T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS BİTİRME TEZİ

HEKİMLERİN ZORUNLU MALİ SORUMLULUK SİGORTASINA İLİŞKİN FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ: DENİZLİ İLİNDE BİR UYGULAMA

Gülizar CANFES

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Nezih VAROL

İSTANBUL, 2016

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEKİMLERİN ZORUNLU MALİ SORUMLULUK SİGORTASINA İLİŞKİN FARKINDALIK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ: DENİZLİ İLİNDE BİR UYGULAMA

Gülizar CANFES
122009553

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Nezih VAROL

İSTANBUL, 2016

TEZ ONAYI

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

YÜKSEK LİSANS
TEZ ONAYI

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı	: Gülizar Canfes	Öğrenci No	: 122009553
Anabilim/Bilim Dalı	: Sağlık Yönetimi	Tez Savunma Tarihi	: 14.01.2016
Danışman	: Yrd. Doç. Dr. Nezih Varol	Tez Savunma Saati	:10.00

Tez Konusu : *"Hekimlerin Zorunlu Mesleki Sorumluluk Sigortasına İlişkin Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi: Denizli İlinde Bir Uygulama"*

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin **33.Maddesi** uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULÜ 'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
Yrd. Doç. Dr. Nezih Varol		KABUL
Yrd. Doç. Dr. Yıldırım Gülhan		KABUL
Yrd. Doç. Dr. Onur Yarar		Kabul

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
Yrd. Doç. Dr. Erdinç Ünal		

ÖZET

Bu çalışmamızda hekimlerin zorunlu mali sorumluluk sigortasına bakışlarını öğrenebilmek, farkındalıklarını ortaya koyarak yapılabilecek değişikliklere karşın sağlık yönetimi adına alınabilecek tedbirleri ön plana çıkartmak, gerçekleştirilen araştırmanın bulguları ve bu bulgular üzerinden yapılan bu araştırma kapsamında tıbbi uygulama hataları, tıbbi bakım ve tedavi sırasında görülen ve hekimin hatası olmayan durumlarda hekimlerin hukuki sorumluluklarına dair bilgilendirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırma Denizli ili, merkez ilçedeki bir Kamu Hastanesinde 2014 yılı Temmuz-Eylül ayları arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırma evrenini oluşturan örneklem büyüklüğü ise Denizli ilinde bir kamu hastanesinde araştırmaya katılmayı kabul eden 276 hekim çalışana uygulanmıştır. Araştırma sonunda evrenin % 73'üne ulaşılmıştır. Araştırmanın amacına uygun olarak araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Anket formlarında demografik özelliklerin yanı sıra kişisel bilgilere, sigorta yaptırma nedenlerine ve sigorta yaptırmama nedenlerine ait maddeler yer almaktadır. Ayrıca ankette Hekimlerin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasına ait farkındalıklarını ortaya koyacak şartlar ile hekim önerilerine yer verilmiştir. Veriler bilgisayarda SPSS programında oluşturulacak veri tabanına yüklenerek frekans ki-kare gibi önemlilik testler uygulanmıştır.

Araştırmamızın neticesinde 2010 yılından sonra mali sorumluluk sigortasının zorunlu olmasına rağmen %10 hekimin halen sigorta yaptırmadığı görülmüştür. Hekimler arasında yapılan anket çalışmamızdan elde edilen bilgilere göre ankete katılan sadece 2 kişi sigortasından hasar ödemesi yapıldığını, 7 kişi ise Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası kapsamına girmeyen bir nedenden dolayı dava ile karşı karşıya kaldığını ifade etmiştir. Sigorta şirketleri tarafından hekimlerin düzenli bilgilendirilmesi konu hakkındaki farkındalığın artmasına ve yaşanacak olası sorunların azalmasını sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Hekim, Hekimin sorumluluğu, Mali sorumluluk sigortası, Zorunlu mali sorumluluk sigortası.

ABSTRACT

DETERMİNİNG THE AWARENESS LEVEL OF MEDİCAL DOCTORS ON COMPULSORY LİABİLİTY İNSURANCE

Our aim in this study is to find out medical doctors' point of view on compulsory liability insurance; to highlight the precautions that can be taken related to health administration by raising these doctors' awareness on the possible changes. Also, the study, in the light of the findings, aims to inform medical doctors about their civil liabilities in the cases of medical malpractices during medical care and treatment, which stem from some factors other than the doctor himself.

The study was conducted in a state hospital in the center of Denizli between July and September in 2014. The sample of the study consisted of 276 medical doctors working in a state hospital in Denizli who accepted to participate in the study. At the end of the study, 73 % of the population were reached. A questionnaire form designed by the researcher according to the aims of the study is used. In the questionnaire form, as well as the demographic information, there existed items related to the reasons to and not to take out an insurance policy. In addition, items revealing medical doctors' awareness on compulsory liability insurance and suggestions by doctors were included. The findings were analyzed using SPSS program through significance tests such as frequency, chi-square.

As a result of our study, although liability insurance has been compulsory since 2010, it is seen that 10% of the medical doctors have not still taken out an insurance policy. According to results of the questionnaire applied to the medical doctors, only 2 doctors reported that they were paid for their claim payment by their insurance company while 7 people had to go to court because of a reason that is not included in the insurance coverage. Informing medical doctors regularly by insurance companies will enable them to raise awareness and so the probable problems will decrease.

Keywords: Medical Doctor, Medical Doctors' Responsibilities, Liability insurance, Compulsory Liability insurance.

ÖNSÖZ

‘Hekimlerin, zorunlu mali sorumluluk sigortasına ilişkin farkındalık düzeylerinin belirlenmesi: Denizli ilinde bir uygulama’ konulu yüksek lisans tezimin hazırlanması sırasında beni destekleyen, yol gösteren danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Nezih VAROL’a teşekkürü bir borç bilirim.

Yoğun işleri arasında zaman ayırarak beni teze motive eden görüş ve önerilerini benimle paylaşan, Yrd. Doç. Mehmet Emin ÖZGÜL’e, anket verilerinin SPSS girişlerinde ve değerlendirilmesi konusunda rehberim olan doktora öğrencisi Hande ŞENOL’a sayın hocam Yrd.Doç.Dr Andım Oben BALCE’ye teşekkürlerimi sunarım.

İyi bir eğitim almamı sağlayan ve tüm hayatım boyunca beni destekleyen annem Sultan CANFES, babam Mehmet CANFES ile araştırma sürecinde bana çok yardımcı olan ağabeyim Hikmet CANFES’e kardeşim Onur CANFES’e teşekkür ederim.

Son olarak beni daima cesaretlendiren, çalışmalarım süresince her türlü yardımı yapan doktora öğrencisi Habibe TOSUN’a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Bu tezin Türkiye’nin Batısında, doğusun da, kuzeyinde ve güneyinde; ilinde ve ilçesinde bin bir türlü özveriye imkânsızlık içinde insanımızın sağlığı ve yaşamı için çaba gösteren bütün hekimlere faydası olması ve zorunlu mali sorumluluk sigortası yaptırmaları konusunda bilinçlendirerek farkındalık yaratmak, benim için en büyük mutluluk olacaktır.

Gülizar CANFES

BEYAN

Bu çalışmamın kendi çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığım ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Gülizar CANFES

…/…/2016

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

ÖZET ……...…. ii

ABSTRACT …… iii

ÖNSÖZ …… iv

BEYAN ……. v

İÇİNDEKİLER …….. vi

TABLOLAR LİSTESİ ……... x

KISALTMALAR LİSTESİ ……..……... xiii

1.GİRİŞ 1

2. GENEL BİLGİLER..... 3

2.1. Hekim Sorumluluğu..... 3

2.1.1. Hekimin İnsan Olarak Kendisine Karşı Sorumluluğu..... 4

2.1.2. Hekimin Hastalarına Karşı Sorumluluğu..... 4

2.1.3. Hekimin Meslektaşlarına Karşı Sorumluluğu 5

2.1.4. Hekimin Topluma Karşı Olan Sorumluluğu..... 6

2.2. Hekim Sorumluluğu Ve Tıbbi Uygulama Hataları (Malpraktis)..... 6

2.2.1. Hekimin Cezai Sorumluluğu..... 10

2.2.2. Hekimin Hukuki Sorumluluğu 12

2.2.3. Hekimin İdari Sorumluluğu..... 14

2.2.4. Hekimin Mesleki Sorumluluğu..... 15

2.2.5.Tıbbi Uygulamada Hata Alanları..... 16

2.2.5.1. İletişim Eksiklikleri..... 17

2.2.5.2. Kayıt Hataları..... 18

2.2.5.3. Yetki Sınırlarının Aşılması ve Konsültasyon..... 19

2.2.5.4. Aydınlatma ve Onam 19

2.2.5.5. Tanı Hataları 21

2.2.5.6. Tedavi Hataları 22

2.2.5.7. Hatalı Karar 24

2.2.5.8. Girişim Hataları ve Teknik Hatalar 25

2.2.5.9. Terk Etme 25

2.2.5.10. Özen Eksikliği 26

2.3. Hekimler İçin Mali Sorumluluk Sigortası Ve Özellikleri 28

2.3.1.Sigortanın Konusu ve Kapsamı 33

2.3.1.1.Teminat Kapsamının Süresi 36

2.3.1.2.Limit Aşımı 37

2.3.1.3.Manevi Tazminat Talepleri ve Yargı Giderleri 38

2.3.1.4.Teminat Kapsamı Özel Şartları 39

2.3.1.5.ZMSS Tarife ve Talimatı 40

2.3.1.6. Uygulama Şekilleri 43

2.3.1.7.Sigortanın Coğrafi Sınırı 44

2.3.1.8.Teminat Dışında Kalan Haller 46

2.3.1.9.Sigortanın Başlangıcı ve Sonu 47

2.3.2.Zarar ve Tazminat 48

2.3.2.1.Rizikonun Gerçekleşmesi 49

2.3.2.2.Rizikoya İlişkin Olarak Sigorta Ettirenin ve Sigortacının Hak Borç ve Yükümlülükleri 51

2.3.2.3.Giderlerin Ödenmesi 53

2.3.2.4.Tazminata Dair Avans Verilmesi ve Tazminatın Ödenmesi . 53

2.3.2.5.Sigortalıya Yardım 54

2.3.2.6.Sigortacının Zarar Görenden Bilgi Alma Hakkı 55

2.3.2.7.Zarar Görenle İlişkide İfa Yükümlülüğü 56

2.3.2.8.Halafiyet ve Doğrudan Dava Hakkı 56

2.3.3.Çeşitli Hükümler 58

2.3.3.1.Sigorta Priminin Ödenmesi ve Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması .....…….... 58

2.3.3.2.Sigortalı ve Sigorta Ettirenin Sözleşme Yapıldığı Sırada Beyan Yükümlülüğü 59

2.3.3.3.Sözleşmenin Devamı Sırasındaki Beyan Yükümlülüğü ve Sigorta Ettirenin ve Sigortalının Durumu 60

2.3.3.4.Tebliğ, İhbarlar ve Sigorta Sözleşmesinin Son Bulması..... 61

2.3.3.5.Özel Fesih Nedenleri 62

2.3.3.6.Ticari ve Mesleki Sırların Gizli Tutulması 62

2.3.3.7.Zaman Aşımı ve Özel Şartlar..... 63

2.3.4. Diğer Ülkelerde Mali Sorumluluk Sigortası Uygulama Örnekleri ……..……..…….. 64

2.4. Danıştay'ın İptal Karar Örnekleri 66

3. GEREÇ VE YÖNTEM..... 70

3.1.Araştırmanın Amacı……...70

3.2. Araştırmanın Tipi 70

. 3.3.AraştırmanınYeri ve Zamanı……..70

3.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklemin Hesaplanması 70

3.5.Veri Toplama yöntemi..... 71

3.6.Veri Analiz Yöntemi 71

4. BULGULAR..... 734

5. TARTIŞMA..... 98

6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... 103

KAYNAKÇA..... 107

EKLER 111

Ek 1. Anket Formu 111

Ek 2. Okan Üniversitesi K.H.B. Araştırma izni 117

Ek 3. Denizli Kamu Hastaneler Birliği izin belgesi 118

Özgeçmiş 119

TABLOLAR LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1.Tıbbi Hataya Sebep Olan Faktör ……..……. 8

Tablo 2.Avrupa Birliği Ülkelerinden 25 Ülke İle Türkiye'nin İçinde Bulunduğu Aday Ülkelerde Yaşayan Vatandaşların Tıbbi Hatalar Konusundaki Görüşleri …….…... 9

Tablo 3.MSS Kapsamında Risk Grubuna Göre Prim Miktarları ……...40

Tablo 4.Basamak Esasına Göre Prim İndirimi Ve Prim Artırımı…….. 40

Tablo 5.Demografik Özellikler…….…74

Tablo6. Hekimlerin Branşlara Göre Dağılımı..…….……...75

Tablo 7. ZMSS İle İlgili Veriler……...76

Tablo 8. ZMSS'yi Yaptırma Nedenleri……..…….77

Tablo 9. ZMSS'yi Yaptırmama Nedenleri……...……. 78

Tablo 10. ZMSS İçin Önerilerin Değerlendirilmesi……..……79

Tablo 11. Ankete Katılan Hekimlerin Cinsiyetlerine Ve Yaş Ortalamalarına Göre Dağılımı……...……...…….80

Tablo 12. Ankete Katılan Hekimlerin Cinsiyet Ve Medeni Durumlarına Göre Dağılımı…….…….…..80

Tablo13.Hekimlerin Cinsiyetlerine Ve İş Tecrübelerine Göre Dağılımı ……..…….81

Tablo 14. Hekimlerin Branş Gruplarının Kurumlarında Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı…….…….…..81

Tablo15.Branş Gruplarının İş Tecrübelerine Göre Dağılımı……..82

Tablo 16. 2010' dan Önce Sigorta Yaptıranların Branşlara Göre Dağılımı……82

Tablo 17. 2010 Yılında Zorunlu Olan Mali Sorumluluk Sigortasından Önce Sigorta Yaptırmış Hekimlerin Sigortalılık Sürelerine İlişkin Bilgiler ……83

Tablo 18. 2010 Yılında Zorunlu Hale Gelen Zorunlu Olan Mali Sorumluluk Sigortasını Kesintisiz Sürdürenlerin Ve Sürdürmeyenlere İlişkin Bilgiler…….. 83

Tablo 19 Cinsiyete Göre Hekimlerin Sigorta Yaptırma Nedenleri Arasındaki Farklılık ……..…….. 84

Tablo 20. Cinsiyete Göre Hekimlerin Sigorta Yaptırmama Nedenleri …….…..85

Tablo 21.Cinsiyete Göre Hekimlerin Zorunlu Mali Sigorta İçin Verilen Öneriler Arasındaki Farklılık…….86

Tablo 22. Branş Gruplarına Göre Hekimlerin Sigorta Yaptırma Nedenleri Arasındaki Farklılık……..……87

Tablo 23. Branş Gruplarına Göre Hekimlerin Sigorta Yaptırmama Nedenleri Arasındaki Farklılık ……..……...88

Tablo 24. Risk Gruplarına Göre Hekimlerin Sigorta Yaptırma Nedenleri Arasındaki Farklılık……..……... 89

Tablo 25. Risk Gruplarına Göre Hekimlerin Sigorta Yaptırmama Nedenleri Arasındaki Farklılık……..... 91

Tablo 26. Risk Gruplarına Göre Hekimlerin Zorunlu Mali Sigorta İçin Verilen Öneriler Arasındaki Farklılık…….92

Tablo 27. Deneyim Gruplarına Göre Hekimlerin Sigorta Yaptırma Nedenleri Arasındaki Farklılık ……...93

Tablo 28. Deneyim Gruplarına Göre Hekimlerin Sigorta Yaptırmama Nedenleri Arasındaki Farklılık ……...95

Tablo 29. Deneyim Gruplarına Göre Hekimlerin Zorunlu Mali Sigorta İçin Verilen Öneriler Arasındaki Farklılık……96

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	**:**	Amerika Birleşik Devletleri
BK	**:**	Borçlar Kanunu
Ed.	**:**	Editör
Kloz	**:**	Hekim Mali Sorumluluk Sigortası Klozu
MK	**:**	Medeni Kanun
MSS	**:**	Mali Sorumluluk Sigortası
MSSGŞ	**:**	Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları
Tarife ve Talimat	**:**	Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Tarife Ve Talimatı
TCK	**:**	Türk Ceza Kanunu
TKUİZMSS	**:**	Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası
TTB	**:**	Türk Tabipler Birliği
TTK	**:**	Türk Ticaret Kanunu
YHGK.	**:**	Yargıtay Hukuk Genel Kurulu
ZMSS	**:**	Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası

1.GİRİŞ

Bir sorumluluk sigortası türü olan hekim mali sorumluluk sigortası ilk olarak ülkemizde 16-03-2006 tarihinde yürürlüğe girerek uygulanmaya başlamıştır. Bu zorunluluk sonrası gerek kamu gerekse özelde çalışan tüm hekimlerin yapmış oldukları sağlık hizmeti sunumunda hastalara karşı bir zarar meydana getirdiklerinde zararın karşılanmasını, hasarı teminat altına alınmışlar. Bu bağlamda hekimlerin zorunlu mali sorumluluk sigortasına bakışlarını öğrenebilmek, farkındalıklarını ortaya koyarak yapılabilecek değişikliklere karşın sağlık yönetimi adına alınabilecek tedbirleri ön plana çıkartmak amaçlanmıştır.

Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası, sağlık mensuplarının görevini yerine getirdiği sırada herhangi bir nedenle hastaya zarar vermesi durumunda oluşan zararın giderilmesi amacıyla mali güvence sağlamaktadır. Ülkemizde başlangıcı uzun yıllara dayanan mali sorumluluk sigortası 2010 yılına kadar hekimler tarafından çok fazla talep görmemiştir. 2010 yılında 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'a eklenen bir madde ile hekim ve diş hekimi için mali sorumluluk sigortası zorunlu hale gelmiştir (1).

Bu sigorta ile hem kamu hem de özel hastanelerde çalışan tüm hekimlerin verdikleri sağlık hizmetlerinde hastalara karşı oluşan zararın karşılanması ve meydana gelen hasar teminat altına alınmıştır. 2010 yılında bir olaya ödenen teminat 300 TL iken 2011 yılında bu miktar 400 TL olmuştur (2).

2012 yılında Ağustos ayında tebliğde sigorta ettirenin yükümlülüklerinde önemli değişiklikler olmuş, hasarın azaltılması için avans sistemi getirilmiştir. Bu değişikliklere uygun olarak sağlık kalite sistemi kendine uygun prosedürler yayınlarken hekimler mevcut değişikliklerden ancak bir dava ile karşı karşıya kaldıklarında haberdar olmuşlardır. Bilimsel araştırmalara göre, tıbbi uygulama hatalarının büyük çoğunluğu kişisel ihmalden ziyade sağlık sistemindeki problemlerden kaynaklanmaktadır(2).

Bu bağlamda:

- Hekimlerin zorunlu mali sorumluluk sigortasına bakış açılarının öğrenilmesi,
- Sağlık alanında hizmet sunan bir Kamu Hastanesinde hekimlere yönelik olarak yapılan sigortanın mevcut kullanım durumunun tespit edilmesi,

- Hekimlerin, mesleklerini icra ederlerken uymakla yükümlü oldukları hukuki sorumlulukları ve zorunlu mali sorumluluk sigortasının yarar sağlaması,
- Hukuksal problemlerin yaşanılıp yaşanılmadığına ilişkin bilgilere ulaşılması,
- Farkındalıklarını ortaya koyarak yapılabilecek değişikliklere karşın sağlık yönetimi adına alınabilecek tedbirleri ön plana çıkartılması,
- Ülkemizde hasta hakları korunması ve geliştirilmesi konusunda mevcut değişikliklerin güncel takip edilmesi,
- Bu araştırma ile hekimlerin zorunlu mali sorumluluk sigorta yaptırma oranlarının belirlenmesi,
- Sigorta yaptıranların sigortayı tercih etme nedenleri ile yaptırmayanların sigortayı tercih etmeme nedenlerinin neler olduğunun tespit edilmesi,
- Özellikle hekimlerin bu güncel bilgiler ışığında uygulama yapması beklenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

Sorumluluk kavramı, kişinin üzerine düşen görevleri yerine getirmesi ve kendine ait bir olayın başkaları üzerindeki etkilerinin sonuçlarını üstlenmesi şeklinde tanımlanabilmektedir. Sorumluluk sigortası**,** sigortalının sorumlu olduğu bir durum karşısında söz konusu masrafların üçüncü kişiler tarafından karşılandığı bir sigortadır. Başka bir deyişle kişi başkasına verebileceği zarar için oluşacak sorumluluğunu sigorta ettirmektedir. Bu sigortada risk sorumluluk kavramıdır. Sigortalı sorumluluğunu kabul etmektedir. Ancak sorumluluğun neticesinde meydana gelen zararı karşılama veya tazminat ödeme borcundan kurtulmaktadır(2).

2.1. Hekim Sorumluluğu

Hekimin tıbbi müdahale sebebiyle mesleki sorumluluğundan dolayısıyla sigortalı sıfatından bahsedebilmek için öncelikle bireyin hekim sıfatı söz konusu olmalıdır. Genel tanımıyla hekim hukuken tıp mesleğini yapma yetkisi bulunan kişi olarak tanımlanabilir. Dolayısıyla bir hekim 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile ve 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu hükümlerinde belirtilen koşulları taşımak zorundadır (3).

Tarihte tıp bugünkü halinden tamamen farklı olarak tabiatüstü güçlerle mücadele eden bir sihirbazlık şeklindedir ve din adamları tarafından yapılmaktadır. Din adamlarının hastaları iyileştirememe durumunda ya da olası bir zarar karşısında tamamen olmasa da sorumlulukları bulunmamaktadır. Tarihi belgelere göre hekimlerin insan sağlığına faydalı olduklarında takdir gördükleri ancak zarar verdiklerinde sorumlulukla karşı karşıya bırakıldıkları görülmektedir. Mezopotamya uygarlığından günümüze yazılı belgeler olarak gelen, Hammurabi Kanunları'nda "hekimin neşter ile tehlikeli bir yara açarak hastasını öldürmesi veya gözünü harap etmesi halinde iki elinin de kesileceği" belirtilmektedir. Bu belgelerden de anlaşıldığı üzere istenmeyen sonuç, sorumluluk için yeterlidir (4).

Avrupa'da ilk hekim sorumluluğu ile ilgili kararın 1390 yılında olduğu ve Marsilya'da bir cerrahın bilgisizliğinden dolayı sorumlu tutulduğu görülmektedir. 1427 yılında Paris mahkemesi yüksek dozda ilaç veren hekimi sorumlu tutmuş, 1602 yılında Bordeaux Mahkemesi, cerrahın hatasının olmadığı zararlardan sorumlu olmayacağına, 1626 yılında da bilgisizlik ve acemilik dışında hekimin sorunluluğu olmadığına

hükmetmiştir. Dönemin sonlarına doğru acemilik, beceriksizlik, bilgisizlik veya tedbirsizlik hekimin sorumluluğu dâhilinde kabul edilmiştir (5).

Başka bir açıdan özel hukukta sorumluluk, bir kimsenin hukuka aykırı bir fiille başkasına vermiş olduğu zararı tazmin etmekle yükümlü olması demektir (6). Hekim Sorumluluğu, hekimin uğraşı sırasında isteyerek ya da dikkatsizlik ve ihmal sonucu hekimlik kurallarına uymamaktan, tanı ve tedavide son ve bilimsel yöntemleri uygulamamaktan ve işindeki acemilikten dolayı verdiği zararlardan sorumlu tutulması anlamına gelmektedir (7).

> Hastalıkları önlemek, bilimsel gerekleri yerine getirmek, hastayı iyileştirmeye çalışmak, görev ve uzmanlığına bakmaksızın ilk yardımı yapmak, tıbbi görevini yeterli ölçüde çaba ile yapmak, insanları yanıltıcı, paniğe düşürücü, yanlış yönlendirici, meslektaşları arasında haksız rekabete yol açıcı davranışlarda bulunmamak, hekim sorumlulukları arasında yer almaktadır (8).

2.1.1. Hekimin İnsan Olarak Kendisine Karşı Sorumluluğu

Hastayı tedavi etmesi esnasında bir hekimin kendi sağlığını tehlikeye atması hukuk açısından önemli sayılmazken, etik açıdan çok önemlidir. Zira hekimin yalnızca bir insan olarak sahip olması gereken haklarının başında yaşama hakkı ve sağlığını sürdürebilme hakkı gelmektedir. Hekim işi gereği diğer insanlardan daha yüksek oranda bulaşıcı hastalıklara yakalanma riski taşıdığı için önemli sağlık sorunlarıyla karşılaşabilmektedir. Günümüzde hepatit ve AİDS hastalıkları hekim sağlığını ciddi boyutlarda tehdit etmektedir (7).

Hekimin hastasının tedavisinde ve yapılacak olan tıbbi operasyonda yetersiz kalması durumunda tedaviyi reddetme hakkına sahiptir. Ancak bir hekim tıp bilimini ve tıbbi gelişmeleri yakından takip etmekle mükelleftir. Hekimler bazı müdahaleleri yardımcısına bırakabilir (9).

2.1.2. Hekimin Hastalarına Karşı Sorumluluğu

Tıp biliminde kötü uygulamaya karşı hekimlerin sorumluluğunun özü sağlık haklarıdır. Sağlık haklarının başında gelen hasta hakları ilk kez 1981 yılında *'Lizbon Bildirisi'*nde ele alınmıştır. Bu bildiriye göre hasta hekimini özgürce seçme, hiçbir baskı altında kalmadan karar verebilen hekim tarafından bakılabilme, kendisine önerilen tedaviyi kabul ve reddetme, onurlu bir şekilde ölme, ruhsal ve ahlaksal teselliyi kabul ve reddetme hakkına sahiptir. Kamu ve özel hukuka göre kişilik haklarının olumlu ve

olumsuz olmak üzere iki yönü vardır. Hekimin tıp mesleğinin aradığı yetki belgesi yoksa ve hastanın onayı alınmamışsa hastaya dokunma hakkı da yoktur. Olumlu davranış yükümü ise, tıbbi açıdan görevini yapma ve yapılan işten bir gelir elde etme olanağıdır (10).

Hekimlik sözleşmesinin en önemli unsuru hastaya tıbbi müdahaledir. Tıbbi müdahale uzman hekimce, iyileştirme amacıyla hastanın izni ile yapılmalıdır. Kişilik haklarını oluşturan değerlerden sayılan kişinin vücut bütünlüğü, yaşamı ve sağlığına yapılacak her türlü müdahale tıbbi de olsa hukuka aykırıdır. Tedavi amacı taşıyan tıbbi müdahalelerin hukuka uygun sayılabilmesi için hastanın yapılacak tıbbi müdahalelerin önemi ve sonucu konusunda aydınlatılması ve onayının alınması gerekmektedir (9).

Halen yürürlükte olan hasta hakları yönetmeliğine göre hastanın izni ya da tıbbi zorunluluklar olmadan kişinin vücut bütünlüğüne dokunulması söz konusu değildir. Ayrıca kişinin sağlıklı yaşama hakkı, sağlık hizmetlerinin verilmesinde, devletin görevli olduğu ve ırk, dil, din gibi ayrıcalıklar gözetilmeksizin bu hizmeti sunmakla yükümlü olduğu belirtilmektedir (8).

Hekimler, hastaları hakkında edindikleri gizli ve özel bilgileri saklamak zorundadırlar. Zira bilgilerin ifşa edilmesi cezai ve hukuki sorumluk taşımaktadır. Bir hasta ya da yaralının başkaları tarafından bilinmesi ve duyulmasını istemediği özellikleri ve hastalıkları sır sayılmaktadır. Bu durum da toplumun ayıplamasını, tiksinmesini, hastanın ekonomik durumunu ve geleceğini etkileyen hastalıklar ile yasal olmayan kürtaj, evli olmayan kadının çocuk doğurması veya düşürmesi, intihar gibi toplum içinde kişinin onur ve saygınlığıyla ilgili olaylar sır kapsamında yer almaktadır. Hekimin resmi istemler veya mahkemeler dışında hiçbir kuruma hasta hakkında rapor verme lüksü yoktur. Tedavi amacına yönelik olmayan yardımlar hastanın rızası bulunsa bile hukuki değildir (7).

2.1.3. Hekimin Meslektaşlarına Karşı Sorumluluğu

Hekimlik mesleği toplumsal bir özellik taşımaktadır. Bu nedenle hekim diğer meslektaşlarına zarar vermemek için meslek imajını zedeleyici tutum ve davranışlardan özellikle kaçınmalıdır. Ayrıca bir hekimin meslektaşlarının bireysel gelişiminde yardımcı olması onlara karşı olan sorumlulukları arasında yer almaktadır. Onlarla iletişim halinde olmak, tıbbın farklı alanlarında çalışanların ortak kullanımına açık bilgi havuzuna katkıda bulunmak bu görevlerden bazılarıdır. Hekimin bu görevlerini yerine

getirmemesi halinde hem kendi gelişimi hem de meslektaşlarının gelişimini engellemekten dolayı bir sorumluluk doğmaktadır (7).

2.1.4. Hekimin Topluma Karşı Olan Sorumluluğu

Hekimlerden öncelikle beklenen hastasının sağlığını ve refahını ön planda tutmasıdır. Hekimin koruyucu hekimlik uygulaması sırasındaki sorumluluğu yalnızca hekimin davranışlarıyla sınırlı değildir. Bu daha çok paylaşılmış bir sorumluluktur. Ayrıca hekim bireyin ve toplumun huzuruna katkısı pahalı olan tanı ve tedavi yöntemlerinin herhangi bir üstünlüğü olmadığı durumlarda ucuz olanı tercih etmekle mükelleftir (7).

2.2. Hekim Sorumluluğu ve Tıbbi Uygulama Hataları (Malpraktis)

Hekim sorumluluğu, bir hekimin görevine istinaden uygulamakla zorunlu olduğu eylemlerdir. Bu sorumluluklar hekimin görevinin niteliği, uzmanlık alanı ve çalışma koşullarına göre değişebilmektedir (7).

> Hekimlik sözleşmesi, herhangi bir şekil şartı olmayan, hasta ve hekim arasında, açık veya yazılı açıklamalarıyla kurulan ve rıza kapsamında olan bir sözleşmedir. Hekim tarafından hastanın başvurusu derhal reddedilmedikçe sözleşme kurulmuş olur. Hekimin bu sözleşme neticesinde yerine getirmesi gereken yükümlülükleri; teşhis koyma, tanıya uygun tedavi seçme ve yürütme, hastanın rızasını alma, sır saklama ve dosya tutma yükümlüğü olarak sıralanabilir (2).

Günümüz hukuk anlayışında, hekimler ve diğer sağlık personeli izin verilen risk kavramı çerçevesinde çalışmaktadırlar. Tıbbın normal kabul ettiği risk ve sapmalar dâhilinde hareketlerinden dolayı belirli zararlar meydana gelse bile hekim cezalandırılmamaktadır (9).

Hekim hastalıkları önlemek, tedavi etmek veya hafifletmek için uyguladığı tedavi, usul ve ameliyelerinde başarılı olabildiği gibi başarısız da olabilmektedir. Hatta cerrahi müdahaleler sonucu hasta iyileşse bile bu ameliyatların ilk aşamasında hasta vücut bütünlüğünü kaybedebilmektedir. Dolayısı ile organizmasının fonksiyonel işleyişi de bozulmaktadır. Uygulama hatalarının sebepleri hizmetlerin iyi düzenlenmemesi, sağlık araçlarının bozukluk olması, teşkilatın gereğince işlememesi olabileceği gibi hekimin kusurlu davranışları da olabilmektedir (5).

Sağlık çalışanları; sağlık hizmeti üretirken yürürlükteki yasal düzenlemelere, sağlık etiği değerlerine ve kurallarına, tıp alanının güncel bilimsel kurallarına uymak zorundadır. Yapması gerekeni yapmama, ihmal ya da gecikme gösterme, basit özen ve dikkat göstermeme, tanı ve tedavi hataları gibi durumlarda hastada zararın oluşması halinde tıbbi uygulama hatalarından söz edilmektedir (11).

Hekimin hatası olmasa bile her tıbbi uygulama sonucunda istenmeyen durumlar söz konusu olabilmektedir. Tıbbi gelişime engel olmaması için tıbbi hatalarda izin verilen risk kavramı söz konusu olmuştur. Bu kavramın tıpta karşılığı komplikasyondur. Komplikasyonlar tıbbi müdahalelerde makul karşılanabilecek istenmeyen durumlardır (2).

Tıbbi uygulama hataları en kısa anlatımı ile bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeni ile hastanın zarar görmesidir (12). Malpraktis hukuk sözlüğünde genel olarak "*Bir meslek mensubunun mesleğini, toplumda mesleğin ortalama basiretli ve saygın bir mensubunun her şart altında uygulaması gereken bilgi ve beceri ile uygulamaması sonucu hizmetten yararlanan kişiye bir zarar vermesi" şeklinde tanımlanmaktadır* (11).

Uygulama hatalarında olgunun niteliği, rastlanma sıklığı, olumsuz sonuca yol açma sıklığı, olumsuz sonucun erken fark edilebilme, engellenebilme özelliği, tedavi koşulları, aydınlatılmış onam özellikle önem taşımaktadır (13). Tıbbi uygulama sırasında; öngörülemeyen bilgi ya da beceri noksanlığı sebebiyle oluşan zarar istenmeyen sonuçtur ve hekim sorumluk altında değildir (14). Tıbbi uygulama hatalarının en büyük sebebi sağlık sistemindeki problemlerdir (15).

Tıbbi uygulama hataları, komplikasyonlarla karıştırılmamalıdır. Bununla birlikte hekimlerin mesleki uygulamalardan kaynaklanan kusurlu eylemleri yalnızca tanı ve tedavi değil genel olarak mesleki alanda tüm eylem ve davranışlarını kapsamaktadır (12).

> "Tıbbi hataların temel sebepleri olarak hekimin bilgi seviyesinin yetersizliği, yeni tedaviler veya ilaçlar hakkında yeterli bilgisinin olmaması, röntgen, biyokimya, hematoloji, patoloji gibi teşhis ve görüntüleme birimlerinden gelen yanlış raporlar, hekim tedavi emirlerinin yardımcı sağlık personeli tarafından yeterince yerine getirilememesi, hasta kayıtlarının güvenirliği ve doğruluğu, hekimin iş yükünün fazla olması sayılmaktadır. Hastaların hastalıklarının birden çok olması ve hastanın yaşının 60'ın üzerinde olması hekimlerin tıbbi hata yapma olasılığını arttırmaktadır (16)."

Amerika'da ve birçok Avrupa ülkesinde tıbbi uygulama hatalarının bildirildiği ve yaptırım gücü bulunan kurullar bulunmaktadır. Bu kurullar sayesinde yargıya taşınan uygulama hataları ve sonuçları hakkında bilgi edinilmektedir. Ülkemizde ise yargıya taşınan uygulama hataları ve sonuçları ile ilgili bilgiler sınırlı sayıdadır(11). Tıbbi hata sebepleri insan faktörü, kurumsal faktörler ve teknik faktörler olarak üçe ayrılmıştır (16).

Tablo 1. Tıbbi hataya sebep olan faktör (16).

İnsan faktörü	Yorgunluk, yetersiz eğitim, iletişim yetersizliği, güç/kontrol, zamansızlık, yanlış karar, mantık hatası, tartışmacı kişilik.
Kurumsal faktörler	İş yeri yapısı, politikalar, idari/finansal yapı, liderlik, geri dönüm, konularda yetersizlik, personelin yanlış dağıtımı.
Teknik faktörler	Yetersiz otomasyon, yetersiz cihazlar, eksik cihazlar, karar verme destek eksikliği, entegrasyon eksikliği.

Tıbbi uygulama hataları ile ilgili yapılan araştırmalar sonucunda tıbbi uygulama hatası suçlamaları ile en fazla karşılaşan uzmanlık alanı ortopedidir. Bu birimde karşılaşılan tıbbi uygulama hatalarının başında tanının atlanması ya da gecikmesi, aydınlanmış onam eksikliği, tedavide ilgisizlik, tıbbi materyal unutulması, alçıya alma ve turnikeler ile ilgili komplikasyonlar gelmektedir (14).

Tıbbi Uygulamalardaki hatalarındaki artışların başlıca sebepleri aşağıdaki gibi sıralanabilir;

- **Eğitimdeki Yetersizlikler**: Eğitimdeki eksikliklerin uygulamalara yansıması
- **Tıp ve teknolojinin hızlı gelişimi:** Tıptaki gelişmelerin takip edilmemesi veya teknolojik gelişmelerin suiistimal edilmesi
- **Sağlık sistemindeki sorunlar:** Sistemdeki sorunların hekimleri zor durumda bırakması

- **Medya Faktörü:** Medyanın kamuoyuna etkisi
- **Tazminatların yüksek olması:** Mağdurlara ve avukatlara cazip gelen yüksek tazminatlar
- **Sivil toplum örgütlerinin çoğalması ve daha etkin çalışması:** Toplumun tıbbi uygulama hataları ve hasta hakları konularında bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi
- **Artan hasta beklentileri:** Hastaların, artan rekabet ile aldıkları hizmeti sorgulamaları ve seçici olmaları (17).

Tıbbi uygulama hatalarında en fazla genel cerrahi alanıyla ilgili kararların alındığı görülmektedir. Hataların % 29'unda uzman hekimler sorumlu bulunmuş ve sadece bir olguda uzman hekim ve anestezi teknikeri sağlık personeli birlikte kusurlu tutulmuştur (16).

Tablo 2. Avrupa Birliği ülkelerinden 25 ülke ile Türkiye'nin içinde bulunduğu aday ülkelerde yaşayan vatandaşların tıbbi hatalar konusundaki görüşleri (16).

	AB	**TÜRKİYE**
Çok Endişelenirim	%10	%41
Orta Düzeyde Endişelenirim	%30	
Çok Endişelenmem	%43	
Hiç Kaygılanmam	%15	

Avrupa Komisyonu tarafından yapılmakta olan Eurobameter çalışmalarının "Special Eurobarometer No: 241" tıbbi hatalar konusunu kapsamaktadır. Yukarıdaki tabloda da görüldüğü üzere 25 Avrupa Birliği üyesi ülke ile Türkiye'nin de dâhil olduğu aday ülkelerde yaşayan vatandaşların tıbbi hatalar konusundaki görüşleri incelenmiştir. Avrupa Birliği genelinde % 10 oranındaki vatandaşın ciddi bir tıbbi hataya maruz kalmaktan çok endişelendiği, % 30 oranındaki vatandaşın orta düzeyde endişelendiği, % 43 oranındaki vatandaşın çok endişelenmediği ve % 15'inin ise hiç kaygılanmadığı sonucuna varılmıştır. Türkiye'de ise yaklaşık % 41 oranındaki vatandaşın ciddi bir tıbbi

hataya maruz kalmaktan endişelendiği görülmektedir. Türkiye'de % 43 oranındaki vatandaş diş hekimlerinin, % 43 oranındaki vatandaş hekimlerin ve % 35 oranındaki vatandaş diğer sağlık personelinin hizmet sunarken hata yapmayacağını düşünmektedir(16).

Tıbbi uygulama hataları iki ayrı açıdan incelenmelidir. İlki uygulama hatasını oluşturan koşullar, ikincisi ise tıbbi uygulama hatası sonucu oluşan zararın tazmin edilmesi ve hem hastanın hem de hekimin mağduriyetinin belli bir dereceye kadar karşılanabilmesidir(17).

Tıbbi uygulama hatalarının tespiti teknik bir konu olduğu için, yargı makamı böyle bir hatanın olup olmadığı konusunda yine hekimlerden bilgi almaktadır. 2005 yılına kadar Adli Tıp Kurumu ve Yüksek Sağlık Şurası, resmi bilirkişilik kurumları olarak, bu yönde değerlendirme yapmaktaydılar (18).

2.2.1. Hekimin Cezai Sorumluluğu

Hekimlerin görevlerini yerine getirirken işleyebilecekleri suçlar cezai sorumluluğu da beraberinde getirmektedir.

> "5237 sayılı yasada, hekimlerle ilgili suç tiplerini şu şekilde sıralamak mümkündür. Soykırım, insanlığa karşı suçlar, kasten öldürme, kasten yaralama, intihara yönlendirme, taksirle öldürme, kasten yaralama, kasten yaralamanın ihmali bir davranışla işlenmesi, taksirle yaralama, insan üzerinde deney, organ ve doku ticareti, çocuk düşürtme, kısırlaştırma, radyasyon yayma, bulaşıcı hastalıklara ilişkin tedbirlere aykırı davranma, resmi belgede sahtecilik, sağlık memurunun gerçeğe aykırı belge düzenlemesi, sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi ve genital muayene (19)."

Cezai sorumluluğun kaynağını belirleme bakımından suçun genel kurucu unsurları maddi ve manevi unsur olarak ikiye ayrılmaktadır. Aynı zamanda objektif unsur ve subjektif unsur olarak da adlandırılmaktadır (14).

Kanunların suç ve ceza içeren hükümlerinin uygulanmasında kıyas yapılaması, kıyasa yol açacak biçimde yorumlanması söz konusu değildir(20). Suçun maddi unsurunu oluşturan fiil çeşitli unsurların varlığını gerektirmektedir. Maddi unsur iki grup unsuru içerir. Bunlardan ilki davranış, kanunun gerekli gördüğü hallerde sonuç ve bu ikisi arasındaki nedensellik ilişkisi gibi pozitif yani bulunması gereken unsurlardır. Diğeri ise negatif yani bulunmaması gereken unsurlardır (14).

Suçun manevi unsuru, hareketin ve ihmalin mutlaka bilinçli ve iradi olmasını gerektirir. Bu unsur kast ve taksir şeklinde iki biçimde ortaya çıkmaktadır. Ceza Hukuku bakımından suçun oluşması kastın varlığına bağlıdır. Taksir ve kast, suça vücut veren fiilin bilinmesi ve istenmesi bakımından fark göstermektedir. Kastın varlığı için kişinin fiilinin antisosyal bir davranış olduğunu ve suça vücut vereceğini bilmesi ve bu fiilin gerçekleşmesini istemesi gerekmektedir (14).

Kast, suçun bilerek ve isteyerek yapılmasıdır. Kişinin, suçun kanuni tanımındaki unsurların oluşabileceğini tahmin etmesine rağmen, fiili işlemesi durumunda olası kast ortaya çıkmaktadır (12). Olası kasta örnek olarak yaşlı veya terminal aşamadaki hastaya yeniden canlandırma uygulanmaması yoluyla ölümüne sebep olmak gösterilebilir(20).

Taksir, dikkat ve özen gösterilmemesi sonucu, bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeyerek gerçekleştirilmesidir. Taksirli suçlarda ceza oranları kasıtlı suçlara göre daha azdır. Kasıt ve Taksir dışında yeni Ceza Kanunumuzda Bilinçli Taksir ve Olası Kast şeklinde iki kavram daha yer almaktadır (21). Kişinin öngördüğü sonucu istememesine karşın, sonucun meydana gelmesi halinde bilinçli taksir vardır. Bu durumda taksirli suça ilişkin ceza üçte birden yarısına kadar artırılmaktadır (12). Yanlış pozisyona bağlı sinir zedelenmesi, hastanın sedyeden düşmesi, uyumsuz kan verilmesi, yanlış ilaç kullanılması, tüpün soluk borusu yerine yemek borusuna takılması bilinçli taksire örnek olarak gösterilebilir (20). Ancak bazı hareketler dikkat ve özen gösterildiği halde zararlı sonuçların meydana gelmeyeceği ilkesine istisnalar getirmiştir. Örneğin, cerrahi bir müdahalede bulunmak için bayıltılan hastanın ölmesi gibi (5).

> "Hasta üzerinde tedavi amacını taşımadan, öldürmek ya da sağlık durumunu daha kötüleştirmek için uygulama yapan hekim, kasten adam öldürme ya da müessir fiil suçundan sorumlu olmaktadır. Taksirle öldürme suçunun takibi şikâyete bağlı değildir. Ölen kimsenin yakınları şikâyetçi olmasalar bile savcının re'sen yürüteceği soruşturma sonrasında, suçun işlendiği hususunda yeterli şüphe varsa açılan bir kamu davasında hekim yargılanacaktır (14)."

Yapılmaması gerekeni yapmak dikkatsizlik olarak adlandırılırken önlenebilen bir zararın önlenmemesine ise tedbirsizlik denmektedir. Acemilik ise kişinin meslek ve sanatının esaslarını bilmemesi ve beceriden yoksun olmasıdır. Türk Ceza Kanununda dikkatsizlik, tedbirsizlik ve acemilik sonucunda hastanın ruh ve beden sağlığına zarar gelmesi veya ölmesi halinde hekim için hapis veya para cezası söz konusudur (4).

Hekimlik uygulamalarında yaralama suçu hasta onamının olmadığı veya geçersiz olduğu durumlarda, tedavi etmeksizin şahsın vücut bütünlüğünün ve sağlığının bozulması sonucunda oluşmaktadır. Bir akıl hastasının isteği üzerine cinsiyet değiştirme ameliyatı yapılması bu konuya örnek gösterilebilir. Ayrıca, insan üzerinde yapılan deneyler sonucunda, bir kişinin yaralanması veya ölmesi halinde, hekim için "kasten yaralama" veya "kasten öldürme" suçu ile ilgili hükümler geçerli olmaktadır (4). Türk Ceza Kanununun 85. Maddesine göre taksirle bir insanın ölümüne neden olan kişi, iki yıldan altı yıla kadar hapis cezası verilmektedir(12).

> "Kişiler arasında dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasî düşünce, felsefî inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım yaparak bir hizmetin uygulanmasını veya hizmetten yararlanılmasını engelleyen, kamuya arz edilmiş bir hizmeti yapmayı reddeden kimse hakkında altı aydan bir yıla kadar hapis veya para cezası verileceği, Türk Ceza Kanununun 122.maddesinde yer almaktadır. Türk Ceza Kanununun 280.maddesinde bir hekimin görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmemesi veya bu hususta gecikme göstermesi halinde bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılacağını ifade edilmektedir(2)."

İrtikap suçları, görevi ihmal ve görevi kötüye kullanma suçları hekimin cezai sorumluluğu kapsamındadır. İrtikap suçu hekimin zorla veya ikna ile haksız kazanç sağlamasıdır. Müdahalede bulunulan hastalardan talep edilen bıçak parası, irtikap suçuna bir örnek olarak gösterilebilir. Görevi ihmal suçu ise sıklıkla karşılaşılan çalışma saatlerinin ihlal edilmesi veya hastanın sebepsiz bekletilmesi gibi durumlarda ortaya çıkmaktadır (2).

2.2.2. Hekimin Hukuki Sorumluluğu

Bireyin sağlık ve yaşayışını etkileyen fiiller olarak adlandırılabilecek hekim ve hasta arasındaki ilişkiler toplum içindeki hayatını düzenleyen hukuk kurallarının kapsamında yer almaktadır. Hekimin faaliyetleri insan hayatı için büyük önem taşımaktadır. Bazen insanı iyileştirebilecek imkânlara rağmen ölüm veya iyileşmesi imkânsız sonuçlar meydana gelebilmektedir. Bu gibi nedenler hukukun hekim ve tıp ile ilgilenmesinin sebepleri arasında yer almaktadır (5).

1218 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 1519 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu, 6119 sayılı Adli Tıp Müessesesi Kanunu, 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu, 3153 sayılı Radyoloji, Radyum ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun, 38 sayılı Tedavi ve Diğer Kanunu,

6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanununda hekimlerin meslek icrası ile ilgili hükümler yer almaktadır. Ancak bu kanunların hiç birinde hekimlerin sorumluluklarını düzenleyen özel hükümler yoktur. Bu nedenle bu alanda ortaya çıkan hukuki problemler, ilgili oldukları hukuk dallarının genel nitelikte hükümleriyle çözülmektedir(6).

En eski ve en gelişmiş sorumluluk türü kusur sorumluluğudur. Bu sorumluluk türüne göre bir kimsenin, hukuka aykırı olarak başkasına zarar veren davranışı, ahlaki ve hukuki açıdan kınanabiliyorsa zarar veren söz konusu zarardan sorumlu tutulmaktadır (6).

Hekim özel hukuk alanında sorumluluğu sözleşmeden, vekâletsiz iş görmeden ve haksız fiilden meydana gelebilir. Hekim, hastayı aralarında yaptıkları "tedavi sözleşmesi" veya "hekimlik sözleşmesi" olarak adlandırılan sözleşme gereğince, öncelikle tıp bilimi ve uygulamasının öngördüğü esaslar çerçevesinde gerekli teşhisi koymak ve konulan teşhise en uygun tedaviyi seçip uygulamakla yükümlüdür (3).

Hukuk davaları ceza davalarının sonucuna bağlı değildir (20). Hekimin sorumluluğunun oluşması için; eylemin hukuka aykırı olması, yani suç teşkil etmesi, hekimin kusurunun bulunması, bir zararın meydana gelmiş olması, zarar ile kusurlu eylem arasında illiyet bağı olması gerekmektedir (12).

İlliyet bağı, kusur ve zararı kanıtlama yükümlülüğü zarar görene aittir ve böyle bir durumda maddi ve manevi tazminat hakkı meydana gelir. Borçlar kanununa göre çalışma gücü kayıpları, tedavi ve cenaze giderleri, destekten yoksun kalma maddi tazminat kapsamında, kişinin yaşam ve sağlığı ile uğradığı kaybın yanı sıra onur, saygınlık, sır açıklanması, özgürlüklerin kısıtlanması gibi manevi değerlerin kaybı da Manevi tazminat kapsamındadır(20).

Hukuki sorumlulukta kusur söz konusu işte çalışan normal ve orta düzeydeki insanların davranışlarına göre tespit edilmektedir. Bu sebeple hekimler en az orta düzeyde bilgi, beceri ve yeteneklere sahip olduğu kabul edildiğinden kendi bilgi ve beceri eksikliğini hastaya yükleyemez (4).

Hekim tıbbi faaliyetleri esnasında yardımcı şahısların kendisiyle akdi ilişki içerisinde bulunmayan hastalara bu yardımcı şahısların vermiş olduğu zararlardan Borçlar Kanununun 55'inci maddesine göre sorumlu tutulmaktadır. Tıbbi sorumluluk

alanında tehlike sorumluluğunu esas alan özel bir düzenleme bulunmamaktadır. Bu sebeple sorumluluk türü hekimin hukuki sorumluluğunda uygulama alanı bulamamaktadır. Eğer hekim ile hasta sarih veya zımni olarak bir sözleşme ilişkisi içine girmişse hekimin hukuki sorumluluğunun kaynağını bu sözleşme oluşturmaktadır (6).

2.2.3. Hekimin İdari Sorumluluğu

Anayasa, kamu görevlerinin yerine getirilmesi sırasında ortaya çıkabilecek zararlar için devletin asli ve birinci derecede sorumluluğu esasını kabul etmektedir. Kamu hastanelerinde yapılan tıbbi müdahaleler ve diğer sağlık hizmetlerinin hep bir kamu görevinin yerine getirilmesi niteliği bulunmaktadır. Söz konusu hizmetleri icra eden kişiler de kamu personelidirler. Hasta öncelikle devlet aleyhine dava açmak zorundadır. Hastaya tazminat ödemek durumunda kalan devlet daha sonra ilgili hekime rücu eder (22).

Hizmet kusuru ve kişisel kusur İdare Hukuku açısından oluşan kusurlardır. Kamu hizmetlerinin yapılanmasının kötü olması ve isleyişinden dolayı hastayı zarara uğratan tıbbi bakım sonucuna hizmet kusuru denmektedir. Kişisel kusur ise tamamen kişinin kendine ait sebeplerinden kaynaklanan kusurlardır (2). Kamu görevlisi hekimin üçüncü kişilere vermiş olduğu zarar halinde yine idare hukuku hükümleri geçerli olacaktır. Ayrıca böyle bir durumda disiplin soruşturması da söz konusu olur (20).

Kamu hastanelerinde görevli hekimler ve sağlık çalışanları için geçerli 657 sayılı Devlet Memurları Kanununda disiplin ile ilgili bir tanım bulunmamasına rağmen disiplin cezasını gerektiren durum ve uygulanacak cezalar ile ilgili hükümlere yer verilmiştir (7). Bu cezalar uyarı, maaş kesme, kademe ilerlemesinin durdurulması, kurumdan ihraç gibi cezalardır (15).

Acil olarak hastaneye yatırılan hastanın 18 saat hiç muayene edilmeden bırakılması ve hastanın ölmesi gibi durumlarda idare kusurunun varlığı tespit edilir edilmez sorumlu olur. Hastanın tıbbi bakımı dolayısıyla meydana gelen zararlardan, idare kusurunun derecesi ne olursa olsun sorumlu tutulur (5).

Belediye ve üniversitelere bağlı sağlık kuruluşlarında kamu görevlisi olarak çalışan sağlık personelinin tıbbi uygulama hatalarında savcılığa ihbar veya şikâyet yapılsa bile sağlık çalışanları hakkında doğrudan dava açılmamaktadır. Sağlık Bakanlığı

gerekli ve kaybolma ihtimali olan delilleri toplayarak ilgili makamdan soruşturma izni istemektedir(7).

İzin vermeye yetkili kurum illerde ve merkez ilçede vali olup ilçede ise kaymakamdır. Şikâyet halinde ön inceleme için yetkili kurum tarafından bir kişi görevlendirilir. Görevlendirilen bu kişi ve bakanlık müfettişleri görevlendiren kurumun bütün yetkilerini kullanma hakkına sahiptir. Öncelikle hakkında inceleme yapılan memur veya diğer kamu görevlisinin ifadesin alınır. Yetkileri dâhilinde bulunan gerekli bilgi ve belgeler toplanarak, görüşlerini içeren bir rapor düzenleyerek durumu izin vermeye yetkili kişiye sunarlar. Yetkili kurum bu rapora göre soruşturma izni verilmesine ya da verilmemesine karar vermektedir. Bu kararlarda gerekçe gösterilmesi zorunludur (7).

2.2.4. Hekimin Mesleki Sorumluluğu

Hekimlerin hiçbir resmi kuruma bağlı çalışmaması halinde veya memuriyet dışında sosyal hayatında yapmış olduğu kusurlu bir eylemde, hekimin bağlı olduğu Tabip Odası disiplin soruşturması açmaktadır. Söz konusu kusurları Tabip Odası Onur Kurulu, Türk Tabipleri Birliği Yüksek Onur Kurulu değerlendirir ve bir karara bağlar (20).

Hazırlanan Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliğinin amacı, disiplin cezası verilecek kişileri ve durumları ve disiplin cezası verildiğinde uyulması gereken usul ve esasları belirlemektir. Hekimlerin tıbbi uygulama hataları ile ilgili suç ve ya suç iddiası olması halinde "Yönetim Kurulu" ile birlikte özellikle "Onur kurulu" görev yapmaktadır (7).

Başlıca disiplin cezaları aşağıdaki şekilde sıralanabilir (23):

- **Uyarma**: Hekime ve bu yönetmelik kapsamındaki kişilere mesleğini uygularken ve meslektaşları ile olan ilişkilerinde daha düzenli tutum ve davranışlar içinde olması gerektiğinin yazılı ifade edilmesidir.

- **Para Cezası:** 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Yasası'nın 39. Maddesinin (b) bendinde belirtilen sınırlar dâhilinde verilecek para cezalarını kapsar.

- **Geçici Olarak Meslekten Alıkoyma:** Oda bölgesinde 15 günden 6 aya kadar mesleğinden men edilmesidir. Meslekten geçici olarak alıkonma cezası alanlar, bu süre

dolmadan Türkiye'nin hiçbir yerinde muayenehane açamazlar. Ayrıca herhangi bir yolla mesleğini uygulayamaz, resmi kurum ve kuruluşlarda da mesleğini yürütemezler.

- **Oda Bölgesinde Çalışmanın Yasaklanması:** Oda bölgesinde üç defa meslek uygulamasından alıkonma cezası alanların, oda bölgesi içinde meslek uygulamasından sürekli olarak men edilmesi anlamına gelmektedir.

2.2.5. Tıbbi Uygulamada Hata Alanları

Hedeflenen bir tedavi planının başarısız olması veya yanlış tedavi planı uygulanması tıbbi hata olarak adlandırılabilir (16). Tıbbi uygulama, hekimin hastanın yaşamını ve sağlığını düzenlemek için bulunduğu çeşitli faaliyetlerdir. Tıbbi uygulama faaliyetleri hastalığın teşhisi, gerekli ilaçların verilmesi, cerrahi müdahalelerin yapılması, hastalığın devamlı olarak gözetim altında tutulması, gerektiğinde yan etkili tedavi yollarına, yeni usullere başvurulmasıdır(14).

Tıbbi uygulama hatalarının temel sebepleri sık değişen sağlık politikaları, hastanelerin yapısal, donanımsal, işletme sorunları, yetersiz sağlık personeli ve hızla artan hasta sayılarıdır (20).

Tıbbi uygulama hataları hekimin kişisel hatasından kaynaklanacağı gibi kurumsal sistem hatası veya işletmenin organizasyon kusuru şeklinde de ortaya çıkabilir (24). Genellikle tıbbi hatalar bildirilmediği ve rapor edilmediği için uygulamada tıbbi hataları tespit etmek çok zordur(16).

Bazı tıbbi hatalar, uzman olsun veya olmasın tüm hekimlerin karşılaşabileceği türden durumlardır. Genel hekimlik uygulamaları ve kuralları çerçevesinde yanlış enjeksiyon uygulamaları, yanlış ilaç seçimi, ilaçların hatalı doz ve sürede kullanımının önerilmesi, ilaçların yan etkisi gözetilmeden yapılan uygulamalar yapılan hatalardan bazılarıdır. Bazı uygulama hataları ise, bir uzmanlık alanı veya rutin dışı özel nitelikli bir girişimle ilgilidir. Bunlar genellikle ameliyat hataları ile tanı veya tedavi amaçlı girişimlerden kaynaklanır. Yapılacak bir cerrahi işlemin, her uzman tarafından mutlaka bilinmesi ve dikkat edilmesi gereken, o uzmanlık alanında yapılacak cerrahi girişime özgü kuralları bulunur (13).

Tıbbi uygulama hatası ön görülebilir, engellenebilir, istenilen izin verilen risk çerçevesinde olmayan bir durumdur. Ceza, tazminat, disiplin ve mali sorumluluk gerektirir. Gerekli görüş alış verişi yapılmamış, geciktirilmiştir. Dolayısıyla hizmet kusuru vardır. Tedavi sonrası takip kusuru olabilir. Bilinçli taksir, kusur ve ihmal olabilir. Uzmanlık alanına ve seviyesine göre değişen tanı ve tedavi hataları söz

konusudur. Hastanın tedavi edilme şansının ortadan kalkması da uygulama hatası kapsamında yer alır (24).

Tıbbi müdahalenin hukuka uygun olması için hasta tıbbi uygulama sırasında ve sonrasında kusur olmadan da oluşabilecek istenmeyen sonuçları bilmeli ve uygulamaya onay vermelidir. Komplikasyonun niteliği, sıklığı, olumsuz sonucun erken fark edilebilme, engellenebilme durumu gibi konular değerlendirilmeli ve tıbbi uygulama hatasını değerlendiren bilirkişiler tarafından bilimsel verilere göre komplikasyon tanımı yapılmalıdır (11).

Hekimlerin orta nitelikte bilgi ve beceriye sahip oldukları kabul edildiğinden uymak zorunda olduğu tıbbi standartlardan sapması halinde bireysel kusur ortaya çıkmaktadır(24). Tıbbi uygulama hatalarında hekimlerin dallarına göre, ilk sırada kadın doğum uzmanları ikinci sırada genel cerrahi uzmanları ve üçüncü sırada ise pratisyen hekimler gelmektedir (7).

2.2.5.1. İletişim Eksiklikleri

İletişim hataları, tıbbi hatalar içinde en sık rastlanan yöneltme ve eğitim hataları olduğu kadar, kültürel etnik özellikler ile sosyo-ekonomik faktörlerden de etkilenen hatalardır. Genellikle hekimler "Benim zamanım değerli" ve "Hastanın bilgiyi kavrama düzeyi düşüktür" şeklinde düşünerek hastasına yeterli zaman ayırmamakta, iletişimi önemsememektedirler. Hastalar ise cahil görünmemek adına soru sormadıkları için tanı ve tedavi konusunda bilgi alamamakta bu konuda da yeterli bilgiyi vermedikleri için hekimleri suçlamaktadırlar (25).

İletişim eksiklikleri hasta ile hekim arasında uyumlu ilişkinin olmaması, hasta ile iletişimin kopuk olması ve hasta ile ilgili diğer ve konsültan hekimlerle bağlantının yetersiz olmasıdır. Tıbbi uygulama sırasında telefonla yönerge alıp-verme, yanlış anlama ve hatalı uygulamalara sebep olmaktadır. Genellikle bu konuşmaların kaydedilmemesi çeşitli iddiaları beraberinde getirmektedir. Diğer hastane personeli ya da tedavi ile ilgili personelle yapılan konuşmalar da yanlış anlaşılma ve yanlış uygulamadan dolayı sorun olmaktadır (26).

Yaşlı hastalar hekimlerden kendilerine karşı yakın, arkadaşça davranmalarını, kendilerine yeterli zaman ayrılmasını, dinlenilmek, yardıma ihtiyaç duyulması halinde hemen müdahale edilmesini beklemektedirler (27).

Tıbbi hatalara neden olan önemli bir etken de sağlık personeli arasındaki iletişimsizliktir. Sağlık hizmeti bir ekip çalışmasıdır. Bu nedenle sağlık çalışanları arasında ekip ruhunu güçlendirerek iletişim sorunlarını azaltabilirler. Tıbbi hataların azaltılmasında tüm sağlık personelinin tıbbi hatalar konusunda eğitilmesi veya hizmet içi eğitime alınmaları da etkili olacaktır (16).

Tıbbi uygulama hatalarının diğer bir sebebi de hemşire ve hekim arasındaki iletişim kopukluğudur. Hemşire, hekim istemi olsun ya da olmasın yaptığı bütün işlemlerden yasal olarak sorumludur. Bu nedenle hemşire hekim istemlerini değerlendirmeli yanlış olduğunu düşündüğü durumlarda reddetmeli ve hekimi uyarmalıdır (28).

2.2.5.2. Kayıt Hataları

Borçlar Kanunu'nun 392. maddesinde temelini bulan hesap verme yükümlülüğü kapsamında hekim, bütün kayıtları düzenli bir şekilde tutmak ve bunlar hakkında hastaya açıklama yapmak zorundadır. Uygulamada çoğu kez kayıtlar gerektiği gibi düzenlenmemektedir. Kayıtların ayrıntılı bir şekilde, tarih belirtilerek, günlük olarak tutulması gerekir. Söz konusu kayıtların düzenli tutulması açılacak sorumluluk davalarında kusurun tespiti açısından da büyük önem taşır (3).

Olay raporlama sistemi, hataları tanımlama, analiz etme, değerlendirme, kazaların ve yaralanmaların sıklığını ve ciddiyetini azaltmak için gerekli bilgi kaynaklarını oluşturmaya imkân tanımaktadır (29). Hekimin, hasta dosyalarını düzenleme ve hastalıkla ilgili bulguları kaydetme yükümlülüğü de mesleki yükümlülükleri arasındadır. Dolayısıyla, hekim, mesleğini yaparken yaptığı tespitler ve aldığı tıbbi tedbirler hakkında gerekli kayıtları tutmakla yükümlüdür (30).

Sağlık kurumlarında daha önceden karşılaşılan sorunlar dikkate alınarak tedbir alınmadığı için sürekli olarak aynı hatalar tekrar edilmekte ve hastalar bu önlenebilir hatalar sebebiyle zarar görmektedirler. Bu işlemlerin yapılması halinde hasta güvenliği ile ilgili sorunların kaynakları ve nedenleri tam ve açık olarak tanımlanacak riskli süreç ve uygulamalar belirlenecektir (29).

Ayrıca hukuki zorunluluğu olan ve eksiksiz ve düzgün tutulan tıbbi kayıtlar herhangi bir tıbbi uygulama hatasında hekimin savunmasında çok önemli bir delil olacaktır. Hekim savunmasını bu kayıtlara dayandırabilir. Hastayla ilgili tıbbi bilgiler

hasta kartına, yatırılarak tedavi edilmiş ise hasta dosyasına ayrıntılı olarak kaydedilmelidir. Adli raporlar bu kayıtlara göre hazırlandığından kayıtların düzenli ve ayrıntılı olarak tutulması son derece önemlidir. Tıbbi hizmeti bir sağlık kurum ve kuruluşu veriyorsa bu kayıtların saklanma sorumluluğu bu kurum ve kuruluştadır (26).

> "Gerçeğe aykırı belge düzenleyen tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire veya diğer sağlık mesleği mensubu, üç aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılmaktadır. Düzenlenen belgenin kişiye haksız bir menfaat sağlaması ya da kamunun veya kişilerin zararına bir sonuç doğurucu nitelik taşıması hâlinde, resmî belgede sahtecilik hükümlerine göre ceza verilir (12)."

2.2.5.3. Yetki Sınırlarının Aşılması ve Konsültasyon

Hekimler tıbbi uygulamaları esnasında kendi yetki ve uzmanlık alanlarını aşan durumlarla karşılaşabilirler. Böyle bir durumda diğer hekimlerden konsültasyon isterler. Ancak konsültan hekimlerin yaptıkları ile ilgili sorunlar ortaya çıktığında konsültan hekim ile birlikte ona başvuran hekimin de sorumluluğu söz konusu olur (26).

Türk Ceza Kanunu'nun 257. Maddesine göre görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle, kişilerin mağduriyetine veya kamunun zararına sebep olan ya da kişilere haksız bir kazanç sağlayan kamu görevlisi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırmaktadır (12).

Hekimin acil hastaya bakmamak, bilimsel tedavi dışındaki bir tedaviyi uygulamak, işkenceye göz yummak veya yardım etmek, icap nöbete çağrıldığında gelmemek gibi kanun, tüzük ve yönetmelikler ile yetkili idari ve mülki amirin verdiği emirlere uymaması halinde bu kusurlar taksirli suç kapsamında değerlendirilir (20).

2.2.5.4. Aydınlatma ve Onam

Tıbbi müdahalelerden önce, hastanın rızasının alınması insanın kişiliğine, hürriyetine duyulan saygıdır. Çünkü herkes kendi vücudu üzerinde mutlak bir hakka sahiptir (5). Tedavi hastaya ait bir haktır. Kendisi tıbbi yardımı isteme ya da hastalığın kaçınılmaz gidişatını kabul etme konusunda seçim yapma hakkına sahiptir (21).

Hekim ile hasta arasındaki güven ilişkisini güçlendirmesi ve hastanın tıbbi müdahaleyi kabul ya da ret etmesi yönünde karar verebilmesi açısından aydınlatma yükümlülüğü son derece önemlidir. Hekim aydınlatma yükümlülüğünü yerine getirmemesi ve hastanın rızasını almaması hukuki sorunlara sebep olmaktadır. Hastanın

aydınlatılma süreci aynı zamanda hekim ile hasta arasındaki iletişim için de çok önemlidir (7).

Hasta rızasını açıkça belirtebileceği gibi hastanın hal ve vaziyetinden de anlaşılabilmektedir. Örneğin, yapılacak bir ameliyata hasta engel olmamakla ya da sesini çıkarmamakla rızasını göstermiş sayılır. Ayrıca hasta yazılı ve işaretle de rızasını gösterebilir. Yazılı rıza bazı ameliyatlar için gereklidir. Hastanın rızasının geçerli olabilmesi için bu rızanın fiilinden önce veya fiil sırasında alınmış olması gerekmektedir. Tıbbi müdahalelerden sonra hastanın rıza göstermesi, fiilin hukuka aykırılığını değiştirmez (5).

Tıbbi uygulamaların ilk adımı sayılan,

> Bilgilendirme, bireyin sağlık durumu, kendisine uygulanacak vücut bütünlüğüne müdahale gerektiren tanı ve tedavi yöntemleriyle, bunların faydaları ve muhtemel riskleri, diğer tıbbi müdahale ve tedavi yöntemleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri, neticeleri ve öngörülemeyen acil durumlarda önerilen tedavinin dışına çıkma konularında ayrıntılı ve yazılı olarak bilgilendirilmesidir(14).

Hastanın onamı alınmadan kendisine hiçbir müdahalede bulunulamaz. Ayrıca hasta bilgilendirilmeden alınan onam da geçerli değildir(14). Hekimlerin mesleki uygulamalarının hukuka uygun hale gelmesi için hastanın onamı şarttır (26).

Rıza konusunda uygulama alanında rastlanılan en büyük sorun rızanın açıklama şeklinde yaşanmaktadır. Rıza konusunun özel olarak belirtilmesi ve yazılı olarak alınması en sağlıklı şeklidir ve ispat kolaylığı sağlamaktadır. Aydınlatmanın şekline ait geçerli bir hüküm hukukta yer almamaktadır (14). Rızanın geçerli olması için temyiz gücü, irade sakatlığının olmaması ile birlikte rızanın hukuka ve ahlaka uygun olması gerekir. Hastanın rızası alınmadan önce aydınlatılmış olması gerekmektedir. Başka bir deyişle yapılacak tıbbî müdahalenin anlamı, türü, önemi, kapsamı, yarar ve sakıncaları üzerinde hastaya bilgi verilmiş olmalıdır (12).

Hastaya vermiş olduğu rızayı geri alarak tedaviyi her aşamada bırakma hakkı verilmiştir. Ancak bu hak, Yönetmeliğin 24/2. maddesine göre, hayatı veya hayati organlarından birisini tehdit eden acil haller dışında ve tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına dayalı olmak üzere sınırlıdır (8).

Acil durumlarda kanuni temsilci hastaya tıbbi müdahale yapılmasına sebepsiz olarak izin vermediği durumlarda, hekim bu izne gerek kalmadan tıbbi müdahalelerde bulunabilir ve bundan dolayı herhangi bir sorumluluk sahibi değildir. Zira acil durumlarda hastaya gerekli tıbbi müdahaleleri yapma hekimler için esas itibariyle hukuki bir yükümlülüktür (6). Örneğin salgın hastalıklar esnasında kanuna uygun olarak yerine getirilmesi gereken aşı, hastanın istememesi durumunda zorla yapılabilir. Hastanın hayatında çok önemli bozukluklara sebep olacak ve toplumdaki diğer kişilerin hayatını da kuvvetle etkileyecek olan hastalıklar karşısında kişi kendi istemese dahi korunur. Rızanın aranmadığı bir başka durum da, uyuşturucu madde kullanan kimselerin tedavisidir (5).

> Kişilerin yaşamını veya beden bütünlüğünü ortadan kaldıracak, ötenazi, uygun olmayan rahim tahliyesi, tehlike hali haricinde deneysel işlemler gibi tıbbi girişimlere hastaca verilecek onam kesinlikle geçersizdir. Alınan onamın, baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındığı durumlarda da onam yine geçersiz sayılır. Bu gibi durumlarda, verilen onamın hukuken geçersiz olması sebebiyle, girişimde bulunan hekimin cezai ve hukuki sorumluluğu söz konusudur (4).

Tıbbi müdahalenin ihtimal dâhilinde olan zararlı sonuçları açısından gerekli aydınlatmanın kapsamının tespiti, hastanın eğitim durumu, zekâ seviyesi ve hastalık sebebiyle edindiği tecrübeler gibi unsurlar göz önünde bulundurularak yapılmalıdır. Tıbbi müdahale ne kadar tehlikeli, riskleri ne kadar ağırsa yapılacak aydınlatmanın kapsamı da o kadar önem ve geniş olmalıdır(6).

Hastanın kendisinde ve ailesinde büyük üzüntülere sebep olması, özellikle intihar düşüncesine yol açacak etkiler doğurması, hastanın büyük korkuya kapılarak kalp krizi geçirmesi ya da panik yaratarak kendisine kesinlikle yapılması gereken tedavinin gerçekleşmesini engellemesi ihtimali olan durumlarda hekim aydınlatma yükümlülüğünden vazgeçebilir(6).

2.2.5.5. Tanı Hataları

Hasta, tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin yapılmasını, bakımını ve bunların gereken tıbbi özen içinde gerçekleşmesini isteme hakkına sahiptir(8).

Teşhis, kişinin uğradığı hastalığı aramaya ve bulmaya yönelik çalışmalardır. Teşhis, hastaya yada ailesine soru sormak, göğsünün dinlenmesi, konsültasyon

yapılması, özel aletlerin kullanılması laboratuar incelemelerinin yapılması gibi birçok fiilleri kapsayan bir özelliğe sahiptir (5).

> Hastayı özenle tedavi etmeyi yüklenen hekim, hastalık hakkında doğru tanı koymakla sorumludur. Hekim olanakları içerisinde tanı koymada araç olarak kullanacağı zorunlu olan tüm yöntem ve incelemeleri yaptığı, şüpheli durumlarda tanı araçlarını tekrarladığı, konsültasyon istediği, laboratuar incelemelerini doğru yorumladığı halde olası tanı hatalarından sorumlu olmaz. Hekim tanı hatalarından sorumlu olmasa da doğru tanı koymak için gerekli yöntem ve araştırmaları yapmada göstereceği özensizlik ağır kusur olarak kabul edilebilir(4).

Hekimin teşhis koyma yükümlülüğünü yerine getirirken göz önünde bulunduracağı hususları düzenleyen bir hüküm bulunmamaktadır. Yargıtay'a göre hekimin genellikle kabul edilen ve tıp biliminde uygulanması artık alışılmış bir hale gelen ilkeleri bilmek ve meslek kurallarına uygun bir şekilde davranma zorunluluğu vardır. Hekim teşhis koymadan önce tam bir anamnez almalı, hastayı doğrudan ve şahsen izleyerek ve sorular sorarak hastalığın nedenlerini araştırmalıdır. Ayrıca kendisinden beklenen röntgen, mikroskobik, kimyasal, histolojik araştırmalar gibi zorunlu araştırma önlemleri almalıdır. Şayet tereddüt varsa tereddüdü ortadan kaldıracak araştırmaları yapmalı koruyucu tedbirlere başvurmalıdır(6).

Tanı koymada gecikme, uygun ve gerekli tetkiklerin yapılmaması, güncel olmayan tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanması, tetkik sonuçlarına uygun davranışların yapılmaması yanlış tanı şeklinde ifade edilmektedir. Enfeksiyon, miyokard infarktüsü epidural hematom tanı hataları ciddi uygulama hatalarını beraberinde getirmektedir(31).

Hatalı tanı, yanlış ve yetersiz tedavi ile gereksiz ek tetkiklerin yapılmasına neden olabilmektedir. Laboratuvar testlerinin yanlış uygulanması veya yorumlanması da sık rastlanılan tıbbi hatalardandır(28). Ameliyat öncesinde, esnasında veya daha sonra yapılan tetkiklerde, tanı koyma sürecinde yapılan hatalar nedeni ile hasta zarar görebilir. Tanı koyma sürecinin gecikmesi, bilimsel olmayan, güncelliğini yitirmiş, eksik yöntemlerle hatalı tanı konulması veya tanı konulamaması, testin uygulanmasında yapılan hatalar sonucu hastaya zarar verilmesi bu kapsamdadır (13).

2.2.5.6. Tedavi Hataları

Her hastanın fizik ve ruhsal yapısı diğer hastalardan, her hastanın da hastalığı aynı mahiyetteki diğer hastalıklardan değişik özellikler taşır. Bu sebepten dolayı her

teşhis ve tedavide hekim niteliklerinin hepsini bilmediği bir yapıya, belirli bir tedavi usulünü uygularken bir deneye başlamaktadır. Fakat deneysel ameliyatları bu geniş anlamı ile kabul etmek yanlış sonuçlara götürebilir. Örneğin bütün tıbbi ameliyatlar bir deney olarak kabul edildiğinde, bunların her an uygulandıkları dikkate alınacak olursa hukuka uygun denilebilir. Tıbbi denemeleri uygulayan hekimin mutlak sorumsuzluğu kişi yönünden büyük facialarn meydana gelmesine sebep olacak, mutlak sorumluluğun kabulü de tıp biliminin gelişmesini engelleyecektir(5).

Hekim tanı ve tedavide kullanacağı yöntemleri seçmekte özgürdür. Ancak bu tanı ve tedavi yöntemler genel kabul görmüş yöntemlerle sınırlıdır. Kesin tartışmasız tanı ve tedavi yöntemini kullanmamasından doğan zararlardan hekim sorumlu tutulur. Hekimin tedavi kusurları tıp ilke ve kurallarıyla sınırlı değildir. Tedavi nedeniyle hastanın zarar görmemesi için durum ve koşulların gerektirdiği özeni göstermeli, riskli ve tehlikeli sonuçları önlemek için hastasını hastalığın gelişimini yakından izlemeli ve gerekli önlemleri almalıdır. Ayrıca tıbbi müdahaleler sırasında herhangi bir riskli durumu önleyecek araç ve gereçleri bulundurmalı ve gerektiğinde başka bir uzman hekimin yada hastanenin yardımını istemelidir (4).

Tedavi usulü veya cerrahi müdahalenin daha önceden incelenmiş olması, örneğin hayvanlar üzerinde uygulanmış olması laboratuvarda değerlendirilmesi gerekmektedir. Tedavinin uygulanacağı hastanın organizmasını ayrıntılarına kadar incelemek ve tedavinin olumsuz etkilerini önlemek için gerekli her türlü tedbiri almak zorunluluğu bulunmaktadır(5).

> Hekimin kusuru nedeniyle sorumlu olabilmesi için zararla kusurlu davranış arasında uygun nedensellik bağı olmalıdır. Hekimin tıbbi müdahalede tedavi kusuru hastalığın veya sakatlığın doğal gelişimini etkilemiş ve zararlı sonucun gerçekleşmesini önemli ölçüde arttırmış ise bu bağ kurulur. Hukuk uygulamalarında kusurun, zarar ve illiyet bağının kanıtlanması kural olarak kabul edilse de, özel durumlarda kusursuzluğun kanıtlanması hekime veya hastaneye yüklenebilmektedir. Zararlı sonucun ilk görünüşten hekimin kusurlu eylemi sonucu meydana geldiğinin hiçbir incelemeye gerek kalmadan anlaşıldığı; yanlış taraf ve organ ameliyatları, yanlış ilaç veya doz uygulanması gibi durumlarda hekim veya hastane kusursuzluğunu kanıtlamakla yükümlüdür (4).

Hekimin meydana gelen zararlı sonuçlardan sorumlu tutulacağı durumlar aşağıdaki gibi açıklanabilir;

- Eğer zorunlu olan koruyucu tedbirler alınmamışsa,

- Seçilmiş tedavi metodu tıp biliminin genellikle kabul edilen kurallarına aykırıysa,

- Hasta tedavi esnasında gereksiz olarak tehlikeye sokulmuş ve böylece "en güvenilir, en emin yolu tercih etme" prensibi ihlal edilmişse, hekim bu sebeplerle meydana gelen zarardan sorumlu tutulur (6).

Kırıkta tespit edilen organın kompartıman sendromu ve enfeksiyon nedeniyle ampütasyonu, ameliyat yerinin doğru belirlenmemesi, ameliyatta izlenmesi gereken dokuların izlenmemesi, ameliyat anında gazlı bez unutulması tedavide yapılan hatalar arasında yer almaktadır (31).

Tıbbi hataların içinde, transfüzyon hataları, cerrahi yaralanmalar, hastane enfeksiyonları, hastanın hastane içinde düşürülmesi, yanlış taraf cerrahileri ve kimlik hataları da önemli bir yer kaplamaktadır(13). Bu hataların nedeni birçok kez, hastaları korumaya yönelik sistemlerin yeteri kadar uygulanmamasıdır (25). Yanlış tedavi ile ilgili en çok genel cerrahi uzmanı hekimler ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekimler kusurlu bulunmaktadır (11).

2.2.5.7. Hatalı Karar

Hekim, hasta üzerinde gerekli teşhisi koyduktan sonra hastalığın tedavisi için en uygun yöntemi uygulamalıdır. En uygun tedavi yöntemi ise, hastalığın tedavisinde riski en az ve başarı şansı en fazla olan yöntemdir. Buna göre hekimin aynı başarıyı daha az riskle temin edebilecek geleneksel bir tedavi metodu uygulayabilecekken, daha fazla riski olan yeni bir yöntem seçme olanağı yoktur(3).

Uygulanacak tedavi yöntemi yapılacak teşhise göre belirleneceğinden, tedavinin başarısı ya da başarısızlığı üzerinde son derece etkilidir. Çünkü hekim tarafından teşhisin yanlış konulması halinde tedavi amacıyla kullanılan ilaç ve uygulanan tedavi yöntemi hastalığın üzerinde olumsuz etkiler gösterebilir. Buna bağlı olarak hastalık uzayabileceği gibi hastanın durumu kötüleşebilir. Hatta hastanın ölümüne bile neden olabilir (3).

Cerrahi dallarda ameliyat kararlarında yanlış yapmamak önemlidir. Dâhili bilimlerde ise özellikle ilaç seçimlerinde ve birden fazla ilaç kullanımda ilaç etkileşimleri açısından dikkatli olmak gerekir (26).

2.2.5.8. Girişim Hataları ve Teknik Hatalar

Tıbbi müdahale esnasında kullanılan her türlü tıbbi alet vücutta unutulma riski taşımaktadır. Cerrahi gazlı bezler vücut içerisinde en çok unutulan materyallerden biridir. Özellikle karında unutulan cerrahi materyaller barsak tıkanıklığı, peritonit, yapışıklıklar, apse oluşumu ve fistüller gibi birçok ameliyat sonrası sorunlara sebep olmaktadır (32).

Sistem yetersizliğine bağlı hatalar, sağlık hizmetinin sunumu sırasında sistemde ortaya çıkmakta olup saptanması oldukça güçtür. Kurumdaki fiziki donanım hataları, tıbbi aletlerdeki bozukluklar, ilaçların uygun olmayan ortamlarda saklanması ve depolanması bu hataların başlıca sebeplerini oluşturur(28). Ameliyat sırasında vücutta unutulan yabancı cisimlerle ilgili davalar açılabilmekte ve bu durum karşısında hekim mahkemede savunmasız bir duruma düşebilmektedir (26).

Hastaların hastaneye geldikten sonra gelişen ve başvuru anında inkübasyon döneminde olmayan veya hastanede gelişmesine rağmen bazen taburcu olduktan sonra ortaya çıkabilen enfeksiyonlar tıbbi hatalar kapsamında değerlendirilen hastane enfeksiyonları sayılmaktadır. Tıbbi hataların % 14’ ünü oluşturmakta ve bakım kalitesini gösteren en önemli ölçüt sayılmaktadır (28).

Tıbbi hatalar içinde ilaç kullanımına bağlı hataların önemli bir yeri vardır. Bu tür hatalar, hastanın uygun tedaviyi almamasından dolayı sorunlar oluşturması ve ilaçların sebep olduğu yan etkiler nedeniyle de ciddi sorun oluşturmaktadır (33).

Alerji bilgilerindeki yetersizlik, uygunsuz doz, atlanan doz, uygunsuz veriliş yolu, duplikasyon, ilaç etkileşimi, yanlış ilaç seçimi, yanlış tedavi süresi, yanlış veya eksik boy ve kilo, yanlış formülasyon, uygunsuz aralıkta ilaç verilmesi, ilaç verilmesinin tamamen unutulması, ilaç-besin etkileşimi, kısıtlanmış ilaç kullanımı, okunmayan ilaç orderı hastanelerde en sık yapılan hataların başında gelmektedir (25).

2.2.5.9. Terk Etme

Hekimin tek yanlı kararı ile hekim ile hasta arasındaki ilişkinin sona ermesi terk etme olarak adlandırılabilir. Terk etmeye örnek olarak nedeni olmadan hasta ile ilgilenmeyi reddetmek, hastayı ameliyat sırasında veya hemen sonra terk etmek, hastayı zamanından önce taburcu etmek veya hasta taburcu edilirken uygun talimatı vermemek,

sayılabilir. Ayrıca tıbbi özenin devam etmesinin gerekli olduğu durumlarda hekimin geçerli bir neden göstermeden veya yerine yeterli bir tıbbi bakım sağlayacak olan bir hekim bırakmadan, hekim hasta ilişkisinin kesilmesi de terk etme davranışı olarak görülmektedir (26).

2.2.5.10. Özen Eksikliği

Özen yükümlülüğünün bir sonucu olarak hekim, tıp bilimi ve uygulamasında genel kabul edilmiş kuralları bilmeli ve bunlara uygun hareket etmelidir. Ayrıca hekim, kendisini geliştirmekle de yükümlüdür. Kendisini geliştirmeyi bırakması ve yenilikleri takip etmemesi sebebiyle artık uygulanması terk edilen bir yöntemi bilgisizliği yüzünden uygulayarak hastasına zarar veren hekim bu zarardan sorumludur. Yeni tedavi yöntemini bilmediğini ileri sürerek sorumluluktan kaçamaz (3).

Dikkatsizlik ve tedbirsizlik dışında evrensel tıp değerlerini uygulamamak özen eksikliği olarak ifade edilebilir**.** Özen eksikliğine örnek olarak kanamalı, hipovolemik şoka eğilimli hastayı bekletmek, yakın izlem gerektiren hastayı gerekli zaman aralıklarında izlememek, eksik araştırma sonucu tanı hatasına neden olmak (20), hekimin sıcak yerde korunması gereken hastayı soğuk bir yerde bırakması, hastaya ağır dozda ilaç yazması gösterilebilir(5).

Tedavi sırasında ortaya çıkan ihmalkâr davranışların hekime yüklediği sorumluluklar özen ile ilgili hukuki sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Özen ile ilgili olarak hastalardan gelen şikâyetler genellikle hastaya gerekli dikkatin gösterilmediği, hastalığın doğru olarak teşhis edilmediği ve doğru tedavinin uygulanmadığı şeklindedir (26).

Ameliyat bölgesinde gazlı bez unutan, yanlışlıkla hasta organ yerine hasta olmayan bir organı alan, diş çekiminde diş kökünün bir parçasını çene kemiğinin içinde bırakan, toplardamar yerine atar damara ilaç enjekte eden, arındırılmamış aletler kullanan, çene cerrahı olan hekimin ameliyat ettiği hastanın çenesine röntgen ışınları uygularken hastanın yüzünde egzama benzeri sabit cilt ve adale bozukluklularına yol açan hekim, hiç şüphesiz özen yükümlülüğünü ihlal etmiş kabul edilir (3).

Kusur, kast ve ihmal olarak ikiye ayrılır (3). Hukuka aykırı sonucu istememekle birlikte, böyle bir sonucun meydana gelmemesi için hal ve şartların gerekli olan ihtimamın gösterilmemesine ihmal denmektedir. İhmal ağırlık derecesine göre ağır

ihmal ve hafif ihmal olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Ağır ihmal aynı şartlar altında bulunan makul her insanın alması gerekli en basit tedbirlerin alınmamasıdır. Buna karşılık ihmal derecesine ulaşmayan ihmale hafif ihmal denir (6). İhmalin ölçüsü objektiftir. Yanlış reçete yazan hekim, yardımcısının olmaması nedeniyle çok çalıştığından yorgun olduğunu veya depresyonda olduğunu ileri sürerek sorumluluktan kaçamaz. Ayrıca pratisyen bir hekimden uzman bir hekimin mesleki bilgi ve becerisi beklenemeyecek, pratisyen hekim orta seviyedeki bir pratisyen hekim ile karşılaştırılacaktır(3).

Hekimler açısından ihmal sayılabilecek kesin bir liste hazırlamak pek de mümkün değildir. Ancak en sık görülen ihmal örnekleri:

> Hastanın hastalığına rağmen tedaviye kabul edilmemesi, tedavi ve ameliyat için aydınlatılmış onamın alınmaması, radyoloji ve laboratuvar bulgularının değerlendirilmemesi, fark edilmeyen kemik kırıkları, göz içi veya yara içinde fark edilmeyen unutulan cisimler, akut abdominal bozuklukların geç tanısı, tanımlanmayan intrakraniyal kanamalar, myokard enfarktüsü gibi dâhili problemlerin tanısında aksama, ameliyat sahasında alet ve gazlı bez bırakılması, iyi onarılmayan el yaraları, flaster-diatermi-koter ile oluşan deri lezyonları, yanlış taraf ve organ ameliyatı, yeni doğan beyin harabiyeti, yanlış tip veya doz ilaç verilmesi, yanlış kan transfüzyonu, yanlış veya gereksiz anestezi verilmesi, hastayı bir uzmana ya da hastaneye göndermede ihmal, eksik tıbbi kayıt tutulmasıdır (4).

Kusur konusunda değinilmesi gereken bir diğer husus da, meslek kusurudur. Meslek kusuru genel kabul gören tanıma göre, tıp bilimi ve uygulamasında genellikle kabul edilen prensiplere dayanan tıbbi ihtimam yükümlülüğünün hekim tarafından kusurlu ihlali şeklinde ifade edilmektedir (3).

Dikkatsizlik, oksijen yerine karbondioksit verme, kişi için alerjik olduğu bilinen ilacı kullanma, laparoskopide basınç kontrolü olmaksızın batına gaz verme, kan gurubunu kontrol etmeden transfüzyon yapma, operasyon sırasında girişim alanında pens, makas, tampon gibi cisimlerin unutulması gibi bir tıbbi girişim sırasında yapılmaması gerekeni yapmaktır (20).

Hekimlerin istemeden, kasıtsız, ancak kusurlu hareketleri sonucu hastada oluşan zarar sebebiyle sorumlu tutulacakları yasa maddeleri, eski ve yeni TCK'da "Taksir" başlığı altında yer almaktadır (18). İcrai veya ihmali şekilde olabilen iradi hareketin varlığı ve kanunî tanımda yer alan unsurlardan birinin öngörülmemiş olması taksirli

suçların belirgin özelliğidir. Fakat bu öngörmemenin, "gerekli dikkat ve özen" yükümlülüğüne aykırı olarak ortaya çıkması gerekir(34).

Önlenebilir bir tehlikenin önlenmesinde yetersiz kalmaya, geç kalmaya, unutmaya tedbirsizlik denmektedir. Tedbirsizliğe örnek olarak kanama beklenen hastayı kan sağlamadan ameliyata almak, kirli bir batına dren koymayı unutmak, anaflaktik reaksiyon beklenen hasta için gerekli araç ve gereci hazırlamadan, önlemleri almadan hastaya alerjisi olduğu bilinen bir ilacı kullanmak gösterilebilir(20).

Meslekte acemilik, yetersizlikten söz edebilmek için hekimin öncelikle meslek veya sanatın icrası konusunda yetkili olması gerekir (5). Meslek ve sanatın esaslarını ve klasik bilgilerini öğrenmemek, temel beceriden yoksun olması meslekte yetersizlik ve acemilik anlamına gelmektedir. Bilinmesi gerekeni bilmemek sorumluluk getirmektedir. Hatalı entübasyon, fıtık ameliyatında femoral damarı yaralamak (20), tıbbın yararını kesinlikle onayladığı bir ilacı kullanmaması, ihtisası olmayan bir alanda müdahalede bulunmak meslekte acemilik ve yetersizliğe örnek gösterilebilir(5).

Dikkat özen eksikliği kusuru genel cerrahi uzmanı hekimler için % 33, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekimler için ise % 22 olarak açıklanmıştır (11). TCK'nun 257. Maddesine göre görevinin gereklerini yapmakta ihmal veya gecikme göstererek, kişilerin mağduriyetine veya kamunun zararına sebep olan ya da kişilere haksız bir kazanç sağlayan kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılmaktadır (12).

2.3. Hekimler İçin Mali Sorumluluk Sigortası ve Özellikleri

Bu bölümde, araştırmanın esas konusu olan, sağlık sektöründe uygulanan mali sorumluluk sigortası konusu ele alınmıştır. Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası'nın genel şartları itibariyle, sigortanın konusu, kapsamı, süresi, limiti, tarife ve talimatları, coğrafi sınırı, teminat dışında kalan haller, sigortanın başlangıcı ve sonu, zarar ve tazminat, rizikonun gerçekleşmesi, giderlerin ödenmesi, rizikoya ilişkin olarak sigorta ettiren ve sigortacının yükümlülükleri, tazminata ilişkin avans, halafiyet ve doğrudan dava hakkı gibi konulara değinilecektir.

Çeşitli hükümler kapsamında ise; Sigorta priminin ödenmesi ve sigortacının sorumluluğunun başlaması, sigortalı ve sigorta ettirenin sözleşme yapıldığı sırada beyan yükümlülüğü, sözleşmenin devamı sırasındaki beyan yükümlülüğü ve sigorta ettirenin

ve sigortalının durumu, tebliğ, ihbar ve sigorta sözleşmesinin son bulması, özel fesih nedenleri, ticari ve mesleki sırların gizli tutulması, zaman aşımı ve özel şartlar gibi konulara değinilecek ve diğer ülkelerde mali sorumluluk sigortası uygulama örnekleri incelenecektir.

Sorumluluk, bir kişiye başvurulabilmesi veya ona yaptırım uygulanması iken; sorumluluk sigortası ise sigortalının, kendi sorumluluk riskini, ödeyeceği prim karşılığında sigortacıya devretmesi anlamına gelmektedir. Bu suretle sigortalının üçüncü kişilere vereceği zararlardan doğan sorumluluğunun, ekonomik sonuçlarına karşı sigorta himayesi sağlanmakta ve üçüncü kişilerin zararlarını sigorta sözleşmesinde kararlaştırılan bedellere kadar sigorta şirketi karşılamaktadır (3).

Hekimin sorumluluğu hakkı bakımından ortak bir hukuk uygulaması arayışı çok öncelere dayanmaktadır. Tıbbi sorumluluk ve hekim hukukun bütünlüğü pilot bir proje olarak 5-6 Aralık 1981 yılında Göttingen'de ayrıntılı biçimde görüşülmüştür. Avrupa birliğine henüz üye olmayan İsveç, Norveç dışında Amerika ve Türkiye'nin de bulunması istenmiş, ortak çözüm yolları aranmış, değişik modeller masaya yatırılmıştır (10).

Sorumluluk Sigortaları; küçük, orta veya büyük ölçekli tüm işletmelerin ihtiyaç duyduğu ve karmaşık sorumluluklar ve risklerin güvence altına alınabildiği çok önemli sigorta çeşididir (35). Bu tip sigortalarda, sigorta ilişkisi ve bu ilişkiden doğan sigortalılık sıfatı, çoğunlukla teknolojik gelişme, şehirleşme gibi nedenler göz önünde bulundurularak, üçüncü kişilerin zarara uğrama ihtimalini ortaya çıkaran tehlikelerin önüne geçmek için yürürlüğe konulan açık bir kanun hükmünden kaynaklanır (36).

İlk uygulanmaya başlandığı dönemlerde sorumluluk sigortaları, sigortalının başkasına vereceği zararlar sigorta himayesine alındığından, bu durumun sigortalıyı daha az dikkatli davranmaya iteceği gerekçesiyle eleştirilmiş ve ahlaka aykırı olduğu söylenmiştir. Ancak sorumluluk sigortasında, sigortalının korunduğu kadar mali yönden zarar gören üçüncü kişinin de korunması, zarar görenin zararının ekonomik bakımdan güçlü olan sigortacı tarafından karşılanması sebebiyle topluma sağladığı yarar ve günümüzde artan büyük rizikolar, kusursuz sorumluluk anlayışı yapılan eleştirilere rağmen sorumluluk sigortasının gelişiminin önüne geçememiştir (3).

Her geçen gün büyüyen ve ekonomik sistemde önemli bir yere sahip olan dinamik bir olgu olan mali sorumluluk, sürekli gelişen ve değişen bilgi sistemleri ile

teknolojik ilerlemeler sonucunda daha karmaşık bir hale gelmiştir. Mali sorumluluk kavramı her meslek grubu için farklı özellikler taşır. Her meslek grubu kendilerine ait uymaları gereken standartları oluşturur. Bu standartların dışına çıkılması halinde zarar söz konusu olur. Zararın oluşmasıyla davalar ve tazminatlar meydana gelir(2).

Türk hukukunda mali sorumluluk sigortası, "Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları" kapsamındadır. Sigortaya ait değerlendirmeler ve sigortanın uygulanması bu genel şartlara göre yapılmaktadır. Ayrıca sigorta şirketleri her meslek için ayrı özel şartlar oluşturabilirler(2).

Sorumluluk sigortalarında riziko, sigortalının sorumluluğuna dayanılarak edilen tazminat talebidir(3). Hekimlerin ve sağlık kuruluşlarının yaptıkları işler, hastaların, yakınları ve kendileri içinde risk taşır. Sigorta ana düşünce olarak kendi kendine yardım düşüncesine dayanıyorsa da bu yardım belli tehlikeler karşısında toplumu bir araya getirmektedir(9). Zira hekimin yapacağı hatanın sonuçları hastanın vücut bütünlüğü üzerinde etki göstereceğinden, en ufak bir hatası hastanın hayatına mal olabileceği gibi söz konusu hata nedeniyle hekimin ödemek zorunda kalacağı tazminat miktarı da çok büyük olabilmektedir. Yapılan işin rizikolarının yanı sıra hekimin bir de tazminat talepleri ile karşı karşıya kalma ihtimali hekimlik mesleğinin zorluklarını gözler önüne sermektedir (3).

Tıbbi uygulama hatalarının azaltılması ve sonuçlarının tazmin edilebilmesi iyi bir risk yönetimine bağlıdır. Risk kontrolü kayıpların önlenmesi ve etkilerinin azaltılmasıyla ilgili olup risk yönetiminin ilk parçasıdır. Risk finansmanı ise, önlenemeyen kayıpların yol açtığı zararın tazminatını kapsamaktadır. Hekim mali sorumluluk sigortalarının amacı bu kayıpların tazminini sağlayarak hekimin finansal açıdan zor duruma düşmesini engellemektir (17).

Türk hukuk sisteminde birçok yasa ve yönetmelikte hekimlerin mesleki faaliyetlerini düzenleyen maddeler olmasına rağmen hekimlerin hukuki sorumluluklarını düzenleyen özel hükümler yoktur(16).

1971 yılında özel bir hastane, bünyesinde gerçekleştirilen tıbbi girişimlerden doğabilecek sorumluluğu için sorumluluk sigortası yaptırır. Yaptırılan bu sigorta, aynı zamanda bünyesinde çalışan hekimlerin çalışmaları sırasında doğabilecek sorumluluklarını teminat altına aldığı için ilk mali sorumluluk sigortası olarak kabul edilmektedir (37).

Halk arasında Malpraktis Yasası olarak bilinen "Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanun Tasarısı"nın amacı;

> Sağlık personelinin koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici standart tıbbi uygulamayı yapmaması, mesleki bilgi ve beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zararlar ile ilgili sorumluluğa ilişkin usul ve esaslar, bu zararları önleyici ve sağlık hizmetlerini geliştirici mekanizmaları düzenlemektir." (16).

Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları Tebliği ve Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları Hekim Malii Sorumluluk Sigortası Klozu Tebliğinde hekimlere ve sağlık personeline mesleki faaliyetlerini gerçekleştirirken neden oldukları zararlar dolayısıyla ödemek zorunda kaldıkları veya kalacakları tazminat tutarlarına ait hükümler bulunmaktadır(16).

Zorunlu sigorta, sosyal fayda ve güvenlik tesisi, belli bir rizikoya maruz kalanların ve milli servetin korunması gibi çok farklı amaçlarla yapılabilmektedir.

Kanunen sigorta sözleşmesi yapma zorunluluğunun bulunması, sosyal amaçlarla yapılması, yaptırılmaması halinde çeşitli yaptırımların uygulanması zorunlu sigortaların başlıca özellikleri arasında yer almaktadır (37).

Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları, bütün meslekler için geçerli şartlar olması sebebiyle, değişik meslek grupları için gerekli olan özel düzenlemelerin yer aldığı "kloz"lar düzenlenmiş ve genel şartların eki niteliğindeki klozların, genel şartlara göre farklı hükümler içerebileceği belirtilmiştir. Hekim mali sorumluluk sigortası için de Hekim Mali Sorumluluk Sigortası Klozu yayınlanmıştır (3).

2006 yılının sonundan itibaren hekimlerin isteğine bağlı olarak bir kısım sigorta şirketleri tarafından hekim mali sorumluluk sigortası poliçeleri hazırlanmıştır. 30 Ocak 2010 tarihinde 5947 nolu "Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun"un 12. ek maddesi yürürlüğe konulmuştur (38).

Bu ek madde göre son yıllık dönemin başlangıcı 30 Temmuz 2009'u geçmemek kaydıyla serbest ya da kamu veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimler, diş hekimleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanların; poliçede belirtilen süresi içindeki mesleki faaliyeti nedeniyle verdiği zararlardan dolayı;

- Sözleşme süresi içinde kendisine yapılan tazminat istemleri,
- Bu istemle ilgili yargılama giderleri,
- Hükmolunacak faize karşı, poliçede belirlenen limitler

Dâhilinde teminat sağlamaktadır (39).

Hekim mali sorumluluk sigortasının zorunlu sigorta olması, malvarlığı sigortası olması, zarar sigortası olması ve pasifin sigortası olması temel özellikleri arasında yer alır. Hekim mali sorumluluk sigortası ile hekimin malvarlığına yönelik tazminat talepleri sigorta himayesi altına alındığından, hekim mali sorumluluk sigortası, sigortalanan riskin konusu açısından yapılan bu ayrımda malvarlığı sigortası türü içerisinde yer bulmaktadır (3)

Mali sorumluluk sigortası sözleşmesi iki tarafa borç yükleyen başak bir ifadeyle hem sigortacı hem sigorta ettiren, alacaklı ve aynı zamanda borçlu olan bir anlaşmadır. Bu sözleşmede, sigorta ettirenin yükümlülüğü prim ödemek, sigortacının yükümlülüğü ise riziko gerçekleştiğinde sigorta tazminatını karşılamaktır (2).

Hekimin mali sorumluluğu sigortası, pasif bir sigortadır. Başka bir anlatımla bu sigorta ile ileride ortaya çıkması muhtemel zararlar yani pasifler teminat altındadır (30).

Kamu kuruluşunda görev yapan hekimin görevi nedeniyle ortaya çıkan tıbbi uygulama hatalarını çalıştığı kamu sağlık kuruluşu karşılayacaktır. Ancak Devletin tazminat yükümlülüğü bazı şartlara bağlıdır. Bu şartlar aşağıda verilmiştir;

- Zarar, hekim kamu kuruluşunda görevde iken ortaya çıkmış olmalıdır. Zira kişisel kusuru ile meydana gelen zarardan yönetimin sorumluluğu yoktur. Devlet Memurları Kanununa göre hizmet kusuru ile üçüncü kişilere zarar veren hekim hakkında dava açılması önlenmiştir. Bu kanuna göre kamu kurumu aleyhine açılan tazminat davasının aleyhte sonuçlanması halinde kurum memur hekimin neden olduğu zarar kişisel kusurundan kaynaklanmadığı sürece ödediği zararı hekimden isteyemez.

- Zarar, memur hekimin görevini yaptığı esnada meydan gelmiş olmalıdır. Hekimin kamu görevini yaparken, "yetki aşımı" varsa, keyfi işlem ve davranışlar

söz konusu ise bunların hizmetle bağdaşması mümkün olamayacağından, hekimin kişisel sorumluluğu olarak kabul edilir (23).

Sigortacı, belirli bir prim karşılığında sigorta sözleşmesinde öngörülen rizikoyu üzerine alan kişi olarak tanımlanabilir. Sigortacılığın ekonomik alandaki önemi ve belirli bir organizasyonu gerektirmesi sebebiyle, sigorta sözleşmesi yapabilecek kişiler sınırlandırılmıştır. Ayrıca çalışma ve denetimleri bakımından özel kurallara tabidirler. Hekim mali sorumluluk sigortasında, sigortacının karşısında yer alan kişi, yani sigorta sözleşmesini sigortacı ile akdeden kişi "sigorta ettiren"dir. Sigorta ettiren, bütün sigorta türlerinde sigorta sözleşmesinin diğer tarafı olan ve prim ödemek suretiyle rizikoyu sigorta şirketine devreden ve bunun karşılığında bu sözleşmeden doğan görevleri üzerine alan kişidir. Sigorta himayesinden yararlanan kişiye ise "sigortalı" adı verilmektedir (3).

Uzun yıllardır tartışılan ve uygulamaya girerek zorunlu hale getirilen mali sorumluluk sigortası, hem hekimler hem de sigortacılar tarafından tepki görmüştür. Sigortacılar, belirlenen prim miktarıyla, 300.000 TL olarak belirlenen tazminat limitinin olay başına olması ve yıllık azami bir limit getirilmemesi, primlerin sadece hekimin uzmanlık alanı gözetilerek belirlenmiş olması, hekimlerin çalıştıkları kurum ve üstlendikleri sorumluluğun primlerin belirlenmesinde göz önüne alınmaması sebebiyle yapılan düzenlemeye tepki göstermektedirler. Hekimler ise getirilen zorunlu sigortayla kendilerine karşı açılan davaların sayısının artacağını ve sigorta uygulamasıyla sağlık hizmetlerinin daha pahalı hale geleceğini belirterek yapılan düzenlemeye tepki vermektedirler (3).

2.3.1.Sigortanın Konusu ve Kapsamı

Mali sorumluluk sigortası, hekim ve diğer sağlık çalışanlarının hastalara olan tıbbi davranışlarının neticesinde ortaya çıkan sorumluluk taleplerini kapsamaktadır. Genellikle kamu hastanelerinden daha çok özel hastanelerin tercih ettiği bir sigorta şekli olan hastane sorumluluk sigortası da sık olmamakla beraber uygulanmaktadır. Bu sigorta herhangi bir tıbbi uygulama esnasında hastanenin mevcut şartlarından kaynaklanan bir sorun olasılığına karşı yapılır. Bu durumda hastanenin sorumluluğu sigortalanmıştır ve hastaneye karşı açılacak tazminat davalarına karşı teminat söz konusudur (2).

Hekim mali sorumluluk sigortasında sigorta himayesi, sadece sigortalı hekimin, poliçede belirtilen mesleki faaliyeti gerçekleştirirken doğan zarar taleplerini kapsamaktadır. Hekimlik mesleğini icraya yetkili bir hekim tarafından yapılan müdahalenin tıbbi sayılabilmesi için, müdahalenin tedavi amacına yönelik olması gerekmektedir (3).

ZMSS, sadece hekimin meslek faaliyetlerinden doğrudan zarar görmüş olan kişilerin taleplerini değil hekimin çalıştığı kamusal ve özel tıp kurumunun hekime yönelteceği rücu talepleri bakımından da koruma sağlar (40).

Mali sorumluluk sigortasının konusunu;

> Serbest ya da kamu veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanların poliçede belirtilen mesleki hizmetlerini yerine getirirken sözleşme tarihinden önceki on yıllık dönemdeki veya sözleşme süresi içinde mesleki faaliyeti sebebiyle verdiği zararlara bağlı olarak kendisine yapılan tazminat taleplerine, bu taleple bağlantılı olarak yargılama giderleri ve hükmolunacak faize ve sigortalı aleyhine ileri sürülen tazminat talebine ilişkin poliçede belirtilen teminat limitine göre sigorta edilmesi (41) oluşturmaktadır.

Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin ZMSS Tarife ve Talimatı 21. 07. 2010 tarihli ve 27648 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmış ve uygulamanın 30. 07. 2010 tarihinden geçerli olacağı ifade edilmiştir. Aynı Resmi Gazete'de, Tıbbi Uygulamaya İlişkin Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ'de, bu sigortanın kapsamını, primi kimin ödeyeceğine dair açıklamalar bulunmaktadır. Sigorta zorunluluğu kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimleri, diş hekimlerini, tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanları ve özel sektörde çalışan ve kendi muayenehanesi olan tüm hekimleri kapsamaktadır (10).

Uzmanlık öğrencileri de devam ettikleri uzmanlık eğitimleri süresince, eğitimlerini bitirdiklerinde elde edecekleri uzmanlık dalı unvanına göre risk grubuna dâhil edilerek sigortalanırlar (35). Estetik ameliyatlar ile tedaviyi amaçlamayan salt bilimsel araştırma faaliyetlerinin "tıbbi müdahale" kapsamı dışında olduğu ve bu faaliyetler dolayısıyla bu alanda çalışan hekime karşı ileri sürülen tazminat taleplerinin aksi çıkmadıkça sigorta himayesinden yararlanamamaktadır. Aksi öngörülmedikçe, faaliyetleri doğrudan teşhis ve tedaviye yönelik olmayan estetik cerrahlar ile salt bilimsel araştırma yapan hekimler kapsam dışındadır (30).

Sigortanın ana görevi zararı ekonomik açıdan minimize etmektir. Kişiler tek başına karşılayamadıkları zararı bir organizasyon aracılıyla paylaşmış olurlar. Bu organizasyon, sigorta şirketi, sigorta ettiren ve sigorta sözleşmesinden oluşmaktadır. Sigorta hiçbir zaman sigortalının kasıtlı olarak verdiği zarar sonucu meydana gelen tazminatı ödememektedir (9).

Sigortayı yaptırmakla yükümlü olan kişi ve sigortalı her zaman aynı olmayabilir. Özel kurumlarda görev yapan hekimler için sigorta kurumlar tarafından yaptırılır. Uygulama esnasında genel şartlar talep esaslı olarak bilinen tekniğe uygun halde düzenlenmiştir. Bu düzenlemeye göre sadece sigortalıya sigorta süresi içinde ileri sürülen talepler sigorta koruması altına alınır. Talep esaslı sigortalarda tazminat talebinin sigortalı hekime karşı ileri sürülmesine ilaveten sigorta süresi içinde sigortacıya ulaştırılmış olması da gerekmektedir. Genel şartlar zarar görenin talebinin sigorta süresi içinde sigortacıya bildirilmiş olmasına ilişkin her hangi bir bilgiye yer vermemektedir. Aksine sigortalıya yapılan talebi yeterli görmektedir (40).

Bir aydan fazla sigortasız kalınan dönemlerde ortaya çıkan olaylara bağlı olarak sigortalı dönemlerde yapılan ihbarlar için sigorta koruması bulunmamaktadır(41). Ancak sigortacı sigorta süreleri içinde ileri sürülmek şartıyla hekimin önceki on yıllık dönem içindeki meslek etkinliklerinden kaynaklanan zararlarla ilgili tazminat talebini karşılayabilir. Sigortalının meslek etkinliğine son vermesi halinde sadece son sigorta dönemi içindeki faaliyetler için iki yıl koruma vardır. Hekim mali sorumluluk sigortalarında riziko, tazminat talebinin ileri sürüldüğü anda yani sigorta süresi içinde gerçekleşir. Dolayısıyla bu sigorta tam anlamıyla geçmişe etkili bir sigorta değildir(40).

Sigortacının değişmiş olması durumunda, aynı tazminat talebi hem önceki hem de sonraki sigortacının sorumluluğuna dâhil değil yalnızca sonraki sigortacının poliçesinden ödeme yapılmaktadır. Örneğin, 2012 yılı başlarında sigortacı değişmişse, 2010 yılındaki bir olayla ilgili 2012'de ileri sürülen tazminat talebi yeni sigortacının yükümlülüğündedir (40).

Özel şartlar bakımından poliçede yer alan hükümlerin olumsuzlukları; mali sorumluluk sigortası şartlarında uzlaşma, arabuluculuk gibi dava dışı yollar önemsenmemiştir. Sözleşmede yer aldığında ise tüm işlemleri yapmakla sigorta şirketi kendini yetkilendirmiş, hekimin iradesi ve istemleri göz önünde bulundurulmamıştır (17).

2.3.1.1.Teminat Kapsamının Süresi

Sigortalıya bir yıllık sözleşme süresi içinde veya sözleşme döneminden önceki 10 yıllık dönemde yapılan tıbbi uygulamalarla ilgili tazminat taleplerine karşı teminat verilmiştir. Ancak bu on yıllık sürenin başlangıcı 30 Temmuz 2009 tarihidir(39). Sigorta korumasının hangi süre boyunca hüküm ifade edeceği, tarafların anlaşmasına bağlıdır. Sigortacı ile sigorta ettiren, ihtiyaçları göz önünde bulundurarak bu sürenin uzunluğunu belirleyebilirler (3).

Rizikonun gerçekleşmesi sonucu meydana gelen zararların karşılanabileceği sürenin belirlenmesi iki şekilde yapılmaktadır. Birincisi tarafların anlaşmasına göre, poliçe vadesinde yapılır. İkincisi ise geçmişe dönük bir yıl süreyle meydana gelebilecek olan olaylara karşı yapılmaktadır. Bu tarihten önce meydana gelen olaylar, bildirim bu sürelerde yapılsa bile teminat kapsamında değildir(2).

Bazen zarar verici olay sigorta sözleşmesi süresi içerisinde gerçekleşmiş olsa bile olayın zararlı sonuçlarının ortaya çıkması gecikebileceği gibi, zarar görenin hemen tazminat talebinde bulunmaması da söz konusu olabilir. Ancak hekim mali sorumluluk sigortasında taraflar, Genel Şartların A.1 maddesinin (a) bendinde belirtilen poliçeyi seçmeleri durumunda sigortalı hekim, sözleşme süresi içerisinde meydana gelen zarar verici olay sonucu doğan ve sorumluluk hükümleri gereğince tazmini sözleşme süresi içerisinde veya sonrasında talep edilen zararlara karşı sigorta güvencesinden yararlanabilmektedir(3).

Sigortalı hekim, sorumluluk sigortası yaptırmadan önceki dönemde meydana gelen zararlarla ilgili taleplerle karşılaşabilmektedir. Bu durumda sözleşme kurulurken sigorta ettirenin, Genel Şartların A.1 maddesinin (b) bendinde uyarınca düzenlenmiş bulunan poliçeyi tercih etmesi halinde, sigorta sözleşmesinin kurulmasından belirli bir süre önce veya sözleşme yürürlükteyken meydana gelen olaylardan kaynaklanan tazminat taleplerinin, sözleşme süresi içerisinde ileri sürülmesi şartıyla sigortalı, bu tazminat taleplerine karşı sigorta himayesinden yararlanabilmektedir (3).

Teminat kapsamının süresi geriye dönüş tarihi ve uzatılmış bildirim süresi olarak incelenebilir. Sigorta sözleşmesinden doğan tüm hakların geçerlilik süresi 2 yıldır. Yalnız her sigorta şirketini özel koşulları farklı olabilir (8). Örneğin, Anadolu Sigorta Şirketi ile Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği arasında yapılan mali sorumluluk sigorta poliçesine göre, geriye dönüş tarihi yeni düzenlenen poliçelerde

sigortalı hekimin poliçe kapsamına dâhil edildiği tarihten 3 yıl öncesi ara vermeden yenilenen poliçelerde ise ilk düzenlenen poliçe tarihi geriye dönüş tarihi olarak kabul edilmiştir. Bu durumda yeni poliçe 4 yıl, aralıksız yenilenen poliçe ise sigortalı olunan yıla ek bir yılı içermektedir(41).

Ayrıca uzatılmış bildirim süresi, geriye dönüş tarihinden sonra veya poliçe süresi içinde gerçekleşmiş bir olay sebebiyle sigorta süresinin sona ermesini izleyen 5 yıl içinde yapılacak tazminat talepleri teminat dâhilindedir. Sigortalının poliçe süresi içinde emekli olması ve ya iş göremez hale gelmesi sebebiyle mesleğini bırakması halinde uzatılmış bildirim süresi 10 yıldır (41).

2.3.1.2.Limit Aşımı

Sigorta uygulamasında rizikoyu hesaplanabilir bir sınır içerisinde tutmak, sigortacının ödeme kabiliyetini yitirmemesi amacıyla poliçelerde sigortalıya sınırsız himaye sağlanmamaktadır (3).

Sorumluluk sigortası bir meblağ sigortası niteliğinde olmadığından, üçüncü kişilerin maruz kaldıkları gerçek zararın giderilmesi amacını taşımaktadır. Dolayısı ile bu tür sigorta poliçelerinde sigorta bedeli sigortacının sorumlu olduğu en yüksek miktarı belirlemektedir (30).

Teminat limiti iki şekilde belirlenmektedir. Bunlar olay başına ya da yıllık toplam limit şeklindedir. Sigortalı ikisinden birine karar verir. Poliçede teminatın sınırları belirtilir. Tazminat miktarı poliçede belirlenen olay başına ya da yıllık en yüksek tazminat limitini aşamaz. Olay başına ödenecek ve poliçe süresi boyunca ödenecek toplam tutarlar sınırlıdır. Sigorta yaptıran kişinin ödediği primle belirlenecek olan, poliçede belirtilen tazminat miktarının üstünde ödeme söz konusu olamaz. Hukuksal süreç sonunda sigortalı bu miktarın üstünde bir ödemeyle karşılaşması halinde aradaki farkı kendi ödemek zorundadır (2).

Sigortacının tek taraflı takdir hakkını kullanarak tazminat talebinin mahkeme kararı ile sonuçlanmasını beklemesi durumunda, talep edilen tutar poliçedeki sigorta limitinden az ise mahkeme kararı ile hükmolunan tutar poliçede yazılı limiti aşsa bile sigortacı bu tutarın tamamından sorumlu olmaktadır. Eğer talep edilen tutar poliçedeki sigorta limitinden fazla ise sigortacı mahkeme kararı ile hükmolunan tutara poliçe limitinin ilk talep edilen tutara olan oranı kadar ödeme yapacaktır. Örneğin, dava başına

limit 500.000, talep edilen tazminat 625.000, yargı süreci 5 yıldan fazla ve yasal faizleri ile birlikte hükmolunan tutar 900.000 olsun. Bu durumda sigortacının ödeyeceği tazminat, hükmolunan tutarın % 80'i olan 720.000 TL olmaktadır (41).

Türkiye Cumhuriyeti dışında yapılan mesleki faaliyetler sonucu oluşacak zarar sebebiyle ortaya çıkan istemlerin sadece % 5'inin karşılanır olması da teminatın sınırlarından biridir. Hekim gezi amaçlı, görevli olarak ya da bir eğitim toplantısına katılmak için yurt dışına çıktığında görevinin getirdiği zorunluluk ve sorumluluktan dolayı bir hastaya müdahalede bulunabilir. Bu müdahale sonucunda olumsuz bir durum olması halinde oluşabilecek tazminat miktarının çok az kısmı ödenmektedir(2).

Eğer bir önceki yıl ya da bir önceki sözleşme süresi içinde herhangi bir tazminat ödemesi yapılmamışsa sonraki sigorta sözleşmesinde bir üst basamağa göre prim indirimi oranı uygulanmaktadır. Şayet söz konusu sürelerde tazminat ödenmişse, sonraki sözleşme süresi içinde tazminat ödeme sayısı kadar aşağı basamak tarife uygulanmaktadır. Üç ve daha fazla tazminat ödemesi için en yüksek zamlı prim % 50' oranındadır. Tazminat ödenme yılı üç yıldan az ise en yüksek indirim % 20 olarak uygulanacaktır(35).

2.3.1.3.Manevi Tazminat Talepleri ve Yargı Giderleri

Manevi tazminat talepleri ve yargı giderleri mali sorumluluk sigortası genel şartlar başlığı altında yer almaktadır (41). Önceden sigortacıdan yazılı izin alınarak, avukatlık ücretleri, tüm yasal masraflar ve yasal süreç sonucunda oluşacak yasal faizler de dâhil olmak üzere, en yüksek teminat limitini aşmayacak şekilde tazminat karşılanmalıdır. Sigortalının alanında deneyimli ve yüksek ücretle görev yapan bir avukat tercih etmesi halinde sigorta bu giderin sınırlı bir kısmını ödeyecektir. Bu durumda geri kalanını sigortalı kendisi ödemek zorundadır (2).

Zarar görenin tazminat talebinin sonuçsuz kalmasına yönelik olarak yapılan masraflara hukuksal koruma masrafları adı verilmektedir. Yargılama dışı masraflar, ceza yargılaması masrafları, sigortacının zarar görene tazminat ödenmesinde gecikmeye sebep olması halinde işleyecek faizler, teminat gösterilmesi veya tevdi yoluyla cebri icranın geri bıraktırması mümkün ise teminat veya tevdi için gerekli giderlerin karşılanması yargılama masrafları dâhilindedir (41). Başka bir anlatımla yargılama masrafları; yargı harçları, karşı taraf lehine hükmedilen vekâlet ücreti, bilirkişi ücreti

gibi yargılama faaliyetlerinden doğan ve sigortalıya yüklenen masraflardan oluşmaktadır(40).

Sigortalının almış olduğu görüşler, avukatlık hizmetleri ve laboratuvar incelemesi gibi sigortalının aleyhindeki talebi sonuçsuz bırakmak amacıyla yapılmış olan harcamalar yargılama dışı masraflar olarak adlandırılmaktadır. Ceza yargılaması ve yönetsel soruşturma ile ilgili savunma masrafları hukuksal koruma gideri kapsamındadır. Sigortacının sigortalı tarafından ödenmesi gereken tazminatı ödemeyi geciktirmesi nedeniyle uygulanacak faiz de hukuksal koruma gideri sayılmaktadır. Sigortacının, uzun yıllara yayılan faiz yüzünden yüksek olan faturayı her hangi bir kusuru olmasa bile ödeme zorunluluğu vardır(40).

Ayrıca sigortalının malvarlığının sorumluluktan kaynaklanan olumsuz durumlara karşı korunması, tazminat talebinin kesin bir yargı kararıyla sonuçlanması öncesinde ihtiyati tedbir veya ihtiyati haciz uygulanmasının söz konusu olması halinde, teminat gösterilerek bu tedbir veya haczin kaldırılmasını da kapsamaktadır. Sigortacı teminat için gereken masrafı karşılamakla yükümlüdür (40).

2.3.1.4.Teminat Kapsamı Özel Şartları

Sigortalının özel ve resmi kuruluşlarda yürüttüğü mesleki faaliyetlerin tümü, görevlendirilmiş hekimlerin zorunlu olarak yerine getirdikleri acil nöbetleri sırasındaki tıbbı faaliyeti, ambulansta verilen tıbbı hizmetler, sigortalı hekimin uzmanlık alanında aldığı üst uzmanlık ve yan dallar dâhilinde yapılan mesleki faaliyetler, ilgili mevzuata aykırı olmamak kaydıyla iş yeri hekimi olarak yürütülen tıbbı tedavi faaliyetleri, genetik mühendisliği ve genetik tıp uygulamaları ile doku nakli uygulamalarından kaynaklanan tazminat talepleri teminat kapsamı özel şartlar kapsamındadır(41).

Ayrıca hastanın onamı ve üniversite hastaneleri, eğitim araştırma hastaneleri ve ilgili bakanlığın etik kurullarının kararı ile gerçekleştirilen deney ve klinik çalışmalara yönelik araştırmalardan dolayı sigortalı hekime düşecek hukuki sorumluluklar ile genetik bozukluklar ve doğuma bağlı deformiteler sebebiyle yapılan tıbbi uygulamalardan doğabilecek tazminat talepleri teminat kapsamında kabul edilebilir. Bu özel şartlardan bazıları taraflarca yapılan poliçelerde teminat dışında kalabilmektedir (41).

2.3.1.5.ZMSS Tarife ve Talimatı

Mesleki dallara göre oluşan riskler de farklılıklar göstermektedir. Bir kadın doğum uzmanı ile bir fizik tedavi uzmanı aynı riski doğal olarak taşımaz. Bu sebeple her hekimin taşıdığı riske göre, ödeyeceği prim de farklı olacaktır. Sigorta şirketinde bu primleri hesaplamakla görevlendirilen aktüerler **y**ani istatistik ve risk hesap uzmanları bulunur. Aktüerler sadece risklere göre değil işletme, finans ve muhasebe ile de ilgili hesaplara göre de prim hesaplamaktadırlar. Primleri hesaplarken, aktüerler hekimler için yeterli, aynı zamanda kurallara uygun ve adaletli oranlar çıkarmakla yükümlüdürler. Tüm kayıplar hesaplanırken hekimin bulunduğu ve kayıp olayının gerçekleştiği coğrafi bölgenin kapsamı da dikkate alınmaktadır. Kısaca hekimin branşı ile ilgili karşılaşabileceği birçok olay dikkate alınarak prim oranları hesaplanmaktadır (2).

Tablo 3. MSS kapsamında risk gurubuna göre prim miktarları(13).

Risk Grubu	Prim Miktarı (TL. Bazında)
1.Grup	150
2.Grup	300
3.Grup	500
4.Grup	750

Resmi Gazete'de 21.07.2010 tarihli ve 27648 sayı ile yayınlanan ZMSS tarife ve Talimatı 30.07.2010 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında 95 ayrı uzmanlık dalı için 4 risk grubu belirlenmiş ve ödenecek primler bu risk grubu derecesine göre 150–750 TL arasında kabul edilmiştir. Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Tarife ve Talimatı koşulları, ilgili bakanlık ve tüm sigorta şirketlerini temsil eden Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği'nin ortak kararı ile tespit edilmiştir(42).

Tablo 4. Basamak esasına göre prim indirimi ve prim artırımı (3).

Basamak	İndirimli Prim	Zamlı Prim
7	% 20	
6	% 15	
5	% 10	
4	-	
3		% 15
2		% 30
1		% 50

Yukarıdaki Tablo 5'de risk gruplarına göre belirtilen prim miktarları 4. basamak prim miktarı olarak kabul edilerek, bir önceki yıl ya da bir önceki sözleşme süresi içerisinde herhangi bir tazminat ödemesi yapılmaması durumunda, sonraki sigorta sözleşmesinde uygulanacak prim indirimi oranı bir üst basamağa göre yapılacaktır. Örneğin, 2. risk grubunda kabul edilen aile hekimi ilk yıl 300 TL sigorta primi ödeyecektir. Ancak ilk yıl herhangi bir tazminat ödemesi yapılmaması halinde bir üst basamak olan 5. basamağa göre % 10 indirimli olarak prim miktarı tespit edilecektir. Dolayısıyla ikinci yıl 270 TL prim ödeyecektir. Üç veya daha fazla yıl tazminat ödenmemesi durumunda en yüksek indirim oranı % 20 olarak belirlenmiş ve daha fazla indirim yapılamayacağı ifade edilmiştir. Ayrıca sigorta süresinin bir yıldan kısa olduğu sigorta sözleşmelerinde prim indirimi uygulanmamaktadır (3).

Kanuna göre ZMMSS yaptırmak zorunda olan kişi ve kuruluşlar aşağıdaki gibi sıralanabilir(36):

- Kamu görevlisi olan memur hekimler, diş hekimleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar,
- Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan veya mesleklerini serbest olarak icra eden hekim, diş hekimi ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman

olanların, tıbbi uygulama hataları için malî sorumluluk sigortası yaptırmak zorundadırlar.

- Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasını, mesleklerini serbest olarak icra edenler kendileri, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışanlar için ise ilgili özel sağlık kurum ve kuruluşlar yaptırır.

- Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışanların sigorta primlerinin yarısı sağlık personeli, diğer yarısını işveren ödemektedir. Kanuna göre işveren ilgili sağlık çalışanı için ödenen sigorta primini, herhangi bir isim altında ve herhangi bir şekilde çalışanın maaş ve diğer malî haklarından kesemez ve buna ilişkin hüküm içeren bir sözleşme yapamaz.

- Zorunlu sigortalara ait teminat miktarları, uygulama usul ve esasları ile poliçe genel şartları, Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenmiş ve yayımlanmıştır.

- Zorunlu sigortaları yaptırmayanlara, her kişi için beş bin Türk Lirası idari para cezası söz konusudur.

Resmi Gazete'de 21.07.2010 tarihli ve 27648 sayı ile 30.07.2010 tarihinde yayımlanan ZMSS Tarife ve Talimatının maddeleri aşağıdaki verilmiştir (40).

1. Tıbbi uygulamaya ilişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında her bir olay için en yüksek teminat tutarı olarak 300.000. TL belirlenmiştir. Bu nedenle, bahsedilen miktarı aşan zarar iddialarında, tavan olarak bu rakamın dikkate alınması gerekmektedir.

2. Teminat tutarı maddi, manevi tazminat ve yargılama giderlerini kapsamaktadır.

3. Risk gerçekleşmiş olsa dahi, olay başı en yüksek teminat miktarı sözleşme süresi boyunca aynıdır.

4. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası:

a) Kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanların kendileri tarafından,

b) Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanların her biri için ayrı ayrı, sigorta ettiren sıfatıyla kurumlarınca,

c) Mesleklerini serbest olarak icra eden tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar ile sözleşmeli aile hekimleri kendilerince yaptırılmaktadır.

5. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası grup sigortası şeklinde yapılmamaktadır.

6. Tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar için Mali Sorumluluk Sigortası şartlarına göre yaptırılmış isteğe bağlı sigorta var ise ve bu isteğe bağlı sigorta zorunlu sigortayla verilen teminatın üstü için yapılmamışsa, bu sigorta ile zorunlu sigorta arasında TTK'nun birden çok sigorta hükümleri uygulanmaktadır.

7. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasının yürürlüğe girmesinden önce Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartlarına göre yapılmış olan sözleşmeler, taraflar arasında düzenlenecek ek sigorta sözleşmesi ile zorunlu sigorta hükümlerine göre yenilenebilmektedir.

8. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasına dair sözleşmenin yapılması, sona ermesi, risk değişikliği gibi tüm bilgiler sözleşme bazında en geç yirmi dört saat içinde Sigorta Bilgi Merkezine bildirilir. İletilen bilgilerin formatı Sigorta Bilgi Merkezi tarafından tespit edilir. Sigorta Bilgi Merkezi, kendisine iletilen sigortalı bazındaki sözleşme bilgileri ile Sağlık Bakanlığı nezdindeki ilgili listeleri kıyaslar. Bu sigortayı yaptırmamış olanların listesini çıkararak Sağlık Bakanlığına ve Hazine Müsteşarlığına gönderir. Gereken altyapıyı kurmamış olan sigorta şirketlerinin gerekli bilişim altyapısını oluşturana kadar bu sigortayı yapma yetkisi bulunmamaktadır.

2.3.1.6. Uygulama Şekilleri

Hekimler için zorunlu mali sorumluluk sigortası uygulaması yürürlüğe girdikten sonra tüm hekimlerin sigorta poliçesinin bulunması zorunluluğu nedeniyle birçok hekime sigorta teminatı sağlanmıştır. Poliçe başına prim 440. TL olarak belirlenmiştir. Yürürlükte bulunan Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasının Genel Şartları ileriye doğru ve geriye dönük olarak teminat sağlar (15).

Bir önceki yıl ya da bir önceki sözleşme süresi içinde herhangi bir tazminat ödemesi yapılmaması halinde sonraki sigorta sözleşmesinde uygulanacak prim indirimi oranı bir üst basamağa göre yapılmaktadır. Şayet bir önceki yıl ya da bir önceki sözleşme süresi içinde tazminat ödenmişse, sonraki sözleşme süresi içinde tazminat ödeme sayısı kadar aşağı basamak tarife uygulanır. Üç ve daha fazla tazminat ödemesi için en yüksek zamlı prim % 50'dir. Üç veya daha fazla yıl tazminat ödenmemesi durumunda en yüksek indirim oranı % 20 olarak belirlenmiş ve daha fazla indirim yapılamayacağı ifade edilmiştir. Ayrıca sigorta süresinin bir yıldan kısa olduğu sigorta

sözleşmelerinde prim indirimi uygulanmamaktadır. Sigorta primleri ödemeleri nakit yapılır (37).

Kamu kurum ve kuruluşunda çalışan hekimin herhangi bir nedenle sigorta sözleşmesinin sona ermesi durumunda, sona erme tarihinden sonraki günlere ait iade edilen primin kurum katkısına karşılık gelen kısmının 30 içinde hekim tarafından kamu kurum veya kuruluşuna iadesi gerekmektedir. Mesleklerini serbest olarak icra eden hekimler ve sözleşmeli aile hekimleri ise sigorta primlerini kendileri ödemektedirler. Ödenen primlerin tamamı hekimlerin kendi üzerlerinde kalır (3).

Hekimlerin kamuya ait döner sermayeli sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapması halinde zorunlu mali sorumluluk sigortası primlerinin yarısını kuruma ait döner sermaye gelirlerinden, diğer yarısı ise hekimin döner sermaye ek ödemesi payından ödenmektedir. Özel kurum ve kuruluşlarda çalışan hekimlerin sigorta primleri istihdam eden veya işveren tarafından karşılanmaktadır. Bir hekimin kusurundan dolayı o hekim için emsallerine göre daha fazla prim ödenmesi halinde aradaki fark ilgili hekimin döner sermaye gelirinden karşılanır(9).

Kanunda öngörülen ZMS sigortasını yaptırmayan hekimlere ve çalıştırdıkları hekimleri sigorta ettirmek zorunda olan kurumlara, sigorta yaptırmadığı süre için ödemesi gereken toplam primin 5 katı kadar idari para cezası verilir. Kamu kurum ve kuruluşlarında, söz konusu cezanın sorumlusu o kurum ve kuruluşun amiridir (9).

2.3.1.7.Sigortanın Coğrafi Sınırı

Sigortanın coğrafi sınırına ilişkin bir düzenleme Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartlarında öngörülmesine rağmen Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartlarında bu yönde bir düzenleme yapılmamıştır. Bu durum sigortacının sorumluluğunu daha da genişletmiştir. Çünkü coğrafi sınır birinci riziko sınırlamasına ait bir hükümdür. Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartlarında aksi öngörülebilecek şekilde düzenlenen hükme Tıbbi Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartlarında yer verilmeyerek sigorta himayesinin ülke içinde ve yurtdışında gerçekleştirilen faaliyetler için sağlanacağı düzenlenmektedir (43).

Bu sigorta sigortalının ülke sınırları içinde icra ettiği mesleki faaliyetleri kapsar (11). Bu sebeple hangi ülke mahkemesinde dava açılmış olduğu veya tazminatın hangi hukuka göre istenildiği önemli arz etmez. Ancak yabancı hukuka göre ileri sürülen

tazminat talepleriyle ilgili hüküm kamu düzenine uygun değilse Türkiye'de geçerli sayılmayabilir. Özellikle yabancı mahkeme tarafından örnek oluşturmak üzere gerçek zararı aşan tazminat tutarına hükmedilmiş bulunması örnek olarak gösterilebilir (40).

Böyle durumlar özellikle "ürün sorumluluğu" ve "meslek sorumluluğu" sigortalarında daha çok görülmektedir. Ancak ülke dışında hüküm altına alınan tazminat miktarları çok yüksek olabilir. Özellikle Anglosakson hukukunda cezalandırıcı tazminat sisteminin uygulanması sebebiyle gerçek zarar miktarını aşan ölçüde tazmin yükümlülüğü ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle ABD ve Kanada gibi ülkeler bu şartlardan ayrı tutulmaktadır (30). Ayrıca yurt dışında yapılabilecek mesleki faaliyetlerin sigorta kapsamına alınması, sigortacı ve sigortalının kendi aralarında anlaşmalarına bağlıdır (2).

2.3.1.8.Teminat Dışında Kalan Haller

Kesin bir şekilde teminat dışında kalan haller kapsamında ortaya çıkan zararlar için ileri sürülen tazminat talepleri sigorta teminatı dışındadır. Aksine düzenlenen hükümlerin bir geçerliliği yoktur. Meslek dışı faaliyetler istisnası; kast istisnası; alkol, uyuşturucu veya narkotik maddeler teminat dışında kalan hallerdir (43).

Daha ayrıntılı olarak açıklanacak olursa teminat dışında bırakılan haller aşağıdaki gibi sıralanabilir(41):

- Sigortalının, poliçede belirlenmiş ve hukuk kurallarına veya etik kurallara uygun olmayan mesleki eylemleri neticesinde ortaya çıkan tazminat talepleri,
- Sağlık çalışanlarının mesleki faaliyetleri esnasında kasıtlı olarak yapmış oldukları her tür olay ve davranışlar,
- Sigortalının görevi esnasında alkol, uyuşturucu ya da narkotik maddeleri kullanmasından kaynaklanan olaylar,
- Yerine getirilen insani bir görev haricinde sigortalının sigorta primine destek veren kuruluşların sorumluluk kapsamı dışındaki faaliyetleri neticesinde oluşan tazminat talepleri,
- İdari ve adli para cezaları dâhil her tür ceza ve cezai şartlar,

- Her türlü deneyden kaynaklanan tazminat talepleri

Acil durumlar dışında usulünce yetki verilmiş bir anestezi uzmanı gözetimi altında olmadığı sürece diş hekimleri ve cerrahlar tarafından genel anestezi uygulanmasından kaynaklanan tazminat istemleri, meslekten geçici yasaklanan dönem içinde verilen her tür tedavi ve sağlık hizmetlerinden kaynaklanan tazminat istemleri teminat kapsamında değildir (30). İlk yardım veya acil yardım hizmetlerinin sunulduğu yerlerde, yeterli ve gerekli ekipman ile teçhizatın olmamasından dolayı oluşan tazminat istemleri, tıbbi amaçlı kullanım dışında, radyoaktif, zehirli, patlayıcı veya herhangi bir patlayıcı nükleer bileşimin tehlikeli özellikleri nedeniyle talep edilen tazminat istemleri de teminat kapsamı dışındadır (2).

Ayrıca tıbbi amaçlı olmayan, diethylstibesterol (DES), dioxin, urea formaldehyde, asbest, asbestli ürünler veya asbest içeren ürünlerin kullanımından ortaya çıkan kanser dâhil her tür hastalık veya asbestten kaynaklanan tüm tazminat talepleri teminat dışında bırakılmıştır (44).

Bunların haricinde herhangi bir bilgisayar esaslı veya elektronik ortamda saklanabilir, yazılı, basılmış her tür belgenin kaybedilmesi veya sigortalının bakım, gözetim ve kontrolüne verilmiş bilgi ve malzemenin kaybedilmesi veya yok edilmesi, ülkemizdeki mahkemelerin haricinde bir mahkemede açılan tazminat davaları ve tahkim ve her türlü haksız rekabet halleri teminat dışında kalmıştır (44).

Sigortalının mesleki faaliyeti gerçekleştirdiği sırasında anne, baba, kardeş, eş ve çocuklarına karşı yükümlülüğünden kaynaklanan tazminat talepleri de teminat dışındadır. Bunun sebebi aralarındaki ailevi ilişkiler dolayısıyla sigortacı aleyhine aldatıcı işlemlere girişilmesi ihtimalinin olmasıdır (30).

Kısırlık tedavisi, tüp bebek, doğum kontrol uygulamaları gibi üreme fonksiyonlarını artırma veya durdurma amaçlı olarak yapılan tıbbi faaliyetler ile tıbbi açıdan gerekli olmadığı sürece kürtaj müdahalesi de teminat kapsamında değildir. Bu uygulamalar, hekimlik mesleğinde en sık tıbbi yanlış uygulamanın olduğu alanları oluşturmaktadır (2).

Sağlık kuruluşlarında görülme olasılığı yüksek olan AIDS ve hepatit gibi hastalıklarla aynı şekilde kan ve kan ürünleri temini dışında her türlü kan bankası faaliyetleri de kapsam dışındadır. Kan ve kan ürünleri ile ilgili tıbbi uygulama hataları ve hastalıkların bulaşması ile ilgili bir zarar oluşması halinde hekim hem hukuken hem de

cezai olarak sorumludur. Genetik bozukluklar, manipülasyonlar ve alternatif tıp tedavileri tıbbi uygulama kapsamında değildir. Bu uygulamayı yapan hekimlerin meslek dışı faaliyette bulundukları var sayılarak meydana gelebilecek talepler de kapsam dışında tutulmuştur (2).

2.3.1.9.Sigortanın Başlangıcı ve Sonu

Sigorta poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde aksi kararlaştırılmadıkça Türkiye saati ile öğlen saat 12.00'de başlar ve öğlen 12.00'de sona ermektedir (41).

Sigorta korumasının hangi süre boyunca geçerli olacağı, tarafların anlaşmasıyla alakalıdır. Sigortacı ile sigorta ettiren, ihtiyaçları göz önünde bulundurarak bu sürenin uzunluğunu tespit ederler. Sigorta hukukunda, sigortacının rizikoyu üstleneceği süreye "maddi sigorta süresi" adı verilmektedir. Maddi sigorta süresinin başlangıcı kural olarak, primin veya ilk taksitinin ödendiği tarihtir. Ancak taraflar bunun aksini de kararlaştırarak, sigorta himayesinin daha önceki bir tarihten itibaren başlayacağını da kararlaştırabilirler. Bu durumda geçmişe etkili sigorta sözleşmesi söz konusudur. Ancak sigorta korumasının sözleşmenin yapıldığı tarihten önce meydana gelen rizikoları kapsaması, tarafların durumu bilmemesine bağlıdır (3).

Sigortacının rizikoyu taşıdığı süre, gün ve saat bazında tespit edilebilir. Riziko, sigortalıya karşı tazminat isteminde bulunulması ile gerçekleşmektedir. Söz konusu istemin sigorta süresi içinde yapılmış olması gerekir. Sorumluluğu sigorta edilmiş olan hekimin mesleki etkinliğini sigorta süresi içinde gerçekleştirmiş olması gerekmez. Mesleki uygulama sözleşme yapılmadan önce ve sözleşmede kararlaştırılmış olan geçmişe etki tarihinden sonra yapılmışsa sigorta teminatındadır (40).

Hekim mali sorumluluk sigortası sözleşmesinde taraflar karşılıklı anlaşmak suretiyle sigorta sözleşmesini süresi dolmadan sonlandırabilirler. Sigorta ettiren ve sigortacı aralarındaki borç ilişkisini ortadan kaldıran iki taraflı bir hukuki işlem niteliğindeki bozma akdiyle, sigorta sözleşmesini her zaman feshedebilirler. TTK'nun 1295. maddesinin 3. fıkrası gereğince, sigorta ettiren sigortacının sorumluluğu başlamadan önce, kararlaştırılan sigorta priminin yarısını ödemek şartıyla sözleşmeden vazgeçebilir. Hükümde, sözleşmeden vazgeçen sigorta ettirenin ödemesi gereken primin yarısı, bir çeşit kanuni dönme cezası hükmündedir(3).

Sigorta sözleşmesinde belirtilen sürenin dolmasıyla kural olarak, sigorta sözleşmesi kendiliğinden sona erer. Ancak sigorta himayesinden mahrum kalacağından sigorta sözleşmesinin kendiliğinden sona ermesi her zaman sigortalı açısından faydalı değildir. Bu sebeple taraflar, sigorta sözleşmesini yaparken poliçeye koyacakları bir maddeyle sözleşmenin, taraflarca fesih edilmedikçe devamını sağlayabilirler (3).

2.3.2.Zarar ve Tazminat

Meydana gelen zarar, gerçekleştirilen mesleki faaliyetle alakalı olmalıdır. Yapılan mesleki faaliyetin kapsamı ve sınırları, taraflarca sigorta poliçesinde herhangi bir belirsizliğe neden olmayacak biçimde belirlenmelidir. Mesleki faaliyet poliçede öngörüldüğü biçimde ve tarafların çizdiği sınırlar dâhilinde yapılmalıdır (43).

Zarar, hekimin hukuki sorumluluğunun en önemli şartıdır. Çünkü sözleşmenin ihlaline rağmen, hasta bir zarara uğramamışsa, hekimin sorumluluğu söz konusu değildir. Hekimin kusurlu davranışı sebebiyle meydana gelen zarar, maddi veya manevi olabilmektedir. Hekimin sorumluluğunda maddi zarar, tedavi sözleşmesine uygun bir tedavinin yapılması halinde hastanın kavuşacağı sağlık durumu ile yürütülen tedavinin gerçek sonucu arasındaki farkın kişinin malvarlığına yansıması şeklindedir. Manevi zarar ise kişinin şahıs varlığına yapılan hukuka aykırı tecavüzler sonucu duyulan manevi ve bedensel acıyı ve hayat zevklerinde meydana gelen eksilmeyi ifade etmektedir. Maddi ve manevi zararın ispatı davacı hastanın yükümlülüğündedir (3).

ZMSS, talep esasına dayalı bir sigorta olduğu için, riziko tazminat talebinin gerçekleşmesiyle başlar. Buna ek olarak zarar gören üçüncü kişinin doğrudan dava hakkı çerçevesinde sigortacıdan talepte bulunması da riziko niteliğidir (40).

Rizikonun gerçekleşmesi sonucu, sigortacının gerekli tüm belgeleri eksiksiz olarak şirketin merkezine verdiği tarihten itibaren 15 iş günü içinde sözleşmeye aykırı olmayan zararların karşılanmasıyla olmaktadır. Sigortacı hukuken ödediği tazminat tutarınca sigortalının yerine geçmiş sayılır (2).

Kıta Avrupa'sında talep esasına dayalı poliçelerde sigortacının tazminat sorumluluğunun doğması için zararı doğuran sebep ve zarar olayları ile birlikte talebin de aynı sigorta himayesi süresi içinde ileri sürülmesi gerekir. Ancak bu durumda neden olayı sigorta himayesinden önceki bir dönemde gerçekleşmişse, istem bu dönemde ileri sürülse dahi sigortalı korumadan yararlanamaz (30).

2.3.2.1.Rizikonun Gerçekleşmesi

Mali sorumluluk sigortalarında teminat altına alınan rizikodur. Riziko, sigortacının edim yükümlülüğü demektir. Sigortacılık tekniği gereğince riziko için sağlanacak sigorta himayesi yer, zaman ve kişi bakımından sınırlandırılarak çeşitli istisna hükümlerine bağlanmıştır. MSS ile teminat altına alınan riziko konusunda farklı teoriler ileri sürülmektedir. Bunlar sorumluluğa yol açan davranış, zarar olgusu, kombinasyon, talebin kesinleşmesi, zararın tespiti, talep ve yaygın riziko görüşüdür. Rizikonun sigorta himayesi kapsamında değerlendirilebilmesi için öncelikle taraflar arasındaki sigorta sözleşmesi olmalıdır(43).

Sorumluluğa yol açan davranış görüşü, sorumluluk sigortasında yükümlülük ihlalinin sigorta edilmiş olması esasına dayanır. Bu nedenle sigorta ettirenin sorumluluğuna yol açan davranış, sigorta himayesinin yöneldiği tehlikedir. Sigorta himayesinin yöneldiği tehlike ise yükümlülük ihlalini içeren hatalı ve dikkatsiz davranışlar olmaktadır. Sorumluluğa yol açan davranış görüşüne göre sigorta ettirenin sorumluluğunu doğuran yükümlülük ihlalini içeren davranış ile riziko gerçekleşmiş olacağından bu davranıştan sonra bir zararın meydana gelmesi konusundaki belirsizlik söz konusu değildir (43).

Sigorta sözleşmesinde riziko, sigorta ettirenin sorumluluğunun doğduğu an olarak kabul edildiğinden dolayı üçüncü kişinin zarar görmesi ile riziko gerçekleşmiştir. Zarar olgusu görüşüne göre sebep olayının gerçekleştiği anın belirlenmesine veya tazminat isteminin zarar gören tarafından ileri sürülmesinin beklenmesine gerek kalmadan zararın meydana gelmesi ile riziko gerçekleşmiş sayılır. Zarar olgusu görüşünün esas alındığı mali sorumluluk sigortaları sigorta ettiren için son derece önemlidir. Sigorta ettiren, sigorta akdinin yapılmasından önceki bir tarihte zarara sebebiyet verebilecek bir davranışını bilerek mali sorumluluk sigortası yaptırabilir. Talebin kesinleşmesi görüşüne göre sigorta ettiren aleyhine ileri sürülen tazminat isteminin ödeme ile sonuçlanacak şekilde kesinleştiği anda riziko gerçekleşmiş sayılır (3).

Kombinasyon görüşüne göre rizikonun gerçekleştiği anın tespiti için öncelikle sigorta ettirene karşı ileri sürülen tazminat isteminin haklı olup olmadığının belirlenmesi gerekir. Bu durum genellikle mahkeme huzurundaki bir yargılama sonucunda ortaya çıkar. Bu görüş uyarınca, sigorta ettirene karşı ileri sürülen tazminat

talebinin haklı olması durumunda zararın, haksız olması durumunda ise talebin rizikoyu oluşturacağı ön görülmektedir (43).

Zararın tespiti görüşü zarar gören üçüncü kişinin uğradığı zararın, maddi süre içerisinde meydana geldiğinin saptanması esasına dayanmaktadır. Dolayısıyla zararın maddi süre içerisinde meydana geldiğinin tespit edilmesi ile riziko gerçekleşmiş sayılacaktır. Bu durumda zarar görenin sigorta ettirene karşı tazminat talep hakkı doğmaktadır. Talep görüşü zarar görenin, gördüğü zararı karşılamak amacıyla sigortalı aleyhine talebini ileri sürdüğü anda rizikonun gerçekleşmiş sayılacağını kabul etmektedir(3).

Talep görüşü esasına dayanan sorumluluk sigortalarında, zararın ve zarara ilişkin istemin yapılacağı zaman ile ilgili olarak sigortacının sigorta sözleşmesi kapsamındaki koruma kapsamı değişebilir. Bu görüş gereğince sigorta himayesi, sözleşme süresi içerisinde ileri sürülmüş taleplerde geçerlidir. Bu görüşte sorumluluğun ortaya çıkış süreci içinde yer alan sorumluluğa yol açan davranış, bundan kaynaklanan zarar ve zarar gören kişi tarafından ileri sürülen tazminat talebi gibi önceki aşamaların bir önemi yoktur. Çünkü bu anlarda sigortalının tazminat yükümlülüğü belirsizdir (3).

Yaygın riziko görüşüne göre sorumluluk sigortalarında riziko, sorumluluğa neden olan davranış ile üçüncü kişinin sigortalıya yönelttiği talep arasındaki sürece yayılması esasına dayanmaktadır. Buna göre neden, zarar ve talep olgularından hangisinin riziko niteliği taşıdığının tespiti her sigorta hukuk kuralının amacının ayrı ayrı değerlendirilmesi ile yapılabilir(3).

MSS'de, riziko sözleşme süresi içinde yürütülen mesleki faaliyet sonucu ortaya çıkan olay sonucunda ve sorumluluk hükümlerine göre tazmini sözleşme süresi içinde gerçekleşmektedir. Ayrıca sonrasında talep edilen zararları kapsayan bir sözleşme yapılarak gerek sözleşme döneminde gerekse sözleşmenin bitiminden itibaren iki yıl süreyle başkalarının zarara uğramasıyla riziko ortaya çıkmaktadır (3).

MSSGŞ, rizikonun belirtilen üç ayrı durumda gerçekleşeceğini belirtmektedir. Birincisi sigortalının, zarar gören kişinin kendisine sigortacının bilgisi ve yazılı muvafakati dâhilinde ödeme yapması halinde, ikincisi sigorta sözleşmesinde sigortacı için sigortalıya hukuki yardımda bulunma yükümlülüğü öngörülmüş ise dava tebligatının yapıldığının veya dava dışı yollara başvurulduğunun sigortacı tarafından öğrenildiği tarihte riziko gerçekleşmektedir. Üçüncü olarak zararın meydana geldiğinin

ve bu zararın sigortalının kusuru yüzünden gerçekleştiğinin mahkeme kararı ile tespit edilmesi halinde riziko gerçekleşir (43).

Riziko, sigortacı dava idaresini üstlenmişse tebligatı üzerine davayı öğrendiği tarihte, üstlenmemişse mahkeme kararının kesinleştiğini sigortalının öğrendiği tarihte gerçekleşmiş kabul edilmelidir. Dava olmadan veya dava neticesi beklenmeden üçüncü kişiye sigortalının para ödemiş olması durumunda ise sigortalının üçüncü kişiye ödemede bulunduğu tarihte riziko gerçekleşmiş sayılır (30).

Sigortalının teminattan yararlanma hakkının var olup olmadığı rizikonun gerçekleşmesine bağlı sonuçların en önemlisidir. Rizikoyu oluşturan tazminat istemi sigorta süresi sonlanmadan ya sigortalı hekime ya da sigortacısına iletilmelidir (40).

2.3.2.2.Rizikoya İlişkin Olarak Sigorta Ettirenin ve Sigortacının Hak Borç ve Yükümlülükleri

Zarar olayının ortaya çıkması ile sigortalının sorumluluğu doğmaktadır. Sigortanın geçerli olduğu süre içinde zararın ilk olarak tespit edildiği an, sigortacının edim yükümlüğünün doğduğu an sayılır (45).

Sigortalının yükümlülükleri aşağıda maddeler halinde açıklanmıştır. Buna göre (41):

- Sigortalı rizikonun gerçekleştiğini öğrendiği an hemen sigortacıya haber etmekle yükümlüdür.
- Sigortalı sorumluluğunu gerektirecek olayların oluşması halinde 10 gün içinde sigortacıyı bilgilendirmelidir.
- Sigortalı olanakları el verdiğince zararın incelenmesi, azaltılması ve artmaması için gerekli her türlü önlemi almalıdır. Bu amaçla sigortacı tarafından verilen mesleki faaliyet dışındaki sigortacılıkla ilgili makul talimatlara uymak zorundadır.
- Sigortalı olayın ve zararın sebebi ile hangi durum ve şartlarda meydana geldiğinin ve sonuçlarının saptanmasına, tazminat yükümlülüğü ve miktarı ile rücu hakkının kullanılmasında faydalı olabilecek tüm bilgi ve belgeleri vermelidir.

- Sigortalı zarardan dolayı dava yolu veya başka yollarla bir tazminat talebi karşısında kaldığı veya aleyhine cezai kovuşturmaya geçirdiği durumlarda sigortacıyı derhal bilgilendirmeli, konuyla ilgili olarak almış olduğu ihbarname, davetiye ve benzeri belgeleri acilen sigortacıya vermelidir.

- Sigorta konusu ile ilgili başka sigorta sözleşmesi varsa bu sözleşmeleri sigortacıya vermelidir.

Hayat dışı sigortalarda sigorta ettiren kimse, sigorta primini TTK'nun 1295. madde gereği vermemiş veya prim tecil edilmiş ya da taksitlere bağlanmış ise ve poliçede vadeli tayin ve tespit edilen herhangi bir taksitini, vade gününün bitiminde ödememiş ise temerrüde düşecektir. Temerrüt gününü takip eden 15 gün içinde sigorta ettiren prim borcunu ödemediği takdirde bu müddetin bitiminden itibaren on beş gün süre ile teminatın duracağı hükmolunmuştur. Söz konusu sürenin sonuna kadar primin ödenmemesi durumunda sigorta sözleşmesinin herhangi bir ihtara gerek kalmadan feshedilebilecektir (30).

Sigortacının sorumluluğu, taşıma sigortası hariç aksine bir anlaşma yoksa primin tamamının veya ilk taksitinin ödenmesi ile başlar. Sözleşmenin başlangıcında ödenmesi gereken prim, sigortacının sorumluluğu bakımından da başlangıç noktasıdır. Sigortacı, sigortalıya yöneltilen tazminat istemlerine karşı tutumunun ne olacağına veya sigortalının menfaatini ne şekilde koruyacağına karar verirken söz konusu talep hakkında da gerekli araştırmayı yapmak zorundadır. Bu bakımdan sigortacının söz konusu araştırmayı yapması kendisi bakımından bir hak olduğu gibi bir yükümlülük olarak da değerlendirilir. Sigortacı bu araştırma sonucu haklı ve haksız talepleri birbirinden ayırabilecektir (30).

Sigortacı, sigorta sözleşmesi gereğince her iki tarafın sahip olduğu hak ve borçları gösteren ve kendisi tarafından imzalanmış sigorta poliçesini ekleriyle birlikte sigortalıya vermek durumundadır. Sigorta ettirenin sözleşmenin kapsamı hakkında bilgi sahibi olması poliçe verme yükümlülüğünün amacıdır. Sigortacı sözleşme kurulurken sözleşmenin ana unsurlarına yönelik olarak özellikle, sigorta teminatının kapsamı, teminatın istisnaları, primler hakkında sigorta ettirene bilgi vermelidir. Ancak sigorta sözleşmesinin sürekli bir borç ilişkisi olması sebebiyle, kurulmasından sonra da sigortacının bilgi verme ve aydınlatma yükümlülüğü devam etmektedir (3).

Tıbbi Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında sigortacı, sigorta ettiren hekimin daha önceki poliçe dönemlerinde bildirmiş olduğu bir olayı, yeni yapılacak poliçede kapsam dışı bırakamaz. Yeni poliçe yapılırken bu olayın bildirilmemiş olması halinde sözleşme yapılırken kendisine eksik bilgi verdiğini ileri süremez (40). Sigortacı, dava masraflarını ödeme yükümlülüğünün yanı sıra haksız tazminat istemlerinin önlenmesi için çaba harcamakla da yükümlüdür (30).

Sigortacılık tekniği gereğince sigortacı tüm rizikoları üstlenemez. Bu sebeple poliçe ve eklerinde düzenlenen hükümler gereğince sigorta himayesi kişi, yer ve zaman bakımından sınırlandırılmakta ve bir takım istisna hükümlerine tabi tutulmaktadır (43).

2.3.2.3.Giderlerin Ödenmesi

Hekimin sorumluluğunu doğuran ve sigorta teminatı altındaki bir rizikonun gerçekleşmesi halinde sigorta tazminatı borcu ilke olarak maddi borçtur (41). Sigortacı zararı önleme, azaltma ve artmasına engel olma ve rücu haklarının korunmasına yönelik sigortalının yaptığı makul giderleri sigorta tazminatından ayrı olarak ödemektedir (40). Sigortacı sigortalının isteği üzerine giderlerin karşılanması amacıyla gerekli tutarı avans olarak ödemekle yükümlüdür (41).

Mahkemenin hükmettiği yargılama giderleri, sigorta ettirenin aleyhine yargı kararında hükme bağlanan yargı harcı, bilirkişi, keşif ve tanık giderleri, davacı lehine hükmedilen vekâlet ücreti gibi giderlerdir. Burada varsayım sigortacının dava edilmemiş ve bu tutarların kendisinden tahsil edilmemiş olmasıdır. Eğer tazminat isteyen kişi sigortacıyı da dava etmiş ve bu tutarlar sigortacı aleyhine hüküm altına alınmışsa, sigortacı da bunları zaten davacıya karşı kendi yükümlülüğü olarak ödeyecektir. Ayrıca mahkemece sigortalı aleyhine tazminat alacağına ilişkin olarak hükme bağlanan faiz de sigortacı tarafından karşılanmaktadır (40).

2.3.2.4.Tazminata Dair Avans Verilmesi ve Tazminatın Ödenmesi

Tazminat talebine ilişkin avans ifadesi Türk Ticaret Kanununun 1474 1. maddesi uyarınca sigortalı tarafından tazminat talebi karşısında yapılması söz konusu olan makul giderler için sigortacının sigortalıya verdiği avans anlamına gelmektedir. Tazminat talebine ilişkin makul giderleri karşılamak sigortacının teminat sağlama borcu dâhilindedir (41).

Sigorta ettirenin istemesi halinde sigortacı tazminat talebine ilişkin giderleri için avans vermek zorundadır. Rizikonun gerçekleşmesi halinde hangi belgelerin istenileceğine poliçe ekinde açık ve anlaşılır şekilde yer verilmelidir. Sigorta tazminatının ödemesi, rizikonun gerçekleşmesinde ve rizikoyla ilgili belgelerin sigortacıya verilmesinden sonra sigortacının araştırmalarından ve bildirimin yapılmasından 45 gün sonra yapılmaktadır. Sigortacıdan kaynaklanmayan bir kusurdan dolayı inceleme gecikmişse süre işlemez (41).

Rizikonun gerçekleştiğine ilişkin bildirimin yapılmasından ya da zarar görenin doğrudan sigortacıya başvurmasından başlayarak 3 ay içinde tamamlanmamışsa; sigortacı tazminattan karşılanmak üzere, hasar miktarının en az yarısını avans olarak vermekle yükümlüdür. Borç muaccel olunca sigortacı ihtara gerek kalmaksızın temerrüde düşer(40).

Sigorta poliçelerinde, eşyaya ilişkin zarar, cismani zarar ve yalın malvarlığı zararı için ayrı ayrı sigorta bedeli gösterilmişse, meydana gelen her zarar, kendisi için belirtilen sınıra kadar karşılanır. Sigorta bedeli bakımından açıklığa kavuşturulması gereken ana hususlardan biri de, sigorta bedelinin, her bir zarar olayı ve bundan tüm tazminat talepleri için mi, yoksa her bir bağımsız talep için mi sigortacının edim yükümlülüğünün sınırını oluşturduğu konusudur(30).

Sigorta bedelinin ödeme zamanına ilişkin bir hüküm bulunmazken, rizikonun gerçekleşmesi hâlinde sigorta tazminatının hangi zamandan itibaren geçerli olacağı konusu düzenlenmiştir. Buna göre, öncelikle tazminata konu olay ve zarara ilişkin tespit tutanağı veya bilirkişi raporu ve poliçe ekinde yer alan diğer gerekli belgeler eksiksiz olarak şirket merkez veya kuruluşlarına gönderir. Sigortacı belgelerin kendisine ulaştığı tarihten itibaren on beş iş günü içinde gerekli incelemeleri tamamlayıp sözleşmeye aykırı olmayan zararlara ilişkin tazminatı ödemek zorundadır (30).

2.3.2.5.Sigortalıya Yardım

Sigortacı sigortalı tarafından usulüne uygun olarak bildirimde bulunulması ya da zarar gören kişinin kendisine doğrudan talepte bulunmasından itibaren 5 gün içinde, zarara uğrayanın istemleriyle ilgili olarak tüm giderler kendisine ait olmak üzere gerekli hukuki işlemlerin gerçekleştirilip kararların alınmasını ve ayrıca savunmaya yardımcı olup olmayacağını sigortalıya bildirmek zorundadır (41).

Sigortacı sigortalının hak ve menfaatini koruyan işlemlerde bulunur. Eğer sigortacı bildirimde bulunmamışsa, sigortalı aleyhine kesinleşen tazminatı karşılamakla yükümlüdür. Ancak, sigortalının sigortacının haberi olmadan yapmış olduğu barış sözleşmesi, sigortacı tarafından bildirimden itibaren 15 gün içinde onay verilmemişse geçerli sayılamaz. Türk Ticaret Kanununun 1476 4. maddesine göre sigortacı haklı olmayan nedenlerle barışa onay vermemezlik yapamaz (41).

TTK'nun 1476 4. maddesi sigortacının "hukuki süreci yönetip yönetmeyeceğine dair bildirimde bulunmaması halinde sigortalı aleyhine kesinleşen tazminatı ödeyeceğini" hükme bağlamaktadır. Sigortacı hukuki süreci yönettiği durumlarda da sigortalı aleyhine hüküm olunmuş tazminatı karşılamakla mükelleftir(40).

Sigortacı hukuki süreci bizzat yürütmeyi uygun görmez veya herhangi bir bildirimde bulunmazsa sigortalı aleyhine kesinleşen tazminatı ödemek zorundadır. Karar kesinleşmeden önce zarar görenin sigortalının malvarlığı üzerinde cebri icra yürütmesi durumunda, sigortalının mal varlığını korumak üzere sigortacının teminat göstermesi gerekebilir. Hem sigortalı hem sigortacı aleyhine açılmış bir davada, sigortalıya yardım etmeyen ve aleyhinde talebe karşı sadece sigorta teminatının işlemeyeceği savunmasını yapmış olan sigortacı, yargılama sonunda hatalı değerlendirmesinin sonucuna katlanır (40).

2.3.2.6.Sigortacının Zarar Görenden Bilgi Alma Hakkı

Sigortacı zarara neden olan olayın ve zarar miktarını tespit etmek için zarar görenden bilgi isteyebilir. Zarar gören bulunma ihtimali olan ve istenilmesi haklı görülebilecek ilgili tüm belgeleri sigortacıya iletmekle yükümlüdür. Zarar görenin bu zorunluluğa uymaması halinde durum zarar görene yazılı olarak bildirilir. Bu durumda sigortacının sorumluluğu zorunluluğun yerine getirilmesi halinde ödemek zorunda olacağı miktarla sınırlıdır (41).

Sigortacının zarar görenden bilgi ve belge alması ilk defa TTK'nun 1479 maddesinde yer almıştır. Sigortacının dava yoluyla bilgi veya belge verilmesini istemesi söz konusu değildir. Ancak böyle bir durumda sorumluluktan kısmen veya tamamen kurtulabilir (40).

2.3.2.7.Zarar Görenle İlişkide İfa Yükümlülüğü

Zarar görene karşı sigorta ilişkisinin sona ermesi, ancak sigortacının sözleşmesinin sona erdiğini veya ereceğini yetkili mercilere bildirmesinden 1 ay sonra geçerli sayılmaktadır. Zarar, sosyal güvenlik kurumları tarafından ödendiği zaman sigortacının sorumluluğu ortadan kalkar (41).

TTK'nun 1484 1. maddesinde açıklanan bu konu zorunlu sorumluluk sigortaları için son derece öneme sahiptir. Buna göre sigortacı, sigorta ettirenle arasındaki ilişkiden kaynaklanan savunmaları zarar gören üçüncü kişiye karşı ileri süremez(40).

Sigortacı ile sigortalı hekim zarar görene karşı birlikte sorumluk sahibidirler. Borçlar Kanununun 62. Madde 1 fıkrasına göre iç ilişkide tazminatın paylaştırılmasında bütün durum ve koşullar dikkate alınacaktır. Zorunlu sorumluluk sigortasında üçüncü kişiye karşı yasa uyarınca sorumlu olan ve aralarında sözleşme gereğince sigortalıya sigorta koruması sağlaması gerekmeyen sigortacının, sigortalıya rücu hakkıyla donatılması gereklidir. ZMSS'nın hekimin çalıştığı özel tıp kurumu tarafından yaptırıldığı durumlarda, rücu kurum yerine hekime yapılmaktadır(40).

Sigortacı, sigortalıyla arasındaki ilişkiden kaynaklanan savunmaları zarar gören üçüncü kişiye karşı ileri süremez. TTK'nun 1484 8. maddesinde sigorta ilişkisinin sona ermesi halinin zarar gören üçüncü kişiye karşı ne zaman ile sürülebileceğini açıklamaktadır (40).

2.3.2.8.Halafiyet ve Doğrudan Dava Hakkı

Sigortacının sigorta sözleşmesi uyarınca ödemekle yükümlü olduğu sigorta bedelini ödemesi TTK'nun 1301. maddesi uyarınca sigortalının haklarına halef olmasından kaynaklanmaktadır. Örneğin üçüncü kişilerin kusuru sebebiyle sorumluluğu doğan hekimin sorumluluğu kapsamında sigorta bedelini ödeyen sigortacı hekimin haklarına halef olarak kusurlu üçüncü kişilere rücu hakkına sahiptir (30). Sigortacı ödediği tazminat tutarınca hukuken sigortalının yerine geçer. Zarar gören uğradığı zararın sigorta bedeline kadar olan kısmının tazminini, sigorta sözleşmesi için geçerli zamanaşımı süresi içinde kalmak kaydıyla doğrudan sigortacıdan isteme hakkına sahiptir (41).

Hekim mali sorumluluk sigortası kapsamında meydana gelen tek ve aynı zarardan, sigortalı hekimin yanı sıra başka kimselerin de "müştereken" sorumlu olması

halinde sigortacının, sigortalıya TTK'nun 1301. Maddesi gereğince halef olup olamayacağı konusu üzerinde durulması gerekir. Örneğin, birden fazla hekimin katıldığı bir ameliyat sonucunda meydana gelen zarar nedeniyle birden çok şahsın tek ve aynı zarardan sorumlu tutulabilirler. Böyle bir durumda, mağdurun, kural olarak, tazminat talep etmek istediği kişiyi seçme hakkı vardır. Zarar görenin müşterek ve müteselsil sorumlu hekimlerden birinden zararını tahsil etmesi halinde, zararı ödeyen sigortalının sigortacısının, sigortalı hekimin sorumlu olduğu miktardan fazla yaptığı ödeme miktarı için ona halef olarak zarardan müşterek ve müteselsilin sorumlu olan diğer şahıslara rücu edebilme hakkına sahip olup olmadığı saptanmalıdır. Bu konuda Türk Ticaret Kanunu'nda herhangi bir hüküm bulunmamaktadır(3).

Zarar sigortalarında geçerli olan zenginleşme yasağı ilkesinin tamamlayıcısı durumunda olan halefiyet ilkesi gereğince, sigortacıdan tazminat alarak zararını karşılayan kişinin, ayrıca zarardan sorumlu olan şahsa başvurarak ondan tazminat talep etme hakkı yoktur. Bu hak, sigorta tazminatını ödeyen sigortacıya aittir. Ancak sigortacının zararı tamamen değil kısmen tazmin ettiği durumlarda, sigortalı kalan kısımdan dolayı üçüncü kişilere karşı haiz olduğu müracaat hakkını saklı tutar (3).

Sigortalı hekimin sorumluluğuna yol açan kişiye karşı hem sigortalı hem de sigortacı rücu etmekteyse, kendine rücu edilen kişinin malvarlığı hem sigortacının hem de sigortalının alacaklarını karşılamaya yetmediği takdirde öncelik sigortalıdadır. Sorumlu olduğu iddia edilen hekimin sorumluluğunun mahkemece hüküm altına alınmasını beklemek gerekiyorsa, sigortacının halefiyeti oldukça geç bir aşamada gerçekleşmektedir. O zamana kadar zarar görene karşı sadece sigortalı hak sahibidir. Sigorta ettiren ile sigortalının farklı kişiler olduğu durumlarda, sigortacı sigortalıya halef olur(41).

Türk Ticaret Kanununun 1481 3. maddesi hem sigortalının hem de zarar görenin sigortacının halefiyet hakkını zedelememesi gerektiğini aksi halde sorumlu olacağını hükme bağlamaktadır. Misal sigortalı delilleri vermeyerek sigortacının halefiyet hakkını kullanmasını engelleyebilir. Buna karşılık zarar görenin halefiyeti zedeleyici davranışta bulunması pek mümkün değildir. Çünkü sigortacının zarar görenden bilgi ve belge alma hakkı ayrıca kanunda hükme bağlanmıştır (40). Zarar gören, uğradığı zararın sigorta bedeline kadar olan kısmının tazminini, sigorta sözleşmesi için geçerli zamanaşımı süresi içinde kalmak kaydıyla, doğrudan sigortacıdan isteyebilir (41).

Doğrudan dava hakkı açısından en önemli unsur, sigortacının zarar gören tarafından aleyhine açılan davada hangi savunmaları ileri sürebileceği hangilerinin ileri sürülemeyeceği konularıdır. Bu konuda zorunlu sigortalarla isteğe bağlı sigortalar ayrılmalıdır. Kanun, sigortacının edim yükümlülüğünden kurtulduğu savunmasını mağdura karşı ileri sürmesine sadece zorunlu sigortalarda mani olmaktadır. Sözleşmenin sona ermesi de mağdura karşı ancak bazı şartlarla ileri sürülebilir. İsteğe bağlı sigortalarda ise, sigortacı kendisinden talepte bulunan zarar görene karşı davacı sigortalı olsaydı hangi savunmaları ileri sürebilecekse o savunmaları yapabilecektir (40).

TTK'nun 1301. Maddesine göre sigorta şirketinin rücu davası açabilmesi için geçerli bir sigorta sözleşmesinin bulunması, rizikonun gerçekleşmesi üzerine sigortalısına ödemede bulunması, sigortalının mağdura karşı dava hakkına sahip olması gerekir (30).

2.3.3.Çeşitli Hükümler

Çeşitli hükümler başlığı altında; sigorta priminin ödenmesi ve sigortacının sorumluluğunun başlaması, sigortalı ve sigorta ettirenin sözleşme yapıldığı sırada beyan yükümlülüğü, sözlenmenin devamı sırasındaki beyan yükümlülüğü ve sigorta ettirenin ve sigortalının durumu, tebliğ, ihbarlar ve sigorta sözleşmesinin son bulması, özel fesih nedenleri, ticari ve mesleki sırların gizli tutulması, zamanaşımı ve özel şartlar gibi konulara değinilecektir.

2.3.3.1.Sigorta Priminin Ödenmesi ve Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması

Sigorta primi, sigorta sözleşmesinin ana unsurlarından biridir. Sigorta priminin sözleşmede mutlaka belirlenmiş olması gerekmez. Prim miktarının belirlenebilir olması sözleşmenin geçerliliği içi yeterli olacaktır (3). Sigorta priminin ödemesi peşin ve defaten olabileceği gibi taksitler halinde de olabilir. Ödeme için senet verilmesi halinde senet bedelinin tahsil edildiği tarihte ödeme yapılmış sayılmaktadır. Türk Ticaret Kanununun 1295 1. maddesi ancak sigorta ettiren yararına değiştirilebilen hükümleri kapsadığı için emredici niteliktedir. Poliçenin tesliminden önce prim borcu muaccel hale gelmez. Bu süreler içinde sigortacı, poliçeyi sigorta ettirene vermediği takdirde, sigortalının sigortacıdan tazminat isteme hakkı doğmaktadır. Primin ödenme yerini

düzenleyen TTK'nun 1296'ıncı maddesi hükmüne göre aksine anlaşma bulunmadıkça, sigorta primi, sigorta ettirenin ikamet adresinde ödenmelidir (41).

ZMSS'da farklı bir düzenleme yapılarak, zorunlu sigortanın primlerinin peşin ödenmesi gerektiği düzenlenmiştir (3). Sigortacının sorumluluğu, primin ödenmesi ile başlamaktadır. Aksi kararlaştırılmadıkça, primin ödenmemesi halinde poliçe teslim edilmiş olsa dahi sigortacının sorumluluğu başlamaz. Ülkemizde hekim, sigorta yaptırmasına ve primlerini de aksatmadan zamanında ödemesine rağmen çoğu zaman poliçelerdeki bazı maddeler sebebiyle tazminat kapsamı dışında kalmıştır (41).

Sigortacı sigorta ettirene, noter aracılığı veya iadeli taahhütlü mektupla on günlük süre vererek borcunu yerine getirmesini, aksi hâlde, süre sonunda, sözleşmenin feshedilmiş sayılacağını ihtar eder. Bu sürenin bitiminde borç ödenmemiş ise sigorta sözleşmesi feshedilmiştir (30). Bu hüküm yalnızca sigortacı ile sigorta ettiren veya sigortalı arasındaki ilişkide geçerlidir. Sigortacının sorumluluğunun henüz başlamamış olması, onun sorumluluktan kısmen veya tamamen kurtulmuş olması demek değildir (40).

2.3.3.2.Sigortalı ve Sigorta Ettirenin Sözleşme Yapıldığı Sırada Beyan Yükümlülüğü

Sigorta sözleşmesinin geçerliliği TTK'nda herhangi bir şekil şartına tâbi değildir. Buna göre, hekim mali sorumluluk sigortası sözleşmesinin kurulabilmesi için sigortacı ile sigorta ettirenin birbirine uygun ve karşılıklı irade beyanında bulunmaları yeterli olmaktadır. Sözleşmenin kurulabilmesi için tarafların iradelerini belli bir şekilde açıklamaları gerekir (3). Sigorta ettiren veya sigortalı bilgileri eksiksiz ve tam olarak bildirmek zorundadır (2).

Sigorta şirketleri ve sigorta acenteleri tarafından, gerek sözleşmenin kurulması gerekse sözleşmenin devamı sırasında sigorta ettiren, lehtar ve sigortalıya yapılacak bilgilendirmeye dair hususlar yönetmelikle düzenlenmiştir. Bilgilendirme yükümlülüğü, sigorta sözleşmesinin kurulmasından önce başlamakta ve sözleşmenin geçerli olduğu süre içinde de devam etmektedir. Söz konusu yükümlülük dürüstlük ilkesi çerçevesinde gerçekleştirmelidir (30).

> Sigortacı için önemli olan bir durum bildirilmemiş veya yanlış bildirilmiş olduğu takdirde sigortacının 15 gün içinde sözleşmeden vazgeçme veya prim farkı isteme hakkı

mevcuttur. İstenilen prim farkının 10 gün içinde kabul edilmemesi halinde sözleşmeden vazgeçilmiş kabul edilir (2). Önemli hususun sigorta ettirenin kusuru sonucu öğrenilememiş olması veya sigorta ettiren tarafından önemli sayılmaması durumu değiştirmeyecektir. Ancak bildirilmeyen veya yanlış bildirilen bir hususun gerçek durumunun sigortacı tarafından bilinmesi halinde sigortacı beyan yükümlülüğünün ihlal edilmiş olduğunu ileri sürerek sözleşmeden vazgeçemez. İspat yükü sigorta ettirene aittir. Sigortacı cayma hakkının kullanılmasından açıkça vazgeçmişse veya caymaya yol açan ihlale kendisi sebebiyet vermişse ya da sorulardan bazıları cevapsız bırakıldığı halde sözleşmeyi yapmışsa sözleşmeden cayamaz (40).

Sigortacı, sözleşme ile ilgili gerekli her türlü bilgiyi sözlü ve yazılı olarak vermek ve sigorta ettireni yanlış yönlendirecek her türlü durumdan kaçınmakla sorumludur. Yükümlülüğün ihlali ile sigorta ettiren, bir zarara uğraması halinde sigorta sözleşmesini feshedebileceği gibi, uğradığı zararın tazminini de isteyebilir (30).

2.3.3.3.Sözleşmenin Devamı Sırasındaki Beyan Yükümlülüğü ve Sigorta Ettirenin ve Sigortalının Durumu

Sigorta yaptıran kişi sözleşme sonrasında sigortacıdan habersiz rizikoyu veya mevcut durumu ağırlaştırarak tazminat tutarı artıracak hiçbir davranışta bulunamaz. Sigorta yaptıran kendisi tarafından riziko ağırlaşması olarak kabul edilmiş bulunan hususlardan biri gerçekleşirse hemen, bilgisi dışında yapılmışsa bu hususu öğrendiği tarihten itibaren en geç 10 gün içinde sigortacıya bildirmekle yükümlüdür (40).

Sözleşmenin devamı sırasındaki ihbar külfetine ilişkin TTK'nun 1291. maddesinde, sadece sigorta ettirenden bahsedilmişse de, sigorta ettiren ile sigortalının farklı kimseler olduğu sözleşmelerde, rizikodaki değişikliğin sigorta ettirenden çok sigortalının fiilinden kaynaklaması olasıdır. Bu durumda da meydana gelen riziko ağırlaşmasının ihbarı gerekmektedir (3).

Riziko ağırlaşmasının kusur ile beyan edilmediği hallerde, eğer riziko bu ağırlaşma ile bağlantılı biçimde meydana gelmişse uygulanması gereken indirim tutarı kadar sigorta ettirenden geri istenebilir. Sigorta ettiren riziko ağırlaşmasını kasten bildirmemişse, riziko bildirilmeyen bu ağırlaşmadan kaynaklanmış olduğu takdirde sigortacı zarar görene ödediği tutarın tümünü sigorta ettirenden geri isteyebilecektir. Kastın olmaması halinde gerçek durum bilinmeden alınan primin gerçek durumda alınacak olan prime olan oranı çerçevesinde indirim yapılabileceği göz önünde tutularak rücu söz konusudur. Hekim sorumluluğu sigortasında sigortalı hekimin geceleri kumar

oynamaya başlaması ve bu sebeple gündüz mesleki faaliyeti sırasında sürekli hata yapması bu duruma örnek teşkil etmektedir (40).

Rizikonun ağırlaştığı hususunu ispat, bunu ileri süren sigortacıya aittir ve bunun aksini öngören sözleşme hükümleri TTK'nun 1291. maddesinin emredici niteliği gereği geçerli değildir (3). Sigorta ettirenin bilgisine ve davranışına hukuki sonuç bağlanan durumlarda, sigortadan haberi olması şartı ile sigortalının da lehtarın bilgisi ve davranışı da dikkate alınmaktadır (41). Bu hükme göre sigortanın hekimin çalıştığı özel kurum tarafından yaptırılması halinde, görevlerin tamamı sigortalı hekime yüklenmiştir (40).

2.3.3.4.Tebliğ, İhbarlar ve Sigorta Sözleşmesinin Son Bulması

Sigortalı ve sigorta yaptıran bildirimlerini sigorta şirketinin merkezine yada acenteye yapabilirler. Sigortacı da bildirimlerini sigortalı veya sigorta ettirenin adreslerine noter kanalıyla veya taahhütlü mektupla yapmaktadır (2).

Sigortalanacak riziko hakkında ayrıntılı bilgi sahibi olmak sigorta şirketi bakımından büyük önem taşımaktadır. Zira sigortacı sözleşmeyi yapıp yapmama konusunda veya bunu hangi şartlar altında yapması gerektiği konusunda bu bilgiler doğrultusunda bir karar verecektir Sigortacı, riziko hakkında tek başına tam bir bilgi sahibi olamayacağından bu hususta sigorta ettirenin yardımına ihtiyacı vardır. Sigortacının kararını etkileyecek olan durumlar, esas itibariyle tehlikeyi doğrudan veya dolaylı yönden etkileyebilecek konulardır(30).

İhbar mükellefiyeti kapsamında bildirilmesi gereken tehlikeyi doğrudan doğruya etkileyebilecek konular, mali sorumluluk sigortasında sigorta talebinde bulunan kişinin kişisel özellikleri, faaliyetleri ve hastaları ile sorumluluk doğurabilir nitelikteki hukuki ilişki türleri olarak ifade edilmektedir. Sigortacının sigorta sözleşmesi hakkındaki kararına müessir olabilecek dolaylı hususlar ise rizikonun gerçekleşme ihtimali hakkındaki değerlendirmesinde ipucu veren konulardır. Önceki sigortaya ve gerçekleşmiş zararlara ilişkin bilgiler veya sigortacının rizikonun gerçekleşme ihtimali hakkında sonuç çıkarabileceği mesleki faaliyete ilişkin istatistikî bilgiler bu konuya örnek teşkil etmektedir (30).

> Sigorta sözleşmesi; poliçede tanımlanan mesleki faaliyete son verilmesi, sigortacının iflası, sözleşmenin feshi ve sözleşmeden cayılma hallerinde sonlanmaktadır. Mevzuattan kaynaklanan özel hükümler saklı kalmak şartıyla sözleşmenin son bulması durumunda işlemeyen günlere ait prim sigorta ettirene iade edilir (41).

Sigorta poliçesinde belirtilen sürenin dolmasıyla sigorta sözleşmesi kural olarak son bulmaktadır. Ne var ki, bazı poliçelerde feshi ihbar kaydı vardır. Bu takdirde poliçede gösterilen süre dolmuş olsa bile, feshi ihbar şartına uyulmadığı takdirde sözleşmenin kendiliğinden uzamış olduğu varsayılır. Söz konusu kayıt hem sigortacının hem de sigorta ettirenin lehine bir durumdur. Fesih beyanı tek taraflı yenilik doğurucu, şarta bağlanamayan ve karşı tarafa ulaşmakla sonuç doğuran bir beyandır ve ispat yükü fesih ihbarında bulunan kişinindir. Sigorta ettirenin fesih beyanının şarta bağlanmış olması veya gerekli şekil şartlarını taşımaması durumunda söz konusu ihbarın geçersiz olduğu hususunda sigortacının dürüstlük kuralı gereği sigorta ettireni uyarması gerekmektedir (30).

Sigortalı hekimin mesleği bırakması halinde iki senelik bir uzatılmış bildirim süresi mevcuttur. Cayma ile sözleşmenin son bulması geçmişe etkili olduğundan sözleşme baştan itibaren ortadan kalkmış olur ve karşılıklı edimlerin de geri verilmesini gerektirir. Zorunlu sorumluluk sigortalarında sigortacının sözleşme yapmaktan kaçınması mecburidir. Ancak eğer caymanın hukuken geçerli olması durumunda caymanın geçmişe etkili olması nedeniyle primin işlemeyen günler esasına göre değil tamamının geri verilmesi gereklidir (40).

2.3.3.5.Özel Fesih Nedenleri

Mali Sorumluluk Sigortası, sözleşme süresinin sona ermesi dışında olağanüstü feshi gerektiren kanuni ve akdi sebeplerle de feshedilebilir. TTK'una göre iki halde sigorta sözleşmesinin olağanüstü feshi söz konusu olmaktadır. Bunlardan ilki sigorta ettirenin tutumuyla riziko ağırlaşması sebebiyle fesihtir. Sigorta sözleşmesi, sona ermeden önce sigortacı veya sigorta primi henüz ödenmeden sigorta ettiren kimse, Borçlar Kanunu'nun 82'nci maddesinde yazılı hale düşerse, diğer taraf taahhüdün yerine getirileceğine ilişkin teminat talep eder ve bu tarihten 3 gün içinde teminat verilmemiş ise, sigorta sözleşmesinden vazgeçebilir. Aciz halinin kabulü için, taraflardan birinin muaccel borçlarını ifa için yeterli para ve ekonomik araçlardan sürekli olarak yoksun olması gerekmektedir (30).

2.3.3.6.Ticari ve Mesleki Sırların Gizli Tutulması

Ticari ve mesleki sır, ticarette ve yapılan meslekte özel bilgileri, becerileri ve yöntemleri itibariyle sigortalının üçüncü kişilere karşı rekabet gücünü ve itibarını etkileyebilecek nitelikte olan ve sigortalının faaliyet alanına dâhil olan bilgiler olarak

ifade edilmektedir (30). Sigortacı ve sigortacı adına hareket edenler bu sözleşmenin yapılması dolayısı ile sigortalıya ve sigorta ettirene ait öğreneceği sırların saklı tutulmamasından doğacak zararlardan sorumlu olurlar (41).

Sigorta ettirene ve sigortalıya ait sırların saklı tutulmasından önce, zarar gören kişiye ve yakınlarına ait sırların saklı tutulması gerekir. Ancak genel şartlar sözleşme hükmü taşıdığı ve sözleşmede kural olarak taraflar arasındaki ilişkiyi düzenlediği için sigortacının zarar görenlere yönelik sır saklama yükümlülüğüne değinilmemiştir (40).

Sigorta sözleşmesinin akdi esnasında ve devamında sigortacı sigorta ettiren hakkında birçok ticari ve mesleki sırrı öğrenebilir. Zira sigorta ettiren sözleşmenin yapılması sırasında rizikoya ilişkin bilgileri, sözleşmenin devamı sırasında sigortacının izni olmadan rizikoya etki edici nitelikteki değişiklikleri ve rizikonun gerçekleşmesi halinde ise zararın nedeni ile hangi hâl ve şartlar altında gerçekleştiğini sigortacıya bildirme yükümlülüğüne sahiptir. Diğer yandan sigorta ettirenin ticari ve mesleki sırlarının saklanması da hükme bağlanmıştır. Bu yükümlülük hem sigortacı hem de sigortacı adına hareket edenler bakımından da geçerlidir (30).

> Sigortacılık Kanununa göre bu kanuna tabi kuruluşların görevlileri ve yetkilileri, bu maddenin 8. fıkrasında yazılı olanlar hariç olmak üzere kanuna tabi kişiler ile bunların yanında çalışanlar ve dışarıdan hizmet alımı yoluyla sigortacılık sektöründe iş görenler, sıfat ve görevleri dolayısıyla öğrendikleri bu Kanuna tabi kuruluşlara veya sigorta sözleşmesi ile ilgili kişilere ait sırları bu konuda kanunen açıkça yetkili kılınan mercilerden başkasına açıklamaları halinde 1 yıldan 3 yıla kadar hapis cezası ve 200 günden az olmamak üzere para cezası ile cezalandırılırlar (40).

2.3.3.7.Zaman Aşımı ve Özel Şartlar

Sigorta hukukuna ilişkin zamanaşımı TTK'nun sigorta hukukuna ilişkin 5. kitabının genel hükümler bölümünün 1268. maddesinde yer almaktadır. Bu maddedeki zamanaşımı süresini değiştiren sözleşme hükümleri geçersiz olup, dikkate alınmaz. Zamanaşımı süresinin geçip geçmediğini saptamak için, her şeyden önce, zamanaşımının başlangıç gününün bilinmesi gerekmektedir. Sigorta bedelini ödeme borcu, bütün mal sigortalarında, rizikonun gerçekleştiğini sigortacıya ihbar borcunun doğduğu tarihte geçerli olur ve zamanaşımı da bu tarihten itibaren başlar (41).

Sigorta sözleşmesinden doğan bütün talepler, alacağın geçerli olduğu tarihten başlayarak iki yıl ve sigorta tazminatına ilişkin istemler her halde rizikonun

gerçekleştiği tarihten itibaren beş yıl geçmekle zaman aşımına uğramaktadır. Taraflar sigorta ettiren ve sigortalının lehine olmak şartıyla özel şartlar koyabilirler (40).

Özel şartlar, sigorta sözleşmesini kişiselleştiren, o anda yapılmakta olan sigorta sözleşmesi göz önünde tutularak tarafların serbest iradeleri ile kararlaştırdıkları ve üzerinde uzlaştıkları sözleşme hükümleridir. Özel şartları, genel şartlardan ayıran en temel özelliklerden birisi, taraflar arasında görüşme ve pazarlık sonucu belirlenerek, ortak irade ile sözleşmenin bir parçası haline getirilmeleridir (3).

Özel şartlar da genel şartlar gibi sözleşmeye has niteliğe sahiptirler. Emredici hükümlere aykırı olmamaları, sözleşme özgürlüğü sınırları içerisinde bulunmaları gerekir. Ancak özel şartlar, genel şartlardan farklı olarak idari denetime tabi değildir (3).

2.3.4. Diğer Ülkelerde Mali Sorumluluk Sigortası Uygulama Örnekleri

Genel olarak Avrupa'da tıbbi açıdan kötü uygulama konusunda maddi sistem ve mahkeme yolu olmak üzere iki ayrı model söz konusudur. Maddi sistemde sigorta ön plandayken, ikincisinde mahkeme kararı sonucu belirlemektedir. Ülkemizde, önceleri geçerli olan hekime teslimiyet görüşü, yerini artık hak aramaya bırakmıştır. Her geçen gün sağlık sistemimizde zarara uğrayanların sayısı artmaktadır (10).

> Mali sorumluluk sigortasında birçok ülkede olduğu gibi kusura dayalı tazmin sisteminin geçerli olduğu ülkelerin başında ABD gelmektedir(46). Bu sistemde mali sorumluluk kapsamındaki bütün olgular mahkemeler tarafından değerlendirilir. Sigortalama işlemlerinin tamamı özel sigortalama şirketlerince yapılır. ABD'de sigorta primlerinin sigorta şirketleri tarafından belirlenmesi ve ödenmesi gereken tazminatlarda üst sınır konmamış olması sebebiyle primlerin ve tazminat oranlarının her yıl çok ciddi oranlarda yükseldiği dikkat çekicidir (38).

Avrupa Birliğinde mali sorumluluk sigortası ile ilgili genel bir düzenleme bulunmadığından uygulamalar birbirine benzer durumdadır. Bu uygulamalarda İsveç/İskandinav sistemi ve mahkeme sistemi olmak üzere iki farklı yaklaşım görülmektedir. İskandinav modelinde meydana gelen uygulama hatalarının değerlendirmesini bilirkişi ve taraflardan oluşan bir heyet yapmaktadır. İçinde Türkiye'nin de bulunduğu İtalya, Almanya, Fransa, Portekiz, İsviçre, Litvanya, Gürcistan, Moldovya, Birleşik Krallık, Slovakya ve Ukrayna gibi ülkelerde ise mahkeme sistemi uygulanmaktadır(38).

Almanya, Hollanda ve Lüksemburg gibi ülkeler özel sektörde çalışan hekimlere ancak sigorta yaptırmaları halinde çalışma ruhsatı vermekte ve hastanelerin hizmet verebilmeleri için mali sorumluluk sigortasını zorunlu kılmaktadır(26). İsveç'te Hasta tazminat sigortası gibi mevcut sistemler tıbbi hatalar için kişisel sorumluluğu büyük ölçüde ortadan kaldırmaktadır. Tıbbi uygulama hataları oranı diğer ülkelerle aynıdır. Maddi tazminat ödemeleri tüm kantonların ödeme yaptığı sigorta şirketleri tarafından karşılanır. İsveç sağlık sisteminde finansman, ağırlıklı bir şekilde kamu hizmeti sayılmaktadır (26).

Tıbbi uygulama hataları konusunda Danimarka, fiziksel psikolojik zararların karşılanması noktasında sağlık çalışanlarının hatası olsun olmasın sigorta şirketleri veya işveren tarafından ayrılan bütçeden hastaların uğradığı zararı karşılamaktadır(40). Fransa bu konuda karma bir sistemi uygulamaktadır. 2002 yılında çıkardığı kanun ile mali sorumluluk sigortasını hekimlere zorunlu kılmıştır(38). Hollanda hastanelere çalışma izinlerini sigorta yaptırmaları karşılığında verdiğinden dolayı ülkede kendiliğinden bir sistem oluşmuştur. Özellikle akademik hastanelerin yüksek primlerle sigorta yaptırdıkları görülmektedir (38).

İngiltere'de oluşan bir uygulama hatası karşısında bütün sorumluluğu Ulusal Sağlık Sistemi yüklenmektedir. Serbest çalışan hekimlerin ise sigorta yaptırması zorunludur (38). Bazı İngiliz Yüksek Mahkeme kararlarında da sigortalının sorumluluğunun üçüncü kişi tarafından ileri sürülmesi ve bir mahkeme veya hakem kararı yahut bir sulh anlaşması ile sorumluluğun açık biçimde belirlenmiş olması gerekmektedir (30).

İrlanda'da maliyetlerin yüksek olması sebebiyle devlet kaynakları ile finanse edilen bir sistem vardır. Ülkede özel sigorta şirketleri malpraktis sigortası yapmamaktadır. Macaristan'da sağlık hizmetlerinin çoğu kamu tarafından karşılanmaktadır. Ülkedeki tüm sağlık çalışanlarının MSS yaptırmaları zorunludur (38).

Almanya'da hasta sigortası hekim sorumluluğuna alternatif bir çözüm olarak önerilmiş, genel koşulları düzenlenmiştir (10). Sigorta ilişkisinin devam ettiği dönem içerisinde tazminat talebinin sözleşme sona ermeden önce sigorta ettirene karşı ileri sürülmesi gerekir. Geçmişe etkili sigortayı düzenleyen Alman Sigorta Sözleşmeleri Kanununda, sigorta ettiren rizikonun gerçekleştiğini bilerek geçmişe etkili sigorta yaptırmışsa sigortacı borcundan kurtulur (45). Almanya'da sigorta ettirenin sigortacıya

yönelik sorumluluktan kurtulmayı isteme alacağı ancak zarar gören üçüncü kişi tarafından cebri icra konusu yapılabilir. Ayrıca zorunlu sigortalarda zarar görene doğrudan dava hakkı tanır. Sigorta ettiren acze düşmüş ise sigortacıya doğrudan başvurabilir (40).

Avusturya'da konu, sosyal sigorta sistemi içerisinde çözümlenmektedir. Sosyal güvenlik sistemi içerisinde hasta başına günlük 0,73 Euro kesinti yapılır. Hastanenin doğrudan veya açık bir kusuru olmayan durumları için güvenlik sisteminden, hastanenin açık kusurunun tespit edildiği durumlarda ise doğrudan hastane tarafından ödeme yapılmaktadır(38).

2.4. Danıştay'ın İptal Karar Örnekleri

1.Danıştay 10. Dairesinin 23.06.2008 Tarihli ve E.2006/5165, K.2008/4726 Sayılı Kararı

Olay: Davacı S.Ö. nün, B…. Devlet hastanesinde yapılan burun ameliyatı sonucunda sol gözü, fonksiyonunu kaybetmiştir. Davacı, idarenin hizmet kusuru olduğu gerekçesiyle maddi ve manevi tazminat talebinde bulunmuştur.

İdare mahkemesi hizmetin kötü işlemesinde sorumlu bulunan idarenin hizmet kusurunun bulunduğuna, maddi ve manevi tazminat ödenmesine karar vermiştir. Danıştay'ın ".... Adli Tıp Kurumu'nun raporunda septorinoplasti ameliyatı sırasında sol gözde görme kaybı ..... geliştiği bildirilen S.Ö.'ye ait ..... evrakın tetkikinden, ameliyatı yapan doktorun operasyon sırasında özensiz ve dikkatsiz davranışı nedeniyle beyindeki kanama ve görme kaybına neden olduğu .... ancak kırık hattının optik siniri de zedelemesi göz önüne alındığında kusur oranının 2/8 (sekizde iki) olduğu belirtilmiştir. Sağlık hizmetlerinde tazmin sorumluluğunun bulunduğundan söz edilebilmesi için hizmet kusurunun belirli bir ağırlıkta olması şartının aranması, bu tür hizmetlerin bünyesinde zaten bir risk unsuru taşıdığının bilinmesindendir. Sağlık hizmeti sunumunda, sağlık personelinin en küçük kusuru bile kalıcı sakatlıklara, arızalara, hatta ölümlere yol açabilmektedir. Belirtilen niteliğinden ötürü İdari eylemden doğan tazmin sorumluluğunun tespitinde bilirkişilerce belirlenen kusur oranının sağlık hizmetlerinden kaynaklanan olaylarda, gerçek zararın tespitinde kullanılmasına olanak bulunmamaktadır. ..... Sağlık hizmetinden yararlanan konumundaki kişilerin, sağlık personelinin saptanan kusur oranı dışında kalan kusurdan sorumlu olduğundan söz edilemeyeceği gibi bunun sonuçlarına katlanmasının da hakkaniyete aykırı olacağı açıktır. Bu durumda davalı idarenin, ameliyatı yapan doktorun özensiz ve dikkatsiz davranışı yani kusuru sonucu oluşan zararın tümünden sorumlu olduğu ve ilgili doktorun kusur oranına itibar edilmeyerek tazminata hükmedileceği açıktır….idare mahkemesi kararının onanmasına ....." şeklinde kararı bulunmaktadır.

Bu olayda hastanın tıbbi özen gösterilmesini isteme hakkı (HHY. md.14), tıbbi gereklere uygun teşhis, tedavi ve bakım hakkı (HHY. md.11) ihlâl edilmiştir. Danıştay incelediğimiz olayda Adli Tıp Kurumu'nun kusur oranını tespit eden raporuna itibar etmeyerek

mağdurun kusur oranı dışında kalan kusurun sonuçlarına katlanmaması gerektiğini çok anlamlı bir şekilde ifade etmiştir(47).

2. Danıştay 10.Dairesinin 31.12.2009 Tarihli ve E.2009/822, K.2009/11619 Sayılı Kararı

Olay: Davacı Ankara N……. Eğitim ve Araştırma Hastanesine erken menopoz şikâyetiyle başvurmuştur…….. Smear testinin yapılmamış olması nedeniyle herhangi bir uzman hekim gözetimi olmaksızın aile hekimliği asistanı müdahil tarafından muayene odasına alınmış, bu testin uzman hekim nezaretinde, önce hymenin durumunun gözle kontrol edilmesi ve zedelenmeye yol açmayacak şekilde küçük boy bir spekulum kullanılarak yapılması gerekirken, bu hususlara dikkat edilmeden yapılan müdahale ile davacının bekâreti bozulmuştur. İdarece yürütülen sağlık hizmetinin kusurlu işletilmesi sonucunda davacıda oluşan manevi zararın tazmini istenmektedir.

İdare mahkemesi hizmet kusurunun ağırlığına rağmen talep edilen miktarı ancak kısmen kabul etmiştir. Danıştay davalı Sağlık Bakanlığı'nın ve davalı yanında müdahilin temyiz ettiği kararın onanmasına karar vermiştir(47).

3. Danıştay 10. Dairesi'nin 29.4.2008 Tarihli ve E.2007/3301, K.2008/2939 Sayılı Kararı

Olay: Davacı diz kapağı bölgesindeki ağrılar nedeniyle G... Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesine başvurmuş, önce menisküs ameliyatı olmuş, iyileşmeyince kıkırdak transferi ameliyatı yapılmış, yine iyileşmeyince üçüncü kez başvurduğunda MR tahlili, biyopsi yapılmış, kanser teşhisi konmuş, en sonunda sol ayağı diz kapağı hizasından kesilmiştir. Davacı; teşhis ve tedavide tıbbi eksiklik ve ihmal sonucu davalı idarenin hizmet kusurunun bulunduğunu ileri sürerek dava açmıştır.

Bilirkişi incelemesi için dosya Adli Tıp Kurumu'na gönderilmiş, Adli Tıp Kurumu hastaya ait grafilerin, yapılan biyopsi ve geçirdiği tüm operasyonlara ait patoloji blok ve preparatların temin edilerek gönderilmesini istemiş, davalı idare dosyayı hastaya verdiği için mevcut olmadığını bildirmiş, davacı da dosyayı temin edememiş, Adli Tıp Kurumu görüş bildiremeyeceğini ifade etmiş, hastane müdürü dosyayı arşivden alıp ilgili bölüme gönderdiğini yazılı belge ile belirtmiştir. İdare mahkemesi hem maddi hem de manevi tazminat talebini reddetmiştir.

Danıştay'a göre: "..... Dosyanın kaybedilmesi ağır hizmet kusuru teşkil eder..... İdarenin belgeleri ibraz edememesi, meydana gelen zarar nedeniyle idarenin sorumluluğunun bulunup bulunmadığının yargısal denetimini engellediği için idare mahkemesi'nin maddi tazminatı reddetmesinde hukuka aykırılık yoktur. Manevi zararın idare tarafından tazmini yolunda karar verilmesi gerekirdi....Danıştay bu gerekçeden sonra idare mahkemesinin kararının maddi tazminat isteminin reddine ilişkin kısmının onanmasına, manevi tazminat isteminin

reddine ilişkin kısmının bozulmasına karar vermiştir, yani Danıştay maddi tazminat talebini reddetmiş manevi tazminat talebini kabul etmiş olmaktadır(47).

4.Danıştay 10.Dairesi'nin 27.4.2009 Tarihli ve E.2006/4079, K.2009/3186 Sayılı Kararı

Olay: Davacıya 1976 yılında H….. Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde sağlık kurulu raporuyla multiple sklerose (MS) teşhisi konmuş, 2003 yılında M…… Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde MS değil, beyinde ilerlemiş düzeyde kitle bulunduğu tespit edilmiştir. Davacı, hatalı teşhis sonucu malûlen emekliye sevk edilmesi, geç teşhis nedeniyle hastalığına tıbbi müdahalede bulunulmamış olunması nedenleriyle maddi ve manevi tazminat talebinde bulunmuştur.

İstanbul idare mahkemesi 1976 yılında manyetik rezonans görüntüleme ve tomografi yöntemlerinin Türkiye'de bulunmadığı ve hastalığın kesin belirlenmesinin mümkün olmadığı dikkate alındığında teşhiste tıbbi yanılmanın hizmet kusuru olamayacağı ve idarenin tazmin sorumluluğuna yol açmayacağı gerekçesiyle davayı reddetmiştir. Danıştay'a göre tazmin yükümlülüğünün doğması için ağır hizmet kusuru gerekmektedir. Tıbbi yanılgının ağır hizmet kusuru kapsamında değerlendirilmesine olanak yoktur. Adli Tıp Kurumu'ndan tıbbi mütalâa istenmesine gerek yoktur. Danıştay temyiz istemini reddederek İstanbul idare mahkemesinin kararının onanmasına karar vermiştir(47).

5. Danıştay 10.Dairesi'nin 24.9.2007 Tarihli ve E.2005/3719, K.2007/4316 Sayılı Kararı

Olay: Davacıların yakını solunum yetmezliği şikâyetiyle G……. Üniversitesi Hastanesi'ne götürülmüş, burada solunum cihazı bulunmadığı için A… Üniversitesi İ……. Hastanesine sevk edilmiş, nöroloji bölümünde solunum cihazına bağlanmıştır. Ancak hastanın sık sık kendisini bu cihaza bağlayan maskesini çıkarmaya çalıştığı gözlenmiş, en son yine maskesini çıkarması sonucu hayatını kaybetmiştir. Doktor ve hemşire aleyhine görevi ihmal suçundan açılan ceza davasında doktor ve hemşire beraat etmişler, Yüksek Sağlık Şûrası doktor ve hemşirenin kusursuz olduğuna dair rapor vermiştir. Ancak adı geçen hastanenin olayın geçtiği yoğun bakım ünitesinin şartlarının uygun olmadığı bildirilmiştir. Hizmetin işleyişi ile ilgili aksaklıkların ölüm olayına etken olduğu yolunda karar verilmiştir. Ayrıca Adli Tıp İhtisas Kurulu da raporunda "…. Uygulanan tedavi yerindedir, sağlık personeline yüklenecek kusur yoktur…." diye belirtmiş, yoğun bakım ünitesinin şartları hakkında değerlendirme yapmamış, "….ölüm olayı yoğun bakımdaki hastanın maskesini çıkarması sonucu oluşmuştur…" demiştir(47).

İdare mahkemesi davayı tümden reddetmiştir. Danıştay, kararında "…. Olayla ilgili Yüksek Sağlık Şûrası kararına itibar etmek gerekmektedir…. İdarenin tazmin yükümlülüğünün doğması için zararın, idarenin ağır hizmet kusuru sonucu meydana gelmiş olması gerekmektedir…. Ağır hizmet kusuru, riskli tıbbi müdahaleler ve operasyonlar için geçerli olup… tıbbi operasyon kapsamına dahil edilemeyecek … bakım, gözetim ve yan müdahalelerin hiç ve gereği gibi yapılmaması dolayısıyla oluşan Zararlarda….. ağır hizmet kusuru aranmasına gerek bulunmamaktadır…davalı idarenin bu tutumunun hizmet kusuru olarak kabulü zorunlu

olup …. İdare mahkemesinin tazminata hükmetmesi gerekirken, davanın reddi yönünde verdiği kararın …..bozulmasına…"denilmiştir(47).

İdare, tazminatı davacı yakınlarına ödeyip olayın geçtiği klinikteki bütün personele rücu edebilirdi. Bu gibi olaylarda genellikle hizmet kusuru-görevsel kusur ayırımı incelenmeli ve ona göre gerektiğinde "rücu" müessesesine başvurulmalıdır. Bu tazminatlar idarenin üzerinde kalmamalı, idare görevsel kusuru olan sağlık personeline rücu etmelidir. Bu uygulama yapılmazsa, sağlık personeli daha özenli olmak için çaba sarf etmeyecektir (47).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Amacı

Bu çalışmamızda hekimlerin zorunlu mali sorumluluk sigortasına bakışlarını öğrenebilmek, farkındalıklarını ortaya koyarak yapılabilecek değişikliklere karşın sağlık yönetimi adına alınabilecek tedbirleri ön plana çıkartmak amaçlanmıştır.

Bu bağlamda; mesleğini icra eden hekimler için zorunlu hale getirilen mali sorumluluk sigortası alanındaki mevcut sistemi ve sorunlarını belirlemek, hekimlerin mesleki sorumluluk sigortası kullanımlarını tespit etmek, hekimlerin mali sorumluluk sigortasına ilişkin farkındalık düzeylerini belirleyebilmek adına bir anket hazırlanmış ve hekimlere uygulanmıştır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma ilişkisel tarama modellerinden "karşılaştırma" türünde, tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır.

3.3.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmacının bulunduğu İl'in merkez ilçesindeki bir Kamu Hastanesinde 2014 yılı Temmuz-Eylül ayları arasında gerçekleştirilmiştir.

3.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklemin Hesaplanması

Araştırma evrenini Araştırmacının bulunduğu İl'in merkez ilçede bulunan Devlet hastanesinde çalışan 276 Hekim oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklem büyüklüğünü ise anket formunu tam ve eksiksiz dolduran 202 hekim oluşturmuştur.

Hekimlere toplam 276 anket dağıtılmıştır. Dağıtılan anketlerin 222 tanesi toplanmıştır. Toplanan anketlerin 20 tanesi, eksik veya kurallara uygun doldurulmadığından değerlendirmeye alınmamıştır. Hatasız ve eksikleri istatistiksel analizlere engel olmayan toplam 202 anket değerlendirmeye alınmıştır. 202 kişi ile yapılan araştırmada, örnek büyüklüğü ana kütlenin yaklaşık %73'ü olduğu için ana kütleyi temsil edebilme özelliğine sahiptir.

3.5.Veri Toplama yöntemi

Araştırmanın amacına uygun olarak araştırmacı tarafından hastalara uygulanan anket; İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı öğrencilerinden Güllü TURGAZ tarafından 2007 yılında yazılan Doç. Dr. Yakup SELVİ'nin danışmanlığını yaptığı "Sağlık Sektöründe Mesleki Sorumluluk Sigortası Uygulaması" konulu yüksek lisans tezin anketi esas alınarak ekte sunulan anket formu hazırlanmıştır.

Anket formlarında demografik özelliklerin yanı sıra kişisel bilgilere, sigorta yaptırma nedenlerine ve sigorta yaptırmama nedenlerine ait maddeler yer almaktadır. Ayrıca anketin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasına ait farkındalıklarını ortaya koyacak şartlar ile hekim önerilerine yer verilmiştir.

3.6.Veri Analiz Yöntemi

Sağlık Bakanlığının Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Talimat Tarifesine göre risk grupları 4 grupta değerlendirilmiş, branş grupları ise 3 grupta değerlendirilerek analiz edilmiştir. Çalışma kapsamında araştırmaya katılan hekimler üç farklı şekilde gruplandırılmıştır.

Birinci grup hekimler: : Sadece tanıya yönelik hizmet veren hekimlerdir. Bu gruba dâhil edilen hekimlerin branşları, Biyokimya, Nükleer Tıp, Parazitoloji, Radyoloji, Patoloji, Mikrobiyoloji, Romotoloji, Pratisyenler ve Halk Sağlığı hekimleridir.

İkinci grup hekimler: : Bu grupta tanı ve tedaviye yönelik hizmet sunan fakat cerrahi müdahale yapmayan hekimler ele alınmıştır. Çocuk Hastalıkları (çocuk endokronoloji , neonatoloji, çocuk psikiyatri, çocuk nefroloji, çocuk kardiyoloji, çocuk nöroloji), Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Dermatoloji, Göğüs Hastalıkları, Dahiliye, Nöroloji, Kardiyoloji, Psikiyatri, Anestezi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Aile Hekimleri bu gruba dahil edilmiştir.

Üçüncü grup hekimler: : Cerrahi branş klinisyen hekimlerdir. Cerrahi branş klinisyen hekimler tanı ve tedaviye yönelik hizmet sunmalarının yanı sıra, cerrahi müdahale yapan hekimlerdir. Bu grupta ise, Acil Tıp, Dahiliye, Hemotoloji, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Ortopedi ve Travmatoloji, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi, Beyin Cerrahisi, Kulak Burun Boğaz, Genel Cerrahi, Üroloji, Göz Hastalıkları, Çocuk Cerrahisi, Kalp ve Damar cerrahisi uzmanları branşlarında hizmet sunan hekimler yer almaktadır.

Hekimler ayrıca risk gruplarına göre ayrılmıştır.

1.Risk Grubu Hekimler: Adli Tıp, Anatomi, Askeri Sağlık Hizmetleri, Çevre Sağlığı, Epidemiyoloji, Fizyoloji, Halk Sağlığı, Histoloji ve Embriyoloji, Temel İmmünoloji, Tıbbi Biyokimya, Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji, Tıbbi Farmakoloji, Tıbbi Mikoloji, Tıbbi Mikrobiyoloji, Tıbbi Patoloji, Tıbbi Viroloji,

2.Risk Grubu Hekimler: Pratisyen Tabip, Aile Hekimliği, Askeri Psikiyatri, Çocuk Endokrinolojisi, Çocuk Genetik Hastalıkları, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları, Çocuk Metabolizma Hastalıkları, Çocuk Radyolojisi, Çocuk Romatolojisi, Deri ve Zührevi Hastalıkları, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Geriatri, Hava ve Uzay Hekimliği, İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları, İş ve Meslek Hastalıkları, Klinik Nörofizyoloji, Nükleer Tıp, Pedodonti, Periodontoloji, Radyasyon Onkolojisi, Romatoloji, Sitopatoloji, Spor Hekimliği, Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp, Tıbbi Genetik, Tıbbi Parazitoloji, Diş Tabibi

3.Risk Grubu Hekimler: Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi, Algoloji, Çocuk Cerrahisi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, Çocuk Gastroenterolojisi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi, Çocuk Kardiyolojisi, Çocuk Nefrolojisi, Çocuk Nörolojisi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Ürolojisi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Endodonti, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Gastroenteroloji, Göğüs Hastalıkları, Göz Hastalıkları, Harp Cerrahisi, Hematoloji, İç Hastalıkları, Kardiyoloji, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Nefroloji, Nöroloji, Ortodonti, Protetik Diş Tedavisi, Radyoloji, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Tıbbi Onkoloji, Üroloji,

4.Risk Grubu Hekimler: Acil Tıp, Ağız, Yüz ve Çene Cerrahisi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Cerrahi Onkoloji, Çocuk Acil, Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi, Çocuk Yoğun Bakımı, El Cerrahisi, Gastroenteroloji Cerrahisi, Genel Cerrahi, Göğüs Cerrahisi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kalp ve Damar Cerrahisi, Neonatoloji, Ortopedi ve Travmatoloji, Periferik Damar Cerrahisi, Perinatoloji, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Yoğun Bakım

Veriler bilgisayarda SPSS 22 programında oluşturulmuş veri tabanına yüklenerek tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testleri kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışanların demografik özellikleri ile ilgili veriler; sayı, yüzdelik, ortalama ile değerlendirilmiştir. Anketin güvenirliliğini değerlendirmede Croncbach Alfa katsayısı

0,84 olarak hesaplanmıştır. Ki- kare test istatistiğine ilişkin olasılık değeri 0.05'te küçük olduğunda ilgili hipotezdeki sonucun istatistiksel olarak önemli olduğuna karar verilmiştir.

Araştırma sonuçları ve bu sonuçların yorumlanması bölümünde, tablolar halinde özetlenmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 5. Demografik özellikler

Değişkenler		Sayı	%
Yaş ortalaması		41,67 ± 8,1	
Cinsiyet	Kadın	68	33,7
	Erkek	134	66,3
Medeni Durum	Evli	165	81,7
	Bekar	37	18,3
Kurumda çalışma süre ortalaması		7,58 ± 6,87	
Meslekte çalışma süre ortalaması		16,23 ± 8,9	
Toplam		202	100

Amaca uygun olarak hazırlanan anket sonuçlarında Tablo 5' de görüldüğü gibi yaş ortalaması 41,67±8,1 olup % 66 sı (134 kişi) erkek ve % 81,7'si (68 kişi) evli hekimden oluşmuştur. Hekimlerin kurumda çalışma süre ortalaması 7,58 ± 6,87 yıl, meslekte çalışma süre ortalaması 16,23 ± 8,9 yıldır.

Tablo 6. Hekimlerin Branşlara Göre Dağılımı

Değişken	Hekimlerin Branşları	Hekim Sayısı	Toplam	%
Grup 1	Biyokimya	6	41	20,3
	Nükleer Tıp	2		
	Parazitoloji	1		
	Radyoloji	4		
	Patoloji	3		
	Mikrobiyoloji	3		
	Romotoloji	2		
	Pratisyenler	19		
	Halk Sağlığı	1		
Grup 2	Çocuk Hastalıkları	19	77	38,1
	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	4		
	Dermatoloji	6		
	Göğüs Hastalıkları	4		
	Dahiliye	5		
	Nöroloji	4		
	Kardiyoloji	3		
	Psikiyatri	8		
	Anestezi	8		
	Enfeksiyon	4		
	Aile Hekimi	12		
Grup 3	Kadın Doğum	7	84	41,6
	Ortopedi ve Travma	10		
	Plastik ve Rekonstrüktif	2		
	Dahiliye	10		
	Beyin Cerrahisi	4		
	Kulak Burun Boğaz	10		
	Genel Cerrahi	12		
	Üroloji	8		
	Göz Hastalıkları	7		
	Hemotoloji	4		
	Çocuk Cerrahisi	2		
	Acil Tıp	7		
	Kvc	1		
Toplam			202	100

Hekimler gereç ve yöntemle belirlendiği şekilde Tablo 6'da görüldüğü gibi 3 grupta değerlendirilmiştir. Örneklem %20,3 Grup 1, %38,1 Grup 2 ve %41,6 Grup 3 hekimlerinden oluşmaktadır. Tabloda her bir gruptaki branşlar yazılmıştır.

Tablo 7. Zorunlu mali sorumluluk sigortası ile ilgili veriler

Değişkenler		Sayı	%
ZMSS önce sigorta yaptırmış mıydınız?	Evet	48	23,8
	Hayır	154	76,2
2010 yılında ZMSS yaptırmış mıydınız	Evet	180	89,1
	Hayır	22	10,9
ZMSS kesintisiz sürdürmekte misiniz	Evet	183	90,6
	Hayır	19	9,4
Poliçeyi çalıştığınız hastanemi yapmakta	Evet	43	21,3
	Hayır	159	78,7
Poliçesini siz yaptırıp çalıştığınız hastaneye bildirimde bulunup %50 primini geri alıyor musunuz	Evet	165	81,7
	Hayır	37	18,3
ZMSS poliçesinden yapılan herhangi bir hasar ödemesi oldu mu?	Evet	2	1,0
	Hayır	200	99,0
ZMSS kapsamına girmeyen herhangi bir nedenden dolayı dava ile karşı karşıya kaldınız mı	Evet	7	3,5
	Hayır	195	96,5
ZMSS poliçesi içerisinde avans isteminde bulundunuz mu?	Evet	4	2,0
	Hayır	198	98,0

Tablo 7'de görüldüğü gibi hekimlerin % 23,8 2010 yılında yürürlüğe giren Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasından önce sigorta yaptırmışlardır. Hekimlerin %10,9' u zorunlu olmasına rağmen sigorta yaptırmamıştır. Sigorta yaptırmama nedeni olarak mesleki sigorta sorumluluğunu çalışan kurum üstlenmesi gerektiği görüşünü belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan hekimlerden % 90,6'sı hekimin kesintisiz poliçesi sürmekte olup sadece % 21,3'ünün Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasını çalıştıkları hastane tarafından yapılmaktadır. Sigorta priminin yarısını % 81,7' si geri almaktadır. Bu güne kadar hekimlerin %1'i sigortasından hasar ödemesi yapıldığını belirtmiştir. Hekimlerin %3,5'u Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası kapsamına girmeyen bir nedenden dolayı dava ile karşı karşıya kaldığını ifade ederken %2'si sigortasından avans talep edildiğini belirtmiştir.

Tablo 8. Zorunlu mali sorumluluk sigortasını yaptırma nedenleri

Yaptırma Nedenleri	1. Derece sayı %	2. Derece sayı %	3. Derece sayı %	4. Derece sayı %	5. Derece sayı %
Mesleğin taşıdığı maddi risklerin yüksekliği	121 59,9	27 13.4	18 8,9	12 5,9	24 11,9
Artan malpraktis davaları	121 59,9	28 13,9	19 9,4	14 6,9	20 9,9
Meslek ile ilgili sorumluluğun yeni hukuki düzenlemelerle artması	112 55,4	39 19,3	23 11,4	11 5,4	17 8,4
Meslek ile ilgili sorumluluğun tıbbi gelişmeler sonucu artması	71 35,1	54 26,2	40 19,8	17 8,9	20 9,9
Tazminat taleplerinin yüksekliği	118 58,41	26 12,9	29 14,4	11 5,4	18 8,9
Medya ve hasta hakları derneklerinin ve kuruluşlarının, hastaların haklarını aramaya teşvik etmesi ve bilinçlendirilmesi	79 39,3	49 24,4	36 17,9	15 7,5	22 10,9
Yeterli ve nitelikli yardımcı personel olmaması nedeniyle, çalışma ortamının giderek kötüleşmesi	61 30,2	54 26,7	36 17,8	26 12,9	25 12,4
Meslektaşların önermesi	43 21,3	35 17,3	44 21,8	33 16,3	47 23,3
Sigortanın ekonomik hayatta vazgeçilmez bir unsuru olması	54 26,7	40 19,8	44 21,8	27 13,4	37 18,3
Sigorta primlerinin tazminatlara oranla düşüklüğü	56 27,7	34 16,8	44 21,8	27 13,4	41 20,3

Tablo 8'de görüldüğü gibi her ne kadar zorunlu bir sigorta olsa da sigorta yaptırma nedenleri olarak mesleğin taşıdığı maddi risklerin yüksekliğini % 59,9'u tazminat taleplerinin yüksekliği % 58,41 artan malpraktis davalarını % 59,9'u, mesleğin sorumluluğunda yeni hukuki düzenlemelerin yapılması % 55,4'ü, meslek sorumluluğunun tıbbi gelişmeler sonrası artması % 35,1'u, hastaların haklarını araması teşvik edilmesi ve bilinçlenmesi % 39,3'ü nitelikli personel olmaması ve çalışma ortamının kötüleşmesi % 30,2'si sigorta primlerinin düşüklüğü % 27,7'i sigortanın vazgeçilmez bir unsur olması, % 26,7'si meslektaşların önermesi % 21,3'ü birinci derecede önemli neden olarak ifade etmişlerdir.

Tablo 9. Zorunlu mali sorumluluk sigortasını yaptırmama nedenleri

	1. Derece sayı %	2. Derece sayı %	3. Derece sayı %	4. Derece sayı %	5. Derece sayı %
Mesleki Sorumluluk Sigortası Özel Şartlarındaki mevcut belirsizlikler	37 31,9	32 27,6	24 20,7	11 9,5	12 10,3
Mesleki Sigorta sorumluluğunu çalışılan kurumun üstlenmesi gerekir	57 49,6	26 22,6	11 9,6	8 7,0	13 11,3
Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel şartlarındaki mevcut belirsizlikler	30 26,1	39 33,9	20 17,4	13 11,3	13 11,3
Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası poliçelerinde yer alan hukuki belirsizlikler	37 32,2	30 26,1	25 21,7	12 10,4	11 9,6
Sağlık hizmetinin niteliğinin yükselmesi ile çalışma ortamının giderek düzelmesi	20 17,4	30 26,1	23 20	15 13	27 23,5
Branşımın mesleki risklerinin düşük olması	25 21,7	13 11,3	26 22,6	17 14,8	34 29,6

Tablo 9'da görüldüğü gibi sigorta yaptırmama nedenlerini önem sırasına göre derecelendirmeleri istenilmiş ve 1. Derece önemli olarak gösterilen sebep olarak mesleki sigorta sorumluluğunu çalışan kurum üslenmesi gerektiğini % 50'si sigorta özel şartlardaki ve hukuki konudaki mevut belirsizlikler % 32'si,sigortanın genel şartlarındaki mevcut belirsizlikler % 26'sı branşının mesleki riskinin düşük olması % 22'si sağlık hizmetlerinde niteliğin yükselmesi ve çalışma ortamının düzelmesi % 17'si göstermişlerdir.

Tablo 10. Zorunlu mali sorumluluk sigortası için önerilerin değerlendirilmesi

		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Sigorta poliçesi çalıştığım sağlık elemanlarını da kapsamalı	Sayı %	126 62,4	42 20,8	18 8,9	8 4,0	8 4,0
Zorunlu mesleki sorumluluk sigortası teminatı üç katı arttırılmalı	Sayı %	97 48	57 28,2	31 15,3	9 4,5	8 4,0
Zorunlu mesleki sorumluluk sigortası poliçesi devreye girmeden önce bir kurul tarafından incelenmeli ihbarı bu kurul yapmalıdır	Sayı %	93 46,0	65 32,2	30 14,9	7 3,5	7 3,5
Zorunlu mesleki sorumluluk sigortası yapan sigorta şirketi bir şikâyet olduğunda hukuksal desteği hemen vermeli	Sayı %	159 78,7	32 15,8	4 2,0	4 2,0	3 1,5
Hasta şikayetleri zorunlu mesleki sorumluluk sigortası yapan sigorta şirketine ihbar edildiğinde sigorta şirketi dava konusu edilmeden uzlaşma ile şikayeti sonlandırmalıdır	Sayı %	93 46	47 23,3	38 18,8	17 8,4	7 3,5

Tablo 10'da görüldüğü gibi araştırmaya katılan hekimlerin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası için önerileri değerlendirildiğinde % 79' u sigortanın şikâyet olduğunda hemen hukuksal destek vermesi gerektiğini, % 62'si sigortanın çalıştığı sağlık elemanlarını da kapsaması gerektiği, % 48'i sigorta teminatının üç kat arttırılması gerektiğini, % 46'sı sigorta poliçesi devreye girmeden önce bir kurul tarafından incelenerek sonradan ihbarın bu kurul tarafından yapılması gerektiğini ve sigorta şirketinin de dava konusu edilmeden uzlaşma ile şikâyeti sonlandırması gerektiğini ifade etmişlerdir.

Tablo 11. Ankete katılan hekimlerin cinsiyetlerine ve yaş ortalamalarına göre dağılımı

Cinsiyet			Yaş		
	N	%	Ortalama	Minimum	Maksimum
Kadın	68	33.7	39	26	56
Erkek	134	66,3	43	28	65
Toplam	202	100,0	42	26	65

Çalışmaya katılan hekimlerin cinsiyetlerine göre dağılımı ve cinsiyetlere göre ortalama yaş ve yaş genişlikleri Tablo 11'de verilmiştir. Tablo 11'de görüldüğü gibi sağlık çalışanlarının % 66,3'u erkek (134) olup genel yaş ortalaması % 42'dir. Kadın sağlık çalışanlarının en küçük yaş aralığı 26 iken en yüksek yaştaki kadın hekimler ise 56 yaşında olarak tespit edilmiştir.

Tablo 12. Ankete katılan hekimlerin cinsiyet ve medeni durumlarına göre dağılımı

		Medeni Durum		
		Evli	Bekâr	Toplam
Cinsiyet	Kadın	49	19	68
	Erkek	116	18	134
Toplam		165	37	202

Çalışmaya katılanların cinsiyetlerine göre medeni durumları tablo 12'de özetlenmiştir. Buna göre ankete katılan % 66,3'ü erkek olan hekimlerden % 86,56'sının evli olduğu görülmektedir. Kadın katılımcıların sadece % 27,9'u bekardır.

Tablo 13. Hekimlerin cinsiyetlerine ve iş tecrübelerine göre dağılımı

Değişken			İş tecrübesi		
	N	%	Ortalama	Minimum	Maksimum
Kadın	68	33.7	12,75	1	31
Erkek	134	66,3	18	1	40
Toplam	202	100,0	16,2327	1	40

Hekimlerin iş tecrübelerine göre sınıflandırmaları tablo 13'te yer almaktadır. Çalışmaya katılan hekimlerden % 66,3 oranındaki erkek hekimlerin iş tecrübe ortalamaları 18 yıl olarak tespit edilirken kadın hekimlerin tecrübe ortalamaları 12,75 yıldır. Bu veriler ışığında çalışmaya katılan hekimlerin iş tecrübesi ortalama 16 yıl olduğu görülmektedir.

Tablo 14. Hekimlerin branş gruplarının kurumlarında çalışma sürelerine göre dağılımı

			Kurumda Çalışma Süresi			
	N	%	Ortalama	Std. Hata	Minimum	Maksimum
Hekim Grup 1	41	20,3	6,96429	1,16224	0	32
Hekim Grup 2	77	38,1	6,15152	0,63168	0	21
Hekim Grup 3	84	41,6	6,58534	0,83735	0	31
Toplam	202	100	6,49876	0,48249	0	32

Hekimlerin kurumlarında çalıştıkları sürelere ilişkin özet bilgiler Tablo 14'de verilmiştir. Üç grubu oluşturan hekimlerin kurumlarında çalışma süreleri birbirine yakın olmakla beraber ortalama 6 yıl olarak tespit edilmiştir.

Tablo 15.Branş gruplarının iş tecrübelerine göre dağılımı

			İş tecrübesi			
	N	%	Ortalama	Std. Hata	Minimum	Maksimum
Hekim Grup 1	41	20,3	15,9286	1,26619	1	35
Hekim Grup 2	77	38,1	15,6364	0,98275	1	40
Hekim Grup 3	84	41,6	16,9398	1,04896	3	40
Toplam	202	100	16,2327	0,62724	1	40

Hekimlerin yıl cinsinden iş tecrübesine ilişkin bilgiler Tablo 15'da verilmektedir. Branşlarına göre iş tecrübesi en yüksek olan grup % 41,1 ortalamasıyla grup 3 olarak sınıflandırılan cerrahi müdahalede bulunan cerrah hekimlerdir. Toplam 3 grupta yer alan hekimlerin iş tecrübelerinin ortalaması 16'dır.

Tablo 16. 2010' dan önce sigorta yaptıranların branşlara göre dağılımı

Branş	Yaptıran	Yaptır mayan	Toplam	Branş	Yaptıran	Yaptırma yan	Toplam
Aile Hekimi	4	8	12	Kadın Doğum	4	6	10
Acil tıp	3	4	7	K.V.C	0	2	2
Anestezi	0	8	8	Kardiyoloji	0	3	3
Beyin cerrahi	1	3	4	K.B.B	0	10	10
Biyokimya	0	6	6	Mikrobiyoloji	0	3	3
Çocuk Hast.	5	9	14	Nefroloji	1	0	1
Çocuk cerrahi	1	1	2	Nöroloji	2	2	4
Çocuk Endo.	0	1	1	Nükler Tıp	0	2	2
Çocuk Psikiyatri	0	4	4	Ortopedi	5	5	10
Dahiliye	1	9	10	Plastik cerrahi	1	1	2
Dermatololoji	1	5	6	Parazitoloji	1	0	1
Enfeksiyon	0	3	3	Pataloji	0	3	3
Fizik	2	2	4	Pratisyen	2	17	19
Genel cerrahi	4	8	12	Psikiyatri	2	6	8
Göğüs Hastalıkları	1	3	4	Radyoloji	1	3	4
Göz	2	5	7	Romotoloji	2	0	2
Halk sağlığı	0	1	1	Üroloji	1	7	8
Hematoloji	1	3	4				
İntaniye	0	1	1	Toplam	48	154	202

Tablo 16'da 2010 yılından önce sigorta yaptıran hekimlerin branşlara göre dağılımı görülmektedir. Branşlar gereç ve yöntemde açıklandığı üzere 3 gruba ayrılmış olmasına rağmen konunun özelliği nedeniyle tek tek branş düzeyinde veriler

gösterilmiştir. Bu dağılıma göre en fazla ortopedi hekimleri yaptırırken, arkasından sırasıyla aile hekimleri, çocuk hastalıkları, genel cerrahi, kadın doğum hekimlerinin sigorta yaptırdığı gözlemlenmektedir. Bu tablodan da anlaşılacağı gibi sigorta yaptırmayan hekimler çoğunlukla grup 1 de yer alan hekimlerdir.

Tablo17. 2010 yılında zorunlu olan mali sorumluluk sigortasından önce sigorta yaptırmış Hekimlerin sigortalılık sürelerine ilişkin bilgiler

	n	Ortalama	Standart Hata
Kaç Yıldır Sigortalısınız	45	3,9333	3,29876

Tablo 17'de 2010 yılında zorunlu olan mali sorumluluk sigortasından önce sigorta yaptırmış hekimlerin sigortalılık sürelerine ilişkin bilgiler yer almaktadır. 2010 yılından önce sigorta yaptıran hekimlere sorulan "kaç yıldır sigortalısınız" sorusuna verilen cevap ortalaması 3,93'tür.

Tablo 18. 2010 yılında zorunlu hale gelen zorunlu olan mali sorumluluk sigortasını kesintisiz sürdürenlerin ve sürdürmeyenlere ilişkin bilgiler

	Sayı	%
Sürdüren	183	90,6
Sürdürmeyen	19	9,4
Toplam	202	100,0

Tablo 18'den da anlaşılacağı üzere hekimlerin büyük çoğunluğu 2010 yılında zorunlu hale gelen mali sorumluluk sigortasını kesintisiz sürdürmektedir. Sigortalarını sürdürmeyen hekimlerin yüzdelik oranı % 9,4 'tür.

Tablo 19. Cinsiyete göre hekimlerin sigorta yaptırma nedenleri arasındaki farklılık

Sigorta Yaptırma Nedenleri	Cinsiyet	n	1. Derece		2. Derece		3. Derece		4. Derece		5. Derece		χ^2	P
			Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Mesleğin taşıdığı maddi risklerin yüksekliği	K	68	36	23,5	13	19,1	5	7,4	6	8,8	8	11,8	5,08	0,279
	E	134	85	63,4	14	10,4	13	9,7	6	4,5	16	11,9		
Artan malpraktis davaları	K	68	43	63,2	7	10,3	5	7,4	4	5,9	9	13,2	2,904	0,574
	E	134	78	58,2	21	15,7	14	10,4	10	7,5	11	8,2		
Meslek ile ilgili sorumluluğun yeni hukuki düzenlemelerle artması	K	68	37	54,4	12	17,6	9	13,2	4	5,9	6	8,8	0,53	0,971
	E	134	75	56,0	27	20,1	14	10,4	7	5,2	11	8,2		
Meslek ile ilgili sorumluluğun tıbbi gelişmeler sonucu artması	K	68	30	44,1	14	20,6	11	16,2	3	4,4	10	14,7	7,939	0,094
	E	134	42	31,3	39	29,1	29	21,6	14	10,4	10	7,5		
Tazminat taleplerinin yüksekliği	K	68	39	57,4	9	13,2	10	14,7	5	7,4	5	7,4	1,003	0,909
	E	134	79	59,0	17	12,7	19	14,2	6	4,5	13	9,7		
Medya ve hasta hakları derneklerinin ve kuruluşlarının, hastaların haklarını aramaya teşvik etmesi ve bilinçlendirilmesi	K	68	33	48,5	11	16,2	10	14,7	6	8,8	8	11,8	5,969	0,202
	E	134	46	34,3	38	28,4	26	19,4	9	6,7	14	10,4		
Yeterli ve nitelikli yardımcı personel olmaması nedeniyle, çalışma ortamının giderek kötüleşmesi	K	68	23	33,8	17	25,0	11	16,2	10	14,7	7	10,3	1,344	0,854
	E	134	38	28,4	37	27,6	25	18,7	16	11,9	18	13,4		
Meslektaşların önermesi	K	68	18	26,5	13	19,1	14	20,6	9	13,2	14	20,6	2,47	0,65
	E	134	25	18,7	22	16,4	30	22,4	24	17,9	33	24,6		
Sigortanın ekonomik hayatta vazgeçilmez bir unsuru olması	K	68	23	33,8	14	20,6	10	14,7	9	13,2	12	17,6	4,343	0,362
	E	134	31	23,1	26	19,4	34	25,4	18	13,4	25	18,7		
Sigorta primlerinin tazminatlara oranla düşüklüğü	K	68	21	30,9	14	20,6	12	17,6	9	13,2	12	17,6	2,389	0,665
	E	134	35	26,1	20	14,9	32	23,9	18	13,4	29	21,6		

Tablo 19'da görüldüğü gibi cinsiyete göre hekimlerin sigorta yaptırma nedenleri arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmamaktadır. Kadın ve erkek hekimlerin sigorta yaptırma nedenlerine verdikleri önem dereceleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

Tablo 20. Cinsiyete göre hekimlerin sigorta yaptırmama nedenleri

Sigorta Yaptırmama Nedenleri	cinsiyet	n	1.derece		2.derece		3.derece		4.derece		5.derece		χ^2	p
			sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%		
Mesleki Sorumluluk Sigortası Özel Şartlarındaki Mevcut Belirsizlikler	K	39	12	30,8	9	23,1	10	25,6	4	10,3	4	10,3	1,152	0,886
	E	76	24	31,6	23	30,3	14	18,4	7	9,2	8	10,5		
Mesleki Sigorta sorumluluğunu çalışılan kurumun üstlenmesi gerekir	K	39	20	51,3	7	17,9	5	12,8	5	12,8	2	5,1	6,164	0,187
	E	76	37	48,7	19	25,0	6	7,9	3	3,9	11	14,5		
Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel şartlarındaki mevcut belirsizlikler	K	39	8	20,5	18	46,2	6	15,4	4	10,3	3	7,7	4,185	0,382
	E	76	22	28,9	21	27,6	14	18,4	9	11,8	10	13,2		
Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası poliçelerinde yer alan hukuki belirsizlikler	K	39	13	33,3	7	17,9	11	28,2	5	12,8	3	7,7	3,196	0,526
	E	76	24	31,6	23	30,3	14	18,4	7	9,2	8	10,5		
Sağlık Hizmetinin niteliğinin yükselmesi ile çalışma ortamının giderek düzelmesi	K	39	11	28,2	7	17,9	10	25,6	6	15,4	5	12,8	9,508	0,05*
	E	76	9	11,8	23	30,3	13	17,1	9	11,8	22	28,9		
Branşımın mesleki risklerinin düşük olması	K	39	8	20,5	7	17,9	15	38,5	4	10,3	5	12,8	15,32	0,004*
	E	76	17	22,4	6	7,9	11	14,5	13	17,1	29	38,2		

Cinsiyete göre hekimlerin sigorta yaptırmama nedenlerinin dağılımı ve ki kare istatistik değerleri Tablo 20'de verilmiştir. Bu tabloda görüldüğü gibi hekimlerin sigorta yaptırmama nedenlerinden "Sağlık hizmetinin niteliğinin yükselmesi ile çalışma ortamının giderek düzelmesi" ve "Branşımın mesleki risklerinin düşük olması" nedenleri için kadın ve erkek hekimlerin görüşleri arasında istatistiksel olarak farklılık önemli bulunmuştur.(sırasıyla p=0,05 ve p=0,004). Tablo 20'de de görüldüğü gibi, branşımın mesleki risklerinin düşük olduğunu düşünen hekimlerde, erkekler bu nedeni 1.derece önem sırasına almışlardır. Sağlık hizmetlerinin niteliğinin yükselmesi ile çalışma ortamının giderek düzenlenmesi olduğunu söyleyerek sigorta yaptırmamayı düşünenler hekimlerden erkek olanları ise bu nedeni 2.derece önem sırasına almışlardır. Diğer nedenlerde hekimlerin cinsiyetlerinin sigorta yaptırmama nedenlerine etkisi yoktur.

Tablo 21.Cinsiyete göre hekimlerin zorunlu mali sigorta için verilen öneriler arasindaki farklılık

Öneriler	Cinsiyet	n	Kesinlikle Katılıyorum		Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum		χ^2	P
			sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%		
Sigorta poliçesi çalıştığım sağlık elemanlarını da kapsamalı	K	68	43	63,2	14	20,6	8	11,8	2	2,9	1	1,5	2,824	0,588
	E	134	83	61,9	28	20,9	10	7,5	6	4,5	7	5,2		
Zorunlu mesleki sorumluluk sigortası teminatı üç katı arttırılmalı	K	68	35	51,5	21	30,9	9	13,2	1	1,5	2	2,9	3,129	0,537
	E	134	62	46,3	36	26,9	22	16,4	8	6,0	6	4,5		
Zorunlu mesleki sorumluluk sigortası poliçesi devreye girmeden önce bir kurul tarafından incelenmeli ihbarı bu kurul yapmalıdır	K	68	32	47,1	21	30,9	10	14,7	3	4,4	2	2,9	0,424	0,98
	E	134	61	45,5	44	32,8	20	14,9	4	3,0	5	3,7		
Zorunlu mesleki sorumluluk sigortası yapan sigorta şirketi bir şikâyet olduğunda hukuksal desteği hemen vermeli	K	68	54	79,4	9	13,2	3	4,4	1	1,5	1	1,5	3,641	0,457
	E	134	105	78,4	23	17,2	1	0,7	3	2,2	2	1,5		
Hasta şikayetleri zorunlu mesleki sorumluluk sigortası yapan sigorta şirketine ihbar edildiğinde sigorta şirketi dava konusu edilmeden uzlaşma ile şikayeti sonlandırmalıdır	K	68	34	50,0	12	17,6	12	17,6	7	10,3	3	4,4	2,509	0,643
	E	134	59	44,0	35	26,1	26	19,4	10	7,5	4	3,0		

Tablo 21'de görüldüğü gibi Hekimlerin Zorunlu Mali Sigorta için verdikleri önerilerde cinsiyetleri dikkate alınarak istatistiksel anlamda önemli bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 22. Branş gruplarına göre hekimlerin sigorta yaptırma nedenleri arasındaki farklılık

Sigorta Yaptırma Nedenleri	Gruplar	n	1. Derece		2. Derece		3. Derece		4. Derece		5. Derece		χ^2	P
			sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%		
Mesleğin taşıdığı maddi risklerin yüksekliği	I	42	23	54,8	5	11,9	4	9,5	1	2,4	8	19,0	5,99	0,648
	II	77	43	55,8	12	15,6	9	11,7	6	7,8	7	9,1		
	III	83	55	66,3	10	12,0	5	6,0	4	4,8	9	10,8		
Artan malpraktis davaları	I	42	24	57,1	3	7,1	3	7,1	3	7,1	9	21,4	10,813	0,213
	II	77	47	61,0	12	15,6	7	9,1	7	9,1	4	5,2		
	III	83	50	60,2	13	15,7	9	10,8	4	4,8	7	8,4		
Meslek ile ilgili sorumluluğun yeni hukuki düzenlemelerle artması	I	42	24	57,1	6	14,3	5	11,9	3	7,1	4	9,5	2,645	0,955
	II	77	41	53,2	16	20,8	10	13,0	5	6,5	5	6,5		
	III	83	47	56,6	17	20,5	8	9,6	3	3,6	8	9,6		
Meslek ile ilgili sorumluluğun tıbbi gelişmeler sonucu artması	I	42	18	42,9	6	14,3	11	26,2	4	9,5	2	4,8	7,366	0,498
	II	77	24	31,2	24	31,2	13	16,9	6	7,8	10	13,0		
	III	83	29	34,9	23	27,7	16	19,3	7	8,4	8	9,6		
Tazminat taleplerinin yüksekliği	I	42	25	59,5	3	7,1	4	9,5	4	9,5	6	14,3	12,076	0,148
	II	77	40	51,9	12	15,6	17	22,1	4	5,2	4	5,2		
	III	83	53	63,9	11	13,3	8	9,6	3	3,6	8	9,6		
Medya ve hasta hakları derneklerinin ve kuruluşlarının, hastaların haklarını aramaya teşvik etmesi ve bilinçlendirilmesi	I	42	21	50,0	8	19,0	5	11,9	3	7,1	5	11,9	5,371	0,717
	II	77	25	32,5	21	27,3	14	18,2	7	9,1	10	13,0		
	III	83	33	39,8	20	24,1	17	20,5	5	6,0	7	8,4		
Yeterli ve nitelikli yardımcı personel olmaması nedeniyle, çalışma ortamının giderek kötüleşmesi	I	42	14	33,3	10	23,8	7	16,7	6	14,3	5	11,9	5,686	0,682
	II	77	21	27,3	18	23,4	17	22,1	13	16,9	8	10,4		
	III	83	26	31,3	26	31,3	12	14,5	7	8,4	12	14,5		
Meslektaşların önermesi	I	42	14	33,3	5	11,9	9	21,4	4	9,5	10	23,8	7,102	0,526
	II	77	14	18,2	15	19,5	19	24,7	13	16,9	16	20,8		
	III	83	15	18,1	15	18,1	16	19,3	16	19,3	21	25,3		
Sigortanın ekonomik hayatta vazgeçilmez bir unsuru olması	I	42	16	38,1	9	21,4	8	19,0	6	14,3	3	7,1	8,072	0,426
	II	77	17	22,1	13	16,9	20	26,0	11	14,3	16	20,8		
	III	83	21	25,3	18	21,7	16	19,3	10	12,0	18	21,7		

Sonuçlar Tablo 22'te verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi sigorta yaptırma nedenleri için hekimlerin branşları bakımından istatistiksel olarak bir farklılık bulunmamıştır.

Tablo 23. Branş gruplarına göre hekimlerin sigorta yaptırmama nedenleri arasındaki farklılık

Sigorta Yaptırmama Nedenleri	Gruplar	n	1. Derece		2. Derece		3. Derece		4. Derece		5. Derece		χ^2	P
			sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%		
Mesleki Sorumluluk Sigortası Özel Şartlarındaki mevcut belirsizlikler	I	30	8	26,7	7	23,3	7	23,3	4	13,3	4	13,3	12,023	0,15
	II	46	14	30,4	14	30,4	14	30,4	1	2,2	3	6,5		
	III	40	15	37,5	11	27,5	3	7,5	6	15,0	5	12,5		
Mesleki Sigorta sorumluluğunu çalışılan kurumun üstlenmesi gerekir	I	30	12	40,0	6	20,0	5	16,7	3	10,0	4	13,3	5,97	0,657
	II	45	23	51,1	11	24,4	5	11,1	2	4,4	4	8,9		
	III	40	22	55,0	9	22,5	1	2,5	3	7,5	5	12,5		
Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel şartlarındaki mevcut belirsizlikler	I	30	8	26,7	7	23,3	4	13,3	6	20,0	5	16,7	7,307	0,504
	II	45	10	22,2	19	42,2	9	20,0	4	8,9	3	6,7		
	III	40	12	30,0	13	32,5	7	17,5	3	7,5	5	12,5		
Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası poliçelerinde yer alan hukuki belirsizlikler	I	30	10	33,3	6	20,0	6	20,0	4	13,3	4	13,3	3,024	0,933
	II	45	14	31,1	14	31,1	11	24,4	3	6,7	3	6,7		
	III	40	13	32,5	10	25,0	8	20,0	5	12,5	4	10,0		
Sağlık hizmetinin niteliğinin yükselmesi ile çalışma ortamının giderek düzelmesi	I	30	8	26,7	8	26,7	4	13,3	6	20,0	4	13,3	11,926	0,155
	II	45	7	15,6	14	31,1	12	26,7	2	4,4	10	22,2		
	III	40	5	12,5	8	20,0	7	17,5	7	17,5	13	32,5		
Branşımın mesleki risklerinin düşük olması	I	30	10	33,3	6	20,0	6	20,0	3	10,0	5	16,7	16,844	0,032*
	II	45	6	13,3	6	13,3	14	31,1	8	17,8	11	24,4		
	III	40	9	22,5	1	2,5	6	15,0	6	15,0	18	45,0		

Tablo 23'de görüldüğü üzere sigorta yaptırmama nedenleri arasından hekimlerin branşları bakımından istatistiksel olarak bir farklılık bulunamamıştır. Sadece hekimlerin branşlarına göre ayrılan gruplar arasında ''Branşımın mesleki risklerinin düşük olması'' nedeni istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.(p=0,032)

Tablo 24. Risk gruplarına göre hekimlerin sigorta yaptırma nedenleri arasındaki farklılık

Sigorta Yaptırma Nedenleri	Risk Grupları	n	1. Derece		2. Derece		3. Derece		4. Derece		5. Derece		χ^2	P
			sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%		
Mesleğin taşıdığı maddi risklerin yüksekliği	I	13	8	61,5	2	15,4	1	7,7	1	7,7	1	7,7	10,743	0,551
	II	61	34	55,7	9	14,8	5	8,2	2	3,3	11	18,0		
	III	66	35	53,0	11	16,7	9	13,6	5	7,6	6	9,1		
Artan malpraktis davaları	I	13	7	53,8	2	15,4	1	7,7	0	0,0	3	23,1	12,137	0,435
	II	61	37	60,7	7	11,5	4	6,6	5	8,2	8	13,1		
	III	66	39	59,1	9	13,6	10	15,2	6	9,1	2	3,0		
	IV	62	38	61,3	10	16,1	4	6,5	3	4,8	7	11,3		
Meslek ile ilgili sorumluluğun yeni hukuki düzenlemelerle artması	I	13	7	53,8	1	7,7	4	30,8	0	0,0	1	7,7	22,853	0,029*
	II	61	37	60,7	11	18,0	3	4,9	5	8,2	5	8,2		
	III	66	32	48,5	13	19,7	14	21,2	4	6,1	3	4,5		
	IV	62	36	58,1	14	22,6	2	3,2	2	3,2	8	12,9		
Meslek ile ilgili sorumluluğun tıbbi gelişmeler sonucu artması	I	13	7	53,8	3	23,1	2	15,4	1	7,7	0	0,0	12,136	0,435
	II	61	24	39,3	15	24,6	10	16,4	4	6,6	8	13,1		
	III	66	16	24,2	19	28,8	19	28,8	7	10,6	5	7,6		
	IV	62	24	38,7	17	27,4	9	14,5	5	8,1	7	11,3		
Tazminat taleplerinin yüksekliği	I	13	6	46,2	0	0,0	3	23,1	3	23,1	1	7,7	33,208	0,001*
	II	61	38	62,3	11	18,0	3	4,9	2	3,3	7	11,5		
	III	66	35	53,0	7	10,6	19	28,8	3	4,5	2	3,0		
	IV	62	39	62,9	8	12,9	4	6,5	3	4,8	8	12,9		

Tablo 24. Risk gruplarına göre hekimlerin sigorta yaptırma nedenleri arasındaki farklılık (Devam ediyor)

Sigorta Yaptırma Nedenleri	Risk Grupları	n	1. Derece		2. Derece		3. Derece		4. Derece		5. Derece		χ^2	P
			sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%		
Medya ve hasta hakları derneklerinin ve kuruluşlarının, hastaların haklarını aramaya teşvik etmesi ve bilinçlendirilmesi	I	13	5	38,5	4	30,8	3	23,1	0	0,0	1	7,7	8,308	0,761
	II	61	27	44,3	12	19,7	7	11,5	7	11,5	8	13,1		
	III	66	23	34,8	19	28,8	13	19,7	5	7,6	5	7,6		
	IV	62	24	38,7	14	22,6	13	21,0	3	4,8	8	12,9		
Yeterli ve nitelikli yardımcı personel olmaması nedeniyle, çalışma ortamının giderek kötüleşmesi	I	13	2	15,4	4	30,8	2	15,4	3	23,1	2	15,4	6,963	0,86
	II	61	19	31,1	15	24,6	11	18,0	8	13,1	8	13,1		
	III	66	19	28,8	22	33,3	13	19,7	7	10,6	5	7,6		
	IV	62	21	33,9	13	21,0	10	16,1	8	12,9	10	16,1		
Meslektaşların önermesi	I	13	3	23,1	2	15,4	4	30,8	1	7,7	3	23,1	12,498	0,407
	II	61	17	27,9	10	16,4	11	18,0	9	14,8	14	23,0		
	III	66	11	16,7	17	25,8	17	25,8	9	13,6	12	18,2		
	IV	62	12	19,4	6	9,7	12	19,4	14	22,6	18	29,0		
Sigortanın ekonomik hayatta vazgeçilmez bir unsuru olması	I	13	2	15,4	4	30,8	3	23,1	2	15,4	2	15,4	6,503	0,889
	II	61	21	34,4	11	18,0	13	21,3	8	13,1	8	13,1		
	III	66	15	22,7	15	22,7	14	21,2	7	10,6	15	22,7		
	IV	62	16	25,8	10	16,1	14	22,6	10	16,1	12	19,4		
Sigorta primlerinin tazminatlara oranla düşüklüğü	I	13	3	23,1	3	23,1	3	23,1	1	7,7	3	23,1	5,079	0,955
	II	61	21	34,4	10	16,4	14	23,0	8	13,1	8	13,1		
	III	66	15	22,7	12	18,2	14	21,2	10	15,2	15	22,7		
	IV	62	17	27,4	9	14,5	13	21,0	8	12,9	15	24,2		

Tablo 24'de görüldüğü üzere, sigorta yaptırma nedenleri için hekimlerin oluşturulan risk grupları arasında görüş farklılığı sadece iki nedende bulunmuştur. İstatistiksel olarak "Meslek ile ilgili sorumluluğun yeni hukuki düzenlemelerle artması" (p=0,029) ve "Tazminat taleplerinin yüksekliği" (p=0,001) nedenleri hekimlerin risk grupları arasında farklılık vardır.

Tablo 25. Risk gruplarına göre hekimlerin sigorta yaptırmama nedenleri arasındaki farklılık

Sigorta Yaptırmama Nedenleri	Risk Grupları	n	1. Derece		2. Derece		3. Derece		4. Derece		5. Derece		χ^2	P
			sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%		
Mesleki Sorumluluk Sigortası Özel Şartlarındaki mevcut belirsizlikler	I	9	5	55,6	1	11,1	1	11,1	1	11,1	1	11,1	13,647	0,324
	II	42	11	26,2	14	33,3	10	23,8	3	7,1	4	9,5		
	III	33	11	33,3	9	27,3	10	30,3	1	3,0	2	6,1		
	IV	32	10	31,3	8	25,0	3	9,4	6	18,8	5	15,6		
Mesleki Sigorta sorumluluğunu çalışılan kurumun üstlenmesi gerekir	I	9	6	66,7	2	22,2	0	0,0	1	11,1	0	0,0	11,45	0,491
	II	42	17	40,5	11	26,2	6	14,3	3	7,1	5	11,9		
	III	33	17	51,5	8	24,2	4	12,1	0	0,0	3	9,1		
	IV	32	17	53,1	5	15,6	1	3,1	4	12,5	5	15,6		
Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel şartlarındaki mevcut belirsizlikler	I	9	4	44,4	2	22,2	0	0,0	2	22,2	1	11,1	8,948	0,707
	II	42	12	28,6	13	31,0	7	16,7	6	14,3	4	9,5		
	III	33	6	18,2	14	42,4	7	21,2	3	9,1	3	9,1		
	IV	32	9	28,1	10	31,3	6	18,8	2	6,3	5	15,6		
Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası poliçelerinde yer alan hukuki belirsizlikler	I	9	4	44,4	1	11,1	1	11,1	1	11,1	2	22,2	7,205	0,844
	II	42	16	38,1	12	28,6	9	21,4	3	7,1	2	4,8		
	III	33	8	24,2	8	24,2	9	27,3	4	12,1	3	9,1		
	IV	32	9	28,1	9	28,1	6	18,8	4	12,5	4	12,5		
Sağlık hizmetinin niteliğinin yükselmesi ile çalışma ortamının giderek düzelmesi	I	9	4	44,4	1	11,1	1	11,1	3	33,3	0	0,0	22,136	0,036*
	II	42	7	16,7	16	38,1	8	19,0	3	7,1	8	19,0		
	III	33	8	24,2	7	21,2	8	24,2	4	12,1	6	18,2		
	IV	32	2	6,3	6	18,8	6	18,8	5	15,6	13	40,6		
Branşımın mesleki risklerinin düşük olması	I	9	3	33,3	2	22,2	3	33,3	0	0,0	1	11,1	25,536	0,012*
	II	42	10	23,8	6	14,3	8	19,0	7	16,7	11	26,2		
	III	33	4	12,1	4	12,1	13	39,4	6	18,2	5	15,2		
	IV	32	8	25,0	1	3,1	2	6,3	4	12,5	17	53,1		

Risk gruplarına göre hekimlerin sigorta yaptırmama nedenleri arasında farklılığın araştırılması aşamasında her bir sigorta yaptırmama nedeni için hekimlerin risk gruplarına göre bir farklılık olup olmadığıyla ilgili sonuçlar Tablo 25'de verilmiştir. Bu tabloda görüldüğü gibi sigorta yaptırmama nedenleri için hekimlerin dâhil oldukları risk grupları bakımından farklılık istatistiksel olarak sadece iki nedende bulunmuştur: Bunlar: "Sağlık hizmetinin niteliğinin yükselmesi ile çalışma ortamının giderek düzelmesi"(p=0,036) ve "Branşımın mesleki risklerinin düşük olması"dır (p=0,012).

Tablo 26. Risk gruplarına göre hekimlerin zorunlu mali sigorta için verilen öneriler arasındaki farklılık

Öneriler	Risk Grupları	n	Kesinlikle Katılıyorum		Kalılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum		χ^2	P
			sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%		
Sigorta poliçesi çalıştığım sağlık elemanlarını da kapsamalı	I	13	9	69,2	3	23,1	0	0,0	0	0,0	1	7,7	15,383	0,221
	II	61	32	52,5	17	27,9	4	6,6	5	8,2	3	4,9		
	III	66	39	59,1	16	24,2	7	10,6	2	3,0	2	3,0		
	IV	62	46	74,2	6	9,7	7	11,3	1	1,6	2	3,2		
Zorunlu mesleki sorumluluk sigortası teminatı üç katı arttırılmalı	I	13	6	46,2	3	23,1	3	23,1	1	7,7	0	0,0	7,39	0,831
	II	61	26	42,6	19	31,1	10	16,4	3	4,9	3	4,9		
	III	66	33	50,0	22	33,3	7	10,6	1	1,5	3	4,5		
	IV	62	32	51,6	13	21,0	11	17,7	4	6,5	2	3,2		
Zorunlu mesleki sorumluluk sigortası poliçesi devreye girmeden önce bir kurul tarafından incelenmeli ihbarı bu kurul yapmalıdır	I	13	5	38,5	4	30,8	3	23,1	1	7,7	0	0,0	7,08	0,852
	II	61	29	47,5	21	34,4	5	8,2	3	4,9	3	4,9		
	III	66	32	48,5	21	31,8	11	16,7	1	1,5	1	1,5		
	IV	62	27	43,5	19	30,6	11	17,7	2	3,2	3	4,8		
Zorunlu mesleki sorumluluk sigortası yapan sigorta şirketi bir şikâyet olduğunda hukuksal desteği hemen vermeli	I	13	10	76,9	2	15,4	1	7,7	0	0,0	0	0,0	7,19	0,845
	II	61	49	80,3	9	14,8	1	1,6	1	1,6	1	1,6		
	III	66	52	78,8	11	16,7	2	3,0	1	1,5	0	0,0		
	IV	62	48	77,4	10	16,1	0	0,0	2	3,2	2	3,2		
Hasta şikayetleri zorunlu mesleki sorumluluk sigortası yapan sigorta şirketine ihbar edildiğinde sigorta şirketi dava konusu edilmeden uzlaşma ile şikayeti sonlandırmalıdır	I	13	7	53,8	2	15,4	3	23,1	1	7,7	0	0,0	5,953	0,918
	II	61	26	42,6	13	21,3	14	23,0	7	11,5	1	1,6		
	III	66	32	48,5	17	25,8	10	15,2	5	7,6	2	3,0		
	IV	62	28	45,2	15	24,2	11	17,7	4	6,5	4	6,5		

Risk gruplarına göre hekimlerin zorunlu mesleki sigorta için verilen öneriler arasında farklılığın araştırılmasına yönelik sonuçlar Tablo 26'da verilmiştir. Çalışma kapsamında hekimlere verilen önerilere verdikleri cevaplar bakımından hekimlerin risk gruplarına göre aynı düşüncede oldukları söylenebilir.

Tablo 27. Deneyim gruplarına göre hekimlerin sigorta yaptırma nedenleri arasındaki farklılık

Sigorta Yaptırma Nedenleri	Deneyim Grupları	n	1.Derece		2.Derece		3.Derece		4.Derece		5.Derece		χ^2	P
			sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%		
Mesleğin taşıdığı maddi risklerin yüksekliği	I	64	39	60,9	9	14,1	5	7,8	4	6,3	7	10,9	2,249	0,972
	II	74	41	55,4	9	12,2	8	10,8	5	6,8	11	14,9		
	III	64	41	64,1	9	14,1	5	7,8	3	4,7	6	9,4		
Artan malpraktis davaları	I	64	36	56,3	9	14,1	8	12,5	4	6,3	7	10,9	6,557	0,585
	II	74	47	63,5	6	8,1	6	8,1	7	9,5	8	10,8		
	III	64	38	59,4	13	20,3	5	7,8	3	4,7	5	7,8		
Meslek ile ilgili sorumluluğun yeni hukuki düzenlemelerle artması	I	64	31	48,4	16	25,0	9	14,1	3	4,7	5	7,8	7,217	0,513
	II	74	46	62,2	8	10,8	9	12,2	5	6,8	6	8,1		
	III	64	35	54,7	15	23,4	5	7,8	3	4,7	6	9,4		
Meslek ile ilgili sorumluluğun tıbbi gelişmeler sonucu artması	I	64	21	32,8	16	25,0	12	18,8	7	10,9	7	10,9	2,057	0,979
	II	74	27	36,5	18	24,3	17	23,0	5	6,8	7	9,5		
	III	64	23	35,9	19	29,7	11	17,2	5	7,8	6	9,4		
Tazminat taleplerinin yüksekliği	I	64	38	59,4	6	9,4	8	12,5	7	10,9	5	7,8	9,66	0,29
	II	74	43	58,1	8	10,8	14	18,9	2	2,7	7	9,5		
	III	64	37	57,8	12	18,8	7	10,9	2	3,1	6	9,4		

Tablo 27. Deneyim gruplarına göre hekimlerin sigorta yaptırma nedenleri arasındaki farklılık (Devam ediyor)

Sigorta Yaptırma Nedenleri	Deneyim Grupları	n	1.Derece		2.Derece		3.Derece		4.Derece		5.Derece		χ^2	P
			sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%		
Medya ve hasta hakları derneklerinin ve kuruluşlarının, hastaların haklarını aramaya teşvik etmesi ve bilinçlendirilmesi	I	64	23	35,9	14	21,9	14	21,9	4	6,3	9	14,1	5,158	0,741
	II	74	34	45,9	16	21,6	11	14,9	5	6,8	8	10,8		
	III	64	22	34,4	19	29,7	11	17,2	6	9,4	5	7,8		
Yeterli ve nitelikli yardımcı personel olmaması nedeniyle, çalışma ortamının giderek kötüleşmesi	I	64	19	29,7	20	31,3	6	9,4	8	12,5	11	17,2	7,774	0,456
	II	74	20	27,0	21	28,4	16	21,6	10	13,5	7	9,5		
	III	64	22	34,4	13	20,3	14	21,9	8	12,5	7	10,9		
Meslektaşların önermesi	I	64	15	23,4	12	18,8	13	20,3	10	15,6	14	21,9	2,358	0,968
	II	74	14	18,9	13	17,6	14	18,9	14	18,9	19	25,7		
	III	64	14	21,9	10	15,6	17	26,6	9	14,1	14	21,9		
Sigortanın ekonomik hayatta vazgeçilmez bir unsuru olması	I	64	18	28,1	13	20,3	11	17,2	7	10,9	15	23,4	12,042	0,149
	II	74	16	21,6	21	28,4	14	18,9	11	14,9	12	16,2		
	III	64	20	31,3	6	9,4	19	29,7	9	14,1	10	15,6		
Sigorta primlerinin tazminatlara oranla düşüklüğü	I	64	15	23,4	13	20,3	16	25,0	6	9,4	14	21,9	6,427	0,6
	II	74	20	27,0	13	17,6	15	20,3	14	18,9	12	16,2		
	III	64	21	32,8	8	12,5	13	20,3	7	10,9	15	23,4		

Her bir sigorta yaptırma nedeni için hekimlerin deneyim gruplarına göre bir farklılık olup olmadığı analiz edilmiş ve sonuçlar Tablo 27'de verilmiştir. Bu tabloda görüldüğü gibi sigorta yaptırma nedenleri için hekimlerin dâhil oldukları deneyim grupları bakımından istatistiksel olarak bir farklılık bulunamamıştır

Tablo 28. Deneyim gruplarına göre hekimlerin sigorta yaptırmama nedenleri arasındaki farklılık

Sigorta Yaptırmama Nedenleri	Deneyim Grupları	n	1.Derece		2.Derece		3.Derece		4.Derece		5.Derece		χ^2	P
			sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%		
Mesleki Sorumluluk Sigortası Özel Şartlarındaki mevcut belirsizlikler	I	35	10	28,6	8	22,9	8	22,9	5	14,3	4	11,4	3,492	0,9
	II	41	14	34,1	10	24,4	9	22,0	4	9,8	4	9,8		
	III	40	13	32,5	14	35,0	7	17,5	2	5,0	4	10,0		
Mesleki Sigorta sorumluluğunu çalışılan kurumun üstlenmesi gerekir	I	35	15	42,9	11	31,4	3	8,6	2	5,7	3	8,6	13,749	0,089
	II	41	25	61,0	3	7,3	5	12,2	5	12,2	3	7,3		
	III	40	17	42,5	12	30,0	3	7,5	1	2,5	7	17,5		
Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel şartlarındaki mevcut belirsizlikler	I	34	6	17,6	12	35,3	8	23,5	4	11,8	4	11,8	4,887	0,77
	II	41	11	26,8	16	39,0	7	17,1	3	7,3	4	9,8		
	III	40	13	32,5	11	27,5	5	12,5	6	15,0	5	12,5		
Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası poliçelerinde yer alan hukuki belirsizlikler	I	34	7	20,6	10	29,4	8	23,5	5	14,7	4	11,8	7,169	0,518
	II	41	18	43,9	8	19,5	10	24,4	2	4,9	3	7,3		
	III	40	12	30,0	12	30,0	7	17,5	5	12,5	4	10,0		
Sağlık hizmetinin niteliğinin yükselmesi ile çalışma ortamının giderek düzelmesi	I	34	8	23,5	7	20,6	8	23,5	3	8,8	8	23,5	17,996	0,021*
	II	41	8	19,5	7	17,1	13	31,7	7	17,1	6	14,6		
	III	40	4	10,0	16	40,0	2	5,0	5	12,5	13	32,5		
Branşımın mesleki risklerinin düşük olması	I	34	6	17,6	6	17,6	12	35,3	2	5,9	8	23,5	12,657	0,124
	II	41	10	24,4	3	7,3	8	19,5	10	24,4	10	24,4		
	III	40	9	22,5	4	10,0	6	15,0	5	12,5	16	40,0		

Her bir sigorta yaptırmama nedeni için hekimlerin deneyim gruplarına göre bir farklılık olup olmadığı analiz edilmiş ve sonuçlar Tablo 28'de verilmiştir. Bu tablodan anlaşılacağı gibi sigorta yaptırmama nedenleri için hekimlerin dahil oldukları deneyim grupları bakımından farklılık istatistiksel olarak sadece bir nedende bulunmuştur: Hekimlerin deneyim grupları arasında "Sağlık hizmetinin niteliğinin yükselmesi ile çalışma ortamının giderek düzelmesi" görüşü bakımından istatistiksel olarak farklılık vardır.(p=0,021).

Tablo 29. Deneyim gruplarına göre hekimlerin zorunlu mali sigorta için verilen öneriler arasındaki farklılık

Öneriler	Deneyim Grupları	n	Kesinlikle Katılıyorum		Kalılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum		χ^2	p
			sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%		
Sigorta poliçesi çalıştığım sağlık elemanlarını da kapsamalı	I	64	38	59,4	15	23,4	8	12,5	2	3,1	1	1,6	5,886	0,662
	II	74	51	68,9	13	17,6	5	6,8	2	2,7	3	4,1		
	III	64	37	57,8	14	21,9	5	7,8	4	6,3	4	6,3		
Zorunlu mesleki sorumluluk sigortası teminatı üç katı arttırılmalı	I	64	30	46,9	22	34,4	12	18,8	0	0,0	0	0,0	10,3	0,245
	II	74	37	50,0	19	25,7	9	12,2	5	6,8	4	5,4		
	III	64	30	46,9	16	25,0	10	15,6	4	6,3	4	6,3		
Zorunlu mesleki sorumluluk sigortası poliçesi devreye girmeden önce bir kurul tarafından incelenmeli ihbarı bu kurul yapmalıdır	I	64	30	46,9	19	29,7	13	20,3	1	1,6	1	1,6	8,939	0,348
	II	74	33	44,6	23	31,1	11	14,9	5	6,8	2	2,7		
	III	64	30	46,9	23	35,9	6	9,4	1	1,6	4	6,3		
Zorunlu mesleki sorumluluk sigortası yapan sigorta şirketi bir şikâyet olduğunda hukuksal desteği hemen vermeli	I	64	48	75,0	12	18,8	2	3,1	2	3,1	0	0,0	6,611	0,579
	II	74	63	85,1	7	9,5	1	1,4	1	1,4	2	2,7		
	III	64	48	75,0	13	20,3	1	1,6	1	1,6	1	1,6		
Hasta şikayetleri zorunlu mesleki sorumluluk sigortası yapan sigorta şirketine ihbar edildiğinde sigorta şirketi dava konusu edilmeden uzlaşma ile şikayeti sonlandırmalıdır	I	64	33	51,6	11	17,2	11	17,2	8	12,5	1	1,6	9,026	0,34
	II	74	28	37,8	24	32,4	14	18,9	5	6,8	3	4,1		
	III	64	32	50,0	12	18,8	13	20,3	4	6,3	3	4,7		

Tablo 29'da görüldüğü gibi çalışma kapsamında hekimlerin deneyim grupları arasında verilen önerilere verilen cevaplar bakımından istatistiksel olarak farklılık bulunmamaktadır.

Hekimlere uygulanan anket formunun son kısmında hekimlerden zorunlu mesleki sorumluluk sigortasının geliştirilmesi ile ilgili kişisel görüş ve önerileri sorulmuştur. Buna göre anketteki hekim düşünceleri ;

- Primlerin tamamının devlet veya çalıştığı kurum tarafından karşılanması,
- Hekimlerin bu konuda çok bilgisiz kalması nedeni ile sigorta şirketlerinin bir danışman belirlemesi ve düzenli bilgilendirme yapması,
- Sigorta şirketlerinin hekimin haklarını koruması yönünde daha atak ve atılımcı olması ve özellikle hukuksal destek verilmesi gerektiği,
- Sigorta kapsamının genişletilmesi, poliçelerin daha detaylı olması, ekip olarak sağlık elemanlarını da kapsaması gerektiği,
- Hastane sigortalarının öncelikle yapılması gerektiği,
- Hekimlerin branş dışında çalışılan bölümlere göre de risk oranlarının dağıtılması gerektiği,
- Hasta şikâyetlerinin bir süzgeçten geçirilmesi ve bir kurul tarafından değerlendirme yapıldıktan sonra ihbar edilmesi gerektiği,
- Mesleki uygulamayla ilgili her türlü tazminatla bağlantılı problemleri öncelikle çalışılan kurumun ödemesi gerektiği sonra eğer kişisel kusur ve hata var ise sigortaya gidilmesi gerektiği,
- Kurum içinde halledilmelidir.
- Hukukçuların ve hekimlerin komplikasyon çıkan hastaları kışkırtmaması gerektiği, medya ve avukatlarca suiistimallerin yapılmaması gerektiği öneri olarak ifade edilirken bir kısım hekim ise sigortaların tazminatları ödemeyeceği konusunda endişeleri olduğunu beyan etmişlerdir.

5. TARTIŞMA

"Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Kullanımının Tespitine Yönelik Araştırma" anketinin sonucunda, araştırmaya katılan ve kamu hastanesinde görev yapan 202 hekimden, 48 hekimin "Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası" yaptırmış olduğu tespit edilmiştir. Bu oran araştırmaya katılan tüm hekimlerin ancak % 23,80'i kadardır. Sigortası olmayan hekim sayısı da 154 olarak tespit edilmiş ve bu oran da tüm hekimlerin % 76,2'sini oluşturmaktadır. 2010 yılından sonra zorunlu hale gelmesine rağmen hala mali sorumluluk sigortası yaptırmamış olan hekim sayısı 22 hekim olup toplamda araştırmaya katılan hekimlerin % 10,9'unu kapsamaktadır.

Demografik özellikler incelendiğinde çoğunluğunun % 86,56 evli, % 66,3 erkek katılımcıların oluşturduğu araştırmada yaş ortalamasının % 42 olduğu tespit edilmiştir. Kadın sağlık çalışanlarının en küçük yaş aralığı 26 iken en yüksek yaştaki kadın hekimler ise 56 yaşında olarak karşımıza çıkmaktadır. Bayan hekimlerin azınlıkta olduğu bu çalışmada hekimlerin kurumda çalışma süreleri 6 yıldır. Branşlarına göre iş tecrübesi en yüksek olan grup % 41,10 ortalamasıyla grup 3 olarak sınıflandırılan cerrahi müdahalede bulunan cerrah hekimlerdir. İş tecrübeleri en düşük olan 1 ve 4'üncü gruptaki hekimlerin ortalamaları farklı olmakla beraber hekim sayısı aynıdır. Toplam dört grupta yer alan hekimlerin iş tecrübelerinin ortalaması 16'dır. Cinsiyet ve medeni durum ile hekimlerin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası yaptırmaları arasında anlamlı bir bağ bulunamamıştır.

Literatürde, araştırma bulgusu ile benzerlik gösteren çalışmalar yer almaktadır. Turgaz (2007)'ın çalışmasında hekimlerin, cinsiyet değişkenine göre dağılımı kadınlar % 43,7 ve erkekler % 56,3 olarak tespit edilmiş ve araştırmaya katılan hekimlerin % 68,8'inin evli ve % 31,2'sinin ise bekâr olduğu görülmektedir.

Civaner vd. (2011), araştırmaların sonuçlarını destekler niteliktedir. Çalışmalarında araştırmaya katılan hekimlerin çoğunluğunun 35-54 yaş grubunda %73,6 evli ve %72'sinin erkek % 28'sinin kadın olduğu belirtilmektedir.

Gruplara ve branşlara göre hekimlerin dağılımını en fazla % 41,6 oranıyla 3. Grup hekimler oluşturmaktadır. Sırasıyla % 38,10 oranında Grup 2'deki hekimler ve Grup 1'deki hekimler gelmektedir. Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası ile ilgili verilerde % 23,8 hekim 2010 yılı öncesinde de sigorta yaptırdığı ancak % 10,9 u hekim

halen zorunlu olmasına rağmen sigorta yaptırmadığı görülmektedir. Bunun nedeni ise mesleki sigorta sorumluluğunu çalışan kurumun üslenmesi gerekliliği olarak karşımıza çıkmaktadır.

Literatürde, araştırma bulgusu ile benzerlik gösteren çalışmalar yer almaktadır. Turgaz (2007), çalışmasında yer alan hekimlerin branşları gruplandığında, en büyük grubun % 56,8 ile üçüncü grup hekimler, % 38,7 ile ikinci büyük grubun ikinci grup hekimler ve en küçük grubun ise % 4,5 ile birinci grup hekimler olduğu gözlemlenmektedir.

Hekimlerin büyük çoğunluğu 2010 yılında zorunlu hale gelen mali sorumluluk sigortasını kesintisiz sürdürmektedir. Sigortalarını sürdürmeyen hekimlerin yüzdelik oranı % 9,4 'tür. Bu güne kadar hekimlerin %1'i sigortasından hasar ödemesi yapıldığını belirtmiştir. Hekimlerin % 3,5'u Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası kapsamına girmeyen bir nedenden dolayı dava ile karşı karşıya kaldığını ifade ederken %2'si sigortasından avans talep edildiğini belirtmiştir.

2010 yılında zorunlu olan mali sorumluluk sigortasından önce sigorta yaptırmış hekimlerin ortalama 3,93'yıl öncesinden sigortalı oldukları görülmektedir. Bunun sebebi olarak 2010 yılından önce mali sorumluluk sigortasının zorunlu olmaması ve hekimlerin bu konuda yeterince bilgi sahibi olmamaları gösterilebilir.

Cinsiyete göre hekimlerin zorunlu mesleki sigorta için verilen öneriler arasındaki farklılığın olmadığı, kadın ve erkeklerin aynı düşüncede oldukları ayrıca branş gruplarına göre hekimlerin zorunlu mesleki sigorta için verilen öneriler arasındaki farklılık incelendiğinde branş gruplarına göre aynı düşüncede oldukları, 0,05 anlamlılık düzeyinde söylenebilir. Yine risk grupları açısından hekimlerin zorunlu mesleki sigorta için verilen öneriler arasında bir farklılık olmadığı hekimlerin risk gruplarına göre aynı düşüncede olduklarını 0,05 anlamlık düzeyinde tespit edilmiştir.

Hekimlerin verdikleri cevaplarda deneyim gruplarına göre önerileri arasında herhangi bir farklılığın olmadığı görülmüştür. Hekimler önerileri değerlendirildiğinde % 79' u sigortanın şikâyet olduğunda hemen hukuksal destek vermesi gerektiğini, % 62'si sigortanın çalıştığı sağlık elemanlarını da kapsaması gerektiği, % 48'i sigorta teminatının üç kat arttırılması gerektiğini, % 46'sı sigorta poliçesi devreye girmeden önce bir kurul tarafından incelenerek sonradan ihbarın bu kurul tarafından yapılması

gerektiğini ve sigorta şirketinin de dava konusu edilmeden uzlaşma ile şikâyeti sonlandırması gerektiğini ifade etmişlerdir.

Branş gruplarına göre hekimlerin branşları bakımından bir farklılığın varlığı 0,05 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak bulunamamıştır. Her bir sigorta yaptırmama nedeni için hekimlerin branşları bakımından bir farklılığın varlığı 0,05 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak söz konusu değildir.

Hekimlerin dâhil oldukları risk gruplarına göre sigorta yaptırma nedenleri arasında farklılığın araştırılması sonucunda 0,05 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak sadece iki nedende bulunmuştur: Bunlar: "Meslek ile ilgili sorumluluğun yeni hukuki düzenlemelerle artması" ve "Tazminat taleplerinin yüksekliği"dir. Ayrıca Hekimlerin dahil oldukları risk grupları bakımından sigorta yaptırmama nedenleri olarak 0,05 anlamlılık düzeyinde "Sağlık hizmetinin niteliğinin yükselmesi ile çalışma ortamının giderek düzelmesi" ve "Branşımın mesleki risklerinin düşük olması" ifade edilmektedir.

Sigorta yaptırmama nedenleri için hekimlerin dahil oldukları deneyim grupları bakımından farklılık istatistiksel olarak sadece bir nedende bulunmuştur: Hekimlerin deneyim grupları arasında "Sağlık hizmetinin niteliğinin yükselmesi ile çalışma ortamının giderek düzelmesi" görüşü bakımından istatistiksel olarak farklılık vardır.

Araştırma neticesinde Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasının zorunlu olmasına rağmen hekimler sigorta yaptırma nedeni olarak % 59,9 gibi büyük bir kısmı öncelikle tazminat taleplerinin yüksekliğini göstermiştir. Katılımcıların verdiği cevaplara göre sırasıyla % 58,41, artan malpraktis davaları, % 59,9'u, mesleğin sorumluluğunda yeni hukuki düzenlemelerin yapılması, % 55,4'ü, meslek sorumluluğunun tıbbi gelişmeler sonrası artması, % 35,1'u, hastaların haklarını araması teşvik edilmesi ve bilinçlenmesi, % 39,3'ü, nitelikli personel olmaması ve çalışma ortamının kötüleşmesi, % 30,2'si, sigorta primlerinin düşüklüğü, % 27,7'i sigortanın vazgeçilmez bir unsur olması, % 26,7'si, meslektaşların önermesi % 21,3'ü, gibi nedenler olduğu görülmektedir.

Çalışma kapsamında hekimlerin deneyim grupları arasında verilen önerilere verilen cevaplar bakımından istatistiksel olarak farklılık bulunmamaktadır. Hekimlere uygulanan anket formunun son kısmında hekimlerden zorunlu mesleki sorumluluk sigortasının geliştirilmesi ile ilgili kişisel görüş ve önerileri sorulmuştur. Buna göre anketteki ilk üç öneri; Primlerin tamamının devlet veya çalıştığı kurum tarafından

karşılanması, hekimlerin bu konuda çok bilgisiz kalması nedeni ile sigorta şirketlerinin bir danışman belirlemesi ve düzenli bilgilendirme yapması ve sigorta şirketlerinin hekimin haklarını koruması yönünde daha atak ve atılımcı olması ve özellikle hukuksal destek verilmesi gerektiğidir.

Bu çalışmanın analiz sonuçları, hekimlerin zorunlu mali sorumluluk sigortası ile ilgili yeterince bilgi sahibi olmadıklarını, zorunlu olmasına rağmen hala zorunlu mali sorumluluk sigortasını yaptırmayan hekimlerin olduğunu ortaya koymaktadır. Örnekleme ait bulgulara göre, 2010 yılı sonrasında sigorta yaptırmayan branşlar incelendiğinde biyokimya, çocuk hastalıkları, anastezi, dâhiliye, dermotoloji, psikiyatri, pratisyen hekimlerden oluşan çoğunlukla birinci grup hekimlerdir. Bu durum bu hekimlerin 2010 yılı öncesinde sigorta yaptırdıkları ve sigortalarının devam ettiği için 2010 yılı sonrasına sigorta yaptırmayan branşlar arasında yer aldığı şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmaya katılan hekimlerde farklı cinsiyette olsalar bile sigorta yaptırma öncelikleri arasında bir farklılık söz konusu değildir. Kadın ve erkek hekimlerin sigorta yaptırmama konusunda iki neden hakkında aynı derecede öneme sahip olmadıkları sonucu elde edilmiştir. Bunlar "Sağlık hizmetinin niteliğinin yükselmesi ile çalışma ortamının giderek düzelmesi" ve "Branşımın mesleki risklerinin düşük olması"'dır. Diğer nedenlerde hekimlerin cinsiyetlerinin sigorta yaptırmama nedenlerine etkisi yoktur.

Literatürde tıbbi uygulama hataları ve zorunlu mali sorumluluk sigortasına ilişkin yerli (Turgaz 2007; Yalçıntepe 2011; Demirel 2005; Bayraktar 1972; Şenocak 1998; Becerikli 2009; Dedeağaç 2008; Ateş 2007; Koyuncuoğlu 2011; Can vd. 2011; Turla 2009; Koç 2014; Duysak 2009; Kalkavan 2011; Top vd. 2008; Gökmen vd. 2010; Altun vd. 2010; Çil 2010; Günerli 2009; Hancı 2002; Demir 2012; Ovalı 2010; Polat vd. 2011; Demirezen 2008; Bilge vd. 2012; Yılmaz 2012; Melli 2012; Yalvaç 2012; Eriş 2010; Tümer 2011; Ünan 2012; Hanyaloğlu 2012; Tanuğur 2010; Odyakmaz 2011) pek çok araştırma bulunmaktadır.

Buna karşın hekimlerin zorunlu mali sorumluluk sigortası ile ilgili farkındalığı ölçmeyi amaçlayan çalışmalar (Turgaz 2007; Civaner vd. 2011) sınırlıdır. Ayrıca hekimlerin zorunlu mali sorumluluk sigortası son beş yıldır ülkemizde uygulanmasına rağmen konuyla ilgili görgül çalışmalar çok kısıtlıdır. Diğer taraftan araştırmanın sınırlı

bir coğrafyada, Denizli ilinde tek bir kamu hastanesinde çalışan toplam 202 kişi üzerinde gerçekleştirilmesi çalışmanın en önemli kısıtlarıdır. İlerleyen çalışmalarda araştırmanın daha büyük örneklemler üzerinde tekrarlanması, daha genellenebilir sonuçlara ulaşılmasını mümkün kılacaktır.

Turgaz (2007) 'ın yaptığı araştırmalarda hekimlerin sigorta yaptırma nedenleri arasında ilk iki neden "Artan malpraktis davaları ve "Mesleğimle ilgili sorumluluğun yeni hukuki düzenlemelerle artması" olduğu ve mali sorumluluk sigortasını yaptırmama nedenleri olarak ise "Piyasadaki mevcut Mesleki Sorumluluk Sigortası kapsamının dar olması" ve "Mesleki Sorumluluk Sigortasını çalıştığım kurumun üstlenmesi gerekir." ifadesi olduğu ileri sürülmüştür. Dolayısıyla söz konusu çalışmaların sonuçları bu çalışmanın bulgularından farklılık göstermektedir.

Amaca uygun olarak yapılan araştırmada örnek büyüklüğümüz içerisinde hekimlerin zorunlu sigortanın 2010 yılında çıkmasından önce sadece beşte birinin böyle bir sigorta yaptırdığı 2010 yılından sonra ise zorunlu olmasına rağmen %10 hekimin halen sigorta yaptırmadığı görülmüştür. Turgaz'ın çalışmasında 2007 yılında İstanbul'da 600 hekim üzerindeki araştırmada % 50' sinin sigorta yaptırdığı dikkate alındığında Denizli ilinde bu oranın daha düşük olduğu dikkat çekicidir.

Araştırma bulgularında sigorta yaptırma oranı % 23,8 bulunduğu dikkate alındığında çalışmanın yapıldığı ilde bu oran daha düşük bulunmasının nedeni olarak hekimlerin sigorta primleri ile yeni bir maddi yük altına girmeleri, sigortanın getirdiği yeni yükümlülüklerin hekimlerin zaten fazla olan sorumluluklarına yeni sorumluluklar yüklemesi, hekimin çoğu mesleki faaliyetleri nedeniyle oluşabilecek zararların kapsam dışında kalması, kapsam dahilinde olabilmesi için hekimlerin tıbbi müdahaleden kaçınarak korumacı tıp uygulamasına geçmeleri sebebiyle hekimler üzerinde bir baskı unsurunun oluşması, sigorta hakkında düzenli bilgilendirmenin yapılmaması olduğunu söylemek mümkündür.

Türkiye'de daha çok hekime ulaşan, tıbbi hataların oluşmasında hekim dışındaki sağlık çalışanlarının rolünü inceleyen, tıbbi hataların tespiti ve raporlanması bağlamında daha fazla çalışma yapılmalıdır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Hekimlerden sigorta yaptırma nedenlerini önem sırasına göre derecelendirmeleri istenmiş (Tablo 8) ve bu verilere göre mesleğin taşıdığı maddi risklerin yüksekliğini % 59,9 oranındaki katılımcı 1. Derece önemli olarak belirtmiştir. 1. Derece önemli olarak belirtilen diğer maddeler sırasıyla artan malpraktis davaları, meslek ile ilgili sorumluluğun yeni hukuki düzenlemelerle artması ve tazminat taleplerinin yüksekliğidir. Meslektaşlarını önerisi ile sigorta yaptırmayı % 23,3 gibi bir oranla çoğunluk 5. Derece önemli görmüştür.

Hekimlerin sigorta yaptırmama nedenlerini önem sırasına göre derecelendirmeleri istenilmiş (Tablo 9) ve 1. Derece önemli olarak gösterilen sebep olarak mesleki sigorta sorumluluğunu çalışan kurumun üstlenmesi gerektiği ortaya çıkmıştır. Birinci derece önemli sayılan sebeplerin ikincisi poliçelerde yer alan hukuki belirsizlikler olduğu görülmektedir. 5. Derece önemli sayılan sebep ise branşımın mesleki risklerinin düşük olması maddesidir.

Araştırma sonucunda hekimler genel olarak çalışılan kurum tarafından yapılmasını istemektedir. Hekimler sağlık kuruluşunda meydana gelen tıbbi yanlış uygulamadan, birinci derecede sağlık kuruluşunun sorumlu olmasını istemektedirler. Ayrıca kendi gözetim ve yönetimlerinde hizmet veren asistan, hemşire ve diğer çalışanlarının sorumluluklarını üstlenmeyi istememekte ve sigortanın çalışanların kendileri tarafından yapılmasını istemektedirler.

Neticede hekimlerin sigorta yaptırmama nedenleri olarak "Sağlık hizmetinin niteliğinin yükselmesi ile çalışma ortamının giderek düzelmesi" tespit edilmiştir. Sigorta yaptıran hekimlerin nedenleri ise öncelikle mesleğin taşıdığı maddi risklerin yüksekliği, tazminat taleplerinin yüksekliği, artan malpraktis davaları, mesleğin sorumluluğunda yeni hukuki düzenlemelerin yapılması olarak görülmektedir.

Tıp fakülteleri arasında sağlanan eğitim standardı ve bu standartlar doğrultusunda gelişen tıbbi teknolojilerle eğitilen hekimlerin tıbbi uygulama hatalarında azalma görülmesi mümkün olacaktır. Sağlık kurumlarında yapılacak düzenlemelerle yine hekimlerin iş yükleri azaltılarak hata yapma risklerinin önüne geçilebilecektir. Ayrıca hekimlerin motivasyonunu güçlendirecek aktivasyonların hata riskini azaltmada etkili olacağı düşünülmektedir.

Hukukçuların ve hekimlerin komplikasyon çıkan hastaları kışkırtmaması, medya ve avukatlarca suiistimallerin yapılmamasının gerekliliği araştırma sonucunda görülen başka bir öneri olarak karşımıza çıkmaktadır. Her komplikasyonda hekim kusurlu olamayacağı gibi kusursuz da sayılamaz. Bu durumun kesinlik kazanması için komplikasyonun niteliği, sıklığı, olumsuz sonucun erken fark edilebilme, engellenebilme durumu gibi konular değerlendirilerek bilirkişiler tarafından komplikasyon tanımı yapılmalıdır.

Hekimlerin tıbbi uygulama hataları ve sigorta konuda yeterli bilgiye sahip olmadıkları düzenli bilgilendirme ve bir danışmanın olması gerektiği tespit edilmiştir. Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığınca hazırlanacak rehberler ve eğitim programları yararlı olacaktır. Ayrıca ortaya çıkan uyuşmazlıkların alternatif çözüm yollarına başvurularak hasta ve kurum arasında çözülmesi araştırma sonuçlarına göre hekimlerin önerileri arasında yer almaktadır.

Araştırma sonucuna genel olarak bakıldığında hekimlerin gerek cinsiyet gerek branş grubu gerekse de risk grupları bakımından farklı düşüncelerde olmadığı görülmektedir. Bunun nedeni Türkiye'de hekimlerin iyi derecede örgütlenmiş oldukları ve farklı branş ya da risk grubunda olsalar dahi empati duygularının gelişmiş olduğu ve birbirlerinin haklarını savunabildikleri söylenebilir. Hatta hekimler kendi yanlarında çalışan diğer sağlık personelinin de sigorta kapmasında olmaları gerektiğini düşünmektedirler.

Küreselleşen ve sürekli gelişen bir dünyada başta sağlık sektöründe zorunlu mali sorumluluk sigortasını yenilenerek geliştirilmelidir. Ayrıca araştırma kapsamında elde edilen ve araştırmanın sonucunda getirilebilecek önerileri aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür;

- Esas alınan genel şartlar uygulamada ortaya çıkan ihtiyaçlar doğrultusunda yenilenmelidir.
- Tıbbi uygulama hatalarında hekim tek başına sorumlu sayılmamalıdır.
- Sistemi bir bütün olarak değerlendiren ve tüm aksaklıkları kayıt altına almayı öngören bir yaklaşım benimsenmelidir.

- Cezaya dayalı sistemlerin yerine, cezalandırılma kaygısı taşımadan tüm sorun ve aksaklıkların bildirilebileceği böylece kayıt altına alınan sorunlar için çözüm geliştirilebilen aksaklıkların tekrarını önleme ve sürekli eğitim odaklı yaklaşım olmalıdır.

- Mevcut yasal düzenlemelerdeki belirsizlikler giderilmelidir.

- Gerektiğinde bilimsel görüş ve yorumlar tıp fakültelerinin adli tıp ve ilgili anabilim dallarından, uzmanlık derneklerinden istenebilmelidir.

- Avukat vekâlet ücreti teminat kapsamında kalmalıdır.

- Hekimlerin, mali sorumluluk sigortası nedeniyle özensiz davranışlara yönelmesini önlemek amacıyla rizikonun bir kısmının hekim üzerinde bırakılması, hekimin aldığı disiplin cezalarının olması halinde primlerin daha yüksek tutulması gerekir. Ayrıca belli dönemlerde mesleki faaliyeti hakkında sigorta şirketine rapor ibraz edilmelidir.

- Almanya'da uygulanan hasta sigortası uygulaması ile sigortanın hekimin üzerindeki ağırlığı giderilebilir.

- Hekimler lehine olarak ihbar süreleri uzatılabilir. Ayrıca bir önceki sözleşme süresinde herhangi bir zararla karşılaşılmadığı takdirde primlerde indirim yapılmalı ve sigorta kapsamına alınan konu başlıkları artırılmalıdır.

- Hekimin mesleki özellikleri dikkate alınarak kişiye özel prim hesaplaması yapılmalıdır.

- Sağlık kurumları gerekli olan sağlık çalışanlarını alarak yoğun iş gücü, dikkatsizlik, yorgunluk gibi sebeplerle olası zararların önüne geçmelidir.

- Sağlık işletmelerinin daha kaliteli tıbbi malzeme alımları desteklenmeli ve denetlenmelidir.

- Tıbbi uygulama hataları karşısında yaşayabilecekleri zorluklar hakkında hekimler veya sağlık çalışanları çeşitli eğitim programlarıyla bilinçlendirilmelidir.

- Medya kuruluşlarının iletişim araçları vasıtasıyla tıbbi uygulama hataları üzerinden prim yapmalarının önüne geçilmelidir.
- Hastada ekonomik kayıp meydana getirmeyen durumlarda tazminatın sınırlandırılmalıdır.
- Dava açma süresi kısıtlanmalıdır.
- Davalar kısa süre içinde sonuçlandırılmalıdır.

KAYNAKÇA

1- 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219.pdf, Erişim Tarihi: 25.01.2016

2-Turgaz G. "*Sağlık Sektöründe Mesleki Sorumluluk Sigortası Uygulaması (Tez)".* İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007

3-Yalçıntepe N. "*Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası (Tez)".* Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2011.

4-Demirel B. "Hekimin Yasal Sorumlulukları", *Gazi Tıp Dergisi,* Derleme Yazısı, 2005, 3(16): 99-106.

5-Bayraktar K. Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu, İstanbul,1972.

6-Şenocak Z. "Özel Hukukta Hekimin Sorumluluğu", Sözkesen matbaacılık, Ankara, 1998.

7-Becerikli B. "*Hekimin Yasal Sorumlulukları ve Hakları (Tez)".* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Bitirme Tezi, İzmir, 2009

8-Dedeağaç E. "Hasta Hakları Açısından Hekimin Sorumluluğu", *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, 2008, 5: 1-12.

9-Ateş T. "Hekimlerin cezai ve hukuki sorumlulukları", Nobel Tıp Kitapevi, Ankara,2007.

10-Koyuncuoğlu T. "Doktor Sigortası mı, Hasta Sigortası mı?", *TBB Dergisi,* 2011, 92: 431-450.

11-Can İÖ, Özkara E, Can M. "Yargıtay'da Karara Bağlanan Tıbbi Uygulama Hatası Dosyalarının Değerlendirilmesi", *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2011,2(25): 69 – 76.

12-Turla A. Hekimlerin Mesleki Sorumluluğu, 14. Pratisyen Hekimlik Kongresi slaytı, Antalya, 2009, Erişim Tarihi: 29.04.2015

13-Koç S. " Yasal Düzenlemeler Çerçevesinde Hekim Sorumluluğu", *Türkderm,* 2007, 41:33-38; "Adli Tıbbi Açıdan Malpraktis Ve Hekim Sorumluluğu",2014, 2:14-22.

14-Duysak M.”Hekimin tıbbi uygulama hatalarından doğan cezai sorumluluğu”, Hukuk Gündemi,ss.25-38.www.ankarabarosu.org.tr/siteler/ankarabarosu/hgdmakale/ 2009-3/5.pdf, Erişim Tarihi:02.02.2015

15-Kalkavan M. “Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası”, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği, 2011,ss.1-28

16-Top M, Gider Ö, Taş Y, Çimen S. “Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri: Kocaeli İlinden Bir Alan Çalışması”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi,* 2008, 2(11):162-200.

17-Gökmen H, Güleç S. “Tıbbi Malpraktis Riskinin Yönetiminde Bir Araç Olarak Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortaları”, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 2010, 1: 9-16.

18-Altun G, Yorulmaz AC. “Yasal Değişiklikler Sonrası Hekim Sorumluluğu ve Malpraktis”, *Trakya Üniversitesi Tıp Fak Dergisi*, 2010, 27(1):7-12

19-Çil H, Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekimin Cezai Sorumluluğu, Aralık 2010.

20-Günerli A. “Anestezi Uzmanlarının Mesleki ve Hukuki Sorumlulukları, Yasal Hükümler”, İlgili Yasa ve Yönetmelikler, *Türk Anest Rean Der Dergisi*, 2009, 37(6):333-349.

21-Hancı İH. Malpraktis: Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu, I.Baskı, Seçkin yayıncılık, Ankara, 2002.

22-Erdoğan MŞ. Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, Ankara Barosu, Ankara

23-Deryal Y. “Hekimin Hukuki Sorumlulukları”, Karadeniz Teknik Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler fakültesi Ticaret Hukuku ders notları, hhtp://haksay.org

24-Demir M. Tıbbi Uygulama Hatalarından Sorumlulukta Ülkemizdeki Hukuksal Süreç, Bilge Y, Geçim İE. (Ed.). Medikolegal Düzlem Tıpta uygulama hataları, Birinci Baskı, Baskı Evi Matbaa, İstanbul, 2012.

25-Ovalı F. “Hasta Güvenliği Yaklaşımları”, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, Ankara, 2010, 1: 33-43.

26-Polat O, Pakiş I. "Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu", *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 2011, 3(2):119-125.

27-Çavuş MF, Gemici E. "Sağlık Sektöründe Toplam Kalite Yönetimi", *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi,* 2013, 1(1): 238-257.

28-Ersan A. Uygulamada Tıbbi Hatalar ve Algoloji Hemşireliği, Bilge Y, Geçim İ E. (Ed.). Medikolegal Düzlem Tıpta uygulama hataları, Birinci Baskı, Baskı Evi Matbaa, İstanbul, 2012.

29-Altındiş S. "Sağlık Hizmetlerinde Olay Raporlama ve Hasta Güvenliğine Etkileri", *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, Ankara, 2010, 1:18-32.

30-Demirezen D. *Hekimin Mesleki Sorumluluk Sigortası (Tez).* Galatasaray Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008.

31-Bilge Y, Geçim İE. (Ed.). Medikolegal Düzlem Tıpta uygulama hataları, Birinci Baskı, Baskı Evi Matbaa, İstanbul, 2012.

32-Yılmaz K. Cerrahi Müdahale Sırasında Vücutta Yabancı Cisim Unutulmasının Hasta Hakları Açısından Değerlendirilmesi Bilge Y, Geçim İE. (Ed.). Medikolegal Düzlem Tıpta uygulama hataları, Birinci Baskı, Baskı Evi Matbaa, İstanbul, 2012.

33-Melli M. İlaç Kullanımına Bağlı Tıbbi Hatalar, Bilge Y, Geçim İE. (Ed). Medikolegal Düzlem Tıpta uygulama hataları, Birinci Baskı, Baskı Evi Matbaa, İstanbul, 2012.

34-Yalvaç G. Hukuksal Açıdan Tıpta Uygulama Hataları, Bilge Y, Geçim İE. (Ed). Medikolegal Düzlem Tıpta uygulama hataları, Birinci Baskı, Baskı Evi Matbaa, İstanbul, 2012.

35-Gözetmen Sigorta Brokerliği, "Hekim Sorumluluk Sigortaları", 2011, 6(1), Erişim Tarihi:09.01.2015

36-Eriş MH. "Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası", Yorum ve Makaleler, Yöntem Yeminli Mali Müşavirlik ve Bağımsız Denetim A.Ş, İzmir, 2010.

37-Kösekaya F. *Anonim Şirket Yönetim Kurulu Üyelerinin Mesleki Sorumluluk Sigortası (Tez).* Süleyman Demirel üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2012.

38-Tümer AR, Akçan R, Karacaoğlu E. "Ülkemizde Ve Dünyadaki Örnekleri İle Hekim Mesleki Sorumluluk Sigorta Sisteminin Değerlendirilmesi", *Hacettepe Tıp Dergisi,* 2011; 42: 34-41.

39-İstanbul Tabipler Odası, Sorularla Zorunlu Mesleki Sorumluluk Sigortası, Hukuk Bürosu, 2012.

40-Ünan S. Zorunlu Hekim Sorumluluğu Sigortası (Genel Sartlar Şerhi), Sigorta Hukuku Türk Derneği, Özdil Basımevi, Kasım 2012.

41-Kuzgun Ü, Varol N. (Ed.). Sağlık Hukuku El Kitabı Sağlık Hukuku Açısından Ortapedi Ve Travmatoloji Uzmanlarının Yasal Sorumlulukları, Ankara, 2013.

42-Hanyaloğlu AG. " Malpraktis nedeni ile diş hekimleri aleyhine açılan Tazminat davalarında Hukuksal sürecin yönetilmesi ve Hekim mesleki sorumluluk sigortaları", 2012.

43-Tanuğur UC. *Mesleki Sorumluluk Sigortasında Riziko (Tez).* Galatasaray Üniversitesi Sosyal Bilimler enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aralık, 2010.

44-Yapı Kredi Sigorta, Doktorlar İçin Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları, 2007.

45-Mahmutoğulları SN. *Avukatlık Mesleki Sorumluluk Sigortası (Tez).* Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007.

46-Türk Tabipleri Birliği, "Mesleki Sorumluluk Sigortalanmalıdır-Hekim-Hasta-Toplum İçin Tıbbi Zararları (Nasıl) Karşılayalım ?".

47-Odyakmaz Z. "İdare Hukuku Açısından Hasta Hakları Uygulamaları", *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi,* 2011, 5(1).

EKLER

Ek 1. Anket Formu

ANKET FORMU

ANKET NO:

Bu anket OKAN Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim dalında yapılan yüksek lisans çalışmasında "Hekimlerin zorunlu mali sorumluluk sigortasına ilişkin farkındalık düzeylerinin belirlenmesi" konulu tez için hazırlanmıştır. Burada vermiş olduğunuz tüm bilgiler 'bireysel bilgilerin mahremiyeti, saklanması ve korunması' çerçevesi içinde gizli tutulacak ve saklanacaktır. Bireysel değerlendirme yapılmayacaktır. Doğru ve samimi vereceğiniz yanıtlar tezimin güvenirliği açısından önemli olacağından bu konuda yapacağınız katkılar için teşekkür eder;

SAYGILARIMI SUNARIM…

GÜLİZAR CANFES
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK YÖNETİMİ

1. Cinsiyetiniz nedir?

- ***1.Kadın( )*** - ***2. Erkek( )***

2. Yaşınız? Yıl olarak belirtiniz …….

***3.* Medeni Durumunuz:**

1. Evli ( ) 2. Bekar( )

***4.* Branşınız nedir?**

1- Kadın Hastalıkları ve Doğum( )
2-Çocuk Hastalıkları ( ) •
3- Ortopedi ve Travmatoloji ( ) •
4- Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi ( )
5- Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon( )
6- Beyin Cerrahisi ( ) •
11. Genel Cerrahi( )
12. Dahiliye( )
13. Üroloji( )
14. Göz Hastalıkları( )
15. Nöroloji( )
16. Kardiyoloji( )

7-Dermatoloji ( ) • **17. Psikiyatri( )**

8-Göğüs Hastalıkları( ) • **18. Radyoloji( )**

9-Kulak Burun Boğaz ( ) • **19. Anestezi( )**

10-Aile Hekimi ( ) • **20.Diğer Belirtiniz…….)**

5. Halen çalıştığınız kurumda toplam ne kadar süreden beri çalışıyorsunuz? Yıl….. Ay…..

6. Mesleki çalışma süreniz?.....

7. 2010 yılında zorunlu olan mali sorumluluk sigortasından önce sigorta yaptırmış mıydınız?

1. Evet ( ) 2.Hayır( )

Evet ise kaç yıldır?.....

8-2010 yılında zorunlu hale gelen zorunlu mali sorumluluk sigortası yaptırmış mıydınız?

1.Evet ( ) 2.Hayır( )

9-2010 yılında zorunlu hale gelen ZMSS Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasını kesintisiz sürdürmekte misiniz?

1.Evet ( ) 2.Hayır( )

Hayır ise neden……

10-Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası poliçesini çalıştığınız hastanemi yapmakta?

1. Evet( ) 2. Hayır( )

11- Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası poliçesini siz yaptırıp çalıştığınız hastaneye bildirimde bulunup %50 primini geri alıyor musunuz?

1.Evet ( ) 2.Hayır( )

12- Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası poliçesinden yapılan herhangi bir hasar ödemesi oldu mu?

1.Evet ( ) 2.Hayır( )

Evet ise miktar belirtebilir misiniz?.....

13- Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası kapsamına girmeyen herhangi bir nedenden dolayı dava ile karşı karşıya kaldınız mı?

1.Evet ( ) 2. Hayır( )

14- Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası poliçesi içerisinde avans isteminde bulundunuz mu?

1.Evet ( ) 2.Hayır( )

Evet ise miktar belirtir misiniz……..

15. **Aşağıdaki nedenlerden hangileri sizin sigorta yaptır<u>ma</u> nedenlerinizden birisidir. Önem sırasına göre derecelendirir misiniz?(Bir en önemli olarak düşününüz)**

	1derece önemli	**2derece önemli**	**3derece önemli**	**4derece önemli**	**5derece önemli**
a-Mesleğin taşıdığı maddi risklerin yüksekliği					
b-Artan malpraktis davaları					
c-Meslek ile ilgili sorumluluğun yeni hukuki düzenlemelerle artması					
d-Meslek ile ilgili sorumluluğun tıbbi gelişmeler sonucu Artması					
e-Tazminat taleplerinin yüksekliği					
f-Medya ve hasta hakları derneklerinin ve kuruluşlarının, hastaların haklarını aramaya teşvik etmesi ve bilinçlendirmesi					
g-Yeterli ve nitelikli yardımcı personel olmaması nedeniyle, çalışma ortamının giderek kötüleşmesi					
h-Meslektaşların önermesi					
i-Sigortanın ekonomik hayatta vazgeçilmez bir unsuru Olması					
j-Sigorta primlerinin tazminatlara oranla düşüklüğü					

16. Aşağıdaki nedenlerden hangileri sigorta yaptır<u>mama</u> nedenlerindendir? Önem sırasına göre derecelendirir misiniz?(Bir en önemli olarak düşününüz)

	1derece önemli	2derece önemli	3derece önemli	4derece önemli	5derece önemli
a-Mali Sorumluluk Sigortası Özel Şartlarındaki mevcut belirsizlikler					
b-Mali Sigorta sorumluluğunu çalışılan kurumun üstlenmesi gerekir.					
c-Mali Sorumluluk Sigortası Genel şartlarındaki mevcut belirsizlikler					
d- Hekim Mali Sorumluluk Sigortası poliçelerinde yer alan hukuki belirsizlikler					
e-Sağlık hizmetinin niteliğinin yükselmesi ile çalışma ortamının giderek düzelmesi					
f-Branşımın mesleki risklerinin düşük olması					

17.Zorunlu mali sorumluluk sigortası için aşağıdaki önerileri değerlendiriniz.

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
a- Sigorta poliçesi çalıştığım sağlık elemanlarını da kapsamalı					
b-Zorunlu mali sorumluluk sigortası teminatı üç katı arttırılmalı					
c-Zorunlu mali sorumluluk sigortası Poliçesi devreye girmeden önce bir kurul tarafından incelenmeli ihbarı bu kurul yapmalıdır					
d-Zorunlu mali sorumluluk sigortası yapan sigorta şirketi bir şikâyet olduğunda hukuksal desteği hemen vermeli					
e-Hasta şikayetleri zorunlu mali sorumluluk sigortası yapan sigorta şirketine ihbar edildiğinde sigorta şirketi dava konusu edilmeden uzlaşma ile şikayeti sonlandırmalıdır					

18. Hekim zorunlu mali sorumluluk sigortasının işlerliğini geliştirmek anlamında önerilerinizi yazınız.

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Araştırmaya göstermiş olduğunuz ilgiye teşekkür ederim.

Ek 2. Okan Üniversitesi K.H.B. Araştırma izni

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : 93919723 / 399- 520
Konu : Araştırma İzni.

İstanbul, 23.06.2014

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
DENİZLİ İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ'NE

Sağlık Bilimleri Enstitümüzün Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Programı öğrencisi 122009553 numaralı Gülizar Canfes " **Hekimlerin Zorunlu Mesleki Sorumluluk Sigortasına İlişkin Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi: Denizli İlinde Bir Uygulama**" başlıklı tez çalışmasını, Yrd. Doç. Dr. Nezih Varol danışmanlığında yürütmektedir.

Adı geçen öğrencimizin araştırmasında kullanmak üzere kurumunuza bağlı Denizli Devlet Hastanesi'nde ekteki anketin uygulanabilmesi için gereğini arz ederim.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Mithat KIYAK
Rektör Yardımcısı

OKAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Avni Dilligil Sok. No: 18 (Profilo AVM Karşısı) Mecidiyeköy / Şişli / İstanbul
Telefon: +90 (212) 212 65 26 / Faks: +90 (212) 216 18 03
www.okan.edu.tr

Başarıyı destekliyoruz!
OKAN ÜNİVERSİTESİ 1999 İSTANBUL

Ek 3. Denizli Kamu Hastaneler Birliği izin belgesi

DENİZLİ İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
İZİN BELGESİ

Taraflar:

Bu protokol **Denizli İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği ve Gülizar CANFES** arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar:
Denizli Devlet Hastanesi

Çalışmanın Adı: "Hekimlerin zorunlu Mesleki Sorumluluk Sigortasına İlişkin Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi: Denizli İlinde Bir Uygulama . "

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Gülizar CANFES

Protokolün Hükümleri

bb) Bu protokol ilimiz sınırları içinde Denizli ili Kamu Hastaneler Birliğine bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

cc) Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken Denizli ili Kamu Hastaneler Birliği tarafından değerlendirilecektir.

dd) Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

ee) Veri toplama sırasında Kamu Hastaneler Birliği personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Kamu Hastaneler Birliğinden onay alınacaktır.

ff) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Genel Sekreterliğin ilgili birimi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.

gg) Çalışma üniversite ve ya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası **kitapçık** halinde Denizli İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine teslim edilecektir.

hh) Çalışmayı yapacak olan kişi e ve f maddelerini yerine getirmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.

ii) Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

jj) Araştırma verileri, sözel yada yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların (hastane, Halk Sağlığı Müdürlüğü vs.) ismi zikredilmeyecektir.

Protokolün süresi:

m) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda 3 AY Süre ile çalışmasını yürütecektir.

n) **Başlangıç** 01/07/2014 **Bitiş** 01/10/2014

o) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

p) Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Genel Sekreterlik protokolü daha önce de sonlandırabilir.

Sözleşme Şartlarına Aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dâhil edilmesi ancak Denizli İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği onayı ile mümkün olabilecek, ya da protokol iptal edilecektir. İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokolde imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Denizli İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğince; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Denizli ilindeki idari yargı mercileri yetkilidir.

İlgili protokol hükümlerini ve
cezai müeyyidelerini okudum ve kabul ettim.

23. 06 /2014
Gülizar CANFES

24. 06 /2014
Uzm. Dr. Berna ÖZTÜRK

OLUR
24/06/2014
Op. Dr. Osman ACAR
Genel Sekreter

Denizli İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği
Tel : 0258-264 49 05 /1509
Fax : 0258-264 49 03

Bilgi için: Uzm. A. ÇOKAKOĞLU
e-posta: aysen.cokakoglu@saglik.gov.tr

Ek 4. Özgeçmiş

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı	Gülizar	Soyadı	CANFES
Doğum Yeri	Başmakçı	Doğum Tarihi	1977
Uyruğu	T.C.	Tel.	05057780195
E-Mail	canfes20@gmail.com		

EĞİTİM DÜZEYİ

	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Tarihi
Doktora		
Yüksek Lisans	Okan Ün. Sosyal Bilimler E. Sağlık Yönetimi	2016
Lisans	Anadolu Ün. İktisat Fak. Kamu Yönetimi Böl.	2012
Lise	Dinar Sağlık Meslek Lisesi Hemşirelik Böl.	1995

İŞ DENEYİMLERİ

Görevi	Kurum	Süre(Yıl-Yıl)
Koordinatör Hemşire	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Denizli Çocuk Evleri Koordinasyon Merkezi	2012-2016
Hemşire	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Denizli Çocuk Yuvası Müdürlüğü 0-12 Yaş	2006-2012
Hemşire	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Afyonkarahisar Çocuk Yuvası Müdürlüğü 0-6 Yaş	2002-2006
Hemşire	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Şanlıurfa Toplum Merkezi Müdürlüğü	2001-2002
Hemşire	Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Malatya Huzurevi Müdürlüğü	1998-2001

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama**	**Konuşma**	**Yazma**	**KPDS/ÜDS YDS Puanı**
İngilizce	**Orta**	**Orta**	**Orta**	**_**
ALES 2012 Güz Dönemi	**Sayısal 45,56480**	**Sözel 57,80248**	**Eşit Ağırlık 44,53252**	