T.C
ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ ANA BİLİM DALI

"ÖZEL HASTANELERDE ÇALIŞAN HEKİMLERİN TIBBİ MÜDAHALE VE TEDAVİDE MALPRAKTİSTEN DOĞAN HUKUKİ VE CEZAİ SORUMLULUKLARINA İLİŞKİN FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN ÖLÇÜMÜ: ANKARA İLİ ÖZEL HASTANELER UYGULAMASI"

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Ayşegül KARACA DEDEOĞLU

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Seyit Mümin CİLASUN

Ankara – 2012

T.C
ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ ANA BİLİM DALI

"ÖZEL HASTANELERDE ÇALIŞAN HEKİMLERİN TIBBİ MÜDAHALE VE TEDAVİDE MALPRAKTİSTEN DOĞAN HUKUKİ VE CEZAİ SORUMLULUKLARINA İLİŞKİN FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN ÖLÇÜMÜ: ANKARA İLİ ÖZEL HASTANELER UYGULAMASI"

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan
Ayşegül KARACA DEDEOĞLU

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Seyit Mümin CİLASUN

Ankara – 2012

ATILIM ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Ayşegül KARACA DEDEOĞLU tarafından hazırlanan "Özel Hastanelerde Çalışan Hekimlerin Tıbbi Müdahale ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluklarına İlişkin Farkındalık Düzeylerinin Ölçümü: Ankara İli Özel Hastaneler Uygulaması" başlıklı bu çalışma 01.06.2012 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oybirliği ile başarılı bulunarak jürimiz tarafından Sağlık Kurumları İşletmeciliği Ana Bilim Dalında Yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Mete TÖRÜNER (Başkan)

Yrd. Doç. Dr. Seyit Mümin CİLASUN (Danışman)

Yrd. Doç. Dr. Ahmet Ersen ÖZSOY (Üye)

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans Öğrenimim boyunca bizden desteğini esirgemeyen Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü değerli hocamız Doç. Dr. Mete TÖRÜNER'E, Prof Dr. Özkan ÜNVER'E ve tez çalışmam süresince ilgisini ve desteğini esirgemeyen Danışman Hocam Yrd. Doç. Dr. Seyit Mümin CİLASUN'A, Yrd Doç. Dr. Ahmet Ersen ÖZSOY'A, tüm hocalarıma ve sınıf arkadaşlarım Özlem'e, Funda'ya, Çiğdem'e, Ramazan'a, Bora'ya, şükranlarımı sunarken çalışmam süresince beni destekleyen değerli eşim Mehmet Münir DEDEOĞLU ve çocuklarım Talha, Berika ve Berk'e teşekkürlerimi sunmayı da bir borç bilirim.

Ayşegül KARACA DEDEOĞLU
2012, Ankara

"Ahlaklı Türk Hekimlerine İthaf Olunur"

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i
İÇİNDEKİLER ii
TABLOLAR LİSTESİ v
GİRİŞ 1

BİRİNCİ BÖLÜM
TIBBİ MÜDAHALE VE TEDAVİ

1.1. TIBBİ MÜDAHALE VE TEDAVİ KAVRAMI VE HUKUKA UYGUNLUK ŞARTLARI 4
1.1.1. Tıbbi Müdahalenin Yetkili Hekim Tarafından Yapılması 4
1.1.2. Tıbbi Müdahalenin Yasada Öngörülen Amaçlara Yönelik Olması 6
1.1.3. Tıbbi Müdahalenin, Tıp Bilimince Kabul Görmüş İlke ve Kurallara Uygun Olarak Yapılması 7
1.1.4. Hastanın veya Kanuni Temsilcisinin Tıbbi Müdahaleye Rıza Göstermesi 7
1.2. TIBBİ MÜDAHALE ÇEŞİTLERİ 12
1.2.1.Bedensel Bütünlüğü Etkileyen Tıbbi Müdahaleler 12
1.2.2. Bedensel Bütünlüğü Etkilemeyen Tıbbi Müdahaleler 15
1.3. TEDAVİ SÖZLEŞMESİNİN TANIMI VE HUKUKİ NİTELİĞİ 17
1.3.1.Hasta ve Bağımsız Çalışan Hekim Arasında Kurulan Hukuksal İlişki 17
1.3.1.1. Sözleşmeye Dayanan Hukuki İlişki 18
1.3.1.2. Vekâletsiz İş Görme Olması Halinde Tıbbi Müdahale ve Tedavi 22
1.3.2. Hasta ile Özel Hastane Arasındaki Hukuksal İlişkiler 23
1.3.2.1. Tam Hastaneye Kabul Sözleşmesi 24
1.3.2.2. Hekimlik Sözleşmesi Ekli Tam Hastaneye Kabul Sözleşmesi 24
1.3.2.3. Bölünmüş- Kısmi Hastaneye Kabul Sözleşmesi 25

İKİNCİ BÖLÜM
TEDAVİ SÖZLEŞMESİNDEN DOĞAN HEKİMİN VE HASTANIN KARŞILIKLI YÜKÜMLÜLÜKLERİ

2.1. TEDAVİ SÖZLEŞMESİNDEN DOĞAN BORÇLAR 26
2.1.1. Hekimin Hastaya Karşı Yükümlülükleri 26
2.1.1.1. Hekimin Kişisel İfa Ve Edim Yükümlülüğü 27
2.1.1.2. Hekimin Öykü Alma Yükümlülüğü 27
2.1.1.3. Hekimin Hastayı Muayene Yükümlülüğü 28
2.1.1.4. Hekimin Hastaya Tanı (Teşhis) Koyma Yükümlülüğü 29
2.1.1.5. Hekimin Uygun Tedavi Yöntemini Seçme Yükümlülüğü 29
2.1.1.6. Hekimin Hastanın Rızasını Alma Yükümlülüğü 31
2.1.1.7. Hekimin Hastaya Reçete Yazma Yükümlülüğü 31
2.1.1.8. Tedavi Sonrası Hastayı Kontrol Yükümlülüğü 31
2.1.1.9. Sır Saklama Yükümlülüğü 32
2.1.1.10. Hekimin Gerektiğinde Tedaviyi Durdurma Yükümlülüğü 33
2.1.1.11. Hekimin Tedaviyle İlgili Kayıt Tutma Yükümlülüğü 34
2.1.1.12. Özen Gösterme Yükümlülüğü 35
2.1.1.13. Hekimin Tıbbi Standartlara Uyma Yükümlülüğü 36
2.1.1.14. Tedaviyi Üstlenmekten Kaçınma Yükümlülüğü 37
2.1.2. Hastanın Yükümlülükleri 37

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
TIBBİ MALPRAKTİS VE HUKUKİ SONUÇLARI

3.1.MALPRAKTİSİN TANIMI 39
3.1.1. Dünya'da Ve Türkiye'de Tıbbi Malpraktis 39
3.1.2. Malpraktise Karşı Hekimlerin Davranış Modelleri 42
3.2.KOMPLİKASYON TANIMI VE MALPRAKTİSTEN AYRIMI 43
3.3. MALPRAKTİSTEN KAYNAKLANAN HUKUKİ SORUMLULUK 44
3.3.1 Sözleşme Olması Halinde 45
3.3.2.Vekâletsiz İş Görme Halinde 50

3.3.3. Haksız Fiil Halinde 51
3.3. TIBBİ MALPRAKTİSİN HUKUKİ SONUÇLARI 52

DÖRDÜCÜ BÖLÜM
TIBBİ MALPRAKTİS VE CEZAİ SONUÇLARI

4.1. TAKSİRDEN DOĞAN CEZAİ SORUMLULUK 57
4.1.1. Tıbbi Müdahalelerde Taksirin Belirlenmesi 61
4.1.2. Taksirle Ölüme Veya Yaralamaya Sebebiyet Verme 64
4.2. KASTTAN DOĞAN CEZAİ SORUMLULUK 65
4.2.1. Kasten Öldürme Suçu ve Kasten Öldürmenin İhmali Davranışla İşlenmesi 67
4.2.2. Kasten Yaralama Suçu 68
4.3. TÜRK CEZA KANUNU'NDAKİ HEKİMLERE İLİŞKİN DİĞER DÜZENLEMELER 68

BEŞİNCİ BÖLÜM
ARAŞTIRMANIN BULGULARI VE SONUÇ

5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ 76
5.2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ VE UYGULAMASI 76
5.3. BULGULAR 80
5.4. FARKINDALIK DÜZEYİNİ BELİRLEYEN FAKTÖRLERİN ANALİZİ 107
5.5. SONUÇ VE ÖNERİLER 138

KAYNAKÇA 144

EKLER 148
EK-1 ÖRNEK ANKET FORMU 148
ÖZET 153
ABSTRACT 154

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Ankete Katılanların Cinsiyete Göre Dağılımı 80
Tablo 2: Ankete Katılanların Yaşa Göre Dağılımı 80
Tablo 3: Katılanların Yaş Ortalaması 81
Tablo 4: Ankete Katılanların Medeni Duruma Göre Dağılımı 81
Tablo 5: Ankete Katılanların Kaç Yıllık Hekim Olduğuna Göre Dağılımı 82
Tablo 6: Ankete Katılanların Mezun Olduğu Üniversite Dağılımı 83
Tablo 7: Ankete Katılanların Görev Unvanlarına Göre Dağılımı 84
Tablo 8: Ankete Katılanların Uzmanlık Dallarına Göre Dağılımı 85
Tablo 9: Ankete Katılanların Tıbbi Müdahale ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluklarına İlişkin Farkındalık Düzeyine Göre Dağılımı 85
Tablo 10: Ankete Katılanların Mesleklerine İlişkin Hukuki ve Cezai Sorumluluklarına Yönelik Eğitim Alıp Almadıklarına İlişkin Dağılımı 86
Tablo 11: Ankete Katılanların Hukuki ve Cezai Sorumluklarına İlişkin Eğitim Alanların Eğitim Aldıkları Kaynakların Dağılımı 87
Tablo 12: Ankete Katılanlardan Hukuki ve Cezai Sorumluluklarına İlişkin Eğitim Alanların Aldıkları Eğitimi Yeterli Görüp Görmediklerine İlişkin Dağılımı 88
Tablo 13: Ankete Katılanların Mesleklerinden Kaynaklanan Bir Ceza Soruşturması Geçirip Geçirmediklerine İlişkin Dağılımı 89
Tablo 14: Ankete Katılanların Yapmış Olduğu Hatalı Tıbbi Uygulamadan Dolayı Bir Hastaya Veya Yakınına Tazminat Ödemeye Mahkûm Olup Olmadığına İlişkin Dağılımı 90
Tablo 15: Ankete Katılanların Tıbbi Müdahale Öncesinde Hasta veya Kanuni Temsilcisinden Hangi Yöntemle Onam Aldıklarına İlişkin Dağılımı 90
Tablo 16: Ankete Katılanların 18 Yaşından Küçük Hastaya Kanuni Temsilcisi Zorunlu Müdahale İçin Onam Vermediği Takdirde ve Müdahale Zorunlu ve Acil ise Tutumunun Ne Olacağına İlişkin Dağılım 92

Tablo 17: Ankete Katılanların İntihara Teşebbüs Eden Bilinci Kapalı Bir Hastanın Üzerinde El Yazısıyla Yazılmış Kendisine Müdahale Edilmemesi Yönünde Not Çıkması Halinde Tutumlarının Ne Olacağına İlişkin Dağılımı 94
Tablo 18: Ankete Katılanların Acil Bir Hasta Bilinci Açıkken Müdahaleye Onam Vermemiş ve Vermediğine Dair İmzası Alındıktan Sonra Bilicinin Kapanması Durumunda Tutumlarının Ne Olacağına İlişkin Dağılımı 95
Tablo 19: Ankete Katılanların Şüpheli ve Sanığın Genital Muayenesinin Yapılabilmesi İçin Hangi Yasal Belgelerin Olmasının Yeterli Olacağına İlişkin Dağılım 96
Tablo 20: Ankete Katılanların Ekonomik Durumu Zayıf Bir Hastaya SGK'nın Ödemeyeceği Bir İlacı Yazması Gereken Bir Durumda Nasıl Bir Tutum Sergileyeceklerine İlişkin Tutumun Dağılımı 98
Tablo 21: Ankete Katılanların Tıbbi Hata Veya Malpraktise İlişkin Yasal Düzenlemenin Hangi Kanunda Olduğuna İlişkin Dağılımı 99
Tablo 22: Ankete Katılanların Hatalı Tıbbi Müdahale ile İlgili Davaların Haksız Yere Açılıp Açılmadığına İlişkin Değerlendirmenin Dağılımı Tablosu .. 100
Tablo 23: Ankete Katılanların Türkiye'de Tıbbi Müdahale Hatalarının En Sık Nedenlerinin Ne Olduğuna İlişkin Dağılım 101
Tablo 24: Ankete Katılanların Hatalı Tıbbi Müdahaleye İlişkin Dava Açılma Olasılığının Hekimin Hastasına Sunduğu Sağlık Hizmetinin Kalitesine Etki Edip Etmeyeceğine İlişkin Dağılım 103
Tablo 25: Ankete Katılanların Hekim Kendisinin ya da Başka Bir Sağlık Çalışanının Tıbbi Müdahale Veya Teşhis Sonucunda Oluşan Tıbbi Hatayı En Çok Kiminle Paylaşmasına İlişkin Dağılım 104
Tablo 26: Hekimin Yaşanan Tıbbi Müdahale Hatasını Hastasıyla Paylaşması Durumunun Dava Açma Eğilimine Etkisine İlişkin Dağılımı 105
Tablo 27: Anket Uygulanan Hastanelere İlişkin Dağılım 106
Tablo 28: Farkındalık Düzeyi ile Cinsiyet Arasındaki İlişki 107
Tablo 29: Farkındalık Düzeyi ile Cinsiyet Arasındaki İlişki Analizi 107
Tablo 30: Farkındalık Düzeyi ile Yaş Arasındaki İlişki Analizi 108
Tablo 31: Farkındalık Düzeyi ile Medeni Durum Arasındaki İlişki 108

Tablo 32: Farkındalık Düzeyi ile Medeni Durum Arasındaki İlişki Analizi 109
Tablo 33: Farkındalık Düzeyi ile Hekimlik Süresi Arasındaki İlişki Analizi 109
Tablo 34: Farkındalık Düzeyi ile Mezun Olunan Üniversite Arasındaki İlişki 110
Tablo 35: Farkındalık Düzeyi ile Mezun Olunan Üniversite Arasındaki İlişki Analizi 111
Tablo 36: Farkındalık Düzeyi ile Görev Ünvanı Arasındaki İlişki 112
Tablo 37: Farkındalık Düzeyi ile Görev Ünvanı Arasındaki İlişki Analizi 113
Tablo 38: Farkındalık Düzeyi ile Uzmanlık Dalı Arasındaki İlişki.....114
Tablo 39: Farkındalık Düzeyi ile Uzmanlık Dalı Arasındaki İlişki Analizi 114
Tablo 40: Farkındalık Düzeyi ile Eğitim Arasındaki İlişki 115
Tablo 41: Farkındalık Düzeyi ile Eğitim Arasındaki İlişki Analizi 115
Tablo 42: Farkındalık Düzeyi ile Meslekten Kaynaklanan Bir Ceza Soruşturması Geçirmek Arasındaki İlişki.....117
Tablo 43: Farkındalık Düzeyi ile Meslekten Kaynaklanan Bir Ceza Soruşturması Geçirmek Arasındaki İlişki Analizi 117
Tablo 44: Farkındalık Düzeyi ile Yapmış Olduğunuz Hatalı Tıbbi Uygulamadan Dolayı Bir Hastaya Veya Yakınına Tazminat Ödemeye Mahkûm Olmak Arasındaki İlişki 118
Tablo 45: Farkındalık Düzeyi ile Hastadan Onam Alma Şekli Arasındaki İlişki Analiz 119
Tablo 46: Farkındalık Düzeyi ile Hastadan Onam Alma Şekli Arasındaki İlişki Analizi 119
Tablo 47: Farkındalık Düzeyi ile 18 Yaşından Küçük Hastaya Kanuni Temsilcisi Zorunlu Müdahale İçin Onam Vermediği Takdirde Tutumunun Ne Olacağı Arasındaki İlişki 121
Tablo 48: Farkındalık Düzeyi ile 18 Yaşından Küçük Hastaya Kanuni Temsilcisi Zorunlu Müdahale İçin Onam Vermediği Takdirde Tutumunun Ne Olacağı Arasındaki İlişki Analizi 121

Tablo 49: Farkındalık Düzeyi ile İntihara Teşebbüs Eden Bilinci Kapalı Bir Hastanın Üzerinden El Yazısıyla Yazılmış Kendisine Müdahale Edilmemesi Yönünde Not Çıkması Durumunda Tutumunun Ne Olacağı Arasındaki İlişki 124
Tablo 50: Farkındalık Düzeyi ile İntihara Teşebbüs Eden Bilinci Kapalı Bir Hastanın Üzerinden El Yazısıyla Yazılmış Kendisine Müdahale Edilmemesi Yönünde Not Çıkması Durumunda Tutumunun Ne Olacağı Arasındaki İlişki 124
Tablo 51: Farkındalık Düzeyi ile Tıbbi Müdahaleye Onam Vermeyen Acil Bir Hastanın İmzası Alındıktan Sonra Bilincinin Kapanması Durumunda Tutumunun Ne Olacağı Arasındaki İlişki 126
Tablo 52: Farkındalık Düzeyi ile Tıbbi Müdahaleye Onam Vermeyen Acil Bir Hastanın İmzası Alındıktan Sonra Bilincinin Kapanması Durumunda Tutumunun Ne Olacağı Arasındaki İlişki Analizi 127
Tablo 53: Farkındalık Düzeyi ile Şüpheli Veya Sanığın Genital Muayenesinin Yapılabilmesi İçin Hangi Yasal Belgelerin Gerekli Olduğu Arasındaki İlişki 128
Tablo 54: Farkındalık Düzeyi ile Şüpheli Veya Sanığın Genital Muayenesinin Yapılabilmesi İçin Hangi Yasal Belgelerin Gerekli Olduğu Arasındaki İlişki Analizi 129
Tablo 55: Farkındalık Düzeyi ile Ekonomik Durumu Zayıf Olan Bir Hastaya SGK'nın Ödemeyeceği Bir İlacı Yazmanın Gerekli Olduğu Bir Durumda Sergilenecek Tutum Arasındaki İlişki Analizi 131
Tablo 56: Farkındalık Düzeyi ile Ekonomik Durumu Zayıf Olan Bir Hastaya SGK'nın Ödemeyeceği Bir İlacı Yazmanın Gerekli Olduğu Bir Durumda Sergilenecek Tutum Arasındaki İlişki Analizi 131
Tablo 57: Farkındalık Düzeyi ile Tıbbi Hata veya Malpraktise İlişkin Yasal Düzenleme Hangi Kanunda Olduğu Arasında İlişki 133
Tablo 58: Farkındalık Düzeyi ile Tıbbi Hata veya Malpraktise İlişkin Yasal Düzenleme Hangi Kanunda Olduğu Arasındaki İlişki Analizi 133
Tablo 59: Farkındalık Düzeyi ile Tıbbi Müdahale Hataları ile İlgili Davaların Haksız Yere Açılıp Açılmadığı Arasındaki İlişki 135

Tablo 60: Farkındalık Düzeyi ile Tıbbi Müdahale Hataları ile İlgili Davaların Haksız Yere Açılıp Açılmadığı Arasındaki İlişki Analizi 135
Tablo 61: Farkındalık Düzeyi ile Hekimlerin Çalıştığı Hastane Arasındaki İlişki .. 136
Tablo 62: Farkındalık Düzeyi ile Hekimlerin Çalıştığı Hastane Arasındaki İlişki Analizi 137

GİRİŞ

Ülkemizde Avrupa Birliği'ne uyum süreciyle birlikte başlatılan sağlık politikalarının doğal sonucu olarak kamu hastaneleri tarafından yürütülen sağlık hizmetleri piyasasına özel hastaneler de dâhil olmuş ve sağlık piyasasında da önemli bir konum ve güç kazanmışlardır.

Özel hastanelerinin sağlık piyasasında kamu hastaneleriyle rekabet edebilmesini mümkün kılan nedenler arasında Sosyal Güvenlik Kurumu'nun özel hastanelerle yapmış olduğu sözleşmelerdir. Bu sözleşmeler doğrultusunda Sosyal Güvenlik Kurumuna mensup olan her hasta yalnızca kamu hastanelerinden değil, fark ücretini ödeyerek özel hastanelerden de sağlık hizmeti alabilmektedir. Bu gelişmelerin neticesinde kamu hastanelerinde hizmet veren hekimler daha elverişli ekonomik koşullarla özel hastanelerde de hizmet vermeyi tercih etmişlerdir.

Kaçınılmaz olarak değişen sağlık piyasasındaki koşullar ile hekimlerin hukuki statüsü de değişmiştir. Kamu hastanelerinde hizmet veren hekimler kamu hukuku kurallarına tâbi iken, (örneğin malpraktisten dolayı açılan tazminat davaları yalnızca idare aleyhine açılıp, zarar gören hastaya veya yakınına tazminat "idare" tarafından ödenmektedir.) özel hastanelerde hizmet veren hekimler aleyhine açılan tazminat davaları ise özel hukuk kurallarına tabi olup hekime veya özel hastaneye doğrudan tazminat davası açılabilmektedir. Bu ise yüksek tazminat bedellerini ödeme riskini hekimlerin üstlenmesi anlamına gelmektedir.

Aynı şekilde kamu hastanelerinde memur statüsüyle çalışan hekimler yargılanmaları durumunda Memurlar Ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun'a göre, özel hastanelerde çalışan hekimler ise genel hükümlere göre yargılanmaktadır. Yani bir memur hekimin, vazifesinden dolayı yargılanması özel hükümlere tabi iken özel hekim statüsünde çalışan hekimlerin yargılanması genel hükümler doğrultusunda sadece şikâyete veya ihbara bağlıdır.

Hekimlerin ağırlıklı olarak kamu hastanelerinde hizmet vermelerinin doğal sonucu olarak, hekimlerin hukuki ve cezai sorumluluklarına öğrenmeye yönelik eğitim almamaya, araştırmaya ve öğrenmeye ilgisiz ve kayıtsız kalmaları sonucunu doğurmuştur.

Hızla değişen piyasa koşullarının yanı sıra son yıllarda gelişen hasta merkezli sağlık politikaları, kamuoyunda hasta haklarına yönelik hassasiyetin gelişmesine de sebep olmuştur. Bununla birlikte tıp teknolojisindeki ilerlemeler hastaların hekimlerden beklentilerini arttırmıştır. Daha kaliteli sağlık hizmeti talep eden hastalar, meydana gelen komplikasyonlarda bile hekimi suçlamakta, zaman zaman ise hekimlere müessir fiile varan saldırılarda bulunmaktadırlar.

Hekimlere karşı gelişen bu negatif algı aynı zamanda hekimler aleyhine açılan tazminat davalarını ve şikâyetlerin sayısını da arttırmıştır. Önümüzdeki yıllarda ise hekimler aleyhine açılacak davaların sayısının daha da artacağı beklenmektedir.

Tıbbi müdahale ve tedaviden doğan malpraktise ilişkin hukuki ve cezai sorumluluğunu bilen bir hekim, tıbbi müdahale esnasında daha etkin ve verimli olacak, böylelikle sırf aleyhlerine açılacak davalardan çekinerek yüksek riskli hastaları tedavi etmekten kaçınma veya aşırı tahlil vs isteme durumunu da azaltacaktır. Bu açıdan bakıldığında hekimlerin hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin farkındalık düzeylerini arttırmanın faydası sadece hekimi hukuk karşısında korumakla sınırlı kalmayacak, hasta güvenliği ve hasta hakları açısından da ilerleme kaydettirecektir.

Bu çalışmada özel statüye tabi olarak çalışan hekimlerin hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin aldıkları eğitim ve kaynaklarını belirleyerek, aldıkları eğitimin yeterliliğini ve bu konuya ilişkin farkındalık düzeylerini ve kendilerini konumlandırdıkları düzeyde olup olmadığını tespit etmek amaçlanmıştır.

Bu çalışmanın birinci bölümünde tıbbi müdahale kavramı ele alınarak, tıbbi müdahale çeşitleri ile birlikte hukuka uygunluk halleri incelenmiştir. İkinci bölümünde tedavi sözleşmesinden doğan hekimin ve hastanın karşılıklı yükümlülükleri, üçüncü bölümünde tıbbi malpraktis ve hukuki sonuçları, dördüncü bölümünde ise tıbbi malpraktis ve cezai sonuçları mevzuat ve literatür taraması yapılarak incelenmiştir. Son bölümde de yapılan anket çalışmasının analizi yapılmış, sonuç ve bulgular değerlendirilmiş, öneriler tartışılmıştır.

Çalışma sonuçları göstermiştir ki, özel hastanede çalışan hekimler mesleklerine ilişkin en temel hukuki ve cezai sorumluluklarının farkında değildirler. Eğitim süreçlerinde bu konuya ilişkin eğitim almamakta, meslek odaları ve çalıştıkları özel sağlık merkezi de bu konuya ilişkin bilgilendirme çalışması yapmamaktadırlar. Buna rağmen hekimlerin çoğu eğitim almadıklarını belirtmelerine rağmen hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin farkındalık düzeylerinin yeterli olduğunu belirtmişlerdir.

Varılan bir başka önemli sonuç ise, hekimler yaptıkları tıbbi hatayı aleyhine dava açılmasından endişe ederek hastasından veya yakınından saklamaktadır. Kendi sorumluluğu olan konularda inisiyatif almamakta ve çalıştığı kurumun kararına göre hareket edeceğini belirtmektedirler.

Sonuç olarak bu çalışmadan hekimlerin tıbbi müdahale ve tedaviden doğan malpraktise ilişkin hukuki ve cezai sorumluluğuna ilişkin kendilerini ne düzeyde farkında gördükleri belirlenmiştir. Hekimlerin kendilerini konumlandırdıkları farkındalık düzeyi ile gerçekte var olan farkındalık düzeyleri belirlenmiş ve hekimlerin farkındalık düzeylerinin nasıl arttırılacağına ilişkin öneriler getirilmiştir. Bu çalışmadan hem hekimlerin hem de hukukçuların faydalanması arzulanmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM
TIBBİ MÜDAHALE VE TEDAVİ

1.1. TIBBİ MÜDAHALE VE TEDAVİ KAVRAMI İLE HUKUKA UYGUNLUK ŞARTLARI

Tıbbi müdahale; genel olarak hekimin, hastasını sağlığına kavuşturmak için etik, ahlaki ve hukuki değerlere uygun bir şekilde yaptığı müdahaleler şeklinde tanımlanabilir (Sütlaş, 2000: 42).

Tıbbi müdahale diğer bir anlatımla kişilerin bedensel, fiziksel veya psikolojik bir hastalığını, eksikliğini, teşhis ve tedavi etmek, bu mümkün olmadığında ise hastalığı veya acılarını hafifletmek veyahutta hastalanmasını önlemek ya da nüfus planlaması amaçlarıyla tıp mesleğini icraya yasal olarak yetkili kimseler tarafından, tıp biliminin standartlarına uygun, en basit teşhis ve tedavi yöntemlerinden başlayarak en ileri cerrahi müdahalelere kadar uzanan her çeşit faaliyettir (Yenerer, 2007: 4).

Hekim tarafından hastaya yapılan tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk nedenini açıklayan birçok görüş vardır. Ancak Dünya'da ve Türkiye'de kabul gören görüşe göre; müdahalenin yetkili hekim tarafından yapılması, müdahalenin yasada öngörülen amaçlara yönelik olması, tıbbi müdahalenin tıp bilimince genel kabul görmüş ilke ve kurallara yani tıbbi standartlara uygun olarak yapılması ve hastanın tıbbi müdahaleye rıza göstermiş olması şeklinde özetlenebilir.

1.1.1. Tıbbi Müdahalenin Yetkili Hekim Tarafından Yapılması

Öncelikle kişinin bedensel bütünlüğüne yapılan tıbbi müdahalenin haksız eylem olmaması için müdahalenin yetkili kişi eliyle yapılması lazımdır. Tıbbi müdahaleye yetkili kişi "hekim"dir. Hekim, " tıp bilimini icra etme yetkisi kendisine

tanınan, insanlardaki hastalıkları belirleyen ve onları ilaçlarla veya bazı araçlarla tedavi eden kimselerdir" (Bayraktar, 1972: 24).

5237 Sayılı Türk Ceza Yasasının 26/1. maddesine göre " hakkını kullanan kimseye ceza verilmez." Hekimin hakkını icra ederken kanuni yetkisinden faydalanabilmesi için 1219 Sayılı Tababet Ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 1. maddesine göre öncelikli olarak Tıp Fakültesinden mezun olup, diploma almaya hak kazanmış ve Türk vatandaşı olma şartı aranmıştır. Aynı kanunun 25. ve 26. maddelerinde ise diploması olmayan veya diploması olup da hekimlik yapmaktan yasaklanmış bir kimsenin hasta tedavi etmesi veya Tıp Sanatını icra etmesi müeyyide altına alınmıştır. Ayrıca 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Kanunun 6. maddesine göre tabip odalarına kaydolmanın ilgili kanuni şartları gerçekleştirmesi gerekir. Aksi halde kanuni yetkiden, dolayısıyla da yetkinin icrasından söz edilemez.

Buna göre, tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk sebebi oluşturabilmesi ve yapılan müdahalenin haksız eylem olmaması için öncelikle tıbbi müdahalenin tıp mesleğini icra etmeye yetkili kimse tarafından yapılması zorunludur. Yetkili olmayan kişinin gerçekleştirdiği tıbbi müdahale, hakkın icrası olarak değerlendirilemez ve hukuk tarafından korunmaz.

Tüm bunların sonucunda hekimin; uzman olmadığı halde veya uzmanlık alanı dışında bir tıbbi müdahalede bulunması durumunda, olayın oluş şekline göre kast veya taksire dayalı cezai sorumluluğu doğacaktır (Hakeri, 2007: 74).

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 25. madde 12. fıkrasında zorunluluk halinin cezalandırmaya engel olma hali, şartlarının oluşması hallerinde yetkisiz kişinin veya uzman olmayan hekimin uzmanlık gerektiren bir tıbbi müdahale durumunda da geçerlidir. Buna verilecek en uygun örnek acil durumlardır. Acil bir durumda müdahaleye yetkili olmayan kişinin müdahalesini zorunluluk haline örnek verilebilir.

1.1.2. Tıbbi Müdahalenin Yasada Öngörülen Amaçlara Yönelik Olması

Hekimin tıbbi müdahalede bulunurken tıbbi müdahalenin, yasa tarafından yasada öngörülen amaçlardan en azından bir tanesine yönelik olması gereklidir. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinin 13/3. maddesinde hekimin, tıbbi müdahaleyi teşhis, tedavi ve korunmak amacıyla yapabileceği belirtilmiştir. Tıbbi müdahalenin bunlar dışında bir amaçla yapılması hukuka uygunluk halini ortadan kaldıracaktır.

Teşhisin tanımı, bir kişide var olduğu sanılan fiziksel veya psikolojik bir rahatsızlığı, hastalığı; aramak, bulmak ve böyle bir rahatsızlık varsa ne olduğunu belirlemek için tıp biliminin standartlarına uygun olarak yapılan faaliyetlerin tamamıdır (Çilingiroğlu,1993: 18). Laboratuar araştırması, MR, Röntgen, gibi faaliyetler teşhise yönelik faaliyetlere örnek olarak verilebilir.

Tedavinin tanımı, bedensel veya psikolojik bir rahatsızlığı bulunduğu teşhisi konulan kişiyi öncelikle tamamen iyileştirmek, hastalıktan kurtarmak ve bu mümkün değilse hastalığını hafifletmek, yani ilerlemesini engelleyerek ilk ve daha az zararlı safhalarına döndürmek ya da bunların hiçbirisi mümkün değilse acılarını dindirmek için yapılan hareketlerin tamamıdır (Yenerer Çakmut, 2007: 6).

Hastalıktan korumanın tanımı, kişi daha hastalanmadan muhtemel hastalığa karşı alınan önlemlerin tamamıdır. Bu önlemler basit müdahaleler olabileceği gibi cerrahi müdahale de olabilir.

Nüfus planlamasının tanımı, 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Yasanın 2. maddesine göre nüfus planlaması “kişilerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları” dır. Tıbbi bir zorunluluk dışında çocuk sahibi olmak istemeyen kadın ve erkeğe yönelik yapılan sterilizasyon müdahalesi (madde 4/1) veya kadının gebeliğinin sonlandırılması da nüfus planlaması amacını taşır (Yenerer Çakmut, 2007: 6).

1.1.3. Tıbbi Müdahalenin, Tıp Bilimince Kabul Görmüş İlke ve Kurallara Uygun Olarak Yapılması

Hekimin kanunlardan doğan yetkisini kullanırken öncelikle tıp mesleğinin gereklerine ve modern tıbbın standartlarına uygun bir şekilde davranması gereklidir. Her ne kadar hekim uygulayacağı teşhis ve tedavi yöntemini serbestçe belirleme hakkına sahip olsa da bu yöntem; tıbben kabul görmeyen veya yeterince denenip faydası araştırılmayan ve tıp standartlarının dışındaki yöntemlerden olamaz (Sütlaş, 2000: 42, 43, 82). Yöntem serbestliğini kısıtlayan Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinin 13. maddesi de hekimin tıp ilke ve kurallarına göre hareket etmesi gerektiğini belirtmiştir.

1.1.4. Hastanın veya Kanuni Temsilcisinin Tıbbi Müdahaleye Rıza Göstermesi

Yapılan bir tıbbi müdahalenin hukuka uygun olmasının kabulü için hastanın veya kanuni temsilcisinin tıbbi müdahaleye rızasının olması da gereklidir. Hastanın veya kanuni temsilcisinin tıbbi müdahaleye rızasının olması için hekim tarafından aydınlatılması zorunludur. Hastanın aydınlatılmadan rızasının alınması etik ve hukuki değildir.

Hekim hastasının rızasını alabilmek için ve ayrıca bu rızanın da hukuken geçerli olması ve böylece tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğunun sağlanması için hastayı bilgilendirmeli yani onu aydınlatmalı, neye, niçin ve ne şekilde rıza göstermiş olacağını, verdiği rızanın risklerini ve faydalarını, hastanın veya kanuni temsilcisinin sosyo–eğitim, algılama ve anlama düzeyine göre açıklamalıdır (Özsunay,1982: 32).

Anayasanın 17. maddesi “herkesin yaşama ve vücut bütünlüğü hakkı”ndan bahsetmektedir. Medeni Kanunun 24. maddesi şahsiyetin haksız fiile karşı korunmasını düzenlemiştir. 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Yasa’nın 70.maddesinde müdahale öncesinde hastanın rızasının alınmasının gerekli olduğunu düzenlemiştir. Buna göre “Tabipler, diş tabipleri ve dişçiler

yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük ve tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evvelemirde muvafakatini alırlar. Büyük ameliyei cerrahiler için bu muvafakatin tahriri olması lazımdır. (Veli veya vasi olmadığı veya bulunmadığı veya hasta ifadeyi muktedir olmadığı takdirde muvafakat şart değildir.) Bu hükme aykırı davrananlar idari para cezası ile cezalandırılacaktır." Görüldüğü üzere küçüklerin ve kısıtlıların veli veya vasileri vasıtasıyla rızalarının alınması belirtilmiş, rızanın şekline ilişkin de sadece büyük cerrahi müdahalelerde yazılı olma şartı getirmiştir. Bilinci kapalı hastalara ilişkin rızanın aranmayacağı da ayrıca belirtilmiştir.

Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kurallarının 26.maddesinde hekimin hastayı aydınlatması gerektiğine ilişkin düzenleme bulunmaktadır. Yine Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinin 14. maddesinin 2. fıkrasına göre "hastanın maneviyatı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimali bulunmadığı takdirde, teşhise göre alınması gereken tedbirlerin hastaya açıkça söylenmesi lazımdır." Bu maddeden hastanın üzerinde olumsuz bir etki uyandırmaması şartıyla hastanın her konuda aydınlatılması gerektiği vurgulanmıştır. Ancak hastaya durumu hakkında bilgi verilmesi halinde hastanın hastalığı üzerinde olumsuz tesir uyandırılacağı düşünülüyorsa aydınlatmanın yapılmayacağı düzenlenmiştir.

Bu konuda bir başka düzenleme de Hasta Hakları Yönetmeliğinin 15. maddesinde hekimin aydınlatma yükümlülüğü adı altında düzenlenmiştir. Bu düzenlemeye göre, hasta sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, riskleri, başka alternatif tıbbi müdahale şekillerini, tedavisinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel riskleri ve alternatif tıbbi müdahale usullerini, tedavinin reddedilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve sonuçları konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir (Altay, 2009: 218).

Rızaya ilişkin Hasta Hakları Yönetmeliğinin 31. maddesinde rızanın nasıl alınacağı düzenlenmiştir. "Rıza alınırken hastanın veya kanuni temsilcisinin tıbbi müdahalenin konusu ve sonuçları hakkında bilgilendirilip aydınlatılması gereklidir."

Tüm bu yasal düzenlemeler gereğince kişinin veya kanuni temsilcisinin aydınlatılmış rızası alınmadan vücut bütünlüğüne yapılacak her türlü tıbbi müdahale hukuka aykırı olacaktır.

2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılanması ve Nakli Hakkındaki Kanunun 7. maddesinde hekime vericiyi aydınlatma yükümlülüğü getirmiştir. Konuya ilişkin olarak Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Muvafakat başlığını taşıyan ikinci bölümünde yer alan 5. ve 9. maddelerinde de konuya ilişkin düzenlemeler bulunmaktadır. Sözleşmenin 5. maddesine göre " Sağlık alanında herhangi bir müdahale ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat etmesinden sonra yapılabilir. Bu kişiye, önceden müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında uygun bilgiler verilecektir. Hasta veya kanuni temsilcisi muvafakatini her zaman serbestçe geri alabilir."

Tedavi amacı taşısa bile kişinin veya kanuni temsilcisinin rızası olmadıkça yapılan müdahale yine hukuka aykırı olacaktır. Rızanın aranmayacağı tıbbi müdahale halleri Anayasada ve kanunla düzenlenmiştir. Anayasanın 13. maddesine göre genel sağlığın korunmasını gerektiren hallerde, kişinin rıza göstermemesi müdahaleyi hukuka aykırı yapmaz. Örnek olarak Umumi Hıfzıssıhha Kanunun 67, 73 ve 90. maddelerine göre kişinin rızası olmasa dahi aşılama yapılabilinir ve bu müdahale hukuka aykırı değildir. Öte yandan 5275 Sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkındaki Kanun; açlık grevi ve ölüm orucu yapan hükümlülerin zorla beslenmelerine olanak tanımaktadır. Yine Türk Ceza Kanunu hâkime uyuşturucu ve uyarıcı madde kullanan kişi hakkında tedaviye ve denetimli serbestlik tedbirine karar verebilir.

Bazı hallerde ise rızanın kapsamı daraltılabilmektedir. Tıbbi müdahalenin acil olduğu vakalarda aydınlatılmış rızanın kapsamı daralabilecektir. Hastanın aydınlatılma halinde psikolojik zarar görme olasılığının olduğu ve hastalığının seyrinin olumsuz etkilenmesi durumunda Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 14/2. maddesinde

ve Hasta Hakları Yönetmeliğinin 19. maddesinde hekimin aydınlatma yükümlülüğünün kapsamının sınırlandırılabileceği belirtilmiştir.

"Farazi Rıza" da denilen varsayılan rıza ise, hastanın rızasının alınamadığı veya veli veya vasisine de ulaşma imkânının olmadığı durumlarda korunmak istenen menfaat, zarar verilecek menfaatten daha üstün ise, hastanın yararına yapılan müdahaleler hukuka uygundur. Örneğin, hasta bilincini kaybetmiş durumda ise ve hastaya acil olarak müdahale edilmesi gerekiyorsa, hastanın rızasının varlığı kabul edilerek gerekli tıbbi müdahaleler yapılmalıdır. Burada hasta bilinci açıkken bu müdahaleye zaten rıza gösterirdi denilebiliyorsa gerçekleştirilen tıbbi müdahale hukuka uygundur (Erman,1999: 139; Çakmut Yenerer, 2003: 211).

Hastanelerde sıkça rastlanılan durumlardan biri de intihar vakalarında, intihar eden kişinin kendisine müdahale edilmemesi yönünde üzerinden çıkan nota dayanılarak müdahale edilip edilmeyeceği sorunudur. Eğer hastanın bilinci açıksa ve müdahaleye rıza göstermediğini şifahi olarak tekrarlıyorsa bu durumda müdahale edilmemelidir. Ancak hastanın bilinci kapalıysa müdahaleyi reddetme notuna rağmen müdahale edilmelidir. Zira söz konusu notun intihar eden şahıs tarafından yazılıp yazılmadığını hekimin tespit etmesi mümkün değildir. Sırf o nota dayanarak müdahale edilmemesi hekimin cezai sorumluluğunu gerektiren bir durumdur. Ayrıca bilinci kapalı her hastanın lehine olan müdahaleler "farazi rıza" kapsamında değerlendirilmelidir.

Rızanın alınmasının fiilen imkânsız olduğu hallerde; kişinin rıza verebilecek durumda olmaması veya kişi küçük veya kısıtlı ise veli ya da vasinin bulunmadığı durumlarda müdahalenin de derhal yapılması gerekiyorsa rızanın alınması zorunlu değildir. Bu veya benzeri durumlarda varsayılan rızaya dayanılarak tıbbi müdahale eden hekimin sorumluluğu da yoktur.

Bazı hallerde de varsayılan rıza kabul edilir ki bu haller yukarıda da değinildiği gibi yalnızca yasayla düzenlenen hallerdir. Kamu sağlığı ve güvenliğinin gerektirdiği durumlarda kişinin rızası aranmaz, tıbbi müdahalede hukuka aykırılık

ortadan kalkar. Günlük hayatta buna ilişkin örnek verilecek olunursa; kuduz bir hayvan tarafından ısırılan kişi kuduz aşısı için rıza göstermese dahi bu kişi aşılanır. Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 49. maddesinde "Türkiye Limanlarına sari ve salgın hastalıkların duhulüne mani olmak için aşağıda zikredilen tedbirler ittihaz edilir: (Yolcu ve mürettebata aşı ve serum tatbiki" denilmektedir.

Hastanın rızasının geçerli olabilmesi için rızayı bildirmeye ehil olması, kendi üzerinde yapılacak tıbbi müdahalelerin önemini ve sonuçlarını anlayıp, kavrayıp karar verebilecek yaşta ve zekâda olması gerekirlidir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 24. maddesinde " hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır" denmektedir. Hastanın veya kanuni temsilcisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın bilincinin kapalı olduğu durumlarda bu şart aranmamaktadır (Özgönül, 2010: 39).

Kanuni temsilcinin, tıbbi zorunluluk halinde temsil ettiği küçüğe veya kısıtlıya tıbbi müdahale için izin vermediği durumlarda hekim, Türk Medeni Kanunu'nun 272. ve 431. maddesine göre mahkemeden yasal temsilcisinin iradesinin yerine geçecek rızayı alabileceğini düzenlemiştir. Bu durum Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 24/1. maddesinde de düzenlenmiştir.

Hastanın rıza açıklamasının zamanı müdahaleden önce veya en geç müdahale sırasında gerçekleşmelidir. Rıza, yazılı olabileceği gibi sözlü de olabilir. Hastanın rızası büyük cerrahi müdahalelerde muhakkak yazılı olarak alınmalıdır. Hastanın açıklamış olduğu rızasının hukuka uygun olabilmesi için, hekim tarafından aydınlatılmış olması zorunludur aksi takdirde geçerli bir rızadan söz etmek mümkün değildir (Yenidünya, 2009: 68). Her ne kadar rızanın açıklanmasında büyük cerrahi müdahaleler dışında şekil şartı aranmasa da ispat hukuku açısından yazılı olması hekim lehinedir.

Verilen rıza her zaman hasta tarafından geri alınabilir. Bu durum Hasta Hakları Yönetmeliğinin 24. maddesinde düzenlenmiştir. Yönetmeliğe göre "hayatı veya hayatı organlarından birisini tehdit eden acil haller haricinde rızanın her zaman

geri alınması mümkündür. Rızanın geri alınması, hastanın tedaviyi reddetmesi anlamına gelir. Rızanın müdahale başladıktan sonra geri alınması ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır.” Bu durumda, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların ayrıntılı bir şekilde hastaya veya kanuni temsilcisine anlatılmalı, hazırlanmış belge imzalatılmalıdır.

1.2. TIBBİ MÜDAHALE ÇEŞİTLERİ

1.2.1. Bedensel Bütünlüğü Etkileyen Tıbbi Müdahaleler

Teşhis ve tedavi amacıyla yapılan her türlü müdahale bedensel bütünlüğe yapılan müdahalelerdendir. Bu tür müdahaleler genel itibariyle cerrahi nitelikte olup hastalığı yok etmek veya daha iyi hale getirmenin yanı sıra tıp bilimin gelişmesiyle birlikte organ nakli, estetik ameliyatlar ve cinsiyet değişikliği ameliyatları da bu tür müdahalelerden sayılmaktadır (Ayan, 1991: 16).

Organ ve doku nakline ilişkin müdahale; artık görevini yapamaz duruma gelmiş hücre, doku veya bir organın çıkarılarak yerine yeni bir hücre, doku veya organın yerleştirilmesi işlemidir (Özsunay, 1982: 103). Bu tür cerrahi işlemler 2238 Sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun hükümlerine göre yapılmaktadır. Yasada yaşayan ve ölü kişilerden organ nakledilmesi şeklinde iki durum düzenlenmiştir. 2238 Sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun’a göre ticari amaçlı organ ve doku nakli hukuka aykırılık nedenidir. Kanunun 3. maddesine göre “ Bir bedel veya bir başka çıkar karşılığında organ veya doku alınması ve satılması yasaktır.”

Yaşayan kişiden organ aktarımında verici kişinin hayatını ve sağlığını tehlikeye düşürülmemesi, naklin tıbbi zorunluluğa ve tedavi amacına dayalı olması ve nakle ilişkin hem vericiden hem de alıcıdan “Aydınlatılmış Rıza”nın alınması zorunludur (Akıncı, 1996: 184).

Yaşayan Kişiden organ ve doku alınması için vericinin mutlaka 18 yaşını doldurmuş olması, kısıtlı olmaması zorunludur. Bu durumda küçüklerin ve kısıtlıların veli veya vasisinin onayı olsa dahi organ bağışlaması yasal değildir (Er, 2008: 102). Her ne kadar organ ve doku nakli, alıcının menfaatine olsa bile, alıcıya da organ veya doku naklinin tüm riskleri ve sonuçları konusunda kendisine ve evli ise aynı şekilde eşine de bilgi verilmesi zorunludur.

2238 Sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun'un 11. ve 14. maddelerini ölüden alınan organ ve dokuya ilişkin düzenleme yapılmıştır. 14. maddede, kişi yaşarken organlarının tamamını veya bir kısmını tedavi, teşhis ve bilimsel amaçlar için bıraktığını resmi veya yazılı bir vasiyetle belirtmemiş veya bu konudaki talebini iki tanık huzurunda açıklamamışsa, ölümü halinde sırasıyla eşi, reşit çocukları, anne veya babası veya kardeşlerinden biri bunlardan hiçbiri yoksa yanında bulunan herhangi bir yakının onayıyla cesedinden organ veya doku alınabilir.

Bir başka bedensel bütünlüğü etkileyen tıbbi müdahale çeşidi, cinsel sağlığa ilişkin müdahalelerdir. Bu müdahalelerden başlıcaları, kısırlaştırma (Sterilizasyon), hadımlaştırma (Kastrasyon), gebeliği sonlandırma ve cinsiyet değiştirmedir. Gebeliğin sonlandırılması ve sterilizasyon devletin gözetimi ve denetimi altında yapılmaktadır. Bu konuya ilişkin müdahaleler 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile düzenlenmiştir. Yasadaki tanıma göre sterilizasyon; bir erkek veya kadının çocuk yapma yeteneğinin, cinsel ihtiyaçlarının giderilmesine engel olunmadan ortadan kaldırılmasıdır. 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'un 4. madde 2. fıkrasına göre kısırlaştırılma için reşit olma zorunluluğu getirilmişken 6. madde 2. fıkrasına göre evli kişinin kısırlaştırılması ancak eşinin muvafakatiyle mümkündür. Yine hadım hali de yasanın 4. madde 3. fıkrasında düzenlenmiştir. Fıkraya göre bir ameliyatın seyri sırasında tıbbi zaruret nedeniyle bir hastalığın tedavisi için kastrasyonu gerektiren hallerde, kişinin rızasına bakılmaksızın Kastrasyon ameliyesi yapılabilir. Sadece zaruret hali nedeniyle yapılan bu müdahale için rızanın aranmayacağı aşikârdır. Bu müdahalede sadece cinsel salgı bezleri

alınarak cinsel faaliyette bulunma kabiliyeti tamamen ortadan kaldırılmaktadır (Türkmen, 2009: 38).

Doktrinde hastanın rızanın aranmaması ve bu konuya ilişkin ayrıntılı bir yasal düzenlemenin olmaması eleştirilmiştir (Er, 2008: 119, 120). Kişinin en temel fonksiyonlarından biri olan cinselliğine dönüşsüz bir şekilde yapılan bir müdahale için yasada daha ayrıntılı bir düzenleme yapılması zorunludur. Rızanın aranmayacağı hal, düzenlenen fıkrada sadece " tıbbi zaruret" halidir. Tıbbi zaruret hali ise başka bir cerrahi müdahale esnasında oluşacak komplikasyon neticesinde ortaya çıkan durumdur. Mesela doğum esnasında meydana gelen aşırı kanama neticesinde hastanın rahminin ve yumurtalıklarının alınması durumunda müdahalenin genişletilmesi hali söz konusudur. Hekimin vekâletsiz iş görme hükümlerine göre yapılan müdahale hukuka uygundur.

Cinsel sağlığa ilişkin bir diğer müdahale de gebeliğin sonlandırılmasıdır. Bu konuya ilişkin yasal dayanak 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'a dayanılarak çıkarılan 1983 tarihli "Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük" te düzenlenmiştir. Ana rahminde bulunan ceninin tıbbi müdahaleyle gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin düzenleme yasada ayrıntılı bir şekilde düzenlenmiş ve kesin kurallara bağlanmıştır. 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'un 5.maddesi 1. Fıkrası'na göre 10 haftadan az gebeliğin sonlandırılmasını isteğe bırakmıştır. 10 haftayı aşan gebeliklerin sonlandırılmasını ise yine aynı maddenin 2. ve 3. Fıkrasında "annenin hayatının tehlike arz etmesi, doğacak çocuğun ağır sakatlığa maruz kalması gibi gerektirici bir sebebin yetkili mercilerin gerekçeli raporlarıyla tespiti halinde gebeliği sonlandırmak mümkün olabilir."

5237 Sayılı Türk Ceza Kanunun 99/6. maddesinde "Kadının mağduru olduğu bir suç sonucu gebe kalması halinde, süresi yirmi haftadan fazla olmamak ve kadının rızası olmak koşuluyla, gebeliği sona erdirene ceza verilmez." Bu düzenleme ile 10 haftayı aşan gebeliğin sonlandırılmasına bir başka istisnai durum getirilmiştir.

Yasaya göre gerek 10 haftaya kadar olan gebelikler ve gerekse 10 haftayı aşan gebeliklerin sonlandırılmasında aydınlatılmış rıza zorunludur. Evli kadın için eşin de rızası zorunludur. Küçükler için yasal temsilcisi ile birlikte kendisinin; akıl hastaları için sadece yasal temsilcisi ve sulh hukuk mahkemesinin izni gereklidir (madde 6).

Cinsiyet değişikliğine ilişkin cerrahi müdahaleler de cinsel sağlığa yönelik müdahalelerdendir. Bu müdahale ile kişinin daha önce sahip olduğu cinsiyet özellikleri tamamen değişerek karşı cinse dönüşür. Bir kişinin cinsiyet değişikliği amacıyla ameliyat olabilmesi için, kişinin 18 yaşını doldurmuş ve bekâr olması, ayrıca tıbben bu ameliyatın zorunlu olduğunu belirten sağlık raporunu alması gereklidir. Hukukumuzda cinsiyet değişikliğine ilişkin yasal düzenleme Türk Medeni Kanunu 40. maddesinde düzenlenmiştir. Cinsiyet değişikliği ameliyatlarında kişinin görünen bedenine rağmen hissettiği cinsiyet karşı cinsiyettir. Yapılan müdahale ile kişinin ruhsal ve bedensel çatışmanın önlenmesi ve ruhsal anlamda bireyi daha sağlıklı hale getirmek amaçlanmaktadır.

Son olarak bedensel bütünlüğe yönelik tıbbi müdahalelerden olan estetik amaçlı tıbbi müdahaleler; ya kişinin daha farklı bir dış görünüş kazanma, ya da dış görüntüsündeki bir şekil bozukluğunu gidermek amacıyla yapılmaktadır. Kişinin doğuştan olan ya da sonradan oluşan her türlü fiziki görünüm ve görüntü bozukluklarını giderme ve düzeltme amacına yönelik tıbbi müdahalelere Estetik Amaçlı Müdahaleler denilmektedir (Özsunay, 1982: 100).

1.2.2. Bedensel Bütünlüğü Etkilemeyen Tıbbi Müdahaleler

Bedensel bütünlüğü etkilemeyen tıbbi müdahalelerin başlıcaları; tanı ve tedavi sonrası tıbbi kontroller, psikolojik tedavi faaliyetleri ve ilaçla tedavi faaliyetleridir. Bu tür tıbbi müdahaleler cerrahi nitelik taşımaz. Bedensel bütünlüğü etkilemeyen tıbbi müdahalelerden yapay dölleme ve embriyo aktarımı da cerrahi niteliği yok denilecek kadar az olan müdahale çeşitlerindendir (Türkmen, 2009: 39).

Yapay dölleme, erkeğe ait sperm hücrelerinin cinsel ilişki haricinde başka bir yöntemle kadının rahmine yerleştirilmesi işlemidir. Homolog ve heterelog döllenme diye ikiye ayrılır. Bu ayrım, çiftlerin birbirleriyle evli olup olmamasına dayanmaktadır. Çiftler birbiriyle evliyse homolog, değilse heterelog döllenme olarak adlandırılmaktadır. Ülkemiz mevzuatı sadece homolog döllenmeye müsaade etmiştir. Bu konuda "Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği" ile yapılan düzenleme ile (1 ve 2 No'lu ekinde) üremeye yardımcı tedavi uygulanacak olanların, öncelikle evli olması, sadece kendilerine ait üreme hücrelerinin kullanılması (sperm ve yumurta) ve eşlerin yönetmelikte öngörülen tedavi yöntemleri ile çocuk sahibi olamadıklarını belgelemesi zorunludur (Er, 2008: 115,116).

Embriyon Aktarımı da laboratuar ortamında döllendirilen kadın ve erkek hücrelerinin kadının rahmine yerleştirilmesi faaliyetidir. Ülkemizde embriyon nakli işlemleri "İnvitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi Merkezleri Yönetmeliği" uyarında yürütülmektedir. Bu yönetmeliğe göre; embriyo nakli yapılacak kadının evli olması, bilinen tedavi yöntemleriyle çocuk sahibi olma ihtimalinin olmaması ve kadının 35 yaşını geçmemiş olması gereklidir. Bilim kurulunca karar verilmesi halinde 35 yaşından daha büyük kadınlara da bu yöntemin uygulanması mümkündür.

Psikolojik tedavi amacı taşıyan tıbbi müdahaleler, hastanın sağlıklı olmayan psikolojik durumunu düzeltmek için yapılır. Psikolojik tedavi amacıyla yapılan tıbbi müdahaleler bedensel bütünlüğe doğrudan zarar vermese de ehil olmayan hekimlerce yapılan tedavi veya hatalı ilaç kullanımı hastanın bedensel ve ruhsal bütünlüğüne dolaylı bir şekilde zarar verebilmektedir.

Hekimin yükümlülüklerinden biri olan teşhis ve tedavi sonrası hastasını tıbbi kontrol faaliyeti görevini yerine getirmemesi de hekimin sorumluluğunu gerektirir. İlaçla yapılan tedavilerde hekimin hastasını aydınlatması ve yan etkileri hususunda bilgi vermesi zorunludur.

1.3. TEDAVİ SÖZLEŞMESİNİN TANIMI VE HUKUKİ NİTELİĞİ

Sözleşme (akit) genel ve soyut bir kavram olup hekim ile hasta arasındaki ilişki genel olarak, zorunlu bir tıbbi müdahalenin gerçekleştirilmesi ya da hastalık veya sağlığa ilişkin herhangi bir sorunun ortadan kaldırılması isteminden kaynaklanır (Er, 2008: 36).

Haklar ve sorumluluklar genelde bir hukuksal ilişki sonucu ortaya çıkarlar. Hasta veya hekim hukuku kapsamında "Hak" ve "Sorumluluklar" doğuran ilişkiler ya önceden açık ya da örtülü olarak kurulmuş bir "sözleşme"ye veya bir "haksız fiil"e yahut da bir "kamusal hizmet"e dayanır. "Sözleşmesel" ilişki ile "Haksız Fiil" ilişkisi Borçlar Hukuku'nda; "Kamusal Hizmet" ilişkisi ise İdare Hukuku'nda düzenlenmektedir (Türkmen, 2009: 47).

Uygulamada sağlık hizmetine ilişkin olan tedavi sözleşmesini "hekimlik sözleşmesi", "sağaltım sözleşmesi- sağlıtım sözleşmesi" olarak adlandıranlar da vardır (Durdu,1986: 76). Doktrinde hasta ve hekim arasındaki ilişkinin adlandırılmasında görüş birliği henüz oluşmamıştır. Bir hasta ile tedavi eden bağımsız hekim ya da tedavisini üstlenen özel sağlık kuruluşu veya kamuya ait hastane arasında kurulan hukuki ilişki birbirinden farklıdır. Öncelikle bağımsız olarak çalışan hekimler ile hasta arasında kurulan hukuki ilişkiyi, ardından özel sağlık kuruluşu ile hasta arasında kurulan hukuki ilişki incelenecektir.

1.3.1. Hasta ve Bağımsız Çalışan Hekim Arasında Kurulan Hukuksal İlişki

Bir hasta tedavi amacıyla serbest veya bağımsız çalışan bir hekime müracaat ettiğinde, hekimin hastayı kabulü, muayene etmesi ve tedavi faaliyetlerini başlatmasıyla hekim ve hasta arasında bir sözleşme ilişkisi kurulmuş olur (Türkmen, 2009: 47). Hasta ve hekim arasında kurulan tedavi sözleşmenin yazılı olma şartı yoktur, açık veya zımni olabilir. Hasta bir hekime başvurduğunda hekim onu muayene etmeyi kabul etmişse hukuksal ilişki kurulmuş sayılır.

Bağımsız çalışan hekim kendisine müracaat eden hastayı tedavi edip etmemekte serbesttir. Fakat bu serbestliğin bazı istisnaları vardır, hekim aciliyet arzeden vakalarda, zorunlu hallerde, olağanüstü olaylar karşısında ve toplum sağlığının korunmasının gerektirdiği durumlarda başkaca uzman hekimin bulunmadığı yer ve durumlarda hastaya zorunlu ilk tıbbi müdahaleyi yapmaktan imtina edemez (Sarıtaş, 2005: 17).

Hasta ile serbest çalışan hekim arasında açık veya zımni şekilde kurulan tedavi sözleşmesi mahiyeti itibariyle Borçlar Hukuku çerçevesinde hak ve sorumluluklar doğurmaktadır (Ayan, 1991: 50).

1.3.1.1. Sözleşmeye Dayanan Hukuki İlişki

Hasta ile bağımsız hekim arasında kurulan hukuksal ilişki 6098 sayılı yeni Borçlar Kanunu'nda konusu hizmet olan sözleşme tiplerinden Hizmet Sözleşmesi, (Borçlar Kanunu 393) Eser Sözleşmesi (Borçlar Kanunu 470) ve Vekâlet Sözleşmesi'nin (Borçlar Kanunu 502) tedavi sözleşmesine uygunluğu aşağıda incelenmiştir.

Hizmet Sözleşmesi: Borçlar Kanunu'nda hizmet sözleşmesi, işçinin işverene bağımlı olarak belirli veya belirli olmayan süreyle iş görmeyi ve işverenin de ona zamana veya yapılan işe göre ücret ödemeyi üstlendiği sözleşmedir, şeklinde tanımlanmıştır. Hekim ile hasta arasındaki ilişki işçi ile işveren arasındaki ilişkiden birçok yönden farklıdır. Öncelikli olarak hekim, hastanın talimatıyla hastasına hizmet vermez. Hekimin hastanın talimatı ile hareket etmesi tıp biliminin kurallarına aykırıdır. Bu nedenle hekim hastanın talimatlarından bağımsız hareket etmek durumunda, hatta zorundadır. Bu ise hizmet sözleşmesinin en belirgin özelliği olan " bağımlılık" ilkesine ters düşmektedir (Er, 2008: 40).

Sonuç olarak hekimlik sözleşmesini Borçlar Kanunu'ndaki hizmet sözleşmesi hükümlerine tabi tutmak mümkün değildir. Hekim ile hasta arasındaki sözleşmenin,

iş sözleşmesi niteliği taşımadığı konusunda doktrinde yaygın bir görüş birliği oluşmuş durumdadır (Yavuz İpekyüz, 2006: 58).

Alman hukukunda ise hekimlik sözleşmesi " hizmet sözleşmesi" hükümlerine tabi tutulmuştur. Bunun sebebi de "ücret" unsurudur. Hekimin hastayı tedavi etmesi karşılığında ücrete hak kazanması ve Alman Hukukunda Vekâlet Sözleşmesinin de "karşılıksız" olması Alman hukukunu bu çözüme yöneltmiştir (Ayan,1991: 52).

Eser Sözleşmesi: "İstisna Akdi", "Yapıt Sözleşmesi" olarak da adlandırılan bu sözleşmeler Borçlar Kanunu'nun 470–486. maddelerinde düzenlenmiştir. Eser Sözleşmesi, yüklenicinin bir eser meydana getirmeyi, iş sahibinin de bunun karşılığında bir bedel ödemeyi üstlendiği sözleşmedir (Borçlar Kanunu madde 470). Eser Sözleşmelerinin önemli unsuru çalışmanın kendisinden çok, bu çalışmalardan ortaya çıkan ve objektif olarak gözlenmesi mümkün olan nihai sonuçtur (Tandoğan,1985:1). Eser sözleşmelerinde istenilen sonucun gerçekleşmesi unsuru tedavi sözleşmesinde mutlak olarak gerçekleşmesi mümkün değildir. Hekimin iyileştirme garantisi vermesi tıp etiğine ve hayatın olağan akışına aykırıdır.

Diş protezi, plastik cerrahi gibi bazı konularda yapılan sözleşmeler eser sözleşmeleri olarak kabul edilmekle birlikte bu görüş çok yaygın kabul görmemektedir. Çünkü hastanın hekimin tavsiyelerine uymaması arzu edilen sonucun elde edilememe ihtimali vardır. Uygulamada diş protezi gibi konularda diş hekimlerince garanti verildiği bilinmektedir. Ayrıca doktrinde röntgen filmi veya MR çekilmesi gibi işlemler de bir "eser" yaratılması olarak kabul edilmektedir, dolayısıyla bu tür işler ile ilgili sözleşmeler "eser sözleşmesi" olarak kabul edilmektedir. Bu gibi istisnai durumlar bakımından tedavi sözleşmesinin bir eser sözleşmesi olduğu görüşü, Yargıtay tarafından da benimsenmektedir (Er, 2008: 41).

Estetik ameliyatlarda, ameliyat yapan doktor, estetik görünüm konusunda belli bir teminat vermişse, taraflar arasındaki bu sözleşme, eser sözleşmesidir..Eser sözleşmesinde de vekâlet akdinde olduğu gibi yüklenici, işi sadakat ve özenle

yapmakla borçlu olup davalı doktor, mesleki bilgisinin tüm icaplarını yerine getirdiğini ispatla yükümlüdür (3. HD; 05.04.1993; E: 1993/131,K: 1993/2741).

Sonuç olarak, hekimin yukarıda belirtilen tıbbi müdahalelerinin dışında kalan tıbbi müdahaleleri eser kavramı içinde değerlendirilmez. Hekimin hastayı tedavisi ile yapılan tıbbi müdahalenin mutlak bir şekilde olumlu sonuçlanması, mahiyeti gereği kabul edilen riskler de göz önüne alınınca mümkün değildir. Özetle tedavi sözleşmesinin kendisine has olan bu özellikleri nedeniyle eser sözleşmesi olmadığı sonucu yaygın görüş olarak kabule dilmektedir.

Vekâlet Sözleşmesi: Borçlar Kanunu'nun 502. maddesine göre Vekâlet Sözleşmesi, vekilin vekâlet verenin bir işini görmeyi veya işlemini yapmayı üstlendiği sözleşme türüdür. Vekil, kendisine sözleşme ile yükletilen işi yönetme veya kabul ettiği işi en iyi şekilde yapma borcu altındadır. Vekâlet sözleşmesinin konusu her türlü hizmet (iş) olabilir. Hizmet ve eser sözleşmesine veya bir başka sözleşme tipine girmeyen bazı hizmetler, vekâlet sözleşmesi olarak değerlendirilmektedir (Reisoğlu, 1983: 12).

Hizmet sözleşmesinde işçinin işverene olan bağımlılık ilişkisi, vekâlet sözleşmesinde aynı derece yoktur. Vekâleti özellikle hizmet sözleşmesinden ayırt etmek için ileri sürülen bir nispi bağımsızlık unsuru, vekilin müvekkilinin menfaatine belli bir sonuca varmak için iş görürken, gayesine erişmek için belli ölçüde bağımsız bir şekilde karar verme zorunluluğunda bulunmasının sonucudur. Özel uzmanlığı gerektiren riskli tıbbi faaliyetlerde bu bağımsızlık genellikle daha geniş olmakla birlikte hekim karar verme özgürlüğünü kullanırken sadakat ve özen yükümlülükleriyle bağlı kalacaktır (Tandoğan, 1985: 26).

Sonuç olarak tedavi sözleşmesinin yürürlülükteki mevzuat ve Yargıtay Kararları açısından Vekâlet Sözleşmesi niteliği taşıdığını kabul etmek uygun olacaktır. Bir tedavi sözleşmenin vekâlet sözleşmesi olabilmesi için şu unsurları taşıması gereklidir.

- Hekimin hastasını tedavi etme borcu altına girmesi,
- Hekimin yaptığı tıbbi müdahalenin yasayla veya içtihatla başka iş görme sözleşmesinin konusunu oluşturmaması,
- Tıbbi müdahale ve tedavinin hastanın menfaatine ve iradesine uygun olarak yapılması,
- Tıbbi müdahale ve tedavide zaman kaydının olmaması,
- İyileştirme garantisinin verilmemesi,
- Tarafların herhangi bir şekle bağlı olmaksızın açık veya örtülü bir biçimde bir tedavi konusunda anlaşmış olmaları gereklidir. (Er, 2008: 46)
- Vekâlet sözleşmesinde vekil, müvekkilin talimatıyla hareket eder. Ancak hekimin hastanın talimatıyla hareket etmesi tıp bilimine aykırıdır. Hekim ile hasta arasında asimetrik bilgi söz konusudur.
- Hekimin özen gösterme borcu, hekim üstlendiği işin güçlüğü ile yaptığı tedavinin gerektirdiği mesleki bilgi ve beceri ile hareket etmek zorundadır. Hekimin tedaviyi tıp biliminin standartlarına göre yürütmesi gerekir. Özen borcu eğitim seviyesi yükseldikçe artmaktadır. Uzman hekimin özen borcu pratisyen hekimin özen borcundan daha fazladır.
- Hekimin tıbbi müdahaleyi bizzat yapma borcu vardır. Hekimin gözetim ve denetimi altında yapılan yardımcı sağlık hizmetlerinden de hekimin bizzat sorumlu olduğu belirtilmelidir
- Hekimin tıbbi müdahaleye ilişkin hastasını aydınlatmakla yükümlüdür.
- Sır saklama yükümlülüğü; hekim hastasına ilişkin tedavi esnasında öğrendiği sırları muhafazayla yükümlüdür (Er, 2008: 46).

“Kendine Özgü Yapıda” Bir Sözleşme Olduğu Görüşü: yapısı kendine özgü olan sözleşmeler, özellikleri bakımından yasada bulunan sözleşme tiplerinden hiçbirine tam olarak uymayan sözleşmelerdir. Bu çeşit sözleşmeler, iyi niyet kurallarına ve uygulamada yaygın olan teamüllere göre yorumlanır. Bu tür

sözleşmelere uygulanacak hükümler, özellikleri bakımından benzerlik taşıdığı sözleşmelere uygulanan hükümlerdir. Gerektiğinde ise Borçlar Kanunu'nun genel hükümleri uygulanır (Yavuz, 1996: 24).

1.3.1.2. Vekâletsiz İş Görme Olması Halinde Tıbbi Müdahale ve Tedavi

Hekim ile hasta arasında geçerli bir sözleşme bulunmadan hekimin tıbbi müdahale ya da tedaviyi hastaya uygulaması durumunda vekâletsiz iş görme durumu meydana gelmiştir. Bunun yanında var olan bir tedavi sözleşmenin yanı sıra hekim tarafından zorunluluk nedeniyle tıbbi müdahalenin genişletilmesi de vekâletsiz iş görme hali meydana gelmiştir. Vekâletsiz iş görme Borçlar Kanunu'nun 526. maddesinde düzenlenmiştir.

Bazı tıbbi müdahalelerde olayın ve tıbbi vaka'nın özelliği gereği, hekim ve hasta arasında "serbest iradeye" dayalı sözleşme ilişkisi kurulamaz. Sözleşmenin olmamasına rağmen hekim, hastanın iradesi olmaksızın ancak hastanın iyileşmesini sağlama amacına yönelik olarak hastaya tıbbi müdahalede bulunabilir (Türkmen, 2009: 49).

Hekime çeşitli yasalarda vekâletsiz tıbbi müdahalede bulunma zorunluluğu vardır. Türk Ceza Kanunun 476. maddesi, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinin 3. maddesi gereğince acil durumlarda hekimin tıbbi müdahale zorunluluğu vardır. Hekimin bu yükümlülükten haklı bir nedenle kaçınması için meşru mazeretinin olması zorunludur, hekimin hastayı reddetme hakkı acil durumlar için geçerli değildir.

Diğer bir vekâletsiz iş görme ilişkisi "müdahalenin genişlemesi" halidir. Hekim ile hasta arasında öncesinde kurulmuş bir tedavi sözleşmesi vardır. Genel olarak bu tıbbi müdahale, cerrahi müdahale ve hastanın anestezi altında, bilinci kapalı olması durumunda geçerlidir. Her ne kadar hekim tarafından hastadan önceden aydınlatılmış onam alınmış olsa da tıp biliminin standartlarında gerçekleşmesi

öngörülmeyen acil müdahale gerektiren durum gerçekleşmiştir. Acil müdahaleye ilişkin hastanın onamı olamayacağından hekimin bu olaya müdahalesi vekâletsiz iş görme hükümlerine göredir. Ameliyatın genişletilmesinde vekâletsiz iş görme hallerinin geçerli olması için şu şartların varlığı aranır:

- Hasta için hastanın rızasının alındığı müdahaleden daha ağır riskler getirmesi söz konusu olan ve beklenmeyen acil durumlarda,
- Hastadan veya kanuni temsilcisinden rıza almak için geçecek süre hasta açısından daha ağır riskler doğuracağı durumlarda
- Ölüm tehlikesi söz konusu olduğunda,
- Tıp mesleğinin standartlarında bu genişletilmenin önceden tahmin edilemez olması durumlarında (Günday, 2009: 12).

1.3.2. Hasta ile Özel Hastane Arasındaki Hukuksal İlişkiler

Hasta ile özel hastane arasındaki sözleşme " Hastaneye Kabul Sözleşmesi" adını alır. Bu sözleşme, özelliği gereği, hastanın tedavi edilmesi amacı doğrultusunda, otelcilik hizmetlerine ilaveten, tıbbi teşhis, tahlil, tetkik, tıbbi müdahale, ağır veya hafif cerrahi işlemler ve benzeri hizmet edimlerini içerir. Doktrinde Hastaneye Kabul Sözleşmesi mahiyetinde birden fazla sözleşmeyi barındırdığından (barındırma sözleşmesi, satım sözleşmesi ve hizmet sözleşmesi) mahiyeti itibariyle "karma sözleşme" tipi olarak da kabul edilmektedir (Hatırnaz, 2007: 41).

Hastanın bir özel hastane işletmesinden tıbbi müdahale ve tedavi hizmetlerinin yanı sıra otelcilik hizmetleri olarak adlandırılan barınma, yeme içme, korunma gibi çeşitli hizmetleri talep etmesi söz konusu olduğunda; tedavi sözleşmesine eklenmiş karma hastane sözleşmesi gerçekleşmiş olmaktadır. Karma sözleşmelerin bir alt grubunu oluşturan ve bir kombine yapı gösteren bu türden

sözleşmelerde ise, taraflardan biri mutlaka hizmet sağlama taahhüdünde bulunan hastane işletmecisi konumundaki gerçek ya da tüzel kişidir (Demir, 2010:151).

1.3.2.1. Tam Hastaneye Kabul Sözleşmesi

Bölünmemiş hizmetleri içeren bir hastaneye kabul sözleşmesinde hastanın tek muhatabı hastane işletmecisidir. Hastane işletmecisinin görevi hem hastanın tıbbı müdahale ve tedavisini sağlamak hem de hastaya hastanedeki diğer hizmetleri yerine getirmektir. Tam hastaneye kabul sözleşmesine dayanarak hastanede yatarak tedavi gören bir hasta özel hukuktan doğan tazminat taleplerini sadece hastane işletmecine karşı ileri sürebilir. Hastanede çalışan hekimlerin, yardımcı sağlık personelinin ve diğer personelin hastaya verdikleri zarar ve kusurlu eylemden dolayı da hastane işletmecisi sorumludur (B.K. madde 100).

Kusura dayanmayan ve sözleşme dışı alanlarda ortaya çıkan haksız eylem nedeniyle sorumluluk bakımından ise, hastane işletmecisi hastane organizasyon yükümüne aykırılık durumlarda kendi kusurlu eyleminden dolayı (Borçlar Kanunu madde 41) sorumludur. Aynı şekilde, tıbbi hizmet alanında olsun olmasın hastaya verilen her türlü zarar nedeniyle her somut olayın koşullarına göre tazmin yükümlüsüdür (Demir, 2010: 157).

1.3.2.2. Hekimlik Sözleşmesi Ekli Tam Hastaneye Kabul Sözleşmesi

Bu sözleşme tipinde de tüm sorumluluk hastane işletmesi tarafından yerine getirilmekle birlikte, hasta ayrıca bir hekim ile ayrıca bir tıbbi bakım sözleşmesi yapmıştır. Bir başka deyişle hastanın hastane ile yaptığı “hastaneye tam bakım sözleşmesi” nin yanı sıra, hastanın hekim ile ayrıca yaptığı “ tedavi sözleşmesi” söz konusudur. Yani burada iki ayrı sözleşme gerçekleşmiştir. Hekim ve hastane işletmecisi hastaya verilen tıbbi müdahale ve tedaviden dolayı Borçlar Kanunu 511/II. maddesine göre müteselsilsen mesul olacaktır (Er, 2008: 70).

1.3.2.3. Bölünmüş-Kısmi Hastaneye Kabul Sözleşmesi

Bu durumda ise hasta ile hastane arasında sadece hastanede barınma, yeme, içme korunma gibi otelcilik hizmetleri sözleşmesi kurulurken, diğer taraftan hekim ile tedavi sözleşmesi kurulmuştur. Hastane işletmecisinin hekimin hastaya vereceği tıbbi müdahale ve teşhisten dolayı sorumluluğu yoktur. Ancak hastane işletmesinin ifa yardımcılığından dolayı hastaya verilen zarardan sorumluluğu vardır (Borçlar Kanunu madde 116). Hastane işletmesinin hastaya sunduğu yardımcı sağlık hizmetleri ve organizasyon kusurundan kaynaklanan sorumluluğu devam etmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM
TEDAVİ SÖZLEŞMESİNDEN DOĞAN HEKİMİN VE HASTANIN KARŞILIKLI YÜKÜMLÜLÜKLERİ

2.1. TEDAVİ SÖZLEŞMESİNDEN DOĞAN BORÇLAR

Tedavi sözleşmeleri, Borçlar Kanunu'nda düzenlenen vekâlet sözleşmesine benzemektedir. Borçlar Kanunu'nda açıkça Tedavi Sözleşmesi adı altında bir sözleşme düzenlenmemiştir. Bir tarafta hekim, diğer tarafta hastanın yer aldığı iki taraflı bu tür sözleşme, hem hekime hem de hastaya çeşitli yükümlülükler yüklemiştir. Hekimin hastasına karşı yükümlülükleri, ağır ve detaylıdır. Tıp Biliminin ve teknolojisinin gelişmesi ile hekimlerin yükümlülükleri de artmaktadır. Diğer taraftan Dünya ve Türkiye'de gelişen hasta hakları düzenlenen yönetmelikle korunmaktadır. Bu bölümde hekimin ve hastanın karşılıklı yükümlülüklerini incelenecektir.

2.1.1 Hekimin Hastaya Karşı Yükümlülükleri

Hekimin en temel yükümlülüğü hastayı sağlığına kavuşturmasıdır. Bu amacı gerçekleştirmek için verilecek sağlık hizmetinin zorunlu kıldığı çeşitli görev ve yükümlülükleri vardır. Hekimlerin görev ve sorumlulukları, bir bakıma hasta haklarının özünü oluşturmakta, adeta madalyonun iki yüzü gibi birbirini tamamlamaktadır (Er, 2008: 73).

Hekimin faaliyet alanında günümüzde büyük genişleme ve farklılaşma gözlenmektedir. Değişen ve gelişen bu koşullar hekimin hasta ile olan ilişkisine de yansımaktadır. Hastanın hekimden beklentileri artmakta, tatmin edilmeyen beklentiler ise çoğunlukla hukuken çözüm beklemektedir. Hekimin en temel hükümlülüğü mesleğini etik ve hukuki kurallara göre icra etmek ve tıbbın

standartlarından sapmamaya özen göstermektir. Hekimin yükümlülükleri aşağıda hukuk ve etik kurallarına göre açıklanmıştır.

2.1.1.1. Hekimin Kişisel İfa ve Edim Yükümlülüğü

Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 16. maddesine göre, tabip veya diş tabibi bir kimsenin sıhhi durumu hakkında ilmi metotları tatbik suretiyle bizzat yaptığı muayene neticesinde edindiği vicdani ve fenni kanaate ve şahsi müşahedesine göre rapor verir. Hekimlik Meslek Etiği Kurallarının 23. maddesinde ise muayenesiz tedavi yasağından bahsetmektedir. Tüzük ve yasa hekimin hastasını bizzat muayene etmeden tıbbi müdahaleye başlamayacağı kuralını getirmiştir (Hakeri, 2007: 82).

Hekim tedavi sözleşmesi uyarınca üstlendiği tıbbi müdahalede hizmetini şahsen yerine getirmekle yükümlüdür. Hekimliğin gerektirdiği tıbbi tedbirlerin alınmasının üçüncü bir kişiye bırakması kural olarak yasaklanmaktadır (Türkmen, 2009: 66) Yardımcı personel, kural olarak ancak hazırlayıcı, destekleyici, tamamlayıcı veya müşterek olarak etkide bulunucu faaliyetlerde hekim tarafından görevlendirilebilirler (Hakeri, 2007: 199). Bu faaliyetlerin dışındaki sağlık hizmetlerini hekimin yardımcı sağlık personeline tevdi etmesi yasaktır. Ancak hekimin gereken durumlarda yardımcı sağlık personeline işlerin bir kısmını havale etmesi mümkünse olsa da (Borçlar Kanunu madde 83), bu yardımcı kişilerin kusurundan da hekim sorumlu tutulmaktadır (Borçlar Kanunu madde 116).

2.1.1.2.Hekimin Öykü Alma Yükümlülüğü

Başarılı bir tedavi için isabetli bir teşhis için de doğru ve gerçek bir "hastalık öyküsü" (Anemnez) alınması zorunludur. Hekim teşhis ve tanı koyma faaliyetinde bulunurken her şeyden önce hastalığın tam bir geçmişini (Anmenese) elde etmeli, hastalığın ortaya çıkışı ve nedenleri üzerinde hastasıyla ve hasta yakınlarıyla istişarede bulunmalıdır (Hancı, 2005: 49).

Yapılan bilimsel bir araştırmaya göre, hastalıkların yaklaşık % 70'inde sadece öykü ile doğru teşhis koymak mümkün olabilmektedir (Hakeri, 2007: 83). Hastalık öyküsü alınması bu denli önemliyken yoğun hasta muayenesi ile karşı karşıya kalan hekimler çoğunlukla hastalık öyküsü almaktan ziyade sağlık harcamalarını arttırıcı etkisi de olan diğer tahlil, görüntüleme yöntemlerini tercih etmektedir. Hastalık öyküsünün yanı sıra ailede hangi genetik hastalıkların bulunduğunun öğrenilmesi amacıyla " aile öyküsü" ve hastanın geçmiş hastalıklarını öğrenmek amacıyla "İlaç Öyküsü"nün alınması hekimin isabetli teşhis koyabilmesi için önemli faktörlerdendir (Hakeri, 2007: 83). Hastada kalıtsal ve bulaşıcı hastalıklar veya kullandığı diğer ilaçların yan etkileri ancak hastanın öyküsü alınmasıyla tespit edilebilecektir Hekimin hastadan hastalık öyküsünü özenle almadan ya da eksik almasından dolayı hastaya yapılan müdahalede tıbbi hata olduğu takdirde hastanın uğradığı zarardan dolayı hekim, hem hukuki hem de cezai bakımdan sorumluluğu olacaktır.

2.1.1.3. Hekimin Hastayı Muayene Yükümlülüğü

Hekim hastadan hastalık öyküsünü özenle ve ihtimamla aldıktan sonra hastanın muayenesini modern teşhis araç ve imkânlarıyla muayene etmek zorundadır. Muayene etmek hekimin en temel yükümlülüklerindendir. Muayene, hastalık başlamadan tedbiren yapılırsa "önleyici muayene", mevcut bir hastalığa teşhis koymak amacıyla yapılırsa "teşhis muayenesi", tıbbi müdahale ve tedavi sürecinde ve sonrasında yapılırsa " kontrol muayenesi" adını alır (Türkmen, 2009: 68).

Uygulamada muayene hatası neticesinde hastada var olan kanserin bir yıl geç tespit edilmesine neden olunan bir vakada, hekimin gecikmesinden dolayı hastaya manevi tazminat ödenmesine hükmedilmiştir (Hakeri, 2007: 84).

2.1.1.4. Hekimin Hastaya Tanı (Teşhis) Koyma Yükümlülüğü

Tanı, hekim tarafından gerçekleştirilen tüm muayene, tetkik, tahlil ve araştırmalar neticesinde hastalık konusunda ulaşılan kanı ve varılan nihai yargıdır (Er, 2008: 73). Hekim doğru teşhisi koyabilmek ve ileride doğabilecek davalardan kurtulabilmek için o hastalığa ilişkin tıbbi standartlar içinde uygun tüm tanı yollarını ve kaynaklarını tüketmelidir. Bir teşhisin konulamaması durumunda ise diğer tıbbi yöntemleri de denemek zorundadır. Uygulamada mahkemelerin yerleşmiş içtihadı, teşhis hatalarının başka hiçbir koşul aranmaksızın uygulama hatası olduğu yönündedir. Hatalı teşhisin yanı sıra teşhisin eksik olması da uygulama hatası olarak kabul edilmektedir (Hakeri, 2007: 84).

Hekim, hastanın ilk hastalık öyküsünü aldıktan sonra "geçici teşhisini" koyar, gerekli tıbbi tahlil ve röntgen, mikroskobik tetkikleri kullanılmasından sonra ise "kesin teşhisini" belirler. Hekimin yanlış teşhis nedeniyle tıbbi hata endişesi çoğu zaman sağlık harcamalarının artmasına neden olan faktörlerdendir. Yapılan aşırı ve yüksek riskli tetkikler kimi zaman hastayı olumsuz yönde etkileyerek, hastaya zarar verebilmektedir. Bu durumda hekimin sorumluluğu tartışılmaktadır.

Hekimin hastasına ilişkin teşhisi uzaktan koyması da yasaktır. Hekim tedaviyi güven ilişkisi içinde bizzat yürütmelidir (Borçlar Kanunu madde 506/I.III). Aksine davranış sorumluluğunu gerektirir. Nitekim doğum servisine yatırılan ve sadece ebelerce görülen ve muayene edilmeden hekim tarafından taburcu edilen hamile kadının ölü doğum yapması olayında Yüksek Sağlık Şurası hekimi kusurlu görmüştür (Hancı, 2005: 49–50).

2.1.1.5. Hekimin Uygun Tedavi Yöntemini Seçme Yükümlülüğü

Tedavi, teşhisi konulan bedensel ve ruhsal hastalıkların tamamen veya kısmen iyileştirilmesi, hastanın şikâyetlerinin ortadan kaldırılması ve fiziksel bozuklukların giderilmesidir (Türkmen, 2009: 69). Hekim mesleğini icra ederken özgürdür,

tedaviyi üstlenip üstlenmeme konusunda istisnalar dışında hastayı reddetme hakkı vardır. Tıbbi Deontoloji Tüzüğünün 18. maddesine göre "tabip veya diş tabibi acil yardım, resmi veya insani vazifesinin ifası halleri hariç olmak üzere, mesleki veya şahsi sebeplerle hastayı bakmayı reddedebilir." Ancak bu durum sadece bağımsız çalışan hekimler için geçerlidir. Bağımsız çalışan hekimler acil durumlar dışında tıbbi müdahaleyi gerektiren bir vakayı üstlenip üstlenmemekte serbesttirler. Bağımlı çalışan hekimlerin ise böyle bir tercihte bulunma durumları söz konusu değildir (Er, 2008: 75).

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi madde 13'göre hekim, öteden beri bilinen ve uygulanan tıbbi yöntemlere göre tedaviyi serbestçe ve mesleki sorumluluğu altında yapmak durumundadır. Hekim hastanın arzusuna uyarak ya da başka nedenlerle tedavi amacına yönelik olmayan tıbbi girişimlerde bulunamaz. Hekim hastalığa ilişkin teşhisini en son bilimsel gelişmeler ışığı altında, en hızlı bir şekilde koyduktan sonra söz konusu hastalığın tedavisi için birden fazla tedavi yöntemi varsa bunlardan istediğini seçebilir. Ancak seçtiği yöntem riski en az, başarı şansı en fazla olan olmalıdır.

Bilimsel kanıtları dayanan yöntemlerin de bazı riskler taşıdığı ve bazen komplikasyonlara yol açması kaçınılmazdır. Her yöntemin mortalite (ölüme neden olma) ve morbidite (sakatlığa sebep olma) riski vardır ancak bu riskler üstelenilebilecek kadar düşüktür. Oysa üzerinde çok az veya hiçbir bilimsel çalışma olmadan, sadece hekimin inanç, gözlem ve beklentilerine göre belirlenen bir yöntemle üstlenilecek risk bilinemez (Özlü, 2005: 99).

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 27. maddesine göre, geleneksel tedavi yöntemlerinin faydalı olamayacağının anlaşılması üzerine yeni tedavi yöntemlerini uygulamak mümkündür. Bunun için deney hayvanları üzerinde denenmiş olan yeni tedavi yöntemine hastanın da aydınlatılmış onamı alınmalıdır.

2.1.1.6. Hekimin Hastanın Rızasını Alma Yükümlülüğü

Hekim hastaya tıbbi müdahalede bulunmadan önce hastadan veya kanuni temsilcisinden rızasını almalıdır. Bu konuyu yukarıda Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluk Şartlarında ayrıntılı incelediği için burada ayrıca incelenmeyecektir.

2.1.1.7. Hekimin Hastaya Reçete Yazma Yükümlülüğü

Hekim hastasını bizzat muayene ederek TDN 16. maddesine göre tedavisi için en iyi sonucu temin edecek ilaç reçetesini yazmakla yükümlüdür. Reçete yazılması sırasında da hekimlerin yükümlülükleri söz konusudur. Hekim ilaç yazarken, en yararlı, en az maliyetli olanların yanı sıra; bağımlılığa neden olup olmayacağı gibi hususları göz önünde bulundurmalıdır. Hekim hastasının istediği ilacı yazmak zorunda değildir; ısrar durumunda hekimin tedavi sözleşmesini tek taraflı feshetme hakkı vardır (Er, 2008: 77).

Uygulamada Sosyal Güvenlik Kurumu hekimin reçete yazma özgürlüğüne ekonomik nedenlerle dolaylı bir yolla müdahale etmektedir. Hekim kendi seçtiği tedavi yöntemini sırf ekonomik koşullar nedeniyle daha az faydalı olacak ilaca değişmemelidir. Aksi takdirde doğacak zarardan hekim sorumlu olacaktır.

2.1.1.8.Tedavi Sonrası Hastayı Kontrol Yükümlülüğü

Hekimlerin yükümlülüklerinden bir diğeri de tedavi sonrasında da hastayı kontrol etmesidir. Özellikle cerrahi operasyonlardan, kanser ve benzeri ağır hastalıklardan sonra hastanın kontrol edilmesi tıbbi bir zorunluluktur. Kontrol yükümlülüğünün ihmali hastalığın yeniden nüksetmesine sebep olabilir. Kontrol yükümlülüğünü yerine getirmeyen hekim hukuken sorumlu olacaktır.

2.1.1.9. Sır Saklama Yükümlülüğü

Sır saklama yükümlülüğünün en temel dayanağı Anayasa'nın " Özel Hayatın Gizliliği ve Korunması" başlıklı 20. maddedeki herkesin özel hayatına ve aile hayatına saygı gösterilmesini isteme hakkına dayanmaktadır. Özel hayatın ve aile hayatının mahremiyetine dokunulamayacağı şeklindeki ifadelerden hastanın da insan olması nedeniyle bu haklardan faydalanacağı tartışılmaz bir gerçektir.

Hekime, mesleğini yürütürken, hastasını tedavi ederken vakıf olduğu sırları ifşa etmemeyi mükellefiyet olarak yükleyen ulusal ve uluslar arası mevzuat ve bildirge hükümleri de vardır (Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi madde 4, Hasta Hakları Yönetmeliği madde 21, Türk Tabipler Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları madde 31, Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı madde 8) (Türkmen, 2009: 70).

Hekimlerin hastasını tedavi sürecinde edindiği bilgileri 3. kişilerle paylaşmaması aynı zamanda tedavi sözleşmesinin niteliğinden de kaynaklanmaktadır. Hekimin bu yükümlülüğü Türk Ceza Kanunu'nda "Özel Hükümler/ Kişilere Karşı Suçlar/ Özel Hayata ve Hayatın Gizli Alanına Karşı Suçlar" bölümünde yer alır. Düzenlemeye göre, verileri hukuka aykırı olarak bir başkasına veren, yayan veya ele geçiren kişi, bir yıldan dört yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır (Er, 2008: 93).

Sonuç olarak hekim hastasına ilişkin tedavi esnasında öğrendiği bilgileri başkalarıyla paylaşır ve hasta bu durumdan maddi ve manevi zarara uğradığını ispat ederse, hekim aleyhinde hem maddi ve manevi tazminat davası açabileceği gibi hem de cezalandırılması için şikâyette de bulunabilir. Kanunda sayılan bazı hallerde ise hastaya ilişkin bilgilerin hekim tarafından yetkili makamlara verilmesi sırrın ifşası değil, yasal zorunluluktur. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu madde 57, 97, 107, 114'e göre kamunun sağlığını tehlikeye düşürecek hastalıkların tespiti durumunda durumun derhal yetkili makamlara bildirilmesi lazımdır.

Hastanın bilinci açıkken sağlığına ilişkin bilgilerin ailesine veya yakınlarına hastanın rızasına rağmen verilmesi hukuka aykırıyken, hastanın bilinci kapalıyken ailesine bilgi verilmesinde hukuka aykırılık gözetilmez. Hastanın üstün yararı hukuka uygunluk nedeni olarak kabul edilir.

2.1.1.10. Hekimin Gerektiğinde Tedaviyi Durdurma Yükümlülüğü

Burada ele alınan konu, hastanın dilediği zaman tıbbi müdahaleyi durdurma ve reddetme hakkını kullanmasına ve hekimin bu karara uyma yükümlülüğüdür. Reddetme ve durdurma kavramları eşanlamlı değildir. Tedavi henüz başlamadan hasta tarafından tıbbi müdahaleye rıza verilmez ise bu tedaviyi reddetme hakkıdır; ancak tedavi için baştan rıza verildiğinde ve hasta bazı müdahaleler için rıza vermiş ve tedaviye başlanmış ise ve hasta belli bir süre sonra tedavinin sonlandırılmasını istemişse bu tedaviyi reddetme durumudur.

Hastaya müdahalenin durdurulması halinde neler olacağı hekim tarafından ayrıntılı olarak anlatıldıktan ve bu konuya ilişkin hastanın müdahaleyi reddettiğine veya durdurulmasına ilişkin hasta tarafından imzalanmış belge alındıktan sonra hekimin hukuki veya cezai hiçbir sorumluluğu kalmayacaktır. Aksine hastanın müdahaleyi durdurma veya reddetme talebine; verilen rızanın geri alınmasına rağmen müdahalenin devam etmesi hekimin hukuki ve cezai sorumluluğunu gerektirecektir.

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin konuyu ele aldığı 25. maddede "Tedaviyi Reddetme ve Durdurma" başlığı altında "Kanunen zorunlu olarak haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere, hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulamakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde tedavinin uygulanmasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir. Bu hakkın kullanılması

hastanın sağlık kuruluşlarına tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılmaz" şeklinde düzenlenmiştir.

Anayasanın 17/1, 2, 3'de "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 onuruyla bağdaşmayan bir cezaya ve işleme tabi tutulamaz" hükmü düzenlenmiştir. Onurlu bir yaşam sürmek, ancak sahip olunan hakların kişi tarafından kendi geleceğini belirleme hakkı çerçevesinde kullanılması ile mümkündür. Aslında kişi, sahip olduğu vücut ve beden bütünlüğü, dolayısıyla sağlıklı olma hakkı ile kendi bedeni üzerindeki hakların korunmasını ister (Sert, 2004: 51).

2.1.1.11. Hekimin Tedaviyle İlgili Kayıt Tutma Yükümlülüğü

Hastaya ilişkin tıbbi kayıtların tutulması binlerce yıl öncesine dayanır. M.Ö 628–627 yılları arasında Mezopotamya'da yaşayan Kral Asurbanipal dönemine ait olduğu sanılan 30.000 Tabletin 660'ı tıbbi kayıtlardı. Hammurabi Dönemi, tıbbi kayıtların anlaşılır ve düzenli bir biçimde tutulduğu ilk dönemdir (Er, 2008: 216).

Hekimin tedaviye ilişkin kayıt tutma yükümlülüğüne anemnez kayıtları, teşhis ve tedaviye ilişkin bilgiler, izleme raporları, epikriz raporları, laboratuar bilgileri girmektedir. Hekimin hastaya ilişkin her düşüncesini belgelemesi beklenemez. Bu dokümantasyondaki hata ve eksikliklerden hekim sorumludur. Ayrıca dokümantasyon yükümlülüğü bağımsız bir yan edim yükümü olarak dava edilebileceği gibi ihlali ile ortaya çıkan zararın, maddi ve manevi olarak tazmin edilmesi de gündeme gelebilecektir (Zeytin, 2007: 110).

2.1.1.12. Özen Gösterme Yükümlülüğü

Hekimin özen gösterme yükümlülüğü, tedavi sözleşmesinin uygulamada ve doktrinde Borçlar Kanunu'nundaki Vekâlet Sözleşmesi hükümlerine göre değerlendirildiği için vekilin " iyi bir surette ifa " dan " sadakat ve özenle ifa" olarak anlaşılması gerektiği hakim görüş tarafından kabul edilmektedir (Başpınar, 2007: 27).

Hasta Hakları Yönetmeliğinin "Tıbbi Özen Gösterilmesi" başlıklı 14. maddesinde "Personel, hastanın durumunun gerektirdiği tıbbi özeni gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak mümkün olmadığı takdirde, ıstırabını dindirmeye veya azaltmaya çalışmak zorundadır." Hekimin özen borcu, asıl edimin ifası için gerekli olan ve hekimden beklenen ortalama dikkat ve itinanın gösterilmesidir. Özen borcu, hekimin, gerek teşhisi koyup gerekse bu teşhise en uygun tedavi metodunu seçmesinde ve gerekse seçilen bu metodun uygulanmasında dikkate alınması gereken genel bir borçtur (Hancı, 2006: 157).

Hekimin özen borcu sadece tıp ilminin kuralları ile sınırlı değildir. Gerçekten de özen borcu, teknik tıp kuralları ile bunları hukuka uygun hale getiren tüm mevzuat ve deontoloji kurallarının uygulanmasında da söz konusu olan bir borçtur (Başpınar, 2007: 27).

"Kime göre özen?" sorusu, özen borcunun tür ve derecelerini belirlemeye yarar. Bu açıdan özen borcu, doktrinde, dış özen, iç özen, objektif özen, sübjektif özen, vekilin kendi işlerinde gösterdiği özen, mesleki özen-şahsi özen olmak üzere, çeşitli alt ayrımlara ayrılmaktadır (Başpınar, 2005: 172). Objektif özen, aynı eğitim düzeyindeki, ortalama bir hekimin aynı hal ve durumda göstereceği ortalama dikkat ve özendir. Pratisyen hekimler pratisyen hekimlerle uzman hekimler dâhil olduğu ihtisas alanında ki ortalama uzman hekimlerle kıyaslanmalıdır.

Diğer bir hususta hekimin eğitim seviyesi yükseldikçe beklenen özen borcunun orantısal olarak artmasıdır. Şöyle ki pratisyen hekimden beklenen özen

borcuyla uzman hekimden beklenen özen borcunun derecesi aynı olmayacaktır. Uzman hekim ile pratisyen hekim aynı derecede özen derecesinden sorumlu tutulamaz (Özay, 2006: 67).

Özen borcu, hekimin hastalığın tedavisinde uygun metodun seçiminde de kendisini gösterir. Buna göre hekim, tedavi için en uygun metodu seçmede de aynı şekilde özenli davranmak mecburiyetindedir. "En uygun metod" ise, tedavisi yapılacak hastalık için riski en az, buna karşılık başarı şansı en yüksek olan metoddur. Hekim bu konuda doktrinde " en güvenilir yol ilkesi " adıyla anılan ilkeyi takip etmelidir (Ayan, 1991: 66).

Tıbbi müdahalenin türü de beklenen özen derecesini belirleyen diğer bir faktördür. Cerrahi müdahaleler daha riskli olmaları sebebiyle daha hafif tıbbi müdahalelere göre daha yüksek bir özen gerektirmektedir.

2.1.1.13.Hekimin Tıbbi Standartlara Uyma Yükümlülüğü

Hekimlik (Tıp) standartları özellikle, tıp etiğinin temelini oluşturan ve hastanın yararını, iyilik ve esenliğini sağlamaya yönelik bir ilke (In dubia pro vita: kuşku durumunda yaşam lehine yorum ilkesi) doğrultusunda hekimlerin hareket etmesini, yani hasta yönünden faydası olmayan ya da onu aşırı yük altında bırakacak ve etkisiz kalacak önlemelere başvurul (a) mamasını öngörür.

Sonuç olarak tıbbi standart, en son tıp bilgisinin, teorik ve bilimsel bilgi birikim düzeyi ile bir tıbbi tedavinin amacına ulaşabilmesi için gereken ve deneysel tıp alanında da kanıtlanıp, bilim çevresinde kabul görmüş deneyimlere dayalı mevcut durumudur (Demir, 2010: 48).

Bu noktada hekimlik mesleğinin ifasında hekimin tedavi serbestliğinin sınırı hekimlik standartlarıdır. Hekimlik standartlarının içinde kabul gören tedavi serbestliği ilkesi bu standartların dışına çıkılmasıyla birlikte hekimin hukuki ve cezai

sorumluluğu başlayacaktır. Tıbbi standartlar önceden belirlenen genel geçer soyut bilgilerden ziyade her somut olayda hastalığın türü ve konusuna göre belirlenecektir.

2.1.1.14. Tedaviyi Üstlenmekten Kaçınma Yükümlülüğü

Hekimler kendi uzmanlık alanlarını veya deneyim ve bilgi düzeylerini aşan, ya da gerekli cihaz ve araç gereçlerin yetersiz kaldığı vakalarla karşılaştığında, acil bir tıbbi müdahale söz konusu değilse, bu tür durumlarda hastaya gerekli hizmeti verebilecek yere veya hekime göndermek durumundadır (Er, 2008: 96). Hekimin tedaviyi üstlenmekten kaçınma yükümlülüğün sınırı aciliyet durumudur. Yaşamsal tehlikenin olduğu bir durumda hekimin uzmanlık alanının dışında da olsa bile tedaviden kaçınmasının aksine; müdahale yapma yükümlülüğü vardır. Gerekli tıbbi müdahaleyi yapmadığı takdirde hekimin hukuki ve cezai sorumluluğu doğacaktır.

2.1.2 Hastanın Yükümlülükleri

Hasta haklarının ihlal edilme durumu en çok sağlık hizmetlerinin kullanımı sırasında gündeme gelir. Tıbbi hatanın meydana gelmesinde, hastanın üzerine düşen yükümlülükleri yerine getirmemesi de neden olmaktadır. Bu bakımdan hasta hakları hastanın üzerine düşen yükümlülüklerle birlikte ele alınmalıdır (Sütlaş, 2000: 116).

Hastanın hekimle işbirliği yapma yükümlülüğü, tedavi sürecinin başarılı sonuç vermesi için, her şeyden önce, hastanın müdavi hekimle iyi niyetli bir işbirliği ve dürüst bir diyalog içinde bulunması gerekir. İşbirliği ve olumlu diyalogla kastedilen; tedavide başarı elde edilmesi için hastanın elinden gelen tüm çabayı göstermesidir (Hakeri, 2007: 259).

Hastanın yükümlülüklerinden en önemlisi, hekimin tavsiyelerine uyma yükümlülüğüdür. Hastanın yükümlülüklerinden en önemlilerinden biriside hekimin öneri ve tedaviye ilişkin talimatlarına uymaktır. Tedavi süreci içinde hastanın,

hekimin dediklerini yerine getirmek, getirdiği kısıtlama ve yasaklara uygun davranmak, alınmasını istediği ilaçları aksatmadan almak gibi yükümlülükleri söz konusudur (Er, 2008: 97). Hastanın hekimin tavsiye ettiği şekilde ilaçlarını kullanmaması durumunda tedavinin başarısızlıkla neticelenmesi durumunda hekime atfedilecek bir kusur söz konusu olmayacaktır.

Hastanın bir diğer yükümlülüğü de gerekli bilgi ve belgeleri dürüstçe verme yükümlülüğüdür. Hasta ya da kanuni temsilcisi, hastalıkla ilgili gerekli tüm bilgileri ve belgeleri hekimine ya da sağlık kurum ve kuruluşuna vermekle yükümlüdür. Hastayla veya hastalıkla ilgili doğru ve gerçek bilgi ve belgeler teşhis, tanı ve tedavide hata yapılmasına yardımcı olacaktır (Özkan ve Akyıldız, 2008: 53).

Hastanın hekime hastalığına ilişkin hastalık öyküsünü gerçeğe uygun bir biçimde ve tam olarak verme yükümlülüğü vardır. Hastalık öyküsünün eksik ya da yanlış verilmesi durumunda hekim yanlış yönlendirilmiş olacağından tanı ve teşhisteki gecikmeden doğacak zarardan hekimin kusuru tartışmalı hale gelecektir.

Hastanın ücret ödeme yükümlülüğü: özel sektörde sağlık hizmeti veren kişi veya kuruluşlar prensip olarak hastadan ücret alırlar. Ülkemizde kendi nam ve hesaplarına çalışan hekimler gerektiğinde illerin Tabip Odalarınca belirlenen ve Türk Tabipler Birliği tarafından onaylanan asgari ücret tarifesine göre ücret alırlar (TTBK, madde 28/II). Ancak taraflar bu ücretten daha yüksek bir ücretle de anlaşabilirler.

Hekimlik Meslek Etiği Kurallarının 29. maddesine göre, “Hasta ücret konusunda önceden hekimden bilgi alabilir. Hekim tüm muayene, tetkik, tıbbi ve cerrahi girişimlerde meslek örgütünün belirlediği taban ücretin altında bir ücret alamaz. Taban ücretin altında ücret alınması Tıbbi Deontoloji Tüzüğü ile de engellenmiştir (TDN, madde 32).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
TIBBİ MALPRAKTİS TANIMI VE KOMPLİKASYON AYRIMI

3.1. MALPRAKTİSİN TANIMI

Malpraktis kavram olara tıbbi meslek kusuru ya da kısaca, tıbbi hata olarak ifade edilir (medical malpractice) ve hekimin mesleğini ifa ederken yapmış olduğu tıbbi hataya ilişkin hekimin hukuksal sorumluluğunun temelini ifade eder (Büken, 2003: 163).

Tıbbi uygulama hataları çok geniş kapsamlı bir kavramdır. Bu kavramın içinde hekimin tıbbi müdahalesinin her bir aşamasında (teşhis, tedavi, muayene, cerrahi müdahale vb) hekimin mesleğini ifa ederken hatalı veya özensiz davranması söz konusudur.

Doktrinde tıbbi kusur ya da hekimlik meslek kusuru, tıp biliminin teorik ve uygulamalı alanında tıbbi ve hekimlik standartlarına aykırı bir biçimde ihmali veya kasıtlı bir şekilde gerekli dikkat ve özenin gösterilmemesi suretiyle ihmal edilmesidir. Tıbbi kusur kavramının yerine de kullanılan tıbbi tedavi hatası içeriğinde teşhis veya terapi hatasını, hastanın yeterince aydınlatılmamamsını ve organizasyon hatasını da barındırır (Demir, 2010: 419).

3.1.1. Dünya'da ve Türkiye'de Tıbbi Malpraktis

Malpraktis kavramı ilk defa 1768 yılında İngiltere'de yayınlanan Sir William Blackstone tarafından kaleme alınan "İngiltere Kanunları Üzerine Yorumlar" isimli eserinde kullanılmıştır. Bu tarihe kadar tıbbi müdahalede ortaya çıkan istenmeyen durumlar "ilahi takdir" olarak kabul görmüştür. Ancak 1800 yılından sonra Amerika ve Dünya'da değişen sosyal ve ekonomik koşullar nedeniyle 1847 yılında kurulan The American Medical Association tıp eğitimi ile tıbbi standartlar oluşturulmaya

başlanmış ve bu standartların dışında yapılan müdahaleler sonucunda oluşan zarar "malpraktis" olarak kabul edilmiştir (Özgönül, 2010: 16).

Dünya Tabipler Birliği (The World Medical Association) 1992 yılında "Tıpta Hatalı Uygulama" konulu bildirisinde tıbbi uygulama hatalarını, hekimin tıbbi müdahale sırasında standart uygulama yapmaması, beceri ve özen eksikliği veya hastayı tedavi etmemesi ile oluşan zarar olarak tanımlamıştır (Günday, 2009: 28).

1960'dan önce ABD'de her yedi hekimden biri meslek hayatı boyunca dava edilmekteyken günümüzde ise yılda her yedi hekimden birinin dava edildiği tahmin edilmektedir. Yakın bir zamanda Amerika'da yapılan bir ankette Amerikalı hekimlerin % 42'sinin dava edilmesi endişesiyle mesleki davranış değişikliğine gittiği bildirilmiştir. 20. yüzyılda tıbbi hata nedeniyle açılan davalarda artış olmuştur. Örneğin 1997'den 1998'e kadar açılan davaların artış hızı % 50'dir (Özgönül, 2010: 17,18).

OECD tarafından 2005 yılında hazırlanan " Insurance Covarage of Medical Malpractice in OECD Countries" isimli raporda tıbbi malpraktisten dolayı hekimler aleyhine açılan davalarda artış olduğunu, ancak hekimin malpraktisten dolayı ceza alabilmesi için hekimin kusurunun mağdur tarafından ispat edilmesi gerektiği belirtmiştir (Günday, 2009: 29).

Hekimler aleyhine malpraktisten dolayı açılan davaların yanı sıra malpraktisten zarar gören hastaların sayısı da kayda değer oranda artmıştır. Amerika'da her yıl 250.000 kişi malpraktis sonucu yaşamını kaybetmiştir. Bu hastalardan:

- 12 bini gerekmediği halde ameliyat olduğu için,
- 7 bini hatalı ilaç verilmesinden,
- 31 bini hastanedeki diğer hatalardan,
- 80 bini hastane enfeksiyonundan,

- 12 bini ilaçların yan tesirinden

Dolayı yaşamlarını kaybetmiştir (Günday, 2009: 29, 30).

Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı'nca 1998 yılında hazırlanan "Hasta Hakları Yönetmeliği" bu konuda atılan önemli bir adımdır. Ancak ülkemizde tıbbi standartların belirlendiği bir çalışma hazırlanmamış olmakla beraber bu konuda çalışmalara başlanılmıştır.

Erhan Büken ve İstanbul Tabipler Odası'nın yapmış olduğu bir çalışmada, 1990–2000 yılları arasında en çok tıbbi hatayı yapan kurumların oranı şu şekildedir:

- Devlet Hastanesi % 40,18
- Özel Hastaneler % 18,69
- SSK Hastaneleri % 14,95
- Üniversite Hastaneleri % 7,47

O yıllarda Sağlık Bakanlığı'na henüz devredilmemiş olan Sosyal Sigorta Kurumu Hastaneleri, Devlet Hastanelerinden ayrı olarak ölçülmüştür. Günümüzde Sağlık Bakanlığı'na devredilen ve devlet hastanesi adı altında hizmet veren Sosyal Sigorta Kurumu Hastaneleri ile toplamda %55,13 ile Devlet Hastaneleri ilk sırayı almıştır. En az tıbbi hatayı ise Üniversite Hastanelerinin yaptığı gözlenmiştir. Özel Hastaneler ise o dönemde Sosyal Güvenlik Kurumuna bağlı hastaları tedavi etmek için sözleşme yapmadığı için tedavi ettiği hasta sayısı bu güne göre daha azdır.

Yine aynı çalışmada 1990–2000 yılları arasında tıbbi hatanın yapıldığı alanların istatistiksel oranı şu şekildedir:

- Kadın Doğum Uzmanı : % 16,8
- Genel Cerrahi Uzmanı : % 10,6
- Nöroloji-Nöroşirurji : % 10,5
- Anestezi : % 9,4

- İç Hastalıkları Uzmanı : % 8,9
- Ortopedi Uzmanı : % 6,6
- Kulak Burun Boğaz Uzmanı : % 4,4
- Göz Hekimi : % 4,4

Yapılan tıbbi hatanın sebeplerinin başlıcaları ise şunlardır:

- Hatalı teşhis,
- Geciken Tanı,
- Geciken tedavi
- Zorunlu testlerin yapılmaması,
- Ameliyat uygulamasında hata,
- Yanlış ilaç tedavisi,
- Hatalı tedavi

(Büken,www.doktorsorumluluk.com/doktor_sigorta_tanitim.pps)

3.1.2. Malpraktise Karşı Hekimlerin Davranış Modelleri

Dünya'da ve Türkiye'de gelişen hasta hakları ve hasta beklentileriyle birlikte hekimler aleyhine açılan davalar neticesinde hekimler tıbbi müdahalede bulunurken aleyhine dava açılmasından endişe eder hale gelmiştir. Hekimler bu endişeyi bertaraf etmek için çeşitli davranış modelleri ortaya koymaktadır.

Doktrinde " Defansif Tıp, Çekinik Tıp, Savunmacı Tıp, Temkinli Tıp" da denilen "Savunmacı Tıp" kavramı ilk olarak 1970'li yıllarda Amerika'da ortaya çıkmıştır. Hekimin yaptığı tıbbi müdahaleye ilişkin hasta tarafından aleyhine açılacak dava tehdidinde kendisini korumak amacıyla tanı ve tedaviye yönelik tıbbi işlemleri gereksiz yere kullanması bu davranış şeklinin en temel özelliğidir. Malpraktis davası ile sonuçlanma riski yüksek olan müdahalelerden kaçınmak ve sorumluluk almamak için başka hekimlere veya sağlık merkezlerine yönlendirme şeklinde de davranış modelleri de bulunmaktadır.

Bu davranış modellerinin iyice analiz edilmesi gereklidir. Çünkü hekimlerin bu endişeleri başta sağlık harcamalarını arttırmakta, kaynakların israf edilmesine sebep olmaktadır. Bu davranışlardan bazılarını şu şekilde özetleyebiliriz:

- Tıbbi standartlarda belirtilenden daha fazla laboratuar, görüntüleme vb tetkik istemek,
- Fazla ilaç yazmak,
- Tanı ve tedavi için fazla konsültasyon istemek,
- Daha detaylı kayıt tutmak,
- Hastaya standartlardan daha fazla vakit ayırarak hastalık öyküsü almak, açıklama yapmak vb
- Daha fazla vizite yapmak,
- Riskli hastaların tedavisini üstlenmeyerek başka hekime yönlendirme,
- Dava etme olasılığı olan hastaları tedavi etmekten kaçınma,
- Komplikasyon riski yüksek olan tedavilerden kaçınma (Özgönül, 2010: 17, 18, 19, 20).

3.2. KOMPLİKASYON TANIMI VE MALPRAKTİSTEN AYRIMI

Bir tıbbi müdahalede müdahaleye bağlı olarak gerçekleşmesi istenmeyen ama gerçekleşmesi kaçınılmaz olan bazı zararlar olabilmektedir. Buna tıbbi komplikasyon denilir. Uygulamada tıbbi müdahale esnasında meydana gelen belli başlı tıbbi komplikasyonlar şunlardır:

- Hücre kanlanması,
- Kemik kırılmaları,
- Enfeksiyonlar,
- Felçler,
- Trombozlar,
- Emboliler,

- Dengesizlik ve kararsızlıklar,
- Yara tedavisi arızaları,
- İç organ zedelenmeleri
- Bağırsak tıkanması
- Cerrahi Komplikasyonlar vs,

Ancak komplikasyon kesinlikle hekimin sorumsuzluk alanı değildir. Hekimin bu sayılan hallerde bile yüksek özen, dikkat ve tıbbi standartlara uyup uymadığı araştırılmalıdır. Tıp hukuku anlamında komplikasyonda malpraktisten farklı olarak herhangi bir uygulama hatası yoktur. Komplikasyon, tıbbi standartların gerektirdiği dikkat ve özenle yapılsa bile işin doğası gereği kaçınılmaz olan istenmeyen durumdur. Tıbben kabul edilebilir risk ve kaçınılmaz durumundan dolayı hekimi sorumlu tutmak mümkün olmamakla birlikte sorumsuzluğun kabul edilebilmesi için riskin tam olarak kontrol edilmemesi gereklidir. Önceden öngörülebilen ve dolayısıyla kaçınılması mümkün olan riskler bu kapsamda değerlendirilmemelidir (Demir, 2010: 42, 43).

Diğer taraftan uygulamada komplikasyon – malpraktis ayrımında yaşanan güçlükler karşısında her tıbbi olayın özel durum ve koşullarına göre değerlendirilmesi zorunludur. Sonuç olarak komplikasyon – malpraktis ayrımının matematiksel bir ayrımı bulunmamaktadır ve her durum ayrı ayrı uzman bilirkişiler vasıtasıyla değerlendirilmelidir.

3.3. MALPRAKTİSTEN KAYNAKLANAN HUKUKİ SORUMLULUK

Hekimlerin tıbbi müdahale sırasında yapmış oldukları hizmetler esnasında ceza hukuku yönünden bir kusurları olduğunda, cezai sorumluluk doğmakta ve izleyen kısımda açıklanacağı üzere, devletin ceza yaptırımları ile karşı karşıya kalınabilmektedir. Hekimlerin mesleklerini ifa ederken yapmış oldukları tıbbi hatalar neticesinde cezai sorumluluklarına ilaveten, özel hukuk açısından da

sorumlulukları bulunmaktadır. Hekim hatalı tıbbi müdahale nedeniyle zarara uğrattığı kişilerin zararlarını tazmin etmek zorundadır.

Hukuk davaları, ceza davalarının neticesine bağlı değildir. Hekimin hatalı tıbbi uygulaması nedeniyle ceza davasından beraat etmiş olsa bile aleyhine tazminat davası açılabilir.

Sorumluluk konusu hukukçular arasında genellikle iki açıdan ele alınmakla birlikte, üç ana bölümde irdelenmesinin daha uygun olacağını ileri sürenlerin bulunduğu da görülmektedir. Bu görüşte olanlara göre ana sorumluluk bölümleri şunlardır:

- Ceza açısından sorumluluk,
- Tazminat açısından sorumluluk,
- Etik kurallar açısından sorumluluk.

Bu çalışmanın konusu sadece hukuki ve cezai sorumlulukla sınırlı olduğu için, bu çalışmada "Etik Kurallar Açısından Sorumluluk" kısmı incelenmeyecektir.

3.3.1. Sözleşme Olması Halinde

Hekimin hatalı tıbbi müdahalelerden doğan hukuki sorumluluğu özel kanunlarda düzenlenmediği daha önce belirtmişti. Borçlar Kanunu'nun "haksız fiil sorumluluğu", "sözleşmeye aykırılık" ve "vekâlet" ile ilgili maddeleri hekimlerin hukuki sorumluluğunun kaynaklarındadır.

Hekim ile hasta arasında örtülü veya açık bir biçimde kurulan sözleşmenin, "tedavi sözleşmesi" veya "hastane kabul sözleşmesi" olması, konunun özü bakımından bir fark yaratmaz. Herhangi bir sözleşme dolayısıyla hukuki

sorumluluğun doğması için bazı unsurların mevcut olması gerekir. Bunlar dört başlık altında toplanabilir:

- Sözleşme hükmüne aykırı davranış,
- Zarar,
- Kusur,
- Uygun illiyet (nedensellik) bağı,

Sözleşmede aykırı davranılan konunun, sözleşmenin ana edimi veya yan edimlerden birisinin ifası olması, hukuka aykırılık açısından bir fark oluşturmaz; önemli olan sözleşmeye aykırı hareket edilmiş olmasıdır. Örneğin, tedavi sözleşmesinde hekimin hastanın hastalık öyküsünü almadan veya muayene, tahlil, tetkik gibi incelemeleri yapmadan teşhis koyması, hastalık ve ilaç öyküsünü almadan karar vermesi, hatalı ilaç önermesi, hekimden beklenen dikkat ve özeni göstermemesi gibi yukarıda izah edilen "hekimin yükümlülüklerine" uymaması durumunda sözleşme hükümlerine aykırı davranmış sayılmaktadır.

Hekimin tedavi sözleşmesinden doğan edimin kötü ifa edilmesi (malpraktis), "hekimliğin kötü uygulanması" olarak adlandırılmaktadır. Türk Tabipleri Birliği Etik İlkeleri madde 13'e göre "bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeni ile bir hastanın zarar görmesi, hekimliğin kötü uygulanması anlamına gelmektedir." Malpraktis, hekimin bilgisizliği ve beceriksizliğinden kaynaklanabileceği gibi, yeterli araç-gereç, teknik koşullar eksikliği gibi hekimin dışındaki faktörlerden de kaynaklanabilir. Sebebi ne olursa olsun uygulama hatası, sonuç olarak sözleşmeye aykırı eylem ve işlem niteliğindedir (Avcı, 2005: 145).

Hekimin hukuki sorumluluğundan söz edilebilmesi ve sonucunda tazminat istenebilmesi için hastaya verilmiş bir zararın olması gereklidir. Bir başka deyişle, hukuki sorumluluğun temel unsurlarından biri de zarardır. Dolayısıyla hasta, herhangi bir zarara uğramamışsa, sözleşmeye aykırı davranışta bulunsa bile, hekim için sorumluluk söz konusu olmayacaktır.

Zarar, hukuken korunan maddi ve manevi değerlerin, bir tıbbi müdahaleden dolayı eksilmesi, değişmesi, acı çekmesi gibi ortaya çıkan sonuçtur. Geniş anlamda zarar, hem maddi, hem de manevi zararı ifade ederken; dar anlamda zarar ise yalnızca maddi zararı ifade etmek için kullanılır.

Maddi Zarar: hekimin hatalı tıbbi uygulaması sonucu kişinin mal varlığında meydana, gelen eksilmedir. Hatalı tıbbi uygulama nedeniyle yapılan tanı, teşhis ve tedavi giderleri, hatalı tıbbı uygulama nedeniyle ölüm meydana gelmişse cenaze ve defin masrafları maddi zarara örnek olarak verilebilir. Hatalı tıbbi müdahaleye maruz kalan eşin sağlığının bozulması veya ölmesi nedeniyle destekten yoksun kalma halinde kişilerin mal varlıklarında eksilme meydana gelir. Bu eksilmeye de maddi zarar denilir.

Manevi Zarar: hekimin hatalı tıbbi müdahalesi ile kişinin sağlığında meydana gelen istenmeyen durumun gerçekleşmiş olması yeterlidir. Sağlıktaki bozulmanın sürekli veya geçici olması, durumun az veya çok olması da önemli değildir. Bu durumlar tazminat miktarının belirlenmesinde etkili olan faktörlerdir.

Maddi zarar, manevi zarardan bağımsızdır. Hastanın hatalı tıbbi müdahaleden dolayı hekimden manevi zarar talep edebilmesi için mutlaka vücut bütünlüğünde bir eksilmenin, acının meydana gelmesi gerekmez. Örneğin hekimin, hastanın izni olmadan sır teşkil eden bilgilerini üçüncü kişilerle paylaşması manevi zararın oluşması için yeterlidir.

Hekimin hukuki açıdan sorumlu tutulabilmesi ve tazminat ödemeye mahkûm edilebilmesi için, meydana gelen maddi ve/veya manevi zararın hasta tarafından kanıtlanması gerekir yani burada ispat yükü hastaya düşmektedir (Aşçıoğlu, 1993: 100).

Hukuki bir sorumluluğun doğabilmesi için, öncelikli olarak kusur olarak nitelenebilen bir eylem veya işlem olması zorunludur. Bu bakımdan önce kusurun ne olduğunun ortaya konması gerekir. Kusur kavramı, benzer durum ve koşullara sahip

kişilerden beklenen davranışa uymama halidir, şeklinde tanımlanabilir. Bir başka tanım da şöyledir: kusur, hukuka uygun olmayan, hukuk düzeninin kınadığı bir irade veya irade noksanlığı halidir. Hukuka aykırı sonucu isteyen veya hukuka aykırı sonucu önlemek için gerekli iradeyi göstermeyen kimse ise kusurludur sayılmaktadır (Reisoğlu, 1977: 117).

Kusur, hukukta kast ve ihmal (savsama) olmak üzere ikiye ayrılır. **Kast,** hekimin hatalı tıbbi müdahaleyi hastaya zarar vereceğini bilerek isteyerek uygulamasıdır. Örneğin hekimin, sırf fazla ücret almak amacıyla hastasını ilaçla tedavi etmek yerine komplikasyon riski yüksek olan cerrahi müdahaleyi tercih etmesi ve hastanın bundan zarar görmesi kasti bir harekettir.

İhmal, hekimin hukuka aykırı sonucu istenmemesine rağmen gerekli önlemleri almaması, yeterli dikkat ve özeni gösterilmemesi suretiyle tıbbi müdahalenin hastaya zarar vermesidir. İhmal de kendi içinde hafif ve ağır ihmal olarak ikiye ayrılmaktadır.

- **Ağır ihmal:** aynı eğitim seviyesinde ve şartlarda bulunan ortalama bir hekimin alacağı basit önlemleri almamasıdır.
- **Hafif ihmal:** ancak ortalamanın üzerinde dikkatli hekimlerin farkına varabileceği önlemleri almamasıdır. Örneğin uzman hekimlerden beklenen özen ve ihtimam pratisyen hekimlerden beklenen özen ve dikkatten daha fazladır.

Hekimin hukuki sorumluluğu yönünden ihmalin ağır veya hafif olması şeklinde sınıflandırılmasında sadece tazminat miktarının hesaplanmasında fark vardır. Bir başka deyişle hekim de her borçlu gibi, genel olarak, her türlü kusuru dolayısıyla sorumluluk altına girer (Borçlar Kanunu madde 98).

Yargıtay tarafından verilen bir kararda, hastanın karnında iki metre gazlı bezin unutulmaması için “en ilkel özenin gösterilmesi" yeterlidir; yumuşak doku ile

kaynaşma olanağı olan bir veya birkaç gazlı bezin unutulmasında ise hafif kusurdan söz edilmelidir. Çünkü böyle bir olayı ancak çok uyanık, dikkatli ve önlem alabilen doktor önleyebilir (13. HD, 14.03.1983; 7283/1783).

Daha öncede belirtildiği gibi, tedavi sözleşmesine Borçlar Kanunu'ndaki "Vekâlet Sözleşmesi" hükümlerinin uygulanması hukukumuzda genel kabul gören, öğretide ve yargıda büyük çoğunlukla benimsenen bir yaklaşımdır. Bu nedenle, vekâlet sözleşmesi ile borçluya getirilen özen gösterme yükümlülüğü (Borçlar Kanunu madde 396), bu durum için de hekimler için de aranan bir koşul durumundadır.

Hekimin hatalı tıbbi müdahalesinden dolayı meydana gelen zarardan sorumlu tutulabilmesi için, hekimin verdiği hizmet ile zarar arasında uygun illiyet bağının bulunması gereklidir. Diğer bir deyişle meydana gelen zarar ile hekimin hatalı tıbbi müdahalesi sonucunda meydana gelmiş olması gereklidir. Örneğin gerekli tetkiklerin yapılması için laboratuara gönderilen hastanın giderken merdivenlerden düşmesi sonucu hayatını kaybetmesi halinde, hekimin herhangi bir kusuru yoktur; çünkü hekimin eylemi ile hastanın başına gelen olaydan doğan zarar arasında, uygun illiyet bağı bulunmamaktadır.

Yargıtay kararlarından biri bu konuda iyi bir örnek oluşturmaktadır: "Haksız eylemin unsurlarından birisi ve en önemlisi de illiyet bağıdır. Zararla eylem arasında nedensellik bağının mevcut olması demek; zararın, eylemin bir sonucu olarak ortaya çıkması, yani eylem olmadan zararın meydana gelmeyeceğinin muhakkak olarak görülmesi demektir. Diğer bir deyimle, verilen zararın tazmin borcu doğurabilmesi için zararın, kendisine tazmin mükellefiyeti bağlanan olayın bir sonucu olarak görülmesi, bu ikisi arasında uygun bir neden-sonuç bağı bulunması gerekir" (4. HD, E. 1983/1998, K. 1983/2984).

Yargıtay bir kararında, hatalı tıbbi müdahaleye ilişkin uygun illiyet bağının ne olacağına ilişkin örnek bir karar vermiştir. "... Çıkış deliği olmayan kurşun yarasının sadece sarmakla yetinilip aranıp bulunmaması sonucu kişinin bir gün sonra

ölmesinde; operasyon ya da diğer mevcut olanaklar yaralının hayatını kurtarabilecek idiyse, zararlı eylemle ölüm arasında uygun bir illiyet (ilişki) olabileceği kabul edilmelidir" (Yargıtay 4. HD 2.3.1965 – 14865/1160).

Bazı hallerde ise uygun illiyet bağı kesilir. Böyle durumlarda neden-sonuç ilişkisi kesildiğinden, hekimin hukuken sorumluluğu ortadan kalkmıştır. Hastanede hatalı bir tıbbi tedavi gören hastanın üçüncü bir şahsın kusuruyla başka bir zarara uğraması (örneğin dayak yemesi) ya da hastanın intihar etmesi, uygun illiyet (nedensellik) bağını kesen sebeplere örnek olarak gösterilebilir.

Burada son olarak vurgulanması gereken husus şudur: hukuk davaları, ceza davalarının sonucuna bağlı değildir. Ceza davasından beraat etmiş hekimin, hukuki sorumluluğu olabilir; aleyhine tazminat davası açılabilir. Hukuki sorumlulukta nedensellik bağı geniş yorumlanmaktadır. Zararlı sonucun meydana gelmesi olasılığını arttıran ve azaltan her koşul göz önüne alınır. Ceza sorumluluğunda ise nedensellik bağı daha dar yorumlanmaktadır. Bu bir çelişki değil, her iki sorumluluğun amaç ve niteliğinin doğal sonucudur.

3.3.2. Vekâletsiz İş Görme Halinde

Vekâletsiz iş görmenin hangi hallerde vukuu bulacağı 1. bölümde izah edilmişti. Burada sadece vekâletsiz iş görme halinde hekimin hukuki sorumluluğunu incelenecektir.

Borçlar Kanunu madde 527, vekâletsiz iş görmeden doğan sorumluluğu düzenlemektedir. Buna göre, "vekâletsiz iş gören her türlü kusurdan sorumludur." Dolayısıyla hekim de vekâletsiz iş gördüğü takdirde, kusurundan sorumlu olacaktır. Hekim, yapılan tıbbi müdahalenin hastanın lehine olduğunu, bu müdahaleden dolayı ücret almadığını ileri sürerek hatalı müdahaleden kaynaklanan tıbbi sorumluluğunun ortadan kaldırılmasını talep edemez. Ancak maddenin devamında "ancak iş gören bu işi, iş sahibinin karşılaştığı zararı veya zarar tehlikesini gidermek üzere yapmışsa,

sorumluluğu daha hafif olarak değerlendirilir.”şeklinde yaptığı düzenlemen hekimin sorumluluğunu hafifletme nedenleri gösterilmiştir.

3.3.3. Haksız Fiil Halinde

Hekim ile hasta arasında tedavi sözleşmesi veya vekâletsiz iş görme hallerinin bulunmadığı durumlarda “haksız fiilden kaynaklanan sorumluluk” ortaya çıkar. Haksız fiilden doğan hukuki sorumluluk konusu, Borçlar Kanunu’ndaki haksız fillere ilişkin hükümlere (madde 49 vb.) göre çözümlenir.

Hekim özel hastanede çalışmakta ise, hasta ile hekim arasında doğrudan bir tedavi sözleşmesi yoktur. Buradaki sözleşme, hastane ile hasta arasında yapılan “bakım sözleşmesi” dir. Eğer tıbbi müdahale esnasında hasta açısından bir zarar doğmuşsa hasta, hekime karşı haksız fiile (Borçlar Kanunu madde 58) dayanarak dava açabileceği gibi, hasta ayrıca özel hastaneye karşı da “bakım sözleşmesi” dolayısıyla (Borçlar Kanunu madde 116) dava açabilir.

Haksız fiilden bahsedebilmek için, hukuka aykırılık, zarar, kusur ve uygun illiyet bağı olarak adlandırılan unsurların hepsinin birlikte bulunması lazımdır. Zarar, kusur ve uygun illiyet bağı hakkında “Sözleşmeden Kaynaklanan Sorumluluk” kısmında açıklama yapılmış olduğundan, bir kez daha yinelenmesine gerek görülmemiştir.

Hukuka aykırılık unsuru haksız fiilden doğan sorumlulukta aranan en temel unsurdur. Hukuka aykırılık, kasten veya ihmalen başkalarına zarar vermeyi yasaklayan bir hukuk normunun (kuralının) ihlal edilmesi halidir. Yani bu durumda, insanların şahıs ve/veya mal varlığı değerlerini koruma amacı taşıyan hukuk kurallarına aykırı davranılması, çiğnenmesi söz konusudur. Dolayısıyla haksız fiilden bahsedebilmek için, bir kimsenin kişilik haklarına ve/veya mamelekini güvenceye alan hukuk kuralına aykırı bir davranışın bulunması gereklidir.

3.3. MALPRAKTİSİN HUKUKİ SONUÇLARI

Hatalı tıbbi müdahale (malpraktis) sonucu hekimin hukuki sorumluluğunun saptanması halinde, zararın giderilmesi konusunda hekim aleyhine sorumluluk doğar. Borçlar Kanunu'na göre, hukuka aykırı bir eylem sonucu meydana gelen zarardan dolayı hekim, hastanın karşılaştığı maddi ve manevi zararları ödemekle yükümlüdür. Maddi tazminat, hatalı tıbbi müdahaleye maruz kalan kişinin iradesi dışında malvarlığında meydana gelen eksilmeden dolayı oluşan zararın, sorumlu olan hekim tarafından tazmin edilmesidir. Oluşan zararın bedeli genellikle sadece parasal olarak ödenir.

Hekim tarafından yapılan hatalı tıbbi müdahale sonucu oluşan zararı ve zararın derecesini ispatlama yükümlülüğü, Borçlar Kanunu madde 50/1'de, "zarar gören zararını ve zarar görenin kusurunu ispat yükü altındadır." hükmü gereği, zarar gören kişiye, yani hatalı tıbbi müdahaleye maruz kalan hastaya aittir. Sorumluluğun tedavi sözleşmesinden, vekâletsiz iş görmeden veya haksız fiilden kaynaklanması, ispat yükümlülüğünü değiştirmez, her durumda bu yükümlülük tıbbi müdahaleden dolayı zarara uğradığını iddia eden tarafa yani, hastaya veya varislerine düşmektedir.

Hatalı tıbbi müdahaleden dolayı zarara uğradığını iddia eden ve hatalı tıbbi müdahaleye maruz kalan hasta uğradığı zararı belge, tanık, keşif gibi her türlü delil-le ispatlama imkânına sahiptir. Bilinen ve meşhur olayların ispatının gerekmemesine ilişkin kural burada da uygulama alanı bulmaktadır. Örneğin evladı ya da eşi öldürülen bir kişinin manevi zarara uğrayacağı açıktır; bunun ayrıca kanıtlanması gerekmemektedir.

Maddi zararın kapsamı, bazı unsurların bulunmasına göre değişiklik gösterir. Bunları ana başlıklar halinde şu şekilde belirtmek mümkündür.

- Uğranılan zarar,
- Kusurun ağırlık derecesi,

- Zarara uğrayanın rızası,
- Zarar görenin birlikte kusuru,
- Failin ekonomik durumu,
- Hal ve şartlar.

Malvarlığı yerine kişinin vücut bütünlüğünün ihlali hali, yaralanma ve ölüm hali için ayrı ayrı düzenlenmiştir (Reisoğlu, 1977: 150).

Yaralanma Halinde, Borçlar Kanunu madde 54/1 hükmüne göre hatalı tıbbi müdahaleye maruz kalan hasta, şu gider ve zararlarının tazminini hekimden isteyebilir: tedavisi için yaptığı harcamaları, yoksun kaldığı gelir kaybından kaynaklanan zararları, ekonomik geleceğinin sarsılmasından doğan zararları.

Ölüm Halinde: hatalı tıbbi müdahale sonucu hastanın ölümü halinde devreye Borçlar Kanunu madde 53 girer. Bu madde ile getirilen düzenleme, zarar görenin ölümü halinde yasal mirasçıları ve destekten yoksun kalanlar aşağıdaki zararların karşılanması zarar veren hekimden talep edebilirler:

- Hatalı tıbbi müdahale nedeniyle kişinin zarar görmesinden ölümüne değin geçen süre içinde çalışamaması nedeniyle yoksun kaldığı gelir kaybını mirasçıları hekimden talep edebilir.

- Ölümle neticelenen hatalı tıbbi müdahale neticesinde ölenin yöredeki geleneklere göre cenaze masraflarını mirasçıları hekimden talep edebilir.

- Hatalı tıbbi müdahale sonucu ölen kişinin yasal zorunluluk olsun veya olmasın yaşarken yardım ettiği mirasçı, nafaka alacaklısı, burs verdiği öğrenci, nişanlısı vb kişiler "maddi destekten yoksun kalma" nedeniyle maddi tazminat talebinde bulunabilirler.

Destekten yoksun kalma tazminatının miktarı mahkemece hesaplanırken bazı kriterleri dikkate alır; örneğin ölenin yaşı, geliri, ortalama yaşam ve çalışma süresi,

destekten yoksun kalanın destek alacağı muhtemel süre, destekten yoksun kalanların sayısı, bunlara düşen destek oranı vs.

Manevi tazminata konu olan manevi zarar olgusu ise, hatalı tıbbi müdahaleye maruz kalan kişinin uğradığı zarar nedeniyle cismani ve manevi ıstırap, acı, elem ve keder nedeniyle yaşam kalitesinde meydana gelen azalmayı gidermek amacıyla yapılan ödemedir. Ödeme manevi tatmine yönelik bir amaç taşımaktadır. Borçlar Kanunu haksız fiile maruz kalmış kişilere ödenecek manevi tazminatı, zarar görülen şeyin maddi varlık olup olmamasına göre ikiye ayırmıştır. Haksız fiil kişinin maddi kişisel varlığına (bedensel zarar veya ölüm) saldırı niteliği taşıyorsa, buna ilişkin manevi tazminatı Borçlar Kanunu madde 56. ile düzenlemiştir. Maddi niteliği olmayan kişinin şeref, haysiyet, isim gibi kişisel varlıklara saldırı halinde manevi tazminata ilişkin madde 58. uygulanacaktır.

Manevi tazminat talebi için, haksız fiil işleyen kişinin, kusurlu olması veya kusursuz sorumluluk halinin (Borçlar Kanunu madde 66) bulunması gerekir. Hekimlere yönelik manevi tazminat taleplerinde, maddi tazminat talebi için gerekli olan koşullar aynen aranmaktadır.

Yargıtay'ın manevi tazminata ilişkin bir kararı şöyledir: "Orta seviyede tedbirli bir doktorun, aynı hal ve şartlar altında göstereceği mutad ihtimam ve özen, davacıya gösterilmemiştir. Olayda belirlenen özel hal ve şartlar ile duyulan elem ve acı da göz önünde tutularak, başkaca bir araştırmaya da gerek duyulmadan, davacı yararına Borçlar Kanununun 47. ve Medeni Kanunun 4. maddeleri uyarınca değerlendirilip hak ve nesafete, adalete uygun bir manevi tazminat verilmelidir" (13. HD; 06.11.2000 - E: 2000/8590, K: 2000/9569).

Yargıtay'ın yine başka bir kararında kişinin sağlığının zarar görmesi nedeniyle manevi tazminat isteme hakkının hastaya ait olmakla birlikte, ağır ve kalıcı nitelikte yaralanmış kişilerin eş, evlat, ana-baba gibi yakınlarının da Borçlar Kanunu'nun 58. maddesine dayanarak tazminat isteyebileceği (4. HD, 18.2.1992–12641/1813) kabul edilmiştir. Örneğin, kusurlu bir tıbbi operasyon sonucu gözlerini

kaybeden çocuğun ana-babası manevi tazminat isteminde bulunabilir. Burada esas alınan ölçüt, aile ve sevgi bağlarının oluşturduğu ruhsal bütünlüğün bozulmasıdır.

Bu konuda çok anlamlı ve esasen herkes için bağlayıcı nitelikte olan Yargıtay İçtihadı Birleştirme Kararı'na da değinmek gerekir: "Bu özelliklerin başında, manevi zararın önemli olması gerekir. Eli çizilen bir kimseye cismani zarara uğradı diye kural olarak manevi tazminata hükmedilmesi icap etmez. Demek ki, cismani zarara uğrayan kimsede veya ölenin yakınlarında önemli bir manevi zarar (elem, ızdırap) husule gelmeli, yani gerçekten manevi bir tatmin ihtiyacı doğmuş bulunmalıdır. Ölüm vuku bulmuşsa, sağlığında, ölen ile davacı arasındaki münasebetin mahiyeti ve derecesi bu hususun takdirinde büyük rol oynar. Esasen manevi tazminat, ne bir ceza, ne de gerçek manasında bir tazminattır. Ceza değildir; çünkü davacının menfaati düşünülmeksizin, sorumlu olana hukukun ihlalinden dolayı yapılan bir kötülük değildir. Mamelek hukukuna ilişkin bir zararın karşılanmasını amaç edinmediği için de, gerçek manasında bir tazminat değildir. Mağdurda veya zarara uğrayanda bir huzur hissi, bir tatmin duygusu tevlit etmelidir" (Yargıtay İçtihadı Birleştirme Genel Kurulu E. 1966/7, K. 1966/7)" (Er, 2008: 19–343).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
TIBBİ MALPRAKTİS VE CEZAİ SONUÇLARI

Hukuk Terminolojisi'nde "Ceza" kavramı, her türlü hak ve yükümlükler ihlallerine verilen " uygun karşılık"ı ifade eder. Bu anlamıyla, sözleşmelerden ve haksız fiillerden kaynaklanan hak ve yükümlülükler ihlalinde "ceza", bir hapis yaptırımı olur (Türkmen, 2009: 77). Hekimlerin hatalı tıbbi müdahale sonucu hastaya vermiş olduğu zarar nedeniyle cezai sorumluluğu vardır. Geniş anlamda hekimlerin cezai sorumlulukları, teknik olarak tıp sanatının ve tıp mesleğini uygularlarken ortaya çıkan suç fiillerinden kaynaklanmaktadır (Aşçıoğlu, 1982: 125).

Hekimlerin cezai sorumluluğunu düzenleyen ayrı bir yasal düzenleme yoktur. Hekimlerin hatalı tıbbi müdahalelerine ilişkin ceza davaları 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'ndaki genel hükümlere göre görülür. Tıbbi müdahaleleri ceza hukuku açısından değerlendirildiğinde, öncelikle hekimin tıbbi müdahalesinin, ceza hukuku açısından bir fiil niteliğine sahip olması gereklidir. Bir müdahalenin ceza hukuku bakımından suç kabul edilebilmesi için tipik olması, yani kanunda tarif edilen suçlardan birisinin tanımına uygun bulunması gerekir. Tedavi amacıyla da yapılsa her tıbbi müdahale vücut dokunulmazlığının ihlalini oluşturduğu için, bu müdahale ceza kanununda tarif edilen suçlardan yaralama (kasten veya taksirle) suçunun tipiklik unsurunu gerçekleştirmektedir (Erman, 2003: 47).

İlgilinin tıbbi müdahaleye rızası veya kanun gereği rıza olmasa da hekimin müdahale etme mecburiyeti gibi hallerde müdahalenin hukuka aykırılık unsuru ortadan kalkmaktadır. Hekimlerin ceza hukuku açısından sorumluluğunun doğması ancak şu hallerde mümkündür: hastanın tıbbi müdahaleye ilişkin yeterince aydınlatılmadan yüksek riskli tıbbi müdahaleye maruz kalması veya yapılan tıbbi müdahalenin tıp biliminin standartlarına uygun teşhis ve tedaviyi içermemesi son olarak da böyle bir teşhis ve tedavi yapılırken gerekli dikkat ve özenin hekim tarafından göstermemesidir.

Yargıtay 4. Hukuk Dairesi de tıbbi müdahale faaliyetlerini “hakkın icrası” olarak değerlendirmektedir. Şayet çağdaş tıp bilimi hekimin yaptığı tıbbi müdahaleye cevaz veriyorsa, bunu yapan hekim, tıp mesleğince uygun görülen bir faaliyette bulunmuş demektir ki, hakkın icrası nedeniyle, eylemi hukuka aykırı sayılamaz (Yargıtay 4. H.D.07.03.1977 gün ve 1977/6297–2541 sayılı kararı).

Suç ve cezada “Kanunilik” esastır. Bu evrensel ilke Anayasanın 38. maddesinde şu şekilde ifade edilmektedir: “Kimse, işlendiği zaman yürürlükte bulunan kanunun suç saymadığı bir fiilden dolayı cezalandırılamaz…) suçluluğu hükmen sabit oluncaya kadar, kimse suçlu sayılamaz…” 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu’nun 2/1.maddesi de “kanunun açıkça suç saymadığı bir fiil için kimseye ceza verilemez ve güvenlik tedbiri uygulanamaz.” hükmünü içerir. Hekimlerin hatalı tıbbi müdahalesi neticesinde cezai sorumluluğunu doğuran eylemleri taksirle veya kastla meydana gelmektedir.

4.1. TAKSİRDEN DOĞAN CEZAİ SORUMLULUK

“Taksir” sözcüğü Arapça bir sözcük olup kelime anlamı “ Kısaltma, bir işi eksik yapma, bir şeyi yapabilirken çekinip yapmama, kusur etme, kabahat, günah” gibi anlamlar taşır (Manzur, 1990: 3645). Taksir, objektif dikkat ve özen yükümlülüğünün ihlali şeklinde tanımlanabilinir. Başka bir deyişle taksir: iradenin yeterli dikkat ve özenin gösterilmemesi yönünde kullanılmaması ile ortaya çıkar (Kayıhan, 196: 26).

Hekim kendisinden beklenen objektif nitelikteki dikkat ve ihtimam yükümlülüğe uymaması nedeniyle kişinin sağlığına veya bedensel bütünlüğüne zarar vermişse taksirli fiil işlemiş olur. Eğer böyle bir fiilin neticesinde kişi ölmüşse Türk Ceza Kanunu’nun 85. maddesine göre taksirle adam öldürme; yaralanmışsa da Türk Ceza Kanunu’nun 89. maddesine göre taksirle adam yaralama suçları gerçekleşir.

Bilindiği üzere genel olarak suçlar kasten işlenirler. Yani kişi bilerek, isteyerek suça ilişkin eylemi gerçekleştirir. Bu yüzden bir suçun oluşması Türk Ceza Kanunu'nun 21. maddesinin 1. fıkrasına göre kastın varlığına bağlıdır. Yine Türk Ceza Kanunu'nun 22. maddesinin 1. fıkrasına göre suçun taksirle işlenmesi istisnai olup, taksirle işlenen fiiller ancak kanunda açıkça belirtilmesi halinde cezalandırılır (Koca, 2007: 95).

Bu nedenle taksirle işlenmiş bir fiilin cezalandırılabilmesi için, suça ilişkin kanuni tarifte bunun açıkça belirtilmesi gerekir. Taksir, 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu' nun 22. maddesinin 2. fıkrasında, "dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeyerek gerçekleştirilmesi" olarak tarif edilmiştir. Bu tanım taksirin bilinçsiz şekline ilişkindir.

Bilinçli taksir, Türk Ceza Kanunu'nun 22. maddenin 3. fıkrasında "kişinin öngördüğü neticeyi istememesine karşın neticenin meydana gelmesi" şeklinde tarif edilmiş ve bilinçli taksir halinde cezanın artırılması gerektiği belirtilmiştir. Bilinçli taksiri bilinçsiz taksirden ayıran en önemli özellik ise bilinçli taksirde istenmeyen netice fiilen öngörülürken, bilinçsiz taksirde öngörülememektedir. Bilinçsiz taksirde fail, özen yükümünün ihlali dolayısıyla kanuni tanıma uygun bir fiilin gerçekleşebileceği ihtimalini beklememektedir. Bilinçli taksirde ise fail, suçun konusu bakımından somut bir tehlikenin varlığını beklemesine rağmen, ya bu tehlikeyi küçümsemesi veya tehlikeyi defedeceğine dair kendi yeteneğini yüceltmesi ya da şansına güvenmek suretiyle, kanuni tanıma uygun bir fiilin oluşacağını beklememektedir. Kastta olduğu gibi taksirli suçlarda da netice; zarar veya tehlike olarak ortaya çıkmaktadır. Bilinçli taksirde fail tehlikenin meydana geleceğini muhtemel olduğunu bilmesine rağmen, gerçekleşmeyeceğine güven duymaktadır (Koca, 2007: 96)

Taksirin esaslı unsurlarını objektif dikkat ve özen yükümlülüğünün ihlali oluşturmaktadır. Bu itibarla icrai veya ihmali davranışın, belli bir hukuki değeri koruma amacı taşıyan bu yükümlülüğü ihlal etmiş olması gerekmektedir. Nitekim

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 22. maddesinin 2. fıkrasında, kanuni tanıma uygun bir neticenin gerçekleşmesinin öngörülmemesinin, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık teşkil eden bir davranış sonucunda meydana gelmesi gerektiği belirtilmiştir.

Kanundaki taksire ilişkin tanımdan da anlaşılacağı üzere, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık ile kanuni tanımda belirtilen sonucun öngörülmemesi arasında bir bağlantının olması gereklidir. Dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırı davranıldığı için, kanuni tanıma uygun bir neticenin gerçekleşebileceği hekim tarafından öngörülmemiştir. Bir başka ifadeyle, yeterli dikkat ve ihtimam gösterilmiş olsaydı kanuni tarifte yer alan bir unsurun gerçekleşeceği öngörülecekti diyebiliyorsak, bu fiil taksirle işlenmiş demektir. Bu itibarla, taksirden bahsedebilmek için kanuni tarife uygun fiilin işlenebileceğinin öngörülme imkânının mevcut olması gerekir (İçel, 1967: 104, 105, 108).

Taksirli suçun şartlarının tekâmül etmesi için, dikkat ve özen yükümlülüğünün ihlaliyle birlikte yasada belirtilen sonucun da gerçekleşmesi de gerekir. Bu itibarla ceza hukuku bakımından bir hekimin sırf dikkat ve özen yükümlülüğünün ihlali ile taksirli suçun oluşması yeterli değildir. Hastanın ölmesi uzuv kaybetmesi veya bedensel bir zarara uğraması bu dikkat ve özen yükümlülüğünün ihlali sonucunda gerçekleşmesi zorunludur. Yani gerçekleşen netice ile hekimin dikkat ve özen yükümlülüğünün ihlali niteliğindeki davranışı arasında uygun illiyet bağı bulunmalıdır (Bilgen, 2005: 39).

Uygun illiyet bağının olmadığı durumda artık taksirden bahsetmek mümkün olmayacaktır. Bu noktada hekimin dikkat ve özen yükümlülüğünün neler olduğuna ilişkin ülkemizde hekimin yasal sorumluluklarını düzenleyen herhangi bir özel yasa yoktur. Hekimin göstermesi gereken dikkat ve özen yükümlülüğü çeşitli yasalarda kısım kısım düzenlenmiştir. Buna örnek gösterilecek olunursa: 1219 sayılı "Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun", Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan "Hasta Hakları Yönetmeliği, " Türk Tabipler Birliği'nin 47. Genel Kurulunda 10–11 Ekim 1998 tarihinde kabul edilen "Hekimlik Meslek Etiği

Kuralları", Bakanlar Kurulu'nun 13. 01. 1960 tarih ve 4/12578 sayılı kararı ile kabul edilen "Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi" gösterilebilir.

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinin 2. maddesine göre, "(1) Tabip ve diş tabibinin başta gelen vazifesi, insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermektir. (2) Tabip ve diş tabibi; hastanın cinsiyeti, ırkı, milliyeti, dini ve mezhebi, ahlaki düşünceleri, karakter ve şahsiyeti, içtimai seviyesi, mevkii ve siyasi kanaati ne olursa olsun, muayene ve tedavi hususunda azami dikkat ve ihtimamı göstermekle mükelleftir." Madde 3'de ise "Tabip, vazifesi ve ihtisası ne olursa olsun, gerekli bakımın sağlanamadığı acil vakalar da, mücbir sebep olmadıkça, ilk yardımda bulunur". Buna benzer bir düzenleme de Hekimlik Meslek Etiği Kuralları 10.maddesinde de yer almaktadır.

Hususi Hastaneler Kanununun 32. maddesine göre de "ani bir arıza veya kaza neticesinde müstacelen tedaviye muhtaç olan şahısların hususi hastanelere müracaat veya nakillerine hastanece derhal acele tedavilerini yapmak mecburidir". Hekimin hastaya bakmakla yükümlü olduğu hallerde, bu yükümlülüğün ihlali, ihmali hareketle işlenen kasıtlı veya taksirli suçunu oluşturmaktadır (Hakeri, 2006: 38).

Hekimin tıbbı müdahalesinin hukuka uygunluğu ve dolayısıyla dikkat ve özen yükümlülüğünün ölçütü bakımından Hekimlik Meslek Etiği Kurallarının 5, 12 ve 18. maddeleri önemlidir.

5. Maddeye göre "Hekimin öncelikli görevi, hastalıkları önlemeye ve bilimsel gerekleri yerine getirerek hastaları iyileştirmeye çalışarak insanın yaşamını ve sağlığını korumaktır. Meslek uygulaması sırasında insan onurunu gözetmesi de, hekimin öncelikli ödevidir. Hekim bu yükümlülüklerini yerine getirebilmek için, gelişmeleri yakından izler."

Madde 12: "Hekim mesleğini yerine getirirken, bilimsel ve çağdaş tanı ve tedavi yöntemleriyle koruyucu hekimlik ilkelerini göz önünde bulundurur;

hastalarının tanı ve tedavisinde bilimsel olmayan yöntemleri uygulayamaz. Hekim gerekli bilimsel aşamalardan geçip ruhsatlandırılmamış kimyasal, farmakolojik, biyolojik maddeleri ilaç olarak kullanamaz."

Madde 18: "Hekim, tıbbı görevlerini yerine getirirken, gecikmenin hasta yaşamını tehdit edebileceği zorunlu durumlar dışında özel bilgi, beceri gerektiren bir girişimde bulunamaz."

Madde 21: "Hekim hastasının sağlığı ile ilgili kararlar alırken; bilgilenme hakkı, aydınlatılmış onam hakkı, tedaviyi kabul ya da red hakkı v.b hasta haklarına saygı göstermek zorundadır."

Bu düzenlemelere göre, tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk sebebi oluşturabilmesi için, ayrıca bu müdahalenin tıp biliminin verilerine ve standartlarına uygun olarak yapılması gerekir. Tıp meslek ve sanatının verilerine uygun olmayan bir müdahale, tedavi amacıyla ve kişinin rızasıyla yapılmış olsa bile, hukuka aykırı olacaktır.

Tıp mesleğinin gerekleri özenli ve dikkatli bir şekilde yapılan bir tedavi veya cerrahi operasyonun sonucu ister olumlu olsun; ister olumsuz hekimin cezalandırılması söz konusu olmayacaktır. Özetle, hekimin mesleği ve uzmanlığıyla ilgili temel bilgilere, genel tıp kaidelerine ve mevcut düzenleyici hükümlere uygun olarak yapılan bir tıbbi müdahale sonucu ne olursa olsun hukuka uygun sayılacaktır.

4.1.1. Tıbbi Müdahalelerde Taksirin Belirlenmesi

Tıbbi müdahalelerin amacı hastayı sağlığına kavuşturmak, iyileştirmek veya acılarını dindirmektir. Ancak yapılan tıbbi müdahaleye rağmen hekimin kusurlu bir hareketi hastasına zarar vermiştir. Böyle bir durumda hekimin taksirli sorumluluğu gündeme gelmiş olacaktır (Bayraktar, 1972: 204).

Hekimin taksiri denilince anlaşılması gereken “meslek taksiri” dir. Tıp mesleğini icra ederken bu faaliyet esnasında göstermiş olduğu dikkatsizlik, acemilik, tedbirsizlik, emir ve nizamlara aykırılık gibi her türlü kusurlu davranış ve eylemleri “mesleki taksir” kapsamında değerlendirilir (Bayraktar, 1972: 205).

Bu noktada tıbbi müdahalelerin niteliği gereği taşıdığı riskleri göz ardı etmemek lazımdır. Başka bir deyişle hekimler en yüksek dikkat, özen ve ihtimamı gösterseler dahi beklenmeyen neticelerin her zaman ortaya çıkması mümkündür. İşte bu gibi haller tıbbi müdahalenin normal sapma ve riskleridir (Ünver, 1968: 334).

5237 sayılı Türk Ceza Kanununa göre, hekimin kusurlu olup olmadığını hâkim belirleyecektir. Bilirkişi raporlarında eski Türk Ceza Kanunu’nda olduğu gibi kusur oranları belirtilmeyecek, yalnızca hekimin tıp biliminin verilerine uygun bir müdahalede bulunup bulunmadığı ve özen yükümlülüğünü yerine getirip getirmediği tespit edilecektir. Bilirkişinin bu tespitleri ile birlikte hekimin kusurunun belirlenmesi hâkim tarafından değerlendirilecektir. Hekimin taksirli haksızlığı gerçekleştirmesi nedeniyle onun kişisel yeteneklerine göre yaptığı bu davranıştan meydana gelen neticeyi öngörebilecek bir durumda olup olmadığı belirlenecektir. Şayet hekimin meydana gelen neticeyi öngörebilecek kişisel yeteneklere sahip olduğu ve böyle bir öngörmenin ondan beklenebileceği sonucuna varılırsa, kanunda belirtilen alt ve üst sınırlar arasında kusurunun ağırlığına göre cezalandırılacaktır (Özgenç, 2005: 326).

Bilirkişi, tıbbi müdahalenin o günün tıp standartlarına uygun olup olmadığını araştırmakla yükümlüdür. Bu nedenle hastalığın tanısının doğru konulması, tanı sonrası uygulanacak tedavi seçiminin uygunluğu, tedavi sırasındaki mesleki beceri ve yeterlilik, tedavi sırasında ortaya çıkabilecek istenilmeyen durumları (komplikasyon) önlemek amacıyla gerekli tedbirlerin alınması, buna rağmen istenilmeyen durumlarla karşılaşıldığında, zamanında ve doğru tedavinin uygulanması hususlarına dikkat edilip edilmediği araştırılacaktır. Müdahalenin herhangi bir aşamasında eksiklik ya da hatalı davranışın tespit edilmesi halinde,

hekimin dikkat ve özen yükümlülüğünü ihlal ettiği sonucuna varılmaktadır (Bilgen, 2005: 41).

Bilirkişinin görevi, söz konusu olayla ilgili olarak, hekimin dikkat ve özen yükümlülüğünün ne olması gerektiğini ve hangi noktada bu yükümlülüğe aykırı davrandığını ortaya çıkarmakla sınırlıdır. Türkiye'de tıbbi uygulama hataları konusunda resmi bilirkişiler, Adli Tıp Kurumu ve Yüksek Sağlık Şurası'dır. Adli Tıp Kurumu hem ceza hem de hukuk mahkemelerince gönderilen dosyalar hakkında bilirkişilik yapmaktayken, Yüksek Sağlık Şuarası sadece ceza mahkemelerince gönderilen dosyalar hakkında bilirkişilik yapmaktadır. Anayasa Mahkemesi'nin 22.10.2010 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan 03.06.2010 tarih E–2009/ 69 Esas, K–2010/ 79 sayılı kararında ceza davalarında Yüksek Sağlık Şurası'ndan rapor almak zorunluluğunu iptal etmiştir.

Kasten işlenen suçlarda olduğu gibi, taksirli suçlarda da haksızlık ve kusur birbirinden ayrılmaktadır. Taksirli suçun haksızlık (tipiklik) unsurunu objektif olarak öngörülen dikkat ve özen yükümlülüğünün ihlali oluşturmaktadır (Deryal, 2006: 50). Bu yükümlülüğün ihlali bakımından failin kişisel olarak kınanabilip kınanamayacağı ise, kusur bakımından bir değerlendirmeyi gerekli kılmaktadır. O halde, ilk olarak taksirli suçun objektif yönü (haksızlık tipi) belirlendikten sonra, ayrıca genel olarak öngörülen özen ve öngörebilme yükümünün kişisel olarak fail bakımından da onun zekâ ve eğitimine, yetenek ve kabiliyetine, tecrübesine ve sosyal konumuna göre de yerine getirilebilir olup olmadığı araştırılmalıdır (Hancı, 2006: 42).

5237 sayılı Türk Ceza Kanunun 22/4. maddesine göre "Taksirle işlenen suçtan dolayı verilecek olan ceza failin kusuruna göre belirlenir." Taksirle işlenen suçlar, kişilerin canını veya malını tehlikeye ve hatta zarara maruz bırakmakla birlikte, kişi taksirli davranışta bulunurken, bu değerleri zarara veya tehlikeye maruz bırakmak hususunda bir kast gütmemektedir. Buna karşılık yükümlülüklerine aykırı bir davranışta bulunduğunun bilincindedir (Özgenç Gazi Şerhi, 2005: 319).

4.1.2. Taksirle Ölüme veya Yaralamaya Sebebiyet Verme

Taksirli suçlarda, objektif dikkat ve özen yükümlülüğünün ihlali failin cezalandırılması için yeterli değildir. Bu ihlal neticesinde hekimin cezalandırılması için suçun kanuni tanımında belirtilen ölüm veya yaralama neticesinin de gerçekleşmesi gereklidir. Ancak failin iradesi bu neticelere yönelik olmadığı için, taksirli suçlara teşebbüs olmaz. Bu itibarla objektif dikkat ve özen yükümlülüğünü ihlal etmesine rağmen, bir kimsenin ölmesine veya yaralamasına neden olmayan fail cezalandırılamaz (Koca, 2007:104).

Tedbirsizlik, dikkatsizlik, özensizlik şeklindeki davranışların cezalandırılmasının esas sebebi, dikkat ve özen görevinin ihlalidir. Hekimin dikkat ve özen görevini yerine getirmeyerek hastanın ölümüne, yaralanmasına, uzuv kaybına ya da sağlığının daha da kötüleşmesine sebebiyet vermesi halinde, hekim ister icrai bir hareketle veya ihmali bir davranışla zarar versin, hekim olayın oluş şekline göre taksirle öldürme veya taksirle yaralamadan dolayı yargılanır.

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun taksirle öldürme ve yaralama suçlarını düzenleyen 85. ve 89. maddelerinde taksir şekillerine ayrıca yer verilmemiştir. Bu durumda hekimlerin tıbbi müdahale esnasında taksirle sebebiyet verdikleri yaralama ya da ölümün meydana gelmesi halinde, öncelikle bu sonuçlara taksirle sebebiyet verilip verilmediği 22. maddedeki esaslara göre belirlenecek ve failin taksirinin sabit olması halinde, TCK m. 85 ya da 89. maddelere göre cezalandırılması cihetine gidilecektir.

Sonuç olarak taksirli bir fiille bir hastanın ölümüne neden olan hekim iki yıldan altı yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılacaktır. Şayet hekimin taksirli fiili, birden fazla insanın ölümüne ya da bir veya birden fazla kişinin ölümü ile birlikte bir veya birden fazla kişinin yaralanmasına neden olmuşsa, Türk Ceza Kanunun 85. maddesine göre, hekim iki yıldan on beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılacaktır (Koca, 2007: 105, 106).

Eğer hekim taksirli fiiliyle tıbbi müdahalede bulunduğu hastanın bedenine acı vermiş veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olmuşsa, üç aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılacaktır.

Tedaviye bağlı gerçekleşen komplikasyonlar hekimin sorumluluğunu gerektirmez. Ayrıca hekimin kusurluluğunu kaldıran bir sebebin bulunması halinde de cezalandırılması mümkün değildir. Sözgelimi anne veya çocuktan birisini kurtarma mecburiyetle karşı karşıya kalan bir hekimin anneyi kurtarmayı tercih etmesi halinde, çocuğun kaybı nedeniyle sorumluluk yüklenemeyecektir (Koca, 2007: 107).

Hekimin tıbbi müdahalesi sonucunda ortaya çıkan taksirli eylem birden fazla kişinin yaralanmasına neden olmuşsa Türk Ceza Kanunu'nun 89/4. maddesine göre hekim hakkında altı aydan üç yıla kadar hapis cezası verilecektir. Türk Ceza Kanunu'nun 89. maddesinde, düzenlenen taksirle yaralama suçunun soruşturulması ve kovuşturulması mağdurun şikâyetine bağlı tutulmuştur. Ancak taksirle yaralama fiili bilinçli taksirle işlenmişse, fail hakkında soruşturma ve kovuşturma Türk Ceza Kanununun 89/5. maddesine göre resen yapılacaktır.

4.2. KASTTAN DOĞAN CEZAİ SORUMLULUK

Kast sözcüğü Arapça bir sözcük olup "amaçlama, yönelme" anlamına gelir. Terim olarak kast, "suç teşkil eden bir eylemi gerçekleştirmeyi isteyerek ona yönelmektir" (Türkmen, 2009: 79). 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 21. maddesine göre "suçun oluşması kastın varlığına bağlıdır. Kast, suçun kanuni tanımındaki unsurların bilerek ve gerçekleştirilmesidir", 81.maddede ise "Bir insanı kasten öldüren kişi müebbet hapis cezası ile cezalandırılır şeklinde düzenlenmiştir" şeklinde düzenlenmiştir.

Hekimin hasmı olan bir kişiyi bilerek, isteyerek, amaçlayarak öldürmesi halinde kasten adam öldürmeden sorumlu tutulacağı tartışmasızdır. Bu bölümde

incelenecek olan hekimin hasımla bir kişiyi kasten öldürmesi değil; hekimin yasal olan yükümlülüklerini kasten yerine getirmemesi sonucu oluşan cezai sorumluluğudur.

Türk Ceza Kanunu'nun 21. maddesinin 2. fıkrasında "Kişinin, suçun kanuni tanımındaki unsurların gerçekleşebileceğine öngörmesine rağmen, fiili işlemesi halinde, olası kast vardır. Bu halde, ağırlaşmış müebbet hapis cezasını gerektiren suçlarda müebbet hapis cezasına, müebbet hapis cezasını gerektiren suçlarda yirmi yıldan yirmi beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur, diğer suçlarda ise temel ceza üçte birden yarısına kadar indirilir". Bu maddede "olası kast" kavramına değinilmiştir.

Türk Ceza Kanunu'nda olası kast, kasttan daha az ceza ile cezalandırılmıştır. Olası kastta kişi, neticenin meydana geleceğini öngörmesine rağmen ne neticenin meydana gelmesi için gayret göstermiştir ne de neticenin meydana geleceğinden emindir. Esasında icrai bir davranışla işlenebilen suç, ihmali bir davranışla gerçekleştirildiğinde " ihmal suretiyle icra suçu" meydana gelir. Nitekim Türk Ceza Kanunu'nun 81. maddesinde yer alan kasten öldürme icrai bir suç olmakla birlikte 83.maddede yer alan koşulların varlığı halinde ihmali hareketle de işlenebileceği de kabul edilmiştir (Yenidünya, 2009: 72, 73).

Türk Ceza Kanunu'nda esasında hekimlere özgü bir düzenleme olmayan kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi suçu, hekimlerin tedavi yükümlülüğünün kasten ihmal edilmesi şeklinde karşımıza çıkabilir. Hekimin tedavi yükümlülüğünü kasten yerine getirmemesi neticesinde hastanın ölmesi halinde hekim 83. maddede yer alan kasten öldürmenin ihmali davranışla işlemesinden sorumlu tutulabilir (Önder, 1992: 114).

Hekimin uzmanlık alanı ne olursa olsun acil durumlarda hastaya müdahale etme yükümlülüğü vardır. Bu noktada acil bir durumda hasta hangi hastaneye giderse gitsin sosyal güvencesine ve hastane masraflarını ödeme gücüne bakılmaksızın müdahale edilmesi zorunludur. Bu konuya ilişkin düzenleme Yataklı

Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 57. maddesinde "Ağır ve acil müdahaleyi gerektiren hastalar müracaatları halinde yataklı tedavi kurumlarına sosyal güvencesine bakılmaksızın derhal kabul edilir. Gereken her türlü tıbbi müdahaleler zamanında yapılır, işlemleri daha sonra tamamlanır." Şeklinde düzenlenmiştir. Buna göre hekimlerin acil vakalarda hastanede yer olmadığı gerekçesiyle hastaya müdahale etmeksizin başka kurumlara sevk etmesi veya ödeme gücü olmayan acil hastaya müdahaleden çekinmesi durumunda hastanın zarar görmesinden dolayı hekimin cezai sorumluluğu doğacaktır. Neticeye göre Türk Ceza Kanunu'nun 81, 83, 85, 88, 89 veya 257. maddeleri çerçevesinde yargılanacaktır (Artuk, 2008: 449).

4.2.1. Kasten Öldürme Suçu ve Kasten Öldürmenin İhmali Davranışla İşlenmesi

Kasten öldürme suçunun oluşması için fiil ile birlikte yani maddi unsurun yanında manevi unsurun da varlığı zorunludur. Manevi unsurdan anlaşılması gereken bilme, isteme, kastetme unsurlarının bulunması gerekliğidir.

Türk Ceza Kanunu'nun 83. maddesinin 1 ile 2. fıkralarında kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenme hali düzenlenmiştir. "Kişinin yükümlü olduğu belli bir icrai davranışı gerçekleştirmemesi dolayısıyla meydana gelen ölüm neticesinden sorumlu tutulabilmesi için, bu neticenin oluşumuna sebebiyet veren yükümlülük ihmalinin icrai davranışa eşdeğer olması gerekir." İhmali ve icrai davranışın eşdeğer kabul edilebilmesi için, kişinin;

- Belli bir icrai davranış yükümlülüğü kanundan veya sözleşmeden kaynaklanmalıdır,
- Önceden gerçekleştirdiği davranışın başkalarının hayatları ile ilgili olarak tehlikeli bir durum oluşturması gerekir.

Yasanın metninden suçun oluşması için; yükümlü olunan bir icrai davranışın gerçekleştirilmemesi ve bu yükümlülük ihmalinin icrai davranışa eşdeğer olması

aranmaktadır. Böyle bir yükümlülüğün varlığına ve neticeyi önleyecek somut hareketin bilincinde olunmasına rağmen, hareketsiz kalınması ile yasada belirtilen suç oluşur (Demircan, 2010: 11).

4.2.2. Kasten Yaralama Suçu

Türk Ceza Kanunu'nun 86. maddesinde "kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır." Bu madde ile korunan hukuki menfaat, kişinin vücut bütünlüğü, akıl ve ruh sağlığının korunması hakkıdır.

4.3. TÜRK CEZA KANUNU'NDAKİ HEKİMLERE İLİŞKİN DİĞER DÜZENLEMELER

İnsan Üzerinde Deney Suçu: Türk Ceza Kanunu'nda "Kişilere Karşı Suçlar" başlıklı ikinci kısım "Vücut Dokunulmazlığına Karşı Suçlar" başlıklı ikinci bölümde düzenlenen, Türk Ceza Kanunu'nun 90/1. maddesinde, insan üzerinde deney yapılması, suç olarak tanımlanmıştır. Bu maddeye göre "İnsan üzerinde bilimsel bir deney yapan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır."

Yapılan bu düzenleme ile insanın maddi ve manevi bütünlüğünü korumak amaçlanmıştır. Bilimin ve dolayısıyla tıbbın gelişmesi için yapılması gereken deneyler ancak belli koşullar altında yapıldığı takdirde, fiili hukuka uygun kılar. Bu koşullar, 90. maddenin 2. fıkrasında bentler halinde sayılmıştır. Türk Ceza Kanunu madde 90/2 "İnsan üzerinde yapılan rızaya dayalı bilimsel deneyin ceza sorumluluğunu gerektirmemesi için;

a) Deneyle ilgili olarak yetkili kurul veya makamlardan gerekli iznin alınmış olması,

b) Deneyin öncelikle insan dışı deney ortamında veya yeterli sayıda hayvan üzerinde yapılmış olması,

c) İnsan dışı deney ortamında veya hayvanlar üzerinde yapılan deneyler sonucunda ulaşılan bilimsel verilerin, varılmak istenen hedefe ulaşmak açısından bunların insan üzerinde de yapılmasını gerekli kılması,

d) Deneyin, insan sağlığı üzerinde öngörülebilir zararlı ve kalıcı bir etki bırakmaması,

e) Deney sırasında kişiye insan onuruyla bağdaşmayacak ölçüde acı verici yöntemlerin uygulanmaması,

f) Deneyle varılmak istenen amacın, bunun kişiye yüklediği külfete ve kişinin sağlığı üzerindeki tehlikeye göre daha ağır basması,

g) Deneyin mahiyet ve sonuçları hakkında yeterli bilgilendirmeye dayalı olarak açıklanan rızanın yazılı olması ve herhangi bir menfaat teminine bağlı bulunmaması gerekir.”

Kanunun 90. maddesinin üçüncü fıkrasında, çocuklar üzerinde bilimsel deney için gerekli koşullar belirlenmiştir." Buna göre çocuklar üzerinde bilimsel deneyin ceza sorumluluğunu gerektirmemesi için ikinci fıkrada aranan koşulların yanı sıra,

a) Yapılan deneyler sonucunda ulaşılan bilimsel verilerin, varılmak istenen hedefe ulaşmak açısından bunların çocuklar üzerinde de yapılmasını gerekli kılması,

b) Rıza açıklama yeteneğine sahip çocuğun kendi rızasının yanı sıra ana ve babasının veya vasisinin yazılı muvafakatinin de alınması,

c) Deneyle ilgili izin verecek yetkili kurullarda çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanının bulunması, gerekir.”

Maddenin 4. fıkrası ise, hasta kişiler üzerinde izinsiz yapılan tedavi amaçlı denemeleri suç olarak tanımlamaktadır. 90/4 maddesine göre “Hasta olan insan üzerinde rıza olmaksızın tedavi amaçlı denemede bulunan kişi, bir yıla kadar hapis

cezası ile cezalandırılır. Ancak, bilinen tıbbi müdahale yöntemlerinin uygulanmasının sonuç vermeyeceğinin anlaşılması üzerine, kişi üzerinde yapılan rızaya dayalı bilimsel yöntemlere uygun tedavi amaçlı deneme, ceza sorumluluğunu gerektirmez. Açıklanan rızanın, denemenin mahiyet ve sonuçları hakkında yeterli bilgilendirmeye dayalı olarak yazılı olması ve tedavinin uzman hekim tarafından bir hastane ortamında yapılması gerekir." Madde metninden denemelerin ancak hasta üzerinde yapılabileceği anlaşılmaktadır. Deneme için, öncelikle bilinen tıbbi müdahale yöntemlerinin, hasta üzerinde uygulanmasının sonuç vermeyeceğinin anlaşılmış olması gereklidir. Denemenin uzman hekimce, hastane ortamında ve aydınlatılmış onam alındıktan sonra yapılması zorunludur (Ateş, 2007: 106).

Organ ve Doku Ticareti Suçu: Türk Ceza Kanunu'nda "Kişilere Karşı Suçlar" başlıklı ikinci kısımda "Vücut Dokunulmazlığına Karşı Suçlar" başlıklı ikinci bölüm madde 91'de düzenlenen " (1) Hukuken geçerli rızaya dayalı olmaksızın, kişiden organ alan kimse, beş yıldan dokuz yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Suçun konusunun doku olması halinde, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. (2) Hukuka aykırı olarak, ölüden organ veya doku alan kimse, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. (3) Organ veya doku satın alan, satan, satılmasına aracılık eden kişi hakkında, birinci fıkrada belirtilen cezalara hükmolunur. (4) Bir ve üçüncü fıkralarda tanımlanan suçların bir örgütün faaliyeti çerçevesinde işlenmesi halinde, sekiz yıldan on beş yıla kadar hapis ve on bin güne kadar adlî para cezasına hükmolunur. (5) Hukuka aykırı yollarla elde edilmiş olan organ veya dokuyu saklayan, nakleden veya aşılayan kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. (6) Belli bir çıkar karşılığında organ veya doku teminine yönelik olarak ilan veya reklam veren veya yayınlayan kişi, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. (7) Bu maddede tanımlanan suçların bir tüzel kişinin faaliyeti çerçevesinde işlenmesi halinde, tüzel kişi hakkında bunlara özgü güvenlik tedbirlerine hükmolunur. (8) Birinci fıkrada tanımlanan suçun işlenmesi sonucunda mağdurun ölmesi halinde, kasten öldürme suçuna ilişkin hükümler uygulanır."

Organ ve doku nakline ilişkin iki ayrı kanunda düzenleme vardır. Bunlar, Türk Ceza Kanunu'nun 91. maddesi ile Organ ve Doku Nakli Kanunu'nun 15.

maddesi hükümleridir. 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması Saklanması ve Nakli Hakkında Kanunun 15. maddesinde, "Bu kanuna aykırı şekilde organ ve doku alan, saklayan, aşılayan ve nakledenlerle bunların alım ve satımını yapanlar, alım ve satımına aracılık edenler veya bunun komisyonculuğunu yapanlar hakkında, fiil daha ağır bir cezayı gerektirmediği takdirde iki yıldan dört yıla kadar hapis ve 50000 liradan 100000 liraya kadar ağır para cezasına hükmolunur." düzenlemesi ile cezai yaptırım öngörülmüştür.

Türk Ceza Kanunu'nun 91. maddesinde Organ ve Doku Ticareti suçu düzenlemesi ile korunmak istenen hukuksal yarar öncelikle kişinin yaşam hakkı ve beden bütünlüğüdür. Ceza hukuku tarafından korunması gereken asli değerler arasında insan onurunu da saymanın gerekli olduğunu kabul ederek, Organ ve Doku Ticareti suçu düzenlemesi ile korunmak istenen bir diğer hukuksal değerin de insan onuru olduğunu ifade etmek mümkündür (Soyaslan, 1998: 135). 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması Saklanması ve Nakli Hakkında Kanunun 2/1.maddesinde **"**Bu Kanunda sözü edilen organ ve doku deyiminden, insan organizmasını oluşturan her türlü organ ve doku ile bunların parçaları anlaşılır." Hükmü ile insan organizmasını oluşturan her türlü vücut parçası Kanun kapsamına alınmıştır. Aynı Kanun'un 2/2. maddesi ile bazı organ ve dokular (oto-greftler, saç ve deri alınması, aşılanması, kan trans füzyonu) kanun kapsamı dışında tutulmuştur (Parlar ve Hatipoğlu, 2007: 703).

2238 sayılı Organ ve Doku Alınması Saklanması ve Nakli Hakkında Kanunun 11. maddesinde tıbbi ölüm halinin belirlenmesinin dört kişilik hekimler kuruluyla ve oybirliği ile saptanması hüküm altına alınmıştır. Yüksek Sağlık Şurası'nın 1969 yılında verdiği bir kararla ölüm anının belirlenmesi açısından beyin ölümünü ölçü kabul etmiştir. Beyin ölümü, beynin kişinin vücudunu yönetme imkân ve yeteneğini tamamen ve geri dönüşümü olmayacak derecede kaybetmesi olarak tanımlanmaktadır (Demircan, 2010: 20).

2238 sayılı Organ ve Doku Alınması Saklanması ve Nakli Hakkında Kanunun 5. maddesinde çocuklardan ve mümeyyiz olmayan kişilerden organ ve

doku alınmasını yasaklamış olduğundan küçüğün ya da yasal temsilcilerin rızası önem taşımayacak ve eylem suç teşkil edecektir. 2238 sayılı Kanunun ölüden organ ve doku alma başlıklı 14. maddesinde hukuka uygunluk koşulları belirtilmiş olup; öncelikle kişinin sağlığında bu konuya ilişkin bir beyanının bulunup bulunmadığı, bu konuya ilişkin beyan yoksa yakınlarının rızası aranmaktadır. Maddenin 2. fıkrasında bu fiili suç olmaktan çıkaran koşullara ilişkin birtakım düzenlemeler de yer almıştır "aksine bir vasiyet veya beyan yoksa kornea gibi ceset üzerinde bir değişiklik yapmayan dokular alınabilir" (Çakmut Yenerer, 2003: 242).

Çocuk düşürtme ve Çocuk düşürme ve Kısırlaştırma Suçları: Türk Ceza Kanunu'nun "Kişilere Karşı Suçlar" başlıklı ikinci kısım, " Çocuk Düşürtme, Düşürme veya Kısırlaştırma" başlıklı beşinci bölümde düzenlenen 99. maddesine göre " (1) Rızası olmaksızın bir kadının çocuğunu düşürten kişi, beş yıldan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. (2) Tıbbi zorunluluk bulunmadığı halde, rızaya dayalı olsa bile, gebelik süresi on haftadan fazla olan bir kadının çocuğunu düşürten kişi iki yıldan dört yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Bu durumda, çocuğunun düşünülmesine rıza gösteren kadın hakkında bir yıla kadar hapis veya adlî para cezasına hükmolunur. (3) Birinci fıkrada yazılı fiil kadının beden veya ruh sağlığı bakımından bir zarara uğramasına neden olmuşsa, kişi altı yıldan on iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır, fiilin kadının ölümüne neden olması halinde, on beş yıldan yirmi yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. (4) İkinci fıkrada yazılı fiil kadının beden veya ruh sağlığı bakımından bir zarara uğramasına neden olmuşsa, kişi üç yıldan altı yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır; fiilin kadının ölümüne neden olması halinde, dört yıldan sekiz yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. (5) Rızaya dayalı olsa bile, gebelik süresi on haftayı doldurmamış olan bir kadının çocuğunun yetkili olmayan bir kişi tarafından düşürülmesi halinde; iki yıldan dört yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Yukarıdaki fıkralarda tanımlanan diğer fiiller yetkili olmayan bir kişi tarafından işlendiği takdirde, bu fıkralara göre verilecek ceza, yarı oranında artırılarak hükmolunur. (6) Kadının mağduru olduğu bir suç sonucu gebe kalması halinde, süresi yirmi haftadan fazla olmamak ve kadının rızası olmak koşuluyla, gebeliği sona erdirene ceza verilmez. Ancak, bunun için gebeliğin uzman hekimler tarafından hastane ortamında sona erdirilmesi gerekir."

Bu düzenleme ile kadının belli bir süre içinde gerçekleştirmek şartıyla gebeliğine son vermek özgürlüğüne sahip bulunması amaçlanmış, anne istemediği halde çocuğun düşürtülmesi fiili suç sayılarak kişi hürriyeti esas alınmıştır (Dönmezer, 1995: 165,166). Türk Ceza Kanunu'nun 100. maddesine göre" Gebelik süresi on haftadan fazla olan kadının çocuğunu isteyerek düşürmesi halinde, bir yıla kadar hapis veya adlî para cezasına hükmolunur."

Nüfus Planlaması Kanunu'nun 5. maddesinin 2. ve 4. fıkralarında çocuk düşürme eyleminin hukuka uygun nedenleri düzenlenmiştir. Bunlardan ilki endikasyon tıbbi tehlikeler nedeniyle gebeliğin sonlandırılması ve 10 haftalık gebelikte rıza ile gebeliğin sonlandırılmasıdır. 10 haftadan fazla gebelikte tıbbi tehlikenin olmadığı durumlarda bireysel haklılıklar olsa bile hukuka uygunluktan söz edilemez. Hangi durumların tıbbi tehlike olarak kabul edilebileceği yasada ve tüzük de belirlenmiştir. Annenin hayatını tehdit ettiği veya doğacak çocuk ile onu izleyen nesiller için ağır maluliyetlere neden olacak durumlarda tıbbi tehlikenin varlığı kabul edilmektedir.

Kısırlaştırma: "Bir erkek veya kadını rızası olmaksızın kısırlaştıran kimse üç yıldan altı yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Fiil kısırlaştırma işlemi yapma yetkisi olmayan bir kimse tarafından yapılırsa ceza üçte bir oranında arttırılır. Rızaya dayalı olsa bile, kısırlaştırma fiilinin yetkili olmayan bir kişi tarafından işlenmesi halinde, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezasına hükmolunur." Bu madde, kişiler üzerinde izinleri (onayları) olmaksızın, kısırlaştırma ameliyatını gerçekleştiren uzman hekimlerin cezalandırılacağını düzenlemektedir. Uzman olmayan hekimin, rızaya dayalı olsa bile böyle bir cerrahi müdahalesi bu maddeye göre suçtur.

2527 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'un 4. maddesine göre, kişinin talebi üzerine sterilizasyona engel olacak tıbbi bir sakıncanın bulunmaması halinde, kişinin ergin olması kaydıyla, sterilizasyon işlemi yapılabilmektedir. Ceza Kanununda evli eşler açısından bir düzenleme getirilmemiş kısırlaştırılacak olan kişinin rızasını yeterli görmüştür.

Genital Muayene: Türk Ceza Kanunun "Millete ve Devlete Karşı Suçların", yer aldığı dördüncü kısmın ikinci bölümünde "Adliyeye Karşı Suçlar" başlığı altında düzenlenen 287. maddesine göre " (1) Yetkili hâkim ve savcı kararı olmaksızın, kişiyi genital muayeneye gönderen veya bu muayeneyi yapan fail hakkında üç aydan bir yıla kadar hapis cezasına hükmolunur." 5237 sayılı Ceza Kanunu ile Ceza Hukukumuzda ilk kez düzenlenen genital muayeneye ilişkin suç üzerinde tartışılan suçlardan biridir.

Madde hükmünden de anlaşıldığı üzere, hâkim veya savcı kararı olmaksızın bir kimsenin genital muayeneye gönderilmesi veya muayenesinin yapılması yasaklanmıştır. Burada belirtilen kişi sanık veya şüphelidir. Hekim-hasta ilişkisindeki kişiler değildir. Kişiler her zaman tedavi maksatlı genital muayeneye gidebilir ve velayeti altındaki küçüğü götürebilir.

Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamayacağı Anayasanın 17/2. maddesi ile de güvence altına alınmıştır. Ancak kanunumuzda genital muayeneye ilişkin suçun adliyeye karşı cürümler başlıklı bölüm altında düzenlendiği görülmektedir. Bu düzenleme ile kanun koyucunun suça ilişkin delil elde etmeyi, yargılamanın sağlıklı yapılabilmesi için genital muayenenin yetkisiz kişilerce yapılmasını engellemeyi, dolayısıyla adliyeyi korumayı amaçladığı anlaşılmaktadır (Demircan, 2010: 40).

Suçun oluşması için kişinin rızası bulunmadan ve yetkili hâkim veya savcı kararı bulunmaksızın genital muayeneye gönderilmesi, götürülmesi veya genital muayenenin yine yetkili hâkim veya savcı kararı olmaksızın rıza dışı yapılması gerekmektedir. Bir suça ilişkin olayın aydınlatılması gerçeğin ortaya çıkartılması amacına yönelik olarak kişinin genital bölge muayenesinin yapılmasına ancak yetkili mahkeme, hâkim veya acil hallerde Cumhuriyet Savcısı karar verebilir. Bu karara istinaden yapılacak muayenede kişinin rızasının aranmasına gerek yoktur (Özgenç, 2006: 206).

BEŞİNCİ BÖLÜM
ARAŞTIRMANIN BULGULARI VE SONUÇ

5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Araştırmanın amacı, özel hastanede çalışan ve özel hukuk statüsüne tabi olarak çalışan hekimlerin tıbbi müdahale ve tedavide malpraktisten doğan hukuki ve cezai sorumluluklarına yönelik farkındalık düzeylerini tespit etmek ve hekimlerin kendilerini ne düzeyde farkında gördükleri ile gerçekte ne düzeyde farkındalığa sahip olduklarını belirlemektir.

Araştırmanın önemi ise; bu araştırmadan çıkacak sonuç ile hekimlerin hukuki ve cezai sorumluluklarının ne düzeyde farkında olduklarını belirleyerek farkındalık düzeyleri ile bu konuda aldıkları eğitimin farkındalık düzeyine etkisi ve diğer etkileyen faktörleri belirlemektir.

5.2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ VE UYGULAMASI

Bu çalışmada anket uygulaması için Ankara ilindeki 5 ayrı özel hastanede çalışan 255 hekim seçilmiştir. Hastaneler isimlerinin kullanmasına müsaade etmemişler ve yapılan alan araştırmasına bu şartla müsaade etmişlerdir. Zira sonuçta özel işletmeler olan bu hastaneler rakipleri tarafından anket sonuçlarının aleyhlerine kullanılmasından endişe ettiklerini açıkça belirtmişlerdir.

Bu çalışmadaki anket 22 Şubat 2012 ve 20 Mart 2012 tarihleri arasında yapılmıştır. Nisan 2012 itibariyle anketler gözden geçirilmiş, değerlendirilmiş ve 255 kişinin de anketi geçerli sayılmıştır.

Ankara ilinde merkezde hizmet veren 5 özel hastanede çalışan 255 hekime anketler tek tek uygulanmıştır. Hekimlerin demografik özelliklerine bakılınca medeni

durum ve görev unvanlarında eşit bir dağılım yapılmış olsa da; yaş ve mesleki tecrübede ki dağılım daha genç ve mesleki tecrübesi yaklaşık 10 yıl civarıdır.

Araştırmada, veri geçerliği için anket yöntemi kullanılmıştır. Anket metni oluşturulurken literatür taranmış; ayrıca konu ile ilgili uzman görüşü de alınmıştır. Anketin hazırlanmasından önce ön anket yapılmış, ön anket sonucunda hekimlerin konuyu nasıl algıladıkları ve hangi tür soruları cevaplayabildikleri belirlenmeye çalışılmıştır. Alan çalışmasına başlamadan önce 25 kişilik bir hekim grubuna pilot çalışma uygulanmış ve hekimlerden alınan yanıtlar doğrultusunda anket sorularının anlaşılıp anlaşılmadığı saptanarak ankete son şekli verilmiştir.

Anket formunda 25 soru sorulmuştur. Sorular çoktan seçmelidir.

1. Yaş,
2. Medeni durum,
3. Kaç yıllık hekim olduğu,
4. Mezun olduğu tıp fakültesi,
5. Görev ünvanı,
6. Uzmansa uzmanlık dalı,
7. Farkındalık düzeyini 1ile 5 arasında değerlendirmesi,
8. Hukuki ve Cezai Sorumluluğuna ilişkin eğitim alıp almadığı,
9. Eğitim aldıysa eğitim kaynakları,
10. Eğitimi yeterli bulup bulmadığı,
11. Mesleğinden kaynaklanan bir ceza soruşturması geçirip geçirmediği,
12. Hastaya veya bir yakınına tazminat ödeyip ödemediği,
13. Tıbbi müdahale öncesinde hastadan veya kanuni temsilcisinden hangi yöntemle onam alındığı,
14. 18 yaşından küçük hastaya kanuni temsilcisi zorunlu müdahale için onam vermediği takdirde ve müdahale zorunluysa tutumunun ne olacağı,
15. İntihara teşebbüs eden bilinci kapalı bir hasta gelse ve üzerinden el yazısıyla yazılmış kendisine müdahale edilmemesi yönünde not çıkması halinde tutumunun ne olacağı,

16. Acil bir hasta gelse ve bilinci açıkken müdahaleye onam vermese ve vermediğine dair imzası alınsa ve daha sonra bilinci kapansa tutumunun ne olacağı,
17. ŞÜPHELİ veya SANIĞIN genital muayenesinin yapılabilmesi için hangi belgelerin yeterli olacağı,
18. Ekonomik durumu zayıf olan bir hastaya SGK 'nın ödemeyeceği bir ilaç yazılması gerekli bir durumda tutumunun ne olacağı,
19. Tıbbi hata veya malpraktise ilişkin yasal düzenlemenin hangi kanunda düzenlendiği,
20. Tıbbi müdahale hataları ile ilgili davaların haksız yere açılıp açılmadığı,
21. Genel olarak sizce Türkiye'de tıbbi müdahale hatalarının en sık nedenlerinin ne olduğu,
22. Hatalı tıbbi müdahaleye ilişkin dava açılması veya dava açılma olasılığı hekimin hastasına sunduğu sağlık hizmetinin kalitesine etki edip etmeyeceği,
23. Hekimin kendisinin ya da başka bir sağlık çalışanının tıbbi müdahale veya teşhis sonucunda oluşan tıbbi hatayı en çok kiminle paylaşması gerektiği,
24. Hekim yaşanan tıbbi müdahale hatasını hastasıyla paylaşması durumunda dava açma eğilimine etkisinin ne olacağı sorulmuştur.

Birinci bölümde yer alan sorular 1–7 hekimlerin demografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorulardır. 8. soru anketin bağımlı değişkenidir. 9–13 arası sorular yine hekimlerin demografik özelliklerine yönelik sorulardır. 14–20 arası sorular hekimlerin bilgi düzeylerini ölçmeye yarayan kontrol soruları; 21–25 arası sorular ise hekimlerin tutum, düşünce ve davranışlarını ölçen; daha çok anketin sonuç kısmına ışık tutacak sorulardır.

Anketin uygulandığı hekimlere, tıbbi müdahale ve tedavinin hukuka uygunluk şartlarından olan rıza, farazi rıza, küçüklere ilişkin rıza, acil durumlarda rıza, hastanın tedaviyi reddetme hakkı, şüpheli veya sanığın genital muayenesine rıza, hekimin tedaviyi belirleme hakkı gibi hekimlerin hukuki ve cezai

sorumluluklarını etkileyecek en temel konularda bilgi düzeyini belirleyerek farkındalık düzeylerini belirlenmeye çalışılmıştır. Yine hekimlerin kendilerine ilişkin yasal düzenlemeler hakkında ne derecede bilgili olduğu da belirlenmeye çalışılmıştır.

Ankette ki son dört soru ile de hekimlerin tıbbi hata sonrası tutumları, tıbbi hata nedeniyle açılan davalara bakış açıları, hekimlere göre Türkiye'deki tıbbi hataların en başlıca nedenleri araştırılmıştır. Hekimlerin tıbbi hata nedeniyle aleyhlerine dava açılma endişesi yaşadığı, bu haklı kaygının sundukları sağlık hizmetin olan etkisi belirlenmeye çalışılmıştır.

Anket uygulaması bire bir görüşme yolu ile öncelikli olarak cevaplayıcıların demografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorularla birlikte çoktan seçmeli sorular sorulmuştur. Araştırmada literatürden elde edilen bilgilerle anket çalışmasının sonuçları değerlendirilmiştir. Anketler uygulandıktan sonra anket formları bilgisayara girilebilecek bir veri düzeyine getirilmek üzere kodlanmıştır. Kodlanan veriler Statistical Package for the Social Science (SPSS) 15.0 for Windows paket programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Anketlerden elde edilen verilerin analizinde kullanılan istatistik teknikleri olarak; frekans dağılımları hastaların demografik özellikleri ile likert ölçekli sorularda tek tek ele alınıp, aritmetik ortalama ve standart sapmaları hesaplanmış verilen cevapların ortalamadan ne kadar saptığı belirlenmiştir. Anketlerde yer alan tüm soruların frekans ve yüzdeleri hesaplanmıştır. Frekans ve yüzdeler, sorulara verilen cevapların dağılımını incelemek açısından önemlidir. Ayrıca şıkların korelasyon ilişkisi incelenmiş oluşturulan hipotezler Ki-kare testiyle anlamlılık düzeyi değerlendirilmiştir.

5.3. BULGULAR

Ankete katılan 255 kişinin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı ile tıbbi müdahale ve tedavide malpraktisten doğan hukuki ve cezai farkındalık düzeylerine ilişkin değerlendirmelerinin dağılımı aşağıda tablolar ve yüzdelikler şeklinde verilmiştir:

Katılanların cinsiyete göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: Ankete Katılanların Cinsiyete Göre Dağılımı

	Sıklık	Yüzde	Geçerlik Yüzde	Toplam Yüzde
Kadın	144	56,5	56,5	56,5
Erkek	111	43,5	43,5	100,0
Geçerlik	255	100,0	100,0	

Ankete katılan kişilerin;

- % 56,5'i (144 kişi) erkektir, % 43,5'i (111 kişi) kadındır.

Ankete katılanlar kişiler arasında erkek hekimler kadın hekimlerden % 13 daha fazladır.

Katılanların yaşlara göre dağılım Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2: Ankete Katılanların Yaşa Göre Dağılımı

Kişi	159	66	16	14
Yaş	24–34	35–44	45–54	55–65
Yüzde	62	26	7.2	4.8

Ankete katılan kişilerin:

- % 62'si 24 – 34 (159 kişi) yaş aralığındadır.
- % 26'sı 35–44 (66 kişi) yaş aralığındadır.

- % 7,2'si 45–54 (16 kişi) yaş aralığındadır.
- % 4,8'i 55–65 (14 kişi) yaş aralığındadır.

Katılanların yaş ortalaması Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3: Katılanların Yaş Ortalaması

N	Geçerlik	255
	Kayıp Değer	0
Ortalama		33,9961
Standart Sapma		8,91407
En Düşük Değer		24,00
En Yüksek Değer		65,00

Yaş ortalaması 33,9961. En küçük yaş 24, en büyük yaş 65'tir.

Ankete katılanlar arasında %15,7 ile 28 yaşında olanlar ilk sıradadır. %12'si ise 45 yaş üstüdür Katılanların tamamında ise 24–44 yaş aralığı %88 olup ankete katılanların ortalama yaş yaklaşık 34 olup, katılımcıların genç olduğunu söyleyebiliriz.

Katılanların medeni durumuna göre dağılım Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4: Ankete Katılanların Medeni Duruma Göre Dağılımı

	Sıklık	Yüzde	Geçerlik Yüzde	Toplam Yüzde
Evli	142	55,7	55,7	55,7
Bekâr	113	44,3	44,3	100,0
Geçerlik	255	100,0	100,0	

Ankete katılan kişilerin

- % 55,7'si (142 kişi) Evlidir. % 44,3'ü (113 kişi) Bekârdır.

Ankete katılan kişiler arasında evli olanlar bekâr olanlardan %11,4 kişi daha fazladır.

Katılanların kaç yılık hekim olduklarına ilişkin dağılım Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5: Ankete Katılanların Kaç Yıllık Hekim Olduğuna Göre Dağılımı:

Kişi	122	54	24	24	9	12	10
Kaç yıllık hekim	1–5	6–10	11–15	16–20	21–25	26–30	31–40
Yüzde	47.8	21.2	9.5	9.5	3.6	4.8	4

Ankete katılan kişilerin,

- % 47,8'i (122 kişi) 1–5 yıllık hekimdir,
- % 21,2'si (54 kişi) 6–10 yıllık hekimdir.
- % 9,5'i (24 kişi) 11–15 yıllık hekimdir.
- % 9,5'i (24 kişi) 16–20 yıllık hekimdir.
- % 3.6'sı (9 kişi) 21- 25 yıllık hekimdir.
- % 4,8'i (12 kişi) 26–30 yıllık hekimdir.
- % 4'ü (10 kişi) 31–40 yıllık hekimdir.

Ankete katılan kişilerden % 12,5'i (32 kişi) 3 yıllık hekim olup en fazla tekrarlanan frekanstır. % 69'u (176 kişi) 1–10 yıllık hekimdir. Ortalama 9,5 yıllık hekimlik mesleği olup; en az 1, en fazla 42 yıllık hekimlik tecrübesi olduğu görülmüştür.

Katılanların mezun oldukları üniversiteye göre dağılım Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6: Ankete Katılanların Mezun Olduğu Üniversite Dağılımı

	Sıklık	Yüzde	Geçerlik Yüzde	Toplam Yüzde
Ankara Üniversitesi	58	22,7	22,7	22,7
Hacettepe Üniversitesi	42	16,5	16,5	39,2
Gazi Üniversitesi	32	12,5	12,5	51,8
İstanbul Üniversitesi	8	3,1	3,1	54,9
Ege Üniversitesi	12	4,7	4,7	59,6
Cumhuriyet Üniversitesi	4	1,6	1,6	61,2
19 Mayıs Üniversitesi	6	2,4	2,4	63,5
Erciyes Üniversitesi	6	2,4	2,4	65,9
Başkent Üniversitesi	22	8,6	8,6	74,5
Akdeniz Üniversitesi	6	2,4	2,4	76,9
İstanbul Cerrahpaşa Üniversitesi	6	2,4	2,4	79,2
Çukurova Üniversitesi	10	3,9	3,9	83,1
Kırıkkale Üniversitesi	2	,8	,8	83,9
Osmangazi Üniversitesi	10	3,9	3,9	87,8
Selçuk Üniversitesi	6	2,4	2,4	90,2
Karadeniz Teknik Üniversitesi	2	,8	,8	91,0
Uludağ Üniversitesi	4	1,6	1,6	92,5
Süleyman Demirel Üniversitesi	2	,8	,8	93,3
Maltepe Üniversitesi	3	1,2	1,2	94,5
Celal Bayar Üniversitesi	2	,8	,8	95,3
Ufuk Üniversitesi	2	,8	,8	96,1
Afyon Kocatepe Üniversitesi	2	,8	,8	96,9
Trakya Üniversitesi	2	,8	,8	97,6
Eskişehir Üniversitesi	2	,8	,8	98,4
Atatürk Üniversitesi	2	,8	,8	99,2
Dicle Üniversitesi	2	,8	,8	100,0
Geçerlik	255	100,0	100,0	

Ankete katılan kişilerin;

- % 22,7'si (58 kişi) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,
- % 16,5'i (42 kişi) Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi,
- % 12,5'i (32 kişi) Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
- % 3,1'i (8 kişi) İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi
- % 4,7'si (12 kişi) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
- % 8,6'sı (22 kişi) Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi

- % 3,9'u (10 kişi) Çukurova ve Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
- % 2,4'ü (6 kişi) 19 Mayıs, Erciyes, İstanbul Cerrahpaşa, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi
- % 1,6'sı (4 kişi) Uludağ ve Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
- % 1,2'si (3 kişi) Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- % 0.8'i (2 kişi) Kırıkkale, Süleyman Demirel, Celal Bayar, Ufuk, Trakya, Eskişehir, Atatürk, Dicle, Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunudur.

26 farklı üniversiteden mezun olan katılımcılardan yarıdan biraz fazlası % 51,7'si (132 kişi) Türkiye'nin en eski üniversitelerinden Ankara, Hacettepe ve Gazi Üniversitesinde mezundur.

Katılanların görev unvanlarına göre dağılım Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7: Ankete Katılanların Görev Ünvanlarına Göre Dağılımı

	Sıklık	Yüzde	Geçerlik Yüzde	Toplam Yüzde
Pratisyen Hekim	110	43,1	43,1	43,1
Uzman Hekim	145	56,9	56,9	100,0
Geçerlik	255	100,0	100,0	

Ankete katılan kişilerin;

- % 43,1'i (110 kişi) Pratisyen Hekimdir.
- % 56,9'u (145 kişi) Uzman Hekimdir.

Uzman hekimlerin oranı %13, 8 oranla pratisyen hekimlerden fazladır.

Katılanların uzmanlık dallarına göre dağılım Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8: Ankete Katılanların Uzmanlık Dallarına Göre Dağılımı

	Sıklık	Yüzde	Geçerlik Yüzde	Toplam Yüzde
	2	,8	,8	,8
Dahili Bilimler	72	50,2	50,2	49,8
Cerrahi Bilimler	51	35,7	35,7	64,3
Temel Bilimler	2	,8	,8	99,2
Diğer	18	12,5	12,5	100
Geçerlik	145	100,0	100,0	

Ankete katılanlardan Uzman Hekim olduğunu belirten 145 kişiden

- % 50,2'si (72 kişi) Dâhili Bilimlerde uzman,
- % 35,7 'si (51 kişi) Cerrahi Bilimlerde uzman,
- % 2'si Temel Bilimlerde uzman,
- % 12,5'i (18 kişi) Diğer Bilimlerde uzman olduğunu belirtmiştir.

Katılanların tıbbi müdahale ve tedavide malpraktisten doğan hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin farkındalık düzeyine göre dağılımı Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9: Ankete Katılanların Tıbbi Müdahale ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluklarına İlişkin Farkındalık Düzeyine Göre Dağılımı

	Sıklık	Yüzde	Geçerlik Yüzde	Toplam Yüzde
1	24	9,4	9,4	9,4
2	60	23,5	23,5	32,9
3	93	36,5	36,5	69,4
4	54	21,2	21,2	90,6
5	24	9,4	9,4	100,0
Geçerlik	255	100,0	100,0	

Ankete katılanlardan tıbbi müdahale ve tedavide malpraktisten doğan hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin farkındalık düzeyini 1ila 5 arasında bir düzeyle

belirtmesi istenmişti; 1 en düşük farkındalık düzeyiyken 5 en yüksek farkındalık düzeyiydi. Kişilerden;

- % 9,4'ü (24 kişi) Farkındalık düzeyini 1 düzeyinde değerlendirmiştir.
- % 23,5'i (60 kişi) Farkındalık düzeyini 2 düzeyinde değerlendirmiştir.
- % 36,5'i (93 kişi) Farkındalık düzeyini 3 düzeyinde değerlendirmiştir.
- % 21,2'si (54 kişi) Farkındalık düzeyini 4 düzeyinde değerlendirmiştir.
- % 9,4'ü (24 kişi) Farkındalık düzeyini 5 düzeyinde değerlendirmiştir.

Ankete katılan kişilerden farkındalık düzeyini en düşük düzey olan 1 ve en üst düzey olan 5 'te görenlerin dağılımı % 9,4 'tür. Bunun dışında en büyük dağılım farkındalık düzeyini orta seviye olan 3 düzeyinde gören %36,5'tir. Bu durumda hekimlerin büyük kısmı farkındalık düzeylerini orta seviye etrafında gördüğünü söylemek mümkündür.

Katılanların mesleklerine ilişkin hukuki ve cezai sorumluluklarına yönelik eğitim alıp almadıklarına ilişkin dağılımı Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10: Ankete Katılanların Mesleklerine İlişkin Hukuki ve Cezai Sorumlulukları-na Yönelik Eğitim Alıp Almadıklarına İlişkin Dağılımı

	Sıklık	Yüzde	Geçerlik Yüzde	Toplam Yüzde
Evet	53	20,8	20,8	20,8
Hayır	202	79,2	79,2	100,0
Geçerlik	255	100,0	100,0	

Ankete katılan kişilerden;

- % 20,8'i (53 kişi) Eğitim aldıklarını,
- % 79,2'si (202 kişi) Eğitim almadıklarını belirtmiştir.

Ankete katılanların yaklaşık % 80'i mesleklerine ilişkin Hukuki ve Cezai sorumluluklarına ilişkin herhangi bir eğitim almadıklarını belirtmiştir. Hukuki anlamda yüksek risk taşıyan hekimlik mesleğine ilişkin hukuki ve cezai

sorumluluklarının ilk basamakta Tıp Fakültelerinde, daha sonra meslek odalarında ve en son çalıştığı kurumlarda eğitim verilememesi farkındalık düzeyinin seviyesinin bir göstergesidir.

Katılanların hukuki ve cezai sorumluklarına ilişkin eğitim alanların eğitim aldıkları kaynakların dağılımı Tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11: Ankete Katılanların Hukuki ve Cezai Sorumluklarına İlişkin Eğitim Alanların Eğitim Aldıkları Kaynakların Dağılımı

	Sıklık	Yüzde	Geçerlik Yüzde	Toplam Yüzde
	156	61,2	61,2	61,2
Tıp Fakültesi Lisans Eğitimi	26	10,2	10,2	71,4
Tabipler Birliği Çalışmaları	4	1,6	1,6	72,9
Kongre, Sempozyum vb.	18	7,1	7,1	80,0
Görevli Olduğum Kurumun Bünyesinde Yapılan Eğitim Çalışmaları	10	3,9	3,9	83,9
Kendi İmkânlarım	32	12,5	12,5	96,5
Diğer	9	3,5	3,5	100,0
Geçerlik	255	100,0	100,0	

Ankete katılanların;

- % 61,2'si (156 kişi) herhangi bir eğitim almadıklarından dolayı bu soruyu boş bırakmıştır. Bir önceki soruda eğitim almadıklarını belirtenlerin düzeyi % 79,2 iken bu soruyu atlaması gereken % 18 kişi atlamadan soruya cevap vermiştir.
- % 10,2 (26 kişi) Tıp Fakültesinde lisans eğitiminde,
- % 1,6 (4 kişi) Tabipler Birliği çalışmalarında,
- % 7,1 (18 kişi) Kongre, Sempozyum vb çalışmalarında,
- % 3,9 (10 kişi) Görevli olduğu kurumun bünyesinde,
- % 12,5 (32 kişi) Kendi imkânlarıyla,
- % 3,5 (9 kişi) diğer

Hekimler hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin eğitim çalışmasını en fazla % 12,5 ile kendi imkânlarıyla yapmaktadırlar. Kendi imkânlarının peşinden gelen % 10,2 ile tıp fakültesinde lisans eğitimi sırasında almaktadırlar. Meslek örgütleri ise % 1,6 ile en düşük düzeyde eğitim faaliyeti vermektedir.

Katılanlardan hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin eğitim alanların aldıkları eğitimi yeterli görüp görmediklerine ilişkin dağılımı Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 12: Ankete Katılanlardan Hukuki ve Cezai Sorumluluklarına İlişkin Eğitim Alanların Aldıkları Eğitimi Yeterli Görüp Görmediklerine İlişkin Dağılımı

	Sıklık	Yüzde	Geçerlik Yüzde	Toplam Yüzde
	144	56,5	56,5	56,5
Evet	9	3,5	3,5	60,0
Kısmen	56	22,0	22,0	82,0
Hayır	44	17,3	17,3	99,2
Geçerlik	255	100	100	

Ankete katılan kişilerden,

- 202 kişi 9. soruda hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin herhangi bir eğitim almadıklarını belirtmiş; bunlardan sadece 156 kişi eğitim aldıkları kaynakların hangisi olduğuna ilişkin soruyu atlamış,10, soruda ise 144 kişi de aldıkları eğitimin yeterli olup olmadığına ilişkin soruyu cevaplamamıştır.
- % 3,5 (9 kişi) aldıkları eğitimi yeterli bulmaktadır.
- % 22 (56 kişi) aldıkları eğitimi kısmen yeterli bulmaktadır.
- % 17,5 (44 kişi) aldıkları eğitimi yetersiz bulmaktadır.
- % 80'e yakın oranda herhangi bir eğitim almazken; alan % 20'nin sadece % 3,5'i aldıkları eğitimi yeterli bulmaktadır.

Sonuç olarak hekimlerin çoğunluğu mesleklerinin hukuki ve cezai sorumluluğuna ilişkin eğitim almamakta; alanlar ise aldıkları eğitimi yeterli bulmadığını belirtmiştir.

Katılanların mesleklerinden kaynaklanan bir ceza soruşturması geçirip geçirmediklerine ilişkin dağılımı Tablo 13'te verilmiştir.

Tablo 13: Ankete Katılanların Mesleklerinden Kaynaklanan Bir Ceza Soruşturması Geçirip Geçirmediklerine İlişkin Dağılımı

	Sıklık	Yüzde	Geçerlik Yüzde	Toplam Yüzde
Evet	42	16,5	16,5	16,5
Hayır	213	83,5	83,5	100
Geçerlik	255	100	100	

Ankete katılan kişilerden;

- % 16,5 (42 kişi) mesleklerinden kaynaklanan bir ceza soruşturması geçirmiştir.
- % 83,5 (213 kişi) mesleklerinden kaynaklanan bir ceza soruşturması geçirmemişlerdir.

Mesleklerine ilişkin bir ceza soruşturması geçirmeyenlerin oranı ciddi anlamda yüksektir. 1990–2000 yılları arasında yapılan bir araştırmada özel hastanelerde çalışan hekimlerin tıbbi hata yapma oranı % 18,69. Bu oran anketin sonucuna yakın bir orandır. Hekimlerin büyük çoğunluğu ceza soruşturması geçirmemiştir; bu veriyi değerlendirirken yaş ve meslekteki yılları da göz önüne alınmalıdır. (Büken,www.doktorsorumluluk.com/doktor_sigorta_tanitim.pps)

Ankete katılanların yaş ortalaması genç olduğu için ceza soruşturması geçirmeyenlerin oranının bu seviyede olması beklenmekteydi. Kaldı ki Türkiye'de hekimler 2005 yılına kadar ağırlıklı olarak kamu hastanelerinde çalışmaktadır. Kamu hastanelerinde çalışan hekimler kamu hukukuna tabi oldukları için Memurun

Muhakamatı Kanunu gereği savcılar doğrudan ceza davası açamamaktadırlar. Hızla aratan Özel hastaneler nedeniyle hekimler aleyhine bu oranların önümüzdeki 10 yılda hızla artacağını tahmin edilmektedir.

Katılanların yapmış olduğu hatalı tıbbi uygulamadan dolayı bir hastaya veya yakınına tazminat ödemeye mahkûm olup olmadığına ilişkin dağılımı Tablo 14'te verilmiştir.

Tablo 14: Ankete Katılanların Yapmış Olduğu Hatalı Tıbbi Uygulamadan Dolayı Bir Hastaya veya Yakınına Tazminat Ödemeye Mahkûm Olup Olmadığına İlişkin Dağılımı

	Sıklık	Yüzde	Geçerlik Yüzde	Toplam Yüzde
Hayır	255	100,0	100,0	100,0

Ankete katılan kişilerden,

- % 100 (255 kişi) yapmış olduğu hatalı tıbbi uygulamadan dolayı bir hastaya veya yakınına tazminat ödemeye mahkûm edilmemiştir.

Katılanların tıbbi müdahale öncesinde hasta veya kanuni temsilcisinden hangi yöntemle onam aldıklarına ilişkin dağılımı Tablo 15'te verilmiştir.

Tablo 15: Ankete Katılanların Tıbbi Müdahale Öncesinde Hasta veya Kanuni Temsilcisinden Hangi Yöntemle Onam Aldıklarına İlişkin Dağılımı

	Sıklık	Yüzde	Geçerlik Yüzde	Toplam Yüzde
Onam Almıyorum	4	1,6	1,6	1,6
Sözlü Onam Alıyorum	37	14,5	14,5	16,1
Kurum Tarafından Hazırlanan Belge ile Onam Alıyorum	206	80,8	80,8	96,9
Kendi Tarafımdan Hazırlanan Belge ile Onam Alıyorum	8	3,1	3,1	100,0
Geçerlik	255	100	100	

Ankete katılan kişilerden:

- % 1,6 (4 kişi) tıbbi müdahale öncesinde hasta veya kanuni temsilcisinden onam almamaktadır.
- % 14,5 (37 kişi) tıbbi müdahale öncesinde hasta veya kanuni temsilcisinden sözlü onam almaktadır.
- % 80,8 (206 kişi) tıbbi müdahale öncesinde hasta veya kanuni temsilcisinden kurum tarafından hazırlanan belge ile onam almakta,
- % 3,1 (8 kişi) tıbbi müdahale öncesinde hasta veya kanuni temsilcisinden kendi tarafından hazırlanan belge ile onam almaktadır.

Hekimlerin yaklaşık % 17'si ya onam almamakta ya da sözlü onam almaktadır. Bu oran azımsanmayacak bir orandır. Hekimlerin % 80,8'i kurum tarafından hazırlanan belge ile onam almaktadır. Yalnızca % 3,1'i kendi hazırladığı belge ile onam almaktadır ki tavsiye edilen budur.

Aydınlatılmış onamın yazılı olma koşulu ağır cerrahi işlemler de olmasına rağmen; ispat hukuku açısından yazılı olması aranır. Uygulamada çoğunlukla hastaneler önceden hazırladığı matbu belgelerle hastalardan onam almaktadır. Ancak son günlerde gündemde olan çift kol ve çift bacak nakli gibi ağır cerrahi müdahaleler gibi yüksek risk gerektiren işlemlerde kurumca hazırlanan matbu onamların yeterli olduğu düşünülmektedir.. Hastanın ve hasta yakınlarının, her türlü komplikasyona ve yüksek riskin her detayına ilişkin aydınlatılması zorunludur. Aksi takdirde hekimler yapılan tıbbi müdahalenin hastaya yeterince aydınlatılmadan gerçekleştirildiği iddiasıyla karşı karşıya kalabilirler.

Katılanların 18 yaşından küçük hastaya kanuni temsilcisi zorunlu müdahale için onam vermediği takdirde ve müdahale zorunlu ve acil ise tutumunun ne olacağına ilişkin dağılım Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo 16: Ankete Katılanların 18 Yaşından Küçük Hastaya Kanuni Temsilcisi Zorunlu Müdahale İçin Onam Vermediği Takdirde ve Müdahale Zorunlu ve Acil ise Tutumunun Ne Olacağına İlişkin Dağılım

	Sıklık	Yüzde	Geçerlik Yüzde	Toplam Yüzde
Müdahaleye Onam Verilmediğine Dair Belge İmzalatır ve Müdahale Yapmam	76	29,8	29,8	29,8
Durumu Hastane Yönetimine Bildirir ve Onlardan gelen talimata göre işlem yaparım	45	17,6	17,6	47,5
Müdahale Ederim	46	18,0	18,0	65,5
Adli Makamlardan Ailenin Yerine Onam Alır ve Müdahalemi de Yaparım	88	34,5	34,5	100,0
Geçerlik	255	100	100	

Ankete katılan kişilerden;

- % 29,8'i (76 kişi) 18 yaşından küçük hastaya kanuni temsilcisi zorunlu müdahale için onam vermediği takdirde ve müdahale zorunlu ve acil ise müdahaleye onam vermediğine dair belge imzalatıp müdahale yapmayacağını belirtmiştir.
- % 17,6'sı (45 kişi) 18 yaşından küçük hastaya kanuni temsilcisi zorunlu müdahale için onam vermediği takdirde ve müdahale zorunlu ve acil ise durumu hastane yönetimine bildireceğini belirtmiştir.
- % 18'i (46 kişi) 18 yaşından küçük hastaya kanuni temsilcisi zorunlu müdahale için onam vermediği takdirde ve müdahale zorunlu ve acil ise müdahaleye edeceğini belirtmiştir.
- % 34,5'i (88 kişi) 18 yaşından küçük hastaya kanuni temsilcisi zorunlu müdahale için onam vermediği takdirde ve müdahale zorunlu ve acil ise adli makamlardan ailenin yerine onam alıp müdahale edeceğini belirtmiştir.

Hekimlerin aydınlatılmış onama ilişkin farkındalık düzeyini ölçmeyi amaçlayan bu soru ile 18 yaşından küçüklerden nasıl onam alınacağına ilişkin hekimlerin bilgi düzeyi ölçülmek istenmiştir. Hekimlerin büyük çoğunluğu tıbbi

müdahalenin hukuka uygunluğu için zorunlu unsurlardan olan onam alma hususunda ki farkındalık düzeyi yeterli seviyede değildir.

Hastanın 18 yaşından küçük olması ve ailesinin zorunlu ve acil müdahaleye izin vermemesi durumunda hekimlerin sadece % 35 ‘e yakının adli makamlara bildirerek müdahale yapacağını belirten tutumu hukuka uygundur

Aileden tıbbi müdahaleye onam vermediğine ilişkin belgeyi imzalattıktan sonra müdahale yapmayacağını belirten % 30 oranındaki hekimlerin müdahale etmemesi neticesinde küçüğün uğrayacağı maddi ve manevi zarardan sorumlu olacağı gibi cezai anlamda küçüğün hayatını kaybetmesi veya organlarından birini kaybetmesinden dolayı sorumlu olacaktır. Zira küçüğün ailesinin velayet hakkını çocuğun menfaatine açıkça aykırı bir tutum sergilemesi hakkın kötüye kullanımıdır.

Ankete katılanlardın % 18’i ise ailenin rızasına aykırı bir şekilde müdahale edeceğini belirtmiştir. Hekimin tedavinin yöntemine ilişkin almış olduğu karar tartışma gerektirmeyecek bir karar olması durumunda hekimin cezai anlamda beraat edeceği düşünülmektedir. Ancak hekimin yaptığı tıbbi müdahale tartışılacak durumda yüksek risk gerektiriyorsa bu durumda hekimin yargılanması ve hukuki ve cezai sorumluluğunun doğabileceği muhtemeldir. İşte bu noktada küçüğün menfaatine ilişkin karar alma sürecinde adli makamların neden dâhil edilmesi gerektiği daha net anlaşılmaktadır. Hekim ailenin yerine velayet hakkını hâkimin kullanmasını talep ederek tıbbi müdahaleden doğacak zarardan sorumsuz olacaktır.

Katılanların % 17,6’si ise inisiyatif almamayı tercih ederek hastane yönetiminin kararına göre hareket edeceğini belirtmiştir. Hastane yönetiminden çıkacak karara göre davranacak hekimlerin hukuki sorumluluğu ise devam etmektedir. Zira hastane yönetiminin ayrıca bir sorumluluğu olsa da; hekim hastane yönetiminin karar vermesinden dolayı sorumsuz tutulmayacaktır.

Katılanların intihara teşebbüs eden bilinci kapalı bir hastanın üzerinde el yazısıyla yazılmış kendisine müdahale edilmemesi yönünde not çıkması halinde tutumlarının ne olacağına ilişkin dağılımı Tablo 17'de verilmiştir.

Tablo 17: Ankete Katılanların İntihara Teşebbüs Eden Bilinci Kapalı Bir Hastanın Üzerinde El Yazısıyla Yazılmış Kendisine Müdahale Edilmemesi Yönünde Not Çıkması Halinde Tutumlarının Ne Olacağına İlişkin Dağılımı

	Sıklık	Yüzde	Geçerlik Yüzde	Toplam Yüzde
Müdahale Etmem	4	1,6	1,6	1,6
Müdahale Ederim	189	74,1	74,1	75,7
Durumu Hastane Yönetimine Bildirir Oradan çıkacak Karara Göre hareket ederim.	62	24,3	24,3	100,0
Geçerlik	255	100	100	

Ankete katılan kişilerden;

- % 1,6'sı (4 kişi) intihara teşebbüs eden bilinci kapalı bir hastanın üzerinde el yazısıyla yazılmış kendisine müdahale edilmemesi yönünde not çıkması halinde müdahale etmeyeceğini belirtmiştir.
- % 74,1'i (189 kişi) intihara teşebbüs eden bilinci kapalı bir hastanın üzerinde el yazısıyla yazılmış kendisine müdahale edilmemesi yönünde not çıkması halinde müdahale edeceğini belirtmiştir.
- % 24,3'ü (62 kişi) intihara teşebbüs eden bilinci kapalı bir hastanın üzerinde el yazısıyla yazılmış kendisine müdahale edilmemesi yönünde not çıkması halinde durumu hastane yönetimine bildireceğini ve oradan çıkan karara göre davranacağını belirtmiştir.

Yine onama ilişkin hekimlerin bilgi düzeyini ölçen bu soruda hekimlerin % 74'ü müdahale edeceğini belirterek hukuka uygun bir tutum sergilemişlerdir. Zira her ne kadar tıbbi müdahaleye hastanın veya kanuni temsilcisinin onamı olmaması müdahaleyi hukuka aykırı kılsa da varsaydığımız olayda bir kişinin bir şekilde kendisine müdahale edilmemesi yönünde üzerinde el yazısıyla not çıkması o notun o kişi tarafından yazıldığını hekimin tespit etmesi mümkün değildir. Yine doktrinde

“varsayılan rıza” denilen bilinci kapalı hastalarda müdahaleyi hukuka uygun kılan durumdan hekimin faydalanması mümkündür.

Ankete katılanların acil bir hasta bilinci açıkken müdahaleye onam vermemiş ve vermediğine dair imzası alındıktan sonra bilicinin kapanması durumunda tutumlarının ne olacağına ilişkin dağılımı Tablo 19’da verilmiştir.

Tablo 18: Ankete Katılanların Acil Bir Hasta Bilinci Açıkken Müdahaleye Onam Vermemiş ve Vermediğine Dair İmzası Alındıktan Sonra Bilicinin Kapanması Durumunda Tutumlarının Ne Olacağına İlişkin Dağılımı

	Sıklık	Yüzde	Geçerlik Yüzde	Toplam Yüzde
Müdahale Etmem	42	16,5	16,5	16,5
Müdahale Ederim	157	61,6	61,6	78,0
Durumu Hastane Yönetimine Bildirir Oradan Çıkacak Karara Göre Hareket Ederim.	56	22,0	22,0	100,0
Geçerlik	255	100	100	

Ankete Katılan Kişilerin;

- % 16,5’i (42 kişi) Bilinci açık acil bir hastanın gelse ve tıbbi müdahaleye onam vermese ve vermediğine dair belge imzalasa daha sonra bilinci kapansa tutumunuz ne olur sorusuna hastaya müdahale etmeyeceğini belirtmiştir.
- % 61,6’sı (157 kişi) Bilinci açık acil bir hastanın gelse ve tıbbi müdahaleye onam vermese ve vermediğine dair belge imzalasa daha sonra bilinci kapansa tutumunuz ne olur sorusuna hastaya müdahale edeceğini belirtmiştir.
- % 22’si (56 kişi) Bilinci açık acil bir hastanın gelse ve tıbbi müdahaleye onam vermese ve vermediğine dair belge imzalasa daha sonra bilinci kapansa tutumunuz ne olur sorusuna durumu hastane yönetimiyle paylaşacağını ve oradan çıkacak karara göre hareket edeceğini belirtmiştir.

Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartlarından olan müdahaleye onam verilmesine ilişkin hekimlerin farkındalık düzeyini kontrol amacıyla sorduğumuz

kontrol sorularımızdan bir diğeri olan bu soru ile hekimlerin farazi veya varsayılan rızaya ilişkin farkındalık düzeyi ölçülmek istenmiştir.

Her insan kendi geleceğini belirleme hakkına sahiptir. Kendine yapılacak tıbbi müdahaleye rıza göstermeme ve tedaviyi reddetme hakkı vardır. Ancak uygulamada bilinci açık bir hastanın bu hakkı kullanması mümkünken bilinci kapandıktan sonra hekimin müdahale yetkisi vardır. Varsayılan rıza veya farazi rıza da denilen bu rızaya göre bilinci kapalı bir hastaya hastanın iyiliği için yapılan müdahale hukuka uygun sayılacaktır.

Katılanların şüpheli ve sanığın genital muayenesinin yapılabilmesi için hangi yasal belgelerin olmasının yeterli olacağına ilişkin dağılım Tablo 19'da verilmiştir.

Tablo 19: Ankete Katılanların Şüpheli ve Sanığın Genital Muayenesinin Yapılabilmesi İçin Hangi Yasal Belgelerin Olmasının Yeterli Olacağına İlişkin Dağılım

	Sıklık	Yüzde	Geçerlik Yüzde	Toplam Yüzde
Şüpheli veya sanığın yazılı onamı	44	17,3	17,3	17,3
Cumhuriyet Savcısının Yazılı Talimatı	119	46,7	46,7	63,9
Polis veya Jandarmanın Talep formunun	4	1,6	1,6	65,5
Mahkeme Kararı	26	10,2	10,2	75,7
Fikrim Yok	62	24,3	24,3	100,0
Geçerlik	255	100,0	100,0	

Ankete Katılan Kişilerden;

- % 17,3'ü (44 kişi) Şüpheli veya sanığın genital muayenesi için şüpheli veya sanığın yazılı onamının yeterli olacağını belirtmiştir.
- % 46,7'si (119 kişi) Şüpheli veya sanığın genital muayenesi için Cumhuriyet Savcısının yazılı talimatının yeterli olacağını belirtmiştir.
- % 1,6 'sı (4 kişi) Şüpheli veya sanığın genital muayenesi için polis veya jandarmanın talep formunun yeterli olacağını belirtmiştir.

- % 10,2 ‘si (26 kişi) Şüpheli veya sanığın genital muayenesi için mahkeme kararının yeterli olacağını belirtmiştir.
- % 24,3’ü (62 kişi) Şüpheli veya sanığın genital muayenesi için kimlerden onam alınması gerektiğine ilişkin fikrinin olmadığını belirtmiştir.

Sanığın veya şüphelinin genital muayenesi için rızanın kim tarafından verileceği kanunla düzenlenmiştir Türk Ceza Kanunu’nun 278/1. maddesinde şüpheli veya sanığın genital muayenesine sadece yetkili hâkim veya savcının izin vereceği düzenlenmiştir. Burada muayeneye rızayı hâkim ve acil durumlarda Cumhuriyet Savcısı kullanmaktadır. Kişinin yani şüpheli veya sanığın rızası geçersizdir.

Ankette hekimlerin % 17;3’ü şüphelinin veya sanığın kendi rızasının yeterli olacağını belirtmiş olması yine % 1,6’sının kolluk kuvvetlerinin talimatıyla hareket edeceğini belirtmesi temel hak ve hürriyetler açısından düşündürücü bir sonuçtur.

Şüpheli ve sanığın genital muayenesi hâkim kararıyla yapılmakta; acil durumlarda ise Cumhuriyet Savcısının yazılı talimatıyla da mümkün olmaktadır. Bu durumda % 46,7’si Cumhuriyet Savcısının yazılı talimatıyla; % 10,2’si mahkeme kararıyla şüpheli veya sanığın genital muayenesinin yapılabileceğin belirtmiştir. Her iki şıkkı birden işaretleyen olmamıştır.

Katılanların ekonomik durumu zayıf bir hastaya SGK’nın ödemeyeceği bir ilacı yazması gereken bir durumda nasıl bir tutum sergileyeceklerine ilişkin tutumun dağılımı Tablo 20’de verilmiştir.

Tablo 20: Ankete Katılanların Ekonomik Durumu Zayıf Bir Hastaya SGK'nın Ödemeyeceği Bir İlacı Yazması Gereken Bir Durumda Nasıl Bir Tutum Sergileyeceklerine İlişkin Tutumun Dağılımı

	Sıklık	Yüzde	Geçerlik Yüzde	Toplam Yüzde
SGK'nın Ödeyip Ödemeyeceğine Bakmaksızın O İlacı Yazarım	86	33,7	33,7	33,7
O İlacı Yazmam Ama Ona Muadil Daha Az Etkili Bir İlaç Yazarım	55	21,6	21,6	55,3
Başka Bir Hastalık Teşhisi Gösterir O İlacı Mutlaka Yazarım	58	22,7	22,7	78,0
Sağlık Bakanlığına Durumu Bildirir Müracaatta Bulunurum	54	21,2	21,2	99,2
Diğer	2	,8	,8	100,0
Geçerlik	255	100	100	

Ankete Katılan Kişilerden;

- % 33,7'si (86 kişi) Ekonomik durumu zayıf bir hastaya SGK'nın ödemeyeceği bir ilacı yazması gereken bir durumda SGK'nın o ilacı ödeyip ödemeyeceğine bakmaksızın yazacağını belirtmiştir.
- % 21,6'sı (55 kişi) Ekonomik durumu zayıf bir hastaya SGK'nın ödemeyeceği bir ilacı yazması gereken bir durumda o ilacı yazmayacağını ama daha az etkili o ilacın muadilini yazacağını belirtmiştir.
- % 22,7'si (58 kişi) Ekonomik durumu zayıf bir hastaya SGK'nın ödemeyeceği bir ilacı yazması gereken bir durumda başka bir hastalık teşhisi gösterip o ilacı mutlaka almasını sağlayacağını belirtmiştir.
- % 21,2'si (54 kişi) Ekonomik durumu zayıf bir hastaya SGK'nın ödemeyeceği bir ilacı yazması gereken bir durumda Sağlık Bakanlığı'na durumu rapor bildirerek müracaat edeceğini bildirmiştir.
- % 0,8'i de (2 kişi) diğer şıkkını işaretlemiş ancak açıklama yapmamıştır.

Hekim teşhis, tanı ve tedavi ederken tıp biliminin standartlarından sapmadan kendi kanaatine göre hareket etmelidir. Hekim tedavi edeceğine inandığı bir ilacı

hastaya yazarken SGK'nın o ilacın ödemesini yapmaması nedeniyle daha az etkili ilacı yazmamalıdır. Yazması halinde hastanın daha az etkili ilaçtan dolayı hastalığının geçmemesinden hekim sorumlu tutulacaktır. % 21,6 oranında daha az etkili ilacı yazacağını belirtmiştir. % 22,6'sı ise o ilacı mutlaka alması için başka bir teşhis göstereceğini belirterek evrakta sahtecilik suçunu işleyebileceğini belirtmiştir. % 33,7'si hastanın ödeme gücüne bakmaksızın o ilacı yazacağını belirtmiş ve kurallarla etik değerler arasında kaldığında kuralları tercih edeceğini belirtmiştir. % 21,2'si Sağlık Bakanlığı'na durumu bildiren bir raporla müracaat edeceğini belirtmiştir. Aslında hekime yükletilmeyecek bu görev uygulamada çoğu hekim tarafından bilinmemektedir.

Katılanların tıbbi hata veya malpraktise ilişkin yasal düzenlemenin hangi kanunda olduğuna ilişkin dağılım Tablo 21'de verilmiştir.

Tablo 21: Ankete Katılanların Tıbbi Hata veya Malpraktise İlişkin Yasal Düzenlemenin Hangi Kanunda Olduğuna İlişkin Dağılım

	Sıklık	Yüzde	Geçerlik Yüzde	Toplam Yüzde
Malpraktis Kanunu	36	14,1	14,1	14,1
Türk Ceza Kanunu	87	34,1	34,1	48,2
Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun	64	25,1	25,1	73,3
Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi	2	,8	,8	74,1
Fikrim Yok	66	25,9	25,9	100,0
Geçerlik	255	100	100	

Ankete katılan kişilerin;

- % 14,1'i (36 kişi) Tıbbi hata veya malpraktise ilişkin yasal düzenlemenin Malpraktis Kanunu'nda olduğunu belirtmiştir.
- % 34,1'i (87 kişi) Tıbbi hata veya malpraktise ilişkin yasal düzenlemenin Türk Ceza Kanunu'nda olduğunu belirtmiştir.
- % 25'i (64 kişi) Tıbbi hata veya malpraktise ilişkin yasal düzenlemenin Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'da belirtmiştir.

- % 0,8'i (2 kişi) Tıbbi hata veya malpraktise ilişkin yasal düzenlemenin Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nde olduğunu belirtmiştir.
- % 25,9'i (66 kişi) Tıbbi hata veya malpraktise ilişkin yasal düzenlemenin hangi kanunda düzenlendiğine ilişkin fikrinin olmadığını belirtmiştir.

Hekimlerden mesleklerinden kaynaklanan cezai sorumluluğuna ilişkin yasal düzenlemenin Türk Ceza Kanunu'nda olduğunu belirten oran sadece % 34,1 olup; bunun dışında kalan 3/2'sinin bu konuda bilgi sahibi olmadıkları anlaşılmaktadır. Malpraktis Kanunu diye bir kanun taslağı TBMM'ye gitmiş ama bu taslak yasalaşmamıştır. Ortada yasalaşmamış bir taslakla yargılandığını düşünenlerin oranı % 14,1'dir. Ankete katılanların yaklaşık % 26'sının ise bu konuda fikri bulunmamaktadır.

Katılanların hatalı tıbbi müdahale ile ilgili davaların haksız yere açılıp açılmadığına ilişkin değerlendirmenin dağılımı Tablo 22'de verilmiştir.

Tablo 22: Ankete Katılanların Hatalı Tıbbi Müdahale ile İlgili Davaların Haksız Yere Açılıp Açılmadığına İlişkin Değerlendirmenin Dağılımı

	Sıklık	Yüzde	Geçerlik Yüzde	Toplam Yüzde
Genellikle Haksız Yere Açılmaktadır	90	35,3	35,3	35,3
Genellikle Haksız Yere Açılmaz	19	7,5	7,5	42,7
Zaman Zaman Haksız Yere Açılmaktadır	122	47,8	47,8	90,6
Fikrim Yok	24	9,4	9,4	100,0
Geçerlik	255	100,0	100,0	

Ankete katılan kişilerden;

- % 35,3'ü (90 kişi) Hatalı tıbbi müdahaleden dolayı açılan davaların genelde haksız yere açıldığını düşünmektedirler.
- % 7,5'i (19 kişi) Hatalı tıbbi müdahaleden dolayı açılan davaların genelde haksız yere açılmadığını düşünmektedirler.

- % 47’8’i (122 kişi) Hatalı tıbbi müdahaleden dolayı açılan davaların zaman zaman haksız yere açıldığını düşünmektedirler.
- % 9,4’ü (24 kişi) Bu konuda fikrinin olmadığını belirtmiştir.

Hekimlerin % 35,3 hatalı tıbbi müdahaleden dolayı açılan davaları genelde ve zaman zaman haksız açıldığını düşünenlerin oranı % 47,8’i; toplamda ise % 83,1’dir.

Açılan davaların genelde haksız olmadığını düşünenlerin oranı sadece % 7,5 ve bu konuda bir fikrinin olmadığını belirtenlerin oranı ise % 9,4’tür. Hekimlere yöneltilen bu soruda her ne kadar Geçerlikte % 80’i yapılan tıbbi hatalara ilişkin açılmış davaların çoğunlukla haklı nedenlerle açılmadığını belirtmişse de aşağıda yöneltilen sorulara verilen cevaplarda aslında böyle düşünmedikleri anlaşılabilinir.

Katılanların Türkiye’de tıbbi müdahale hatalarının en sık nedenlerinin ne olduğuna ilişkin dağılım Tablo 23’te verilmiştir.

Tablo 23: Ankete Katılanların Türkiye’de Tıbbi Müdahale Hatalarının En Sık Nedenlerinin Ne Olduğuna İlişkin Dağılımı

	Sıklık	Yüzde	Geçerlik Yüzde	Toplam Yüzde
	4	1,6	1,6	1,6
Yetersiz Tıp Eğitimi	36	14,1	14,1	15,7
Çok Sayıda Hasta Bakımı	167	65,5	65,5	81,2
Yetersiz Teknoloji Kullanımı	12	4,7	4,7	85,9
Hekimlerin Mesleki ve Kişisel Yetersizlikleri	30	11,8	11,8	97,6
Hastaların Tutum ve Davranışları	6	2,4	2,4	100,0
Geçerlik	255	100,0	100,0	

Ankete katılan kişilerden;

- % 14,1’i (36 kişi) Türkiye’de tıbbi müdahale hatalarının en sık nedeninin yetersiz tıp eğitimi olduğunu belirtmiştir.
- % 65,5’i (167 kişi) Türkiye’de tıbbi müdahale hatalarının en sık nedeninin çok sayıda hasta bakımı olduğunu belirtmiştir.

- % 4,7'si (12 kişi) Türkiye'de tıbbi müdahale hatalarının en sık nedeninin yetersiz teknoloji kullanımının olduğunu belirtmiştir.
- % 11,8'i (30 kişi) Türkiye'de tıbbi müdahale hatalarının en sık nedeninin hekimlerinin mesleki ve kişisel yetersizlikleri olduğunu belirtmiştir.
- % 2,4'ü (6 kişi) Türkiye'de tıbbi müdahale hatalarının en sık nedeninin hastaların tutum ve davranışlarından kaynaklandığını belirtmiştir.
- % 1,6'sı (4 kişi) ise bu soruya cevap vermemiştir.

Bir önceki soruda hekimlerin yapmış oldukları hatalı tıbbi müdahale sonucu açılmış davaların haksız olup olmadığını sormuş ve % 80'i çoğunlukla açılan davaların haksız olduğunu belirtmişti. Bu soruda ise tıbbi hatalarının en sık nedenlerinin ne olduğu sorulmuş ve yapılan hatalı tıbbi müdahalelerin nedeni olarak % 65,5 ile çok sayıda hasta bakımı olarak değerlendirilmiştir. Ardından; verilen tıp eğitimin yetersizliği ve mesleki ve kişisel beceriksizlikler olarak sıralanmıştır.

Hekimler sonuç olarak yapılan hatalı tıbbi müdahalenin nedeni olarak sağlık ve eğitim sistemini görmüşlerdir.

Katılanların hatalı tıbbi müdahaleye ilişkin dava açılma olasılığının hekimin hastasına sunduğu sağlık hizmetinin kalitesine etki edip etmeyeceğine ilişkin dağılımı Tablo 24'te verilmiştir.

Tablo 24: Ankete Katılanların Hatalı Tıbbi Müdahaleye İlişkin Dava Açılma Olasılığının Hekimin Hastasına Sunduğu Sağlık Hizmetinin Kalitesine Etki Edip Etmeyeceğine İlişkin Dağılım

	Sıklık	Yüzde	Geçerlik Yüzde	Toplam Yüzde
Olumsuz Etki Eder	164	64,3	64,3	64,3
Olumlu Etki Eder	43	16,9	16,9	81,2
Hiçbir Etkisi Olmaz	30	11,8	11,8	92,9
Fikrim yok	18	7,1	7,1	100,0
Geçerlik	255	100,0	100,0	

Ankete katılan kişilerden;

- % 64,3'ü (164 kişi) Hatalı tıbbi müdahaleye ilişkin dava açılma olasılığının hekimin hastasına sunduğu sağlık hizmetinin kalitesine olumsuz etki edeceğini belirtmiştir.
- % 16,9'u (43 kişi) Hatalı tıbbi müdahaleye ilişkin dava açılma olasılığının hekimin hastasına sunduğu sağlık hizmetinin kalitesine olumlu etki edeceğini belirtmiştir.
- 11,8'i (30 kişi) Hatalı tıbbi müdahaleye ilişkin dava açılma olasılığının hekimin hastasına sunduğu sağlık hizmetinin hiçbir etkisinin olmayacağını belirtmiştir.
- % 7,1'i (18 kişi) ise bu konuda fikrim yok demişlerdir.

Hekimlerin % 64'ü aleyhlerine dava açılma olasılığı nedeniyle baskı altında hissettiğini ve bu baskının sunduğu sağlık hizmetini olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Hekimlerin yaklaşık % 17'si ise dava açılma olasılığının verdiği sağlık hizmetinin kalitesini arttırdığını belirtmiştir. Sadece yaklaşık % 12 dava açma olasılığının hekimleri etkilemeyeceğini belirtmiştir.

Farkındalık düzeyini 3 ve üzeri düzeyde olduğunu belirtenlerden; hatalı tıbbi müdahaleye ilişkin dava açılma olasılığının hekimin hastasına sunduğu sağlık hizmetinin kalitesine olumsuz etki edeceğini belirtenlerin oranı % 40,7 (104 kişi), olumlu etki edeceğini belirtenlerin oranı % 12,1 (31 kişi), hiçbir etkisinin olmayacağını belirtenlerin oranı % 9,4'tür (24 kişi).

Katılanların hekim kendisinin ya da başka bir sağlık çalışanının tıbbi müdahale veya teşhis sonucunda oluşan tıbbi hatayı en çok kiminle paylaşmasına ilişkin dağılımı Tablo 25'te verilmiştir.

Tablo 25: Ankete Katılanların Hekim Kendisinin ya da Başka Bir Sağlık Çalışanının Tıbbi Müdahale veya Teşhis Sonucunda Oluşan Tıbbi Hatayı En Çok Kiminle Paylaşmasına İlişkin Dağılım

	Sıklık	Yüzde	Geçerlik Yüzde	Toplam Yüzde
Hastane Yönetimiyle Paylaşmalıdır	58	22,7	22,7	22,7
Meslektaşlarıyla Paylaşmalıdır	45	17,6	17,6	40,4
Hastasıyla veya Yakınlarıyla Paylaşmalıdır	40	15,7	15,7	56,1
Bölüm Sorumlusuyla Paylaşmalıdır	92	36,1	36,1	92,2
Kimseye Bir şey Söylememelidir	12	4,7	4,7	96,9
Fikrim yok	8	3,1	3,1	100,0
Geçerlik	255	100,0	100,0	

Ankete katılan kişilerden;

- % 22,7'si (58 kişi) Kendisinin ya da başka bir sağlık çalışanının tıbbi müdahale veya teşhis sonucunda oluşan tıbbi hatayı hastane yönetimiyle paylaşması gerektiğini belirtmiştir.
- % 17,6'sı (45 kişi) Kendisinin ya da başka bir sağlık çalışanının tıbbi müdahale veya teşhis sonucunda oluşan tıbbi hatayı meslektaşlarıyla paylaşması gerektiğini belirtmiştir.
- % 15,7'si (40 kişi) Kendisinin ya da başka bir sağlık çalışanının tıbbi müdahale veya teşhis sonucunda oluşan tıbbi hatayı hastasıyla veya yakınlarıyla paylaşması gerektiğini belirtmiştir.
- % 36,1'i (92 kişi) Kendisinin ya da başka bir sağlık çalışanının tıbbi müdahale veya teşhis sonucunda oluşan tıbbi hatayı hastane bölüm sorumlusuyla paylaşması gerektiğini belirtmiştir.
- % 4,7'i (12 kişi) Kendisinin ya da başka bir sağlık çalışanının tıbbi müdahale veya teşhis sonucunda oluşan tıbbi kimseyle paylaşmaması gerektiğini belirtmiştir.
- % 3,1'i (8 kişi) Fikrinin olmadığını belirtmiştir.

Hekim tarafından yapılan hatalı tıbbi müdahalenin hastayla veya yakınlarıyla paylaşılması gerektiğini belirtenlerin oranı yaklaşık % 16'dır.Kesinlikle kimseyle paylaşılmaması gerektiğini belirtenlerin oranı ise % 4,7'dir.

Hekimlerin yaklaşık % 60'ı ise hastane yönetimiyle veya bölüm sorumlusuyla paylaşılması gerektiğini belirtmiştir. Bu paylaşımın önemi şu noktadadır, yapılan hatalı tıbbi müdahale özensizlik, ihmal vs gibi nedenlerden kaynaklanmaktayken; yapılan hatanın saklanmasından doğan daha büyük zarar ise kasta girmektedir. Bu nedenle hekimlerin hatalı tıbbi müdahaleden sonraki tutumları da hukuki ve cezai farkındalıkları açısından önemlidir.

Katılanlardan hekimin yaşanan tıbbi müdahale hatasını hastasıyla paylaşması durumunun dava açma eğilimine etkisine ilişkin dağılımı Tablo 26'da verilmiştir.

Tablo 26: Hekimin Yaşanan Tıbbi Müdahale Hatasını Hastasıyla Paylaşması Durumunun Dava Açma Eğilimine Etkisine İlişkin Dağılımı

	Sıklık	Yüzde	Geçerlik Yüzde	Toplam Yüzde
Hastanın Dava Açma Eğilim Artar	117	45,9	45,9	45,9
Hastanın Dava Açma Eğilim Azalır	59	23,1	23,1	69,0
Hiçbir Değişiklik Olmaz	24	9,4	9,4	78,4
Fikrim Yok	55	21,6	21,6	99,6
Geçerlik	255	100	100	

Ankete katılan kişilerden;

- % 45,9'u (117 kişi) hekimin yaşanan tıbbi müdahale hatasını hastasıyla paylaşması halinde hastanın dava açma eğilimi artar.
- % 23,1'i (59 kişi) Hekimin yaşanan tıbbi müdahale hatasını hastasıyla paylaşması halinde hastanın dava açma eğilimi azalır.
- % 9,4'ü (24 kişi) Hekimin yaşanan tıbbi müdahale hatasını hastasıyla paylaşması halinde hastanın dava açma eğiliminde bir değişiklik olmaz.
- % 21,6'sı (55 kişi) Fikrinin olmadığını belirtmiştir.

Hekimlerin hatalı tıbbi müdahaleyi hastasıyla paylaşması durumunda hastanın dava açma eğilimin artacağını belirtenler oranı yaklaşık %50'dir. Hastaların

nasıl bir tutum sergileyeceğine ilişkin bir fikrinin olmadığını belirtenlerin oranı ise yaklaşık % 22'dir.

Katılanların çalıştığı hastaneye ilişkin dağılımı Tablo 27'de verilmiştir.

Tablo 27: Anket Uygulanan Hastanelere İlişkin Dağılım

	Sıklık	Yüzde	Geçerlik Yüzde	Toplam Yüzde
1.Hastane	22	8,6	8,6	8,6
2.Hastane	140	54,9	54,9	63,5
3.Hastane	58	22,7	22,7	86,3
4.Hastane	20	7,8	7,8	94,1
5.Hastane	15	5,9	5,9	100,0
Total	255	100	100	

Ankete katılanlardan,

- 1. Hastanede çalışan hekimlerin oranı, % 8,6 (22 kişi)
- 2. Hastanede çalışan hekimlerin oranı % 54,9 (140 kişi)
- 3. Hastanede çalışan hekimlerin oranı % 22,7 (58 kişi)
- 4. Hastanede çalışan hekimlerin oranı % 7,8 (20 kişi)
- 5. Hastanede çalışan hekimlerin oranı % 5,9 (15 kişi)

5.4. FARKINDALIK DÜZEYİNİ BELİRLEYEN FAKTÖRLERİN ANALİZİ

HİPOTEZ 1:

Ho: Cinsiyet ile farkındalık düzeyi arasında ilişki yoktur.

H1: Cinsiyet ile farkındalık düzeyi arasında ilişki vardır.

Tablo 28: Farkındalık Düzeyi ile Cinsiyet Arasındaki İlişki

		Cinsiyet		
		Kadın	Erkek	Geçerlik
Tıbbi müdahale ve tedavide malpraktisten doğan hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin farkındalık düzeyinizi 1ile 5 arasında değerlendiriniz.	1	18	6	24
	2	32	28	60
	3	54	39	93
	4	26	28	54
	5	14	10	24
	Geçerlik	144	111	255

(1: En Düşük Farkındalık 5: En Yüksek Farkındalık)

Tablo 29: Farkındalık Düzeyi ile Cinsiyet Arasındaki İlişki Analizi

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-taraflı)
Pearson Korelasyon	5,244[a]	4	,263
Olasılık Oranı	5,437	4	,245
Toplam Vaka Sayısı	255		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen p = 0,263 değerine göre Ho hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilememektedir. Bir diğer deyişle cinsiyet ile farkındalık düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu söylenemez.

Yapılan anket çalışmasında hekimlerden mesleklerine ilişkin hukuki ve cezai farkındalıklarını 1 ile 5 düzeyleri arasında değerlendirmelerini istenmiştir. Bu değerlendirmede 3 ve üzeri düzeyi (4 ve 5'i) farkındalık düzeyi için "yeterli düzey"; 1 ve 2 düzeyi ise "yetersiz düzey" olarak değerlendirilmiştir.

Hekimlerden farkındalık düzeyini 3 ve üzeri düzeyde değerlendirenler içinde kadın hekimlerin oranı % 36,8 (94 kişi), erkek hekimlerin oranı % 29'dur (74 kişi). Farkındalık düzeyini 1 ve 2 düzeyinde değerlendirenler içinde kadın hekimlerin oranı % 19,6'si (50 kişi), erkek hekimlerin oranı ise % 13,33'tür (34 kişi). Ankete katılan

tüm kadın hekimlerin oranı % 43,5; tüm erkek hekimlerin oranı ise % 56,5'tir. Bu durumda ankete katılan kadın hekimler, erkek hekimlere göre farkındalık düzeylerini daha üst seviyede gördükleri söylenebilir.

HİPOTEZ 2:

Ho: Yaş ile farkındalık düzeyi arasında ilişki yoktur.

H1: Yaş ile farkındalık düzeyi arasında ilişki vardır.

Tablo 30: Farkındalık Düzeyi ile Yaş Arasındaki İlişki Analizi

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-taraflı)
Pearson Korelasyon	265,637[a]	128	,000
Olasılık Oranı	245,353	128	,000
Toplam Vaka Sayısı	255		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen p = 0,000 değerine göre Ho hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Bir diğer deyişle yaş ile farkındalık düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu söylenebilir.

HİPOTEZ 3:

Ho: Medeni durum ile farkındalık düzeyi arasında ilişki yoktur.

H1: Medeni durum ile farkındalık düzeyi arasında ilişki vardır.

Tablo 31: Farkındalık Düzeyi ile Medeni Durum Arasındaki İlişki

		Medeni durum		
		Evli	Bekâr	Geçerlik
Tıbbi müdahale ve tedavide malpraktisten doğan hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin farkındalık düzeyinizi 1ile 5 arasında değerlendiriniz.	1	12	12	24
	2	28	32	60
	3	44	49	93
	4	38	16	54
	5	20	4	24
	Geçerlik	142	113	255

Tablo 32: Farkındalık Düzeyi ile Medeni Durum Arasındaki İlişki Analizi

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-taraflı)
Pearson Korelasyon	17,088[a]	4	,002
Olasılık Oranı	18,104	4	,001
Toplam Vaka Sayısı	255		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen p = 0,002 değerine göre Ho hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Bir diğer deyişle medeni durum ile farkındalık düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu söylenebilir.

Hekimlerden farkındalık düzeyini 3 ve üzeri düzeyde değerlendirenlerden evli olan hekimlerin oranı % 40 (102 kişi), bekâr olanların oranı ise % 27'dir (69 kişi). Farkındalık düzeyini 1 ve 2 düzeyinde değerlendirenler içinde evli olanların oranı %15,6 (40 kişi) , bekâr olanların oranı ise 17,2'dir (44 kişi). Bu durumda evli hekimler, farkındalık düzeyini bekâr hekimlere oranla daha yüksek değerlendirdik-erini söyleyebiliriz.

HİPOTEZ 4:

Ho: Hekimlerin hekimlik süresi ile farkındalık düzeyi arasında ilişki yoktur.

H1: Hekimlerin hekimlik süresi ile farkındalık düzeyi arasında ilişki vardır.

Tablo 33: Farkındalık Düzeyi ile Hekimlik Süresi Arasındaki İlişki Analizi Tablosu

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-taraflı)
Pearson Korelasyon	324,464[a]	124	,000
Olasılık Oranı	289,957	124	,000
Toplam Vaka Sayısı	255		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen p = 0,000 değerine göre Ho hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Bir diğer deyişle hekimlerin hekimlik süresi ile farkındalık düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu söylenebilir.

Hekimlik süresi daha az olan genç hekimler farkındalık düzeyini yeterli görmektedir söylenebilir.

HİPOTEZ 5:

Ho: Hekimlerin mezun olduğu Tıp Fakültesi ile farkındalık düzeyi arasında ilişki yoktur.

H1: Hekimlerin mezun olduğu Tıp Fakültesi ile farkındalık düzeyi arasında ilişki vardır.

Tablo 34: Farkındalık ile Düzeyi Mezun Olunan Üniversite Arasındaki İlişki

		Farkındalık Düzeyi					Geçerlik
		1	2	3	4	5	1
Mezun olunan üniversite	Ankara Üniversitesi	4	10	24	18	2	58
	Hacettepe Üniversitesi	2	8	10	12	10	42
	Gazi Üniversitesi	2	8	12	6	4	32
	İstanbul Üniversitesi	4	0	2	2	0	8
	Ege Üniversitesi	2	4	4	2	0	12
	Cumhuriyet Üniversitesi	0	0	4	0	0	4
	19 Mayıs Üniversitesi	0	0	6	0	0	6
	Erciyes Üniversitesi	0	0	0	6	0	6
	Başkent Üniversitesi	4	4	10	4	0	22
	Akdeniz Üniversitesi	2	2	2	0	0	6
	İstanbul Cerrahpaşa Üniversitesi	0	2	2	0	2	6
	Çukurova Üniversitesi	0	4	4	2	0	10
	Kırıkkale Üniversitesi	0	0	2	0	0	2
	Osmangazi Üniversitesi	2	2	6	0	0	10
	Selçuk Üniversitesi	0	2	4	0	0	6
	Karadeniz Teknik Üniversitesi	0	2	0	0	0	2
	Uludağ Üniversitesi	0	2	0	2	0	4
	Süleyman Demirel Üniversitesi	0	2	0	0	0	2
	Maltepe Üniversitesi	0	2	1	0	0	3
	Celal Bayar Üniversitesi	0	2	0	0	0	2
	Ufuk Üniversitesi	0	0	0	0	2	2
	Afyon Kocatepe Üniversitesi	0	2	0	0	0	2
	Trakya Üniversitesi	0	2	0	0	0	2
	Eskişehir Üniversitesi	2	0	0	0	0	2
	Atatürk Üniversitesi	0	0	0	0	2	2
	Dicle Üniversitesi	0	0	0	0	2	2
Geçerlik		24	60	93	54	24	255

Tablo 35: Farkındalık Düzeyi ile Mezun Olunan Üniversite Arasındaki İlişki Analizi

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-taraflı)
Pearson Korelâsyon	230,854[a]	100	,000
Olasılık Oranı	192,842	100	,000
Toplam Vaka Sayısı	255		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen p = 0,000 değerine göre Ho hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Bir diğer deyişle hekimlerin mezun olduğu Tıp Fakültesi ile farkındalık düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu söylenebilir.

Ankara, Hacettepe ve Gazi Üniversitesinden mezun olanların çoğu farkındalık düzeylerini 3 ve üzeri düzeyde değerlendirmişlerdir.

HİPOTEZ 6:

Ho: Hekimlerin görev ünvanı ile farkındalık düzeyi arasında ilişki yoktur.

H1: Hekimlerin görev ünvanı ile farkındalık düzeyi arasında ilişki vardır.

Tablo 36: Farkındalık Düzeyi ile Görev Unvanı Arasındaki İlişki

		Görev Ünvanınız		
		Pratisyen Hekim	Uzman Hekim	Geçerlik
Tıbbi müdahale ve tedavide malpraktisten doğan hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin farkındalık düzeyinizi 1ile 5 arasında değerlendiriniz.	1	10	14	24
	2	34	26	60
	3	42	51	93
	4	18	36	54
	5	6	18	24
	Geçerlik	110	145	255

Tablo 37: Farkındalık ile Görev Ünvanı Arasındaki İlişki Analizi Tablosu

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-taraflı)
Pearson Korelasyon	9,989[a]	4	,041
Olasılık Oranı	10,188	4	,037
Toplam Vaka Sayısı	255		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen p = 0,041 değerine göre Ho hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Bir diğer deyişle hekimlerin görev ünvanı ile farkındalık düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu söylenebilir.

Hekimlerden farkındalık düzeyini 3 ve üzeri düzeyde değerlendirenlerden pratisyen hekimlerin oranı 25,8'i (66 kişi), uzman hekimlerde bu oran % 41,1'dir (105 kişi).

Farkındalık düzeyini 1 ve 2 düzeyinde değerlendirenlerden pratisyen hekimlerin oranı % 17,2 (44 kişi), uzman hekimlerin oranı % 15,6'dir (40 kişi). Bu durumda uzman hekimlerin farkındalık düzeylerini pratisyen hekimlere oranla daha yüksek değerlendirdiklerini söylenebilir.

HİPOTEZ 7:

Ho: Hekimlerin uzmanlık dalı ile farkındalık düzeyi arasında ilişki yoktur.

H1: Hekimlerin uzmanlık dalı ile farkındalık düzeyi arasında ilişki vardır.

Tablo 38: Farkındalık Düzeyi ile Uzmanlık Dalı Arasındaki İlişki

		Tıbbi Müdahale ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluklarına İlişkin Farkındalık Düzeyinizi 1ile 5 arasında değerlendiriniz					
		1	2	3	4	5	Geçerlik
Uzmansanız		0	0	0	0	2	2
Uzmanlık Dalınız							
	Dahili Bilimler	12	42	40	26	8	128
	Cerrahi Bilimler	8	10	45	18	10	91
	Temel Bilimler	0	0	0	0	2	2
	Diğer	4	8	8	10	2	32
Geçerlik		24	60	93	54	24	255

Tablo 39: Farkındalık Düzeyi ile Uzmanlık Dalı Arasındaki İlişki Analizi Tablosu

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-taraflı)
Pearson Korelasyon	59,578[a]	16	,000
Olasılık Oranı	40,742	16	,001
Toplam Vaka Sayısı	255		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen p = 0,000 değerine göre Ho hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Bir diğer deyişle hekimlerin uzmanlık dalı ile farkındalık düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu söylenebilir.

Hekimlerden farkındalık düzeyini 3 ve üzeri düzeyde değerlendirenlerden Dâhili Bilimlerde uzman olduğunu belirtenlerin oranı % 29 (74 kişi), Cerrahi Bilimlerde uzman olduğunu belirtenlerin oranı % 28,6 (73 kişi), Temel Bilimlerde uzman olduğunu belirtenlerin oranı % 0,7'dir (2 kişi). Farkındalık düzeyini 1 ve 2 düzeyinde değerlendirenlerden Dâhili Bilimlerde uzman olduğunu belirtenlerin oranı % 21,1 (54 kişi), Cerrahi Bilimlerde uzman olduğunu belirtenlerin oranı % 7 (18 kişi), Temel Bilimlerde uzman olduğunu belirtenlerin oranı % 0'dır. Cerrahi

Bilimlerde uzman olduğunu belirtenler diğer uzmanlık dallarına göre farkındalık düzeylerinin daha ileri düzeyde olduğunu düşünmektedir.

HİPOTEZ 8:

Ho: Hekimlerin mesleklerine ilişkin hukuki ve cezai sorumluluğuna yönelik aldıkları eğitim ile farkındalık düzeyleri arasında ilişki yoktur.

H1: Hekimlerin mesleklerine ilişkin hukuki ve cezai sorumluluğuna yönelik aldıkları eğitim ile farkındalık düzeyleri arasında ilişki vardır.

Tablo 40: Farkındalık Düzeyi ile Eğitim Arasındaki İlişki

		Mesleğinize ilişkin hukuki ve cezai sorumluluklarınıza yönelik eğitim aldınız mı?		
		Evet	Hayır	Geçerlik
Tıbbi müdahale ve tedavide malpraktisten doğan hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin farkındalık düzeyinizi 1ile 5 arasında değerlendiriniz.	1	0	24	24
	2	8	52	60
	3	25	68	93
	4	14	40	54
	5	6	18	24
	Geçerlik	53	202	255

Tablo 41: Farkındalık Düzeyi ile Eğitim Arasındaki İlişki Analizi

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-taraflı)
Pearson Korelâsyon	11,546[a]	4	,021
Olasılık Oranı	16,467	4	,002
Toplam Vaka Sayısı	255		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen p = 0,021 değerine göre Ho hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Bir diğer deyişle hekimlerin mesleklerine ilişkin hukuki ve cezai sorumluluğuna yönelik aldıkları eğitim ile farkındalık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilinir.

Hekimlerden farkındalık düzeyini 3 ve üzeri düzeyde değerlendirenlerden hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin eğitim alanların oranı % 17,6'tür (45 kişi). Eğitim almayanlar oranı ise % 49,4'tür (126 kişi). Farkındalık düzeyini 1 ve 2 düzeyinde değerlendirenlerden hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin eğitim alanların oranı % 3,1 (8 kişi), eğitim almayanlar oranı ise % 29,8 'dir (76 kişi).

Hekimlerin yaklaşık % 67'si hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin farkındalık düzeyini 3 ve üzeri olduğunu düşünmektedir. Hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin eğitim alanların oranı % 20 olup bunlardan sadece % 3,5'i aldıkları eğitimi yeterli bulduğunu ifade etmişlerdir. Hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin herhangi bir eğitim almadan farkındalık düzeyini 3 ve üzeri gören % 49,4'lük orana göre hekimlerin büyük çoğunluğu mesleklerine ilişkin hukuki ve cezai sorumluluklarına yönelik eğitim almamalarına rağmen hukuki ve cezai sorumluluklarının farkında olduğunu inanmaktadır.

HİPOTEZ 9:

Ho: Hekimlerin mesleklerine ilişkin cezai bir soruşturma geçirip geçirmedikleriyle farkındalık düzeyleri arasında ilişki yoktur.

H1: Hekimlerin mesleklerine ilişkin cezai bir soruşturma geçirip geçirmedikleriyle farkındalık düzeyleri arasında ilişki vardır.

Tablo 42: Farkındalık Düzeyi ile Meslekten Kaynaklanan Bir Ceza Soruşturması Geçirmek Arasındaki İlişki Analizi

		Mesleğinizden kaynaklanan bir ceza soruşturması geçirdiniz mi?		
		Evet	Hayır	Geçerlik
Tıbbi müdahale ve tedavide malpraktisten doğan hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin farkındalık düzeyinizi 1ile 5 arasında değerlendiriniz	1	0	24	24
	2	2	58	60
	3	16	77	93
	4	14	40	54
	5	10	14	24
	Geçerlik	42	213	255

Tablo 43: Farkındalık Düzeyi ile Meslekten Kaynaklanan Bir Ceza Soruşturması Geçirmek Arasındaki İlişki Analizi

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-taraflı)
Pearson Korelâsyon	26,879[a]	4	,000
Olasılık Oranı	30,830	4	,000
Toplam Vaka Sayısı	255		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen p = 0,000 değerine göre Ho hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Bir diğer deyişle hekimlerin mesleklerine ilişkin ceza soruşturması geçirmesiyle farkındalık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir.

Hekimlerden farkındalık düzeyini 3 ve üzeri düzeyde değerlendirenlerden mesleklerine ilişkin bir ceza soruşturması geçirenlerin oranı % 15,6'dır (40 kişi). Mesleklerine ilişkin bir ceza soruşturması geçirmeyenlerin oranı, % 51,3'tür (131 kişi). Farkındalık düzeyini 1 ve 2 düzeyinde değerlendirenlerden mesleklerine ilişkin bir ceza soruşturması geçirenlerin oranı % 0,7'dir (2 kişi). Geçirmeyenlerin oranı ise % 32,1'dir (82 kişi). Bu sonucu şu şekilde değerlendirebiliriz: hekimler mesleklerine

ilişkin bir cezai soruşturma geçirmeleri halinde hukuki ve cezai sorumluklarına ilişkin farkındalık düzeyi artmaktadır.

HİPOTEZ 10:

Ho: Hekimin yapmış olduğu hatalı tıbbi uygulamadan dolayı bir hastaya veya yakınına tazminat ödemeye mahkûm edilmesiyle farkındalık düzeyleri arasında ilişki yoktur.

H1: Hekimin yapmış olduğu hatalı tıbbi uygulamadan dolayı bir hastaya veya yakınına tazminat ödemeye mahkûm edilmesiyle farkındalık düzeyleri arasında ilişki vardır.

Tablo 44: Farkındalık Düzeyi ile Yapmış Olduğunuz Hatalı Tıbbi Uygulamadan Dolayı Bir Hastaya veya Yakınına Tazminat Ödemeye Mahkûm Olmak Arasındaki İlişki

		Yapmış olduğunuz hatalı tıbbi uygulamadan dolayı bir hastaya veya yakınına tazminat ödemeye mahkûm oldunuz mu?	
		Hayır	Geçerlik
Tıbbi müdahale ve tedavide malpraktisten doğan hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin farkındalık düzeyinizi 1ile 5 arasında değerlendiriniz.	1	24	24
	2	60	60
	3	93	93
	4	54	54
	5	24	24
	Geçerlik	255	255

Ankete katılanların tamamı hayır şıkkını cevapladığı için bu hipoteze ilişkin bir inceleme yapılamamıştır.

HİPOTEZ 11:

Ho: Tıbbi Müdahale öncesinde hastadan veya kanuni temsilcisinden hangi yöntemle onam alındığıyla farkındalık düzeyleri arasında ilişki yoktur.

H1: Tıbbi Müdahale öncesinde hastadan veya kanuni temsilcisinden hangi yöntemle onam alındığıyla farkındalık düzeyleri arasında ilişki vardır.

Tablo 45: Farkındalık Düzeyi ile Hastadan Onam Alma Şekli Arasındaki İlişki

		Tıbbi Müdahale ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluklarına İlişkin Farkındalık Düzeyinizi 1ile 5 arasında değerlendiriniz.					Geçerlik
		1	2	3	4	5	
Tıbbi Müdahale öncesinde hastadan veya kanuni temsilcisinden hangi yöntemle onam alıyorsunuz?	Onam Almıyorum	0	0	4	0	0	4
	Sözlü Onam Alıyorum	6	14	7	8	2	37
	Kurum Tarafından Hazırlanan Belge ile Onam Alıyorum	16	42	80	46	22	206
	Kendi Tarafımdan Hazırlanan Belge ile Onam Alıyorum	2	4	2	0	0	8
Geçerlik		24	60	93	54	24	255

Tablo 46: Farkındalık Düzeyi ile Hastadan Onam Alma Şekli Arasındaki İlişki Analiz Tablosu

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-taraflı)
Pearson Korelasyon	25,204[a]	12	,014
Olasılık Oranı	27,561	12	,006
Toplam Vaka Sayısı	255		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen p = 0,014 değerine göre Ho hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Bir diğer deyişle hekimlerin tıbbi müdahale öncesinde hastadan veya kanuni temsilcisinden hangi yöntemle onam alındığıyla farkındalık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir.

HİPOTEZ 12:

Ho: 18 yaşından küçük hastaya kanuni temsilcisinin zorunlu müdahale için onam vermemesi ve müdahalenin acil ve zorunlu olması halinde tutumunun ne olduğu ile farkındalık düzeyi arasında ilişki yoktur.

H1: 18 yaşından küçük hastaya kanuni temsilcisinin zorunlu müdahale için onam vermemesi ve müdahalenin acil ve zorunlu olması halinde tutumunun ne olduğu ile farkındalık düzeyi arasında ilişki vardır.

Tablo 47: Farkındalık Düzeyi ile 18 Yaşından Küçük Hastaya Kanuni Temsilcisi Zorunlu Müdahale İçin Onam Vermediği Takdirde Tutumunun Ne Olacağı Arasındaki İlişki

		Tıbbi müdahale ve tedavide malpraktisten doğan hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin farkındalık düzeyinizi 1ile 5 arasında değerlendiriniz.					Geçerlik
		1	2	3	4	5	1
18 yaşından küçük hastaya kanuni temsilcisi zorunlu müdahale için onam vermediği takdirde ve müdahale zorunlu ve acil ise tutumunuz ne olur?	Müdahaleye Onam Verilmediğine Dair Belge İmzalatır ve Müdahale Yapmam	16	20	24	12	4	76
	Durumu Hastane Yönetimine Bildirir ve Onlardan gelen talimata göre işlem yaparım	2	6	23	10	4	45
	Müdahale Ederim	2	12	20	10	2	46
	Adli Makamlardan Ailenin Yerine Onam Alır ve Müdahalemi de Yaparım	4	22	26	22	14	88
Geçerlik		24	60	93	54	24	255

Tablo 48: Farkındalık Düzeyi ile 18 Yaşından Küçük Hastaya Kanuni Temsilcisi Zorunlu Müdahale İçin Onam Vermediği Takdirde Tutumunun Ne Olacağı Arasındaki İlişki Analizi

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-taraflı)
Pearson Korelasyon	31,240[a]	12	,002
Olasılık Oranı	29,595	12	,003
Toplam Vaka Sayısı	255		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen p = 0,002 değerine göre Ho hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Bir diğer deyişle 18 yaşından küçük hastaya kanuni temsilcisinin zorunlu müdahale için onam vermemesi ve müdahalenin acil ve zorunlu olması halinde tutumunun ne olduğu ile farkındalık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilinir.

Farkındalık düzeyini 3 ve üzeri düzeyde değerlendirenler içinde 18 yaşından küçüğe acil ve zorunlu bir müdahalede kanuni temsilcisinin tıbbi müdahaleye onam vermediği durumda müdahaleye onam vermediğine dair belgeyi imzalatıp müdahale yapmayacağını belirtenlerin oranı,% 15,6 (40 kişi), durumu hastane yönetimine bildirip onlardan gelecek talimata göre hareket edeceğini söyleyenlerin oranı % 18,4 (47 kişi), müdahale edeceğini söyleyenlerin oranı % 12,5 (32 kişi), adli makamlardan ailenin yerine onam alıp müdahalesini de yapacağına ilişkin cevap verenlerin oranı da % 24,3'tür (62 kişi).

Farkındalık düzeyini 1 ve 2 düzeyinde değerlendirenlerden içinde 18 yaşından küçüğe acil ve zorunlu bir müdahalede kanuni temsilcisinin tıbbi müdahaleye onam vermediği durumda müdahaleye onam vermediğine dair belgeyi imzalatıp müdahale yapmayacağını belirtenlerin oranı; % 14,1 (36 kişi), durumu hastane yönetimine bildirip onlardan gelecek talimata göre hareket edeceğini belirtenlerin oranı % 3,1 (8 kişi), müdahale edeceğini söyleyenlerin oranı % 9,4 (24 kişi), adli makamlardan ailenin yerine onam alıp müdahalesini de yapacağına ilişkin cevap verenlerin oranı da % 10,19'dur (26 kişi).

Ankette yer alan bu soru ile hekimlerin onama ilişkin bilgi düzeylerini test etmek amaçlanmıştır. Önceki soruda hekimlerin tamamına yakını hasta veya kanuni temsilcisinden, tıbbi müdahale öncesinde onam aldığını belirtmesine rağmen bu soruda hekimlerin aynı düzeyde bilgi sahibi olmadığı görülmüştür. Sadece % 24,3'ü usulüne uygun onam alıp tıbbi müdahalede bulunacağını belirtmiştir.

Soruda özellikle "tıbbi müdahalenin acil ve zorunlu" olduğu belirtilmesine rağmen farkındalık düzeyinin 3 ve üzeri düzeyde olduğunu belirten hekimlerin % 15,6'sı (40 kişi) hiçbir şekilde müdahale etmeyeceğini ve aileden müdahale etmediğine ilişkin belgeyi imzalatmanın yeterli olacağını belirtmiştir. Küçüğün ölümünden veya başka türlü zarar görmesinden dolayı bu şekilde davranan hekim doğrudan sorumludur. Sonuç olarak yeterli farkındalık düzeyinde bulunduğunu belirtenler ile yeterli olmayan farkındalık düzeyinde bulunanların aynı oranda bir tutum sergileyeceğini belirttikleri görülmektedir. Toplam hekimlerin % 29,7'si böyle olası bir durumda ne kadar ciddi bir sorumlulukla karşı karşıya kaldığının farkında olmadığını gözlemlenmiştir.

Farkındalık düzeyini 3 ve üzeri düzeyde değerlendirenler içinde yaklaşık % 18,4'ü ile farkındalık düzeyini 1 ve 2 düzeyinde olduğunu belirtenlerden % 3,1'i (8 kişi) durumu hastane yönetimiyle paylaşacağını ve oradan çıkacak karara göre davranacağını belirtmiştir. Bu durumda hastane yönetiminin küçüğe müdahale etmeme yönünde karar alması halinde küçüğün zarar görmesi hekimi sorumluluktan kurtarmayacaktır. Özel hastaneler içinde Sağlık Hukuku üzerinde uzman olan hukukçu ile çalışan hastanelerin oranı göz önüne alınırsa ağırlıklı olarak müdahale edilmemesi yönünde karar çıkacağı tahmin edilmektedir.

Ailenin veya kanuni temsilcisinin rızasının olmaması halinde, küçüğe tıbbi müdahale yapacağını farkındalık düzeyi 3 ve üzeri düzeyde değerlendirenlerin oranı yaklaşık % 12,5, farkındalık düzeyi 1 ve 2 düzeyinde değerlendirenlerin oranı yaklaşık % 4,7'dir (12 kişi). Toplamda yaklaşık % 17'si kimseden onam almadan küçüğe tıbbi müdahalede bulunacağını belirtmiştir. Böyle bir durumda yapılan

müdahalede herhangi bir tıbbi sorun olmaması halinde hekimin sorumluluğunun olmayacağı düşünülmektedir. Ancak yapılan tıbbi müdahalede olası komplikasyon durumunda dahi hekimin yargılanacağı ve hatalı tıbbi müdahalede bulunmadığını ispat etmek zorunda kalacağı düşünülmektedir.

Adli makamlardan ailenin yerine onam alıp müdahale edeceğini belirtenlerin içinde farkındalık düzeyini 3 ve üzerinde değerlendirenlerin oranı % 24,3'tür. Farkındalık düzeyi 1 ve 2 olanların oranı ise %10'dur (26 kişi). Farkındalık düzeyi ne olursa olsun Toplamda % 34 oranında hekimin hukuka uygun davranacağını gözlemlenmiştir.

HİPOTEZ 13:

Ho: İntihara teşebbüs eden bilinci kapalı bir hastanın üzerinden el yazısıyla yazılmış kendisine müdahale edilmemesi yönünde not çıkması halinde hekimin tutumuyla farkındalık düzeyi arasında ilişki yoktur.

H1: İntihara teşebbüs eden bilinci kapalı bir hastanın üzerinden el yazısıyla yazılmış kendisine müdahale edilmemesi yönünde not çıkması halinde hekimin tutumuyla farkındalık düzeyi arasında ilişki vardır.

Tablo 49: Farkındalık Düzeyi ile İntihara Teşebbüs Eden Bilinci Kapalı Bir Hastanın Üzerinden El Yazısıyla Yazılmış Kendisine Müdahale Edilmemesi Yönünde Not Çıkması Durumunda Tutumunun Ne Olacağı Arasındaki İlişki

		İntihara teşebbüs eden bilinci kapalı bir hasta gelse ve üzerinden el yazısıyla yazılmış kendisine müdahale edilmemesi yönünde not çıksa tutumunuz ne olur?			
		Müdahale Etmem	Müdahale Ederim	Durumu Hastane Yönetimine Bildirir Oradan çıkacak Karara Göre hareket ederim.	Geçerlik
Tıbbi müdahale ve tedavide malpraktisten doğan hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin farkındalık düzeyinizi 1ile 5 arasında değerlendiriniz.	1	2	16	6	24
	2	0	44	16	60
	3	0	73	20	93
	4	0	42	12	54
	5	2	14	8	24
	Geçerlik	4	189	62	255

Tablo 50: Farkındalık Düzeyi ile İntihara Teşebbüs Eden Bilinci Kapalı Bir Hastanın Üzerinden El Yazısıyla Yazılmış Kendisine Müdahale Edilmemesi Yönünde Not Çıkması Durumunda Tutumunun Ne Olacağı Arasındaki İlişkinin Analizi

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-taraflı)
Pearson Korelasyon	19,923[a]	8	,011
Olasılık Oranı	16,024	8	,042
Toplam Vaka Sayısı	255		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen p = 0,011 değerine göre Ho hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Bir diğer ile intihara teşebbüs eden bilinci

kapalı bir hastanın üzerinden el yazısıyla yazılmış kendisine müdahale edilmemesi yönünde not çıkması halinde hekimin tutumuyla farkındalık düzeyi arasında farkındalık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir.

Farkındalık düzeyi 3 ve üzeri düzeyde olduğunu belirtenlerden intihara teşebbüs eden bilinci kapalı bir hastanın gelmesi durumunda ve üzerinden el yazısıyla yazılmış kendisine müdahale edilmemesi yönünde not çıkması halinde müdahale etmeyeceğini belirtenlerin oranı % 0,7'dir (2 kişi). Müdahale edeceğini belirtenlerin oranı % 50,5'dir (129 kişi). Durumu hastane yönetimine bildirip oradan çıkacak karar göre hareket edeceğini belirtenlerin oranı % 15,6'dir (40 kişi).

Farkındalık düzeyini 1 ve 2 düzeyinde belirtenlerden müdahale etmeyeceğini belirtenlerin oranı % 0,7'dir (2 kişi). Müdahale edeceğini belirtenlerin oranı % 23,5'tir (60 kişi). Durumu hastane yönetimine bildirip oradan çıkacak karara göre hareket edeceğini belirtenlerin oranı % 8,6'dır (22 kişi). Hekimlerin % 84'ü farkındalık düzeyi ne olursa olsun müdahale edeceğini belirtmiştir. Farkındalık düzeyinin 3 ve üzeri düzeyinde olduğunu belirtenlerin oranı 1 ve 2 düzeyinde olduğunu belirtenlere göre 2 katıdır. Müdahale etmeyeceğini belirtenlerin yeterli farkındalık düzeyi olanlarla olmayanların arasında bir fark yoktur.

İntihara teşebbüs eden bir hastanın üzerinden el yazısıyla kendisine müdahale edilmemesi yönünde bir yazının çıkması durumunda hekimlerin o yazıya itibar etmeyip tıbbi müdahalede bulunması için iki neden vardır. Bunlardan ilki bilinci kapalı bir hastaya müdahale edilmesinin zorunluluğudur. Doktrinde farazi rıza denilen böylesi durumlarda bilinci kapalı kişinin faydasına yapılacak her türlü müdahale hukuka uygun olacaktır. İkinci neden ise bilinci kapalı kişinin üzerinden çıkacak nota itimat edilmemesidir. Bilinci açık kişinin tedaviyi reddetme hakkına aykırı bir şekilde tıbbi müdahale edilmesi hukuka aykırıdır. Ancak üzerinde kendisinin yazıp yazmadığı belli olmayan tedaviyi reddettiğini yazan nota itibar edilip müdahale edilmemesi hukuka aykırıdır.

HİPOTEZ 14:

Ho: Bilinci açık acil bir hastanın müdahaleye onam vermemesi ve vermediğine dair imzasının alınmasından sonra bilincinin kapanması durumunda hekimin tutumu ile farkındalık düzeyi arasında ilişki yoktur.

H1: Bilinci açık acil bir hastanın müdahaleye onam vermemesi ve vermediğine dair imzasının alınmasından sonra bilincinin kapanması durumunda hekimin tutumu ile farkındalık düzeyi arasında ilişki vardır.

Tablo 51: Farkındalık Düzeyi ile Tıbbi Müdahaleye Onam Vermeyen Acil Bir Hastanın İmzası Alındıktan Sonra Bilincinin Kapanması Durumunda Tutumunun Ne Olacağı Arasındaki İlişki

		Acil bir hasta gelse ve bilinci açıkken müdahaleye onam vermese ve vermediğine dair imzasını alsanız ve daha sonra bilinci kapansa tutumunuz ne olur?			
		Müdahale Etmem	Müdahale Ederim	Durumu Hastane Yönetimine Bildirir Oradan Çıkacak Karara Göre Hareket Ederim.	Geçerlik
Tıbbi müdahale ve tedavide malpraktisten doğan hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin farkındalık düzeyinizi 1ile 5 arasında değerlendiriniz.	1	4	14	6	24
	2	12	32	16	60
	3	20	65	8	93
	4	4	34	16	54
	5	2	12	10	24
	Geçerlik	42	157	56	255

Tablo 52: Farkındalık Düzeyi ile Tıbbi Müdahaleye Onam Vermeyen Acil Bir Hastanın İmzası Alındıktan Sonra Bilincinin Kapanması Durumunda Tutumunun Ne Olacağı Arasındaki İlişki Analizi

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-taraflı)
Pearson Korelasyon	21,784[a]	8	,005
Olasılık Oranı	23,783	8	,002
Toplam Vaka Sayısı	255		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen p = 0,005 değerine göre Ho hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Bir diğer deyişle bilinci açık acil bir hastanın müdahaleye onam vermemesi ve vermediğine dair imzasının alınmasından sonra bilincinin kapanması durumunda hekimin tutumu ile farkındalık düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu söylenebilir.

Hekimlerden farkındalık düzeyi 3 ve üzeri düzeyde olduğunu belirtenlerden bilinci açık acil bir hasta müdahaleye onam vermediğine dair belge imzalayıp sonrasında bilincinin kapanması durumunda; müdahale etmeyeceğini belirten oranı % 10,1 (26 kişi), müdahale edeceğini belirtenlerin oranı % 43,5 (111kişi), durumu hastane yönetimine bildireceğini ve oradan çıkacak karara göre hareket edeceğini belirtenlerin oranı % 13,3'dir (34 kişi).

Farkındalık düzeyi 1 ve 2 düzeyinde olduğunu belirtenlerden müdahale etmeyeceğini belirtenlerin oranı, % 6,2 (16 kişi), müdahale edeceğini belirtenlerin oranı % 18 (46 kişi), durumu hastane yönetimine bildireceğini ve oradan çıkacak karara göre hareket edeceğini belirtenlerin oranı % 8,6'dır. Toplamda müdahale etmeyeceğini belirtenlerin oranı % 16,2'dir. Ancak burada farkındalık düzeyi daha yüksek olanların müdahale etmeme oranı farkındalık düzeyi daha düşük olanlardan daha fazladır. Oysa yukarıda ki soruda da izah ettiğimiz üzere bilinci kapanmış bir hastaya müdahale edilmesi farazi rıza kapsamında olup hukuka aykırılık bulunmayacaktır. Doktrinde ki hâkim görüş bu yöndedir (Erman,1999: 139- Çakmut Yenerer, 2003: 211).

Bilinci kapandıktan sonra müdahaleye rıza vermeyen hastaya tıbbi müdahale edeceğini belirtenlerin Geçerlik oranı % 61,5'tir. Farkındalık düzeyi 3 ve üzeri düzeyde olanların oranı (% 43,5) 1 ve 2 (% 18) düzeyinde olanlardan orantısal olarak fazladır. Hastane yönetimin kararına göre hareket edeceklerin oranı da farkındalık düzeyi 3 ve üzeri düzeyde olanlarda % 13,3 ve farkındalık düzeyi 1 ve 2 düzeyinde olanlarda % 8,6 olup toplamda yaklaşık % 22'dir.

HİPOTEZ 15:

Ho: Hekim tarafından şüpheli veya sanığın genital muayenesinin yapılabilmesi için hangi yasal belgelerin olmasının yeterli olduğuna ilişkin hekimlerin görüşü ile farkındalık düzeyi arasında ilişki yoktur.

H1: Hekim tarafından şüpheli veya sanığın genital muayenesinin yapılabilmesi için hangi yasal belgelerin olmasının yeterli olduğuna ilişkin hekimlerin görüşü ile farkındalık düzeyi arasında ilişki vardır.

Tablo 53: Farkındalık Düzeyi ile Şüpheli Veya Sanığın Genital Muayenesinin Yapılabilmesi İçin Hangi Yasal Belgelerin Gerekli Olduğu Arasındaki İlişki

		Tıbbi Müdahale ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluklarına İlişkin Farkındalık Düzeyinizi 1 ile 5 arasında değerlendiriniz					Geçerlik
		1	2	3	4	5	
ŞÜPHELİ veya SANIĞIN genital muayenesinin yapılabilmesi için sizce hangi yasal belgelerin olması yeterlidir?	Şüpheli veya sanığın yazılı onamı	4	12	14	8	6	44
	Cumhuriyet Savcısının Yazılı Talimatı	10	24	49	26	10	119
	Polis veya Jandarmanın Talep formunun	2	2	0	0	0	4
	Mahkeme Kararının	2	6	8	8	2	26
	Fikrim Yok	6	16	22	12	6	62
Geçerlik		24	60	93	54	24	255

Tablo 54: Farkındalık Düzeyi ile Şüpheli veya Sanığın Genital Muayenesinin Yapılabilmesi İçin Hangi Yasal Belgelerin Gerekli Olduğu Arasındaki İlişki Analizi

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-taraflı)
Pearson Korelasyon	15,787[a]	16	,468
Olasılık Oranı	14,406	16	,569
Toplam Vaka Sayısı	255		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen p = 0,468 değerine göre Ho hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilememektedir. Bir diğer deyişle hekim tarafından şüpheli veya sanığın genital muayenesinin yapılabilmesi için hangi yasal belgelerin olmasının yeterli olduğuna ilişkin görüşü ile farkındalık düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu söylenemez.

Hekimlerden farkındalık düzeyi 3 ve üzeri düzeyde olduğunu belirtenlerden şüpheli veya sanığın genital muayenesinin yapılabilmesi için şüpheli veya sanığın yazılı onamının yeterli olacağını belirtenlerin oranı % 10,1 (26 kişi), Cumhuriyet Savcısının yazılı talimatını yeterli görenlerin oranı % 33,3 (85 kişi), Polis veya Jandarma formunu yeterli görenlerin oranı % 0, mahkeme kararını yeterli görenlerin oranı % 7'dir (18 kişi). Farkındalık düzeyi 1 ve 2 düzeyinde olanlardan şüpheli veya sanığın yazılı onamını yeterli bulanların oranı % 6,2 (16 kişi), Cumhuriyet Savcısının yazılı talimatını yeterli görenlerin oranı % 13,3 (34 kişi), Polis veya Jandarma formunu yeterli görenlerin oranı %1,5 (4 kişi) mahkeme kararını yeterli görenlerin oranı ise % 3'tür (8 kişi).

Türk Ceza Kanunu'nun 287. maddesine göre "Yetkili hâkim ve savcı kararı olmaksızın, kişiyi genital muayeneye gönderen veya bu muayeneyi yapan fail hakkında üç aydan bir yıla kadar hapis cezasına hükmolunur."

Bu soru da hekimlerin hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin bilgi düzeylerini ölçen bir sorudur. Farkındalık düzeyini 3 ve üzeri düzeyde görenlerin %

10’u bu yasanın müeyyidesiyle karşı karşıya kalmıştır. Farkındalık düzeyini 1 ve 2 düzeyinde görenlerin bu şıkka ilişkin oranı ise daha düşük olup % 6,2’dir. Toplamda hekimlerin % 16’sı oranında bu soruya ilişkin bilgi düzeyi hatalı olduğu söylenebilir. Kolluk güçlerinin talep formuyla genital muayenenin yapılabileceğini yalnızca farkındalık düzeyi 1 ve 2 düzeyinde olduğunu belirten hekimlerin oranı sadece % 1,5’tir.

Doktrinde şüpheli veya sanığın genital muayenesinin yapılabilmesi için asıl yetkili makamın mahkeme olduğu; savcının talimatının ancak acil durumlarda söz konusu olduğu belirtilir (Özgenç, 2006: 206). Cumhuriyet savcısının yazılı talimatıyla genital muayenenin yapılabileceğini belirtenlerin oranı Toplamda % 46; mahkeme kararının yeterli olduğunu belirtenlerin oranı % 10’dur. Her ikisini birden yeterli görenlerin oranı % 0’dır.

HİPOTEZ 16:

Ho: Hekimlerin ekonomik durumu zayıf olan bir hastaya SGK ‘nın ödemeyeceği bir ilacı yazmasının gerekli olduğu bir bu durumda nasıl bir tutum sergileyeceği ile farkındalık düzeyi arasında ilişki yoktur.

H1: Hekimlerin ekonomik durumu zayıf olan bir hastaya SGK ‘nın ödemeyeceği bir ilacı yazmasının gerekli olduğu bir bu durumda nasıl bir tutum sergileyeceği ile farkındalık düzeyi arasında ilişki vardır.

Tablo 55: Farkındalık Düzeyi ile Ekonomik Durumu Zayıf Olan Bir Hastaya SGK'nın Ödemeyeceği Bir İlacı Yazmanın Gerekli Olduğu Bir Durumda Sergilenecek Tutum Arasındaki İlişki Analizi

		Tıbbi Müdahale ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluklarına İlişkin Farkındalık Düzeyinizi 1ile 5 arasında değerlendiriniz.					
		1	2	3	4	5	Geçerlik
Ekonomik durumu zayıf olan bir hastanıza SGK 'nın ödemeyeceği bir ilacı yazmanız gerekli bu durumda nasıl bir tutum sergilersiniz?	SGK'nın Ödeyip Ödemeyeceğine Bakmaksızın O İlacı Yazarım	8	22	18	26	12	86
	O İlacı Yazmam Ama Ona Muadil Daha Az Etkili Bir İlaç Yazarım	10	6	25	10	4	55
	Başka Bir Hastalık Teşhisi Gösterir O İlacı Mutlaka Yazarım	4	24	22	4	4	58
	Sağlık Bakanlığına Durumu Bildirir Müracaatta Bulunurum	2	8	26	14	4	54
	Fikrim Yok	0	0	2	0	0	2
Geçerlik		24	60	93	54	24	255

Tablo 56: Farkındalık Düzeyi ile Ekonomik Durumu Zayıf Olan Bir Hastaya SGK'nın Ödemeyeceği Bir İlacı Yazmanın Gerekli Olduğu Bir Durumda Sergilenecek Tutum Arasındaki İlişki Analizi

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-taraflı)
Pearson Korelâsyon	45,174[a]	16	,000
Olasılık Oranı	47,280	16	,000
Toplam Vaka Sayısı	255		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen p = 0,000 değerine göre Ho hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Bir diğer deyişle hekimlerin ekonomik durumu zayıf olan bir hastaya SGK'nın ödemeyeceği bir ilacı yazmasının gerekli olduğu bir bu durumda nasıl bir tutum sergileyeceği ile farkındalık düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu söylenebilir.

Farkındalık düzeyini 3 ve üzeri düzeyde belirtenlerden ekonomik durumu zayıf bir hastaya SGK'nın ödemeyeceği bir ilacı yazması gereken bir durumda SGK'nın o ilacı ödeyip ödemeyeceğine bakmaksızın yazacağını belirtenlerden oranı % 21,9'dur (56 kişi). O ilacı yazmayacağını ama daha az etkili o ilacın muadilini yazacağını belirtenlerin oranı % 15,2 (39 kişi), başka bir hastalık teşhisi gösterip o ilacı mutlaka almasını sağlayacağını belirtenlerin oranı % 11,7 (30 kişi), Sağlık Bakanlığı'na durumu rapor bildirerek müracaat edeceğini bildireceklerini belirtenlerin oranı % 17,2'dir (44 kişi).

Farkındalık düzeyini 1 ve 2 düzeyinde görenlerden ekonomik durumu zayıf bir hastaya SGK'nın ödemeyeceği bir ilacı yazması gereken bir durumda SGK'nın o ilacı ödeyip ödemeyeceğine bakmaksızın yazacağını belirtenlerden oranı % 11,7 (30 kişi), o ilacı yazmayacağını ama daha az etkili o ilacın muadilini yazacağını belirtenlerin oranı % 6,2 (16 kişi), başka bir hastalık teşhisi gösterip o ilacı mutlaka almasını sağlayacağını belirtenlerin oranı % 10,9'dur (28 kişi). Sağlık Bakanlığı'na durumu rapor bildirerek müracaat edeceğini bildireceklerini belirtenlerin oranı % 3,9 kişidir (10 kişi).

Yine hekimlerin bilgi düzeyiyle birlikte tutum ve davranışını ölçmeyi amaçlayan bu soruda da hekimlerden farkındalık düzeyini 3 ve üzeri düzeyde görenlerden başka bir teşhis gösterip o ilacı yazanların oranı farkındalık düzeyi 1 ve 2 düzeyinde olanlardan daha yüksektir. Aynı durum daha az etkili ilacı yazacağını belirtenlerde de görülmektedir.

HİPOTEZ 17:

Ho: Hekimlerin tıbbi hata veya malpraktise ilişkin yasal düzenlemenin hangi kanunda olduğuna ilişkin bilgi düzeyi ile farkındalık düzeyi arasında ilişki yoktur.

H1: Hekimlerin tıbbi hata veya malpraktise ilişkin yasal düzenlemenin hangi kanunda olduğuna ilişkin bilgi düzeyi ile farkındalık düzeyi arasında ilişki vardır.

Tablo 57: Farkındalık Düzeyi ile Tıbbi Hata veya Malpraktise İlişkin Yasal Düzenleme Hangi Kanunda Olduğu Arasındaki İlişki

		Tıbbi Müdahale ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluklarına İlişkin Farkındalık Düzeyinizi 1ile 5 arasında değerlendiriniz					
		1	2	3	4	5	Geçerlik
Tıbbi hata veya Malpraktise ilişkin yasal düzenleme hangi kanundadır?	Malpraktis Kanunu	4	6	12	8	6	36
	Türk Ceza Kanunu	8	22	25	24	8	87
	Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun	2	18	26	12	6	64
	Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi	0	2	0	0	0	2
	Fikrim Yok	10	12	30	10	4	66
Geçerlik		24	60	93	54	24	255

Tablo 58: Farkındalık Düzeyi ile Tıbbi Hata veya Malpraktise İlişkin Yasal Düzenleme Hangi Kanunda Olduğu Arasındaki İlişki Analizi

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-taraflı)
Pearson Korelâsyon	22,933[a]	16	,116
Olasılık Oranı	22,632	16	,124
Toplam Vaka Sayısı	255		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen p = 0,116 değerine göre Ho hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilememektedir. Bir diğer deyişle hekimlerin tıbbi hata veya malpraktise ilişkin yasal düzenlemenin hangi kanunda olduğuna ilişkin bilgi düzey ile farkındalık düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı söylenebilir.

Farkındalık düzeyini 3 ve üzeri düzeyde görenlerden tıbbi hata veya malpraktise ilişkin yasal düzenlemenin Malpraktis Kanunu'nda olduğunu

belirtenlerin oranı % 10,1 (26 kişi), ürk Ceza Kanunu'nda olduğunu belirtenlerin oranı, % 22,3 (57 kişi), Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'da % 17,2 (44 kişi), Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nde olduğunu belirtenlerin oranı % 2,3 (6 kişi), fikrinin olmadığını belirtenlerin oranı % 17,2'dir (44 kişi).

Farkındalık düzeyini 1 ve 2 düzeyinde görenlerden tıbbi hata veya malpraktise ilişkin yasal düzenlemenin Malpraktis Kanunu'nda olduğunu belirtenlerin oranı % 3,9 (10 kişi), Türk Ceza Kanunu'nda olduğunu belirtenlerin oranı, % 11,7 (30 kişi), Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'da % 11,7 (30 kişi), Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nde olduğunu belirtenlerin oranı % 0,7 (2 kişi), fikrinin olmadığını belirtenlerin oranı % 8,6'dir (22 kişi).

Hekimlerin hangi kanunla yargılanacaklarına ilişkin bilgi düzeylerini ölçmeyi amaçlayan bu soruya ilişkin cevapları yorumlarsak; farkındalık düzeyini yeterli görenlerin sadece % 22'si Türk Ceza Kanunu'nu belirtmiştir. Hiçbir fikrinin olmadığını belirtenlerin oranı ise yaklaşık %17'dir.Farkındalık düzeyini yeterli görenlerin bu soruya ilişkin hatalı bilgiye sahip olanları oranı ise % 61'dir.

Farkındalık düzeyini yeterli bulmayanlardan Türk Ceza Kanunu'nu belirtenlerin oranı yaklaşık %11'dir. Hiçbir fikrinin olmadığını belirtenlerin oranı ise yaklaşık % 8,6'dir. Farkındalık düzeyini yetersiz görenlerin bu soruya ilişkin hatalı bilgiye sahip olanları oranı ise yaklaşık % 80'dir

HİPOTEZ 18:

Ho: Hekimlerin tıbbi müdahale hataları ile ilgili davaların haksız yere açılıp açılmadığına ilişkin görüşleriyle farkındalık düzeyleri arasında ilişki yoktur.

H1: Hekimlerin tıbbi müdahale hataları ile ilgili davaların haksız yere açılıp açılmadığına ilişkin görüşleriyle farkındalık düzeyleri arasında ilişki vardır.

Tablo 59: Farkındalık Düzeyi ile Tıbbi Müdahale Hataları ile İlgili Davaların Haksız Yere Açılıp Açılmadığı Arasındaki İlişki

		Tıbbi Müdahale ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluklarına İlişkin Farkındalık Düzeyinizi 1 ile 5 arasında değerlendiriniz					
		1	2	3	4	5	Geçerlik
Tıbbi müdahale hataları ile ilgili davaların haksız yere açıldığını düşünüyor musunuz?	Genellikle Haksız Yere Açılmaktadır	8	20	36	18	8	90
	Genellikle Haksız Yere Açılmaz	0	4	7	4	4	19
	Zaman Zaman Haksız Yere Açılmaktadır	12	28	46	30	6	122
	Fikrim Yok	4	8	4	2	6	24
Geçerlik		24	60	93	54	24	255

Tablo 60: Farkındalık Düzeyi ile Tıbbi Müdahale Hataları ile İlgili Davaların Haksız Yere Açılıp Açılmadığı Arasındaki İlişki Analizi

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-taraflı)
Pearson Korelâsyon	21,408[a]	12	,045
Olasılık Oranı	21,901	12	,039
Toplam Vaka Sayısı	255		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen p = 0,045 değerine göre Ho hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Bir diğer deyişle ile hekimlerin tıbbi müdahale hataları ile ilgili davaların haksız yere açılıp açılmadığına ilişkin görüşleriyle farkındalık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu söylenebilir.

Farkındalık düzeyini 3 ve üzeri düzeyde belirtenlerden hatalı tıbbi müdahaleden dolayı açılan davaların genelde haksız yere açıldığını düşünlerin oranı

% 24,3 (62 kişi), genelde haksız yere açılmadığını düşünlerin oranı % 5,8 (15 kişi), zaman zaman haksız yere açıldığını düşünlerin oranı % 5,8'dir (15 kişi). Farkındalık düzeyini 1 ve 2 düzeyinde belirtenlerden hatalı tıbbi müdahaleden dolayı açılan davaların genelde haksız yere açıldığını düşünlerin oranı % 10,9 (28 kişi), genelde haksız yere açılmağını düşünlerin oranı % 1,5 (4 kişi), zaman zaman haksız yere açıldığını düşünlerin oranı % 15,6'dir (40 kişi).

Farkındalık düzeyini yeterli düzeyde görenler, yetersiz düzeyde görenlere oranla hatalı tıbbi müdahaleden dolayı açılan davaları haksız yere açıldığını düşündüğünü belirtmişlerdir.

HİPOTEZ 19:

Ho: Hekimlerin çalıştığı hastane ile farkındalık düzeyleri arasında ilişki yoktur.

H1: Hekimlerin çalıştığı hastane ile farkındalık düzeyleri arasında ilişki vardır.

Tablo 61: Farkındalık Düzeyi İle Hekimlerin Çalıştığı Hastane Arasındaki İlişki

		Tıbbi Müdahale ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluklarına İlişkin Farkındalık Düzeyinizi 1ile 5 arasında değerlendiriniz					
		1	2	3	4	5	Geçerlik
Anketin Yapıldığı Hastane	1.Hastane	2	2	10	6	2	22
	2.Hastane	12	38	52	34	4	140
	3. Hastane	4	14	24	10	6	58
	4.Hastane	4	4	2	4	6	20
	5.Hastane	2	2	5	0	6	15
Geçerlik		24	60	93	54	24	255

Tablo 62: Farkındalık Düzeyi ile Hekimlerin Çalıştığı Hastane Arasındaki İlişki Analizi

Ki-kare Testi

	Değer	Serbestlik Derecesi	P Değeri (2-taraflı)
Pearson Korelâsyon	46,404[a]	16	,000
Olasılık Oranı	43,554	16	,000
Toplam Vaka Sayısı	255		

Ki-kare testi sonucunda elde edilen p = 0,000 değerine göre Ho hipotezi % 10 anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Bir diğer deyişle hekimlerin çalıştığı hastane ile farkındalık düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu söylenebilir.

Hekimlerden farkındalık düzeyini 3 ve üzerinde değerlendirenler içinde 1 numaralı hastanede çalışanların oranı % 7 (18 kişi), 2 numaralı hastanede çalışanların oranı, % 35,2 (90 kişi), 3 numaralı hastanede çalışanların oranı, % 15,6 (40 kişi), 4 numaralı hastanede çalışanların oranı, % 4,7 (12 kişi), 5 numaralı hastanede çalışanların oranı % 4,3'tür (11 kişi).

Farkındalık düzeyini 1 ve 2 düzeyinde değerlendirenler içinde 1 numaralı hastanede çalışanların oranı % 1,5 (4 kişi), 2 numaralı hastanede çalışanların oranı % 19,6 (50 kişi), 3 numaralı hastanede çalışanların oranı % 7 (18 kişi), 4 numaralı hastanede çalışanların oranı % 3 (8 kişi), 5 numaralı hastanede çalışanların oranı % 1,5'tir (4 kişi).

Özel hastaneler rekabet koşulları nedeniyle isimlerinin çalışmada kullanmalarına müsaade etmediklerinden dolayı bu çalışmada her bir hastaneyi numaralandırılmak zorunda kalınmıştır. Bu durumda 2 numaralı hastanede çalışan hekimler farkındalık düzeyini diğer hastanede çalışan hekimlere oranla daha üst düzeyde gördüklerini belirtmişlerdir. Bu durumda farkındalık düzeyi ile çalışılan özel hastane arasında ilişki olduğu söylenebilir.

5.5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tıbbi müdahale kişilerin bedensel, fiziksel veya psikolojik bir hastalığını teşhis ve tedavi etmek veya hastalanmasını önlemek ya da acılarını hafifletmek amacıyla tıp mesleğini icra etmeye yasal olarak yetkili hekimler tarafından, tıp biliminin standartlarına uygun her çeşit faaliyettir. Tıbbi müdahalenin yetkili hekim tarafından yapılması, müdahalenin endikasyon amacına yönelik olması, tıbbi müdahalenin tıbbi standartlara uygun olarak yapılması ve hastanın tıbbi müdahaleye rıza göstermiş olması, yapılan müdahalenin hukuka uygunluk nedenleridir.

Tedavi sözleşmesi hem hekime hem de hastaya çeşitli yükümlülükler yüklemiştir. Hekimin temel yükümlülüğü mesleğini etik ve hukuki kurallara göre icra etmek ve tıbbın standartlarından sapmamaya özen göstermektir. Tedavi sözleşmesinden doğan davaların hangi hükümlere göre dava edileceği yasada açıkça düzenlenmediği için Borçlar Kanununda belirtilen sözleşme tiplerinden tedavi sözleşmesine en uygunu yargı kararlarıyla belirlenmeye çalışılmıştır. Tedavi sözleşmesine Borçlar Kanunu'ndaki "Vekâlet Sözleşmesi" hükümlerinin uygulanması hukukumuzda genel kabul gören, öğretide ve yargıda büyük çoğunlukla benimsenen bir yaklaşımdır.

Vekil sıfatıyla hareket eden hekimin tıbbi müdahaleden dolayı hukuki ve cezai sorumluluğunun doğması "Tıbbi Uygulama Hatası" diğer bir deyişle "Malpraktis" durumunda ortaya çıkmaktadır. Malpraktis tıp biliminin teorik ve uygulamalı alanında tıbbi standartlara ve hekimlik standartlarına aykırı bir biçimde ihmali veya kasıtlı bir şekilde gerekli dikkat ve özenin gösterilmemesi suretiyle ihmal edilmesidir. Amerika'da her yıl 250.000 kişi malpraktis sonucu yaşamını kaybetmektedir. Yapılan tıbbi hataların sebepleri ise, hatalı teşhis, geciken tanı ve tedavi, zorunlu testlerin yapılmaması, ameliyat uygulamasında hata, yanlış ilaç tedavisi, hatalı tedavidir, hastayı aydınlatmama, hastalık öyküsünü almama gibi nedenlerdir.

Ülkemizde malpraktisten yılda kaç kişinin zarar gördüğüne ilişkin bilimsel veri yoktur. Bunun başlıca nedenleri yapılan tıbbi hataların hastaneler tarafından rapor edilmemesidir. Yapılan her hatanın eşsiz bir hazine olduğu ve hatanın rapor edilmesinin benzer hataların oluşmadan önleneceği Geçerlik kalitede çağdaş bir yaklaşımdır. Buna rağmen ülkemizde yapılan tıbbi hataların çoğu dava edilir endişesiyle hastadan veya yakınlarından hekim tarafından saklanmakta, hastane yönetimiyle paylaşılmamakta, paylaşılanlar ise bakanlığa bildirilmemektedir.

Son yıllarda Dünya'da ve ülkemizde hekimler aleyhine "Hatalı Tıbbi Müdahale" iddiasıyla açılan davalar nedeniyle hekimler de hastasıyla kurduğu tedavi ilişkisinde yeni davranış modelleri geliştirmiştir. "Defansif Tıp" denilen bu davranış ve tutum modeli özetle, hekimin malpraktise ilişkin kendisini dava tehdidine karşı korumak için tanı ve tedaviye yönelik tıbbi işlemleri gereksiz yere arttırmış ve malpraktis davası ile sonuçlanma riski yüksek olan tıbbi müdahalelerden kaçınmak ve sorumluluk almamak için başka hekimlere veya sağlık merkezlerine yönlendirmeye başlamıştır. Bu davranış modellerinin iyice anlaşılıp analiz edilmesi, hekimlerin kaygılarını giderici önlemler alınması sunulan sağlık hizmetinin kalitesini de olumlu etkileyeceği düşünülmektedir. Çünkü hekimlerin bu endişeleri nedeniyle oluşturdukları tutum öncelikle hastaya zarar vermekte devamında sağlık harcamalarını arttırmakta, kaynakların israf edilmesine sebep olmaktadır.

Yaşam hakkının en kutsal hak olduğu ve hastaya "öncelikle zarar verme" genel prensibiyle bakıldığı sağlık camiası ve hekimler malpraktise karşı önlem alma noktasında TUTUCU bir eğilim göstermekte ve bu ciddi sorunla yüzleşmekten kaçınmaktadır. İlerleyen tıp teknolojisiyle birlikte hekimler yüksek riskli tıbbi müdahaleleri gerçekleşmekte ve hastalar hekimlerden daha fazla itina ve özen beklemektedirler. Hasta hakları olarak kabul gören bu beklentiler diğer taraftan hekimlerin yükümlülüğüdür. Ancak hekimler kanuni yükümlülüklerine ilişkin yeterli düzeyde eğitimi ne lisans ne de uzmanlık eğitiminde almamaktadırlar. Mezun olduktan sonra da meslek birlikleri veya çalıştıkları kurum bu eksikliği giderme noktasında bir çalışma yapmamaktadır.

Yapılan alan çalışmasında 255 hekimden elde edilen verilerden çıkan sonuçlar çarpıcı ve dikkate değerdir. Demografik dağılım olarak; ankete katılanların % 56,5'i erkek, % 43,5'i kadın olup cinsiyet dağılımı birbirine yakındır. Ankete katılanların ortalama yaşı 34'tür. Medeni durumda dağılım, % 55,7 evli, % 44,3'ü bekârdır. Medeni durumda da dağılım birbirine yakındır. Hekimlerin mesleki olarak deneyim süresi ortalama 10 yıldır. Ankete katılan hekimlerin 26 farklı Tıp Fakültesinde eğitim aldıkları görülmüştür. Görev ünvanı dağılımında ise % 43'ü pratisyen hekim, % 60'a yakını uzman hekimdir. Sonuç olarak ankete katılanların yaş ortalaması genç, mesleki deneyimi yaklaşık 10 yıl ve cinsiyet ve medeni durum dağılımı birbirine yakın; 26 farklı Tıp Fakültesinde eğitim almış, uzman hekim sayısı pratisyen hekimden daha fazladır. Uzman hekimlerin % 50'si dâhili bilimler, % 38'e yakını cerrahi bilimlerdir. Ankete katılanların % 16,5'i mesleklerinden kaynaklanan bir ceza soruşturması geçirmişler ancak hiç biri hastaya veya yakınına tazminat ödemek durumunda kalmamıştır.

Anket çalışmasında hekimlere hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin farkındalık düzeylerini 1'den 5'e (5 en yüksek, 1 en düşük olacak şekilde) kadar belirlemeleri istenmiştir. Hekimlerin % 33'ü farkındalık düzeyini 1 ve 2 olarak belirleyerek farkındalık düzeylerini yetersiz olarak değerlendirirken, % 67'si ise farkındalık düzeylerini 3 ve üzerinde değerlendirerek farkındalık düzeylerini yeterli olduğunu belirtmişlerdir. Yani her 3 hekimden 2'si farkındalık düzeyini yeterli düzeyde görmektedir. Bu noktada farkındalık düzeylerini yeterli olduğuna inanan hekimlerin % 50'si hukuki ve cezai sorumluluklarını kendilerine öğretecek herhangi bir eğitim almamışlardır.

Eğitim almadıkları halde farkındalık düzeylerini yeterli düzeyde değerlendirenleri, kontrol sorularıyla kontrol edildiğinde, farkındalık düzeyini 3 ve üzeri düzeyde değerlendirenlerin farkındalık düzeyinin yeterli olmadığı görülmüş, hatta birçoğunun hukuka aykırı tutum sergileyebilecekleri ve suç işleyebilecekleri görülmüştür.

Çalışmanın dikkate değer sonuçlarından biri de hekimlerin hangi kanunla yargılanacaklarına ilişkin bilgi düzeylerini ölçmeyi amaçlayan soruya, farkındalık düzeylerini yeterli gören hekimlerin % 61'inin hatalı cevap vermesi olmuştur.

Ancak hekimlerin hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin eğitim almadan kendilerini yeterli düzeyde bilgili olduğunu düşünmeleri anket çalışmasından elde edilen en önemli sonuçtur. Hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin eğitim almadıklarını belirtmelerine rağmen farkındalık düzeylerini yeterli görmelerinin ardında yatan psikoloji durum aşırı özgüven olarak değerlendirilmiştir.

Hekimlere, yapılan hatalı tıbbi müdahalelerin en temel nedeni sorulduğunda bu soruya çoğunluğun yanıtı çok sayıda hasta bakımı olmuştur. Hekimlere göre yapılan tıbbi hatanın temel nedeninin, sağlık sistemi olarak görülmesi hatanın kaynağının kendi dışlarından kaynaklanan bir nedenle izahı hekimlerin savunmacı bir tutum içinde olduklarını düşündürmektedir.

Farkındalık düzeyi ne olursa olsun hekimlerin büyük çoğunluğu (yaklaşık % 65'i) hatalı tıbbi müdahaleden dolayı hekimin hastasına sunduğu sağlık hizmetinin kalitesine olumsuz etki edeceğini düşünmektedir. Farkındalık düzeyleri ne olursa olsun hekimlerin bu konuya ilişkin değerlendirmesini aynıdır.

Hekimlerin yapılan hatalı tıbbi müdahaleden sonraki tutumları ise çoğunlukla tıp etik kurallarına aykırı olduğu saptanmıştır. Hekimlerin hatalı tıbbi müdahale sonrası tutumlarının ne olduğuna ilişkin etik değerlerini ölçmeyi amaçlayan bir soruda Türkiye'de yapılan tıbbi hatalarının ne kadarının hasta ve yakınıyla paylaşıldığına dair kanaat edinilmeye çalışılmıştır. Farkındalık düzeyinin yeterli olduğunu belirtenlerden %14,1'i ve farkındalık düzeyini yetersiz olduğunu belirtenlerden % 1,5'i yapılan hatlı tıbbi müdahaleyi hasta veya yakınıyla paylaşılması gerektiğini belirtmiştir. Bu noktada farkındalık düzeyini yeterli görenler görmeyenlere oranla daha etik bir tutum sergilemektedir. Sonuç olarak hekimlerin sadece % 16'sı yapılan tıbbi hatayı hastasıyla veya yakınlarıyla paylaşmakta diğerleri ise çalıştığı kurumla veya meslektaşlarıyla paylaşma eğilimindedir.

Bir başka araştırma sorusunda hekimlerin tıbbi müdahale hatasını hastasıyla paylaşması durumunun hastasının tutumunun ne olacağı öğrenilmeye çalışılmıştır. Hekimlerin neredeyse % 50'si, tıbbi hatayı öğrenen hastanın dava açma eğiliminin artacağını düşünmektedirler.

Hekimler aleyhlerine dava açılma ihtimalinin ise verilen sağlık hizmetinin kalitesini olumsuz yönde etkileyeceğini düşünenlerin oranı % 64'tür. Tüm bu veriler birlikte değerlendirildiğinde hekimler hatalı tıbbi müdahaleyi genel olarak hastasıyla veya yakınıyla paylaşmamakta bunun da sebebinin hastanın veya yakının hatalıyı tıbbi müdahaleyi öğrendiğinde dava açma eğiliminin artacağını düşünmesi olarak değerlendirilebilinir.

Hatalı tıbbi müdahaleye ilişkin açılan davaları çoğunlukla haksız olarak açıldığını düşünen hekimlerin oranı % 35'tir. Zaman zaman haksız açıldığını düşünenlerin oranıyla birlikte % 80'dir. Bu veriden hareketle hekimlerin çoğunluğu zarar gören hastaların zarar gördüğü iddiasının haklı olduğunu düşünmediğini çıkarabilir.

Hekimlerin bu tutucu ve savunmacı davranışlarının altında yatan "dava edilme" endişesini gidermek hem hekimin sunduğu sağlık hizmetinin kalitesini arttıracak hem de hasta memnuniyeti yükselecektir. Ülke ekonomisine sağlayacağı fayda ise tartışmasızdır. Bunun için öncelikle zaman zaman kamuoyunda tartışılan Malpraktis Yasa Teklifi yasalaştırılmalıdır. Hekimlerin tıbbi müdahaleye ilişkin kanuni sorumluluklarının tamamı bir yasada toplanmalıdır. Ayrıca malpraktis davalarına ilişkin ihtisas mahkemeleri oluşturulmalı ve bu konuda uzman hâkimlerin bu davaya bakması sağlanmalıdır. Hekimlerin ihtiyari olarak yaptırdığı mesleki sorumluluk sigortası, zorunlu hale getirilmelidir. Zorunlu meslek sigortasının hekimlere sağlayacağı en temel fayda yargıyla hekimi yüz yüze gelmemesini sağlamasıdır. Zorunlu meslek sigortası ile sigorta şirketleri hekime uzmanlaşmış hukukçu desteği sağlayarak hekim aleyhine açılmış hukuk ve ceza davalarında hekimi temsil edecek ve gerektiğinde tazminatları sigorta kapsamında ödeyecektir.

Diğer taraftan yapılan tıbbi hataların Sağlık Bakanlığına rapor edilmesi yönünde bakanlık nezdinde politikalar oluşturulmalıdır. Yapılan tıbbi hataların nedenleri çok yönlü analiz edilmeli ve hataların önlenmesi için elde edilen sonuçlar kamu ve özel hastanelerle paylaşılmalıdır. Bu konuya ilişkin oluşturulan veriler üniversitelerle ve tıp fakülteleriyle, tabip odalarıyla da paylaşılmalıdır.

Ayrıca hekim adaylarına lisans eğitimi döneminde hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin temel eğitim verilmeli, uzmanlık eğitiminde ise uzmanlık alanına yönelik daha özellikli eğitime devam edilmelidir. Mezuniyet sonrası mevzuattaki yeniliklerden meslek birlikleri ve çalıştıkları kurumlar tarafından hekimler bilgilendirmelidir.

Sonuç olarak yapılan çalışmayı özetlersek, Ankara ilinde özel hastanede çalışan hekimler tıbbi müdahale ve tedavide malpraktisten doğan hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin yeterli düzeyde eğitim almadıklarını belirtmiş olmalarına rağmen çoğu hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin farkındalık düzeylerini yeterli düzeyde gördüklerini belirtmişlerdir. Ancak kontrol sorularında hukuki ve cezai sorumluluklarını bildiğini belirten hekimlerin aslında yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadıkları görülmüştür. Hekimler yapılan hatalı tıbbi uygulamalarını hastasından saklama eğilimi içinde olup, hastasıyla paylaştığı takdirde hastanın dava açma eğiliminin artacağını düşündüğünü belirtmişlerdir. Açılan davaların haksız açıldığını ve dava açma endişesinin sağlık hizmetlerinin kalitesini azaltacağını belirtmişlerdir.

KAYNAKÇA

AKINCI, Ş. (1996). **Türk Özel Hukuku'nda İnsan Kökenli Biyolojik Madde (Organ-Doku) Nakli Kavramı ve Bundan Doğan Hukuki Sonuçlar**, Ankara.

ARTUK, M.E. (2008). "Hekimler Açısından Görevi Kötüye Kullanma Suçu, Tıp Ceza Hukuku'nun Güncel Sorunları", **V. Türk Alman Tıp Hukuku Sempozyumu**, 28 Şubat–1 Mart 2008, Ankara.

AŞÇIĞLU, Ç. (1993). **Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar**, Ankara.

ATEŞ, T.(2007). **Hekimlerin Cezai ve Hukuki Sorumlulukları**, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.

AVCI, H. (2005). **Malpraktis, Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu**", 2. Baskı.

AYAN, M. (1991). **Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk**, Ankara.

BAŞPINAR, V. (2005). **Hekimin, Avukatın, Mimarın, Bankanın Özen Borcundan Doğan Sorunluluğu**, Ankara

BAŞPINAR, V. (2007). **Sağlık Hukuku Sempozyumu**, Ankara.

BAYRAKTAR, K. (1972). **Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu**, İstanbul.

BAYRAKTAR, K. (1972). **Hekimin Tedavi Nedeniyle Sorumluluğu**, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları

BİLGEN, N. (2005). "Adli Tıp Açısından Tıbbi Uygulama Hataları", **HPD**, Sayı 5, Aralık 2005

BÜKEN, E., BÜKEN, N. Ö. (2003). **Yasal ve Etik Yönleriyle Türkiye'de Tıbbi Malpraktis, Çağdaş Tıp Etiği**, (Ed: DEMİRHAN ERDEMİR, A. – ÖNCEL, Ö. – AKSOY, Ş. İstanbul.

ÇAKMUT YENERER, Ö. (2003). **Tıbbi Müdahaleye Rızanın Ceza Hukuku Açsından İncelenmesi**, İstanbul.

ÇİLİNGİROĞLU, C. (1993). **Tıbbi Müdahaleye Rıza**, İstanbul.

DEMİR, M. (2010). "**Tıbbi Organizasyon Kusuru Açısından Hastanelerin Hukuksal Sorumluluğu,** Ankara.

DERYAL, Y. (2006). **"S**ağlıkta Hukuki Sorumluluklar ve Yeni Türk Ceza Kanunu", **Sağlık Hakkı**, sayı 1, Nisan 2006.

DÖNMEZER, S. (1995). **Kişilere ve Mala Karşı Cürümler**, İstanbul: Beta Basım.

DURDU, H. (1986). **Sağlık Mesleğinde Hukuki Sorumluluk,** Cilt: I, İzmir: Adalet Yayınları.

ER, Ü. (2008). **Sağlık Hukuku**, Ankara.

ERMAN, B. (2003). **Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu**, Ankara.

ERMAN, S. (1999). **Nazari ve Tatbiki Ceza Hukuku**, Genel Kısım, C II. İstanbul.

GÜNDAY, R. (2009). **Tıbbi Müdahale ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki Sorumluluk,** Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

HAKERİ, H. "Hasta Hakları Bakımından Yeni Türk Ceza Kanunu", **Sağlık Hakkı**, Sayı 1, Nisan 2006, s. 38.

HAKERİ, H. (2007). **Roche Sağlık Hukuku Günleri Tebliğler 1**, İstanbul.

HAKERİ, H.(2007). "Tıp Hukukunun Temel Kavramları", **Roche Sağlık Hukuku Günleri 1**. İstanbul.

HANCI, İ. H. (2005). **Malpraktis**, Seçkin Yayınevi.

HANCI, İ.H. (2006). **Malpraktis, Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu,** Ankara.

HATIRNAZ, G. (2007). **Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu ve Hasta Hakları**", Ankara.

"İnvitro Fertilizasyon ve Embriyo Transferi Merkezleri Yönetmeliği" RG 21.08.1987–19551.

KAYIHAN, İ. (1967). **Ceza Hukukunda Taksirden Doğan Sübjektif Sorumluluk**, İstanbul.

KOCA, M. (2007). **Sağlık Hukuku Sempozyumu**, Ankara: Yetkin Yayınları.

Manzur İbni, Lisanul-Arab, Darul- Maarif, Kahire- 1990.

ÖZAY, M. (2006). **Estetik Amaçlı Tıbbi Müdahalelerde Hekimin Hukuki Sorumluluğu**, Ankara.

ÖZGENÇ, İ. (2005). **Türk Ceza Kanunu Gazi Şerhi (Genel Hükümler)**, Ankara.

ÖZGENÇ, İ. (2006). **Türk Ceza Kanunu Şerhi Genel Hükümler**, Adalet Bakanlığı Eğitim Dairesi Başkanlığı, Ankara.

ÖZGÖNÜL, M. L. (2010). **Türkiye'de Tıp Etiği ve Hukuk Açısından Tıbbi Hata Kavramı**, Doktora Tezi, Ankara.

ÖZKAN, H. – AKYILDIZ, S. (2008). **Açıklamalı İçtihatlı Hasta –Hekim Hakları ve Davaları**, Ankara

ÖZLÜ, T. (2005). **Hasta Hakları, Hakkınız Var, Çünkü Hastasınız**, İstanbul.

ÖZSUNAY, E. (1982). **Gerçek Kişilerin Hukuki Durumu**, İstanbul.

ÖZSUNAY, E. (12–13 Mart 1982). "Alman ve Türk Hukukunda Hekimin Hastayı Aydınlatma Ödevi ve İstisnalarının Türk Hukukunda Hekimin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu", **Sorumluluk Hukukundaki Yeni Gelişmeler V. Sempozyumu**, Ankara.

ÖZTÜRKLER, C. (2006). **Hukuk Uygulamasında Tıbbi Sorumluluk, Teşhis, Tedavi ve Tıbbi Müdahaleden Doğan Tazminat Davaları**, Ankara.

PARLAR, A.- HATİPOĞLU. (2007). **5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu Yorumu**, Cilt I. Yayın Matbaacılık: Ankara.

REİSOĞLU, S. (1983). "Hekimlerin Hukuki Sorumluluğu, Sorumluluk Hukukunda Yeni Gelişmeler V Sempozyumu : "Türk Hukukunda ve Hekimin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu; Mukayeseli Hukuk Araştırma ve Uygulama Merkezi", İstanbul

SABAH, A. (2009). **Sağlık Hukukunda Dünyadaki Son Gelişmeler**, İstanbul.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun 12.01.1961 tarih ve 10705 Sayılı Resmi Gazete.

SARITAŞ, H. (2005). **Hasta Hakları Açısından Hekimin Sorumluğu**, Ankara.

SCHWARZ. (1948). **Borçlar Hukuku Dersler**, İstanbul.

REİSOĞLU, S. (1977). **Borçlar Hukuku**", Cilt I, Ankara.

SERT, G. (2004). **Hasta Hakları, Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Çerçevesinde**, İstanbul.

SOYASLAN, D. (1998). **Ceza Hukuku Genel Hükümler**, Ankara

SÜTLAŞ, M. (2000). **Hasta ve Yakını Hakları**, İstanbul: Chiviyazıları Yayınevi.

TANDOĞAN, H. (1985). **Borçlar Hukuku, Özel Borç İlişkileri**, Cilt II, Ankara.

Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 23.01.1953 Gün ve 6023 sayılı Kanuna dayanılarak 13.01.1960 Tarih ve 4/12578 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı R.G. 19.02 1960, NO: 10436

TÜRKMEN, A. (2009). **Hasta ve Hekim Hukuku**, Samsun.

ÜNVER, Y. (1968). **Ceza Hukukunda İzin Verilen Risk**, İstanbul.

Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği R.G 19.11.1996–22822. Bu Yönetmelik 11.01.1998-23227'de yayınlanan Yönetmelikle değişikliğe uğramıştır.

YAVUZ İPEKYÜZ, F. (2006). **Türk Hukukunda Hekimlik Sözleşmesi**, İstanbul.

YAVUZ, C. (1996). **Borçlar Hukuku Özel Hükümler**, İstanbul.

YENERER ÇAKMUT, Ö. (2003). **Tıbbi Müdahaleye Rızanın Ceza Hukuku Açısından İncelenmesi**, Legal Yayıncılık: İstanbul.

YENERER ÇAKMUT, Ö.(2007). **Roche Sağlık Hukuku Günleri 1**. İstanbul.

YENİDÜNYA, A.C. (2009). **Sağlık Hukuku'nda Dünyadaki Son Gelişmeler**, İstanbul.

ZEVKLİLER, A.(2004). **Borçlar Hukuku, Özel Borç İlişkileri**, Ankara: Seçkin Yayınları

ZEYTİN, Z. (2007). **Roche Sağlık Hukuku Günleri 1**, İstanbul.

5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu 25611 sayılı ve 12.10.2004 Tarihli Resmi Gazete.

6098 sayılı Borçlar Kanunu Yürürlük tarihi 01.07.2012.

5275 Sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkındaki Kanun; Kanun Numarası: 5275 Kanun Kabul Tarihi: 13.12.2004 Yayımlandığı Resmi Gazete Tarihi**: 29**.12.2004.

1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu 06.05.1930 Tarih ve 1489 Sayılı Resmi Gazete.

6023 SAYILI TÜRK TABİPLER BİRLİĞİ Resmi Gazete: 31.01.1953 / 8323.

1219 Sayılı TABABET VE ŞAUBATI SANATLARININ TARZI İCRASINA DAİR KANUN Resmi Gazete Tarihi: 14.04.1928

ANKET FORMU

"Özel Hastanelerde Çalışan Hekimlerin Tıbbi Müdahale ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluklarına İlişkin Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi"

Sayın Anketör;

Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Program tezine veri toplamak için tasarlanan bu çalışmanın amacı; özel hastanede çalışan hekimlerin, tıbbi müdahale ve tedavi esnasında Malpraktisten dolayı hastaya verilen maddi ve manevi zarara ilişkin hukuki ve cezai sorumluluğunun ne düzeyde farkında olduğunun saptanmasıdır.

Bu çalışmada siz hekimlerin görüşleri ve katkıları araştırmamız için çok önemlidir. Ankette Malpraktis, Tıbbi Hata, Hukuki ve Cezai Sorumluluk kavramlarına ve demografik bilgilerinize ilişkin sorular bulunmaktadır. Araştırmanın objektifliği için ankete isim yazmamanız rica olunur. İlgi ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Ayşegül KARACA DEDEOĞLU aysegulkaraca@ hotmail.com

1- Cinsiyetiniz : 1- Kadın 2- Erkek

2- Yaşınız : ( )

3- Medeni Durumunuz : 1- Evli 2- Bekâr

4- Kaç Yıllık Hekimsiniz : ( )

5- Mezun Olduğunuz Üniversite (Lütfen Belirtiniz)……

6- Görev Unvanınız : 1- Pratisyen Hekim 2- Uzman Hekim

7- Uzmansanız Uzmanlık Dalınız:

1- Dahili Bilimler
2- Cerrahi Bilimler
3- Temel Bilimler
4- Diğer (Lütfen Belirtiniz)……..

8- Tıbbi Müdahale ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluklarına İlişkin Farkındalık Düzeyinizi 1 ile 5 arasında değerlendiriniz. (1:En Düşük Farkındalık 5: En Yüksek Farkındalık)

a- 1 b-2 c-3 d-4 e-5

9- Mesleğinize ilişkin "Hukuki ve Cezai Sorumluluklarınıza" yönelik eğitim aldınız mı?

a- Evet b-Hayır

10- Eğer eğitim aldıysanız eğitim aldığınız kaynaklar hangisidir? (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz)

1- Tıp Fakültesi Lisans Eğitimi
2- Tabipler Birliği Çalışmaları
3- Kongre, Sempozyum vb
4- Görevli Olduğum Kurumun Bünyesinde Yapılan Eğitim Çalışmaları
5- Kendi İmkânlarım
6- Diğer

11- Eğer eğitim aldıysanız aldığınız eğitim sizce yeterli miydi?

1- Evet
2- Kısmen
3- Hayır

12- Mesleğinizden kaynaklanan bir ceza soruşturması geçirdiniz mi?

1- Evet 2- Hayır

13- Yapmış olduğunuz hatalı tıbbi uygulamadan dolayı bir hastaya veya yakınına tazminat ödemeye mahkûm oldunuz mu?

1-Evet 2- Hayır

14- Tıbbi Müdahale öncesinde hastadan veya kanuni temsilcisinden hangi yöntemle onam alıyorsunuz?

1- Onam Almıyorum
2- Sözlü Onam Alıyorum
3- Kurum Tarafından Hazırlanan Belge ile Onam Alıyorum
4- Kendi Tarafımdan Hazırlanan Belge ile Onam Alıyorum

15- 18 yaşından küçük hastaya kanuni temsilcisi zorunlu müdahale için onam vermediği takdirde ve müdahale zorunlu ve acil ise tutumunuz ne olur?

1- Müdahaleye Onam Verilmediğine Dair Belge İmzalatır ve Müdahale Yapmam
2- Durumu Hastane Yönetimine Bildirir ve Onlardan gelen talimata göre işlem yaparım
3- Müdahale Ederim
4- Adli Makamlardan Ailenin Yerine Onam Alır ve Müdahalemi de Yaparım

16- İntihara teşebbüs eden bilinci kapalı bir hasta gelse ve üzerinden el yazısıyla yazılmış kendisine müdahale edilmemesi yönünde not çıksa tutumunuz ne olur?

1- Müdahale Etmem
2- Müdahale Ederim
3- Durumu Hastane Yönetimine Bildirir Oradan çıkacak Karara Göre hareket ederim.

17- Acil bir hasta gelse ve bilinci açıkken müdahaleye onam vermese ve vermediğine dair imzasını alsanız ve daha sonra bilinci kapansa tutumunuz ne olur?

1- Müdahale Etmem
2- Müdahale Ederim
3- Durumu Hastane Yönetimine Bildirir Oradan Çıkacak Karara Göre Hareket Ederim.

18- ŞÜPHELİ veya SANIĞIN genital muayenesinin yapılabilmesi için sizce hangi yasal belgelerin olması yeterlidir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

1- Şüpheli veya sanığın yazılı onamı
2- Cumhuriyet Savcısının Yazılı Talimatı
3- Polis veya Jandarmanın Talep formunun
4- Mahkeme Kararının
5- Fikrim Yok

19- Ekonomik durumu zayıf olan bir hastanıza SGK 'nın ödemeyeceği bir ilacı yazmanız gerekli bu durumda nasıl bir tutum sergilersiniz?

1- SGK'nın Ödeyip Ödemeyeceğine Bakmaksızın O İlacı Yazarım
2-O İlacı Yazmam Ama Ona Muadil Daha Az Etkili Bir İlaç Yazarım
3-Başka Bir Hastalık Teşhisi Gösterir O İlacı Mutlaka Yazarım
4- Sağlık Bakanlığına Durumu Bildirir Müracaatta Bulunurum

20- Tıbbi hata veya Malpraktise ilişkin yasal düzenleme hangi kanundadır?

1- Malpraktis Kanunu
2- Türk Ceza Kanunu
3- Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun
4- Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi
5- Fikrim Yok

21- Tıbbi müdahale hataları ile ilgili davaların haksız yere açıldığını düşünüyor musunuz?

1- Genellikle Haksız Yere Açılmaktadır
2- Genellikle Haksız Yere Açılmaz
3- Zaman Zaman Haksız Yere Açılmaktadır
4-Fikrim Yok

22- Genel olarak sizce Türkiye'de tıbbi müdahale hatalarının en sık nedeni nedir?

1- Yetersiz Tıp Eğitimi
2- Çok Sayıda Hasta Bakımı
3- Yetersiz Teknoloji Kullanımı
4- Hekimlerin Mesleki ve Kişisel Yetersizlikleri
5- Hastaların Tutum ve Davranışları

23- Hatalı tıbbi müdahaleye ilişkin dava açılması veya dava açılma olasılığı hekimin hastasına sunduğu sağlık hizmetinin kalitesine sizce etki eder mi?

1- Olumsuz Etki Eder
2- Olumlu Etki Eder
3- Hiçbir Etkisi Olmaz
4- Diğer(Lütfen belirtiniz)……

24- Hekim kendisinin ya da başka bir sağlık çalışanının tıbbi müdahale veya teşhis sonucunda oluşan tıbbi hatayı en çok;

1- Hastane Yönetimiyle Paylaşmalıdır
2- Meslektaşlarıyla Paylaşmalıdır
3- Hastasıyla veya Yakınlarıyla Paylaşmalıdır
4- Bölüm Sorumlusuyla Paylaşmalıdır
5- Kimseye Bir şey Söylememelidir
6- Diğer (Lütfen belirtiniz)…..

25- Hekim yaşanan Tıbbi Müdahale Hatasını hastasıyla paylaşırsa;

1- Hastanın Dava Açma Eğilim Artar
2- Hastanın Dava Açma Eğilim Azalır
3- Hiçbir Değişiklik Olmaz
4- Fikrim Yok

ÖZET

Bu çalışmada özel hastanede çalışan hekimlerin tıbbi müdahale ve tedavide malpraktisten doğan hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin farkındalık düzeyleri incelenmiştir. Hekimlerin hukuki ve cezai sorumluluklarının farkındalığının yüksek düzeyde olması ve tıbbi müdahaleyi hukuka uygun bir şekilde gerçekleştirmeleri hasta haklarının gelişmesi açısından önemlidir. Hastanın, modern tıbbın standartlarına uygun bir şekilde, kendisine yapılan her türlü tıbbi müdahale konusunda aydınlatılması ve rızasının alınması tıbbi müdahaleyi hukuka uygun hale getireceği gibi, hastanın kendi geleceğini belirleme hakkını elinde tutması da onurlu ve haysiyetli bir yaşam hakkının gereğidir.

Hekimlerin hukuki ve cezai sorumluluklarının farkındalığının yüksek olması ve hukuka uygun tıbbi müdahale ve tedavi gerçekleştirmesinin özel hastanede çalışan hekimlere sağlayacağı en temel fayda, hekimlerin malpraktisten dolayı zarar görecek hastaya ve yakınlarına yüksek miktarda tazminat ödemek zorunda kalmamaları ve haklarında ceza kararı çıkmamasıdır. Diğer taraftan hekimlerin hukuki ve cezai sorumluluklarının farkındalığının yüksek düzeyde olmasının, hekimlerin yargılanma endişesini azaltacağı ve defansif tıp denilen davranış şeklinin yaratacağı her türlü zararı da bertaraf edeceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada literatür ve mevzuat araştırması yapılmış, araştırmanın uygulama kısmında ise Ankara ilinde sağlık hizmeti veren 5 özel hastanede çalışan 255 hekime anket uygulanmış ve tıbbi müdahale ve tedaviden kaynaklanan malpraktisin doğurduğu hukuki ve cezai sorumluluklara ilişkin hekimlerin farkındalık düzeyleri incelenmiştir.

Anket çalışmasında özel hastanede çalışan hekimlerin hukuki ve cezai sorumluluğuna ilişkin eğitim alıp almadıklarını, eğitim alanların eğitimi yeterli bulup bulmadığını ve bu bağlamda hukuki ve cezai sorumluluklarının ne düzeyde farkında olduklarını kendilerinin belirlemeleri istenmiştir. Kontrol soruları ile belirledikleri farkındalık düzeyinin hukuka uygunluğu ölçülmüştür.

Yapılan ankette elde edilen bulgularda, özel hastanede çalışan hekimlerin büyük çoğunluğunun hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin yeterli eğitim almadıkları, eğitim alanların büyük çoğunluğunun aldıkları eğitimi yetersiz gördükleri saptanmış; ancak eğitim almadıklarını veya aldıkları eğitimi yetersiz gördüklerini belirten hekimlerin hukuki ve cezai sorumluluklarına ilişkin farkındalık düzeylerinin yeterli olduğunu değerlendirdikleri görülmüştür. Yeterlilik düzeylerini kontrol eden sorulara verdikleri cevaplar incelendiğinde ise, özel hastanede çalışan hekimlerin, her ne kadar kendilerini yeterli düzeyde bilgili ve eğitimli olarak değerlendirseler de, hukuki ve cezai sorumlulukları konusunda aslında yeterli derecede bilgili ve eğitimli olmadıkları saptanmıştır.

Uygulanan ankette hekimlerin tıbbi müdahale ve tedaviden doğan malpraktis karşısındaki tutum ve davranışlarının, genellikle, yapılan tıbbi hatayı hasta veya yakınlarından saklamak olduğu görülmüştür. Yapılan tıbbi hatayı saklamanın en temel nedeni ise hastaların tıbbi hatayı öğrendiğinde hekimler aleyhine dava açma eğilimin artacağını düşünmeleridir. Hekimler, çoğunlukla açılan davaların haksız yere açıldığını ve motivasyonlarını düşürdüğünü, aleyhlerine dava açılma endişesinin sunulan sağlık hizmetinin kalitesini azalttığını belirtmişlerdir. Hekimlere göre tıbbi müdahale ve tedaviden doğan malpraktisin en temel nedeni ise çok sayıda hasta bakımıdır.

Yapılan çalışmanın sonuç ve önerilerin ortaya konulduğu son bölümünde, olan kısmında hekimlerin tıbbi müdahale ve tedaviden doğan malpraktiste ilişkin hukuki ve cezai sorumluluklarının farkındalık düzeylerini nasıl arttırabileceklerini ve malpraktisi en aza indirecek öneri ve çözüm yolları tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler:

1. Tıbbi Müdahale,

2. Malpraktis,

3. Hekimlerin Hukuki Sorumluluğu,

4. Hekimlerin Cezai Sorumluluğu

5. Hekimlerin Farkındalığı

ABSTRACT

In this study, private hospital physicians' awareness levels on civil and criminal liability arising from medical interventions and malpractice are analyzed. For the development of patient rights, physicians need to have high levels of awareness regarding their civil and criminal liabilities and they need to provide justifiable medical interventions. Informing the patient on each and every medical treatment and taking his/her consent in accordance with modern medical standards , would not only legalize these treatments and medical intervention, but it is also a requirement of one's right to determine his/her own future as well as a necessity for right to life with honour and pride.

The major advantage of having high levels of legal and criminal liability awareness and providing justifiable medical interventions for physicians working at private hospitals is vital for avoiding criminal sentences as well as high amounts of compensation to patients and their relatives resulted from medical malpractice. On the other hand, it is argued that, higher levels of awareness shall decrease physicians' court trial anxiety and eliminate all damages that may result from "defensive medicine" practices.

Within this study, a thorough literature review and a research on existing legislation was initially carried out. For data collection, a survey involving 255 physicians working in 5 different private hospitals in Ankara was conducted. Civil and criminal liability awareness levels of participants related to medical interventions and malpractice were asked in the survey instrument.

In the survey, physicians were asked (a) whether they received trainings regarding legal and criminal liability, (b) if so, whether the trainings were sufficient enough. Then, the physicians were asked to make a self-assessment on their own awarenes levels regarding legal and criminal liability. Their awareness levels' compliance with the existing laws was measured with control questions.

According to the findings of the survey, it has been determined that the majority of the participants had not received adequate training regarding civil and criminal liability. In addition, most of the trained physicians thought that the trainings they attended were insufficient. However, although the subjects thought that training was not informative enough, they considered their own legal and criminal liability awareness levels as sufficient. On the contrary, the analysis of the control questions used to evaluate sufficiency of the participants indicated that they did not have adequate knowledge on their liabilities in case of a medical malpractice.

The survey revealed that physicians, when they commit a medical malpractice generally conceal the medical errors from patients and their relatives. The basic reason for this concealment is the physicians' contemplation that recognition of the malpractice could yield to an increased risk for a lawsuit. Physicians reported that lawsuits demotivate them and for most of these cases they were accused unjustly. In addition to this, physicians believe that the fear of being sued reduces the quality of the overall healthcare services. According to the physicians, root cause of medical malpractices is related to heavy workloads, namely to the pressure to take care of too many patients in a limited time period.

In the last part of the study, suggestions regarding how to improve awareness levels of physicians on medical malpractice-related legal and criminal liability and how to decrease the number of malpractice cases are discussed.

Key words:

1. Medical Intervention

2. Malpractice

3. Civil Liability of Physicians,

4. Criminal Liability of Physicians,

5. Awareness of Physicians