



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**2000 - 2005 YILLARI ARASINDA YÜKSEK SAĞLIK
ŞURASI KARARLARINDA KADIN HASTALIKLARI VE
DOĞUM ALANINA GİREN VAKALARIN DEONTOLOJİK
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Önder İLGİLİ

**TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Berna ARDA**

2011- ANKARA

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**2000 - 2005 YILLARI ARASINDA YÜKSEK SAĞLIK
ŞURASI KARARLARINDA KADIN HASTALIKLARI VE
DOĞUM ALANINA GİREN VAKALARIN DEONTOLOJİK
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Önder İLGİLİ

**TIP TARİHİ VE ETİK ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Berna ARDA**

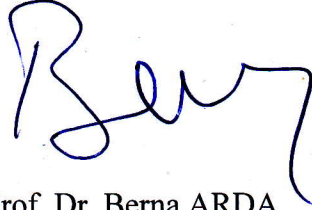
2011- ANKARA

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

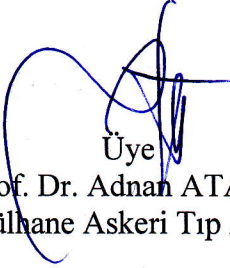
Tıp Etiği ve Tıp Tarihi Doktora Programı

Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından
Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 28/06/2011



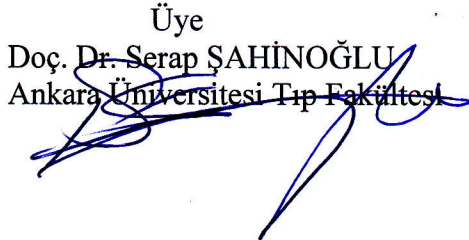
Prof. Dr. Berna ARDA
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Jüri Başkanı



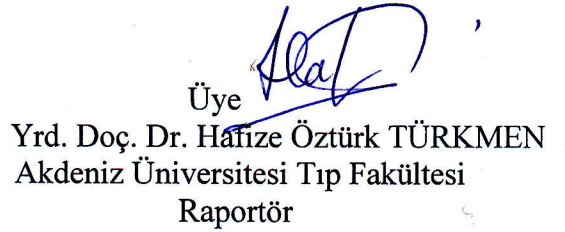
Üye
Prof. Dr. Adnan ATAÇ
Gülhane Askeri Tıp Akademisi



Üye
Prof. Dr. Sedat IŞIK
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi



Üye
Doç. Dr. Serap ŞAHİNOĞLU
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi



Üye
Yrd. Doç. Dr. Hafize Öztürk TÜRKMEN
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi
Raportör

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	ii
İçindekiler	iii
Önsöz	vi
Simgeler ve Kısaltmalar	viii
Şekiller	ix
Çizelgeler	xi
1.GİRİŞ	1
1.1. Amaç	1
1.2. Deontoloji, Etik ve Ahlak Kavramları	3
1.2.1. Deontoloji Kavramı	4
1.2.2. Etik Kavramı	7
1.2.3. Ahlak Kavramı	9
1.3. Hasta Hakları ve Hekim Hakları	9
1.3.1. Hak Kavramı	10
1.3.2. Hasta Hakları	11
1.3.3. Hekim Hakları	18
1.4. Hukuk Çerçevesinde Tıp Etkinliği	24
1.4.1. Temel Kavramlar	24
1.4.2. Tıbbi Girişimlerin Hukuka Uygunluğu	49
1.4.2.1.Tıbbi Girişimin Yetkili Sağlık Personeli Tarafından Gerçekleştirilmesi	50
1.4.2.2.Tıbbi Bilgilere Göre Gerekli Olan Girişimin, Tıbbi Bilgilere Uygun Olarak Gerçekleştirilmesi	55
1.4.2.3.Tıbbi Girişim Öncesinde Aydınlatılmış Onam Alınması	57
1.5. Hekimin Hukuki Sorumluluğu	66
1.6. Hekimin Cezai Sorumluluğu	71
1.6.1. Hekimin Kasten İşlediği Suçlar Dolayısıyla Cezai Sorumluluğu	73
1.6.2. Kamu Hizmeti Olarak Örgütlenmiş Sağlık Hizmeti İçinde Üstlendiği Görevler ve Devlet Memurluğu Dolayısıyla Cezai Sorumluluğu	73
1.6.3. Tıp Meslek ve Sanatının İcrasından Kaynaklanan Cezai Sorumluluk	75
1.6.3.1.Sağlık Mevzuatının Özel Cezai Hükümlerine Aykırı Fiiller Nedeniyle Cezai Sorumluluğu.	75

1.6.3.2.Hekimlerin Gerçekleştirdiği Tıbbi Girişimlere Bağlı Taksire Dayalı Cezai Sorumluluğu	76
1.7. Kadın Hastalıkları ve Doğum Alanındaki Tıbbi Faaliyetleri Düzenleyen Mevzuat	77
1.8. Tıbbi Girişimlerden Doğan Zararlarda Hukuki Süreçte Bilirkişilik Kurumu	90
1.8.1. Bilirkişilik Kurumu	90
1.8.2. Sağlık Alanında Bilirkişilik Etkinliği Sürdüren Kurumlar	94
1.9.2.1.Adli Tıp Kurumu	96
1.9.2.2. Yüksek Sağlık Şurası	110
1.9.2.2.1 Yüksek Sağlık Şurası'nın Yapısı	110
1.9.2.2.2. Yüksek Sağlık Şurası'nın İşleyişi	113
2.GEREÇ VE YÖNTEM	118
3.BULGULAR	120
3.1. 2000 - 2005 Yılları Arasında Yüksek Sağlık Şurası'nda Görüşülen Dava Dosyaları Arasında Kadın Hastalıkları ve Doğum İle İlgili Dosyaların Sayısı	120
3.2. Kadın Hastalıkları ve Doğum ile İlgili Dava Dosyalarının Yüksek Sağlık Şurası'na Gönderiliş Yıllarına Göre Dağılımı	120
3.3. Kadın Hastalıkları ve Doğum ile İlgili Dava Dosyalarının, Ele Alındığı Yüksek Sağlık Şurası Toplantısı Tarihine Göre Dağılımı	121
3.4. Kadın Hastalıkları ve Doğum İle İlgili Karar Özetlerine Konu Olan Olayların Gerçekleşme Tarihine Göre Dağılımı	122
3.5. Yüksek Sağlık Şurası Karar Özetlerinde Dava Dosyasının Yüksek Sağlık Şurası'na Gönderiliş Tarihinden, Dava Dosyasının Ele Alındığı Yüksek Sağlık Şurası Toplantı Tarihine Kadar Geçen Sürelerin Dağılımı	123
3.6. Yüksek Sağlık Şurası Karar Özetlerinde Olayın Yaşandığı Tarihten, Dava Dosyasının Yüksek Sağlık Şurası'na Gönderilme Tarihine Kadar Geçen Sürelerin Dağılımı	123
3.7. Yüksek Sağlık Şurası Karar Özetlerinde Olayın Yaşandığı Tarihten, Dava Dosyasının Ele Alındığı Yüksek Sağlık Şurası Toplantı Tarihine Kadar Geçen Sürelerin Dağılımı	123
3.8. Yüksek Sağlık Şurası Karar Özetlerinin Dava Dosyalarının Gönderildiği Türkiye Coğrafi Bölgelerine Göre Dağılımı	124
3.9. Yüksek Sağlık Şurası Karar Özetlerinin Olayın Gerçekleştiği Sağlık Kurumu veya Yere Göre Dağılımı	125
3.10. Yüksek Sağlık Şurası Karar Özetlerinde Yer Alan Mağdurların Yaş Ortalaması	126
3.11. Yüksek Sağlık Şurası Karar Özetlerinin İlgili Dava Dosyalarının Gönderildiği Mahkeme Türlerine Göre Dağılımı	126
3.12. Vakaların İlgili Kanun Maddelerine Göre Dağılımı	127
3.13. Yüksek Sağlık Şurası'na Gönderilen Dava Dosyalarında Suçlanan Sağlık Personelinin Türlerine Göre Dağılımı	132

3.14. Yüksek Sağlık Şurası'na Gönderilen Dava Dosyalarının Suçlananların Kurum ve/veya Kişi Olmasına Göre Dağılımı	133
3.15. Yüksek Sağlık Şurası'na Gönderilen Dava Dosyalarının Suçlanan Hekimlerin Unvanlarına Göre Dağılımı	134
3.16. Yüksek Sağlık Şurası Karar Özetlerinin Olayda Sağlık Hizmetine Başvurunun “Acil” veya “Elektif” Başvuru Olmasına Göre Dağılımı	135
3.17. Yüksek Sağlık Şurası Karar Özetlerinin Olaydaki Kadın Hastalıkları ve Doğum ile İlgili Başvuru Nedenlerine Göre Dağılımı	135
3.18. Yüksek Sağlık Şurası Karar Özetlerinin Olayda Sergilenen Klinik Yaklaşımlara Göre Dağılımı	137
3.19. Yüksek Sağlık Şurası Karar Özetlerinin Olayın Bağlantılı Olduğu Sağlık Hizmeti Eksikliğine Göre Dağılımı	138
3.20. Yüksek Sağlık Şurası Karar Özetlerinin Olayın Kadın Hastalıkları ve Doğum Alanı Dışındaki Diğer Tıp Uzmanlık Alanları ile İlgili Durumuna Göre Dağılımı	139
3.21. Yüksek Sağlık Şurası Karar Özetlerinin Olayda Ölüm Görülmesine Göre Dağılımı	140
3.22. Olayda Ölüm Görülen Yüksek Sağlık Şurası Karar Özetlerinin Otopsi Yapılması Durumuna Göre Dağılımı	140
3.23. Yüksek Sağlık Şurası Karar Özetlerinden Olayda Ölüm Görülenlerin Otopsi Yapılma Durumuna Göre Dağılımı	141
3.24. Anne Ölümü Yanı Sıra Yenidoğan Ölümü veya Gebelik Kaybının Birlikte Görüldüğü Vakaların Otopsi Durumuna Göre Dağılımı	142
3.25. Yüksek Sağlık Şurası Karar Özetlerinin İlgili Davada Yer Alan Şikayetçiye Göre Dağılımı	142
3.26. Yüksek Sağlık Şurası Karar Özetlerinin Yüksek Sağlık Şurası Kararlarına Göre Dağılımı	143
4.TARTIŞMA	147
5.SONUÇ VE ÖNERİLER	178
ÖZET	183
SUMMARY	184
KAYNAKLAR	185
EKLER	196
Ek 1	196
ÖZGEÇMİŞ	200

ÖNSÖZ

Elinizdeki tez çalışması beş yıl ile sınırlandırılmış bir zaman diliminde Kadın Hastalıkları ve Doğum (KHD) alanına giren Yüksek Sağlık Şurası (YSS) kararlarının deontolojik açıdan bir değerlendirmesini yapmayı amaçlamaktadır. Bilindiği gibi tıp etiği ve tıp tarihi bir doktora alanı olarak; tıbbın hem evrimsel gelişimini hem de onun bir meslek uygulaması olarak felsefi ve hukuki yansımalarını konu edinmektedir. Bu bağlamda iki yılı aşkın bir süre ile dersler ve seminerlerin tamamlanması; doktora yeterlilik sınavının başarılmasının ardından tıp hukuku ve deontolojisi alanına giren bir tez konusu seçmenin; hem kuramsal düzeyde beni zenginleştireceğini, hem somut veriler üzerinden bir durum tespiti yapmama olanak vereceğini, hem de “iyi hekimlik” ortamının tesisi ve sürdürülmesine ilişkin öneriler geliştirmeme bir ölçüde de olsa izin vereceğini öngörmüştüm. Bu öngörünün yeterli düzeyde gerçekleşmiş olduğuna tezin sonunda karar vermiş olunmasını diliyorum. Ancak belirtilmesi gereken bir nokta daha bulunmaktadır; tezimin, YSS kararları ile mahkeme kararlarını karşılaştırma hedefinden teknik gerekçelerle vazgeçmek zorunda kaldığımı; eğer incelediğim dosyalarla ilgili hukuki boyutu da bütün sonuçlarıyla irdeleyebilseydim çekmeye çalıştığım fotoğrafın daha yetkin ve aynı zamanda “birlikçilik kurumu etkinliği” hakkında da daha tanımlayıcı olacağı açıktı. Bu hedefi en azından ileride seçilmiş birkaç dosya üzerinden gerçekleştirmeyi umuyorum.

Doktora eğitimimin başından sonuna kadar birikimlerini benimle cömertçe paylaşan, öngörüsü ve yönlendiriciliği ile yaşayabileceğim pek çok güçlüğü daha ortaya çıkmadan önleyen, mesleki anlamda kendimi geliştirebileceğim olanaklar yaratan ve örnek olan, desteğini her zaman hissettiğim, danışman hocam Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Berna Arda'ya teşekkürlerimi sunarım.

Tıp Etiği ve Tıp Tarihi doktora programı ile tanışmamı sağlayan, gerek doktora eğitimim, gerekse çalışma hayatım boyunca beni her zaman destekleyen, yaşamda her türlü güçlükte güvenilir bir rehber olan hocam Prof. Dr. N. Yasemin Yalım'a, doktora eğitimimin her aşamasında bizlere hoşgörü ile yaklaşan, her türlü akademik etkinlikte cesaretlendirici tutumu ve bizleri de katan yaklaşımı ile önemli deneyimler kazandıran ve Tez İzleme Komitesi üyeliği boyunca ufuk açıcı katkıları olan hocam Doç. Dr. Serap Şahinoğlu'na, doktora ders dönemini tamamlamamın ardından, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı'nda görevine başlayan, bölümde aynı odayı paylaştığım, çalışmalarını yakından gözleme şansı bulduğum, “oda dersleri” diye adlandırılabilceğim konuşmalarımız ve unutulmaz “özlü sözleri” ile eğitimime büyük katkıları olan, beni her konuda yüreklendiren hocam Doç. Dr. Ahmet Acıduman'a minnettarlığımı ifade etmek isterim.

Ankara Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalını kuran ve emekleri ile bugün sahip olduğu köklü ve yetkin birikimi oluşturan, tüm geçmiş hocalarımızdan vefat edenleri rahmetle, yaşayanları minnet ve hürmetle anmak istiyorum.

Tez konusunun belirlenmesinden, bugünkü haline gelmesine kadar yaşanan süreçte, bilgi ve desteklerini esirgemeyen, yapıcı ve yol gösterici yaklaşımları ile çok değerli

katkılarında bulunan Tez İzleme Komitesi üyesi Prof. Dr. Adnan Ataç'a içten teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmasının YSS arşivinde gerçekleşmesini izin ve destekleri ile olanaklı kılan YSS 2008 yılı dönem üyeleri Prof. Dr. Nihat Tosun, Prof. Dr. Rüstem Aşkın, Doç. Dr. Ali Coşkun, Prof. Dr. Mahmut Nedim Çiçek, Prof. Uğur Dilmen, Prof. Dr. Cemalettin Ertekin, Prof. Dr. Sedat Işık, Prof. Dr. Hakan Hadi Kadioğlu, Prof. Dr. M. İ. Safa Kapıcıoğlu, Adem Keskin, Prof. Dr. Ömer Kurtipek, Doç. Dr. Yaşar Nazlıgül, Uzm. Dr. Alaattin Dilsiz, Prof. Dr. Ömer Uluoğlu ve Prof. Dr. Nazmi Zengin'e teşekkürlerimi sunarım.

KHD uzmanlık alanı ve tıp hukuku alanları ile yakından ilgili bir konuda bu tez çalışmasını gerçekleştirme uğraşımında, değerli görüşleri ile konuya ışık tutan Doç. Dr. Cemal Reşat Atalay'a, Av. Ziynet Özçelik'e ve Av. Verda Ersoy'a da teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmasında elde ettiğimiz verilerin istatistiksel değerlendirilmesini gerçekleştiren moral desteği ile her zaman yanımda olan değerli dostum Uzm. Dr. Derya Göken Öztuna'ya, mahkemelerden YSS'ye gönderilen müzakerelerin incelenmesi ve karar özetleri ile ilişkili kanun maddelerinin eşleştirilmesini gerçekleştiren Av. Tülay Ekici'ye çok teşekkür ederim.

Doktora sürecinde zor zamanlarımda hep yanımda olan, iyimserliği ve sevecenliği ile doktora grubumuzda çok sevilen, bugün aramızda olamamasından derin üzüntü duyduğum değerli dostum Sema Şanlıoğlu Bilgici'yi burada rahmetle ve minnetle anmak istiyorum.

Yıllardır beraber çalıştığım, benden önce doktora sürecinin zorlukları ile yüzleşen meslektaşım Dr. M. Volkan Kavas'a cömertçe paylaştığı deneyimleri ve pek çok yaşantıdaki samimi paylaşımı için teşekkür ederim. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalında huzurlu bir çalışma ortamının sürdürülmesinde emeği geçen, çalışma arkadaşlarım Ayhan Topçu, Hasan Yürük ve Gonca Ünsal Ceylan'a da burada teşekkür etmek istiyorum.

Son olarak, yüzleştığım tüm güçlüklerin yansıdığı, bana sonsuz sabır ve sevgiyle destek olan, eşim Aylin İlgili'ye, annem Asiye İlgili'ye ve babam Sebahattin İlgili'ye, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
CMUK	Ceza Muhakemesi Usulü Kanunu
HHY	Hasta Hakları Yönetmeliği
KHD	Kadın Hastalıkları ve Doğum
TCK	Türk Ceza Kanunu
TTB	Türk Tabipleri Birliği
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
USG	Ultrasonografi
WMA	Dünya Tabipler Birliği (World Medical Association)
YSS	Yüksek Sağlık Şurası

ŞEKİLLER

Şekil 1.1.	Etik, deontoloji, ahlak, mevzuat, etiket kuralları kavramları.	8
Şekil 3.1.	KHD ile ilgili dava dosyalarının YSS'ye gönderiliş yıllarına göre dağılımı	121
Şekil 3.2.	KHD ile ilgili dava dosyalarının ele alındığı YSS toplantısı tarihine göre dağılımı	122
Şekil 3.3.	KHD ile ilgili karar özetlerine konu olan olayların gerçekleşme tarihlerine göre dağılımı	122
Şekil 3.4.	YSS karar özetlerinin dava dosyalarının gönderildiği Türkiye coğrafi bölgelerine göre dağılımı	124
Şekil 3.5.	YSS karar özetlerinin olayın gerçekleştiği sağlık kurumu ve yere göre dağılımı	125
Şekil 3.6.	YSS karar özetlerinin ilgili dava dosyalarının gönderildiği mahkeme türlerine göre dağılımı	126
Şekil 3.7.	YSS'ye gönderilen dava dosyalarında suçlanan sağlık personelinin türlerine göre dağılımı	132
Şekil 3.8.	Aynı personel türünden birden fazla sağlık personelinin birlikte suçlandığı davaların dağılımı	133
Şekil 3.9.	YSS'ye gönderilen dava dosyalarının suçlananların kurum ve/veya kişi olmasına göre dağılımı	134
Şekil 3.10.	YSS'ye gönderilen dava dosyalarının suçlanan hekimlerin unvanlarına göre dağılımı	135
Şekil 3.11.	YSS karar özetlerinin olaydaki KHD ile ilgili başvuru nedenlerine göre dağılımı	136
Şekil 3.12.	Ölüm görülen YSS karar özetlerinin olayda ölenin kimliğine göre dağılımı	140
Şekil 3.13.	YSS karar özetlerinin olayda ölüm görülenlerin otopsi yapılma durumuna göre dağılımı	141
Şekil 3.14.	Vakaların şikayetçilere göre dağılımı	142
Şekil 3.15.	YSS kararları toplam dağılımı	143

Şekil 3.16.	Hekimler ile ilgili YSS kararlarının dağılımı	144
Şekil 3.17.	Ebeler ile ilgili YSS kararlarının dağılımı	144
Şekil 3.18.	Hemşireler ile ilgili YSS kararlarının dağılımı	145
Şekil 3.19.	Diğer sağlık personeli türleri ile ilgili YSS kararlarının dağılımı	145
Şekil 3.20.	Kurumlar ile ilgili YSS kararlarının dağılımı	146
Şekil 4.1.	Yıllara göre YSS’de görüşülen adli dosya sayısı	148
Şekil 4.2.	KHD alanı ile ilgili adli dosyaların YSS’de görüşülme yılına göre dağılımı	151
Şekil 4.3.	KHD ile ilgili karar özetlerine konu olan davaların Türkiye coğrafi bölgelerine göre dağılımı	154
Şekil 4.4.	KHD ile ilgili karar özetlerinin konu aldığı davaların Türkiye illerine bölgelerine göre dağılımı	155

ÇİZELGELER

Çizelge 1.1.	İnsan hakları	11
Çizelge 1.2.	Hasta hakları kavramı ile ilgili uluslararası belgeler	13
Çizelge 1.3.	Hekim hakları ile ilgili WMA belgeleri	19
Çizelge 1.4.	Hastayı red hakkının yaşama geçirilmesinin ön koşulları	23
Çizelge 1.5.	Aydınlatılmış onam ile ilgili ulusal metinler	58
Çizelge 1.6.	Aydınlatılmış onam ile ilgili uluslararası metinler	59
Çizelge 1.7.	765 sayılı Türk Ceza Kanununda görev suçları	74
Çizelge 1.8.	Bilirkişilik kurumu ile ilgili yasal metinler	92
Çizelge 1.9.	Adli Tıp Kurumu İhtisas Kurulları.	105
Çizelge 1.10.	Adli Tıp Kurumu İhtisas Daireleri	107
Çizelge 3.1.	TCK ile ilgili vakaların kanun maddelerine göre dağılımı	128
Çizelge 3.2.	TCK dışındaki diğer kanunlarla ilgili vakaların kanun maddelerine göre dağılımı	131
Çizelge 3.3.	YSS karar özetlerinin olayda sergilenen klini yaklaşımlara göre dağılımı	137
Çizelge 3.4.	YSS karar özetlerinin olayın bağlantılı olduğu sağlık hizmeti eksikliğine göre dağılımı	138
Çizelge 3.5.	Anne ölümü yanı sıra yenidoğan ölümü veya gebelik kaybının birlikte görüldüğü vakaların otopsi durumuna göre dağılımı	142
Çizelge 4.1.	Yıllara göre gerçekleştirilen YSS toplantılarının sayısı	149
Çizelge 4.2.	Türkiye coğrafi bölgelerine göre 2000 yılı eğitim ve kişi başına gelir durumu	156
Çizelge 4.3.	Ülkemizde değişik yıllarda yapılmış olan çalışmalarda anne ölüm oranları	172
Çizelge 4.4.	Sağlık personeli türlerinin YSS tarafından kusursuz olarak değerlendirilme oranları	176

1.GİRİŞ

1.1. Amaç

Bu tez çalışması, Türkiye’de KHD alanı çerçevesine giren tıbbi girişimlerden kaynaklanan ve hukuka yansıyan sorunları konu almaktadır. Tezin amacı KHD alanının tıbbi girişimlerinin ve bu süreçteki hekim - hasta ilişkisinin, ne sıklıkta yargılama sürecine konu edilmiş olduğuna ilişkin bilirkişi makamı olarak YSS dosyaları üzerinden saptamalarda bulunmaktır. Bu saptamaların hem varolan durumun ana bileşenlerini belirlemeye, hem de sorun kaynaklarını açıklamaya yardımcı olacağı öngörülebilmektedir. Temel veri kaynağını YSS arşivi oluşturmaktadır. YSS, Sağlık Bakanlığı çatısı altında bulunan, tıbbi uzman görüşüne ihtiyaç duyulan davalarda mahkemelerin yazılı isteği üzerine görüş bildiren resmi bir bilirkişilik yapısıdır. YSS arşivinde bulunan belgelerden, mahkemelerce gönderilen müzakerelere cevap olarak hazırlanan karar özetleri incelenmiştir. Tez çalışmasına katılacak karar özetleri 2000 – 2005 yılları arasında gerçekleştirilen şura toplantılarında alınan kararlarla sınırlanmıştır. Bu sınırlamanın gerekçesi hukuki süreci artık sona ermiş bulunan dosyaların gizliliklerini de gözeterek ele alınmalarını sağlamaktır. Karar özetleri incelenirken bakış açısı “deontolojik bakış açısı” olarak belirlenmiştir. Değerlendirmelerin temel ölçütünü 2000 – 2005 yılları arasında ülkemizde geçerli olan, KHD alanı ile ilgili tıbbi girişimleri düzenleyen deontolojik yaklaşım ve normatif metinler oluşturacaktır.

Son yıllarda tıbbi girişimlerle ilgili yaşanabilen olumsuzluklar, artan kitle iletişim araçlarının da katkısı ile yalnız sağlık çalışanlarının değil, genel olarak bütün toplumun ilgi alanına girmiştir. Sağlık sistemindeki aksaklıkların yarattığı hoşnutsuzluk, 1998 yılında yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği’nin (HHY) kullanılması, hekim - hasta ilişkisinin piyasa koşullarında değişen yapısı, sağlık politikalarında gerçekleştirilen değişiklikler ve bunların olası olumsuz etkilerinden sağlık personelinin sorumlu tutulması gibi etkenler hastaların hekimler aleyhine dava açmalarında görülen artışın altında yatan nedenler arasındadır (Yorulmaz ve ark., 2006, s.:55).

Yaşanan sorunların çözümüne yönelik olarak tıbbi yeniliklerin en iyi şekilde hayata geçirilmesi çabaları hız kazanmıştır. Bu süreçte “tıp etiği” kavramı ve sorunların etik değerlendirmesinin yapılması da öne çıkmıştır. Göksel 1993 yılında yayınlanan makalesinde gözlenen ilgi artışının nedenlerini, o günlerin gelişmeleri ve geleceğe dönük isabetliliği şimdi çok daha iyi anlaşılan öngörülerini ile değerlendirerek aktarmıştır.

Göksel bu nedenlerden birisi olarak “sosyal baskı”yı ifade etmiştir. Açıklamasında:

“Yüzyılın ikinci yarısında “insan hakları” ve “şahsın hukuku” kavramları çağdaş dünya kültüründe iyice yaygınlaşıp ciddiye alınır olduğundan, halk kitlelerinin hükümetlerden, kurumlardan, bu arada tıp kurumundan beklentileri artmış ve birey olarak hekimin “tıbbi fiil” diye anılan etkinliği daha eleştirel bir bakışla gözetlenir olmuştur. Bu değişime paralel olarak güçlenen ve “tüketici duyarlılığı” diyebileceğimiz bu gelişimi pekiştiren bazı etkenler, konunun ciddiyetini artırmıştır. O da, sadece “tıbbi sorumluluk hukuku” alanında uzmanlaşmış avukatlık bürolarının kazanç beklentileri ile, sigorta ve reasürans şirketlerinin risk–prim dengelerine ilişkin hesaplarıdır. Tamamen “tıp” kurumu dışında ortaya çıkan bu sosyal değişim “tıbbi sorumluluk” davalarını ve “meslek kusuru” (malpractice) suçlamalarını ön plana çıkarmıştır. Çoğu kez köşeye sıkışmış, davacılarla kuşatılmış, eli kolu bağlı hekimlerle onları çalıştıran zor durumda kalmış sağlık kuruluşları, hatalardan sakınabilmek ve haklarını savunabilmek kaygısı ile tıbbi fiile ilişkin “kuralları ve ilkeleri” öğrenmeyi, “tıpta değer sorunlarını vukufla irdeleyecek düzeyde bilgiye sahip olmayı tek kurtuluş yolu saymışlardır. İşte bu apaçık nedenlerdir ki, son yıllarda “Deontoloji”, sözlükteki anlamını yeniden kazanmış ve gerçekten “lüzumlu şeylerin bilgisi” olmuştur” demektedir (Göksel, 1993, s.:1, 2).

Aynı yazıda konuya yönelik ilgi artışının bir başka nedeni olarak “etik” kavramının ön plana çıkması ile sonuçlanan, tıbbi bilgi ve becerilerde artışın getirdiği yeni tıbbi girişimlerden doğan, henüz yanıtı bulunmayan hukuki ve ahlaki sorunların birikmesi gösterilmiştir (Göksel, 1993, s.:2).

Göksel değerlendirmesine “*bilelim ki ceza ve tazminat davaları patlamasının eli kulağındadır*” uyarısıyla son vermiştir. Yazının üzerinden yirmi yıl bile geçmeden, yaşadığımız bugünlerde sözü edilen uyarının ne denli yerinde olduğu gözlemlenmektedir (Göksel, 1993, s.:4).

Tez çerçevesinde incelenen YSS karar özetlerinde yer alan davalar 2010 yılından önce 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun uyarınca ceza davalarında YSS’den görüş alınması zorunluluğu bulunması nedeni ile ağırlıklı olarak ceza mahkemelerinden gönderilen davalar hakkındadır. Yapılan araştırmalar göstermektedir ki ceza ve tazminat davaları ile en sık karşılaşan hekimler KHD alanında çalışan hekim olmaktadır (Gündoğmuş ve ark., 1997, s.:128; Tümer, 2003, s.:185; Gündoğmuş ve ark., 1998, s.:353; Gündoğmuş ve ark., 2005, s.:406; Tümer, 2002, s.:24). Tezin öncelikle ülkemizde KHD alanı ilgili tıbbi girişimlerle ilgili sorunların yoğunlaştığı noktaları ortaya koyması, bu sayede hem deontolojik metinlerin hem de tıp uygulamasının ihtiyaçlara göre yapılandırılmasında yol gösterici olması hedeflenmektedir. Tezin ülkemizde tıbbi konularda bilirkişilik hizmeti veren kurumlardan biri olan YSS hakkında bir durum değerlendirmesi yapılmasına da olanak sağlaması beklenmektedir. Son olarak tezde, tezin yoğunlaştığı KHD alanında hizmet sunan hekim ve yardımcı sağlık çalışanları için deontolojik açıdan aydınlatıcı bilgileri bütünlük içerisinde bir arada sunulması amaçlanmaktadır.

1.2. Deontoloji, Etik ve Ahlak Kavramları

Tez kapsamında elde edilen verilerin deontolojik bakış açısı ile değerlendirileceği daha önce ifade edilmiştir. Tezin bu bölümünde “deontoloji” kavramı ve onunla yakın ilişkili görülen etik ve ahlak kavramları hakkında, yazarın değerlendirmelerine zemin oluşturan tanımların paylaşılması, tez sonunda yapılacak değerlendirmelerin daha net anlaşılmasına katkıda bulunacaktır.

1.2.1. Deontoloji Kavramı

Deontoloji terimi Yunanca iki sözcük olan “deontos” ve “logos” sözcüklerinden köken almaktadır. Deontos görev, logos ise bilgi anlamını taşımaktadır. Buradan yola çıkılırsa “Deontoloji” teriminin dar olarak görev bilgisi, geniş anlamda ise mesleki davranış ve meslek ahlakı anlamını taşıdığı görülecektir (Şehsuvaroğlu, 1975, s.: 27).

Deontoloji sözcüğünün etimolojik yapısının bahsinde yer alan “görev” kavramı ve onu tamamlayan yakın kavramlara kısaca göz atmak ve deontolojinin ilgilendiği yaşam kesitini belirleyen kavramsal örgüyü biraz daha somutlaştırmakta yarar vardır. Bunun ardından doğrudan deontoloji kavramı ele alınacaktır.

“Görev” kavramı “işlev” anlamını taşımaktadır. Görev denildiğinde kişinin gönüllü olarak üstlendiği ya da başkaları tarafından ona verilen işlevler anlaşılmaktadır. Görev sonlu olan, reddedilebilen, diğer kişilere devredilebilen nitelikler taşıyan bir kavramdır (Oğuz, 1999a, s.:11,12).

Görev kavramını tamamlayıcı kavramlardan birisi “ödev”dir. Ödev, günümüzde kişinin içinde bulunduğu grup veya toplumla ilişkisinden doğan kişinin yapması gereken şeyler için kullanılmaktadır. Ödev aynı zamanda yerine getirilmesi vicdani yükümlülük niteliği taşıyan görevler için de kullanılan bir kavramdır. Görev gibi bir işlev taşısa da kişisel olması ve öznel bir anlam boyutu taşıması ile ondan farklılaşmaktadır. Ödev zorunluluk ve yükümlülük kavramları ile ilişkilendirilmekte, ödev olan işlevin yerine getirilmesinin kişi için zorunlu olduğu vurgulanmaktadır. “Yükümlülük” bir üst otorite tarafından bir emir ve yasağa uyulması zorunluluğunun bireye yüklenmesi anlamını taşımaktadır (Oğuz, 1999a, s.:11,12; Oğuz ve ark., 2005, s.:184,185). Ödev kavramının açıklamasında değinilen “zorunluluk” kavramı ise yükümlülükleri pekiştiren bazı yaptırımların üst otorite tarafından sözü edilen işlevle ilişkilendirildiği anlamını taşımaktadır (Oğuz, 1999a, s.:11,12). “Yaptırım” lar bir davranış ile bağlantılandırılan, belirlenmiş ödül ve cezalardır (Arda, 1999, s.:146).

Tamamlayıcı olacağı düşünölen kavramların sonuncusu “sorumluluk” kavramıdır. Sorumluluk hukuksal anlamda sözü edilen yükümlölüklerin uygulanmasının izleneceği ve yerine getirilmeyen yükümlölükler ile ilgili hesap sorulacağı anlamını taşıyan bir kavramdır. Bu anlamı ile sorumluluk durumla ilişkili mevzuata göre saptanabilir. Sorumluluk kavramı aynı zamanda kişi ya da bir grubun herhangi bir şeye karşı duyduğu ahlaki bir duygu olarak tanımlanmaktadır. Burada kastedilen, kişilerin yaptıkları ya da yapmadıkları şeyler için kendilerini sorumlu hissetmeleridir. Bu tanımla ile sorumluluğun saptanması daha zordur ve kişinin yapabilecekleri ile sınırlı olduğu kabul edilebilir (Oğuz, 1999a, s.:11,12; Oğuz ve ark., 2005, s.:219).

Bu kavramsal açıklamalar ışığında incelenecek olan “Deontoloji”, bir terim olarak ilk kez Jeremy Bentham tarafından 19. yy’ın ilk yarısında önerilmiştir. Anlam olarak “yükümlölükler bilgisi” ifadesinin karşılığı olarak kullanılmıştır. Deontoloji, nelerin yapılması gerektiği ve nelerin yapılmaması gerektiği konusunda toplumun belirlediği ve yaptırımlarla güvence altına aldığı kuralların bilgisidir (Arda ve Şahinoğlu, 1995, s.:324). Deontolojinin içerdiği bu kurallar toplumun dayattığı “buyruk” önermelerinden oluşmaktadır (Göksel, 1993, s.:2).

Göksel deontoloji tanımında “*“Deontoloji” yükümlölüklerin, kuralların, pozitif hukukun, yürürlükteki pozitif ahlakın bilgisidir; bu özelliği ile “dogmatik” ve “paradigmatik” bilgidir; olanı “olduğu gibi” tanıtan bilgidir”* demektedir (Göksel, 1993, s.:3).

Deontoloji içerisinde yer alan yükümlölükler tartışmasız ve zorlayıcı bir nitelikte olup, yazılı olsun ya da olmasın ilke ve kurallardan oluşan normatif bir bilgidir (Arda ve Şahinoğlu, 1995, s.:324). “Norm” herhangi bir özelliğin normallik sınırları içerisinde olduğunu anlatır. Normlar sosyal ilişkileri düzenlemek amacı ile toplumlar tarafından yaratılan, o toplumda benimsenmiş kurallardır (Oğuz, 1999a, s.:11,12). Normların başlıca özellikleri işlevsel olmaları ve değişken olmalarıdır. Normların toplum yararına yönelik bir işlevleri bulunmaktadır. Normlar bireysel davranışları düzene sokarak toplumsal sürecin işlerliğini ve toplum yapısının sürekliliğini sağlarlar (Arda, 1999, s.:145). Normlar kendi içlerinde belirli bir hiyerarşik düzen

içinde yer alırlar. Bu normlar toplumda süreklilik kazandıkça belirli biçimler halinde dizgeleşerek “Normatif sistemler”i oluştururlar. Örnek vermek gerekirse, “ahlak” ve “hukuk” normatif sistem özelliği taşıyan toplum ürünleridir (Oğuz, 1999a, s.:11,12).

Deontoloji çerçevesinde yer alan normatif sistemlerin yapı taşı olan kuralların niteliklerinden de burada kısaca söz etmek yerinde olur. Bu kurallar mutlak olarak düşünülmemelidir. Sözü geçen kuralların geçerlilik sınırları, pratikte söz konusu grup, zümre veya toplum içinde varılmış olan uzlaşım ve uyuşmanın sınırlarıdır. Geçerli kuralların eleştirilmesi ve değişiklikler önerilmesi mümkündür. Çoğunluk bu sınırların aşılmasını istemediği sürece kurallar yürürlükte kalmaktadır (Göksel, 1993, s.:2).

Bir başka deyişle deontoloji, “etiket (*görgü*) kuralları”, “ahlak” ve “mevzuat” gibi normatif sistemleri içeren bir yapıdır. Etiket kuralları toplumsal yaşamda bireyler arası etkileşimde uyulması beklenen görgü kurallarıdır. Ayıplama, utanma yaptırımları ile donanmış etiket kurallarından daha ağır manevi tepkiler yaratan kurallar bütününe ise ahlak adı verilir (Arda, 1999, s.:146). Ahlak kuralları, etiket kuralları, dini kurallar gibi normatif sistemlerden hiçbiri tek başına toplumun bütünü üzerinde etkin olamadığından dolayı düzeni sağlamada yeterli olamamaktadırlar. Bu gereksinimin karşılanması için herkesi kucaklayan, toplumda düzeni sağlayan kurallar dizgesi olan “hukuk” ortaya çıkmıştır (Kök, 2009, s.:387). Hukuk hem toplumu düzenleyen ve devletin yaptırım gücünü belirleyen yasaların bütünü, hem de bu yasaları konu alan bilimdir. Bu kuralların en önemli iki özelliği insan iradesine dayanmaları ve değiştirilebilir olmalarıdır (Türk Dil Kurumu, 2011). “Mevzuat” ise yazılı, işleyişi birbirini tamamlayan resmi kuralların bütünüdür. Mevzuat kapsamına anayasa, genel ve çerçeve yasalar, kanun kuvvetinde kararnameler, tüzükler, yönetmelikler, genelgeler gibi yazılı resmi belgelerde yer alan kurallar girmektedir (Arda, 1999, s.:146).

Deontoloji kavramı ile ilgili detaylı bilgilerin ardından, onun tıp ile kesişimine baktığımızda “tıbbi deontoloji” ifadesi karşımıza çıkmaktadır. Toplumda yaygın kabul görmesi nedeni ile başta yer alan “tıbbi” terimi olmasa bile “deontoloji”

sözcüğü denilince ilk olarak hekimlik mesleği akla gelmektedir. “Tıbbi deontoloji” hekimlik mesleği uygulaması sırasında uyulması gereken yasal ve ahlaki yükümlülükleri kapsayan bir anlam taşımaktadır (Arda ve Şahinoğlu, 1995, s.:324).

1.2.2. Etik Kavramı

Normatif sorunların sayısı ve onlardan doğan çelişkilerin yoğunluğu, toplumsal değişim ve gelişimin hızına paralel olarak artmaktadır (Göksel, 1993, s:3). Deontoloji kavramının incelenmesi sırasında ayrıntılarıyla bahsettiğimiz, normatif sistemleri oluşturan normların içeriği felsefe tarafından sorgulanmaktadır. Normları “iyi – kötü”, “doğru – yanlış”, gibi kavram çiftlerine göre sorgulayan felsefe dalına “etik” adı verilmektedir (Oğuz, 1999a, s.:12).

Etik; karakter, alışkanlık, gelenek, görenek, töre anlamlarını taşıyan Yunanca “Ethos” sözcüğünden köken almaktadır (Oğuz ve ark., 2005, s.:82). Ontoloji, epistemoloji ve estetik gibi etik de felsefenin temel alanlarından birisini oluşturmaktadır (Arda, 2009, s.:25). Etik, “teorik ahlak, ahlak kuramı” olarak da tanımlanmaktadır (Arda ve Şahinoğlu, 1995, s.:325).

Etik henüz kesin bir çözüme bağlanmamış, mevcut normların içermediği yeni ve açık uçlu sorunlarla ilgilenmektedir. Bu yönüyle etik her zaman tartışmaya açıktır. Etiğin sorunlara yaklaşımı kurallar koymaktan çok “ilkeler” belirlemek yönündedir (Arda ve Şahinoğlu, 1995, s.:324,325). İlkeler davranışlara yön veren ve ölçüt oluşturan en genel ifadelerdir (Yıldırım ve Kadioğlu, 2007, s.:76).

Etik çalışmalar çerçevesinde sorunların çözümlenmesi sürecinde, toplumsal bazı normlar belirdiğinde ve bunlara bağlı toplumsal normatif ifadeler oluşturulduğunda bu bilgiler artık deontolojinin konusunu oluşturur (Arda ve Şahinoğlu, 1995, s.:325).

Deontoloji ve etik arasındaki ayrımı önemli gören Göksel, bu ayrıma dikkat çekmek amacıyla 1994 tarihli bir makalesinde:

“Bizim, hekimler ve eksperler olarak, kavram bulanıklığına yol açmamak için, yürürlükteki yükümlülüklerden söz ederken daima “DEONTOLOJİ” sözcüğünü kullanmamızı öneriyorum.

Çünkü “Etik” sözcüğüne başka bir etkinliğimizde; “kural önerme”, “kural eleştirme”, “kural savunma” ve “kural oluşturmaya katkı” sayılan etkinliklerimizde ihtiyacımız olacaktır. Kısacası biz “Etik” sözcüğünü açık uçlu soruları ve sorunları irdelerken ve bazı sonuçlara varmaya çalışırken kullanmalıyız” demektedir (Göksel, 1994, s.:1,2).



Şekil 1.1. Etik, deontoloji, ahlak, mevzuat, etiket kuralları kavramları (Arda ve Şahinoğlu, 1995, s.:325)

Etik çatısı altında, tıp alanında ortaya çıkan değer sorunları ile ilgilenen alan “tıbbi etik” veya “tıp etiği” olarak adlandırılmaktadır (Arda ve Şahinoğlu, 1995, s.:323). Tıbbi etik terimi ilk olarak 19.yy’da Dr. Thomas Percival tarafından önerilmiştir. Tıp etiği ile bağlantılı ve tıp etiğini kapsayacak bir kullanımı bulunan “biyoetik” ise ilk olarak Amerikalı biyolog Van Renselaer Potter’in kitabında rastlanan, son otuz - kırk yıldır tanımlanmış bulunan bir alandır. Biyoetik alanı canlılara yönelik uygulamalarda ortaya çıkan değer sorunlarının tümünü ele almaktadır (Pelin, 1999, s.:85; Arda, 2009, s.:26).

1.2.3. Ahlak Kavramı

“Ahlak” Arapça kökenli bir sözcüktür. Arapça “halk etmek” yaratmak ve “hulk” yaradılış kelimeleri ile aynı kökten gelmektedir. “Ahlak” yaratılıştan gelen huy özellikleri anlamında kullanılmıştır. Sözcük Türkçe’de bireyin “sosyal değerleri”ni içeren bir anlam yükü kazanmıştır. Dilimizde ahlak kişinin sonradan edindiği tutum ve davranışları da kapsamakta, toplumda yerleşik sosyal değerler sistemini temsil etmektedir (Arda ve Şahinoğlu, 1995, s.:323,324). Ahlak sözcüğü ile temelde vurgulanmak istenen sistem, hukukçuların klasik ifadesi ile “gayrı-mektup-kanunlar” (yazılı olmayan yasalar) dedikleri, mevzuata girmemiş, toplum vicdanında yaşayan, manevi yaptırımlarla donatılmış kurallardır (Göksel, 1994, s.:1). Ahlak, bir insan topluluğunda, bir zaman diliminde, bir kültürel çerçeveye içerisinde, belirlenmiş, tanımlanmış, kabul görmüş değerler manzumesi ve amaçlar ile bu amaçlara nasıl ulaşılacağını ortaya koyan kurallar demeti şeklinde tanımlanmaktadır (Cevizci, 2002, s.:3).

Burada verilen tanımları ve açıklanan nitelikleri ile uyumlu olarak ahlak, deontoloji kapsamında değerlendirilebilecek bir normatif sistemdir.

1.3. Hasta Hakları ve Hekim Hakları

Sağlık hizmetlerinin sunulması sürecinde yer alan sosyal gruplardan ağırlıklı olan iki grup hastalar ve hekimlerdir. KHD alanı ile ilgili tıbbi uygulama hatalarını deontolojik açıdan ele alan bir tez çalışması içerisinde ulusal ve uluslararası metinlerde yerini almış olan hasta hakları kavramı, değinilmesi gereken başlıklardan birisini oluşturmaktadır. Hasta hakları bu tezin konusunu oluşturan tıbbi uygulama hataları ile ilgili davaların artışı da büyük ölçüde beraberinde getirmesi açısından önemlidir. Tez kapsamında hasta hakları kavramının yanında hekim hakları kavramına da yer verilecektir.

1.3.1. Hak Kavramı

Haklar en geniş anlamda bir şey yapmaya, bir şey talep etmeye ya da bir şeye sahip olmaya ilişkin savlardır (Oğuz ve ark. 2005, s.:118). Tez kapsamında hak kavramı, hukuki ilişki teorisi çerçevesindeki tanımları esas alınarak kullanılacaktır. Buna göre hak, hukuki ilişkinin bir parçası olarak tanımlanmaktadır. Hak, sahibine, hukuki ilişkiye katılan karşısında tanınan bir ayrıcalıktır. Hak, sahibine belirli bir şekilde hareket edebilme ayrıcalığını verirken, aynı ilişkiye katılan diğer kişiler, hak sahibinin bu ayrıcalıklı hareketine uymak ve ona katlanmak zorundadır. Hak bir eylem içerdiği takdirde yukarıda verilen tanımlar geçerli olmaktadır. Hak bir çıkar, mülkiyet, paylaşılacak bir kaynak ile ilgili olduğunda “*Hak hukuken korunan çıkarların gerçekleştirilmesi amacıyla kişiye hukuk düzeni tarafından sağlanan ve kullanılması onun iradesine bırakılan bir hukuk kudretidir*” tanımı açıklayıcı olmaktadır (Erdemir ve Elçioğlu, 2000, s.:32,33). Hak kavramını pozitif hukuktan bağımsız ve ondan önce gelen bir biçimde kabul eden tabii hukuk anlayışı ve hak kavramının ayrı bir gerçekliğin ifadesi olmadığını savunan görüşler burada irdelenmeyecektir (Güriz, 2003, s.:129).

Hukuk insanlara “kişi” olma niteliğini yükleyerek, onların hak ve özgürlüklere sahip olmalarını sağlamaktadır. “Hak ehliyeti” olarak adlandırılan hak sahibi olma niteliğinin, kişi olmak ile eş zamanlı olarak başladığı belirtilmektedir. “Kişilik” kavramı medeni hukukumuzda bebeğin sağ olarak tamamı ile doğmasından başlayarak, ölümü ile son bulacak şekilde tanımlanmıştır (Türk Medeni Kanunu, 2001, md.:28; Erdemir ve Elçioğlu, 2000, s.:33,36). Hak kavramı, hukuk düzeni içerisinde, hak kazanılması, hakkın kapsamı, hakkın devredilmesi, hakkın sona ermesi ile ilgili kurallarda karşımıza çıkmaktadır (Güriz, 2003, s.:129).

Hak kavramı hak sahibini, hak nesnesini ve ödev öğelerini barındırmaktadır. Çağdaş hukukta sahipsiz hak düşüncesine yer verilmemiştir. Bu kapsamda insanlar ve tüzel kişiler hak sahibi olabilmektedir. Haklar hak sahipleri tarafından kullanıldığında “ödev” ve “yükümlülükler” doğmaktadır (Güvercin, 2007, s.:21,22).

1.3.2. Hasta Hakları

Hasta hakları kavramı temel dayanaklarını insan haklarında bulmaktadır (Erdemir ve Elçioğlu, 2000, s.:44). İnsan hakları dile getirildikleri dönemlere göre üç kuşak olarak ele alınmaktadır. Aşağıdaki tabloda bu haklar toplu halde verilmiştir (Güvercin, 2007, s.:29-33).

Çizelge 1.1. İnsan hakları

İnsan Hakları	
Birinci Kuşak Haklar (17-18. yy.)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Yaşam hakkı ve kişi dokunulmazlığı 2. Kişi özgürlüğü ve kişi güvenliği 3. Konut dokunulmazlığı 4. Mülkiyet hakkı 5. Eşitlik hakkı 6. Dernek kurma hakkı 7. Toplantı ve gösteri yürüyüşü hakkı 8. Dilekçe hakkı 9. Seçme ve seçilme hakkı 10. Kamu hizmetine girme hakkı 11. Tarafsız bir yargıç önünde yargılanma hakkı
İkinci Kuşak Haklar (19-20. yy.)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Çalışma hakkı 2. Sendika kurma hakkı 3. Grev ve toplu sözleşme hakkı 4. İşyeri yönetimine katılma hakkı 5. Dinlenme hakkı 6. Sosyal güvenlik hakkı 7. Parasız öğretim ve eğitim görme hakkı 8. Kültürel yaşama katılabilme hakkı 9. Sağlık Hakkı 10. Beslenme hakkı 11. Konut hakkı 12. Anne, çocuk, sakat, yaşlı gibi korunmaya muhtaç kesimlerin korunmasıyla ilgili haklar
Üçüncü Kuşak Haklar (İkinci Dünya Savaşı sonrası)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sağlıklı bir çevre hakkı 2. İnsanlığın ortak mal varlığına (kültürel miras) saygı hakkı 3. Gelişme (kalkınma) hakkı 4. Barış hakkı 5. İletişim hakkı 6. İnsani yardım hakkı 7. Hasta hakları

İnsan hakları başlığı altında “yaşama hakkı”, “sağlık hakkı” ve hasta hakları yakın ilgili haklar olarak görülmektedir. Yaşama hakkı “*Kişinin fizik ve ruhsal bütünlüğünü*

koruyabilmesi, devam ettirebilmesi, varlığının çeşitli etkilerle bozulmasına engel olabilmesi” olarak tanımlanmaktadır. Birinci kuşak haklarla insanların yaşama hakkına kavuşmaları olumsuz koşullar ve hastalıklar nedeni ile ölümleri engellenememiş, yaşama hakkı için insan sağlığına yönelik olanakların sağlanması ihtiyacı hissedilmiştir. Sağlık hakkı bu ihtiyacın sonucu olarak yaşam hakkının gerçekleşmesinin bir gereğidir. Sağlık hakkı *“Kişinin toplumdan, devletten sağlığının korunmasını, gerektiğinde tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyebilmesi ve toplumun sağladığı olanaklardan faydalanabilmesi”* şeklinde tanımlanmaktadır. Hasta hakları ise sağlık hizmetine kavuşan kişilerin yaşadıkları sürece daha yakından bakmaktadır. Hasta hakları *“Kişinin toplumun ve devletin sağladığı sağlık hizmetlerinden korunma ve tedavi amacı ile yararlanabilmesi, bu süreçte hekim – hasta ilişkisi içerisinde temel kişilik haklarının korunması”* olarak tanımlanabilir (Erdemir ve Elçioğlu, 2000, s.:39,42,44,45).

Hasta hakları kavramının ilk olarak Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) 1970’lerde gündeme geldiği ve ilk hasta hakları bildirgesinin Amerikan Hastaneler Birliği (American Hospital Association) tarafından hazırlanan 1973 tarihli hasta hakları beyannamesi (A Patient’s Bill of Rights) olduğu kabul edilmektedir. Bu yıllarda hasta haklarının gündeme gelmesinin tetikleyicisinin, yine aynı dönemde aydınlatılmış onam ile ilgili tartışmaların da başlangıcını oluşturan Amerikan Mahkemeleri’nin kararları olduğu belirtilmektedir. Sözü geçen yıllarda ABD’de *“Sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı”* terimi federal yasalarda kendine yer bulmaya başlamış, hekim – hasta ilişkisi *“özel eğitim almış, konusunda deneyimli ve devlet tarafından tıbbi uygulama yetkisi verilmiş bir kişiden (hekimden), hasta olan kişinin yardım talep etmesi”* biçiminde tanımlanmıştır. Bunlara ek olarak, Amerikan Hastaneler Birliği’nin hastanelerde yatarak tedavi gören ve kendi haklarını savunamayacak durumda olan hastaların haklarına dönük hassasiyeti de hasta hakları bildirgesinin yayımlanmasının nedenleri arasında gösterilmektedir (Görkey, 2002, s.:100,101).

İlerleyen yıllarda hasta hakları kavramı ile ilgili düzenlemeler gerek ABD eyaletlerinde, gerekse dünya genelinde yaygınlaşmaya başlamıştır. Uluslararası

kuruluşların da konuya ilgisinin artmasıyla 1980'lerden itibaren hasta hakları ile ilgili uluslararası metinler oluşturulmuştur. Bu metinler aşağıdaki çizelgede toplu halde verilmiştir (Güvercin,2007, s.:66-71; Görkey, 2002, s.:103-108; Council of Europe, 2011; The World Medical Association, 2011).

Çizelge 1.2. Hasta hakları kavramı ile ilgili uluslararası belgeler

Hasta Hakları Kavramı ile İlgili Uluslararası Belgeler	
World Medical Association (WMA)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1981 Lizbon Bildirgesi (Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient) 2. 1995 Bali Bildirgesi (Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient)
Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1994 Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi (Declaration on the Promotion of Patient Rights in Europe), Amsterdam Bildirgesi
Avrupa Konseyi (Council of Europe)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1997 Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biotıp Sözleşmesi (Convention for the protection of Human Rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine), Oviedo Sözleşmesi

Ülkemizde 1219 sayılı Tababet ve Şuabat-1 Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun, 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik gibi sağlık hizmetlerini düzenleyen metinlerde hasta hakları kavramı ile ilgili maddelere rastlamak olanaklıdır (Erdemir ve Elçioğlu, 2000, s.:56). Hasta hakları kavramı ile ilgili iç hukukumuzda yer alan özel düzenleme 1. Ağustos. 1998 tarihli HHY'dir. HHY, sağlık hizmeti verilen bütün kurum ve kuruluşlarda ve bunların dışında sağlık hizmeti verilmesi halinde geçerlidir. Buna ek olarak 1997 tarihli Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biotıp Sözleşmesi'nin (Convention for the protection of Human Rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine, Oviedo Sözleşmesi), Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde 3 Aralık 2003 tarihinde 5013 sayılı kanunla onaylanmasının ardından Anayasamızın 90. maddesi gereğince iç hukukumuzun bir parçası haline geldiğini vurgulamakta yarar vardır (Katoğlu, 2006, s.:157).

Hasta hakları kavramı ile ilgili sözü edilen belgelerin içerik analizlerine tez kapsamında yer verilmeyecektir. Hasta hakları kavramı ile ilgili sözü geçen belgelerde yer verilen haklar, ana başlıkları ve ülkemizde bu hakların çağrıştırdığı anlam çerçevesinde genel bir bilgi sunulması hedeflenmektedir.

- Tıbbi gereklere uygun olarak sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı: Kişilerin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olmaları dolayısı ile sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesidir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda modern tıbbi bilgiler doğrultusunda teşhis, tedavi, bakım, koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütülmesini içermektedir.
- Özgürce çalışabilen sağlık personelinden sağlık hizmeti alma hakkı: Hastaların tıbbin gerekleri ve kendi etik değerlendirmeleri doğrultusunda özgürce karar verebilen ve mesleğini yapabilen sağlık personelinden hizmet alma haklarını içermektedir.
- Sağlık hizmetlerine ayrımcılık yapılmaksızın eşit erişim hakkı: Sağlık hizmetlerinin sunumunda hastalara ırk, dil, din, mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, ekonomik ve sosyal farklılıkları nedeni ile farklı uygulamalar yapılamayacağını ifade etmektedir.
- Öncelik sırasının belirlenmesini isteme hakkı: Hasta, sağlık hizmetlerine erişim konusunda yetersizlik ve sınırlılıkların bulunması durumunda sağlık durumu ile ilgili tıbbi ölçütlere bağlı olarak önceliğinin belirlenmesini isteme hakkına sahiptir.
- Sağlık kurumları içerisinde güvenli bir ortam sağlanması hakkı: Hastaların sağlık kurum ve kuruluşlarında buldukları süre içerisinde güven içerisinde olmalarını ifade etmektedir. Sağlık kurum ve kuruluşları açısından, hasta, refakatçi ve ziyaretçilerinin, can ve mal güvenliklerinin sağlanması için gerekli tedbirleri alma yükümlülüğünü doğurmaktadır.

- Bilgilenme hakkı: Bu hak hastanın sağlık hizmetlerinden nasıl yararlanabileceği, hastanın sağlık durumu, hastaya uygulanacak tıbbi işlemler, bu tıbbi işlemlerin yararları, olası zararları, varsa diğer tıbbi uygulama seçenekleri, tedavinin yapılmaması durumunda olası sonuçları gibi konularda yazılı ve sözlü bilgi alma hakkını kapsamaktadır. Bilgilenme hakkı hasta sağlığı açısından sakınca görülmesi durumunda sınırlandırılabilir. Bu durumda sorumlu hekimin değerlendirmesi esas alınmaktadır. Mevzuat hükümlerinin ön gördüğü hallerde yetkili makamlarca da bilgilenme hakkı sınırlandırılabilir. Hastalar bu hak kapsamında sağlık durumu ile ilgili kayıtları inceleyebilir ve isterlerse kopyalayabilirler. Hastalar kayıtlarda gerçeğe aykırı bir durum saptamaları halinde bunun düzeltilmesini isteme hakkına sahiptirler.

- Bilgilendirilmeme hakkı: Hastaların kesin olarak belirtmeleri durumunda mevzuatta yer alan zorunlu haller dışında sağlık durumları ile ilgili bilgilendirilmemelerini içerir. Hastalar kedilerinin yerine bilgilendirilecek bir kişi belirleyebilirler.

- Sağlık kurumları hakkında bilgi alma, sağlık kurumunu özgürce seçme ve değiştirme hakkı: Hastanın istediği sağlık kurum ve kuruluşunu seçerek sağlık hizmeti alabilmesini içermektedir. Sağlık kurum ve kuruluşunu değiştirme hakkının kullanımı, bu işlemin tıbbi yönden hasta için hayati tehlike yaratmayacak olması şartına bağlıdır. Sağlık kurum ve kuruluşlarının seçilmesi hakkının kullanılmasında söz konusu bireyin bağlı bulunduğu geçerli mevzuat hükümlerinin sınırları geçerlidir. Sevk işlemlerinde de geçerli mevzuatta öngörülen usuller geçerli olmaktadır.

- Sağlık personeli hakkında bilgi alma, sağlık personelinin özgürce seçme ve değiştirme hakkı: Hastanın istemesi durumunda kendisine hizmet sunacak sağlık personelinin görevleri, kimlik ve unvanları gibi mesleki yönleri ile ilgili bilgi alabilmesini içerir. Hasta aldığı bilgiler ışığında değerlendirmesi ve isteği doğrultusunda kendisine hizmet sunacak sağlık personelinin seçebilir. Burada sağlık kurum ve kuruluşlarının seçimi hakkında da söz konusu olan bireyin

bağlı olduğu mevzuat hükümlerindeki sınırlamalar ve uygulamada söz konusu olan usuller geçerli olmaktadır.

- Hasta mahremiyetine saygı gösterilmesini bekleme hakkı: Tıbbi gereklilikler dışında kişilerin özel hayatları ve aile hayatları ile ilgili bilgiler açıklanamaz. Bu hak kapsamında hastaya doğrudan teması gerektiren işlemlerin de uygun bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Ölümün gerçekleşmesi durumunda bu hak geçerliliğini korumaktadır.
- Hastanın sağlık durumu ile ilgili bilgilerin gizli tutulması hakkı: Hasta ile ilgili olarak sağlık hizmetlerinin sunumu nedeni ile edinilen ve üretilen bilgiler, mevzuatta yer alan özel durumlar dışında üçüncü kişilere açıklanamaz. Tıbbi araştırmalarda elde edilen bilgiler için de aynı haklar geçerli olmaktadır. Ölümün gerçekleşmesi durumunda bu hak da geçerliliğini korumaktadır.
- Yapılacak her türlü işlem öncesi hasta onamının alınması ve hastanın kendisi ile ilgili özgürce karar verebilme hakkı: Hastalar üzerinde onamları olmaksızın herhangi bir tıbbi işlem ya da araştırma yapılamayacağını ifade eder. Sözü edilen onam yazılı sözlü ya da varsayılan onam şeklinde olabilir. Hastanın kendisinden onam alınamayan durumlarda yeterliği olmayan hastalar için vasi / velileri, bunların dışında kalan hallerde hastanın yasal temsilcisi ya da mahkemeler onam verme konusunda yetkilidir.
- Tedaviyi reddetme ve durdurma hakkı: Hastanın kendisine uygulanan veya planlanan tıbbi işlemleri reddedebileceğini ve durdurulmasını isteyebileceğini ifade eder. Bu hakkın kullanımı durumunda hastadan bu isteğini belirten bir yazılı belge alınması gerekmektedir. Tedaviyi reddetme ve durdurma hakkının kullanılması durumunda doğabilecek olası olumsuz sonuçlardan hasta sorumlu olmaktadır. Mevzuatta tedavisi zorunlu olan bulaşıcı hastalıklar gibi durumlar bu hakkı sınırlandırmaktadır.

- Dini yardım ve teselli alma hakkı: Hastaların inançlarının gerekliliklerini yerine getirebilmelerini ve manevi destek alabilmelerini ifade etmektedir. Bu hak sağlık kurum ve kuruluşunun olanakları, sağlık hizmetlerinin aksatılmaması ve diğer hastaların rahatsız edilmemesi ile sınırlıdır.
- Hasta saygınlığının korunması hakkı: Hastaların kişilik değerlerine uygun olarak, elverişli bir ortamda sağlık hizmeti almalarını içerir. Sağlık personelleri hastalara, hasta yakınlarına ve ziyaretçilere güler yüzlü, nazik, şefkatli davranmak durumundadırlar. Bu hak doğrultusunda sağlık kurum ve kuruluşları da insan onuruna yaraşır temizlik şartlarını, gürültü ve rahatsız edici etkenlerden arındırılmış bir ortam sağlamakla yükümlüdür.
- Sağlık kurumunda bulunduğu sürede ziyaretçi kabul edebilme hakkı: Hastalar sağlık kurum ve kuruluşlarında buldukları süre içerisinde ziyaretçi kabul edebilirler. Bu hak sağlık kurum ve kuruluşlarının hizmetlerin aksamaması amacı ile getirdikleri kurallar ile sınırlıdır. Hasta ziyaretine gelen kişiler sağlık hizmetlerinin sunumunu aksatacak ve diğer hastaları rahatsız edecek davranışlarda bulunamazlar.
- Refakatçi bulundurma hakkı: Hastaya tıbbi işlemler ve tedavi sürecinde yardımcı olmak üzere refakatçi bulundurulmasını içerir. Bu hakkın kullanımında sorumlu hekimin hastanın bir yardımcıya olan ihtiyacı ile ilgili değerlendirmesi esas alınmaktadır. Bu hak hastanın hizmet aldığı sağlık kurum ve kuruluşunun kuralları ile sınırlıdır.
- Müracaat, şikayet ve dava açma hakkı: Hastaların ve hasta ile ilgili kişilerin hasta haklarının ihlali durumunda gerek sağlık kurum ve kuruluşları gerekse sağlık personeli hakkında başvuru, şikayet ve dava açma hakları bulunmaktadır. Bu hak sağlık kurum ve kuruluşlarınca yürütülecek disiplin soruşturmalarını, bu kurum ve kuruluşlar aleyhine açılacak maddi, manevi tazminat davalarını, sağlık personelleri ile ilgili meslek örgütü haysiyet divanı

soruşturmalarını, sağlık personelinin fiilinin suç teşkil etmesi durumunda açılacak ceza davalarını kapsamaktadır.

- Tedavi ve sağlık hizmetinin sürekliliğini isteme hakkı: Hastalar almakta oldukları tedavi ve sağlık hizmetlerinin devamlılığının sağlanmasını isteme hakkına sahiptir. Bu hak, hastanın sağlık hizmetlerine erişim yolları, sağlık personelinin buldukları yer ve randevu durumları ile ilgili bilgi alabilmesini, taburcu olduktan sonra düzenli kontrollerinin gerçekleştirilmesini kapsamaktadır.
- Onurlu bir şekilde ölme hakkı: Hastaların sağlık sorunlarının çözümüne dönük uygulanabilecek tedavi yöntemlerinin tükendiği durumlarda, ölüm sürecinde hasta ıstırabının dindirilmesini, hastanın kişilik değerlerini ve onurunu koruyacak koşulların sağlanmasını içermektedir.
- Sağlık hizmetlerinin sunumunda özen gösterilmesi hakkı: Sağlık personelinin hastanın ıstırabının dindirilmesi için gerekli özeni göstermelerini içermektedir. (Erdemir ve Elçioğlu, 2000, s.: 43,44; Hasta ve Hasta Yakını Hakları Derneği, 2011a; Hasta ve Hasta Yakını Hakları Derneği, 2011b; Hasta ve Hasta Yakını Hakları Derneği, 2011c; Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998).

1.3.3. Hekim Hakları

Hekimlik yapmak yasal ve bilimsel bir ayrıcalıktır ve bu ayrıcalığın getirdiği bazı haklar vardır. Hekim bu haklardan doğan yetkileri kullanır ve bu yetki sınırlarının aşılması, yetkilerin zamanında kullanılmaması nedeni ile hekimin sorumluluğu vardır (Kök, 2007, s.:388).

Bu bölümde hasta hakları kavramının ardından tamamlayıcı olacak “hekim hakları” kavramına yer verilmiştir. Hekimler, hastaların yanında sağlık hizmetleri sunumu sürecine katılan ana gruplardan biridir. Belirtmekte yarar var ki, hasta hakları ile

sağlık çalışanlarının hakları ve bu kapsamda hekim hakları birbirinin karşısı haklar olmayıp, birbirinin etkisini ortadan kaldırmaya da yönelik değillerdir (Arda, 1998, s.:122). Sözü edilen hakların ortak amacının “*hem hekimin, hem de hastanın özgürlüğüne en geniş saygıyı göstererek erişilen en yüksek düzeyde sağlık hizmetinin sunulması*” olduğu söylenebilir (Türk Tabipleri Birliği, 2009, s.:18).

Arda, hekim haklarını “*Mesleki uygulamayı yapabilmek için, nitelikli bir hekimlikten söz edebilmek için, bir başka deyişle de hekimlere birtakım ödevleri ve sorumlulukları yükleyebilmek için gerekliliği öngörülen haklardır*” şeklinde tanımlamıştır (Arda, 1998, s.:121). Dünya Tabipler Birliği (WMA, World Medical Association) tarafından hazırlanan uluslararası belgelerden hekim hakları ile ilgili bulunanlar aşağıdaki çizelgede sunulmuştur (Erdemir ve Elçioğlu, 2000, s.: 98-104; Sayek, 1998).

Çizelge 1.3. Hekim hakları ile ilgili WMA belgeleri

Hekim Hakları ile İlgili WMA Belgeleri	
1	1956 Havana, WMA’ nın Silahlı Çatışma Dönemlerine İlişkin Kuralları (1957 İstanbul – Türkiye’de düzeltilmiş, 1983 Venedik – İtalya’da geliştirilmiştir)
2	1963 New York, Bütün Ulusal Bakım Sistemleri İçin Sağlık Bakımı Sunulmasında Oniki İlke (1983 Venedik – İtalya’da geliştirilmiştir)
3	1970 Oslo Bildirgesi, Tedavi amaçlı Düşüğe İlişkin Duyuru (1983 Venedik – İtalya’da geliştirilmiştir)
4	1975 WMA Tokyo Bildirgesi, Tutuklu ve Hapis Sırasındaki İşkence ve Öteki Zalimce, İnsanlıkdışı ya da Aşağılayıcı İşlem ve Cezalara İlişkin Hekimler İçin Rehber (2005 Divonneles-Bains – Fransa’da geliştirilmiştir)
5	1981 Lizbon, Hekimlerin Ölüm Cezalarına Katkılarıyla İlgili Karar
6	1984 Singapore, WMA’ nın tıbbi Toplantılara Katılma Özgürlüğü Konusunda Tutumu
7	1985 Brüksel, Hekimlik Alanında Çalışanların İnsan Haklarına ve Bireysel Özgürlüklerine İlişkin Bildirge
8	1987 WMA’nın Mesleki Özerklik ve Öz- Düzenleme ile İlgili Madrid Bildirgesi (2005 Divonneles-Bains – Fransa’da geliştirilmiştir)
9	1991 Açlık Grevleri konusunda Malta Bildirgesi (1992 Marbella – İspanya’da düzeltilmiştir)
10	1997 Şiddet veya Kötü Muamele Kullanımı Konusunda veya Düşkünlük Yaratan Tedavilerde Yer Almayı Kabul Etmeyen veya Buna Zorlanan Tıp Doktorlarına Destek ile İlgili WMA Hamburg Bildirgesi

Ülkemizde Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ve Türk Tabipleri Birliği (TTB) Hekim Hakları Bildirgesi hekim hakları ile ilgili ulusal metinler arasında sayılabilir. Hekim

hakları kavramı ile ilişkili olarak sözü edilen metinlerde dile getirilen ana başlıklar aşağıda özet olarak sunulmuştur.

- Nitelikli eğitim alma ve bilgiyi yenileme hakkı: Hekim olmanın gereklerinden biri yeterli ve nitelikli bir eğitim alarak, tıbbi bilgi ve becerileri kazanmış olarak tıp fakültesinden mezun olma hakkıdır. Tıp fakültelerinde verilen eğitimin, mezuniyet sonrası uzmanlık eğitiminin ve sürekli tıp eğitiminin kalitesi burada büyük önem taşımaktadır. Hekimlerin nitelikli eğitim alma hakkını yaşama geçirmiş olması, hekimlerin bilgi ve beceri eksikliklerinden ve bunların olumsuz sonuçlarından dolayı suçlanması ve sorumlu tutulmasında temeli oluşturacaktır (Arda, 1998, s.:122). TTB Etik Bildirgeleri kapsamında yer alan TTB Hekim Hakları Bildirgesinde buna paralel olarak hekimlerin sürekli tıp eğitimi ve sürekli mesleki gelişim haklarının bulunduğuna vurgu yapılmıştır (TTB Etik Kurulu, 2010, s.:19).

- Yeterli ücretlendirilme hakkı: Üst düzey bir bilgi ve yoğun bir emek gerektiren hekimlik hizmetinin bu özellikleri ile uyumlu bir ücret karşılığı olmalıdır. Uygun ücretlendirilme hakkının yaşama geçirilmesi, hekimlerin motivasyonlarında düşme, hekimlerin ek iş ve gelir arayışlarına yönelmesi, sağlık hizmetlerinin aksaması, yeterli yaşam koşullarının sağlanamamasından ötürü hekimlerin yeterli akademik ve bilimsel düzeyi sürdürememeleri gibi olumsuz durumların önlenmesinde büyük önem taşımaktadır (Arda, 1998, s.:122,123). TTB Etik Bildirgeleri kapsamında yer alan TTB Hekim Hakları Bildirgesi bu konuya özlük hakları çerçevesinde yaklaşmış, hekimlerin iş güvencesi, yeterli gelir elde etme, izin kullanma, emeklilik, sürekli mesleki gelişimi sağlayacak etkinliklere katılma noktalarına vurgu yapmıştır (TTB Etik Kurulu, 2010, s.:18).

- Meslek uygulaması sırasında yaşama geçen haklar:

- Etik kuralları gözeterek uygulamada bulunma hakkı: Hekimlerin meslek uygulamaları sırasında, etik ilkelerin çiğnenmesini gerektiren

talepleri reddetme hakkı bulunmalıdır (Arda, 1998, s.:123). TTB Etik bildirgeleri kapsamında yer alan TTB Hekim Hakları Bildirgesinde benzer hassasiyet hekimlik meslek ahlakı kurallarına uymayan talepleri reddetme hakkı olarak dile getirilmiştir (TTB Etik Kurulu, 2010, s.:18).

- Baskı altında olmadan mesleğini uygulama hakkı: 1960 tarihli Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 6. maddesinde “Tabip ve diş tabibi, sanat ve mesleğini icra ederken, hiçbir tesir ve nüfuza kapılmaksızın, vicdani ve mesleki kanaatine göre hareket eder. Tabip ve diş tabibi, tatbik edeceği tedaviyi tayinde serbesttir.” denilmektedir (Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, 1960, md.:6). Burada yasal olarak ifade bulduğu üzere, hekimler korudukları insan hayatı ve sağlığının öncelik taşımasının gereği olarak, bu amaçta yardımcı ve yol göstericileri olan bilimsel tıbbi bilgiler ve mesleki gerekliliklerin yönlendirmesi dişında hiçbir baskı altında kalmadan çalışabilme hakkına sahip olmalıdır.

- Çağdaş bilimsel olanaklardan yararlanma hakkı: Hekimler aldıkları eğitimde kazandıkları bilgilerle uyumlu, edindikleri becerileri uygulamaya olanak veren çalışma koşullarını talep etme hakkına sahip olmalıdır (Arda, 1998, s.:123). Hekimlerin çalışma koşulları ile ilgili bu nokta TTB Hekim Hakları Bildirgesi'nde hem hekimlerin karşı karşıya kaldıkları mesleki riskler hem de mesleğin gerektirdiği teknik olanaklar açısından dile getirilmiştir (TTB Etik Kurulu, 2010, s.:18).

- Hastayı reddetme hakkı: Hekimlerin acil durumlar dişarında tutulmak üzere, hastayı reddetme hakkına sahip olmaları gerektiği dile getirilebilir (Arda, 1998, s.:123). Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi madde 18'de “*Tabip ve diş tabibi, âcil yardım, resmî veya insani vazifenin ifası halleri hariç olmak üzere, mesleki veya şahsi sebeplerle hastaya bakmayı reddedebilir*” şeklinde bir ifade yer almaktadır. Hastayı bırakma ile ilgili bazı detaylar madde 19'da düzenlenmiştir. “*Tabip ve diş tabibi mesleki veya şahsi sebeplerle, tedaviyi bitirmeden hastasını bırakabilir. Ancak, bu gibi hallerde, diğer bir*

meslektaşın tedavi veya müdahalesine imkân verecek zamanı evvelden hesaplayarak hastayı vaktinde haberdar etmesi şarttır. Hastanın bırakılması halinde hayatının tehlikeye düşmesi veya sıhhatinin zarara uğraması muhtemel ise, diğer bir meslektaş temin edilmedikçe, hastayı terkedemez. Hastayı bu suretle terk eden tabip veya dış tabibi, lüzum gördüğü veya hasta tarafından talep edildiği takdirde, tedavi zamanına ait müşahede notlarını verir.” (Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, 1960, md.:18,19). TTB 47. Büyük Kongresi’nde 10-11.10.1998 tarihinde kabul edilmiş, 01.02.1999 tarihinde yayımlanmış olan TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları’nın 25. maddesi tedaviyi üstlenmeme veya yarıda bırakma konusunu düzenlemektedir. *“Hekim, ancak tıbbi bilgisini gerektirdiği gibi uygulayamayacağına karar verdiği ve hastasının başvurabileceği başka bir hekim bulunduğu durumlarda, hastanın bakımını ve tedavisini üstlenmeyebilir veya tedaviyi yarım bırakabilir. Yukarıdaki koşullarda tedaviyi bırakacak hekim, bu durumu ve hastanın sağlığının tehlikeye düşmeyeceğini hastaya veya yakınlarına anlatır ve onları tıbbi yardımla ilgili başka olanaklar konusunda bilgilendirir. İkinci hekim bulunmadan hastasını bırakmaz. Hekim tedaviyi üstlenen meslektaşına hasta hakkındaki tüm bilgileri aktarmakla yükümlüdür”* (Türk Tabipleri Birliği, 2009, md.:25). 4-5 Nisan 2008 tarihinde Ankara’da düzenlenen TTB Etik Bildirgeler Çalıştayında kabul edilerek yayımlanan, 20 Haziran 2009 tarihinde Ankara’da düzenlenen TTB II. Etik Bildirgeler Çalıştayında güncellenerek yayımlanan TTB Etik bildirgeleri kapsamında yer alan TTB Hekim Hakları Bildirgesi’nde, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ve TTB Meslek Etiği Kuralları çerçevesinde olanak bulunan hastayı red hakkına değinilmiş bu hakkın gerekçeleri ve ön koşulları üzerinde durulmuştur. Hastayı reddin hekime sözlü veya fiziki şiddet uygulanması, hasta ile hekim arasında önceden var olan ve hekimin mesleki uygulamalarını yapmasını engelleyecek bir ilişkinin varlığı, korunma araçlarının bulunmadığı bir ortamda bulaşıcı hastalık taşıyan hasta ile karşılaşılması gibi durumlarda söz konusu olabileceği belirtilmiştir. Hastayı red hakkının yaşama

geçirilmesinin ön koşulları bildirgede yer almıştır (Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu, 2010, s.:17,18).

Çizelge 1.4. Hastayı red hakkının yaşama geçirilmesinin ön koşulları

Hastayı Red Hakkının Yaşama Geçirilmesinin Ön Koşulları	
1	Hastanın sağlık durumu acil bir girişimi gerektirmiyor olmalıdır.
2	Hasta erişilebilir, ihtiyaçları ile uyumlu başka bir hekime yönlendirilebilir durumda olmalıdır.
3	Bu yönlendirme hastanın sağlığını tehlikeye atmıyor olmalıdır.
4	Hastayı reddeden hekim edinmiş olduğu tüm bilgileri hastayı yönlendirdiği meslektaşına aktarmakla yükümlüdür.
5	Hekim hastayı red gerekçeleri ve mevcut diğer tedavi olanakları hakkında hastayı bilgilendirmek durumundadır.

- Mesleki risklerden korunma hakkı: Hekimlerin enfeksiyon, radyasyon ve kendilerine yönelik fiili saldırıların yer aldığı pek çok mesleki riskten korunma hakkı ve dolayısıyla bu hakkın gereklerini sağlayacak çalışma koşullarını talep etme hakkı bulunmalıdır.

- Danışma hakkı: Tıp alanında giderek hızlanan bilgi birikimi ve uzmanlaşmanın bir sonucu olarak ihtiyaç halinde bilimsel ve etik danışma hekimler için bir hak olarak görülmelidir.

- Aydın kimliği oluşturabilme ve bunu sürdürebilme hakkı: Tıbbın gelişiminde tarih boyunca hekimler toplumsal hareketlerde başlatıcı ve yönlendirici roller oynamış, “aydın” özellikleri ile ön plana çıkmışlardır. Bir aydın kimliğinin oluşması ve sürdürülebilmesi için gerekli koşullara sahip olmayı istemek mesleki açıdan bir hekim hakkı olmalıdır (Arda, 1998, s:123).

Bunlara ek olarak TTB Etik Bildirgeleri kapsamında yer alan TTB Hekim Hakları Bildirgesi’nde demokratik haklar başlığı altında hekimlerin örgütlenme hakkına, çalıştıkları kurumlarda kararlara katılma ve denetleme haklarına da yer verilmiştir (Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu, 2010, s.:18).

1.4. Hukuk Çerçevesinde Tıp Etkinliği

1.4.1. Temel Kavramlar

Tezimiz yararlanılan veri kaynağı dolayısı ile KHD alanı ile ilgili tıbbi girişimlerden yargıya yansımış olanları konu almaktadır. Bunun yanı sıra değerlendirmenin deontolojik açıdan yapılacak olması, hem hukuk hem de tıp alanının kavramlarını kullanmayı kaçınılmaz kılmaktadır. Deontolojik değerlendirmemizin kavramsal zeminini oluşturacak hukuk ve tıp kavramlarından bir seçki bu bölümde özet olarak verilmiştir.

Hukuk: “Hukuk” sözcüğünün kökeni Arapça “hak” sözcüğüdür. Hukuk “hak” ın çoğuludur, haklar anlamına gelmektedir. Bir diğer anlamında hukuk bağlayıcı bir kurallar sistemi anlamını taşımaktadır (Gözler, 1998, s.:66). Toplum içerisinde kişilerin davranışlarını düzenleyen, uyulması devlet gücü ile sağlanan kurallar bütünüdür (Burcu ve Şenocak, 2004, s.:8). Hukuk sözcüğü, hukuk kurallarını inceleyen bilimsel alanın da adıdır. Kişi davranışlarını hukuka uygunluk bakımından inceleyen, normatif bir özellik taşıyan “hukuk bilimi” yerine de kısaca “hukuk” sözcüğü kullanılmaktadır. Burada hukuk sözcüğünün, hukuk dallarından “özel hukuk” yerine kullanıldığı da son olarak eklenebilir. Bazı yazarlar “hukuk davası” ifadesi kullanıldığında ceza ya da idare hukuku değil, bir medeni hukuk davasının kastedildiğini vurgulamaktadır (Burcu ve Şenocak, 2004, s.:7,8; Gözler,. 1998, s.:66).

Tıp: “Tıp”, organize bir insan etkinliği ve sosyal bir kurumdur. Tıp, nitelikli hizmet üretilen bir etkinliktir. Ürettiği değer “insan sağlığı” dır. Tıpta bilimsel bilgi kullanılmaktadır, ancak tıp bir bilim olmaktan çok, bilimsel bilgi temeli üzerine inşa edilmiş, bir “teknik disiplin” dir. Bilimin önde gelen amacı bilmektir, oysa tıbbın amacı bilineni kullanarak bir süreci, bir yapıyı değiştirmektir (Oğuz, 1999b, s.:17,18,19)

Tıp Hukuku: Bu kavram tıp ve hukukun kesişim noktasında bulunmaktadır. Toplumsal süreçlerin işlerliğini ve toplum yapısının sürekliliğini sağlayan hukuk sistemi, tıp etkinliğini de düzenlemektedir. Hukukta tıp etkinliğinin ele alındığı dal “tıp hukuku” olarak adlandırılmaktadır. Tıp hukuku, Hakeri’ye göre tıbbın uygulanmasından kaynaklanan sağlık personelinin hak ve yükümlülükleri, yasal sorumlulukları, hasta hakları gibi konuları ele alan hukuk dalı biçiminde tanımlanmıştır. Tıp hukuku disiplinler arası bir nitelikte olup anayasa hukuku, ceza hukuku, idare hukuku ve medeni hukuku ilgilendiren yönleri içinde barındırmaktadır (Hakeri, 2010, s.:21).

Sağlık Hukuku: “Sağlık hukuku” tıp hukukundan daha geniş kapsamlı bir kavram olup, ek olarak sağlık hizmeti, sağlık sigortası, hastanelerin hukuksal yapısı, tıp eğitimi, sağlık mesleklerinin hukuksal yapısı, sağlık harcamaları, sağlık bakanlığı görev, yetki ve teşkilatı ile ilgili düzenlemeleri içermektedir. Hastane yöneticileri ve personeli, sağlık çalışanları, sağlık bilimleri alanında çalışan akademisyenler, hasta ve hasta yakınları, ilaç ve tıbbi malzeme üretici ve dağıtıcıları, sağlık sigortası uzmanları, sağlık bakanlığı yetkilileri sağlık hukukunun taraflarıdır (Hakeri, 2010, s:21; Ulman, 2010, s.:3).

Tıbbi Girişim: Ülkemizde, “tıbbi fiil”, “tıbbi yardım ve el atma”, “tıbbi faaliyet”, “tıbbi müdahale”, “tıbbi uygulama”, “teşhis ve tedavi edimi”, “hekimlerin mesleki faaliyeti” terimleri de tıbbi girişim ile benzer anlamda kullanılmaktadır. Şenocak, makalesinde, literatürde yer alan tıbbi girişim tanımını “*fiziksel ya da psikolojik nitelikteki hastalıkları, acıları, hastalık niteliği taşımayan fiziksel (örneğin belli dereceye kadar şaşılık) ya da psikolojik bozuklukları, yine hastalık niteliğini taşımayan şikayetleri (örneğin, hamilelik esnasındaki şikayetler) önlemek, teşhis etmek, iyileştirmek ya da bunların etkisini hafifletmek amacıyla insan vücuduna yapılan tüm müdahalelerdir*” biçiminde aktarmaktadır. Yazar bu tanıma yetersiz bularak; başka kişilere nakledilmek üzere organ alınması, yapay dölllenme, sterilizasyon, elektif küretaj, nüfus planlaması teknikleri gibi tedavi amacı gözetmeyen uygulamaları kapsamaması açısından eleştirmektedir (Şenocak, 2001, s.:66).

Savaş, tıbbi girişimi “*Kişileri hastalık, sakatlık ve diğer istenmeyen tıbbi durumlardan koruma, bu durumlar oluşmuşsa teşhis ve tedavi etme, iyileşmeden sonraki sosyal iyilik halinin devamını sağlama vb. meşru sebeplerle; konusunda eğitim almış kişiler tarafından, tıp bilimi ve tekniği çerçevesinde, rıza dahilinde gerçekleştirilen; kişinin beden ve ruh tamliğini etkileyen müspet ya da menfi fiillerdir*” şeklinde tanımlamaktadır (Savaş, 2009, s.:23).

Bu kavrama ilişkin bir başka tanım da Çilingiroğlu’na aittir. Ona göre “*tıbbi müdahale, resmi ehliyetli kişiler tarafından, kişinin yaşamını, sağlığını, cismani bütünlüğünü tehdit eden fiziksel veya ruhsal bir takım anomalilerin teşhisi, tedavisi, önlenmesi veya nüfus planlaması amaçlarına yönelik olarak, tıp biliminin genellikle kabul edilmiş kurallarına ve teknik gereklerine uygun biçimde gerçekleştirilen bir girişim olarak ifade edilir*” (Savaş, 2009, s.:23).

Tüm bu tanımlar çerçevesinde tıbbi girişimler; zorunluluk durumları hariç tutulmak üzere yetkili sağlık personeli tarafından yapılan, uygulamanın yapılacağı kişinin onamı doğrultusunda, tıbbi bilgiler ve becerilere uygun olarak gerçekleştirilen, fiziksel ya da psikolojik hastalıkları önlemek, teşhis etmek ve iyileştirmek ya da hukuken izin verilen toplumsal veya kişisel bazı öncelikleri korumaya dönük bedensel değişiklikleri gerçekleştirmek amacıyla, insan vücut bütünlüğüne yönelen fiillerdir.

Tıbbi girişimler amaçlarına göre aşağıdaki şekilde sınıflandırılabilir:

- Araştırma ve eğitim amaçlı tıbbi girişimler: Hukuki ve etik gerekliliklerin yerine getirilmesinin ardından gerçekleştirilen bilimsel bilgi üretimini ve sağlık personelinin eğitimini hedefleyen girişimlerdir.
- Koruyucu tıbbi girişimler: Sağlığı korumaya yönelik aşı, doğum kontrolü, karantina, sağlıklı yaşam eğitimleri gibi girişimleri içermektedir.

- Tanı amaçlı tıbbi girişimler: Kişilerin sağlık durumlarını saptamaya yönelik anamnez, muayene, laboratuvar testleri ve görüntüleme yöntemlerini içeren girişimlerdir.
- Tedavi amaçlı tıbbi girişimler: Saptanan sağlık sorunlarını giderme, kaybedilen sağlığı geri kazandırma ve yaşamı koruma amacına dönük cerrahi tedavi, medikal tedavi, psikoterapi, fizik tedavi ve rehabilitasyon yöntemlerini kapsayan girişimlerdir.
- Estetik amaçlı tıbbi girişimler: Salt bedenin fiziksel görünümünü güzelleştirmeye yönelik plastik ve rekonstrüktif cerrahi, kulak burun boğaz, dermatoloji ve diğer tıp branşları tarafından gerçekleştirilen girişimlerdir. Bu kapsamda “kozmetik müdahaleler” terimi de kullanılmakta ise de, kozmetik sözcüğünün dilimizde taşıdığı “Cildi ve saçları güzelleştirmeye, canlı tutmaya yarayan her türlü madde” anlamı dikkate alındığında hatalı ve yetersiz kalmaktadır.

Bu sınıflamada yer almayan tedavi, tanı, estetik gibi amaçlara yönelmeyen elektif küretaj, sterilizasyon, sünnet gibi tıbbi girişimler de bulunmaktadır (Türk Dil Kurumu, 2011; Sevindik, 2006, s.:32-34; Savaş, 2009, s.:23).

Estetik amaçlı girişimlerin ve cinsiyet değiştirme operasyonlarının insan psikolojisi ile bağlantılı olarak tedavi amaçlı tıbbi girişimler kapsamında değerlendirilmesi gerektiğine dönük görüşler bulunmaktadır. Bu konuda tartışmalar sürmektedir.

Kişilik Hakkı: Tıbbi uygulamalar kişilere yöneliktir. “Kişi” hukuk alanında haklara ve borçlara sahip olabilen varlıktır (Gözler, 1998, s.:96). Kişilik hakkı “*kişinin toplum içindeki saygınlığını, kişiliğini serbestçe geliştirmesini temin eden, kişinin yaşamı, bedeni, sağlığı, onuru, özel yaşamının gizliliği, sözü, resmi, ismi, özgürlükleri gibi kişiliği oluşturan değerlerin tümü üzerindeki haktır*” (Burcu ve Şenocak, 2004, s.:8,9). Kişilik hakları bir anlamda insan hakları olarak da kabul

edilmektedir. Bu haklar ulusal ve uluslararası düzenlemelerle koruma altına alınmıştır (Çakmut, 2007, s.:1).

Anayasamızın 17. maddesinde “*Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbî deneylere tâbi tutulamaz. Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tâbi tutulamaz*” ifadesi yer almaktadır. Sağlık hakkı da Anayasamızın 56. Maddesi ile güvence altına alınmıştır (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982, md.:17,56). Tıbbi girişimler özellikleri dolayısıyla yaşam, sağlık ve vücut bütünlüğü gibi önemli hakların ihlalini ortaya çıkarmalarına karşın tıbbi uygulamaların hukuka uygunluk şartlarının yerine getirilmiş olması durumunda suç oluşturmamaktadırlar (Sevindik, 2006, s.:4,5).

Vücut bütünlüğü: “Vücut bütünlüğü” ile ifade edilen, kişinin fiziksel ve ruhsal tamlığıdır. Vücut bütünlüğü hakkı, kişinin doğumdan ölüme kadar geçen süreçte vücut bütünlüğüne yönelik başka kişiler ya da kendisi tarafından gerçekleştirilecek saldırılardan korunması esasını belirtir. Bu tamlığa yönelik maddi ve manevi zarar oluşturacak her tür eylem, bu hakkın ihlali olarak görülebilmektedir.

Anayasamızın 17. maddesi ile uyumlu olarak Türk Medeni Kanunu’nun 23. ve 24. maddelerinde, Borçlar Kanunu’nun 41, 45, 46, 47. maddelerinde ve Türk Ceza Kanunu’nda (TCK) vücut bütünlüğünü koruyan hükümler bulunmaktadır. 1948 İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin 3. ve 5. maddeleri, 1953 İnsan Hakları ve Ana Hürriyetleri Korumaya Dair Sözleşme’nin 2. ve 3. maddeleri, 1997 Biyoloji Ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi vücut bütünlüğünün korunması ile ilgili uluslararası belgelerdir (Çakmut, 2007, s.:2,3).

İzin Verilen Risk: Sağlık çalışanları tıbbi girişimlerini “izin verilen risk” kapsamında gerçekleştirmektedirler. Sağlık sorunlarının giderilmesinin garanti altına alınması mümkün değildir. Bu şekilde, sonuca yönelik sözleşmelerin yapılması, sağlık

hizmetlerinin sunumu ve tıbbi araştırmalar açısından engelleyici olabilir. Bu grüş doğrultusunda sağlık çalışanlarına bir tür sorumsuzluk sınırı tanınmıştır (zkara ve ark., 2004, s:152). Tıbbi girişimler her an zararlı sonuç oluşması riskini taşımaktadır. Önlenebilir olmayan, tahmin edilemeyen bir zarardan dolayı sağlık çalışanının sorumlu tutulması hukuk açısından kabul edilememektedir. Sağlık alışanları ağdaş bilimsel bilgileri bilmeli, bu bilgiler doğrultusunda tanı ve tedavi sürecini yürütmelidir (Türkan ve Tuğcu, 2004, s.:227). Yapılan tıbbi girişimlerin güncel tıp açısından kabul gören, uygulanabilir yöntemler olduğu belirlendiği takdirde meydana gelebilecek zararlardan müdahaleyi uygulayan sağlık çalışanı sorumlu tutulamaz (Gündoğmuş ve ark., 1997, s.:127). Bahsedilen koşullarda tıbbi girişim sonucu oluşan zarar tıp terminolojisinde yer alan “komplikasyon” kavramına karşılık gelmektedir.

Komplikasyon: “Bir hastalığın gidişi sırasında oluşan ikinci bir hastalık, mevcut hastalığa eklenen diğer hastalık veya bozukluk” olarak tanımlanmaktadır. (Tuğlacı, 1995, s.:169). Hastalığın seyri sırasında gerçekleştirilen tıbbi girişimler sonucunda da ek hastalık ve bozukluklar gelişebilir. Gösterilen her türlü dikkat ve özene rağmen tıbbi girişim sonucu bu tür hastalık ve bozuklukların gelişebileceği bilimsel olarak kabul edilmiş ise, bunlar “komplikasyon” olarak değerlendirilir (Büken ve Büken, 2002, s.:91).

Tıbbi Girişim Hatası: Tezimizde kullanılan “tıbbi girişim hataları” terimi, ülkemizde benzer anlamda kullanılmakta olan “hekimliğin kötü uygulaması”, “tıbbi kötü uygulama”, “malpraktis”, “tıbbın kötü uygulanması” terimleri ile aynı anlamda kullanılmıştır (zgnl, 2010, s.:7). Hekimlik yasal ve bilimsel bir ayrıcalıktır ve bu ayrıcalığın getirdiği bazı haklar bulunmaktadır. Hekim bu haklardan doğan yetkileri kullanır ve bu yetkilerin sınırlarının aşılması, yetkilerin zamanında kullanılmaması nedeni ile hekimin sorumluluğu söz konusu olabilir. TTB’nin tanımına göre, hekimin (sağlık çalışanının) bilgisizliği, deneyimsizliği ya da ilgisizliği nedeniyle hastanın zarar görmesine tıbbi girişim hatası denir (zkara ve ark., 2004, s:152; Kök, 2009, s.:388). WMA’nın 1992 yılında kabul ettiği Marbella Bildirgesinde tıbbi girişim hataları ile ilgili “*hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri*

eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi sonucu oluşan zarar” tanımı yer almaktadır (Oğuz ve ark., 2005, s.:169).

Komplikasyon ve tıbbi girişim hatası kavramları arasındaki ayrım tezimiz açısından önem taşımaktadır. Bir tıbbi girişim sonucunda oluşan zarar, klasik tıp bilgilerinde, uluslararası kitaplarda ve yayınlarda komplikasyon olarak kabul edilmişse, girişim tıbben kabul edilen risk ve sapmalar çerçevesinde yapılmışsa, sonuçta bir zarar meydana gelmiş olsa bile sağlık çalışanı sorumlu tutulamayacaktır. Bilgisizlik, acemilik, ilgisizlik, özen eksikliği, sağlık çalışanının belirlenmiş tıbbi standartlara uygun davranmaması, görevini ihmal etmesi sonucu hastada bir zarar meydana gelmişse bu durumda bir tıbbi girişim hatası söz konusudur. Tıbbi girişim hatalarında oluşan zarar nedeni ile sağlık çalışanının sorumluluğu doğmaktadır. Komplikasyonlar da zamanında tanı konulmaması ve gerekli önlemlerin alınmaması durumunda, tıbbi girişim hatasına dönüşebilmektedir (Sevindik, 2006, s.:69).

Sorumluluk: Deontoloji, ahlak ve etik kavramlarının ele alındığı bölümlerde Tıp Tarihi ve Etik alanının bakış açısı ile tanımı verilmiş olan sorumluluk kavramı, hukuk alanında “hukuka aykırı bir fiile hukukun uygun öngörmüş olduğu bir yaptırım” olarak tanımlanmaktadır. Sorumluluk kavramının farklı hukuk alt alanlarında daha ayrıntılı tanımları ise aşağıdaki gibidir:

- Özel Hukukta Sorumluluk: *“Bir kimsenin hukuka veya sözleşmeye aykırı bir fiille başkasına vermiş olduğu zararı tazmin etmekte yükümlü olması.”*
- İdare Hukukunda Sorumluluk: *“İdarenin kamu hizmetini (konumuz bağlamında sağlık hizmetlerini) yerine getirirken bireylere verdiği zararlardan dolayı sorumlu olması.”* (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982, md.:40/III,129/IV).

- Ceza Hukukunda Sorumluluk: “*Kişinin ceza kanunlarında suç sayılmış bir fiili işlemiş olması durumunda bu fiile bağlanmış olan ceza yaptırımını üstlenmesi zorunluluğu.*” (Burcu ve Şenocak, 2004, s.:9).

Suç: Cezai ihlaller, yani ceza yaptırımını gerektiren davranışlar suçtur (Katoğlu, 2004, s.:61,62). Bir davranışın suç sayılabilmesi için suçun dört yapısal ögesini bulundurması gerekmektedir. Bunlar:

- Kanuni öge (Tipiklik): Bir davranışı suç sayan ve buna bir yaptırım öngören bir kanun maddesinin var olmasını ifade eder.
- Maddi öge (Fiil): Bir etki ve değişiklik amacına yönelik, bir şey yapma veya yapılması gereken bir şeyi yapmama şeklinde gerçekleştirilen bir davranışın varlığını ifade eder. Davranış, sonuç ve nedensellik bağı kavramlarını içerir.
- Manevi öge (Kusurluluk): Gerçekleştirilen davranışın iradi olması gerekliliğini ifade eder. Kast, olası kast, taksir, bilinçli taksir kavramlarını içerir.
- Hukuka aykırılık ögesi: Hukuka aykırılık, hukuk düzeni ile çatışmadır. Burada sadece ceza kanunu değil, bütün hukuk düzeni kapsamında davranışın hukuka aykırı olup olmaması söz konusu edilmektedir (Hakeri, 2008, s.:96,97,103,137,233).

Ceza Sorumluluğu: Kişinin suç sayılan bir davranışta bulunması sonucu kendisine bu davranışın karşılığı olarak ceza yaptırımını yüklenmesi ve aynı zamanda kişinin buna katlanma zorunluluğudur (Katoğlu, 2004, s.:61,62). Ceza Sorumluluğundan bahsedilebilmesi için:

- Gerçekleştirilen davranışın kanunen suç sayılması,

- Davranışın TCK 'nın da yer alan yaptırımlardan birine bağlanmış olması,
- Kişinin davranışının kendisine psişik olarak bağlanması, diğer bir deyişle kişinin kanunen suç sayılan davranışı iradi olarak işlemesi gerekmektedir (Katoğlu, 2004, s.:62).

Bir davranış, ceza hukuku, idare hukuku, medeni hukuk gibi hukukun birden fazla dalını aynı anda ihlal edebilir. Günlük hayatta tıbbi girişimlerden doğan sorumluluklar da sıklıkla hukukun birden fazla dalını aynı zamanda ilgilendirmektedir (Katoğlu, 2004, s.:62).

Kusur: Hukuk düzenince kınanabilen davranıştır. Başka bir şekilde davranma olanağının da söz konusu olduğu ve zorunlu olduğu koşullarda bu davranışta bulunmama, farklı bir davranış sergileme sonucu ortaya çıkar. Kusur, gösterilmesi zorunlu davranış konusunda bir irade eksikliğidir (Özkara ve ark., 2004, s.:152). “*Ceza hukuku kusursuz suç olmayacağını belirtmiştir.*” (Hancı ve Özdemir, 2000, s.:280; Türkan ve Tuğcu, 2004, s.:227). Tıp alanında kusur ile ilgili olarak “*Hekim tıp verilerini yanlış ya da eksik uygulamışsa, mesleğinin gerektirdiği özel görevlere gereği ve yeteri kadar uymamışsa, kusur var demektir*” ifadesi Yargıtay 4. Hukuk Dairesinin 1977/2541 sayılı kararında yer almıştır (Türkan ve Tuğcu, 2004, s.:227).

- Ağır Kusur: Özkara ve arkadaşlarının makalesinde aşağıdaki biçimde tanımlanmıştır. “*Aynı durumda ve koşullar altında her anlayışlı, akli başında (makul-mantıklı) insanın göstereceği en ilkel uyanıklığın (dikkat) ve özenin gösterilmemesi*”.
- Hafif Kusur: Sadece uyanık ve önlem alabilen (tedbirli) kişilerin alabileceği ve gösterebileceği özenin gösterilmemesi olarak tanımlanmaktadır.
- Hizmet Kusuru: Kamu hizmetinden sorumlu idari makamların üstlendikleri görevleri devamlı ve düzenli olarak topluma sunamaması durumudur. Bu kusur

kamu hizmetinin kötü işlemesi, geç işlemesi ve işlememesi biçimlerinde karşımıza çıkmaktadır.

- Görev Kusuru: Kamu hizmeti verilmesi sırasında bir görevi yerine getirme durumunda olan kamu çalışanın uygun olmayan davranışı sonucu meydana gelen kusurdur.
- Şahsi Kusur: Hizmeti sunan sağlık çalışanın bizzat kendisinin eyleminden veya eylemsizliğinden doğan kusur şeklinde tanımlanmıştır (Özkara ve ark., 2004, s.:152,155).

Kişi eyleminden doğacak sonucu tahmin edemiyorsa bu eylem, suç olarak kabul edilememektedir. Dikkat ve özen gösterilmesine rağmen kaçınılmaz bir biçimde zarar ortaya çıkmış ise kusurlu davranış söz konusu değildir (Türkan ve Tuğcu, 2004, s.:227).

Kusur kast ve taksir olmak üzere ikiye ayrılır.

Kast: Tez kapsamında ele alınan yıllarda geçerli olan 765 sayılı Türk Ceza Yasasının yerini alan 5237 sayılı yasanın 21. maddesinde “kast” kavramı “Kast, suçun kanuni tanımındaki unsurların bilerek ve istenerek gerçekleştirilmesidir” şeklinde tanımlanmıştır (Türk Ceza Kanunu, 2004, md.:21).

Suç bir davranış ve sonuç olarak adlandırılan bir dış değişikliktir oluşacak biçimde düşünüldüğünde “kast”, hem davranışın, hem de sonucun istenmesini gerektirir. Ancak sonucu olmayan suçlarda suç sadece bir hareket veya ihmalden ibarettir. Kanunen bir hareket veya ihmal zararlı ve tehlikeli olarak değerlendirilip yasaklanmış ise, kastın varlığı için davranışın istenmesi yeterli sayılmaktadır (Toroslu, 2010a, s:185,186). Tıbbi uygulamalar açısından kasti suç kapsamına giren durumlar oldukça nadir görülmektedir. Para almak amacı ile yapılan gereksiz

ameliyatlar, aktif ötanazi bunlara örnek olarak gösterilebilir. (Özkara ve ark., 2004, s.:152; Türkan ve Tuğcu, 2004, s.:227)

Kast iki ögeden oluşmaktadır:

- Bilme Ögesi (Düşünme, Öngörme): Kastın söz konusu olması için failin gerçekleştireceği fiili, ilgili suçun maddi konusunu, sonucu, fiil ve sonuç arasındaki nedensellik bağını bilmesi gerekmektedir. İcrai bir suç sözkonusu ise fail yapacağı hareketi, ihmali bir suç söz konusu ise yapmayacağı hareketi bilmesi gerekmektedir. İhmali suç failin kanunlarda yapılması emredilen bir hareketi isteyerek ve bilerek yapmamasıdır. Fail fiilin birden fazla sonucu bulunması halinde, sonuçlardan suç oluşturan sonucu da düşünmüş ve öngörmüş olmalıdır (Savaş, 2006, s.:64, 65, 66).

- İsteme Ögesi (İrade Ögesi): Bir şeyin biliniyor olması o şeyin isteniyor olmasını gerektirmez. Kastın varlığı için failin düşündüğü, öngördüğü yani bildiği sonucu gerçekleştirmek için iradesini kullanması ve sonucu istemesi gerekmektedir. Bilme ögesi isteme ögesinden önce gelse de kasta özelliğini veren isteme ögesidir. Kast ve taksirin temel ayrım ölçütünü de bu isteme ögesi oluşturmaktadır (Toroslu, 2010a, s.:186; Savaş, 2006, s.:68). İsteme ögesine göre kast “doğrudan kast” ve dolaylı kast olarak iki şekilde ele alınmaktadır:

- Doğrudan Kast: Fiil nedeni ile ortaya çıkan sonuç failin istediği sınırlar içerisinde kalmış ise doğrudan kast söz konusudur. Fail hareketi, sonunda oluşacak sonuçları bilir ve ister. Buna “muayyen kast”, “birinci derece kast” adı da verilmektedir (Toroslu, 2010a, s.:193; Savaş, 2006, s.:68).

- Dolaylı Kast: Fail tarafından fiil nedeni ile muhtemel, mümkün görülen sonuçlarla ilgili kast dolaylı kast sayılmaktadır. Fail hareketi ile gerçekleştirmek istediği sonuca zorunlu olarak bağlı olmayan diğer sonuçları öngörmekte ve kabullenmektedir. Diğer sonuçların gerçekleşme

ihtimaline rağmen hareketinden vazgeçmemiş bu olası sonuçların da gerçekleşmesini istemiştir. Açık ve doğrudan bir isteme olmasa bile istememiş olmama durumu bulunmaktadır. Buna ‐olası kast‐, ‐belirli olmayan kast‐, ‐gayrimuayyen kast‐ da denilmektedir (Toroslu, 2010a, s.:188,193; Savaş, 2006, s.:70,71).

Kast kavramı ile ilgili vurgulanabilecek birkaç ayrım daha bulunmaktadır. Bunlardan biri ‐genel kast‐, ‐özel kast‐ ayrımıdır. Burada ölçüt genel kastta maddi ögenin hareketin bilinçli ve iradi olmasının kanun tarafından yeterli kabul edilmesi, faili harekete geçiren bir amacın önem taşımaması durumudur. Özel kastta ise maddi ögenin, hareketin bilinçli ve iradi olmasının yanı sıra failin özel bir amaçla hareket etmesi gerekli görülmektedir (Toroslu, 2010a, s.:193,194).

Bir başka ayrım ise zarar suçu ve tehlike suçu ayrımı ile ilgilidir. Kanunun koruduğu değere zarar vermek isteyen failin kastı ‐zarar kastı‐, bu değeri tehlikeye atmayı isteyen failin kastı ‐tehlike kastı‐ olarak adlandırılmaktadır (Toroslu, 2010a, s.:194).

Kast kavramını, zaman kavramı beraberliğinde değerlendirilmesi sonucunda bir başka sınıflama ortaya çıkmaktadır. Suçun gerçekleşmesinde sadece davranışın yapılması anında var olan kasta ‐başlangıç kastı‐ denilmektedir. Sonucun kaynaklandığı nedensel sürecin tamamında var olan, hareketin başladığı andan, sonucun ortaya çıktığı ana kadar varlığını sürdüren kast ise ‐her zaman kastı‐dır. Üçüncü olarak davranışın tamamlanmasının ardından , sonucun gerçekleşmesinden önce ortaya çıkan kasta ‐sonradan ortaya çıkan kast‐ adı verilmektedir (Toroslu, 2010a, s.:195).

Son olarak ‐ani kast‐, ‐düşünce kastı‐ ve ‐taammüt (tasarlama) kastı‐ ndan söz edilecektir. Ani bir karara dayanan ve hemen gerçekleştirilen hareketler ani kast kapsamında değerlendirilmektedir. Karar ile hareketin gerçekleştirilmesi arasında dikkate değer bir süre geçmesi halinde düşünce kastından söz edilir. Tasarlama kastı adam öldürme suçu açısından ağırlaştırıcı neden oluşturmaktadır. Tasarlama ölçütü olarak failin soğukkanlılık ile hareket etmesi, suçun düşünülmesi ile

gerçekleştirilmesi arasında önemli bir zaman aralığının varlığı, sonucun gerçekleşmesi amacı ile bir takım hazırlıkların yapılması öne sürülmektedir. Tasarlama kastının sınırları ve ayrımı konusunda hukuki tartışmalar sürmektedir (Toroslu, 2010a, s.:196).

Taksir (İhmal): Ceza kanunu taksirli suçlar ile bireyleri dikkatli davranmaya, hukuk kurallarını ihlal etmemeye yönlendirmeye, zararlı ve tehlikeli davranışları yaptırma bağlayarak toplum düzenini korumayı amaçlamaktadır (Savaş, 2006, s.:79). Taksir kelimesinin sözlükteki karşılığı kusurda bulunma, dikkatsizlik, tedbirsizlik, meslekte acemilik veya düzene, buyruklara ve talimata uymazlıktan doğan kusurlu olma durumudur (Türk Dil Kurumu, 2011). Taksir, hukuka aykırı olan sonucun istenmemesine karşın gereken tedbirlerin alınmaması ve dikkatin, özenin gösterilmemesi sonucu meydana gelmesidir (Özkara ve ark., 2004, s.:152; Türkan ve Tuğcu, 2004, s.:227). 5237 sayılı TCK 22. maddesinde “Taksir, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeyerek gerçekleştirilmesidir” şeklinde tanımlamaktadır (Türk Ceza Kanunu, 2004, md.:22). Taksir tanımı içerisinde yer alan “dikkat ve özen yükümlülüğü” kavramı tıbbi uygulamalar açısından çok önemlidir. Hekim hem dikkatli olacak, dikkat yükümlülüğünü yerine getirecek, özen yükümlülüğü kapsamında tıbbın gelişmelerini yakından izleyecek, güncel bilimsel bilgilerle donanacak ve bunları hastalarına gerektiğinde uygulayacaktır (Kök, 2009, s.:389).

Taksirin sınırını, sonucun öngörülebilir olmasının oluşturduğu öne sürülmektedir. Bu konuda cerrahi, sportif faaliyetler, otomobil, uçak denemeleri gibi örnek olaylarda görüleceği üzere fail yükümlü olduğu tedbirleri almışsa, olumsuz sonuçları öngörüyor olması taksirli sorumluluk oluşturmamaktadır. Benzer şekilde yazılı davranış kurallarına uymamaktan doğan taksir hallerinde zararlı sonucu öngörememek kişiyi taksirli sorumluluktan kurtarmamaktadır. Tartışmalı olan bu noktada öne sürülen ölçütler toplu halde aşağıda verilmiştir. (Özkara ve ark., 2004, s.:152; Toroslu, 2010a, s.:200,201).

- Öngörülebilirlik ölçütü.

- Önlenebilirlik ölçütü.
- Failin hatası ölçütü.
- Dikkat ödevinin ihlali ölçütü.
- Zararlı sonuçları önlemeye yönelik zorunlu davranış kurallarının ihlali ölçütü (Toroslu, 2010a, s.:201,202).

Bunların ardından Toroslu taksirli sorumluluğun birleştirici esası ile ilgili “*.failin uyması zorunlu davranış kurallarına uymak suretiyle önleyebileceği bir fiili, bu kuralları ihlâl etmek suretiyle istemeyerek gerçekleştirmiş olmasından dolayı kınanması...*” kuramını sayılanlardan daha isabetli bir kuram olarak sunmaktadır (Toroslu, 2010a, s.:201,202).

Taksirin öğelerine bakacak olursak:

- Fiilin istenmemiş olması: İcrai veya ihmali tipik maddi fiilin, fail tarafından doğrudan veya dolaylı olarak istenmemiş olmasını ifade etmektedir (Savaş, 2006, s.:82; Toroslu, 2010a, s.:203).
- Davranış kurallarının ihlali: Burada kast edilen kurallar insan davranışlarının diğer insanlar için yaratabileceği tehlikeli durumları önlemeye yönelik, genel ve bilimsel-teknik deneyimlere dayanan kurallardır. Bunlar yetkili makamlar tarafından oluşturulan kanunlar, emirler ve talimatnameler şeklinde yazılı olabileceği gibi, yazılı olmayan sosyal kurallar şeklinde de olabilir. Sosyal kurallar dikkatli olmaya ilişkin bir davranışın belirli biçimde yapılmasına yönelik olabileceği gibi, özen ve tedbirli olma ile ilgili olarak bazı hareket ve davranışların yasaklanması şeklinde de olabilir. Taksirin ikinci ögesini zararlı sonuçları önlemeye yönelik sözü edilen kuralların fail tarafından ihlal edilmesidir (Toroslu, 2010a, s.:203,204).

- Davranış kurallarına uymamanın faile isnat edilebilir olması: “Özel taksir” durumunda failin yazılı davranış kurallarına uymamasından kaynaklanan taksir söz konusudur (Toroslu, 2010a, s.:208). “Genel taksir” de ise öngörülebilirlik ölçütü dikkate alınan ölçütlerden birini oluşturmaktadır. Sonucun öngörülemez ve önlenemez olması durumunda fail sorumlu tutulamaz. Öngörülebilirliğin ve önlenebilirliğin ölçütünün faile, en tecrübeli insana ya da ortalama bir insana göre saptanması sakıncalar içermektedir. Bu noktada önerilen, “model ajan” ölçütüne göre bir saptama yapılmasıdır. Bu ölçüt modern iş bölümü, uzmanlaşma, eğitim düzeyi, fiziki eksiklikler gibi durumları da göz önüne almaktadır. Bu özellikleri göz önüne alarak oluşturulan model ajan ölçütüne göre durumun fail için öngörülebilir ve önlenebilir olup olmadığı saptanmaya çalışılır. Her olay ve fail özelinde bir öngörülebilirlik ve önlenebilirlik ölçütü söz konusu olmaktadır. Burada ilgili bir Yargıtay Ceza Genel Kurulu kararı şöyledir: “...Öngörebilme olanağının belirlenmesinde nasıl bir ölçüt uygulanacağı hususu uygulama ve öğretide de tartışılmış, failin kişisel niteliklerini göz önünde bulunduran subjektif görüş eğilimi kazanmıştır. Bu görüşe göre failin görgüsü, sosyal seviyesi, yaşam tecrübesi, bedeni ve akli hali, zeka düzeyi gibi hususlar öngörme olanağının belirlenmesinde nazara alınacaktır...”(2004/1-163., 2004/194 K., 12.10.2004T) (Savaş, 2006, s.:88). Birden fazla kişinin katıldığı durumlarda başkalarının doğru davranacağına güven ilkesi çerçevesinde durum çözümlenmektedir. Olaya katılan çalışanlardan her biri kendi alanına giren meslek kurallarına uyulmasından sorumludur. 5237 sayılı TCK 22. maddesinin 5. fıkrasında göre “Birden fazla kişinin taksirle işlediği suçlarda, herkes kendi kusurundan dolayı sorumlu olur. Her failin cezası kusuruna göre ayrı ayrı belirlenir” (Türk Ceza Kanunu, 2004, md.:22). Bunun istisnası olarak cerrahi girişimlerde olduğu gibi, failin örneğimizde cerrahın grup içerisindeki özel konumu nedeni ile başkalarının yanlışlıklarını kontrol ve önleme yükümlülüğü durumunda başkalarının kurallara uymamasından doğan bir sorumluluk söz konusu olabilmektedir. Sosyal yararları nedeni ile izin verilen cerrahi gibi özel etkinliklerde genel taksirde söz konusu olan öngörülebilirlik ve önlenebilirlik ölçütleri uygulanamaz. Bu faaliyetler bilimsel ve teknik anlamda etkinliğin tehlikelerini

en aza indirecek meslek kuralları ile düzenlenmiştir. Tehlikeleri öngörülebilir ancak hukuk düzeni çerçevesinde izin verilen bu gibi etkinliklerde meslek kurallarına bütünüyle uyulmasına rağmen gerçekleşen zararlardan dolayı bir taksir sorumluluğu doğmamaktadır (Toroslu, 2010a, s.:205-208; Türk Ceza Kanunu, 2004).

- Bir olayda hem mağdurun hem failin hareketleri kusurlu ise failin sorumluluğu ortadan kalkmamakta, mağdurun kusurunun da sonuçta payı olması nedeni ile ceza da indirim uygulanmaktadır. Örnek olarak hastayı antisepsi kurallarına dikkat etmeksizin ameliyat eden doktor, ameliyat yerinde oluşan enfeksiyon için hastaya antibiyotik tedavisi verse ve hasta ilacı kullanmasa enfeksiyon nedeni ile yapılacak bir operasyondan dolayı doktorun taksirle müessir fiilden sorumluluğu doğacak ancak cezasında indirim uygulanacaktır (Savaş, 2006, s.:86). Daha önce söz etmiş olduğumuz genel ve özel taksirin ardından bilinçli taksir ve bilinçsiz taksir çeşitlerine de değinmek gereklidir. Bilinçli taksir 5237 sayılı Yeni TCK'nın 22. maddesinde "*Kişinin öngördüğü neticeyi istememesine karşın, neticenin meydana gelmesi halinde bilinçli taksir vardır*" biçiminde tanımlanmaktadır (Türk Ceza Kanunu, 2004, md.:22). "Öngörülü taksir" de benzer anlamda kullanılan bir terimdir. Bilinçli taksir, olası kast kavramı ile yakınlık göstermektedir. Bu iki kavramın ayırımında, olası kastta davranışın sonucunun amaçlanmadığı ancak gerçekleşme olasılığının göze alındığı, bilinçli taksirde ise kişinin öngörebildiği sonucun gerçekleşmeyeceğine inanması göz önüne alınmalıdır. Bilinçsiz taksir, taksirin kişinin davranışın sonucunu öngöremediği durumlarda söz konusu olan şeklidir (Toroslu, 2010a, s.:212).

Yasama geleneksel anlayışla uyumlu olarak taksirli suçların kasıtlı suçlardan daha hafif olduğu, bu nedenle daha hafif cezalar getirilmesi görüşündedir. Bu taksirli suçun modern toplumlarda oluşturduğu subjektif ve objektif tehlikeliliği göz ardı eden bir yaklaşımdır. Taksirli suçta kasıtlı suçlardakine oranla kusurluluk daha az ise de sosyal tehlikeliliğin de daha az olduğu söylenemez. Günümüzde trafik suçlarının

herhangi bir kimseye karşı patlamaya hazır bombadan farksız durumda oluşu bir örnek olarak verilmektedir (Toroslu, 2010a, s.:199,200).

Dikkatsizlik: Dikkatsizlik genel deneyimlerden veya belirli etkinliklerin gereklerinden doğan dikkat kurallarının ihmal edilmesi ve bu ihmalin oluşan bir zararın nedeni olmasıdır. Dikkatsizlik insan hafızasının bozuk işlemesi anlamına gelmektedir. Hafızada belirli davranışlara zorlayacak hatıralar, gerekli bir durum karşısında ortaya çıkmamaktadır. Bu açıdan dikkatsizlik psikolojik bir hareketsizlik olarak kabul edilebilirken, dikkatsizliğin fiziki bir hareketsizlik ve tembellikten köken alması da mümkündür. Dikkatsizlik gerekli bir davranışın unutulması yanında, gerekenden farklı davranmak biçiminde de ortaya çıkabilir. Burada bir ayrıma dikkat etmek gereklidir. Farklı davranış o etkinliğin teknik, bilimsel kurallarına aykırı ise, dikkatsizlik değil tedbirsizlik ve acemilik söz konusudur. Örnek vermek gerekirse; bilgisizliği nedeniyle gerekli dezenfeksiyon işlemlerini yapmayan hekim “acemi veya tedbirsiz”, unutması nedeniyle bu işlemleri yapmayan hekim ise “dikkatsiz” sayılacaktır. (Keyman, 1978, s.:84,85)

Tedbirsizlik: Tedbirsizlik zararlı bir sonucun oluşmasını engellemek için alınması gereken tedbirlerin ihmal edilmesini ifade eder. Vazgeçilmesi gereken veya başka biçimde gerçekleştirilmesi gereken bir davranış söz konusudur. Örnek vermek gerekirse, tehlikeli ilaçları erişilebilir yerlerde bırakan eczacının, vericinin hastalığı bulunup bulunmadığını kontrol etmeden kan ve organ naklini gerçekleştiren hekimin davranışları tedbirsizlik olarak değerlendirilebilir (Keyman, 1978, s.:85).

Meslek ve sanatta acemilik: Bir mesleğin uygulaması için gereken bilgi ve becerilerin eksikliği olan acemilik, gerçekleştirilen bir davranışın mesleğin teknik kuralları açısından yetersiz olduğunu ifade etmektedir. Acemilik, dikkatsizlik ve tedbirsizliğin ayrımı güçtür. Acemiliğin, tedbirsizlik ve dikkatsizlikten farklı olarak genel, ortak deneyimlerden kaynaklanan kurallara değil, belirli bir meslek ve sanat kapsamına giren özel bilgi ve deneyimlerden kaynaklanan kurallara aykırı davranışları içerdiği söylenebilir. Acemilik üç farklı durumdan kaynaklanabilmektedir:

- Bilgisizlik: Bir konu ve olgu hakkında bilgi eksikliğini ifade etmektedir. Hekimin bir hastalık için yeni bulunmuş olan ilaç ve tedavileri bilmemesi örnek verilebilir.
- Hata: Hata duyuların yanlış algılanmasını veya olgunun yanlış yorumlanmasını içerir. Şok gelişmesi sonucu ateşin düşmesini, ateşe neden olan hastalığın son bulmasına bağlayan hekim hata içerisindedir.
- Yeteneksizlik: Yeteneksizlikte davranışla ilgili yargının şekillenmesinde değil, uygulanmasında teknik kurallar açısından bir eksiklik söz konusudur. Doğru tanı konulmasının ardından gerçekleştirilen bir ameliyatta teknik kurallara uyma becerisini gösteremeyen cerrahın durumu örnek gösterilebilir.

Meslek ve sanatta acemilikten söz edilebilmesi için kişinin bilgisizlik ve yeteneksizliğinin bilincinde olması şartı aranmamaktadır. Kişinin kendi bilgi ve yeteneği konusunda bilinçsiz bir aşırı değerlendirmesi söz konusu olabilir (Keyman, 1978, s.:86-87).

Görevi kötüye kullanma: Tezimizin kapsadığı yıllarda görevi kötüye kullanma suçu 765 sayılı TCK'nin dördüncü bölümü olan "Memuriyet ve mevki nüfuzunu suistimal edenler ve memuriyet vazifelerini yapmayanlara dair cezalar" bölümünde yer alan 240. madde kapsamında değerlendirilmiştir. "*Yasada yazılı hallerden başka hangi nedenle olursa olsun görevini kötüye kullanan memur derecesine göre bir yıldan üç yıla kadar haps olunur. Cezayı hafifletici nedenlerin bulunması halinde altı aydan bir yıla kadar hapis ve her iki halde ikibin liradan onbin liraya kadar ağır para cezasıyla cezalandırılır. Ayrıca memuriyetten süreli veya temelli olarak yoksun kılınır.*" (Türk Ceza Kanunu (Mülga), 1926, md.:240).

Görevi kötüye kullanma suçunun koruduğu hukuki yarar, kamu görevinin kurallarla belirlenen düzen içerisinde yürütülmesi ve kamu idaresinin olumsuz davranış ve eylemlerle zarara uğratılmamasıdır. Bunun yanı sıra ilgili öznenin özgürlüğü,

dürüstlüğü, sadakati, tarafsızlığı ve kamu idaresinin sağladığı hizmetler güvence altına alınmaktadır (Özenbaş, 2004, s.:7,10).

Görevi kötüye kullanma suçu, 765 sayılı TCK'nin 279. maddesinde tanımlanan memurlar ve amme hizmeti ile muvazzaf kimseler, özel kanunlarda memur sayılanlar ve memur gibi cezalandırılacağı bildirilen kişiler tarafından işlenebilir. İkinci bir öge ise bu kişiler ile fiil arasında bir ilişki bulunması, davranışın hizmet ve görevin ifası sırasında gerçekleştirilmesi ya da görevin gerçekleştirilmesi ile ilgili olmasıdır (Özenbaş, 2004, s.:1,7,16). Görevi kötüye kullanma suçunda maddi unsurun varlığından söz edebilmek için öznenin hareketi kişilerin mağduriyetine, kamu zararına neden olmuş ya da kişilere haksız bir kazanç sağlanmış olmalıdır (Toroslu, 2010a, s.:303).

Tıp alanında çalışma saatleri içerisinde özel muayenehanesinde hasta bakmak ve para almak, tedavi ve muayene etmekte olduğu hastalara cinsel amaçlara dönük olarak yaklaşmak veya ilişkide bulunmak, muayenehanede değerlendirilen hastaların sonradan kamu kurumlarına resmi girişlerinin yapılarak önceki muayene doğrultusunda hasta olmaksızın tanı ve tedavilerinin düzenlenmesi bu suça örnek olarak gösterilmiştir (Hakeri, 2010, s.:480,481).

Görevi İhmal: Görevi ihmal suçu devlet idaresinin düzenli bir biçimde işlemesini güvence altına almaktadır. Bu suç kapsamında korunan kamusal görevlerin düzenli ve etkili bir biçimde yerine getirilmesi ile ilgili devlete ait yarar ve hizmeti alan kişilere ait yarardır (Özenbaş, 2004, s.:7,9,10). Görevi ihmal suçunun faili görevi kötüye kullanma suçu ile benzer şekilde TCK'nin 279. maddesinde tanımlanan memurlar ve amme hizmeti ile muvazzaf kimseler, özel kanunlarda memur sayılanlar ve memur gibi cezalandırılacağı bildirilen kişilerdir. Görevi ihmal suçu görev gereği olan bir işlemi hiç yapmamak, belirli biçimde yapmamak veya geç yapmak şeklinde işlenebilir (Özenbaş, 2004, s.:62). Suç ihmalin gerçekleşmesi ile tamamlanmış sayılmaktadır. Bu özelliği ile görevi ihmal suçu bir zarar suçu değil bir tehlike suçudur. İhmalin bir zarar neden olması şartı aranmaz; davranışın tamamlanması ile devlet idaresinin düzenli işleyişinin tehlikeye sokulması suçun tamamlanması için

yeterlidir (Özenbaş, 2004, s.:71). Görevi ihmal suçu manevi unsur açısından taksirle işlenebilecek bir suç olarak değerlendirilmemektedir. Bu suçun tamamlanması için bir zarar şartı da aranmadığından özne ve davranış arasında failin suçu oluşturan hareketi veya ihmali istemiş olması biçiminde bir ilişki yeterli sayılmaktadır (Özenbaş, 2004, s.:72,73).

Görevi ihmal suçu tezimizin kapsadığı tarihlerde 765 sayılı TCK'nin 230. maddesi kapsamında düzenlenmiştir. “*Madde 230 - (Değişik madde: 12/06/1979 - 2248/18 md.) Hangi nedenle olursa olsun memuriyet görevini yapmakta savsama ve gecikme gösteren veya üstünün yasaya göre verdiği buyrukları geçerli bir neden olmadan yapmayan memur üç aydan bir yıla kadar hapis ve bin liradan beşbin liraya kadar ağır para cezası ile cezalandırılır. Bu savsama ve gecikmeden veya üstünün yasal buyruklarını yapmamış olmaktan Devletçe bir zarar meydana gelmişse, derecesine göre altı aydan üç yıla kadar hapis cezası ile birlikte süreli veya temelli olarak memuriyetten yoksun kalma cezası da hükmolunur. Her iki durumda memurun vazifesini geciktirmesinden veya verilen buyruğu yapmamasından, kişiler herhangi bir zarara uğramışsa bu zarar ayrıca ödettirilir*” (Türk Ceza Kanunu (Mülga), 1926, md.:230)

230. maddede geçen savsama sözcüğü ceza hukuku çerçevesinde “Bir görevin yapılması için ona ilişkin işlemlerin yüzüstü bırakılması, ödevlerin gereği gibi yürütülmemesi” anlamını taşımaktadır (Türk Dil Kurumu, 2011). “Görevi ihmal ve savsama” yapılması zorunlu bir görevi yerine getirmemeyi ifade etmektedir. Görevin mevzuatta belirtilen biçimde yerine getirilmemesi de savsamadır. Buradan hareketle görevi ihmal suçu açısından bir değerlendirme yapılabilmesi için kişinin statüsünden doğan ve çeşitli yasa, tüzük ve yönetmeliklerle düzenlenmiş görevlerinin saptaması gerekmektedir (Özenbaş, 2004, s.:64,65).

Tıp alanında ihmal oluşturabilecek bir davranış sonucunda yaralama veya ölüm gerçekleşmiş ise bu durum genellikle taksirle yaralama veya öldürme kapsamında değerlendirilmektedir. Hekimlerin adli olaylarda savcılığın taleplerini yerine

getirmemeleri, görevi ihmal suçuna örnek olarak gösterilebilmektedir (Hakeri, 2010, s.:483,486).

İrtikap: İrtikap Arapça kökenli bir sözcük olup, kötü iş yapma, kötülük etme, yiyicilik, yalan söyleme, hile yapma anlamlarını taşımaktadır (Türk Dil Kurumu, 2011).

Hukukta irtikap suçu kamu çalışanlarının kendi konumlarından yararlanarak haksız çıkar sağlamalarıdır. Bu suça yönelik oluşturulmuş hükümler ile kamu çalışanlarının dürüstlükleri sonucu oluşan kamu yararı ve haksız çıkar sağlanması sırasında idare ile ilişki halinde olup zarar görecekt kişilerin korunması amaçlanmıştır. İrtikap suçu kasıtlı bir suçtur ve tanımı uyarınca sadece kamu görevlileri ve kamu görevlisi sayılan kişiler tarafından işlenebilmektedir. Kamu görevlisi kavramının kapsamı halen tartışmalı olsa da; kamu görevlisi teriminin kapsamı ile ilgili olarak 2709 sayılı T.C. Anayasasının 128. maddesine, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 4. maddesine, 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanununun 2. maddesine, 765 sayılı eski TCK 279. maddesine, 5237 sayılı TCK 6. Maddesine başvurulabilir (Toroslu, 2010a, s.:284,289; Pektaş, 2006, s.:60,61,62).

İrtikap suçunu oluşturan fiilin görev sırasında gerçekleştirilmesi şart görülmemektedir. Suçun maddi unsurunu oluşturan fiilin üç şekilde ortaya çıkabileceği vurgulanmaktadır:

- İcbar (zorlama): Bir kimse üzerinde iradesinin oluşumunu değiştirecek biçimde şiddet ya da tehdit ile baskı yapmaktır.
- İkna: Karşıdaki kişiyi herhangi bir davranışa yönlendiren hileli davranışları içermektedir. Basit tavsiyeler ikna kapsamında değerlendirilmemektedir.

- Hatadan yararlanma: Kamu görevlisinin idare ile ilişki halindeki kişinin hatasından yararlanarak kendisine ya da bir başkasına haksız çıkar sağlamasıdır (Toroslu, 2010b, s.:285,286,288).

İrtikap suçu somut yarar veya vaat ile tamamlanır. Vaat “... gelecekteki bir yarar sağlama, yerine getirme yükümlülüğü” olarak tanımlanmaktadır. Söz konusu olan para veya herhangi bir yarar olabilir. Duygusal yarar bu kapsam dışında tutulmuş olsa da, cinsel hazzın irtikap suçu yönünden yarar sayılıp sayılmaması konusu tartışmalıdır (Pektaş, 2006, s.:55; Toroslu, 2010b, s.:287,289).

Tıp uygulamasında “bıçak parası” alınması irtikap suçuna ilişkin sık kullanılan bir örnektir (Hakeri, 2010, s.:475).

Nedensellik bağı: Gerçekleşen bir sonucun bir kişiye bağlanabilmesi için, söz konusu değişikliğin o kişinin davranışından kaynaklanması gerekmektedir. Diğer bir deyişle fiille sonuç arasında nedensellik bağı bulunmalıdır (Toroslu, 2010b, s.:130).

Nedensellik bağının en önemli sorunu bir sonucu pek çok şartın bir arada meydana getirmesi ve bir kişinin davranışına her zaman başka şartların da katılmasıdır. Burada tartışmalı olan bu konuda öne çıkan üç görüş özet olarak aktarılacaktır (Toroslu, 2010b, s.:130).

- Doğal nedensellik veya şartların eşitliği anlayışı: Bir sonucun meydana gelmesi için gerekli ve yeterli olan şartların tümü o sonucun nedeni sayılmaktadır. Söz konusu şartlar arasında sonuca neden olma açısından bir fark yoktur ve bütün şartlar birbirine eşittir. Bu kabulden hareketle bu anlayışta nedensellik bağının varlığı için sonuca ilişkin şartlardan herhangi birini yerine getirmesi yeterlidir. Bu anlayış cezai sorumluluğun sınırlarını hukuk ve adalet ilkeleri ile bağdaşmayacak ölçüde genişletmektedir. Örnek vermek gerekirse ateşli silahla adam öldürme sonucu ile ilgili olarak ateş etme davranışı kadar silahı yapma, silahı satma, silahı icat etme, barutu bulma davranışları ile de

ölüm sonucu arasında nedensellik bağı kurmak gerekecektir. Bu anlayışı savunanlar bu durumun cezai sorumluluk ile ilgili olarak söz konusu davranış ile kanunun suç saydığı sonuç arasında nedensellik bağı kurulmasının yanında failin kusurluluğunun, kasıtlı veya taksirli davranışının bulunması gerekliliğini vurgulamaktadırlar. Ancak bu açıklama da yeterli olmamaktadır, çünkü sonucu nedeni ile ağırlaşan suçlarda failin kusurluluğu aranmamakta, failin cezai sorumluluğundan söz edilmesi için nedensellik bağının varlığı yeterli kabul edilmektedir (Toroslu, 2010b, s.:131-133).

- Uygun Nedensellik Anlayışı: Bu anlayış davranışın sonucun zorunlu şartı olmasının yanında, davranışın gerçekleştirildiği anda sonucu meydana getirmeye uygun ve orantılı kabul edilen insan davranışları arasında yer almasını göz önüne almaktadır. Davranış gerçekleştirildiği sırada ilgili durumda çoğunlukla olası görülen sonuçların nedeni kabul edilmektedir. Genellikle gerçekleşmesine olası bakılmayan, olağan dışı, atipik sonuçların nedeni sayılmamaktadır. Bu anlayış ile de cezai sorumluluk sınırları aşırı derecede daralmaktadır. Örnek vermek gerekirse kendi keşfettiği ve öldürücü etkisini sadece kendisinin bildiği bir ilacı içmek üzere bir başkasına veren kimyacının davranışı ile ölüm arasında sonuç çoğunlukla muhtemel kabul edilemeyeceği için nedensellik bağı kurulamayacaktır (Toroslu, 2010b, s.:133,134).

- İnsani nedensellik anlayışı: İnsan bu anlayışta bilinç ve irade sahibi olan, bilme yeteneği ile belirli nedenlerden kaynaklanan sonuçları öngörebilen, iradesi ile nedensellik sürecine müdahale ederek süreci yönlendirebilen bir varlık olarak kabul edilmektedir. Bu kabule göre insan iradesi ile süreçleri yönlendirebildiği bu kontrol ve egemenlik alanına giren sonuçlardan sorumlu sayılmaktadır. Daha önce dile getirilen davranışın sonucun zorunlu şartları arasında yer almasının yanında sonucun davranışın olağan sonucu olarak öngörülebilir olmasına da bakılmaktadır. Eğer söz konusu sonuç bilim ve tecrübeye göre o davranışın olağan sonucu olarak öngörülebilir değilse, istisna

oluşturacak bir sonuç ise davranışın nedeni olarak kabul edilmemektedir (Toroslu, 2010b, s.:135-138).

İcrai olduğu kadar ihmal davranışı ile de istenmeyen sonuçlar meydana gelebilmektedir. Bu durumda aynı şekilde ihmalin sonucun zorunlu şartı olmasına bakılmaktadır. Bu şart sağlandığı takdirde ihmalin gerçekleştiği anda söz konusu sonuç en ileri bilim ve tecrübeye göre öngörülebilir ise nedensellik bağının varlığından söz edilmektedir (Toroslu, 2010b, s.:138,139).

Özen eksikliği: Tıbbi özen yükümlülüğünün net tanımlanması yükümlü olan hekimler açısından bir haktır. Bir tanıma göre özen yükümlülüğü “tıbbi faaliyetlerde tıp bilimi ve uygulamasının tanınip kabul görmüş kurallarına, tıbbi standartlara uygun davranışlar”ı kapsamaktadır. Hekimin gerekli tıbbi özeni gösterip göstermediği değerlendirilirken tıp bilimi ve uygulamalarının ulaştığı güncel seviye dikkate alınmaktadır (Beksaç ve ark., 2004a, s.:196,197). Bu tanım çerçevesinde, özen yükümlülüğünü yerine getirmek isteyen hekimin uygulama yapacağı alana ait tıbbi standartların tanımlanmış olmasına, bunların kendisine tıp fakültesi eğitimi, uzmanlık eğitimi, sürekli meslek içi eğitimlerle sunulmuş olması hakkı bulunmalıdır. Hekimlerin bu hakları sağlandığı oranda yükümlülüklerinden söz edilebilir.

Özen yükümlülüğü tıbbi girişimleri düzenleyen özel hukuki metinlerden Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ve HHY’de yer almaktadır. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi’nin 2. ve 14. maddeleri bu konuyu ele almaktadır.

“Tabip ve dış tabibinin başta gelen vazifesi, insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermektir. Tabip ve dış tabibi; hastanın cinsiyeti, ırkı, milliyeti, dini ve mezhebi, ahlâki düşünceleri, karakter ve şahsiyeti, içtimai seviyesi, mevkii ve siyasi kanaati ne olursa olsun, muayene ve tedavi hususunda âzami dikkat ve ihtimamı göstermekle mükelleftir” (Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, 1960, md.:2).

“Tabip ve dış tabibi, hastanın vaziyetinin icabettirdiği sıhhi ihtimamı gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak ve sıhhatini korumak mümkün olmadığı takdirde dahi,

ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmakla mükelleftir. Tabip ve diş tabibi, hastasına ümit vererek teselli eder. Hastanın maneviyatı üzerine fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimali bulunmadığı takdirde, teşhise göre alınması gereken tedbirlerin hastaya açıkca söylenmesi lâzımdır. Ancak, hastalığın, vahim görülen akibet ve seyrinin saklanması uygundur. Maş'um bir pronostik hastanın kendisine çok büyük bir ihtiyatla ihsas edilebilir. Hasta tarafından, böyle bir pronostiğın ailesine açıklanmaması istenilmemiş veya açıklanacağı şahıs tâyin olunmamış ise, durum ailesine bildirilir” (Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, 1960, md.:14).

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nde özen yükümlülüğünün hastaların insan olmalarına ek olarak taşıdıkları tüm diğere niteliklerden bağımsız olarak sağlık çalışanlarına yüklendiğinin altı çizilmektedir. Özen yükümlülüğünün, belirli uygulamalar ile sınırlandırılmadığı, mutlak bir tedavi hedefine yönelik olarak tanımlanmadığı, hasta – hekim ilişkisi sürecinde yaşanabilecek her türlü olumsuz koşulda dahi sürececek, farklı davranışlarla ortaya konulması gereken bir yükümlülük olarak tanımlandığı görülmektedir.

HHY'de özen yükümlülüğüne değinilen madde ise 14. maddedir. “*Personel, hastanın durumunun gerektirdiği tıbbi özeni gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmak zorunludur”* (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998, md.:14). Bu maddede de özen yükümlülüğünün hekim - hasta ilişkisindeki sürekliliğine vurgu yapılmıştır.

Özen yükümlülüğünü hekim – hasta ilişkisini hukuki yönden düzenleyen Borçlar Kanunu' nun vekalet sözleşmesi ile ilgili 390. maddesi kapsamında değerlendirmek de mümkündür. “*Vekilin mesuliyeti, umumi surette işçinin mesuliyetine ait hükümlere tabidir. Vekil, müvekkile karşı vekaleti iyi bir suretle ifa ile mükelleftir. Vekil, başkasını tevkile mezun veya hal icabına göre mecbur olmadıkça veya adet başkasını kendi yerine ikameye müsait bulunmadıkça müvekkilünbihi kendisi yapmağa mecburdur”* (Borçlar Kanunu, 1926, md.:390). Sağlık çalışanları vekalet sözleşmesi

çerçevesinde vekaleti iyi bir şekilde yerine getirmek durumunda olup, aksi halde yine aynı kanun maddesi gereğince tazminat istemi ile karşılaşabileceklerdir.

Özen yükümlülüğü Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 6. maddesinde düzenlenen hekimin tedavi özgürlüğü ile yakın ilişkili bir kavramdır. Bu iki kavram arasında bir çelişki bulunmamakta, özen yükümlülüğü hekimin tedavi özgürlüğünün sınırlarını bir ölçüde belirlemektedir.

Özen eksikliği durumuna, kanamalı ve şoka eğilimli bir hastanın bekletilmesi, hastanın gereken aralıklarla izlem ve kontrollerinin yapılmaması, muayene ve araştırmalarda eksiklik sonucu hatalı teşhis konulması örnek olarak gösterilebilir (Türkan ve Tuğcu, 2004, s.:227).

1.4.2. Tıbbi Girişimlerin Hukuka Uygunluğu

Yargı sürecinde KHD alanına ait uygulamaları incelemeyen önce herhangi bir tıbbi girişimin hukuka uygun olabilmesi için sağlanması gereken koşulların ortaya konulması yararlı olacaktır. Hangi koşullarda yapılan bir tıbbi girişimin hukuka uygun sayılabileceği üç başlık altında incelenmektedir. Bu başlıklardan birisi tıbbi girişimin yetkili sağlık personeli tarafından gerçekleştirilmesi, ötekiler ise tıbbi bilgilere göre gerekli olan girişimin, tıbbi bilgilere uygun olarak gerçekleştirilmesi ve tıbbi girişim öncesinde aydınlatılmış onam alınmasıdır. İfade edilen koşullar ile ilgili olarak Yargıtay 4. Dairesinin E. 1976/6297, K.1977/2541, T. 7.3.1977 kararı aşağıdaki gibidir:

“...Tıbbi müdahalelerin hukuka uygunluğu için bazı şartların gerçekleşmesi öngörülmüştür. Bunlar sırasıyla;

- *Hekimin tıp mesleğini icraya kanunen yetkili olması,*
- *Hastanın rızası bulunması,*

- *Eylemin tıp biliminin objektif ve subjektif sınırları içinde kalmasıdır”* (Savaş, 2009, s.:25).

1.4.2.1. Tıbbi Girişimin Yetkili Sağlık Personeli Tarafından Gerçekleştirilmesi

Bir fiilin suç olarak kabul edilebilmesi için pozitif hukukta kaynağını bulan bir ceza normunun ihlalini içermesi dışında, bu fiili suç sayan hukuk sisteminin bu fiilin işlenmesine ayrıca bir emir ya da yetki vermemiş, yani fiili bir biçimde meşru görmemiş olması şartı aranmaktadır. “Meşru savunma, zaruret hali, yetkili merciin emrini ifa” hipotezlerinde olduğu gibi ceza kanunlarının suç saydığı bir fiilin işlenmesi yolunda emir ya da yetki verilmesi durumunda hukuka uygunluk nedenlerinden ya da suça etki eden objektif nedenlerin varlığından bahsedilmektedir.

Hekimlerin tedavi amacı ile gerçekleştirdiği fiiller, kişilerin yaşam varlığına ve vücut bütünlüğüne yönelmektedir. Yaşam varlığı ve vücut bütünlüğü başta anayasa hükümleri olmak üzere, TCK’ nin kişilere karşı suçlar başlığı altında yer alan adam öldürme, adam yaralama suçlarını düzenleyen hükümleri ile güvence altına alınmıştır. Tıbbi girişimlerde ise, hukuk sisteminde hekimlerin yaşam varlığı ve vücut bütünlüğüne yönelik söz konusu fiillerinin gerçekleştirilmesi için hekimlere yetki verilmiş, hukuka uygun olarak nitelendirilmiştir. Bu çerçevede hekimler, tedavi amacıyla gerçekleştirdikleri fiilleri dolayısıyla, “yetkinin icrası” olarak adlandırılan hukuka uygunluk nedeninden yararlanmaktadır. (Katoğlu, 2004, s.:62,63).

Hekimlerin tıbbi girişimleri kimi zaman kanunların yüklediği bir görevin yerine getirilmesi biçiminde karşımıza çıkmaktadır. Umumi Hıfzısıhha Kanunu, Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi hekimlere görev yüklenmesine örnek oluşturacak metinlerdir. Hekimlerin mevzuatta yer alan görevleri yerine getirmesi dolayısıyla ceza yönünden sorumlu tutulması mümkün görülmemektedir (Katoğlu, 2004, s.:63).

Gerçekleştirilen bir tıbbi girişimde hekimler açısından yetkinin icrası hukuka uygunluk nedeninden söz edilebilmesi için, öncelikle kişinin hekimlik mesleğini yapma yetkisi bulunmalıdır (Katoğlu, 2004, s.:63).

Hekimlik yapma yetkisi konusunda 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'da "*Madde 1 - Türkiye Cumhuriyeti dahilinde tababet icra ve her hangi surette olursa olsun hasta tedavi edebilmek için Türkiye Darülfünunu Tıp Fakültesinden diploma sahibi olmak ve Türk bulunmak şarttır*" denilmektedir. Aynı kanunun 4. maddesi yurt dışında eğitim görmüş Türk hekimlerin durumunu, 26. maddesi de yetkisiz hekimlik yapmanın yaptırımlarını düzenlemektedir (Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 1928, md.:1).

Yetki konusunda tıp uzmanlık alanlarının sınırlarının nasıl belirleneceği de açıklık kazandırılması gereken bir konudur. 1219 sayılı kanunun 8. maddesinde göre Tıp Fakültesi mezunu olup, hekim sıfatını kazanmış kişiler kural olarak tıbbın bütün alanlarında tıbbi girişim yetkisine sahiptir. Kanunda belirli bir uzmanlık koşulu aranmamaktadır (Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 1928, md.:8).

Var olan durumda zorunluluk halleri dışında uzmanlık gerektiren işlemlerin farklı bir dalın uzmanı veya pratisyen hekim tarafından gerçekleştirilmesi uygulamayı tıbbi girişim statüsünden çıkartmamaktadır. Ancak bu durum hekimin özen yükümlülüğüne aykırılık olarak değerlendirilmektedir (Hakeri, 2010, s.:90).

Mevzuatımızda tıbbi girişimlerin hukuka uygunluğu açısından uzman hekim tarafından gerçekleştirilmesine vurgu yapılan kanun maddeleri aşağıda verilmiştir:

- 3591 sayılı Radyoloji, Radyom ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun 2. madde.

- 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun 23. madde.
- 992 sayılı Seriri Taharriyat ve Talilat Yapılan ve Masli Teamüller Aranılan Umuma Mahsus Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu 1. madde (Hakeri, 2010, s.:90).

Yasalarda açık yasaklar getirilmemiş olan ve sadece uzman hekimler tarafından gerçekleştirilebilecek uygulamalar konusunda tüzükler seviyesinde yasaklamalara rastlamak mümkündür. Yasal olarak açıkça yasak olduğu belirtilmemiş bir durumun tüzüklerde yasaklanmış olması konusunda eleştiriler bulunmaktadır. 1983 tarihli Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzüğün 3. maddesindeki “*Rahim tahliyesi, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarınca yapılır. Ancak, Bakanlıkça açılan eğitim merkezlerinde kurs görerek yeterlik belgesi almış pratisyen hekimler, kadın hastalıkları ve doğum uzmanının denetim ve gözetiminde menstrüel regülasyon yöntemiyle rahim tahliyesi yapabilirler*” ifadesi örnek olarak verilebilir (Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük, 1983, md.:3).

Günümüzde tıbbi uygulamalar yalnızca hekimler tarafından gerçekleştirilmemektedir. Burada, yetkili sağlık personeli tanımının netleştirilmesi gereklidir. HHY 4. maddesinde personel tanımı aşağıdaki şekilde verilmiştir:

“Personel: Hizmetin, resmi veya özel sağlık kurumlarında ve kuruluşlarında veya serbest olarak sunulmasına bakılmaksızın, sağlık hizmetinin verilmesine iştirak eden bütün sağlık meslekleri mensuplarını ve sağlık meslekleri mensubu olmasa bile sağlık hizmetinin verilmesine sorumlu olarak iştirak eden kimseler” (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998, md.:4).

5237 sayılı TCK 280. maddesi, HHY’de yer verilen tanımı tamamlayıcı ve netleştirici özelliktedir. İlgili maddede “*sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip,*

diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır” denilmektedir (Türk Ceza Kanunu, 2004, md.:280).

Tez kapsamında incelenen YSS karar özetlerindeki olaylarda yer alan sağlık çalışanlarından olup, hekimlerden sonra en kalabalık grubu oluşturan hemşire ve ebelerin durumuna biraz daha yakından bakmak yararlı olacaktır. Sağlık çalışanı olarak hemşire yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 132. maddesinde *“Hemşire, hasta ile tıbbi ve psikolojik bakımdan devamlı ilgilenebilecek yapıda ve yetenekte sağlık meslek lisesi mezunu yardımcı sağlık personelidir”* şeklinde tanımlanmıştır (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983, md.:132). Ülkemizde yasal olarak kimlerin hemşire unvan ve yetkilerine sahip olacağı Hemşirelik Kanununun, 5634 sayılı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunla son halini alan 1. maddesinde düzenlenmiştir. *“Türkiye’de üniversitelerin hemşirelik ile ilgili lisans eğitimi veren fakülte ve yüksek okullarından mezun olan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenler ile öğrenimlerini yurt dışında hemşirelik ile ilgili, Devlet tarafından tanınan bir okulda tamamlayarak denklikleri onaylanan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenlere Hemşire unvanı verilir.”* (Hemşirelik Kanunu, Kanun Numarası, 1954, md.:1).

Ebelikle ilgili yasal tanım ise Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 133. maddesinde yer almaktadır. *“Ebeler, sağlık meslek okulu mezunu, doğum ve doğum kontrolü ile ilgili kendisine düşen görevleri yapabilecek yeteneklere sahip, gerekli kursları görmüş yardımcı sağlık personelidir”* (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983, md.:133).

Hekimler dışında kalan sağlık çalışanlarının tıbbi girişimlerle ilgili yetki çerçeveleri ile ilgili olarak Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin 31. maddesinin “ğ” fıkrasında *“Tabip harici sağlık çalışanı, ilk yardım ve acil tıbbi müdahaleler hariç olmak üzere, tabip kararı ve talimatı olmaksızın hangi surette olursa olsun hastalara doğrudan tıbbi hizmet sunamaz. Tabip harici sağlık çalışanının, bu kurala aykırı olarak sunduğu hizmetlerden doğan neticelerden kendisi ile birlikte, mesul müdür ve işleten sorumludur”* denilmektedir (Ayakta

Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, 2008, md.:31). Yardımcı sağlık personelleri arasında acil tıp teknisyenleri ve teknikerlerine 1219 sayılı kanunun 3. maddesinde hekim kararı ve talimatı olması şartı yönünden sınırlı bir ayrıcalık getirilmiştir. *“Acil tıbbi yardım ve bakım ile sınırlı kalmak ve Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmeliğinde belirtilmek kaydıyla acil tıp teknikerleri ile acil tıp teknisyenleri hastaya müdahale edebilir, bu hususta lazım gelen iş ve işlemleri yapabilirler. Hastane öncesi acil tıbbi yardım veren personel özel tıp kıyafet giyer”* (Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 1928, md.:3).

Sağlık çalışanı olmak yolunda eğitim almakta olan ve henüz diplomaya hak kazanmamış kişilerin yapacağı müdahaleler hukuken yetkinin icrası kapsamında değerlendirilmemekte ve bu bakımdan tıbbi girişimin hukuka uygunluğundan söz edilememektedir. Eğitim sürecinde yapılacak müdahaleler ile ilgili olarak ancak sınırlı kapsamda ve mutlaka yetkililerin gözetiminde gerçekleştirilecek tıbbi girişimlerden söz edilebilir. Bu konuda örnek olarak:

- Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmeliğin eğitim sürecinde edinilecek uygulama ile edinilecek deneyimlere vurgu yapan tıp doktorluğu ile ilgili 3/3-ç maddesi, hemşirelikle ilgili 4/4-c maddesi, ebelikle ilgili 5/5 maddesi,
- Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği’nin 26. maddesi *“Uzmanlık öğrencisi, eğitim sorumlusunun gözetim ve denetiminde araştırma ve eğitim çalışmalarında ve sağlık hizmeti sunumunda görev alır, deontolojik ve etik kurallara uyar.”* gösterilebilir (Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik, 2008, md.:3,4,5; Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği, 2009, md.:26).

İntörn hekimler, benzer şekilde henüz hekimlik diploması almadıkları için hekim yetkilerine sahip değildirler. Ceza hukuku bakımından sadece sorumlu bir başka hekimin gözetiminde yapacakları tıbbi girişimlerden sorumlu tutulmayacaklardır. Özel hukuk bakımından da sorumlulukları “yardımcı şahıs sorumluluğu”na göre belirlenmektedir (Hakeri, 2010, s.:89).

Sağlık çalışanları dışında kalan kişiler açısından yalnızca ilk yardım kapsamına giren tıbbi girişimlerden söz edilebilmektedir. İlk yardım, 24762 sayılı İlk Yardım Yönetmeliği’ nin 4. maddesinde “*Herhangi bir kaza ya da yaşamı tehlikeye düşüren bir durumda sağlık görevlilerinin tıbbi yardımı sağlanıncaya kadar hayatın kurtarılması ya da durumun daha kötüye gitmesini önleyebilmek amacıyla olay yerinde, tıbbi araç gereç aranmaksızın mevcut araç ve gereçlerle yapılan ilaçsız uygulamalar*” biçiminde tanımlanmıştır (İlkyardım Yönetmeliği, 2002, md.:4).

1.4.2.2. Tıbbi Bilgilere Göre Gerekli Olan Girişimin, Tıbbi Bilgilere Uygun Olarak Gerçekleştirilmesi

Tıbbi girişimlerin yetkili sağlık çalışanı tarafından yapılması, hukuka uygun olması için yeterli değildir. Sözü edilen girişimin tıbben gerekli olması ve ikinci olarak da girişimin bilimsel gereklere uygun biçimde gerçekleştirilmesi gerekmektedir. “Endikasyon” terimi tıbbi girişimin bilimsel yaklaşıma göre gerekli olması anlamında kullanılmaktadır (Hakeri, 2010, s.:196). Tıbbi gereklilik koşulu tedavi, teşhis, koruma, hazırlık amacı taşıyan her türlü tıbbi girişim için geçerlidir.

Tıbbi gereklilik koşulunun yer aldığı yasal metinleriniz arasında en başta Anayasamız gelmektedir. Anayasamızın 17. maddesinin ikinci fıkrasında tıbbi gereklilik konusuna “*Tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbî deneylere tâbi tutulamaz*” denilmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, 1982, md.:17). Bu madde ile vücut bütünlüğü korunurken tıbbi zorunluluklar ifadesi ile tıbbi

gereklilikler nedeni ile vücut bütünlüğüne müdahale konusunda bir ayrıcalık tanındığı söylenebilir.

Tıbbi gereklilik koşulunun düzenlendiği bir diğer yasal metnimiz olan Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinin 13. maddesinin 3. fıkrasında ise “*Tabip ve dış tabibi; teşhis, tedavi veya korunmak gayesi olmaksızın, hastanın arzusunun uyararak veya diğer sebeplerle, akli veya bedeni mukavemetini azaltacak her hangi bir şey yapamaz*” denilmektedir (Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, 1960, md.:13). Bu madde tıbbi gereklilik ve tıbben gerekliliğin girişimin tıbbin amaçları açısından uygun olması bağlantısını belirginleştirmektedir. Tıbbın insanların sağlıklı durumda olmasını sağlayıcı değişiklikleri gerçekleştirmek amacına yönelik teknik bir disiplin olduğu göz önüne alındığında, bu amaca hizmet edecek girişimlerin tıbben gerekli olacağı söylenebilir. Tıbbın amaçları ile örtüşmeyen bir girişim konusunda, ilgili fıkra ifade edildiği gibi hastanın arzusu da tıbbi gereklilik koşulu bakımından durumu değiştirmeyecektir (Oğuz ve ark., 2005, s.:236).

Tıbbi girişimlerin hukuka uygunluğu kapsamında tıbbi gereklilik ile ilgili önemli bir diğer hukuki metin de HHY’dir. HHY’nin 12. maddesi tıbbi gerekliliğe değinmiş, tıbbi gereklilik ve yine girişimin amacı arasındaki bağlantıyı vurgulamıştır. “*Teşhis, tedavi veya korunma maksadı olmaksızın, ölüme veya hayati tehlikeye yol açabilecek veya vücut bütünlüğünü ihlal edebilecek veya akli veya bedeni mukavemeti azaltabilecek hiçbir şey yapılamaz ve talep de edilemez.*” (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998, md.:12).

Tıbbi gereklilik koşulunu sağlamayan bir tıbbi girişimin gerçekleştirilmesi durumunda sağlık çalışanı haksız fiilden ve sözleşmeye aykırılıktan sorumlu tutulabilmektedir. Böyle bir tıbbi girişim sonucu olarak yaralama veya ölüm olayının gerçekleşmesi durumunda kasten yaralama ve kasten öldürme suçları söz konusu olmaktadır (Hakeri, 2010, s.:198).

Tıbbi gereklilikler yanında ender olarak tıbbi girişime yol açan psikolojik ve sosyal gereklilikler de bulunmaktadır. Toplumumuzda psikolojik gerekliliklere örnek olarak

estetik cerrahi girişimler, sosyal ve dinsel gerekliliklere örnek olarak da sünnet verilebilir. Organ nakillerinde vericinin durumu, kan bağışında bulunan kişilerin durumu, isteğe bağlı kürtaj ve sterilizasyon işlemleri de tıbbi gereklilik açısından sorgulanabilecek tıbbi girişimler arasında yer almaktadır. Günümüzde bu gibi tıbbi girişimler hukuken uygun bulunmaktadır. Bu girişimlerin hukuka uygunluğunun nedenleri arasında, bu girişimlerin dolaylı olarak tedavi amacına yönelik olması, üçüncü kişilerin yararı veya sünnetçiler konusunda da olduğu gibi ilgili tıbbi girişime özel hukuki düzenlemelerin bulunması gösterilmektedir. Tıbbi girişimlerin hukuka uygunluk şartlarından tıbbi gereklilik ile ilgili tartışmalar, hastanın rızasının tıbbi gereklilik koşulunu geçersiz kılabilmesine dönük olarak sürmektedir (Hakeri, 2010, s.:198,199).

Tıbbi gereklilik koşulu ile birlikte bu bölümde ele alacağımız bir diğer koşul da yapılacak tıbbi girişimin bilimsel gereklere uygun olarak gerçekleştirilmesidir. Bu koşul sağlık çalışanının, tıptaki bilimsel gelişmeleri yakından izlenmesini ve yeni tedavi yöntemlerini öğrenmesini zorunlu kılmaktadır. Tıbbi girişimin bilimsel gereklere uygun olarak gerçekleştirilmesi koşulu ile ilgili olarak Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinin 13. Maddesinde yer alan “*Tabip ve dış tabibi, ilmi icaplara uygun olarak teşhis koyar ve gereken tedaviyi tatbik eder.*” ifadesinin, güncel yeni bilimsel gerekleri kapsadığı kabul edilmektedir (Katoğlu, 2004. s.:64).

1.4.2.3. Tıbbi Girişim Öncesinde Aydınlatılmış Onam Alınması

Sağlık hizmetleri ile ilgili şikayetlerin ve açılan davaların önemli bir bölümünü hastanın aydınlatılmış onamının alınmaması veya uygun yazılı onam belgesinin düzenlenmemesi oluşturmaktadır. Bu durumun işaret ettiği sorunların çözülmesinde denetim ve yaptırımlar kadar, hatta daha öncelikle aydınlatılmış onam uygulamasının koruduğu değerlerin ve uygulamanın inceliklerinin sağlık çalışanlarına net bir biçimde anlatılması önem taşımaktadır. Aydınlatılmış onam sağlık hizmetlerinin sunulması ve alınmasında her iki tarafı da koruyan etkili bir araçtır. Hizmet alanı

kabul edilmemiş bir tıbbi girişimden korunurken, hizmet sunanı da yetkisiz tıbbi girişim iddialarından korumaktadır (Ersoy, 1991, s.:2,32).

Aydınlatılmış onam uygulaması, önemi ile paralel biçimde ulusal hukuki dayanaklarla güvence altına alınmış, ulusal ve uluslararası metinlerde kendisine sıkça yer verilmiştir. Bunlardan bazıları aşağıda tablolar halinde verilmiştir (Savaş, 2009, s.:36,37; TTB-UDEK Etik Çalışma Grubu, 2008, s.:4; Sayek, 1998).

Çizelge 1.5, Aydınlatılmış onam ile ilgili ulusal metinler

Ulusal Metnin Adı	İlgili Maddeler
Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. Kanun Sayısı: 2709	Madde 17
Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, Kanun Sayısı: 1219	Madde 70
Türk Medeni Kanunu. Kanun Sayısı: 4721	Madde 23, 24
Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun. Kanun Sayısı: 2238	Madde 6, 7
Nüfus Planlaması Hakkında Kanun. Kanun Sayısı: 2827	Madde 4, 6
HHY	Madde 15, 18, 19, 20, 22, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35
Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük. Karar Sayısı: 83/7395	Madde 13, 14, 15
Türk Tabipler Birliği (TTB) Hekimlik Meslek Etiği Kuralları	Madde 26

Çizelge 1.6, Aydınlatılmış onam ile ilgili uluslararası metinler

Uluslararası Metnin Adı	İlgili Maddeler
Avrupa Konseyi Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi	Madde 5,6, 7, 8, 9, 16v, 17, 19.2, 20,
WMA Helsinki Bildirgesi	Temel İlişkiler: Madde 9, 10, 11 Mesleki Bakımla Birlikte Tıbbi Araştırma: Madde 4, 5 İnsanları İçeren Tedavi Dışı Biyomedikal Araştırmalar: Madde 2
WMA Tokyo Bildirgesi	Madde 5
WMA Lizbon Bildirgesi	Madde c
WMA Venedik Bildirgesi	Madde 3.1, 3.3
WMA Malta Bildirgesi	Giriş: 1, 2, 3, 4 Açlık Grevcilerinin Bakımı İçin Ana Hatlar: 3, 4
WMA'nın Hekim Yardımlı İntihar İçin Tutumu	
WMA'nın Tıpta Yanlış Uygulama Konulu Duyurusu	Madde 4.a
WMA Bildirisi In-Vitro Döllenme ve Embriyo Transplantasyonu	
WMA Geçici Bildirisi AIDS	
WMA Bildirgesi AIDS Hastalarının Tedavi Etmede Hekimlerin Mesleki Sorumluluğu	
WMA Bildirgesi Genetik Danışma ve Genetik Mühendisliği	Genetik Danışma: Madde 2 Genetik Mühendisliği: Madde 3
WMA'nın Ötanazi Bildirgesi (Madrid 1987)	
WMA'nın Olağandışı Durumlar İçin Tıp Etiği Bildirgesi	Etkilenen Kişilerle İlişki: Madde 1
WMA'nın "Bir İlacın Yerine Başka Bir ilacın Verilmesi" ile İlgili Bildirgesi	Madde 8, 16
WMA'nın Hasta Hakları Bildirgesi (Şili 2005)	İlkeler: 3, 4, 5, 6
WMA'nın Ötanazi Deklarasyonu (Washington 2001)	
WMA'nın Tıbbi Sorumluluk Reform Bildirgesi (Santiago 2005)	Madde 8a
WMA'nın Organ Bağışı ve Nakli Raporu	Madde 8, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23
WMA'nın Sağlık Veritabanları ile İlgili Etik Düşünceler Bildirgesi	16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 28
United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) XXIX. Genel Konferansı İnsan Genomu ve İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi	Madde 5

Aydınlatılmış onam uygulaması tıp etiğinin temel ilkelerinden olan “özerkliğe saygı” ilkesine dayanmaktadır. Özerklik kavramının Yunanca kökeni “Autonomia” kelimesi olup, “autos” kendi, “nomos” kanun, kural anlamına gelen köklerin birleşmesinden oluşmuştur. Özerklik “*Bir topluluğun ya da bireyin karar verme ve belirli bir yaşam biçimini seçme özgürlüğü*” olarak tanımlanmaktadır. Özerkliğe saygı ilkesine göre, bireyler kendi değerlerinden yola çıkarak kendilerini ilgilendiren konularda karar verebilmelidir. Sağlık hizmetlerinde özerklik ilkesinin gereği olarak kişilerin kendi sağlıkları ile ilgili kararlara katılımı sağlanmalıdır. Aydınlatılmış onamdan önce sağlık hizmetlerinde hakim olan, özerkliğe saygı açısından aydınlatılmış onama karşıt olan “paternalizm (babacılık)” tutumuna da kısaca bir cümle ile değinmekte yarar vardır. Paternalizm “... bir kişinin her zaman başka bir kişi için –ki bu kişinin rızası olmaksızın- ve bu sizin kendi iyiliğiniz için olduğu hükmüne dayanarak bazı şeyleri yapması...” olarak tanımlanmaktadır (TTB-UDEK Etik Çalışma Grubu, 2008, s.:5; Oğuz ve ark., 2005, s.:196; Ersoy, 1991, s.:14,19).

Aydınlatılmış onam her tıbbi girişim için ayrı ayrı yürütülmesi gereken bir süreçtir. Sağlık kurumuna başvuruda ya da sağlık çalışanıyla hastanın ilk karşılaşmasında alınan, genel, pek çok girişimi kapsayan onamların aydınlatılmış onam sürecinin korumaya çalıştığı değerlerle ve sürecin gerekleri ile uyumlu olmadığı vurgulanmaktadır (TTB-UDEK Etik Çalışma Grubu, 2008, s.:6).

Hastanın geçerli onamı yeterlik, bilgi ve özgürlük olmak üzere üç ögenin varlığı ile meydana gelir. Baskı ve zorlama olmaksızın önerilen girişim hakkında aydınlatılan ve akıl yönünden yeterli olan bir hasta tarafından verilen bir onam geçerli olmaktadır (Ersoy, 1991, s.:1).

Aydınlatılmış onam süreci ancak yeterliği bulunan hastalarla yürütülebilmektedir (TTB-UDEK Etik Çalışma Grubu, 2008, s.:3). Yeterlik kavramı hukuk alanında ait olan faik ve mümeyyizlik kavramları ile örtüşmektedir. Yeterlik hastanın akli yetilerinin yerinde olmasının ve bu yetilerinin kullanılabilir olduğunun bir ölçütüdür. Kişi kendisine verilen bilgileri anlayabilmeli, bunlar değerlendirip seçenekler hakkında düşünebilmeli ve bir karar verebilmelidir. Ancak bu durumdaki hastanın

yeterliğinden söz edilebilmektedir. Hasta yeterliğinin değerlendirmesi, sorumlu hekimler, konsültan hekimler ve şüpheli durumlarda psikiyatristler tarafından yapılabilir. Yeterlik zaman içinde noktasal bir özellik taşır ve zaman içerisinde belirli bir anda değerlendirilir. Bu nedenle başlangıçta yeterliği var olan bir hastanın yeterliğini sonradan kaybedebileceği, yeterliği olmayan hastanın da sonradan yeterliğini kazanabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Yeterlik değerlendirmesi aydınlatılmış onam sürecinde sık sık tekrarlanmalıdır (TTB-UDEK Etik Çalışma Grubu, 2008, s.:6; Oğuz ve ark., 2005, s.:268).

Yeterliğin bulunmadığı durumlarda, hastanın reşit olmadığı durumlarda ve acil durumlarda hastanın yasal temsilcisinden onam alınmalıdır. Sağlık çalışanının yasal temsilcinin onam veya reddinde bir kötü niyet ya da hastanın yaşamı için tehlike oluşturacak bir durum olduğunu düşünmesi halinde adli makamlara başvurma ve izin alma hakkı vardır (TTB-UDEK Etik Çalışma Grubu, 2008, s.:5).

Onamın geçerliliği açısından bir başka önemli nokta da sağlık çalışanının, hastayı gerektiği gibi aydınlatmasıdır. Aydınlatma sırasında eksik, yanlış, yönlendirici bilgiler verilmesi onamın geçersiz olmasına yol açabilmektedir (Katoğlu, 2004, s.:63).

Aydınlatılmış onam konusunda kişiye özerk kararını oluşturması amacı ile bilgi verilmesi ve aydınlatmanın gerçekleştirilmesi bir diğer önemli ögeyi oluşturmaktadır. Aydınlatılmış onam süreci tıbbi girişimi gerçekleştirecek sağlık çalışanı tarafından bizzat yürütülmelidir. Hasta ile görüşme hastanın düşünüp kararını oluşturması için yeterli süreye sahip olacağı uygun bir zamanda yapılmalıdır. Bilgiler hastanın anlayabileceği dilde ve şekilde aktarılmalıdır. Aydınlatma sürecinde sağlık çalışanları açıklayıcı olması amacı ile verdikleri örneklerin ve yaptıkları benzetmelerin yönlendirici ve korkutucu olmamasına özen göstermelidir. Görüşmenin gerçekleşeceği ortamın sessiz, huzurlu, hasta gizliliğini güvence altına alan bir özellik taşımasına dikkat edilmelidir. Aydınlatma sürecinde hasta ile paylaşılacak bilgilerin kapsamı konusunda tartışmalar devam etmektedir. Yargıtay kararları

ayrıntılı açıklamaların zorunluluğuna yönelik hükümler içermektedir. Genel olarak bilgilendirmenin içeriğine ilişkin vurgulanan noktalar aşağıda sunulmuştur.

- Hastanın sağlık durumu.
- Hasta ile ilgili tanı konulan sağlık sorunu.
- Önerilen tıbbi girişimin adı.
- Önerilen tıbbi girişimin olası olumlu ve olumsuz sonuçları.
- Önerilen tıbbi girişimin maliyeti ve sosyal güvenceler açısından hastanın durumu.
- Önerilen tıbbi girişimin ileride hastanın yaşamına olası etkileri.
- Diğer tedavi seçenekleri ve onlarla ilgili ilk bahsedilen tıbbi girişim konusunda ele alınan detaylar.
- Tıbbi girişimin reddedilmesi durumunun yaratabileceği olası sonuçlar.

Bilgilerin hastaya sunulmasının ardından hasta için önem taşıyabilecek gözden kaçabilecek konular göz önüne alınarak hastaya soru sorma fırsatı tanınmalıdır (Savaş, 2009, s.:37; TTB-UDEK Etik Çalışma Grubu, 2008, s.:3,8,9; Ersoy, 1991, s.:26; Katoğlu, 2004, s.:63).

Aydınlatma sürecinde açıklanan bilgilerin hasta tarafından anlaşılması ve kavranması geçerli bir aydınlatılmış onam için ön koşuldur. Sağlık çalışanının verdiği bilgilerin anlaşıldığını hastanın ifadelerinden izlemeli, gerekli tekrarları ve açıklamaları yapmalıdır (Ersoy, 1991, s.:28).

Hastanın aydınlatıldığından emin olunmasının ardından hastanın onamı alınmalıdır. Onam bilgiye sahip olmuş olarak yapılan anlaşma, bir işi kabul etmeye karar verme yani “gönüllü anlaşma” anlamını taşımaktadır. Kişiden onam alınsa da sağlık hizmeti sunulması sürecinde kişilerin vermiş oldukları aydınlatılmış onamı her an geri alabilecekleri hatırdta tutulmalıdır (Savaş, 2009, s.:38; TTB-UDEK Etik Çalışma Grubu, 2008, s.:5).

Bildirim şekli ve bildirildiği durumla ilişkili olarak:

- Açık onam (express-explicit consent)
- Her şeyi kapsayan onam (blanket consent)
- Sözsüz onam (tacit consent)
- İma edilen onam (implied consent)
- Farz edilen onam (presumed consent)
- Geçmiş onam (past consent)
- Gelecek onam (future consent, ratification) gibi onam çeşitlerinden bahsedilmekte olup bunların ayrıntılarına tez kapsamında yer verilmeyecektir (Ersoy, 1991, s.:30,32-36).

Onam alınması ile birlikte onamın belgelenmesi gerekmektedir. Tıbbi girişimleri konu alan davalarda aydınlatılmış onamın ispatı önemli bir konuyu oluşturmaktadır. Hastanın aydınlatılmadığı ve onamının alınmadığı şeklindeki iddialarında, “*davaya konu vakiayı ispat kolaylığı olan tarafın ispatlaması*” kuralı doğrultusunda sağlık çalışanı ispatla yükümlü olmaktadır. Bu nedenle kayıt ve belge düzenine özen gösterilmesi gereklidir (Savaş, 2009, s.:36,37).

Aydınlatılmış onamın alındığının ispatı konusunda pek çok sağlık çalışanı ve sağlık kurumu tarafından uygulanan tıbbi girişim ile ilgili bilgileri içeren basılı belgelerin hastaya imzalatılması yöntemi hukuk açısından tam olarak koruyucu olmamaktadır. Hastanın belgede yer alan bilgiler hakkında sağlık çalışanı tarafından yeteri kadar aydınlatılmadığını iddia etmesi durumunda sağlık çalışanları ve sağlık kurumları zor durumda kalabilmektedirler (Savaş, 2009, s.:37,38).

Buradan hareketle aydınlatılmış onam ile ilgili belge hazırlanmasında dikkat edilmesi gereken bazı noktaların altını çizmekte yarar vardır. Aydınlatılmış onam formları hastanın kendi el yazısı ile dolduracağı bölümler içermelidir. Öncelikle gerçekleştirilecek tıbbi girişimin adı, sorumlu sağlık personelinin adı-soyadı, hastanın adı-soyadı, tıbbi girişimin gerçekleştirileceği yer, tarih ve saat hasta tarafından kendi el yazısı ile doldurulmalıdır. Bu bölümlerin hasta tarafından doldurulması onamı alınan hastanın yer, zaman algısının sağlıklı olduğu yönünde de fikir verecektir. Aydınlatma sırasında verilen bilgileri içeren kısmın ardından yine hasta kendi el yazısı ile “Tıbbi girişim hakkında yeterli şekilde bilgilendirildim” şeklinde bir ifadeyi yazmalı ve belgeyi imzalamalıdır. Hasta gizliliği açısından sakınca bulunmayan durumlarda belgenin hasta yakını tarafından da imzalanması yararlı olabilir. Sözü geçen belgenin en az üç kopya halinde hazırlanarak sağlık kurumu, hasta ve sağlık personelinin birer kopya alması sağlanmalıdır (Savaş, 2009, s.:38).

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’un 70. Maddesine göre onam alınmaması durumunda hafif para cezası öngörülmüştür. Onam alınmasının olanaklı olduğu durumlarda onam alınmadan gerçekleştirilen bir tıbbi girişimin zararlı bir sonuç doğurması halinde, hem bu zararlı sonuçtan hem de daha önce ifade edilen onam almama suçundan ayrı ayrı ceza sorumluluğu doğacaktır (Katoğlu, 2004, s.:64).

Tıbbi zorunluluklar dışında sağlık çalışanının gerçekleştireceği tıbbi girişim alınan onamın kapsamını aşmamalıdır. Onam kapsamını aşan tıbbi girişimlerde sağlık

çalışanının uygulaması hukuka aykırı kabul edilmekte ve hastanın onamı yokmuş gibi değerlendirmektedir (Ersoy, 1991, s.:51).

Tıbbi girişimlerin öncesinde aydınlatılmış onam alınması zorunluluğunun bulunmadığı bazı istisnalar bulunmaktadır. Bunlardan biri toplum sağlığını korumak gibi gerekçelerle tedavisine yasalarda zorunluluk getirilmiş bulunan hastalıklardır. Bu hastalıklardan birisi söz konusu olduğunda hasta onam vermeyi reddetse bile tedavi gerçekleştirilir (TTB-UDEK Etik Çalışma Grubu, 2008, s.:5). Bir başka istisna ise yaşam varlığı ya da vücut bütünlüğü bakımından ciddi ve gerçekleşmesine kesin gözüyle bakılabilecek durumlardır. Bahsedilen acil durumlarda gerçekleştirilen tıbbi girişimler, 765 sayılı TCK'nin 49. Maddesinin 3. fıkrasında düzenlenmiş olan zaruret hali hipotezi kapsamında değerlendirilmektedir (Katoğlu, 2004, s.:63).

“Gerek nefisini ve gerek başkasını vukuuna bilerek mahal vermediği ve başka türlü tahaffüz imkanında olmadığı ağır ve muhakkak bir tehlikeden muhafaza etmek zaruretinin bais olduğu mecburiyetle, işlenilen fiillerden dolayı faile ceza verilemez” (Türk Ceza Kanunu (Mülga), 1926, md.:49).

Buna ek olarak 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 70. maddesinde, onam alınmasının mümkün olmadığı bazı durumlarda onam alınmasının gerekli olmadığına yönelik ifadeler yer verilmiştir. (Katoğlu, 2004, s.:63).*“Tabipler, dış tabipleri ve dışçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evveleminde muvafakatını alırlar. Büyük ameliyei cerrahiyeler için bu muvafakatin tahriri olması lâzımdır. (Veli veya vasisi olmadığı veya bulunmadığı veya üzerinde ameliye yapılacak şahıs ifadeye muktedir olmadığı takdirde muvafakat şart değildir.) Hilâfında hareket edenlerden” yüzyetmişdörtmilyon lira idari para cezası" alınır.”* (Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 1928, md.:70).

1.5. Hekimin Hukuki Sorumluluğu

Hekimin hukuki sorumluluğu, gerçekleştirdiği hukuka aykırı bir davranış sonucunda hastasına vermiş olduğu zararı tazmin yükümlülüğünü ifade etmektedir. Burada sözü edilen tazmin yükümlülüğü bir haksız fiilden köken alabileceği gibi, hekim ile hasta arasında kurulmuş bir sözleşmeden de kaynaklanabilmektedir. Hekimlerin tanı veya tedaviye yönelik olarak hem icrai faaliyetlerinden hem de ihmali faaliyetlerinden dolayı sorumlulukları ortaya çıkabilmektedir (Şenocak, 1998, s.:1; Kök, 2009, s.:389).

Hekimin hukuki sorumluluğu ile ilgili olarak “kusur sorumluluğu” ve “sebepl sorumluluğu” olmak üzere iki sorumluluk türünden söz edilebilir. “Kusur sorumluluğu” en eski ve en gelişmiş sorumluluk türüdür. Bu sorumluluğa göre kişinin hukuka aykırı olarak başkasına zarar veren davranışı ahlaki ve hukuki yönden kınanabiliyorsa, bir başka deyişle kusurlu ise, zarar veren söz konusu zarardan sorumlu olmaktadır. Hukuk sistemimizde kusur sorumluluğu sözleşme dışı sorumlulukta Borçlar Kanunu 41. madde ile, sözleşme sorumluluğunda ise Borçlar Kanunu 96. madde ile düzenlenmektedir. Tıbbi girişimlerden kaynaklanan sorumluluk kural olarak kusur sorumluluğuna dayanmaktadır (Şenocak, 1998, s.:5,6; Özkara ve ark., 2004, s.:153).

Son yıllarda gerçekleşen bilimsel ve teknolojik ilerlemeler sonucunda artan tehlikeler ve tehlikelerin yol açtığı zararlarda kusurlu davranışın rolünün azalması, kusurlu davranışın saptanmasında yaşanan zorluklar, “zarara sebep olma” düşüncesine dayanan “sebepl sorumluluğu” kavramını ortaya çıkarmıştır (Şenocak, 1998, s.:6). Sebepl sorumluluğu “olağan sebepl sorumluluğu” ve “tehlike sorumluluğu” olmak üzere iki şekilde incelenmektedir. Olağan sebepl sorumluluğunda sorumluluk ile ilişkilendirilen olgu, gözetim veya objektif özen ödevinin ihlali veya sahip bulunduğu şeylerdeki noksanlıktır. Tıp uygulamasında olağan sebepl sorumluluğu ile karşılaşılan olgulardan biri, hekimlerin çalıştırdıkları yardımcı sağlık personelinin, hekim ile sözleşme ilişkisi içerisinde olmayan hastalara verdikleri zarardan hekimin sorumlu olmasıdır (818 sayılı Borçlar Kanunu madde 55). Bir diğer durum ise tıbbi girişimler

sırasında kullanılan tıbbi araç ve makinelerin yapım ve bakım eksikliklerinden kaynaklanan zararlarda hekimin sorumlu olmasıdır (818 sayılı Borçlar Kanunu madde 58). Olağan sebep sorumluluğunda kişi ancak her türlü özeni gösterdiğini ya da özen gösterilse bile zararın her durumda söz konusu olabileceğini ispat etmesi durumunda sorumluluk ortadan kalkmaktadır (Şenocak, 1998, s.:7).

Tehlike sorumluluğu ile bağlanan olgu ise varlığı ve özellikleri nedeni ile belirli bir tehlike nedeni ile zarar olasılığı taşıyan, tehlikeli bir işletme ya da şeye sahip olma durumudur. Tıbbi girişimlerle ilgili olarak bu sorumluluk türüne günümüz mevzuatı ve tıp uygulaması kapsamında rastlanmamakta olduğu belirtilmektedir (Şenocak, 1998, s.:8).

Tıbbi girişimlerde hekim sorumluluğunu hasta ve hekim arasındaki sözleşme ilişkisinden veya bir haksız fiilden kaynaklanmak üzere iki bölüme ayırarak incelemek mümkündür. Hekim ve hasta arasında açık veya örtülü bir sözleşmenin varlığı durumunda hukuki sorumluluğun kaynağını bu sözleşme oluşturmaktadır. Sözleşmeden kaynaklanan sorumluluk, sözleşmeden doğan yükümlülükleri üstlenen hekimin, bunları ya hiç ya da gereği gibi yerine getirmemesi sonucunda hastaya verdiği zararı tazmin yükümlülüğünü ifade etmektedir (Şenocak, 1998, s.:9).

Zarar ögesi bulunmaksızın bir tazmin yükümlülüğünden söz edilemez. Tıbbi girişimlerde maddi zarar, hekimin sözleşme ile üstlendiği yükümlülükleri yerine getirmesi halinde hastanın kavuşmuş olacağı sağlık durumu ile mevcut durum arasındaki farkın parasal karşılığını, manevi zarar ise yerine getirilmeyen yükümlülükler nedeniyle hastanın duyduğu bedensel ve manevi acıları ifade etmektedir (Şenocak, 1998, s.:9,10).

Hekim açısından sözleşmeye bağlı bir sorumluluğun doğabilmesi için, hekimin üstlendiği yükümlülükleri kasten veya ihmal ile yerine getirmemiş olmalıdır. Bir başka deyişle, hukuki anlamda hekimin kusurluluğu söz konusu olması gereklidir. Anlaşmazlık halinde kusurlu olmadığını ispat yükümlülüğü hekime düşmektedir (Şenocak, 1998, s.:11).

Sözleşmeden kaynaklanan sorumlulukla ilgili olarak son bir şart da, hekimin kusurlu davranışı ile söz konusu zarar arasında nedensellik bağının bulunmasıdır. Bir anlaşmazlık durumunda uygun nedensellik bağının ispatlanması zarar gören tarafa düşmektedir (Şenocak, 1998, s.:11).

Mevzuatımızda sözleşmeden doğan hukuki sorumluluk 818 sayılı Borçlar Kanunu'nun 96. Maddesi ile düzenlenmiştir (Şenocak, 1998, s.:11).

Hasta ile hekim arasında açık ya da örtülü bir sözleşmenin bulunmadığı, haksız fiil ve olağan sebep sorumluluğu kapsamında söz edilen işveren olarak çalıştırılan kişilerden ve sahibi olunan araç ve makinelerden kaynaklanan zarar durumlarında da hukuki sorumluluk doğmaktadır. Haksız fiilden söz edilebilmesi için hekimin olumlu veya olumsuz bir davranışının, maddi ve/veya manevi bir zararın bulunması, hekimin kasti ya da ihmali kusurluluğu, davranışın hukuka aykırılığı, kusurlu davranışla zarar arasında nedensellik bağı koşullarının sağlanması gerekmektedir. Haksız fiilleri konu alan anlaşmazlıklar 818 sayılı Borçlar Kanunu'nun 41. maddesine göre çözümlenmektedir (Şenocak, 1998, s.:12,13,14).

Zarara neden olan davranış kimi zaman hem sözleşme yükümlüğünün yerine getirilmemesi, hem de haksız fiil niteliğinde olabilmektedir. Yargıtay'ın görüşlerine göre, bu gibi durumlarda zarar gören iddiasını ister sözleşmeden kaynaklanan sorumluluğa, isterse haksız fiile dayandırabilmektedir (Şenocak, 1998, s.:14).

Sözleşmeden kaynaklanan sorumlulukla ilgili olarak hukuki zaman aşımı süresi 818 sayılı Borçlar Kanunu'nun 125. maddesine göre on yıldır. Haksız fiilden kaynaklanan hukuki sorumluluk konusunda ise zaman aşımı süresi Borçlar Kanunu'nun 60. Maddesi uyarınca zarar görenin zararı ve haksız fiil failini öğrendiği tarihten itibaren bir yıldır (Şenocak, 1998, s.:16).

Hekim - hasta ilişkisi kendine özgü niteliklere sahip bir ilişkidir. Sözleşmeden kaynaklanan sorumluluktan söz ederken hekim hasta ilişkisinin özellikleri ile hangi

hukuki sözleşme tipinin uyumlu olduğuna da açıklık kazandırmak gerekmektedir. Bu konuda öne sürülen görüşler aşağıda maddeler halinde sunulmuştur:

- Hizmet sözleşmesi: Hizmet sözleşmesi bir hizmet sunulması, bu hizmetin belirli ya da belirsiz bir süre için vaad edilmesi, hizmet karşılığı bir ücretin saptanmış olması, işçinin iş sahibinin emirlerine göre hareket etmesi öğelerini barındırmaktadır. Son bir öge ise iş sahibinin işteki bilgisi nedeni ile işi yönetmesi anlamını taşıyan bağıllık ögesidir. Bu sözleşme tipinin hizmetin belirli ya da belirsiz bir süre için vaad edilmesi ve bağımlılık öğeleri açısından hekim - hasta ilişkisinin nitelikleri ile uyumsuz olduğu görüşü öne sürülmektedir. Tıp uygulamasında özel sağlık kuruluşları ve buralarda çalışmayı kabul eden sağlık çalışanı arasındaki sözleşmenin hizmet sözleşmesi ile uyumlu olduğu ifade edilmektedir (Şenocak, 1998, s.:18,19,20,21)

- İstisna sözleşmesi (Eser sözleşmesi): İstisna sözleşmeleri bir eserin ortaya çıkarılmasını konu almaktadır. Burada insan emeğinin tek bir görüntüsünü taşıyan sonuçların ortaya konulması önemlidir (Şenocak, 1998, s.:21,22). Genel olarak tıbbi girişimlerde elde edilen sonuçların sözü edilen şekilde bir eser özelliği göstermediği kabul edilmektedir. Somut değişikliklerin ağırlıkta olduğu cerrahi girişimler hakkında ise, bu girişimlerin sonuçlarının hekimin emeğinin yanında pek çok etkenle şekillenmesi nedeniyle objektif olarak hekim tarafından üstlenmesine uygun nitelik taşımadığı belirtilmektedir. Ülkemizde cerrahi girişimlerin sonuçları ile ilgili ifade edilen bu yapısal farklılığın estetik amaçlı tıbbi girişimler özelinde göz önüne alınmadığı bağlayıcı bir Yargıtay kararı bulunmaktadır. Yargıtay Onüçüncü Hukuk Dairesi' nin 05/04/1993 tarih ve 1993/2741 sayılı kararına göre *“Estetik ameliyatlarda ameliyatı yapan doktor, estetik görünüm konusunda belirli bir teminat vermişse, taraflar arasındaki bu sözleşme eser sözleşmesidir. Eser sözleşmesinde de vekalet aktinde olduğu gibi yüklenici, işi sadakat ve özenle yapmakla borçlu olup doktor; tıbbi faaliyetlerde bulunurken mesleki şartları yerine getirmek, bilimsel tıbbın kurallarını gözetip uygulamak zorundadır. Aksi halde doktor tıbbın verilerini yanlış ya da eksik uygulamışsa, mesleğinin gerektirdiği özel*

koşullara gereği ve yeteri kadar uymamışsa, mesleki kusurun varlığı kabul edilmelidir. Davalı doktor mesleki bilgisinin icaplarını yerine getirdiğini ispatla yükümlüdür” (Kök, 2003, s.:202). Tıbbi girişimlerin sonuçlarının hekim emeği dışında pek çok farklı etkenle şekillenmesinden dolayı eser sözleşmelerinde “ayıba karşı tekellüf” hükümlerinin (teslim ve muayene ile ilgili hükümler) de tıbbi girişimler konusunda uygulanamayacağı dile getirilmektedir (Şenocak, 1998, s.:24).

Vekâlet sözleşmesi: Vekâlet sözleşmesi vekile, vekil olduğu kişinin çıkarına ve iradesine uygun bir sonuca yönelik bir iş görmeyi, başarısızlık rizikosunu üzerine almaksızın, nispeten bağımsız olarak yapma borcunu yükleyen bir sözleşmedir. Vekâlet sözleşmesinde öğelerden birisi de işin görülmesinin zamana bağlı olmamasıdır. Ücret ödenmesi vekâlet sözleşmesinin zorunlu öğeleri arasında yer almamaktadır; ancak işin doğası gereği hekim yaptığı eylemler sonucunda ücrete hak kazanmaktadır. Taraflar arasında herhangi bir şekilsel bağlayıcılık olmaksızın açık ve örtülü olarak oluşturulan vekâlet sözleşmesi yine taraflardan herhangi birisi tarafından dilediği zaman sona erdirilebilir. Vekâlet sözleşmesi hekim - hasta ilişkisinin özellikleri ile büyük ölçüde uyum göstermektedir. Tıbbi girişimlerde de hekim hastanın tedavisini içeren bir iş görmeyi üstlenmekte, hastanın ve hastalığın durumuna göre değişebilen herhangi bir süreye bağlı olmaksızın yükümlülüğünü yerine getirmektedir. Hekimler vekalet sözleşmesinde olduğu gibi gerekli sadakat ve özeni göstermekle birlikte sonucu, yani hastanın iyileşmesini garanti etmemektedirler. Hekimler yükümlülüklerini göreceli bir bağımsızlık içerisinde yerine getirmektedirler. Hekim - hasta ilişkisi, vekâlet sözleşmesi ile uyumlu şekilde tarafların diledikleri zaman sonlandırabildikleri güvene dayalı bir ilişkidir. Ücret, tıbbi girişimlerin vekâlet sözleşmesi çerçevesinde gerçekleşmesi için zorunlu olmayan, ancak ücret ödenmesi halinde de vekâlet sözleşmesi için engel oluşturmayacak bir ögedir. Vekalet sözleşmesi ile ilgili anlaşmazlık durumlarında Borçlar Kanunu'nun 396. maddesi hükümleri uygulanmaktadır (Şenocak, 1998, s.:24,25,26,27; Sevindik, 2006, s.:6).

- Kendine özgü yapısı olan bir sözleşme: Bu tip sözleşmeler daha önce bahsedilen sözleşme tiplerinden hiç birisi ile uyumlu olmayan, iyi niyet ve yaygın kabuller çerçevesinde yürütülen sözleşmeleri içermektedir. Bu tip sözleşmeler ile ilgili anlaşmazlıklar diğer sözleşme tipleri ile ilgili kanun hükümlerine kıyasen ve Borçlar Kanunu'nun genel hükümlerine göre çözümlenmektedir (Şenocak, 1998, s.:27).
- Hekim hasta ilişkisinin her olay için, olayın nitelikleri ile uyumlu sözleşme tipine göre, özel olarak değerlendirilmesi (Şenocak, 1998, s.:18-22,24).

Sıralanan görüşler içerisinde öğreti ve uygulamada hakim görüş hekim ile hasta arasındaki sözleşmenin vekâlet sözleşmesi tipi ile uyumlu olduğu yönündedir (Şenocak, 1998, s.:18).

Tıbbi girişimler bir özel hastanede çalışan hekim veya kamu sağlık kuruluşunda memur olarak görev yapan hekim tarafından gerçekleştirildiğinde, hekimin kusurlu bir davranışı ile hasta için bir zarara neden olması durumunda hekimle hasta arasındaki anlaşmazlık haksız fiil ilişkisi çerçevesinde Borçlar Kanunu'nun 41. Maddesine göre çözümlenmektedir. Bu gibi durumlarda hasta özel hastane ile bir sözleşme ilişkisi içerisine girmekte, hekim hastane ile arasındaki hizmet sözleşmesi gereği hastanenin yardımcı kişisi durumunda olmaktadır. Tıbbi girişimin kamu sağlık kurumunda gerçekleşmesi durumunda ise hekim ile hasta arasında özel hukuk ilişkisi bulunmamaktadır. Acil durumlar, cerrahi girişimlerin genişletilmesi gibi hekimin vekâletsiz iş gören olarak hareket ettiği durumlarda, hekim davranışı hukuka uygun bir davranış ise sözleşme benzeri bir fiil, hukuka uygun olmayan bir davranış ise haksız fiil kapsamında değerlendirilmektedir (Şenocak, 1998, s.:30,31).

1.6. Hekimin Cezai Sorumluluğu

Tıbbi girişimler ile ilgili olaylar idare mahkemeleri, askeri mahkemeleri, hukuk mahkemeleri ve ceza mahkemelerinde davalara konu olmaktadır. YSS'nin tezin

kapsadığı yıllarda ceza davaları için görüşüne başvurulması zorunlu resmi bilirkişilik kurumu olması nedeniyle, sağlık çalışanın ceza hukuku açısından durumu büyük önem taşımaktadır.

Türk hukuk sisteminde sağlık çalışanlarının mesleki faaliyetlerini düzenleyen başta anayasa olmak üzere pek çok kanun, tüzük ve yönetmelik bulunmaktadır (Şenocak, 2004, s.:38).

Hekimin cezai sorumluluğu, hekimin eylemi nedeni ile ceza kanununda o eyleme karşılık olarak getirilen ceza yaptırımlarını taşıma zorunluluğudur (Katoğlu, 2004, s.:64). Mevcut yasalarımıza göre, özellikle hekime yönelik ceza yargılaması açısından herhangi bir özel düzenleme bulunmamakta, genel düzenlemelerle sorun çözülmeye çalışılmaktadır (Kök, 2009, s.:389).

Tıbbi etkinliklerin bütününe yönelik yürürlükte olan düzenlemeler özetle aşağıdakilerden oluşmaktadır:

- 1218 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun.
- 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Kanunu.
- Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi.
- HHY (Şenocak, 2004, s.:38).

Hekimlerin hukuki sorumlulukları söz konusu olduğunda Borçlar Kanunu ve Medeni Kanun'unun ilgili hükümlerine, cezai sorumluluğu söz konusu olduğunda ise TCK'ye ve bir kısım sağlık mevzuatında yer alan ilgili hükümlere başvurulmaktadır (Şenocak, 2004, s.:38).

Hekimlerin cezai sorumluluğu üç alt başlık altında incelenebilir:

- Hekimin kasten işlediği suçlar dolayısıyla cezai sorumluluğu.
- Kamu hizmeti olarak örgütlenmiş sağlık hizmeti içinde üstlendiği görevler ve devlet memurluğu dolayısıyla cezai sorumluluğu.
- Tıp Meslek ve Sanatının İcrasından Kaynaklanan Cezai Sorumluluğu.
 - Sağlık mevzuatının özel cezai hükümlerine aykırı fiiller nedeniyle ceza sorumluluğu.
 - Tedavi edici tıbbi fiilleri nedeniyle cezai sorumluluğu (Katoğlu, 2004, s.:64-65).

1.6.1. Hekimin Kastan İşlediği Suçlar Dolayısıyla Cezai Sorumluluğu

Tedavi amacı, yaşama ve vücut bütünlüğüne yönelik tıbbi müdahaleleri hukuka uygun saymanın temelinde yer almaktadır. Bunun dışında kalan, tedavi amacının bulunmadığı açık olan kasten adam öldürme (ötanazi) ve yaralama fiilleri hakkında hekimler ve diğer suç failleri arasında kuramsal olarak fark yoktur (Katoğlu, 2004, s.:66).

1.6.2. Kamu Hizmeti Olarak Örgütlenmiş Sağlık Hizmeti İçinde Üstlendiği Görevler ve Devlet Memurluğu Dolayısıyla Cezai Sorumluluğu

Hekimler yönetici olarak ve idare yetkisi olmaksızın kamu görevi üstlenebilir. Hekimler kamu görevlisi olduklarında kamu görevlileri için geçerli cezai düzenlemelerin bağlayıcılığı altında bulunurlar.

Görev suçları konusunda memur olarak kabul edilecek kişilerin cezai sorumluluğu 765 sayılı TCK 279. madde de düzenlenmiştir. Bu genel maddenin bağlayıcılığında

devlet memuru sayılan kişiler ile ilgili olarak başlıca görev suçları ve 765 sayılı TCK'nin ilgili maddeleri aşağıda verilmiştir (Türk Ceza Kanunu (Mülga), 1926).

Çizelge 1.7. 765 sayılı Türk Ceza Kanununda görev suçları

Suç	765 Sayılı TCK'nin İlgili Maddesi
Zimmet	Madde 202
İrtikap	Madde 209
Rüşvet	Madde 211-220
Devlet Alım Satımlarında Menfaat Sağlama	Madde 208
Memurun İşlediği Hürriyeti Tahdit Suçu	Madde 181
Görevi İhmal	Madde 230
Görevi Kötüye Kullanma	Madde 240

Tabloda görülen suçlar ile ilgili açıklamalara temel kavramlar bölümünde yer verildiği için burada tekrar üzerinde durulmayacaktır. Hekimlerin işledikleri görev suçları ile diğer devlet memurları tarafından işlenen görev suçları arasında önemli bir farklılık olmadığı dile getirilmiştir. Hekimler açısından vurgulanması gereken bir nokta hekimin tıp mesleğinin kuralları ve tıbbın bilimsel gerekleri ile idare emirleri arasında sıkıştığı durumlardır. Bu gibi durumlarda memur olarak görev yapan hekimlerin tıp mesleğinin gerekliliklerine göre hareket etmeleri uygun olacaktır. Tıbbın gerekliliklerine aykırı bir fiil, tıbbi müdahalelerin yetki icrası şartı yerine gelmediği için tıbbi müdahale kapsamı dışına çıkmaktadır. İdare emri, fiili tıbbi müdahale kapsamı dışına çıkaracak nitelikte ise hekimin emri yerine getirmemesi durumunda görevi ihmal suçu işlendiği şeklinde yorumlanamaz. Aksi takdirde hekim anayasanın konusu suç teşkil eden emirlerin yerine getirilmesi ceza sorumluluğuna engel olamaz emrine göre suçlu duruma düşmektedir. Burada sözü edilen fiillerin hekimin doğrudan tıp mesleğinin uygulaması ile ilgili etkinlikleri olduğunu ve hekimlerin idari görevlerinin bunun dışında değerlendirilmesi gerektiğinin hatırlatılmasında yarar bulunmaktadır (Katoğlu, 2004, s.:65,66).

1.6.3. Tıp Meslek ve Sanatının İcrasından Kaynaklanan Cezai Sorumluluk

1.6.3.1. Sağlık Mevzuatının Özel Cezai Hükümlerine Aykırı Fiiller Nedeniyle Cezai Sorumluluğu.

Sağlık mevzuatımızı oluşturan çeşitli özel düzenlemelerin içerisinde pek çok ceza normu yer almaktadır. Bu bölümde başlıca ceza normlarına ve tezin temel odağında yer alan Kadın Hastalıkları ve Uzmanlık alanını ilgilendiren ceza normlarına kısaca değinilecektir.

- Meslek sırrının açıklanması suçu: TCK 198.
- Suç Fiilini Bildirmeme Suçu: TCK 530.
- Memur Olmayan ya da Memur Gibi Cezalandırılmayan, Doktor, Eczacı ya da Sağlık Memurunun Resmi Makamlara Sunulmak Üzere Özel Nitelikte Sahte Rapor Düzenlenmesi ve Bu Raporların Kullanılması Suçları: TCK 354.
- Hastanın Rızasını Almama Suçları.
- Gerekli Tıbbi Yardımda Bulunmama Suçları: TCK 476/2, Hususi Hastaneler Kanunu 32, 44.
- Çocuk Düşürme ve Düşürtme Suçları: TCK 468, 469, 470.
- Kısırlaştırma ile İlgili Suçlar: TCK 471.
- Organ Nakli ile İlgili Suçlar: 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun 15.

- Tıbbi Deneyler ile İlgili Suçlar: Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi 10,11.
- Sağlık Bakanlığınca çıkartılan yönetmeliğe aykırı doğum kontrol yöntem ve araçlarının uygulanması: Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, Sayı 2827, madde 8.

1.6.3.2. Hekimlerin Gerçekleştirdiği Tıbbi Girişimlere Bağlı Taksire Dayalı Cezai Sorumluluğu

Tıbbi müdahalelerde amaç, olanı tedavi etmek ve yaşam kurtarmaktır. Amacı vücut bütünlüğüne ve yaşama yönelik zarar vermek olan, vücut dokunulmazlığına karşı suçlar kapsamında değerlendirilen “yaralama” ve hayata karşı suçlar altında değerlendirilen “öldürme” suçundaki manevi unsurları taşımamaktadır.

Bu gerekçeyle sağlık çalışanları tıbbi müdahalelerinden doğan zararlar “taksir” kapsamında değerlendirilmektedir (Sevindik, 2006, s.:5).

Türkiye’de tıbbi girişimden doğan ceza sorumlulukları aşağıdaki kanun maddeleri kapsamında değerlendirilmektedir.

- TCK m.230: Görevi ihmal
- TCK m.459: Taksirle müessir fiil
- TCK m.455: Taksirle adam öldürme (Özkara ve ark., 2004, s.:152)

1.7. Kadın Hastalıkları ve Doğum Alanındaki Tıbbi Faaliyetleri Düzenleyen Mevzuat

Yapılan her tıbbi uygulama hem uluslararası belgelerin hem de ülkemizde yapılıyor ise iç hukukumuzun hükümlerince düzenlenmektedir. İç hukukumuzda genel anlamda üç kategoride mevzuatımız incelenebilir. Sınıflamamızda birinci kısmı genel olarak tıbbi uygulamaları uzmanlık alanı gibi farkları gözetmeksizin düzenleyen hukuki metinleri, ikinci kısımda tıbbın uzmanlık alanlarına özgü özel uygulamaları düzenleyen hukuki metinleri, üçüncü kısım ise tıbbi uygulamalardan doğan anlaşmazlıklarda başvurulmuş genel hukuki metinleri içermektedir.

KHD uzmanlık alanını ilgilendiren Türk hukuk sisteminde yer alan düzenlemeler özetle aşağıdakilerden oluşmaktadır:

- 2827 sayılı, 24.05.1983 tarihli Nüfus Planlaması Hakkında Kanun.
- 83/7395 sayılı Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük.
- Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği.
- 06.02.1997 tarihinde resmi gazetede yayınlanan Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliği.
- 10.06.1998 tarihinde resmi gazetede yayınlanan Genetik Hastalıklar Tanı Merkezleri Yönetmeliği (Şenocak, 2004, s.:38,39).

Gebelik izlemi ve buna özgü tıbbi uygulamalar: KHD uzmanlığı diğer tıp uzmanlıklarından farklı olarak gebe kadın ve ana rahmindeki fetus olmak üzere iki canlı, hekimin karşısında yer alır. 280 ± 10 günlük gebelik sürecinde bu iki canlı

birlikte fizyolojik bir değişim, gelişim süreci geçirirler. Gebelik izleminde olayların doğal seyirinde olup olmadığı gözlenir (Beksaç ve ark., 2004a, s.:186,187).

Gebelik izlemi ve “antenatal bakım”da amaç riskli gebelikleri belirlemek ve ihtiyaç duyulan gebeliklerde gereken müdahaleleri planlamaktır (Beksaç ve ark., 2004a, s.:193).

Gebelik izlemi sırasında yapılan uygulamalar üç hedefe yönelik olarak gruplanarak incelenebilir. Bu hedeflerden ilki düzenli aralıklarla gebe kadının izlemidir. Bu aralıklar genellikle ilk 7 ay ayda bir, 8. ve 9. aylarda 15 günde bir, son ay gerekirse her hafta olarak uygulanmaktadır. Gebe kadının vital bulguları, ve diğer sistemlerine yönelik olası sorunlar araştırılır. Normal gebelik izleminde uygulanacak rutin laboratuvar araştırmaları ve uygulama haftaları ülkemizde karara bağlanmamıştır (Beksaç ve ark., 2004a, s.:186,187).

İkinci hedef ise fetusun gelişiminin izlemidir. Fetal görüntülemeye olanak veren “obstetrik ultrasonografi (USG)” uygulaması bu izlemde çok önemli yere sahiptir. Obstetrik USG uygulamasının sıklığı, kimin tarafından yapılacağı ve zamanlaması ülkemizde karara bağlanmamıştır. Genel olarak bir defa uygulama yapılacak ise 18-19. Gebelik haftaları tercih edilmektedir (Beksaç ve ark., 2004a, s.:186,187).

Önceki yıllarda “obstetrik USG” ifadesi kullanılmakta iken sonraki yıllarda “fetal USG” kavramı ortaya atılmış, birinci ve ikinci kademe USG uygulamalarından söz edilmeye başlanmıştır. Fetal USG incelemeleri birinci trimester tarama programlarının ayrılmaz bir parçası olmak yolundadır (Beksaç ve ark., 2004a, s.:189).

Üçüncü hedef ise gebe kadın - çevre ilişkisi ile ilgili koruyucu hekimlik çalışmalarınıdır. Bu çerçevede aşı programları, tetanoza karşı koruma gibi önlemler yer alır (Beksaç ve ark., 2004a, s.:186,187).

Birinci trimester tarama testleri fetusta ve annede sık görülen hastalıkların tanısı amacı ile yapılan biyokimyasal, hematolojik, hormonal testler ve USG görüntülemelerinden oluşmaktadır. Bu testlerden bazılarının yapılması bilimsel olarak zorunlu görülmekte, bazıları ise tüm yazarlar tarafından zorunlu bulunmamaktadır. Genel olarak bu kapsamda değerlendirilen testler aşağıda görülmektedir:

Gebelik Tansı aldıktan sonra,

- Yapılması zorunlu görülen testler:
 - Tam kan sayımı
 - İdrar tahlili
 - İdrar kültürü
 - Kan grubu tayini ve gerekli olması durumunda coombs testi.
 - Rubella, sifiliz, HIV ve hepatit B için antikor testleri
 - Servikal smear
 - USG incelemesi
- Yapılması zorunlu olmayan testler:
 - CMV, toxoplasma, klamidy antikor taramaları
 - Serviko vaginal kültür

Birinci trimester tarama testi,

- 11-14 gebelik haftaları arasında down sendromu tanısına yönelik olarak PAPP-A, serbest β HCG ve USG incelemesi (Beksaç ve ark., 2004a, s.:191,192).

İkinci trimesterde nöral tüp defektleri, Down sendromu ve trizomi 18 gibi genetik hastalıkların tanısına yönelik üçlü tarama testi yapılmaktadır. Bu test kapsamında gebe kadın kanında alfa-fetoprotein (α FP), β hCG, uEstriol ölçümü yapılmakta, sonuçlar bilgisayar ortamında gebenin yaşı ile birlikte değerlendirilerek risk hesaplanmaktadır. Down sendromu tanısına yönelik olarak dimerik inhibin-A ölçümü de eklenerek quad test adı verilen dördü test uygulaması da yapılmaktadır. Gelişmiş merkezlerde uygulanan “integre test” adı verilen testte down sendromu ve trisomi 18 tanısına yönelik olarak birinci trimesterde USG ile NT (ense saydamlığı) ölçümü ve PAPP-A için kan alınmasını, ikinci trimesterde ise dördü test (quad test) uygulamasını birlikte içeren uygulamalar gerçekleştirilmektedir. İkinci trimesterde USG incelemesi yine kullanılan yöntemler arasındadır (Beksaç ve ark., 2004a, s.:192).

Gebe kadın ve aileye gebeliğin normal seyri için yapılması gerekenler, gebe kadın ve aileye sunulacak hizmetlerin kapsamı ve bunlara ulaşım yolları hakkında KHD hekimi tarafından danışmanlık hizmeti vermesi gebelik izlemi ve “antenatal bakım” sürecinde yer alır (Beksaç ve ark., 2004a, s.:197).

Gebelik izlemi ve “antenatal bakım” kapsamındaki hizmetler T.C. Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü kontrolünde pek çok çeşit sağlık kuruluşu tarafından yürütülmektedir (Beksaç ve ark., 2004a, s.:193).

Hizmetler 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun (ilgili yönetmelikleri), 3960 sayılı Kalıtsal Hastalıklarla Mücadele Kanun hükümlerine göre sürdürülmektedir (Beksaç ve ark., 2004a, s.:193).

Hukuk sistemimiz içerisinde gebelik izlemi kapsamına giren tıbbi uygulamalara yönelik özel hukuki düzenlemeler bulunmamaktadır (Burcu ve Şenocak, 2004, s.:11).

Bu sebeple bu uygulamalar başta anayasa olmak üzere, Özel Hukuk ve Kamu Hukuku Hükümleri , Tababet ve Şurabatı Sanatların Tarzı İcrasına Dair Kanun, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü ve HHY, Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, Kalıtsal Hastalıklarla Mücadele Kanunu gibi düzenlemelere göre değerlendirilmektedir (Beksaç ve ark., 2004a, s.:195,196).

Saptanması bilimsel olarak olanaklı olan riskli bir gebeliğin gebelik izlemi ve antenatal bakım sürecinde tespit edilememesi özen eksikliği olarak değerlendirilebilir. Hekimin gebe kadın ve aileye karşı hukuki sorumluluğunun doğması, gebe kadın ya da fetus açısından bir zararın meydana gelmiş olması ve riskli gebeliğin tespiti halinde gebeliğin sonlandırılabilir nitelikte olması, zararın azaltılması veya ortadan kaldırılması şansının bulunmasına bağlıdır (Beksaç ve ark., 2004a, s.:198).

Sterilizasyon: Sterilizasyon işlemi dünya genelinde doğum kontrolü amacı ile sık başvurulan yöntemler arasında yer almaktadır. Ülkemizde sterilizasyon işlemi 1983 tarihli Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'un 4. Maddesi ile düzenlenmiştir. Kanunda Sterilizasyon işlemi “bir erkek veya kadının çocuk yapma kabiliyetinin cinsi ihtiyaçları temine mani olmadan izalesi için yapılan müdahale” şeklinde tanımlanmaktadır.

1983 tarihli Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'un 4. Maddesi ikinci fıkrasına göre sterilizasyon işleminin uygulanması isteğe bağlı olarak herhangi bir endikasyon aranmaksızın yapılabilmektedir. Sterilizasyon işlemi uygulanmadan önce ilgili kanunda düzenlenen aşağıdaki şartların göz önünde bulundurulması gerekmektedir:

- Sterilizasyon işleminin uygulanması konusunda tıbbi bir sakınca bulunmaması.

- Sterilizasyon işlemi için başvuran kişinin reşit olması.
- Sterilizasyon işlemi için başvuran kişi evli ise eşinin de rızasının alınması (Mad. 6/2) (Şenocak, 2004, s.:39).

Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun'a dayanılarak çıkarılan Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük'de sterilizasyon uygulamalarını yapmakla yetkili sağlık çalışanları ve uygulamanın yapılacağı sağlık kurumları aşağıdaki biçimde düzenlenmiştir:

- Kadınlara uygulanacak sterilizasyon işlemi: KHD ya da genel cerrahi uzmanları yetkilidir. (Mad. 10/2) Sterilizasyon işlemi yalnızca resmi tedavi kurumları ve özel hastanelerde uygulanır.
- Erkeklerle uygulanacak sterilizasyon işlemi: Üroloji uzmanları, KHD uzmanları, genel cerrahi uzmanları, Sağlık Bakanlığı'nca konu ile ilgili kurs görerek yeterlik belgesi almış pratisyen hekimler yetkilidir. (Mad. 10/3) Sterilizasyon işlemi uzman hekimler tarafından mesleklerini uyguladıkları yerde, pratisyen hekimler tarafından ise resmi tedavi kurumlarında uygulanabilir (Şenocak, 2004, s.:39,40).

“Bir erkek veya kadın üzerinde rızası olmaksızın sterilizasyon yapılması” ve “Sterilizasyon ameliyatı yapma yetkisi olmayan bir kimsenin, (kendisine sterilizasyon tatbik edilen) kişinin rızası ile bu ameliyeyi yapması” suçlarında TCK'nin 471. maddesi uygulanır (Şenocak, 2004, 40).

Kastrasyon: “Kastrasyon, cinsel salgı bezlerinin alınması suretiyle cinsel faaliyette bulunma ve üreme yeteneğinin bütünüyle ortadan kaldırılmasıdır.” Kastrasyon işlemi cinsel ilişkide bulunma yeteneğini de ortadan kaldırması nedeni ile sterilizasyon işleminden daha ağır sonuçlar doğurmaktadır.

Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'un ikinci maddesinin dördüncü fıkrasında "Bu Kanunun öngördüğü haller dışında kastrasyon yapılamaz" denilmektedir. Aynı kanunun 4. maddesinde ise "Bir ameliyatın seyri sırasında tıbbi zaruret nedeniyle bir hastalığın tedavisi için kastrasyonu gerektiren hallerde, kişinin rızasına bakılmaksızın kastrasyon ameliyesi yapılabilir." ifadesi yer almaktadır (Şenocak, 2004, s.:40).

Gebeliğin Sona Erdirilmesi: 1983 tarihli Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'un 5. maddesine göre, ananın sağlığı açısından tehlike olmadığı sürece, gebeliğin onuncu haftası doluncaya kadar istek üzerine gebeliğin sona erdirilmesi mümkündür.

Aynı yasanın 2. maddesine göre gebelik süresinin on haftadan fazla olduğu durumlarda ananın rızası ile gebeliğin sonlandırılması aşağıdaki tıbbi endikasyonların bulunması halinde mümkündür:

- Gebelik nedeniyle annenin hayatını veya hayati organlarından birini tehdit eden bir tehlikenin varlığı.
- Doğacak çocuğun ağır maluliyete uğraması tehlikesi varlığı.
- Çocuğun doğumu halinde gelecek nesiller için maluliyet tehlikesinin varlığı.

Nüfus Planlaması Hakkında Kanunda genel olarak dile getirilen endikasyonlar, Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük ekli 2 sayılı listede detaylı olarak verilmiştir.

Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'un 6. maddesi ile gebelik sonlandırılması işleminde rıza konusu düzenlenmektedir. Gebe kadın küçük ise velisinin rızası da gereklidir. Gebe kadın vesayet altında ve ayırt etme kabiliyetine sahip ise kendi rızası ve vasisinin rızası yanında sulh mahkemesinden izin alınması da gerekmektedir (Şenocak, 2004, s.:41).

Onuncu haftaya kadar olan gebeliklerin isteğe bağlı sonlandırılmasında gebe kadın evli ise 6. maddenin ikinci fıkrası uyarınca eşinin de rızası şart koşulmaktadır. On haftayı aşkın gebeliklerin tıbbi endikasyonlar nedeni ile sonlandırılmasında gebe kadının evli olması halinde eş rızasından söz edilmemektedir. Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük ilgili maddeleri uyarınca alınacak olan rızanın yazılı olması ve Tüzük'e ekli izin belgesi doldurulmak sureti ile oluşturulması zorunluluğu ifade edilmektedir (Şenocak, 2004, s.:42).

Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük'ün 3. maddesine göre onuncu haftaya kadar olan gebeliklerde KHD uzmanları ve Sağlık Bakanlığınca açılan kurslarda yeterlik belgesi almış olan hekimler KHD uzmanının gözetiminde olmak üzere menstruel regülasyon yöntemi kullanılmak kaydı ile rahim tahliyesi yapılması konusunda yetkilidir. 4. maddeye göre onuncu haftaya kadar olan gebeliklerde rahim tahliyesi KHD uzmanlarınca mesleklerini uyguladıkları yerlerde, pratisyen hekimlerce ise sadece resmi tedavi kurumlarında uygulanabilir (Şenocak, 2004, s.:42).

Eğer rahim tahliyesi işlemi anestezi uygulanmasını gerektiriyor ise, ancak resmi tedavi kurumları ve özel hastanelerde uygulanabilir. Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük'ün dördüncü maddesi birinci fıkrasına göre özel muayenehanelerde anestezi uygulanarak rahim tahliyesi yapılamaz (Şenocak, 2004, s.:42).

Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük'ün beşinci maddesi ikinci fıkrasına göre gebeliğin tıbbi endikasyona bağlı sonlandırılması işlemi konusunda sadece KHD uzmanları yetkilidir. Tıbbi bir endikasyon nedeni ile gebelik sonlandırılması durumunda, gebelik sonlandırılmasına neden olan hastalığın ilgili olduğu uzmanlık alanından bir hekim ve işlemi gerçekleştirecek olan KHD uzmanının birlikte düzenleyecekleri bir raporla saptanması zorunludur. Bu hazırlanacak rapor klinik ve laboratuvar bulgularına dayandırılmalıdır. Hazırlanacak olan rapor KHD uzmanı tarafından gebelik

sonlandırma işlemi ve sonucu ile ilgili bilgilerin eklenmesinin ardından, il merkezlerinde sağlık ve sosyal yardım müdürlüklerine, ilçe merkezlerinde hükümet tabipliklerine en geç bir hafta içerisinde iletilmesi gerekmektedir (Tüzük 5. md. 2,3.fıkralar, Nüfus planlaması hakkında kanun 5. md. İkinci fıkra)(Şenocak, 2004, s.:42).

Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'un 5. maddesine ve Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük'ün 7. Maddesine göre derhal müdahale edilmediği takdirde gebe kadının hayatını veya hayati organlarından birisini tehdit eden acil durumlarda KHD uzmanına tek başına durumu tespit ve gebeliği sonlandırma yetkisi verilmiştir. Acil durumları içeren bir liste Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük'ün 8. maddesinde yer almaktadır. Hekim kadının kimliğini, yapılan müdahaleyi, müdahaleyi gerektiren tıbbi nedenleri, müdahale sonucunu düzenleyeceği bir raporla 24 saat içerisinde il merkezlerinde sağlık ve sosyal yardım müdürlüklerine, ilçe merkezlerinde hükümet tabipliklerine iletmek zorundadır (Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük'ün 9. md.) (Şenocak, 2004, s.:42).

TCK'da çocuk düşürme ve düşürtme suçlarını düzenleyen hükümler 468 vd. maddelerinde yer almaktadır. On haftayı aşkın gebeliklerin Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük ekli 2 sayılı listede yer alan endikasyonlar söz konusu olmaksızın sonlandırılması TCK' nin 468. maddesinin 2 ve 4. fıkraları uyarınca hekimin ve rızası varsa annenin cezai sorumluluğunu gerektirir (Şenocak, 2004, s.:41,42).

Yapay Dölleme: Ülkemizde yapay dölleme uygulamaları “Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği” ile düzenlenmiştir. Üremeye Yardımcı Tedavi Yöntemlerinin kapsamını ilgili yönetmeliğe göre anne adayının yumurtası ile kocanın spermını çeşitli yöntemlerle döllenmeye elverişli hale getirerek, gerektiğinde vücut dışında döllenmesini sağlayıp, gametlerin veya embriyonun anne adayının genital

organlarına transferini ifade eden ve modern tıpta bir tedavi yöntemi olarak kabul edilen uygulamalar oluşturmaktadır (Md.4) (Şenocak, 2004, s.:43).

Üremeye yardımcı tedavi yöntemlerinin uygulanabileceği hastalar, Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği'nin hasta seçim kriterleri adını taşıyan iki numaralı ekinde belirlenmiştir. Buna göre aşağıdaki şartların sağlanması gerekmektedir:

- Üremeye yardımcı tedavi yönteminin uygulanacağı kişilerin evli çift olması.
- Bu evli çiftin sadece kendilerine ait üreme hücrelerinin kullanılması.
- Evli çiftin üremeye yardımcı tedavi yöntemleri dışında mevcut tedavi olanakları ile çocuk sahibi olamadıklarının belgelenmiş olması (Şenocak, 2004, s.:43).

Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği "Yasaklar" adını taşıyan 17. maddesinde uygulama kapsamında yapılabilecek işlemlere sınırlamalar getirmiştir. Adaylardan alınan yumurta ve sperm hücreleri ile elde edilen embriyoların başka amaçlarla veya başka adaylarda kullanılması, yönetmelik kapsamına giren durumlar dışında bulundurulması, kullanılması, nakledilmesi, satılması yasaklanmıştır (Şenocak, 2004, s.:43).

Adaylardan üremeye yardımcı tedavi uygulaması kapsamında fazla embriyo elde edilmesi durumunda eşlerden her ikisinin rızası alındıktan sonra dondurularak saklanabilir. Bu saklanmış bulunan embriyolar her iki eşinde rızası alınarak üç yılı geçmemek şartıyla merkez tarafından belirlenecek süre içinde aynı adayda kullanılabilir. Saklanmış olan embriyolar aşağıdaki durumlarda derhal imha edilir:

- Saklama azami süresinin sona ermesi.

- Eşlerden birlikte imha yönünde talepte bulunması.
- Eşlerin boşanmalarının hükmen sabit olması (Şenocak, 2004, s.:43).

Yönetmelik yürürlükteki şekli ile heterolog (Evli olmayan kişilerin üreme hücreleri kullanılarak gerçekleştirilen dölleme) döllemeye izin vermemekte, homolog (evli çiftin üreme hücreleri kullanılarak gerçekleştirilen dölleme) döllemeye izin vermektedir. Yönetmelik taşıyıcı annelik uygulamasını ve ölüm sonrası yapay dölleme (Post mortale insemination)'yi de yasaklamaktadır (Şenocak, 2004, s.:43). Yönetmeliğin belirlediği sınırlar çerçevesinde gerçekleştirilen uygulamalar Medeni Kanun'un 282, 285. maddelerince düzenlenen çocuğun ana baba ile soy bağı ilişkisi açısından bir sorun yaratmamaktadır (Şenocak, 2004, s.:44).

Cenin Hukuki Durumu: Öncelikle önemli kavramların tanımlarını gözen geçirmekte yarar vardır.

- Döllenme: Gebeliğin yaklaşık ikinci haftasında fallop tüplerinde anne ve babanın eşey hücrelerinin birleşmesi “döllenme” olarak adlandırılmaktadır.
- İmplantasyon: Döllenmenin ardından embriyo fallop tüpleri içerisinde uterusu doğru gelişerek hareket etmektedir. Embriyonun dördüncü haftanın sonunda uterus kavitesine düşmesinin ardından uterus duvarına tutunması “implantasyon” olarak adlandırılmaktadır.
- Embriyo: Gebelik süresi kırk hafta \pm 10 gün kabul edildiğinde; 8. Hafta sonuna kadar uterusu gelişen canlı “embriyo” olarak adlandırılmaktadır. Bu tanıma göre gebeliğin başlangıcı olarak annenin son adet tarihinin birinci günü kabul edilmektedir. Sekiz hafta sonunda embriyo 2.1-2.5 cm boyunda ve 1 gr ağırlığında bir canlıdır (Beksaç ve ark., 2004b, s.:119).

- Fetus: Gebeliğin dokuzuncu haftasından gebelik süresinin sonuna kadar anne karnında gelişen canlı “fetus” olarak adlandırılmaktadır (Beksaç ve ark., 2004b, s.:119).
- Düşük: Yirmi ikinci gebelik haftasından önce fetusun kaybedilmesi durumunda “düşük” ten söz edilir (Beksaç ve ark., 2004b, s.:120).
- İmmatür Fetus Dönemi: İmmatür fetus dönemi ifadesi ile fetusun uterus içerisinde geçirdiği 22-27. gebelik haftaları arası dönem kastedilmektedir (Beksaç ve ark., 2004b, s.:120).
- Prematüre Dönemi: Fetusun uterusda geçirdiği 28-37. Gebelik haftaları arası dönem “Prematüre Dönemi” olarak adlandırılmaktadır (Beksaç ve ark., 2004b, s.:120).
- Term Fetus: Kırkıncı gebelik haftasına ulaşmış, gelişim olarak yaklaşık 50 cm boyunda, 3200 gr ağırlığında fetus “term fetus” olarak adlandırılmaktadır (Beksaç ve ark., 2004b, s.:120).
- Post Term Fetus: 42. Gebelik haftasına kadar doğum gerçekleşmeyen, anne karnında kalan fetus “post term fetus” olarak adlandırılmaktadır. (Beksaç ve ark., 2004b, s.:120).

Kişilik kavramının tanımlanması bağlamında Türk Medeni Kanununun 8. maddesine göre her insanın hak ehliyeti vardır ve bütün insanlar hukuk düzeninin sınırları içinde haklara ve borçlara ehil olmada eşittirler. Madde 10’da ise fiil ehliyeti düzenlenmiştir: “ayırt etme gücüne sahip ve kısıtlı olmayan her ergin kişinin fiil ehliyeti vardır”. Madde 11’e göre erginlik, 18 yaşının doldurulmasıyla başlar (Beksaç ve ark., 2004b, s.:120).

Cenin hukuki durumuna ilişkin Medeni Kanun'un 28. maddesi aşağıdaki gibidir: *“Kişilik, çocuğun sağ olarak tamamıyla doğduğu anda başlar ve ölümle sona erer. Çocuk hak ehliyetini, sağ doğmak koşuluyla, ana rahmine düştüğü andan başlayarak elde eder”* (Şenocak, 2004, s.:44).

Sağ ve tam doğum şartı ile hak ehliyetinin geciktirici şarta bağlı olarak kazanılması söz konusudur. Kişilik çocuğun tam ve sağ doğması ile kazanılacak ve ana rahmine düştüğü ana kadar geriye dönük hüküm ifade edecektir. Ceninin tam ve sağ olarak doğma şartı gerçekleşmezse kişi olarak dikkate alınmaz. Bu bağlamda hak kazanılması ve kullanılması için cenin adına bir kanuni temsilci tayin edilmesi de mümkün değildir (Şenocak, 2004, s.:44,45).

Miras hukuku açısından Türk Medeni Kanununun 582. Maddesi: Cenin sağ doğmak koşuluyla mirasçı olur” demektedir. 583. Maddede ileride doğacak çocuk ile ilgili *“Mirasın açıldığı anda henüz var olmayan bir kimseye art mirasçı veya art veraset alacaklısı olarak, tereke veya tereke malı bırakılabilir”* denmektedir. 348. ve 643. maddeler de çocuğun miras hakkı bakımından fetus kavramına yer vermektedir (Beksaç ve ark., 2004b, s.:120).

Cenin ana karnında olduğu sürede ananın kişiliğinin parçası olarak sayılmakta, ana rızası alınarak cenine yönelik tıbbi girişimler gerçekleştirilebilmektedir. Cenin sağ ve tam doğmuş ise ana karnında gerçekleştirilen tıbbi girişimlerle ilgili olarak bir zarar oluşmuş ise, geriye dönük etki edecek hak ehliyeti kazanacağından hekime yönelik dava açabilir. Cenin ana karnında gerçekleştirilen bir tıbbi girişim sonucu ölmüş ise sağ ve tam doğma şartı gerçekleşmeyeceğinden ötürü ceninin kişiliğinin korunmasına ilişkin dava açma imkanı yoktur (Şenocak, 2004, s.:45).

Medeni kanunun kişiliğin başlangıcı ile ilgili hükümlerinde yer alan *“ana rahmine düşme anı”*, invitro fertilizasyon söz konusu olduğunda zaman faktörünün önem taşıdığı vakalar için rahim içerisine implantasyon zamanının mı, dölllenme zamanının mı ölçüt alınacağı noktasında netlik taşımamaktadır (Şenocak, 2004, s.:45).

Anne karnında bulunan ceninin yaşam hakkı ile ilgili Medeni Kanun'da bir düzenleme bulunmamaktadır. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'da ve Ceza Kanunu'nun çocuk düşürme ve düşürtme suçları ile ilgili bölümlerinde on haftaya kadar olan gebeliklere anne rızası ile son verilmesi olanağı bulunmaktadır. Bu durumda on haftalık sürede ceninin anne rızasından bağımsız bir yaşam hakkı olduğundan söz etmek mümkün değildir. Nüfus Planlaması Hakkında Kanun hükümlerine göre, tıbbi endikasyon bulunması durumu dışında on haftayı aşkın gebeliklerin sonlandırılması yasaklandığından on haftayı aşkın ceninin yaşam hakkının sınırlı bir şekilde korunduğundan söz edilebilir. Anayasamızın sağlık hakkını düzenleyen 56. maddesi ve ailenin korunmasını düzenleyen 41. maddesine bakıldığında, anne beraberinde dolaylı bir biçimde ceninin de yaşam hakkının korunduğu söylenebilir (Şenocak, 2004, s.:45,46).

1.8. Tıbbi Girişimlerden Doğan Zararlarda Hukuki Süreçte Bilirkişilik Kurumu

1.8.1. Bilirkişilik Kurumu

Yargılama süreci çeşitli aşamalardan geçerek yürütülmektedir. İlk aşama sunulan delillerin değerlendirilmesi ile dava konusu olay veya olgunun belirlenmesidir (maddi mesele). İkinci aşama ise davada uygulanacak olan hukuk kuralının saptanmasıdır. Belirlenen olay veya olgu saptanan hukuk kuralında ifade edilen niteliklerle uyumlu olup olmadığı araştırılmakta ve uyum görülür ise hukuk kuralı davada uygulanarak hüküm verilmektedir (Güldiken, 2005, s.:1).

Hakimin bilimsel ve teknik bilgilerden haberdar olması, gerçeğe uygun değerlendirmeler yapılması ve davanın sonuçlandırılmasında önem taşımaktadır. Hakimlerin her konuda bilgi sahibi olmaları beklenemez. Dava konularında araştırma yapılarak ancak belirli seviyede bilgiye ulaşılabilir ve tam anlamıyla bir uzmanlık sağlanamaz. Yargılama sırasında uzmanlık ve belirli bir bilgi birikiminin gerekli olması durumunda, dava konusunun değerlendirilmesi ve dava ile ilgili bir sonuç

çıkarılması amacı ile gerek hakim kararı gerekse tarafların istemesi halinde bilirkişilik incelemesine karar verilebilir. Bu sayede olayla ilgili delillerin gözden kaçırılmaması ve gerçeğe uygun olarak değerlendirilmesi amaçlanmaktadır (Güldiken, 2005, s.:4,2,7).

Bilirkişilik kurumu ancak mahkeme tarafından bilirkişinin görevlendirilmesinin ardından hüküm ve sonuçlarını doğurmaktadır. Bilirkişilikten farklı olarak, davada taraflardan herhangi birinin sunduğu uzman görüşleri, diğer tarafın kabul etmesi halinde iddia ya da savunmayı güçlendirmek amacıyla yapılan bir açıklama olarak kabul edilir (Güldiken, 2005, s.:10).

Bilirkişilik uygulaması, hakimin delilleri aracı olmaksızın kendi duyu organlarıyla hissetmesi ve algılayıp değerlendirmesi anlamına gelen, doğru ve güvenli yargılamayı güvence altına alan “doğrudanlık ilkesinin” iki istisnasından biri kabul edilmektedir. Bilirkişiler özel ve mesleki bilgi birikimlerini kullanmakta, bunların olaya uygulanması sonrası davanın çözümü için gerekli noktaları saptayarak hakime yardımcı olmaktadır (Güldiken, 2005, s.:4,6).

Toplumumuzda bilirkişilik kurumunun gelişimine baktığımızda Osmanlılar döneminde lonca yapılanmaları içerisinde yer alan, görevlendirilen “ehl-i hibre” adı verilen kişiler ve ehl-i hibre gibi atanmayan ve sürekli görevli olmayan “ehl-i vukuf” adı verilen dalında önde gelen kişilerden söz edilmektedir. Darüşşifa hekimbaşları da lonca yapılanmaları içerisinde yer almayan, loncalardaki ehl-i vukuf benzeri bir konumda olup görüşlerine başvuru alan kişiler arasında sayılmaktadır. Bazı durumlarda görüşlerine başvuru alan kişiler de yaşadıkları bölgeyi iyi bildiklerine işaret eder şekilde “ahali-i vukuf”, “ehl-i vukuf müslimîn”, “bî gazez müslimîn”, olarak adlandırılmışlardır. O dönemde, bugünkü bilirkişilik kurumlarına benzetilebilecek şehrin ileri gelenlerinin oluşturduğu “şühû'd-ül müslimin” adında kurullardan da söz edilmektedir (Abacı, 2002, s.:77,79,80; Güldiken, 2005, s.:33).

Türk Hukukunda 1840 yılında kabul edilen “Ceza Kanunname-i Humayunu”nda ölüm durumunda yapılacak keşiflerde adli tabip bulunması gereği kabul edilmiş, 1851 ve

1858 tarihli ceza kanunlarında mahkemelerde ebe, hemşire ve tabiplerin görüşlerine başvurulmasına zorunluluk getirilmiştir (Güldiken, 2005, s.:33).

1857’de Sultan Abdülmecit tarafından adli tıp ile ilgili olarak “Meclis-i Umûr-ı Tıbbiye-i Mülkiye İdaresi” kurulmuştur. 1879’da adli tabipliğin ilk özel görevi sayılan “Zabıta Tababet-i Adliyesi” ve 1908’de ölüm olayları ile ilgili olarak İstanbul’da “Morg Dairesi” kurulmuştur (Güldiken, 2005, s.:33).

1929 yılında Alman hukukundan uyarlanan Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu ile bilirkişilik kurumu bugünkü anlamında hukuk sistemimizdeki yerini almıştır (Güldiken, 2005, s.:33).

Hukuk sistemimizde Ceza Hukuku, Özel Hukuk ve İdari Hukuk açısından bilirkişilik kurumu ile ilgili düzenlemelerin yer aldığı kanunlar ve ilgili kanun madde numaraları aşağıda tablo halinde sunulmuştur (Güldiken, 2005, s.:6,8,14; Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu (Mülga), 1929; Ceza Muhakemesi Kanunu, 2004; Çocuk Koruma Kanunu, 2005).

Çizelge 1.8, Bilirkişilik kurumu ile ilgili yasal metinler

	Kanunun Adı	İlgili Maddeler
1	Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu	275 - 286
2	İdare Yargılama Usulü Kanunu	31
3	Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu (1412)	65 - 78
4	Ceza Muhakemeleri Kanunu (5271)	62 – 73, 74, 86, 88, 89

Kanun hükümlerinin hakime ve taraflara önceden belirlenmiş kişiler arasından bilirkişi seçmek zorunluluğu getirdiği durumlarda “resmi bilirkişilik” söz konusudur. Bilirkişilik yapmak üzere kurulmuş kurumlar ve çeşitli konularda seçimi zorunlu kılınmış bilirkişiler “resmi bilirkişi” olarak adlandırılmaktadır. En sık başvuru alan resmi bilirkişi olan kurumlar Adli Tıp Kurumu, YSS, Kamulaştırma Bilirkişileri, Darphane, Başbakanlık Küçükleri Mızır Neşriyattan Koruma Kurulu, Emniyet Genel

Müdürlüğü Kriminal Polis Laboratuvarları, Hıfzısıhha Laboratuvarları, Jandarma Genel Komutanlığı Narkotik Analiz Laboratuvarları, Belediye Laboratuvarları, Devlet Hastanesi Sağlık Kurulları, Tıp Fakülteleri Adli Tıp Anabilim Dalları, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Sağlık Kurulları, resmi tabip olmayan yerlerde Özel Hekimler sayılabilir. Bilirkişinin seçimi konusunda kanunen bir zorunluluk bulunmaması durumu ise “resmi olmayan bilirkişi” görevlendirilmesidir (Güldiken, 2005, s.:16,18,19).

Dava konusunda incelemelerini tamamlayan ve ilgili raporu mahkemeye sunan bilirkişi, maddi gerçeğe ulaşma ve savunma hakkının korunması amacıyla görüşlerini mahkemede bizzat açıklamak durumundadır (Güldiken, 2005, s.:11).

Tıbbi uygulamalar sırasında bir zarar söz konusu olduğunda, bunun nedeninin belirlenmesi teknik bilgi ve multidisipliner yaklaşımı içeren tarafsız bir süreci gerektirmektedir. Adli makamlar bu gerekçelerle tıbbi uygulamalardan kaynaklanan durumlarda sağlık alanından bilirkişilerin görüşlerine başvurmaktadır. Tezimizin konu aldığı dönemde Türkiye’de YYSŞ bu işlevi önemli ölçüde yerine getirmektedir (Özkara ve ark. 2004, s.:153).

Bilirkişiler olayı dünyada kabul gören bilimsel veriler ışığında değerlendirerek kendi ifadeleri ile mahkemeye sunarlar (Yorulmaz ve ark., 2006, s.:55).

Tezin incelemiş olduğu 2000-2005 yılları arasındaki dönemde geçerli olmayan 1/6/2005 tarihinde yürürlüğe giren 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu bilirkişi atamasını 63. maddesinde düzenlemiştir.

“Madde 63 - (1) Çözümü uzmanlığı, özel veya teknik bilgiyi gerektiren hâllerde bilirkişinin oy ve görüşünün alınmasına re'sen, Cumhuriyet savcısının, katılanın, vekilinin, şüphelinin veya sanığın, müdafinin veya kanunî temsilcinin istemi üzerine karar verilebilir. Ancak hâkimlik mesleğinin gerektirdiği genel ve hukukî bilgi ile çözülmesi olanaklı konularda bilirkişi dinlenemez.

(2) Bilirkişi atanması ve gerekçe gösterilerek sayısının birden çok olarak saptanması, hâkim veya mahkemeye aittir. Birden çok bilirkişi atanmasına ilişkin istemler reddedildiğinde de aynı biçimde karar verilir.

(3) Soruşturma evresinde Cumhuriyet savcısı da bu Maddede gösterilen yetkileri kullanabilir (Yorulmaz ve ark., 2006, s.:55)."

Bilirkişiler yeni ceza muhakemesi kanunumuza göre İl Adli Yargı Adalet Komisyonları tarafından her yıl düzenlenen bir listede yer alan gerçek veya tüzel kişiler arasından seçilir. Bilirkişilik görevini kabule mecbur olanlar, resmi bilirkişilikle görevlendirilmiş olanlar, kendilerini bilirkişi listelerine kaydettirmiş olanlar, incelemenin yapılabilmesi için bilinmesi gerekli olan mesleği yapmaya resmen yetkili olanlardır. Hekimler hekimlik mesleğini yapmaya yetkili olmaları nedeni ile bilirkişilik yapmayı kabule mecbur olan grup arasında yer almaktadır (Keskin, 2009, s.:350).

1.8.2. Sağlık Alanında Bilirkişilik Etkinliği Sürdüren Kurumlar

Mahkemelerde bilirkişi görüşüne başvurulması ile ilişkili 1412 sayılı Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu'nun (mülga) 66/3 maddesi aşağıdaki gibidir:

"Çözümü özel veya teknik bir bilgiyi gerektiren hallerde bilirkişinin rey ve mütalaasının alınmasına karar verilir. Belirli hususlar hakkında rey ve mütalalarına beyan ile kanun tarafından görevlendirilmiş resmi bilirkişi varsa, hususi sebepler olmadıkça başkası tayin edilemez (Tümer, 2002, s.:19)."

Yargıya intikal eden pek çok farklı konudaki ihtilafları çözümleyebilmek için konunun maddi ve teknik boyutunun iyi bilinmesi gerekmektedir (Keskin, 2009, s.:349).

Hukuk kurallarını uygulamakla görevli hakimlerin her konuda yeterli bilgi sahibi olmaları beklenemez. Hukuk bilgisi ile çözümlenemeyen, hukuk dışındaki konularda bilgi gerektiren durumlarda hakim bu konuda bilgi sahibi bir kişiye danışacaktır. Sözü edilen konulardan biri de yaşam hakkı ve onun en önemli bileşeni olan sağlık hakkıdır. Hakimlerin bir kimsenin ölüm nedeni, oluşmuş bir zararda tıbbi hatanın varlığı ve etkisi ile ilgili soruları cevaplamaları mümkün değildir. Hekimlerin meslek hatalarının ortaya konmasında yargı, yine hekimlerin bilgisine başvurmak durumundadır (Kök, 2009, s.:387,388).

1219 sayılı Tababet ve Şuabatın Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 11. maddesine göre *“Mahkemelerce ihtibar için müracaat edilecek tabipler yalnız bu kanun ile Türkiye'de icrayı sanat salahiyetini haiz olanlardır”* (Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 1928, md.:11).

1219 sayılı Tababet ve Şuabatın Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 13. maddesine göre ise *“Bir kişinin beden ve ruh durumu hakkında yalnızca, bu yasa gereğince hekimlik yapma yetkisi olan hekimler rapor düzenleyebilir. Türkiye'de hekimlik yapma yetkisi olmayan hekimlerin raporları geçerli olamaz”* (Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 1928, md.:13).

Hukuk mahkemelerinde bilirkişilik konusunda Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunumuzun ilgili hükümlerine göre işlem yapılmaktadır. İdari yargılama usulüne baktığımızda İdari Yargılama Usulü Kanununda düzenlenmeyen konularda idari yargıda da doğrudan doğruya Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu'na atıf yapılmıştır (Keskin, 2009, s.:350).

Bilirkişilik Hukuk Usulü ve Muhakemeleri Kanunu ve Ceza Muhakemeleri Kanununda ayrı ayrı düzenlenmiştir. Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanununun 275. maddesinde *“çözümü özel ve teknik bir bilgi gerektiren konularda bilirkişiliğe başvurulabileceği”* açıklaması yer almaktadır. Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanununun 276 maddesinde bilirkişi seçiminin davalı ve davacı tarafın birlikte anlaşması ile seçilmesine yer verilmiştir. Ancak uygulamada tarafların uzlaşmaları

sıklıkla mümkün olmadığından hakimin bilirkişi seçiminde daha yetkili olduğu kabul edilmelidir (Yılmaz, 2009, s.:399,400).

Ülkemizde tıbbi girişimleri konu alan davalar büyük oranda Sağlık Bakanlığı düzeyinde YSS, Adalet Bakanlığı düzeyinde de Adli Tıp Kurumu bilirkişiliği ile mahkemeler tarafından karara bağlanmaktadır. Bunların yanı sıra Yüksek Öğretim Kurumları'ndan bilirkişi görüşü alınması Adli Tıp Kurumu Kanunu'nun 31. madde desinde düzenlenmiştir. Diğer adli ekspertiz kurumları başlığı altındaki maddede *“Yükseköğretim kurumları veya birimleri, adli tıp mevzuatı çerçevesinde adli tıp olaylarında ve diğer adli konularda Ceza Muhakemeleri Usulü Kanununa göre resmi bilirkişi sayılır. Bu birim ve kliniklerde tetkik edilecek adli tıp ile ilgili işler yönetmelikte belirlenir”* ifadesi yer almaktadır. Yüksek Öğretim Kurumları'nın bilirkişilik etkinlikleri ile ilgili olarak Yüksek Öğretim Kanunu'nun 37. maddesinde mahkemelerin teknik ve uzmanlık isteyen her konuda üniversite ve bağlı birimlerinden yararlanabilecekleri düzenlenmiştir. Aynı kanunun 38/2. maddesinde Yüksek Öğretim Kurulu'nun isteği ve ilgili kamu kuruluşunun onayı ile yükseköğretim kurumları veya birimlerinin, adli makamların istekleri ve mevzuat kapsamında adli tıp ve diğer adli konularda resmi bilirkişi olarak görev alabilecekleri netleştirilmiştir (Yorulmaz ve ark. 2006, s.:61; Adli Tıp Kurumu Kanunu, 1982, md.:31).

1.9.2.1. Adli Tıp Kurumu

Adli Tıp Kurumu ülkemizde tıbbi uygulama hataları ile ilgili davalarda resmi bilirkişilik görevini yerine getiren yapılardan biridir. YSS'nin görüş bildirdiği davaların bir kısmında Adli Tıp Kurumu'ndan da görüş alındığı görülmektedir. Tezin bu bölümünde Adli Tıp Kurumu ile ilgili olarak kurum tarihi, yapılanması, mevzuatı ve işleyişi açısından özet bilgiler sunulacaktır. Adli Tıp Kurumu'nun davaların değerlendirilmesinde YSS'ye göre bakış açısı ve yöntem farklılıkları ve bunun kurum yapılanmasındaki etkileri irdelenecektir. Tıbbi uygulama hataları ile ilgili

bilirkişilik sürecine katılan yapıların sağlıklı bir biçimde değerlendirilebilmesinin ön koşullarından birisi sistemin bütünü hakkında bilgi sahibi olunmasıdır.

Adli tıp alanı insanların maddi ve manevi yönden zarar gördüğü olaylarda hekimlerin görüşlerine başvurulmasından doğmuştur. Adli tıp, suçun ve suçluların tespiti yoluyla, adaletin sağlanması, toplum düzeninin, kişilerin can, mal, şeref ve namuslarının korunmasında önemli katkıları olan bir uğraş alanıdır. Prof. Öztürel'in Ambroise Pare'den aktardığı tanıma göre “*Adli tıp rapor bilimidir. Tıpsal verileri derleyip, hukuka yarayanlarını alarak, bunları hukukçunun anlayacağı şekilde rapor ile yazı haline dökmektir*” (Öztürel, 1979, s.:306).

Adli tıbbın geçmişi M.Ö 3000'li yıllara Mısır uygarlığına ve Hekim İmhotep'e dayandırılmaktadır (Öztürel, 1979, s.:305; Koç ve Biçer, 2009, s.:1). M.Ö 44 yılında Julious Ceasar'ın öldürülmesinden sonra Antistius tarafından düzenlenen ve olayda ölümün göğüs içerisine giren bıçak yarası sonucu gerçekleştiğini bildiren rapor, Adli tıp uygulamasının ürünü olan adli raporların ilki olarak kabul edilmektedir. İlk adli otopsinin ise 1374 yılında Fransa'nın Montpellier Tıp Fakültesi'nde yapılmış olduğu kaydedilmiştir (Öztürel, 1979, s.:306).

Ülkemizde adli tıbbın geçmişi çok eskilere dayanmaktadır, ancak ilerlemesinin yeterince hızlı olmadığı belirtilmektedir. Bunun nedenlerinden birisi hekim ihtiyacının çok fazla olması ve o günlerin koşullarında adli tıp ile ilgilenen hekimlere maddi ve manevi ayrıcalıklar sağlanamaması sonucu hekimlerin bu alana fazla eğilim göstermemiş olmalarıdır. Bir diğer neden ise II. Beyazıt zamanında (1496) Şeyhülislâm Mevlâna Alâ'ad'in-i Ali'y'ül Ârabi'nin “otopsi yapan ve teşebbüs edenlerin kâfir olacakları şeklinde” fetvasından da görüldüğü gibi dinsel temellere dayandırılan engellerdir (Öztürel, 1979, s.:306,307).

Ülkemizde adli tıp alanının resmi nitelik kazanması Darülfünûn-u Hikemiye-i Osmaniye ve Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane, 1840 yılı mayıs ayı içerisinde Adli Tıp işleri ile ilgili “*Meclis-i Umûr-ı Tıbbiye-i Mülkiye*”nin kurulmasıyla olmuştur. Meclis İstanbul ve ülkenin diğer yerlerinde görev yapan sağlık personelinin diploma

sahibi olup olmadıklarının kontrolü, sağlık memurlarının atanması ve kontrolü gibi görevleri yerine getirmiştir. Umûr-ı Tıbbiye-i Mülkiye'nin görevlerini tanımlayan “...Mahâkim-i Adliyeden gönderilen cerâim ve cinâyatın mesâil-i mühimme-i tbbiyesini hâl ve taharri eylemek ve mesmûmen vefat edenlerin ahşâlarını teşrih ile semlerini taharri eylemek ve ... bu babda taşra etibba tarafından verilen raporları tetkik eylemek dahi... başlıca Meclis-i Tıbbiye-i Mülkiyenin vazâifindedir...” ifadesi meclisin adli tıp alanı ile yakın ilgisini ortaya koymaktadır (Öztürel, 2007, s.:306,307; Bingöl, 2007, s.:39,42; Arda, 1989, s.:674)

Ülkemizde adli tıbbın tarihi açısından önemli gelişmelerden birisi de 1839 yılında Padişah II. Mahmut tarafından Galatasaray'da açılan Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'de 1841 yılında Avusturyalı Dr. Charles Ambroise Bernard tarafından “Tıbb-ı Kanuni” (Adli Tıp) derslerinin verilmesine başlanmasıdır (Öztürel, 1979, s.:306; Koç ve Biçer, 2009, s.:2; Gök ve Özen, 1982, s.:1).

İlk yazılı ceza kanunumuz olarak kabul edilen 1840 tarihli “Ceza Kanunname-i Hümayunu” cinayet, kaza, intihar gibi olaylar karşısında tıp bilgisine duyulan ihtiyaçla ilgili düzenlemeler içermektedir (Gök ve Özen, 1982, s.:1).

Bu kanunu izleyen, büyük ölçüde 1810 tarihli Fransız Ceza Kanunundan ikbas edilerek hazırlanan 1858/1274 R. tarihli “II. Ceza Kanunname-i Hümayunu”da hekimlerin davalarda “ehl-i hibre” (bilirkişi) olarak görevlendirilmelerine yer verilmiştir (Koç ve Biçer, 2009, s.:2).

1857 yılında Padişah Abdülmecit'in fermanı ile Meclis-i Umur-u Tıbbiye-i Mülkiye ve Sıhhiye-i Umumiye Teşkilatı'na bağlı olarak “Tıbbı ve Adli Encümeni” kurulmuştur. Bu yapı Adli Tıp Kurumu'nun ilk adımı sayılmaktadır (Gök ve Özen, 1982, s.:2).

Bundan 22 yıl sonra 1879 yılında yürürlüğe giren “Usulü Muhakemat-ı Cezaiyye Kanun-u Muvakkati” ile hekimler “ehl-i hibre” bilirkişi olarak tanımlanmış, cesetlerin dış muayenesi, zehir ve kurşun aranması, adli otopsilerin kuralları

düzenlenmiştir (Koç ve Biçer, 2009, s.:2; Gök ve Özen, 1982, s.:2,3; Dayanç ve ark., 2007, s.:120).Yine aynı yıl Zabıta Nezaretine (Polis Müdürlüğü) bağlı olarak “Zabıta Tababet-i Adliye Şubesi” kurulmuştur. Adli Tıp Kurumu ihtisas dairelerinin öncüsü olarak 1908 yılında “Umur-u Tıbbiyye-i Mülkiye ve Sıhhiyye-i Umumiyye Teşkilatı” içerisinde Morg ve Kimyahane idaresi kurulmuş, morg idaresinin başına Dr. Ali Rüştü Paşa getirilmiştir (Gök ve Özen, 1982, s.:3,4).

Ülkemizde yapılan ilk otopsi uygulamasının tarihi konusunda 1843 ve 1841 yılları olarak iki farklı görüş bulunmaktadır. Bu durum ülkemizde ilk otopsinin tarihi ile ilgili birincil kaynak olarak “Makalât-ı Tıbbiye adlı esere gidilmesi ve bu eserde sözü edilen iki otopsinin 1841 yılında Ferman-ı Âli ile ülkemizde ilk defa bazı durumlarda otopsi yapılmasına izin verilmesi ile eserin basıldığı 1843 yılları arası bir zamanda yapıldığı çıkarımından kaynaklanmaktadır (Gök ve Özen, 1982, s.:1, Akıncı, 1962, s.:111; Adli Tıp Kurumu, 2010a). Ülkemizde yapılan iki otopsi vaksından ilkinin Nemçe (Avusturya) hastanesinde Dr. Bernard gözetiminde inşaatta başına sırik düşen Hırvat bir amelenin cesedine yapıldığı, ikinci otopsi vakasının ise Dr. Spitzer’in katılımı ile mide şikayetleri olan ve midesinde büller ve şiddetli iltahap bulunan bir kişinin cesedine yapıldığı öne sürülmektedir (Akıncı, 1962, s.:112).

16 Şubat 1912 tarih 84 sayılı kanunla “Cemiyet-i Tıbbiye-i Mülkiye İdaresi” kaldırılarak yerine Dahiliye Nezaretine (İçişleri Bakanlığı) bağlı “Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyyesi” kurulmuştur. Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyyesi içerisinde “Tababet-i Adliye Müessesesi ve Encümeni” ve “Meclis-i Ali-i Sıhhi” (Yüksek Sağlık Şurası) yer almaktadır. 2 Şubat 1915 tarih 326 sayılı kanunla “Sıhhiye Nezareti” (Sağlık Bakanlığı) kurularak Sıhhiye Müdüriyeti Umumiyyesi, Sıhhiye Nezareti’ne bağlanmıştır (Adli Tıp Kurumu, 2010a).

Günümüzde ağırlıklı olarak yargı sistemi içinde yer alan adli tıp uygulamalarının 1917 yılına kadar sağlık idaresine bağlı olduğu söylenebilir. 1917 yılında 225 sayılı kanunla Sağlık Nezareti’ne bağlı bulunan Tıbb-ı Adli Müessesesi ve Meclisi, Adliye Nezareti (Adalet Bakanlığı) yapısına katılmıştır. Tıbb-ı Adli Müessesesi ve Meclisi, yapısındaki Morg şubesine ek olarak, Kimyahane ve Müşahedehane şubeleri açılmış,

Sultanahmet meydanında iki katlı küçük bir binada hizmet vermeye başlamıştır (Koç ve Biçer, 2009, s.:3; Adli Tıp Kurumu, 2010a; Gök ve Özen, 1982, s.:6,21).

Oluşturulan bu şubelere müdür, uzman hekim, kimyager kadroları yanında asistan kadrosu da verilerek adli tabipler yetiştirilmiştir. Tıbbı Adli Meclisinde asli üyeler dışında hakkı huzur ücreti karşılığında “müntehap aza” (seçimli üye) olarak uzmanlar görev yapmıştır. Olanak verilen müntehap aza görevlendirilmesi, 1917 tarihli 225 sayılı kanunla kaldırılmıştır (Gök ve Özen, 1982, s.:6,8).

Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin kurulmasının ardından çıkarılan ilk kanunlardan birisi de 1920 tarih, 38 sayılı “Tababet-i Adliye Kanunu”dur. Bu kanunla adli olaylarda tıbbi bilirkişilik uygulamaları düzenlenmiştir. Adli rapor hazırlanması konusunda diplomalı hekimler görevlendirilmiş, hekimin bulunmadığı durumlarda, küçük sağlık memurlarının, her ikisinin de bulunmadığı durumlarda adliyenin belirleyeceği bilirkişinin “şehadet ilmuhaberi” isimli raporu düzenlemekle görevli olduğu belirtilmiştir. Aynı maddede “Fethimeyyit”, bugünkü adıyla otopsi uygulamasının yalnızca diplomalı hekimlerce yapılabileceği ifadesi yer almaktadır (Tababeti Adliye Kanunu, 1920, md.:3). Resmi hekim bulunmadığı veya bulunmasına rağmen geçerli bir nedenle görevi üstlenemediği durumlarda serbest hekimler mahkeme tarafından harcırah ve ücretleri karşılanmak üzere görevlendirilebilmektedir (Tababeti Adliye Kanunu, 1920, md.:4). Serbest hekimlere bu görevi reddetme hakkı verilmemiş, görevi kabul etmemeleri durumunda Ceza Kanunu'nun 99. maddesine göre işlem yapılması yaptırımı getirilmiştir (Tababeti Adliye Kanunu, 1920, md.:5). Bu kanun kapsamında günün koşulları gereğince, resmi görevli ve serbest hekimler ile tedavi kurumları çerçevesinde düzenleme yapılmış, ayrı kurumsal bir yapıya değinilmemiştir.

Cumhuriyet'in kurulmasının ardından hızlı bir şekilde sürdürülen yasama çalışmaları çerçevesinde peşi sıra yürürlüğe giren TCK, Türk Medeni Kanunu ve Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu'nun getirdiği yeni düzenlemeler paralelinde 1926 tarihi 813 sayılı “Tıbb-ı Adli Müessesesi Kanunu” kabul edilmiştir. Tıbb-ı Adli Müessesesi Kanununun 1. maddesine göre ile Tıbb-ı Adli Müessesesi Adliye Bakanlığına bağlı,

Tıbbı Adli Meclisini, morg, müşahede ve kimyahane şubelerini ve illerde adli tıp uygulamaları ile görevli sağlık personelinin içeren bir genel müdürlük yapısına kavuşturulmuştur. Bu kanun kapsamında 4. madde ile Tıbbı Adli Meclisinin görevleri düzenlenmiştir. Buna göre Tıbbı Adli Meclisi mahkemeler ve adliye dairelerince karar verilemeyen, aynı olayla ilgili farklı anlamlar taşıyan çeşitli adli incelemelerin bulunduğu durumların araştırılması ve çözümlenmesi ile görevlendirilmiştir. Kanunun 5. Maddesi ile adli tabiplerin görevlerine de değinilmiş, adli tabiplerin bağlı buldukları mahkeme bölgesinde mahkemeler (mehakim), savcılar (müddeiumumi) ve sorgu hakimlerince (müstantik) gerekli görülen tıbbi incelemeleri yapmak ve raporlamakla görevli oldukları kayıt altına alınmıştır (Adli Tıp Kurumu, 2010a; Ergin, 1942, s.:605).

Ankara'da adli tıp çalışmaları Kuvayi Milliye Teşkilatının yerleşmesi ile başlamış, aynı dönemde "Tıbb-ı Adli İdaresi" kurulmuştur. İdare ilk olarak vilayet konağının bir odasında çalışmalarına başlamış, daha sonra adliye sarayı yakınlarında yapılan bir binaya taşınarak hizmetlerini 1942 yılına kadar burada sürdürmüştür. Gözlem ve otopsi çalışmaları o zamanki adı Ankara Gureba Hastanesi olan bugünkü Numune Hastanesinde gerçekleştirilmiştir (Adli Tıp Kurumu, 2010a).

İllerde adli tabiplikler oluşturulmuş, adli tabip bulunmayan yerlerde hükümet tabiplerine bilirkişilik görevi verilmiştir. Adli Tıp Umum Müdürlüğünde iki sene çalışma şeklinde adli tıp uzmanlığı yapılmaya başlanmıştır (Öztürel, 1961, s.:162).

Bu kanundan 27 yıl sonra artan iş yükü, uzman personel eksikliği 1953 yılında 6119 sayılı Adli Tıp Müessesesi Kanununun hazırlanmasını getirmiştir. Adli Tıp Müessesesine reislik yapısı kazandırılırken, ikinci madde uyarınca morg, müşahedehane, kimyevi tahliller şubelerine ek olarak fizik tetkikler şubesi kurulmuştur. 6119 sayılı kanun kendinden önceki 813 Sayılı kanuna göre daha geniş düzenlemeleri içeren bir kanundur. 813 sayılı kanun ile 6119 sayılı kanunda Adli Tıp Müessesesinin, bu kapsamda Adli Tıp Meclisi ve adli tabipliklerin görevlerini düzenleyen bölümler büyük ölçüde paralellik göstermektedir. Kanunun ikinci bölümünde Adli Tıp Müessesesi personelinin tayinleri düzenlemektedir. Üçüncü bölümde ise Adli Tıp

Meclisi oluşumu ve işleyişi düzenlenmiştir. Adli Tıp Meclisi 813 sayılı yasanın 6. maddesine göre müdiri umumi (genel müdür) başkanlığında, müdiri umumi muavini (genel müdür yardımcısı) ve şube müdürlerinin bir araya gelmesinden oluşmaktaydı. 6119 sayılı kanun 8. maddesiyle Adli Tıp Meclisi Adli Tıp Müessesesi Reisi başkanlığında olmak üzere, iki adli tıp uzmanı, bir iç hastalıkları, bir KHD, bir akıl-sinir hastalıkları uzmanı, bir cerrahi, bir patolojik anatomi, bir tıbbi kimya veya kimya uzmanı, iki yedek adli tıp uzmanından oluşacak şekilde düzenlenmiştir (Öztürel, 1961, s.:163,164). Daha sonraki tarihlerde yedek üye sayısı 8'e çıkarılmıştır (Gök ve Özen, 1982, s.:9). Meclis işleyişi ile ilgili olarak tayin edilen üyelerin tamamının katılımı ile toplantıların yapılacağı, çoğunluk esasına göre karar alınacağı belirlenmiştir. Bu kanun hükümlerine göre meclis gerek görmesi halinde ilgili kişileri muayene, sorgulama ve her türlü incelemeyi yapma hakkına sahiptir (Adli Tıp Kurumu, 2010a; Koç ve Biçer, 2009, s.:3; Öztürel, 1961, s.:164,165).

6119 sayılı kanunda adli tıp ihtisasının hekimler için çekiciliğini yitirmesine ve bunun sonucunda adli tıbbın ülkemizdeki gelişiminin olumsuz etkilenmesine yol açabilecek düzenlemelere gidilmiştir. Adli tıp ihtisası yapan hekimlere 4 yıl mecburi hizmet zorunluluğu yanında ihtisasın yarım bırakılması veya mecburi hizmete gidilmemesi durumunda ihtisas sürecindeki maaş ve ödemelerin geri alınması hükmü getirilmiştir (Öztürel, 1961, s.:165).

6119 sayılı yasa ile ilgili burada yer verilecek son nokta üniversite bulunan şehirlerde adli tıp ve kimya enstitüleriyle, sinir ve ruh hastalıkları kliniklerinin de buldukları şehirde adli olaylarda Ceza Muhakemeleri Usulü Kanununa göre (14.md.) bilirkişi sayılmalarıdır (Öztürel, 1961, s.:165, 166).

Ülkemizde adli tıp hizmetlerine yönelik artan ihtiyaç, hızlı bilimsel ilerlemeler, adli tıp içerisinde uzmanlık gerektiren uygulamalardaki artışın bir sonucu olarak gelişen Adli Tıp Kurumu 1982 yılında çıkarılan 2659 sayılı kanunla daha detaylı bir yapılanmaya kavuşturulmuştur. Bu kanunda Adli Tıp Müessesinin adı "Adli Tıp Kurumu" olarak değiştirilmiş, Adli Tıp Kurumunun Başkan ve Başkan Yardımcısının adli tıp uzmanı olması şartı getirilmiştir (md. 1, md.4). Bu kanunla

gerçekleştirilen en önemli değişikliklerden birisi Adalet Bakanlığının gerekli gördüğü yerlerde Adli Tıp İhtisas Daireleri veya şubeleri kurmasına olanak tanınmasıdır (md. 1). Birden fazla ihtisas dairesinin kurulduğu yerlerde ayrıca Adli Tıp Kurumu Grup Başkanlığıda kurulur (md. 9). 6119 sayılı yasada morg, kimyevi tahlil, müşahede, fizik tetkikleri olmak üzere sayıları 4 olan adli tıp ihtisas şubeleri arasına trafik ve biyoloji de eklenmiştir. Eski adı “müşahede” olan şubenin adı “gözlem” olarak değiştirilmiş, genel olarak tüm adli tıp ihtisas şubeleri yeni yasa ile “Adli Tıp İhtisas Daireleri” adını almıştır (md.8). İhtisas dairesi yapısı, daire başkanlıkları ve şubeleri barındırmaktadır. Kanunun 7. maddesi ile Adli Tıp Kurumu içerisinde üyeleri Adli Tıp Kurumu başkanının başkanlığında “Adli Tıp Genel Kurulu”nu oluşturan, başkanları da yine Adli Tıp Kurumu Başkanının başkanlığında “Adli Tıp Başkanlar Kurulu”nu oluşturan beş “İhtisas Kurulu” oluşturulmuştur. İhtisas kurulları sayıları beş ile sekiz arasında değişen çeşitli uzmanlık alanlarından üyelerden ve ihtiyaca göre belirlenen sayıda raportörden oluşan kurullardır. Birinci ve ikinci ihtisas Kurullarında KHD alanından birer üye bulunmaktadır. Araştırma kapsamında incelenen KHD alanı ile ilgili YSS karar özetlerinde görüşlerine rastlanılan 3. ihtisas kurulunda KHD uzmanı üye bulunmadığı saptanmıştır. Adli Tıp Kurumu yapısındaki personel ve birimlerin görevleri kanunun ikinci bölümünde düzenlenmektedir. Adli Tıp Kurumu Başkanlar Kurulu ağırlıklı olarak kurumun idari işleri ile görevli bir yapıdır. Adli Tıp Genel Kurulu ise 15. madde uyarınca ihtisas kurulları ve ihtisas dairelerince hazırlanan raporların mahkemeler ve savcılıklar tarafından karar verdirici özellikte bulunmadığı veya hazırlanan raporlar arasında çelişkilerin bulunduğu olayların son olarak görüşüldüğü ve karara bağlandığı organdır. Adli Tıp Genel Kurulu’nun en son başvuru makamı olmak üzere 6119 sayılı kanunda yer alan “Adli Tıp Meclisi”ne benzer bir işleve sahip olduğu söylenebilir. İhtisas kurullarının özel görevleri ve ihtisas dairelerinin görevleri de bu bölümde yer almaktadır. İhtisas Kurulları ve İhtisas Dairelerinin görevleri günümüzde geçerli olan 4810 sayılı yasa çerçevesinde yapılan değişikliklerin incelendiği bölümde bu yapılan değişiklikler de dikkate alınarak verilecektir (Adli Tıp Kurumu Kanununda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, 2003; Adli Tıp Kurumu Kanunu, 1982).

2659 sayılı kanunun Adli Tıp Kurumunun çalışma esaslarını düzenleyen üçüncü bölümünde genel kurul ve ihtisas kurullarına gerek görülmesi halinde kurumda bulunmayan tıp ve uzmanlık dallarından bilirkişilerin oy hakkı bulunmak kaydı ile davet edilebilmesi, ele alınan konu ile ilgili uzmanlık alanına mensup üyenin bulunmaması halinde konunun görüşmeye açılmaması, görüşülen konu ile ilgili kişilerin muayene edilebilmesi ve incelenebilmesi önemli noktalar olarak saptanmıştır. Kanunun 26. maddesinde üniversite öğretim üyesi ve yardımcısına bağlı buldukları kurumdan izin alınmak şartı ile asıl görevleri ile ilişkilerini kesmeksizin Adli Tıp Kurumunda görev yapma olanağı tanınmıştır. Bu madde ülkemizde eksikliği hissedilen uzman personelden en üst düzeyde yararlanılması adına olumlu bir adım olarak değerlendirilebilir. Bu kanunun 29. ve 30. Maddeleri uyarınca Adli Tıp Kurumu döner sermaye işletmesi kurulmuş, hem kurum giderleri hem de kurum çalışanları için maddi olanak oluşturulmuştur. Madde 31’de yüksek öğretim kurumları ve birimlerinin Ceza Muhakemeleri Usulü Kanununa göre resmi bilirkişi sayılmalarına vurgu yapılmıştır. Adli Tıp uzmanları ile ilgili 6119 sayılı kanunda eleştiri konusu olan dört yıllık mecburi hizmet yükümlülüğünün 2659 sayılı kanunun 35. maddesinde yer aldığı görülmektedir. (Adli Tıp Kurumu, 2010a; Adli Tıp Kurumu Kanunu, 1982)

Adli Tıp Kurumu ile ilgili yapılan ve günümüzde yürürlükte olan son yasal düzenleme 19/02/2003 tarihli 4810 sayılı “Adli Tıp Kurumu Kanununda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun”dur. Bu kanunla Adli Tıp Kurumu’nun 2659 sayılı kanunda da yer alan bilirkişilik görevine adli tıp uzmanlığı, yan dal uzmanlığı ve seminer, konferans, sempozyum gibi eğitici, bilimsel etkinlikler düzenlenmesi görevi eklenmiştir (1. Md.). İhtisas kurullarının sayısı bu kanunla dörtten beşe çıkarılmış, kurulların üye sayısı ve dağılımı değiştirilmiştir. Her ihtisas kurulunda farklı uzmanlıklarda üyelerin dışında, bir başkan ve iki adli tıp uzmanı üye bulunması gerekmektedir. Günümüzde geçerli olan 4810 sayılı kanunda yer alan şekli ile ihtisas kurulları, başkan ve iki adli tıp uzmanı dışında kalan üyeleri ve özel görevleri aşağıda tablo halinde sunulmuştur (Adli Tıp Kurumu Kanununda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, 2003, md.7).

Çizelge 1.9, Adli Tıp Kurumu İhtisas Kurulları.

Adli Tıp Kurumu İhtisas Kurulu	Üyeleri	Özel Görevleri
Birinci İhtisas Kurulu	<ul style="list-style-type: none"> • Tıbbi patoloji, • İç Hastalıkları, • Kardiyoloji, • Genel Cerrahi, • Beyin ve Sinir Cerrahisi, • Anesteziyoloji ve Reanimasyon, • KHD, • Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. 	Ölümle ilgili işler ile diğer kurulların görevlerine girmeyen işler.
İkinci İhtisas Kurulu	<ul style="list-style-type: none"> • Radyoloji, • Göz, • Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, • Genel Cerrahi, • Göğüs Cerrahi, • Kalp ve Damar Cerrahi, • Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, • Nöroloji, • Ortopedi ve Travmatoloji. 	Müessir fiiller.
Üçüncü İhtisas Kurulu	<ul style="list-style-type: none"> • Ortopedi ve Travmatoloji, • Genel Cerrahi, • Nöroloji, • İç Hastalıkları, • Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, • Göğüs Hastalıkları, • Enfeksiyon Hastalıkları. 	İkinci Adli Tıp İhtisas Kurulunun görevine girmeyen Sosyal Sigortalar ve İş Kanunları ile ilgili olaylar, maluliyetler, meslekte kazanma gücü kaybı, meslek hastalıkları ve mesleki kusurlar, hürriyeti bağlayıcı cezaların infazının ertelenmesi, sürekli hastalık, sakatlık ve kocama sebepleri ile belirli kişilerin cezalarının hafifletilmesi veya kaldırılmasına ilişkin işlemler.
Dördüncü İhtisas Kurulu	<ul style="list-style-type: none"> • Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, 2 üye, • Çocuk psikiyatrisi, • Nöroloji. 	TCK'nin 53, 54, 55 ve 57 nci maddeleri ile 58 inci maddesinin bir, iki, dört, beş ve altıncı fıkraları hariç olmak üzere, cezai ehliyet veya bunu kaldıran veya hafifleten sebepler ile hukuki ehliyetin tespiti, TCK'nin 403 ve 404 üncü maddelerinde yazılı uyuşturucu maddeleri kullanan kimselerin alışkanlığı ile ilgili iptila derecesinin belirlenmesine ilişkin işlemler.

Beşinci İhtisas Kurulu	<ul style="list-style-type: none"> • Tıbbi Mikrobiyoloji, • Tıbbi Farmakoloji, • Tıbbi Biyokimya, • Analitik Kimya, • Alerji Hastalıkları, • İmmünoloji, • Tıbbi Genetik, • Enfeksiyon Hastalıkları, • Halk Sağlığı. 	Zehirlenmeler ile allerji ve immünolojiye, ilaç kimyasına, alışkanlık yapan diğer maddelere ilişkin işler, nesebin belirlenmesine ilişkin işler, halkın sağlığına, yenecek ve içilecek şeylere ilişkin cürümler, uyutucu ve uyuşturucu maddeler, gıda ve ilaçlara ilişkin işler.
Altıncı İhtisas Kurulu	<ul style="list-style-type: none"> • KHD, • Radyoloji, • Üroloji, • Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, • Çocuk Psikiyatrisi, • Adli Antropoloji, • Çocuk Cerrahisi. 	Genel ahlak ve aile düzeni aleyhine işlenen cürümler, nesep cürümleri, çocuk düşürme veya düşürtme cürümleri, TCK'nin 53, 54, 55 ve 57 nci maddeleri ile 58 inci maddesinin üçüncü fıkrasının dışındaki hususlar ve cinsel iktidar tespiti ile fiile karşı koyup koyamayacağı hususlarının tespitine ve yaş belirlenmesine ilişkin işlemler.

Birinci ve altıncı ihtisas kurullarında KHD uzmanı üye bulunduğu, YSS karar özetlerinde görüşlerine sıklıkla rastlanılmış olan üçüncü ihtisas kurulunda ise KHD uzmanı üye bulunmadığı saptanmıştır.

4810 sayılı kanunla ihtisas dairelerinin görevlerinde de bazı değişikliklere gidilmiştir. En önemli değişiklik morg ihtisas dairesinin görevlerini düzenleyen 2659 sayılı kanunun 17. maddesine, yakınları tarafından alınmayan veya kimsesiz olduğu saptanan ceset ve kısımların araştırma amacı ile yüksek öğretim kurumlarına verilmesinin koşullarını düzenleyen ifadeler eklenmesidir (md.16). Son duruma uygun olarak kanunlarda yer alan şekli ile Adli Tıp Kurumu İhtisas Daireleri, görevleri ve içerdikleri şubeler aşağıdaki tabloda toplu olarak verilmiştir (Adli Tıp Kurumu Kanununda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, 2003; Adli Tıp Kurumu Kanunu, 1982; Adli Tıp Kurumu, 2010b).

Çizelge 1.10. Adli Tıp Kurumu İhtisas Daireleri

Adli Tıp Kurumu İhtisas Dairesi	Görevleri	İçerdikleri Şubeleri
Morg İhtisas Dairesi	<p>Morg İhtisas Dairesi, mahkemeler ile hakimlikler ve savcılıklar tarafından gönderilen cesetler ve ceset kısımları ile canlılara ait doku ve biyolojik materyal üzerinde her türlü incelemeleri yapar ve sonucunu bir rapor ile tespit eder.</p> <p>Morg dairesine getirilen ve otopsinin sonuçlanması ile hüviyetinin tespitinden sonra morg dairesiyle ilgisi kalmayan ve yakınlarınca alınmayan veya araştırmalar sonucu kimsesiz olduğu anlaşılan ceset veya kısımları, adli tahkikatla ilgisi kalmamış olması ve aksine vasiyet bulunmaması şartıyla, en az altı ay süreyle muhafaza edilmek ve bilimsel araştırma için kullanılmak üzere ilgili yükseköğretim kurumlarına verilebilir. Ceset veya kısımlarının, bilimsel araştırma amacıyla yükseköğretim kurumlarına verilmesiyle ilgili işlemler yönetmelikle düzenlenir.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Otopsi şubesi • Histopatolojik tetkik şubesi • Kitlesel ölümlerde olay yeri incelemesi ve kimliklendirme şubesi • Kemik ve diş inceleme şubesi • Lâboratuvarlar şubesi (Adli entomoloji, postmortem mikrobiyoloji, postmortem acil toksikoloji ve yangın laboratuvarından oluşmaktadır).
Gözlem İhtisas Dairesi	<p>Mahkemeler ve hakimlerce gözleme tabi tutulmasına karar verilenleri gözleme tabi tutmak ve gözlem sonucunu bir raporla tespit etmek.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gözlem şubesi • Psikolojik tetkikler şubesi • Elektrodiagnostik şubesi
Kimya İhtisas Dairesi	<p>Mahkemeler ile hakimlikler ve savcılıklar tarafından gönderilen toksikolojik, gıdai, sınai, narkotik, ilaç ve diğer çeşitli maddeler ile alkolometrik analizler yapmak ve sonucunu bir raporla tespit etmek.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toksikoloji şubesi • Narkotik şubesi • Gıda ve çeşitli maddeler şubesi • Alkolmetri şubesi • Enstrümantal analiz ve araştırma şubesi

Biyoloji İhtisas Dairesi	Biyoloji İhtisas Dairesi, mahkemeler ile hakimlikler ve savcılıklar tarafından gönderilen her türlü biyolojik örnek ve biyolojik örnek taşıması muhtemel materyalin mikrobiyolojik, hematolojik, serolojik ve genetik yönden incelemelerini yapar ve sonucunu bir raporla tespit eder.	<ul style="list-style-type: none"> • Adli genetik şubesi • Hematoloji şubesi • Ön inceleme şubesi • Kan lekesi model analiz şubesi
Fizik İhtisas Dairesi	Mahkemeler ile hakimlikler ve savcılıklar tarafından gönderilen silah, mermi, yazı (Grafojik - daktiloskopik), fotoğraf, resim, imza, imza niteliğini taşıyan parmak izleri ile radyolojik, radyoizotop, klimatolojik, diğer fiziksel materyal ve olaylarla ilgili olarak incelemeler yaparak sonucunu bir raporla tespit etmek.	<ul style="list-style-type: none"> • Adli belge inceleme şubesi • Balistik şubesi • Adli astronomi şubesi • Ses ve görüntü inceleme şubesi • İz incelemeleri şubesi
Trafik İhtisas Dairesi	Mahkemeler ile hakimlikler ve savcılıklarca gönderilen trafik olayları ile ilgili konularda gerekli muayene ve incelemeler yapmak ve sonucunu bir raporla tespit etmek.	<ul style="list-style-type: none"> • Hasar trafik ve değerlendirme şubesi • Motor tetkikler şubesi • Araç teknik kontrol laboratuvar şubesi • Yol ve trafik kaideleri değerlendirme şubesi • Psikoteknik laboratuvarı şubesi • Kazaları önleme ve eğitim şubesi

4810 sayılı kanunun atamaları düzenleyen 22. maddesine göre adli tıp kurumu başkanı, başkan yardımcıları ve adli tıp ihtisas kurulları başkanları ile adli tıp ihtisas kurulları üyeleri, adli tıp grup başkanları ve adli tıp ihtisas daireleri başkanları dört yıl süreyle görev yapmaktadırlar. Görev süreleri sona erenler, aynı usule göre yeniden atanabilmekte veya görevlendirilebilmektedir (Adli Tıp Kurumu Kanununda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, 2003).

Ülkemizde geçen yıllar içerisinde adli tıp hizmetlerine artan ihtiyacı ortaya koyan veriler bulunmaktadır. 1945 yılında Adli Tıp Müessesesi şubelerine gelen iş adedi 2182, 1975 yılında bu rakamın 15000'e ulaştığı görülmüştür. Adli Tıp Meclisi 1955 yılında 3000 dosya, 1971 yılında 32794 dosya, 1975 yılında 23451 dosya incelediği aktarılmaktadır. Bu rakamlara bakıldığında mevzuat değişikliklerini zorlayan ana etkenin artan iş yükü olduğu söylenebilir. Buna kurumda tıbbın hızlı gelişimine paralel yeni tekniklerin hizmete girmesi ve bunun yeni kurum içi yapılanmaları tetikleme eklenebilir (Öztürel A. Adli Tıp, 307). Adli Tıp alanında çalışanların çalışma koşullarının ve yaşam standartlarının artırılmasına dönük çabalarında varlığı dikkat çekmektedir.

Adli Tıp Kurumu mahkemeler, hakimlikler ve savcılar tarafından gönderilen adli tıp ile ilgili konularda bilimsel ve teknik görüş bildirmekle özel olarak görevli ve yetkili resmi bir bilirkişilik kuruluştur (Keskin A. Şura'nın Hukuki Konumu ve Hukuktaki Yeri. Sağlık Hukuku Kurultayı 13 Kasım 2007 Ankara. Ankara Barosu Yayınları. 2009. Cilt:1, syf. 350-351). Adli Tıp Kurumunun olaylara yaklaşımı adli tıp alanının bilimsel ve teknik yönlerini yansıtmaktadır. Adli tıp kurumunun YYS'den farklı olarak olayları yalnızca dosyalar üzerinden değerlendirmemekte, buna ek olarak gerekli sorgulama ve araştırmaları da yapabilmektedir (Öztürel A. Adli Tıp, 309). Olaylarla ilgili materyal üzerinde teknik incelemeler yapılmakta, olayla ilgili kişilerin dinlenilmesi, muayenesi ve laboratuvar incelemeleri gerçekleştirilmektedir.

Adli Tıp Kurumu 1917 yılında Sultanahmet meydanında iki katlı küçük bir binada hizmet vermeye başlamıştır (Adli Tıp Kurumu, 2010a). Yine aynı yıl daha geniş bir alana ihtiyaç duyulması nedeniyle Adli Tıp Kurumu ve Meclisi Dolmabahçe Sarayı binalarından, önceden Veliht-ı Yaveran dairesi olarak kullanılan yere taşınmıştır. 1927 yılında Milli Saraylar idaresinin yapısının değiştirilmesi nedeni ile bu binadan ayrılmak durumunda kalınmış, 1982 yılına kadar hizmet verecek olan Soğukçeşme rüştüye-i Askeriye binasına geçmiştir (Gök ve Özen, 1982, s.:8,22). Adli Tıp Kurumu'nun Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kampüsü içerisindeki binasına taşınması da 1982 yılında gerçekleşmiştir (Gök ve Özen, 1982, s.:22). Günümüzde Merkez Adli Tıp Kurumu Yenibosna Çobançeşme Mah. Sanayi Cad. Kırmızı Sok. No:1

Bahçelievler/İSTANBUL 34196 adresinde hizmet vermektedir (Adli Tıp Kurumu, 2011). Ülkemizin çeşitli yerlerinde Adli Tıp Grup Başkanlıkları, Adli Tıp Kurumu Şube müdürlükleri bulunmaktadır (Adli Tıp Kurumu, 2010c; Adli Tıp Kurumu, 2010d).

YSS 10987 sayılı dosyaya ait karar özetinde aktarılan Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu kararında, kurulun kusur saptama yöntemi ile ilgili olarak “Her bir kişiye atfedilen kusurun başlı başına 8/8 oranında değerlendirildiği, bu nedenle bir olaydaki birden fazla kişiye atfedilen kusurların 8/8 oranını aşabileceği, ya da tamamlamayabileceği oy birliği ile ek mütalaa olunur” ifadesine yer verilmiştir.

1.9.2.2. Yüksek Sağlık Şurası

1.9.2.2.1 Yüksek Sağlık Şurası'nın Yapısı

Tez çalışmasında YSS arşivinde KHD alanı ile ilgili 2000-2005 yıllarını kapsayan karar özetlerinden yararlanılmıştır. Tez araştırmasının arşivinde yürütüldüğü YSS'nin tarihi, yapısı ve işleyişi hakkında kısaca bilgi sahibi olmak araştırmada elde edilen sonuçların yorumlanması ve anlaşılması açısından yararlı olacaktır.

YSS'nin kuruluşu 1930'lu yıllara dayanır. Çağımızda bilgi üretim ve iletimindeki hızlanmaya paralel olarak toplumsal değişimler de hızlanmıştır. Bu olgu karşısında kurumlar ve insanlar zorlu bir uyum mecburiyeti ile karşı karşıya kalmışlardır. Uyum sağlamak mevcut durumun detaylı bir resminin oluşturulmasını, ihtiyaçların belirlenmesini ve ihtiyaçları karşılayacak değişikliklerin tanımlanmasını gerektirmektedir. Tez kapsamında YSS'nin geçirdiği değişimlerin, gelinen noktanın tanımlanması ve geleceğe dönük öneriler sunulması hedeflenmiştir.

YSS ilk kez 16 Şubat 1912 tarihli, 84 sayılı kanunla Dahiliye Nezaretine (İçişleri Bakanlığı) bağlı olarak oluşturulan Sıhhiye Müdüriyet-i Umumiyesi içerisinde “Meclis-i Ali-i Sıhhi” adıyla kurulmuştur (Adli Tıp Kurumu, 2010a).

1928 tarihli 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’un 75. maddesi ile tıp uygulamalarını ilgilendiren davalarda görüş vermekle görevli ve yetkili kılınmıştır. Yasa metninde YSS’den “Meclis-i Ali-i Sıhhi” adıyla söz edilmektedir (Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 1928, md.:75). 1930 tarihinde yürürlüğe giren 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nda “Yüksek Sıhhat Şurası” adıyla anılan YSS, bu kanun hükümleri uyarınca kurulmuş ve ilk toplantısını 15.07.1931 tarihinde yapmıştır (Tümer A.R. 2002, s.:22; Gündoğmuş N.Ü. ve ark. 1997, s.:128).

YSS Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı’nın sürekli bir kuruldur. Şura kuruluşundan 1983 yılına kadar, etkinliklerini 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununun üçüncü faslında yer alan 10-17. Maddelerine göre sürdürmüştür (Umumi Hıfzıssıhha Kanunu 1930, md:10-17). YSS 13/12/1983 tarih 181 sayılı Sağlık Bakanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun ile yapısal değişiklikler geçirmiştir. 181 sayılı kararnamenin 30 ve 31. maddelerinde YSS üyeliği ile ilgili değişiklikler yapılmış, ihtisas komisyonları ve danışma kurulları ile ilgili düzenlemelere yer verilmiştir (Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname,1983, md.:30-31; Gündoğmuş N.Ü. ve ark. 1997, s.:128) YSS’nin işleyişi 6831 sayılı 19/12/2000 tarihli YSS Çalışma Yönergesi ile düzenlenmiştir (Yüksek Sağlık Şurası Çalışma Yönergesi, 2000)

1593 sayılı kanunun 10. maddesi YSS’nin görevlerini içermektedir. Bu maddede şuranın 1219 sayılı kanunda geçen tıbbi uygulamalar ile ilgili davalarla ilgili bilirkişilik görevine, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen önemli sağlık konularında görüş belirtme görevinin eklenmiş olduğu görülmektedir. YSS bu görevi ile bilirkişilik görevini yürüten diğer bir kurum olan Adli Tıp Kurumu’ndan ayrılmaktadır. 4810 sayılı Adli Tıp Kurumu Kanununda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanunun 1. maddesine göre adli tıp uzmanlık ve yan dal eğitimleri ile

bilimsel toplantılar düzenlemenin dışında Adli Tıp Kurumu'nun görevlerinin yargı ile sınırlı olduğu görülmektedir. YSS ise yargı sürecindeki bilirkişilik görevi yanında, sağlığı ilgilendiren yürütme süreçleri içerisinde katılarak karşılaşılan sorunlar hakkında Sağlık Bakanlığı tarafından gerekli görülmesi halinde çözüm arayışında rol alan bir kuruldur (Adli Tıp Kurumu Kanununda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, 2003, md.:1; Umumi Hıfzıssıha Kanunu 1930, md:10-17).

YSS 5'i doğal, 11'i seçilmiş olmak üzere toplam 16 üyeden oluşmaktadır. Şuranın doğal üyeleri Sağlık Bakanlığı Müsteşarı, Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanı, Temel Sağlık ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü ile Sağlık Bakanlığı I. Hukuk Müşaviri'dir (Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname,1983, md.:31). Başkanı şuranın doğal üyeleri arasında sayılan Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulunun kuruluşu ve görevleri ile ilgili 181 sayılı kanun hükmünde kararnamenin 20. maddesinde yer alan hükümler, 22/12/2005 tarihli , 5436 sayılı kanunun 17. maddesi uyarınca kaldırılmıştır (Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, 2005, md.:17). Bu kurulun yerini Strateji Geliştirme Başkanlığı almıştır. Böylece YSS' nin doğal üyeleri güncel mevzuata göre 4 kişidir. Seçilmiş 11 üye ise Sağlık Bakanı tarafından ülkede sağlık hizmetleri veya eserleri ile tanınmış kişiler arasından seçilmektedir (Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname,1983, md.:31). Bu kişilerin seçiminde şurada önemli görülen uzmanlık alanlarının dengeli temsilinin sağlanması gözetilmektedir (Yüksek Sağlık Şurası Çalışma Yönergesi, 2000, md.:5).

Gündeminde ihtisas konseylerinde veya danışma kurullarında ele alınmış bir konuların bulunduğu toplantılara ilgili danışma kurulu ve ihtisas konseyi başkanları doğal üye statüsünde katılırlar. Böyle durumlarda danışma kurulu ve ihtisas konseyi başkanları katıldıkları toplantı günleri için Şûra'nın normal üyelerinin haklarından aynen yararlanabilirler (Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname,1983, md.:31).

Seçilmiş Şura üyelerinin görev süreleri bir yılla sınırlıdır. Süresi sona eren üyelerin yeniden seçilmesine 6831 sayılı yönergenin 7. Maddesi ile olanak sağlanmıştır.(yön. md.7) Tekrar seçilmeyenler üyeler YSS Fahri Üyesi unvanını ölüne kadar taşırlar ve Şura toplantılarına bu sıfatla oy hakkı olmaksızın katılabilirler (Yüksek Sağlık Şurası Çalışma Yönergesi, 2000, md.:10; Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname,1983, md.:31).

YSS 181 sayılı kararnamenin 31. maddesine göre gerek görülmesi halinde sağlığı ilgilendiren konularda danışmalık yapmak üzere danışma kurulları ve adli dosyaları inceleyip şuraya sunmak üzere ihtisas komisyonları oluşturabilir (Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname,1983, md.:31). Danışma kurullarının üye sayısı, görev konusu, görev süresi şura başkanı tarafından belirlenmektedir. Danışma kurullarının üyeleri konunun uzmanları arasından seçilmekte, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü tarafından önerilen üyeler, Sağlık Bakanı'nın onayına sunulmaktadır. İhtisas komisyonları da sağlık eğitimi genel müdürlüğünün teklifi ve Sağlık Bakanlığı'nın onayı ile kurulmaktadır. İhtisas komisyonları da gerek görülmesi halinde Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü vasıtasıyla ilgili kamu kurum ve kuruluşlarından, bilirkişilerden görüş alma olanağı bulunmaktadır. (Yüksek Sağlık Şurası Çalışma Yönergesi, 2000)

YSS'nin toplantı yeri Ankara'dır. (Yüksek Sağlık Şurası Çalışma Yönergesi, 2000, md.:18; Tümer, 2002, s.:22). YSS Sekreteryası Prof. Dr. Nusret Fişek Caddesi No:41 Sıhhiye Ankara, 06420 adresindeki Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü binasında hizmet vermektedir. (Yüksek Sağlık Şurası. 2010).

1.9.2.2.2. Yüksek Sağlık Şurası'nın İşleyişi

Yapısından ana hatları ile bahsedilen YSS'nin işleyişi 6831 sayılı 19/12/2000 tarihli "YSS Çalışma Yönergesi" ile düzenlenmiştir. YSS işlevsel açıdan dört birime ayrılarak değerlendirilebilir.

- YSS Sekreteryası
- İhtisas Komisyonları
- Danışma Kurulları
- YSS

YSS Sekreteryası Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü içerisinde yer almakta ve görevini sürdürmektedir. YSS Sekreteryası şura çalışmalarının bütününde bilgi ve belge akışından sorumludur. Adli makamlarla, şura üyeleri ile olan tüm yazışmalar sekreteryaya tarafından yürütülmektedir. Adli makamlar tarafından şuradan görüş alınması amacıyla gönderilen dava dosyaları ilk olarak sekreteryada bir ön inceleme numarası almakta ve bir Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirinin de katıldığı değerlendirmeye bırakılmaktadır. Dava dosyaları şura görev kapsamına girip girmediği, bilgi ve belge eksikliği bulunup bulunmadığı yönünden değerlendirilmektedir. Gerekli görülen dosyalar hakkında eksiklerin tamamlanması veya dosyaların ilgili adli makama iadesi için yazışmalar yapılmaktadır. Şurada görüşülmesine karar verilen dosyalar bir esas numarası almakta ve raportöre sunulmaktadır. Raportör dosyanın geldiği mahkeme, olaya dahil kişilerin bilgileri, olayın meydana geliş şekli, olayın geçtiği yer, yapılan tıbbi uygulamalar, ilgili kişilerin varsa ifadeleri, otopsi tutanakları, bilirkişi ve adli tıp kurumu raporları gibi bilgileri tarih sıralaması gözeterek bir rapor halinde hazırlar. Dava dosyalarının incelenerek, dosyada yer alan sürecin netleştirilerek hukuki ve akademik değerlendirme için hazırlanmasını içeren raportörlük görevi son derece önemli, aynı zamanda gizli bir görevdir (Yüksek Sağlık Şurası Çalışma Yönergesi, 2000; Işık, 2009, s.:359; Yol, 2009, s.:357,358). YSS’de sadece ilgili adli makam tarafından gönderilen dava dosyalarının incelenmesi ile karar verilmektedir (Hancı ve Özdemir, 2002, s.:282; Gündoğmuş ve ark., 1997, s.:128). Dosya ile ilgili kişilerin muayenesi, tarafların Şura tarafından dinlenilmesi gibi uygulamalar bulunmamaktadır (Gündoğmuş ve ark., 1997, s.:128). Şura toplantısında dosya görüşülüp karara

bağlanan dosyalar hakkında hazırlanmış olan rapora “sonuç ve görüş” bölümü eklenerek sekreteryaya tarafından arşivlenir. Şura tarafından alınan kararlar YSS üyelerinin imzasının ardından sekreteryaya tarafından adli makamlara bildirilir (Yüksek Sağlık Şurası Çalışma Yönergesi, 2000).

Danışma Kurulları şura toplantılarında değerlendirilmek üzere Bakanlık tarafından tespit edilen ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik konularda şura’ya teknik görüş ve öneriler sunmakla görevli kurullardır. Danışma Kurullarının üyeleri ele alınan konunun uzmanları arasından Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü tarafından seçilerek Sağlık Bakanlığı onayına sunulur. Danışma Kurulları toplantılarını Kurul başkanının daveti ve üyelerinin çoğunluğunun katılımı ile gerçekleştirmektedir. Danışma Kurulları çalışmaları sonucunda görüşlerini bir rapor halinde hazırlar ve bu rapor ilgili şura toplantısına tabii üye olarak katılacak kurul başkanı tarafından şuraya sunulur (Yüksek Sağlık Şurası Çalışma Yönergesi, 2000).

Danışma Kurulları’nın YSS’nin önemli konularda görüş verme görevi ile ilgili işleyişi hakkında Işık: *“Bir ara dosyaların sıklığında dikkatimizi çeken bir şey oldu. Turistik tesislerde çok ciddi önleyici sağlık hizmetlerinde ve birinci basamak ivedi sağlık hizmetlerinde çok ciddi aksamalar olduğunu gördük. Ve bakanlığa şura olarak şöyle bir öneri getirdik, dedik ki bu kuruluşlarda önleyici ve tedavi edici sağlık hizmetleri olarak birinci basamak ya da ivedi hekimlik açısından neler yapılması gerekiyor bunu bir masaya yatıralım. O zaman turizm bakanlığına bir yazı yazıldı, oradan bir uzmanlar kurulu oluşturuldu. Ayrıca temel sağlık hizmetleri de kendi kurulları, uzmanlarıyla buraya katıldı ve şuranın önüne bir çalışma geldi. Şura ilgili uzmanları sözlü olarak da dinledi, sonra kendi arasında tartışıp bir tavsiye kararı aldı”* (Işık, 2009, s.:360).

İhtisas Komisyonları ise YSS’nin iki temel görevinden biri olan tıbbi uygulama hataları ile ilgili ceza davalarında bilirkişilik süreci içerisinde yer alan bir yapıdır. İhtisas Komisyonları ihtiyaç halinde, üyelerinin Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü tarafından seçilerek Sağlık Bakanlığı onayına sunulması yoluyla kurulur. Komisyon çalışmalarının amacı dava konusu ile ilgili şuraya sunulmak üzere bilimsel görüşleri

içeren bir rapor hazırlanmasıdır. Komisyonun bu çalışmaları sırasında kamu kurum ve kuruluşlarının, bilirkişilerin görüşlerine başvurmasına olanak tanınmıştır. İhtisas Komisyonlarının toplantıların gerçekleştirilmesi ve hazırlanan sonuç raporunun şuraya sunulması Danışma Kurulları ile aynı esaslara göre düzenlenmektedir (Yüksek Sağlık Şurası Çalışma Yönergesi, 2000)

YSS Sekreteryası çalışmaları sonrası YSS'den görüşülmesi istenen konu ve dosyalar Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü'nce Sağlık Bakanlığı'na sunulmaktadır. Sağlık Bakanı ya da Bakan adına Sağlık Bakanlığı Müsteşarı tarafından toplantı tarihi ve gündemi belirlenmektedir. Belirlenen gündeme toplantı sırasında yazılı ya da sözlü talep üzerine üye salt çoğunluğu ile yeni madde eklenmesi mümkündür (Yüksek Sağlık Şurası Çalışma Yönergesi, 2000). YSS için yılda en az bir kere olmak üzere toplanma zorunluluğu bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname,1983, md.:31; Gündoğmuş ve ark., 1997, s.:128; Tümer, 2002, s.:22). Şura toplantıları Sağlık Bakanı'nın, bakanın bulunmadığı durumlarda müsteşar başkanlığında gerçekleştirilmektedir. Toplantı için üyelerin salt çoğunluğunun bulunması şartı aranır. Danışma Kurulu ve İhtisas Komisyonu raporları ilgili gündem maddesinin görüşülmesi sırasında sunulmaktadır. Şura gerekli görmesi halinde görüşülen konu ile ilgili bilirkişileri dinlemek üzere toplantıya davet edebilmekte, bilirkişilerden görüş alabilmektedir. Adli dosyaların görüşmeleri basına kapalı olarak yapılırken, sağlık hizmetleri ile ilgili konuların görüşülmesinde bu şart aranmamaktadır. Şura toplantılarında yapılan bütün görüşmeler sesli olarak kayıt altına alınmaktadır (Yüksek Sağlık Şurası Çalışma Yönergesi, 2000) Şura kararları dosya ile ilgili mahkeme kararı kesinleşinceye kadar açıklanmamaktadır (Yol, 2009, s.:357,358).

YSS toplantılarında, görüşmelerin ardından açık oylama ile ve üyelerin oy çokluğu ile karar almaktadır. Adli dosyalarda suçlananın kusuru ve sonrasında kusur derecesi için iki aşama olmak üzere oylama yapılmaktadır. Şura kararları için yapılan oylamalarda çekimser oy kullanılamamaktadır. (Yüksek Sağlık Şurası Çalışma Yönergesi, 2000).

Tezimizde incelenen dönemde kusurun derecesinin 8 üzerinden hesaplanması uygulamada yerleşmiştir. Bunun kaynağını ise, 1964 yılında TCK'nin 455 ve 459. maddelerine 501 sayılı kanun ile eklenen "yukarıdaki fıkralarda beyan olunan cezalar kusurun derecesine göre sekizde birine kadar indirilebilir" şeklindeki düzenleme oluşturmaktadır (Gündoğmuş ve ark. 2002, s.:65).

YSS Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge madde 24'de bazı dosyalara şura gündemine alınmasında bazı dosyalara öncelik tanınmasına olanak sağlanmıştır. Bunun hayata geçirilmesi için Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü'nün teklifi ve Sağlık Bakanlığı'nın onayı gereklidir. Öncelik tanınabilecek dosyalar belirlenirken adli dosyalar için tutukluluk halinin bulunması, zaman aşımının yaklaşmış olması, mahkeme tarafından gerekçeli aciliyet bildirilmesi, daha önce şurada görüşülüp ertelenmiş olması, sağlık hizmetleri ile ilgili dosyalarda ise konunun önemi göz önüne alınmıştır (Yüksek Sağlık Şurası Çalışma Yönergesi, 2000).

Dile getirilen çalışmaların yer aldığı süreç sonucunda oluşan YSS kararları bilirkişi görüşü niteliğindedirler ve mahkemeleri için bağlayıcılıkları yoktur (Özkara ve ark. 2004, s.:153; Hancı ve Özdemir, 2000, s.:281; Tümer, 2002, s.:19). Mahkemeler YSS ile birlikte ya da YSS'den görüş almaksızın başka bilirkişilerin de görüşüne başvurabilmekte ve bu görüşler doğrultusunda da karara varabilmektedirler. (Özkara ve ark., 2004, s.:153).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Yeterlilik aşamasının ardından, tezin başında dile getirilen amaçlar doğrultusunda YSS karar özetleri üzerinde, KHD alanı ile sınırlandırılmış bir araştırma yapılması kararlaştırılmıştır. YSS'nin bilirkişi görüşü olgunlaştırarak sunduğu dava dosyalarının gizlilik açısından gerektirdiği özen çerçevesinde, yargı sürecinin tamamlanmış olması ölçütü gözetilerek 2000-2005 yılları arası dönem araştırma kapsamı olarak belirlenmiştir. YSS arşivinde sözü geçen döneme ait karar özetlerinin içerdiği verilerin çeşitli değerlendirilme seçenekleri arasında dile getirilecek tez amaçları ile uyumlu olarak deontolojik bir bakış açısının benimsenmesi kararlaştırılmıştır. Sonuç olarak "2000 - 2005 Yılları Arasında Yüksek Sağlık Şurası Kararlarında Kadın Hastalıkları ve Doğum Alanına Giren Vakaların Deontolojik Açından Değerlendirilmesi" başlığı saptanmıştır.

Tez konusunun ortaya çıkmasının ardından literatürde yer alan ilgili araştırmalar taranmış, bunların ışığında tez önerisi hazırlanmış; 25.06.2008 tarihinde tez önerisi Dr. Önder İlgi tarafından tez jürisi önünde savunulmuş ve tez önerisi tez jürisi tarafından kabul edilmiştir.

Tez konusu ile ilgili kaynak araştırması mevzuat ve bilimsel yazın kapsamında sürdürülmüş, YSS karar özetlerini değerlendirmek amacı ile bir çizelge hazırlanmıştır (Ek-1). A.Ü. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı 10/10/2008 tarih 163 numaralı yazısı ile tez projesi ve A.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı örneği ile birlikte yazılı izin başvurusu yapılmıştır. Başvuru YSS'nin 18-19 Aralık 2008 tarih, 274 numaralı toplantısında ele alınmış, YSS 11971 sayılı kararı ile tezin yapılmasına izin vermiştir. Söz konusu izin YSS kararı ekte olmak üzere, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü'nün 2562 sayı, 24.02.2009 tarihli yazısı ile A.Ü. Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalına bildirmiştir. Gerekli iznin alınmasının ardından tez projesi A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 27.02.2009 tarihi, 10/447 sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

YSS arşivinde tezin kapsadığı döneme ait 43 klasör halindeki 1153 adli karar bir araya toplanarak düzenlenmiştir. Örnek kararlar ışığında dosya değerlendirme çizelgesi netleştirilmiş, deneme amaçlı olarak önce 2000 yılına ait 8, 2001 yılına ait 2 YSS toplantısında alınan 204 karar çizelge ile değerlendirilmiştir. YSS'nin değerlendirme ve karar özetlerinin raporlanmasında meydana gelebilecek değişikliklerin tez araştırmasında neden olabileceği aksaklıkları saptamak amacı ile 2005 yılına ait 2 karar özeti de çizelge ile değerlendirilmiştir. Çizelge yardımı ile toplanan verilerin M.S. Office Excel 2007 programına girişi yapılmış, veri seti istatistik açıdan değerlendirilmiştir.

Tez konusu ile ilgili olarak KHD ve hukuk alanlarından uzmanlarla görüşmeler gerçekleştirilmiş, önerileri alınmıştır. Hukuk alanından uzmanlar ile YSS'nin bilirkişi görüşü oluşturarak karara bağladığı dava dosyalarının seyrinin izlenmesi olanağı değerlendirilmiş, ülke geneline yaygın bu dava dosyalarının merkezi bir kaynaktan izleme olanağının bulunmadığı, davalara itiraz olup olmadığının saptanmasının gerektiği, buna ek olarak itiraz durumunda üst yargı kurumlarında dosya numaralarının değişmesi nedeni ile davaların seyrinin takibinin çok güç olduğu ifade edilmiştir. “Dava sonuçlarının elde edilmesi ve YSS görüşleri ile karşılaştırılması” hedefi gerçekleştirilmesine yönelik koşullar uygun görülmediğinden tez çalışması kapsamından çıkarılmıştır.

Üzerinde değişiklikler yapılan dosya değerlendirme çizelgesi yardımı ile YSS arşivinde veri toplanması 11.03.2010 – 20.07.2010 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Verilerin M.S. Office 2007 Excel programa girişi yapılmış, bu veriler üzerinde SPSS 11.5 programı kullanılarak frekans analizi yapılmıştır.

Veri toplama sürecinde YSS'ye dava dosyaları beraberinde gönderilen müzekkerelerde not alınmış ve tablolaştırılmıştır. Dosya değerlendirme çizelgesi ile toplanan veriler içerisinde yer alan davanın görüldüğü mahkeme türü bilgisi, müzekkerelerin bulunduğu tabloya eklenmiş ve karar özetlerine konu olan davalar ile ilgili kanun maddeleri eşleştirilmiştir. Eşleştirmede tezin kapsadığı dönemde geçerli olan mevzuat ve özellikle 765 sayılı TCK göz önüne alınmıştır.

3. BULGULAR

3.1. 2000 - 2005 Yılları Arasında Yüksek Sağlık Şurası'nda Görüşülen Dava Dosyaları Arasında Kadın Hastalıkları ve Doğum İle İlgili Dosyaların Sayısı

YSS arşivi karar özetlerine göre 2000 – 2005 yılları arasında gerçekleştirilen 43 YSS toplantısında toplam 1153 dava dosyası görüşülmüştür. Bunlar arasından KHD ile ilgili dosyalar seçilmiştir. Seçilen dosyalar içerisinde çeşitli nedenlerle YSS'de bir defadan fazla ele alınan ve aynı olayla ilgili farklı karar numarası ile birden fazla karar özeti bulunan dosyalar kusur değerlendirmelerinin tamamlandığı karar özeti dikkate alınarak tek karar numarası ile ve tek dosya olarak araştırmaya dahil edilmiştir. Sonuç olarak 283 karar özeti tez kapsamına alınmıştır.

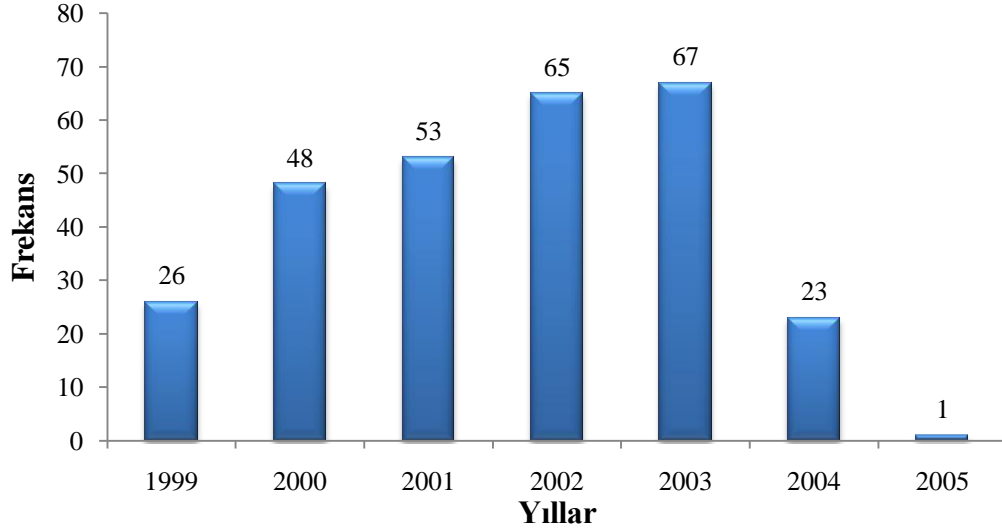
Tez kapsamında incelenen dönemde en fazla dava dosyasının ele aldığı toplantının 72 dosyanın görüşüldüğü 5-6.6.2005 tarihlerinde gerçekleştirilen 231 numaralı toplantı olduğu saptanmıştır. KHD Alanı ile ilgili en fazla sayıda dosyanın görüşüldüğü toplantı da yine aynı toplantı olup KHD ile ilgili dosyaların sayısı 24'dür.

Bu tez yalnızca malpraktis davalarını değil bunun yanı sıra sağlık hizmetlerinden kaynaklanan ve YSS'den görüş istenen her türlü ceza davasını kapsamaktadır.

3.2. Kadın Hastalıkları ve Doğum ile İlgili Dava Dosyalarının Yüksek Sağlık Şurası'na Gönderiliş Yıllarına Göre Dağılımı

Tez kapsamında incelenen yıllar arasında YSS'de karara bağlanan KHD ile ilgili 283 dosyanın dağılımına bakıldığında en fazla sayıda dosyanın gönderildiği yıllar 2003 (67 dosya, % 23,7) ve 2002 (65 dosya, % 23,0) olarak saptanmıştır.

KHD ile İlgili Dava Dosyalarının YSS'ye Gönderiliş Yıllarına Göre Dağılımı

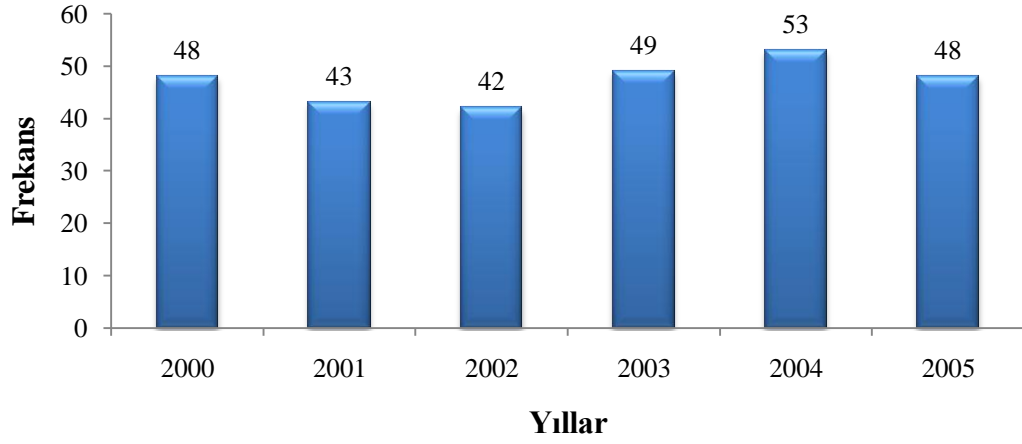


Şekil 3.1. KHD ile ilgili dava dosyalarının YSS'ye gönderiliş yıllarına göre dağılımı

3.3. Kadın Hastalıkları ve Doğum ile İlgili Dava Dosyalarının, Ele Alındığı Yüksek Sağlık Şurası Toplantısı Tarihine Göre Dağılımı

Tez kapsamında incelenen KHD ile ilgili 283 karar özetinin dava dosyasının görüşüldüğü YSS toplantısı tarihlerine göre dağılımına bakıldığında en fazla sayıda dosyanın görüşüldüğü yıllar 2004 (53 dosya, % 18,7) ve 2003 (49 dosya, % 17,3) yılları olarak saptanmıştır. Tez kapsamında incelenen yıllarda ortalama olarak her yıl 47 KHD ile ilgili dosya görüşüldüğü ve yıllar arasında belirgin fark bulunmadığı söylenebilir.

KHD ile İlgili Dava Dosyalarının Ele Alındığı YSS Toplantısı Tarihine Göre Dağılımı

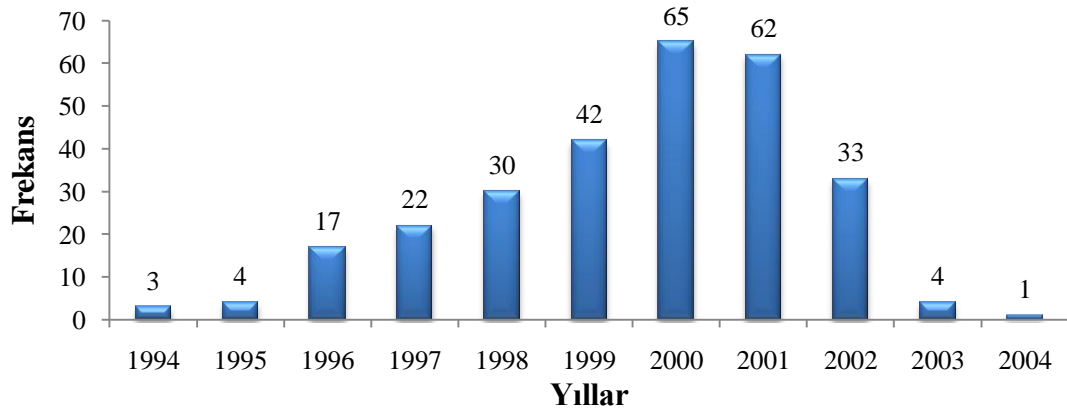


Şekil 3.2. KHD ile ilgili dava dosyalarının ele alındığı YSS toplantısı tarihine göre dağılımı

3.4. Kadın Hastalıkları ve Doğum İle İlgili Karar Özetlerine Konu Olan Olayların Gerçekleşme Tarihine Göre Dağılımı

Tez kapsamına alınan 283 karar özetinde yer alan olayların, olayın gerçekleşme tarihlerine göre dağılımına bakıldığında 2000 yılı 65 olay (% 23.0) ve 2001 yılı 62 olay (% 21.9) ile öne çıkmaktadır. Dağılımın gerçekleştiği 1994-2004 yılları arasında her yıl ortalama olarak 25,72 KHD ile ilgili olay gerçekleştiği saptanmıştır.

KHD ile İlgili Karar Özetlerine Konu Olan Olayların Gerçekleşme Tarihlerine Göre Dağılımı



Şekil 3.3. KHD ile ilgili karar özetlerine konu olan olayların gerçekleşme tarihlerine göre dağılımı

3.5. Yüksek Sağlık Şurası Karar Özetlerinde Dava Dosyasının Yüksek Sağlık Şurası'na Gönderiliş Tarihinden, Dava Dosyasının Ele Alındığı Yüksek Sağlık Şurası Toplantı Tarihine Kadar Geçen Sürelerin Dağılımı

KHD ile ilgili 283 karar özetinde dosyanın gönderiliş tarihinden, dosyanın ele alındığı YSS toplantı tarihine kadar geçen sürelerin dağılımı incelendiğinde, dosyaların gönderilişinden itibaren ortalama (\pm standart sapma) $365,1 \pm 141,3$ (28-816) gün sonraki bir tarihte toplantı gündemine alındığı saptanmıştır.

3.6. Yüksek Sağlık Şurası Karar Özetlerinde Olayın Yaşandığı Tarihten, Dava Dosyasının Yüksek Sağlık Şurası'na Gönderilme Tarihine Kadar Geçen Sürelerin Dağılımı

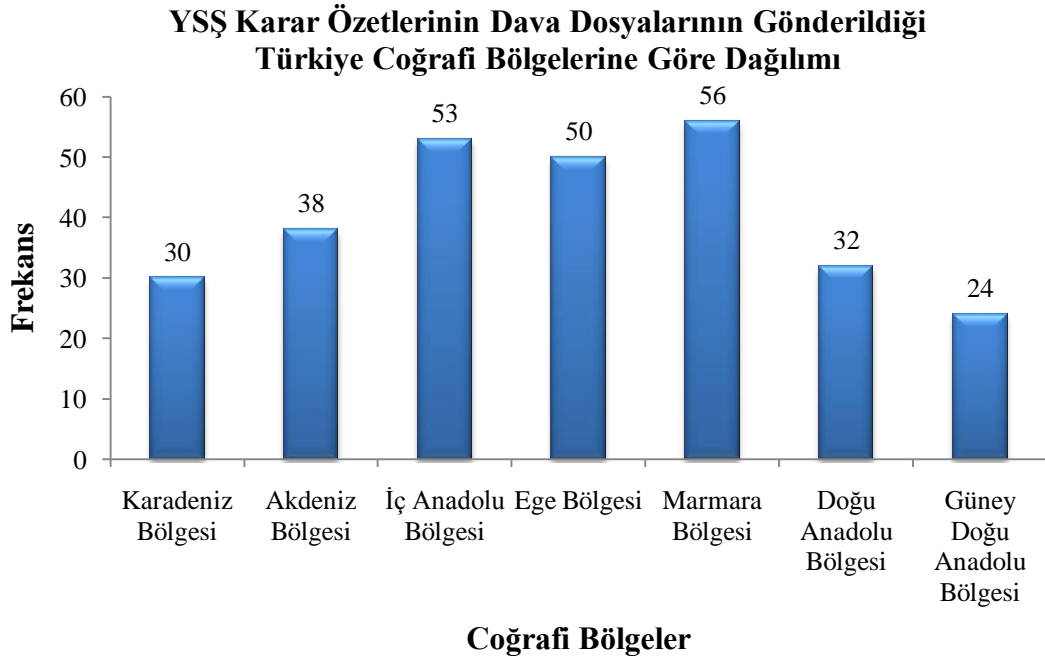
Tez kapsamında yer alan 283 Karar özetine bakıldığında dava dosyalarının YSS'ye gönderilmesinin, olayın yaşandığı tarihten itibaren ortalama (\pm standart sapma) $766,2 \pm 483,5$ (3-2799) gün sonra gerçekleştiği saptanmıştır.

3.7. Yüksek Sağlık Şurası Karar Özetlerinde Olayın Yaşandığı Tarihten, Dava Dosyasının Ele Alındığı Yüksek Sağlık Şurası Toplantı Tarihine Kadar Geçen Sürelerin Dağılımı

İncelenen 283 karar özetinde olayın yaşandığı tarihten, dosyanın ele alındığı YSS toplantı tarihine kadar geçen sürelerin dağılımına bakıldığında, dosyaların olayın gerçekleşmesinden itibaren ortalama (\pm standart sapma) $1131,3 \pm 493,0$ (281-3225) gün sonraki bir tarihte toplantı gündemine alındığı saptanmıştır.

3.8. Yüksek Sağlık Şurası Karar Özetlerinin Dava Dosyalarının Gönderildiği Türkiye Coğrafi Bölgelerine Göre Dağılımı

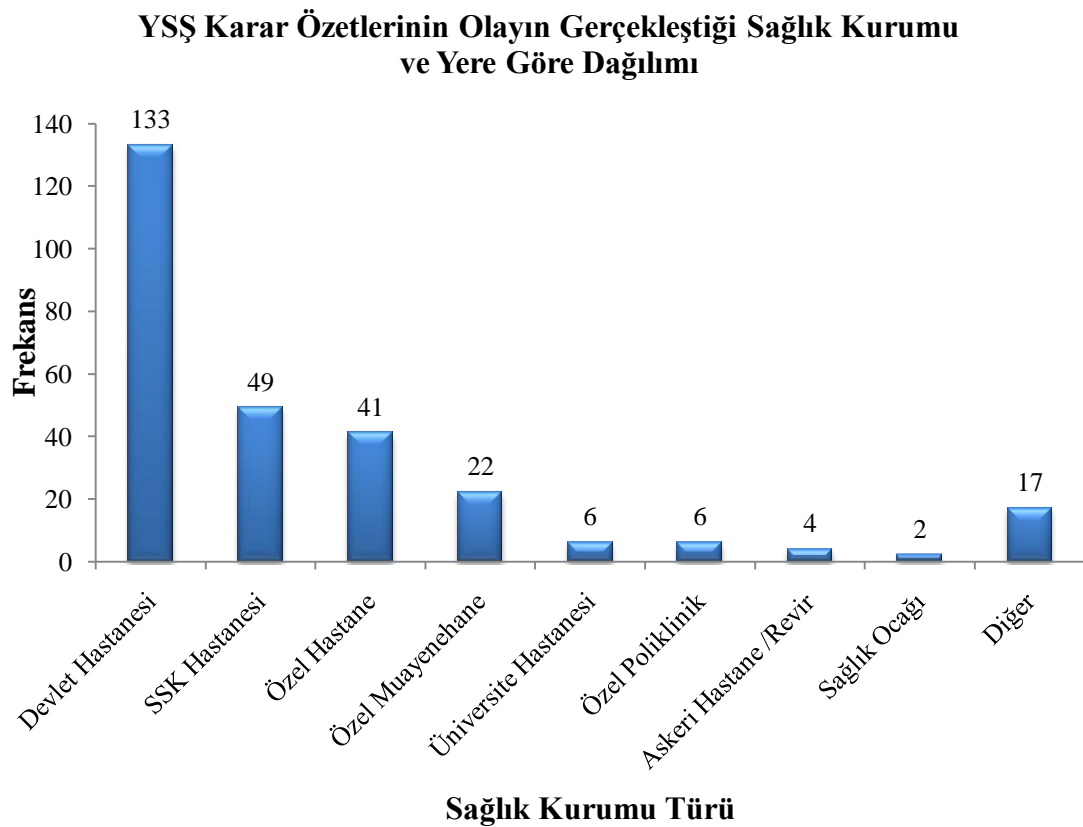
Tez kapsamında değerlendirilen 283 karar özetinde dava dosyalarının gönderildiği mahkemelerin bağlı olduğu il merkezleri dikkate alınarak Türkiye coğrafi bölgelerine göre dağılım incelendiğinde Marmara Bölgesi 56 (% 19,8) dosya ile en fazla dosyanın gönderildiği bölge olarak saptanmıştır. En az dosya gönderilen bölge ise 24 (% 8,5) dosya ile Güney Doğu Anadolu Bölgesi olarak bulunmuştur. İllere göre dağılıma bakıldığında büyükşehirlerin öne çıktığı görülmekte, İstanbul 37 vaka (% 13,1) ile en başta yer alırken, Ankara 20 vaka (% 7,1), İzmir 16 vaka (% 5,7) ile onu izlemektedir.



Şekil 3.4. YSS karar özetlerinin dava dosyalarının gönderildiği türkiye coğrafi bölgelerine göre dağılımı

3.9. Yüksek Sağlık Şurası Karar Özetlerinin Olayın Gerçekleştiği Sağlık Kurumu veya Yere Göre Dağılımı

İncelenen 283 karar özetinden 280'inde olayın gerçekleştiği yer ile ilgili bilgiye ulaşılmıştır. Olayın gerçekleşme yeri dağılımında Devlet Hastaneleri 133 (% 47,5) olay ile ilk başta gelmektedir. Araştırmada diğer ölçütü kapsamında değerlendirilen 17 (% 6,1) olaydan 5'i sağlık kabininde, 5'i evde, 3'ü tıp merkezinde, 1'i sağlık evinde, 1' i eczanede, 2 vaka ise birden fazla yerde gerçekleşen olayların birleşimi ile gerçekleşmiştir.



Şekil 3.5. YSS karar özetlerinin olayın gerçekleştiği sağlık kurumu ve yere göre dağılımı

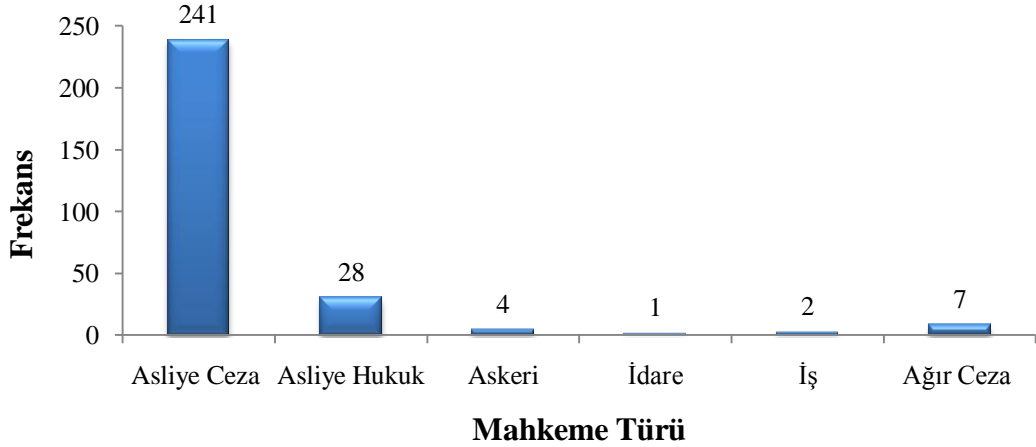
3.10. Yüksek Sağlık Şurası Karar Özetlerinde Yer Alan Mağdurların Yaş Ortalaması

Tez kapsamına alınan 283 karar özetinde mağdur yaşının belirlenebildiği 234 olayda yaş ortalaması (\pm standart sapma) $29,3 \pm 7,5$ olup, minimum yaş değeri 9, maksimum yaş değeri 52 olarak saptanmıştır.

3.11. Yüksek Sağlık Şurası Karar Özetlerinin İlgili Dava Dosyalarının Gönderildiği Mahkeme Türlerine Göre Dağılımı

İncelenen 283 karar özetine konu olan dava dosyalarının gönderildiği mahkeme türlerine göre dağılım incelendiğinde 241 (% 85,15) dava ile tezin kapsadığı yıllarda 1219 sayılı kanunun 75. maddesi uyarınca YSS'den görüş alınması zorunluluğu bulunan Asliye Ceza Mahkemeleri başta gelmektedir.

YSS Karar Özetlerinin İlgili Dava Dosyalarının Gönderildiği Mahkeme Türlerine Göre Dağılımı



Şekil 3.6. YSS karar özetlerinin ilgili dava dosyalarının gönderildiği mahkeme türlerine göre dağılımı.

3.12. Vakaların İlgili Kanun Maddelerine Göre Dağılımı

Araştırma kapsamında değerlendirilen 283 YSS karar özetine ait müzekkerelerin, savcılık yazılarının ve karar özeti konu bölümlerinin değerlendirilmesi sonucu ilgili olan 765 sayılı TCK maddeleri saptanmıştır. 65 karar özetinde bilgiler yetersiz bulunmuş herhangi bir kanun maddesi ile ilişkilendirilmemiştir. Sekiz karar özetindeki olay iki kanun maddesi ile birden ilgili görülmüş, sınıflamada iki kanun maddesinde de ilgili karar özeti hesaba katılmıştır.

Çizelge 3.1. TCK ile ilgili vakaların kanun maddelerine göre dağılımı

765 Sayılı TCK Maddesi	İlgili Müzekkere Sayısı
<p>Madde 455/1: Tedbirsizlik veya dikkatsizlik veya meslek ve sanatta acemilik veya nizam, ve evamir ve talimata riayetsizlik ile bir kimsenin ölümüne sebebiyet veren şahıs iki seneden beş seneye kadar hapse ve 250 liradan 2.500 liraya kadar ağır para cezasına mahkum olur.</p>	122
<p>Madde 230: Hangi nedenle olursa olsun memuriyet görevini yapmakta savsama ve gecikme gösteren veya üstünün yasaya göre verdiği buyrukları geçerli bir neden olmadan yapmayan memur üç aydan bir yıla kadar hapis ve bin liradan beşbin liraya kadar ağır para cezası ile cezalandırılır.</p> <p>Bu savsama ve gecikmeden veya üstünün yasal buyruklarını yapmamış olmaktan Devletçe bir zarar meydana gelmişse, derecesine göre altı aydan üç yıla kadar hapis cezası ile birlikte süreli veya temelli olarak memuriyetten yoksun kalma cezası da hükmolunur.</p> <p>Her iki durumda memurun vazifesini geciktirmesinden veya verilen buyruğu yapmamasından, kişiler herhangi bir zarara uğramışsa bu zarar ayrıca ödettirilir.</p>	50
<p>Madde 459/1: Her kim tedbirsizlik veya dikkatsizlik yahud meslek ve sanatta acemilik veya nizam, talimat ve emirlere riayetsizlik neticesi olarak bir şahsa cismen eza verecek veya sıhhatini ihlal edecek bir zarar iras eder yahud akli melekelerinde teşevvüş husulüne sebebiyet verirse:</p> <p>1 - 456 ncı maddenin birinci ve dördüncü fıkralarındaki hallerde takibat icrası şikayete bağlı olmak şartile üç aya kadar hapis veya elli liraya kadar ağır para cezası,</p>	29
<p>Madde 459/2: Her kim tedbirsizlik veya dikkatsizlik yahud meslek ve sanatta acemilik veya nizam, talimat ve emirlere riayetsizlik neticesi olarak bir şahsa cismen eza verecek veya sıhhatini ihlal edecek bir zarar iras eder yahud akli melekelerinde teşevvüş husulüne sebebiyet verirse:</p> <p>2 - 456 ncı maddenin ikinci ve üçüncü fıkralarındaki hallerde üç aydan yirmi aya kadar hapis ve 100 liradan 500 liraya kadar ağır para cezası hükmolunur.</p>	26
<p>Madde 228: Devlet memurlarından her kim bir şahıs veya memur hakkında memuriyetine ait vazifeyi suiistimal ile kanun ve nizamın tayin ettiği ahvalden başka suretle keyfi bir muamele yapar veya yapılmasını emreder veya ettirirse altı aydan üç seneye kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Bu muamelede hususi maksat veya siyasi saik veya sebep mevcut ise cezası üçte birden yarıya kadar artırılır.</p> <p>Memuriyetinin icrasında lüzumsuz yere sert muamelelerle bir şahsın kanun hükmüne veya hükümetin emirlerine itaat etmemesine sebep olan memur dahi aynı ceza ile cezalandırılır.</p>	18

<p>Madde 468/2: Bir kadının rızası olmaksızın çocuğunu düşürten kimseye yedi yıldan oniki yıla kadar ağır hapis cezası verilir.</p> <p>Gebelik süresi on haftadan fazla olan bir kadının rızasıyla tıbbi nedenler mevcut olmadan çocuğunu düşürten kimseye iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası verilir. Çocuğunu düşürmeye rıza gösteren kadına da aynı ceza verilir.</p>	6
<p>Madde 468/1: Bir kadının rızası olmaksızın çocuğunu düşürten kimseye yedi yıldan oniki yıla kadar ağır hapis cezası verilir.</p>	2
<p>Madde 339/1: Bir memur memuriyetini icrada tamamen veya kısmen sahte bir varaka tanzim eder veya hakiki bir varakayı tağyir ve tahrif eyler ve bundan dolayı umumi ve hususi bir mazarrat tevellüt edebilirse üç seneden on seneye kadar ağır hapis cezasına mahkum olur. Eğer işbu varaka sahteliği ispat edilmedikçe muteber olan evrak kabilinden ise ağır hapis cezası beş seneden on iki seneye kadar verilir.</p>	2
<p>Madde 212: Kanun ve nizam hükümlerine göre yapmak zorunda olduğu şeyi yapmak veya yapmamak zorunda olduğu şeyi yapmamak için rüşvet alan veya bir vaat veya taahhüt kabul eden kimseye dört yıldan on yıla kadar ağır hapis cezası verilir.</p> <p>Cürmün, yapılması gereken işin yapılmaması veya yapılmaması gereken işin yapılması için işlenmesi halinde faile beş yıldan oniki yıla kadar ağır hapis cezası verilir.</p> <p>Yukarıdaki fıkralarda belirtilen hallerde, memurun mensup olduğu dairenin ilgili bulunduğu sözleşme veya taahhütlere girilmiş veya memuriyet, maaş, nişan veya sair rütbe, derece veya kademeler verilmiş veya kanun ve nizama aykırılık veya hakkı ihlal eden bir hal meydana gelmiş ise faile altı yıldan onbeş yıla kadar ağır hapis cezası verilir.</p> <p>Yukarıdaki fıkralarda belirtilen hallerde faile ayrıca, aldığı para ile sağladığı her türlü menfaat veya vaat veya taahhüt olunan her türlü menfaatlerin miktar veya değerinin beş misli ağır para cezası verilir.</p>	1
<p>Madde 459/3: Her kim tedbirsizlik veya dikkatsizlik yahud meslek ve sanatta acemilik veya nizam, talimat ve emirlere riayetsizlik neticesi olarak bir şahsa cismen eza verecek veya sıhhatini ihlal edecek bir zarar iras eder yahud akli melekelerinde teşevvüş husulüne sebebiyet verirse:</p> <p>3 - Bir kaç kişi cürümden mutazarrır olmuş ise bir numaralı bendde hapis cezası altı ay ve ağır para cezası iki yüz liraya kadar, iki numaralı bendde hapis altı aydan otuz aya kadar ve ağır para cezası 150 liradan aşağı olmamak üzere hükmolunur.</p>	1

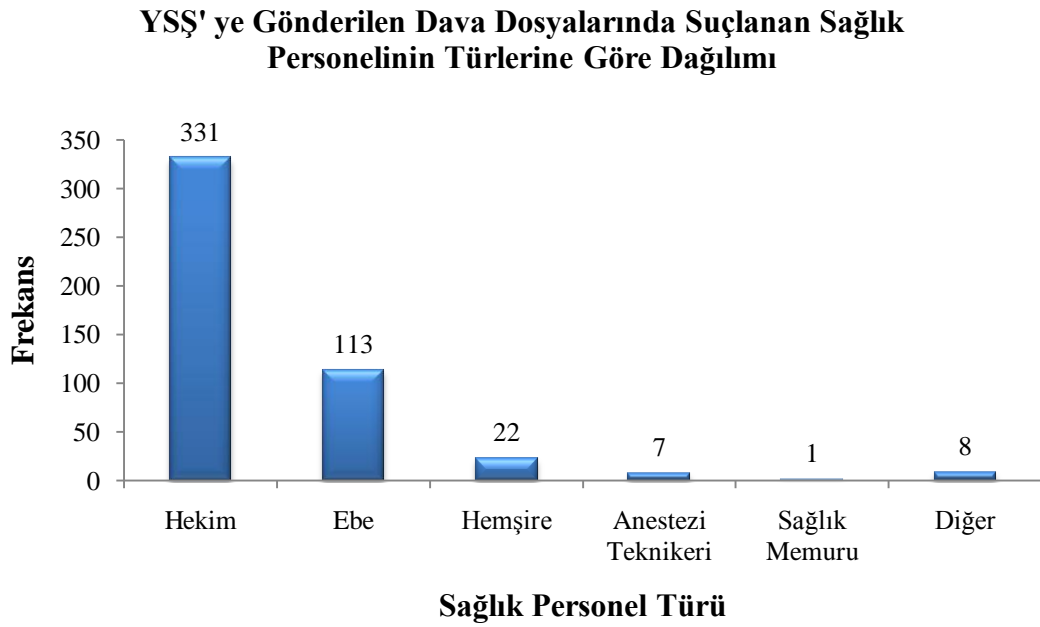
Madde 448: Her kim, bir kimseyi kasten öldürürse 24 seneden 30 seneye kadar ağır hapis cezasına mahkum olur.	1
Madde 470/2: Rahim tahliye etme yetkisi olmayan bir kimse, gebelik süresi on haftadan az olan bir kadına rızasıyla düşük yaptırdığı takdirde iki yıldan dört yıla kadar hapis cezasıyla cezalandırılır. Fiil kadının ölümüne veya bedeni bir zararına sebep olmuşsa, fail ayrıca 452 nci ve 456 ncı maddeler hükümlerine göre cezalandırılır. Rahim tahliye etme yetkisi olmayan bir kimse 468 inci maddenin birinci, ikinci, üçüncü, dördüncü fıkralarında öngörülen fiilleri işlediği takdirde cezası üçte bir oranında artırılır.	1

Çizelge 3.2. TCK dışındaki diğer kanunlarla ilgili vakaların kanun maddelerine göre dağılımı.

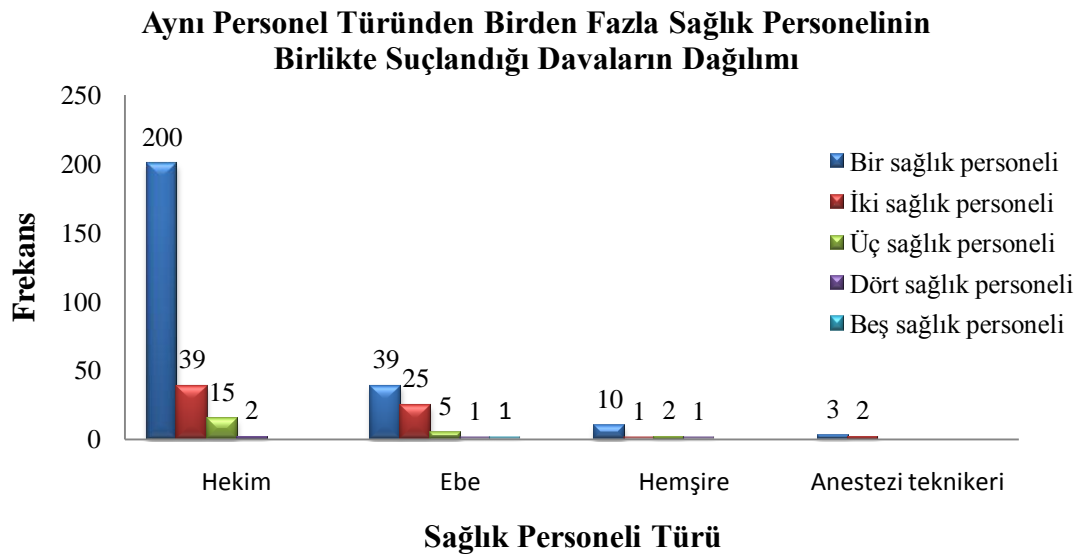
Kanun	Kanun Maddesi	İlgili Müzekkere Sayısı
818 Sayılı Borçlar Kanunu Maddesi	Madde 41: Gerek kasten gerek ihmal ve teseyyüp yahut tedbirsizlik ile haksız bir surette diğer kimseye bir zarar ıka eden şahıs, o zararın tazminine mecburdur. Ahlâka muğayir bir fiil ile başka bir kimsenin zarara uğramasına bilerek sebebiyet veren şahıs, kezalik o zararı tazmine mecburdur.	28
1982 Anayasa	Madde 125: İdarenin her türlü eylem ve işlemlerine karşı yargı yolu açıktır. (Ek hükümler: 4446 - 13.8.1999) Kamu hizmetleri ile ilgili imtiyaz şartlaşma ve sözleşmelerinde bunlardan doğan uyuşmazlıkların milli veya milletlerarası tahkim yoluyla çözülmesi öngörülebilir. Milletlerarası tahkime ancak yabancılik unsuru taşıyan uyuşmazlıklar için gidilebilir.	1
2577 Sayılı İdari Yargılama Usulü Kanunu	Madde 13: 1. İdari eylemlerden hakları ihlal edilmiş olanların idari dava açmadan önce, bu eylemleri yazılı bildirim üzerine veya başka suretle öğrendikleri tarihten itibaren bir yıl ve her halde eylem tarihinden itibaren beş yıl içinde ilgili idareye başvurarak haklarının yerine getirilmesini istemeleri gereklidir	1

3.13. Yüksek Sağlık Şurası'na Gönderilen Dava Dosyalarında Suçlanan Sağlık Personelinin Türlerine Göre Dağılımı

Tez kapsamında incelenen YYSŞ karar özetlerine konu olan dava dosyalarında 256'sında suçlanan 331 hekim en fazla suçlanan sağlık personeli türü olarak saptanmıştır. Suçlananlar arasında aşağıda grafikte görülen geçen sağlık personeli türlerinin dışında kalan ve diğer ölçütünde değerlendirilen sağlık personellerini 8 davada suçlanan 2 hizmetli, 1 laborant, 1 eczacı, 1 muayenehane personeli, 1 hasta bakıcı, 1 hastane sahibi ve 1 hemşire yardımcısı oluşturmaktadır.



Şekil 3.7. YYSŞ' ye gönderilen dava dosyalarında suçlanan sağlık personelinin türlerine göre dağılımı



Şekil 3.8. Aynı personel türünden birden fazla sağlık personelinin birlikte suçlandığı davaların dağılımı

283 dava dosyasından 3'ünde yalnızca kurumlar suçlanmıştır. Sağlık personellerinin suçlandığı 280 davanın 191 inde (% 68,2) sadece hekimler, 20'sinde (% 7,1) sadece ebeler, 1'inde (% 0,4) sadece hemşireler, 2'sinde (% 0,7) sadece diğer sağlık personelleri ölçütüne uyan personel suçlanmıştır.

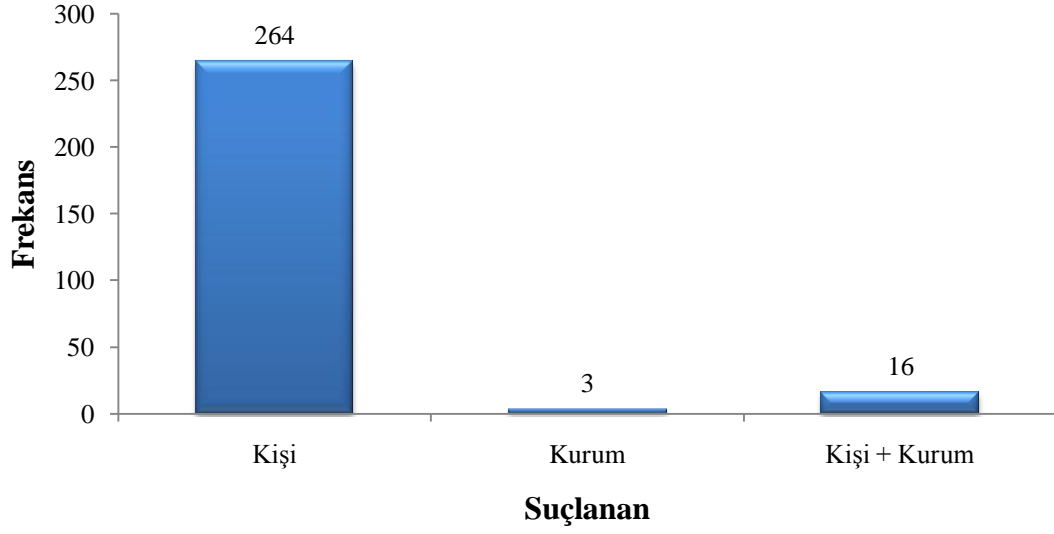
Birden fazla tür sağlık personelinin eşzamanlı olarak suçlandığı 58 (% 20,8) davada iki farklı türden sağlık personeli suçlanmış, ikiden fazla türden sağlık personelinin birlikte suçlandığı ise 8 (% 2,9) dava bulunmaktadır.

İki farklı türden sağlık personelinin birlikte suçlandığı davalar ağırlıklı olarak hekim ve ebelerin birlikte suçlandığı davalar (43 dava, % 15,4) ile hekim ve hemşirelerin birlikte suçlandığı davalardan (8 dava, % 3,2) oluşmaktadır.

3.14. Yüksek Sağlık Şurası'na Gönderilen Dava Dosyalarının Suçlananların Kurum ve/veya Kişi Olmasına Göre Dağılımı

Tez kapsamına alınan 283 karar özetine konu olan davalardan 264'ünde (% 93,3) sadece kişiler, 3'ünde (% 1,1) sadece kurumlar, 16'sında (% 5,7) kişiler ve kurumlar birlikte suçlanmıştır.

YSS' ye Gönderilen Dava Dosyalarının Suçlananların Kurum ve/veya Kişi Olmasına Göre Dağılımı

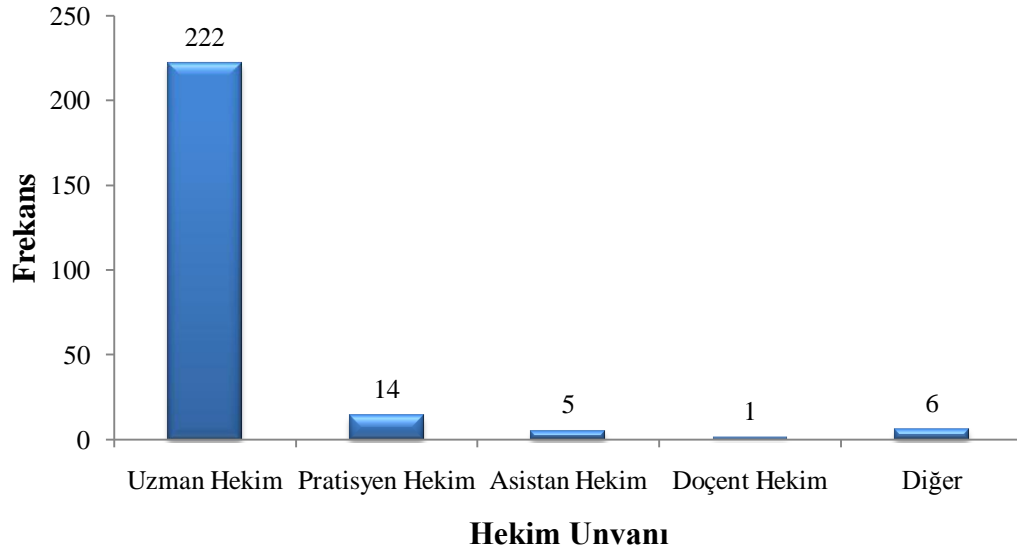


Şekil 3.9. YSS' ye gönderilen dava dosyalarının suçlananların kurum ve/veya kişi olmasına göre dağılımı

3.15. Yüksek Sağlık Şurası'na Gönderilen Dava Dosyalarının Suçlanan Hekimlerin Unvanlarına Göre Dağılımı

Tez çalışması kapsamında incelenen 283 YSS karar özetinden 256'sında karar özetine konu olan davada hekimlerin suçlandığı saptanmıştır. Bunlardan 248'inde karar özetine davalarda suçlanan hekimlerin unvanları ile ilgili bilgiye rastlanmıştır. Hekim unvanlarına göre dağılımda en büyük grubu 222 davada (% 89,5) yer alan uzman hekimlerin oluşturduğu saptanmıştır. Diğer ölçütü kapsamında değerlendirilen 6 (% 2,4) davada unvanları farklı hekimler birlikte suçlanmıştır. 1 davada doçent hekim ve asistan hekim, 3 davada uzman hekim ve asistan hekim, 2 davada ise uzman hekim ve pratisyen hekim birlikte suçlanmıştır.

YSS' ye Gönderilen Dava Dosyalarının Suçlanan Hekimlerin Unvanlarına Göre Dağılımı



Şekil 3.10. YSS' ye gönderilen dava dosyalarının suçlanan hekimlerin unvanlarına göre dağılımı

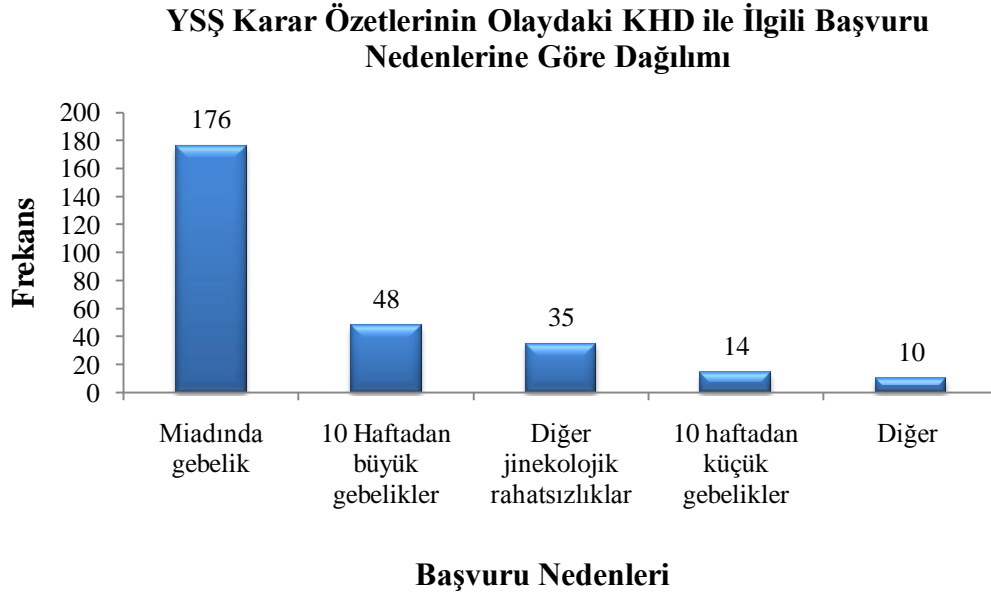
3.16. Yüksek Sağlık Şurası Karar Özetlerinin Olayda Sağlık Hizmetine Başvurunun “Acil” veya “Elektif” Başvuru Olmasına Göre Dağılımı

İncelenen 283 karar özetinde olaylardaki sağlık hizmetine başvuru şeklinin 161 vakada (% 56,9) “acil başvuru”, 122 vakada (% 43,1) “elektif başvuru” olduğu saptanmıştır.

3.17. Yüksek Sağlık Şurası Karar Özetlerinin Olaydaki Kadın Hastalıkları ve Doğum ile İlgili Başvuru Nedenlerine Göre Dağılımı

İncelenen 283 KHD ile ilgili karar özetinde olayda sağlık hizmetine başvuru nedenlerine göre dağılımına bakıldığında miadında gebeliklerin 176 (% 62,2) ve 10 haftadan büyük gebeliklerin 48 (% 16,96) en sık başvuru nedenleri olduğu saptanmıştır. Araştırmada diğer ölçütü kapsamında değerlendirilen 10 (% 3,6)

olaydan 3'ünde kızlık zarı değerlendirilmesi, 2' sinde genital bölge kanserleri, 1'inde doğum belgesi alınması, 1' inde fibula kırığı, 1' inde eczaneden teratojenik etkili bir ilacın yanlışlıkla verilmesi başvuru nedeni olarak yer almaktadır. 2 olayda ise birden fazla başvuru nedeninin birlikteliği söz konusudur.



Şekil 3.11. YSS karar özetlerinin olaydaki KHD ile ilgili başvuru nedenlerine göre dağılımı

3.18. Yüksek Sağlık Şurası Karar Özetlerinin Olayda Sergilenen Klinik Yaklaşımlara Göre Dağılımı

Çizelge 3.3. YSS karar özetlerinin olayda sergilenen klinik yaklaşımlara göre dağılımı

	Klinik Yaklaşım	Tek Klinik Yaklaşım Olarak Yer Aldığı Olay Frekansı	Diğer Klinik Yaklaşımlarla Birlikte Yer Aldığı Olay Frekansı	Toplam
1	Muayene ve değerlendirme	5	28	33
2	Gebelik izlemi ve antenatal bakım	2	30	32
3	Jinekolojik cerrahi tedavi	12	37	49
4	Medikal tedavi	2	30	32
5	Normal doğum	43	74	117
6	Müdahaleli doğum - vakuum	7	10	17
7	Müdahaleli doğum - forceps	1	3	4
8	Sezaryen	13	45	58
9	Kürtaj	13	18	31
10	Tarama testleri	-	2	2
11	Ultrasonografik değerlendirme	-	57	57
12	Smir taraması	-	-	-
13	Kızlık zarı değerlendirmesi	2	-	2
14	Sevk	5	90	95
15	Yardımcı üreme teknikleri ve bunlara bağlı uygulamalar	2	-	2

İncelenen 283 YSS karar özetinden 282' sinde başvuru sahibine yönelik sergilenmiş olan klinik yaklaşımla ilgili bilgiye ulaşılmıştır. Bir karar özetinde eczaneden teratojenik etkili bir ilacın yanlışlıkla verilmesi söz konusu olup klinik yaklaşımla ilgili bilgi bulunmamaktadır. 282 karar özetinden 107' sında tek bir ölçütle uyumlu klinik yaklaşım, 116' sında iki ölçütle uyumlu klinik yaklaşım, 46' sında üç ölçütle uyumlu klinik yaklaşım, 11' inde dört ölçütle uyumlu klinik yaklaşım, 2' sinde beş ölçütle uyumlu klinik yaklaşım sergilenmiştir. Klinik yaklaşımlar değerlendirilirken olaylardaki klinik sürecin YSS karar özetinde yer alan kesiti ve kapsamı dikkate alınmıştır. Karar özetlerinde yer alan tüm girişimler, girişimin şikayete konu olması veya bir eksikliğin söz konusu olup olmamasına olması durumu gözetilmeksizin bütün olarak ele alınmıştır. Dağılım incelendiğinde normal doğum, sevk, sezaryen ve USG değerlendirmesi YSS karar özetlerinde en sık rastlanılan klinik yaklaşımlar olarak saptanmıştır.

3.19. Yüksek Sağlık Şurası Karar Özetlerinin Olayın Bağlantılı Olduğu Sağlık Hizmeti Eksikliğine Göre Dağılımı

Çizelge 3.4. YSS karar özetlerinin olayın bağlantılı olduğu sağlık hizmeti eksikliğine göre dağılımı

	Sağlık Hizmeti Eksikliği	Olayla Bağlantılı Bir Tek Sağlık Hizmeti Eksikliği Bulunan Olay Frekansı	Olayla Bağlantılı Birden Fazla Sağlık Hizmeti Eksikliği Bulunan Olay Frekansı	Toplam
1	Yetersiz muayene ve değerlendirme.	21	39	60
2	Yetersiz preoperatif değerlendirme	15	48	63
3	Yetersiz operatif değerlendirme	5	32	37
4	Yetersiz operatif ve postoperatif değerlendirme	19	20	39
5	Tanı hatası	3	4	7
6	Operatif hatalar	58	72	130
7	Yetersiz medikal tedavi	3	23	26
8	Gereksiz hasta sevk etme	3	9	12
9	Hastayı bilgilendirmeme	-	2	2
10	Hasta onamını almama	1	3	4
11	Yeni bir tedavi yöntemi uygulama	-	-	-
12	Sır saklama sorumluluğunu yerine getirmeme	-	-	-
13	İcapçı iken bilgilendirilmesine rağmen göreve gelmeme	15	9	24
14	Rüşvet, irtikap ve görevi kötüye kullanma	9	3	12
15	Adli görev hataları	-	-	-
16	Anestezi hataları	2	2	4
17	Yardımcı sağlık personellerince gerçekleştirilen uygulamalar	-	2	2
18	Yetkisi bulunmayan uygulamaların gerçekleştirilmesi	6	6	12

YSS tarafından kusur saptanması amacı değerlendirilen dava dosyasının özetini ve YSS kararını içeren 283 karar özetinden 282'sinde, konu olan olay sağlık hizmeti eksikliği ölçütlerimiz ile bağlantılı olarak değerlendirilebilmiştir. Bir karar özetinde ise ölçütlerimizde yer alan sağlık hizmeti eksiklikleri ile bağlantı kurulamayan eczaneden teratojenik etkili bir ilacın yanlışlıkla verilmesi durumu ile karşılaşılmıştır. Olaylardan 157 tanesi tek bir sağlık hizmeti eksikliği ölçütü ile bağlantılı bulunmuş,

96 olay iki, 21 olay üç, 5 olay ise dört sağlık hizmeti eksikliği ölçütü ile bağlantılı bulunmuştur. Dağılım incelendiğinde operatif hatalar, yetersiz preoperatif değerlendirme, yetersiz muayene ve değerlendirme YSS karar özetlerindeki olaylar ile en sık olarak bağlantılı bulunan sağlık hizmeti eksiklikleri olarak saptanmıştır. “Operatif hatalar” ölçütünün kapsamı yalnız cerrahi işlemler olarak değil, sağlık hizmeti sürecinde uygulanan büyük, küçük cerrahi girişimler ve bunlara ilave olarak medikal tedaviler dışında kalan diğer tüm girişimler olarak düşünülmelidir. Araştırmamızda yapılan değerlendirme, hekim gözü ile karar özetinin değerlendirilmesi sonucunda, olayın sonucu, suçlama ve klinik girişimlerin birlikte değerlendirilmesinin ardından, olayda önplana çıkan eksikliklerin saptanmasıdır. Söz konusu olaylarda sağlık hizmetindeki eksikliğin ancak dava dosyasının tümüyle incelenmesi ve ardından oluşturulacak bilirkişi görüşü sonunda netleşeceği göz önünde bulundurulmalıdır.

3.20. Yüksek Sağlık Şurası Karar Özetlerinin Olayın Kadın Hastalıkları ve Doğum Alanı Dışındaki Diğer Tıp Uzmanlık Alanları ile İlgili Durumuna Göre Dağılımı

İncelenen 283 YSS karar özetinden 175’inde (% 62) konu olan olay sadece KHD uzmanlık alanını ile ilgilidir. 108 (% 38) karar özetinde ise olayın KHD dışında farklı tıp uzmanlık alanları ile de ilgili olduğu saptanmıştır. KHD alanının yanı sıra farklı tıp uzmanlık alanları ile ilgili bulunan 108 olaydan 91’inde (% 32) bir farklı tıp uzmanlık alanın, 13’ünde (% 5) iki farklı tıp uzmanlık alanın, 4’ünde (% 1) üç farklı tıp alanın ek olarak olay ile ilgili olduğu saptanmıştır.

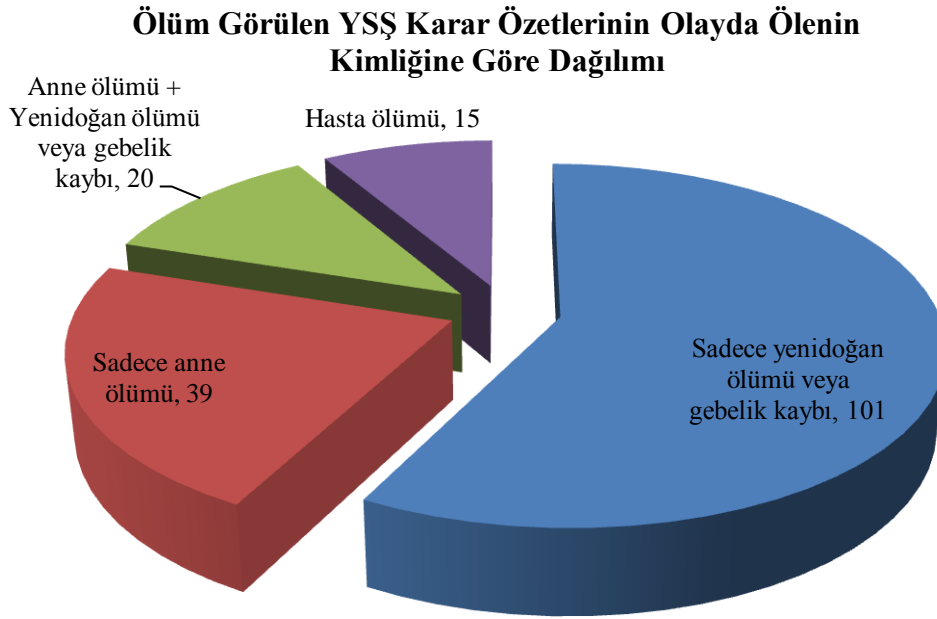
KHD alanına ek olarak, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ile ilgili 45 olay, Anesteziyoloji ile ilgili 25 olay, Genel Cerrahi ile ilgili 24 olay bulunmaktadır.

3.21. Yüksek Sağlık Şurası Karar Özetlerinin Olayda Ölüm Görülmesine Göre Dağılımı

Tez kapsamında incelenen 283 karar özetinden 175'inde (% 61,8) olayda ölüm görüldüğü saptanmıştır.

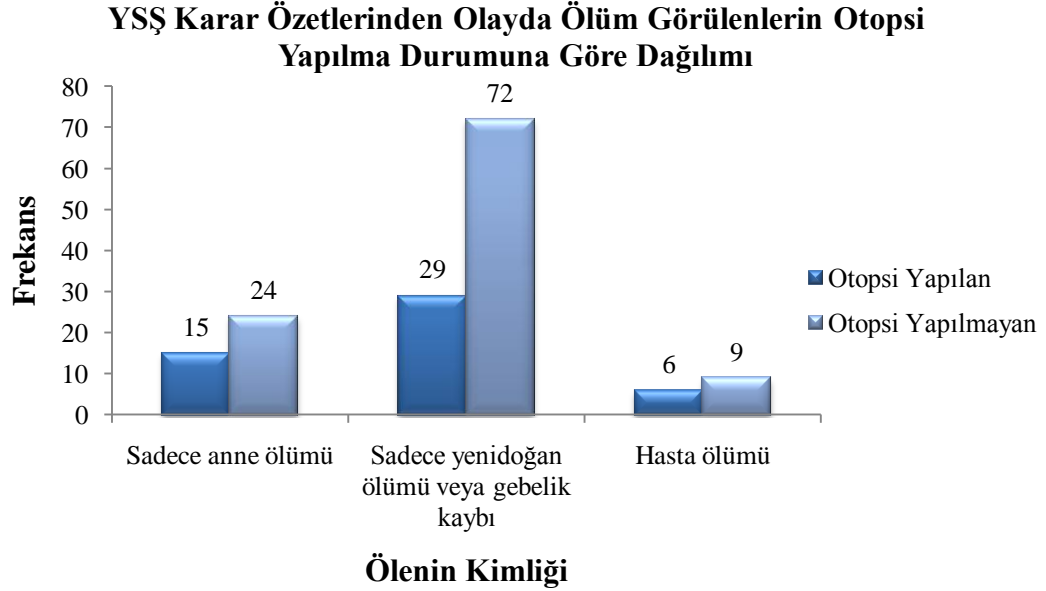
3.22. Olayda Ölüm Görülen Yüksek Sağlık Şurası Karar Özetlerinin Otopsi Yapılması Durumuna Göre Dağılımı

Ölüm görülen 175 olaydan 39' unda (% 22,3) sadece anne ölümü, 101'inde (% 57,7) sadece yenidoğan ölümü veya gebelik kaybı, 20' sinde (% 11,4) ise anne ölümü yanı sıra yenidoğan ölümü veya gebelik kaybı birlikte gerçekleşmiştir.



Şekil 3.12. Ölüm görülen YSS karar özetlerinin olayda ölenin kimliğine göre dağılımı

3.23. Yüksek Sağlık Şurası Karar Özetlerinden Olayda Ölüm Görülenlerin Otopsi Yapılma Durumuna Göre Dağılımı



Şekil 3.13. YSS karar özetlerinin olayda ölüm görülenlerin otopsi yapılma durumuna göre dağılımı

Anne ölümü yanı sıra yenidoğan ölümü veya gebelik kaybının birlikte gerçekleştiği saptanan vakalardan 2' sinde (% 10) hem anneye hem yenidoğana veya cenine otopsi yapıldığı, 4 vakada (% 20) sadece anneye otopsi yapıp yenidoğan veya cenine otopsi yapılmadığı, 14 vakada (% 70) ne anneye ne de yenidoğana veya cenine otopsi yapıldığı saptanmıştır.

3.24. Anne Ölümü Yanı Sıra Yenidoğan Ölümü veya Gebelik Kaybının Birlikte Görüldüğü Vakaların Otopsi Durumuna Göre Dağılımı

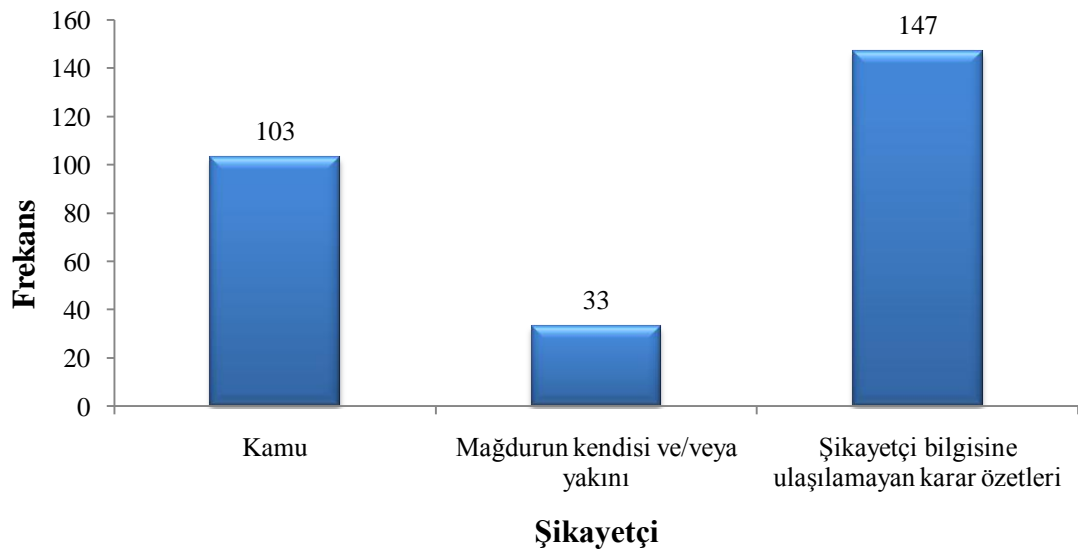
Çizelge 3.5. Anne ölümü yanı sıra yenidoğan ölümü veya gebelik kaybının birlikte görüldüğü vakaların otopsi durumuna göre dağılımı

		Yenidoğan veya Cenin		
		Otopsi Yapılmış	Otopsi Yapılmamış	Toplam
Anne	Otopsi Yapılmış	2	4	6
	Otopsi Yapılmamış	0	14	14
	Toplam	2	18	20

3.25. Yüksek Sağlık Şurası Karar Özetlerinin İlgili Davada Yer Alan Şikayetçiye Göre Dağılımı

Tez kapsamında incelenen 283 karar özetinden çoğunluğunda şikayetçiye ilişkin bilgiye ulaşılamamıştır. Bilgi elde edilebilenler arasında 103 (% 36,4) dava ile kamu davaları öne çıkmaktadır.

Vakaların Şikayetçilere Göre Dağılımı

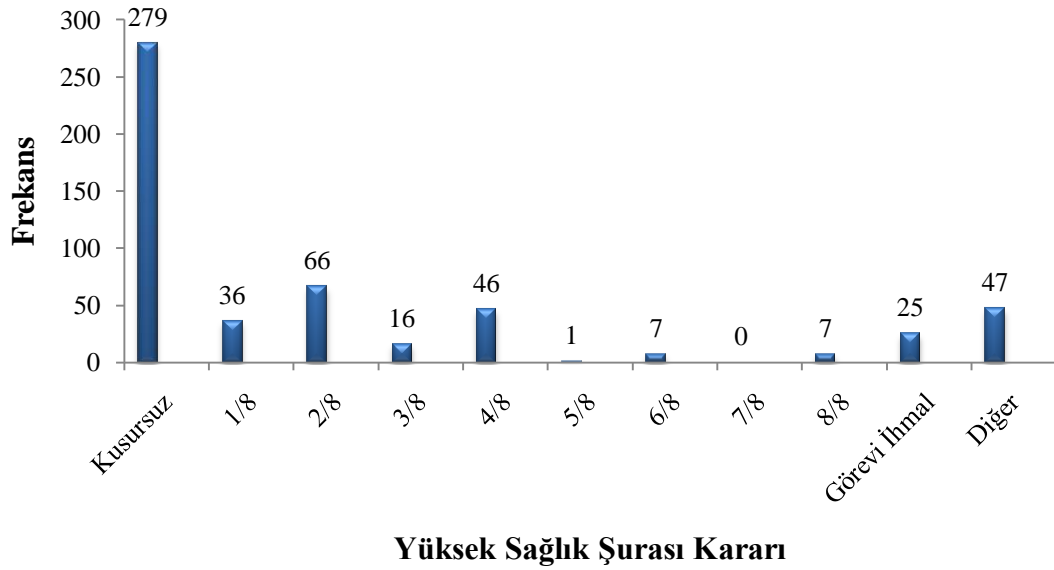


Şekil 3.14. Vakaların şikayetçilere göre dağılımı

3.26. Yüksek Sağlık Şurası Karar Özetlerinin Yüksek Sağlık Şurası Kararlarına Göre Dağılımı

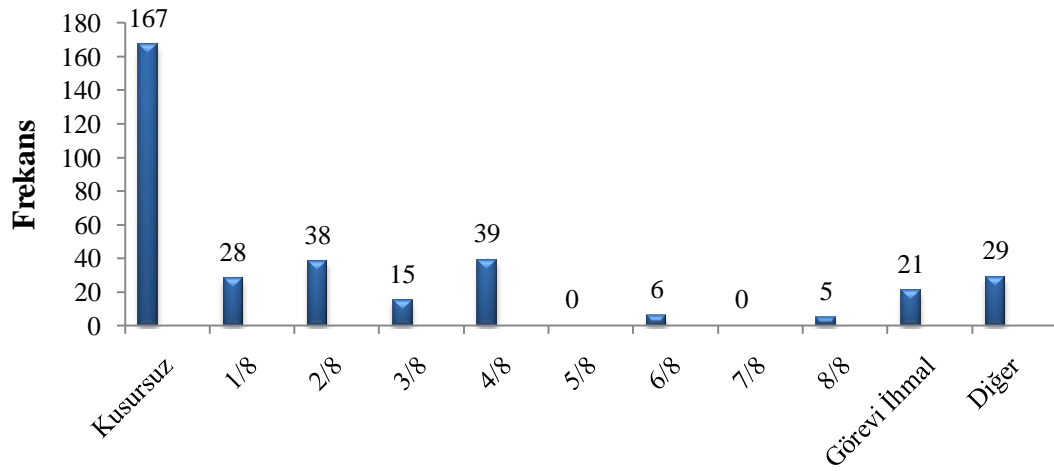
Tez kapsamında incelenen 283 karar özetinde toplam 534 kişi ve/veya kurum hakkında karar verilmiştir. Bunlardan 33 tanesi dava dosyalarında suçlanan olarak bulunmayan ancak YSS tarafından olayla ilgili görülerek haklarında karar verilen kişi ve/veya kurumlardır. Tez kapsamında incelenen 283 vakaya ait YSS kararlarından 15'inde karara muhalefet şerhi düşüldüğü saptanmıştır.

Yüksek Sağlık Şurası Kararları Toplam Dağılımı



Şekil 3.15. YSS kararları toplam dağılımı

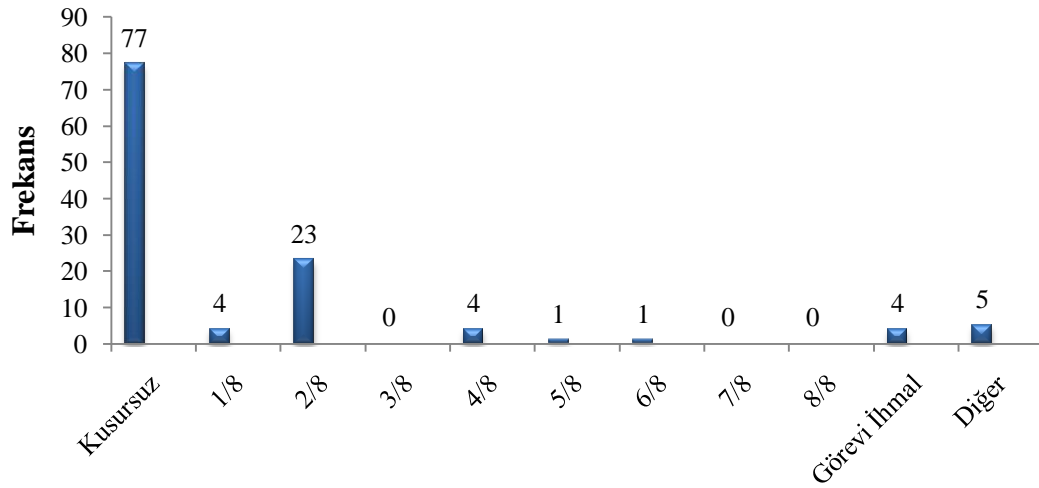
Hekimler ile İlgili YYS Kararlarının Dağılımı



Yüksek Sağlık Şurası Kararı

Şekil 3.16. Hekimler ile ilgili YYS kararlarının dağılımı

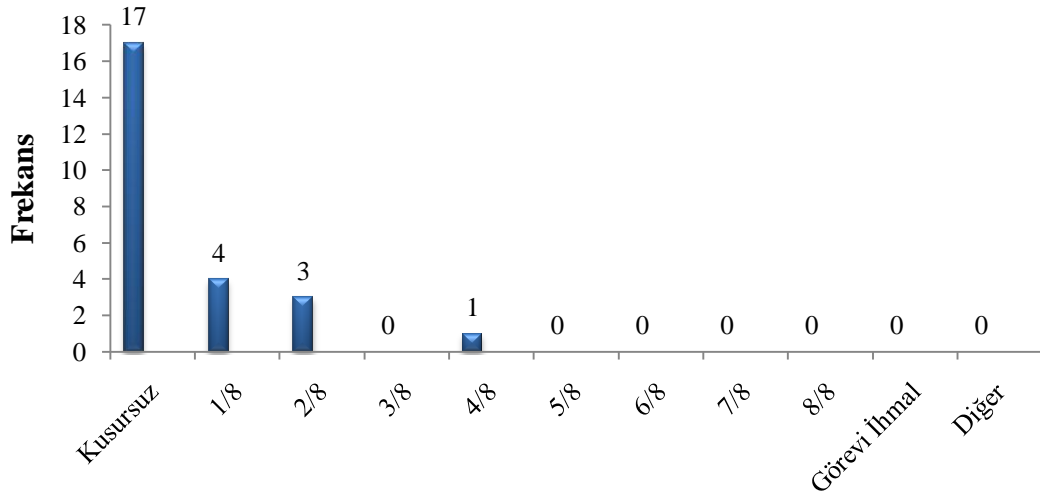
Ebeler ile İlgili YYS Kararlarının Dağılımı



Yüksek Sağlık Şurası Kararı

Şekil 3.17. Ebeler ile ilgili YYS kararlarının dağılımı.

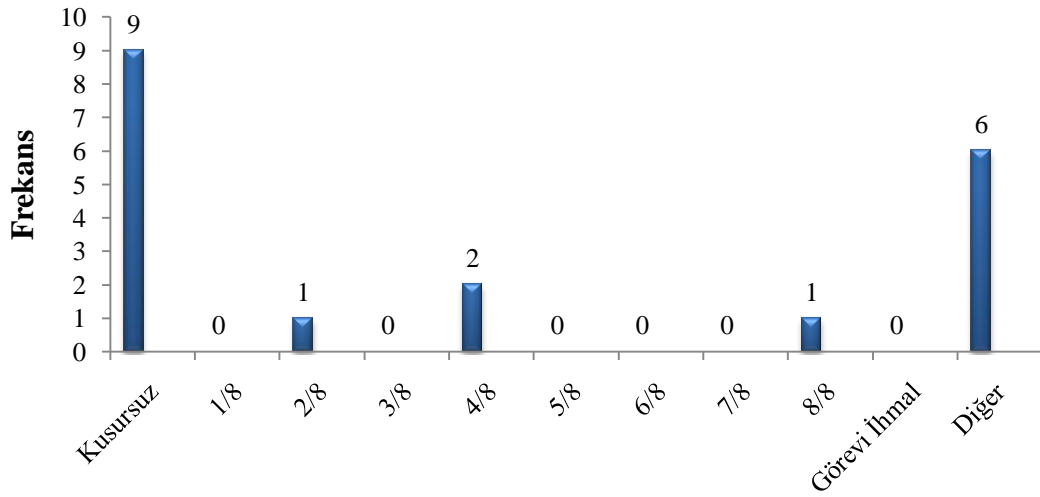
Hemşireler ile İlgili YYS Kararlarının Dağılımı



Yüksek Sağlık Şurası Kararı

Şekil 3.18. Hemşireler ile ilgili YYS kararlarının dağılımı

Diğer Sağlık Personeli Türleri ile İlgili YYS Kararlarının Dağılımı

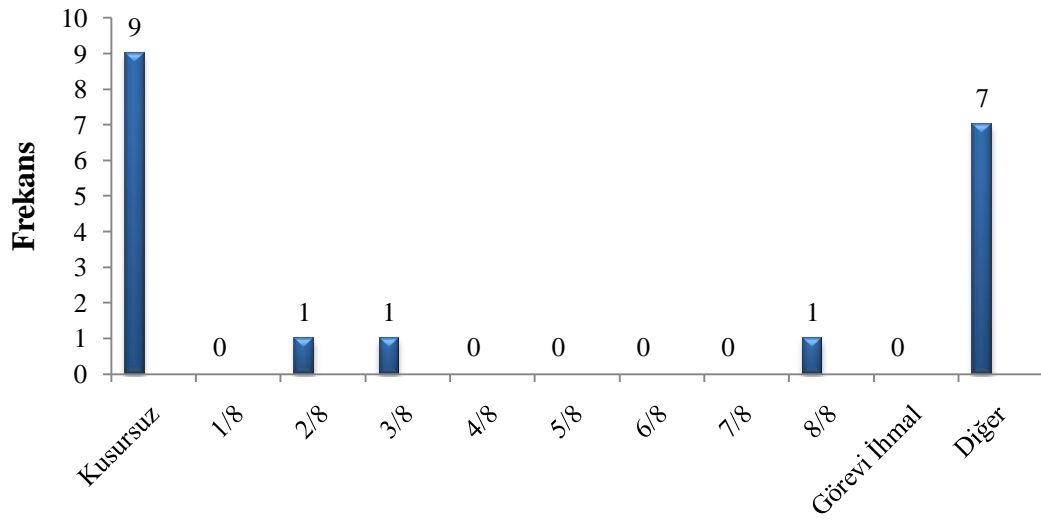


Yüksek Sağlık Şurası Kararı

Şekil 3.19. Diğer sağlık personeli türleri ile ilgili YYS kararlarının dağılımı.

Diğer sağlık personeli türleri kapsamında 7 anestezi teknikeri, 2 hizmetli, 1 sağlık memuru, 1 laborant, 1 muayenehane personeli, 1 şoför, 1 hastabakıcı, 1 eczacı, 1 hastane sahibi, 1 hemşire yardımcısı yer almaktadır.

Kurumlar ile İlgili YSS Kararlarının Dağılımı



Yüksek Sağlık Şurası Kararı

Şekil 3.20. Kurumlar ile ilgili YSS kararlarının dağılımı

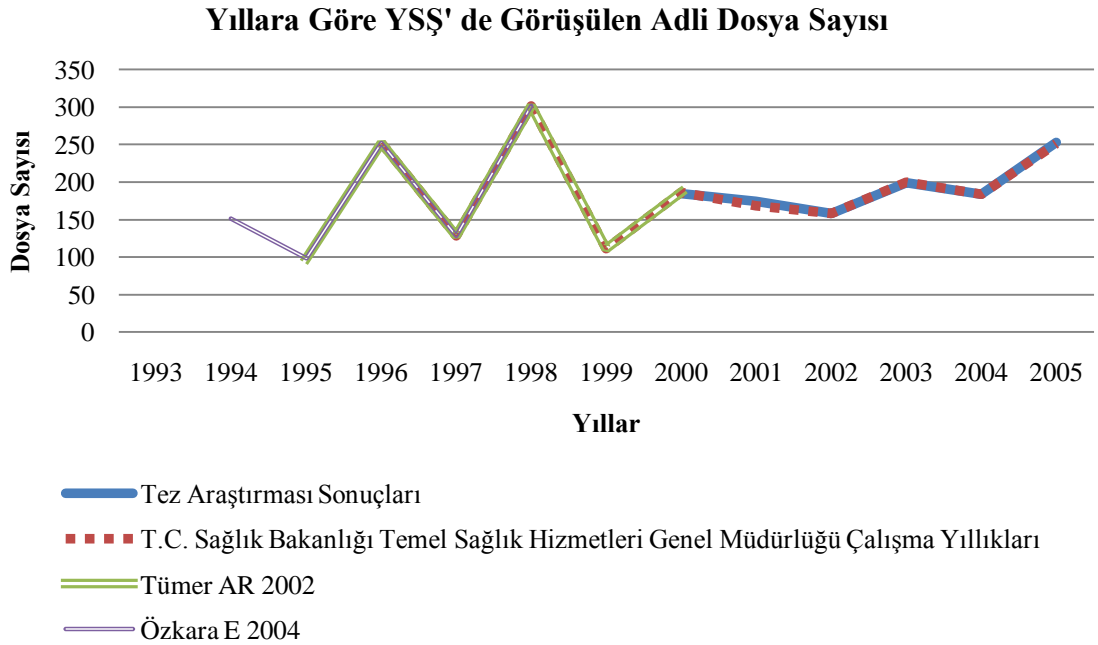
4. TARTIŞMA

Sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşanan sorunlar bir ölçüde yargıya ve disiplin soruşturmalarına yansımaktadır. WMA 44. Genel Kurulunda kabul edilen “Tıpta Yanlış Uygulama” konulu duyurusunda tıbbi girişimlerden kaynaklanan davalarda görülen artışa dikkat çekmiştir. Bu durumun nedenleri; yeni tıbbi bilgi ve teknolojiler beraberinde artan yeni ve ağır riskler taşıyan uygulamalar, tıbbi hizmetlerin artan maliyetinin hekimler üzerinde yarattığı baskı, sağlık hizmetine ulaşma hakkı ile garantisi mümkün olmayan sağlıklı olma ve sağlıklı kalma hakkının karıştırılması, medyanın olumsuz yaklaşımı ile hastaları hekimlere karşı dava açmaya yönlendirmesi ve yine artan davalardan köken alan çekinik tıp tutumunun neden olduğu sonuçların dava konusu olması şeklinde sıralanmıştır (Sayek, 1998, s.:43). Ülkemizde nüfus artışı ve sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması ile paralel olarak artan tıbbi girişim sayısına bağlı olarak, bu girişimleri konu alan davalarda da bir artış olması beklenebilir. Sağlık hizmetleri ile ilgili yargıya taşınan sorunlardaki artış, artan iletişim olanakları, hasta hakları konusunda artan farkındalık, toplumda hekimlere ve sağlık sistemine yönelik beklentilerde görülen artış, sistem kaynaklı sorunların sağlık çalışanlarının hatası gibi algılanması, hekimler ve hastalar arasında artan maddi ilişkiler ve hekimler arası rekabet, basın yayın organlarında haberlerin sağlık çalışanları açısından olumsuz izlenim bırakacak biçimde verilmesi gibi nedenlerle de ilişkilendirilmektedir (Gündoğmuş ve ark., 2004, s:489; Hakeri, 2010, s.:20).

Bu tez KHD alanı ile ilgili yaşanan sorunlara, yargıya yansıyan olaylar üzerinden yaklaşmayı hedeflemektedir. Tezimizde, tıbbi girişimler ile ilgili davalarda, bilirkişi görüşüne başvurulmuş YSS'nin arşivinde, 2000-2005 yılları arası döneme ait karar özetleri incelenmiştir. Sözü edilen dönemde, 22-23.02.2000 tarihli 207 numaralı toplantıdan, 8-9.12.2005 günlerinde gerçekleştirilen 249 numaralı toplantıya kadar toplam 43 toplantıda, üzerinde bilirkişi görüşü geliştirilerek karara bağlanmış 1153 adli dosya bulunmaktadır. Tez KHD alanında yaşanan sağlık sorunlarının yalnızca

yargıya yansıyan boyutunu ve hatta yargıya yansıyan bölümünün de ağırlıklı olarak ceza davalarına ait kısmını içermektedir.

Aşağıdaki grafikte yıllara göre YSS'de görüşülen adli dosya sayısı ile ilgili sonuçlarımız, Sağlık Bakanlığı verileri, 1995-2000 yılları arası dönemi kapsayan bir tez çalışması ve Özkara ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmanın verileri ile karşılaştırmalı olarak sunulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2001; T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2006, s.:75; Tümer, 2002, s.:24; Özkara ve ark., 2004, s.:153).



Şekil 4.1. Yıllara göre YSS'de görüşülen adli dosya sayısı

Karşılaştırılan veriler büyük ölçüde birbiriyle uyumludur. Saptanan farklılıklar çalışmaların yöntemlerinden kaynaklanmaktadır. Grafikten de görüleceği gibi, tezimizin ele aldığı 5 yıllık dönemde bir artış eğilimi görülmektedir. Tüm veriler birlikte değerlendirildiğinde YSS'de görüşülen yıllık adli dosya sayısının 1995-2005 arası on yıllık dönemde inişli çıkışlı bir seyir izlediği söylenebilir. Bu grafik YSS'nin yıllara göre adli dosyalar üzerindeki çalışma yoğunluğunu göstermektedir. YSS çalışma yoğunluğunda gözlenen artış eğilimi, artan bilirkişilik ihtiyacına YSS'nin

gösterdiği adaptasyonun bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. YSS için aslında yasal olarak yılda en az bir kere toplanma zorunluluğu bulunmaktadır. Tezde araştırılan dönemde yıllara göre gerçekleştirilen toplantı sayıları bu yorumu desteklemek adına yararlı olabilecektir. Aşağıda yıllara göre toplantı sayıları görülmektedir.

Çizelge 4.1, Yıllara göre gerçekleştirilen YSS toplantılarının sayısı

Yıllar	2000	2001	2002	2003	2004	2005
YSS Toplantı Sayısı	8	7	7	6	6	9

YSS'nin artan iş yüküne uyum göstermesinin ve adaletin yerini bulması için gereken süreyi kısaltmaya dönük çabasının bir göstergesi de dosyada eksiklik bulunan noktalar ile ilgili olasılıklara göre kararlar verilmesidir. 10843 ve 10737 numaralı dosyalar ile ilgili verilmiş olan kararlar bu duruma örnek gösterilebilir. 10843 numaralı dosya ile ilgili karar metninde *“dosyadaki bilgi, belge ve bulgular değerlendirildiğinde kendisine haber verildiği halde hastaneye gelmediğinin tespiti durumunda”* ifadesine yer verilmiştir. 10737 sayılı dosya ile ilgili kararda ise *“bebeğin doğduktan sonra kime teslim edildiğinin belirlenemediği, eğer çocuk uzmanına teslim edildiyse çocuk uzmanının, hemşire veya ebeye teslim edildiyse hemşire veya ebenin ve X Sağlık Hizmetleri A.Ş.’nin 8/8 oranında kusurlu olduğuna”* şeklinde olasılıkları içeren bir ifadeye yer verilmiştir. Buradan, dosyada açıklık kazanmayan noktalar için dosyanın iadesi ve YSS’de tekrar görüşülmesinin neden olacağı zaman ve iş gücü kaybının önlenmesine çaba gösterilmiş olduğu anlaşılmaktadır.

YSS'nin yükünü azaltmak adına hasta hakları ihlalleri gibi durumlarda yerel etik kurullarında bilirkişilik işlevini yerine getirmesi önerisi sunulmuştur (Gündoğmuş ve ark., 1998, s.:356). Bir başka öneri de malpraktis iddialarının mahkeme öncesinde ayrı bir kurum tarafından değerlendirilmesidir (Tümer, 2003, s.:183). Tıbbi girişimlerden kaynaklanan sorunların yargıya gidilmeden çözümüne dönük yöntem ve uygulamaların geliştirilmesi WMA tarafından da önerilmektedir (Sayek, 1998,

s.:43). Böyle bir çaba ile Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı'nda "Tıbbi Kötü uygulamaları İzleme ve Uzlaştırma Üst Kurulu" kurulmasına yer verilmiş, ayrıca il merkezlerinde vali veya bir yardımcısı başkanlığında "Tıbbi Kötü Uygulamaları İzleme ve Uzlaştırma Kurulları" kurulabileceği belirtilmiştir. İşleyişi hızlandırmak adına kısa vadede öncelikli olarak güncel düzenlemelerde var olan YSS ihtisas komisyonlarının daha aktif biçimde devreye sokulması düşünülmelidir.

Literatürde YSS karar özetlerinden yararlanılarak yapılan araştırmalarda incelenen dosyalardaki olaylar komplikasyon ve malpraktis kavramları ile karşılanmaya çalışılmıştır. Bu yaklaşım kasti suçları göz ardı etmesi bakımından eksik görülebilirse de bu durum sağlık çalışanlarının kasten suç işlemeyecekleri ve öncelikle hastaya yardım amacı ile girişimde buldukları varsayımına dayanmaktadır. YSS'ye dosyalar özellikle ceza mahkemelerinden gelmektedir. Bu dosyalar arasında malpraktis ve komplikasyon olarak değerlendirilemeyecek, kasıt unsurunu barındıran olaylar da yer almaktadır. Örnek vermek gerekirse; 10347 sayılı dosyaya konu olan olayda, hekimin on haftadan büyük bir gebelik kürtajı karşılığı numarası önceden saptanmış paraları aldığı iddiası yer almaktadır. YSS arşivleri malpraktisten daha geniş olarak; ceza hukuku ve tıbbın kesişiminde ortaya çıkan çok çeşitli suçlarla ilgili dosyaları barındırmaktadır.

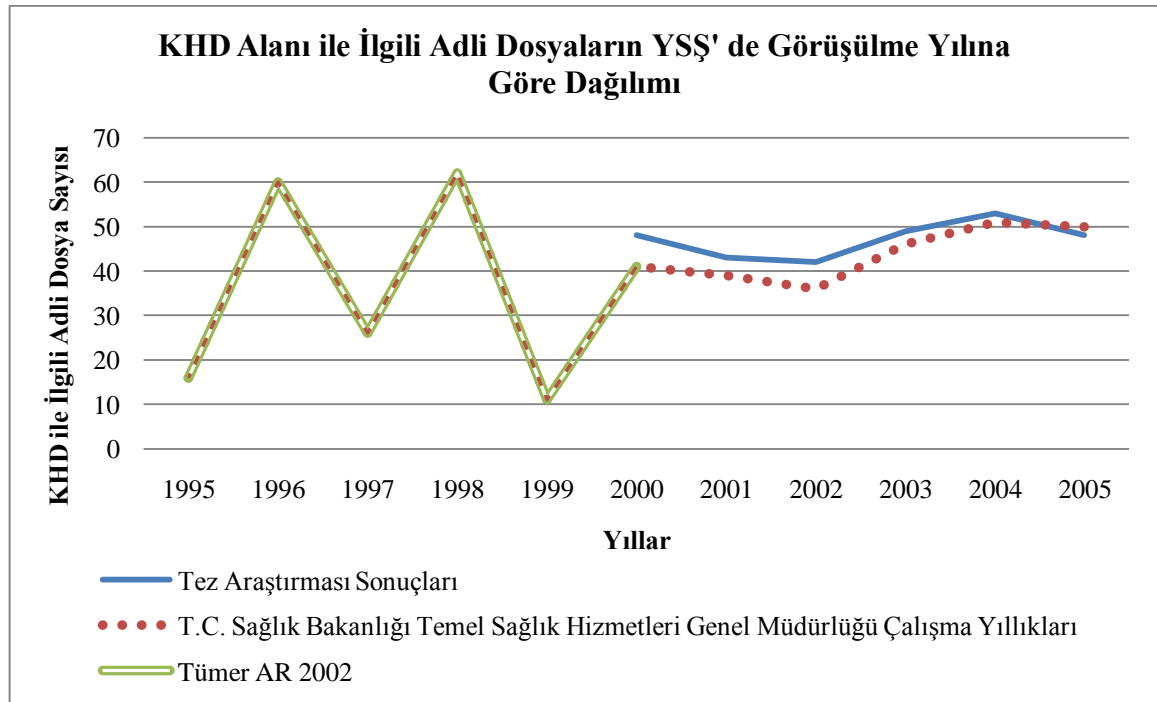
Sözü edilen 1153 karar özetinin incelenmesi sonucu belirlenen KHD alanı ile ilgili 283 karar özeti, bütün içerisinde % 24,54'lük büyük bir orana karşılık gelmektedir. KHD alanının bu ağırlıklı konumu literatürde YSS karar özetlerinden yararlanılarak gerçekleştirilen benzer araştırmalardan elde edilen verilerle uyumludur (Gündoğmuş ve ark., 1997,.s.:128; Tümer, 2003, s.:185; Gündoğmuş ve ark., 1998, s.:353; Gündoğmuş ve ark., 2005, s.:406; Tümer, 2002, s.:24).

Kültürel olarak doğurganlığın çok önemli olduğu ülkelerde kadın ve çocuklara yönelik zararlar, diğer tıbbi olumsuzluklardan çok daha fazla ciddiye alınmaktadır. Bebek ve anne kaybı ya da yaralanması ile sonuçlanan olaylar aile üzerinde olumsuz büyük bir etki yapmaktadır. (Gündoğmuş ve ark., 2004, s.:496). Gebelik sürecinin

başlangıcından itibaren bir hastalık süreci gibi algılanmaması ve hiçbir olumsuz beklentinin bulunmaması, doğumun ardından gelişebilecek herhangi bir sorunu kabullenmeyi güçleştirmekte, hekim – hasta, hekim – hasta yakını ilişkisinde pek çok sıkıntı yaşanmaktadır.

YSS tezini incelediği dönemde her yıl KHD alanı ile ilgili ortalama 47 dosya hakkında görüş bildirmiştir. 2004 yılının, 53 dosya ile en fazla dosyanın görüşüldüğü yıl olduğu görülmüştür.

KHD alanı ile ilgili 283 karar özetinin yıllara göre dağılımı belirgin bir farklılık göstermemektedir. Çalışmamızda saptanan değerler ile literatürde ulaşılan değerler karşılaştırmalı olarak aşağıdaki grafikte gösterilmiştir.



Şekil 4.2. KHD alanı ile ilgili adli dosyaların YSS' de görüşülme yılına göre dağılımı

Tez araştırmamızın kapsadığı döneme ait Sağlık Bakanlığı verileri ile araştırmamızda saptanan veriler arasında bir miktar farklılık olduğu göze çarpmaktadır. Tez araştırmamız dosyaların tıp uzmanlık alanlarına göre sınıflanma yöntemi açısından özgünlük taşımaktadır. YSS arşivinde seçilen döneme ait tüm dosya özetleri

incelenmiş, olayda KHD alanı ile personel, klinik durum açısından bağlantılı tüm dosyalar seçilmiştir. Yalnızca suçlanan hekimlerin uzmanlık alanlarına göre yapılan sınıflamalar hekimlerin yer almadığı, kadın hastalıkları doğumu ilgilendiren klinik durumlara diğer tıp alanlarından hekimler ve yardımcı sağlık personelleri tarafından yapılan girişimleri, KHD uzmanlarının genel hekim sorumlulukları ve kimlikleri ile karıştıkları olayları kapsamamaktadır. Bu nedenle incelenen dönemde tezimizle resmi veriler arasında kimi sayısal farklılıklar bulunduğu saptanmıştır (Gündoğmuş ve ark., 2005, s.:407).

Araştırmamızda dosyaların YSS'ye gönderilme tarihinden, YSS toplantı tarihine kadar geçen süre için saptanan $365,14 \pm 141,3$ gün değeri göz önüne alındığında, yine araştırmamızda tespit edilen en fazla KHD ile ilgili dosyanın YSS'ye gönderildiği 2003 yılındaki yoğunluğun YSS toplantılarına 2004 yılında toplantılara yansıdığı ortaya çıkmaktadır. YSS'ye dosyaların gönderilmesinden, dosyanın karara bağlandığı toplantı tarihine kadar geçen $365,14 \pm 141,3$ (28-816) günlük süre YSS'nin kendi iç işleyişinde meydana gelen gecikmenin göstergesidir. Hekimler için disiplin soruşturmalarının yürütüldüğü Tabip Odalarında soruşturma açılması tarihi ile dosya hakkında karar verilmesi arasında geçen süre İzmir örneğinde $207,6 \pm 108,5$ gün olarak saptanmıştır (Civaner, 2002, s.:205). Tabip odası disiplin soruşturmaları ve YSS dosya değerlendirme süreci izlenen yöntem, değerlendirmenin yapıldığı bakış açısı ve ölçüt alınan normatif metinler açısından farklılıklar içermesi nedeni ile birebir karşılaştırılabilir özellikte olmayıp, ancak tıbbi bir olayın bir kurul tarafından değerlendirilmesi açısından kısıtlı bir fikir verebilmektedir. Sağlık Bakanlığı İstatistiklerine bakıldığında YSS'de karara bağlanan yıllık ortalama dosya sayısı sabit kalırken, gönderilen dosya sayısında artış eğilimi gözlenmekte, bu da YSS'nin mevcut yapısı ile çalışmalarını kapasitesinin sınırında sürdürdüğüne ya da yapılanmasında artan ihtiyacı karşılayacak esnek düzenlemelerin yer almadığına işaret etmektedir.

Olayın yaşandığı tarihten, dava dosyasının YSS'de görüşüldüğü tarihe kadar geçen süreye bakıldığında ise olayın yaşanmasının ardından olayın yargı makamlarına yansımaları, yargıda değerlendirilen dosyanın görüş alınmak üzere YSS'ye

gönderilmesi ve YSS'de toplantı gündemine alınmasına kadar geçen zaman toplam olarak görülmektedir. Saptanan ortalama $1131,3 \pm 493,0$ (281-3225) gün değeri, adaletin yerini bulmasında önemli bir gecikme olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durumun sadece tıp hukuku açısından geçerli olmadığını, öteki alanlarda da ülkemizde benzer tablonun yaşandığını öngörmek mümkündür. Bu toplam değerde olayın yargıya yansımaları ve yargı sürecinde değerlendirilen dosyanın görüş alınmak üzere YSS'ye gönderilmesine kadar geçen süreyi gösteren, olayın yaşandığı tarihten dava dosyasının YSS'ye gönderilme tarihine kadar geçen süreye baktığımızda ortalama $766,2 \pm 483,5$ (3-2799) gün değeri ile karşılaşılmaktadır. Bu değer, dosya bilirkişilik kurumuna gelene kadar yargıda yürütülen hukuki işlemlerin neden olduğu gecikmeyi göstermektedir.

YSS karar özetleri kaynak olarak alındığında ilgili yıllarda yaşanan sağlık sorunlarının yoğunluğunu en dolaysız olarak ortaya koyan veri, dosyaya konu olan olayın gerçekleşme tarihidir. Araştırmamızda bu tarihlerin dağılımı daha geniş bir zaman aralığını 1994-2004 yılları arası dönemi kapsamaktadır. Saptanan yıllık ortalama 25,72 değeri ile karşılaştırıldığında 2000 yılında 65 (% 23,0) ve 2001 yılında 62 (% 21,9) yaşanan KHD ile ilgili sorunlarda artış olduğu görülmektedir. Literatürde bu yönde benzer bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Ülkemizde her yıl ortalama 1.780.000 gebelik meydana gelmekte, bunların yaklaşık 1.378.000'i canlı doğum ile sonlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2007, s.:1). Ülkeler arasında olduğu gibi ülke içinde de sosyoekonomik gelişmeler gerek zaman, gerekse alan açısından farklılıklar göstermekte, bölge ve iller arasında gelişmişlik düzeyleri değişmektedir (Albayrak, 2005, s.:154). Doğumun gerçekleştiği koşullar anne ve bebeğin sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Doğumun gerçekleştiği yer açısından bölgeler arasında farklılıklar bulunmaktadır. Batı'da doğumlar çoğunlukla sağlık kuruluşlarında gerçekleşirken (% 91) Doğu'da bu oran % 52,4'dür (T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2007, s.:1,4).

Tezimizde KHD alanını ilgilendiren karar özetlerinin konu aldığı davaların coğrafi bölgelerimize göre dağılımında Marmara Bölgesi ilk sırada yer almış (% 19,8 56 dosya), İç Anadolu Bölgesi (% 18,73 53 dosya) ve Ege Bölgesi (% 17,67 50 dosya) onu izlemiştir. Bölgelere göre dağılım aşağıdaki haritada toplu olarak verilmiştir.

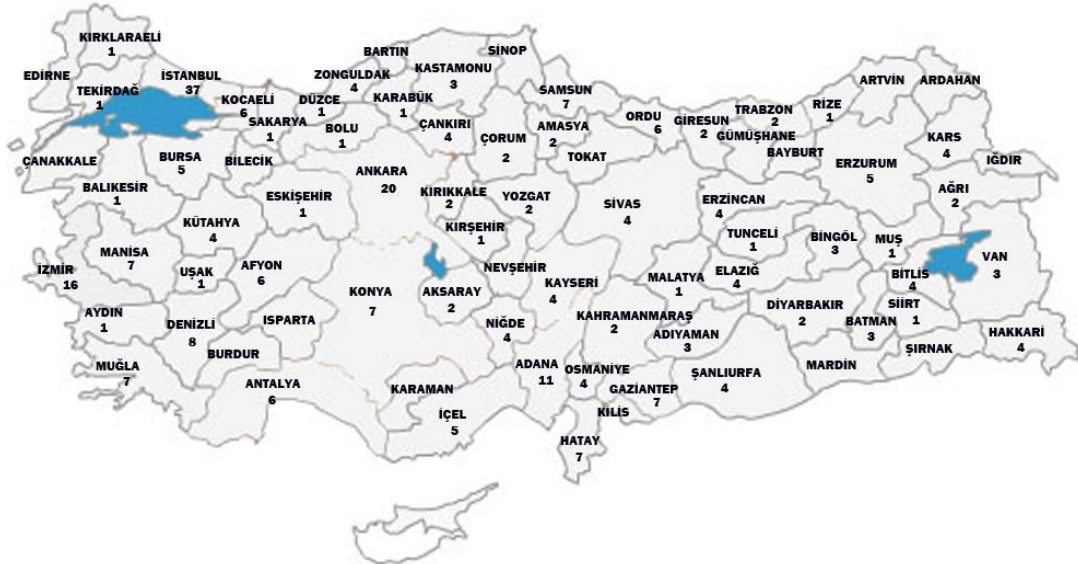


Şekil 4.3. KHD ile ilgili karar özetlerine konu olan davaların Türkiye coğrafi bölgelerine göre dağılımı

Coğrafi bölgelerimizde yürütülen sağlık hizmetleri ile ilgili olarak kamu sağlık kurumlarını, özel sağlık kuruluşlarını, serbest hekimleri içeren geniş çaplı verilere ulaşamamıştır. Yalnızca sağlık ocaklarında yürütülen çalışmalar kapsamında istatistiklere ulaşılabilmiştir. Karar özetlerine konu olan davaların dağılımındaki farklılıklar açısından bölgeler arası nüfus farklılıkları ve bununla bağlantılı artan tıbbi girişim sayısı akla gelmektedir. 2001-2005 yılları arasındaki dönemde coğrafi bölgelerimizde sağlık ocağı başına düşen nüfus verilerine bakıldığında bölgeler arasında belirgin bir farklılık olmadığı söylenebilir. Sağlık ocaklarında yürütülen hizmetler çerçevesinde bölgelere göre ortalama girişim sayılarına bakıldığında farklı hizmetler için bölgeler arasında farklı sıralamalar olduğu görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2006, s.:40,32). Eldeki veriler ışığında genel sonuçlar çıkarılması ve bölgeler arasında sıralamalar oluşturulması olanaklı görülmemektedir.

Karar özetlerine konu olan davaların bazı bölgelerde daha yoğun olarak görülme nedeni olarak sağlık hizmetlerinin sunulmasında teknik olanakların farklılığını da

akla getirmektedir. Tez bulgularına göre en fazla sayıda dava dosyasının gönderildiği iller olan sırası ile İstanbul, Ankara, İzmir illeri 1990-2002 yılları arasındaki dönemde sosyoekonomik yönden en gelişmiş iller olarak saptanmıştır. Tez bulgularında bu üç ilin öne çıkması nüfus yoğunluğu ve tıbbi girişim sayısının fazla olması ilişkisini desteklemektedir. Sosyoekonomik gelişmişlik bu illerden gelen dosya sayısının fazla olması ile ilgili olarak sağlık hizmeti sunumunda teknik olanakların yetersizliği faktörünü geçersiz kılmaktadır. En kötü ihtimalle kalabalık nüfusa sahip bu kentlerde nüfusa oranla olanakların sınırlı kalması ve sağlık hizmetine erişimde yaşanan organizasyon sıkıntılarında söz edilebilir (Albayrak, 2005, s.:154).



Şekil 4.4. KHD ile ilgili karar özetlerinin konu aldığı davaların Türkiye illerine bölgelerine göre dağılımı

Bölgelere göre dağılım ile ilgili olarak yargı yolu ile hak aramanın eğitim ile ilişkisi ve maliyet getiren zahmetli bir iş olmasından yola çıkarak bölgeler arası eğitim ve gelir sıralamasına bakmakta yarar bulunmaktadır. Aşağıda tablo halinde istatistikler sunulmuştur (Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği, 2008, s.:47,78).

Çizelge 4.2. Türkiye coğrafi bölgelerine göre 2000 yılı eğitim ve kişi başına gelir durumu

Coğrafi Alan	Bölgesel Kişi Başına Katma Değer (Bin YTL)	Ortalama Bitirilen Okul Yılı
	2000 Yılı	2000 Yılı
Türkiye	1,649.2	7.3
İstanbul	1.58	8.1
B.Marmara	1.49	8.3
B. Anadolu	1.15	7.6
D. Marmara	1.16	7.5
Ege	1.11	7.4
Akdeniz	0.93	7.3
B. Karadeniz	0.79	7.1
O. Anadolu	0.69	7.1
D. Karadeniz	0.60	6.8
GD. Anadolu	0.50	6.4
KD. Anadolu	0.37	6.1
OD. Anadolu	0.43	5.4

Tablolardaki veriler incelendiğinde YYSŞ'ye en fazla dosyanın geldiği Marmara ve Ege bölgelerinin eğitim ve gelir sıralamasında da önde olduğu görülmektedir. Bu durum tıbbi girişimlerden kaynaklanan anlaşmazlıkların yargıya taşınmasında eğitim ve gelir durumunun etkin olduğu varsayımını desteklemektedir.

Tez araştırmasında YYSŞ karar özetleri ile ilgili olaya en sık ev sahipliği yapan sağlık kurumu 133 (% 47,5) dosya ile Devlet Hastaneleri olmuştur. YYSŞ arşivinde gerçekleştirilen genel ve farklı uzmanlık alanlarına odaklanan, farklı çalışmalar sonucunda da Devlet Hastaneleri ilk sırada yer almıştır. Bu durum iyi işlemeyen sevk zinciri nedeni ile devlet hastanelerinde yaşanan yığılma ve bunun sağlık hizmetlerinin sunulmasında yarattığı güçlüklerle ilişkilendirilmiştir. Ayrıca Devlet Hastanelerinde görev yapan hekimlerin bazılarının muayenehane sahibi olduğu ve muayenehanelere ayrılan zaman ile devlet hastanelerinde yürütülen hizmetleri de yaşanan aksaklıklar arasında ilişki olabileceğine dikkat çekilmiştir (Gündoğmuş ve ark. 2005, s.:407; Gündoğmuş ve ark., 1998, s.:354; Gündoğmuş ve ark., 2004, s.:493; Tümer, 2002, s.:26).

Tez çalışmamızda bilindiği gibi, yalnızca KHD alanı ile ilgili dosyalara odaklanmıştır. Uzmanlık alanlarının kapsadığı tıbbi girişimlerin teknik gereklilikleri

o alanı etkinliklerini belirli sağlık kurumlarında gerçekleştirilmeye zorlamaktadır. Ancak tüm tıbbi girişimleri birlikte içeren araştırmaların ardından belirli kurumlarda yaşanan yetersizliklerden söz edilebilir. KHD Uzmanlık alanını çerçevesinde yapılmış olan çalışmamız özellikle bu alanın araştırmamızda ne çıkan uygulamaları konusunda, olaylara ağırlıklı olarak ev sahipliği yaptığı saptanan devlet hastaneleri, özel hastaneler ve özel muayenehanelerde somut iyileştirmeler yapılması gerekliliğini ortaya koyabilir.

KHD alanı özelinde yapılan çalışmamızda özel muayenehanelerde (% 7,85; 22 dosya) sağlık ocaklarına (% 0,78; 2 dosya) kıyasla yargıya yansıyan olayların daha fazla yaşandığı belirlenmiştir. YSS ararlarının genel olarak incelendiği çalışmalarda, bu ilişkinin bulunmadığı, sıralamada sağlık ocaklarının özel muayenehanelerin önünde yer aldığı görülmektedir (Gündoğmuş ve ark., 1998, s.:353). Bu durum KHD alanı ile ilgili olarak özel muayenelerde gerçekleştirilen tıbbi girişimler, muayenehanelerin fizik koşulları gibi konularının üzerinde durulması gereğine işaret etmektedir.

Tez araştırmamızda mağdur yaşının belirtildiği 234 dosyada yaş ortalaması $29,3\pm 7,5$ olarak saptanmıştır. KHD alanı ile ilgili malpraktis iddiaları ile ilgili olarak davaların daha çok doğum ile ilgili tıbbi girişimlerden kaynaklandığı ifade edilmektedir (Grumbach et al.,1997, s.:541,542). Türkiye’de doğurganlık yaşı 20-29 yaş aralığında yığılma göstermekte, 30 yaşından sonra hızlı azalmakta, 40’lı yaşlarda ihmal edilebilecek düzeye inmektedir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2004, s.:5). Davaların çoğunlukla doğum ile ilgili tıbbi girişimlerden kaynaklandığı iddialarını destekler biçimde, tezimizde mağdurların yaş dağılımı, ülkemizdeki doğurganlık yaşı aralığını içine alan bir dağılım göstermektedir.

2010 yılında Anayasa Mahkemesi kararı ile iptal edilene kadar, 1219 sayılı kanunun 75. maddesi gereğince tıbbın uygulamasından doğan Ceza Davalarında YSS’den görüş alınması zorunlu tutulmaktaydı. Őimdiye kadar YSS kararları ile ilgili yapılan araştırmalarda dava dosyalarının hangi mahkemelerden gönderildiği verisi üretilmemiştir. Bu durumun başta sözü edilen kanun maddesi ile bağlantılı olarak,

YSS'de ağırlıklı olarak Ceza Mahkemelerinden gönderilen dosyaların değerlendirildiği ön kabulüne dayandığı söylenebilir. Tezimiz kapsamında 283 karar özeti incelendiğinde, kararların ağırlıklı olarak Asliye Ceza Mahkemeleri'nden gönderilen (% 84,1; 238 dosya) dosyaları konu aldığı görülmekle birlikte, Asliye Hukuk, Ağır Ceza, İdare, İş ve Askeri Mahkemelerden gönderilen dosyalar hakkında da kararlara rastlanmıştır.

YSS kararları ile ilgili yapılmış olan çalışmalardan bir kısmında tıbbi girişimlerden kaynaklanan ceza sorumluluklarının TCK 455, 459, 230. maddeleri kapsamında değerlendirildiği kabulüne yer verilmiştir (Gündoğmuş ve ark., 1997, s.:127,128; Özkara ve ark., 2004, s.:152; Türkan ve Tuğcu, 2004, s.:227). Hancı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada incelenen kararlara ait davalarda suçlamaların TCK 455, 459, 230, 470, 456. maddeleri ile ilgili olduğu ifade edilmektedir (Hancı ve Özdemir, 2000, s.:281).

Tümer 1995-2000 yılları arası döneme ait 540 dosyayı kapsayan araştırmasında KHD alanı ile ilgili dosyaların yapılan suçlama açısından bağlantılı oldukları kanun maddelerine göre dağılımlarına yer vermiştir. Tümer'in çalışmasında da tezimizde olduğu gibi en fazla sayıda suçlama ile uyumlu yasa maddesi 455. madde olarak saptanmıştır. Tümer' in araştırmasında 455. madde 3 fıkra olarak değerlendirilmiş olup bunların toplamı karşılaştırmada göz önüne alınmıştır. Aynı çalışmada ikinci sırada yer alan tedbirsizlik ve dikkatsizlik sonucu yaralama ile ilgili 459.maddenin 1. fıkrasının yerine, tezimizde ikinci sıklıkla 230. Görevi savsama ile ilgili madde yer almaktadır. Tümer'in sınıflama ölçütlerinin 765 sayılı Ceza Yasası maddeleri ile sınırlı olduğu görülmektedir. TCK maddelerinin sıralanışında özellikle 455. maddenin ve 459. maddenin fıkralar açısından tezimiz ile adı geçen çalışma arasında farklılıklar saptanmıştır. Tezimizde 455. madde birinci fıkra olarak tek bir ölçüt oluştururken, Tümer' in çalışmasında üç fıkra olarak üç ayrı ölçüte yer verilmiştir. 459. Madde tezimizde iki fıkra olarak ele alınmış ve iki ölçüt oluşturmuş, Tümer'in çalışmasında ise üç fıkra ve her fıkra ayrı bir ölçüt olarak alınmıştır. Tümer'in çalışmasında yer alan 240. Madde ile tezimizde hiç bir dava ilişkilendirilmemiştir. Tezimizde Ceza Mahkemeleri dışındaki mahkemelerden

gönderilen dosyalar ile ilgili yapılan TCK dışındaki kanun maddeleri ile ilgili sınıflamalara literatürdeki hiç bir çalışmada rastlanmamıştır. Tezimizde 818 sayılı Borçlar Kanunu'nun 41. Maddesi ile ilişkili 28, birer tane de 1982 Anayasası ve 2577 sayılı İdari Yargılama Usulü Kanunu ile ilişkili dava dosyasına ait karar özetinin incelendiği saptanmıştır.

Burada tartışılması gereken bir başka konu da perinatal bebek ölümlerinde, suçlamanın ölüme sebebiyete dayandırılıp dayandırılmayacağıdır. Bu nokta ile ilgili 11076, 10985, 10955, 10860 numaralı kararlarda muhalefet şerhlerine rastlanmıştır. Anne karnında 22 . gebelik haftasından önce gerçekleşen kayıplar embriyonun alınmasına veya anne ile birlikte ölmesine bakılmaksızın “düşük” olarak tanımlanmaktadır. Anne ölümü nedeni ile 22. haftadan büyük fetusun anne karnında kalması durumuna “intrauterin fetal ölüm” denmektedir. Bunların dışında intrapartum ölümler, ölü doğumlar ve canlı doğduktan sonra ölen bebekler söz konusu olmaktadır (Koç ve ark., 2006, s.:61,62). Tezin ilgilendiği dönemde geçerli mevzuat uyarınca, canlı doğmasının ardından ölen bebeklerle ilgili ölüme sebebiyet verme suçunun söz konusu olabileceği söylenebilir.

İncelenen YSS kararlarına konu olan davalarda suçlanan sağlık çalışanları arasında hekimler (n=331) en fazla suçlanan meslek grubu olmuşlardır. Hekimleri ebeler (n=113) ve hemşireler (n=22) izlemektedir. Gündoğmuş ve arkadaşlarının YSS ile ilgili yapmış oldukları bir çalışmada da benzer bir sıralama görülmüştür. Tezimiz KHD alanına odaklanan bir çalışma olmasına rağmen, KHD alanının YSS dosyaları arasındaki ağırlıklı yeri nedeni ile özellikle ebeler açısından suçlanan sağlık çalışanlarının sıralamasında, YSS ile ilgili genel çalışmaların sonuçlarıyla bir farklılık gözlenmemiştir. (Gündoğmuş ve ark., 1998, s.:352). Literatürde suçlanan sağlık çalışanları ile ilgili detaylı bir sınıflamanın verildiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bazı çalışmalarda belirli uzmanlıklara odaklanılmış, bazı çalışmalarda ise bakış açısı en baştan hekimlerle sınırlandırılmıştır (Ayoğlu ve ark., 2004,s.:213-218; Gündoğmuş ve ark., 1997, s.:127-130). Hekimlik sanatının ev hekimliğinden, hastanelere taşınması aşaması ile birlikte sorumluluklar diğer hekimlerle, sağlık kurumu ve yardımcı sağlık çalışanları ile paylaşılmaya

başlanmıştır. Günümüzde hekimler hastalarına yeteri kadar yardımcı olabilmeleri için uzman hekimlerin yanı sıra, hemşireler, ebeler, psikologlar, beslenme uzmanları, fizyoterapistler, sosyal hizmet uzmanları ve diğer meslek gruplarıyla etik ilkelere, mesleki sınır ve kurallara özen gösteren yapıcı bir işbirliği kurmak zorundadırlar (Çağlayaner, 2006, s.:32,36). Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanun Tasarısı 2. maddesinde hekim, diş hekimi, biyolog, eczacı, psikolog, veteriner hekim, fizyoterapist, diyetisyen, sağlık memuru, laboratuvar teknisyeni, röntgen teknisyeni, hemşire, ebe, çocuk gelişimcisi, protezci, optisyen ve diğer sağlık personelinin tıbbi amaçlı müdahale ve uygulamaları ile bu işlemlerden doğabilecek hukuki ve cezai sorumluluğu olarak geniş bir kapsam tanımlamıştır. Tezimizde sağlık hizmetlerinin sunumunun bir ekip çalışması olduğundan yola çıkarak bu noktada detaylı bir sınıflamaya yer verilmiştir. 283 dava dosyasından, kurumların suçlandığı 3'ü çıkarıldığında kalan 280 dosyanın 66'sında sağlık çalışanlarının birlikte suçlanmaları söz konusudur. 58 davada iki sağlık çalışanı, 8 davada ise ikiden fazla sağlık çalışanı suçlanmıştır. Özellikle KHD alanında hekimler ve ebelerin birlikte suçlandığı 43 davanın saptanmış olması, hekimler ve ebeler arası meslek içi iletişimin ve ekip çalışmasının önemini altını bir kez daha çizmektedir.

Hekim - hasta ilişkisinin hekim ve hasta dışında unsurları da barındıran bir ilişki olduğu görüşünden hareketle, hekimlere yönelik açılan davalarda, hekimlere yönelik şiddet olaylarındaki artışa dikkat çeken Kök, sağlık sistemimizin bütün sorunlarını hekimin hatasına odaklamanın yanlış bir tutum olacağını vurgulamıştır. (Kök, 2009, s.:386). Bu görüşü destekler biçimde tez araştırmamızda kişi ve kurumların beraber suçlandığı 16 (% 5,65) ve yalnızca kurumların suçlandığı 3 (% 1,06) karar özeti saptanmıştır. Örnek vermek gerekirse 11076 sayılı YSS kararında yeterli sayıda nöbetçi uzman hekim bulundurmeyen kurum ile ilgili kusur ifade edilmiştir. Literatürde YSS kararları ile ilgili yapılmış olan çalışmaların pek çoğunda kurumların suçlanması ve kararda belirlenen kusurluluk durumu yer almamaktadır. (Gündoğmuş ve ark., 1998, 352,353; Türkan ve Tuğcu, 2004, s.:228; Tümer, 2003, s.:184-186; Ayoğlu ve ark., 2004, s.:214-216; Gündoğmuş ve ark., 1997, s.:128,129; Özkara ve ark., 2004, s.:153-154; Tümer, 2002, s.:24) Tıbbi girişimlerden kaynaklanan sorunlarda kurumların ve sağlık sisteminin katkısı gözden

kaçırılmamalıdır. Tezimiz kapsamında incelenen 10284 sayılı karar özetinde, suçlamada kurum yer almasına rağmen, YSS'nin görüşünü içeren kararda kurumla ilgili bir değerlendirmenin yer almadığı saptanmıştır.

KHD alanını ilgilendiren sağlık sorunları ile hastalar pek çok farklı sağlık kurumuna başvurmakta ve farklı unvanlara sahip hekimler tarafından karşılanmaktadır. Tezimizde ele alınan YSS karar özetlerinde suçlanan hekimlerin büyük çoğunluğunu uzman hekimler oluşturmaktadır. Tez çalışması kapsamına alınan 283 YSS karar özetinden 222'sinde (% 89,5) uzman hekimler suçlananlar arasında saptanmıştır. Bu durum tez konusunun belirli bir uzmanlık alanı ile sınırlı olmasının doğal bir sonucudur. KHD alanı ile ilgili tıbbi girişimler sadece KHD uzmanları tarafından gerçekleştirilmemektedir. İncelenmiş olan 14 (% 4,94) YSS karar özetinde pratisyen hekimlerin suçlandığı görülmüştür. KHD alanı, toplum genelinde ve tüm ülke çapında yaygın sorunları içermesi, acil girişim gerektiren durumlar barındırması nedeni ile KHD uzmanı hekimleri aşan bir kapsamda ele alınmasını ve çözüm çabalarının ilgili olabilecek hekimleri de dikkate alacak şekilde planlanmasını gerektiren bir özellik göstermektedir.

Gündoğmuş ve ark. ait bir çalışmada 1991 – 1995 yılları arası döneme ait 532 olgu incelenmiş hekimlerin uzmanlık alanlarına göre dağılımının verildiği tabloda pratisyen hekimlerin bunların 932'ünde % 17,48 oranında suçlandıkları görülmüştür (Gündoğmuş ve ark., 1997, s.:129). Tıbbi girişimlerden kaynaklanan sorunların taşındığı bir başka yapı olan Tabip Odası Onur Kurulu dosyalarının değerlendirildiği bir çalışmada İzmir örneğinde 1998-2000 yılları arasında değerlendirilen dosyalarda yer alan hekimlerin % 81,4'ünün uzman hekimler olduğu saptanmıştır. Tabip odası onur kurullarında uzman hekimlerin ağırlıklı olarak dosyalarda yer alması uzman hekimlerin daha fazla özel çalışma olanağına sahip olması ve özel çalışmadan kaynaklanan rekabet ile ilişkilendirilmiştir (Civaner, 2002, s.:208). Uzman hekimlerin tezimiz ve ifade edilen çalışmalarda en yoğun grubu oluşturması hastaların uzman hekimlerden beklentisinin yüksekliği ve bu durumun olumsuz sonuçların kabullenilmesini de güçleştirmesi ile bağlantılı olduğunu düşündürmektedir.

Tezimizde incelenen YSS karar özetlerine konu olan olayların çoğunluğunu (% 56,9; 161 dosya) sağlık hizmetine acil başvurular oluşturmaktadır. Tümer 1995 – 2000 yıllarını kapsayan çalışmasında cerrahi ile ilgili branşlardan 540 dosya içerisinde acil başvuruları % 53,8 (197 dosya) olarak saptamıştır (Tümer, 2002, s.:26). Bu oran tezimizde saptanan değerle uyumlu olarak değerlendirilebilir.

Türkan ve Tuğcu'nun 2000 – 2004 yılları arası dönemde acil servis hizmetleri ile ilgili YSS kararlarını konu alan çalışmalarında 112 olgu saptanmıştır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre YSS'nin 2000-2004 arası dönemde değerlendirdiği dosya sayısı 896 olup, buna göre 112 olgunun oranı % 12,5 olmaktadır. Tezimizde elde edilen oran ile aradaki hem KHD alanına özel olması hem de sadece acil servislerde gerçekleşen girişimleri değil, tüm acil başvuruları kapsamından kaynaklanmaktadır (Türkan ve Tuğcu, 2004, s.:228; T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2005).

Acil başvurular, hekimlerin tanıya yönelik anamnez, laboratuvar incelemeleri, radyolojik tetkikler ve danışmalar (konsültasyon) için yeterli zaman bulamayabilecekleri niteliktedir. Acil başvurular hastanın kendi ile ilgili yeterince bilgi veremediği, bilincinin yerinde olmadığı durumları ve bundan kaynaklanabilecek güçlükleri de içermektedir. Acil başvurularda alternatif tedavi seçeneklerinin aranması da mümkün olmayabilmektedir. Acil başvuruların sıklıkla şikayetlere konu olmasının nedenleri arasında hastaların acil başvurularında habersiz, randevusuz, hatta bazen kendi iradeleri dışında gelmesi nedeniyle hasta tarafında hekime karşı kazanılmış bir güven söz konusu olmaması gösterilmektedir.(Türkan ve Tuğcu, 2004, s.:226,227). KHD alanı gebelik söz konusu olduğunda, bir gebelik izlemi süreci söz konusu olduğundan farklılık göstermektedir.

Türkiye'de anne sağlığı programları anne ölümlerini en aza indirmek için komplikasyon riski taşıyan gebeliklerin öncelikle saptanmasını hedeflemiştir. Bu çalışmalar sonucunda anne ölümlerinde istenen düzeyde düşüşün henüz sağlanamadığı ifade edilmektedir. Araştırmalar sonucunda komplikasyon oluşan bir çok gebelikte bilinen bir risk faktörünün bulunmaması nedeni ile yeterli doğum

öncesi bakım sağlanması durumunda bile komplikasyon oluşup oluşmayacağı, acil bakım gereksinimi duyulup duyulmayacağı saptanamayacağı vurgulanmaktadır. Tüm gebelere gerektiğinde sunulabilecek bir acil bakım sistemi geliştirilmesine yönelik olarak, sürekli hazır bulunma, hızlı girişim ölçütlerini sağlayacak, gerekli teknik donanım ve eğitimli personel altyapısının sürekli denetimi de içerecek biçimde oluşturulması önerilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2007, s.:1,2).

Acil servis hizmetlerinde hasta kayıtlarının düzenli tutulması da sonradan doğabilecek kusur iddialarında hekimin kendini savunmasında yararlı olacaktır (Türkan ve Tuğcu, 2004, s.:230).

Tezimizde incelenen KHD ile ilgili dosyalarda, sağlık hizmetine başvuru nedenlerine bakıldığında çok büyük oranda doğum ile ilgili nedenlerin yer aldığı görülmektedir. Toplam 283 karar özetinden 238'inin (% 84) doğum ile ilgili olayları konu aldığı, bunlardan 176 (% 62,19) büyük çoğunluğunun da miadında gebelikler olduğu saptanmıştır. Diğer jinekolojik nedenler vakaların ancak % 12,3'ünü (35 dosya) oluşturmaktadır. 1995-2000 yılları arası dönemi kapsayan benzer bir çalışmada tezimizin bulguları ile uyumlu olarak, miadında gebelikler % 64,8 oranı ile en sık başvuru nedeni olarak saptanmıştır (Tümer, 2002, s.:29). Bu bulgular yabancı literatürde rastlanılan, KHD uzmanlarının çekinik tıp anlayışı nedeni ile etkinliklerini jinekolojik hastalıklarla sınırlamalarının ileride ülkemiz için de söz konusu olabileceğini düşündürmektedir (Grumbach et al.,1997, s.:541,542).

İncelenen karar özetlerine konu olan olayda sergilenen klinik yaklaşımlar özet içeriğinin elverdiği tüm girişimleri kapsayacak şekilde değerlendirilmiştir. YSS karar özetlerinin sergilenen klinik yaklaşımlara göre dağılımının incelenmesinde amaç davalara konu olan olaylarda, en sık karşılaşılan girişimlerin ortaya konulmasıdır. Burada elde edilen bulgular doğrudan sözü edilen girişimlerle ilgili sorun ve eksiklikler olduğu şeklinde yorumlanmamalıdır. Bir kusur bulunup bulunmaması ancak olayın YSS tarafından değerlendirilmesinin ardından ortaya çıkmaktadır. KHD

alanında sunulan sağlık hizmetleri diğer tıp alanlarında olduğu gibi, pek çok etkenin belirleyici olduğu bir bağlamda değerlendirilmelidir. Araştırmamızın da gösterdiği gibi sağlık hizmetlerinin sunumunda ortaya çıkan sonuçlar çoğunlukla birden fazla girişimin etkisi ile meydana gelmektedir (% 61,83; 175 dosya). Bu bağlamdan karşılaştırılabilir, genellenebilir bilgiler elde edebilmek amacı ile dosya değerlendirme çizelgesinde oluşturulan ölçütlerden yararlanılmıştır. Araştırmamız kapsamında elde edilen normal doğum, sevk, sezaryen ve USG değerlendirmelerinin YSS gündeminde yer alan olaylarda en sık rastlanılan girişimler olduğu saptanmıştır.

Sezaryen girişiminin araştırma kapsamında ölçütlere göre sınıflandırılan girişimler arasında 58 (% 10,92) oranında yer aldığı saptanmıştır. Ülkemizde ve tüm dünyada sezaryenle gerçekleştirilen doğumlarda hızlı bir artış gözlemlendiği ifade edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hem yüksek, hem düşük riskli anne adaylarının tedavisini üstlenen bir sağlık kuruluşunda sezaryen ile gerçekleştirilen doğum oranının % 15'i geçmemesi gerektiğini bildirmektedir (Ataç ve ark., 2004, s.:270,271).

“Sevk” olgusunun, YSS kararlarında sergilenen klinik yaklaşımlar sıralamasında ikinci sırada yer alması çekinik tıp açısından düşündürücüdür. Konya ilinde hizmet veren sağlık kurumlarında çalışan 762 hekim üzerinde yapılan bir çalışmada hekimlere yöneltilen “*Tıbbi malpraktis iddialarından kendiniz korumak için, tedavi olanağınız olduğu halde riskli hastaları sevk ettiğiniz oluyor mu?*” sorusuna % 4,33 oranında her zaman, % 19,42 oranında çoğu zaman, % 29,40 oranında bazen, % 16,8 oranında nadiren cevabı verilirken, hiçbir zaman yanıtını veren hekimler % 29,27 düzeyinde kalmıştır (Aynacı, 2008, s.:46).

Sevk; bir hastanın bakımı ile ilgili sorumlulukların bir kısmının aktarılmasıdır. Türkiye’de başvuru alan sağlık kuruluşundan bağımsız olarak ilk başvuru kişilerin % 11,5’inin ikinci bir sağlık kurumuna ya da hekime, bu sevk edilen kişilerin % 10,7’sinin üçüncü bir sağlık kurumuna, bunların da % 33,3’ünün dördüncü bir sağlık kurumuna sevk edildiği belirtilmektedir. Sağlık kurumlarına göre sevk oranlarına baktığımızda kurum ve işyeri hekimleri % 47,7 ile ilk sırada yer almakta; kamu

sağlığı dispanserleri % 33,3, sağlık evleri % 18,2, hasta semt poliklinikleri % 14,3, sağlık ocakları % 13,4, SSK hastaneleri % 12,5 oranları ile sıralanmaktadırlar (Çağlayaner, 2006, s.:33,35).

Özellikle sağlık hizmetindeki eksiklikler kapsamında “gereksiz hasta sevk etme” ölçütü kapsamında da değerlendirdiğimiz “sevk olgusu”, sevk işlemi gerektiği takdirde sevk etmede gecikme veya uygunsuz sevk durumlarında hukuki sorumluluk doğurmaktadır. Sevk işlemi, başka bir sağlık kurumuna sevk için mutlak gereklilik bulunması, sevk gerekçelerinin hasta ve yakınları ile paylaşılması, acil hayati tehlike içeren durumlara yönelik tedavilerin yapılmış ve hastanın stabil hale gelmiş olması, sevk edilen sağlık kurumunun haberdar edilerek bakım güvencesinin sağlanması, yeterli donanıma sahip bir ambulans ile hasta naklinin yapılması koşulları gözetilerek gerçekleştirilmelidir (Türkan ve Tuğcu, 2004, s.:230).

Araştırmamızda dördüncü en sık klinik yaklaşım olarak saptanan USG değerlendirmesi, son yıllarda USG teknolojisindeki ilerlemeler, yüksek çözünürlüklü USG teknolojisi ve transvaginal USG incelemelerinin hizmete sunulması ile giderek daha küçük anomalilere tanı konulmasını mümkün kılmaktadır (Beksaç ve ark., 2004a, s.:193). USG incelemelerinin değeri, kullanılan makinenin özelliklerinin yanında incelemeyi gerçekleştiren hekimin bilgisine de bağlıdır (Beksaç ve ark., 2004a, s.:191). USG incelemeleri Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları ve Radyologlar tarafından yürütülmekte, bu incelemeleri de kapsayan “Maternal –Fetal tıp” yan dal uzmanlığı henüz ülkemizde bulunmamaktadır (Beksaç ve ark., 2004a, s.:193). Kadın Hastalıkları ve Doğum alanında çalışan hekimlerin de gerçekleştirdiği USG incelemeleri ile radyoloji alanında USG konusunda eğitim almış hekimlerin gerçekleştirdiği incelemeler arasında bilgi ve beceri açısından bir farklılık bulunup bulunmadığı, bunun uygulamada hastalar açısından bir sakınca yaratıp yaratmayacağı tartışma konusu olmaktadır. Bu iki alandan hekimler tarafından gerçekleştirilen incelemeler arasında bir fark olduğunun kabul edilmesi halinde benzer USG incelemesinin değerlendirilmesinde hekimin kusuru açısından hangi alandan hekimlerin uygulama standartları ölçüt alınacaktır? Bu noktada iki uzmanlık alanı arasında yetki ve görev paylaşımının netleştirilmesi, danışım kurumunun etkin

işletilmesi, USG incelemesi konusunda uzmanlık eğitim müfredatlarında ortak çalışmalar yapılması ihtiyacı hissedilmektedir. Bu konulara 10257 ve 10718 sayılı dosyalarla ilgili kararlara düşülen muhalefet şerhlerinde dikkat çekilmiştir. Ülkemizde KHD alanında USG incelemelerinin ihtiyaç duyulan pahalı makineler ve eğitimde standardizasyonun sağlanamaması nedeni ile toplumun tüm katmanlarına ulaştırılmasında da sorun yaşanmaktadır (Beksaç ve ark., 2004a, s.:194).

Karar özetlerine konu olan olayların bağlantılı olduğu sağlık hizmeti eksikliği verileri ışığında operatif hatalar (130 dosya), yetersiz preoperatif değerlendirme (63 dosya) ve yetersiz muayene ve değerlendirme (60 dosya) öne çıkan yaklaşımlar olmuştur.

Operatif hatalara ilişkin gerçek nedenin ortaya konmasında hastalara ait tıbbi kayıtların yetersiz oluşu önemli bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır (Özkara ve ark. 2004, s.:155).

Gerçekleştirilen tıbbi girişimlerde bir eksiklik olup olmadığının saptanmasında ülkemiz gerçekleri ile uyumlu olarak, ilgili durumda yapılması gerekenlerin bilinmesine ihtiyaç bulunmaktadır. Bu ihtiyacın karşılanmasında meslek örgütlerine, uzmanlık derneklerine görev düşmekte olduğu dile getirilmektedir (Kök, 2009, s.:390,391; Özkara ve ark. 2004, s.:156). Sağlık Bakanlığı tarafından tanı ve tedavi rehberlerinin yayınlanmış olması bu yönde atılmış önemli bir adımdır. Bunun yanı sıra sözü edilen güvenilir, pratik, farklı durumlarda uyum gösterebilen, bilimsel bilgilere temellenen, rehberlerin (yönergelerin) hazırlanmasının sağlık hizmetlerindeki eşitsizliklerin ve bazı istismar amaçlı gereksiz uygulamaların önlenmesinde yararlı olacağı, günlük yaşanan pek çok sorunu hafifleteceği öngörülebilir (Gündoğmuş ve ark., 2004, s.: 496). Ancak tıp gibi gelişmelerin çok hızlı olduğu bir alanda, pek çok farklı uzmanlık dalı ile ilgili güncel ve detaylı yönergelerin hazırlanması ve güncelliğinin korunması, başarılabirlik yönünden ciddi soru işaretleri taşımaktadır.

Tanı hatalarının ve hatalı girişimlerin önlenmesinde güncel tıbbi bilgilerin izlenmesi ve bunun bir aracı olan sürekli meslek içi eğitim önem taşımaktadır Çabaların

yoğunlaştırılması gereken bir diğer çözüm ise, sağlık çalışanlarının eğitim eksikliklerinin giderilmesi, eğitimde standart bir düzeyin yakalanmasının sonrasında bunun farklı koşullara rağmen çalışanların sahip olduğu ortak hedef, değer ve bilgiler ışığında hizmetlere olumlu yansımalarıdır. Pedagojik kabuller çerçevesinde tıp eğitimi ile ilgili aşağıdaki hedefler vurgulanmaktadır.

- Hekimler tutarlı ve yararlı bir bilgi birikimine sahip olmalıdırlar.
- Hekimler temel yetki ve sorumluluklarının bilincinde olmalı, tıbbın sınırlarının nerede bittiği konusunda fikir sahibi olmalıdırlar. Bu amaçla hekimlere temel mantık ve bilimsel eleştiri alışkanlığı kazandırılmalıdır.
- Hekimlerin psikososyal yeteneklerinin geliştirilmesi ve sorun çözme becerilerinin artırılması eğitim hedefleri arasında gözetilmelidir.
- Hekimlerin mesleki kimliklerinin eğitim sürecinde özellikle eğitim kurumundaki değerler atmosferinin ve rol modellerin etkisi ile oluştuğu dikkate alınmalı, eğitimde mesleki değerlere ve bunlarla bağlantılı normlara ağırlık verilmelidir (Arda, 1990, s.:522-524).

Tıp eğitimi temel eğitim, mezuniyet sonrası eğitim ve sürekli eğitim olarak üç başlıkta incelendiğinde, KHD alanı ile ilgili yürütülmekte olan hizmetler ve etkin olan sağlık çalışanları açısından sürekli eğitimin önem taşıdığı görülmektedir. Sürekli tıp eğitimi “*hekimlerin bilgi ve becerilerini sürekli, planlı ve bir amaca yönelik olarak arttırmaları için yürütülen zorunlu süreç*” biçiminde tanımlanmaktadır. Hekimlere yeni bilgiler kazandırmanın yanı sıra uygulamada söz konusu olan hataların değerlendirilmesi, çözüm önerilerinin getirilmesi, yanlışların düzeltilmesi amacını taşıyan sürekli eğitim programlarının geliştirilmesi ve uygulanmasına olan ihtiyaç açıkça görülmektedir (Arda, 1990, s.:524,525; Gündoğmuş ve ark., 2005, s.:408).

Hekimlerin mesleki sorumlulukları ve yükümlülüklerinin de eğitimde eksiklik hissedilen bir başlık oluşturduğunu vurgulamak gerekmektedir. Teke ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 142 hekimden % 35,2'si mesleki sorumluluk ve yükümlülükleri ile ilgili olarak eğitimleri sırasında aldıkları bilgileri çok yetersiz bulduklarını, % 47,2'si yetersiz bulduklarını belirtmiştir. Hekim hakları ve sorumlulukları eğitimi ile ilgili temel eğitimde bu başlığa yer ayrılması, mezuniyet sonrası kurslar düzenlenmesi, kongre, semineri panel vb. etkinliklerle konunun güncel tutulması, meslek örgütlerinin üyelerini gelişmelerden haberdar etmesi önerileri dile getirilmektedir (Teke 2007, 63).

“Yetersiz preoperatif değerlendirme” (63 dosya) ve “Yetersiz muayene ve değerlendirme”(60 dosya) noktasında görülen yoğunluk hekim – hasta ilişkisinde hastanın şikayetinin doğru anlaşılması ve bununla bağlantılı klinik görüşün oluşturulması aşamasında sorun yaşandığını düşündürmektedir. En başta, sözü edilen noktalarda yapılacak hatalar, sonra da sunulacak en gelişmiş ve yetkin tedavi hizmetlerinin hastaya yararlı olmasını engelleyecektir. YSS karar özetlerinin 1995-2000 yılları arasında incelendiği bir araştırmada KHD uzmanlarının en sık yetersizlik nedeni ile suçlandıkları noktalar yetersiz preoperatif değerlendirme (% 17,6) ve tanı hatası (% 17,6) olarak saptanmıştır (Tümer, 2002, s.:34). Türkan ve Tuğcu'nun YSS karar özetleri üzerinde acil servislerle ilgili olaylara odaklanan çalışmasında suçlananların en sık kusurlu bulunma nedeni % 47,3 oranı ile dikkatli muayene etmeme ve iyi değerlendirememe olarak saptanmıştır (Türkan ve Tuğcu, 2004, s.:228). 2005 Ulusal Anne Ölümleri Araştırmasına göre eksik tanı, sağlık personelinin sorunla baş etme becerisinde yetersizlik gibi faktörlerin anne ölümlerinin % 14'ünde etken olduğu saptanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2007, s.:5). Yapılan bir araştırmada hekimlerin tıbbi girişim hatalarının yaşanmasında etkili faktörler ile ilgili seçenekli bir soruya yanıtları yoğunluk sırasıyla günlük bakılan hasta sayısının fazla olması, hastanelerin fizik koşullarının yetersizliği, yeterli donanımın bulunmaması, yeterli yardımcı sağlık personeli bulunmaması, konu ile ilgili yeterli eğitim verilmemesi, ilaç serum vb. materyallere zamanında ulaşamaması noktalarına odaklandığı görülmüştür (Teke ve ark., 2007, s.:64). Hastalara daha fazla ilgi gösterilmesi, daha

fazla zaman ayrılması ihtiyacı kendini göstermektedir. Bu durum Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) hekim başına düşen hasta sayısını azaltmak ve bu sayede hastalara en az 20 dk ayrılması hedefi ile de örtüşmektedir. Ülkemizde uygulamaya sokulan “daha çok hasta bak, daha çok kazan” mantığı ile işleyen performans sisteminin hastalara daha fazla ilgi ve zaman ayrılması noktasında olumsuz gelişmeleri beraberinde getirmesi olasıdır (Kök, 2009, s.:394). Hastalara yaklaşımda muayene ve değerlendirme, yetersiz preoperatif değerlendirme noktasında “hastalık yoktur, hasta vardır” yaklaşımının da altını çizmek gerekmektedir. Tıp eğitimi sürecinde kuramsal bilgi artırımı önceliğinin getirdiği hastayı anlama yerine hastalıkları öğrenme yaklaşımı ve beraberinde hastaların “nesne” konumuna düşmesi ile sonuçlanabilmektedir. Günlük tıp uygulamasında sık karşılaşılan olgular çerçevesinde yerleşen şablonlarla hastalara yaklaşmak ve hasta özelinde yeterli değerlendirme yapılmadan tedavi girişimlerine başlanması sakınca yaratacak bir tutumdur (Arda, 1990, s.:523).

KHD söz konusu olunca preoperatif değerlendirme kapsamında doğuma kadar olan süreçte sağlıklı bebeklerin doğması amacına yönelik olarak, fetus sağlığı ve gebeliğin izlemi ile ilgili çalışmalar yapan “Maternal- Fetal Tıp” veya “Perinatoloji” yan dal uzmanlığı da tartışılan konular arasındadır. Bu alanda hasta “fetus” ve “embriyon”lar olmaktadır. Bu tıp alanı pek çok farklı alandan uygulama, bilgi ve becerilerin katkısını gerektirmektedir. KHD hekimi ile birlikte, genetikçilerin, tıbbi biyologların, mikrobiyologların, neonatologların, moleküler tıp ile ilgili pediatri ve dahiliye uzmanlarının maternal ve fetal tıp ile ilgili çalışmalarda katkısı bulunmaktadır. Katkı veren alanlar ile KHD uzmanları arasında embriyo ve fetusa ancak anne aracılığı ile girişimde bulunulabilmesi nedeni ile yetki ve sorumluluklar açısından belirsizlikler bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin ticari yönünün ağırlık kazandığı günümüzde tıp alanları arasında işbirliği yanında rekabetin de ortaya çıktığı göz önüne alındığında, böyle bir yan dal uzmanlığının ülkemizde açılması için netleştirilmesi gereken pek çok nokta bulunduğu vurgulanmaktadır (Beksaç ve ark., 2004b, s.:120).

Tezimizde incelenen YSS kararlarına konu olan olayların % 38'inde (108 dosya) KHD dışında kalan uzmanlık alanlarının da olaya katıldığı saptanmıştır. Bazı

olgularda iki, üç hatta dört tıp uzmanlık alanının birlikte olayda yer aldığı saptanmıştır. İncelenen olaylarda KHD alanı ile birlikte olaya katılan uzmanlık alanları sırasıyla 45 olayda (% 15,9) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları onun ardından 25 olayda Anesteziyoloji ve reanimasyon, 24 olayda da Genel Cerrahi olarak belirlenmiştir. Söz konusu uzmanlık alanları arasında uzmanlık eğitiminde ortak programların geliştirilmesi ve uzmanlık alanlarının ve sorumlulukların netleştirilmesi gerekliliği görülmektedir.

Hekimlikte artan bilginin kullanılmasının uzmanlık gerektirdiği ve bununla bağlantılı olarak “danışım”ın önemi vurgulanmaktadır (Kök, 2009, s.:391). KHD alanı ve araştırmamızda ağırlıklı olarak beraberliği saptanan uzmanlık alanlarından hekimler arasında iyi işleyen bir danışım uygulaması, yaşanabilecek pek çok sorunun önüne geçilmesini sağlayabilecektir. Burada yol gösterici olması bakımından olması gereken danışım uygulamasının özelliklerinden kısaca bahsedilecektir. Danışım mevzuatımızda Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 24-30. maddelerinde düzenlenmektedir (Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, 1960, md.:24-30). Danışım “formel ve enformel” olarak iki şekilde sınıflandırılmaktadır. “Enformel danışım”, günlük konuşmalar şeklinde, telefon ya da karşılıklı görüşmeler olarak gerçekleştirilen danışımlar; “formel danışım” ise belirli koşulların gerçekleştirilmesini gerektiren daha karmaşık bir süreç olarak tanımlanmaktadır. “Formel danışım”ın koşulları özetle aşağıdaki şekilde aktarılmaktadır.

- Hastanın önemli sorunlarını, başlıca bulgularını, tahlil sonuçlarını, reçete edilen ilaçları ve danışım istenme gerekçelerini içeren danışım metninin hazırlanması.
- İdeal koşullarda konsültan hekim ile bir araya gelinerek hastanın beraber değerlendirilmesi, acil durumlarda telefon ve benzeri iletişim araçlarından yararlanılması.
- Hastaya danışımın amacı ve içeriğinin açıklanması ve bunun bir hastayı red veya sevk olmadığını ifade edilmesi.

- Konsültan hekimin görüşünü en kısa zamanda yazılı olarak bildirmesi.

Konsültan, başka bir hekime danışılmasını öngörüyor ise kendisi yönlendirme yoluna gitmemeli, bu noktayı da danışım notunda belirtmelidir. Hekimler daima konsültan hekimin yanılabilceği olasılığını göz önünde bulundurmalı, danışım notunda yazılanları dikkatle gözden geçirmelidirler (Çağlayaner, 2006, s.:36).

Danışım istendiği takdirde hekimler kısa sürede çağrıya gitmeli, telefon yolu ile bilgi olarak hastayı görmeden danışım görevini yerine getirmemelidirler. Danışım istendiği halde hekimin çağrıya gitmeyerek görev ihmali hukuki sorumluluk doğuran noktalar olarak tanımlanmaktadır (Türkan ve Tuğcu, 2004, s.:230).

Araştırmamız kapsamında incelenen karar özetlerinden % 61,8’inde ölüm görüldüğü kaydedilmiştir. Tezimiz kapsamında incelenen karar özetlerinde saptanan ölümler de sınıflanarak aktarılmıştır. Ölüm görülen kararlardan % 33,7’sinde anne ölümü, % 69,1’inde yenidoğan ölümü veya gebelik kaybı görülmüştür. Gelişmekte olan ülkelerde doğurganlık çağındaki kadınların en yaygın ölüm nedeni olarak gebelik, doğum ve loğusalık sırasında gelişen komplikasyonlar gösterilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde anne ölümlerinin başlıca nedenleri kanama, enfeksiyonlar, toksemi, engellenmiş eylem, sağlıksız koşullarda gerçekleşen düşükler olarak saptanmıştır. Yenidoğan ölümleri için ise yetersiz doğum öncesi bakım, doğum sırasında yapılan hatalı girişimler, hipotermi, enfeksiyonlar başta gelen nedenler olarak ifade edilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2007, s.:3).

Anne ölümü ile ilgili en yaygın kullanılan gösterge 100,000 canlı doğumda anne ölüm sayısını ifade eden “anne ölüm oranı”dır. Ülkemizde değişik tarihlerde gerçekleştirilen araştırmalarda elde edilen veriler aşağıda sunulmuştur (Koç ve ark., 2006, s.:9,10).

Çizelge 4.3, Ülkemizde değişik yıllarda yapılmış olan çalışmalarda anne ölüm oranları

	Araştırma	Anne ölüm oranı
1	1974-1975 (Türkiye Nüfus Araştırması)	208
2	1989 (Türkiye Nüfus Araştırması)	132
3	1997-1998	49
4	2000 (Hastalık Yükü Hanehalkı Araştırması)	24
5	2005 (Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması)	38,3
6	2006 (WHO Mortality Country Fact Sheet)	70

Ülkemizde her yıl yaklaşık 400 anne gebelik, doğum ve doğum sonrası komplikasyonlar nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Hastane kayıtları temel alınarak yapılan anne ölüm nedenleri belirleme çalışmasında hastanede meydana gelen anne ölümlerinin 2/3'ünün mevcut koşullarda önlenebileceği saptanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2007, s.:1).

2005 Ulusal Anne Ölümleri Çalışmasında gebelik sürecinde hayatını kaybeden annelerin % 29'unun yüksek risk grubuna dahil olduğu, % 58'inin de en az bir risk faktörüne sahip olduğu belirtilmiştir. (T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2007, s.:5). Gebeliğe hazırlanma (koruyucu hekimlik ve aile hekimliği çalışmaları) ve gebe izleme programlarının (prenatal tarama ve antenatal bakım) ihtiyaca cevap verecek düzeye getirilmesi gereklidir. Anayasamızın ailenin korunması ile ilgili 41. maddesi ve sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ile ilgili 56. Maddesi yukarıda sözüne ettiğimiz tedbirleri emredici niteliktedir (Beksaç ve Ark., 2004c, s.:262). Gebelerin izlemi ve tarama testlerinin yaygınlaştırılması anne ölümlerinden pek çoğunun önüne geçilmesini sağlayabilecektir.

Anne ölümlerinin üçte ikisi (% 61) doğum sırasında ya da hemen doğum sonrasında meydana gelmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2007, s.:3). Tüm toplumlarda gebelerin % 15'i ölümcül komplikasyon geçirme riski taşımaktadır. % 5 gebe ise cerrahi girişime, çoğunlukla sezaryene ihtiyacı olmasına rağmen acil obstetrik bakıma ulaşamamaktadır (T.C.

Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2007, s.:3). Burada daha önce sözünü ettiğimiz acil bakım hizmetlerinin organizasyonunun önemi ortaya çıkmaktadır.

Ölüm görülen, tıbbi girişimlerden kaynaklanan hata iddialarında otopsi yapılması, adli süreçlerin karara bağlanmasında doğruluk açısından katkı sağlayacaktır. Aynı zamanda ölüm nedenlerinin ve tanı hatalarının otopsi verileri ile sınıflandırılması ve klinikopatolojik toplantılarda tartışılması gerekmektedir. Bu sayede klinik geri bildirimler sağlanabilecek ve girişimlerden kaynaklanan hataların azaltılması da sağlanabilecektir (Pakiş ve ark., 2007, s.:119).

Otopsi baş, göğüs ve karın olmak üzere üç boşluğun açılması biçiminde yapılmalıdır. Ülkemizde gerçekleştirilen otopsilerde sık gözlenen eksiklikler olarak başın açılmaması, servikal omurların muayene edilmemesi, toksikolojik örneklerin alınmaması gösterilmektedir (Celbiş ve ark., 2004 S.:55).

Yapılacak otopsilerin kalitesi de önem taşımaktadır. Tezin kapsadığı yıllarda ağırlıklı olarak 1412 sayılı Ceza Muhakemesi Usulü Kanunu'nun (CMUK) 79-83. maddeleri, onun iptalinin ardından 5237 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 87. maddesi ile düzenlenen otopsi konusu, biri adli tıp uzmanı veya patolog olmak üzere iki hekime, zorunluluk hallerinde ise tek bir hekime bırakılmıştır. Otopsilerin adli tıp uzmanları tarafından yapılması, ülke koşullarını gözetecek şekilde minimum standartları belirleyecek bir otopsi protokolü oluşturulması önerilmektedir (Pakiş ve ark., 2007, s.:119).

1412 sayılı CMUK'un 82. Maddesi yenidoğmuş çocuk ölüsünde gerçekleştirilecek otopsileri düzenlemektedir. Kanunun yenidoğanın doğumunun ardından yaşayıp yaşamadığı, erken dünyaya gelmiş ise, yaşama şansı bulunup bulunmadığının belirlenmesini önemle vurguladığı görülmektedir.

Ülkemizde adli otopsi eğitiminin birkaç fakülte dışında tamamen teorik olarak verildiği ifade edilmekte bu durumun nedeni olarak ceset bulunamaması gösterilmektedir (Celbiş ve ark., 2004 S.:55).

Ölümlle sonuçlanan tıbbi girişimlerle ilgili olaylarda, özellikle ceza hukuku açısından nedensellik ilişkisinin belirlenmesi büyük önem taşımakta, otopsi yapılmış olması bu noktada çok önemli bir katkı sağlamaktadır. (Pakiş ve ark. 2008, s.:38)

Hatalı düzenlenen ölüm nedenleri ve ölüm defin ruhsatlarının, tıbben ve bilimsel olarak bir hata oluşturmasının yanında sonradan düzeltilmesinin mümkün olmadığı ve hukuki sorumluluk oluşturacağı akılda tutulmalıdır (Türkan ve Tuğcu, 2004, s.:230).

Ölmüş yenidoğan otopsisini Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu'nun 82. maddesine göre düzenlenmekte, öncelikle doğum sırasında ve sonrasında yaşamış olup olmadığına, zamanında doğup doğmadığı, vakitsiz doğmuş ise yaşayabilecek gelişim düzeyinde olup olmadığı konularını aydınlatması vurgulanmaktadır (Celbiş ve ark., 2004, s.:55).

Adli otopsi eğitimi birkaç fakültenin dışında sadece teorik olarak verilmektedir. Bu durumun eğitim materyali olarak ceset bulunamaması olduğu düşünülmektedir (Celbiş ve ark., 2004, s.:55). Ülkemizde otopsi konusunda ilk dönemlerde özellikle dini nedenlerle gelişmelerin yavaş olduğu, günümüzde ise eğitim eksikliği ve adli tıp uzmanlarının azlığı nedeni ile istenilen düzeye gelinebilmiş olduğu söylenebilir (Celbiş ve ark., 2004, s.:56).

Araştırmamız sonucunda YSS tarafından bilirkişi görüşü oluşturulan davaların ağırlıklı olarak (% 36,4; 103 dosya) kamu davaları olduğu saptanmıştır. Zülfikar ve Ulusoy bir devlet hastanesinde 220 hasta ile gerçekleştirdiği çalışma hastaların % 32'sinin haklarının farkında olmadıklarını ortaya koymuştur (Zülfikar ve Ulusoy, 2018).

kar ve Ulusoy, 2001, s.:491). Sözü edilen çalışmanın yayımlandığı 2001 yılında hasta hakları ile ilgili hastaları bilinçlendirmeye dönük eğitimlere hız verilmesi önerisi getirilmiştir. Günümüzde gelinen nokta ile ilgili daha güncel çalışmalara ulaşamamış, hasta hakları ile ilgili bilinç düzeyi çalışmalarının sağlık çalışanlarına yöneldiği görülmüştür. Sağlık çalışanı – hasta ilişkisinin yönetimini sağlık çalışanına bırakan bir bakış açısının yansımaları olabilecek bu tutum, hasta özerkliğine saygı gösterilen karşılıklı eşitlik çerçevesinde tanımlanan çağdaş anlayıştan uzak bir tutum olacaktır. Aynı yaklaşım sağlık çalışanları açısından da sürecin tüm sorumluluğunu taşımayı getireceğinden; istenilir bir durum olarak görülemeyecektir. Sağlık çalışanı – hasta ilişkisinde her iki tarafında hak ve sorumlulukları konusunda eğitim ve farkındalıkları eş düzeyde gözetilmeli, sağlık hizmetlerinin düzeyi her iki tarafın katkısı ile yükseltilmelidir.

Hakların bilincinde olmanın yanı sıra hak arama yol ve yöntemleri konusunda da eğitim verilmesi gerekliliği burada dile getirilmelidir. Ülkemizde hastaların dava açma yollarının insanımız tarafından bilinmediği, bilenlerin ise sürecin uzun, para gerektiren, zahmetli bir süreç olması nedeni ile bundan kaçındıkları belirtilmektedir. (Büken ve Ark. 2003, s.:144).

Tezimiz kapsamında incelenen dönemde YSS tarafından bilirkişi görüşü oluşturularak karara bağlanan toplam 534 kişi ve /veya kurum hakkında % 52,24 (279 kişi/kurum) oranında kusursuz oldukları yönünde görüş belirlenmiştir. Sağlık çalışanları türlerinin kusursuz olarak değerlendirilme oranları diğer çalışmalarla karşılaştırmalı olarak aşağıdaki tabloda sunulmuştur (Gündoğmuş ve ark. 1997, s.:128; Gündoğmuş ve ark., 1998, s.:357).

Çizelge 4.4. Sağlık personeli türlerinin YSS tarafından kusursuz olarak değerlendirilme oranları

		Sağlık Personeli Türlerinin YSS Tarafından Kusursuz Olarak Değerlendirilme Oranları (%)		
Sağlık Türü	Çalışan Türü	Tezimizde elde edilen bulgular	Gündermiş ve ark. 1998	Gündermiş ve ark. 1997
Hekimler		47,98	47,7	57,33
Ebeler		64,70	36,4	-
Hemşireler		68	57,1	-
Diğer Sağlık Personeli Türleri		47,36	-	-

Tezimizde saptanan oranlar hekimlerin diğer sağlık personeli türleri grubundan sonra en düşük kusursuzluk oranına sahip grup olduğunu göstermektedir. Bu sonuç “YSS’nin hekimleri korumaya dönük bir tutum içerisinde olduğu” iddialarını da geçersiz kılmaktadır.

Civaner tarafından İzmir Tabip Odası Onur Kurulu Dosyaları üzerinde 1989-2000 yılları arasında karara bağlanan 168 dosyayı kapsayan bir çalışmada, suçlanan toplam 224 hekimden 151’inin (% 67,4) suçlu bulunarak cezalandırıldığı saptanmıştır (Civaner, 2002, s.:203,205).

YSS karar özetleri kapsamında yapılan bir çalışmada suçlanan sağlık personelinin kusurlu bulunanların oranı % 47,7 bulunmuş; bu oran, Suudi Arabistan, Japonya, Almanya, Amerika Birleşik Devletleri’nde karara bağlanan malpraktis davalarının kararları ile karşılaştırıldığında yüksek bir kusurluluk oranı olarak saptanmıştır. Bu durum ülkemizde sağlık çalışanlarını dava etmenin sık başvurulan bir yol olmayıp, ancak çok büyük zararın meydana geldiği ya da sağlık çalışanın hatasının çok belirgin olduğu durumlarda başvurulan bir yol olmasına bağlanmıştır (Gündermiş ve ark. 2005, s.:407).

Tezimizin kapsadığı dönemde bilirkişiler tarafından kusur belirlemesi ve derecelendirmesi yapılmasının yerleşik bir uygulama olması ile ilgili, bu sonuçların mahkeme kararlarına aynen yansımaları durumunda bunun sakıncalı bir uygulama olduğu ifade edilmektedir. Bu durumun yargı hakkının hakimler tarafından kullanılıp

kullanılmadığı konusunu tartışmalı hale getirebileceği, kusurun belirlenmesi ve derecelendirilmesi ile ilgili hukuki kuralların, hafif kusur ve ağır kusur ile ilgili hukuki tanımların ve adalet ilkesi doğrultusunda nitelendirme yapılmasının karara ne ölçüde yansıtılabildiği ile ilgili soru işaretleri yaratabileceği dile getirilmektedir. Bilirkişilerin ve mahkemelerin kusuru faillere ait olmayıp, olaya aitmiş gibi değerlendirmesi ve birim olarak kusuru olaya karışan failler arasında bölüştürmesi kusurun derecelendirilmesi ile ilgili yaşanabilecek yanlış uygulamalara örnek olarak sunulmuştur. Kusur insanların ifadelerine bağlı bir kavram olması nedeniyle, olayın kusurundan söz edilemez. Her suç faili kendi kusurundan sorumludur ve ceza saptanmasında dikkate alınması gereken o kişinin kusurunun ağırlığı ve hafifliğidir. (Gündoğmuş ve ark. 2002, s.:64,66).

Tezimizde elde edilen bulguların değerlendirilmesi sonucunda, KHD alanı ile ilgili yargıya yansıyan olgular hakkında hem önceki çalışmalar ile karşılaştırılabilecek, hem de literatüre yeni katkı sayılabilecek verilere ulaşıldığı görülmüştür. Bu veriler ışığında KHD alanının tıbbi girişimlerinden kaynaklanan sorunlarla ilgili varolan durumun bileşenleri saptanmış ve sorun kaynakları açıklanmıştır. YSS karar özetleri, KHD alanının tıbbi girişimleri ile ilgili yargıya yansıyan olgular yanında, sağlık sistemimiz, ülkemiz genelinde gözlenen bölgesel gelişmişlik düzeyi farklılıkları, acil sağlık hizmetlerinin organizasyonu, otopsi uygulamaları ile ilgili sorunlar, yargının yavaş işlemesi gibi temel konular başta olmak üzere yoruma olanak tanıyan veriler sunan, zengin bir kaynak oluşturmuştur. Sağlık hizmetleri sunulmasının bir ekip çalışması olması yanında, sağlık hizmetleri sunumunun, sağlık politikaları, sağlık kurumları, sağlık çalışanları, hastalar ve hasta yakınları, sağlık eğitimi sistemi ve toplumsal iletişim araçlarının ortak etkisi ile şekillendiği gözlenen bir başka olgudur. Çözümüne dönük önerilerin de bu bütünlüklü bakışı yansıtmasına çalışılacaktır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

“Kural varsa, ona uymak yükümlülüktür. Kuralı eleştirmek, değişmesini önermek, aksini savunmak, propagandasını yapmak, yasa koyucuyu ikna etmeye çalışmak demokratik haktır. Ancak kurala uymamak yaptırıma göğüs germeyi gerektirir.” (Göksel, 1994, s.:2).

Tezin sonuç ve öneriler bölümü; literatürde konu ile ilgili görülen eserler de dikkate alınarak hazırlanmıştır. Toplumumuzun nüfusu ve doğum hızı ihtiyaç duyulan KHD hizmetlerinin boyutunu ortaya koymaktadır. Bu verilerle uyumlu ekonomik yapı ve sağlığa ayrılan bütçenin planlanması gerekmektedir. Gebeliğe hazırlanma (koruyucu hekimlik ve aile hekimliği çalışmaları) ve gebe izleme programları (Prenatal tarama ve antenatal bakım) ihtiyaca cevap verecek düzeye getirilmelidir (Beksaç ve ark., 2004c, s.:262). Anayasamızın ailenin korunması ile ilgili 41. maddesi ve sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ile ilgili 56. maddesi yukarıda sözüne ettiğimiz tedbirleri emredici niteliktedir. Türkiye’de 2003 sonunda uygulamaya giren sağlıkta dönüşüm projesinin yerleşmeye başlamasıyla ana-çocuk sağlığı, gebe izlemi gibi koruyucu hekimlik bakış açısının etkili olması gereken temel sağlık hizmetlerinin nasıl etkileneceği özenle izlenmelidir.

Tıbbi girişimlerle ilgili sorunların azaltılması ve sağlık çalışanının hukuki yaptırımlardan korunması için hasta kayıtlarının düzenli tutulması, hastalara yeterli zaman ayrılması ve özen yükümlülüğünün gereğince yerine getirilmesi, ölüm olaylarında otopsi yapılmasının yaygınlaştırılması, personel ve altyapı eksikliklerinin giderilmesi önerilmektedir (Hancı ve Özdemir, 2000, s.:283). Bu önerilerin hayata geçirilmesinde hem mezuniyet öncesi, hem de mezuniyet sonrası dönemdeki tıp eğitimi boyutunda; ayrıca günlük hekimlik uygulamalarına yansıyan boyutta önemli değişikliklerin yapılması gerekli görülmektedir.

İller ve bölgeler arasında gelişmişlik düzeyleri arasında göreceli bir farklılığın hemen her zaman bulunacağını kabul etmek koşulu ile, bu gelişmişlik farkının kabul

edilebilir düzeye getirilmesi için göreceli olarak geri kalmış il veya bölgelerin geliştirilmesi gerekmektedir (Albayrak, 2005, s.:154). Hiç kuşkusuz bu tablonun düzelmesi uzun vadeli; öncelikleri gerçekçi biçimde belirlenmiş politikaların hayata geçirilmesiyle mümkün olabilecektir.

Tıbbi girişimler ve hukuk kesişiminde yer alan konular kuşkusuz multidisipliner bir özellik taşımaktadır. Bu bağlamda, Adli Tıp alanının davalarda tıbbi bilimsel ve teknik bilgi sağlayan bir konumda bulunduğu; sağlık ile ilgili mevzuat bilgisi sağlık hizmetlerinde meslek içi iletişim, hizmet sunumundaki etik sorunlar ve çözümlenmesi konularının tıp alanı içerisinde, Tıp Tarihi ve Etik alanının önemli bir işleve sahip olduğu görülmektedir (Yaycı ve ark., 2004, s.:14). Tıp içerisinde sosyal bilimlerle yakın ilişkisi dolayısı ile 2009'a kadar Deontoloji adıyla adlandırılan alanın, mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası tıp eğitiminde hekimleri donanımlı kılmak adına ihmal edilmemesi gereken bir alan olduğu anlaşılmaktadır. Bu bağlamda mezuniyet öncesi tıp eğitiminin olmazsa olmaz bir ögesi olan tıp etiği – deontoloji eğitiminin ülke düzeyindeki standardizasyon sorunu bir an önce giderilmeli; bu eğitimi sürdürmekle yükümlü olan Tıp Tarihi ve Etik anabilim dallarının kadro ve örgütlenme sıkıntılarının ortadan kaldırılmasına öncelik verilmelidir.

Bugün aydınlatılmış onam uygulamasının ve hasta ile kurulacak iyi iletişimin tıbbi girişimlerden kaynaklanan davalar konusunda hekimler başta olmak üzere sağlık çalışanlarını koruyucu rol oynadığı herkesçe genel kabul görmektedir. Türkiye'de aydınlatılmış onam alınması yasal olarak zorunlu olmasına rağmen aydınlatılmış onam eksiklikleri Türkiye'de halen sık karşılaşılan bir sorun olmaya devam etmektedir. Bu durumun mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitiminde ivedilikle düzeltilmesi gerekli görülmektedir (Gündoğmuş ve ark., 2005, s.:407). Tıp eğitiminde aydınlatılmış onamın işlevsel biçimde ele alınan bir konu olması, hiç kuşkusuz yansımalarını hemen gösteremeyecektir. Bu durum da dikkate alınarak mezuniyet öncesi tıp eğitiminin yapılandırılması gerekmektedir.

Tıpta görülen hızlı ilerlemeler, hemşirelerin ve ebelerin iş tanımlarının netleştirilmesine ve gözden geçirilerek güncellenmesine, bakım standartlarının açıklıkla tanımlanmasına gereksinim göstermektedir. Sağlık çalışanları arasındaki ilişkiler; sağlık çalışanlarının mesleki öncelikleri ve sorumlulukları yeniden tanımlanmalıdır. Ebelik ve hemşirelik eğitim süreçlerinde etik değerlere ve mesleğin uygulama alanını ilgilendiren yasal düzenlemelere yer verilmelidir (Gündoğmuş ve ark., 2004, s.: 496,497). Ebelerin sık olarak suçlu bulunmuş olmalarından dolayı ebelik eğitimi ile ilgili iyileştirmelere gidilmesi ve ebeliğe özel uygulamalar için yönergeler hazırlanması gerekmektedir.

Hastane etik kurullarına bu sorunların çözümünde düşen roller bulunabilir. Bunların çözüme katkı sunabileceği noktalarda yeni uygulama ve düzenlemeler yürürlüğe sokulabilir. Böylece etik kurulların sadece araştırma süreçlerinde değil; günlük tıp uygulamasında da işlevsel bir öge haline gelmesi sağlanabilecektir.

Tıbbi girişimlerden kaynaklanan sorunların çözümünde “suçlayıcı ve cezalandırıcı” modelin yetersiz kaldığı, “çekinik tıp” gibi istenmeyen tutumları pekiştirdiği görülmekte, bunun hatayı azalmaya dönük uygulamalar ile desteklenmesi ihtiyacı hissedilmektedir (Yıldırım ve ark., 2009, s.:365).

Hastanelerde gereken durumlarda hukuki danışmanlık verebilecek birimlerin kurulması, Sağlık Bakanlığı bünyesinde Tıbbi Kötü Uygulamaları İzleme ve Uzlaştırma Üst Kurulu ve illerde Tıbbi Kötü Uygulamaları İzleme ve Uzlaştırma Kurulları oluşturulması; Sürekli mesleki eğitim kapsamında sağlık çalışanları için kredilendirme ve akreditasyon uygulamasının başlatılması gibi seçenekler literatürde karşımıza çıkmaktadır (Teke ve ark., 2007, s.:66). Bu doğrultuda birimlerin oluşturulması yararlı olmakla birlikte; hekim – hasta ilişkisinin sağlam temeller üzerine inşa edilmesinin ancak tıp fakültelerindeki sağlam bir etik eğitimiyle mümkün olacağını öngörebiliriz.

Mezuniyet sonrası tıp eğitiminin tıbbi girişimlerden kaynaklanan hukuki sorunları en aza indirecek şekilde geliştirilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda uzmanlık

derneklerine önemli görevler düşmektedir (Büken ve Büken, 2003, s.:147). Uzmanlık eğitimlerinin yapılandırılmasında, sürekli izlemlerin gerçekleştirilmesinde etik ögenin önemi ve ihmal edilmemesi gerektiği açıktır.

Ekip çalışması ve meslek içi iletişim hekim – hekim, hekim yardımcı sağlık çalışanları, yardımcı sağlık çalışanları kendi içinde olmak üzere bütün boyutlarıyla ele alınmalı ve eğitim programları hazırlanmalıdır. Meslek görev ve sorumluluk tanımlarına açıklık kazandırılması, örtüşen konuların açıklığa kavuşturulması gereklidir.

WMA Tıbbi Hizmetin Standardı İçin Mesleki Sorumlulukla İlgili Kararında yer alan *“Hekimlerin mesleki hizmetlerinin ticari mal ve hizmet ilişkilerinden ayrı düşünülmesi gerektiğini savunur. Çünkü hekimin; yeterli ve gerekli tıbbi hizmeti sağlamaya kendisini vakfetmesinin de dahil olduğu, özel etik görevleri vardır”* ifadesi sağlık hizmetleri politikasında yapılması gerekli düzenlemelere ışık tutacaktır. WMA 44. Genel Kurulunda kabul edilen Tıpta Yanlış Uygulama Konulu Duyurusunda ifade edilen yeni teknolojilerin riskleri hakkında halkın bilgilendirilmesi, hastaların aydınlatılmış onamalarının alınması, okullarda ve sosyal ortamlarda sağlık konulu eğitim programları oluşturulması, hekimler için meslek içi eğitim programlarının düzenlenmesi, hekimlerin mesleksi bilgi ve beceri düzeylerinin sürekli denetimi ve yetersizlik saptandığında tıbbi girişimde bulunmalarının önlenmesi, komplikasyon ve tıbbi girişimlerden kaynaklanan hatalar arası ayırım konusunda toplumun aydınlatılması, tıbbi girişimlerden kaynaklanan sorunların yargıya gidilmeden çözümlenmesine dönük yöntem ve uygulamaların geliştirilmesi, çekinik tıp yaklaşımı ile mücadele edilmesi, avukatların tıbbi girişimler ile ilgili davalar konusunda uygun olmayan yönlendirmeler yapmalarının önüne geçilmesi gibi öneriler ülkemiz açısından da dikkate değerdir (Sayek, 1998, s.:43,44,45).

WMA'nın 48. Genel Kurulu'nda kabul edilen “Tıbbi Hizmetin Standardı İçin Mesleki Sorumluluk”la ilgili yukarıda da dile getirilen kararında *“Bir ülkenin adli ya da yasal süreçleri nasıl olursa olsun, bir doktorun yalnızca, mesleki davranışı ya da performansı ile ilgili herhangi bir kararda, doktorun; eğilimleri ve deneyimleri*

sayesinde söz konusu tıbbi olgunun karmaşıklığını anlayabilecek meslektaşları tarafından yapılacak değerlendirmelerin göz önünde bulundurulması gerektiğini düşünür” ifadesi bulunmaktadır. YSS ülkemizde bu kararda önemle vurgulanan yönde, tıbbi girişimlerden kaynaklanan davalarda durumu açıklığa kavuşturmaya yönelik akademik görüş sunmaktadır. YSS'nin üye profilinin ve değerlendirmenin tıbbi akademik bakış açısı ile yapılmasının yukarıda verilen uluslararası ölçütleri sağladığı görülmektedir. Tıbbi girişimlerden kaynaklanan anlaşmazlıkları düzenleyecek ara kurumsal yapılara yer verilmesi durumunda, bu yapıların tıbbi olgunun karmaşıklığını değerlendirebilecek hekimlerden oluşmasına özen gösterilmelidir.

İşleyişi hızlandırmak adına kısa vadede öncelikli olarak güncel düzenlemelerde var olan YSS ihtisas komisyonlarının daha etkin bir biçimde devreye sokulması düşünülmelidir.

Günün koşulları gerekçe gösterilerek hiçbir meslek “şamar oğlanı” haline getirilmemelidir. Tıbbi uygulama hataları ile ilgili düzeltmeler planlanırken, ölçülülüğün önemini gözden kaçırmamak gerekli görülmektedir. Gündelik hayattaki yeri itibarıyla büyük önem taşıyan bir meslek olarak hekimlik açısından da bu durum son derece kritik bir noktayı oluşturmaktadır.

ÖZET

2000 – 2005 Yılları Arasında Yüksek Sağlık Şurası Kararlarında Kadın Hastalıkları ve Doğum Alanına Giren Vakaların Deontolojik Değerlendirilmesi

Bu çalışma, 2000-2005 yılları arasında YYSŞ'de görüşülen KHD alanına giren dosyalar bağlamında deontolojik bir değerlendirme yapmayı amaçlamaktadır. Söz konusu dosyalar YYSŞ'den 18-19.12.2008 tarihli toplantıda alınan 11971 sayılı kararla alınan resmi izin ardından, geliştirilen bir çizelge kullanılarak; 11.03.2010 – 20.07.2010 tarihleri arasında Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğünde yürütülen bir arşiv çalışması ile analiz edilmiştir. Bu çalışma sonucunda 1153 dosya arasında KHD dosyalarının 283 adet (% 24,54) olduğu; dosyaların olayın gerçekleşmesinden itibaren ortalama 1131 gün sonra YYSŞ gündeminde görüldüğü; en fazla sayıda dosyanın Marmara (56 dosya , % 19,8), İç Anadolu (53 dosya, % 18,73) ve Ege (50 dosya, % 17,67) bölgelerinden geldiği; olayların en fazla devlet hastanelerinde (133 dosya, % 47,5) gerçekleştiği saptanmıştır. Dava dosyaları için bilirkişilik talebi çoğunlukla (238 dosya, % 84,1) Asliye Ceza Mahkemelerinden gelmektedir. Vakaların ilgili buldukları, o dönemin geçerli TCK maddelerine göre ayrıntılı bir dağılımı yapılmış, dosyaların 256'sında 331 tane hekimin suçlandığı, bunu 113 hemşirenin izlediği saptanmıştır.

YYSŞ'ye gönderilen dava dosyalarının 191'inde (% 68,2) sadece hekimler; 58'inde (% 15,4) de hekimler ile ebeler eş zamanlı olarak suçlanmışlardır. Dava konusu olan olayların 161'i (% 56,9) acil, 122'si ise (% 43,1) elektif başvurulardır. Gebelikler sırasında meydana gelen olaylar 211 (% 73,6) ile başvuru gerekçeleri arasındaki en ağırlıklı grubu oluşturmuştur.

Söz konusu dosyalarda operatif hatalar, yetersiz preoperatif değerlendirme, yetersiz muayene ve değerlendirme en sık görülen sağlık hizmeti eksiklikler olarak saptanmıştır. Dosyaların % 38'inde olayda KHD dışında Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Anesteziyoloji ve Genel Cerrahi alanlarından hekimlerin de müdahil olduğu anlaşılmaktadır. Mahkemelere yansımış bu dosyaların % 61,8'inde ölüm olduğu saptanmıştır. % 22'sinde sadece anne ölümü; % 57'sinde sadece düşük, perinatal ve neonatal ölüm ve % 11,4'ünde ise anne yanı sıra düşük, perinatal ve neonatal ölüm birlikte gerçekleşmiştir. 103 dosyada (% 63,4) kamu davası açıldığı anlaşılmaktadır.

Söz konusu YYSŞ kararlarıyla 534 kişi ve/veya kurum hakkında bilirkişi görüşü verildiği saptanarak, bu kararların ayrıntılı analizi sağlık çalışanı türüne göre gerçekleştirilmiştir.

Çalışma bağlamında KHD alanının tıpta uzmanlık alanları içerisinde yargıya ve disiplin soruşturmalarına en fazla konu olan alan olduğu, bebek ve anne kaybının ailede yarattığı durumun etkili olduğu; dosyaların bilirkişi kurumunun önüne gelinceye kadar oldukça uzun bir hukuki süreç geçirildiği, bunun hak arama motivasyonu önünde engel oluşturabildiği; alandaki hekimler ile öteki sağlık çalışanlarının acil durum bilgi ve yaklaşımının sürekli güncellenmesine; eğitimde ekip çalışması vurgusuna ihtiyaç bulunduğu anlaşılmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Deontoloji, Doğum, Kadın Hastalıkları, Tıbbi Kötü Uygulama, Yüksek Sağlık Şurası.

SUMMARY

Deontological Analysis of Higher Council of Health on Gynecology and Obstetrics Cases between the years of 2000 and 2005

The purpose of this dissertation study is to analyze the cases related to Obstetrics and Gynecology which were evaluated in Higher Council of Health between 2000 and 2005, from deontological point of view. Cases were analyzed after the official permission of Higher Council of Health numbered 11971, decided in the meeting 18-19.12.2008. Cases were studied through a study performed in the archives of the Higher Council at the Health Ministry General Directorate of Health Education, between the period 11.03.2010 and 20.07.2010. The result of this study revealed that, 283 cases (24,54%) were related to Obstetrics and Gynecology among total of 1153 cases; the average of 1131 days had taken place between the incident date and the date that the case was included in the meeting agenda of the Council; most cases originated from Marmara (56 cases-19,8%), İç Anadolu (53 cases-18,73%) and Ege (50 cases-17,67%) regions; and most of the cases had taken place in Public hospitals (133 cases-47,5%). Expertise demand often comes from Criminal Courts (238 cases- 84,1%). A detailed distribution of cases was performed according to the articles of penal code valid between 2000 and 2005. The analysis was revealed that the total of 331 physicians were accused in 256 of the cases and it was followed by the nurses (113 nurses).

In cases delivered to Higher Council of Health, 191 (68,2%) of them include only accused physicians and 58 (15,4%) of them include both accused physicians and midwives. The events of 161 (56,9%) cases were emergency and 122 of them (43,1%) were elective requests. Obstetrical requests were 211(73,6%) which was the dominant category in the events of all 283 cases.

The analysis resulted that, the most common deficiencies in healthcare were operative mistakes, inadequate evaluation before operation, inadequate examination and evaluation. In 38% of the cases, physicians of Pediatrics, Anesthesiology and General Surgery were involved besides Obstetrics and Gynecology physicians. Abortions and death occurred in 175 (61,8%) of the cases. 22% of deaths were maternal mortality, 57% were abortions, perinatal and neonatal deaths, 11,4% were included maternal mortality, abortions or perinatal, and neonatal death. 103 (63,4%) of the cases were determined as public cases.

It is examined that, expertise opinions were provided by the Council about 534 individuals and/or institutions. The distribution of these expertise decisions according to health personnel type was evaluated.

As a conclusion of the analysis, Obstetrics and Gynecology is determined to be the most common specialty in medicine in which juridical and disciplinary procedures were issued. This predominant position of Obstetrics and Gynecology speciality could be because of the effect of mother and baby loss over the families. Moreover, it is observed that a long juridical procedure is needed until the expertise demand for the case is delivered to the Council, which may create an obstacle for the motivation of seeking justice. Additionally, the need for updating the knowledge about emergency requests and approaches and emphasize for team work between Obstetric and Gynecology physicians and other health personnel has become evident.

Keywords: Deontology, Gynecology, Higher Council of Health, Malpractice, Obstetrics.

KAYNAKLAR

- ABACI, N. (2002). Osmanlı Dönemi Bilirkişilik Uygulamaları Üzerine Bir Araştırma. *U.Ü. Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*. **3(3)**: 75-84
- ADLİ TIP KURUMU KANUNU. Kanun Numarası: 2659, Kabul Tarihi: 14.04.1982, Resmi Gazete Sayı: 17670, Resmi Gazete Tarih: 20.04.1982. Erişim: [<http://www.hukuki.net/kanun/2659.15.text.asp>]. Erişim tarihi: 22.12.2010
- ADLİ TIP KURUMU KANUNUNDA DEĞİŞİKLİK YAPILMASI HAKKINDA KANUN. Kanun No: 4810, Kabul Tarihi: 19.02.2003, Resmi Gazete Sayısı: 25031, Resmi Gazete Tarihi: 25.02.2003. Erişim: [<http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/1216.html>]. Erişim tarihi: 22.12.2010
- ADLİ TIP KURUMU. (2010a). Adli Tıp Kurumu'nun Tarihçesi. Erişim: [<http://www.atk.gov.tr/tarihce.html>]. Erişim tarihi: 22.12.2010
- ADLİ TIP KURUMU. (2010b). Adli Tıp Kurumu İhtisas Dairelerinin Genel Yapısı ve Görevleri. Erişim: [http://www.atk.gov.tr/Kurumsal_AT_ ihtisasDaireleri.html]. Erişim Tarihi: 22.12.2010
- ADLİ TIP KURUMU. (2010c). Adli Tıp Kurumu Şube Müdürlükleri. Erişim: [http://www.atk.gov.tr/Kurumsal_AT_subemudurlugu.html]. Erişim Tarihi: 22.12.2010.
- ADLİ TIP KURUMU. (2010d). Adli Tıp Kurumu Grup Başkanlıkları. Erişim: [http://www.atk.gov.tr/Kurumsal_AT_grupbaskanligi.html]. Erişim Tarihi: 22.12.2010
- ADLİ TIP KURUMU. (2011). Adres bilgileri. Erişim: [<http://www.atk.gov.tr/iletisim.html>]. Erişim Tarihi: 05.01.2011
- AKINCI, S. (1962). Osmanlı İmparatorluğu Tıbbında Disseksiyon ve Otopsi. *İst. Tıp Fak. Mec.* 25: 97-115
- ALBAYRAK, A.S. (2005). Türkiye'de İllerin Sosyoekonomik Gelişmişlik Düzeylerinin Çok Değişkenli İstatistik Yöntemlerle İncelenmesi. *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi*. **1(1)**: 153-157
- ARDA, B. (1989). Galatasaray Tıbbiyesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. **42(4)**:671-680.
- ARDA, B. (1990). Hekimin Eğitim ve Kendini Yenileme Sorumluluğu. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. **43(2)**:521-526.
- ARDA, B. (1998). Etik Açısından Hekim Hakları. *Ankara Üniversitesi Tıp Fak Mec*, **51(3)**: 121-124.

- ARDA, B. (1999). Normatif Sistemler, Tıbbi Fiil ve Sorumluluk Kavramları. *Deontoloji*, Ed.: B. Arda, Y. Oğuz, S. Şahinoğlu Pelin. 2. Baskı. Ankara: Antıp A.Ş. Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar. s.: 145-149
- ARDA, B. (2009). Etiğe Kavramsal Giriş ve Temel Yaklaşımlar. *Bilim Etiği ve Bilim Tarihi*. 2. Baskı. Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. s.: 25-47
- ARDA, B., PELİN ŞAHİNOĞLU S. (1995). Tıbbi Etik Tanımı, İçeriği, Yöntemi ve Başlıca Konuları. *Ankara Üniversitesi Tıp Fak Mec*, **48**: 323-336.
- AYAKTA TEŞHİS VE TEDAVİ YAPILAN ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARI HAKKINDA YÖNETMELİK. Resmi Gazete Tarihi: 15.02.2008, Resmi Gazete Sayısı: 26788. Erişim: [<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-8161/ayakta-teshis-ve-tedavi-hizmeti-sunulan-ozel-saglik-kur-.html>]. Erişim Tarihi: 17.04.2011
- AYNACI, Y. (2008). Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması. Tıpta uzmanlık tezi. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı.
- AYOĞLU, H., ATASOY, H., AYOĞLU F.N. (2004). 1990-2001 Yılları Arasındaki Adli Dosyalardaki Anesteziyle İlişkili Tıbbi Uygulama Hataları. *Anestezi Dergisi*. **12(3)**: 213-218.
- BARBER, H.R. (1991). The Malpractice Crisis In Obstetrics and Gynecology: Is There a Solution? *Bulletin of The New York Academy of Medicine*. **67(2)**: 162-172.
- BEKSAÇ, M.S., ÇAKAR, M., ÖCAL, Ş.A., KATOĞLU, T. (2004b). Embriyo ve Fetus; Etik ve Yasal Boyut. *Doğum Hekimliği Maternal-Fetal Tıp'ta Etik ve Yasal Boyu*, Ed.: M.S. Beksaç, Ş. Akipek Öcal, T. Katoğlu, Z. Şenocak, M.A. Şuğle. Ankara: Medikal Network, s.: 119-157
- BEKSAÇ, S. ÇAKAR, M. ERDİNÇ, S.A., ŞENOCAK, Z. (2004a). Gebelik Takibinde “Prenatal Tarama” ve “Antenatal Bakım”; Etik ve Yasal Boyut. *Doğum Hekimliği Maternal-Fetal Tıp'ta Etik ve Yasal Boyu*, Ed.: M.S. Beksaç, Ş. Akipek Öcal, T. Katoğlu, Z. Şenocak, M.A. Şuğle. Ankara: Medikal Network, s.: 186-200
- BEKSAÇ, S. ÇAKAR, M., ÇAKAR, N. (2004c). Etik, Yasal ve Felsefik Boyut'u ile Doğum; Genel Bakış. *Doğum Hekimliği Maternal-Fetal Tıp'ta Etik ve Yasal Boyu*, Ed.: M.S. Beksaç, Ş. Akipek Öcal, T. Katoğlu, Z. Şenocak, M.A. Şuğle. Ankara: Medikal Network, s.: 260-264
- BİNGÖL, S. (2007). Tanzimat İnkılabı Işığında Osmanlı'da Adli Tababete Dair Notlar. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih – Coğrafya Fakültesi Tarih Bölümü Tarih Araştırmaları Dergisi*. 26(42): 1-29
- BORÇLAR KANUNU. Kanun Numarası: 818, Kanun Tarihi: 22.04.1926, Resmi Gazete Sayısı: 359, Resmi Gazete Tarihi: 29.04.1926. Erişim: [<http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/407.html>]. Erişim Tarihi: 19.12.2010

- BURCU, E., ŞENOCAK, Z. (2004). Gebe Kadın – Hekim İlişkisinin Sosyolojik ve Hukuki Boyutları. *Doğum Hekimliği Maternal-Fetal Tıp'ta Etik ve Yasal Boyu*, Ed.: M.S. Beksaç, Ş. Akipek Öcal, T. Katoğlu, Z. Şenocak, M.A. Şuğle. Ankara: Medikal Network, s.: 1-20
- BÜKEN, E., Büken N.Ö., (2002). Tıpta malpraktis ve etik yönleri. *Yaşama Dair Etikçe Bir Bakış*. Ed: B. Arda, N. Büken, Ö.Y. Duman, H. Öztürk, S.Ş. Pelin, M. Yetener, A. Yıldız. Ankara: Ankara Tabip Odası Yayınları. s.: 86-112.
- BÜKEN, N.Ö., BÜKEN, E. (2003). Tıbbi Malpraktis Konusunda Tartışmalar. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*. **11**: 140-147.
- CELBIŞ, O., AYDIN, N.E., SOYSAL, Z., MIZRAK, B. (2004). Türkiye’de Adli Otopsi Uygulamasındaki Güncel Hukuki Durum. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. **11(1)**: 53-56.
- CEVİZCI, A. (2002). Etiğe Giriş. İstanbul: Paradigma.
- CEZA MUHAKEMLERİ USULÜ KANUNU (MÜLGA). Kanun Numarası: 1412, Kabul Tarihi: 04.04.1929, Resmi Gazete Sayısı: 1172, Resmi Gazete Tarihi: 20.04.1929. Erişim: [<http://www.ceza-bb.adalet.gov.tr/mevzuat/1412.htm>]. Erişim Tarihi: 14.12.2011
- CEZA MUHAKEMESİ KANUNU. Kanun Numarası: 5271, Kabul Tarihi: 04.12.2004, Resmi Gazete Sayısı: 25673, Resmi Gazete Tarihi: 17.12.2004. Erişim: [<http://www.ceza-bb.adalet.gov.tr/mevzuat/5271.htm>]. Erişim Tarihi: 21.12.2010
- CIVANER, M. (2002). Bir Metropol Tabip Odasının Onur Kurulu Dosyaları. *T Klin Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi*. **10**:202-213.
- COUNCIL OF EUROPE. (2011). Convention for the protection of Human Rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine . Erişim: [<http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/QueVoulezVous.asp?NT=164&CL=ENG>]. Erişim Tarihi: 24.01.2011
- ÇAĞLAYANER, H. (2006). Hekim, Hastası, Meslektaşları: Sevk ve Konsültasyon. *Türk Aile Hek Derg* **10(1)**: 31-38
- ÇAKMUT, Ö.Y. (2007). Tıpta Aydınlatma ve Rıza. *Roche Sağlık Günleri Tebliğler*. İstanbul: Deniz Ofset Matbaacılık ve Ambalaj Sanayi. s.: 1-32.
- ÇOCUK KORUMA KANUNU. Kanun Numarası: 5395, Kabul Tarihi: 03.07.2005, Resmi Gazete Sayısı: 25876, Resmi Gazete Tarihi: 15.07.2005. Erişim: [<http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/1527.html>]. Erişim Tarihi: 08.06.2011
- DAYANÇ, M., ELÇİOĞLU, Ö., ÖZDEN, H. (2007). Tıbb-ı Adli Müessesesi Nedir ve Ne için Çalışır? İsimli Yazı Üzerine Düşünceler. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*. **15**: 119-124

- DOKTORLUK, HEMŞİRELİK, EBELİK, DIŞ HEKİMLİĞİ, VETERİNERLİK, ECZACILIK VE MİMARLIK EĞİTİM PROGRAMLARININ ASGARİ EĞİTİM KOŞULLARININ BELİRLENMESİNE DAİR YÖNETMELİK. Resmi Gazete Sayısı: 26775, Resmi Gazete Sayısı: 02.02.2008. Erişim: [<http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/27749.html>]. Erişim Tarihi: 19.12.2010
- ELMAS, İ., TÜZÜN, B., AŞÇIOĞLU, F., İNCE, H. (1998). Acil Tedavi Basamağındaki Yetersizlikler ve Hekim Hataları: 5 Olgu Sunumu. *İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası*, **61(2)**: 232-236.
- ERDEMİR, D.A., ELÇİOĞLU, Ş.Ö. (2000). Tıp Etiği İlkeleri Işığında Hasta ve Hekim Hakları. Ankara: Ortadoğu Reklam Tanıtım ve Yayıncılık A.Ş. Türkiye Klinikleri.
- ERGİN, K.E. (1942). Kanunlarımız. Cilt 2. İstanbul: Cumhuriyet Matbaası. s.:605.
- ERSOY, N. (1991). Cerrahi Tedavide Hastanın Aydınlatılması ve Aydınlatılmış Onam (Rıza)'ının Alınması ile İlgili Etik Sorunlar. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji Anabilim Dalı.
- GÖK, Ş., ÖZEN, C. (1982). Adli Tıbbın Tarihçesi ve Teşkilatlanması. İstanbul: T.C. Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu.
- GÖKSEL, F. A. (1994). Etik'den Deontoloji'ye (Bağlayıcı Kuralların Oluşumu). *T Klin Tıbbi Etik*. **2**: 1-2.
- GÖKSEL, F.A. (1993). Tıp Dünyamızda Yeni Bir Gereksinim: Mesleki Değerler Forumu. *T Klin Tıbbi Etik*. **1**: 1-4.
- GÖRKEY, Ş. (2002). Hasta Hakları. *Medikal Etik Tıp Organizasyonunda Etik ve Hukuk (Mediko – Legal)*, Ed.: H. Hatemi, H. Doğan. İstanbul: Yüce Reklam Yayım Dağıtım A.Ş. s.: 100-127
- GÖZLER, K. (1998). Hukuka Giriş. 1. Baskı. Bursa: Ekin Kitabevi Yayınları.
- GRUMBACH, K., VRANİZAN, K., RENNIE, D., LUFT, H.S. (1997). Charges for Obstetric Liability Insurance and Discontinuation of Obstetric Practice in New York. *Journal of Family Practice*. **44(1)**: 61-70
- GÜLDİKEN, F.Ö. (2005). Medeni Usul Hukukunda Tıbbi Bilirkişilik. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Özel Hukuk (Medeni Usul ve İcra-İflas Hukuku) Anabilim Dalı.
- GÜNDOĞMUŞ, Ü.N., ERSOY, N., BIÇER, Ü. (1998). Yüksek Sağlık Şurası Kararlarının Etik Açısından Değerlendirilmesi. *III. Tıbbi Etik Sempozyumu Bildirileri*. Ed: ŞAHİNOĞLU PELİN, S., ARDA, B., ÖZÇELİKAY, G., ÖZGÜR, A., ŞENLER, F.Ç. Yüksek Öğretim Kurulu Matbaası. Ankara. s.: 351-365.

- GÜNDOĞMUŞ, Ü.N., ÖZKARA, E., METE, S. (2004). Nursing and Midwifery Malpractice in Turkey Based on The Higher Health Council Records. **11(5)**: 489-499.
- GÜNDOĞMUŞ, Ü.N. KURTAŞ, Ö., BOZ, H., BİÇER, Ü., ÇOLAK, B. (2002). Kusur ve Kusur Oranlarının Belirlenmesinde Birlikçilerin Fonksiyonu. *Adli Bilimler Dergisi*. **1(1)**:63-67
- GÜNDOĞMUŞ, Ü.N., ERDOĞAN, M.S., ŞEHİRALTI, M., KURTAŞ, Ö. (2005). A Descriptive Study of Medical Malpractice Cases in Turkey. *Ann Saudi Med*. **25(5)**: 404-408.
- GÜNDOĞMUŞ, Ü.N., BİLGE, Y., KENDİ, Ö., HANCI, İ.H. (1997). Hekimlerin Yasal Sorumluluğunun Yüksek Sağlık Şurası Açısından İrdelenmesi. *Adli Tıp Bülteni*. **2(3)**: 127-130.
- GÜRİZ, A. (2003). Hukuk Felsefesi. 6. Baskı. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- GÜVERCİN, H.C. (2007). Türkiye'deki Gelişimi Açısından Hasta Hakları Kavramı. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji Anabilim Dalı.
- HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ NÜFUS ETÜTLERİ ENSTİTÜSÜ. (2004). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 Özet Rapor. Erişim: [<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/data/ozetrapor.pdf>]. Erişim Tarihi: 10.06.2011
- HAKERİ, H. (2008). Ceza Hukuku Genel Hükümler. Ankara: Seçkin Yayıncılık San. ve Tic. A.Ş.
- HAKERİ, H. (2010). Tıp Hukuku. 3. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık San. Ve Tic. A.Ş.
- HANCI, İ.H., ÖZDEMİR, H. (2000). Hekim Hataları ve Yüksek Sağlık Şurası. *Adli Tıp Bülteni*. **5(3)**: 280-283
- HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ. Resmi Gazete Sayısı: 23420, Resmi Gazete Tarihi: 01.08.1998. Erişim: [<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-555/hasta-haklari-yonetmeli.html>]. Erişim Tarihi: 19.12.2010
- HASTA VE HASTA YAKINI HAKLARI DERNEĞİ. (2011a). Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi. Erişim: [<http://www.hayad.org.tr/content/view/136/27/>]. Erişim Tarihi: 14.01.2011
- HASTA VE HASTA YAKINI HAKLARI DERNEĞİ. (2011b). WMA Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi'nin Gözden Geçirilmiş Şekli. Erişim: [<http://www.hayad.org.tr/content/view/137/27/>]. Erişim Tarihi: 14.01.2011
- HASTA VE HASTA YAKINI HAKLARI DERNEĞİ. (2011c). Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi. Erişim: [<http://www.hayad.org.tr/content/view/141/27/>]. Erişim Tarihi: 14.01.2011

- HEMŞİRELİK KANUNU. Kanun Numarası: 6283, Kabul Tarihi: 25.02.1954, Resmi Gazete Sayısı: 8647, Resmi Gazete Tarihi: 02.03.1954. Erişim: [http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-451/tarihi25021954--sayisi6283--rg-tarihi02031954--rg-sayis-.html]. Erişim Tarihi: 19.12.2010
- IŞIK, S. (2009). Şura'da Dosyalar Nasıl Değerlendiriliyor? *Sağlık Hukuku Kurultayı 1-3 Kasım 2007 Ankara*. Cilt 1. 2. Baskı. Ankara: Ankara Barosu Yayınları. s.: 359-371
- İLK YARDIM YÖNETMELİĞİ. Resmi Gazete Sayısı: 24762, Resmi Gazete Tarihi: 22.05.2002. Erişim: [http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-552/ilkyardim-yonetmeligi.html]. Erişim Tarihi: 17.04.2011
- KAMU MALİ YÖNETİMİ VE KONTROL KANUNU İLE BAZI KANUN VE KANUN HÜKMÜNDE KARARNAMELERDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASI HAKKINDA KANUN. Kanun Numarası: 5436, Kabul Tarihi: 22.12.2005, Resmi Gazete Sayısı: 26033, Resmi Gazete Tarihi: 24.12.2005. Erişim: [http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=1.5.5436&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=]. Erişim Tarihi: 26.12.2010
- KATOĞLU, T. (2004). Hekimin Cezai Sorumluluğu. *Doğum Hekimliği Maternal-Fetal Tıp'ta Etik ve Yasal Boyut*, Ed.: M.S. Beksaç, Ş. Akipek Öcal, T. Katoğlu, Z. Şenocak, M.A. Şuğle. Ankara: Medikal Network, s.: 61-83.
- KATOĞLU, T. (2006). Türk Hukukunun Bir Parçası Olarak Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi. *AÜHFD*. **55(1)**: 157-193.
- KESKİN, A. (2009). Şura'nın Hukuki Konumu ve Hukuktaki Yeri. *Sağlık Hukuku Kurultayı 1-3 Kasım 2007 Ankara*. Cilt 1. 2. Baskı. Ankara: Ankara Barosu Yayınları. s.: 349-355.
- KEYMAN, S. (1978). Hekimin Cezai Sorumluluğu. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*. **35(1)**: 57-89.
- KOÇ, İ., SCHUMACHER, R., CAMPBELL, O., TÜRKYILMAZ A.S., ERGÖÇMEN, B., YÜKSEL, İ. (2006). Üreme Sağlığı Programı Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005 Ana Rapor. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık.
- KOÇ, S., BIÇER, Ü. (2009) Adli Tıbbın Tarihsel Gelişimi, Türkiye'deki Yapılanması ve Sorunları. *Klinik Gelişim*. **22**: 1-5.
- KÖK, A.N., ÇANKAYA, H. (2003). Estetik Amaçlı Tıbbi Müdahalelerde Tıbbi, Etik ve Hukuki Sorunlar. *T Klin J Med Ethics, Law and History*. **11**: 199-203.
- KÖK, A.N. (2009). Tıbbi Kötü Uygulama ve Yüksek Sağlık Şurası. *Sağlık Hukuku Kurultayı 1-3 Kasım 2007 Ankara*. Cilt 1. 2. Baskı. Ankara: Ankara Barosu Yayınları. s.: 385-399.

- OĞUZ, N.Y. (1999a). Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün Eleştirel Çözümlemesi. *Deontoloji*, Ed.: B. Arda, Y. Oğuz, S. Şahinoğlu Pelin. 2. Baskı. Ankara: Antıp A.Ş. Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar. s.: 11-17.
- OĞUZ, N.Y., TEPE, H., BÜKEN, N.Ö., KUCUR, D.K. (2005). Biyoetik Terimleri Sözlüğü. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu.
- OĞUZ, Y. (1999b). Tıp Metodolojisi (Tıp Etkinliği ve Öteki İnsan Etkinlikleri Arasındaki Yeri). *Deontoloji*, Ed.: B. Arda, Y. Oğuz, S. Şahinoğlu Pelin. 2. Baskı. Ankara: Antıp A.Ş. Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar. s.: 17-27.
- ÖZENBAŞ, N. (2004). Görevi İhmal ve Görevi Kötüye Kullanma Cürümleri. Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Hukuku Anabilim Dalı.
- ÖZGÖNÜL, M.L. (2010). Türkiye'de Tıp Etiği ve Hukuk Açısından Tıbbi Hata Kavramı. Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı.
- ÖZKARA, E., NADERİ, S., GÜNDOĞMUŞ, Ü.N., ARDA, N. (2004). Yüksek Sağlık Şurası'nda 1994-1998 Yılları Arasında İncelenen Spinal Cerrahi Malpraktis Olgularının Değerlendirilmesi. *Türk Nöroşirürji Dergisi*. **14(3)**: 151-157.
- ÖZTÜREL, A. (1961). Memleketimizde ve Dünyada Adli Tıp. *AÜHFD*.**18(1-4)**:161-184.
- ÖZTÜREL, A. (1979). Adli Tıp Müessesesi Kanunu Değiştirilmesi ve Yeni Kanun Tasarısının Eleştirisi. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*. s.: 305-317.
- PAKIŞ, I. YAYCI, N., KARAPIRLİ, M., POLAT, O. (2008). Ölümle Sonuçlanan Tıbbi Uygulama Hatalarına Yaklaşımında Adli Otopsinin Rolü. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. **28**:30-39.
- PAKIŞ, I., YAYCI, N., KARAPIRLİ, M. (2007). Tıbbi Uygulama Hatası Olgularında Otopsi Denetim Formu Uygulaması. *Türkiye Klinikleri J Foren Med*. **4**:113-120.
- PEKTAŞ, A. (2006). Türk Ceza Hukukunda İrtikap Suçu. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Hukuku Anabilim Dalı.
- PELİN Ş.S.(1999). Etik, Tıbbi Etik, Biyoetik Yöntembilgisel Yaklaşım Işığında. *Deontoloji*, Ed.: B. Arda, Y. Oğuz, S. Şahinoğlu Pelin. 2. Baskı. Ankara: Antıp A.Ş. Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar. s.: 83-91.
- RAHİM TAHLİYESİ VE STERİLİZASYON HİZMETLERİNİN YÜRÜTÜLMESİ VE DENETLENMESİNE İLİŞKİN TÜZÜK. Karar Sayısı: 83/7395, Resmi Gazete Sayısı: 18255, Resmi Gazete Tarih: 18.12.1983. Erişim: [http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=55:rah-tahlesve-sterasyon-hmetler-ymesve-denetlenmese-k-t&catid=4:t&Itemid=31]. Erişim Tarihi: 23.04.2011

- SAĞLIK BAKANLIĞININ TEŞKİLAT VE GÖREVLERİ HAKKINDA KANUN HÜKMÜNDE KARARNAME. Kanun Hükümünde Kararname Sayı: 181, Kanun Hükümünde Kararname Tarihi: 13.12.1983. Erişim: [<http://kurullar.saglik.gov.tr/kurullar/yss/mevzuat/181.html>]. Erişim tarihi: 06.12.2010
- SAVAŞ, H. (2006). Ülkemizde Sağlık çalışanlarının ve Sağlık Kurumlarının Tıbbi Müdahaleden Doğan Cezai Sorumluluğu. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı.
- SAVAŞ, H. (2009). Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları Tıbbi Malpraktis Tıbbi Davaların Seyri ve Sonuçları. Ankara: Seçkin Yayıncılık San. ve Tic. A.Ş.
- SAYEK, F. (1998). Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi.
- SEVİNDİK, E.A. (2006). Hekimlerin Mesleki Hatalarından Kaynaklı Hukuksal ve Cezai Sorumlulukları. Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Adli Tıp Anabilim Dalı.
- ŞEHSUVAROĞLU, B.N. (1975). Tıbbi Deontoloji Dersleri. İstanbul: Hüsniyat Matbaası
- ŞENOCAK, Z. (1998). Özel Hukukta Hekimin Sorumluluğu. Ankara: Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayınları.
- ŞENOCAK, Z. (2001). Küçüğün Tıbbi Müdahaleye Rızası. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*. **50(4)**: 65-80.
- ŞENOCAK, Z. (2004). Mevzuat. *Doğum Hekimliği Maternal-Fetal Tıp'ta Etik ve Yasal Boyu*, Ed.: M.S. Beksaç, Ş. Akipek Öcal, T. Katoğlu, Z. Şenocak, M.A. Şuğle. Ankara: Medikal Network, s.: 38-48.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANA ÇOCUK SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ. (2007). Türkiye Üreme Sağlığı Programı Acil Obstetrik Bakım Yönetici Kolaylaştırıcı Uyum Eğitimi Katılımcı Rehberi. Ankara: Buluş Tasarım ve Matbaacılık Hizmetleri.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ. (2001). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yılı 2000. Erişim: [<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-65402/h/temel2000.zip>]. Erişim Tarihi: 05.05.2011
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ. (2005). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yılı 2004. Erişim: [<http://www.saglik.gov.tr/istatistikler/temel2004/tablo-77.htm>]. Erişim Tarihi: 12.06.2011

- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ. (2006). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yılığ 2005. Ankara: Kuban Matbaacılık Yayıncılık.
- TABABET VE ŞUABATI SAN'ATLARININ TARZI İCRASINA DAİR KANUN. Kanun Sayısı: 1219, Resmi Gazete Sayı: 863, Resmi Gazete Tarih: 14.04.1928. Erişim:[http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=20&Itemid=28]. Erişim Tarihi: 17.04.2011
- TABABETİ ADLİYE KANUNU. (1920). Kanun Numarası: 38, Kabul Tarihi: 11.10.1920, Resmi Gazete Sayı: 6, Resmi Gazete Tarih: 12.03.1921. Erişim: [<http://www.hukuki.net/kanun/38.13.frameset.asp>]. Erişim Tarihi: 18.04.2011
- TEKE, Y.H., ALKAN, ALKURT, H., BAŞBULUT, A.Z., CANTÜRK, G. (2007). Tıbbi Uygulama Hataları ile İlgili Kanuni Düzenlemelere Hekimlerin Bakışı ve Bilgilenme Düzeyi: Anket Çalışması. *Turkiye Klinikleri J Foren Med* **4**: 61-67.
- TIBBİ DEONTOLOJİ NİZAMNAMESİ. Bakanlar Kurulu No: 4/12578, Bakanlar Kurulu Karar Tarihi: 13.01.1960. Erişim: [<http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/5044.html>]. Erişim Tarihi: 06.02.2011
- TIPTA VE DIŞ HEKİMLİĞİNDE UZMANLIK EĞİTİMİ YÖNETMELİĞİ. Karar Sayısı: 2009/15153, Resmi Gazete Sayısı: 27292, Resmi Gazete Tarih:18.07.2009. Erişim: [<http://www.saglik.gov.tr/SEGM/belge/1-8868/tipta-ve-dis-hekimliginde-uzmanlik-egitimi-yonetmeli-.html>]. Erişim Tarihi: 17.04.2011
- TOROSLU, N. (2010a). Ceza Hukuku Genel Kısım. 15. Baskı. Ankara: Savaş Yayınları.
- TOROSLU, N. (2010b). Ceza Hukuku Özel Kısım. 5. Baskı. Ankara: Savaş Yayınları.
- TTB-UDEK ETİK ÇALIŞMA GRUBU. (2008). Aydınlatılmış Onam Klavuzu. Erişim: [<http://www.google.com.tr/url?sa=t&source=web&cd=4&ved=0CC4QFjAD&url=http%3A%2F%2Fwww.anatomidernegei.org%2Fbelge%2Faonamk2008.doc&ei=bwrwTYqkN4uYhQfExvUw&usq=AFQjCNEqIPvULix9I5bXFM9fcTG2L70IDg>]. Erişim Tarihi: 08.06.2011
- TUĞLACI, P. (1995). İngilizce – Türkçe Tıp Sözlüğü. 7. Baskı. İstanbul: ABC Kitabevi Yayın ve Dağıtım.
- TÜMER, A.R. (2002). 1995 - 2000 Yılları Arasında Yüksek Sağlık Şurası Tarafından Değerlendirilen Cerrahi Vakalarının Komplikasyon ve Malpraktis Yönünden Araştırılması. Uzmanlık Tezi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı.
- TÜMER, A.R. (2003). 1995 - 2000 Yılları Arasında Yüksek Sağlık Şurasına Gelen Ortopedi Vakalarının Değerlendirilmesi. *Artroplastik Artroskopik Cerrahi*. **14(3)**: 182-187.

- TÜRK CEZA KANUNU (MÜLGA). Kanun Numarası: 765, Kabul Tarihi: 01.03.1926, Resmi Gazete Sayısı: 320, Resmi Gazete Tarihi: 13.03.1926. Erişim: [<http://www.ceza-bb.adalet.gov.tr/mevzuat/765.htm>]. Erişim Tarihi: 18.12.2010
- TÜRK CEZA KANUNU. Kanun Numarası: 5237, Kabul Tarihi: 26.09.2004, Resmi Gazete Sayısı: 25611, Resmi Gazete Tarihi: 12.10.2004. Erişim: [<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.5.5237&sourceXmlSearch=&MevzuatIliski=0>]. Erişim Tarihi: 18.12.2010
- TÜRK DİL KURUMU. (2011). Büyük Türkçe Sözlük. Erişim: [<http://tdkterim.gov.tr/bts/>]. Erişim Tarihi: 14.03.2011
- TÜRK DİL KURUMU.(2010). Hukuk. Erişim: [<http://tdkterim.gov.tr/bts/>]. Erişim Tarihi: 10.12.2010
- TÜRK MEDENİ KANUNU. Kanun Numarası: 4721, Kabul Tarihi: 22.11.2001. Erişim: [<http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/medeni/medeni.html>]. Erişim Tarihi: 19.12.2010
- TÜRK SANAYİCİLERİ VE İŞADAMLARI DERNEĞİ. (2008). Türkiye’de Bölgesel Farklar ve Politikalar. İstanbul: TÜSİAD.
- TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ ETİK KURULU. (2010). Türk Tabipleri Birliği Hekim Hakları Bildirgesi. *Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri*. 1. Baskı. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları. s.: 17-20.
- TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ YAYINLARI (2010). Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri . 1. Baskı. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları.
- TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ. (2009) Türk Tabipler Birliği (TTB) Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. **37(Suppl 4)**: 46-50.
- TÜRKAN, H., TUĞCU, H. (2004). 2000-2004 Yılları Arasında Yüksek Sağlık Şurasında Değerlendirilen Acil Servislerle İlgili Tıbbi Uygulama Hataları. *Gülhane Tıp Dergisi*. **46(3)**: 226-231.
- TÜRKİYE CUMHURİYETİ ANAYASASI. Kanun Sayısı: 2709, Kabul Tarihi: 07.11.1982. Erişim: [http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2010.pdf]. Erişim Tarihi: 17.04.2011
- ULMAN, Y.I. (2010). Etik, Biyoetik, Hukuk: Temel Kavramlar ve Yaklaşımlar. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. **1(1)**: 3.
- UMUMİ HIFZISSIHA KANUNU. Kanun Numarası: 1593, Kabul Tarihi: 24.04.1930, Resmi Gazete Sayısı: 1489, Resmi Gazete Tarih: 06.05.1930. Erişim: [<http://www.saglik.gov.tr/TR/MevzuatGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAAAF6AA849816B2EF1F4F78A76FC513C4>]. Erişim Tarihi: 19.09.2008

- WORLD MEDICAL ASSOCIATION. (2011). World Medical Association Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient. Erişim: [<http://Dl.Med.Or.Jp/Dl-Med/Wma/Lisbon2005e.Pdf>]. Erişim Tarihi: 24.01.2011
- YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ. Bakanlar Kurulu Karar Sayısı: 8/5319, Bakanlar Kurulu Karar Tarihi: 10.09.1982, Resmi Gazete Sayısı: 17927, Resmi Gazete Tarihi: 13.01.1983. Erişim: [<http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/20055.html>]. Erişim Tarihi: 19.12.2010
- YAYCI, N., ÜZÜN, İ., BAŞER, L., İNANICI M.A. (2004) Genel Cerrahide Tıbbi Uygulama Hataları: 1996-2000 Yılları Arasında Adli Tıp Kurumu'na Yansıyan Olgular. *T Klin Adli Tıp* **1**: 12-17.
- YILDIRIM, A., AKSU, M., ÇETİN, İ., ŞAHAN, A.G. (2009). Tokat İli Merkezinde Çalışan Hekimlerin Tıbbi Uygulama Hataları ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Cumhuriyet Tıp Derg* **31**: 356-366.
- YILDIRIM, G., KADIOĞLU S. (2007). Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramları. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*. **29(2)**: 7-12.
- YILMAZ B. (2009). Bilirkişi Raporlarının Hekim Tazminat Sorumluluğuna ve Yargılamaya Etkisi. . *Sağlık Hukuku Kurultayı 1-3 Kasım 2007 Ankara*. Cilt 1. 2. Baskı. Ankara: Ankara Barosu Yayınları. s.:399-411.
- YOL, S. (2009). Şura'dan Ne Bekleniyor? Dosyalar Nasıl Hazırlanıyor. *Sağlık Hukuku Kurultayı 1-3 Kasım 2007 Ankara*. Cilt 1. 2. Baskı. Ankara: Ankara Barosu Yayınları. s.: 355-359
- YORULMAZ, C., KIR, Z., KETENCİ, H.Ç. (2006). Tıbbi Uygulama Hataları ve Bilirkişilik. *Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi*, Ed.: Ç. Gürsel, C. Yorulmaz. 2. Baskı. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Komisyonu. s.: 55-70.
- YÜKSEK SAĞLIK ŞURASI ÇALIŞMA YÖNERGESİ. Resmi Gazete Sayısı: 6831, Resmi Gazete Tarihi: 19.12.2000. Erişim: [http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/mev/mev_yonr/yukse_saglik_surasi.pdf]. Erişim Tarihi: 17.04.2011
- YÜKSEK SAĞLIK ŞURASI. (2010). İletişim. Erişim: [<http://kurullar.saglik.gov.tr/kurullar/yss/contact/contact.htm>]. Erişim Tarihi: 22.11.2010
- ZÜLFİKAR, F., ULUSOY, M.F. (2001). Are Patients Aware of Their Rights? A Turkish Study. *Nursing Ethics*. **8(6)**:487-498

EKLER

Ek 1

Mahkemeden Yüksek Sağlık Şurasına Dosya Gönderiliş Tarihi			
Mahkemede Dava Açılış Tarihi			
Yüksek Sağlık Şurası Toplanma Tarihi –Toplantı Sayısı- Karar No			
Şikayete Konu Olan Suçun Tarihi			
Davanın Görüldüğü Mahkeme			
Dava Esas No:		Hakim No	
		Savcı	
VAKANIN GEÇTİĞİ (vakanın görüldüğü mahkemenin bulunduğu yerleşim yer)			
İl			
MAĞDURUN			
Cinsiyeti	Erkek:	Kadın:	
Yaşı			

DOSYA DEĞERLENDİRME ÇİZELGESİ

Yüksek Sağlık Şurasında Değerlendirilen Vaka ile İlişkili Sağlık Personeli/Personelleri		
1	Hekimler	
2	Diş Hekimleri	
3	Ebeler	
4	Hemşireler	
5	Sağlık Memurları	
6	Diş Teknisyenleri	
7	Anestezi Teknikerleri	
8	Diğer	

Suçlanan	1.Suçlanan	2.Suçlanan	3.Suçlanan	4.Suçlanan	5.Suçlanan
Kurum					
Kişi					
Adı Soyadı					
Cinsiyeti					
Vakanın Yaşandığı Tarihteki Yaşı					
Hek. Mezun Olduğu Tıp Fakültesi					

Hek. Tıp Doktoru Olarak Mezuniyet Yılı					
Hek. Unvanlarını Alma Tarihi					
Hek. Vakanın Yaşandığı Tarihteki Mesleki Tecrübesi (yıl)					

Yüksek Sağlık Şurası Tarafından Değerlendirilen Vakanın Ait Olduğu Sağlık Kurumu Türü

1	Devlet Hastahanesi	
2	SSK Hastanesi	
3	Tıp Fakültesi	
4	Sağlık Ocağı	
5	Özel Muayenehane	
6	Askeri Hastane/Revir	
7	Özel Hastane	
8	Özel Poliklinik	
9	Ev	
10	Diğer	

Yüksek Sağlık Şurasına Gelen Vakanın ilişkili Görüldüğü Kanun Maddesi

Müzekkeredeki İfade:

Vaka ile İlgili Personel Hekim ise Unvanı	Birinci Hekim	İkinci Hekim	Üçüncü Hekim
1	Profesör Doktor		
2	Doçent Doktor		
3	Yardımcı Doçent Doktor		
4	Uzman Doktor		
5	Asistan Doktor		
6	Pratisyen Doktor		

Vakanın Başvuru Şekli

1	Acil Başvuru	
2	Elektif Başvuru	

Yüksek Sağlık Şurasında Değerlendirilen Vaka ile Bağlantılı Uzmanlık Alanları		
1	Genel Cerrahi	
2	Ortopedi ve Travmatoloji	
3	Göğüs Cerrahisi	
4	Göz Hastalıkları	
5	Beyin Cerrahisi (Beyin ve Sinir Cerrahisi)	
6	Kulak Burun Boğaz	
7	Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	
8	Üroloji	
9	Çocuk Cerrahisi	
10	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	
11	İç Hastalıkları	
12	Psikiyatri (Ruh Sağlığı ve Hastalıkları)	
13	Nöroloji	
14	Enfeksiyon Hastalıkları(ve Klinik Mikrobiyoloji)	
15	Göğüs Hastalıkları	
16	Dermatoloji (Deri ve Zührevi Hastalıklar)	
17	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (Fiziksel Tıp ve Rahabilitasyon)	
18	Radyoloji	
19	Radyasyon Onkolojisi	
20	Kardiyoloji	
21	Nükleer Tıp	
22	Tıbbi Genetik	
23	Nükleer Tıp	
24	Patoloji	
25	Adli Tıp	
26	Anesteziyoloji	
27	Kalp ve Damar Cerrahisi	

Kadın Hastalıkları Ve Doğum İle İlgili Vakalarda Sağlık Kurumu/Personeline Başvuru Nedeni		
1	Miadında Gebelik	
2	10 Hft. Büyük Gebelikler	
3	10 Hft. Küçük Gebelikler	
4	Genital Bölge Kanseri	
5	Diğer Jinekolojik Rahatsızlıklar	
6	Kızlık zarı değerlendirmesi	

Vakaya Uygulanmış Olan Klinik Yaklaşım		
1	Muayene ve değerlendirme	
2	Gebelik İzlemi ve Antenatal Bakım	
3	Jinekolojik Cerrahi Tedavi	
4	Medikal Tedavi	
5	Normal Doğum	
6	Müdahaleli Doğum - Vakuum	
7	Müdahaleli Doğum - Forceps	
8	Sezaryen	
9	Küretaj	
10	Tarama Testleri	
11	Ultrasonografik Değerlendirme	
12	Smir Taraması	
13	Kızlık Zarı Değerlendirmesi	
14	Sevk	

Yüksek Sağlık Şurasında Ele Alınan Dosyada Yer Alan Sağlık Personelinin Eksikliği Olduğu İddia Edilen Noktalar		
1	Yetersiz Muayene ve Değerlendirme.	
2	Yetersiz Preoperatif Değerlendirme	
3	Yetersiz Operatif Değerlendirme	
4	Yetersiz Operatif ve Postoperatif Değerlendirme	
5	Tanı Hatası	
6	Operatif Hatalar	
7	Yetersiz Medikal Tedavi	
8	Gereksiz Hasta Sevk Etme	
9	Hastayı Bilgilendirmeme	
10	Hasta Onamını Almama	
11	Yeni bir Tedavi Yöntemi Uygulama	
12	Sır Saklama Sorumluluğunu Yerine Getirmeme	
13	İcapçı iken bilgilendirilmesine rağmen göreve gelmeme	
14	Rüşvet, İrtikap ve Görevi Kötüye Kullanma	
15	Adli Görev Hataları	
16	Anestezi Hataları	
17	Yardımcı sağlık personeline gerçekleştirilen uygulamalar	
18	Yetkisi bulunmayan uygulamaların gerçekleştirilmesi	

Yüksek Sağlık Şurası Tarafından Değerlendirilen Vakaya İlişkin Otopsi Yapılıp Yapılmadığı		
1	Otopsi Yapılmıştır	
2	Otopsi Yapılmamıştır	
3	Bu konuda bilgi yoktur	

Yüksek Sağlık Şurası Tarafından Değerlendirilen Dosya Konusunda Kimin Şikayetçi Olduğu		
1	Mağdurun Kendisi	
2	Mağdurun Yakını	
3	Kamu	
4	Bu konuda bilgi yoktur	

Yüksek Sağlık Şurasında ele Alınan Dosya Hakkında Ayrıca Disiplin Soruşturması Yapılıp Yapılmadığı				
1	Disiplin Soruşturması Yapılmıştır			
	Kurum		Sonuç	
	Kurum		Sonuç	
2	Disiplin Soruşturması Yapılmamıştır			
3	Bu konuda bilgi yoktur			

Yüksek Sağlık Şurasında Ele Alınan Vaka İle İlgili Kararlar			1.sç	2.sç	3.sç	4.sç	5.sç.
1	Mahkeme Kararı	Kusurlu					
		Kusursuz					
2	Yüksek Sağlık Şurası	Kusurlu					
		Kusursuz					
	Muhalefet şerhleri						
3	Adli Tıp İhtisas Kurulu	Kusurlu					
		Kusursuz					
4	Adli Tıp Genel Kurulu	Kusurlu					
		Kusursuz					
5	Bilirkişi ya da Bilirkişilik Yapan Kurum:	Kusurlu					
		Kusursuz					

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı: Önder

Soyadı:İlgili

Doğum yeri ve tarihi: Ankara – 1977

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni Durumu: Evli

Askerlik Durumu: Tecilli

İletişim adresi ve telefonu: Çayyolu 8. cadde 2679. Sokak no: 21, Irmakkent

ANKARA

0312 235 47 28 (ev)

0532 548 13 22 (cep)

II- Eğitimi

Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Etiği ve Tıp Tarihi Doktora Programı

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi - 2003

Ankara Gazi Anadolu Lisesi - 1995

Yabancı dili: İngilizce

IV- Mesleki Deneyimi

Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi
2005 - 2011

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

International Association for Education in Ethics

Türkiye Biyoetik Derneği

Türk Geriatri Derneği

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Yayımları:

1. Ulusal dergilerde yayımlanmış makaleler

- ACIDUMAN, A., İLGİLİ, Ö. (2010). İbni Sînâ'nın El-Kânûn Fî't-Tıbb Adlı Eserinde "Geriatrı" ile İlgili Bölümler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. **63(2)**: 41-47
- ACIDUMAN, A., ARITÜRK, I., İLGİLİ, Ö. (2010). Efesli Rufus'un Nöroanatomi Çalışmaları. *Türk Nöroşirürji Dergisi*. **20(2)**: 64-69
- ACIDUMAN, A., İLGİLİ, Ö. (2009). Hekim Hayreddin'in "Hulâsatü't-Tıbb" Adlı Eserinde "Tıbbi Deontoloji" ve "Nöroanatomi" ile İlgili Bölümler. *Sinir Sistemi Cerrahisi Dergisi*. **2(1)**: 41-51.
- İLGİLİ, Ö., DEMİRTAŞ, Y., DEMİR, A., ARDA, B., KARACALAR, A. (2006). Etik Açından Nasıl Karar Verelim? Demanslı Bir Malign Melanom Vakası. *Türk Geriatri Dergisi*. **9(4)**: 222-225

2. Ulusal sempozyum / kongre / konferans / kurultay bildirileri

- YILMAZ, T.D., GÜRLEYİK, E., KORKMAZ, Ş., İLGİLİ, Ö., ÇALIŞKAN, D. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde Görev Yapmakta Olan Araştırma Görevlilerinin Sigarayı Bırakamama Nedenleri: Sigarayı Neden Bırakamıyoruz? Sigara ve Sağlık Sempozyumu, 2 Nisan 2009, Ankara.

3. Uluslararası sempozyum / kongre / konferans / kurultay bildirileri

- İLGİLİ, Ö. Ölmeye Hazırlanma ve Ölümüne Hazırlama İki Süreçte Çatışan Öncelikler. 2. Uluslararası Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Kongresi, 21. Yüzyıl Başında Yaşama Destek Tedavileri Etik ve Hukuksal Yönler, 4-7 Kasım 2009, Bursa.
- GÖÇMEN, Z., BİLGİCİ, S.Ş., ÇOBAN, M., AYDINTUĞ, Y.S., KAHVECİ, M., İZGİ, M.C., İLGİLİ, Ö., OGUZ, N.Y. Tıp Fakültesi, Dış Hekimliği Fakültesi, Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin uygulama Alanlarındaki Hasta Haklarına İlişkin Tutumları. Uluslararası Birleşik Biyoetik Kongresi, Kültürler Arası Biyoetik: Asya ve Batı, 14-18 Kasım 2005, Şanlıurfa.

4. Çeviriler

- UNESCO TÜRKİYE MİLLİ KOMİSYONU. (2008). Biyoetik Kurulların Oluşturulması. Ortak çeviri.
- UNESCO TÜRKİYE MİLLİ KOMİSYONU. (2008). Biyoetik kurullar İş Başında: Çalışma Biçimleri ve Politikalar. Ortak çeviri.

5. Kitap ve kitap bölümü

- İLGİLİ, Ö., ACIDUMAN, A. (2011). Investigation of Related to Islam and Bioethics in the Example of American Journal of Bioethics and Journal of Medical Ethics from 2001 to Present. *Islam and Bioethics*. (Eds. B Arda, VR Chaim). Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi. s.:233-241
- ACIDUMAN, A., İLGİLİ, Ö., ŞEMS, Ş. (2011). Voluntary Induced Abortion in Turkey: Why 10 Weeks. *Islam and Bioethics*. (Eds. B Arda, VR Chaim). Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi. s.:195-207

6. Düzenleyicisi olduğu kongre, konferans, sempozyum vb. etkinlikler

- “Ankara Tıp’ta Deontoloji 65 Yaşında”, 26 Mayıs 2011, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Morfoloji Binası Mavi Salon, Ankara. Organizasyon Komitesi Üyesi.
- 3rd Islam and Bioethics International Conference, 14-16 April 2010, Ankara University Örsen Facilities, Antalya, Turkey. Conference Secretariat.
- Uluslararası Katılımlı V. Tıp Etiği Kongresi, Tıp Etiğinden Biyoetiğe, 13-15 Kasım 2008, Ankara. Organizasyon Komitesi Üyesi.
- Ankara Etik Günleri, 30-31 Mart 2006, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Morfoloji Yerleşkesi Lütfi Tat Konferans Salonu. Organizasyon Komitesi Üyesi.

7. Katıldığı eğitim seminerleri

- Türkiye Biyoetik Derneği ve Geriatri Derneği, Geriatri ve Etik Kursu. 12 Kasım 2008
- Türkiye Biyoetik Derneği, Temel Biyoetik Kursu. 27-29 Mart 2006

Aldığı Burslar:

- TÜBİTAK 2211-Yurt içi doktora burs programı