimler bir takım yaptırımlarla karşı karşıya kalabilmektedirler.

Ülkemizde defansif tıp uygulaması son yıllarda gündeme gelmeye ve araştırmalar yapılmaya başlanmıştır. Bu durumun 2003’de uygulamaya konulan SDP ile yakın ilişkisi vardır. Çünkü bu programla neoliberalizmin sert tavrı kendini göstermiş ve sağlık hizmetlerinde özelleştirme mantığı yürütülmüştür. SDP’ye yöneltilen eleştiriler ABD örneğinden yola çıkılarak ve bilimsel verilere dayanılarak yapılmıştır. SDP’nin ayaklarından biri olan PDEÖ sistemi ile bir nevi hekimler gelirlerini koruma altına almakta ve gelirlerini arttırmak için gereksiz yere girişimsel işlemlerde bulunabilmektedirler. Sevk sisteminin oturtulmaması nedeniyle hastalar birinci basamağı sağlık kuruluşu olarak görmemekte ikinci ve üçüncü basamak sağlık

kurumlarına yönelmektedir bu durum ileri tanı ve hastalıkların tedavisi için zaman ve ekonomik kayba yol açmakta ve özellikle pozitif defansif tıp uygulamalarını tetiklemektedir. Tam gün yasası ile asistanlar yeterli düzeyde eğitim alamadıkları için bilgi ve pratik eğitimleri alt seviyede kalmakta, asistan hekimlerin yetersiz donanımına sahip olmaları ve tereddütte kaldıkları durumda destek alabilecekleri öğretim üyesi bulamamaları nedeniyle, hastadan çekinmektedirler. Mesleki sorumluluk sigortası ve 2005’de yürürlüğe giren 5237 Sayılı TCK’da Hayata ve Vücut Bütünlüğüne Karşı İşlenen Suçlar başlığı altındaki maddelerin ağırlaştırılması gibi nedenler defansif tıp uygulamalarını körüklemiştir.

Sağlığın özelleşmesiyle, defansif tıp uygulamaları zincirleme olarak birbirine bağlı olmakta ve bir kısır döngü şeklinde kendini göstermektedir. Ancak SDP’nin olumsuz yansımalarının yanında hasta açısından olumlu etkileri de mevcuttur. Farklı sağlık kurumlarının GSS adı altında tek çatı altında birleştirilmesiyle hastaların, kamu sağlık kuruluşlarından eşit düzeyde hizmet alınması sağlanmış, aile hekimliğiyle gebe takipleri ve aşılama oranları artmış, şikâyet ve öneriler için iletişim hatları kurulmuş, ameliyathane için bekleme süreleri kısalmış, mahrumiyet bölgelerinde sağlık personeli sayısı artmış kısacası; SDP ile tıkanan sağlık sistemi aralanmış, hastaların konforu artmış, hekimlere ulaşılması ve hastaların ilaçlarını temin etmeleri kolaylaşmıştır. Bu durum hasta açısından son derece memnuniyet vericidir fakat göz ardı edilen, sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmesi ve yapılan tıbbi işlemlerin niteliklerinden ziyade, sayısal verilerle ölçülür olması son derece kaygı vericidir.

Yapılan araştırmalarda, defansif tıp uygulamasının hukuki ve mali yönü öne çıkarılmıştır. Hâlbuki hukuki ve ekonomik boyutu kadar etik ve sistem boyutu da vardır. Defansif tıp uygulamalarının; hekimlerin, etik değerlerinin zayıflığından kaynaklandığı, sorunun temeline hekimlerin oturtulduğu, sistemin bütün çarpıklığının ve acısının hekimlerden çıkarılmaya çalışıldığı bir anlayış hekimlere yapılan büyük bir haksızlıktır. Sağlık hizmetlerinin metalaşması, sistemi iyice adaletsizleştirmekte ve hekimleri etik dışı eylemlerde bulunmaya ve defansif tavır sergilemeye itmektedir. Sistemsel sorunların, sadece hekimlerin etik davranışlarıyla çözülebileceğini ileri sürmek yanılsamadan başka bir şey değildir. Aslında bu sorunun hasta kadar hekimlerde mağdurdur.

Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının vicdan ve ahlâki değerlerini içselleştirmesini sağlayan tıp etiği, hastanın maddi ve manevi bütünlüğünü koruma amacı taşıması nedeniyle hukukla yakın ilişkilidir. Çünkü tıp etiği hukuk kurallarının oluşmasına zemin hazırlamakta, hekimlerle birlikte diğer sağlık çalışanlarının vicdan ve ahlâki değerlerin dışına çıkmaları durumunda hukuk devreye girmektedir. Hukuk kuralları hastanın maddi ve manevi bütünlüğünü koruyarak tıp etiğiyle aynı amacı paylaşmaktadır. Tıp etiği ilkeleri göz ardı edildiğinde sağlık hakkı zedelenmekte ve hasta zarar görmektedir. Zararın giderilmesi de ancak yaptırımlarla sağlanabilmektedir. Bu nedenledir ki Biyotıp Sözleşmesi, TDN ve HHY yürürlükte olan hukuki düzenlemeler olduğu kadar etik ilkeleri barındıran bildiri niteliği de taşımaktadır. Oluşturulan hukuki metinlerin temelinde tıp etiğinin temel ilkeleri olan zarar vermeme, yarar sağlama, adalet ve özerklik ilkesinin yanı sıra sır saklama, mahremiyet gibi etik ilkelere uygun davranılmadığı takdirde uygulanacak yaptırımlar yer almaktadır. Hukuk etik ilkelere uygun hareket etmeyi zorunlu kılar çünkü etik değerler ihlal edildiği zaman bireyler zarar görmektedir ve hukukun temel anlayışı zayıf olanı korumaktır. Çünkü bireylerin haklarının korunması ve zararının giderilmesi ancak hukuk gücüyle sağlanabilmektedir. Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının etik ilkelere uygun hareket etmelerini sağlayan, bireylerin zarar görmesini engelleyen ve toplumsal düzeni sağlayan yegâne güç hukuktur bu nedenle hukukun üstünlüğü prensibi son derece önemlidir.

Defansif tıp uygulamasını önlemek, genel geçer uygulamalarla ya da eğitim projeleri, seminerler, kurslar gibi geçici çözümlerle mümkün değildir. Sağlık sisteminin yapısal olarak ele alınıp düzenlemeye gidilmesi, ticari yarar değil, kamu yararı gözetilerek sosyalizasyon politikaları uygulanması, devletin sadece denetleme görevinde değil aktif olarak sağlık eğitimi ve hizmeti sunumunda rol alması gerekmektedir. İhtiyaca göre sağlık kurumlarının sayısı artırılmalı ve sağlık hizmetlerinin kalitesi yükseltilmelidir. Tıp mesleğinde suiistimallerin önüne geçmek ve hasta mağduriyetlerini engellemek için de, etkin bir tıbbi malpraktis yasası ve bilirkişilik kurumu oluşturulmakla beraber sağlıkla ilgili davalara bakan mahkemelerin kurulması gerekmektedir. Evrensel hukuk düzleminde ve etik değerler temel alınarak oluşturulan sağlık sistemlerinde, ortaya çıkan veya çıkma ihtimali olan sorunların minimum düzeyde olacağı öngörülmektedir.

KAYNAKÇA

ABAY, Ece Şükriye, “Tıp Fakültesi İyi Hekimlik Uygulamalarını, Yürüten Eğitimcilerin Gözüyle Etik Eğitimi”, (Hacettepe Üniversitesi Örneği), *Türkiye Biyoetik Dergisi*, Ankara 2014, S.4, (s. 206-214)

ADIVAR, Adnan, *Tarih Boyunca İlim ve Din*, İstanbul, Remzi Kitabevi, 2. Baskı, 1969.

ADIGÜZEL, Sibel, “Hekimin Aydınlatma Yükümlülüğü”, *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, Ankara 2014, S.19, (s. 943-995)

AKARSU, Bedia, *Çağdaş Felsefe*, Ankara, İnkılâp Kitabevi, 2. Baskı, 1987.

AKDAĞ, Recep, *İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ağustos, 2008.

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011), Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Aralık 2012.

AKDOĞAN, Habip, “Muhasebe Meslek Etiğinde Teleolojik ve Deontolojik Yaklaşımların Karşılaştırılmaları”, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Isparta, S.1, 2005, (s.297-300)

AKDUR, Recep, *Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Uyum*, Ankara Üniversitesi Basımevi, 2. Baskı, ATAUM Araştırma Dizisi no:25, 2006.

AKGÜL, Aydın, “İdarenin Sağlık Hizmetlerinden Doğan Tazmin Sorumluluğu ve Danıştay'ın Yeni Yaklaşımı”, *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, Ankara 2016, S. 1, (s. 269-302)

AKINCI, Seda B., vd., “Anesteziyologlarda Defansif Tıp Uygulamalarının Araştırılması”, *Anestezi Dergisi*, Ankara, 2013, S.3, (s. 151-156)

AKINCI, Şahin, *Borçlar Hukuku Bilgisi Genel Hükümler*, Konya, Sayram Basım, 7. Baskı, 2013.

AKYILDIZ, Murat, “Sosyal Sorumluluk ve Ahlaki Yaklaşımlar Çerçevesinde Pazarlamanın Sürdürülebilir Gelişmedeki Rolü”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, İzmir 2007, S. 1, (s. 18-43)

AKYILMAZ, Bahtiyar, “Kamu Zararı ve Kamu Zararında Rücu”, *İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası*, İstanbul 2011, S. 1-2, (s. 61-78)

ALKANAT, Murat B, “Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk”, *Sted*, İstanbul 2002, S. 5, (s. 177-180)

ALTAY, Şakir, *Hukuk ve Sosyal Bilimler Sözlüğü*, Ankara, Bilgi Yayınevi, 1. Baskı, 1983.

ALTUN, Gürcan ve **YORULMAZ**, Abdullah Coşkun, “Yasal Değişiklikler Sonrası Hekim Sorumluluğu ve Malpraktis”, *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, Edirne 2010, S. 1, (s. 7-12)

APAYDIN, Cengiz, “Taksirle Yaralama Suçu”, *Ankara Barosu Dergisi*, Ankara Ocak 2011, S.69, (s. 59-114)

ARDA, Berna ve Serap Şahinoğlu **PELİN**, “Tıbbi Etik: Tanımı, İçeriği, Yöntemi ve Başlıca Konuları”, *Ankara Tıp Mecmuası*, Ankara, 1995, (s.323-336)

ARDA, Berna, “Atatürk Türkiye’inde İlk Tıp Fakültesinin Kuruluşu: Ankara Tıp Fakültesi”, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, Ankara 1996, S. 1, (s. 1-6)

“İş Ahlakı Açısından Tıp: Neredeyiz? Neredeyiz Gidiyoruz?”, *Üniversite ve Toplum Dergisi*, S. 1, 2003, (s.1-4) (www.universite-toplum.org E. T. 21. 12. 2015)

Tıp Etiği Eğitimi, Çağdaş Tıp Etiği, Der. Ayşegül Demirhan Erdemir, Öztan Öncel ve Şahin Aksoy, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2003, (s.17-25)

ARIKAN, Mustafa ve Arkadaşları, “Tıp Hukukunda Olgularla Malpraktis-Komplikasyon Ayrımı: Tıp Fakültesi ve Hukuk Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Konuya Bakış Açısı, Sorunlar ve Çözüm Önerileri” , *Türk Nöroşir Dergisi*, 2016, S.1, (s. 40-48) (norosirurji.dergisi.org E. Tarihi 20. 03. 2016)

ARISOY, Yücel, “Sağlık Çalışanlarının Hukuki Sorumlulukları”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, S. 4, 2009, (s.183-187) (www.deuhyoedergi.org E. T. 17. 01. 2015)

ARSLAN, Ahmet, *Felsefeye Giriş*, Ankara, Adres Yayınları, 21. Baskı, 2014.

ARSLANOĞLU, İlknur, *Tıp Budur! Akıl Giren Bedene Doktor Girmez*, İstanbul, İthaki Yayınları, 1. Baskı, 2014.

ARTUK, M. Emin, **GÖKCEN**, Ahmet ve **YENİDÜNYA**, Caner, *Ceza Hukuku Özel Hükümler*, Ankara, Adalet Yayınları, 15. Baskı, 2015.

ATAMER, Yeşim M., *Haksız Fiillerden Doğan Sorumluluğun Sınırlandırılması*, İstanbul, Beta Yayınları, 1996.

ATICI, Elif, *Erişkin Lösemili Hastalarda Hasta-Hekim İlişkisinin Tıp Etiği Açısından İncelenmesi*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bursa, 2005.

“Hasta-Hekim İlişkisini Etkileyen Unsurlar”, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, Bursa 2007, S. 2, (s. 91-96)

“Hasta- Hekim İlişkisi Kavramı”, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, Bursa, S.1, 2007, (s.45-50)

AYAN, Mehmet, *Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk*, İstanbul, Kazancı Hukuk Yayınları, 1991.

AYDAŞ, Selma, *Hekimlerde Malpraktis Kaynaklı Defansif Tıp Davranışları*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2014.

AYDIN, Erdem ve **ERSOY** Nermin, “Tıbbi Etik Adalet İlkesi”, *Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, Ankara, 1994, S.2, (s. 61-63)

“Tıp Etiği İlkeleri”, *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuk-Tarihi Dergisi*, Ankara, S. 2, 1995, (s. 48-52)

AYDIN, Erdem, *Tıp Etiğine Giriş*, Ankara, PegemA Yayınevi, 1. Baskı, 2001

“Tıp Etiğinde Hasta Özerkliğine Saygı İlkesi”, *Erciyes Tıp Dergisi*, Kayseri, S. 2, 2003, (s.92-97)

“Tarihsel ve Güncel Yönden Tıp” *Erdem Atatürk Kültür Merkezi Dergisi*, Ankara, Eylül 2005, S. 44, (s. 82-101)

AYDIN Sabahattin, “Sağlıkta Performans Yönetimi Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi”, *T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları*, Ankara, 2006, (s. 11-52)

AYNACI, Yusuf, *Hekimlerde Defansif (Defansif) Tıp Uygulamalarının Araştırılması*, (Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi), Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Konya, 2008.

BADIÖU, Alain, *Etik*, Çev. Tuncay Birkan, İstanbul, Metis Yayınları, 1. Baskı, 2004.

BALBAY, Ege Güleç, vd., “Bilgisayarlı Toraks Tomografisini Gereğinden Fazla mı İstiyoruz?”, *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayın Organı*, Bolu 2015, S. 1, (s. 6-10)

BALTA, Ecehan, “Herkes İçin Sağlıktan Paran Kadar Sağlığa: Türkiye’de Sağlık Politikalarının Neoliberal Dönüşümü”, *Praksis*, Ankara, 2013, S. 30-31, (s. 149-166)

BAŞAĞAOĞLU, İbrahim, “Hekimin Hukuki Sorumluluğu”, *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, Edirne 1994, S. 1, 2, 3, (s. 389-392)

BAŞER, Aysel, vd., “Diş Hekimlerinin Defansif Diş Hekimliği Konusundaki Görüşleri: Kesitsel Bir Çalışma” , *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, İzmir, S. 2, 2014, (s.103-109)

BAŞKAN, Semih, “2000’li Yılların Eşiğinde Türk Tıp Eğitimi, Ankara Üniversitesi”, *Tıp Fakültesi Mecmuası*, Ankara 1997, S. 1, (s. 7-18)

BAŞKAN, Neslihan Atebetü’l- *Hakayık Bağlamında Ahlak Kavramı ve Tıp etiği*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, 2013.

BAYAR, Özge, *Halkla İlişkiler ve Etik*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2006.

BAYAT, Ali Haydar, *Tıp Tarihi*, İstanbul, Merkez Efendi Geleneksel Tıp Derneği Yayınları, 1. Baskı, 2010.

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

BAYRAM, Yılmaz, *John Stuart Mill’de İfade Özgürlüğü ve Siyasi Sistem Tartışması*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2013.

BİLGE, Necip, *Hukuk Başlangıcı*, Ankara, Turhan Yayınları, 31. Baskı, 2013.

BİLGEL, Nazan, “Hasta Hekim İletişiminde Etik”, ÜNVER, Yener, TAG, Brigitte, BUDAK, Ali Cem, ÖZİLHAN, Deniz, AYDIN, Bilge (Ed.), *Sağlık Alanında Etik ve Hukuk Uluslar arası Sempozyumu 17-19 Nisan 2008*, Yeditepe Üniversitesi, İstanbul.

BİLGİN, Lütfiye Gülay, *Kök Hücre Çalışmalarının Ortaya Çıkardığı Sorunlara Etik ve Teolojik Bir Yaklaşım*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2011.

BİRLER, Ömür, *Liberalizm, Siyaset Bilimi Kavramlar, İdeolojiler, Disiplinler Arası İlişkiler*, Hazırlayanlar: Gökhan Atılğan ve E. Atilla Aytekin, Yordam Kitap, İstanbul, 1. Baskı, 2012.

BİRTEK, Fatih, “Tıbbi Müdahaleler Açısından Komplikasyon-Malpraktis Ayırımı”, *İstanbul Barosu Dergisi*, İstanbul 2007, S. 1, (s. 1997-2006)

BOLAY, Süleyman Hayri, *Felsefeye Giriş*, Ankara, Akçağ Yayınları, 3. Baskı, 2004.

BOSTAN, Sedat, *Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri üzerinde Değişim Etkisi (Yönetici Perspektifi)*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon, 2009.

BOZDAĞ, Ahmet, “İdare Hukukunda İdarenin Hizmet Kusuru ve Danıştay Uygulaması”, *Türk İdare Dergisi*, Ankara Eylül 2010, S. 468, (s. 33-48)

BÜKEN, Nükhet Örnek ve **BÜKEN** Erhan, “Nedir şu Tıp Etiği Dedikleri?”, *Sted*, Ankara, S.1, 2002, (s. 17-20)

BÜKEN, Erhan, “Tıpta Uygulama Hataları ve engelleme Yolları”, *Uluslararası Türk- Amerikan Tıp Hukuku ve Etiği Sempozyumu*, GÜLSEREN, Burcu ve BÜYÜKTANIR, Özcan (Ed.), Ankara, Seçkin Yayıncılık, 1. Baskı, 2014, (s.185-191)

CAN, İsmail Özgür, **ÖZKARA** Erdem ve **CAN** Muhammed, “Yargıtay’da Karara Bağlanan Tıbbi Uygulama Hatası Dosyalarının Değerlendirilmesi”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, İzmir Mayıs 2011, S. 2, (s. 69-76)

CANBAZ, Sevgi, vd., “Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Kaygı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler”, *Genel Tıp Dergisi*, Konya 2007, C.17, S. 1, (s. 15-19)

CANBOLAT, Ferhat, “Kamu Hastanesinde Yapılan Tıbbi Müdahalede Hekimin Özel Hukuktan Doğan Sorumluluğunun Dayanağı”, *TBB Dergisi*, Ankara 2009, S. 80, (s. 168-181)

CEVAHİR, Egemen, *Türkiye’de Sağlık Sisteminin Dönüşümü: Toplumsal Yansıma Örnekleri*, İstanbul, Kibele Yayınları, 1.Baskı, 2016.

CEVİZCİ, Ahmet, *Felsefe Ansiklopedisi Cilt-5*, Ankara, Ebabil Yayınları, 2007.

Etiğe Giriş, , İstanbul, Paradigma Yayıncılık, 2. Baskı, 2008.

Felsefe, Bursa, Sentez Yayıncılık, 2.Baskı, 2008.

CİVANER, Murat, **YÜRÜR**, Kızılca, **PALA**, Kayıhan, “Sağlık Alanında Hizmet Kaynaklı Zarar; Hekimler Ne Diyor?”, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara, 1. Baskı, Haziran 2011.

ÇAĞLAR, İrem, “Joseph Raz’ ın Zarar İlkesi Yaklaşımı”, *Hukuk Felsefesi ve Sosyolojik Bakışlar V. Sempozyum*, İstanbul, İstanbul Barosu Yayınları, 2012, (s.7-14)

ÇAKIROĞLU, Maral Törenli, “Hekimin Borçlarından Özel Olarak Sır Saklama Borcu”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, İzmir 2010, S. 2, (s. 159-181)

ÇETİN, Gürsel, “Tıbbi Malpraktis, Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu”, *Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi Sempozyum Dizisi*, **YORULMAZ**, **Coşkun**, **ÇETİN**, **Gürsel** (Ed.), İstanbul, No: 48, 2006, (s. 31-42)

ÇITAK, Necati ve **ALTAŞ**, Özge, “Türkiye’de ki Göğüs Cerrahisi ve Kalp Damar Cerrahisi Uzmanlık Öğrencisi Gözü İle Tıpta Uzmanlık Eğitimi Veren

Kurumlardaki Durum”, *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, İstanbul 2012, S. 4, (s. 826-834)

ÇOBANOĞLU Nesrin, *Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği*, Ankara, Eflatun Yayınevi, 1. Baskı, 2009.

ÇOLAK, Ahmet, “Nörosirürjide Malpraktis”, *Türk Nörosirürji Dergisi*, 2002S.12, (s. 94-98) (norosirurji.dergisi.org18. 03. 2016)

ÇUHADAR, Serap ve **KÖSEOĞLU**, Mehmet “Sağlıkta Ekonomi Dönemi: Laboratuvarın Yeni Politikaları Ne Olmalı?”, *Türk Klinik Biyokimya Dergisi*, İzmir 2015, S. 1, (s. 35-42)

DEMİR, Mehmet, “Hekimin Sözleşmeden Doğan Sorumluluğu”, *AÜHFD*, Ankara, 2008, S. 3, (s. 225-252)

DEMİRÖREN, Meral, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Lisans Programında Tıp Etiği Eğitiminin Değerlendirilmesi*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2013

“Deontoloji”, *Büyük Larousse Sözlük ve Ansiklopedisi*, İstanbul, Gelişim Yayınları, 1986, C. 5,

DERYAL, Yahya, *Sağlık Hukuku Problemleri*, Ankara, Seçkin Yayınevi, 1. Baskı, 2012.

Bilirkişilik, Türk Hukukunda Ankara, Seçkin Yayınevi, 4. Baskı, 2012.

DOĞAN, Afife Elif, *İlköğretim Okulu Yöneticilerin Mesleki Etik İlkeleri Kapsamındaki Davranışlarının Öğretmen Algılarına Göre Değerlendirilmesi*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2008.

DOĞAN, Cahid, “İlaç Kullanımı Dolayısıyla Ortaya Çıkan Zararlardan Cezai Sorumluluk”, *II. Hukuk Kurultayı 7-8 Kasım 2008 Ankara*, Ankara, Ankara Barosu Yayınları, 2009, (s.411-462)

“Bilirkişiliğin Hukuksal Yapısı ve Tıbbi Bilirkişilik”, **HAKERİ**, Hakan, **DOĞAN**, Cahid (Ed.), *Uluslararası Sağlık Hukuku Sempozyumu 16-17 Ekim 2014 Lefkoşe*, Ankara, Türkiye Barolar Birliği Yayınları, 2015, (s. 391-496)

DURAL, Mustafa, “Hekimin Sorumluluğu ve Mesleki Sorumluluk Sigortası”, *Marmara Hukuk Fakültesi Dergisi*, İstanbul 2008, S. 4, (s. 153-156)

EKMEKÇİ, Perihan Elif Bor, *Tıp Etiği Açısından Sağlık Hakkı ve Romanlar Üzerine Bir Çalışma*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2014.

ELBEK, Osman, “Tıp ve Felsefe”, *Toraks Dergisi*, Ankara, S.2, 2007, (s. 130-133)

ELBEK, Osman ve **ADAŞ**, Emin Baki, “Sağlıkta Dönüşüm Eleştirel Bir Değerlendirme”, *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, Ankara 2009, S.b1, (s. 33-43)

“Şiddetin gölgesinde Hekimlik”, *Aydın Tabip Odası Yayınları*, Aydın, Mayıs 2012, (s.3-53)

EMİR, Murat, *Hukuki ve Etik Yönleriyle Biyotıp Araştırmalarında Biyobankalar*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2013.

ERBAY, Hasan, *Hastane Öncesi Acil Tıpta Hastanın Müdahaleyi Reddetmesi: Kuramsal Değerlendirme ve Bir Alan Çalışması*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, 2012.

ERÇELTİK, Erman, *Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki Sorumluluğu*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2011.

ERDEMİR, Ayşegül Demirhan, “Etik, Tıp Etiği İlkeleri ve Hasta- Hekim İlişkilerinde Etiğin Yeri”, *Erdem Atatürk Kültür Merkezi Dergisi*, Ankara Eylül 2005, S. 44, (s.27-72)

ERDOĞAN, İrfan, “Medya ve Etik: Eleştirel Bir Giriş”, *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*, Ankara Yaz-Güz 2006, S.23, (s. 1-26)

EREN, Fikret, *Borçlar Hukuku Genel Hükümler*, Ankara, Yetkin Yayınları, 19. Baskı, 2015.

ERGUN, Cem ve **ERGUN**, Ayşe Dericioğulları, “Dönüşüm mü? Piyasalaştırma mı? Türkiye’ de Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Tartışma”, *Toplum ve Demokrasi*, Mersin, 2010, S.8, 9, 10, (s. 33-54)

EROL, Hatice ve **ÖZDEMİR**, Abdullah, “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Ankara 2014, S. 1, (s. 9-34)

ERSOY, Nermin ve **AYDIN**, Erdem, “Tıbbi Etikte Özerklik ve Özerkliğe Saygı İlkesi”, *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği Hukuku-Tarihi Dergisi*, Ankara, S.2, 1994,(s.71-74)

“Tıbbi Etikte Yararlılık İlkesi”, *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*, Ankara, 1994, S. 2, (s. 57-60)

ERSOY Nermin, “Onkoloji Hemşireliğinde Etik”, *Türk Onkoloji Dergisi*, İstanbul, 2009, S. 4, (s.191-197)

ERSOY, Yüksel, “Tıbbî Hatanın Hukukî ve Cezaî Sonuçları”, *Türk Tabipler Dergisi*, Ankara 2004, S. 53, (s. 161-190)

ERTAŞ, Türker, *Anayasa Hukukunda Sağlık Hakkı*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2012.

ETİLER, Nilay, “Neoliberal Politikalar ve Sağlık Emek Gücü Üzerindeki Etkileri”, *Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, Ankara Ekim-Kasım- Aralık, 2011, (s. 2-11)

EVREN, Çınar Can, “Hizmet Kusuru-Haksız Fiil Ayrımı ve Yargı Düzen”, *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, Ankara 2011, S. 95, (s. 175-196)

EVREN, Cenk, vd., “Yüz felci ve Manyetik Rezonans Görüntüleme; Hukuk mu? Bilim mi?”, *Kulak Burun Boğaz Uygulamaları İstanbul KBB-BBC Uzmanları Derneği Yayın Organı*, İstanbul, S. 2, 2014, (s. 78-81)

FİDAN, Nurten, “Hekimin Tıbbi Müdahaleleri Nedeniyle Sorumluluğu”, *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, Ankara 2010, S. 3, (s. 349-362)

GOLOP, Ursa, **PODNARAND**, Klement, **LAH**, Marko, Çev. Bülent Temel, “Sosyal Ekonomi ve Toplumsal Sorumluluk: Küresel Neoliberalizmin Anarşisine Alternatifler”, *Atılım Sosyal Bilimler Dergisi*, Ankara, S.1, 2012, (s.108-122)

GÖKCAN, Hasan Tahsin, *Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk*, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 1. Baskı, 2013.

GÖKMEN, Habil ve **GÜLEÇ**, Sibel, “Tıbbi Malpraktis Riskinin Yönetiminde Bir Araç Olarak Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortaları”, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, Ankara Ocak 2010, S. 1, (s. 9-16)

GÖZÜBÜYÜK, A. Şeref, “Terör Olayları ve Yönetim Sorumluluğu”, *SBF Dergisi*, Ankara 1995, C. 50, S. 3, (s. 193-199)

Yönetim Hukuku, Ankara, Turhan Kitabevi, 12. Baskı, 1998.

GÜL, Songül Sallan ve **ERGÜN**, Ayşe Dericioğulları, “Piyasa Odaklı Bir Uygulama Olarak Aile Hekimliği: Sağlık Hizmetinin Sunumunda Olası Kayıplar”, *Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu II Bildirileri*, Pamukkale Üniversitesi İİBF ÇEEİ Bölümü(Düzenleyen) Petrol- İş Yayını, İstanbul, Ekim 2010, (s. 317-337)

GÜLASLAN, AKSOY, Pınar, “Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası”, *Uluslararası Sağlık Hukuku Sempozyumu Lefkoşe 16-17 Ekim, 2014*, **HAKERİ**, Hakan, **DOĞAN**, Cahid (Ed.), Ankara, Türkiye Barolar Birliği Yayınları, 2015, (s. 267-298)

GÜNDAY, Rezzan, *Tıbbi Müdahale ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki Sorumluluk*, (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi), Çankaya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2009.

GÜNGÖR Pınar, **MERİH**, Yeliz Doğan, **KOCABEY**, Meryem Yaşar, “Farklı Ülkelerin Malpraktis Konusunda Yasal Düzenleme Girişimleri”, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, İstanbul 2012,S. 4, (s. 128-138)

GÜNLER, Oya Eryiğit, “ Bilgi Toplumunda İnternetin Önemi ve Sağlık Üzerindeki Etkileri”, *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, Karaman 2015, S. 29, (s. 33-40)

GÜRAKSIN, Asuman, **İNANDI**, Tacettin, **KESKİNER**, Ü.Deniz, “Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi”, *AÜTD*, Erzurum 1997, S.29, (s. 562-565)

HAKERİ, Hakan, *Tıp Hukuku*, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 3.Baskı, 2010.

“Tıp Hukukunda Malpraktis Komplikasyon Ayrımı”, *Toraks Cerrahisi Bülteni*, Mart 2014, (s.23-28) (www.toraks.org. E. T. 21.03.2016)

Ceza Hukuku Genel Hükümler, Ankara, Astana Yayınları, 13. Baskı, 2016

HAMZAOĞLU, Onur, “Sağlık Nedir? Nasıl Tanımlanmalıdır?” *Toplum ve Hekim Dergisi*, Ankara Kasım-Aralık 2010, S. 6, (s. 403-410)

HANCI, İ. Hamit, *Malpraktis Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu*, Ankara, Seçkin Yayınları, 1. Baskı, 2002

HANÇERLİOĞLU, Orhan, *Felsefe Sözlüğü*, Ankara, Varlık Yayınevi, 1967

HEALEY, Bernard and **COLLEGE**, King’s, “Physicians Defensive Medicine and Ethics”, *Proceedings of the Academy of Health Care Menagement*, 2010, Number.1, (n.16-20)

HOT, İnci, *Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Ders Kitabı*, İstanbul, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 2007, (s. 39-45)

IŞIK Abdulkadir ve **MERİÇ**, Metin, “Hayatın Kalitesi (QUALITY OF LIFE) Kavramının Felsefik Temelleri; Aristo, Bentham ve Nordenfelt”, *Ege Akademik Bakış*, İzmir, S. 1, 2010, (s. 421-434)

İÇEL, Kayıhan, **EVİK**, Hakan A., *Ceza Hukuku Genel Hükümler*, İstanbul, Beta Yayınevi, 4. Baskı, 2010.

İPEKYÜZ, Filiz Yavuz, “ Hekimin Tazminat Sorumluluğu”, *Dicle Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, Diyarbakır 2015, S. 33, (s. 19-61)

KAPTANOĞLU, Ayşegül Yıldırım, “Birinci Basamak ve Yataklı Kamu Sağlık Kurumlarının Gelirlerinden Yapılan Ödemelerde Performans Yönetimi Kavramı”, *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, Ankara Aralık 2011, S. 3, (s. 142-151)

KARACA, Sema, *Komüniteryen Demokrasi*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa, 2011.

KARAÖZ, Süreyya, “Cerrahi Hemşireliği ve Etik”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Sivas, 2000, S. 1, (s. 1-15)

KART, Elife, “Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri”, *Çalışma ve Toplum Dergisi*, İstanbul, 2013, S. 38, (s. 103-140)

KAYA, Abdülkadir vd., “2007-2013 Arası Tıpta Uzmanlık Sınavları: Bir Trend Analizi”, *Ankara Medical Journal*, Ankara, 2014, S. 2, (s. 53-58)

KAYA, Funda, Peter Singer’ın Faydacı Etik Görüşü Çerçevesinde Kürtajın Değerlendirilmesi (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2014.

KAYA, Mine, “Hekimin Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğünden Kaynaklanan Tazminat Sorumluluğu”, *TBB Dergisi*, Ankara 2012, S. 100, (s. 45-82)

KESGİN, Ahmet, “Etik Üstüne”, *Dini Araştırmalar Dergisi*, Ankara, S. 35, Eylül-Aralık 2009, (s.143-160)

KILIÇ, Mine ve **AVDAL**, Elif Ünsal, “Güncel Tıp Etiğinin Felsefi Temelleri Üzerine Bir Deneme”, *Felsefe Dergisi Kaygı*, Bursa, 2011, (s. 175-184)

KILIÇOĞLU, Ahmet M, *Borçlar Hukuku Genel Hükümler*, Ankara, Turhan Kitabevi, 17. Baskı, 2013.

KIRILMAZ, Harun ve **KIRILMAZ**, Selma Kılıç, “Sağlık Hizmetlerinde Etik İkilemlerde Ampirik Etik Çalışmalarının Yararları”, *İnsan Bilim Kültür Sanat ve Düşünce Dergisi*, S. 1, Yaz 2014, (s.35-44) (insanveinsan.org E. T. 15. 11. 2015)

KOCA Mahmut, “*Hekimin taksirli fiilinden doğan Cezai Sorumluluğu*”, Sağlık Hukuku Sempozyumu Erzincan 15-16 Mayıs 2006, **BAYGIN**, Cem, **UÇAR** Metin, **BÜYÜKAY** Yusuf (Ed.), Ankara, Yetkin Yayınları, 2007, (s.89-106)

KOCA, Mahmut, **ÜZÜLMEZ**, İlhan, *Türk Ceza Hukuku Genel Hükümleri*, Ankara, Seçkin Yayınları, 8. Baskı, 2015.

KOCH, Eckhardt ve **TURGUT**, Tolga, “Hasta-Hekim İlişkisinin Güncel Sorunları Ve Kültürlerarası Yönleri: Bir Bakış”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, Ankara 2004, S. 1, (s. 64-69)

KOCAKOÇ, Necati, *Sağlıkta Dönüşüm Programının, Sağlık Hizmetleri Kalitesine ve Çalışanların Performansları Üzerine Etkileri*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2014.

KOÇ, Sermet, “Adli Tıbbi Açından Malpraktis ve Hekim Sorumluluğu”, *Toraks Cerrahi Bülteni*, Ankara, Mart, 2014, (s.14-22)

KOL, Emre, “Türkiye’de Sağlık Reformlarının Sağlık Hakkı Açısından Değerlendirilmesi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Ankara Ocak 2015, S. 1, (s. 135-164)

KOYUNCUOĞLU, Tennur, “Doktor Sigortası mı? Hasta Sigortası mı?”, *Türk Tabipler Birliği Dergisi*, Ankara 2011, S.92, (s. 431-450)

KÖK, Ahmet Nezih, “Türk Ceza Adalet Sisteminde Hekimlik Uygulamaları İle İlgili Maddelerin Tıbbi Etik Açısından Değerlendirilmesi”, *Sağlık Hukuku Sempozyumu Erzincan 15-16 Mayıs 2006*, BAYGIN, Cem, UÇAR Metin, BÜYÜKAY Yusuf (Ed.) Ankara, Yetkin Yayınları, 2007, (s.79-88)

KÖSEOĞLU, Zühal, *İonna Kuçuradi'nin Etik Görüşü Açısından Kant'ta İyi İsteme Problemi*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2011.

KUÇURADI, İonna, İnsan ve Değerler, Ankara, Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları, 5. Baskı, 2013.

KURT, Ceyhan, *Kant'ın Etik Görüşünde Özgürlük Kavramının Yeri*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin, 2009.

LİGT, Donald ve **LEVİNE**, Sol, *Tıp Mesleğinin Değişen Yayı: Kuramsal Bir İnceleme, Meslekler ve Sosyoloji*, (Derleyen ve Çev. Zafer Cırhinoğlu), Ankara, Gündoğan Yayınları, 1.Baskı,1996, (s. 169-196)

MEMİŞOĞLU, Dilek, *Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşüm ve Etkileri: Batı Akdeniz Bölgesi İl Merkezi Örneği*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta, 2011.

MENEKŞE, Ramazan, “Ankara’da Faaliyet Gösteren A Grubu Seyahat Acentelerinde Çalışmakta Olan Personelin Tüketiciye Karşı Etik Davranışlarını Algılama Düzeyleri Üzerine Ampirik Bir Araştırma”, *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Bolu 2008, S.4, (s. 83-117).

MENGÜŞOĞLU, Takiyettin, *Felsefeye Giriş*, İstanbul, Remzi Kitabevi, 3. Baskı, 1983.

MERHACI, Selin Özden, “Common Law Haksız Fiiller Hukukuna Genel Bir Bakış ve İhmale Dayanan Haksız Fiiller”, *Ankara Barosu Dergisi*, Ankara 2012, S.4, (s.17 9-206)

METİN, Sevtap, *Biyo-tıp Etiği ve Hukuku*, İstanbul, XII Levha Yayıncılık, 1. Baskı, 2010

MIZRAK, Bülent, **CELBİŞ**, Osman, “Patoloji ve Malpraktis”, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, Malatya 2007, S.3, (s. 213-217)

MORE, Thomas, *Utopia (Mina Urgan'ın İncelemesiyle)*, Çev. Vedat Günyol, Sabahattin Eyüboğlu, Mina Urgan, İstanbul, İş Bankası Kültür Yayınları, 5. Baskı, 2000

NAHED, Brian V. Andfriends, “Malpraktice Liabillity and Defensive Medicine: A National Survey of Neurosurgeons”, *Plos ONE*, Issue. 6, 2012, (n.1-7)

NİŞANCI, Yılmaz, vd., “Etik ve Tıp”, *Türk Kardiyoloji Derneği Etik Kılavuzu*, İstanbul, S. 3, 2009, (s. 1-2)

ODABAŞI, Aysun Balseven ve **TÜMER**, Ali Rıza, “Çekinik (Defansif) Hekimlik: Yeni Türk Ceza Kanunu'nun Uygulanma Aşamasında Toplum Bekleyen Tehlike”, *Sted*, Ankara, 2006, S.4, (s. 55-59)

OĞUZ, Neyyire Yasemin, “Klinik Uygulamada Hekim-Hasta İlişkisi”, *T Klin Tıbbi Etik*, Ankara 1995, S. 3, (s. 59-65)

OKAY, Suat, *Muhasebe Hata ve Hilelerin Meslek Etiği Açısından İrdelenmesi*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Karamanaoğlu Mehmet Bey Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Karaman, 2011.

OKYAY, Ramazan Azim, **AKBABA**, Muhsin ve **KİRKİT**, Ecem, “Aydınlatılmış Onam ve Aşılama”, *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, Ankara 2015, S. 2, (s. 155-159)

ORAL, Naciye, *Turgut Özal ve Siyasal Liberalizm*, (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi), Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya, 2011

ORAN, Turan Nazan ve **YÜKSEL**, Esmâ, “Kültürlerarası Hemşirelik ve Etik”, *Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, Ankara 2015, S.3, (s.7-13)

ORHAN, Fatih, *Sağlık Hizmetlerinde Etik Boyut: Hastanelerde Çalışan Personelin Etiksel Sorunlara Yaklaşımlarının Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Çalışması*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2007

ORTRAŞI, Osman and friends, “The Practice Of Defensive Medicine Among Hospital Doctors in The United Kingdom”, *BMC Medical Ethics*, 14: 42, 2013, (s. 1-6.)

OVAYOLU Fahri, “Hasta Güvenliği Yaklaşımları”, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, Ankara Ocak 2010, S. 1, (s. 33-43)

OZANOĞLU, Hasan Seçkin, “Hekimlerin Hastalarını Aydınlatma Yükümlülüğü”, *Ankara Hukuku Fakültesi Dergisi*, Ankara 2003, S. 3, (s. 55-77)

ÖKTEN Ali İhsan, “Sağlıkta Yanıtı Bulunamayan Durumlar: Memnuniyet mi? Şikâyet mi? Defansif Tıp mı? Ofansif Tıp mı?”, *Adana Tabipler Odası Dergisi*, Adana Eylül 2012, S. 49, (s. 8-9)

ÖRS, Yaman, “Tıbbi Etik, Deontoloji, Tıp Tarihi: Gereksiz Bir Birliktelik”, *III. Türk Tıp Tarihi Kongresi 20-23 Eylül 1993*, Ankara, Türk Tarihi Kurumu Yayınları, 1999, (s.177-181)

ÖRSELLİ, Erhan, *Türkiye’de Toplumsal ve Yönetişel Etik Değerler ile İkilimler: Uygulamalı Bir Araştırma*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, 2010.

ÖZALP, Yancı Nihan, “Yasa, Kanun Hükmünde Kararname ve Mahkeme Kararları Işığında Tam Gün Sorunsalı”, *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, Ankara 2015, S. 2, (s. 259-289)

ÖZATA, Musa ve **ALTUNKAN**, Handan, “Hastanelerde Tıbbi hata Görülme Sıklıkları, Tıbbi Hata Türleri ve Tıbbi Hata Nedenlerinin Belirlenmesi: Konya Örneği”, *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 2010, S. 2, (s. 100-111) (tader.org E.T. 13.02.2016)

ÖZÇELİK, Pınar Kaya, “Neoliberal Küreselleşme Süreci ve Yoksulluk”, *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, Muğla, 2013, S.2, (s. 417-431)

ÖZEN, Şükrü, *İslam Hukukuna Göre Yanlış Tedavide Sorumluluk*, 38. Uluslararası Tıp Tarihi Kongre Bildiri Kitabı, SARI, Nil, BAYAT, Ali Haydar, ÜLMAN, Yeşim, İŞİN, Mary (Ed.) Ankara, Sarıyıldız Basımevi, 2005.

ÖZER, Onur, *Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Polikliniklere Başvuran Hastalarla Yapılan Anket Çalışması İle Hasta- Hekim İletişiminin İncelenmesi*,

(Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi) Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, İstanbul, 2007.

ÖZKAN, Özlem ve **ÇATIKER**, Aslıhan, “Aile Sağlığı Hemşireliği: Sağlık Hizmetlerindeki Özelleştirmenin Hemşirelik Mesleğindeki Görünümü”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Erzurum 2007, S. 4, (s. 91-104)

ÖZKAYA, Nesrin, “ Sağlık Mensupları Açısından Disiplin Hukukuna Genel Bakış”, *Terazi Hukuk Dergisi*, Ankara Mayıs 2014, S.93, (s.151-163)

ÖZLEM, Doğan, *Kavramlar ve Tarihleri*, İstanbul, İnkılâp Yayınevi, 2000.

etik-ahlak felsefesi, İstanbul, İnkılâp Kitabevi, 2004.

ÖZLÜ, Zeynep Karaman, **KILIÇ**, Münevver ve **YAYLA**, Ayşegül, “Cerrahi Aydınlatılmış Onam Hakkında Hastanın Bilgi Düzeyinin İncelenmesi”, *Sağlık Bilimleri ve Meslek Dergisi*, 2015, S. 3, (s. 318-328) (dergipark.ulakbim.gov.tr E. T. 18. 11. 2015)

ÖZMEN, Fatma, **GÜNGÖR**, Ali, “Eğitim Denetiminde Etik”, *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, Malatya 2008, S. 15, (s.137-155)

ÖZPINAR, Berna, “Tıbbi Müdahalede Kötü Uygulamadan Doğan Hukuki Sorumluluğun Sebepleri”, *Ankara Barosu Dergisi*, Ankara Yaz 2008, S. 3, (s. 90-103)

ÖZTÜRK, Aslıhan Buray, “Sosyal Hizmet Etiğinde Farklı Yaklaşımlar” *Hacettepe Üniversitesi İİBF Sosyal Hizmet Bölümü Dergisi*, Ankara, S. 1, Nisan 2009, (s. 105-115)

ÖZTÜRKLER, Cemal, *Hukuk Uygulamasında Tıbbi Sorumluluk, Teşhis, Tedavi ve Tıbbi Müdahaleden Doğan Tazminat Davaları*, Ankara, Seçkin Yayınevi, 2. Baskı, 2006.

PAZARCI, Ayşe Almila, *Hasta Hakları ve İdarenin Sağlık Hizmetlerinden Doğan Sorumluluğu*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kırıkkale, 2007.

“Ulusal Mevzuat ve Uluslararası Kaynaklar Çerçevesinde İnsan Üzerinde Deney ve Deneme Kavramları”, *Sağlık Hukuku Digestası*, Ankara, 2012, S. 2, (s. 30-58)

Sağlık Hukuku, Erzurum, Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, s.7 (E.T. 10. 12. 2016)

PELİN, Serap Şahinoğlu, **OĞUZ**, Neyyire Yasemin, “Tıbbi Etik Açısından Hekim Sorumluluğu”, *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği- Hukuku- Tarihi Dergisi*, Ankara, 1994, S. 3, (s.161-163)

PIEPER, Annemarie, *Etiğe Giriş*, Çev. Veysel Atayman ve Gönül Sezer, İstanbul, Ayrıntı Yayınları, 2. Baskı, 2012.

POLAT, Oğuz ve **PAKİŞ**, Işıl, “Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu”, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, İstanbul Temmuz 2011, S. 3, (s. 119-125)

POLAT, Oğuz, *Tıbbi Uygulama Hataları*, Ankara, Seçkin Yayınevi, 2. Baskı, 2015.

PORTER, Roy, *Kan Revan İçinde*, Çev. Gürol Koca, İstanbul, Metis Yayınları, 1. Baskı, 2016.

REİSOĞLU, Safa, *Borçlar Hukuku Genel Hükümler*, İstanbul, Beta Yayınları, 13. Baskı, 1999, (s.129-130)

SARI, Nil, *Tıp Tarihi ve Tıp Etiği Ders Kitabı*, İstanbul, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, 2007.

SAVAŞ, Fatma Burcu, “Haksız Fiil Tazminatının Tabi Olduğu Zamanaşımı Süresinin İşlemeye Başlama Anı”, *Türk Barolar Birliği Dergisi*, Ankara 2008, S. 74, (s. 121-148)

SAVAŞ, Halide, *Sağlık Çalışanlarının ve Sağlık Kurumlarının Tıbbi Müdahaleden Doğan Sorumlulukları*, Ankara, Seçkin Yayınevi, 1.Baskı, 2007.

SAYAN, İpek Özkan ve **ŞAHAN**, Yusuf, “Sağlık Bakanlığı’nda Performans Değerlendirme ve Ek Ödeme Sistemi”, *Memleket Siyaset Yönetim Dergisi*, Ankara 2011, S. 16, (s. 34-70)

SAYDAM, Mehmet ve **ÖZTÜRK**, Nurten, “Türk Ceza Kanunu Bakımından Taksir”, *TAAD*, Ankara Ekim 2015, S.23, (s. 135-157)

SAYEK, İskender, **ODABAŞI**, Orhan ve **KİPER**, Nural, “Türk Tabipler Birliği Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitim Raporu”, *Türk Tabipler Birliği Yayınları*, Ankara, 1. Baskı, 2010.

SAYIM, Ferhat, “Etik ve İş Etiği Kavramları”, *Akademik Arge Dergisi-Sosyal Bilimler*, İstanbul, 2015, S. 15, (s. 23-32)

SELÇUK, Mehmet, *Çekinik (Defansif) Tıp*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2015,

SEREN, Arzu Kader Harmancı ve **YILDIRIM**, Aytolon, “Özelleştirme ve Hemşireler”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, Eskişehir, 2013, S.2, (s. 123-131)

SERT, Gürkan, *Tıp Etiği ve Mahremiyet Hakkı*, İstanbul, Babil Yayınları, 1. Baskı, 2008.

SORGUR, Haluk ve **SAYGIN**, Tuba, “Şifahaneden Hastaneye: Sağlık Kuruluşlarının Değişimine Genel Bir Bakış”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Isparta, 2014, S.19, (s.199-212)

SÖNMEZ, Mustafa, *Paran Kadar Sağlık Türkiye’de Sağlığın Ticarileşmesi*, İstanbul, Yordam Kitap, 2. Baskı, 2012.

SUMMERTON, Nicholas, “Positive and negative factors in defensive medicine: a question nairestudy of general practitioners”, *British Medical Journal*, No.6971, Jan. 7, 1995, (n.27-29)

SÜLKÜ, Seher Nur, “Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Kamu Hastanelerinin Verimliliği Üzerine Etkileri”, *Maliye Dergisi*, Ankara Ocak-Haziran, 2011, S. 160 (s. 242-268)

ŞEN, Fulya, “Sağlık Hakkı ve Medya: Sağlıkta Dönüşüm Programının Medyada Yansımaları”, *Galatasaray Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, İstanbul 2013, Özel Sayı:3 (s. 155-174)

ŞENEL, Alaaddin, *Çağdaş Siyasal Akımlar*, Ankara, İmaj Yayıncılık, 1998.

TANRIVERDİ, Haluk ve **TEKER**, Çiğdem, “Eğitim Hastanelerinde Asistan Doktorların Klinik İş Yükleri Bakımından Performans Ölçütlerinin Karşılaştırılması”, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, Ankara Ocak 2010, S. 1, (s. 114-136)

TANRIVERDİ, Haluk, **AKOVA**, Orhan ve **ÇEVİK**, Banu, “Tıp Etiği Açısından Hekim Hakları”, *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Bitlis Haziran 2014, S.1 (s.21-30)

TEKAKÇA, Yasin, “Anayasa Mahkemesi ve Danıştay Kararları Işığında Hekimler ve Diş Hekimlerinin Mesleklerini Serbest Olarak İcra Etmesi Yönünde Tam Gün Yasası Üzerine İnceleme”, *Ankara Barosu Dergisi*, Ankara, 2012, S.2, (s. 446-452)

TEKİN, Segâh, *Etik ve İnsani Müdahale: Söylem, Mitler ve Gerçekler*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, 2010.

TEKİNDÜZ, Sebahattin, **ORHAN**, Fatih, **KARADAĞ**, Zennure, “Tam Gün Yasa Tasarısı Hakkında Vatandaşların Görüşlerini Belirlemeye Yönelik Bir Alan Çalışması: Ankara İlinde Bir Uygulama”, *II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı*, KIRILMAZ Harun (Ed.), Ankara 2010, (s. 184-197)

TEMİZ, Özgür, “Türk Hukukunda Bir Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı”, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, Ankara, 2014, S. 1, (s. 165-188)

TERAKYE, Gülşen ve **OCAKCI**, Ayşe Ferda, *Etik Konulardan Seçmeler*, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 1. Baskı, 2013.

TERZİ, Cem, *Medikolegal Düzlem Tıpta Uygulama Hataları*, BİLGE, Yaşar ve GEÇİM, İ. Ethem (Ed.), Ankara, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, 1. Baskı, 2012, (s. 30-41)

TOP, Mehmet ve Diğerleri, “Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri: Kocaeli İlinden Bir Alan Çalışması”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Ankara 2008, S. 2, (s. 161-200)

TOROSLU, Nevzat, **TOROSLU**, Haluk, *Ceza Hukuku Genel Kısım*, Ankara, Savaş Yayınevi, 22. Baskı, 2016.

TOSUN, Hale, *Sağlık Bakımı Uygulamalarında Deneyimlenen, Etik İkilemlere Karşı Hekim ve Hemşirelerin Duyarlılıklarının Belirlenmesi*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2005.

TUĞCU, Harun, **YORULMAZ**, Coşkun ve **KOÇ**, Sermet, “Hekim Sorumluluğu ve Tıbbi Malpraktis”, *Klinik Gelişim Dergisi*, Ankara 2009, S. 22, (s. 6-10)

TUĞCU, Harun, “Acil Olgularda Hekim Sorumluluğu”, *Klinik Gelişim Dergisi*, Ankara 2009, (s. 85-88)

TUNÇEL, Mine, **DOĞAN**, Öznur Vuran, **ÇOBANER**, Aslıhan Ardıç, “Performans Sistemine Medyanın Bakışını Anlamak: Performans Konulu Sağlık Haberleri Üzerine Bir Araştırma”, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, Ankara 2012, S. 3, (s. 93-118)

TURLA, Ahmet, **KARAASLAN**, Emine Şirin ve **KÖPRÜLÜ**, Hülya “Tıbbi Uygulama Hataları(Malpraktis)”, *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, Samsun 2006, S. 3, (s. 223-229)

TÜMER, Ali Rıza, “Hekimlerin Cezai Sorumlulukları ve 5237 sayılı Yeni Ceza Kanunun Hekimlere Getirdiği Yükümlülükler”, *Hacettepe Tıp Dergisi*, Ankara 2005 S. 1, (s. 3-8)

Cerrahi Branşlar Açısından Hukuki Sorumluluklar ve Malpraktis, İstanbul, Matsis Matbaa, 2013.

TÜMER Ali Rıza, **AKCAN**, Ramazan ve **KARACAOĞLU**, Emre, “Ülkemizde ve Dünyadaki Örnekleri İle Hekim Mesleki Sorumluluk Sigorta Sisteminin Değerlendirilmesi”, *Hacettepe Tıp Dergisi*, Ankara 2011, (s. 34-41)

TÜRK TABİPLER BİRLİĞİ ETİK KURULU, *Hekimlerin Değerlendirmesi ile Performansa Dayalı Ödeme*, Ankara, 1. Baskı, Haziran 2009.

TÜRK KARDİYOLOJİ DERNEĞİ ARAŞTIRMALARI, *TTB Etik Bildirgeler Çalıştayı Sonuç Raporları*, Ankara Haziran 2008, S. 3, (s.51-66)

UÇKAÇ, Aynur, “Türkiye’de Neoliberal Ekonomi politikaları ve Sosyo-Ekonomik Yansımalar”, Ankara, *Maliye Dergisi*, Ocak- Haziran, 2010, S.158, (s. 422-430)

UĞURLU, M. Cemil, “Hipokrat”, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, Ankara, S. 2, 1997, (s. 67-78)

ÜNVER, Yener, *Ceza Hukukunda İzin Verilen Risk*, (Yayınlanmış Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 1996.

USTA, Aydın, “Kamu Örgütlerinde Meslek Etiği ve Çalışma Ahlakı Üzerine Bir Değerlendirme”, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Isparta, S.1, 2012 (s.403-421)

ÜSTÜN, Çağatay, “Tıpta Etik Kaygılar Çoğalıyor”, *Tıp Araştırmaları Dergisi*, S. 3, 2004, (s. 56-61) (tader.org E. T. 15. 1. 2016)

WELCH, H. Gilbert, **SCHWARTS** Lisa M. ve **WOLOSHIN**, Steven, Çev. Akif Akalın, *Aşırı Teşhis Sağlık Adına Hasta Etmek*, İstanbul, İnsev Yayınları, 1. Baskı, 2013.

WILLIAMS, John R. “*Dünya Hekimler Birliği Tıp Etiği, El Kitabı*”, Çev. Murat Civaner, Ankara, Türk Tabipler Birliği Yayınları, 2005.

YAKIT, İsmail, *Tıp felsefesi ve Etiği Üzerine*, İstanbul, Ötüken Yayınları, 2010.

YETENER, Müge, vd., “Hekim Bağımsızlığı” *Ankara Tabip Odası Yayınları*, Ankara Ekim 2011.

YILDIRIM, Ali, vd. “Tokat İli Merkezinde Çalışan Hekimlerin Tıbbi Uygulama Hataları İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları”, *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, Sivas 2009, S. 4, (s. 356-366)

YILDIRIM, Cemal, *Çağdaş Felsefe Sözlüğü*, Ankara, Bilgi Yayınevi, 2000

YILDIRIM, Gülay ve **KADIOĞLU**, Selim, “*Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramlar*”, *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, Sivas, S.2, 2007 (s.75-83)

YILDIRIM, Gülay, *Sağlık Profesyonellerinin Etik Kavramından Anladıkları ve Kuramsal Etik Çalışması Yapanlardan Bekledikleri*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, 2008.

YILDIRIM, İsmail, “Tıbbi Malpraktis ve Hekim Meslek Sorumluluk Sigortası”, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, İstanbul Temmuz 2015, S. 3, (s. 121-129)

YILDIZ, Ahmet, *Met-etik Bir Teori Olarak Ahlaki Sezgiciliğin Savunabilirliği*, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2012.

YILMAZ, Ahmet vd., “2005 Yılında Yürürlüğe Giren Türk Ceza Kanunun (TCK) Cerrahi Branş Hekimleri Üzerinde Etkisi”, *Adli Tıp Dergisi*, İstanbul 2013, S. 3, (s. 158-172)

YILMAZ, Berfin Işık Ş., “ Tıbbi Müdahalelerde Hekimin Aydınlatma Yükümlülüğü”, *TBB Dergisi*, Ankara 2012, S.98, (s. 391-410)

YILMAZ, Kerem, *Defansif Tıp: Hekimin Tıbbi Uygulamalarda Sorumluluktan Kaçınması Durumunda Ortaya Çıkan Problemler*, Ankara, Seçkin Yayınevi, 1. Baskı, 2014.

YILMAZ, Kerem, **POLAT**, Oğuz ve **KOCAMAZ**, Begüm, “Defansif Tıp Uygulamalarının Hukuksal Açidan İncelenmesi”, *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, Ankara, , Ocak 2014, S.16 (s. 19-51)

YÜKSEL, Mehmet, “Etik Kodlar, Ahlâk ve Hukuk”, *Hacettepe HFD*, Ankara, S. 1, 2015, (s. 9-26)

YÜKSEL, Nevzat, *Türkiye’de Sağlık Sistemi ve 2003 Yılında Yapılan Sağlıkta Dönüşüm Reformunun Olumlu ve Olumsuz Alıgılarının Ölçümü*, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2015.

ZAFİR, Ceran Zeynep, “Neoliberalizmin Minimal Devlet Yaklaşımına Bir Eleştiri”, *Yönetim Bilimleri Dergisi*, Çanakkale 2009, S.2, (s. 65-82)

ZENGİN, Nazmi, “Sağlık hakkı ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu”, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, Ankara Ocak 2010, S. 1, (s. 44-52)

ZÜLFİKAR, Haluk, “Hastaların İnternet Kullanımı ve Elektronik Ortamdaki Sağlık Bilgilerine Erişim Davranışları”, *F. N. Hem. Dergisi*, İstanbul 2014, S.1, (s. 46-52)

İNTERNET KAYNAKLARI

- http://endokrin.com/pdf/220868211640_eddd_agustos_2012.pdf (E. T. 30. 12. 2015)
- <http://www.deuhyoedergi.org> ata soyer (E. T. 08. 03. 2016)
- OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye sbu.saglik.gov.tr (E. T. 11. 11. 2016)
- <https://prezi.com/gbx8uzy2uyj1/eski-uygarliklarda-tp>(E. T. 03. 12. 2016)
- <http://www.birikimdergisi.com/guncel-yazilar/1019/saglikta-donusum-> (E. T. 23. 04. 2016)
- www.sargutan.com/amerika%20birlesik%20devletler (E. T. 23. 04. 2016).
- <http://www.ttb.org.tr/>(E. T. 23. 04. 2016)
- www.haksay.org/files/yahya11.doc (E. T. 12. 05. 2016)
- <https://www.ttb.org.tr/eweb/adli/1.html> (E. T. 13. 05. 2016)
- <http://m.drtus.com> (E. T. 03. 06. 2016)
- whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545690_tur.pdf?ua (E. T. 03. 05. 2016)
- <http://www.bilgin.net> (E. T. 03. 06. 2016)
- <http://ankaraderm.org> (E. T. 03. 06. 2016)
- <http://www.aytenaltintas.com/single-post/2016/06/13/T%C4%B1p-Tarihi-Ders-Notlar>(E. Tarihi 12. 12. 2016)
- tip.kocaeli.edu.tr/docs/ders_notlari/n_ersoy/tip_tarihi-ders_notlari (E.T. 09. 12. 2016)
- tuzehukukburosusu.com/dosyalar/hekimin_kisisel_edim_yukumlulugu.(E. T. 12. 12. 2016);
- <http://www.nilgunsarp.com/hekimin-tibbi-ozen-yukumlulugu>(E. T. 09. 10. 2015)
- www.cu.edu.tr/insanlar/mceker/tibbimudahaleler(E. T. 05. 12. 2016)
- <http://www.frmartuklu.org>(E. T. 15. 04. 2016)
- <http://www.istabip.org.tr> (E.T. 12. 12. 2016)
- turkmsic.net/.../8.tec_bildirisidegisen_saglik_politikalarinin_tip_egitimine_ etkisi (E.T. 11. 12. 2016)

<http://www.ankarabarusu.org.tr> (E. T. 14. 12. 2016)

<http://www.demirkilichukuk.com/Hukuki-Yayinlar/Makaleler/hekimin-hukuki-sorumlulugu> (E. T. 04. 01. 2017)

<http://handegullu.blogspot.com.tr/2012/06/hasta-ve-doktor-arasndaki> (E. T. 07. 01. 2017)

<http://emsal.yargitay.gov.tr/VeriBankasiIstemci> (E. T. 02. 01. 2017)

(WHO-World HealthOrganization) Birleşmiş Milletler'e bağlı olan ve toplum sağlığıyla ilgili uluslar arası çalışma yapan örgüt <https://tr.wikipedia.org/wiki/Sağlık> (E. T. 10.01.2017)

www.sdplatform.com/.../Tipta-yanlis-uygulamalar (E. T. 10.01.2017)

http://www.felsefe.gen.tr/felsefe_akimlar (E. T. 10.01.2017)

<http://www.etimolojiturkce.com/kelime/deontoloji> (E. T. 09.01.2017)

<https://tr.wikipedia.org/wiki/Deontoloji> (E. T. 10.01.2017)

<http://www.ttb.org.tr/siddet/images/file/gaziantepsiddet.pdf> (E. T. 11.01.2017)

<http://defansiftip.blogspot.com.tr/> (E. T. 11. 01. 2017)

<http://www.hukukihaber.net/tibbi-hatalar-olum-siralamasinda> (E.T. 15.01.2017)

<https://nedimkorhansengun.com/siyaset/daima-daima-hukuk-devleti> (E. T. 21.01.2017)

<https://memurunyeri.com/memur> (E. T. 24.01.2017)

<http://www.maliyeokulu.org.tr> (E. T. 24.01.2017)

<http://www.idarehukuku.net/makale/Uyari-Ve-Kinama-Cezalarina-Karsi-Yargi> (E. T. 24.01.2017)

<https://istatistik.yok.gov.tr> (E. T. 27.01.2017)

<http://emsal.danistay.gov.tr> (E. T. 19. 01. 2017)

<http://www.stetuskop.com> (E. T. 18. 01. 2017)

<http://www.mumcu.com/hipokrat-yemini/> (E.T. 10. 01. 2017)

<http://www.turknorosirurji.org.tr> (E. T. 25. 01. 2017)

<http://www.ttb.org.tr/index.php/Etik-Kurul> (E. T. 10. 01. 2017)

<http://emsal.yargitay.gov.tr> (E. T. 21. 01. 2017)

<http://emsal.yargitay.gov.tr> (E. T. 19. 01. 2017)

www.ism.gov.tr/hastahaklari (E. T. 24. 01. 2017)

<http://www.turkhukuk sitesi.com> (E. T. 20. 01. 2017)

<http://www.nedirnedemek.com/defansif-nedir> (E.T. 25.01.2017)



ÖZGEÇMİŞ

1977 Gaziantep’te doğdu. İlkokulu ve ortaokulu Erzurum’da, lise eğitimini Gaziantep’te, Üniversite eğitimini ise Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesinde tamamladı. Özel sağlık kuruluşlarında orta düzey yönetici olarak çalışmıştır.

