



VII. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

01-02 ARALIK 2017

ANKARA

Editör

Avukat Bülent DAĞSALI

Ankara Barosu Yayınları Merkezi Başkanı

Yayın Kurulu

Avukat Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkanı

Avukat Ece SİNDEL

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkan Yardımcısı

Ankara - 2017

ISBN: 978-605-9446-42-6

ANKARA BAROSU BAŞKANLIĞI

Adliye Sarayı Kat: 5 Sıhhiye/ANKARA

T: (0.312) 416 72 00

F: (0.312) 309 22 37

www.ankarabarusu.org.tr

ankarabarusu@ankarabarusu.org.tr

ABEM

ANKARA BAROSU

EĞİTİM VE KÜLTÜR MERKEZİ

İhlamur Sk. No: 1 Kızılay/ANKARA

T: (0.312) 416 72 00

GÖLBAŞI AVUKAT ÖZDEMİR ÖZOK

SOSYAL TESİSLERİ

Gazi Osman Paşa Mah. Sahil Cd.

No: 46 Gölbaşı/ANKARA

T: (0.312) 485 03 93 - 484 46 06

ANKARA BAROSU

GELİNCİK MERKEZİ

İhlamur Sk. No: 1 Kızılay/ANKARA

T: (0.312) 444 43 06

www.gelincikprojesi.org.tr

Grafik–Tasarım:

Özlem GÜRSOY

Baskı:

ARCS Dijital Ofset Matbaacılık

<http://arcs.com.tr>

İÇİNDEKİLER

ANKARA BAROSU VII. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

01-02 ARALIK 2017

ÖNSÖZ.....	VII
SUNUŞ.....	IX
Kurultay Düzenleme Kurulu ve Yayın Kurulu İsim Listesi.....	XI
Açılış Konuşmaları	
Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkanı.....	XIV
Av. Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU	
Ankara Barosu Başkanı	XVII
Av. Hakan CANDURAN	
Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürü	XX
İbrahim Barbaros AKÇAKAYA	

BİRİNCİ GÜN OTURUMLARI

(01 Aralık 2017)

Sağlık Haberciliği ve Sağlık İletişiminde Hukuksal Sorunlar

Birinci Oturum

Oturum Başkanı: Av. Hakan CANDURAN-Ankara Barosu Başkanı

Gazeteciliğin Sağlıkla İmtihanı.....	5
Prof. Dr. Lütfi Doğan TILIÇ	

Sağlıksız Haberlerin Sorumlusu Kim	17
Faruk BİLDİRİCİ	

Sağlık Haberlerine Farklı Bir Bakış ve Sağlık Okuryazarlığı	27
Esra ÖZ	

Bir Bilim Haberciliği Olarak Sağlık Haberciliği	44
İbrahim ERSOY	
Sağlık Haberciliği Bağlamında Suriyeli Mültecilerin Sağlık Haberlerindeki Temsili	51
Sevil BAL	
Soru-Cevap Bölümü	63

İkinci Oturum

Oturum Başkanı: Av. Pınar AKSOY GÜLASLAN- Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Üyesi	
Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet ve Önleme Yöntemleri	77
Prof. Dr. Dilek ASLAN	
Sağlık Hizmetlerinde Ceza Yargılamasına Yansıyan İletişim Sorunları	87
Anayasa Mahkemesi Üyesi Hasan Tahsin GÖKCAN	
Soru-Cevap Bölümü	109

Üçüncü Oturum

Oturum Başkanı: Prof. Dr. Sedat IŞIK- Yüksek Sağlık Şurası Üyesi	
Sağlık Haberciliğinde Cezai Sorumluluk	117
Doç. Dr. Devrim AYDIN	
Sağlık Haberciliğinde Hukuksal Sorumluluk	128
Av. Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU	
İnsan Haysiyeti ve Özel Yaşam Bağlamında Kişisel Sağlık Verilerinin Önemi	143
Av. Bülent DAĞSALI	
Soru-Cevap Bölümü	173

İKİNCİ GÜN OTURUMLARI

(02 Aralık 2017)

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'ne ve Alternatif Uygulamalara Hukuksal Yaklaşım

Dördüncü Oturum

Birinci Gün Oturumlarının Özeti..... 185

Oturum Başkanı: Av. Hamit BAYKARA-
Ankara Barosu Yönetim Kurulu Üyesi

**Ülkemizde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Hakkında
Düzenleme ve Uygulamalar**..... 191
Dr. M. Zafer KALAYCI

**Geleneksel ve Tamamlayıcı, Alternatif Uygulamalara
Etik Yaklaşım** 202
Prof. Dr. Nesrin ÇOBANOĞLU

Tamamlayıcı Tıp Nedir, Ne Değildir..... 213
Doç. Dr. Hakan Volkan ACAR

Soru-Cevap Bölümü 234

Beşinci Oturum

Oturum Başkanı: Av. Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU-
Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkanı

Tıbbın Alternatifi Yoktur..... 249
Prof. Dr. Ersin YARIŞ

**Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarından Doğan Cezai
Sorumluluk**..... 256
Dr. Nurhan DEMİRHAN

**Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliğinde
Aydınlatılmış Onam** 271
Av. Ece SİNDEL

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarından Doğan Hukuksal Sorumluluk.....	290
Av. Ayşe EROL SARIEY	
Soru-Cevap Bölümü	345

Altıncı Oturum

Oturum Başkanı: Av. Pervin YILDIZ- Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Üyesi	
Alternatif Uygulamalardan Doğan Cezai Sorumluluk	357
Prof. Dr. Devrim GÜNGÖR	
Akupunktur Uygulamalarından Doğan Sorumluluk.....	364
Uzm. Dr. Ahmet ERZURUMLU	

KAPANIŞ OTURUMU

Birinci Bölüm	: Ankara Barosu VII. Sağlık Hukuku Kurultayı Sonuç Bildirgesi	377
İkinci Bölüm	: Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Poster Çalışmaları	381
Üçüncü Bölüm	: Kapanış Oturumu Fotoğrafları	403
Dördüncü Bölüm	: Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulumuz 10 Yaşında Anı Fotoğrafı	407

ÖNSÖZ

Ankara Barosu, 2007 yılında ülkemizde sağlık alanında büyük bir boşluğu doldurabilmek, Sağlık Hukuku alanındaki gelişmeleri takip edebilmek ve bu alandaki gelişmelere katkı sunabilmek için Sağlık Hukuk Kurulu'nu kurmuş ve kuruluşla birlikte "Sağlık Hukuk Kurultayları" düzenlemeye başlamıştır. Baromuz Sağlık Kurulu, Baromuz Yönetim Kurullarının verdikleri destekle, bu görevini bugüne kadar büyük bir başarı ile devam ettirmiştir. Kurultayımız, Türkiye'de hukukçular, akademisyenler ile hekimlerin bir araya geldiği tek Sağlık Hukuku Kurultayı olma niteliğini halen devam ettirmektedir. Dileğimiz, bütün Baroların sağlık hukuku kurultayları düzenleyerek, sağlık konusuna, hukukçunun ve hekimin ortak bakışının yayılmasını sağlamasıdır.

Ankara Barosu Sağlık Hukuk Kurultayı'nın 7'ncisinde, yine güncel konular ele alınmış ve sağlık haberciliği, sağlık iletişimi, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına yönelik hukuksal sorunlar, konularının uzmanları ile bilimsel olarak irdelenmiştir.

Hastanın tüketici, hekimin işleyen durumuna getirildiği, sağlığın hızla ticaret haline getirilip muhafazakârlaştırıldığı, haber alma ve haber verme hürriyetinin sınırlandırıldığı, düşünce özgürlüğünün azaltıldığı günümüzde, kurultay konu başlıklarının daha da bir önem arz ettiği yadsınamaz bir gerçektir.

Öncelikle Ankara Barosu VII. Sağlık Kurultayı'nın düzenlemesine özverili ve başarılı çalışmalarıyla emek veren Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu üyeleri nezdinde Kurul Başkanımız Av. Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU'na, Ankara Barosu Yönetim Kurulu üyesi ve Sağlık Kurulu koordinatörü Avukat Hamit BAYKARA'ya, kurultaya konu ve konuşmacı desteği sunan T.C. Sağlık Bakanlığı'na, Kurultay konu başlıklarının ve konuşmacıların belirlenmesinde, bilimsel programın hazırlanmasında katkıları sebebiyle Başkent Üniversitesi İletişim Fakültesi Dekanı Profesör Doktor Özcan YAĞCI'ya ve Sayın Profesör Doktor Lütfi Doğan TILIÇ'a, bilimsel program ve konuşmacı konusunda katkı sunan Ankara Tabip Odasının yönetim kurulu üyeleri nezdinde Başkan Profesör Doktor Vedat BULUT'a, düzenlenen sağlık kurultayına ev sahipliği yapan Türkiye Barolar Birliği'ne, emek veren baro emekçisi çalışanlarımıza, kitabın basımında emek verenlere, An-

kara Barosu Yönetim Kurulu adına teşekkürlerimi sunar, Türk Sağlık Hukuku eserlerine bir yenisini katacak olan bu kitabın hukuk, basın ve tıp camiasına yararlı olmasını dilerim.

Saygılarımla.

Av. Hakan CANDURAN

Ankara Barosu Başkanı

SUNUŞ

Değerli Okur,

“Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurultayları”, 2007 yılından bu yana faaliyet gösteren Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu’nun kendisiyle özdeşleşmiş bir etkinliğidir. İlk kurultaydan bu yana her kurultayın kitaplaşması sağlanmıştır. Sağlık Hukuku Kurultayları ve kurultay kitapları gerek akademik gerekse uygulayıcı çevrelerin ilgi gösterdiği bilimsel çalışmalardır. Bunlara hukuk ve sağlık çevrelerinden gösterilen ilgi Kurulumuzu mutlu etmektedir.

Bu kitapta yer alan VII. Kurultay konularını belirlerken ülkemizdeki ve dünyadaki sağlık hukukundaki güncel sorunları dikkate aldık, sağlık haberciliği, sağlık iletişimi, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına yönelik hukuksal sorunları başlıklar olarak belirledik. Hastanın tüketicisi, hekimin işleten durumuna getirildiği, sağlığın hızla ticarileştiği ve muhafazakârlaştığı, haber alma ve haber verme hürriyetinin sınırlandırıldığı, düşünce özgürlüğünün azaltıldığı günümüzde, Kurultay konu başlıklarımızın daha da bir önem arz ettiği fikrindeyiz.

Ancak, Sağlık Hukuku konularına gösterilen bu ilginin içeriği bakımından, kişiden kişiye değişen önemli farklılıkları olduğunu da göz ardı etmemek gerekiyor. Örneğin, Kurultay başlıklarımızdan Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği’nde düzenlenen uygulamalara baktığımızda, bunların bilimselliğinin tartışma konusu olduğu ve tıbbi standartlara uygun olmadıkları bilim uzmanlarınca söylenmektedir. Öte yandan, yasal düzenleme yapılarak bu uygulamaların merdiven altından çıkartıldığı yönünde başvurulmuş bir gerekçe olduğunu da görmekteyiz. Kurultayımız konuların farklı bakış açılarından irdelenmesine de bir vesiledir. Konu tıp çevrelerinde uzun yıllardır konuşulmasına rağmen hukuk yönü ilk kez Kurultayımızda çoklu bilimsel disiplinler tarafından ele alınmıştır.

Bu Kurultay kitabını sunarken öncelikle Kurultay’ın düzenlemesinde özverili çalışmalarıyla emek veren Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu’nun eski, yeni tüm kurul üyelerine ve Kurultay Düzenleme Kurulu üyelerine, Kurul’un tüm çalışmalarına verdiği özel destek ve önem sebebiyle Baro Başkanımız Sayın Av. Hakan CANDURAN’a, Kurulu-

muz Koordinatörü Baro Yönetim Kurulu Üyesi Sayın Avukat Hamit BAYKARA'ya, Kurultay konu ve konuşmacılarımızın seçimi, bilimsel programımızın oluşmasında katkı ve uyarıları sebebiyle Sayın Başkan Profesör Doktor Vedat BULUT şahsında, Ankara Tabip Odası'nın değerli yönetim kurulu üyelerine, kurultay konu başlıklarının ve konuşmacıların belirlenmesinde, bilimsel programın hazırlanmasında bize katkı ve katılımları sebebiyle Başkent Üniversitesi İletişim Fakültesi Dekanı Sayın Profesör Doktor Özcan YAĞCI'ya ve Sayın Profesör Doktor Lütfü Doğan TILIÇ'a, kurulun tüm çalışmalarında özveriyle emek veren sevgili baro çalışanlarımıza, kurul çalışmalarımızın her aşamasında bizimle olan hekimlerimize, hemşirelerimize, eczacılarımıza kısaca tüm sağlık çalışanlarına, hukukçulara , tüm meslektaşlarımıza ayrı ayrı teşekkürlerimizi sunarız.

Yayın Kurulu

Av. Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU

Av. Ece SİNDEL



VII. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

01-02 ARALIK 2017

Ankara Barosu VII. Sağlık Hukuku Kurultayı'nın düzenlenmesinde emeği geçen Kurultay Düzenleme Kurulu ve Kurultay Yayın Kurulu üyelerine teşekkür ederiz.

KURULTAY DÜZENLEME KURULU

Av. Hakan CANDURAN	-Ankara Barosu Başkanı
Av. Hamit BAYKARA	-Ankara Barosu Yönetim Kurulu Üyesi
Av. Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU	-Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkanı
Av. Ece SİNDEL	-Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkan Yardımcısı
Av. Pervin YILDIZ	-Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Üyesi
Av. Jülide SOYBAŞ	-Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Üyesi
Av. Figen GÜVEN	-Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Üyesi

KURULTAY YAYIN KURULU

Avukat Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU

Avukat Ece SİNDEL

Yer: Türkiye Barolar Birliği Litai Otel



VII. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

BİRİNCİ GÜN OTURUMLARI

(01 Aralık 2017)

Açılış Konuşmaları

AÇILIŞ KONUŞMASI

Av. Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU

Sağlık Hukuku Kurulu Başkanı

Değerli konuklarımız, Ankara Barosu VII. Sağlık Hukuku Kurultayı'na hoş geldiniz.

Sağlık Hukuku tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de özel bir hukuk alanıdır. Sağlık Hukuku alanının takip edilmesi ve bu alandaki gelişmelere katkı sunulması amacıyla Ankara Barosu bünyesinde 2007 yılında Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu kurulmuştur.

Kurulumuz o günden bu yana kurul üyesi avukatların özverili çalışmalarıyla günümüze kadar aralıksız çalışan, üreten ve hedeflerini ileriye taşıyan bir ekiptir.

Bugün Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulumuzun 10'ncu yılında, kurulla özdeşleşmiş olan bir etkinliğimiz olan ve ülkemizde ilk, tek ve düzenli bir şekilde yapılan Sağlık Hukuku Kurultayımızın 7'ncisinde buluşmanın gururunu yaşıyoruz.

Tanıtım görsellerimizde de sunduğumuz üzere ilk kurultaylarımızda Sağlık Hukuku'nun hasta/hekim hakları bünyesinde daha genel konularına yer verilmiştir, daha sonraki kurultaylarda dünyadaki Sağlık Hukuku'ndaki gelişmeler dikkate alınarak güncel konuları ele almaya gayret ettik.

VII. Kurultay konuları belirlenirken de, ülkemizdeki ve dünyadaki Sağlık Hukuku'ndaki güncel sorunları dikkate aldık, sağlık haberciliği, sağlık iletişimi, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına yönelik hukuksal sorunları başlıklar olarak belirledik.

“Ne yersek daha sağlıklı olacağız, hangi ilacı nasıl kullanmalıyız?” şeklinde yaşam alanımıza müdahale eden haberlerle her gün karşılaşyoruz. Hekimlerin ya da bu haberlerin bize söylediklerini ne kadar anlıyoruz?

Öte yandan, 27 Ekim 2014 tarihinde yürürlüğe giren, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'yle hayatımıza sağlık alanına birtakım uygulamalar girdi. Malum ki, her yeni düzenleme beraberinde hukuksal sorunları da getirir. İşte bu amaçlarla iki gün sürecek Kurultayımızda bu konu başlıkları üzerinde durmayı hedefledik.

Hukuk ne kadar önemliyse, belki de zihnin ahlakı ve hukuku diyebileceğimiz bilimsel bilgi de o denli önemlidir. Güncelin tartışmaları ve kargaşasından, demagojisinden, insana ve topluma saygısızlıktan akıl ve bilim yoluyla kurtarabiliriz.

Hastanın tüketici, hekimin işleten durumuna getirildiği, sağlığın hızla ticarileştiği ve muhafazakârlaştığı, haber alma ve haber verme hürriyetinin sınırlandırıldığı, düşünce özgürlüğünün azaltıldığı günümüzde sanırım Kurultay konu başlıklarımızın daha da bir önem arz ettiği fikrindeyiz.

Bu vesileyle, öncelikle Kurultay'ın düzenlemesinde özverili çalışmalarıyla emek veren Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu'nun eski yeni tüm düzenleme kurulu üyelerine, Avukat Ece SİNDEL, Avukat Bülent DAĞSALI, Avukat Süleyman YÜKSEL, Avukat Pınar AKSOY, Avukat Pervin YILDIZ, Avukat Ahmet ERZURUMLUOĞLU başta olmak üzere tüm kurulumuz üyelerine teşekkür ediyorum.

Kurulun tüm çalışmalarına verdiği özel destek ve önem sebebiyle Baro Başkanımız Sayın Avukat Hakan CANDURAN'a, Kurulumuz Koordinatörü Baro Yönetim Kurulu Üyesi Sayın Avukat Hamit BAYKARA'ya, Kurultay'a konu, konuşmacı ve katılımlarıyla destekleyen Sağlık Bakanlığı'nın değerli mensupları ve Sayın Genel Müdürümüze, Kurultay konu başlıklarının ve konuşmacıların belirlenmesinde, bilimsel programın hazırlanmasında bize katkı ve katılımları sebebiyle Başkent Üniversitesi İletişim Fakültesi Dekanı Sayın Profesör Doktor Özcan YAĞCI'ya ve Sayın Profesör Doktor Lütfi Doğan TILIÇ'a, Kurultay konu ve konuşmacılarımızın seçimi, bilimsel programımızın oluşmasında katkı ve uyarıları sebebiyle Sayın Başkan Profesör Doktor Vedat BULUT şahsında, Ankara Tabip Odasının değerli yönetim kurulu üyelerine, ilk Kurultayımıza ve bu VII. Kurultayımıza da ev sahipliğini yapan ve bugün şehir dışında olduğu için aramızda bulunamayan Birlik Başkanımız Sayın Avukat Profesör Doktor Metin

FEYZİOĞLU'na, kurulun tüm çalışmalarında emek veren sevgili baro çalışanlarımıza, kurul çalışmalarında her aşamasında bizimle olan hekimlerimize, sağlık çalışanlarına, hâkimlerimize, tüm meslektaşlarıma ve siz değerli katılımcılara ayrı ayrı teşekkürlerimi sunarım.

Bu duygularla Ankara Barosu VII. Sağlık Hukuku Kurultayı'nı açarken; Kurultay'ın verimli geçmesini ve bu alanda bilimsel bilgiye katkıda bulunmasını temenni ediyorum. Sağlıklı günler dileğiyle, sevgi ve saygılarımı sunuyorum.

AÇILIŞ KONUŞMASI

Av. Hakan CANDURAN

Ankara Barosu Başkanı

Sayın Barolar Birliği Başkan Yardımcım, Kıymetli Konuşmacılar, Kıymetli Konuklar, Değerli Meslektaşlarım;

VII. Sağlık Hukuku Kurultayımıza teşriflerinizden dolayı hepinize teşekkür ediyor, Ankara Barosu adına hepinize saygılar sunuyorum.

Ankara Barosu olarak her yıl düzenlediğimiz ve bu yıl 7'ncisini başlattığımız Sağlık Hukuku Kurultayı'nda, sağlık hizmetlerinden kaynaklanan iki sorunu tartışacağız. Kurultayımıza konuşmacı olarak katılarak bizleri onurlandıran öğretim üyesi, bürokrat, hukukçu, gazeteci konuklarımız tarafından sunulacak tebliğler, Sağlık Hukuku'nun sorunlu sahalarında aydınlanmamızı ve siz değerli katılımcılarla da gerçekleştirecek soru-cevap bölümlerinde yapılacak tartışmalar da ek katkılar sağlayacaktır.

Kıymetli Katılımcılar;

Sağlık her zaman giderek artan öneme sahip konuların başında gelmektedir. Toplumun sağlık konusunda beklentilerinin de artmasının bunda etkili olduğu söylenebilir. Bununla bağlantılı olarak kitle iletişim araçlarında da sağlık konusu, giderek daha fazla oranda işlenmeye de başlamıştır.

Bu artışla kitle iletişim araçlarının çeşitlenmesi, bu araçların hemen hemen bütün yaşam alanlarında rahatlıkla kullanılmaya başlanması ve her türlü bilgiye ulaşımın kolaylaştırılması önemli rol oynamaktadır. Yazılı, işitsel, görsel ve elektronik iletişim araçlarıyla sağlık haberlerinin sunulması kişinin bilme hakkına saygılı olmaktan kaynaklanmaktadır.

Burada önemli olan, bilme hakkına saygılı olma adına herhangi bir bilginin değil, doğru ve nitelikli bilginin verilmesi gerekliliğidir. He-

kim ile hasta arasındaki ilişki güvene dayalı bir ilişkidir. Hasta; kimseye söylemediği, kimseyle paylaşmadığı kendisine ait mahrem bilgileri hekimiyle paylaşır. Kitle iletişim araçları bu gizliliği bozar niteliktedir. Sağlık programlarında, sağlık konularıyla ilgili yayımlanan haberlerde ve internet sitelerinde oluşturulan bloklarda; sadece hekim ile hasta arasında kalması gereken bilgilerin, hem programda yer alan, hem de programı izleyen seyircilerle bloklardaki diğer kişilerle paylaşılması, internet kullanan herkes tarafından görülebilir, arşivde saklanması ve silinmesine rağmen sistem tarafından geri alınıyor olması, hasta sırrı ve özel hayatın gizliliği ilkesinin zedelenmesine neden olabilmektedir.

Bu çerçevede elinde önemli bir gücü bulunduran medyanın iyi ve düzenli bir denetime ihtiyacı olduğu da görülmektedir.

Diğer taraftan 20'nci Yüzyılın başlarından itibaren bilim ve teknolojiadaki gelişmeler modern tıbbı doğru adım atmayı sağlarken, ilk etapta geçmiş dönemlerde uygulanan tıbbi gelişmelerin popülerliğini kaybetmesine sebep olmuştur.

Teknolojik ve ilaç endüstrisine bağlı modern uygulamalar, tamamlayıcı tıp yöntemlerine yönelimi gündeme getirmiştir.

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 8'inci maddesinde geçen geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarıyla ilgili düzenleme yapmak ve sağlık beyanıyla yapılacak her türlü uygulamalara izin vermek ve denetlemek, düzenleme ve izinlere aykırı faaliyetleri tanıtımları durdurma görevi Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne verilmiştir.

Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı'nın son olarak 27 Ekim 2014 tarihinde yayımladığı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği ile bu alan yeni bir boyuta da taşınmıştır.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp ile ilgili bu son gelişmelerin hem tıp camiasında, hem de sosyal medyada tartışmaların yoğunlaşmasına sebep olduğu açıkça görülmektedir.

Konuya kesinlikle karşı olanlar hastaya doğru olmayan ümitler verildiğini ve çaresizliğinin istismar edildiğini vurgulamaktadır. Destekleyenlerde; Batı tıbbının daha çok belirtileri tedavi etmeye çalıştığını,

bilimin sektörel ve kapital kaygılar için üretildiğini öne sürebilmektedirler.

Sonuç olarak tüm bu uygulamalar vatandaşlarımızın haysiyetini ve kimliğini koruyup ayırım yapmadan herkesin vücut bütünlüğüne ve diğer hak ve özgürlüklerine saygı göstermesini güvence altına almalıdır.

Kısaca çerçevesini çizmeye çalıştığım bu ve benzeri konulara Sağlık Hukuku Kurultayımızda ışık tutulacağına ve siz değerli meslektaşlarıma ve katılımcılara, tebliğlerin ve kurultay sonrasında Sağlık Hukuku Kurulu tarafından hazırlanacak Kurultay Kitabı'na önemli katkılar sağlayacağına inanmaktayım.

Bu duygu ve düşüncelerle, VII. Sağlık Hukuku Kurultayı'nı gerçekleştiren Yönetim Kurulu Üyemiz Sayın Avukat Hamit BAYKARA'ya, Baromuz Sağlık Hukuku Başkanı Avukat Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU ve tüm kurul üyelerimize, gayretlerinden dolayı teşekkür ediyor, Kurultayımızın başarılı geçmesini temenni ediyor, katılımcı konuklarımıza da saygılarımı sunuyor; teşekkür ediyorum.

AÇILIŞ KONUŞMASI

İbrahim Barbaros AKÇAKAYA

Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürü

Sayın Baro Başkanım, Değerli Misafirler, Hanımefendiler, Beyefendiler;

7'ncisi düzenlenen Sağlık Hukuku Kurultayı vesilesiyle aranızda bulunmaktan büyük memnuniyet duyuyorum.

Burada bulunma amacımız sağlık haberciliği ve sağlık iletişiminin hukuksal boyutunu bir arada ele almak. Bu iki gün boyunca disiplinler arası bir yaklaşımla hukuk ve sağlık alanının kesiştiği yerde etik ve hukuki problemler masaya yatırılacak ve konu birçok boyutuyla ele alınacak.

Öncelikle, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü ne gibi faaliyetler yürütür, neler yapar ve aslında sağlık haberciliği ve sağlık iletişiminin bir arada bulunduğu bir çerçevede Genel Müdürlük olarak 2011'den bu yana neler yaptık, neler yapmaya çalışıyoruz? Anlatmak isterim.

Tabii günümüz medya sistemine bakıldığında gerek internet, gerek sosyal medya ya da konvansiyonel medyaya baktığımızda sağlıkla ilgili haberlerin, kimi zaman magazinел düzeyde, kimi zaman spekülatif düzeyde medyanın haber tüketim ihtiyacına yönelik olarak çok farklı boyutlarda verildiğini, ticari boyutları ve magazinел boyutlarıyla beraber verildiğini biliyoruz.

Bir tarafıyla da sağlık iletişimi alanıyla sorunlar olduğunu biliyoruz. Sağlık iletişiminden hasta/hekim ya da hasta/vatandaş/sağlık çalışanı şeklinde bir de tabii ki genel kitle iletişimi açısından biraz önce bahsettiğimiz sağlıkla ilgili sağlık haberciliği de onun bir alt başlığı, sağlıkla ilgili bilgilerin doğru algılanması ve doğru yayılmasıyla ilgili.

Gerek sağlık haberciliğinde, gerek sağlık iletişiminde karşılaştığımız hem hukuki, hem de ahlakî problemler ortaya çıktı. Peki, bunların önüne geçmek için neler yapılabilir? Buradan da kendi Genel Müdürlüğümüzün faaliyetleri bağlamında birkaç hususa değinip konuşmamı bitireceğim.

Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü 2011 yılındaki 663 Sayılı KHK ile kurulduğunda şöyle bir ihtiyaç üzerine kuruluyor: Malum sağlık deyince birçoğumuzun aklına belki bir tarafıyla tıbbi uygulamalar ve tıbbi hizmetler geliyor. Halbuki, gerek günümüz tıbbi uygulamaların giderek karmaşıklaşması, uzmanlık alanlarının artması, gerekse vatandaşın bu hizmetleri doğru tanımlayamaması, hem işgücü kaybına hem de vatandaş memnuniyetsizliğine yol açabilmektedir. Dolayısıyla dünyada genel bir kavram olarak 1980’li yıllarla beraber İngilizce tabirini kullanacağım, “Health Promotion”, Türkçeye Sağlığın Geliştirilmesi veya Sağlığın Teşviki” şeklinde çevirebileceğimiz bir kavram ortaya çıkıyor. Bu kavramın temelinde de şu var: Bireylerin kendi sağlık davranışlarını kontrol edebileceklerini, doğru davranışı geliştirebilecekleri ve doğru uygulamalarla kendilerine bir yol açabilecekleri en son noktada da tıbbi hizmeti alabilecekleri bir noktadan bahsediyoruz. Dolayısıyla sağlığın geliştirilmesi dediğimiz kavram, temelinde bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyini artırmayı amaçlamaktadır.

Peki, ne demektir sağlık okuryazarlığını artırmak? Hasta/hekim iletişiminden başlayarak, yani doğru soruları sormayı bilmekten başlayarak medyada gördüğünüz bu herhangi bir mecra olabilir, sosyal medya ya da konvansiyonel medya, bir haberi doğru algılama, onu doğru değerlendirme ve onun doğruluğu ve inandırıcılığıyla ilgili bir şekilde bilinç düzeyine sahip olmak olarak ifade edebiliriz.

Aslında burada bahsettiğimiz sorunların tamamının temelinde bugün toplumumuzdaki yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyinin olduğunu söyleyebiliriz.

Genel Müdürlüğümüz birçok faaliyet yürütmektedir. Ama dediğim gibi bu faaliyetlerin tamamının temelinde vatandaşlarımızın sağlık okuryazarlığını artırmak yer almaktadır. Özellikle medyadan siz de görüyorsunuzdur, sağlıkla ilgili kampanyalar yürütülüyor. En son geçtiğimiz günlerde diyabetle ilgili bir kampanya yaptık, antibiyotik

kullanımı ile ilgili kampanyalar yapıyoruz, obezite ile ilgili, tütün ve tütün mamulleriyle ilgili, toplumda da bağımlılıkla mücadele bağlamında çalışmalar yürütüyoruz. Bunların tamamında biz Genel Müdürlük olarak kitle iletişim araçlarıyla, özellikle sosyal medya ve konvansiyonel medyayı kullanarak, kimi zaman kamu spotları çekerek yapıyoruz. Bizim buradaki temel amacımız şu; bizim Genel Müdürlük olarak ve toplumda Bakanlık olarak birinci görevimiz insanlara şunu söylüyoruz: Sağlığını kaybettikten sonra onu kazanmak gerçekten hem maddi hem de manevi olarak külfetli bir süreç. Hâlbuki çok basit şeyler yaparak bir insan hayatında günlük rutin içerisinde, biraz egzersiz, biraz doğru beslenme ile bugün karşılaştığımız, ileri yaşlarda karşılaştığımız birçok sağlık sorununu yönetebiliyor, kurtulabiliyor veyahut da erteleyebiliyoruz. Bu noktada temel olarak biz şunu söylüyoruz ve birinci görev olarak da kendimize şunu addediyoruz: Bir, bizim görevimiz 80 milyon vatandaşımıza öncelikli olarak doğru bilgiyi vermek. Doğru bilgiyi verirken de ikili bir strateji izliyorsunuz; bir taraftan medyada veya başka mecralardaki yanlış veyahut da yalan veya çarpıtılmış bilgiyle mücadele ediyorsunuz, bir taraftan da doğru bilgiyi veriyorsunuz yaptığınız paylaşımlarla ve kampanyalarla.

İkincisi; bilgilendirmeden bir sonraki basamak olan bilinçlendirme, yani artık bilginin insanın önce zihninde, daha sonra da ufak ufak davranışına dönüştüreceği bir süreci amaçlıyoruz. En son noktada da, bilgilendirme, bilinçlendirme aşamasından sonra davranış değişikliği oluşturma, yani doğru bilgiyi vermek, bir insana doğru bilgiyi aktarmak ya da doğru bir bilinç düzeyine getirmek malumunuz olduğu üzere onu her zaman davranış değişikliğine yöneltmiyor. Çünkü; insan psikolojisi, insan zihni her zaman rasyonel mekanizmalarla çalışmıyor. Tütün ve sigaranın zararlı olduğunu biliyoruz, yahut da aşırı yağlı yemenin zararlı olduğunu biliyoruz ama yapmaya devam ediyoruz. O noktada bizim en zorlu görevlerimizden biri; vatandaşlarımızın sağlıklı yaşam alışkanlıklarını, doğru sağlık davranışlarını gündelik hayat içerisinde uygulamak. Bunun temel amacı ne? Burada tam da aslında hem Berna Hanım hem Ankara Baro Başkanımızın konuşmasında söylemiş olduğu bir boyut var; sağlığın bir tarafta uluslararası düzeyde endüstriyel tarafı var, bir de gerçekten etik tarafı var. Biz Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü olarak tam da bu etik tarafta duruyoruz. Çünkü; sağlık bireylerin eğer

genetik bir rahatsızlığı yoksa ya da birtakım dışsal faktörlere bağlı gelişmiyorsa kişinin büyük oranda kendi davranışlarıyla koruyabileceği, yönetebileceği bir süreçtir. O yüzden de tıbbi uygulama aşamasına gelmeden önce bir birey kendi sağlıklı yaşamını büyük oranda koruyabilir. Tabii bunun şöyle bir tarafı var: Gerçekten sağlık konsepti içerisinde bakmanız gerekiyor. Ama dediğim gibi sağlığın o geniş başlığı içerisinde tıbbi uygulamaları sağlığın kendisi olarak genelleştirdiğinizde bu sefer tüm konuştuğumuz şey tedaviler oluyor. Mesela şöyle bir örnek vereyim: Televizyon haberlerine baktığınızda, gazete haberlerine baktığınızda hep şunu görürsünüz, “Obezite cerrahisinde büyük buluş”, şimdi belki aramızda vardır, herhangi bir meslek grubunu veya bir medya kuruluşunu da hedef almak için söylemiyorum. Biz geçtiğimiz aylarda bir çalışma yaptık ve çalışmalara baktığımızda medyada yer alan sağlık haberlerinin yüzde 70 civarında bir oranının tamamen tedavi anlattığını gördük. Mesela; diyetisyen çıkıyor veya bir cerrah çıkıyor veya başka bir meslek grubundan çıkıyor ve mucize tedavi diyoruz. Bunu sağlık haberciliği için söylüyorum özellikle, nasıl korunacağımızı kimse anlatmıyor. Ana haberlerde çok nadir görüyorsunuz, işte obeziteden korunmak için şöyle beslenmeniz lâzım, şu kadar egzersiz yapmanız lâzım diye. Şu daha dikkat çekici oluyor, çünkü vatandaşın o anki somut bir ihtiyacına, tabiri caizse kanayan bir yarasına siz mucizevî bir reçete sunuyorsunuz, “Obeziteye mucizevi bir çözüm, mide küçültme ameliyatları ya da diyetisyenlerin mucizevi yirmi günde on kilo vermek” gibi birçok şey. Dolayısıyla, burada etik ve hukuki problemler var, bugün ve yarın bunlar iki gün boyunca geniş bir şekilde konuşulacak ve bunlara çok girme gereği hissetmiyorum. Ama asıl olan burada hem sağlık iletişiminde yaşadığımız problemlerin hem sağlık haberciliğinde yaşadığımız problemlerin, sağlık haberciliğinde yaşadığımız problemlerin de sadece medya ile ilişkisi yok; vatandaşımızın talebi, medya sistemi, sağlık sisteminin iç içe geçmiş taraflarıyla ilişkisi var. Ama tüm bu problemlerin, karşılaştığımız sorunların çözümünde öncelikli olarak bireylerin, yani her bir vatandaşımızın kendi sağlık durumlarıyla ilgili, sağlık farkındalığını artırmak üzere sağlık okuryazarlığını artıracak durumu teşvik etmemiz lâzım. Yoksa sorunların kendisiyle baş ederek herhangi bir yol alabileceğimizi düşünmüyorum.

Açılış Konuşması/İbrahim Barbaros AKÇAKAYA

Ben emeği geçen herkese teşekkür ediyorum, verimli bir toplantı olmasını diliyor, saygılar sunuyorum.



VII. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

Birinci Gün Oturumları

(01 Aralık 2017)

Sağlık Haberciliği ve Sağlık İletişiminde Hukuksal Sorunlar



VII. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

Birinci Oturum (01 Aralık 2017)

Oturum Başkanı	Av. Hakan CANDURAN (<i>Ankara Barosu Başkanı</i>)
Konuşmacılar	Prof. Dr. Lütfi Doğan TILIÇ (<i>Başkent Üniversitesi İletişim Fakültesi Öğretim Üyesi</i>) Faruk BİLDİRİCİ (<i>Gazeteci</i>) Esra ÖZ (<i>Bilim, Sağlık ve Teknoloji Habercisi, Biyolog</i>) İbrahim ERSOY (<i>Gazeteci- Medimagazin</i>) Sevil BAL (<i>Başkent Üniversitesi İletişim Fakültesi Araştırma Görevlisi</i>)



Birinci Oturum-Oturum Başkanı ve Konuşmacılar

GAZETECİLİĞİN SAĞLIKLA İMTİHANI

Prof. Dr. L. Doğan TILIÇ

Başkent Üniversitesi İletişim Fakültesi

Her şeyin çok çabuk eskidiği ve tüketildiği dönemlerden geçiyoruz. Bu, dünyada da böyle Türkiye’de de. Bu koşullarda, Ankara Barosu’nun sağlık konusunda VII. Kurultayı’nı düzenliyor olması; hem her şeyin kolaylıkla tüketilip eskitildiği bir zamanda sağladıkları süreklilik, hem de bu sürekli/sürdürülen kurultaylar dizisinin temasının sağlık olması açısından kutlamaya hak ediyor.

Sağlık haberciliği konusunda söyleyeceklerimde, üniversite hocası kimliğimin yanında, 31 yıldır aktif olarak gazetecilik/muhabirlik yapan biri olmanın ve kişisel bir hikâyenin etkisi olduğunu belirtmeliyim. Sağlık haberciliğine bir akademisyen ve gazeteci olarak duyduğum yoğun ilginin temelinde galiba burada sizinle paylaşacağım kişisel hikâyem yatıyor.

Yılarca önceydi; bir gün benim çalıştığım büroya babam geldi, korkunç bir haldeydi. Gerçekten korkunç bir haldeydi ve günlerce babamın neden korkunç bir halde olduğunu anlayamadım. Çok sevdiği 2-3 yaşındaki torununu itmeye başladı, kucaklamamaya, sevmemeye başladı, bizden uzak durmaya başladı. Davranışına bir türlü anlam veremiyor ve ona ne olduğunu anlayamıyorduk. O da anlatmıyordu.

Çok uğraştım babamı konuşturmak için, çözmek için, sonunda başardım. Televizyonda bir program izlemişti, çok önemli bir televizyoncunun, çok önemli bir meslektaşımızın yaptığı bir programdı. Daha sonra hatırladım ki ben de o programı izlemiştim ama beni babamı etkilediği gibi etkilememişti!

Binlerce Hasta Ellerimizden Kaydı Gitti

“Bam, güm, çat, pat”larla ve özel efektlerle etki dozu artırılan Hepatit C ile ilgili bir programdı. Hepatit C’nin AIDS’ten çok daha fazla bulaşıcı ve kesinlikle öldürücü olduğu anlatılıyordu. Üç hemşirenin

hastanede Hepatit C kaptığını, bu yüzden de ölmek üzere oldukları söyleniyordu.

O ana kadar Hepatit C olduğunun da farkında olmayan babam, bir süre önce anjiyo olduğu hastanede Hepatit C virüsü kapmıştı ve dosyasının üzerinde “HCV Pozitif” yazıyordu. Ancak o, dosyasının üzerinde yazan “HCV Pozitif”i hiç dert etmemişti, ta ki o programı izleyene kadar!

O programı izledikten sonra ise gözünü dosyasının üzerindeki “HCV Pozitif” notundan ayıramaz olmuştu. Hepimizden ve hayattan uzaklaşmaya başlamasının, torununu itmeye ve sevmemeye başlamasının nedeni izlediği o programdı. Ölümcül hastalığını sevdiklerine bu-
laştırmamak için onlardan uzaklaşıyordu.

Şimdi bana “Dünyanın en korkunç hastalığı nedir?” diye sorsalar, cevabım depresyon olacaktır. Depresyonun bir insana ne kadar acı verdiğini, onu nasıl mahvettiğini babam özelinde gördüm çünkü. Anlattığım süreçte babam 6 ay süren korkunç bir depresyon yaşadı ve inanılmaz acı çekti.

Sonra babamı Hepatit C alanında en tanınmış, en uzman, en bilinen hekimlere götürdüm. Onlarla konuşurken işin daha korkunç bir boyutuyla karşılaştım. O hekimler bana, “Binlerce hastamız ellerimizden kayıp gitti, o programdan sonra artık bize inanmıyorlar, televizyona inanıyorlar, tedavi edemiyoruz” dediler.

Hekimlerin ve gazetecilerin hatalarıyla ilgili bir klişe laf vardır; biz gazeteciler pek severiz: “Doktorlar hatalarını gömer, gazeteciler ise gözler önüne serer.”

Yine hekimlerin önemli bir düsturu vardır; “Primum non nocere / Önce zarar verme!” Bu çok önemli bir şey; önce zarar verme!

Bu ikisini birleştirdiğimde ve babam özelinde de, yalnızca bir mesleğin profesyoneli olarak değil aynı zamanda bir olayın tanığı olarak diyorum ki, gazeteciler de hatalarını gözler önüne sermiyorlar. Gazetecilerin hataları da öldürüyor bazen, gömüyor!

Sağlık haberciliği alanında ne kadar korkunç hatalar yaptığımızı o kişisel deneyimden sonra yakından gözlemeye, takip etmeye ve o günden sonra hangi iletişim fakültesinde ne ders veriyorsam vereyim mutlaka sağlık haberciliğinin bir uzmanlık alanı olarak okutulmasına çaba sarf ettim. Ne yazık ki, bugün hâlâ iletişim fakültelerimizin pek çoğunda bilebildiğim kadarıyla önemli bir uzmanlık alanı olarak sağlık haberciliği yok.

Günümüz medyasına dair uzunca bir süredir ne yazıp ne söylesem genellikle olumsuz şeyler oluyor. İlk kitabımın adı da; “Utaniyorum ama gazeteciyim”, mesleği pratiğimize dair çok iyi şeyler söyleyemediğime işaret ediyor.

Kurtar Bizi Mustafa Bey!

Bu noktada, bir televizyon programından aynen aldığım birkaç cümleyi okumak istiyorum:

“- Mustafa Bey, elini ayağını öpeyim Mustafa Bey yardımcı ol. Ablam ölüyor Mustafa Bey! Her yere götürdük, ne dedilerse yaptık, doktorlar bir şey yapamıyor. Ne olur kurtar Mustafa Bey! ...”

Ablası kanserden ölmek üzere olan genç adamın yürekler dağılayan yakarmaları televizyon ekranından milyonlara ulaşıyor. Canlı yayını izleyenler televizyon binası önünde toplanmışlar. Onlar da çaresizler; ya kendileri ya da yakınları için umut arıyorlar. Modern tıptan umutlarını kesmiş kanser hastaları, televizyon ekranının kendilerine taşıdığı umuda kilitlenmiş durumdalar!

Modern tıbbın zor tedavi süreçlerinden yılmışlar, bu yüzden radyoterapinin, kemoterapinin ya da cerrahinin iyileştirebileceği hastalar da televizyondan gelen sese kulak kesiliyorlar. Dikkat buyurun; astsubay emeklisi Mustafa Bey kendi yöresinde yetişen ısırgan otunun ve o otla karıştırdığı başka otların kansere iyi geldiğini anlatıyor. Anlatmıyor kükrüyor! Otları tıp tahsili görmüş doktorların, profesörlerin önüne atıp “Alın inceleyin bunları” diye bağırıyor. “Sizin ölecek dediklerinizi bana gönderin iyileştireyim” diye meydan okuyor. “1 haftada, 10 günde, 15 günde, 2 ayda... Beyni bütünüyle sarmış bir kanseri birkaç günde yok edebiliyor... Siroz tedavisi 12 saatte, sonuç garanti” diyor. Bağırsak kanseri olan Mustafa Bey’in karışımını kaynatıp içiyor. “Kanserli

et bağırsaktan dökülüp atılıyor” diye anlatıyor Mustafa Bey.

Mustafa Bey, kanserli etin bağırsaktan döküldüğünü anlatıyor, ama profesör kanser hücrelerinin öyle su borusunu kaplayan kireç tabakası gibi bağırsak yüzeyini kaplamadığını, dokulara nüfuz etmiş olduğunu, kanda dolaştığını, etin bağırsaktan dökülemeyeceğini anlatamıyor!

Anlatıyor anlatmasına da ölümle karşı karşıya kalmış insanların artık onu dinleyip anlayacak halleri yok!

Star Televizyonu’nda, Mustafa Bey’li bu program tam 4 kez tekrar edildi. Programı sunan gazeteci son derece duyarlı, tarafsız! Arada bir uyarıyor, hem de altyazı geçiyor; “Siz siz olun, tedavinizi bırakmayın” diyor. Belli ki, gazeteci de böyle bir tehlike seziyor, her araya girişinde tarafsızlığını bir kez daha vurguluyor. “Efendim, biz bu olayı sadece gündeme getirdik, tartışılın ve gerçek ortaya çıksın istedik. Zaten bu yüzden sizleri de çağırdık, biz doktoru, modern tıbbı bırakın demiyoruz” diyor. Bir de onu deseydi bari!

Gazeteci sanki isteseydi Mustafa Beyi tek başına da programa çıkarabileceğini ima ediyor. Böylece sorumlu bir yayıncılık yapmakta olduğunu söylemeye çalışıyor.

Burada kısmen bire bir alıntılarla aktardığım bu örnek neyse ki 15 yıl kadar eskiye ait ve sağlık haberciliği açısından bugün görece daha iyi durumda olduğumuz söylenebilir.

Türkiye gazeteciliğinin bu tarz haberciliğinin zirvesi, devlet televizyonu TRT’nin 1988 yılında Dr. Ziya Özel’le “Zakkumla kanser tedavisi” üzerine yaptığı haber/programdır. Sadece Türkiye değil, sağlık haberciliği açısından dünya medya tarihine de geçmiş bir olay sayılabilir.

Medyaya ve haberciliğimize dair karamsar tablolar çizen biriyim, ama bugün böyle şeyler olmadığını, bu kadarının artık yapılamadığını galiba söyleyebilirim.

Bugün çok nitelikli sağlık haberciliği örnekleri ve programları da görebiliyoruz. Ancak, madem “Gazeteciliğin sağlıkla imtihanı”ndan söz ediyorum, şunu söyleyebilirim; düne göre belki daha iyi notlar alıyor olabiliriz belki, ama bu sınavdan geçtiğimizi söyleyebilecek noktada değiliz.

Hukuk mu, Etik mi?

Genel olarak gazetecilik, özel olarak da sağlık haberciliği açısından kabul edilemez ve binlerce, on binlerce insana zarar veren örneklerden söz ettim. Bu örneklerin nasıl önüne geçebilir, tekrar etmelerini nasıl engelleyebiliriz?

Sözünü ettiğimiz kabul edilemez gazetecilik pratiklerine karşı, insanlara verdiği zarar da göz önüne alındığında, izlenebilecek hukuki yaptırım yolları olabilir. Nitekim, sağlık haberciliği açısından suç olarak tanımlanabilecek işler de yapılıyor ve onlara karşı hukuk yoluna başvurulabilir.

Ancak, gazetecilik çerçevesinde düşündüğümüzde ve öncelikle mesleki sorumluluk bağlamında ele aldığımızda çözümü etikte aramak daha doğrudur.

Kabul edilemez mesleki pratiklerin içindeki gazetecilerin etikten habersiz olmadıkları, neyin doğru olduğunu, neyin nasıl yapılması gerektiğini gayet iyi bildiklerini, buna rağmen etik dışı davranışlarda bulunduklarını söyleyebilir ve bu durumda hâlâ nasıl olup da çözümü etikte gördüğümüzü sorgulayabilirsiniz.

Bu haksız ve kolaylıkla göz ardı edilebilecek bir sorgulama değildir. Nitekim, dünyanın her yerinde, gazeteciler arasında da, etğin ne ölçüde çözüm olduğu tartışılmaktadır. Bu tartışma çerçevesinde zaman zaman, tıpkı avukatların durumunda olduğu gibi, baro örgütlenmesi ya da tabiplerin/mühendislerin durumunda olduğu gibi oda örgütlenmesi benzeri örgütlenmelerin gazetecilere de önerildiği oluyor.

Bilindiği gibi, baroların ve odaların yanlış pratikler durumunda üyelerini o mesleği icra etmekten belli bir dönem için ya da tamamen men etmek gibi bir gücü var. Dahası, mesleğinizi icra edebilmek için baroya/odaya üye olma zorunluluğu var.

Peki, gazeteciler ölümle bile sonuçlanabilen etik ihlaller yaptığında onların meslek örgütleri neden benzer yaptırımlar uygulayamıyor? Etik ihlaller neden yaptırımsız kalıyor? Acaba, gazeteciler de bu etik ilkelerin uygulanması çerçevesinde daha ciddi bir yaptırımla karşılaşsınlar diye, baro ya da oda tipi örgütlenmeler içerisinde mi olsalar?

Gazetecilerin örgütlenme biçimine dönük bu soru ne zaman ve nerede gündeme gelmişse, yanıt hep “Hayır, asla” olmuştur.

Yanıt “Hayır, asla” olmuştur, çünkü gazetecilik dediğimiz mesleki pratiğin düşünce ve ifade özgürlüğüyle, demokrasiyle doğrudan ve yakından ilgisi vardır. Hiçbir durum ve koşulda herhangi bir yapılanmaya, herhangi bir örgütlenmeye, ifade özgürlüğünün önüne geçebilecek, gazetecinin mesleğini yapmasının önüne geçecek, konuşmasının, söz söylemesinin önüne geçecek bir yetki verilemez. Böyle bir sistem oluşturulduğunda, etik ihlalleri önlemek gibi bir fayda beklerken, ifade özgürlüğünü ortadan kaldıran çok daha vahim zararlara yol açabiliriz.

Hangi iyi niyetle olursa olsun ve hangi çok somut gerekçelerle oluşturulmuş olursa olsunlar, baro ya da oda gücündeki yapıların gazetecilik alanında da kurulması durumunda, o gücün siyaseten/ideolojik olarak kolaylıkla kötüye kullanılabileceği düşünülmektedir. İyi niyetle ve çok somut gerekçelerle de olsa gazetecinin söz söyleme hakkını elinden alabilecek yapılanmalardan uzak durulmaktadır. Dolayısıyla, gazeteciler için, etik ilkelerin uygulanmasını sağlamak adına bile olsa, baro veya oda tipi örgütlenmeler savunulamamaktadır.

Yapısal Sorunlar ve Denetim Mekanizmaları

Etik ilkelerin uygulanıp hayata geçirilmesinde bütün eksikliklere ve aksaklıklara karşın gazetecilerin kendini denetleme, kendi kendini kontrol etme, özdenetim mekanizmaları kurup, onları etkin kılmasından daha doğru bir yol yok.

Gazetecilerin dernekleri, meslek örgütleri, sendikaları var. Medya kuruluşlarının da, özdenetim adına, kendilerine koydukları birtakım kurallar var. Meslek örgütlerimizin etik komisyonları var, basın konseyi var, dünyanın her yerinde kendini denetleme kurumları, özdenetim kurulları var. Evet, sağlık alanında ve tüm diğer alanlarda gazetecinin ne yapıp, ne yapmaması gerektiği onun bilinmezi değil, biliyor.

Etik ilkelerin etkin kılınabilmesi için sürekli bir arayış içinde olduğumuz, ek denetleme kurullarının oluşturulduğunu söyleyebiliriz. Ek denetleme kurulları dediğimizde; bizde hiç örneğini görmediğimiz medya kuruluşlarının yönetim düzeyine vatandaşların katılması türünden örnekler de var.

Şöyle bir medya kuruluşu düşünün: Yine sağlık haberciliği açısından gidelim; yönetiminde tabip odalarından insanlar var gazetecilikle hiç ilgisi olmayan, barolardan insanlar var, vatandaşlar var, hasta hakları için mücadele eden birileri var ve bunlar doğrudan medya kuruluşunun yönetiminde de söz sahibiler. Düşünmesi güzel ancak uygulaması zor örnekler bunlar...

Ombudsmanlık da bir ek denetim mekanizması olarak sayılabilir. Farklı ülkelerde, başarılı olan ve olmayan örnekleri var.

Okurların, vatandaşların, farklı meslek gruplarının oluşturdukları derneklerin, örgütlerin denetimi de son derece etkili bir ek denetim mekanizması olabiliyor. Gazeteciler olarak biz bir şeyler üretiyoruz ve bunu tüketenler var. Tüketenler birbirlerinden kopuk bireyler ve problem büyük ölçüde oradan kaynaklanıyor.

Aslında tüketicinin muazzam bir gücü var; bir tüketici bilinci de memlekette yavaş yavaş oluşuyor. Sözelimi; sütünüze su katılıyorsa buna itiraz ediyorsunuz. Aldığınız bir üründe bir defo olduğunda onu iade edebiliyorsunuz. Ama haberlerinize her gün su katılıyor ve bunun yol açtığı sonuçlar iade ettiğiniz ürünlerin defolarından çok daha ağır.

Peki, buna karşın habercilik alanında diğer alanlarda gösterdiğimiz tüketici refleksini neden gösteremiyoruz? Temel neden, haber tüketicilerinin birbirlerinden kopuk atomize bireyler olmalarıdır.

Ne zamanki o kopukluk ortadan kalkıyor ve organize bir haber tüketicisi kitlesi oluşuyor, o andan itibaren içeriklere etki de edebildiklerini görüyoruz.

Sözelimi, çok popüler bir televizyon dizisinde bir gün tellaklarla ilgili olumsuz bir sahne geçiyor. Ama tellakların derneği var ve ertesi gün tellaklar bunu protesto ediyor, konuşuyor, tepki gösteriyorlar. Dizinin bir sonraki bölümünde bu sefer tellakları iyi gösteren, onlardan özür dileyen bir şeyler yapmaya çalışıldığını görüyoruz.

Aslında, en önemli gazetelerin, dergilerin, televizyonların haber merkezlerine herhangi bir haberden dolayı o gün 15-20 telefon gelse, o haberi yapanlar yaptıkları işi mutlaka bir kez daha düşünüyorlar. Tepkileri dikkate almak zorunluluğunu hissediyorlar.

Medyanın tüketici tepkilerini ciddiye aldığı söylemi naif görünebilir. Medyanın ekonomi-politiğinin farkındaysanız, bazı şeyleri düzeltmenin okur tepkisiyle gerçekleşecek kadar basit olmadığını da bilirsiniz.

Medya ve sağlık dediğimizde de her iki tarafta yapısal problemler vardır. Medyanın sahiplik yapısından kaynaklanan, ekonomi-politiğinden kaynaklanan; sağlığın ekonomi-politiğinden kaynaklanan yapısal sorunlar var ve bunları düzeltmek her iki tarafta da çok köklü yapısal değişimleri gerektiriyor.

Kimi zaman “Zakkum Olayı” çok geniş kitleleri etkileyen haberlerin ülke gündemini değiştirmek, kamuoyunun dikkatini temel sorunlardan uzaklaştırmak için iktidarların gerçekleştirdiği bilinçli “siyasi at-raksiyonlar” olup olmadığına dair sorularla karşılaşırız. Bu soruları “Olmaz” diye kestirip atmak mümkün değil. Olabilir!

Siyasetin, zaman zaman, gündem değiştirmek adına medyaya ve haberlere çok fazla müdahale ettiğini biliyoruz.

Medya sahiplik yapısı 1980’lerden sonra bütün dünyada hızla değişti ve geleneksel medya sahiplerinin yerine yeni medya sahipleri geldi. Yeni medya sahiplerinin temel özelliği asıl işlerinin gazetecilikten başka her şey olması, ekonominin her alanında faaliyet gösteriyor olmaları. Bunlar silah sanayiinde varlar, kimya sanayiinde varlar, finans alanında varlar. Bütün o sektörlerdeki yatırımları arasında medya aslında çok küçük bir parça oluşturuyor. Diğerleriyle kıyaslandığında medyadaki kârları ve zararları önemli değil. Medya asıl olarak diğer alanlardaki faaliyetlerini yürütmelerinin, iktidarlara ilişkilerini düzenlemelerinin bir aracına dönüşüyor.

Böyle bir durumda, birtakım haberlerle gündem belirleyip gündemi değiştirmek yoluna girildiğinde güçlü bir mesleki direnişle de karşılaşmıyor. Çünkü, o mesleki tepkiyi, direnci gösterecek, gösterdiğinde etkili olacak güçte meslek örgütleri de yok.

Öte yandan, AKP iktidarının ikinci dönemi denilen yıllarda, Türkiye’de bu sahiplik yapısı bir başka durumla daha örtüştü. Ekonomik olarak tarif ettiğimiz bu yeni sahiplik yapısı, siyaseten de iktidar partisiyle bütünleşip örtüştü. İktidar partisiyle birebir bütünleşmiş bir sahiplik yapısının varlığı, siyasal gerekçelerle gündem değiştirici haber-

ler yapılmasını çok daha kolaylaştırıyor.

Peki, bunları düzeltmek köklü yapısal değişim gerektiriyor ve onu da yapamıyoruz, o halde bırakalım böyle devam edip gitsin mi? Hayır, böyle devam edip gitmesin!

Medyanın bir iş yapma tarzı var, sansasyona çok fazla eğilimli ve okuru/izleyiciyi müşteri olarak görüyor. Sorunların temelinde, haberciliği bir kamusal yarar olarak görmekten uzaklaşmış, ekonominin her alanında faaliyet gösteren büyük holdinglerin elinde olan sahiplik yapısı yatıyor.

Sağlık tarafında da, hastayı müşteri olarak gören hekim ve hastane ve bunu besleyen sağlık sistemi var. Her iki taraf da hizmet verdiği kitleyi/tüketicisini müşteri gibi gördüğünde, müşteri çekmek için her şeyin meşru görüldüğü bir atmosfer oluşuyor.

Sağlık haberciliğinde karşı karşıya olduğumuz ve olumsuz diye saydığımız pek çok örneğin bir ucunda da hekimler var. Kendini parlatmak, daha fazla görünür olmak ve reklam yapmak isteyen hekimler, özel hastaneler... Mucizeyi sunanlar her zaman o “Mustafa Beyler” olmuyor, hekimler/hastaneler de olabiliyor.

Nereniz Acıyorsa Canınız Oradadır

Liberal paradigma içinden bakarak vatandaşları “seçme şansları olan bilinçli özneler” olarak gördüğümüzde, onların neden bilimsel yaklaşımı temel alan hekimlerden ziyade medyanın ve şarlatanların mucize tedavilerine rağbet ettiklerini sorabilir, vatandaşın sorumluluk payı üzerinde de durabiliriz.

Ancak, insanlar her zaman, her şeyin daha kolayına, daha kestirmesine, daha az maliyetli olanına yöneliyorlar ve bu anlaşılabilir bir davranış. Belli sağlık sorunları olan ve onlara çözüm bulmakta zorlanmış bireylerin, çözüm olarak önlerine konulan her şeye özel bir ilgi ve dikkatle yaklaşması da anlaşılır bir şey.

Kilolu ve kiloları yüzünden dertli birinin nerede 3 günde 5 kilo verdiren bir rejim haberi görse ona baktığını kendimden biliyorum. Doğru olmayacağını ve işe yaramayacağını bile bile, ya işe yararsa diye o haber-

leri okuyoruz. Dertliyseniz, bir derdiniz, bir probleminiz varsa mutlaka onun en kestirme, en kolay, en az maliyetli “çözümü” yoluna gidiyorsunuz. O yol sonuçta en maliyetli yol haline dönüşse bile!

Dolayısıyla, medyaya inanmak; üç günde bir mucizeyle bir sorunu çözmek gibi şeylere yönelmek, özellikle de eğitim düzeyi düşüktür, medya okuryazarlığı- sağlık okuryazarlığı yoksa, öne çıkan davranış biçimine dönüşüyor. Hekime gitmek, hekimi bulmak, bunun maddi imkânlarınızla ilgili bir kısmı da var kuşkusuz, daha uzun, daha zor ve daha maliyetli bir yol gibi görünüyor.

Nereniz acıyorsa canınızın orada olduğu gerçeği, vatandaşların bu türden haberlerin peşinden gitmesini anlamayı kolaylaştıran, aynı oranda da tehlikeli olan bir durum. Yıllardır tedavi gördüğü halde sağlığına kavuşamamış bir kanser hastasını, bir Hepatit hastasını düşünün... Kendi hastalığı konusunda o kadar duyarlı ve o kadar da çaresiz kalmış ki... Dolayısıyla onları canın acıdığı yere dair haberlerin gücü inanılmaz olabiliyor. Yalan da olsa, uydurma da olsa bu haberlerin müthiş etkisi oluyor. Bu türden haberler ölçsüz, sınırsız, kontrolsüz yapıldığında gazeteciler de okurlarını gömüyorlar, hekimlerin “hatalarını” gömdüğü gibi.

Sonuç Yerine: Çözümler Üzerine Düşünmek

Sağlık haberciliği alanında hepimizi rahatsız eden sorunların medya ve sağlık sisteminden kaynaklanan yapısal temelleri olduğunu, çözümün de kolay olmadığını görüyoruz. Buna karşın, bırakalım böyle gitsin diyemeyeceğimizi de biliyoruz.

Sağlık haberciliği alanındaki çözüm tartışmaları içinde de “her işin başı eğitim” yaklaşımını görüyoruz.

Okullara medya okur-yazarlığı derslerinin konulması uzun zamandır tartışılıyor ve müfredata da girdi. Bu ders çerçevesinde sağlık haberlerine özel ve geniş bir başlık açılması, ilköğretimden itibaren olumlu ve olumsuz örnekler tartışılarak öğrencilerin farkındalığının geliştirilmesi çözüm olamaz mı?

Kuşkusuz, her alanda olduğu gibi bu alanda da eğitimle yapılabilecek çok şey var. Ancak, Türkiye’nin sıklıkla şikâyet edilen bölünmüşlü-

günün ve kutuplaşmasının, eğitim alanını etkisi altına alan bir boyutu olduğunu düşünüyorum.

Türkiye toplumu dünyayı anlama ve algılama sistemleri üzerinden de bölünüyor ve en vahimi de bu. Bir tarafta, hayatı, dünyayı, toplumu, kısacası her şeyi “bilerek” anlamaya çalışanlar; diğer tarafta da “inanarak” anlamaya çalışanlar var. “Bilmek” ve “inanmak” arasında dağlar kadar fark var ve bilgi üzerinden dünyayı anlayanların, anlamlandıranların, inanç üzerinden dünyayı anlayanlar ve anlamlandıranlara nüfuz edebilmesi de imkânsız hale geliyor.

Eğitim sistemine yalnızca medya okur-yazarlığı ya da sağlık haberlerinin doğru okunabilmesi üzerinden değil, bu bölünmüşlük noktasında ve bütünü üzerinden müdahale etmek gerekiyor. Yani, sağlık konusunda daha bilimsel düşünmek, sağlık okur-yazarlığı eğitimi vermek de önemli, ama onun da öncesinde eğitim sistemimize ilkokuldan itibaren inanarak değil bilerek dünyayı anlayacak nesiller yetiştirme doğrultusunda müdahale etmek gerek.

Eğitim sistemine ilköğretimden itibaren yapılacak köklü müdahale ile eleştirel olabilen, sorgulayan, soruşturan, dolayısıyla daha bilimsel bir anlama sistemine sahip olan nesiller yetiştirilebilirse; o zaman sağlık konularına da daha bilimsel, daha bilgi temelli yaklaşan bir bir yurttaşlar topluluğu olmamız mümkün olacaktır.

Televizyonlardaki tartışma programlarını da kitle eğitiminin bir parçası olarak gören ve oralarda ileri sürülen yalan yanlış düşüncelere gerçek bilim insanlarının neden yanıt vermediğini soranlar oluyor. Bunun yanıtı da büyük ölçüde medya sahiplik yapısının niteliğinde gizli.

İlginç bir şekilde, “profesör” “rektör” ünvanlı kimi insanların televizyon programlarının kadrolu tartışmacısı gibi programdan programa koştuğunu, her akşam bir başka kanalda, hatta birden fazla kanalda görüldüğüne tanık oluyoruz. Bunca zamanı ekranlarda geçiren birinin, bir bilim insanı olarak ne zaman araştırma yapabildiğini, ne zaman ve nasıl üniversitesini yönetebildiğini anlamak zor. Ya laboratuvarında, ya sınıfında, ya üniversitesinde bilimsel üretimle meşgul olanların programdan programa koşacak vakti bulamamaları da anlaşılabilir bir şey.

Sağlık haberciliği alanlarındaki sorunların bu düzeylerde çözümü daha önce belirttiğim gibi yapısal dönüşümlere bağlı ve epey de uzun zaman alacak. Ancak, sağlık haberciliği alanına müdahale etmek adına, şimdiye kadar var olan denetim mekanizmalarının dışında ve belki daha etkin olabilecek bir yapının kurulabileceğini de düşünüyorum.

Bu alanda VII. Sağlık Hukuku Kurultayını yapan Ankara Barosu'nun öncülük edebileceği yeni bir yapı/kurum önermek istiyorum. Bir tür izleme/gözleme/denetim mekanizması. İçinde baronun, tabip odasının, gazetecilik örgütlerinin (TGC, TGS, ÇGD) ve üniversitenin yer aldığı ve belki Sağlık Bakanlığı'nın da ilgi gösterebileceği son derece saygın ve güçlü bir yapı...

Böylesi bir mekanizma ile bütün medyadaki sağlık haberleri gün be gün izlenip taranabilir, düzenli raporlar hazırlanabilir, doğru ve iyi olanı özendiren yanıktan uzaklaştıran ödül ve teşhir yöntemleri bulunabilir. Böylece gerek vatandaşların gerekse de medya profesyonellerinin farkındalığı geliştirilerek, mevcut yapı içinde olabildiğince düzgün sağlık haberlerinin yapılmasına katkı sağlanabilir.

Sağlıkla imtihan ettiğimiz gazeteciliğe notunu verecek en yetkili mecra da böylesi bir yapı olacaktır.

SAĞLIKSIZ HABERLERİN SORUMLUSU KİM?

Faruk BİLDİRİCİ

Gazeteci

Okurlar sağlık haberlerini gerçekten dikkatle izliyor ve itirazlarını da sürekli olarak dile getiriyorlar. Bunu gözlemlerime dayanarak söylüyorum. Hürriyet Gazetesi'nin Okur Temsilcisi (Ombudsman) olarak okurların gazeteyi çok iyi takip ettiklerine tanık oluyorum.

Zaten ombudsman olarak Hürriyet'i kendim sürekli izlemiyorum; yönelttiğim eleştirilerin çoğunu okurlar bana aktarıyor; onların itirazları beni yönlendiriyor. Onların eleştirilerini, itirazlarını Gazete'deki yazılarımda değerlendiriyorum ya da yönetime iletiyorum.

Gazete yönetimlerinin gelen eleştirilerden etkilenmediğini sanmayın. Aynı konuda 3-5 eleştiri geldiğinde ve o eleştiriler Yazı İşleri'nin önüne konulduğunda gerçekten etkileniyor o insanlar ve o konuya daha fazla özen gösteriyorlar.

Bugünlerde önemli gündem maddelerimizden birisi nedir, Zarrab'ın Amerika'da yargılanması. Zarrab ile ilgili Hürriyet'in ve Hürriyet internet sitesinin haberleri veriş şekliyle ilgili iki tür eleştiriler geliyor. Birincisi, "Neden bu haberleri görüyorsunuz kardeşim, orada kumpas var" eleştirileri. İkincisi "Kardeşim orada adam rüşvetten bahsediyor, dönemin Bakanı, Başbakanı işin içine karışmışlar' diye söylüyor, niye bunu yazmıyorsunuz ya da niye başlığa çıkarmıyorsunuz da Ebru Gündeş ayırtısını başa çıkarıyorsunuz" gibi tepkiler...

Gördüğünüz gibi iki taraftan da eleştiriler geliyor. Evet, burası Türkiye. Bizim doğruyu bulabilmemiz için iki taraftan da eleştiriler gelmesi ve Yazı İşleri'ne ulaşması çok yararlı. Yazı İşleri'ni bir gazetenin, bir medya kuruluşunun "Kaptan Köşkü" olarak görürüm. "Kaptan Köşkü"nün toplumda gelişen her şeye karşı duyargalarının açık olması ve orada ne olup bittiğini anlayabilmesi lâzım! Oysa "Kaptan Köşkü"ne eleştiri gelmezse, -Zarrab ya da sağlık haberciliği konusunda diyelim-

önünü göremez hale gelir. Gerçekten o “Kaptan Köşkü” nün önünü görebilir hale gelmesini istiyorsanız her konuda, sadece sağlık değil her konuda eleştirilerinizi iletmelisiniz bence. Ama tabii bir dipnot koymam lâzım; hakaret etmeden, küfür etmeden... Bunu vurguluyorum. Çünkü Türkiye’deki alışkanlıklardan birisi de o maalesef. Eleştiriler hep öyle geliyor.

Sağlık haberciliği konusunda vereceğim örnekler, tabii ki Hürriyet’ten. Çünkü benim çalışma alanım Hürriyet. Ama bu demek değildir ki, bu dile getirdiğim örneklerdeki yanlışlar başka gazetelerde, televizyonlarda sergilenmiyor, tekrarlanmıyor. Evet, onlarda da var. Hatta daha da ağırları oluyor. Ama Hürriyet’in farkı şu; biz bu hataları açığa çıkarıp onlardan arınmaya çalışıyoruz ve bunu da okurumuzun gözü önünde şeffaf bir şekilde yapmaya çalışıyoruz. Çünkü gazetecilik şeffaf bir meslek ve biz buna inanıyoruz.

Şöyle bir örnekle başlayayım: “Memelerine silikon taktıran kadınlar suda batmaz mı?” ya da “Ateş edildiğinde kurşun o silikona çarpıp seker mi?” ya da “Silikon taktıran kadınlar üşümez mi?” Espri gibi geliyor bu sorular. Ne yazık ki espri değil. Bunu bir doktor gazetemizin Avrupa baskısında yazdı, yazdı resmen. “Silikon taktırmanın faydaları” yazının başlığı. İşte “Silikon taktıran kadınlar üşümez, memelerine çarpan kurşun seker, hatta kapılarının önünden Ferrari eksik olmaz erkekler peşinde koşar” diye yazdı.

Tabii ki okurlarımızdan tepkiler geldi, ben de sağ olsun doktor olan bu yazarımıza sordum; “Nasıl böyle bir şey yazabiliyorsunuz, neye dayandınız?” Olanca ciddiyetimle sordum inanın. “Ben esprili bir yazı yazdım ve bundan sonraki yazılarımda ‘Lütfen burada gülün’ diye yazarım” dedi ve ben de “Eyvallah” dedim. “Kardeşim sen bir sağlık yazısı yazıyorsun, sağlıkla ilgili bir yazıda espri yapamazsın, o bir mizah yazısı değil. Eğer sen bir mizah yazısı yazmak istiyorsan gider başka bir yerde, başka bir köşede yazarsın. Ama sağlıkla ilgili şaka yapılmaz, sağlık şaka kaldırmaz. Böyle bir şey, hele hele sadece sağlık değil burada cinsiyetçi bir yaklaşım var, kadınları aşağılayan bir yaklaşım var ve bunu Hürriyet gibi bir gazetede asla yapamazsın” diye yazdım. Ve bu arkadaşın yazıları da bitti.

Bakın bu insan bir doktor ve bunu kaleme alabilecek cüreti kendisinde görebiliyor. Neden? Çünkü orada öyle yazarak dikkat çektiğini düşünüyor. Günlük hayatında yaptığı bayağı esprileri orada yazabileceğini düşünüyor. Oradan da kendisine hasta ya da başka bir deyişle müşteri gelecek diye düşünüyor. Muhtemelen bütün amacı bu, başka bir şey değil.

Son zamanlarda çok tartışılan bir konuya geleyim. Prof.Dr.Osman Müftüoğlu, Hürriyet'te yazdı. Müftüoğlu yazısında "Dünya Sağlık Örgütü yaşlılık kategorilerini değiştirdi, artık bundan sonra 66-79 yaş arası yaşlı değil, 79'dan sonrası yaşlı kabul edilecek, Dünya Sağlık Örgütü'nün kararı böyle" dedi.

İyi, 79'dan sonra yaşlı kabul ediyorsa bu iyi tabii ama bildiğim kadarıyla Dünya Sağlık Örgütü ve doktorlar genel olarak 60-65'ten sonrasını -tabii ülkenin gelişmişlik düzeyine göre- yaşlı kabul ediyorlar. Ben okuyunca şaşırımdı doğrusu! Hemen arkasından okurlardan eleştiriler geldi, "Dünya Sağlık Örgütü'nün böyle bir kararı yok" dediler.

Doktor olarak şunu söyleyebilirsiniz; "Artık ortalama ömür uzuyor, dolayısıyla insanlar daha genç görünüyorlar, onlar yaşlı değildir, bence böyledir." Fakat kişisel düşüncenizi dile getirmek başka, "Dünya Sağlık Örgütü böyle bir karar verdi" demek başka bir şey. Hele bir bilim insanı bunu asla yapamaz ve yapmamalı zaten!

Osman Hoca'ya sordum, "İyi güzel ama okurlardan itiraz var. Neye dayanarak yazdınız acaba bu Dünya Sağlık Örgütü kararını?", Cevap inanılmazdı benim için, "Bir arkadaşımın Whatsapp mesajı geldi, ona dayanarak yazdım" dedi. "Hocam onun kaynağı neymiş peki?" diye sordum. Kaynak şuymuş: "Brilyonet" diye bir internet sitesi. "Brilyonet" e baktım, Endonezya kaynaklı bir web sayfası. Endonezya nere, Dünya Sağlık Örgütü nere, Allah aşkına yani! O da üstelik bir gazete bile değil, bir gazetenin eki. Ne kadar ciddiye alınabilir ki! Baktım olacak gibi değil, Dünya Sağlık Örgütü'ne sordum. Sağ olsunlar, onlar da böyle hemen cevap vermiyorlar. Resmen iki ay boyunca Dünya Sağlık Örgütü'nün Türkiye Ofisi'ne, Avrupa Ofisi'ne, Merkezi'ne, her yere e-posta gönderdim ve sonunda bana cevap vermek zorunda kaldılar, "Böyle bir kararımız yok" dediler.

Ondan sonra Müftüoğlu'na ilettim, Müftüoğlu bu yanlışı düzeltti; “Evet, Faruk Bildirici Dünya Sağlık Örgütü'ne sordu, böyle bir karar olmadığını söyledi.” Bu noktada biraz duralım. Peki, o zaman biz ne yapmış olduk? İnsanlara yanlış yere bir umut vermiş olduk, gerçeğe dayanmayan bir bilgiyi yazdık. Bir kişiye, “Sen çok genç görünüyorsun” diyebilirsin, hiçbir sakıncası yok. Ama “Dünya Sağlık Örgütü yaşlılık kategorilerini değiştirdi” dediğiniz zaman başka bir evrene götürüyorsunuz insanları. Böyle bir şeye hakkınız yok tabii ki!

Ama burada kalmadı, sağ olsun Ertuğrul Özkök'ün hayalleri yıkılmış, aldı benim yazıya cevap verdi, “Bizim okur temsilcimiz yememiş içmemiş Dünya Sağlık Örgütü'ne sormuş. Onlar da böyle bir karar olduğunu yalanlamışlar, bir gecede yeniden yaşlı olduk” diye yazdı. Evet suç bende, yanlış yazanda değil, düzeltende suç! Bir günde yaşlandırdığınız için üzgünüm!

İstemezdim bir gecede yaşlanmasını ama ne yapayım, gerçek değil. Ertuğrul Bey bu sefer buna karşı Bill Andrews adlı bir doktoru buldu. Bill Andrews'u bir şirket Türkiye'ye getirmişti. “Telomer” tedavisi diye bir tedaviyi öngörüyor. Bu “Telomer” konusu hakikaten Nobel çalışması ve bu konuda çalışan insanlar Nobel'de almışlar, ciddi bir konu; yani insan vücudunda yaşlanmaya neden olanlar, telomerlerin kısalması. Telomer'i şöyle tanımlıyorlar: Ayakkabı bağlarının ucundaki metal kısımlar olur ya, onlar onu tutar, hücreleri tutan yapı ve biz yaşlandıkça o bağcıklar kısalıyormuş. Telomerler kısalınca vücuttaki bütün organlar yaşlanıyormuş. Bu bilimsel bir çalışma ve netleşmiş durumda.

Telomerlerin kısalmasının nasıl önleneyeceği konusunda henüz bilimsel bir veri yok araştırdığım kadarıyla. Bill Andrews diyor ki, “TA-65 diye bir madde buldum. Bu da Astragalus adlı bir bitki özütü aslında. Astragalus yani Çin Geveni. Anadolu'da var, Geven diye biliyoruz. Bill Andrews, bu bitki özütünü almış, TA-65'e dönüştürmüş; “TA-65 alan insanların telomer kısalması durur ve dolayısıyla yaşlanmazlar, gençleşirler” diyor.

Peki, güzel! Dayanağın ne kardeşim? Amerika'da FDA bunu onayladı mı ilaç olarak? “Hayır, bu ilaç değil bitki özütü” diyor. İyi de Astragalusu satan zaten bir dolu firma var. Ama bunları yaşlanmayı önleyici diye satmıyorlar. Bağışıklık güçlendirici destek, takviye bitki özütü diye

satıyorlar. Bu doktor böyle sunuyor, böyle reklam yapıyor.

Ertuğrul Özkök bunu yazdı, ben de araştırdım. Gerçekten bu doktorun bilimsel bir çalışması yok. TA-65 için bir kere hayvan deneyi yapılmış. Başka deney yok. Dolayısıyla bu ürünle ilgili söylediklerinin bilimsel bir tarafı yok. Bu öğrendiklerimi gazetede yazdım ve bunun üzerinden yeni bir tartışma çıktı.

Bence bu “Telemor” ve Bill Andrews tanıtımları tamamen ticari bir atraksiyondur. Maalesef Özkök’ün yazısının yayımlandığı gün Hürriyet’te bir de Ayşe Arman’ın söyleşisi çıktı. Onun söyleşi yaptığı kişi de ünlü sanatçı Sertap Erener. TA-65 kullanmaya bir yıl önce başladığını ve o sayede gençleştiğini falan anlatıyor Sertap Erener. Bundan iyi tanıtım mı olur?

Bakıyorsunuz binlerce liraya satılıyor bitki özütü. Ayrıca testleri de var ve bir ton para veriyorsunuz. Ben biraz araştırdım, bu bitki özütünün 1-1,5 ay kadar önce tanıtım toplantısı yapılmış, Sertap Erener de orada bulunmuş. Hatta konuşma yapmış ve ürünün reklam panoları önünde fotoğraf çekirtmiş. Ünlü bir kadın sanatçı, eğer maddi bir karşılığı olmasa bir markanın reklam panosu önünde fotoğraf çektirir mi? Mümkün değil böyle bir şey, bu PR çalışmasından başka bir şey değil. Bu düşüncemi de yazdım gazetede. Sertap Erener’den “Hayır bu bir PR çalışması değildir, ben hiçbir karşılık almadım” gibi bir itiraz da gelmedi.

Düşünebiliyor musunuz, biz gazeteci olarak maalesef hiçbir bilimsel dayanağı olmayan bir ürünü ilaç diye topluma sunmuş olduk. Muhtemelen birçok insan yazılana inanmıştır ve o bitki özütünü kullanıyordur. Sertap Erener’in TA-65 sayesinde gençleştiğine de inanıyorlardır. Onların kaçısı benim yazdığımı görmüştür ki? Bir kere yazdıktan sonra ne kadar yanlış diye yazsanız, uyarısanız da düzeltmek kolay olmuyor. Yanlış tedavüle sokmak doğruyu anlatmaktan daha zor maalesef.

Gazeteci olarak bitkilerle sınavımız sadece Bill Andrews/T65 meselesinde değil. Bizde bir de “Bitkilerin Efendisi” gibi insanlar var biliyorsunuz. Bir dolu böyle kendine özel isimler veren, hatta sırf bu nedenle Beştepe’deki Saray’da danışmanlık yapan insanlar var. Toplumumuzda onlara itibar ediliyor. Ama ilaç diye sattıkları bitki karışımları ne kadar

işe yarar? Bilen yok. Bilimsel açıdan kanıtlanmış yararları da yok zaten.

“Bitkilerin Efendisi” diye tanıtılan kişi, Profesör Doktor Ahmet Maranki, Hürriyet’te bir dizi yaptı. Bitkilerin sağlığa etkileri, hastalıklarla ilgili görüşlerini yazdı. Ben biyografisine baktım. Tıbbi konulardan söz ediyor, “Profesör Dr.” diye sunuyor kendisini ama tıp eğitimi almış değil. Bakü Üniversitesi’nden yetişmiş, orada ders vermiş. Aslında ekonomi eğitimi almış ve tıpla hiçbir ilgisi yok; kozmik, şifalı bitkilerin tanıtımını yapıyor. İnsanlar da kapısında kuyruk vaziyetinde. Büyük paralar kazanıyor.

Yine de bir gazeteci olarak, “Bitkileri yazmayalım, alternatif tıbbi bir kenara bırakalım, görmezden gelelim” demiyorum. Ama “Bitkilerin Efendisi” denilen kişinin, bir bitkinin bir hastalığa iyi geldiği sözlerini yazıyorsak, hemen yanına bir bilim insanının karşı görüşünü de koymalıyız. Böylece o bitkinin kullanımının sakıncalarına da dikkat çekilmiş olur.

Bakın, sağlık o kadar hafife alınmayacak bir konu ki, “Herkes maden suyu içsin, herkese iyi gelir” bile dememelisiniz. Fakat maden suyunun bazı insanlara zarar verebileceğini de düşünmek durumundayız. Ben doktor değilim, ama yazılıp çizilenlerden öğrendiğim herkesin maden suyu içmemesi gerektiği. Neden? Çünkü biliyorsunuz maden suyunda tuz da var; tuz oranı yüksek olan maden suları, tansiyon sorunu olanlarda tansiyonu yükseltiyor ve zarar veriyor.

Bir bitki şu konuda yararlıdır derken de o bitkinin bazı insanlara zararı olabileceğini, her insanın sağlık durumunun aynı olmadığını düşünmek ve buna da dikkat çekmek durumundasınız. Örneğin “Adaçayı için” dersiniz, evet adaçayı uyarıcıdır. Fakat çok içilirse karaciğere zarar verebilir. Bunu da söylemek durumundasınız. Bitkiler meselesi ilaçlar kadar hassas bir konu. Kısacası “Bitkilerin Efendisi” gibi “Şu bitki şu hastalığa iyi gelir” demekle iş bitmez.

Başka bir sorun. Biz gazeteciler maalesef insanlara boş umutlar vermekte son derece mahiriz. Bir bakıyorsunuz kilolu insanlara umutlar veriliyor, mucize operasyonlar çıkıyor ortaya, mide kelepçeleri şunlar bunlar. Bir bakıyorsunuz bir doktor ortaya çıkıyor her şeyi tedavi ettiğini söylüyor, biz de aynen yazıyoruz. Mesela, son zamanlardaki muc-

zelerimizden biri de biorezonans. Titreşimler yoluyla bazı hastalıkları iyileştirdiğini öne süren alternatif bir tıp dalı. Alerji falan gibi, sigara içenlerin sigarayı bırakmasında etkili olduğu söyleniyor. O da tartışılabilir. Ama Hürriyet'in Ege ekinde bir yazı çıktı, başlığı da "Doktor Mucize". Okurlardan itirazlar geldi, ben de baktım nasıl bir mucizeymiş diye. İnanılmaz bir şey, alerjiden fıtığa, hatta kansere kadar birçok hastalığı biorezonans ile tedavi ediyormuş o doktor.

Haberi yazan arkadaşşa sordum, "Benim annemin şöyle bir hastalığı vardı, onun tedavisinde gayet yardımcı oldu" dedi. Annende yararlı olabilir, bu kişisel bir durum. Ama sen oradan yola çıkarak bütün okurlara, "Bu doktor her şeyi tedavi ediyor" diyorsun, böyle bir şey olamaz. Üstelik bu doktorun İstanbul'da da şubesi var, o kadar fazla talep gelmiş ki İzmir'de de şubesini açmış. İnsanlar kapısında kuyruk.

Tekrarlayayım, insanlara boş umutlar vermememiz gerekiyor. Biorezonans sigarayı bırakma vesaire gibi konularda etkili olabilir; belki başka hastalıklarda zararı vardır. Daha önemlisi bizim ticari birtakım atraksiyonlara aracı olmamız gerek. Hele hele orada ücretsiz tedavi olup veya annenizi tedavi ettirip ondan sonra gazetede o doktorun tanıtımını yapmamanız gerek. Yaparsanız ayıp olur. Gazetecilik etiğine aykırı davranmış olursunuz.

Birkaç örnekle devam edeyim. Şöyle bir haber: "Kürtaj baskınından tecavüz iddiası çıktı". Bugün Türkiye'de kürtaj yasak mı, sınırlandırılmış durumda ama yasak değil. Siz böyle haberler verirsiniz kürtaj sanki tamamen yasakmış gibi bir algı çıkar ortaya.

Başka bir örnek. Bir dönem biliyorsunuz Kırım Kongo kanamalı ateşi yaygındı, bir doktor hastasını iyileştirmeye çalışırken, iğne yaparken eline battı ve ondan dolayı da yaşamını kaybetti. Şimdi bu doktorun haberini biz nasıl verdik, "Yanlışlıkla Harakiri" dedik. Düşünebiliyor musunuz, o doktor harakiri falan yapmış değil, sadece hastasını iyileştirmeye çalışıyordu. O doktor aşağılanıyor, iyi niyetle bir insanı kurtarmaya çalışan insanla alay ediliyor.

Sağlıkçılarla ilgili haberler yeterince araştırılmıyor. Bütün haberlerde yapmamız gereken çifte kontrol ve karşı tarafın görüşüne yer verme unsuru hep eksik bırakılıyor. Neden? Bir olay vardı; kadının birisinin

yüzünde tümör çıkmış, tümör alınmış ve yüzü hakikaten bakılamayacak derecede çok kötü. Kadın ortaya çıkmış, “Beni çirkinleştirdiler, doktorlara dava açacağım” diyor, haber bu. Haberde doktorun görüşü yok. Doktora soruyorsun, “Bizim için aslolan insan hayatıdır, öncelikle insan hayatının kurtarılmasıdır ve fiziki güzellik ondan sonra gelir” diyor. Buna itiraz edebilecek olan var mı? Bence olmaması gerek.

Maalesef haberde bunlar yok. Oysaki doktor, “Evet hayatını kurtardık, tümörden kurtardık şimdi fiziki açıdan bakılır” diyor. Biz bir yandan da doktorlara şiddetten, dövülmelerinden, öldürülmelerinden yakınıyoruz. Fakat doktorlara yönelik şiddetin artmasında medyanın payı var mı? Bence var, çünkü bu tür yanlış, eksik ve doktorları tek yanlı olarak suçlu gösteren haberleri çok yazıyoruz.

Hasta yakınlarının meseleye sübjektif yaklaşması, doktorları suçlaması son derece doğal. Ama onların suçlamasıyla yetinmeyip karşı tarafa da sormak, onların görüşüne de yer vermek gerek. Ama tabii hemen söyleyeyim doktorlar ve Sağlık Bakanlığı da bizimle iletişime açık olmalı. Bir şey sorduğumuz zaman hemen anında refleks gösterip bizi yanıtlayıp onun öyle olmadığını, gerekçelerinin neler olduğunu anlatmaları gerekir ki haberler tek taraflı olmasın. Maalesef, Sağlık Bakanlığı, hastane yöneticileri ve doktorları medya ile iletişimi sorunlu. Başarılarını anlatmaya her zaman hazırlar. Fakat iş hatalara, eksiklere ve sorumluluğa gelince kapanıyorlar.

Biz somut gelişmelere dayanmadan “Kanserin tedavisi bulundu” gibi boş umut verici haberler yazmamalıyız. “Kanser hastası öldü” gibi başlıklar da atmamalıyız. Çünkü insanları bu seferde umutsuzluğa sevk ediyoruz. Ne fazla umut, ne tamamen karamsarlık ikisini de yapmamak gerekiyor.

Sorunlardan biri de şu: Sağlık konusunda medyada sürekli çelişen bilgiler veriliyor. Bir doktor şunu yiyebilirsiniz diyor, öbürü yememelisiniz diyor. Bazen bakıyorsunuz aynı doktor iki yıl sonra farklı şeyler söylüyor.

Tabii ki bilimsel gelişmeler oldukça sağlıkla ilgili yaklaşımlar değişebilir, bu son derece doğal. Ama bir bilim insanıysanız yapacağımız şey basit; ben önce söylemiştim bu değişti, şu nedenle şöyle oldu, çünkü

şunlar bulundu, şu araştırmada şunu gösterdi gibi gerekçesini de açıklamak zorundasınız. Aksi halde inandırıcı olamazsınız. Örnek vermek gerekirse, yumurta önce neden zararlı ilan edildi de şimdi neden yararlı deniyor okur ve gazeteci olarak ancak öyle anlayabilirim.

Evet, gazetecilikte eksikliklerimiz, hatalarımız, etik sorunlarımız var. Hem de çok fazla. Fakat temel sorunumuz ticarileşme. Sağlıkta ticarileşme bütün değerlerin üzerine çıktı. Para kazanma insan hayatından daha önemli hale geldi. Şirketlerin çıkarları, hastanelerin ve kimi doktorların çıkarları her şeyin önüne geçti. Ekonomiden yargıya kadar birçok alanda olduğu gibi sağlıkta da maalesef kamu yararı bir yana bırakıldı.

Hastaneler ve kimi doktorlar, ne yazık ki, medyayı daha çok para kazanması için tanıtım aracı olarak görüyor. Bunun için gazeteciyi yanıltmayı da göze alanlar çıkıyor. Örneğin bir doktor gazeteciyi arıyor, “Ben falan hatalığın tedavisinde yeni bir yöntem buldum” diyor ve gazeteci de hiç sorgulamadan yazıyor bunu. Ertesi gün bakıyorsunuz birçok doktorun uyguladığı yaygın bir yöntemmiş. Doktor niye yapıyor bunu? Çünkü para kazanmayı amaçlıyor. Aslında doktorların bunu yapmasına tıp etiği de engel...

Özetlersem, elbette hem sağlık sektörünün hem de biz gazetecilerin sağlık alanına bakışında etik ve yapısal problemler var. Fakat temel problem sağlık alanının ticarileşmesi. Sağlık Bakanlığı’ndan, doktorlara, Tabipler Birliği’ne ve ilaç şirketlerine kadar herkesin ticarileşmenin sakıncaları konusunda kafa yorması gerektiğine inanıyorum.

İnsan hayatının ve kamu yararının yeniden birinci hale gelmesi için çalışmamız lazım. Evet, herkes para kazansın, gazeteler de kazansın, doktorlar da, hastaneler de... Buna itirazım olamaz. Ama sağlığın temel amacının insan hayatı olduğunu unutmadan...

SAĞLIK HABERLERİNE FARKLI BİR BAKIŞ VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Esra ÖZ

Bilim, Sağlık ve Teknoloji Habercisi,
Biyolog

Sağlık haberciliği denildiğinde aklınıza hastalıklar, doktorlar, ilaçlar, tıbbi cihazlar gibi birçok alan gelir. Bu alanda araştırma yaparken anlaşılması güç bol miktarda Latince kelime ve tıbbi terminoloji ile karşılaşmanız ve aralarında kaybolmanız mümkün. Sağlık muhabiri eğer bu alanda yeni çalışmaya başlamışsa, karşısındaki haber kaynağı yıllardır uygulanan bir yöntemi yeni bulunmuş gibi anlatabilir. Haber yapılır ve okuyanlar sorgulamadan, şüphelenmeden alıp yeni diye inanabilir.

Sağlık muhabiri, bu alanda çalışmaya başladığında farklı bir dünyanın kapılarını aralar. Bir sağlık muhabiri öğrenip, çevresini genişletirken aynı zamanda da insanlara en önemli bilgiyi yani sağlıklarıyla ilgili yenilikleri aktarır.

Bilim, sağlık ve teknoloji haberciliğinde uzmanlaşma olmadığı için gazetecilerin bakış açısı ele alınmaz. Bilim ve sağlık okuryazarlığı konusu ise, akademik çalışmalarda teorik bilgilere sıkışıp kalan ve pratikle hiç ilgisi olmayan konulara değinmesi de bu alanın gelişmemesinde etkili oluyor.

Sağlık Haberlerine Farklı Bakış

Dört yılı aşkın süredir üzerinde çalıştığım “Sağlık Haberciliğine Yön Verenler” yazı dizisini kitaplaştırdım. İletişim fakültesi akademisyenleri, sağlık muhabirleri ve bürokratlarla yaptığım sağlık haberciliğinin sorunları ve çözüm önerilerini içeren röportajlarımı, “Sağlık Haberlerine Farklı Bakış” adlı kitabımda topladım. Türkiye’de ilk defa böyle bir çalışma yapıldı.

Çalışmayı, sağlık iletişimi ve sağlık haberciliğinin geliştirilmesi, sağlık okuryazarlığı ve medyanın bilinçlendirilmesi amacıyla hazırladı. Amacım; hem sağlık haberciliğinin medyadaki yerini belirlemek hem de sağlık haberciliğinin uzmanlaşmasına katkı sağlamak.

Sağlık Haberciliğinde Uzmanlık Neden Gerekli?

Sağlık haberciliği, gazetecilik mesleğine adım atar atmaz, haber yazmayı öğrenirken yapılacak bir iş değildir. Sağlık haberlerinin emin ellerde olması gerekir. Uzmanlaşma için gazetecilerin haklarının savunulması gerekiyor. Doğru, etik ve güvenilir sağlık haberlerinin, sağlıklı yaşamın önemli unsurlarından biridir. Sağlık haberciliği ve iletişimi üzerine çalışan hocalarımıza ulaştım, bu alana emek vermiş meslektaşlarımla görüştüm. Bu kitap, sağlık haberciliğinde bir dönemin bakış açısını ortaya koymaktadır. Kitapta; gazeteciler haber yaparken nelere dikkat ediyor, akademisyenler bu alanda yapılan çalışmaları nasıl değerlendiriyor, bilinçli bir adım atılması için öncülük edecek görüşler neler gibi konu başlıkları yer alıyor. <https://www.cnnturk.com/yazarlar/guncel/esra-oz/saglik-haberleri-sakaya-gelmez>

Medyada Uzman Sağlık Habercilerine Yer Açılmalı

Kuralları oluşturulduğunda sağlık haberciliğinin çok daha iyi bir noktaya ulaşacağını ve yanlış sağlık haberleriyle karşılaşmayacağını düşünüyorum. Üzücü bir nokta da insanlar her haberi doğru olarak algılıyor. Mesela, doğal olana karşı sevgi ve inançla yaklaşan insanlar hata yapmaya daha fazla yaklaşıyor. Sağlık haberlerindeki yanlışları gördükçe bu alandaki uzmanlaşmanın ne derece elzem olduğunu daha iyi anlıyorum. Sağlık okuryazarlığının gelişmesi ve insanların bilinçlenmesi için öncelikle medya kuruluşlarında uzman sağlık muhabirlerine yer açılmalı ve sağlık muhabirlerine, çeviri yapan ve istihbaratta yer alan gazetecilere de eğitim verilmeli. Gazetecilik gün geçtikçe kan kaybediyor ve güven sorunu yaşanıyor. Sağlık haberciliğinde ise bu durum çok daha fazla hissediliyor. Tabii geleneksel medyada çalışan gazetecilerin, sosyal medyaya kanalize olması biraz zaman aldı. Bu süreçte sosyal medya fenomenleri reytinglerinin yükselmesi için çalışırken, medyanın adapte olma sürecinin gecikmesi ile birlikte kan kaybı başladı. Bu süreçte gazeteci sayısı azalırken, sosyal medya fenomeni adı altında birçok kişi gerek takipçi satın aldı gerek dikkat çekebilmek için çok uğraştı.

Tabii ki sosyal medyada da iyi içerik üretenlerle kötü içerik üretenlerin farkı çok net şekilde görülebiliyor. Bu nedenle internet haberciliği konusunda da geleneksel medyadan gelen gazetecilerin bu geçişe ayak uydurması gerekiyor.

Ajansların anlaştığı sosyal medya fenomenleri kurumlara ve firmalara istedikleri şekilde lanse edilmeye çalışılıyor. Bunda da en önemli etken işbirliği yapabildikleri fenomenleri ön plana çıkartmak oluyor. Bu durumdan en fazla geleneksel medya zarar görüyor.

Gazetelerin ve televizyonların darboğaza girdiği şu günlerde medyanın reklam fiyatlarının pahalı olduğunu söyleyen bazı firmalar sosyal medya fenomeni adı altındaki kişilere inanılmaz rakamlar ödeyebiliyor. Etki ölçümünün yapılmadığı bu sistemde sahte takipçi, sahte yorum ya da sahte beğeni kısaca sanal ve yalan bir dünyada net bir geri bildirim olmasa da öyle gibi lanse edilen durumlarla karşılaşılabilir. <https://www.cnnturk.com/yazarlar/guncel/esra-oz/saglik-haberleri-sakaya-gelmez>

Medya Bukalemun Etkisinden Korunun

Medyada reyting kazandıran en önemli alanlar bilim ve sağlık haberleridir. Bu haberlerde ilginç şekilde konular değişse de konuşan “uzmanlar” hep aynı oluyor. İşte ben bu duruma “medya bukalemun etkisi” diyorum. Bu durumdan korunmak için de medya okuryazarlığı bilinci oluşturulmalı.

Tüm dünyada ilginç bir şekilde belli alanlara yoğunlaşan uzmanlardan alınan bilgiler doğrultusunda hep farklı isimlerle karşılaşırken, ülkemizde bir avuç kişi dışında sanki kimse yok algısı oluşturuluyor.

Buna göre bilim ve sağlık alanında işin uzmanı olmayan muhabirler, PR desteği ile sürekli kendini gündemde tutmaya çalışan bazı isimleri medyada sürekli karşımıza çıkartıyor. Bu durum da bukalemunların çoğalmasına neden oluyor

Gelin bukalemunlara biraz daha yakından bakalım. Bukalemunlar, bulundukları ortamın rengine dönüşebilirler. Böylece göze batmadan bulundukları ortama uyum sağlarlar. Böylece reyting getiren konu neyse hemen o konuya uyum sağlarlar. Bukalemunlar, sakın ve yavaş hare-

ket ettikleri için kimsenin dikkatini çok fazla çekmezler.

Ülkemizde her konuda konuşan ve “uzman” adı verilen kişiler, gazetecilerin acil durumlarda görüş almak istediğinde bilip bilmeden konuşanlar nedeniyle yanlış haberler yapılıyor.

Aslında bu sorunun temelinde yine alanında uzmanlaşmamış bilim, sağlık ve teknoloji editörlerinin olmamasından kaynaklanıyor. Gazetelerde gördükleri, sosyal medyada popüler olan isimler üzerinden reyting kovalayan editörler, insanların hatalı bilgiler edinmesini ve yanlış yönlendirilmelerine neden oluyor. <https://www.cnnturk.com/yazarlar/guncel/esra-oz/medya-okuryazarligi-bilinciyle-medya-bukalemun-etkisinden-korunun>

Uzman Görüşü Toplumu Etkiler mi?

Haberlerde bir konu ile ilgili ünlü bir uzmanın görüşüne yer verildiğinde, bunun kamuoyu üzerinde etkisi çarpıcıdır. 1993 tarihli Public Opinion Quarterly’de yayımlanan bir araştırmaya göre; New York Times’ta yayımlanan tek bir uzman görüşünün yer aldığı haber öyküsünün, ülke çapında kamuoyunda yüzde 2’lik bir değişiklik yapabildiği görüldü. <https://academic.oup.com/poq/article-abstract/57/2/191/1886924>

1987 yılında The American Political Science Review’de yayımlanan araştırmaya göre ise, ulusal televizyonda uzman görüşü yayımlandığında, kamuoyunun yüzde 4 oranına kadar değiştiği ifade edildi. <https://www.cambridge.org/core/journals/american-political-science-review/article/television-news-and-citizens-explanations-of-national-affairs/B40CD6916AF2585485B75BB49ACB355E>

Araştırmaların da gösterdiği gibi, medya bukalemun etkisinden kurtulmamız gerekiyor. Medya bukalemunları yerine, alanında uzman gerçek bilim insanlarını toplumla buluşturmalıyız.

Sağlık Okuryazarlığı Bilinci Gelişmeli

Sağlık haberciliğinin gelişmesi için öncelikle sağlık okuryazarlığı bilincinin gelişmesi gerektiğini savunanlardanım; çünkü eğer gazeteci, öncelikle gazeteci ile başlamalı, nitelikli olursa toplum o kadar nitelikli bilgi alır. Ama gazeteci ne kadar niteliksiz olursa toplum da o kadar

cahil kalır. Gazeteciler öncelikle haber kaynaklarını ve verileri belli bir süzgeçten geçirmeli, hem haber kaynağını hem işlenen konuyu hem de ele alınacak dili gazetecinin kendisi belirlemesi gerekir. O yüzden de sağlık okuryazarlığı bilincinin öncelikle gazetecilerle, sonrasında toplumla ve diğer paydaşlarla birlikte geliştirilmesi gerekiyor ki, sağlık haberleri o anlamda nitelikli hale gelsin.

Hedef Kitleler Farklılık Gösterir

Sağlık haberleri dediğimiz zaman hep halka yönelik haberler akla geliyor. Oysa sağlık profesyonellerine yönelik de haberler çalışılıyor, ben iki tarafta da çalıştım. Bir süre sağlık profesyonellerine yönelik haberler yaptım, şimdi halka yönelik haberler hazırlıyorum. İkisinin de dili farklı; öncelikle sağlık profesyonellerine yönelik yapılan haberler gerçekten onların da bilmediği konularda olmalı ki, sağlık profesyonelleri okuyabilsinler. O yüzden de bu alanda biraz daha pışınca ve gelişince ona göre haber kaliteniz ve niteliğiniz artıyor.

Geri Bildirimler Medyanın Gelişmesini Sağlar

Gazetecinin gelişimi, okuyuculardan gelen geri bildirimlerle oluyor. Benim okuyucu kitlem gerçekten çok dikkat eder, uzun yıllardır eleştiren ve anında tepki veren bir kitle olduğu için haberlerimin kalitesini ona göre yükseltmeye çalıştım. Bu nedenle de mutlaka halka yönelik yapılan haberlerde de geri bildirimde bulunulması gerekiyor, doğru veya yanlış olarak ya da neresi özellikle dikkat edilmediyse veya dikkatten kaçtıysa ona vurgu yapılarak. Çünkü gazetecilerin de meslek hayatı çok parlak değil, çok muhteşem koşullarda çalışmıyor, zamanla yarıyorlar ve kendilerini geliştirebilmek adına çalışırken haber müdürlerine de haberi beğendirmeye çalışıyorlar.

Sağlık Okuryazarlığı Bilinci Gelişmeli

Sağlık okuryazarlığında belli noktalar vardır. Şifa dağıtan bitkilerden söz ediliyor. Haber başlıklarına baktığımızda genellikle “şifa” kelimesi vardır. “Her derde deva” diye tanıtılan ürünlerle karşılaşırız. Bunu sürekli vurguluyorum; “Eğer bir şey her şeye iyi geliyorsa, her derde deva ise bunun arkasında bir PR çalışması mı var acaba?” diye bir soru işareti koymak gerekir. Çünkü, bir şey her derde deva gelmez; ama eğer her yerde bunu görüyorsanız bunun arkasında bir PR çalışması vardır

diye mutlaka düşünün. Çünkü, genellikle haberler böyle veriliyor ya da evde yapılan maskeler, doğal ürünler, saç uzatan tarifler genellikle mutfağa yönelik oluyor. Haberlerde dikkat ederseniz, mutfağı güzellik salonuna çevirirsiniz, bir şeyleri karıştırıp yüzüne sürerseniz, -ki bunu sosyal medyada çok görüyoruz ve buna dur denilmesi gerekiyor,- bence hukuki olarak sınırlama getirilmesi gerekiyor. Çünkü, sosyal medyada herkes istediği gibi, istediği ürünü paylaşıyor, istediği ürünün reklamını yapıyor. Hatta bu doğal yüz maskelerinden bir tanesiyle ilgili birisi var bunun PR'ını yapıyor, kırmızı toz biberi insanların yüzüne sürmesini öneriyor. Onun yapabileceği yanık ve etkiyi ben düşünemiyorum.

Detoks Tariflerinden Uzak Durun

Zayıflama ya da beslenme insanların en hassas olduğu noktalardan bir tanesidir ve insanlar zayıflayabilmek adına gerçekten her şeyi yapıyorlar. Detoks tarifleri de bu anlamda çok tutan konulardan bir tanesi, detoks diye bir şey yok aslında. Ama kimi diyetisyenlerde bunu ticari olarak kullandıkları için detoks tarifleri veriyor, herkes kafasına göre detoks tarifi veriyor ve bunun da önlenmesi ve hukuki olarak sınırlandırılması gerekiyor. Hekimlere uygulanan “Malpraktis” kurallarının sağlıkla öneri veren herkes için ayrı maddelerle geliştirilip ona göre genişletilmesi gerekiyor. Çünkü her önüne gelen, her yerde sağlıkla ilgili bilgi veriyor; televizyonda, sosyal medyada, hatta gidip orada burada konuşuyorlar. Hiçbir sağlık eğitimi almadıkları halde, sağlıklı yaşamı anlatanlarla karşılaşıyoruz.

İlaçlara baktığımız zaman zayıflama ilaçları da yine aynı şekilde çok fazla ilgi görüyor ve bununla ilgili Sağlık Bakanlığı bazı yasaklar getirdi ve uyarılar yaptı. Ünlülerde bunu paylaşıyordu; zayıflama çayları, zayıflama ilaçları diye ve hukuki işlem başlatacaklarına dair mektup gönderdiler, ondan sonrasında azalma oldu.

Doğal, Bitkisel ve Güvenilir

Genellikle sağlık haberlerinde rastladığımız algı yanlışmasına neden olan kelimeler var; doğal, bitkisel ve güvenli kelimelerini gördüğü zaman insanlar temkinli yaklaşmalı. Eğer bir şeyde doğal , bitkisel deniyorsa bu sağlıklı anlamına gelmiyor. Eğer doğal deniliyorsa, bitkisel deniliyorsa insanlar bunu sağlıklı olarak algılamaya başlıyorlar. Mese-

la, geçtiğimiz aylarda “Gündem Özel”de <https://www.youtube.com/watch?v=nuNKlyh9rU0> konuştum o konuyla ilgili olarak ve orada telomeri konuştuk. Orada özellikle vurguladığım şey şuydu: Bir şey mucize gibi sunuluyorsa, bitkisel ve doğal deniliyorsa ve bir şarkıcı çıkıp da bu ürünü anlatıyorsa bunun arkasında bir PR olma ihtimali vardır. Sayın Faruk Bildirici, programdan sonraki gün köşesinde şunları yazdı:

“Öncelikle belirteyim, yaşlanma ile telomer ilişkisini bulan Dr. Bill Andrews değil, 2009’da Nobel Ödülü’nü alan ABD’li üç bilim insanı. Andrews’ün bulduğu, daha doğrusu pazarladığı Çin ve Moğolistan’da yetişen “astragalus” adlı bitkiden elde edilen bir ürün. Bu bitki özütü, bağışıklık güçlendirici olarak birçok marka tarafından satılıyor. Andrews’ün farkı, bu ürünü “telomer tedavisi” ve “yaşlanma önleyici” diye pazarlaması. Bu ürün, hayvanlar üzerinde denenmiş ama insanlar üzerindeki etkisi bilimsel olarak kanıtlanmış değil. Nitekim Andrews de söyleşisinde “Doğal maddelerden yapıldığı için FDA (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi) onayına gerek olmadığını” belirtiyor.

Bu bitki özütü, Türkiye’de de Sağlık Bakanlığı onayı olmaksızın satılıyor. Belli ki, Andrews ürünü pazarlamak için Türkiye’ye gelmiş. Onu ağırlayan da ürünü (bazı testlerle birlikte) yüzlerce liraya satan bir şirket. Andrews, 28 Ekim’de bir konuşma yaptı bu online şirketin organizasyonunda.

Bu ürünün “piyasa yüzü” de Sertab Erener. Sanatçı, ürünün tanıtımı için 5 Ekim’de düzenlenen basın toplantısına katılmış, reklam panosu önünde şirket yöneticileriyle fotoğraf çektirmişti. Erener’in 25 Ekim’de yaptığı “Biyolojik yaşı 40’da durdurmak ve telomerler” etkinliği de şirketin web sayfasından duyurulmuştu. Özkök’ün Andrews söyleşisinin yayımlandığı gün, Hürriyet Pazar’da da Ayşe Arman’ın aynı konuda Erener ile yaptığı söyleşi çıktı.

Andrews’ün bitki özütü, Dr. Ziya Özel’in “kanseri tedavi edici zakkum ekstresi”ni çağrıştırıyor. Biliyorsunuz, zakkum hâlâ FDA’dan onay alamadı. Hürriyet, 13 Şubat 1988’de boş umutlar yaymak yerine “Zakkum rezaleti” manşeti atmıştı; haklı çıktı. Ne yazık ki, günümüzde aynı çizgiyi izleyemedi.” <http://www.hurriyet.com.tr/yazarlar/faruk-bildirici/uzmek-istemezdim-40634934>

Bu yazı yayımladığında ben çok mutlu oldum açıkçası, bu konuda çok dikkat etmek gerekiyor. Mucize kelimesi de sağlıkta çok kullanılan kelimelerden bir tanesidir. Her şey mucize yaratır, her sene mucize kanser tedavisi çözümü bulunur. Ama maalesef bunun aslında bir umut sömürüsü olduğunu gazeteci o an farkına varmaz.

Gazetecinin Vicdani Sorumluluğunu Taşımaya Gerekli

Geçtiğimiz yıllarda bir haber vardı, yapay kan yapılmıştı hatırlıyor musunuz bilmiyorum. O dönem bütün kanallarda, bütün ajanslar geçti, bütün haber kanalları bunu işledi. <http://www.hurriyet.com.tr/kelebek/saglik/turk-bilim-insanlari-yapay-kan-uretti-40036020> Çalışmanın detaylarını araştırdım, netleşmiş bir şey olmadığını öğrendim. Haberi yapan arkadaş, “Emin misin, çünkü yaptığın bu haber kan bağı oranlarını düşürecek” dedim, “Bu kısım beni ilgilendirmiyor, haber müdürüm beğendi, tebrik aldım, haber yapıldı ve bütün ajanslarda geçiyor. Buradan sonrası beni ilgilendirmiyor” dedi. Yani, haber yapılırken gazetecinin birazda vicdani sorumluluğunu taşıması gerekiyor, her şeyi reyting olarak almaması gerekiyor.

Beynin şifrelerinin çözülmesi; şifre çözmek özellikle sağlık haberlerinde çok kullanılan bir şeydir. Geçmişten günümüze haberleri taramadığım zaman hep “beynin şifresi çözülmüş, beyinde düşünce uzaktan algılanmış, beyinle ilgili hareketler yapılmış” bunlar hep söyleniyor. O yüzden sağlık haberlerini okurken mutlaka dikkat etmek gerekiyor. Yani, “Sağlık haberlerinde bir yanlış var mı, umut tacirliği var mı?” diye bakılmalı.

Program Katılan Konuk, Para Ödüyor

Uzman konusu çok önemli ve sağlık haberleri maalesef programlarının birçoğu paralı yani sponsorlu. Oraya gelen konuk, parasını ödüyor ya da çalıştığı kurum o parayı ödüyor; ama insanlar o sağlık programlarının paralı yapıldığını bilmiyor. Gazetelerde maalesef böyle olmaya başladı. O yüzden sağlık haberlerine çok dikkat etmek gerekiyor.

Vaka Haberlerinde Duygularınıza Kapılmayın

Sağlık haberlerinde aynı zamanda duygularınızın da devreye girdiği haberlerdir. Bazı gazeteciler sadece vaka haberleri çalışır. Vaka haberi

nedir? Bir çocuğun hikayesidir; o çocuğun hikayesinde kendinizi bulursunuz, ebeveynin yerine kendinizi koyarsınız ve olayın duygusuna kapılır gidersiniz. Yaşlı birinin ya da bir kadının hikayesidir. O haberin arkasında aslında verilmek istenen mesajı sorgulayabilmek için öncelikle duygularımızdan arınarak hareket etmemiz gerekiyor.

Uzman Konusu Benim En Üzerinde Durduğum Noktalardan Biri

Maalesef uzman konusunda çok dikkat edilmiyor; bir uzman profesör olabilir ama her konuda konuşamaz, doktor olabilir ama her konuda konuşamaz. Bir doktor kardiyoloji uzmanı ya da başka bir uzman, genel cerrah diyelim kadın doğumla ilgili bilgi veriyor. Genel cerrahın kadın doğumla ilgili bilgi vermesi ne kadar etiktir, ne kadar doğrudur. Bir gazetecinin televizyona çıkartıp o kişiye bu konuyu anlattırması ne kadar doğrudur ya da gazetecisinin köşesinde yazması ne kadar doğrudur. Uzmanlaşmaya karşı olanlar genellikle her konuda konuşanlardır. Gazetecilerin, hangi uzmanın, hangi konuda konuşabileceğinin bilmesi gerekiyor.

Bilimsel çalışmaların taranması alışkanlığı gazetecilere ve herkese aslında anlatılması gerekiyor; çünkü sosyal medyada inanılmaz bir bilgi kirliliği var, herkes her konuda kendi reklamını yapma çabasında, ama sağlık konusuna gelince insanlar sorgulamadan inanıyorlar. Ünlü kişiler, oyuncular, spikerler, sunucular ya da mühendisler, bakıyorlar alanlarında iş bulamıyorlar ve çok gelir getirmiyor diyorlar ki, “Ben sağlıklı yaşam anlatayım, yaşam koçu olayım.” diyor. Ama insanlarda, “Ne mezunusunuz?” demiyorlar. Bu kişilerin özgeçmişlerini tarayın, bunları özellikle söylüyorum çünkü bir çoğunu araştırdım, ya mühendis çıkıyor, ya işletme- iktisat mezunu, ya da oyuncu çıkıyor. Herkes bir sağlıklı yaşam anlatma derdinde; çünkü bunda çok fazla rant var.

Dikkat “Influencer Marketing”

“Influencer marketing” diye bir şey çıktı ve özellikle sosyal medyada var. Takipçi sayısı çok olanlar kendilerini bu şekilde tanımlıyorlar ve paylaşımlarından ücret alıyorlar. Sosyal medyayı sağlık profesyonellerinin, gazetecilerin ve uzmanların çok iyi kullanması gerekiyor, hakkında öyle. Dünyada sosyal medyayı en çok kullanan ülkelerden bir tanesiyiz,

ama nasıl kullanacağımızı bilmiyoruz. Herkes bir şey merak ettiğinde “Google” a yazıyor ve yazdığında gördüğü her şeye sorgusuz sualsiz inanıyor. Oysa Türkçe kaynaklarda inanılmaz bir bilgi kirliliği var.

Google ve Facebook Yalan Haberlere Savaş Açtı

Ken Doctor’ın Nieman Journalism Lab haberine göre, ABD başkanlık seçimlerinin Donald Trump’ın zaferi ile sonuçlanmasının ardından, Facebook ve Google algoritmalarının kullanıcılar popüler içerik gösterme eğilimi nedeniyle dezenformasyon yaydıkları ve seçim sonuçlarını etkiledikleri suçlamalarıyla ağır eleştiri almıştı.

Eleştiriler karşısında Google ve Facebook, içerik politikalarında değişikliğe gitti ve yalan haber içeren sayfaları reklam ağından çıkaracağını duyurdu.

Google artık ‘gerçeği manipüle eden, yanlış aktaran ya da saklayan’ mecraları Google reklam ağında barındırmayacak.

Facebook’un kurucusu Mark Zuckerberg ise sosyal paylaşım sitesinin ABD’de başkanlık seçimlerinin gidişatını etkilediği iddialarına şiddetle karşı çıktı.

Yapılan açıklamada Zuckerberg, yalan haber yapan sitelerin “yanıltıcı, yasadışı ve aldatıcı” kategorisine alındığını belirtti. Böylece bu siteler Facebook’ta reklam göstererek gelir elde edemeyecek. Facebook da kullanıcılarını sadece kendi beğendikleri içeriklere benzer içerikler göstermek suretiyle bir ‘yankı odası’ içine hapsedmişti. Artık bütün yayıncıların gözetim altında tutularak sosyal medya platformunun kurallarını ihlal etmemeleri için sıkı bir kontrolden geçirilecek.

Yalan haber meselesini ciddiye aldıklarını söyleyen Zuckerberg, geçmişte kendilerine neyin sahte olduğunu anlamalarına yardım etmeleri konusunda Facebook topluluğuna güvendiklerini ve bunun için bildirimlere dayalı bir sistemleri olduğunu, birçok sitenin bu sayede Newsfeed’e düşürülmeyerek cezalandırıldığını ilettiler. Kendilerini ‘gerçeğin hakemleri’ olarak konumlamak istemediklerini ve topluluklarıyla ‘üçüncü partilere’ güvendiklerini belirten Zuckerberg, Facebook’un önümüzdeki dönemde üzerinde duracağı meseleler şöyle sıraladı: “Daha güçlü bir algılama sistemi, sahte hikâyelerin daha kolay ihbar edilmesi,

üçüncü partilerin doğrulaması, sahte haber uyarılarının güçlendirilmesi, ilgili makaleler kısmında çitayı yükseltmek, yeni reklam politikasıyla sahte haber ekonomisini çökertmek ve haber profesyonelleriyle iş birliği. <https://fesraoz.blogspot.com/2016/11/medyada-neler-oldu.html>

Türkiye'ye geldiğimizde böyle bir çalışma, böyle bir bilinçlendirme çalışmaları yok maalesef, hukuki sınırlamada yok. Özellikle dijital medyada hiçbir hukuki sınırlama yok. Herkes birbirine istediği gibi hakaret ediyor, herkes istediği bilgiyi uzmanmış gibi yazıyor. Ama bunun hukuki bir karşılığı yok, ben bunun hukuki karşılığının olmasını özellikle sık vurguluyorum ve her yerde dile getiriyorum.

Bu Bir Çocuk İstismarı mı?

Blog yazmak gerçekten önemlidir. Sorumluluk bilinci olmalıdır, kalemin gücünü görsellikle artırabilirsiniz. Sizi siz olduğunuz için okurlar. Sağlık hakkındaki yazılar, blogger'ın vicdanına bırakılmayacak kadar önemlidir. Bu nedenle blogger kelimesi daha yeni yeni benimsenirken, anne bloggerların sağlıkla ilgili neler yaptığını bilimsel bir çalışma ile Gazi Üniversitesi İletişim Fakültesi'nde Araştırma Görevlisi Eda Turancı ile birlikte objektif şekilde mercek altına aldık. <https://fesraoz.blogspot.com/2017/04/saglik-iletisimi-acisindan-blogger.html>

Sevgili Eda ile bildiri için yapılması gereken aşamalarda çok dikkatli ve akademik sürecin gerektirdiği kurallara uygun şekilde çalıştık. Sonucu objektif olarak, verilere göre analiz ettik.

İşte sonuç bölümünde yer alan bazı maddeler:

- Analiz edilen blogların 2 tanesinde okuyucuya yönelik uyarı metinlerinin bulunması, blogların okuyucular üzerindeki potansiyel etkileri açısından dikkat çekicidir.
- Bloglarda genel olarak içeriklerin, blog yazarı tarafından oluşturulduğu, ancak bazı durumlarda ya da özellikle sağlık ile ilgili içeriklerde uzman görüşlerine de yer verildiği görülmektedir.
- Bloglarda sıklıkla ürün/marka isimlerine yer verildiği bu durumun da, dolaylı olarak reklam kapsamına girdiği söylenebilmektedir.
- Blogların biri hariç hepsinde, okuyucu yorumları dikkati çekerken, genel olarak okuyucu yorumlarının sağlık içeriklerinde sayıca fazla

olduğu görülmektedir.

- Son olarak ise, bloglarda sıklıkla yönlendirici linklerin kullanıldığı ve kullanılan linklerin hem kendi bloğuna hem de ürünlere ilişkin linklere erişim sağladığı görülmektedir.

Peki, çocuğunuzun sağlığını tek vasfı annelik olan ve interneti iyi kullanan kişilere güvenerek onlara emanet etmek ne kadar doğru? Uzmanları bile sorgularken, uzman olmayan birini dinlemek ne kadar akıllıca? <https://fesraoz.blogspot.com/2016/01/sosyal-medyadaki-yanlis-bilgilerle.html>

Ama bu kişiler istediği gibi, istediği ürünü pazarlıyorlar ve meta olarak kullandıkları nokta çocukları; bu bir çocuk istismarına girmiyor mu? Gerçekten bunu çok merak ediyorum. Çocuklarını sosyal medyada paylaşarak ve firmaların onlara reklam vermesiyle, ürün tanıtımını yaparak buradan para kazanıyorlar. Yani, siz belki buna olabilir diyebilirsiniz, ama Boğaz'da ofis tutacak kadar bu iş onlara para kazandırıyor. İnanması güç; ama inanılmaz rakamlar dönüyor ve bu çocukların sonu ne olacak onu merak ediyorum anneler bu kadar bunun üzerinde durmazken!

Geçtiğimiz günlerde bir mahkeme kararı oldu <http://www.hurriyet.com.tr/yazarlar/omur-kurt/blogger-anneler-teshirci-mi-40513007>; bu anne “blogger”lardan bir tanesinin devam eden boşanma davası var ve çocuğunun sosyal medyada görünmesini baba istemedi. Mahkeme kararıyla ona engel olundu. Bu belki bir örnek teşkil eder mi bilmiyorum, ama bu konuda kesinlikle bir şey yapılması gerekiyor.

Sağlık Çalışanları Çok Emek Veriyor

Sağlıkla ilgili, özellikle sağlıklı yaşamla ilgili inanılmaz olaylar oluyor. Sağlık profesyonelleri çok fazla emek veriyorlar, emeklerinin karşılığını almadıklarını düşünüyorlar ve bu nedenle de çok tepkililer. Hastalarına gerekli zamanı ayıramadıklarını söylüyorlar, mutlu olarak çalışmadıklarını söylüyorlar ve yaşadıkları zorluklar karşısında da açığı çok tepkililer. Onlara bir bakıyorum, bir taraftan da bu iktisat, işletme, mühendislik mezunlarının gittikleri ortamda “ selebriti “ olarak tanınanların yaptığı çalışmaları görüyorum.

Artık Futbolcular Değil Bilim İnsanları Transfer Olsun

Futbola verilen rakam, hatta köşemde de yazdım; önceden Milliyet'te yazıyordum ve oradaki köşemde de çok sıklıkla bunu dile getiriyordum. Futbolculara verilen rakamlara kimse acınmıyor, “evet almalı” diyorlar, peki sağlıkta verilen paralara acınıyor. Gerçekten uzman olanlara, yapılacak bilimsel çalışmalara neden acınıyor. <http://www.milliyet.com.tr/artik-futbolcular-degil-bilim-insanlari-transfer-olsun-pembekar-yazar-detay-saglik-2276284/>

Türkiye'nin Ruh Sağlığı Tehlike Altında

Psikoloji ile ilgili bir sorun var; her önüne gelen psikolog gibi konuşuyor, ama her önüne gelen. Bunun da hukuki sınırlaması yok, Türkiye'nin ruh sağlığı tehlike altında, bunu net olarak söyleyebilirim; çünkü psikologların yasası yok, her psikolog her konuda konuşuyor. Psikolog dışında mütercim tercümanlar bile “Yüksek lisans yaptım” diyor ve çıkıyor çocuk psikolojisi anlatıyor. Bunlar ünlü kişiler, siz bunları televizyonlarda izliyorsunuz. Şöyle bir dönün bakın, ne diploması var diye bir araştırın. Çünkü ortalık gerçekten yaşam gurusu doluyor ve yaşam koçluğu artık bir meslek oldu. Kendilerinin dernekleri var, bir araya geliyorlar, çalışmalar yapıyorlar.

Kuantum Fiziğinin Psikoloji İle Gerçekten Bilimsel Olarak Bir İlişkisi Var mı?

Kuantum fiziğiyle ilgili de ortada hurafeler dolaşıyordu, Cambridge Üniversitesinde Kuantum Fiziği çalışan Prof. Dr. Mete Atatüre ile röportaj yaptım. Kendisinin literatüre giren çok güzel bir çalışması var ve Türkiye'de kaç kişi biliyor kendisini bilmiyorum; ama bilim camiası, bilim severler tarafından çok sevilen birisi. Özellikle sordum, “Kuantum fiziği psikoloji ile ilgili konularda çok fazla dillendiriliyor. Psikoloji ile gerçekten bilimsel olarak bir ilişkisi var mı?” diye, şöyle yanıt verdi: “Hayır, doğa bilimleri çerçevesinde bir bağ yok. Tarihte pek çok kez tanık olduğumuz disiplinler arası benzerlik yakalama analoji kurmak hevesi tabii ki var, örneğin sosyolojiye istatistiksel matematik ile sayısal yaklaşımın girmesi, bu yaklaşımın bazı kilit noktaları kaçırması yüzünden de 20. Yüzyılın ikinci yarısı içinde kullanımının azalması gibi. Benzer şekilde kuantum fiziği öncesi fizik kanunlarının determinist hali

de felsefeye taşınmıştı. Kuantum fiziğinin belirsizlik önergeleri ile birlikte hem felsefede hem psikolojide benzer yansımalar görmek tabii ki kaçınılmazdı. Bu doğru oldukları anlamana gelmez tabii, ama neden olduklarını anlamamız için diyorum.” <https://www.cnnturk.com/yazarlar/guncel/esra-oz/kuantum-fizigiyle-evrene-mesaj-gonderebilir-miyiz>

Post-Truth Kavramını Sağlık ve Bilim İletişimi Perspektifinden Anlamaya Çalışmak

Geçtiğimiz aylarda Atatürk Üniversitesi İletişim Fakültesi ve Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi’nin ortak düzenlediği 3. Uluslararası Sağlık İletişim Sempozyumunda Dr. Eda Turancı ile birlikte “Post-Truth Kavramını Sağlık ve Bilim İletişimi Perspektifinden Anlamaya Çalışmak” başlıklı sözlü sunum yaptık. İletişim teknolojilerindeki gelişmeler ve özellikle internetin yaygınlaşması, fikirlerin, düşüncelerin, bilgilerin hem yayılması hem de üretilmesi açısından önemli sonuçlar doğuruyor. Buna göre yeni iletişim teknolojileri ekseninde medyanın günümüzdeki düzeni, hakikatin önemini yitirmesinin temel nedenleri arasında görülüyor. <https://www.cnnturk.com/yazarlar/guncel/esra-oz/kanitlarla-degil-duygularimizla-karar-veriyoruz>

Son yıllarda dijital medyanın da etkisiyle birlikte bilim ve sağlık haberlerindeki bilgi kirliliği artmaya başladı. İlk kez 1992 yılında Steve Tesich tarafından kullanılan ve 2016’da Oxford sözlüğün yılın kelimesi ilan ettiği “Post-Truth”, duyguların gerçeklerden daha önemli hale geldiği bir çağ anlamına geliyor. Günümüzde ise kavramın daha çok siyasetle, özellikle de son dönemlerde İngiltere’nin Avrupa Birliği’nden ayrılması anlamına gelen, “Brexit” süreciyle ve ABD Başkanlık seçimleriyle ilişkilendirildiği görülüyor. “Yalanın Siyaseti” isimli kitapta, detaylı şekilde işlenen kavram Türkçe’ye “Hakikatin-önemsizleşmesi” olarak çevriliyor. <https://www.cnnturk.com/yazarlar/guncel/esra-oz/kanitlarla-degil-duygularimizla-karar-veriyoruz>

Uzman Gazeteciler Toplumu Geliştirir

Bilim ve sağlık haberciliği açısından ilk defa bu konuyu biz ele aldık. Bilimin gerçekten nitelikli yapılması gerekiyor. Bilim haberlerinin nitelikli yapılabilmesi için, gazetecilerin uzmanlaşması ve gelişmesi gerekiyor. Sağlık okuryazarlığı bilincini geliştirerek bunu elde edebiliriz.

Bu anlamda da bilimin gelişmesi için öncelikle bilim insanlarına değer vermemiz gerekiyor; çünkü şu anda Türkiye’de bilim insanları sanki şarlatan, şarlatanlar bilim insanıymış gibi, gerçekten halkın dostuymuş gibi bir algı yanlışması yaşanıyor. İnsanlar bilim insanlarına, uzmanlara, doktorlara güvenmiyorlar, avukatlara güvenmiyorlar. Onlara doğal ya da bitkisel, al bunu her şeye kullan diyen kişilere yöneliyorlar ve onlara güveniyorlar. O yüzden bunun gerekirse hukuki olarak sınırlamalarının yapılması gerekiyor. Genel geçer reçeteler veriliyor, çok tehlikeli. “Hastalık yoktur, hasta vardır” insanların kişiye özel tedavisinin yapılmasının gerektiğinin özellikle vurgulanması ve insanlara bunun öğretilmesi gerekiyor. Uzman konusunda sorun yaşanabilir, uzmanını değiştirebilir; ama bunun gerçekten kendi sağlıkları için olduğunu anlamaları gerekiyor.

Her Gazetecinin Blogu Olmalı

Yurtdışında gazetecilerin blogları vardır, uzman gazetecilerin de vardır ve gazetede yazdıkları gibi kendi bloglarında da yazarlar. Türkiye’de ilk sağlık blok yazarıym ve blogların olması gerektiğini, gazetecilerin blogları olması gerektiğini düşünüyorum ve savunuyorum. www.esra-oz.com Çünkü; uzmanlaşan gazeteciler, belli alanda gazetede yer vermek istemedikleri ya da yazamadıkları yazılarını bloklarında yazabilirler. Ben birçok konuda yazı yazıyorum, bazıları yazılarım hiçbir yere uygun olmuyor. Ama diyorum ki, “evet bunu yazabilirim, insanların bunu da bilmeye hakkı var. Bunu da anlatmak gerekiyor” diyebiliyorum. Gazeteci bence her yerde yazmalı, her yerde dediğim tek bir kurumda yazmamalıdır. Kimi zaman dergide de yazmalı, kimi zaman blog yazmalı, kimi zaman sosyal medyada yazmalı. Gazeteciler sosyal medyayı çok iyi kullanmalı. Eğer gazeteci sosyal medyayı çok iyi kullanırsa ona göre hem haber kaynağını çok iyi teyit etme konusunda hem de haber kaynağının hatalarını bulma konusunda dikkat eder.

Türkler Doktordan Sonra İnternette Arıyor

Bireylerin sağlıklarıyla ilgili algılarını ve pratiklerini ortaya koymak üzere Ipsos’un Türkiye dahil 28 ülkede gerçekleştirdiği geniş kapsamlı araştırma; hastalıklarla ilgili bireylerin hangi bilgi kaynaklarına başvurduklarını belirledi. Buna göre hastalık söz konusu olduğunda yüzde 58 oranında hekim veya diğer sağlık personeline danışmak her ne kadar

ilk tercih olsa da, yüzde 43 ile Google gibi online arama motorları kullanıldığı görülüyor. <https://www.cnnturk.com/yazarlar/guncel/esra-oz/turkler-doktordan-sonra-internette-ariyor>

Hipokrat Yemini ve Sosyal Medya

Doktorlar, Hipokrat Yemini ederek mezun olurlar ve hasta mahremiyeti onlar için çok önemlidir. Hastalarının bilgileri, hasta izin vermediği sürece kimseyle paylaşılmaz. Çekilen vaka fotoğrafları, hastanın izniyle, ismi ve kişisel verileri belirtilmeden tıp kongrelerinde vaka sunumu olarak yayımlanabilir. Bu kadar hassas bir durum söz konusu iken, nasıl oluyor da bazı doktorlar hastalarının ameliyat öncesi ve sonrası görüntülerini paylaşarak, sosyal medya adreslerini süsleyebiliyorlar. Sağlık kişisel bir durumdur. Acaba yeni doğan bir çocuk, tüp bebek olarak dünyaya geldiğini herkesin bilmesini ister mi? Doğum sırasında çekilen videolarla, insanların en mahrem anları nasıl kamuya açılır? Bu durum hastalarla hekim arasında güvensizliğe sebep olmaz mı?

Sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında sosyal medya kullanımıyla ilgili BMC Res Notes'da yayınlanan araştırmaya katılan 366 sağlık çalışanı, her gün sosyal medyada yaklaşık 1 saat geçirdiklerini belirtmişlerdir. Aynı araştırmada, sağlık çalışanlarının yüzde 40'nın işyeri politikalarından habersiz olduğu sonucu çıkmıştır. Bu durum da gizli tıbbi bilgilerin istemeden de olsa yayımlanabileceğini göstermiştir. <https://www.cnnturk.com/yazarlar/guncel/esra-oz/doktorlar-sosyal-medyayi-nasil-kullanmali>

Sosyal medyayı etkin ve güvenli bir şekilde kullanırken doktorların dikkat etmesi gerekenler kısaca şunlardır:

- Sağlık iletişimi açısından her doktor kendine uygun bir dil oluşturmalıdır.
- Paylaşımlarda, sade ve içten bir üslup kullanılmalıdır.
- Fotoğraf paylaşılırken, kanlı ve irrite edici görseller olmamalıdır.
- Tıbbi terim kullanılması gerekirse, muhakkak açıklaması yapılmalıdır.
- Paylaşılan bilgiler, bilimsel ve kanıtlanabilir olmalıdır.

- Hastalar reklam aracı değildir. Bu nedenle hastanın bilgileri kesinlikle paylaşılmamalıdır.
- Doğmamış çocuk da bir birey olarak sayılmaktadır. Bireyin hakları göz önünde bulundurularak, henüz kendini ifade edemeyen bu çocukların doğum görüntüleri yayımlanmamalıdır.
- Estetik ameliyatların öncesi ya da sonrası görüntüleri kesinlikle paylaşılmamalıdır.
- Doktorun kendine ait olmayan yazıları ve görselleri yayımlamamalıdır. Başkalarına ait yazıların ise, kaynaklarını eklemeye özen gösterilmelidir. <https://www.cnnturk.com/yazarlar/guncel/esra-oz/doktorlar-sosyal-medyayi-nasil-kullanmali>

Sonuç

Sağlık okuryazarlığını ben genellikle bir dedektifçilik gibi değerlendiriyorum. Belli ipuçlarını toplayarak o ipuçlarından hareketle çözüm yolunu, doğruyu, gerçeği bulmak gerekiyor.

Son olarak bir de şu nokta var: Gazeteciler doğruları değil gerçekleri yazmalı, birçok doğru olabilir bir konuyla ilgili, ama tek gerçek vardır. Bu noktaya da dikkat etmek gerekiyor.

İbrahim ERSOY - Gazeteci dedi Sayın Başkan, ben bir taraftan da anlatmaya başlayayım hemen.

Ben, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi mezunuyum; ama Tıp Fakültesi'nden mezun olduktan sonra, -1990 yılında girmiştım- 1999'da çıkabildim. Normalde 6 yıldır; ama biraz uzattık, bazı şeyleri daha iyi öğrenmemiz gerektiğini düşündük-, 1999'da mezun oldum ve 1999'dan bu yana da gazetecilik yapıyorum.

"Medimagazin" isimli tamamen sağlık çalışanlarına yönelik bir gazetede 19 yıldır Genel yayın Yönetmenliği yapıyorum. Önce doktorlarla ilgili başlamıştık ama daha sonra diğer sağlık çalışanlarını, eczacıları, diş hekimlerini ekledik ve bu işin halk ayağında olması gerektiğiyle ilgili de tabii ki gelişmeler oldu.

Daha sonra gazetecilik oldu, doktorluk oldu, baktık bu iki kesim birbirini çok anlamıyor ayrı dilleri kullanıyorlar. Birisi matematik kafası, birisi sosyal kafa, daha sonra da Sağlık İletişimi Derneği'ni kurduk. Yani orada da gazeteci arkadaşlar var, doktor arkadaşlar var, hemşire arkadaşlar var.

Biraz önce tamamen sorunlardan bahsedildi, birtakım yanlış haberler yapılıyor ve yanlış haberlere de birçok insan inanıyor. Şimdi aslında halkın, vatandaşın bilim karşısındaki tavrı nedir, biraz da iş burada yatıyor. Şimdi bilim karşısındaki, sonra teknoloji karşısındaki, sonra da sağlıkla ilgili, ona yönelik karşısındaki tepkiler neler vatandaş olarak dilerseniz bir gözden geçirelim.

Bu sorular Amerika'da her iki yılda bir bilimin temel gerçekleriyle ilgili vatandaşın algısının ne ölçüde olduğunu anlatan bir test yapılıyor. Ben Türkiye ile Amerika arasında çok fark olduğunu düşünmüyorum. Vatandaşın yüzde 50'si bilimin temel doğrularıyla ilgili yanlış kanaate sahip; yani antibiyotikler virüsü öldürür kanaatine sahip. Diğer taraftan herhangi bir olgunun, hiç fark etmez bilimsel doğru olup olmadığı, bilimsel bir şekilde sunulması insanlarda ikna olarak çok daha etkili oluyor.

Yine üniversite düzeyinde bir Fen Fakültesi'nde şöyle bir kampanya başlatıyor bir öğrenci: Dihidrojen monoksit diye bir madde var, bu madde bazı gıdaların içine katılıyor ve zararlı bir madde, bununla ilgili

bir engelleme kampanyası yapıyor. Tabii birçok imza topluyor.

Dihidrojen monoksitin Fen Fakültesinde suyun H₂O'nun, yani suyun olduğu fark edilmiyor bile ve birçok da imza topluyor. Yani bir şeyi, bitkisel bir tedavi olabilir, başka bir tedavi olabilir, bilimsel argümanlarla sunarsanız doğruluk üzerinde, halkın ikna kabiliyetinde daha güçlü olabilirsiniz.

Peki, teknolojiyle aramız nasıl? Einstein'ın söylediği gibi, bizim herhangi bir teknolojik aletin, yani cep telefonunun nasıl çalıştığıyla ilgili tüm mekanizmasını çözmek gibi bir derdimiz yok; ama bir sesin nasıl oluyor da başka biriyle konuşuyor, ses dalgası olarak nasıl gittiğiyle ilgili temel bir katimizin olması lâzım; çünkü teknolojiyle ilgili insanlar aslında temel bilgilere sahip olmadığında teknolojinin insanları hapsettiğiyle ilgili bir durum ortaya çıkıyor. Yani, kendi kendine yabancılaşıyor insan! İphone 6'nın 7'ncisi çıkmıştı, Amerika'da da genelde İphonelar hep Birleşmiş Milletlerin toplantısına denk getirilir New York'ta yapıldığı için! Gazeteci olarak gittiği için oradan alıp gelmişti bir arkadaşım, “hayırlı olsun” dedim, -daha Türkiye'ye de gelmemiş-, “daha iyisi senin olsun diyeceğim ama daha iyisi şu ana kadar yok” dedi. Yani, İphone 6 olmuş, 5 olmuş, onun özellikleriyle ilgili değil de, tamamen teknolojinin esiri olması veya yabancılaşması gibi bir durum söz konusudur.

Sağlıkla ilgili ne durumdayız, sağlık okuryazarlığı ne durumda? Yine, Sağlık Sen'in 2014 yılında yapmış olduğu bir çalışma var; sağlıkla ilgili okuryazarlıkta da aslında çok iyi bir durumda değiliz. Yani, 3'te 1 oranında televizyonlarda, gazetelerde verilen demeçler anlaşılabilir durumda. Bu arada çok enteresan da bir şey vardı; bu okuryazar olmama halini genelde Doğu'da köyde oturan bir vatandaş diye bahsederiz öyle bir algımız var ama yok öyle bir şey. Üniversite öğrencisinin bir tanesine “diyabet nedir?” diye soruluyor, üniversite öğrencisi bir kişi bile olsa çok değerli, diyabet dediğiniz şey belki de en fazla haberi yapılanlardan bir tanesi, “diyabet psikolojik bir hastalıktır” cevabını alıyorsunuz üniversite öğrencisinden. Yani, sağlık okuryazarlığımızda aslında 3te 1 fena bir rakam gibi de gözüküyor, ama bence bundan çok çok aşağı düzeyde.

Tüm biraz önce anlatılanlar, yanlış haber yapıp halkın inanması ve bunlardan birilerinin para kazanması aslında istenilen bir şey midir? Tamam, istemediğimiz bir şeydir; ama bunların hepsi bilinçli bir şekil-

de yapılan bir şey midir, bir düzenin, ister adına neoliberalizm deyin, ister kapitalizm deyin, ne dersiniz deyin aslında bu bilinçli bir şekilde yapılan bir şey midir? Bunu gazetecilikle, bilimin ortak paydasını biraz açıklayarak irdelemek isterim.

İletişim dediğimiz hadise sadece belki organik canlılarda değil, inorganik canlılarda da var olan ve insan iletişimlerini ele alırsak, insanların organize bir şekilde hareket etmesini sağlayan temel bir içgüdüdür. Bunun aslında biz basın teknolojisi yoluyla yapılmasına gazetecilik diyoruz. Yani, kitlelere ulaşmak için, çok fazla insana ulaşmak için yaptığımız şeye de gazetecilik diyoruz. Bu arada hepimiz sosyal medyanın ortaya çıkışından sonra bir gazetecilik görevi görüyoruz, sosyal medya kullanıcılığı olarak. Peki, gazeteciliği şu şekilde tanımlayabilir miyiz? Yönetimsel bir iletişim. Yani, biraz önceki haberlerde, mesela “kelliğe çare bulundu” diye bir haber var diyelim, “kelliğe çare bulundu” haberini basın servisine sunanın ve basın da onu insanlara sunuyorsa bir amacı var değil mi? Bir şey elde etmek istiyor. Ne elde etmek istiyor? İnsanların bilincinde veya davranışlarında değişiklik yaratmak istiyor. Kolesterol ilaçlarıyla ilgili zararlıdır dersiniz, kolesterol ilacı kullanan hastaların yüzde 50’si ilacını bırakırlar. Daha sonra kardiyologlara değişik ataklarla gidebilir veya bir ilaç böbreklere çok iyi geliyor dersiniz ve bunun biraz önce zaten söylendi, hastalık yoktur hasta vardır, bir soda belki tansiyonu olanlara kötü gelebilir, tansiyonu olmayanlara da güzel gelebilir. Bunu insanların özelliklerini kullanarak yapmanız lâzım! Tıpta temel bir kuraldır, “hastalık yoktur, hasta vardır”, ama bunların tamamen yönetilmesi, tamam bir rant kapısı var, bir de güç kapısı var, yani çıkar ve güç ilişkisiyle aslında biz bunları yapıyoruz. Çıkar ve güç ilişkisiyle yaptığınız şeyler, çıkar ve güce temel olarak sahip değilseniz neye yol açıyor ve bu amaçlanan bir şey midir -işlevsel cehalet yaratmak-? Yani, işlevsel bir cehaletiniz olmasa insanların temel bilim doğrularında bile neredeyse yüzde 50’sinin belki de çok daha fazlasının bilgisiz olması aslında istenilen bir şey midir? En azından bizim istemediğimiz bir şeydir, ama birilerinin istediği bir şeydir; çünkü ürünlerini satmak için, sağlık alanında da olmak üzere işlevsel bir cehalet yaratmak zaten zorundadırlar. Yani, bir sürü bir şeyler kullanırız. Birazdan tıptaki bilginin nerelerden kaynaklandığıyla ilgili de bir şeyler söyleyeceğiz.

Peki, temel amacımızın ne olması lâzım; bilgi toplumu olması gere-

kiyor. Bunu sağlığa uyarlayacak olursak, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi gerekiyor. Şimdi gazetecilikle tıbbın temel ortak paydaları var, birazdan bunlara değineceğiz. Gazetecinin temel amacı gerçeği aramak, tıbbın da temel amacı sağlıkla ilgili ortak bir paydada buluşmaktır.

Diğer taraftan biraz önce söylenen her şeyin bilimsel bir dayanağı olduğu söylenir. Ben 1999'dan beri gazetecilik yapıyorum, ama aynı zamanda Türkiye Klinikleri diye bir yayınevinde çalışıyorum. Türkiye'de tıpla ilgili yayınların neredeyse yarısı bize gelir, bilimsel yayınların yarısı bize gelir. Aslında bilimsel yayınlar nedir? Ben bilimsel yayın yapan tüm doktorlara da söylerim, "siz bir gazetecisiniz" derim. Nedir? Halka yönelik değil de meslektaşlarınıza yönelik bilimsel yayın yaptığınızda bir haberi duyurmak istiyorsunuzdur aslında. Bu 1.29 rakamı her dakika tüm dünyada tıpla ilgili yayınlanan bilimsel makale sayısıdır. Eğer ben burada 20 dakika konuşacaksam, bu 20 dakika boyunca 26-27 tane bilimsel makale SCI'larda yerini alıyor.

Peki, şöyle bir piramit var ve bu piramidin neresinde yer alıyor bu makaleler? Bu çok önemli, niye çok önemli; en altta olgu sunumu olabilir, -biraz önce söylendi annesi kullanmış iyi gelmiş,- tamam bunu bir bilimsel olgu sunumu olarak yapabilirsiniz, "case report" olarak yayınlarsınız bilimsel bir makalede, ama bir bilimsel makale oldu diye bu doğruluk kitlelere ulaştırılabilir bir şey midir? Hayır, piramidin yukarısına doğru tabii ki kanıt düzeyi artar bu makalelerin. En üstte de tam meta analizler vardır, meta analizlerde yapılan 500 tane, 2 bin tane çalışmayı derlersiniz oradan bir sonuç çıkarırsınız. Orada kesin bir kanıt ulaşabilirsiniz; ama diyelim ki bugün sağlıkla ilgili 10 tane bilimsel haber yayınlandı, bunun ne kadarı meta analize dayanır? Bir tanesinin bile dayanmadığına eminim; ayda 100 tane haber çıkıyorsa, bunların bir-iki tanesi kanıt düzeyi en yüksek haberlerdir.

Burada tıp fakültesi öğrencileriyle, hukuk fakültesi öğrencileri arasında bir karşılaştırma var ve birazdan söyleyeceğim. Son zamanlarda hukukçularla ilgili çok sık toplantıya katıldım. En son katıldığım bir toplantı vardı, bilirkişilikle ilgili bir toplantıydı ve aslında bayağı birbirimizle zıtlıyoruz. Bunun çözümünüyle ilgili en son bir şeyler söylemek isterim.

Tıp Fakültesi ve Hukuk Fakültesi öğrencileri arasında vatandaşın çok farklı değiliz. Ne öğretiyorsak, sağlık hukukunun bir doçentlik te-

mel alanı olmaması gibi veya bir bilim dalı olmaması gibi sorunlarını yavaş yavaş çekeceğiz, şu anda çektiğimiz gibi.

Tıp öğrencilerine ve hukuk öğrencilerine olgular veriliyor. Olgulardan “malpractice” mi, “komplikasyon” mu olduğunu belirtmeleri isteniyor. Şimdi buradaki mavi piramitler hukuk öğrencileri bir olguya, hukukçu gözüyle bakarak “malpractice”, tıp öğrencileri de yüzde 70 oranında komplikasyon diyor. Arada dağlar kadar fark var; aynı olaya birisi elma diyor, birisi armut diyor.

Tabii ki bu yavaş yavaş gelişecek, tıpçılar hukukçuları anlamaya başladığında, aynı literatürü kullandığımızda bu grafiklerin yavaş yavaş değişeceğini düşünüyoruz. Burada söylemek istediğim bu son sınıf öğrencileri arasında yapılıyor. Aslında tıp fakültesinde ve hukuk fakültesinde de son sınıf öğrencilerinde bile algı çok farklı değil, bu hususu ne kadar vahim durumda olduğumuzu göstermek amacıyla söylüyorum.

Benim önerim; tabii ki Doğan Hocamın konuşmasının sonunda yaptığı öneriye ben de katılıyorum, belki de ona benzer bir şeyler söyleyeceğim. Biraz daha tıbbın sosyal bir bilim dalı olduğunu anlayarak, yani tamamen mide asitlerini veya diyabetle ilgili birtakım bilimsel bilgileri, “diyabete yol açan gen bulundu” falan gibi bu tür şeyleri değil de, tıbbın sosyal yönünü nasıl vurgulayabiliriz üzerinde çalışırsak belki o halkta yaratılmak istenen bilinçli bir cehaleti de önleyebiliriz.

Tıp ve hukuk aslında, tıbbın da sosyal bir bilim olduğunu biraz vurgulamamız ve bu ikisinin sosyal yönünün birleşmesi lazım. Tıp dediğiniz şey; insanların temel olarak sağlıklı yaşamını hedef alır, hukuk dediğimiz şey; bu temel hak ve hürriyetleri burada korur. Yani, hukuk, tıp eğitiminden başlayarak, tıp eğitiminde bile bir hastayla ilişkilerimizi düzenler. Tıp ve hukukun birbirleri içine geçtiğini yavaş yavaş anlamış ve sağlık hukuku diye bir şey oluşturulmuştur. Dediğim gibi, sağlık hukuku aslında bir doçentlik temel alanı değil ve müfredatı yok. Tabii ki barolar, tabip odaları veya başka yerlerdeki insanlar sağlık hukukuyla bir şeyler yapmak istiyor, ama sağlık hukukunun bence YÖK tarafından temel doçentlik alanı olarak belirlenmesi gerekiyor. Barolar Birliği olarak sizler de bu konuda daha çok çaba sarf edebilirsiniz; çünkü ileride bununla ilgili çok fazla sorun gelecek.

Sağlık hukukunun aslında bir müfredatı olsa, hem hekimler hukukçuları, hem hukukçular hekimleri daha iyi anlayacaktır.

Sağlık hukuku dediğimiz şey; temel olarak hasta haklarıyla beraber yükselmeye başladı, gündeme geldi, sonrada biyoetikle, yani tıptaki teknolojinin artmasıyla birlikte biraz daha alanı genişledi.

Bu arada benim aslında tıp fakültesini bitirdikten sonra doktor olmamın temel nedeni biyoetiktir.

Sosyal tıp dediğimiz şey, aslında tüm bunların yanı sıra insanlara sosyal bir bakış açısı verirsek belki de biraz önceki komplikasyonlardan da kurtarabiliriz. Yani, insanların temel bir bilim anlayışının olması lâzım, temel bir sağlık okuryazarlığının olması lâzım! Bununla ilgili biz gazeteciler ne yapabiliriz? Kişisel hikayeler paylaşıyoruz, insanların beyni hikayeye endekslidir. Yani, hikaye anlatmak ve hikayenin anlaşılması hem tıp profesöründe, hem de evde fasulye temizleyen Ayşe Teyzede zihinsel olarak aynı etkiyi uyandırır. Aslında hastaların yaşam alanlarıyla bağlantısını çözmemiz lâzım; yani “diyabette yeni bir gen bulundu” yerine, diyabette bir hastanın mutfağının araştırılması, mutfakta neler yapıyor, oturma odasında diyabetli bir hastanın neler yaptığıyla ilgili belki de haber yapmamız lâzım, eşitsizliklerin çok fazla ön plana çıkarılması lâzım.

Bu slaytta erkek yerine gazeteciyi koyun, kadın yerine de akademisyen doktoru koyun. Ben hukukçularla ilgili de aynı şeyi düşünüyorum, yani birbirimizi son zamanlarda gördüğüm, gazetecilerle doktorlar birbirini anlamıyordu, yavaş yavaş birbirini anlamaya başladı. Hekimlerle hukukçular da birbirini anlamıyor, yavaş yavaş yeni literatürlerle aynı dili kullanmaya başlıyoruz. Gazetecilerin, hukukçuların, sağlık çalışanlarının aynı dili kullandığında bu tür komplikasyonlardan yavaş yavaş kurtulacağımızı düşünüyorum.

Teşekkür ederim.

SAĞLIK HABERCİLİĞİ BAĞLAMINDA SURIYELİ MÜLTECİLERİN SAĞLIK HABERLERİNDEKİ TEMSİLİ^[1]

Arş. Gör. Sevil BAL

Başkent Üniversitesi İletişim Fakültesi

Giriş

Bu metin, 2011 Nisan ayından itibaren ülkelerindeki artan savaş koşulları nedeniyle Türkiye'ye göç etmek durumunda kalan Suriyeli mültecilerin ulusal ve uluslararası mevzuat üzerinde tanımlanan statüleri ve temel hakları bağlamında kendilerine sunulan sağlık hizmetinin yasal dayanaklarına dair bir artalan oluşturmayı; ardından da sağlık haberciliği ilkeleri ve “hak odaklı habercilik” bağlamında Suriyeli mültecilerin medyada ve özellikle sağlık haberlerinde konu, kapsam, içerik ve söylemsel düzlemde nasıl temsil edildiklerini, literatürdeki çalışmalardan hareketle tartışmayı amaçlamaktadır. Metnin bir diğer amacı da, sağlık haberleri odağında; fakat bir bütün olarak medyayı da kapsayacak şekilde üretilen haberlerin, Suriyeli mültecilerin temel yaşam hizmetlerine erişimde yaşadıkları sorunları çözümleme amacıyla ve bizzat bu grubu odak noktasına yerleştirerek değerlendirip değerlendirmediklerini anlamak adına mülteciler, medya ve temsil ilişkisine dair soru(n)lara işaret etmektir. Son olarak çalışma, bir “fail” veya bir hedef göstermekten ziyade, Suriyeli mültecilerin medyadaki temsiline dair ayrımcı ve ötekileştiren söylemin inşasının ve yeniden üretimi konusunda ortak bir sorumluluğun bulunduğu nosyonuna dikkat çekmeyi amaçlamaktadır.

Bu doğrultuda ilk olarak; metin boyunca tercih edilen Suriyeli mülteci kavramı, uluslararası hukuk ilkeleri ve ulusal mevzuat kapsamında yer alan mültecilik ve geçici koruma kavramları ve statüleri bağlamında

[1] Bu metin, 1 Aralık 2017 tarihinde düzenlenen Ankara Barosu VII. Sağlık Hukuku Kurultayı “Sağlık Haberciliği ve Sağlık İletişiminde Hukuksal Sorunlar” başlıklı oturumda; yazarın “Sağlık Haberciliği Bağlamında Suriyeli Mültecilerin Sağlık Haberlerindeki Temsili” adlı sözlü sunumu doğrultusunda yeniden düzenlenerek hazırlanmıştır.

tartışılmaktadır. Söz konusu statülerin sağlık hizmetlerine erişim konusunda farklılıklara yol açtığı vurgulanarak, bu hizmetlerin koşullarının ve sürecinin düzenlendiği kanun, yönetmelik ve yönergeler örneklenmiştir. Ardından, literatürdeki örnek çalışmalar üzerinden sağlık haberlerinde Suriyeli mültecilerin temsilindeki egemen vurgular tartışılmaktadır. Son olarak, Suriyeli mültecilere ilişkin sağlık haberlerinde egemen temsili yeniden üreten söylemin, sağlık haberciliği ve “hak odaklı habercilik” bağlamındaki konumu değerlendirilmektedir.

Mültecilik ve Geçici Koruma Statüsüne İlişkin Ulusal ve Uluslararası Mevzuat

Nisan 2011’den bu yana ülkelerinde yaşanan çatışmalar ve ardından gelişen savaş durumu nedeniyle Suriye’den Türkiye’ye yoğun bir göç süreci yaşanmıştır. Kaynaklarını 1951 Cenevre Sözleşmesi ve 1967 tarihli ek protokol metniyle birlikte Avrupa Birliği uyum yasaları çerçevesinde imzalanan çeşitli metinlerden alan Türkiye’nin “açık kapı politikası”yla birlikte; bugün ülkemizin farklı illerinde ikamet eden, üçüncü bir ülkeye geçiş için Türkiye’de bekleyen veya sınır bölgelerindeki kamplarda yaşayan yaklaşık 4 milyon Suriyeli mülteci bulunmaktadır.^[2] UNHCR Türkiye İstatistiklerine göre, 31 Temmuz 2018 tarihi itibarıyla Türkiye’deki Suriyeli mülteci sayısı üç buçuk milyondur (www.unhcr.org).

Gerek göç literatüründe, gerekse göçe ilişkin haberler veya diğer metinlerde “mülteci”, “sığınmacı”, “göçmen”, “geçici koruma altındakiler” gibi birbirinden farklı anlam, bağlam ve yasal karşılıkları bulunan farklı kavramların zaman zaman birbirinin yerine kullanılabildiği görülmektedir. Bu nedenle bu çalışma açısından tercih edilen mülteci ifadesinin gerek uluslararası gerekse ulusal göç mevzuatı açısından ne tür bir kar-

[2] Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği 2017 yılı verilerine göre Türkiye, 2,9 milyon ile dünyada en fazla mülteciye ev sahipliği yapan ülke konumundadır ve 2014-2016 yılı sonuna kadar (üst üste üç yıl olacak şekilde) bu konumunu sürdürmüştür. 2018 yılına ait verilerin bulunduğu yeni özet rapor metni incelendiğinde ise Türkiye’nin dünyanın en fazla mülteciye ev sahipliği yapan ülke konumunu sürdürmeye devam ettiği görülmektedir. Türkiye’deki tüm mültecilerin yaklaşık olarak yarısı, Gaziantep, Hatay, İstanbul ve Şanlıurfa olarak dört ilde bulunmaktadır. Türkiye’deki ortalama bir milyon mülteci 15-24 yaş arasındadır ve %60’ı erkektir. Metne ilişkin daha ayrıntılı bilgi için bkz. (<http://www.unhcr.org/tr/wp-content/uploads/sites/14/2018/09/01.-UNHCR-Turkey-Fact-Sheet-August-2018.pdf>) ve (<http://www.unhcr.org/tr/unhcr-turkiye-istatistikleri>).

şılığının bulunduğu üzerinde durmak gerekmektedir.

Türkiye’de mülteci, göçmen, sığınmacı geçici koruma altında bulunma durumu konusunda bir kavramsal uzlaşının bulunmaması hususu, göç konusuna ilişkin yasal mevzuatla birlikte değerlendirilmelidir. Türkiye, 1951 tarihli mültecilerin statüsüne ilişkin olarak hazırlanan *Cenevre Sözleşmesi*’nden bu yana bir “coğrafi sınırlama” çekincesi çerçevesinde anlaşmanın tarafı olmuştur ve söz konusu coğrafi çekince, Türkiye’nin yalnızca Avrupa Birliği’ne üye ülkelerden gelen sığınma taleplerinin mültecilik statüsüne karşılığının bulunması ve kabul görmesi anlamına gelmektedir. Buna karşın; “İltica ve Göç Araştırmaları Merkezi” (İGAM) Başkanı Metin Çorabatır, Kasım 2017 tarihinde Başkent Üniversitesi’nde gerçekleştirilen bir göç panelindeki konuşmasında, literatürdeki mültecilik tanımına ilişkin iyi bir değerlendirme ve özeti şu şekilde sunmaktadır:

“Bir ülkedeki savaş ya da rejimin uyguladığı baskı-şiddet dolayısıyla ülkelerini terk ederek başka ülkelere gidenlerin durumu ‘mültecilik’ olarak tanımlanır. Ülkedeki çeşitli durumlardan dolayı yaşamınız ve temel haklarınız tehlike altında olduğu için kaçıyorsunuz. Sınırı aştığınız anda, uluslararası toplumun korumasına geçiyorsunuz. –mülteciler dışındaki göçmenlerde, göç ettiğiniz devletin koruması sürer- Dolayısıyla, mülteci olabilmenin olmazsa olmaz koşulu, başka bir ülkeye sığınmaktır (...) Bu durumda mültecilik statüsünün, gidilen ülkedeki yasal-idari düzenlemelerden daha üst bir hukuki ilke olduğunu görüyoruz. Çünkü özellikle 2. Dünya Savaşı’ndan sonra, mülteci grubunun tek bir ülkenin sorunu olamayacağı konusunda fikir birliğine varılmıştı. 1951 tarihli Cenevre Sözleşmesi’nin mültecilerin statüsü meselesine ilişkin olduğunu görüyoruz. Dolayısıyla mülteci statüsü alan bir kişi, 1951 Sözleşmesi’nde detaylı olarak yazılan tüm haklara sahiptir” (Çorabatır, 2017).

Türkiye’deki Suriye vatandaşlarının yasal statüsünü ilgilendiren süreçte bakıldığında 2013 yılında Türkiye’nin ilk sığınma kanunu olan *Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu*’nun onaylandığı ve 11 Nisan 2014 tarihinde yürürlüğe girdiği görülmektedir. Bu Kanun vasıtasıyla, Türkiye’nin ulusal sığınma sisteminin temel dayanaklarını inşa etmek ve bu alanda politika oluşturma amacıyla; Türkiye’deki tüm yabancıla-

ra ilişkin işlemlerden sorumlu olan başlıca kurum olarak “Göç İdaresi Genel Müdürlüğü” kurulmuştur.^[3] 13 Ekim 2014 tarihinde ise Bakanlar Kurulu kararıyla Türkiye, geçici koruma sağladığı kişilerin hakları, yükümlülükleri ve bu kişilere ilişkin prosedürleri ortaya koyan Geçici Koruma Yönetmeliği’ni kabul etmiştir. Dolayısıyla Türkiye’de Suriyeli-lerin yasal statüleri mültecilik kapsamında değil, geçici koruma statüsü kapsamında tanımlanmıştır. Bir diğer deyişle; uluslararası hukukun bir ilke kararı olarak çeşitli uluslararası anlaşmalarda da yer bulan “mültecilik” statüsünün yerine, Türkiye’nin yasal mevzuatında mültecilik statüsünden farklı ve ona nazaran daha sınırlı bir statüye karşılık gelen “geçici koruma altındakiler” ifadesinin yer aldığı görülmektedir.^[4] Bu çalışma kapsamında ise, uluslararası evrensel hukuk ilkeleri doğrultusunda Suriye vatandaşlarının fiili durumda sahip oldukları yasal hakları ve statüleri “mültecilik” olarak tanımlandığından, bu tanım takip edilmekte ve Suriyeli mülteciler ifadesi kullanılmaktadır.

Geçici koruma yönetmeliği, kitlesel olarak Türkiye’ye yapılan göç hareketliliğini düzenlemekte ve esasen bireysel olarak yapılacak bir uluslararası sığınma talebini de engellemektedir.^[5] *Geçici Koruma Yönetmeliği*’ndeki bu hususun, uzun vadeli bir sürece işaret ettiği göz önünde bulundurulduğunda; Türkiye’deki Suriyeli vatandaşların beslenme, ba-

[3] Genel Müdürlüğün resmi internet sayfasında, 25 Mart 2005 tarihinde kabul edilen “İltica ve Göç Alanındaki Avrupa Birliği Müktesebatının Üstlenilmesine İlişkin Türkiye Ulusal Eylem Planı” ve bu planın eki bulunmaktadır. İlgili belgeler için bkz. http://www.goc.gov.tr/icerik3/iltica-ve-goc-ulusal-eylem-plani_344_344_699

Buna ek olarak; Göç İdaresi Genel Müdürlüğü ve ana Uluslararası Göç Örgütü işbirliğinde gerçekleştirilmesi planlanan “Türkiye’nin Ulusal Uyum Politikasının Gerçekleştirilmesine Destek Projesi” kapsamında hazırlanacak olan “Uyum Strateji Belgesi ve Ulusal Eylem Planı”nın geliştirilmesine yönelik bir Komisyon oluşturulması amacıyla 9 Mart 2016 tarihinde bir toplantı gerçekleştirilmiştir. Haber için bkz. http://www.goc.gov.tr/icerik6/uyum-strateji-belgesi-ve-ulusal-eylem-plani-gelistirme-komisyonu-1-toplantisi-gerceklestirildi_359_5766_9031_icerik

[4] Esas itibarıyla mültecilik de geçici bir koruma önlemidir ve bu statüde olan kişilere yönelik kalıcı bir takım çözümler önerilmektedir. Bunlar; “mülteciliğe neden olan sebeplerin ortadan kalkması ile yeniden kendi ülkesine dönme”, “sığınılan ülkede entegrasyon” ve” üçüncü bir ülkeye entegrasyon amacıyla yerleştirilme”.

[5] Geçici Koruma Yönetmeliği’nin “Uluslararası Koruma Başvuruları” bölümünün 16. Maddesinin birinci fıkrasında; “Geçici korumanın uygulandığı süre içinde, bu Yönetmelik kapsamındaki yabancıların bireysel uluslararası koruma başvuruları, geçici koruma tedbirlerinin etkin şekilde uygulanabilmesi amacıyla işleme konulmaz”. İbaresini yer almaktadır. Yönetmeliğe ilişkin diğer hususlar ve ayrıntılı bilgi için bkz: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/3.5.20146883.pdf>

rınma, sağlık ve eğitim gibi temel yaşamsal haklarının bir kamu hizmeti olarak temini, erişimi ve uygulanabilirliğinin sağlanması konusunda ayrıntılı bir çaba sarf edilmesinin öncelikli gerekliliği aşıkardır. Türkiye’deki göç politikaları ve yasal mevzuata ilişkin yukarıda bir kesiti sunulan daha yakın tarihli düzenlemeler – Türkiye ve Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK) tarafından 1 Eylül 2016 tarihinde imzalanan Ev Sahibi Ülke Anlaşması da bu kapsama dahil edilebilir- esas itibarıyla ortaya çıkan bir “göç krizi”ni atlatmaya yönelik, “geçicilik” vurgusu ekseninde ortaya konulan “acil durum önemleri” olarak değerlendirilebilir. Oysa, “misafirlik” söylemi çerçevesinde karşımıza çıkan bu “geçicilik” vurgusunun göç sürecinin başladığı Nisan 2011 tarihinden bu yana yaklaşık yedi buçuk yıllık bir zaman diliminin sonucunda artık Suriyeli mültecilere ilişkin çözümleyici politika önerilerinin, söz konusu “geçicilik” statüsü çerçevesinde gerçekleştirilebilmesi mümkün görünmemektedir (Erdoğan, 2014:8).

Sirkeci’nin (2017) göç literatüründe özellikle neo-liberal eksenli ana akım çalışmalar için vurguladığı “donuk” ve “statik” bir kavrayışın egemenliği, göç ve göçmen deneyimine, göçmenlerin karşı karşıya kaldığı güçlükler ve ayrımcı uygulamalara ve göç sonrası sürecin anlaşılmasına dair bir güçlüğü beraberinde getirmektedir. Benzer şekilde, devletler düzeyindeki ulusal ve uluslararası göç politikalarının üretim sürecinde de göç olgusunu, bu donuk ve statik vurgudan ziyade; eşitsizlik krizinin önemli bir sonucu olarak değerlendiren yaklaşımların çözüm odaklı politikalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu bağlamda kısaca, Türkiye’de yaşayan Suriyeli mültecilerin sağlık hizmetlerinden faydalanmaları konusunda çalışan kurumlar ve oluşturulan yasal metinlerden de kısaca söz etmek gerekir. Bu kapsamda Başbakanlık koordinasyonu ile görevlendirilen Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) bünyesindeki Afet ve Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliği’nde yer alan Nisan 2011 tarihli ek metin^[6] (ek-79), 2013/8 tarih ve sayılı *Suriyeli Misafirlerin Sağlık ve Diğer Hizmetleri Hakkında Genelge*,^[7] 2014/4 tarih ve sayılı *Geçici Koruma Altındaki*

[6] Bkz:<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Asp?MevzuatKod=3.5.20135703&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=afet>

[7] Bkz:https://www.afad.gov.tr/upload/Node/2311/files/Suriyeli_Misafirlerin_Saglik_ve_Diger_Hizmetleri_Hakkinda_Genelge_20138.pdf

Yabancılarla İlişkin Hizmetlerin Yürütülmesi başlıklı Genelge,^[8] 2015/8 tarih ve sayılı *Geçici Koruma Altındaki Yabancılarla İlişkin Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi başlıklı Genelge*,^[9] yukarıda ifade edilen temel hukuki metinler (*Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu ve Geçici Koruma Yönetmeliği*), Sağlık Bakanlığı 2014 tarihli ve 29153 sayılı *Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar Hakkında Yönerge*^[10] gibi farklı hukuki metinlerde sağlık hizmetlerinin kapsamı, uygulanma esasları, sağlık hizmetlerinden faydalanabilecek kişiler, hizmetlere erişime dair asgari koşullar ve hizmetlerin denetlenmesine dair hususlar açıklanmaktadır.

Türkiye'deki Suriyeli mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimi konusunda yasal kurumlar ve metinler aracılığıyla tanımlanan kapsamdaki hakların yanı sıra, çeşitli alan araştırmalarıyla da desteklenen ve göç literatüründe Suriyeli mülteciler ve sağlık konularına ilişkin mevcut hizmetler, erişilebilirlik konularını farklı odak noktalarında ele alarak tartışan çalışmalar bulunmaktadır. Medya ve temsil bağlamı, özellikle Suriyeli mültecilere yönelik egemen söylemin ve hakim bakış açısının tasvir edilebileceği buradan da sağlık haberciliği tartışmasının yürütülebileceği iyi bir arakesit sunmaktadır.

Suriyeli Mülteciler Medya ve Temsil

Çalışma kapsamında üzerinde durulan ve Suriyeli mültecilere yönelik kamu hizmetlerinin başında gelen sağlık politikalarının yapılandırılması, etkili şekilde uygulanması ve mevcut durumun tespitine/işleyişine ilişkin bilgilerin doğru ve zamanında kamuoyu ile paylaşılması bu noktada hayati önem arz etmektedir. Bu durum öncelikli olarak Suriyeli mültecilerin bizzat deneyimledikleri, fiziksel ve ruhsal sağlıklarını tehdit eden zorlu yaşam koşulları açısından; bununla birlikte, ülke halklarının gündelik yaşamlarında bir belirsizlik, aksaklık, tedirginlik veya bilgi kirliliğinin oluşmaması/yaygınlaşmaması noktasında önemlidir.

[8] Bkz:https://www.afad.gov.tr/upload/Node/2311/files/GeciciKoruma_Altindaki_Yabancilara_Iliskin_Hizmetlerin_Yurutulmesi_2014-4_.pdf

[9] https://www.afad.gov.tr/upload/Node/2311/files/2015_8_Gecici_Koruma_altindaki_Yabancilara_Iliskin_Saglik_Hizmetlerinin_Yurutulmesi.pdf

[10] Bkz:<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1376,saglik-bakanligi-gecici-koruma-yonergesi-25032015pdf.pdf?0>

Medya, tam da bu bağlamdaki rolü açısından başat bir aktör konumundadır. Yapılan çeşitli araştırmalarda da ifade edildiği üzere, özellikle çalışmamız bağlamında etkili bir göç politikasının işlerlik kazanması, kamuoyunun bu konudaki sağduyu ve desteğinin pekiştirilmesi gibi konularda medya, pek çok farklı kanal aracılığıyla ürettiği içerik ve haberlerde Suriyeli mültecilere yönelik temsilin ve söylemin oluşturulması ve yaygınlaştırılması konusunda önemli bir sorumluluk yüklenmektedir. Göktuna (2017: 4) hem bir araç hem de bir içerik odağı olarak medyadaki göçmen/sığınmacı temsillerine ilişkin bir değerlendirmenin; yerleşik toplum ve göç edenler arasındaki etkileşimin mevcut durumunu çözümlemek bakımından önemli olduğunun altını çizmektedir.

Hacettepe Üniversitesi Göç ve Siyaset Araştırmaları Merkezi tarafından gerçekleştirilen “Türkiye’deki Suriyeliler: Toplumsal Kabul ve Uyum Araştırması” (2014) kapsamında elde edilen bulgulardan yola çıkılarak; medyanın Suriyeli mültecilerin Türkiye’ye göçü sürecinde özellikle yerel halkın gündelik yaşamına da temas ve nüfuz eden öncelikli bir bilgi kaynağı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bir diğer deyişle medya, Suriyeli mültecilerin ülkeye giriş-çıkışları, temel hakları kapsamında yararlandıkları sağlık vb. hizmetler, yaşam koşulları, toplumsal ilişkileri, ekonomik geçim kaynakları gibi pek çok ‘kritik’ konuda bilgi inşa eden ve aktaran bir aktör konumundadır. Bu araştırmada ayrıca, genel itibarıyla medyada Suriyeli mültecilere ilişkin bir “üçüncü sayfa habercilik” tutumunun bulunduğu da işaret edilmektedir. (Erdoğan, 2014: 37).

Benzer bir vurguya, Doğanay ve Keneş (2016) tarafından yazılan “Yazılı Basında Suriyeli ‘Mülteciler’: Ayrımcı Söylemlerin Rasyonel ve Duygusal Gerekçelerinin İnşası” başlıklı makalede de rastlanmaktadır. Üç ulusal gazetede dört yıllık bir zaman dilimini esas alarak Suriyeli mültecileri konu eden 1022 haberde öne çıkan temalar ve haber söyleminin analiz edildiği makalede, ana akım basının Türkiye’deki Suriyeli mültecilere yönelik ayrımcı söylemlerin kamuoyunda yaygınlaşması ve meşrulaştırılmasındaki rolü sorunsallaştırılmaktadır. Buna göre yazarlar, gazete okurlarının gündelik hayatlarında kısa süreli karşılaşmalar dışında fikir sahibi olmadıkları toplumsal kesimler hakkındaki yargılarının oluşmasında, okudukları haberlerin ve gazete yazılarının önemli bir rolü olduğunu ifade etmektedir. (Doğanay ve Keneş, 2016: 146).

Literatürde Suriyeli mülteciler medya ve temsil konusuna odaklanan çalışmalarda,^[11] zaman zaman sağlık haberlerini de kapsayan bazı vurguların öne çıktığı görülmektedir. Örneğin Göktuna'nın (2017) Eskişehir yerel basınındaki sekiz gazetenin 2000-2016 dönemini ele alan ve Suriyeliler ve şartlı mültecilere odaklanan haberlere ilişkin incelemesi "ayrıcalık sağlanan-sorun yaratan-uluslararası politikaların konusu-iç siyaset tartışmalarının konusu-yardım edilmesi gereken mağdur ve yararlı mülteci/Suriyeli" olarak beş temsil odağını ortaya koymaktadır. Yazarın araştırmasında sunduğu sağlık haberlerinin, bu temsil kategorilerinden, "sorun yaratan mülteci/Suriyeli ve "ayrıcalık sağlanan mülteci/Suriyeli" temsilleri kapsamında yer aldığı görülmüştür. Sorun yaratan mülteci temsili, haberlerde; "Suriyelilerin sağlıkta büyük risk taşıdıkları", "cinsel yolla ve diğer yollarla bulaşan salgın hastalık tehdidi içerdikleri" ve "bu tehditlere karşı düzenlenen aşı kampanyaları" olarak karşımıza çıkmaktadır (Göktuna, 2017: 17). Ayrıcalık sağlanan Suriyeli temsili ise, devlet tarafından sağlık hizmetlerine ilişkin mali yükün üstlenilmesi durumuna vurgu bulunmaktadır. Bu bağlamdaki bir temsil, temel yaşam hakkına erişime yönelik bir kavrayışın yerine ayrımcı ve ötekileştiren bir söylemsel inşayı beslemektedir.

Çobaner'in (2017) dört ulusal gazetede ve altı aylık dönemde Suriyeli mülteci çocukların haberlerdeki temsili incelediği çalışmasında, Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde yer alan temel haklar bağlamında, Suriyeli mülteci çocukların -diğer sosyal haklara erişim konusunda yaşadıkları sorunlar gibi- sağlık konusundaki sorunlara haberlerde yeterince yer verilmediği ve bu oranın oldukça düşük olduğu (%17.1) sonucuna ulaşılmıştır (Çobaner, 2015:45). İncelenen haberlerde "mağdur çocuk" temsili öne çıktığı ve mülteci çocukların sağlık hakları konusunda; diğer tüm çocuklarla bu haklara eşit şekilde erişiminin devletin sorumluluğu dışında tutularak, bireysel bir sorun veya bir trajedi olarak ele alındığı ifade edilmiştir. Yazar tarafından, mülteci çocukların sağlık

[11] Yukarıda örnekleri sunulan araştırmaların tamamı gazete haberlerine odaklanan çalışmalar olmakla birlikte; Suriyeli mültecilerin temsili konusunda sağlık haberlerine ilişkin vurguları itibarıyla tercih edilmiştir. Bu çalışmalara ek olarak; Televizyon haberlerinde Suriyeli mültecilerin temsiline odaklanan Boztepe (2017) bkz. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/302861> ve Sosyal medyada Suriyeli mülteci temsiline odaklanan Özdemir ve Öner Özkan'ın (2016) çalışmaları bkz. <http://www.nesnedergisi.com/makale/pdf/1474567433.pdf>; farklı medya ortamlarında ve içeriklerinde temsil konusuna odaklanan çalışmalar arasındadır.

ve sosyal hizmetlere erişiminde yaşanan hak ihlallerinin çocuk hakları bağlamında düşünülmesinin önemi ve medyanın devle bu konudaki yükümlülüğünü hatırlatıcı bir işlev yüklenme konusunda sorumluluğunun bulunduğu vurgulanmaktadır (Çobaner, 2015: 45-46).

Suriyeli mültecilerin temsiliinde haber söylemine odaklanan ve 2011-2017 tarihleri arasında üç ulusal gazetede yer aldıkları haberleri inceledikleri çalışmada Gölcü ve Dağlı (2017) da, diğer çalışmaların bulgularını destekleyecek şekilde, Suriyeli mültecilerin ekonomi, eğitim, dil ve sosyal uyum konularında olduğu gibi, sağlık konusunda da sorunlu, ayrımcı ve ötekileştiren bir söylem üzerinden temsil edildiklerini vurgulamaktadır. Sağlık haberlerindeki temsil açısından dikkat çekici bir bulgu; Suriyeli mültecilerin işletmecisi olduğu işyerlerine yönelik denetimlerin haber metninde işyerinin “sağlıksız”, “güvencesi” ve “halk sağlığına zarar verici” şekilde ifade edilmesidir (Gölcü ve Dağlı, 2017: 23). Buradaki söz konusu ifadelerin yukarıda “suçlu/sorun yaratan” olarak kategorilendirilen mültecilere ilişkin benzer bir söylemsel çerçeveye sahip olduğu söylenebilir. Yazarlar ayrıca; Suriyeli mültecilerin sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanmaları konusunda, haber söylemi aracılığıyla, ayrımcı ifadelerin yeniden inşa edildiğinin altını çizmektedir (Gölcü ve Dağlı, 2017: 32).

Dolayısıyla haber söylemi ve sağlık haberciliği bağlamında temsil konusuna ilişkin olarak “nasıl” sorusu, -içinde bulunduğumuz toplumdan bağımsız kavrayamayacağımız bir ilişkisellikte- Suriyeli mültecilerin görünürlüğünün medyadaki mevcut durumuna dair bir değerlendirmeye; “neden” sorusu ise; bu mevcut durumun, -bu yazının kapsamını oldukça aşacak şekilde- büyük çerçevedeki ekonomik, politik ve sosyo-kültürel yorumu ve sağlık haberciliğinin de bu tablodaki karşılığının irdelenmesi ile yanıtlanabilir.

Sonuç

Medyanın kendi meşruiyetini bir “dördüncü güç” olma vurgusu üzerinden konumlandığı ve bu meşruiyetin dayanaklarını da doğru, tarafsız bilginin halka aktarımı olarak ifade ettiği göz önünde bulundurulduğunda, ilke olarak habercilik sorumluluğunu taşıdığı söylenebilir. Fakat gerek mevcut araştırmalar incelendiğinde, gerekse yazılı basın veya televizyon haberlerine yönelik bir değerlendirme yapıldığında, Su-

riyeli mültecilerin medyada temsili konusunda haberin dili, kullanılan görsel, tercih edilen başlık, kapsam ve olay çerçevelemesi oldukça sınırlandırılarak ve çoğunlukla olumsuz veya trajedi vurgulu bitiş-tirmelerle oluşturularak sunulmaktadır. Sağlık haberlerinde de benzer bir durum söz konusudur. Haber söyleminde işaret edilen; hükümet yetkilileri, uluslararası yardım kuruluşları, sermayedarlar ve ülke vatandaşları gibi birbirinden farklı aktörlerin oluşturduğu “Mağduriyet”, “ayrıcalık” ve “tekinsizlik” vurguları, sağlık haberlerindeki ayrımcı söylemin farklı odak noktalarında üretilmesi ve yeniden üretilmesinin koşullarını inşa etmektedir. Bu noktada; sağlık haberciliğinin ilkeleri ve sağlık habercilerinin sorumluluğu tartışması devreye girmektedir.

Literatürdeki araştırmalardan hareketle, Suriyeli mültecilere ilişkin egemen temsiller ve ayrımcı söylem üzerinde dururken, bir bütün olarak medya olgusunu ve onun aracılığıyla gerçekleşen enformasyon üretiminin, dahası bizzat bu üretim aracılığıyla gerçekleşen ve temsil-söylem düzlemlerinde bir yeniden inşa sürecinin sürekliliğini hatırlamak gerekmektedir. Doğan Tılıç (2001), Medyayı Anlamak çalışmasında, medyada mültecilerin sorunlarının ikincil planda olduğu; buna karşın, mültecilerin varlıklarının bir “tehdit” ve “tehlike” kaynağı olarak medyada çokça yer bulduğuna işaret etmektedir. Diğer yandan mültecilerin bu temsiller aracılığıyla görünür oldukları düşünüldüğünde, medyanın, toplumun genelindeki hakim fikir iklimi üzerinde yansımaları olacak şekilde, mültecilere yönelik ötekileştirici ve ayrımcı söylemin ve zaman zaman da eylemlerin psikolojik ve sosyal gerekçelerini oluşturabilmeleri konusunda bir rol sahibi olduğu vurgulanmaktadır. Bu açıdan medya kuruluşlarının ivedilikle, özellikle sağlık haberciliği konusunda meydana getirdiği yıkıcı etkiye yönelik bir farkındalığa sahip olması; ardından muhabir, editör veya danışmanlarını tıp eğitimi ve habercilik etiği konusundaki üst düzey sorumluluğunu yerine getirmesi ve bu konuya ilişkin baskı ve denetim mekanizmalarının oluşturulması “hayati” önem taşımaktadır (Tılıç, 2001: 40-41).

Sağlık haberciliğine ilişkin ilkeler ve sorumluluklar söz konusu olduğunda; gazeteci veya medya patronuna odaklanan bir faille ilişkilendirme durumunun yerine yazarın “medya sistemi işleyiş modeli” olarak tanımladığı düzlemde, “medya atmosferi”, “sahiplik yapısı”, “medya kurumları”, “gazeteci” ve “izleyici”ler arasındaki hegemonik ve hiye-

rarşik ilişkileri bir arada irdelemenin olanaklarını sunmaktadır. Böylece ayrımcı bir dili üretmekle eleştirilen bir haberde gazetecinin neyi neden yaptığı ve haberlerin hangi “öncelikler” doğrultusunda gazetelerde yer alıp al(a)madıkları konusunda fikir sahibi olabilmek açısından önemlidir.^[12] Çünkü yazara göre, habercilik sürecinde “muhabirler” ve “yıldızlar” arasında mevcut bulunan hegemonik ilişkiler ve kurumsal hiyerarşi, zaman zaman gazetecilerin kendi haberlerinin kontrolüne ilişkin sorunlara ve haberlerine dair bir yabancılaşmaya neden olabilmektedir^[13] (Tılıç, 2001:40-41).

Özetle; Türkiye’deki Suriyeli mültecilere dair ulusal ve uluslararası mevzuatla düzenlenen ve sağlık hizmeti ve hizmete erişimin kapsamına dair çalışmalar; -yaygınlaştırdığı anlamlar itibarıyla- mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimi konusunda medyadaki görünürlüğü ve temsil ediliş biçimi, medyada bu konuda karşılaşılan sorunlara ve aksaklıklara dair düzenlemelere yapılan vurgu ve haber söyleminin kuruluşu konularındaki çalışmalarla desteklenmeye ihtiyaç duymaktadır. Suriyeli mültecilere yönelik olarak oluşturulan mevzuatın kapsamının, medyadaki temsiliyet biçimi, ayrımcı söylem üretimi gibi konuları ele alacak şekilde genişletilmesi ve medya kuruluşları açısından da “hak odaklı habercilik” ilkesinin takip edilerek bu konuya ilişkin sorumluluğun üstlenilmesine yönelik vurguların artırılması önemlidir. Bu konudaki sorumluluk, gerek devlet nezdinde gerekse medya kuruluşları ve ilgili diğer kurumlar tarafından sahiplenilmelidir.

[12] Doğan Tılıç; sağlık haberciliği ilkeleri ve işleyişi bağlamında da değerlendirilebilecek bir ifadesinde: “Gazeteciler, kendilerini, çalıştıkları kurum içerisinde özgür hissetmiyorlar. Pek çok gazeteci, hem kamuoyunu doğru bilgilendirmek, “tarafsız gazetecilik”, “hak odaklı habercilik”, hem de medya sahibinin ya da mensup oldukları ülke ve devletin çıkarlarını kollamak gibi paradoksal bir misyonları olduğunu görüyor ve bunlar arasında sıkışıyor” (Tılıç, 2001: 36) vurgusuyla, esasen mültecilere yönelik temsilin oluşturulma biçimi ve gerekçelerine dair ekonomi-politik gerekçeleri konuya dahil eden alternatif bir bakış açısı sunmaktadır.

[13] Konuya ilişkin bir alıntı için bkz: “Medya kuruluşlarındaki bu iç hiyerarşilerin belirleyiciliği yüzünden, kurumlarına haber taşıyan muhabirler, gerçeğin ve doğrunun peşinde koşmaktan çok, çalıştıkları yerde yayınlanabilecek, haber müdürlerinin beğeneceği nitelikte haberler aramaya başlıyorlar. Zamanla, çalışılan medya kuruluşunun değerleri içselleştiriliyor ve muhabir artık kendisine yönelik bir dayatma olduğunu da hissedemez hale geliyor” (Tılıç, 2001: 37-39).

KAYNAKÇA

ARDIÇ ÇOBANER, Aslıhan. (2015). Çocuk Hakları Bağlamında Suriyeli Mülteci Çocukların Haberlerde Temsili. *Marmara İletişim Dergisi*, 24, 27-54.

BMMYK (2018). *Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği 2018 Raporu* <http://www.unhcr.org/tr/wp-content/uploads/sites/14/2018/09/01.-UNHCR-Turkey-Fact-Sheet-August-2018.pdf> (Erişim Tarihi: 1.10.2018).

ÇORABATIR, Metin (2017). “Uluslararası Mülteci Hukuku Çerçevesinde Türkiye’de Sığınma Politikaları”. Küreselleşme Çağında Göç Uluslararası Paneli. 8 Kasım 2017. Başkent Üniversitesi, Ankara.

DOĞANAY, Ülkü ve Hatice ÇOBAN KENEŞ. (2016). Yazılı Basında Suriyeli “Mülteciler”: Ayrımcı Söylemlerin Rasyonel ve Duygusal Gerekçelerinin İnşası. *Mülkiye Dergisi*, 40(1), 143-184.

ERDOĞAN, M. Murat (2014). *Türkiye’deki Suriyeliler: Toplumsal Kabul ve Uyum Araştırması*. Hacettepe Üniversitesi Göç ve Siyaset Araştırmaları Merkezi-HUGO Yayınları: Ankara.

GÖKER, Göksel ve Savaş KESKİN (2015). Haber Medyası ve Mülteciler: Suriyeli Mültecilerin Türk Yazılı Basınındaki Temsili. *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*, 41, 229-256.

GÖKTUNA YAYLACI, Filiz. (2017). Eskişehir Yerel Basınında “Mülteciler” ve “Suriyeliler”. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 20(1), 1-40.

GÖLCÜ, Abdülkadir ve Ayşe Nur DAĞLI (2017). Haber Söyleminde ‘Öteki’yi Aramak: Suriyeli Mülteciler Örneği. *Akdeniz Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 28, 11-38.

SİRKECİ, İbrahim (2017). “Neden Göç Ediyoruz? Göç Ne Kadar Sürer?”. Küreselleşme Çağında Göç Uluslararası Paneli. 8 Kasım 2017. Başkent Üniversitesi, Ankara.

TILIÇ, Doğan. (2001). *“Medyayı Anlamak”*. Su Yayınları: İstanbul.

YÜCEBAŞ, Mesut (2015). Gaziantep Yerel Basınında Suriyeli İmgesi: Yeni Taşranın Yeni Suskunları: Suriyeliler. *Birikim Dergisi*, 311, 38-47.

Av. Hakan CANDURAN (Oturum Başkanı)- Efendim sunumunuz için çok teşekkür ediyoruz.

Bu arada yaklaşık 15 dakikamız var; bazı sorular geldi izleyicilerimizden, ben elimden geldiğince ilgili olan kişilere dağıtmaya çalıştım.

Bu arada Doğan Hocamın önünde birkaç soru birikti, cevaplamanız için isterseniz öncelikle Sayın Hocam size söz verelim.

Lütfi Doğan TILIÇ- Tamam.

Bu sorular tam olarak bana mı, en azından birinin adresi çok net. Ama onun dışındakilere diğer arkadaşlar da bir şeyler söyleyebilir, onun için ben soruyu da belirterek açıklama yapayım.

Sorulardan bir tanesi; sansasyonel sağlık haberlerinin arkasında “zakkum” olayında olduğu gibi siyasi atraksiyonlar olabilir mi?

Olabilir, şu son dönemde gündem değiştirmek adına siyasilerin çok fazla medyaya ve haberlere müdahalesi oluyor. Bunların sağlık haberleri üzerinden “zakkum” olayı gibi çok belirgin bir örneğini hatırlıyorum doğrusu; ama teorik olarak buna evet demek mümkün. Şöyle enteresan bir durumla karşı karşıyayız: Medya sahiplik yapısı dünyada 1980’lerden sonra hızla değişti ve geleneksel medya sahiplerinin yerine yeni medya sahipleri geldi, ki yeni medya sahiplerinin temel özelliği asıl işleri gazetecilikten başka her şey olması, ekonominin her alanında faaliyet gösteriyor olmaları. Bunlar silah sanayinde varlar, kimya sanayisinde varlar, finans sanayisinde varlar ve varlar da varlar. Onlar içerisinde medya çok küçük bir parça oluşturuyor. Doğrusu oradaki kârları ve zararları önemli değil. Medya asıl olarak diğer alanlardaki faaliyetlerini yürütmelerinin, iktidarlarla ilişkilerini düzenlemelerinin bir aracına dönüşüyor. Böyle bir durumda birtakım haberlerle gündem belirlemek, gündem değiştirmek önemli; ama Türkiye’de bu sahiplik yapısının üstüne son 3-5 yılda, son 5 yılda bir başka şey daha örtüştü; ekonomik olarak tarif ettiğimiz bu yeni sahiplik yapısı bir de siyaseten bir kimlikle de çok fazla örtüştü. Ana akım medyanın büyük çoğunluğunun sadece maddi değil, siyasi bir özelliğini de görüyoruz. Adını koymak gerekirse iktidar partisiyle birebir bütünleşmiş bir sahiplik yapısı var. Böyle durumlarda keşke gündemin değiştirilmesi istenen, hele şu günkü gibi günlerde yeni bir “zakkum” olayı olsa fena olmazdı diye cevap vereyim ona.

Gerçek bilim insanları, liyakat sahibi olmayan insanlara yanıt vermekte, onların yanıtları üzerinde tartışmakta aktif değiller neden bunu yapmıyorlar gibi bir soru var galiba.

Bu gerçekten dikkat çekici bir şey, televizyonlardaki tartışma programlarına baktığımda bende profesör unvanlı, hatta rektör unvanlı birtakım arkadaşları görüyorum. Her akşam sadece bir değil, bir-iki televizyon programında varlar; hem profesör, bilim insanları, rektörler, ne zaman vakit buluyorlar da üniversitelerini yönetiyorlar, ne vakit buluyorlar da bilimsel araştırma yapıyorlar anlamak mümkün değil. Dolayısıyla, işin doğasından kaynaklanan bir durum var; burada gerçek bilim insanı var dediğiniz birisi var ise, zaten onun işi, onun faaliyet alanı sabah-akşam medyada görünüp bir şeyler söylemek ya da sabah-akşam medyada olup birilerine cevap vermek değil. Ya laboratuvarında ya sınıfında, ya üniversitesinde bilimsel birtakım üretim yapmakla meşgul olmaları gerekiyor ve öyleler zaten. Dolayısıyla diğerlerine cevap verecek herhalde zamanları da çok fazla olmuyor, kendilerini okulların insanı olarak görmüyorlar diye düşünüyorum.

Bir başka soru, çok önemli gerçekten; sağlık haberleri ya da blokların paylaşımıyla ilgili olarak hukuki sınırlandırma önerisi yerine zorunlu eğitim, ilköğretim kapsamında sağlıksal düşünce eğitimi verilmesi daha yerinde bir öneri değil midir?

Bu son iki soruya diğer arkadaşlar da cevap verebilir, birinin adresi doğrudan bendim.

Buna söyleyeceğim şey şu: Türkiye’de bir bölünmeden, bir kutuplaşmadan falan bahsediyoruz, toplumun bölünmesinden, kutuplaşmasından, bana göre bu kutuplaşmanın, bu bölünmenin en vahimi dünyayı anlama ve algılama sistemlerimizin bölünmesinde ortaya çıkıyor. Türkiye toplumu bir taraftan hayatı, dünyayı, toplumu her şeyi bilerek anlayanlarla, öbür taraftan da inanarak anlayanlar gibi bir bölünme yaşıyor. Bilmek ve inanmak arasında dağlar kadar fark var ve bilgi üzerinden dünyayı anlayanların, anlamlandıranların, inanarak dünyayı anlayanlar ve anlamlandıranlara nüfus etmesi de imkânsız hale geliyor.

Şimdi eğitim sistemine zaten o noktada müdahale etmek gerekiyor. Yani, sağlık konusunda daha bilimsel düşünmek, sağlık okuryazarlı-

ğı eyvallah ama onun daha öncesinde eğitim sistemimize ilkokuldan itibaren bilerek değil, inanarak dünyayı anlayacak nesiller yetiştirme doğrultusunda bir müdahale var diye düşünüyorum. Ve asıl köklü bir müdahalenin, eğitim sistemine ilköğretimden itibaren orada yapılması gerekiyor, eleştirel olabilen, sorgulayan, soruşturan, dolayısıyla daha bilimsel bir anlama sistemine sahip olan nesiller yetiştirmek gerekiyor. Onu yaptığınız zaman sağlık konularına da daha bilimsel, daha bilgi temelli yaklaşan bir insanlar topluluğu, bir yurttaşlar topluluğu olmamız mümkün diye düşünüyorum.

Teşekkür ederim.

Av. Hakan CANDURAN (Oturum Başkanı)- Sayın Hocam bir soru daha var yine size; vatandaşların doktorlardan ziyade medyada yer alan sağlık haberlerine inanması ve uygulamaya geçmesinin altında yatan nedenler nedir?

Faruk Bey ile birlikte size sorulmuş bir soru, burada da fikrinizi alalım.

Lütfi Doğan TILIÇ- Faruk ne söylüyorsa ben ona katılıyorum.

İnsan her zaman, her şeyin daha kolayına, daha kestirmesine, daha az maliyetli olanına meyil ediyor bu kaçınılmaz bir şey! Biraz önce ben sunumumda söyledim, nerede 3 günde 5 kilo verdiren bir rejim haberi varsa oraya bakıyorum diye, yalan değil doğru yani onların olmayacağını biliyorum ama yine de ya olursa diye o haberleri okuyorum. Dertliyseniz, bir derdiniz, bir probleminiz varsa mutlaka onun en kestirme, en kolay, en az maliyetli yoluna gidiyorsunuz. O yol sonuçta en maliyetli yol haline dönüşse bile!

Dolayısıyla, medyaya inanmak, üç günde bir mucizeyle bir sorunu çözmek gibi şeylere, özellikle de eğitim düzeyi düşükse, o sağlık okuryazarlığı, medya okuryazarlığı yoksa orada daha öne çıkıyor. Hekime gitmek, hekimi bulmak, bunun maddi imkânlarınızla ilgili bir kısmı da var kuşkusuz, daha uzun, daha zor ve daha maliyetli bir yol gibi görünüyor. Biraz belki bununla ilgisi var gibi, ama daha doğru cevabı Faruk verecektir.

Faruk BİLDİRİCİ- Aslında bu soru gelince şunu düşündüm: Garip bir şey, biz normalde medyanın güvenilirliği azalıyor diye bakıyoruz, bütün araştırmalar öyle gösteriyor. Hatta siyaset haberlerimize çoğu insan inanmıyor, kendi komplolarını üretiyorlar. Peki, gerçekten neden sağlık haberlerine daha çok inanılıyor, onu ben de düşünüyorum. Ama sanırım burada nedenlerden birisi, biz orada sanal bir ortam yaratıyoruz; daha umut veren sanal, gerçekte çok tekabül etmeyen bir ortam yaratılıyor sağlık haberlerinde onun da etkisi olsa gerek diye düşünüyorum.

Nedenlerden bir tanesinde şu da var: Her ne kadar medyanın inanılabilirliğinde, güvenilirliğinde bir aşınma varsa, sanıyorum sağlık alanında çalışanların, hekimlerin güvenilirliğinde, inanılabilirliğinde da bir azalma var ve sorun tek taraflı değil. Ben konuşmamda da söyledim, sağlıkta aktörler çok fazla, sadece medya değil bütün aktörlerin hataları, eksikleri var. Bütün o hatalar, eksiklikler burada bizim medyadaki haberlerle görünür hale geliyor. Görünür hale gelince de sadece bize inanılmıyormuş gibi görünüyor, aslında öyle değil. Bütün o eksiklikler orada vücut buluyor ve onun üzerinden de devam ediyor.

Elbette sadece bu işin tarafları, aktörleri olan bizler değil, okuyanlar da, izleyenlerde de bir problem var; işlevsel cehalet dedi az önce arkadaşımız. Okuyan insanların eleştirel, sorgulayıcı yaklaşmamasının ciddi bir nedeni var. Eleştirel yaklaşmayınca tabii ki orada yazan her şeye inanıyor, ne derse desin “işte şu şunu tedavi ediyor” deyince inanılıyor tabii böyle bir sorun ortaya çıkıyor.

Ben bu sorunun çözümünde elbette bütün bileşenlerin, bütün aktörlerin kendilerini gözden geçirmelerini ve denetlemeleri gerektiğine inanıyorum. Kendi payıma da şunu görüyorum: Biz medya olarak sağlık haberlerini daha sıkı denetlemeliyiz diye bakıyorum. Yani, hem etik açıdan, hem içerik açısından sürekli denetlemeliyiz ve ancak oradan bir yere varabiliriz ve bunu yaptığımız sürece de sağlık haberlerini tüketen insanlara, yani kamuoyunu da daha rahat bilinçlendirebiliriz ve onları da bizim haberlerimize daha eleştirel bakmasını sağlayabiliriz.

Bunun devamı olan bir soru daha vardı ve ben hemen oradan devam edeyim. Sağlık haberciliğinde birbiriyle çelişen haberlerin önüne nasıl geçebiliriz? Evet, gerçekten konuşmamda da söyledim, birbiriyle çelişen

haberler ve üstelik aynı kişiler birbiriyle çelişen haberler yazabiliyorlar, doğru. Bunun önüne geçmenin bence yollarından birisi şu, biz gazeteciler şöyle bakarız: Gazeteci sadece ve sadece gerçeği okurlarına, izleyicilerine iletmek zorundadır, yalın gerçeği. Gerçeğin içine başka herhangi bir çıkar, herhangi bir ilişki, herhangi bir dünya görüşü vesaire başka bir çıkar ilişkisi girdiği zaman o gerçek gerçek olmaktan çıkar.

Oysa bakıyoruz bugün günümüzde sağlık haberlerini yapanların çoğu gazeteciler değil, bir şekilde sağlık sektörünün içinde yer alan insanlar. Yani buradan para kazanan insanlar; kliniği var, ilaç sektöründe çalışıyor, bir hastanenin yöneticisi vesaire. Şimdi ben onun bir tedavi yöntemiyle ilgili bir şey söylediğinde gerçekten sadece doğru söylediğine, sadece gerçeği söylediğine nasıl inanabilirim ki, zaten onların çoğu kendi tanıtımını yapıyor. Kendini pazarlayan insanlar insanlara sağlık veremez, gerçeği aktaramaz, bunu bir defa kabul etmemiz gerekiyor. O zaman bizim gazeteciler olarak yapmamız gereken şeylerden birisi, bir defa kendini pazarlayanlardan kurtulmak. Bunun yolu nedir? Uzman gazeteciler aracılığıyla bu işi yapmaktan geçiyor. Ben 37 yıllık bir gazeteciğim ve şöyle bakıyorum: Gazetecilikte tabii bir çok alan var ve uzmanlaşmaktan söz ediyoruz, ama temel iki alan var aslına bakarsanız, biri eğitim, ikincisi sağlık alanıdır. Ve maalesef Türkiye'deki gazetecilikte uzun yıllardır bu iki temel alanda uzman gazeteci yetiştirilmedi, bu insanların önü açılmadı. Son yıllarda bu alanda yeni gelişmeler var, uzman gazeteci arkadaşlar yetişiyor ama hâlâ çok etkin değil. Aslında önde olanlar biraz önce de söyledim kendini pazarlayanlar, sağlıktan bir şekilde çıkarı olan insanlar ve bizim bunlardan biraz kurtulmamız ve sağlıkla ilgili hemen her şeyi mümkün olduğu kadar uzman gazeteciler aracılığıyla yazmamız gerekiyor. Onların da tabii gerçekten sağlıkla ilgili uzmanlara başvurması gerekiyor.

Neden kendini pazarlayanlar diyorum, dikkat edin lütfen bugünlerde televizyonlara çıkanlara bakın; bilim insanı olsun, gazeteciler olsun, sağlıkçı olsun, herkes her şeyi biliyor. Ben her şeyi bilmiyorum; benim uzmanlığım gazetecilik ve gazetecilik etiği üzerine çalışıyorum, ben bu konuda konuşurum. Ama bana her şeyi sorduğunuzda cevap veremem; ama bakıyorum televizyonlarda insanlar her şeyle ilgili konuşuyorlar. Yani, uluslararası politikayla ilgili bir şey olduğunda konuşuyor, ekonomi olduğunda konuşuyor, sağlıkla ilgili konuşuyor, yok böyle bir şey!

Peki, doktorlar; doktorlara bakıyorsunuz kanser konusunda konuşuyor, diyet konusunda konuşuyor, psikolojiyle ilgili de konuşuyor. Böyle bir şey olamaz Allah aşkına! Bir defa bunlara bizim son vermemiz gerekiyor. Bunun yolu nedir? Bir defa bizim gazeteciler olarak etik denetimimizi, kendi iç denetimimizi doğru yapmamız gerekiyor. Diğer tarafı ilgili taraflara bırakıyorum o konuda konuşmak istemiyorum ve bu işi artık uzman gazetecilere bırakmak gerektiğini, başka çaremiz olmadığını düşünüyorum doğrusu, teşekkür ederim.

Esra ÖZ- Şimdi farklı sorular gelmiş.

Öncelikle “blogger”larla ilgili soru var; sağlık haberleri ve blogger’larla ilgili ilkokuldan itibaren eğitim verilmeli diye bir soru gelmiş. Eğitim verilmeli, ama eleştirel düşünce eğitimi verilmeli, insanlar gördüğü her şeye inanmamalı. Biraz önce sağlık okuryazarlığını dedektifliğe benzetme nedenim de buydu. İnsanlar kesinlikle her gördüğü şeyi, “evet bu doğrudur” deyip kabul etmemeli, sorgulamalı, şüphe etmeli, araştırmalı, doğru mu değil mi diye tartmalı ve kaynakları teyit etmeli. Teyit etmek çok önemlidir.

Bir tane bilimsel çalışması olmadığı halde bilim insanıyım diye biraz önce söylendiği gibi her konuda çıkıp konuşanlar çok fazla.

Bence hukuki sınırlama olmalı; çünkü internet çok boş bir alan oldu ve hukuki olarak herhangi bir sınırlaması da yok. Size sosyal medyadan birisi çıkıp hakaret ediyor, ama bununla ilgili bile çok net bir şey yapılamıyor. O yüzden bence sağlık alanında mutlaka bir şeyler yapılmalı.

Televizyonlarda tıp ve tıp dışı branşların birlikte program yapması konusunda ise; yurtdışında buna gazetecilikle ilgili “False Balance” deniliyor, aslında bu bir gazetecilik hatası ve kaynakların birbirini dengelememesi. Yani, bir tarafta konunun çok uzmanı, bu alanda nitelikli bilimsel çalışmaları olan birileri varken karşısına tutup da “yaşam koçunu” çıkartırsanız bu denk hatasıdır ve bu bir gazetecilik hatasıdır. Türkiye’de televizyonlarda reytingler sağlansın diye çok sık yapılan ve çok kişiye sorulan yazılı haberlerde karşımıza çıkıyor, bence böyle olmamalı.

Gerçek bilim insanları liyakat sahibi olmayan insanlara yanıt vermiyor konusu ise; benim haber yaptığım özellikle bilim insanları çok fazla

duyulmayan, medyada hiç görünmeyen isimler oluyor ve onları ikna edebilme süreci gerçekten zor oluyor. Çünkü, “biz medyada diğerleri gibi olamayız ya da bilimsel olarak o camiada medyaya çıktığımız zaman kötü olarak anılıyoruz” diyorlar ve o yüzden gerçek bilim insanları medyadan kaçır haldeler şu anda. Medyada çalışanlarda reyting getirecek konuların peşindeler; daha çok okunsun, daha çok izlensin diye düşünülüyor. İşte uzman gazetecilik bu anlamda önemli ve gazeteciliğin sağlık alanında özellikle bir meslek olduğu özellikle vurgulanmalı ve doktorlar ya da başka sağlık çalışanları bunu bir meslek olarak ya da hobi olarak görüyorlar. O yüzden herkes her yere çıkıp, her şekilde yazıp kendilerini gündeme getirebilmek adına uğraşıyorlar. O yüzden gazeteciliğin bir meslek olduğu, sağlık haberciliğinde uzmanlaşmanın, -ben bunu daha çok bilim ve sağlık haberciliği diye tarif ediyorum-, bilim ve sağlık haberciliğinde uzmanlaşmasında gazetecilerin bu anlamda desteklenmesi gerekiyor. Desteklenirse medya kuruluşları da hem maddi hem manevi anlamda kendilerini geliştirme imkânları bulacaklardır.

Bir de sağlık sorunlarıyla ilgili bir soru gelmiş; kişisel verilerin kullanılmasında kişinin kendi rızasına ilişkin bir soru var. Medyada yer alan vaka haberleriyle ilgili etik kurallar yok, yani tamamen gazetecinin vicdanına kalmış bir şey. Burada da tıp etiği ile medya etiği çakışıyor aslında! Tıp etiğinde, “Hasta mahremiyeti var” der, medya etiğinde de, “bir vakayı yazabilirsiniz” diyor. O anlamda bir çakışma durumu var aslında; bir hastanın haberi yapılmalı ya da sağlıkla ilgili bir vakanın haberi yapılmalı, ama onunla ilgili bir sınırı olmalı, doktor reklam aracı olarak kullanılmamalı. Çünkü, bir doktor “ben seni haber yaptıracağım” dediği zaman hastanın itiraz etme durumu sizce olabilir mi? Ben pek sanmıyorum çok farklı bir vakada, doktor ne derse hasta “tamam hocam” diyor; çünkü o doktora muhtaç, öyle de bir gerçekliğimiz var. O yüzden onun etik sınırlarının belirlenip gazetecinin ajite etmeden, kişilik haklarına zarar vermeden, o kişinin o haberden sonra da bir hayatının olduğunu düşünerek haber yapması gerekiyor. Ama bunlarda mutlaka izin alınıyor, izin alınmadan haber yapılmıyor.

Faruk BİLDİRİCİ- Bir cümleyle ben de ek yapabilir miyim?

Şöyle: Sağlık haberciliği konusunda etik ilkeler çok az, ama belki biliyorsunuz Türkiye Gazetecilerin Hak ve Sorumluluk Bildirgesi var.

Biz gazetecilerin temel anayasası niteliğinde etik çerçeveyi belirleyen bir metin bu; bu metni bir komisyonla güncelledik, yeni taslak hazırlandı, bu taslağa sağlık konusunda bir madde koyduk. O maddede; hasta hakları, hastanın bilinçlendirilmesi, öne alınması gibi temel bir çerçeve belirledik. O taslak çıktığında bu konuda artık bir etik ilke olmuş olacak onu söyleyeyim.

İbrahim ERSOY- Bu komplikasyon, malpractice konusu herhalde başımızı çok fazla ağrıttak. Yargının dahi malpractice, komplikasyon konusunda konsensüs sağlamamışken, tıp ve hukuk öğrencilerinin farklı düşünmesi giderilebilir mi? sorusu gelmiş;

Hayır, giderilemez sadece oradaki gösterdiğim tablodaki aşırılığın giderilmesi lâzım! Komplikasyonla ilgili bir olgu sunumu verseniz, hekimlerin bile çok farklı cevapları olabilir. Ama yavaş yavaş insanların birbirini anlaması, en son gittiğim bir kongrede hem tıp fakültesini hem hukuk fakültesini bitiren insan sayısının 100'e yaklaştığını öğrendim. Belki onlar bu açıdan malpractice mi, komplikasyon mu, bize biraz daha fazla yardımcı olabilir.

Gerçek bilim adamlarıyla ilgili sorunda da aslında, gerçek bilim adamları neden televizyonda çıkmıyor ya da gazetelerde çıkmıyor? Bence iki tarafta da sorun var; Gazetecilikte aslında şöyle bir kural vardır: İyi bir şey söylenmese veya gerçekler söylenmezse medya boşluk kaldırmadığı için birileri onu doldurur. Şimdi gerçek bilim insanları dediğimiz kişiler medyadan korkuyorlar, ama bir taraftan da şöyle bir şeyi düşünüyorlar: Aslında bilim insanı demek kamusal bir sorumluluk da gerektirir, yani sizin bilim insanlığınız sadece laboratuvarında çalışmalar yapmak demek değil, sorumlu olduğunuz topluma karşı bunları anlatmak da bilim adamının sorumluluğudur, bunu yerine getirmiyorlar. Onların bu taraftan aktive edilmesi lâzım!

Diğer taraftan da, Sağlık İletişimi Derneği dedim, biz bilim insanlarına medyadan korktukları için medya nasıl daha iyi kullanılır, nasıl medyada var olabilir bu tür dersler de veriyoruz. Bunların da kullanılması lâzım, yani hem bilim insanlarında hem de gazetecilik tarafında sorun var.

Av. Hakan CANDURAN (Oturum Başkanı)- Efendim, İbrahim Beye de teşekkür ediyoruz.

Son bir soru var ona da ben bir hukukçu olarak şöyle genel anlamda bir şey söylemeliyim, soru şöyle: Adı ve görüntüsü açık olarak verilen bir doktorun, adli süreci devam eden bir konuda yapılan haberle alenen suçlu gösterilmesi durumunda etik ve hukuki yaptırım olarak basın için RTÜK harici ne yapılabilir?

Şimdi bir kere hukuksal yanı anlatmaya, aslında çok detaya gerek yok. Doktorun bundan dolayı uğradığı maddi ve manevi zarara ilişkin hukuk mahkemelerinde zaten tazminat hakları saklı, oraya gidebilir. Diğer yandan söz konusu fiil Türk Ceza Kanunu'nun içeriğine göre bir suç teşkil ediyorsa Cumhuriyet savcılığına yapılacak olan bir şikayetle zaten takibat başlayacaktır. Ancak etik olarak zaten burada Sayın Bildirici de, Doğan Hocam da neler yapılabileceği konusunu çok detaylı ve açık olarak anlattılar.

Bir de benim burada ekleyebileceğim bir şey var; Ankara Barosu'nun da üyesi olduğu Basın Konseyi var. Basın Konseyine bildirilen bu tip etik dışı davranışlar da orada değerlendiriliyor ve ciddi şekilde de kınandığını biliyorum ben kendi adıma; çünkü ben Basın Konseyinin toplantılarına Baro Başkanı olarak katılmaktayım.

Zannediyorum bu konuyla ilgili bir şey söyleyeceksiniz.

Faruk BİLDİRİCİ- Şöyle bir ek yapmak istiyorum, aslında burada doğrudan avukat arkadaşlara seslenmek istiyorum. Gördüğüm kadarıyla avukat arkadaşlar gazetelerin kendi iç denetim mekanizmalarını kullanmak konusunda çok eksikler, bu yöneme pek başvurmuyorlar. Bir gazetede, medya kuruluşunda böyle şeyler çıktığında, müvekkilinizin hoşuna gitmeyen bir şey çıktığında hemen hukuki yollar değil, önce etik yollara başvurmakta fayda var ve daha kısa olabilir.

Bir gazetenin ombudsmanı varsa ombudsmanına, yoksa onu yazan kişiye doğrudan veya gazete yönetimine başvurmanız gerekmektedir. Oradan olumsuz yanıt almanız halinde bence diğer hukuki yönle başvurmamız gerekir.

Örneğin; bir haberle ilgili olarak, bir avukat arkadaş veya müvekkili bana başvurduğunda yaptığım ilk şey, o haberde problem var mı, yok mu, onu objektif biçimde ele alıp değerlendiriyorum. Eğer bir sorun varsa da zaten ben yazıyorum, düzeltiyorum haberi ya da bir köşe yazarı yazmışsa onun yazısını düzeltmesini istiyorum ve örnekleri de saydım burada.

Şimdiye kadar çok örnek yaşadık biz, avukat arkadaşlar çok daha kestirme, çokta hızlı bir biçimde yapıyorlar. Ama çoğunlukla gördüğüm şu: Avukat arkadaşlar maalesef hemen tekzip yoluna gidiyorlar, notere başvuruyorlar, noter aracılığıyla metin gönderiyorlar. Noter aracılığıyla gönderilen metinler konusunda burada özel bir panel düzenlemek gerekiyor. O teknik dilden kurtulmanız gerekiyor, bir. İkincisi; yanıt verirken avukatların bence düzeltme metinlerinde konunun özüne yönelik bir şey söylemesi gerekiyor. Oysa konunun özüne yönelik bir şey söylemek yerine biçimsel şeyler söyleniyor, “vay gazeteci olarak sen şöyle söyledin, aslında burada hakaret ettin, şöyle böyle” deniliyor, tabii ki bunlar da söylensin ama içerik olarak bir şey söylemediğin zaman sizin söylediğiniz cevap düzeltme metni okunur bir metin olmaktan çıkıyor.

İkincisi de şu: Bir cevap düzeltme metninin mahkemeden çıkması, oradan gelmesi vesaire bir-iki ayı buluyor. Bir-iki ay sonra siz o konuya cevap verseniz ne olur, cevap vermeseniz ne olur, o yayımlansa ne olur ve çoğu zaman yayımlanıyor. Ama bir şey olmuyor, oysa onları okur temsilcisine ya da gazetenin kendisine bizzat yönelik, onlarla doğrudan kişilerle konuştuğunuz zaman çok kısa sürede çıkar, düzeltilir; bir.

İkincisi; şu anda dijital bir alan var. Dijital alanla sizin baş etmeniz biraz daha zor biliyorsunuz. Orası gazete gibi değil, bizim gazetede yazdığımız şey arşive gidiyor, okuyan okuyor, okumayan okumuyor. Dijital alan öyle değil! Dijital alanda biz Doğan Yayın Grubu olarak, dijital alanda düzeltme kılavuzu hazırladık; düzeltme, yayından kaldırma kılavuzu hazırladık. Bu kılavuzu ben yayınladım. Mesela bunu avukat arkadaşlar okumuş olsa birçok sorunu daha rahat çözerler.

Çok fazla uzatmadan hemen bir örnek vereyim; mesela bizim düzeltme kılavuzumuzda mağdurlarla ilgili haberlerin, mağdurlarla ilgili ve mağduriyet yaratmaya devam eden haberlerin hemen kaldırılacağı ilkesi var ve hukuki hiçbir şey istemiyoruz. Örneğin: bir kadına tecavüz

edilmiş ya da cinsel istismarda bulunulmuş, aradan yıllar geçmiş eskinden o tür şeyler yazılıyordu biliyorsunuz, hâlâ dijital alanda duruyor. O kadın bize başvurduğunda biz zaten hemen kaldırıyoruz; ne mahkeme-ye gitmenize gerek var, ne tekzip yazmanıza gerek var, bir telefon bile yeter, bir mail göndermeniz yeterli. Biz şunu yapıyoruz: Bir kişi yargılanmış, mahkum olmuş, sonra beraat etmiş veya küçük bir ceza almış veyahut farklı nitelikte bir suçtan ceza almış. O zaman ne yapıyoruz biliyor musunuz? Temel ilkemiz şu: Bir kişiyle ilgili, yargı süreciyle ilgili haberle onun sonucuyla ilgili haberin yan yana gözükmelerini sağlıyoruz. Yani, “A” şahsı yargılandı cinayetten sonra beraat etti, hemen beraat haberinin altına kutucuğa bu haberi koyuyoruz.

Özetle; bu hakikaten üzerinde çok durulması gereken, avukatların bence üzerinde çalışması gereken bir alan. Ama önce iç denetim yollarına, mesleki denetim yollarımıza başvurun. Oralardan sonuç alamıyorsanız ki, burada sonuç alamamanız sizin o hukuki yollara başvurmanızı engellemez. Zaten başvurabilirsiniz, hem de çok daha hızlı sonuç almış olursunuz.

Teşekkür ederim.

Av. Hakan CANDURAN (Oturum Başkanı)- Sayın Bildirici size teşekkür ediyoruz.

Bir cümleyle şöyle söylemem gerekiyor: Keşke her basın yayın organını sizin gazeteniz kadar ciddi çalışıyor olsa, umursuyor olsa. Ama bildiğiniz üzere özellikle belli yandaş medya olarak adlandırdığımız medyanın içinde, özellikle ne sahibi belli, ne kime ait olduğu belli, istediğiniz şekilde uğraşın size telefonu açmayan, muhatap olmayan, muhatap olsa da sizi daha çok sinirlendiren ve hoş olmayan tavırlar sergileyen büyük bir medya kitlesi var. Zannediyorum avukat arkadaşlarımızın da asıl meselesi o kitle, sizler değil, onu da ayırmakta fayda görüyorum.

Daha saatler olsa konuşulacak konular, 2 buçuk saatten fazla bir saatte sabırla dinlediniz. Ama önemli bir konuydu, Faruk Bey’in söylediği konuyu da kesinlikle ciddiye almalıyız; medya-hukukçu ilişkisini masaya yatırmamız gerektiğini düşünüyorum.

Doğan Hocamın bu gözleme komisyonu kurma önerisi bence çok ciddi bir öneri; içinde baroların, doktorların, medya kuruluşlarının, ga-

zetecilerin, bakanlığın olduğu bir gözlem komisyonunun kurulması başında sağlık haberlerine ilişkin spekülasyonların epeyce önüne geçecek gibi düşünüyorum.

Hepinize çok teşekkür ediyoruz; katılımlarınız için çok sağ olun.



Birinci Oturum Konuşmacılar ve Katılımcılar Toplu Fotoğraf Düzeni



VII. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

İkinci Oturum

(01 Aralık 2017)

Oturum Başkanı	Av. Pınar AKSOY GÜLASLAN (Ankara Barosu Sağlık Kurulu Üyesi)
Konuşmacılar	Prof. Dr. Dilek ASLAN (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Üyesi) Hasan Tahsin GÖKCAN (Anayasa Mahkemesi Üyesi)



İkinci Oturum-Oturum Başkanı ve Konuşmacılar

HALK SAĞLIĞI BAKIŞ AÇISIYLA SAĞLIK ÇALIŞANINA YÖNELİK ŞİDDET VE ÖNLEME YÖNTEMLERİ^[1]

Prof. Dr. Dilek ASLAN

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “*bireyin kendisine, başkasına, grup veya topluluğa yönelik kasıtlı olarak uyguladığı ve sonucunun ölüm, yaralanma, gelişimsel bozukluğa ve psikolojik zarara yol açan veya açması olası fiziksel güç ve tehdit*” olarak tanımlanan (1,2) şiddet nedeniyle dünyada her yıl 1,4 milyon kişi (her gün 3800 kişinin) yaşamını kaybetmektedir. Ölümlerin %90’ının orta ve düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde meydana geldiği unutulmamalıdır. Şiddet müdahale edilmediğinde süregelen bir sarmaldır ve şiddetle karşılaşan kişilerin fiziksel, cinsel, üreme sağlığı ve ruhsal sorunlar başta olmak üzere pek çok hastalıkla karşı karşıya kaldığı bilinmektedir (3,4). Şiddete maruz kalındığında tütün kullanımı, alkol kullanımı, madde bağımlılığı, ruhsal hastalıklar, kanser, kalp hastalıkları ve diyabet gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar, HIV/AIDS gibi bulaşıcı hastalıklar ve sosyal problemlerin arttığı ifade edilmektedir (5).

Şekil 1’de şiddet, travma ve davranışsal sağlık sorunları arasındaki ilişki görünmektedir.

[1] Bu metin kapsamında sağlık çalışanına yönelik şiddet ile ilgili güncel bilgiler, nedenleri ve önleme yöntemleri ile ilgili halk sağlığı yaklaşımı zemininde oluşturulabilecek başlıca mekanizmaları ve bu mekanizmalarla uyumlu adımlar tanımlanmıştır. Metin; Ankara Barosu tarafından düzenlenen sempozyumda yazar tarafından 23.3.2017 tarihinde sunulmuş içeriğin mevcut bilimsel literatür bilgileri çerçevesinde güncellenmesi ile oluşturulmuştur.



Şekil 1. Şiddet, Travma ve Davranışsal Sağlık Sorunları Arasındaki İlişki

Şiddet esasen toplumsal bir sorun (6) olup kompleks, çok faktörlü, çoğu zaman buz dağının sadece üzerinin görülebildiği bir konudur (7). Böylesi yaygın görülen bir toplumsal sorun için ayırım yapmak doğru olmamakla birlikte kadınların, çocukların, yaşlıların ve yeti kaybı olanların daha fazla risk altında olduğu da unutulmamalıdır (8). Şiddetin esasen yaşamın her alanında (örneğin sokakta, evde, sporda, sağlıkta, okulda, vb.) görüldüğü bilinmektedir (9). Diğer meslek grupları ile karşılaştırıldığında sağlık çalışanları arasında şiddetin daha yaygın olduğuna dair veriler vardır (10) ve sağlık alanı denildiğinde de hekimler, hemşireler şiddet açısından biraz daha öne çıkmaktadırlar (9).

Dünya Tabipleri Birliği'ne göre; bütün sağlık çalışanlarının yarısından fazlası işyerlerinde en az bir kez şiddete maruz kalmaktadır. En fazla ambulans ve acil hizmetleri sunumu sırasında şiddet yaşanmaktadır. Şiddet kurbanı olan sağlık çalışanlarının çoğunluğu kadındır (11). Genç yaş ve meslekte deneyimsiz olmak riski artıran durumlar arasındadır (12,13).

Sağlık çalışanları arasında sıklık açısından psikolojik şiddet fiziksel şiddete göre daha fazla görülmektedir. Şiddet görenlerin %40-70'i önemli düzeyde strese bağlı semptomlar tanımlanmaktadır ve stres ve şiddet kötü sağlığın 'maliyetinin' %30'unun nedeni olarak gösterilmektedir (14).

Şiddetin çalışma ortamında görülmesine dair eşitsizlik, ayrımcılık, damgalama, farklı içerik ve düzeylerde çatışmalar, sosyal, ekonomik, yönetsel ve kültürel nedenler bazı riskler tanımlanmaktadır (14).

Sağlık ortamında şiddetin hasta/hizmet alan ve sağlık çalışanı arasındaki ilişkiden kaynaklı ve sağlık çalışanlarının kendi arasında görülmektedir. Sağlık çalışanları arasında görülen şiddet hiyerarşik gruplar arasında olabileceği gibi horizontal olarak da yaşanabilmektedir. Toplumda sosyal ve ekonomik zorlayıcı durumlar/baskılar iş güvencesini ortadan kaldırılabılır ve çalışma yaşamında bu zorlayıcı durumlar baş edilmesi gereken durumlar olarak ortaya çıkabilir (15).

Tablo 1’de sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddet konulu bazı araştırma sonuçları görülmektedir.

Tablo 1. Sağlık Çalışanlarının Maruz Kaldıkları Şiddet Konulu Bazı Araştırma Sonuçları

Ülke	Veriler
Pakistan (16)	Ulusal veri Acil servislerde fiziksel ya da sözel şiddet (%76,9) (%11,9-fiziksel ve %65 sözel)
ABD (17)	Michigan’dan acil servislerde yapılan bir çalışma (sözel şiddet %74,9) (fiziksel şiddet (%11,7)
İspanya (18)	20 Nisan; Sağlık Kurumlarında Agresyona Karşı Ulusal Gün (bir aile hekimi araştırma görevlisinin 2009 yılında hasta yakını tarafından öldürülmesi nedeniyle)
Romanya (20)	Hekimlerin %45,8’i yaşamları boyunca en az bir kez hasta tarafından şiddete maruz kaldıklarını belirtmektedirler (%25,2; birden fazla kez)
Hindistan (7)	Ulusal gazeteler hekimlerin istismara uğradığını, hatta hasta yakınları tarafından öldürüldüğüne işaret etmektedir.

Türkiye (20)	İki hastanede Hekimler ve hemşireler arasında Herhangi bir şiddete maruz kalma sıklığı (%74,4) En sık sözel (%87,3) Fiziksel (%12,2) Cinsel (%0,5) Şiddet nedeni olarak en sık gösterilen gerekçe sağlık sistemi Etki; çalışma motivasyonunun düşmesi (%58,2) Verilen reaksiyon; sözel yanıt (%24,4) Şikayette bulunma (%9,3)
Türkiye (10)	Hekimler arasında Kayseri’de 597 hekim; %86,4’ü herhangi bir şiddet türüne maruz kalmışlar %27,5’i fiziksel şiddet %68,6’sı sözel şiddet Nedenler; hastaların ‘karşılanamaz’ nitelikteki gereksinimleri, sorunların hemen çözüm bulması talebi, hastaların sorunları ile ilgili hekimleri suçlamaları
Türkiye (21)	713 hekim arasında Araştırmadan bir önceki yıla ait beyana göre Hekimlerin şiddete maruz kalma sıklığı (%78,1) Birden fazla maruz kalma sıklığı (%65,9) Yaş, hasta sayısının fazlalığı, kamu hastanesinde çalışmak, meslekteki deneyim düzeyi gibi durumlar ilişkili faktörler olarak belirlenmiştir.

Sağlık ortamında şiddetin görülmesini kolaylaştıran bazı durumları hatırlamakta yarar bulunmaktadır (22):

- Uzun bekleme süreleri
- Hasta ve hasta yakınlarında stres
- Bilgilendirme yetersizliği
- İletişim sorunları
- Fiziksel koşulların yetersizliği
- Şiddet unsurlarına erişimin kolay olduğu durumlar
- Madde kullanımı, alkol kullanımı

Şiddetin bazı sonuçları üzerinde durmakta yarar vardır. Bu sonuçları birkaç farklı bakış açısıyla değerlendirmek uygun olur. Şiddetin zaman dilimi açısından kısa/orta/uzun dönem etkileri sağlık, sosyal, ekonomik ve toplumsal düzlemde olabilir. Bu alt başlıkların birisinde ve/veya birkaçında şiddetin sonuçları beraber de görülebilir (23). Şiddet mağduru kişi açısından değerlendirme yapıldığında (22) ise şiddet sonrası ruhsal değişiklikler, olumsuz mesleki etkilenme, kişiler arası iletişim bozukluğu, kariyer tercihlerinde değişiklik, psikosomatik hastalıklar, duygusal açıdan yorgunluk, kuruma güvensizlik, mesleki doyumda gerileme görülebilir.

Nasıl Önlemeli?

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi bütünsel bir yaklaşımı gerektirmektedir. Esasen 2000 yılından bu yana dünyada sağlık çalışanları arasında bir ortak hareket kapasitesi geliştirme çabası içindedir. Bu bağlamda Uluslararası Çalışma Örgütü (İLO), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Uluslararası Hemşireler Birliği ve diğer kurumlar bu konuda birlikte çalışma iradesi içindedirler (11). Halk sağlığı bakış açısıyla şiddetin önlenmesi için aşağıda yer alan yaklaşımlar öne çıkmaktadır (6):

1. **Birincil korunma;** şiddetin olmasının önlenmesi için yapılan bütün adımları kapsar.

2. **İkincil korunma** şiddet görmüş kişinin gördüğü zararın en aza indirilmesini hedefler. Örneğin; cinsel şiddet görmüş bir kişi için cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunması için hizmetlerin mevcudiyeti, acil hizmetlerin organizasyonu bu kapsamda değerlendirilebilir. İkincil korunma kapsamında ayrıca yüksek risk yaklaşımı da yer alır.
3. **Üçüncül korunma** şiddet sonrası sağlık ve sosyal rehabilitasyon hizmetleri (üçüncül korunma)
4. **Evrensel öneriler** genel topluma yönelik müdahaleleri kapsar. Örneğin toplumun eğitilmesi bu kapsamda değerlendirilebilir.
5. **Seçici (hedeflenen) müdahaleler** artan şiddet riskine odaklanır. Örneğin düşük gelire sahip olan tek ebeveynler böylesi programların hedefinde olabilir.
6. **Belirlenmiş (indicated) müdahaleler** şiddet açısından yüksek riski olan bireylere yönelik yapılabilir. Örneğin cezaevlerindeki şiddet uygulayan suçlulara yönelik bazı programlar sürdürülebilir.

Tanımlanan bu adımlara öncelik birinci adımda olmak üzere tamamına eşgüdümlü olarak ihtiyaç vardır. Daha spesifik bir anlatımla; sorunun tanımlanması, neden olan durumların/koşulların açığa çıkarılması/belirlenmesi, müdahale programlarının oluşturulması ve programların başarılı olup olmadığının denetlenmesi ve etkili olan müdahale yöntemlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması uygun bir yaklaşım sistematigi olur (5).

Dünya Sağlık Örgütü de şiddetin önlenmesi için yukarıdaki bakış açısını da kavrayan aşağıda yazılı önerileri sunmaktadır (24):

1. Taraflar arasında güvenli ilişkiler kurulması
2. Riskli davranışların önlenmesi
3. Şiddet uygulayan ve mağdur arasındaki eşit olmayan koşulların eşitlenmesi
4. Şiddeti besleyen kültürel ve sosyal normların değiştirilmesi
5. Şiddet gören kişilere yönelik rehabilitasyon ve destek programları-

nın oluşturulması

Bu noktada “güvenli ortamlar” ve “güvenli toplumlar” oluşturulması üzerinde durulmaktadır. Bütün bireylerin güvenli bir ortamda yaşama hakkı olduğu unutulmamalıdır (25).

Öneriler sağlık ortamına özelleştirildiğinde sağlık ortamının “güvenli” olması son derece önemlidir. Ancak “güven” sözcüğü geniş bir bakış açısıyla değerlendirilmeli ve sağlık sisteminin bütününe sağladığı ya da sağlaması gerektiği bir konu olarak kabul edilmelidir. Örneğin sağlık ortamında şiddeti artırdığı ifade edilen uzun bekleme süreleri, fiziksel koşulların yetersizliği, bilgilendirme yetersizliği, vb. durumlar (22) esasen sağlık sistemi içerisinde yer alan sorun adresleridir. Dolayısıyla sistematik bir bakış açısı ve sistemin yarattığı tıkanıklıkların giderilmesi temel yaklaşım olmalıdır. Örneğin uzun bekleme sürelerinin giderilmesi hizmet sunumu sırasındaki yığılmayı önleyici bir sistem ile olanaklı olabilir. Performans vb. uygulamaların yarattığı kimi sorunlarla ilgili de benzer yaklaşımlara gereksinim bulunmaktadır. Türk Tabipleri Birliği tarafından yapılan değerlendirmelerde de sistem temelli öneriler öncelikler arasında yer almaktadır (26). Türk Tabipleri Birliği şiddetin önlenmesine yönelik bir Kanun tasarısı da önermiştir. Bu öneri kapsamında Türk Ceza Kanunu’na Kamu Sağlığına Karşı Suçlar Sağlık Hizmetini Engelleme başlığında aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir (27):

“(1) Sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık personeline karşı, sağlık hizmeti sunumu esnasında veya verilen sağlık hizmetinden kaynaklanan nedenlerle cebir, şiddet veya tehdit kullanan kişi, iki yıldan dört yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Bu fiiller sonucu sağlık hizmeti kesintiye uğramış ise yukarıdaki fıkra göre belirlenen ceza yarı oranında artırılır.”

Sonuç olarak şiddet toplumsal yansımaları olan çok boyutlu bir sorundur. Sağlık ve diğer etkileri/sonuçları yıpratıcı ve örseleyicidir. Önleyici çözüm(ler) olanaklıdır. Sistematik yaklaşımlar halk sağlığı bakış açısıyla geliştirilmelidir. Kamunun temel bir sorumluluğu bulunmaktadır. Bununla beraber ilgili bütün tarafların desteği değerlidir.

KAYNAKÇA

1. [Internet] <http://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/> Erişim:1.9.2018.
2. Krug E, Dahlberg L, Mercy J. et al World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002
3. [Internet] <http://www.who.int/features/factfiles/violence/en/> Erişim:2.9.2018.
4. [Internet] http://www.who.int/features/factfiles/violence/violence_facts/en/index2.html Erişim:3.9.2018.
5. [Internet] http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/en/ Erişim:3.9.2018.
6. Rutherford A, Zwi AB, Grove NJ, Butchart A. Violence: a glossary. Journal of Epidemiology and Community Health 2007;61(8):676-680. doi:10.1136/jech.2005.043711.
7. Violence against doctors in the Indian subcontinent: A rising bane. Correspondance / Indian Heart Journal 68 (2016) 747-750.
8. [Internet] https://www.google.com.tr/search?q=%C5%9E%C4%B0DDET&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwui1oadrOrSAhUKtBQKHUNGBkYQ_AUIBigB&biw=1600&bih=753#tbn=isch&q=fiziksel+%C5%9Fiddet&*&imgsrc=XnCWeCZILu3BgM:&spf=641
9. [Internet] http://www.ttb.org.tr/siddet/images/stories/file/Proceedings_Violence_Health_Sector_2010.pdf, pp 33. Erişim:1.9.2018.
10. Baykan Z, Öktem İÖ, Çetinkaya F, Naçar M. Physician exposure to violence: a study performed in Turkey. International Journal of Occupational Safety and Ergonomics 2015;21(3):291-7.
11. [Internet] <http://www.wma.net/en/20activities/40healthsystems/60violence/> Erişim:1.9.2018.
12. Eller N. Violence against health personnel. Ugeskr Leager 2014 Jan 20;176(2):131-4.

13. Shafran-Tikva S, Chinitz D, Stern Z, Feder-Bubis P. Violence against physicians and nurses in a hospital: How does it happen? A mixed-methods study. *Israel Journal of Health Policy Research*. 2017;6:59.
14. [Internet] http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVleafletEN.pdf?ua=1 Erişim:2.9.2018.
15. [Internet] http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/en/wpv_australia.pdf?ua=1
16. Mirza NM, Amjad Aİ, Bhatti ABH, Mirza FTZ, et al. Violence and abuse faced by junior physicians in the emergency department from patients and their caretakers: a nationwide study from Pakistan. *The Journal of Emergency Medicine* 2012;42(6):727-33.
17. Kowalenko T, Walters BL, Khare RK, Compton S, For the Michigan College of Emergency Physicians Workplace Violence Task Force. Workplace Violence: A Survey of Emergency Physicians in the State of Michigan *Annals of Emergency Medicine* 2005;46(2): 142-7.
18. [Internet] <http://www.murcia.com/moratalla/noticias/2009/03-11-fallece-doctoratiroteada-paciente.asp>.
19. Houstic S, Dermengiu D, Houstic M. Violence against physicians in training. A Romanian perspective. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 2014; 27:55e-61.
20. Kaya S, Bilgin Demir İ, Karsavuran S, Ürek D, İlgün G. Violence Against Doctors and Nurses in Hospitals in Turkey. *J Forensic Nurs*. 2016 Jan-Mar;12(1):26-34.
21. Bayram B, Çetin M, Çolak Oray N, Can İÖ. Workplace violence against physicians in Turkey's emergency departments: a cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2017;7(6):e013568.
22. [Internet] http://www.ttb.org.tr/siddet/images/stories/file/siddetbr_13.pdf Erişim:3.9.2018.
23. [Internet] <http://www.who.int/features/factfiles/violence/violen->

- ce_facts/en/index4.html Erişim:3.9.2018.
24. [Internet] http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/evidence_briefings_all.pdf p 3. Erişim:3.9.2018.
25. [Internet] <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004445.pub3/pdf/abstract> Erişim:1.9.2018.
26. [Internet] <http://www.saglikcalisanisagligi.org/sunumlar/saglikor-tamindasiddet.pdf> Erişim:30.8.2018.
27. [Internet] <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/siddet.pdf> Erişim:2.9.2018.

SAĞLIK HİZMETLERİNDE CEZA YARGILAMASINA YANSIYAN İLETİŞİM SORUNLARI

Hasan Tahsin GÖKCAN

Anayasa Mahkemesi Üyesi

I. İLETİŞİMİN TARAFLARI YÖNÜNDEN ALGILAR, BEKLENTİLER

Konu sağlık hizmetleri olunca, bulunduğumuz mesleki roller bir tarafta, hasta veya hasta yakını sıfatıyla hastanelerde geçirdiğimiz zamanlar hemen gözlerimizin önüne geliyor. İletişim sorunlarıyla ilgili her birimizin yeterince gözlemi vardır. Bu açıdan konuya, iletişimin taraflarından ve beklentilerinden söz ederek başlamak yararlı olacaktır.

İletişimin tarafları; hasta ve yakınları ile hekim, yardımcı sağlık personeli, sağlık yöneticileri ve sağlık hizmeti sunumuna katılan personelidir.

Sorun ne zaman çıkıyor?

Taraflardan birinin bir isteğinin veya beklentisinin karşılanamaması halinde sorun çıkıyor, yahut muhatabın kişilik haklarına saygı duymayan iletişim kurma çabaları çatışmaya neden olabiliyor. Bunların örneklerini mahkeme kararlarına yansımış vakalarla göreceğiz.

Tarafların beklentileri de farklı yönde.

Hasta kendisine anında ve en özel hizmetin verilmesini beklerken, hekim hizmet veren taraf olarak farklı beklentiler içerisinde.

Hasta psikolojisi bakımından hekim, yalnızca kendisiyle ilgilenmesi gereken bir görevlidir. Başkaları da sırada ise de onun sağlığı daha önemlidir. Hasta, bir an önce muayene olup tedaviye başlanmasını istemektedir. İşini veya çocuğunu bırakıp gelmiştir. Hastanın daima zamanı azdır. Zamanı olsa dahi bu sıkıntılı süreçten bir an önce kurtulmak

istemektedir. Bunları beklemekte de haksız değildir. Ne var ki beklentilerle gerçek/mevcut durum çok farklıysa çatışma muhtemeldir. Fakat yine de hasta bir sağlık kuruluşuna gelmiştir. Bir meslek mensubuna başvurmuştur. Kendisine şefkatle, özenle muamele edileceği beklentisi içinde olmasında yadırganacak bir husus yoktur.

Hekim ise, sağlık hizmeti veren bir mesleğin mensubudur. Her gün bu işi yapmaktadır. Önüne gelen hasta gibi bir günde onlarca hastayla muhataptır. Hastane ve hekim sayısının yeterli olmadığı şehirlerde özellikle zamanla yarışmaktadır. Bir hastaya ayırabileceği süre kısıtlıdır. Belki hastanenin sağladığı çalışma koşulları ve yönetimiyle de sorunları vardır. Fakat bu sorunlarına karşın, her hastaya yeterli zamanı ayırmakla yükümlü tutulmaktadır. İletişim açısından, günde onlarca farklı kişilik ve anlayıştaki hastanın farklı üslup ve talepleri ile muhatap olmaktadır. Yine hekim tüm hastalarla iletişim kurarak tıbbi görüşünü ve tedavi

sürecini her birinin anlayış düzeyine göre açıklamaya çalışmakta, aslında bir çok kez iletişim sorunlarıyla karşılaşp bunların üstesinden gelmeye çalışmaktadır.

Sonuçta iletişim bozukluğu kavgaya neden olmaktadır. İletişim bozukluğunun sonucunda hasta ve yakınlarının sözlü veya fiili saldırıları olabilmektedir. Yargıya yansıyan olaylar baz alındığında istisnaen hekimin de iletişim kazasıyla tartışmayı başlatması söz konusu olabilmektedir.

Sunum planı bakımından aşağıda önce iletişim sorunlarından kaynaklanan cezai uyuşmazlıklarla ilgili bazı örnek vakalara değinilecektir. Sonraki bölümde ise bu örnek vakalardan hareketle sorunun kaynağı tespit edilmeye çalışılacak ve çözüm önerilerinde bulunulacaktır.

II. YARGI KARARLARINA KONU OLAN OLAYLAR ÖRNEĞİNDE SAĞLIKTA İLETİŞİM SORUNLARI

A. İletişim Sorunlarının Neden Olduğu Suç Tipleri

Sağlık hizmeti sırasında iletişim sorunlarının sıklıkla neden olduğu üç suç tipi mevcut. Bunlar hakaret, tehdit ve yaralama suçlarıdır.

Hangi suçun ne oranda işlendiğine ilişkin bir istatistik çalışması yap-

madım. Fakat, taradığım çok sayıdaki karar içerisinde tespitime göre en çok işlenen hakaret suçu işlenmektedir. Belirtilen üç suç içerisinde hakaret suçunun oranını yüzde 60 olarak tahmin ettiğimi ifade etmemliyorum. İkinci sırayı tehdit suçu almaktadır. Genellikle hakaret ve tehdit bir arada olabilmektedir. Üçüncü suç tipi kasten yaralama suçu. Fakat diğer iki suçla karşılaştırıldığında sayısı çok az. Buna karşın medyanın ilgisini daha fazla çeken eylemler olduğu için kamuoyunun haberlerde fiili şiddet olaylarını sıklıkla gördüğünü de eklemek gerekir.

Bu arada en çok işlenen üç suçtan örnek vereceğimiz için, bunlara ilişkin kanun hükümlerini hatırlatmakta yarar bulunmaktadır. Kasten yaralama suçu Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) 86, 87. maddelerinde düzenleniyor.

Tehdit Suçu TCK'nın 106. maddesinde düzenleniyor.

Hakaret suçu TCK'nın 125. maddesinde düzenleniyor. Ayrıca, 126 ila 131. maddeler de bu suçla bağlantılı hükümler içermektedir.

B. İlgili Kanun Hükümleri

Kasten yaralama

Madde 86- (1) Kasten başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2)(Ek fıkra: 31/3/2005 – 5328/4 md.) Kasten yaralama fiilinin kişi üzerindeki etkisinin basit bir tıbbî müdahaleyle giderilebilecek ölçüde hafif olması hâlinde, mağdurun şikâyeti üzerine, dört aydan bir yıla kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunur.

(3) Kasten yaralama suçunun;

- a) Üstsoya, altsoya, eşe veya kardeşe karşı,
- b) Beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda bulunan kişiye karşı,
- c) Kişinin yerine getirdiği kamu görevi nedeniyle,
- d) Kamu görevlisinin sahip bulunduğu nüfuz kötüye kullanılmak suretiyle,

e) Silahla,

İşlenmesi halinde, şikâyet aranmaksızın, verilecek ceza yarı oranında artırılır.

Neticesi sebebiyle ağırlaşmış yaralama

Madde 87-(1) Kasten yaralama fiili, mağdurun;

- a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına,
- b) Konuşmasında sürekli zorluğa,
- c) Yüzünde sabit ize,
- d) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma,
- e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun vaktinden önce doğmasına,

Neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, bir kat artırılır. Ancak, verilecek ceza, birinci fıkraya giren hallerde üç yıldan, üçüncü fıkraya giren hallerde beş yıldan az olamaz.

(2) Kasten yaralama fiili, mağdurun;

- a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine,
- b) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine,
- c) Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına,
- d) Yüzünün sürekli değişikliğine,
- e) Gebe bir kadına karşı işlenip de çocuğunun düşmesine,

neden olmuşsa, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, iki kat artırılır. Ancak, verilecek ceza, birinci fıkraya giren hallerde beş yıldan, üçüncü fıkraya giren hallerde sekiz yıldan az olamaz.

(3) (Değişik: 6/12/2006 – 5560/4 md.) Kasten yaralamanın vücutta

kemik kırılmasına veya çıkığına neden olması halinde, yukarıdaki maddeye göre belirlenen ceza, kırık veya çıkığın hayat fonksiyonlarındaki etkisine göre, yarısına kadar artırılır.

(4) Kasten yaralama sonucunda ölüm meydana gelmişse, yukarıdaki maddenin birinci fıkrasına giren hallerde sekiz yıldan oniki yıla kadar, üçüncü fıkrasına giren hallerde ise oniki yıldan onaltı yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

Tehdit

Madde 106- (1) Bir başkasını, kendisinin veya yakınının hayatına, vücut veya cinsel dokunulmazlığına yönelik bir saldırı gerçekleştireceğinden bahisle tehdit eden kişi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Malvarlığı itibarıyla büyük bir zarara uğratacağından veya sair bir kötülük edeceğinden bahisle tehditte ise, mağdurun şikayeti üzerine, altı aya kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunur.

(2) Tehdidin;

- a) Silahla,
- b) Kişinin kendisini tanınmayacak bir hale koyması suretiyle, imzasız mektupla veya özel işaretlerle,
- c) Birden fazla kişi tarafından birlikte,
- d) Var olan veya var sayılan suç örgütlerinin oluşturdukları korkutucu güçten yararlanılarak,

işlenmesi halinde, fail hakkında iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

(3) Tehdit amacıyla kasten öldürme, kasten yaralama veya malvarlığına zarar verme suçunun işlenmesi halinde, ayrıca bu suçlardan dolayı ceza verilir.

Şantaj

Madde 107- (1) Hakkı olan veya yükümlü olduğu bir şeyi yapacağından veya yapmayacağından bahisle, bir kimseyi kanuna aykırı veya yükümlü olmadığı bir şeyi yapmaya veya yapmamaya ya da haksız çıkar

sağlamaya zorlayan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis ve beşbin güne kadar adlî para cezası ile cezalandırılır.

(2) (Ek: 29/6/2005 – 5377/14 md.) Kendisine veya başkasına yarar sağlamak maksadıyla bir kişinin şeref veya saygınlığına zarar verecek nitelikteki hususların açıklanacağı veya isnat edileceği tehdidinde bulunulması halinde de birinci fıkraya göre cezaya hükmolunur.

Cebir

Madde 108- (1) Bir şeyi yapması veya yapmaması ya da kendisinin yapmasına müsaade etmesi için bir kişiye karşı cebir kullanılması halinde, kasten yaralama suçundan verilecek ceza üçte birinden yarısına kadar artırılarak hükmolunur.

Hakaret

Madde 125- (1) Bir kimseye onur, şeref ve saygınlığını rencide edebilecek nitelikte somut bir fiil veya olgu isnat eden veya sövmek suretiyle bir kimsenin onur, şeref ve saygınlığına saldıran kişi, üç aydan iki yıla kadar hapis veya adlî para cezası ile cezalandırılır. Mağdurun gıyabında hakaretin cezalandırılabilmesi için fiilin en az üç kişiyle ihtilat ederek işlenmesi gerekir.

(2) Fiilin, mağduru muhatap alan sesli, yazılı veya görüntülü bir iletiyle işlenmesi halinde, yukarıdaki fıkra da belirtilen cezaya hükmolunur.

(3) Hakaret suçunun;

- a) Kamu görevlisine karşı görevinden dolayı,
- b) Dini, siyasi, sosyal, felsefi inanç, düşünce ve kanaatlerini açıklamasından, değiştirmesinden, yaymaya çalışmasından, mensup olduğu dinin emir ve yasaklarına uygun davranmasından dolayı,
- c) Kişinin mensup bulunduğu dine göre kutsal sayılan değerlerden bahisle,

işlenmesi halinde, cezanın alt sınırı bir yıldan az olamaz.

(4) (Değişik: 29/6/2005 – 5377/15 md.) Hakaretin alenen işlenmesi halinde ceza altıda biri oranında artırılır.

(5) (Değişik: 29/6/2005 – 5377/15 md.) Kurul hâlinde çalışan kamu görevlilerine görevlerinden dolayı hakaret edilmesi hâlinde suç, kurulu oluşturan üyelere karşı işlenmiş sayılır. Ancak, bu durumda zincirleme suça ilişkin madde hükümleri uygulanır.

Madde 128- (1) Yargı mercileri veya idari makamlar nezdinde yapılan yazılı veya sözlü başvuru, iddia ve savunmalar kapsamında, kişilerle ilgili olarak somut isnadlarda ya da olumsuz değerlendirmelerde bulunulması halinde, ceza verilmez. Ancak, bunun için isnat ve değerlendirmelerin, gerçek ve somut vakıalara dayanması ve uyumsuzlukla bağlantılı olması gerekir.

Haksız fiil nedeniyle veya karşılıklı hakaret

Madde 129- (1) Hakaret suçunun haksız bir fiile tepki olarak işlenmesi halinde, verilecek ceza üçte birine kadar indirilebileceği gibi, ceza vermekten de vazgeçilebilir.

(2) Bu suçun, kasten yaralama suçuna tepki olarak işlenmesi halinde, kişiye ceza verilmez.

(3) Hakaret suçunun karşılıklı olarak işlenmesi halinde, olayın mahiyetine göre, taraflardan her ikisi veya biri hakkında verilecek ceza üçte birine kadar indirilebileceği gibi, ceza vermekten de vazgeçilebilir.

Soruşturma ve kovuşturma koşulu

Madde 131- (1) Kamu görevlisine karşı görevinden dolayı işlenen hâricî hakaret suçunun soruşturulması ve kovuşturulması, mağdurun şikayetine bağlıdır.

(2) Mağdur, şikayet etmeden önce ölürse veya suç ölmüş olan kişinin hatırasına karşı işlenmiş ise; ölenin ikinci dereceye kadar üstsoy ve altsoyu, eş veya kardeşleri tarafından şikayette bulunulabilir.

C. Ceza Yargılamasına Yansıyan Örnek Vakalar

Bu bölümde ceza mahkemesi kararlarına yansımış örnek olaylara değinmek istiyorum. Örnek olaylar dolayısıyla, bu tür iletişim sorunla-

rının hangi ceza hukuku uyuşmazlıklarının doğduğu ve mahkemelerin ne şekilde karar verdikleri görülecektir. Ayrıca, bu örnek olaylar üzerinden mahkeme kararlarına yansıyan maddi olaydan hareketle iletişimle ilgili sorunun nasıl çıktığının belirlenmesi de mümkün olacaktır.

Örnek vakalarda, mahkemenin olayı kabul şekli, cezai uyuşmazlığın hangi suç tipine uyduğuna ilişkin nitelemesi ve sonuçta verdiği hükmün ne olduğu görülecektir. Ayrıca ceza mahkemesinin bu kararının temyiz incelemesi üzerine denetleyen Yargıtay görüş ve kararına yer verilmektedir.

1. Örnek Vaka: Acil servis hekimine hakaret, tehdit, polisi yaralama

Müşteki/Şikayetçi Dr. M.'ın ifadesi: Sanıktan şikayetçiyim, dava-ya katılmak istemiyorum, acil serviste iki trafik kazası olayına bakıyordum, bir kadın gelip elindeki kağıt ile göğsüme vurarak hastama bak dedi. Bende diğer arkadaşlara yönlendirdim, elimde trafik kazası var onlara bakıyorum, beni taciz etme dedim. Bunun üzerine sanık gelip eşime nasıl konuşuyorsun dedi, bu ara polis gelip müdahale etti. Sanık sandalye alıp bana vurmaya kalktı şerefsizler vs. sözlerle bana hakaretler etti. Ayrıca doktor öldürenler boşa öldürmüyor adamlar haklı vs. laflar etti.

Sanığın savunması: Müştekinin ikisine de iddianamede geçtiği şekilde küfür ve tehditte bulunmadım, Ayrıca polisin parmağını kırmadım, bana yumruk vurma sırasında kendisi kırmış olabilir. Olay sırasında hastamız öyle zannediyorum doktora bakmasını söylemiş doktor da beni taciz etme demiş bende, doktor bey hastaya bakarmısınız dedim bunun üzerine özel güvenlik geldi, kolumu ve boğazımı tuttu ben küfür ve tehditte bulunup parmağını kırmadım, beraatimi isterim.

Gaziantep ... Asliye Ceza Mahkemesi Kararı:

a- Müşteki güvenlik görevlisi Mustafa' ya karşı kasten **yaralama eylemi** sabit görüldüğünden TCK 86/1. m. uyarınca 1 yıl hapis cezası, 86/3-c gereği yarı oranında artırılarak 1 yıl 6 ay hapis cezası ile cezalandırılmasına, parmak kırığı nedeniyle TCK 87/3. m. gereği 1 yıl 9 ay hapis cezası ile cezalandırılmasına, TCK'nın 62. maddesi uyarınca 1/6 indirim yapılarak **1 yıl 5 ay 15 gün** hapis cezası ile cezalandırılmasına,

CMK'nın 231/5. maddesi uyarınca Hükümün Açıklanmasının Geri Bırakılmasına (HAGB), karar verildi.

b- Sanığın görevli doktoru **tehdit eylemi** sübut bulduğundan, TCK'nın m. 61. - 106/1 -1 cümle gereğince 6 ay hapis, TCK'nın m. 62. ile cezası 1/6 oranında indirilerek, 5 Ay hapis cezasına, TCK'nın 50. maddesi gereği bir gün 20.TL kabul edilerek hapis cezasının 3000TL **adli para cezasına** çevrilmesine ve 52/4. m. ile 24 eşit taksitle tahsiline karar verildi.

c- Sanığın kamu görevlisi olan **doktora** görevi nedeniyle **hakaret** eylemi sübut bulduğundan TCK'nın 61 ve 125/1. maddeleri gereği 3 ay tam gün karşılığı adli para cezası; 125/3-a ile 1 yıl tam gün karşılığı Adli Para Cezası, TCK 125/4 ile 1/6 artırılarak 1 yıl 2 ay tam gün karşılığı adli para cezası, TCK 62. maddesi gereği 1/6 oranında indirilerek 11 ay 20 gün tam gün karşılığı adli para cezası ile cezalandırılmasına, TCK'nun 52. maddesi gereği bir gün karşılığı 20 TL den olmak üzere (20x350) 7000 TL adli para cezası ile cezalandırılmasına, 24 eşit taksit halinde sanıktan tahsiline karar verildi.

Temyiz incelemesi ve YARGITAY 3. Ceza Dairesi Kararı :

Sanığın hastanede doktor ile tartışmasına müdahale eden, hastanede görevli polis memuruna karşı nitelikli yaralama eyleminin aynı zamanda görevi yaptırmamak için direnme suçunu oluşturması nedeniyle, iddianamede yer almayan bu suçla ilgili zamanaşımı süresince dava açılması mümkün görülmüştür.

- 1) Sanık hakkında **kasten yaralama** suçundan dolayı verilen mahkumiyet hükmünün incelenmesinde; sanık müdafinin temyiz itirazlarının reddiyle hükmün **onanmasına**;
- 2) Sanık hakkında **tehdit ve hakaret** suçlarından dolayı verilen mahkumiyet hükümlerinin incelenmesinde; ... hükmün **onanmasına** karar verildi. 3.CD. 16.2.2017 - 2016/7370 - 2017/1495

2. Örnek Vaka: Nöroloji Polikliniğinde günlük muayene sırası bittiği halde muayene olma isteğiyle başlayan tartışma sonunda doktora hakaret, tehdit ve yaralama suçları

Doktor Müştekinin ifadesi: 6 Şubat 2013’ te İl Devlet Hastanesinde nöroloji polikliniğinde görev yapmakta iken, hasta muayenesi sırasında şahıs polikliniğe girerek hastasının acil olduğunu, sıra numarası almak istediğini ifade etti. 105 tane kayıtlı hasta olduğunu, hastası acil ise acil servise götürmesi gerektiğini söyledim. “Ne olursun baksan” diye sinirlenmeye başladı, ben bakamayacağımı söyledim. Bunun üzerine küfür etmeye başladı, kendisinden şikayetçi olacağımı söyledim, bu kez küfür ile birlikte tehdit de etti. “Dışarıya çıkarmam seni, burada oturamazsınız “ gibi tehditlerde bulundu, o sırada yan poliklinikte görev yapan hastane personeli odaya geldi. Şahıs üstüme doğru yürüdü, personel onu tutmaya çalıştı ancak bu sırada bana bir tekme savurdu, karın sol alt kısmıma darbe aldım. o esnada 7,5 aylık hamileydim, bu darbe nedeni ile 40 gün kadar çalışamadım şikayetçiyim. Yargılamaya katılma talebim vardır.”

Mahkeme Karar Özeti: 1- Kasten yaralama suçu sabit görülmekle 5237 sayılı TCK’nın 86/1 maddesi gereği 1 yıl hapis cezası ile cezalandırılmasına, eylem mağdurun görevi nedeniyle işlendiğinden TCK m. 86/3c ile 1/2 oranında artırılarak 1 yıl 6 ay hapis cezası ile cezalandırılmasına, TCK m. 62/1 uyarınca 1/6 oranında indirim yapılarak 1 yıl 3 ay hapis cezası ile cezalandırılmasına, 5237 sayılı TCK 51/1 maddesi gereğince hapis cezasının ertelenmesine, cezası ertelenen hükümlünün TCK ’nın 51/3 maddesi gereğince 1 yıl 8 ay denetim süresine tabi tutulmasına,

2- Hakaret suçu nedeniyle eylemine uyan 5237 sayılı TCK’nın m. 125/1 ile gün karşılığı 20 TL olmak üzere 90 gün adli para cezasına, atılı suçu alenen işlediğinden sanığa verilen cezada 1/6 oranında indirim yapılarak sanığın 75 gün adli para cezası (20 TL X 75= 1.500) ile cezalandırılmasına, TCK madde 62/1 uyarınca 1/6 indirim yapılarak 62 gün karşılığı 1240TL adli para cezası ile cezalandırılmasına, cezasını 10 eşit taksit ile ödemesine ... karar verildi.

Yargıtay 3. Ceza Dairesi Kararı

a- Sanığın kasten yaralama eylemini, hastane içerisindeki muayene odasında görevi başında bulunan ve olay sırasında otuz haftalık hamile olan katılanın karnına tekme atmak suretiyle gerçekleştirdiği anlaşıl-makla; 5237 sayılı TCK'nın 61. maddesi uyarınca suçun işleniş biç-i-mi, suçun işlendiği yer ve zaman, tehlikenin ağırlığı gözetilerek, sanık hakkında 5237 sayılı TCK'nın 86/1. maddesi uyarınca tayin olunacak **temel cezanın alt sınırdan makul ölçüde uzaklaşarak belirlenmesi gerektiğinin gözetilmemesi,**

b- Hakaret suçunda;

aa) Kamu görevlisine karşı görevinden dolayı işlenmesi nedeniyle temel cezanın 5237 sayılı TCK'nın 125/3-a maddesi uyarınca belirlen-mesi gerektiğinin gözetilmemesi suretiyle eksik ceza tayini, (temel ceza 1 yıl iken hakim 3 ayı esas almıştı)

bb) Hakaret suçunun alenen işlenmesi nedeniyle, 5237 sayılı TCK'nın 125/4. maddesi gereğince artırım yapılması gerekirken indirim yapılması,

cc) Sağlık Bakanlığı'nın suçtan zarar gören sıfatı olmaması nedeniyle davaya katılamayacağı gözetilmeksizin, anılan bakanlığın davaya katıl-masına karar verilerek lehine vekalet ücretine hükmedilmesi, bozmayı gerektirmiştir. 3.CD. 26.10.2015, 2015 - 14419/29639 E/K

3. Örnek Vaka: Ortopedi uzmanı odasında başlayan tartışma sonunda hastane koridorunda hakaret eylemi

Ceza Mahkemesinin olaya ilişkin kabulü: Olay günü sanığın ba-basını muayene ettirmek için randevu aldığı, fakat doktorun odasına randevusundan yarım saat önce girdikleri, katılan doktorun ise ran-devularının 17.30'da olduğunu belirterek bu arada kendisinin servise çıkacağını şu anda muayene edemeyeceğini belirttiği, buna sinirlenen sanığın katılana hitaben sinkaflı hakarete bulunduğu, vicdani kanaati-ne varılmıştır.

Hüküm: Gerekçesi yukarıda açıklandığı üzere;

a-Sanığın kamu görevlisine görevinden dolayı **hakaret suçu** nede-niyle eylemine uyan 5237 sayılı TCK'nın 125/1 ve 125/3-a maddesi

gereğince takdiren sanığın 365 gün adli para cezası ile ve TCK 62/1. maddesi uyarınca 1/6 indirimle 304 gün adli para cezası ile cezalandırılmasına,

b-Sanığın ekonomik ve sosyal durumu gözönüne alınarak, 304 gün adli para cezasının, TCK'nın 52/2. maddesi uyarınca bir tam günü 20-TL'den paraya çevrilerek, sanığın 6.080-TL adli para cezasıyla cezalandırılmasına, cezasını 24 taksitle ödemesine,

c- Sanık hakkında daha önce HAGB kararı verilmiş olması nedeniyle ertelemeye ve CMK 231/5. maddenin (HAGB) uygulanmasına yer olmadığına,

Yargıtay 18. Ceza Dairesi Kararı: Hakaret suçunun aleni bir yer olan hastane koridorunda işlendiği kabul edilmesine karşın, sanık hakkında TCK'nın 125/4. maddesi uygulanmamış ise de, aleyhe temyiz olmadığından bozma yapılamayacağı

anlaşıldığından, sanık vekilinin ileri sürdüğü nedenler yerinde görülmediğinden hükmün **onanmasına**, oy birliğiyle karar verildi. 18.CD. 11/10/2017, 2015/42094 - 2017/10793

4. Örnek Vaka: Acil serviste muayene sonrası hakaret ve tehdit eylemi

Mahkemenin olaya ilişkin kabulü : Çocuğunu 40 derece ateşli olarak hastaneye getiren baba, ateşinin düşürülmesi için çaba gösterilmeden sadece ilaç yazılıp eve gönderilmek istendiği için doktorla görüşür. Doktorun, ilaç yazdık yapacak başka bir şey yok demesi üzerine eve dönerler. İlaç kullanıldığı halde ateş düşmeyince özel hastaneye gidilip çocuk burada tedavi altına alınır. Ertesi sabah baba telefonla aradığı doktora “sen bu ateşli çocuğu nasıl gönderirsin, akşam da ukalalık yaptın, telefon kayıt yapıyor biliyorum ama senin peşini bırakmayacağım, sana gerekeni yapacağım, sen şerefsizsin önde gidenisin, sen o... çocuğusun” şeklinde görevinden dolayı telefonda hakarete ve sair tehditte bulunur.

Doktor şikayetçi, fakat ceza davasına katılmak istemedi.

Mahkeme Karar Özeti: a- Hakaret suçu nedeniyle TCK madde 125/3-a uyarınca 1 yıl hapis cezası ile ve TCK 62. m. ile 1/6 indirim ile 10 ay hapis cezası ile cezalandırılmasına, sabıkalı olması nedeniyle

mükerrirlere özgü infaz rejimi uygulanmasına (m.58) karar verildi.

b- Tehdit suçu nedeniyle TCK'nın madde 106/1-2. c. uyarınca takdiren 1 ay hapis cezası ile cezalandırılmasına, 62. madde ile 2/6 indirim yapılarak 25 gün hapis cezasıyla cezalandırılmasına,

Yargıtay 18. Ceza Dairesi Kararı :

Gece yarısı ateşi yükselen oğlunu Devlet Hastanesi'ne götüren sanığın, ağır ateşli olmasına rağmen yeterli tetkik ve (müdahale) yapılmaması sonucu ateşi düşmeyen çocuğunu başka bir hastaneye götürmesi ve burada hastaneye yatırılması, çocuğunun yüksek ateş nedeniyle ölüm tehlikesi geçirmesi, sanığın gece boyunca çocuğunun rahatsızlığı nedeniyle hastane hastane dolaşması neticesinde içinde bulunduğu psikolojik durumun ve tüm dosya kapsamının bir bütün halinde değerlendirilmesi sonucunda sanık hakkında tehdit suçu yönünden TCK'nın 29, hakaret suçu yönünden de aynı Kanun'un 129. maddesinde düzenlenen haksız tahrik hükümlerinin uygulanıp uygulanmayacağına karar yerinde tartışılması gerekliliğinin gözetilmemesi bozmayı gerektirmiştir. 18.CD. 2.10.2017, 2015/38367 - 2017/9947

5. Örnek Vaka: Psikiyatri Hastanesi Servisi'nde hakaret eylemi

Mahkemenin kabul şekli: Klinikte yatan hastanın, dolabımdaki sigaraları diğer odada yatan Cemil almış demesi üzerine, sağlık memuru yanına hastane güvenlik görevlisini de alıp sanığın odasına arama yapmaya gider, sanık onları odasına almak istemez ve sinkaflı söver.

Hüküm özeti: Mahkeme eylemi, kamu görevlisine görevi nedeniyle hakaret suçu olarak niteleyip; TCK'nın 125/3a maddesi uyarınca 365 gün adli para cezası ile cezalandırılmasına, 125/4. madde gereği 1/6 artırımı yapılarak 425 gün adli para cezası ile cezalandırılmasına, 62. madde uyarınca 1/6 indirim yapılarak 365 gün üzerinden TCK'nın 52. maddesi gereği bir gün 20 TL karşılığı olmak üzere toplam **7.300TL adli para cezası** ile cezalandırılmasına, ertelemeye ve HAGB ye yer olmadığına.

Yargıtay 18. Ceza Dairesi Kararı:

1- Hasta Metin'in, dolabından sigaralarının çalındığını ve diğer hasta odasında yatan sanık Cemil'den şüphelendiğini söylemesi üzerine, hastanede sağlık memuru olarak çalışan ve arama yetkisi olmayan müştekinin hastane güvenlik görevlisi ile sanığın odasını aramaya gitmesi üzerine, sanık tarafından müştekiye hakaret etmesi şeklinde gelişen olayda, hakaretin ne şekilde kamu görevi nedeniyle gerçekleştirildiği açıklanıp tartışılmadan TCK'nın 125/3-a maddesinin uygulanması,

2- Hastanenin psikiyatri servisinde gerçekleştirilen hakaret eyleminde aleniyet unsurunun ne şekilde oluştuğu açıklanıp tartışılmadan, yetersiz gerekçe ile TCK'nın 125/4. maddesinin uygulanması,

3- Hastanede sağlık memuru olarak çalışan müştekinin, hasta Metin'in dolabından sigaralarının çalındığını ve sanık Cemil'den şüphelendiğini söylemesi üzerine, durumu hastane polisine bildirmesi gerekirken, hastane güvenlik görevlisi ile sanığın odasını aramaya gitmesi üzerine gerçekleşen olayda TCK'nın 129. maddesinde düzenlenen haksız tahrik hükümlerinin uygulanıp uygulanmayacağının tartışılması, Kanun'a aykırı görülmeyle hükmün bozulmasına karar verildi. 18.CD. 27.9.2017, 2015/39638 - 2017/9758

6. Örnek Vaka: Acil Servis Doktoru'na hakaret ve tehdit eylemleri

Mahkemenin olayı kabul şekli ve nitelemesi: Sanığın hastasını gece ilçe devlet hastanesine getirip, daha önce verilen iğne fayda etmediğinden hastanın yeniden muayene edilmesini istediği, bu konuda tartıştıkları sırada müşteki doktora "hastamı Tokat'a götürüyorum döndüğümde ağzını burnunu kıracağım pezevenk" diyerek hakaret ve tehdit ettiği anlaşılmakla, suçun işlenişindeki özelliklere göre sanığın alt sınırdan hapis cezası ile cezalandırılması yoluna gidilmiş, grip olan hastaya mutad uygulamayı yaparak iğne vurdurup ilaçlarını da yazıp gönderen ve herhangi bir tıbbi hatası bulunmayan doktor müdahale karşı tehdit ve hakaret suçlarını işleyen sanık hakkında takdiren HAGB hükümleri uygulanmamış ve duruşmada gözlemlenen pişmanlığına nazaran verilen cezanın ertelenmesi halinde ileride suç işlemeyeceği kanaati hasıl olmakla verilen ceza ertelenerek aşağıdaki şekilde hüküm kurulmuştur.

a- TCK'nın 125/3a maddesi uyarınca 1 yıl hapis cezası ile cezalandırılmasına, 62. madde gereği cezasından 1/6 indirim yapılarak **10 ay** hapis cezası ile cezalandırılmasına, TCK'nın 51. maddesi uyarınca cezasının ertelenmesine, 2 yıl denetim süresi uygulanmasına,

b- TCK'nın 106/1. maddesi uyarınca 6 ay hapis cezası ile cezalandırılmasına, 62. madde gereği cezasından 1/6 indirim yapılarak **5 ay hapis** cezası ile cezalandırılmasına, TCK'nın 51. maddesi uyarınca cezasının ertelenmesine, 2 yıl denetim süresi uygulanmasına karar verildi.

Yargıtay 18. Ceza Dairesi Kararı :

1- TCK'nın 125/4. maddesinde öngörülen aleniyetin oluşabilmesi için olay yerinde başkalarının bulunması yeterli olmayıp, hakaretin belirlenemeyen sayıda kişi ve herkes tarafından görülme, duyulma ve algılanabilme olasılığının bulunması, herhangi bir sınırlama olmaksızın herkese açık olan yerlerde işlenmesinin gerekmesi karşısında, suçun hastane acil servisinin neresinde gerçekleştirildiği tespit edilerek sanık hakkında TCK'nın 125/4. maddesinin uygulanması gerekip gerekmediğinin tartışılmaması,

2- TCK'nın 51. maddesinde düzenlenen “cezaların ertelenmesi” hususunun her hüküm yönünden ayrıca değerlendirilmesi gerektiği gözetilmeden, infazda tereddüte sebebiyet verecek şekilde karar verilmesi,

3- Suç tarihi itibarıyla sabıkasız olan sanık hakkında suçlardan doğan maddi bir zararın bulunmaması ve manevi zararın ise HAGB'ye engel teşkil etmemesi nedeniyle CMK'nın 231/6-b maddesinde açıklanan “kişilik özellikleri ile duruşmadaki tutum ve davranışları” irdelenip sanığın yeniden suç işleyip işlemeyeceği yönünde nasıl bir kanaate varıldığı açıklanmadan “takdire” biçiminde kanuni olmayan gerekçeyle hükmün açıklanmasının geri bırakılmasına yer olmadığına karar verilmesi, (not: ertelemeye olumlu kanaat açıklandığı halde)

Kanuna aykırı olduğundan hükümlerin bozulmasına karar verildi .
18.CD. 13.9.2017, 2015/37483 - 2017/8815

7. Örnek Vaka : Acil Servis'te doktora hakaret

Mahkemenin Olayı Kabul Şekli: Sanık acil serviste muayene oldu, tetkikleri yapıldı, şikayetlerinin ilaç gerektirmediği, ancak bir de üroloji bölümüne muayene olabileceği söylenmesi (sanık savunmasında istediğim ilaç yazılmadı, bu ne biçim doktor dedim diyor) üzerine sanığın doktora “şerefsizler, i...ler, burası ne biçim hastane, ne biçim doktor “ dediği kabul edildi.

Hüküm: TCK'nın 125/3a maddesi uyarınca görevli doktora hakaret suçu nedeniyle verilen cezada 62. madde uyarınca yapılan indirim sonucu 305 gün adli para cezası ile cezalandırılmasına; 52. madde uyarınca bir gün 20TL karşılığı kabul edilerek sonuç olarak (20 x 305) 6.080 TL adli para cezası ile cezalandırılmasına, cezasının 24 eşit taksit olarak tahsiline, sabıkalı olması nedeniyle cezasının ertelenmesine ve HAGB kararı verilmesine yer olmadığına, karar verildi.

Yargıtay Kararı: Eylemin doğru olarak nitelendirildiği ve Kanun'da öngörülen suç tipine uyduğu; ... Hakaret suçunun aleni bir yer olan hastane acil servisi (koridorunda) işlenmesine karşın, sanık hakkında TCK'nın **125/4. maddesi uygulanmamış ise** de, aleyhe temyiz olmadığından bozma yapılamayacağı, ... hükmün **onanmasına** karar verildi. 18.CD. 13.9.2017, 2015/38308 - 2017/8830

8. Örnek Vaka: Doktor sanığın hastaya karşı şantaj suçu

Yargıtay kararında olayın kabulü ve nitelenmesi:

a- Devlet Hastanesi'nde doktor olan sanığın, muayene için gelen katılana düzenlediği reçetede ilaçları İlçedeki D... Eczanesi'nden almasını söylemesi nedeniyle katılanın hastane bünyesindeki hasta hakları birimine başvuruda bulunup şikayetçi olduğunu öğrenmesinden sonra, onu şikayetinden vazgeçirebilmek için ilaç tanıtıcısı bir tanıdığı aracılığıyla gönderdiği mektupta “gel özür dile ya da 2016'da hapis-ten çık” dediği, ayrıca katılanın kendisini şikayetinden dolayı muka- bil olarak Edirne Cumhuriyet Başsavcılığı'na ve Edirne 1. Ağır Ceza Mahkemesi'ne hitaben yazdığı ve katılanın iftira suçunu işlediğinden bahisle cezalandırılması istemini içeren, gerçekte işleme koymadığı di- lekçe fotokopilerini de gözdağı vermek amacıyla katılana ulaştırdığı, bu yöntemle katılanı şikayetinden vazgeçiremeyen sanığın mektup üzeri-

ne bürosuna gelen katılana şikayetinden vazgeçmemesi halinde okul hayatını bitireceğini söylediği ve ertesi gün gelip şikayetten vazgeçme dilekçesini imzalamasını istediği, bilahare sanığın hastanedeki odasına gelen katılanın, sanık tarafından benzer sözlerle zorlanıp yönlendirilerek vazgeçme dilekçesini imzaladığı olayda, sanığın iki ayrı tarihte gerçekleştirdiği eylemlerinin bir suç işleme kararının icrası kapsamında gerçekleştirilen ve TCK'nın 107/1. maddesinde tanımlanan hakkı olan bir şeyi yapacağından bahisle müştekiyi yükümlü olmadığı şikayetten vazgeçme eylemine zorladığı ve eyleminin **şantaj suçunu oluşturduğu** gözetilmeden hatalı nitelendirme ile tehdit suçundan cezalandırılmasına karar verilmesi,

b- Kabule göre de muhatabınca kim tarafından gönderildiği anlaşıldığında imzasız mektup unsuru oluşmayacağı gözetilmeden 106/2.m.nin uygulanması,

Kanuna aykırı görüldüğünden hükmün bozulmasına oybirliğiyle karar verildi. 4.CD. 04/05/2015, 2013/12543 - 2015/28267

9. Örnek Vaka: Acil Servis'te hakaret eylemi

Olayın iddianamedeki anlatımı: Şüphelinin rahatsızlanan arkadaşını Devlet Hastanesi'ne getirdiği, muayene sonrasında yazılan ilaçları arkadaşının sosyal güvencesi olmadığından alamadıkları, bunun üzerine şüphelinin Devlet Hastanesi'ne geri dönerek müşteki doktordan ilaçların kendi adına yazılmasını istediği, bu haksız talebin müşteki doktor tarafından kabul edilmemesi üzerine “bu işlerin yapılması için illaki pasta ve kola mı getirmemiz lazım, sizin maaşlarınızı biz ödüyoruz, siz maaşlarınızı bizim vergilerimizden alıyorsunuz” diyerek elindeki reçeteyi buruşturup müştekinin suratına attığı, bu suretle görevli doktora yönelik hakarete bulunduğu iddiası ile TCK'nın 125/1-3-a-4 maddesi uyarınca kamu davası açılmıştır.

Sanık savunmasında; iddianamede anlatılan olayın doğru olduğunu ancak bunun olayın en son kısmı olduğunu, müştekinin kendisine sıkır çekerek şerefsiz demesinden sonra hakaret ederek reçeteyi attığını, daha önce pasta kola götürerek başkasının ilacını doktorlara yazdırdığını ancak bu şekilde ilaç yazdırdığı doktorların müşteki olmayabileceğini belirterek atılı suçu kabul etmemiştir.

Katılan sanıktan şikayetçi olmuştur.

Mahkeme Kararı: Sanığın sabit görülen eyleminin görevli doktora aleni yerde hakaret suçunu oluşturduğu anlaşıldığından; TCK'nın 125/3a, 125/4, 62; 58. maddeleri uyarınca 11 ay 20 gün hapis cezası ilce cezalandırılmasına karar verildi.

Yargıtay Kararı

Hastane acil servisinde gerçekleştirilen hakaret eyleminde aleniyet unsurunun ne şekilde oluştuğu (eylemin servisin neresinde işlendiği) açıklanıp tartışılmadan, yetersiz gerekçe ile TCK'nın 125/4. maddesinin uygulanması, bozmayı gerektirir. 18.CD. 11.9.2017, 2015/39349 - 2017/8628

10. Örnek Vaka: Nöroloji Kliniği'nde yaralama, tehdit

Mahkeme Hükmü: 1- Sanığın kamu görevi nedeniyle doktoru yaralama suçu nedeniyle TCK'nın 86/2, 86/3c, 62. maddeleri (150x20) uyarınca 3.000 TL adli para cezası ile cezalandırılmasına,

2- Sanığın kamu görevlisi olan katılana alenin hakaret eyleminin TCK'nın 126/3a, 125/4, 62. maddeleri uyarınca günlüğü 20 TL olmak üzere 304 gün ve sonuç olarak 7.080TL adli para cezası ile cezalandırılmasına,

3- Sabit görülmeyen tehdit eylemi nedeniyle beraatına karar verildi.

Yargıtay Kararı: (Karar, tehdit suçundan verilen beraat kararı bakımından katılan temyiz edildi)

Sanığın, hastanede yatan annesinin vefatından dolayı görevini yapmakta ihmali olduğunu düşündüğü katılanın doktor olarak hastane servisinde görevli olduğu sırada birden üzerine doğru yürüyüp saldırdığı, saçını çekerek sürüklemeye çalıştığı ayrıca katılana “orospu, annemi sen öldürdün, buradan dışarı çıkamayacaksın, seni öldüreceğim” dediği olayda, sanığın katılanı yaraladıktan sonra oradan uzaklaşırken söylediği “ buradan dışarı çıkamayacaksın, seni öldüreceğim “ biçimindeki sözlerinin tehdit kastı ile söylendiği gözetilmeden, “ seni öldüreceğim sözünün hakaret ve yaralama eylemleri sırasında tehdit kastı taşımadan sarf edildiği “ biçimindeki kanuni olmayan gerekçeyle beraat ka-

rarı verilmesi bozmayı gerektirmiştir. 4.CD. 13.3.2015, 2013/11871-2015/24572

III. ÇATIŞMANIN KAYNAKLARI, YAŞANDIĞI BİRİMLER VE ÖNERİLER

A. Çatışmanın Kaynakları

Yukarıda görülen örnek vakalardan hareketle iletişim sorunlarının ve dolayısıyla meydana gelen çatışmanın üç nedeni olduğu söylenmelidir.

1- Sorunların bir kısmı hastaların menfaatçi davranışlarından kaynaklanıyor: Örneğin sırada öne geçme, muayene sırası dolduğu halde ısrar etme, başkası adına ilaç yazdırmak isteme, hasta gelmeden usulsüz ilaç yazdırma isteği, ilaç raporu olmadığı halde muayene edilmeden belirli bir ilacın yazılmasını isteme vb.

2- Çatışma kaynağı olan ikinci konuyu, doktor veya hastaneye yönelik şikayetler oluşturuyor: Hastaların hastane personeli veya hekimin özensiz davrandığı kanısıyla yaptığı şikayetler çatışmaya yol açıyor. Bunların bir kısmında hasta veya yakınları durumu abartarak veya haksızca hareket ederken, bazılarında ise gerçekten özensizlik söz konusu olabiliyor.

3- Üçüncü neden üslup/diyalog sorunu: Bu yerine göre iki taraf için de geçerli olabiliyor. Bu anlamda ortak sorununun, karşısındakinin kişiliğine saygıyı duymayan üslupta olduğu söylenebilir.

B. Ortaya Çıkan Sorunlarla İlgili Hukuki Süreç ve Tedbirler

1. Hukuki Süreç

Sağlık hizmeti dolayısıyla şiddet, tehdit veya hakarete maruz kalan hekim veya diğer sağlık hizmeti sunumu görevlileri cezai takip yapılması için şikayetçi olabilirler. Şikayet edilecek makamlar adli kolluk (polis-jandarma) ya da Cumhuriyet savcılıklarıdır. Hastane karakolundaki görevli polis memurlarından olaya ve failin tespitine ilişkin tutanak düzenlenmesi de talep edilebilir.

Cumhuriyet savcılığının soruşturması sonunda ceza davası açıldığında, mahkeme tarafından mağdur tarafın ‘müşteki/şikayetçi’ sıfatıyla

ifadesine başvurulur. Bu amaçla duruşma gününü bildiren çağrı kağıdı gönderilir. Suç şikayete tabi değilse, kamu davası olarak devam eder. Fakat, mahkemedeki ifade sonunda veya ayrıca verilecek bir dilekçe ile “ceza davasına katılmak istiyorum” şeklinde irade açıklaması yapılmadığı takdirde, mahkemenin verdiği karara karşı kanun yoluna (itiraz-istinaf-temyiz) başvuru hakkı olmayacaktır.

Hekim ve sağlık mesleği mensuplarına yönelik eylemler sonrasında kamuoyunda failin tutuklanmasının gerekip gerekmediği yönünde tartışmalar olmaktadır. Bu konuyla ilgili olarak, Ceza Muhakemesi Kanunu’nun 100. maddesinin 4. fıkrasında; sadece adli para cezasını gerektiren suçlar ile hapis cezasının üst sınırı iki yıldan fazla olmayan suçlarda tutuklama kararı verilemeyeceğinin öngörüldüğünü hatırlatmak gerekmektedir. Ancak aynı fıkra 2.7.2012 tarihli ve 6352 sayılı Kanunla yapılan değişiklik sonrasında, üst sınırı iki yıldan fazla hapis cezasını gerektirmese dahi vücut dokunulmazlığını kasten ihlal eden fiiller (yaralama suçu) bakımından tutuklama yasağı geçerli değildir.

Diğer taraftan kanun uyarınca tutuklamanın cezalandırma amacı taşımadığına ve amacının, şüpheli veya sanığın kaçması veya delilleri karartmaya yönelik davranışlarını önlemek, başka bir anlatımla yargılamanın selametine ilişkin kamu yararı olduğuna işaret etmekte yarar bulunmaktadır. Ceza yargılamasının cezalandırma/yaptırım işlevi ise, hapis cezasına mahkumiyet kararının kesinleşmesinden sonra (infaz sürecinde) devreye girmektedir.

Mağdurun, kendisine karşı işlenen eylem nedeniyle failden tazminat isteme hakkı da bulunmaktadır. Ancak bunun için hukuk mahkemesinde tazminat davası açılması gerekmektedir. Bu davada, maddi bir zarar varsa (tedavi veya çalışamamaktan kaynaklanan gelir kaybı gibi) belgeleri de eklenerek talep edilebilir. Ayrıca eylemin ağır manevi eleme yol açması durumunda manevi tazminat istenebilir.

2. Tedbirler

Sağlık hizmeti sırasında karşılaşılabilecek idari tedbirler konusu Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik ile düzenlenmiştir.^[1] Yönetmelik ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti ve-

[1] Resmi Gazete’nin 6 Nisan 2011 tarih ve 27897 sayısında yayımlanan Yönetmelik

ren tüm kamu ve özel kurumları kapsamaktadır. Yönetmeliğin kapsamı genelde hizmet kalitesiyle ilgili olmakla birlikte 7/d maddesinde sağlık kurumlarına, “çalışanlara yönelik fiziksel saldırıların önlenmesine yönelik düzenleme yapılması” hususunda gerekli tedbiri alma ve düzenleme yapma yükümlülüğü getirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı 14.5.2012 tarihli Çalışan Güvenliği Genelgesi ile alınması gereken tedbirleri düzenlemiştir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarını takip etmek üzere “Bakanlık Beyaz Kod Birimi” kurulmuş, 24 saat hizmet verecek “113” numaralı telefon ve www.beyazkod.saglik.gov.tr” internet sayfası oluşturulmuştur. Şiddete maruz kalanlar 113 numaralı telefonu bizzat arayıp Bakanlık nezdindeki Beyaz Kod Birimine bildireceklerdir. Bu bildirim eş zamanlı olarak adli mercie ve kurum hukuk birimine iletilecektir.

Kamu görevlisi sağlık görevlileri bakımından hukuki yardım da sağlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname’nin 54. maddesinde sağlık çalışanlarına hukuki yardım öngörülmektedir; “*bakanlık ve bağlı kuruluşlarında; sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevlerden dolayı personele karşı işlenen suçlar sebebiyle ceza hukuku kapsamında yürütülmekte olan işlemler ve davalarda personelin talebi üzerine Bakanlık ve bağlı kuruluşlarınca hukukî yardım yapılır.*” Belirtelim ki 9.7.2018 tarih ve 30473 (3. Mük.) sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 703 sayılı KHK’nın 25. maddesinde, 663 sayılı KHK’nın adı; “Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” şeklinde değiştirilmiştir. Anılan KHK ile 663 sayılı KHK’nın bazı hükümleri (örn. 52, 53. maddeler) yürürlükten kaldırılmış ise de 54. madde yürürlüktedir.

28 Nisan 2012 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan, *Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik* hükümlerinde de; sağlık hizmeti sunumu sırasında veya bu görevden dolayı işlenen suça maruz kalan personelin talebi halinde Bakanlık avukatlarının hukuki yardım yapıl-

7.5.1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nun 3 üncü maddesinin birinci fıkrasının (e) ve (f) bentlerine, 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname’nin 43 üncü maddesine dayanmaktadır.

ması düzenlenmiştir. Belirtilen Yönetmelik uyarınca mağdurların bu hukuki yardımdan istifade etmesi mümkündür.

C. İletişim Sorunu Yaşanan Tıbbi Birimler ve Öneriler

İletişim sorunları doğal olarak hasta - hekim diyalogunun en sık gerçekleştiği birimlerde meydana geliyor. Bunlar özellikle acil servisler, poliklinikler ve kliniklerdir.

Acil servisler bu konuda ilk sırayı alıyor. Rastgele incelediğim on vakadan beşi acil serviste meydana gelmişti.

Özellikle, acil servise giren hasta yakınının kayıt prosedürü dahi olmadan hastasına derhal müdahale edilmesi gerektiği beklentisi nedeniyle tartışma ve kavgalar başlıyor.

Bu noktada sorunun iki yönü olduğu düşünülmelidir. İlk olarak; hastalar ve yakınları, aynı anda birden fazla hastaya yardım gerektiğinde, doktorların yaşamsal riski daha yüksek olanı tercih etmekle yükümlü olduklarını bilmeleri gerekiyor. Esasında tıbbi bakımdan öncelikli hastanın beklenmesi lüzumu, o hastanın kişilik hakkına saygının da bir gereğidir.

İkinci husus; acil servise getirilen hastanın gerçekten de kayıt için bekletilmeden müdahaleye ihtiyacı olabiliyor. Kimi durumda bu kadar acil olmasa dahi hasta yakını öyle olduğu inancıyla önce müdahale edin, kaydı sonra yapın diye ısrarcı oluyor. Böyle vakalarda kayıt sürecinin müdahaleyle birlikte yürütülmesi gibi ara bir yöntemle çözümlenmesi mümkün olabilir. Hastane idaresinin gelen hasta psikolojisini dikkate alarak bu süreci iyi yönetmesi gerekiyor.

Bu arada ifade edelim ki; aslında iletişim tüm insanlık için genel ve güncel bir sorun. Günlük hayatta da (örn. sokakta, trafikte) iletişim çatışmalarından kayga çıkabiliyor. Burada alanım dışına çıkarak, iletişim biliminin uzmanlık gerektiren problemlerine çözüm üretme gibi çaba içerisinde olmayacağım. Fakat ortaya çıkan uyuşmazlıklarla muhatap olan bir mesleğin mensubu olarak bazı tespitler yapabileceğimi düşünüyorum.

Sağlık hizmetleri alanındaki iletişim sorunlarının temeline inerek, çözüm için de bir sonuç çıkarmak gerekiyor. Hukuk, ortaya çıkan sorunlar yönünden önleyici-caydırıcı yaptırımlarıyla olmazsa olmaz bir yöntemdir. Ne var ki sorunların önlenmesi bakımından hukuki tedbirlerin yeterli olmayacağı açıktır.

Hasta ve yakınlarıyla sağlık hizmeti verenler arasında çıkan iletişim kaynaklı çatışmaları önleyici ve azaltıcı değişik tedbirlerin araştırılması gerekmektedir.

Öncelikle çatışma alanlarını azaltıcı yönetim tedbirlerinin alınması düşünülmelidir. Bu tedbirler çoğu kez sağlık hizmetinin sunum biçimiyle, kayıtlar, prosedür veya diğer hizmet koşullarındaki sorunları gidermeye yönelik olanlardır. Kısaca yönetim tedbirleri denilebilir. Hekim başına düşen hasta sayısının makul tutulması bunların başında gelmektedir. Hastane hizmetlerinin uzmanlık esasına dayandığı dikkate alınarak uzman hekim kadrolarının yeterli olarak tutulmasına, acil servis ve nöbet hizmetlerinde hekime ulaşılamama sorunlarının azaltılmasına çalışılmalıdır. Türkiye’de hastane işletmesinde pratisyen hekimlere branş hekimi rolü verilmesinin kimi fiili ve hukuki sorunlara yol açtığı ve bu hekimlere ağır sorumluluklar yüklendiği dikkate alınmalıdır.

İkinci tür tedbirler, çatışma çözümüyle ilgili iletişim metotlarının kullanılmasını kapsamaktadır. Hastane yönetimlerinin hasta-doktor-personel ve yöneticileri kapsayan, iletişim konferansları vb. bilgilendirici programlar uygulamaları yararlı olacaktır. Ayrıca, hastane yönetimleri ve Bakanlığın da hasta ve yakınları bakımından farkındalık oluşturacak yöntemler üzerinde çalışması gerekmektedir.

Av. Pınar AKSOY GÜLASLAN (Oturma Başkanı) - Bu güzel sunum için Hasan Bey’e bizler de teşekkür ediyoruz. Kendisi sağlık iletişimde yargıya yansıyan sorunların cezai boyutunu örnek kararlarla vurguladı ve iletişimin ne kadar önemli olduğunu bir kez daha kendisinden dinlemiş olduk.

Şimdi dört tane sorumuz var ve sorumuzdan birinin adresi belli, diğer sorumuz herhalde size Hocam, son 2 soruyu da herhalde birlikte cevaplamak iyi olur.

Dilek ASLAN- İlk sorudan başlayalım.

Bir değerli katılımcı aslında hasta-hekim ilişkisine dair bir soru sormuş, örneğin ağızdan alınması gereken bir ilacı başka türlü kullanıyor hastalar, bir bilgilendirme eksikliği ve sağlık okuryazarlığı konusunda vurgu yapalım demiş.

Çok haklısınız, sağlık okuryazarlığı tabii günümüzde bizim de çok önemseydiğimiz bir şey; ne dediğinin anlaşılması, denilenin gerçekten hekimin söylemek istediğinin tam anlamıyla hasta tarafından uygulanması, dolayısıyla aradaki o eksikliğin iletişime bağlı sorunun giderilmesi için gerçekten çok önemli bir adım. Ama ben kendi sunumumda hiç bireysel düzleme inmedim, daha çok sistem sorunu olduğunu tanımlamaya çalıştım. O yüzden sağlık okuryazarlığı şüphesiz yüzde 100 başarılmalı, yüzde 100 olmalı ve bu konuda zaten son dönemlerde ülkemizde de güzel çalışmalar var ve farklı bilim alanları birlikte çalışarak bu alandaki eksiklikleri gidermeye çalışıyorlar. Bu katılımcımız gündeme getirerek çok iyi etmiş, hatırlatmış oldu bizlere, bir kez daha vurgulamış olduk.

Diğer iki soru; doktorun bakabileceğinden fazla hasta randevusu verilerek iletişim sorunları oluşmasına yol açan sağlık kurumunun sorumluluğu yok mu?

Ben doğrusu tekil kurumlar üzerinden düşünmüyorum bu meselelerin varlığını bir sistem sorunu olarak tanımlamaya çalıştım. Sağlık sistemi içerisindeki olması gerekenler olmadığı zaman bir bakış açısı zemini aslında, iletişimin temel sorununu böyle görmek daha güzel.

Hocam söyledi, “hastane kendi tekniklerini öğrensin, hekime de öğretelim” dedi, evet bunları yapalım ve bunlara hiç itirazım yok. Hekim gerçekten ya da hasta bu anlamda doğru iletişim kanallarını öğrensin, ama zemini düzgün koymadığımız zaman öteki çok etliktik bir şey oluyor. Hastane pratiklerinde de böyle oluyor, çünkü uzmanlık dernekleri açıklıyor; en az 15 dakika, aslında 20 dakika, bilemediniz 15 dakika çok zorlandınız ve iletişim kurmak zorunda hasta ile hekim değerlendirilebilmesi için.

Siz ne güzel söylediniz öteki 105 hasta görüyor, sabah 9’da başlıyor ve üstelik hekimin sadece işi hasta bakmak değil, kâğıt üstünde baktığınız zaman, dolayısıyla bir kere çok büyük eksiklikle gününe başlıyor.

Sonuçta oradaki beklediğimiz olası sorunların çözümünü hekimden beklemek çok büyük bir haksızlık, hastaneden beklemek de çok büyük bir haksızlık. Daha çok, daha temel düzeyde sağlık sisteminin bu soruna ya da bu meseleye nasıl baktığı ve bu çözümü nerede aradığı daha temel bir zemin! Şüphesiz bu zemin sağlandıktan sonra bireylerin hataları affetmeyelim, bireylerin hataları olmasın gerçekten, ama hata yapmayacak bir sistem kurduğumuz zaman o çok temelde, ben toplum sağlığı hekimiyim, dolayısıyla daha çok temelden çözümleri hep sistematik olarak düşünmeye çalışan birisiyim ve bakış açım biraz böyle.

Son soru; hekimlerin uzun çalışma saatleriyle ilgili yeni yapılacak düzenlemeler var mı?

Bu soruya belki Hocam daha iyi yanıt verebilir. Bir talep var, bu talebi hep yapıyor, yani meslek örgütümüz de yapıyor. Zaten Avrupa Birliği Direktifini de söyledim, haftada 48 saat ve gerçekten bu koşulları çok zorlamamak lâzım; çünkü zorladığınız zaman nitelik düşüyor ve niteliksiz sağlık hizmeti de aslında toplumun sağlığına çok olumsuz olarak doğrudan yansıyor. Bunların hepsine birlikte düşündüğümüz zaman çözümlerin de adresleri belli.

Çok teşekkür ederim.

Hasan Tahsin GÖKCAN- İlk soru yasal çalışma saatlerinin üstünde çalıştırılarak kayıt dışı nöbetinde devlet hastanesinde çalışan bir asistan hekim o nöbette “malpraktis” ile karşılaştığında yaptırım ve değerlendirme nasıl olur?

Burada tabii kayıt dışı nöbet nasıl oluyor bilmiyorum ama, tabii uzun süreli nöbetler mutlaka tutuluyor. Ama kayıt dışı olup olmaması ceza hukuku açısından meydana gelen “malpraktis”den doğan sorumluluk bakımından bir önemi yok. Ama o kişinin, o kadar uzun süre çalıştırılmış olması başka alanlarla ilgili sorunlar doğurabilir. Fakat o kişinin orada çalışması sağlık mevzuatı içerisinde kayıt dışı ise, bir defa asistan hekimin hakkına sahip çıkması ve çalışmaması gerekiyor. Yani, bir kayıt dışılık varsa burada hakkını araması lâzım, bu hakikaten ciddi bir sorun. Mobbing olarak da gündeme gelebilir, eğer devam eden sürekli bir uygulamaysa. Ama mevcut mevzuat içerisinde dahi zaten nöbetlerin, duyuyoruz, biliyoruz, okuyoruz ki, hakikaten çalışma saatleri oldukça

yüksek. Çok uzun saatlerde çalışılıyor ve o şartlar içerisinde dahi tabii ki hekimin yorgun, dalgın vesaire olabileceği halleri söz konusu. Ama sorumluluk açısından “sen nöbetinin 32. saatinde bu olay olmuştu bu nedenle burada sorumlu tutmayalım” deme şansı yok. Ama bu yaptırım bölümünde ancak değerlendirilebilecek. Eğer bir sorumluluk var ve ceza yaptırımı gerekiyorsa, cezanın kişiselleştirilmesi de ancak göz önünde tutulabilecek bir şey, ama maalesef sorumlulukla ilgili aksini söylemek mümkün değil diye düşünüyorum.

Diğer soru; cezalandırmanın caydırma, ıslah etme, kamu vicdanını rahatlatma gibi amaçları ihtiva etmesi kapsamında mevzuumuzla ilgili olarak mevzuatta yer alan düzenlemelerin bu amaçları karşılar nitelikte olup olmadığı hakkında ne düşünüyorsunuz? Ceza hukuku sisteminde mevzuyla ilgili boşluklar var mıdır?

Tabii bu çok genel bir soru, bunu bir çırpıda değerlendirmek kolay değil; ama burada ceza adalet sisteminin aslında sağlık hukukundaki olayları, hele ki “malpraktis” açısından değerlendirmek istiyorsak, aslında hekime karşı yapılan saldırılarla ilgili de olabilir, ceza adalet sisteminin ne derece tatmin olduğuyla ilgili bir tartışma elbette her zaman yapılabilir. Bu anlamda hukuk sistemimizde alternatif çözüm yöntemlerine yönelik oldukça yeni hükümler getirildi, bir kısmı işlemedi. İşte uzlaştırma bunlardan birisi; ama bunlarla ilgili tartışmaları yapmak zorundayız, bu anlamda güzel bir soru, fakat çok genel veya belki ayrı bir toplantının da konusu olabilecek bir soru.

Son sorumuzda; acil servis ve diğer birimlerde yönetim sorunu veya hatasından kaynaklanan şiddet olaylarında birim veya hastane yönetimine yönelik bir ceza verilebilir mi veya onların cezai sorumluluğu doğru mu?

Hastane yönetimlerinin organizasyon kusuru olduğu haller söz konusu olabiliyor. Bunlar daha çok tazminat hukukunda gündeme gelebilen konular. Ceza hukukuyla ilgili de, nadiren bazı alanlarda söz konusu olabilir. Buna ilişkin birkaç örnek olay duymuştum, ama henüz onların yargılama süreçlerinin tamamlandığını bilmiyorum. Fakat bu konu açısından hastanedeki şiddet, saldırı, hakaret olaylarıyla ilgili konularda doğrudan bir ilgili servis yönetiminin sorumluluğuna gidebilmek için somut bir olaydan hareket edebilmek gerekiyor. Ama bana ilk etapta

zor gibi geliyor, yani bu belki yine tazminat hukukuyla ilgili bu kısımda cevap verilebilir ama ceza hukuku açısından kişinin o suçu işlemesini hastaların yaptığı fiille, oradaki kusurun uygun bir hukuka uygunluk bağı içerisinde görülmesi zor geliyor. Yani, ceza hukuku sorumluluğu açısından böyle bir değerlendirme burada zor geliyor doğrusu.

Teşekkür ediyorum.

Av. Pınar AKSOY GÜLASLAN (Oturum Başkanı) - Her iki konuşmacımıza değerli katkıları için teşekkür ediyoruz.



İkinci Oturum Konuşmacılar ve Katılımcılar Toplu Fotoğraf Düzeni



VII. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

Üçüncü Oturum

(01 Aralık 2017)

Oturum Başkanı	Prof. Dr. Sedat IŞIK (Yüksek Sağlık Şurası Üyesi)
Konuşmacılar	Doç. Dr. Devrim AYDIN (Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi) Av. Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU (Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkanı) Av. Bülent DAĞSALI (Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Üyesi)



Üçüncü Oturum-Oturum Başkanı ve Konuşmacılar

Prof. Dr. Sedat IŞIK (Oturum Başkanı)- Hiç zaman kaybetmeden toplantımıza başlayalım.

Öncelikle ben bu toplantıyı düzenleyen Ankara Barosu'na ve Ankara Barosu'nun Sağlık Hukuku Kurulu'na, Başkan ve üyelerine çok teşekkür ediyorum, bizlere de bu şansı verdikleri için ayrıca kişisel olarak teşekkürlerimi sunuyorum.

Birinci konuşmacımız Doçent Doktor Devrim Aydın, "Sağlık haberciliğinde cezai sorumluluk" konusunu anlatacak.

Devrim AYDIN- Kıymetli dinleyicilerimiz, saygıdeğer Başkanım; hepinizi saygıyla selamlıyorum.

Ankara Barosu'na, Sağlık Hukuku Kurultayı'nda "Sağlık haberciliğinde cezai sorumluluk" konulu bir tebliğ sunmam için beni davet ettiği için teşekkür ediyorum. Barolar Birliği'nin bu salonunda 27 Ekim 2017'de "Hukuk Devleti ve Yargı" konulu bir uluslararası konferansta konuşmuştum. Buraya her geldiğimde koşa koşa ve büyük bir heyecanla geliyorum, yeni bir öğrenci gibi. Ankara Barosu ve Barolar Birliği'ne tekrar teşekkür ediyorum.

Hemen sunuşa geçelim; çünkü Türkiye'de emek, zaman, gittikçe değerini yitirmeye başlıyor. O yüzden emeğin, zamanın ve bilginin değerini, kıymetini vermeye çalışalım. Benden sağlık haberciliğinde cezai sorumluluk konusunda bir sunuş yapmam istenildiğinde, haliyle daha önce bu salonda yapmış olduğum "demokratik bir toplumda gösteri, düşünce özgürlüğü" konularındaki sunuşlarım aklıma geldi. Ben o konferanslarda hep, uluslararası standartlar dikkate alındığında Türkiye'deki basın özgürlüğündeki durumla başlıyordum. Şimdi de basının sağlıkla ilgili haberleri nedeniyle doğabilecek cezai sorumluluk konusunda huzurlarınızdayım.

Her şeyden önce demokratik bir toplumda basına çok önemli bir işlev, aynı zamanda yasal bir görev olmasa bile çok önemli bir ahlaki, meslekî bir görev düşmektedir. Bu da basının doğru bir biçimde bilgiyi geniş kitlelere aktarmasıdır. Her şeyden önce kendimizi Oslo'daymış, Norveç'teymiş gibi kurgulayalım ve Türkiye'de basının, basın emekçilerinin, basın mensuplarının, basın yayın organlarının sahibi olan kişilerin nitelik ve sorunlarını bir kenara bırakarak basında yer alan sağlıkla

ilgili haberler nedeniyle ilgililerin sorumluluğuna geçelim. Basının -bu görsel, yazılı ve son zamanlarda yaygınlaşan internet ortamındaki basın olabilir- verdiği haberlerle öncelikli görevi, toplumu aydınlatmak ve gerektiğinde kamuoyu oluşturmak olmalıdır. Basının haber vermesinde kamuoyunu oluşturma işlevi deyince aklıma, Profesör Onur Hamzaoğulları geldi. Hamzaoğulları, Kocaeli Dilovası bölgesinde annelerin ilk sütünde, bebelerin ilk dışkıında kanserojen maddeye rastlandığını kamuoyu ile basın aracılığıyla paylaşmış olduğu için çok büyük tepki çekmişti. Kocaeli Belediye Başkanı kendisine çok ağır ifadelerde bulunmuştu. Sonuç olarak Onur Hoca mahkûm oldu. Aynı dönemde, İtalya'da deprem olmuştu. İtalya'da depremden birkaç gün evvel ilgili birimdeki beş profesör, "Hiçbir sorun yok gidip evinizde şarabınızı içip uyuyabilirsiniz." demişlerdi, ertesi gün deprem oldu.

İtalyan Yargıtay'ı bu hocaları kamuoyunu doğru aydınlatmadıkları için mahkûm etmişti. Bu iki olayda basının işlevini ve Türkiye'deki basının durumunu sorgulamıştım.

Genel olarak basın haber verirken haber içeriğinin doğru, güncel olması, haberin kişilik haklarına saldırmaması, basının kamuoyunu bilgilendirmek amacını taşıması gerekir. Basının sağlıkla ilgili konularda da sağlık haberciliğinde de etik kurallara, hukuki kurallara uyması gerekecektir. Sağlık haberciliği alanında da basın etik kurallara uyacak, doğru haber verecek, güncel haber verecek, hatalı ve yanlış haber verdiğinde bunu düzeltecektir. Kişilerin onuruna, saygınlığına saldırmayacaktır. Basının ceza sorumluluğu esasen 5187 sayılı Basın Kanunu'nda düzenlenmiştir. Bu Kanun'un 11. maddesinde cezai sorumluluk, 13. maddesinde ise hukuki sorumluluk düzenlenmiştir. Bu hükümler genel olarak basının sorumluluğunu düzenler ancak basında yer alan sağlıkla ilgili haberleri ise doğrudan düzenlemez. Bunun yanı sıra 5651 sayılı İnternet Ortamında Yapılan Yayınların Düzenlenmesi ve Bu Yayınlar Yoluyla İşlenen Suçlarla Mücadele Edilmesi Hakkında Kanun, (m.1) internet içerik sağlayıcı, yer sağlayıcı, erişim sağlayıcı ve toplu kullanım sağlayıcılarının yükümlülük ve sorumlulukları ile internet ortamında işlenen belirli suçlarla içerik, yer ve erişim sağlayıcıları üzerinden mücadeleye ilişkin esas ve usûlleri düzenlemektir. Bu Kanun'da sağlık internet ortamında yer alan sağlık haberciliği ile ilgili doğrudan bir düzenleme yer almamaktadır. Ancak, Erişimin Engellenmesi Kararı ve Yerine Getiril-

mesi başlıklı maddede (m.8, f.1, a/4) 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu m. 194'te yer alan "Sağlık için tehlikeli madde temini" suçunun internet ortamında yapılması halinde "erişimin engellenmesine" karar verilmesi düzenlenmiştir. Ancak bu hüküm de sağlık haberciliği ile ilgili değildir. Bu durumda sağlık haberciliği konusunun doğrudan düzenlenmediği, sağlıkla ilgili haberler nedeniyle doğabilecek sorumlulukların genel hükümlere göre belirleneceği söylenebilir.

Ceza hukuku açısından failin sorumlu olabilmesi için, failin zararlı ve tehlikeli davranıştan dolayı kınanabilmesi, kusurlu olması gerekir. Kusurun asıl ortaya çıkış biçimi kasıt olup, failin zararlı, tehlikeli neticeyi öngörüp bunu istemiş olması, kasıtlı hareket etmiş olması gerekecektir. Kusurun istisnai hali ise taksir olup failin dikkatsiz, özensiz olması, uyulması gereken kurallara uymayarak zararlı tehlikeli neticeye istemeden neden olması demektir. Eğer basın verdiği bir haberinde ölüm, yaralanma gibi bir sonucu istemiş ise (ki bu durum çok istisnai ve vahim durumdur) failin kasıtlı olarak hareket ettiğini söyleyeceğiz. Ancak fail, sağlıkla ilgili bir haberi verirken doğru olmayan bilgi ve içerik nedeniyle ortalama bir okuyucunun bundan etkilenerek kendisine zarar verebilme olasılığını hesap etmelidir. Örneğin ortaokulda, lisede okuyan, fazla kilolarından sıkıntı yaşayan genç ve deneyimsiz bir öğrencinin basında yer alan "sirke içmek zayıflatıyor" şeklindeki bir haberin etkisiyle "sirke içersen kolay zayıflarmışım" diyerek birkaç gün içinde birkaç litre sirke içip hastalanmasını örnek alalım. Basında bu tür hatalı ve yanıltıcı haberi yapanın ve yayımlayan meydana gelen neticeyi istememiştir. Ancak haber içeriğinin yanıltıcı ve sağlık açısından riskli olması nedeniyle failin dikkatsiz, özensiz davrandığı için istenmeyen neticeden sorumlu olması gerektiği ileri sürülebilir. Basın Kanunu'ndaki yükümlülüklerle, etik kurallara uymadan yapılan haberler nedeniyle (istemeden) ölüm, yaralanma nedeniyle haberi yapan failin sorumlu olması için nedensellik bağı da bulunmalıdır. Meydana gelen ölüm veya yaralanma neticesi haberde yer alan yanıltıcı ve sağlık açısından tehlikeli olabilecek hatalı bilgidен kaynaklanmış olmalıdır. Nedensellik bağının varlığı, zararlı-tehlikeli neticeyi failin davranışının doğurmuş olması demektir. Bu durumda da çoğu zaman yine bilirkişiye, adli tıp ve ilgili hekimlere başvurularak nedensellik bağının bulunup bulunmadığı saptanacaktır.

Basında yer alan bir haber nedeniyle Ceza Kanunu'ndaki hangi suçlar söz konusu olabilir? Her şeyden önce aklıma şu geldi: Sağlık haberciliği o kadar çeşitli ki bir hastalığın tedavisi, bir hastalıktan korunma yöntemi, bir hekimin girişi, bir hekimin tedavi yöntemi, bir hastanede gerçekleşen ölüm vakasının verilşi, yeni bir ilaç ya da tedavi yöntemi, bir hastanenin işleyişi ve idare biçimi hakkında farklı haberler söz konusu olabilir. Bu nedenle de sağlıkla ilgili haberler, farklı suçlara neden olabilir.

Eğer basın gerekli, mesleki kurallara uymadan aslında masum olan bir kişinin hakkında ceza soruşturmasının, ceza davasının veya bir idari soruşturmanın açılabilmesini sağlamak amacıyla uydurma haber yapmışsa iftira suçu söz konusu olabilecektir. Bu durumda haberi yapanla beraber bizim Basın Kanunumuzdan dolayı, (ki bu ayrıca tartışılması gereken bir objektif sorumluluk türü, bunu şimdilik bir yana bırakalım) genel yayın yönetmeni, hatta eserin sahibi de sorumlu olabiliyor. Haberin içeriğinde sağlık mesleği çalışanlarına yönelik onur, şeref, haysiyetini zedeleyebilecek ifadeler geçmişse hakaret suçu söz konusu olabilir.

Birazdan slayt üzerinde birkaç örnekle devam edeceğim. Örneğin haberde verilen bir tedavi biçimini uygulayan veya hatalı uygulayan bir kişinin ölümü veya yaralanması söz konusu olduğunda, haberi okuyup bunu uygulayan ölsün şeklindeki bir olasılık (olabilir ama çok zayıf bir ihtimal, o nedenle kasten öldürme ya da yaralamanın gerçekleşmesi) çok düşük ihtimal. Ancak dikkat, özensizlikle meslek kuralına uymadan önerdiği bir tedavi yöntemini alıp uygulayan da nedensel bağı kurabilirseniz, taksirle öldürme ya da yaralamanın bir türü olan “bilinçli taksir” olabilir.

Yine geniş anlamda düşünüldüğünde, sağlık haberciliğinde bir hekim hedef alınabilir, bir hastane hedef alınabilir, bir tedavi biçimi ve bir tedavi biçimi önerilebilir. Haberin verilşinde bir tıbbi girişimin, hekimin veya sağlık mesleği mensubunun girişiminin suç olduğu izlenimini uyandıracak yanlış haberler yaparak yetkili makamlara bir suç işlenmiş gibi ihbar etmek amacı varsa, suç uydurma suçundan bahsedilebilir. Son zamanlarda Türkiye’de özellikle “helal sertifikalı ilaç” tartışmasıyla birlikte belirli ilaçların ve aşıların kullanılması suç oluşturmaktaymış gibi yetkili makamları göreve davet eden (kamuoyunu yanıltıcı) haber-

ler söz konusu oldu. Bu durumda hekimin suç işlediği iddiası ortaya atılırsa, bu kez hekimi suçlamıyorsunuz ama belirli bir tedaviyi, tedavi yöntemini ya da ilacın kullanılmasının suç olduğunu ileri sürerek haber aracılığıyla ihbarda bulunmak amaçlanıyorsa, suç uydurma suçu söz konusu olabilecektir. Olmayan, işlenmemiş bir suçun işlendiğine dair adli makamları aldatacak, oyalayacak davranışlar söz konusudur. Örneğin, koridorda bir cinayet işlendi diye polisi ararsak suç uydurma suçudur, ama “Ahmet koridorda cinayet işledi” diye polisi ararsak, şikâyetçi olursak iftira olacaktır. Haberin veriliş biçiminde kullanılan ifadeler bir tedavi yönteminin bir ilacın kullanılmasının suç olduğu şeklinde hatalı, yanıltıcı bilgiler içeriyorsa (örneğin kürtaj haberleri, kanser ilaçlarının kullanım biçimi, bazı organ nakillerinin yapılması) suç uydurma olabilir.

Şunu düşünelim: Basın, hayvanların ve özellikle de evcil hayvanların hastalığıyla ilgili bir tedavi (kür) önerirse önerilen tedavi uygulandığında bu tedaviye bağlı olarak hayvan ölürse ya da insan için (örneğin grip tedavisi için) evde yapılması önerilen bir karışımı yiyen evcil hayvanın ölmesi halinde mala zarar verme suçunun söz konusu olabileceği kimi yabancı çalışmalarda yer almaktadır. Ancak bu suçun oluşması için failin kasten hareket etmesi gerektiğinden bizim hukukumuz açısından mala zarar verme söz konusu olmasa da (özel hukuk açısından) tazminat sorumluluğu doğabilecektir. Hayvanın hastalıktan korunmasına ya da tedavisine dair verilen bir kür insanın hastalanmasına, ölümüne neden olursa ve aradaki nedensellik bağı kanıtlanırsa taksirle ölüme, yaralanmaya neden olmak söz konusu olabilir.

Dolandırıcılığa hiç girmek istemedim, burada başka bir durum var; dolandırıcılıkta basın organlarının araç olarak kullanarak kişilerin dolandırılmasına hiç girmek bile istemedim. Olabilir mi? Olanaklı.

Haberin verilmemesi bir suç oluşturabilir mi? Haberin verilmemesi cezai düzeni ihlal edebilir mi? Diyelim ki sağlıkla ilgili çok önemli bir bilgi, örneğin sulara zehir karıştığı ya da bir salgın olduğu bilgisi gizlendi. En başta söyledim, Profesör Onur Hamzaoğulları, İtalyan Mahkemesi’nin verdiği karardaki standarda baktığınızda mesleğinin gereğini yapıp kanser vakası gerçeğini açıkladığı için Türkiye’de mahkûm ediyorsunuz, aynı aylarda İtalya’da depremle ilgili jeoloji araştırması

yapan heyeti “niye açıklamadın” diye mahkûm ediyorsunuz. Böyle bir olay olsa, hele Türkiye gibi basın çok özgür olduğu (!) bir ülkede basın gerçeği gizlerse haberi vermeyen kişi sorumlu olabilir mi? Eğer gerçeği bilerek, isteyerek gizlemişse, örneğin bir ilçede sulara zehir karıştı ancak basın haberi vermedi veya bir tedavi yöntemi, bir ilacın kullanılması bütün her yerde yasaklandı, ancak Türkiye’de kullanılıyor, eczanelerde satılıyor diyelim. En başta söylediğim gibi, failin kim olduğu kesin olarak tespit edilirse, fail açısından kasıt veya taksir biçiminde bir kusurluluk söz konusuysa ve haberin kasten verilmemesi (yani sağlık açısından mutlak olarak zararlı-tehlikeli olan gerçeğin gizlenmesi) ile netice arasında uygun nedensellik bağı varsa fail ölüm, yaralanma gibi sonuçlardan sorumlu olabilir. Bu arada yaralanmayı biz ceza hukukunda sadece bedensel (fiziki sonuçlar) etkiler anlamında değil, psikolojik etkiler açısından da düşünüyoruz, çünkü Türk Ceza Kanunu’nda (m.86) “başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan” denilerek bu durum kabul edilmiştir.

Sağlık haberciliğinde bilimsel çizgiden ve doğrulardan çıkılmamalıdır. O yüzden sağlık iletişimi ve sağlık muhabirciliği diye özel bir muhabirlik türü önerilmektedir. Örneğin; helal ilaç tartışması var ülkemizde ve dramatik olan bu tartışmanın ekranlar önünde profesör olan kişilerce yapılması ve siyasal ikbal amacıyla yapılması. Bu kadar bilimsel bir tartışmanın Türkiye gibi ortalama eğitimin alt düzeyde olduğu bir ülkede tartışılma üslubu medya önünde olmamalı, basın bu haberi verirken oldukça dikkatli olmalıdır. Konumuz olan sağlık haberciliğiyle ilgili kaynak taradığımda gördüm ki sağlık mesleği mensuplarının en çok şikâyet ettiği konulardan biri, “sağlık muhabirliği” kurumunun Türkiye’de henüz tam olarak oturmaması gösterilmektedir. Bu sorun da sağlıkla ilgili verilen haberlerin hatalı olmasına neden olmaktadır. Sağlık muhabirliği ise hukuki bir çalışma ile değil, iletişim fakültelerinde çözülmesi gereken bir husustur. Sağlık muhabirliğinin aynen ekonomi ve sporda olduğu gibi özel eğitimi gerektiren, uzmanlaşmayı gerektiren bir alan olduğu ve iletişim fakültelerinde bu yönde çalışma yapılması gerektiği önerisi var. Gerçekten de sağlık ve sağlıkla ilgili haberlerin hassasiyetini bilen, sağlıkla ilgili haberin ortalama okuyucu kitlesine nasıl ulaştırılacağını bilen muhabir, yanlış haber verilerek okuyucunun sağlık sorunları yaşamasın önleyici uyarı ve bilgiler haber içeriğine ekleyebilir.

Sağlık haberleri de diğer tüm haberlerde olduğu gibi kanıta dayalı, etik, objektif olmalıdır. Zamanımızda gittikçe hayat kıymetli hale geldiği için uzun yaşamak, sağlıklı yaşamak önemli hale gelmiştir. Artan kimi hastalıklardan -grip olabilir, kanser olabilir- korunmak ve bunlardan bir an evvel kurtulup iyileşmek hemen hemen herkesin dikkatini çektiği için medyada, özellikle de elektronik ortamda, web sayfaları daha çok tıklanabilsin diye sağlıkla ilgili ilginç haberler hemen hemen en ideolojik yayın organlarından, en merkezdeki medya araçlarına kadar yer alabilmektedir. İşte bu noktada, gazetelerde ve internet ortamında yer alan haberler, okuyucu kitlesinin tümünün ortak niteliği dikkate alınarak hazırlanmalıdır. Çünkü haberi okuyan herkes sağlık mesleği mensubu olmadığı gibi, herkes haberde verilen tedavi yönteminin riskini bilmeyebilir. Ortalama bir Türkiyeli okuyucunun internette yer alan “gözünüze limon sıkarsanız gözünüz güzelleşir” veya “zayıflamanın en kolay yolu sirke içmektir” şeklindeki bir haberin içeriğini doğru anlaması, haberde geçen limonun ve sirkenin nasıl, ne kadar kullanılacağını kolayca anlayabilmesi sağlanmalıdır. Haber verilirken bu haberi okuyan ortalama bir okuyucu düşünülerek, fazla sirke içtiğinde bunun kendisine ne gibi zararlar verebileceği, göze limon damlatmanın zararları haberde yer almalıdır.

İnternet haberciliğinde sağlıkla ilgili verilen bilgilerle ilgili en önemli sorunlardan biri de okuyucuların forum ve yorum sayfalarında kendi tedavi yöntemlerini, kendi deneyim ve eleştirilerini gelişigüzel yazmalarıdır. Özellikle internet üzerinden sağlık haberciliğinde bu nitelikteki haberlerin elekten, süzgeçten geçirilebilmesi, haber içeriğinin kişilere zarar vermesinin önlenmesi için sağlıkla ilgili haber içeriğinin doğru verilmesini denetleyebilecek sağlıkla ilgili bilgisi olan muhabirlerin yanında istihdam edilmesini sağlık çalışanlarınca önerilmektedir. Gerçekten de sağlık muhabirliğini varlığı halinde sağlıkla ilgili yanlış ve eksik haberlerin, yorumların hemen düzeltilmesi sağlanabilecektir. Haberin dilinin sadeleştirilmesi gereklidir ancak dil sadeleştirirken yanıltıcı bilgi verilmemelidir. Bunun en büyük örneği, evde tedavi ve ilaç yapımına yönelik kür örnekleridir.

Taradığımda gördüğüm bir haber, “Bu bir mucize, bileğinize limon damlatınca bakın ne oluyor?” Verilen linki tıkladım. Belki çok basit bir haber ama Türkiye gerçeği dikkate alındığında, “Haber doğru, bileğime

damlatınca baş ağrısına iyi geldi” diyen biri ağrısına iyi gelir diye limonu tutup gözüne sıkmasını diye haber doğru verilmeli, limonun sadece bileğe damlatılması, başka bir şekilde yaraya ya da göze damlatılmaması bilgisi de verilmeli, okuyucu muhtemel hatalı ve gelişigüzel kullanımlara karşı uyarılmalıdır. Örneğin bu slayttaki olayda olduğu gibi, bileğe damlatılan limonun rahatlama hissi verme nedeninin limonun içindeki asitten kaynaklandığı bilgisi verilmelidir. Yani, vatandaşımızın evinde bileğe damlatınca iyi geliyorsa, o da deri bu da deri diyerek yarasına, gözüne damlatmaması gerektiği açıkça haberde belirtilmelidir. Ancak sağlıkla ilgili bir haberde bu kadar ayrıntıyı herhangi bir muhabir değil, bahsedilen ve önerilen sağlık muhabiri yapabilir. Herhangi bir muhabir bunu düşüneyebilir bu uyarının haberde yapılması çok önemlidir. Örneğin, “Gözünüze asla limon damlatmayın” haberi çok önemli bir haber çünkü bu belki bizim açımızdan değil ancak Türkiye’de 4 milyon okumamış ev kızı, 4 milyon yetersiz eğitim almış ev hanımı gerçeği varken çok önemlidir.

Örneğin kişi, bu haberde verilen boyun ağrıları için lapa tarifi ya da topuk dikenini için bitkisel karışım önerisi okuduktan sonra hekim tarafından verilen tedavisini aksattı diyelim. Basında haberde verilen uygulanan kür ise kişide daha ciddi sorunlara neden olduysa, şartları varsa bu tedavi biçimini öneren ve haberi yapan açısından taksirli sorumluluk söz konusu olabilir.

Bu slayttaki gibi, bel ağrısı için bitkisel karışım haberini yaparsanız, “beliniz ağrıyorsa bu haberi okuyun” diye bir başlık olabilir. Bel ağrısı için bunu yapın, bunu yapmayın diye haber içeriğinde bilgi verilebilir. Ama okuyucu mutlaka uyarılmalıdır, aksi halde vatandaşımız evde yanlış tedaviyle başlar ve bu tedaviyle de devam eder. Herkes için aynı tedavi de önerilemez.

Bu slaytta ise hekim hakkında “Hastalarının birini felç etti” başlıklı haber var. Hastalarından birini felç etti başlıklı haberi pat diye okuyucuya verirsiniz insanlar lazerli bel fıtığı tedavisine gitmez, az evvelki slaytta görülen sanayideki oto tamircisinin uyguladığı “alternatif” tırnak içinde kullanıyorum, alternatif bel fıtığı tedavisine yönelir ve hekime yönelik şiddeti de azaltamazsınız, sağlık mesleği mensubuna yönelik şiddeti azaltamazsınız. Çünkü, böyle sorunlu, hatalı bir haberle ortalaa-

ma bir yurttaşın nazarında siz hekimleri damgalamış, bilimsel tedaviyi insan sağlığı için tehlikeli gibi göstermiş oluyorsunuz.

Bu slaytta “Kanseri kendi yaptığı özel karışımla yendi” şeklinde bir haber var. Haber başlığına bakıldığında kesin bir yargı var. Haber müthiş, kanseri kendi yaptığı karışımla yenmiş, hastalığı yendi şeklinde kesin bir hüküm. Sanki haberde geçen kişinin karışımının kanseri kesin olarak tedavi ettiği bilimsel bir gerçeklikmiş gibi verilmiş. Bu haberi hatırlayanınız var mı? Bu kişi meşhur oldu, televizyonlara çıktı. Ama bahsettiği karışımın kanseri tedavi edemeyeceği ortaya çıktı. Bu slaytta ise bir gıda takviyesinin ilginç öyküsü var. “En son mucize ilaç Samsun’da” başlıklı bir haber. Bakın bir önceki slayttaki haberdeki aynı kişi. Bu kişi sonra televizyonlara çıktı, “Ben kansere çare buldum, ilacıma sertifika aldım” dedi. Sonra kanseri yenen şurup diye haberler yer aldı basında. Bütün Samsun bu kişiyi ve karışımını konuşuyor. Bu slayttaki haberle devam edelim. Bu olayında fail, kanser ilacı yaptım demiş, basına ilacı için sertifika aldığını söylemişti. Samsun Tarım ve Hayvancılık Müdürlüğü olaya açıklık getirmiş oluyor, aynı haber devam ediyor, “kanseri kendi yaptığı özel karışımla yendi” çünkü işin içine resmi kurumu da katıyor, “bakın sertifikam var” diye gösteriyor, birkaç gün sonra son dakika haberi geliyor, Gıda Tarım Hayvancılık Müdürlüğü’nden önemli açıklama, “kullanmayın, o sertifikayla bizim ilişkimiz yok” diye, ama o arada şuruptan satılmış. Peki ya bu karışım nedeniyle, medyada yer alan bu haber nedeniyle bu karışımı alan biri bir hastalığa yakalanırsa, ölürse, görme kaybı yaşarsa ne olacak? Cevabı ceza hukuku açısından basit: Nedensellik bağı varsa, failin davranışı bu neticeyi doğurmuşsa, fail kasıt ya da taksir şeklinde bir kusurluluk taşıyorsa sorumlu olabilir. Bu netice doğsun diye bilerek, isteyerek bu davranışı yapmışsa kasıt; bu neticenin doğmasını istemiyordu ama dikkatsiz, özensiz davranışlarıyla uyulması gereken kurallara uymayarak sonuca neden olduysa taksir söz konusu olacaktır. Fail, sertifika ile üretilmesi gereken bir karışımı evinde ürettiyse bu durumda da taksir, durumuna göre bilinçli taksir olabilecektir.

Şimdi slayttaki bu karışım haberine bakalım. Çevremizdeki birçok madde karışımlar halindedir. Bilimsel bir gerçek, birden çok saf maddenin kendi özelliklerini kaybetmeden bir araya gelmesiyle oluşan maddelere “karışım” denir. Toprak, şekerli su, limonata, ayran, ekmek, süt,

reçel, bal, hava, deniz suyu, harç karışımıdır şeklinde şifalı bir karışım haberi yapılmış. Ama bunu okuyan herkes bizim gibi anlamayabilir. Benim annem köyde ebeydi. Annemin tayin olduğu köyde bütün kadınların gebe kalmak için toprak yediklerine şahit olmuştum çocukken. Bu haberi okuyan nüfusumuzun yarısının şifa bulmak için bu habere yola çıkarak deniz suyu, su, reçel ve toprağı karıştırıp karışım yapma olasılığı var. O yüzden doğru sağlık haberciliğinde, bu karışımların evde hazırlanmaması, bunun ilaç olmadığı söylenmelidir. Örneğin buradaki iki şeyin bir araya gelmesinin zararlı olabileceğı konusunda basının uyarma görevi de olmalıdır.

Sonraki slaytta ise bir bitki fotoğrafı ve altında “Öyle durduğuna bakmayın hayat kurtarıyor.” yazısı var. Ben bu bitkinin ne olduğunu bilmiyorum ama ben ortaokuldaydım, bir hekimimiz kalktı televizyonda “Ben zakkum ağacından yola çıkarak kanserin tedavisini buldum.” dedi. Daha kesinleşmemiş deney aşamasındaki kişisel araştırmasını kamuoyuna açıkladı. İnsanlar zakkum ağacının kökünü kaynatıp, suyunu içip zehirlendiler. Böyle bir haber nedeniyle ölüm ya da yaralanmalar ortaya çıkarsa hekimin sorumluluğunun yanı sıra; ilgili haberi yapma biçimi ve okuyucuyu uyarmadan şifalı karışım tarifi vermesi nedeniyle basındaki ilgili kişilerin ayrı sorumluluğı olacaktır. Slayttaki bu bitkinin laboratuvar ortamında bir ilacın bileşeni olması başka şey, bitkinin doğrudan kullanılması, tüketilmesi başka şey. Haberde bu bilgi verilmemiş. Bu bitkiyi bilen tanıyan birinin şifa bulmak için belki de zehirli olan bu bitkinin suyunu içmeyeceğini nereden bilebiliriz. Böyle bir durumda ilgili haberi yapan kişilerin meydana gelen ölüm ya da yaralanmadan dolayı taksirli sorumlulukları doğabilir. Yılan zehri doğrudan tüketildiğinde ölümcül olabilir ancak ilaç yapımında kullanıldığı da bir geçektir. Örneğin basında yer alan gelişigüzel hazırlanmış bir haberde yılan zehrinin doğruca kullanılmasının belli hastalıkları sona erdireceğı şeklindeki yanlış, bilimsel olmayan bir haberi okuyup temin ettiği yılan zehrini yarasına süren ve zehrin kana karışması sonucu ölen bir kişiyi ele alalım. Bu durumda haberi hazırlayan ve yayımlayan kişinin meydana gelen neticeden sorumlu olması gerekecektir. Burada genel bir dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırı davranış söz konusu olup failin davranışı ile netice arasında nedensellik bağı bulunmaktadır.

Türkiye’de şifalı karışım, şifalı bitki ve argoda “kocakarı ilaçları” olarak nitelenen bilimsel olmayan eski yöntemlere dair haberler sadece basında yer almıyor. Bu yöntemler öyle yaygın ki örneğin hastane duvarlarında bel fıtığı ve sünnet için telefon numaraları var. Bir ara Adana’da Çukurova Hukuk’a derse gidiyordum. Adana’da mahalle arasında dolaşırken kiraathanenin camında ilan gördüm “Maraş otu bulunur” diye. Türkiye’de uyuşturucu, uyarıcı madde olarak kabul edilmeyen bu bitkinin kullanımı belli yörelerimizde oldukça yaygınmış. Deli Tütün de denilen bu bitkinin bilimsel adı *Nicotiana rustica*. Sigaraya alternatif olarak tüketildiği gibi halk arasında baş ağrısı ve migrene iyi geldiği inancı yaygınmış. Oysa bilim adamları bu bitkinin ağız florası denilen ağız sağlığını bozduğu ve ağız kanseri riskini artırdığını iddia etmektedirler. Örneğin bu tarz bitkilerin, otların alternatif tıp ya da şifalı karışım olarak kullanılmasını özendirecek haberlerin basında yer almaması, bu tarz bilim dışı haberlerin önlenmesi, bu tarz haberler nedeniyle meydana gelen yaralanma ve ölümlerden dolayı haber verenin tazminat ve ceza sorumluluğu olmalıdır.

Malumunuz olduğu üzere Türkiye’de basın inandırıcılığı, merkez medyanın çökmesiyle birlikte büyük oranda sarsıldı. Basının inandırıcılığı ciddi biçimde erozyona uğradığı için, basındaki birçok habere itibar edilmiyor. Kimi ideolojik basında ise bilimsel olmayan bitki karışımları dinsel bir bağla birlikte veriliyor. Öte yandan diğer haberler gibi sağlığa dair haberlerin ve tüm deneyimlerin elektronik ortamda, internet ortamında, forum sayfalarında yazılıp tartışılması kişilerin icat ettikleri yanlış ve gelişigüzel tedavi yöntemlerinin yayılmasına, okuyucunun her duyduğuna, okuduğuna inanmasına, kendi başına ilaç ve tedavi yöntemi uygulamasına neden oluyor. Bu da çok ciddi yeni sorunlara neden olduğu için haber gazeteciliğinde mutlaka meslek kurallarının yeniden belirlenmesi, hekimlerin, sağlık mesleği çalışanlarının, tedavi görenlerin, hastaların zarar görmemesi için medyanın daha kontrollü olabilmesi için sağlık muhabirliği alanının düzenlenmesi gerekmektedir. Bu tür haberlerin içeriğini denetleyebilecek bir uzmanlaşmış muhabir birçok hatalı haberi önleyebilecektir. Çünkü eğitim seviyesi nedeniyle birçok yurttaşımız herhangi bir forum sayfasında sağlık, tedavi ve ilaç konusundaki herhangi bir bilgiye itimat edip uygulayabilir.

Peki hukuk sistemimizde sağlıkla ilgili yalan, yanlış bir haberin tek başına cezai yaptırımını var mı? Yok. Çünkü (kanundaki istisnalar hariç) kanunda yasaklanan netice gerçekleşmedikçe faile ceza verilemez. Çok basit ifadeyle, “testi kırılmadıkça” ceza hukuku düzeni devreye girmediği için tek başına yalan, yanlış, yanıltıcı haberlerin cezalandırılması olanaklı değil. Ancak Basın Kanunu’nda ya da diğer mevzuatta yapılacak bir değişiklik ile sağlıkla ilgili konularda yanlış, yanıltıcı haber verilmesi yaptırım altına alınabilir.

Benim sunuşumda sonuç olarak söyleyebileceğim, sağlıkla ilgili bir haberin sağlık muhabirliği denetiminden geçirilmeden verilmesi halinde (Norveç’te yaşamadığımız için) yurttaşlarımız habere bakarak kendi ilaçlarını evde yapıp kendi tedavilerini yapmaya kalkışabilirler.

Sabrınız için teşekkür ediyorum efendim.

Prof.Dr. Sedat IŞIK (Oturum Başkanı)- Sayın Aydın’a konuşması ve zamanı çok iyi kullandığı için teşekkür ediyorum.

Şimdi Sayın Berna Özpınar Gümrükçöğlü, bu etkinliği düzenleyen Kurul’un değerli Başkanı, Sağlık Haberciliğinde Hukuksal Sorumluluğu anlatacak. Buyurun Sayın Gümrükçüoğlu.

Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU- Çok teşekkür ederim Sayın Başkan.

Öncelikle sabrınız için teşekkür ediyoruz; sabahtan beri oldukça yoğun bir oturum süreci gidiyor. Fakat umarım yararlanıyoruz, ama sorular artıyor gibi geliyor bana.

Sağlık haberciliğinin ne kadar önemli bir konu olduğunu ve çoklu bir konu olduğunu sabah oturumlarımızda bu konuya emek veren uzmanlardan dinledik.

Biz hukukçular artık buradan gelen sorunların neler olabileceği ve bu sorunlar için nasıl adımlar atılabileceğini düşünen kişileriz, ancak bu oturumların sebep olmasını istediğimiz bir şeyde bilimsel bilgiye bir katkıydı. Sabahki oturumda bizlere yönelik gelen bir eleştiride, “sadece hukuksal yolları değil, hukuksal yolların başında barışçıl yolları da tüketelim”. Aslında bu konuda da altını çiziceğim, hukuksal yollar insan

haklarına saygılı olduğu, adaleti sağladığı oranda hak aramanın medeni yolları olabilirler.

Benim konu başlığım; SAĞLIK HABERCİLİĞİNDE HUKUKSAL SORUMLULUK

Bu duygularla ben öncelikle başlığımın ve konumun yanlış anlaşılmasından endişe duyuyorum. Esasen sorumluluğu anlatmadan önce çok önemli bir şey var ki, ifade özgürlüğü demokratik bir toplumun, bu toplumun gelişmesinin temelidir.

İfade özgürlüğü demokratik bir toplumun temel unsurlarından biridir. O nedenle bu konuda basına yasal koruma sağlanması özel bir öneme sahiptir

Dolayısıyla, her koşulda asıl olan ifade özgürlüğüdür ve gerek ulusal mevzuatımız, gerekse uluslararası mevzuat, ifade özgürlüğünün tanınması, bunun korunmasına yönelik tedbirler ve güvenceler yer almaktadır. Çünkü, demokratik bir toplumunda hükümetlerin, devletin, idarenin yönetimi, bunların denetlenmesi sadece yasama ve yargı organlarıyla yürütülebilecek bir sistem değildir. Kamuoyu ve basın bu anlamda en az onlar kadar etkin bir gücü vardır. Demokrasinin geliştiği ülkelerde bu sebeple de yasalar basın özgürlüğüne özel önem verirler, basının kullandığı birtakım özel argümanlarla güvencelerle bu konuyu desteklerler.

Demokratik bir toplumda hükümetlerin yaptıkları ya da yapmadıkları sadece yasama ve yargının değil, aynı zamanda basının ve kamuoyunun yakın denetimine tabi olmalıdır. Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi'nin pek çok kararlarında; konunun, iç hukukta, mevzuatımızda yaşanan süreçte bir sıkışmanın, daralmanın içerisindeyse de, konunun geliştirildiğini görmekteyiz. Yani basın özgürlüğü yönünde bir kararlar verilmiş durumdadır.

Basın özgürlüğü başta Anayasamızda ve Basın Kanunu'nda çok geniş bir çerçevede tanımlanmıştır; “basın hürdür, sansür edilemez, basım evi kurmak, izin alma, mali teminat yatırma şartlarına bağlanamaz” der.

Anayasa'nın bu hükümleri;

Madde 28 – Basın hürdür, sansür edilemez. Basımevi kurmak izin alma ve mali teminat yatırma şartına bağlanamaz.

Devlet, basın ve haber alma hürriyetlerini sağlayacak tedbirleri alır.

Basın hürriyetinin sınırlandırılmasında, Anayasanın 26 ve 27.nci maddeleri hükümleri uygulanır.

Madde 26 – Herkes, düşünce ve kanaatlerini söz, yazı, resim veya başka yollarla tek başına veya toplu olarak açıklama ve yayma hakkına sahiptir. Bu hürriyet resmî makamların müdahalesi olmaksızın haber veya fikir almak ya da vermek serbestliğini de kapsar. Bu fıkra hükmü, radyo, televizyon, sinema veya benzeri yollarla yapılan yayımların izin sistemine bağlanmasına engel değildir.

Bu hürriyetlerin kullanılması, millî güvenlik, kamu düzeni, kamu güvenliği, Cumhuriyet'in temel nitelikleri ve Devletin ülkesi ve milleti ile bölünmez bütünlüğünün korunması, suçların önlenmesi, suçluların cezalandırılması, Devlet sırrı olarak usulünce belirtilmiş bilgilerin açıklanmaması, başkalarının şöhret veya haklarının, özel ve aile hayatlarının yahut kanunun öngördüğü meslek sırlarının korunması veya yargılama görevinin gereğine uygun olarak yerine getirilmesi amaçlarıyla sınırlandırılabilir.

BASIN KANUNU

Madde 3-

Basın özgürdür. Bu özgürlük; bilgi edinme, yayma, eleştirme, yorumlama ve eser yaratma haklarını içerir.

Basın özgürlüğünün kullanılması ancak demokratik bir toplumun gereklerine uygun olarak; başkalarının şöhret ve haklarının, toplum sağlığının ve ahlâkının, millî güvenlik, kamu düzeni, kamu güvenliği ve toprak bütünlüğünün korunması, Devlet sırlarının açıklanmasının veya suç işlenmesinin önlenmesi, yargı gücünün otorite ve tarafsızlığının sağlanması amacıyla sınırlandırılabilir.

AVRUPA İNSAN HAKLARI SÖZLEŞMESİ

İfade Özgürlüğü

1. Herkes görüşlerini açıklama ve ifade özgürlüğüne sahiptir. Bu hak, kanaat özgürlüğü ile kamu otoritelerinin müdahalesi ve ülke sınırları söz konusu olmaksızın haber veya fikir alma ve verme özgürlüğünü de içerir. Bu madde, devletlerin radyo, televizyon ve sinema işletmelerini bir izin rejimine bağlı tutmalarına engel değildir.
2. Kullanılması görev ve sorumluluk yükleyen bu özgürlükler, demokratik bir toplumda zorunlu tedbirler niteliğinde olarak, ulusal güvenliğin, toprak bütünlüğünün veya kamu emniyetinin korunması, kamu düzeninin sağlanması ve suç işlenmesinin önlenmesi, sağlığı veya ahlakın, başkalarının şöhret ve haklarının korunması veya yargı gücünün otorite ve tarafsızlığının sağlanması için yasayla öngörülen bazı şekil şartlarına, sınırlamalara ve yaptırımlara bağlanabilir.

Dolayısıyla, hukuksal sorumluluk esaslarını ya da cezai sorumluluk esaslarının hepsinin aslında özgürlükle kişiliklerin, farklı iki kategorisinin birbiriyle karşılaştığı noktalarda hangisini hukuken savunulabilir, hangisinin değer görür olduğunu tartışacağız aslında, konu özü olarak buraya gelmektedir.

Anayasamızda basın hürriyetine ilişkin bir düzenleme vardır. Basının özgürlüğü kadar tek tek bireylerin düşünme, özgür olma ve bunları iletme özgürlüğü olarak düzenlenmiştir. Bunun sınırlanması getirilmiştir; çünkü tüm mevzuatlar yönünden her hak, bir başka hakla sınırları çizili bir durumdadır. Aslında demokratik yapının gelişmişliği, adalet burada kendini göstermektedir.

Basın yayın, ifade özgürlüğü konusunda Basın Kanunu'nda da düzenleme vardır. Basın Kanunu'nda da aynı şekilde özgürlüklerin kullanılmasının ancak demokratik toplumun gereklerine uygun olarak belli esaslar çerçevesinde sınırlanabileceği düzenlenir. Yani; özgürlük asıl, sınırlandırma istisnadır.

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin 10'ncu maddesi ifade özgürlüğü başlığının altında; uluslararası çerçevede basın hürriyeti, ifade

hürriyetini teminat altına alan düzenlemedir. Burada da asıl olan ifade özgürlüğünün tamamen tanınması yönündedir, sınırlama son derece istisnai birkaç durum için getirilmiştir. Devletler yönünden kendi iç hukuklarında basın kuruluşlarının kurulmasının izne tabii tutulabilmesini ise kabul etmiştir.

Büyük bir ilaç firmasının piyasaya sürdüğü ürünün kullanımı ve ondan sonra gerçekleşen olaylar, özürli doğan çocuklar ve ailelerin ilaç firmasına karşı açtığı davalar uzunca bir dönem, değişik yayınlara konu olmuş bir olaydır, fakat bu yargılamaların devam ettiği süreçte bir köşe yazarı, bunu yazı haline dönüştürmeye karar verdiğinde, bu kez mahkeme üzerinde bir baskı unsuru oluşturulabilir kaygısı gündeme gelmiştir, ancak mahkeme kararında az önce paylaştığım protokole, yani Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin 10'ncu maddesine aykırı bulmuştur. Burada önemli olan kamuoyunun bilgi edinme hakkıdır, denilmiştir.

Sağlık hakkı, temel hakkımız, yaşamak hakkımız çünkü. Burada sadece az önceki oturumda Sayın Dilek Hocamın tarif ettiği gibi, hasta olmama hali değil sağlık hakkı. Sağlık hakkı; kişinin birey, toplum, çevresi, devlet, tüm bütün hakkın içinde iyi olması, bir iş güvencesinin olması, temiz suyu içebilmesi, temiz havayı soluyabilmesi, güvenli gıdaya ulaşabilmesi, sosyal güvencesinin olabilmesi, bireyin hasta olmasının engelleneceği tedbirlerin alınması, hasta olduğunda da tedaviye ulaşabilmesi, bunun geri ödeme mekanizmalarının olmasıdır. Ancak bunların hepsi bir arada varsa sağlık hakkının tanındığından söz edebiliriz. Yoksa bugün burada bir yeri ağrıyan bir insanın hasta olduğunu kabul etmek çok mümkün, ama evde yemeği olmayan, eve nasıl gideceğini düşünen, yan tarafında bir patlamayla karşılaşp can güvenliği olmayan insan açısından sağlık hakkının olduğundan bahsetmemeliyiz.

Sağlık haberciliği özünde sağlıkla ilgili hem kamuoyunu, hem de sağlık profesyonellerini bilgilendiren iki farklı bilgi verme türüdür. Burada hem aydınlatmak, hem bilinçlendirmek ve uyarmak işlevleri vardır.

Sağlık haberciliği yönünden baktığımızda; kişi ve sağlık hakkı bünyesinde de yine pek çok Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi kararlarında, ifade özgürlüğünün öncelikli bir hak olduğu kararlarla karşılaşırız.

Sağlık Haberciliğinin;

Kamuoyunu sağlık konusunda aydınlatmak, bilinçlendirmek ve gereken durumlarda uyarmak işlevleri vardır.

Halka ve sağlık profesyonellerine yönelik olarak iki ayrı alanda gerçekleştirilir.

- a) Halka yönelik yaygın gazete, dergi, televizyon, radyo ve internet gibi ortamlardaki sağlık konulu yayınlar,
- b) Daha çok sağlık profesyonellerine hitap eden medikal dergi, gazeteler ve internet siteleriyle birlikte, sektörel ve bilimsel nitelikli özel yayınlar

Hak arama yolları;

- Ceza Hukuku yönünden,
- Tazminat Hukuku yönünden

Burada halka ve profesyonellere yapılan sağlık haberlerinin ayrımını yapmak durumundayız; çünkü her ne kadar bir sağlık okuryazarlığının gelişmesini öneriyorsak da bu bir anda olabilecek bir şey değil. Olaya yine sadece bir konudan bakabilmemiz de mümkün değil. Bu bir sistem sorunu, bir eğitim sorunu, devletin hizmetleri sorunu, yani eğitimi artırdığımız, okuryazarlığı artırdığımızda verilecek bilginin anlaşılmasını da kolaylaştıracaktır. Ama tek anlamlı olabilecek bir şey değil ve bu sebeple halka yapılan bir sağlık haberiyle, sağlık profesyonellerine yapılan sağlık haberinin arasında bir farkı gözeterek.

Aynı şekilde sağlıkla ilgili bu yayınların, haber alma birimleri bir de bunların denetlenmesi ve doğru bilgilere ulaşılması, bilimselliğinin kanıtlanması hususları son derece önemlidir.

Bir kere hak arama yolları denildiğinde, yani herhangi bir hukuk sorunu gündeme geldiğinde biz hukukçular iki temel ayrım yaparız; bir konu eğer Ceza Kanunu anlamında tanımlı bir suçsa bu Ceza Hukuku'nun alanındadır. Ayrıca hukuka bir aykırılık varsa ve bundan bir kısım insanlar zarar görüyorsa artık bu hukuksal sorumluluktur, deriz.

Haberciliğe ilişkin hukuksal sorumlulukta, bizim esasen temel hukuk sorumluluğumuzdan çokta bağımsız bir sorun değildir. Çünkü, mevzuata baktığımızda basına ilişkin sorumlulukları esas düzenlenmiştir, ama bu sorumluluk Borçlar Kanunu ve Medeni Kanun çerçevesindeki temel hukuksal sorumluluk esaslarından ayrı, özel bir sorumluluk olmayıp onlarla bütünleşen, onlarla birbirlerine atıf yapan bir sorumluluk bütünüdür.

Benim bugün sizlerle daha ağırlıklı paylaşacağım Basın Kanunu çerçevesindeki yazılı ve görsel basındaki hukuksal sorumlulukların, özellikle de sorumluluğa sebep olan bölümü ne olabilir? Kişi hakları ve hürriyetlerine kişilik hakkıyla karşı karşıya çatışan durumlara ilişkin sorumluluktur.

BASIN KANUNU;

Madde 13-

Basılmış eserler yoluyla işlenen fiillerden doğan maddî ve manevî zararlardan dolayı süreli yayınlarda, eser sahibi ile yayın sahibi ve varsa temsilcisi, süresiz yayınlarda ise eser sahibi ile yayımcı, yayımcının belli olmaması halinde ise basımcı müştereken ve müteselsilen sorumludur.

Hukuksal sorumluluk dediğimiz şey, temel olarak, zarar görenin bu zararının telafisidir ve bu iki taraflı olabilir; hukuk sorumluluğu temel olarak bir kusur sorumluluğudur. Olayda kişiye izafe edeceğimiz bir kusur varsa sorumluluk vardır.

Basının Haber Verme Hakkı;

- Gerçeklik,
- Güncellik,
- Kamu Yararı, Toplumsal İlgi,
- Konu İle İfade Arasındaki Düşünsel Bağlılık kurallarıyla sınırlıdır.

Basın sorumluluğunda kusursuz sorumluluk olarak addedebileceğimiz genişletilmiş bir sorumluluk esasını, esasen kararlarda ve düzenlemelerde görmüyoruz. Hukuk sorumluluğu aynı şekilde bir miktar tazminatın ödenmesi şeklinde bir tazmin sorumluluğu olarak tanım-

lanır. Burada maddi ama ağırlıkla manevi zararın giderimi şeklinde bir sorumlulukla karşılaşırız.

Manevi tazminatta amaçlanan, kişinin yaşadığı eylem, üzüntünün bir nebze giderilmesidir. Fakat eski tanımlara göre Yargıtay'ın son içtihatlarında artık manevi tazminatın benim az evvel paylaştığım, fakülte-de öğrendiğimiz ve şu ana kadarki yasalarımızda olan tanımları çok çok aştığını, artık geniş yorumlandığını görmekteyiz. Burada da yüksek yargı organı, “Teknolojideki gelişmeler, ilişkilerde meydana gelen çeşitlilik zarar türlerinin artması gibi nedenlerle dar yorumlanmaması gereken, günün koşullarına ve olayın özelliklerine göre hâkimin serbestçe tayin edeceği bir zarar çeşididir” diyor.

Bu oldukça yeni bir karar ve tazminat sınırlarının artık günümüzde ne kadar genişlediğini işaret etmesi bakımından önemlidir.

Basın Kanunu 13'ncü maddesinde hukuki sorumluluğa ilişkin bir çerçeve çizmiştir, sorumluları belirlemiştir. Bu sorumlular arasında her bir tek tek sorumludur, ancak aynı zamanda bunlardan birinin giderilmesi halinde müşterek müteselsil sorumluluk söz konusudur. Her birine karşı zaman aşımı süresi aynıdır ve eğer ki, talebimiz manevi tazminatsa, manevi tazminatın bölünmezliği ilkesi gereği her bir sorumlu yönünden tek tazminatın birlikte istenilmesi durumudur.

Basılmış eserler yoluyla işlenen fiillerden doğan bu maddi ve manevi zararlardan süreli yayın dediğimiz gazete, dergi gibi yayınlarda sorumluluk öncelikle eser sahibi, yani bu yazıyı kaleme alan, haberi yazan kişidir. Aynı şekilde yayın sahibiyle birlikte sorumludur, varsa bu yayının temsilcisi, yani gazetenin temsilcisi verilen o haber sebebiyle hukuken müşterek müteselsil sorumlu sıfatındadır. Ancak bizler biliriz ki, çoğu kez bir dava açarız, gazete, derginin o anki sahibi “A”dır, dava uzunca bir zaman alır, o süre zarfında gazete el değiştirir, yazarını bulamayız vesaire. Kanun bunu öngörerek devri halinde yeni sahibinin de temsilciyle beraber sorumlu olduğunu belirlenmiştir.

Dolayısıyla, burada tüzel kişi daha çok yayın sahibi olan kuruluşlardır. Onlar açısından da yine basın davalarına bakan meslektaşlarımız bilirler. Bu davaların en zor bölümü, bir yazı yazılmıştır belki bir kimsenin hayatıyla oynanmıştır, kişiliği, onuru beş paralık edilmiştir.

Ancak bunun hesabını soracak insanı hukuken bulmak her zaman çok kolay olmaz. Özellikle son dönemde sosyal medya dediğimiz ya da internet üzerindeki bloglar, bugün açılıp yarın kapanan birtakım sayfalarda, künye bilgilerinin doğru olmaması, birebir olmaması sebebiyle gerçekten çok ciddi mağduriyetler yaşanmaktadır. Her ne kadar kanunda bunların engellenmesine yönelik yapılacak bir hukuk müracaatıyla durdurma, engelleme, yayının kaldırılması haklarımız varsa da, yazılı ya da görsel olan bir tek cümle insanların aklında bizim mahkemenin kararından çok daha etkili olmaya ve hafızada kalmaya devam ediyor.

Yargıtay içtihatlarında bir kere basının haber verme hürriyetinin sınırsız olmadığı ve bu sınırın neler olduğunu belirtiyor. Nedir bu esaslar? Bir kere verilen haber gerçekse hukuka uygundur, güncelse, güncel olarak değeri varsa haber hukuka uygundur. Bu haberde kamunun yararı, toplumsal bir bilgi varsa hukuka uygundur, aynı şekilde haberin veriliş şeklinde konuyla içerik arasında bir düşünsel bağ kurulmuşsa, tabiri caizse altında bir ima yoksa, bir başka kasıt icat eden bir açıklama yoksa bu verilen haber hukuka uygun bir haberdir diyor.

Sağlık haberlerinde sorumluluğu getirebilecek konu başlıklarını biz daha çok içerik, konu ve verilen bilgiler yönünden görüyoruz. Bunların da aynı şekilde diğer basın haberlerindeki bu kriterler yönünden yargı inceliyor. Yani, içerik olarak verilen şey güncel midir, toplumla ilgili midir, toplumun bu haberi almakta bir menfaati var mıdır, aynı şekilde konuyla üslup arasında bir uyum sağlanmış mıdır, verilen bilgiler gerçek midir, doğru mudur? Bütün bu hususların yargı kararlarında incelendiğini görüyoruz. Fakat burada altını çizmek istediğimiz bir şey var; doğruluk ve güncellikten, gerçeklikten sözcüğün ilk anlamıyla bizlerin anladığını anlamıyor yargı. Burada da güncel, gerçek, bize göre konusu çok önemli, işte kamunun menfaatine olan bir haberi verirken bile, bir kişinin kişilik hakkını zedelendiğinde “orada sınır” gerçekleşiyor.

YARGITAY 4.HUKUK DAİRESİ

29.11.2007 GÜN 2006/13374E., 2007/15131 K.

Davacı başhekim oluptarihli.....gazetesinde “Bunun Adı Düpedüz Hasta Ticareti, Rant İçin Kalp Ameliyatı” başlıklı yayınlı, kişilik haklarına saldırıda bulunulduğunu, ortağı olmadığı halde

hastanesinin ortağı olduğu ve hastaları oraya yönlendirdiğinin yazıldığını, yayında adı geçen hastanın kendi isteği ile sözü edilen hastanede ameliyat olduğunu, rant için ameliyat yapma ve SGK'yı zarara uğratma durumunun olmadığını, yayının gerçek dışı olduğunu ileri sürerek mamevi tazminat talep etmiştir.

Yargıtay 4'ncü Hukuk Dairesinin bu kararında, haberin manşeti şu: "Bunun adı düpedüz hasta ticareti, rant için kalp ameliyatı". Türkiye'nin büyük hastanelerinden bir tanesinde, esasen hastanenin kayıtlı ortağı olmayan bir hekim hakkında yukarıdaki haber yapılıyor, haber bu! İçerikte kendisinin hastaneye hastaları yönlendirdiği ve yapılan ameliyata ilişkin birtakım duyumlarla haberde yer alıyor. Davacı olan hekim aynı zamanda başhekim ve hemen gazeteyi dava ediyor bu haber sebebiyle, "bu başlık benim meslek onurumu, kişilik haklarımı zedelemiştir, haberin verilış tarzı içerikle uygun değildir" diyor. Bu hekimle ilgili birtakım ithamlar var, ortağı olduğu hastaneye hastaları yönlendirme, SGK'yı zarara uğratma gibi bunlarda haberin içerisinde yer alan bölümler.

İnceleme sonrasında hekimin aslında hastanenin ortağı olmadığı anlaşılıyor, ancak tanık olarak dinlenen diğer hekimler kendilerinden bu hastaneye başhekim tarafından hasta yönlendirilmesi istenildiğine dair şahitlik yapıyorlar.

"Somut olayda davacının, dava konusu olan ve özel hastanede yapılan, üstelik gerekliliği tartışmalı olan ameliyat nedeniyle sahte isim ile SGK'ya şikayet edildiği,hastaneye muhakik tayin edilerek rapor hazırlandığı.....tanık olarak dinlenen aynı hastaneden ...doktorun, davacının hastanenin gayri resmi ortağı olduğunu, hastaların yönlendirilmesi konusunda davacının diğer doktorlardan talepte bulunduğu anlaşılmaktadır.

Yukarıda anlatılan muhakkik incelemesi ve tanık beyanlarına göre, dava konusu yayının görünür gerçeğe uygun olduğu, bu nedenle davacının kişilik haklarından söz edilemeyeceği...."

Burada Yargıtay, "yapılan araştırma ve tanık beyanlarında dava konusu yayının görünür gerçeğe, yani bu tamamen hukuksal bir metin, tamamen birebir gerçek olmayabilir ama görünür gerçeğe uygun olması halinde artık burada kişilik haklarına saldırıdan söz edilemez, burada

kamunun menfaati vardır, kişinin hakkının önünde kamu menfaati öne geçmiştir” diyor.

Önemli ve hassas bir nokta da şudur; Kişinin özel yaşamına giren ve başka bir kimse tarafından görünmeyen, anlaşılamayacak alanların ifşa edilmesi durumudur. Basın bu noktada bir özelliğe sahiptir; yani kimsenin göremeyeceği ya da başkaları tarafından görülmesi mümkün olmayan şeyleri bir anda göz önüne getirir. Bu saptama Ceza Hukuku bakımından bir suç oluşturabilir, ama diğer taraftan da verdiği zarar dikkate alındığında bir hukuksal sorumluluk sebebidir.

Yargıtay içtihatlarında bir diğer hususta; bir yayının içerisinde hiçbir isim geçmeden, yani konuyla içerik açısından bir bağ kurulmadan yapılan yayınlardır. Burada yargı şunu söylüyor: Ortalama insan orada bir isim yazmasına gerek yok, orada yazanı anlayabiliyorsa burada bir matufiyet vardır. Bu matufiyet varsa da bir hukuksal sorumluluk sebebidir diyor.

- Normal bir vatandaşın bir yazıda veya haberde amaçlanan kişinin kim olduğunu bilmesinin beklenebilmesi halinde “matufiyet” unsurunun olduğu kabul edilir.
- Bu husus tanıkla ispat edilemez.

Sizlerle son olarak karar paylaşarak konumu tamamlamak istiyorum:

“Davaya konu edilen 05/08/2012 tarihli “TV” ve “internet” yayınları yukarıdaki BASIN açıklaması kaynak alınarak yapıldığı ancak davacının Erzurum ilinde su üretimi yaptığı, BASIN açıklamasında yer alan hususun ise “Elazığ” ili ile ilgili olduğu anlaşılmaktadır. Söz konusu yayınların asıl amacının SAĞLIK ile ilgili bir konuda halkı bilgilendirmek olduğu açık olup “Elazığ” ilindeki bir olayın “Erzurum” olarak verilmiş olması ayrıntı niteliğinde görülmelidir.

Şu halde davacının kişilik haklarına saldırı teşkil eden bir haber bulunmadığından istemin tümünden reddine karar verilmesi “

Davacı bir televizyon internet sitesindeki yayından kendisinin zarar gördüğü iddiasında ve manevi tazminat davası açıyor. Burada basın mensupları davalılar, onlarda “Biz Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağ-

lığı Kurumu'nun açıklamasına dayanarak bu haberi yaptık" diyorlar. Yani, bu haber, bizim yorumumuz yok ve biz kaynaktan bilgiyi aldık. O kişi de, "tamam aldınız ama gerçek değil" diyor. Burada şu anlaşılıyor: Davacı olan kişi su işleri yapan, içtiğimiz suların doldurulması ve ticaretini yapan bir kimse, Erzurum ilinde bu üretimi yapıyor, haberde Elazığ yazılmış, haberde suyun dolmasına ilişkin bir bölüm haber yapılmış, aslında suyun dolması değil ama taşınması esnasında bir sağlıksız durum varmış, basın bunu haber yapmış. Yargıtay bu olayda da , "Ha Erzurum olmuş, ha Elazığ olmuş, önemli olan burası çok yakın bir yer ve bu su, insanların sağlığı, toplumu bilgilendirmek önemlidir, senin ticari kaygın, kişilik hakkını ben burada öne almam, burada toplumun bilgileneceği önemlidir" demiştir.

4. Hukuk Dairesi 2013/15589 E., 2014/9488 K.

- Davacı, .. TV'nin 05/08/2012 tarihli yayını ile "Doğu TV" ismindeki internet sitesinde yapılan haberlerin gerçek dışı olduğunu belirterek kişilik haklarının saldırıya uğraması nedeniyle manevi tazminat istemiştir.
- Davalılar, davaya konu edilen haberlerin SAĞLIK Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun 03/08/2012 tarihli BASIN açıklaması dayanak alınarak yapıldığını belirterek haksız ve yersiz açılan davanın reddine karar verilmesini savunmuştur.
- Yerel Mahkemece; gerçek dışı yayın yapıldığı gerekçesiyle istemin kısmen kabulüne dair verilen karar, davalılar tarafından temyiz edilmiştir.

Bir başka olayda,

Yargıtay 4. Hukuk Dairesi 2010/14916E., 2012/12753K.

- Davacı doktor olup.....yayına konuk olarak katılmış akciğer kanseri olan A'nın görüntülerini yayınladıktan sonra "Beş ay sonra aramızda olmayacak" açıklamasında bulunmuştur....
- Davacının kanser hastasına ömür biçmesi sonrası konu özellikle meslek odası yöneticilerine sorulmuş, bu bağlamda davacı için ceza soruşturması açılıp açılmayacağı da sorulmuş bu sorulara verilen cevaplar yayımlanmıştır.

Kararda ise;

Davacının davranış kurallarına aykırı davranış nedeniyle cezalandırılmasının gündemde olduğu sırada, eskiden böyle bir ceza alıp almadığının sorulması ve bu sorunun yanıtlanması günceldir. Davacının aldığı ceza türü ve nedeninin açıklanması, davacının kamuoyunda güvenilirliğinin sarsılması sonucu doğurmaz,.....gerçek, güncel, özle biçim arasındaki dengenin korunduğu için kişilik haklarına saldırı oluşturmadığı sonucuna varılmalıdır... denilmiştir.

Çok sarsıcı bir haber; hastanın kanser hastası olması vesaire. Pek çok sağlık çevrelerinden bu habere ilişkin eleştiriler ve görüşler geliyor. Bu kez basın mensubu, Tabip Odalarından, meslek odalarından bu habere ilişkin gelen yorumları, haberin veriliş şeklini , doğru olup olmadığı tartışılıyor ve bunları haber yapıyor. Aynı şekilde bu haberin bir bölümünde de bu hekimin geçmişte de böyle bir ceza alıp almadığı, hakkında bir soruşturma olup olmadığını da soruyor ve bu soruların cevaplarına da haberde yer veriyor. Hekim hakkında yapılan haber için, “Benim meslek hayatıma leke çaldınız bunları nasıl yazabilirsiniz” diyor. Yargıtay 4’ncü Hukuk Dairesi, “burada basın mensubu senin önceki cezalarını sormuyor ki sadece, burada halkın menfaati var, senin verdiğin ifade de bir meslek kuruluşunun mesleki bilgi verme sınırlarını toplumla paylaşıyor, dolayısıyla senin kişilik hakkın burada zarar görmemiştir” diyor.

Bu son paylaşacağım kararda ;

Hukuk Genel Kurulu 2013/492 E., 2014/87 K.

“Davacılar yurtdışından 29.7.2007 tarihinde davalının işlettiği otele her şey dâhil sistemde tatil amaçlı olarak geldiklerini, otel hizmetlerinden yararlandıklarını, ancak 20.9.2007 tarihinde Star TV kanalında yayınlanan “Deşifre” programında, kaldıkları otelin de aralarında bulunduğu otellerde domuz eti verildiğine dair haberler yer aldığını, bu olayın kişilerin sağlığını ve inançlarını hiçe saymak olduğunu, tazminatın faizi ile tahsilini istemişlerdir. Davalı, otellerine konaklamak amacıyla gelen davacılara domuz eti yedirilmediğini, yabancı turistler için domuz eti bulundurmanın da doğal olduğunu savunarak davanın reddini dilemiştir. Mahkemece, davalı tarafından ayıplı hizmet sunul-

duğu gerekçesiyle manevi tazminatın olay tarihinden itibaren faizi ile birlikte tahsiline karar verilmiştir. Davacılar her ne kadar 29.7.2007 tarihinde davalının işlettiği otelde konakladıklarını, bu tarihten yaklaşık iki ay sonra bir televizyon programını izlerken anılan otelde domuz eti bulundurulduğunu öğrendiklerini ileri sürerek eldeki davayı açmış iseler de; otelde kaldıkları tarih itibarıyla anılan yerde domuz eti bulundurulduğunu, bulundurulan bu etlerden yanıltılmak suretiyle kendilerine de yedirildiğini ispat etmiş değillerdir. Davacıların otelde kaldığı tarihten 37 gün sonra 4.9.2007 tarihinde yetkililerce otelde domuz eti bulundurulduğuna dair tutanak tutulmuş; anılan haberin TV de yayınlanması üzerine eldeki davalar açılmıştır. Kabul edilen yeni yaklaşıma göre, aralarında sözleşme ilişkisi bulunan taraflardan birisinin eylemi sözleşmeye aykırı olması yanında karşıdakinin ruhsal veya bedensel bütünlüğü açısından zarara da yol açıyorsa, haksız eyleme benzer bir etkinin varlığının kabulü ile oluşan manevi zararın tazmini gerekmektedir.

.....davacıların konakladığı dönemden kısa bir süre sonra yapılan denetimlerde sağlığa zararlı, son kullanma tarihi geçmiş ve menşei de tespit edilemeyen et ürünleri ve bu arada ayrıca domuz etinin de tespit edildiği görülmüştür. Bu durumda davacıların kaldıkları dönemde kendilerine de bu etlerden yedirildiği kanaati ile açtıkları manevi tazminat isteminin kabulüne ilişkin mahkeme kararı yerindedir”.

Yurtdışından gelip Türkiye’de bir otelde kalan bir aile, tatilleri bittikten birkaç ay sonra bir televizyon programında kaldıkları otelde domuz eti yedirildiğini öğreniyor ve hemen dava açıyor, “benim kişilik değerlerim zarar gördü” diyor. Otelde savunma yapıyor, “Turistler var ve onlar için bulunduruyorum, ama sizlere böyle bir şey yedirmedim” diyor. Yerel mahkeme bu davayı kabul ediyor, “ayıplı bir ifa vardır ve tazminat ödenmelidir” diyor. Daha sonra Yargıtay bozuyor önce, burada bir kere o kimselere domuz eti tükettirenin, onlara zorla verildiğini ya da o dönemde otelde o ürünün bulunduğu ispatlanamamıştır, diyor. Fakat daha sonra Yargıtay Genel Kurulu, “Tamam ispatlanamamıştır, ama bir güven sorunu burada yaşanmıştır ve artık yedirildiğinin ispat edilip edilememesi dahi olsa, yani haber programının etkisiyle bu insanlar bunu duyarak, bir kere güvenleri kaybolmuştur, dolayısıyla bu yeni yaklaşımla bunların manevi tazminatla zararlarının giderilmesi gereklidir” diyor.

Dediğim gibi bu zarar kavramını da artık çok geniş yorumluyor, hâkimin serbestçe takdir edeceği bir zarar olarak.

Sabrınız için çok teşekkür ediyorum, sorularınız olursa cevaplamak isterim; saygılar.

Prof. Dr. Sedat IŞIK (Oturum Başkanı)- Sayın Başkana teşekkür ediyoruz. Şimdi son konuşmacımız Bülent Dağsalı arkadaşımız; Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Üyesi, İnsan Haysiyeti ve Özel Yaşam Bağlamındaki Kişisel Verilerin Önemi başlıklı sunumu yapacaklar.

İNSAN HAYSIYETİ VE ÖZEL YAŞAM BAĞLAMINDA KİŞİSEL SAĞLIK VERİLERİNİN ÖNEMİ

Av. Bülent DAĞSALI

Sağlık Hukuku Kurulu Üyesi

1. KİŞİLİK HAKKI:

Kişilik hakkı,^[1] kişinin toplum içindeki saygınlığını ve kişiliğini serbestçe geliştirmesini sağlayan varlıklarının,^[2] yani kişisel değerlerinin bütünü üzerinde sahip olduğu bir hak^[3] olarak da tanımlanmaktadır.

Kişilik hakkının konusu, hukuk düzeni tarafından koruma altına alınmış bir kısım “kişisel değerler”dir.^[4] Kişilik hakkı kapsamında başlıca şu haklar korunmaktadır: Kişinin şeref ve haysiyeti üzerindeki hakkı, kişinin ismi üzerindeki hakkı, kişinin kendi görüntüsü ve resmi üzerindeki hakkı, bireyin özel alanının ve sır alanının korunması, ticari itibarının korunması, **kişisel verilerinin korunmasıdır.**^[5]

Kişisel verilerin korunması hakkının temelinde, bireyin kişilik hakkının korunması düşüncesi yattığından, kişilik hakkının konusunu oluşturan değerler içerisinde yer alan unsurların aynı zamanda kişisel verilerin korunması hakkı çerçevesinde korunması gerekmektedir.

[1] **OĞUZ, Habip**, İnternet Ortamında Kişilik Haklarının İhlali ve Korunması, Adalet Yayınları, Ankara 2010, s.9.

[2] **DURAL, Mustafa**, Türk Medeni Hukukunda Gerçek Kişiler, Filiz Kitabevi, 3. Bası, İstanbul 1987, s.112.

[3] **ZEVKLİLER, Aydın, HAVUTÇU, Ayşe DAMLA GÜRPINAR**, Medeni Hukuk (Temel Bilgiler), Turhan Kitabevi, 6. Bası, Ankara 2008, s.111.

[4] **AYAN, Mehmet, Nurşen AYAN**, Kişiler Hukuku, Mimoza Yayınları, 3. Baskı, Konya 2011, s.56.

[5] **ŞİMŞEK, Oğuz**, Anayasa Hukukunda Kişisel Verilerin Korunması, Ankara 2008, s.133.

1.1. Şeref ve Haysiyet

Şeref ve haysiyet kavramı kişiye toplum tarafından verilen manevi değerlerin tümünü ifâde etmektedir.^[6] Onur kelimesi, sözlük tanımı ile “insanın kendine karşı duyduğu saygı, şeref, özsaygı, haysiyet, izzetinefis” ve diğer bir tanımlama ile de “başkalarının gösterdiği saygının dayandığı kişisel değer, şeref, itibar” olarak anımlandırılmıştır.^[7]

Anayasa Mahkemesi’ne göre; “Kişinin maddi ve manevi varlığını geliştirme hakkı, insan onurunun korunmasını sağlamaktadır. İnsan onuru kavramı insanın ne durumda, hangi şartlar altında bulunursa bulunsun sırf insan oluşunun kazandırdığı değerın tanınmasını anlatır.”^[8]

1.2. Özel Yaşam:

Özel hayat; “Kişinin mutlak olarak gizli tuttuğu hayat parçaları ile herkesin bilmesini uygun bulmadığı, yalnız kendi seçeceği kişilerle, belirlediği ölçü ve biçimde paylaşacağı hayat parçalarının birlikte oluşturdukları hayat alanı” şeklinde tanımlanmaktadır.^[9]

Bu bağlamda;kişisel verilerin korunması hakkının temel amacı, bireyin özel yaşamının gizliliğini ve kamu ile özel sektör tarafından tutulan kayıtlarının korunmasında çeşitli özel usul önlemlerinin alınmasını sağlayarak bireyi korumaktır.^[10]

1.3. Özel Hayatın Gizliliği:

Bireylerin özel hayatına ve aile hayatına dokunulmamasını ve saygı gösterilmesini sağlayan temel hak, özel hayatın gizliliği hakkıdır. Özel hayatın gizliliği hakkı, kişinin şahsiyet hakkının (kişilik hakkı) unsurlarından biridir. Şahsiyet hakları kişinin, hayatı, vücudu ve sağlığı, şeref ve haysiyeti, özel hayatı ve gizlilikleri, resim ve sesi, eko-

[6] ÖZTAN, Bilge, Medeni Hukukun Temel Kavramları, Turhan Kitabevi, Ankara 2000, s.128.

[7] Türk Dil Kurumu, Büyük Türkçe Sözlük, <http://tdkterim.gov.tr/bts/>

[8] Anayasa Mahkemesi, 05.07.2012, E:2012/7, K:2012/102, 06 Ekim 2012 T. ve 28433 sayılı R.G.

[9] ARASLI, Oya, Özel Yaşamın Gizliliği Hakkı ve T.C. Anayasasında Düzenlenişi, Ankara 1979, s.4.

[10] CLAES Eric, DUFF Antony, GUTWIRTH Serge, Privacy and Criminal Law, Intersentia, Antwerpen- Oxford 2006, s.77.

nomik alanı, isim üzerindeki hakkı alt başlıklarını kapsayan geniş bir kavramdır.^[11]

Özel hayatın gizliliği ile korunmak istenen hukuki değerin çağdaş, ulusal ve uluslararası metinlerle de bağlantısının kurulmasından hareketle “insan onuru” olarak nitelendirilmesi mümkündür. İnsan onuru bir üst kavram olarak diğer unsurları da kapsamaktadır. Bu sayede özel hayatın gittikçe gelişen çerçevesini de hukuki koruma altına almak mümkün olabilecektir.^[12]

2. KİŞİSEL SAĞLIK VERİLERİYLE İLGİLİ ULUSAL MEVZUAT

2.1. Anayasa

Anayasamızın 20. maddesi **“Özel hayatın gizliliği”** başlığı altında kişisel verilerin korunması ile ilgili önemli bir düzenleme içermektedir. Anayasamızda bağımsız bir temel hak olarak düzenlenmeyen “kişisel verilerin korunması” hakkı 13.05.2010 tarihinde 5982/2 sayılı kanun ile Anayasanın “Özel hayatın gizliliği” başlıklı maddesine son fıkra olarak eklenmiştir. Madde’ye **“Herkes, kendisiyle ilgili kişisel verilerin korunmasını isteme hakkına sahiptir. Bu hak; kişinin kendisiyle ilgili kişisel veriler hakkında bilgilendirilme, bu verilere erişme, bunların düzeltilmesini veya silinmesini talep etme ve amaçları doğrultusunda kullanılıp kullanılmadığını öğrenmeyi de kapsar. Kişisel veriler, ancak kanunda öngörülen hallerde veya kişinin açık rızasıyla işlenebilir. Kişisel verilerin korunmasına ilişkin esas ve usuller kanunla düzenlenir.”** metni eklenmiş ve kişisel verilerin korunması açıkça düzenlenmiştir.

Anayasamızın 56. maddesi; **“Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.”** hük-

[11] İMRE, Zahit, “Şahsiyet Hakkının Korunmasına İlişkin Genel Esaslar, Özellikle İsim Hakkı ve İsim Hakkının Korunması”, s.803.

[12] ÜZELTÜRK, age, s.10.

müyle devlete, bireylere sağlık hizmetlerinin sunulması ve bireylerin sağlığının korunması bakımından büyük bir mükellefiyet yüklemiştir. İdarenin bu yükümlülüğü yerine getirmekten imtina etmesi düşünülemez.^[13] Söz konusu sağlık hizmetinin sunumu sırasında birey hakkında birçok bilgi toplanmakta ve işlenmektedir. Toplanan bu bilgiler, kişisel veri niteliğinde bilgilerdir. Kişisel verilerden bir kısmı diğer kişisel veri türlerine göre daha etkin koruma gerektirmektedir.

2.2. Kişisel Verilerin Korunması Kanunu

Kişisel verilerin korunması hakkı, bireyin, demokratik bir hukuk devletinde özgür iradesiyle kendi yaşamını bizzat düzenleyebilmesinin bir gereği olarak karşımıza çıkmaktadır. Nitekim kişisel verilerin işlenmesi kamusal organlar tarafından gerçekleştirildiğinden, bireyin kişiliğini serbestçe geliştirmesi, kişiliğini koruması ve özgür bireylerden oluşan bir toplum düzeninin oluşturulması, ancak bireyin kişisel verilerine ilişkin hakkının korunmasıyla mümkündür.^[14]

KVKK'nın 3/d maddesinde; **“Kişisel veri, kimliği belirli veya belirlenebilir gerçek kişiye ilişkin her türlü bilgiyi ifade eder”** şeklinde tanımlanmıştır. Bu tanım çerçevesinde, örneğin; kişinin adı, adresi, doğum tarihi, medeni hali, tabiiyeti, mesleği, görüntüsü, kanaatleri, fotoğrafı, e-posta adresi, banka bilgileri, bilgisayarının IP adresi, kimlik, emeklilik, kurum sicili ve vergi numarası, parmak izi, eğitim bilgileri, **sağlık verileri**, telefon mesajları, telefon rehberi, mail, facebook, twitter gibi sosyal paylaşım sitelerinde yazdığı veya paylaştığı yazı, fotoğraf, ses ve görüntü kayıtları “kişisel verisi” olarak belirtilebilir.

Görüldüğü üzere; kişinin farklı yerlerdeki kişisel verilerinin bir araya getirilmesi, temel hak ve özgürlükleri açısından tehlikeye yol açabilecek kişilik profilinin oluşturulmasına neden olabilmektedir. Zira kişinin sahip olduğu insan onuru ve kişilik hakkı, bireyin kişisel verilerinin korunmasını gerektirmektedir. Kişisel verilerin korunması hakkını özümseyen birey, kişilik profiliyle tehdit edilir durumda karşılaştığında sahip olduğu kişilik hakkı ve insan onuru

[13] **BİRTEK, Fatih**, “Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesinde İdarenin Kusura Dayanan Sorumluluğu”, Erciyes Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, C.2, S.3-4, Y. 2007, s.123.

[14] **ŞİMŞEK, Oğuz**, Anayasa Hukukunda Kişisel Verilerin Korunması, Beta Yayınevi, Ankara 2008, s.4.

nedeniyle kişisel verilerinin gizli kalmasını, kayıt altına alınmamasını ve işlenmemesini istemektedir.

Kanunun amaç başlıklı 1.nci maddesinde; **“Bu Kanunun amacı, kişisel verilerin işlenmesinde başta özel hayatın gizliliği olmak üzere kişilerin temel hak ve özgürlüklerini korumak ve kişisel verileri işleyen gerçek ve tüzel kişilerin yükümlülükleri ile uyacakları usul ve esasları düzenlemektir”** şeklinde ifade edilmektedir.

Verilerin işlenmesi, başlangıcından silinmesine kadar Kanunda öngörülen aşağıda belirtilen akış sırasını izlemek durumundadır.

a. Veri sorumluları siciline kayıt: Kişisel verileri işleyecek kişi, kurum ya da kuruluşun kişisel verileri toplamadan ve işlemeyen önce belirledikleri veri sorumlusu ve varsa temsilcisi “Veri Sorumluları Sicili”ne kaydolmak zorundadır. Veri sorumluları siciline ilişkin usul ve esaslar, yönetmelikle düzenlenir.

b. Kişisel verileri toplamaya hazırlık: Ancak veri sorumluları siciline kayıt yapıldıktan sonra kişisel verilerin toplanacağı ortam kişilerin erişimine açılır. Kullanılacak yapı, kişilerin açık iradesini kayıt altına almalıdır.

c. Kişilerin aydınlatılması: Kişisel verileri toplanacak kişilere, veri sorumlusunun kimliği, verilerin kullanım amaçları, paylaşım olup olmayacağı bilgileri verilir ve onayı talep edilir. Kişi, veri toplayan ve verileri üzerindeki hakları konusunda bilgilendirilmelidir.

ç. Açık rıza: Yeterli bilgilendirmeye sahip kişinin onay verdiği kuşkuyla yer bırakmayacak şekilde alınmalı ve ispat için kaydı yapılmalıdır. Açık rıza; belirli bir konuya ilişkin olmalı, yeterli düzeyde bilgilendirmeyle gerçekleşmeli, kişi kararını baskı olmadan serbestçe verebilmelidir. Özel nitelikli kişisel veri, ancak ilgili kişinin açık rızası ile işlenebilir. Verileri veren kişi değil, verileri toplayan ispatlamak zorundadır.

d. Kişisel verilerin işlenmesi: Veri işleme, bilgisayar gibi bilgi teknolojisi kullanan cihazların yanı sıra iş başvuru formu gibi kağıt ortamında bir amaç için kişilere ait bilgilerin saklanmasıdır. Bazı durumlarda verilerin işlenmesi için ilgili kişiyi aydınlatma yükümlülüğü ve açık rızanın alınması şartı yoktur. Kanunun m.5/2 bendinde bu şartlar

açıklanmaktadır.

e. Değişiklik olursa: Sicile kayıttan sonra verilerde, amaçlarda ya da paylaşılan kişilerde değişiklik olursa sicilde değişiklik için başvurulması gerekir. Rızanın alındığı zamana göre değişiklik varsa ilgili kişiden alınan açık rızanın mevcut duruma göre yenilenmesi gerekir.

f. Verilerin yok edilmesi veya anonimleştirme: Toplanan kişisel verilerle ilgili işlemler bittiğinde veya kişiden alınan onayın şartları ortadan kalktığında ya da kişinin verilerinin işlenmesini durdurma hakkı olduğunda ve bu kullanıldığında verilerin silinmesi gerekir. Silinmesi istenmeyen veriler anonim hale getirilir. Kişisel verilerin silinmesine, yok edilmesine veya anonim hale getirilmesine ilişkin usul ve esaslar yönetmelikle düzenlenir.

KVKK'nın dördüncü bölümünde başvuru ve şikayet düzenlemesi yapılmış, beşinci bölümde kabahat ve suçlara yer verilmiş, altıncı bölümde de Kişisel Verileri Koruma Kurulu'na yönelik düzenlemeye yer verilmiştir.

İlgili kişinin hak araması,

Veri sorumlusu- veri işleyen hukuki sorumluluk,

Aydınlatma yükümlülüğü,

Kişisel verilerin güvenliği yükümlülüğü,

Kurul kararlarını yerine getirme,

Veri sorumluları siciline kayıt,

Geçiş süreci,

Yapılması gerekenler.

2.2.1 Özel Nitelikli Kişisel Veri Olarak Kişisel Sağlık Verileri

Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) 6. maddesinde, kişilerin sağlık verileri “özel nitelikli kişisel veri”^[15] olarak kabul edilmek-

[15] Avrupa Birliği uygulamasında “hassas kişisel veri” olarak adlandırılmaktadır. Avrupa Birliği Direktifi'nin 8. maddesi, “Kişisel Nitelikteki Verilerin Otomatik İşleme Tabi Tutulması Karşısında Şahısların Korunmasına Dair Sözleşme”nin 6. maddesi ve “Kişisel

tedir. Bu nedenle sağlık verilerinin diğer veri türlerine göre daha özel ve etkin şekilde korunması gerekmektedir.

Kişisel sağlık verileri, bireyin kişisel verilerinden bir bölümünü oluşturmakta ve sağlığına ilişkin bilgiler içermektedir. Hastanın kişisel verileri, hastaya ait olup da sağlık meslek mensubuna aktarılan veya herhangi bir şekilde bu kimseler tarafından hukuka uygun olarak öğrenilen ve hastanın başkaları tarafından duyulmasını istemeyeceği bilgileri şeklinde ifade edilebilir.^[16]

Mark Siegler, 1982 yılında New England Journal of Medicine’da “Confidentiality in Medicine: A Decrepit Concept” (**Tıpta Mahremiyet/ Sır Saklama Yükümlülüğü: Yıpranmış/ Zayıflamış Bir Kavram**) başlığı ile yer alan makalesinde, sır saklama kavramının hekimler ve hastalar tarafından geleneksel olarak anlaşıldığı anlamı ile artık var olmadığını savunmaktadır. Siegler, hastanede takip ettiği bir hastasının bilgilerinin – farklı gerekçe ve nedenlerle- yaklaşık 75 kişi tarafından incelendiğini örnek olarak vermektedir: 6 hekim (ilk muayene eden hekim, cerrah, konsültan hekim ve diğerleri), 12 hastane yetkilisi (tıbbi, cerrahi ve yoğun bakım ünitesinden çeşitli hastane görevlileri), 20 hemşire (değişen vardiyalarla), 6 solunum uzmanı, 3 beslenme uzmanı, 2 klinik farmakoloji uzmanı, 15 tıp öğrencisi, 4 birim sekreteri, 4 hastane finans yetkilisi ve 4 diğer görevli (sigorta, kalite, güvenlik vb.) hastanın bilgilerine ulaştığını tespit etmiştir.^[17]

Bireyin kişisel sağlık verilerinin korunmasına ilişkin hak ve taleplerini aynı zamanda hasta haklarının bir parçası olarak da belirtebiliriz. Zira hasta hakları; “sağlıklı ve hastalıklı olarak sağlık hizmetlerinden yararlanan kişilerin hukuk tarafından korunup talep edilebilen, ihlalleri cezai ve/veya tazmini yaptırıma bağlanan yetki ve iradeleri” şeklinde tanımlanmaktadır.

6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu’nun “Değiştirilen

Verilerin İşlenmesi ve Bu Verilerin Transferi Konusunda Bireylerin Korunması Hakkında Avrupa Birliği Direktifi” nin 8. maddesi hassas kişisel veri kategorisine yer veren düzenlemelerdir.

[16] **HAKERİ, Hakan**, Tıp Hukuku, Ankara 2013, s.798.

[17] SIEGLER, Mark, “Confidentiality in Medicine: A Decrepit Concept” Bioethics: An Anthology, Edited by Helga Kuhse and Peter Singer, UK 2000, s.490.

ve eklenen hükümler” başlıklı 30. maddesinin 7. fıkrasında 11.10.2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 47 nci maddesi yeniden değiştirilmiştir. Buna göre;

“MADDE 47- (1) Sağlık hizmeti almak üzere, kamu veya özel sağlık kuruluşları ile sağlık mesleği mensuplarına müracaat edenlerin, sağlık hizmetinin gereği olarak vermek zorunda oldukları veya kendilerine verilen hizmete ilişkin kişisel verileri işlenebilir.

(2) Sağlık hizmetinin verilmesi, kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbi teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi ile sağlık hizmetlerinin planlanması ve maliyetlerin hesaplanması amacıyla Bakanlık, birinci fıkra kapsamında elde edilen verileri alarak işleyebilir. Bu veriler, Kişisel Verilerin Korunması Kanununda öngörülen şartlar dışında aktarılamaz.

(3) Bakanlık, ikinci fıkra gereğince toplanan ve işlenen kişisel verilere, ilgili kişilerin kendilerinin veya yetki verdikleri üçüncü kişilerin erişimlerini sağlayacak bir sistem kurar.

(4) Üçüncü fıkraya göre kurulan sistemlerin güvenliği ve güvenilirliği ile ilgili standartlar Kişisel Verileri Koruma Kurulunun belirlediği ilkelere uygun olarak Bakanlıkça belirlenir. Bakanlık, bu Kanun uyarınca elde edilen kişisel sağlık verilerinin güvenliğinin sağlanması için gerekli tedbirleri alır. Bu amaçla, sistemde kayıtlı bilgilerin hangi görevli tarafından ne amaçla kullanıldığının denetlenmesine imkan tanıyan bir güvenlik sistemi kurar.

(5) Sağlık personeli istihdam eden kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişileri ve gerçek kişiler, istihdam ettiği personeli ve personel hareketlerini Bakanlığa bildirmekle yükümlüdür.

(6) Kişisel sağlık verilerinin işlenmesi, güvenliği ve bu maddenin uygulanması ile ilgili diğer hususlar Bakanlıkça yürürlüğe konulan yönetmelikle düzenlenir.” hükmü bulunmaktadır.

Bu çerçevede; kişisel sağlık verilerinin kaydının tutulmasında kullanılacak program ve projelerin yasal zeminini oluşturmak amacıyla Sağlık Bakanlığınca hazırlanan **“Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve**

Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik (KSVİMSHY)” 20.10.2016 tarihinde kabul edilmiş ve aynı tarihte Resmi Gazete’de yayımlanmıştır.

2.2.2. Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik (KSVİMSHY)

Yönetmeliğin amacı, özellikle kişisel sağlık verilerinin kaydının tutulmasında kullanılacak programın yasal zeminini oluşturmaya çalışmak ve kişisel sağlık verilerinin mahremiyetini korumaktır. Yönetmelik, sağlık hizmeti sunucuları, kişisel sağlık verileri işlenen gerçek kişiler, sağlık hizmet sunucularına ait bilgi işlem sistemleri yazılım ve donanımı ile dosyalama sistemi gibi hizmetleri sunan gerçek ve tüzel kişiler ve bunlar dışında kalan ve bir mevzuat çerçevesinde kişisel sağlık verilerini işleyen kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk gerçek ve tüzel kişiler ile ilgili hükümleri kapsamaktadır.

Yönetmeliğin 4. maddesinde, kişisel sağlık verisi; **“Kimliği belirli veya belirlenebilir gerçek kişiye ilişkin her türlü sağlık bilgisini”,** kişisel sağlık kaydı sistemi; **“İlgili kişilerin sağlık verilerine kendilerinin veya yetki verdikleri üçüncü kişilerin erişimini sağlayan, e-devlet uygulamalarına uygun olarak kurulan sistemi”** olarak tanımlanmıştır.

“Kişisel sağlık verilerini işleyen ve görevi gereği kişisel sağlık verilerine erişen herkes, bu verilerle ilgili olarak sır saklama yükümlülüğü altındadır.” diyen 5. maddenin 4. fıkrası kimlerin sır saklama yükümlülüğü altında olduğunun genel bir çerçevesini çizmektedir. **“Görevi gereği kişisel sağlık verilerine erişen herkes”** ibaresinde görevi gereğinin altını çizmekte yarar vardır. Örneğinin taşeron olarak hastanede çalışan hizmetlinin, hasta dosyalarını vizite öncesi hasta odalarına dağıtması olayında, hastanın kişisel verilerine erişen hizmetlinin bu verileri açıklaması sır saklama yükümlülüğünün ihlali anlamına gelmektedir.

KVKK’da belirtilen genel ilke ve esaslara ilaveten, Yönetmelik ile kişisel sağlık verilerinin işlenmesinde; verilecek sağlık hizmetinin gereği ile sınırlı olması, sağlık hizmeti ile ilgili sistemler haricinde kişisel verileri kopyalamama ve kaydetmeme yükümlülüğü ve ano-

nim hale getirilen kişisel sağlık verilerinin Yönetmelik'te belirtilen amaçlarla kullanılabilmesi düzenleme altına alınmıştır.

Yönetmeliğin kişisel sağlık verilerinin aktarımına ilişkin madde 8/4. fıkrasında **“Kişisel sağlık verilerinin uluslararası aktarımına ilişkin her türlü talep ile bu maddede sayılanlar dışındaki veri aktarımı talepleri, KVKK'da öngörülen hükümler çerçevesinde, genetik verilerin hassasiyeti hususu da dikkate alınarak Komisyon tarafından değerlendirilir”** hükmü yer almaktadır.

Kişisel sağlık verilerinin silinmesine ilişkin Yönetmeliğin 9.maddesinde; **“Bu Yönetmelik, 6698 sayılı Kanun ve ilgili diğer kanun hükümlerine uygun olarak işlenmiş olmasına rağmen, işlenmesini gerektiren sebeplerin ortadan kalkması halinde kişisel sağlık verileri, ilgili kişinin talebi üzerine veri sorumlusu tarafından anonim hale getirilir veya silinir. Silinmesi talep edilen veriler; bir hakkın tesisi, kullanılması veya korunması ya da verilerin ihtiyaç halinde adli mercilere verilebilmesini mümkün kılmak için, Sağlık Bakanlığınca kurulan merkezi bir sistemde veri bütünlüğü bozulmadan arşivlenir. Arşivlenen verilere bu amaçlar dışında erişim engellenir. Merkezi sağlık veri sistemine aktarılan veriler, aktarımın yapıldığı tarihten 10 yıl sonra yerel veri tabanından silinebilir”** hükmü yer almaktadır.

KVKK'nın madde 12/5 fıkrasına paralel olarak, Yönetmelik'te işlenen kişisel verilerin kanuni olmayan yollarla başkaları tarafından elde edilmesi halinde, veri sorumlusunun bu durumu en kısa sürede Kişisel Sağlık Verileri Komisyonuna bildireceği belirtilmiştir. Kişisel Sağlık Verileri Komisyonu, gerekmesi halinde bu durumu Sağlık Bakanlığının internet sitesinde ya da uygun göreceği başka bir yöntemle ilan edebilir. Yönetmelik'te ayrıca kişisel sağlık verilerinin ihlalden şüphe duyulması halinde Sağlık Bakanlığı'na bildirim yapılması öngörülmüş ve bu bildirimlerde, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan ihlal bildirim formunun kullanılacağı da hükmü altına alınmıştır.

Yönetmeliğin 15. maddesi ile **“kişilere kişisel sağlık kaydı sistemi üzerinde ister elektronik yolla isterse aile hekimine başvuru yoluyla kullanıcı hesabı oluşturma ve kişisel verilerine bu hesap üzerinden erişme, verilerine erişecek kişileri belirleyebilme ve kişisel verilerini**

yöneltebilme, verileri silebilme ya da düzeltebilme, hesabını dondurabilme imkanı” tanınmıştır.

2.3. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu

Sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortası bakımından kişileri güvence altına almak amacıyla çıkarılan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nda kişisel sağlık verilerinin toplanmasına, işlenmesine ve kayıt altına alınmasına ilişkin hükümler yer almaktadır.

5510 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu 67/3 şu şekildedir; **“Ayrıca genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmeleri için sağlık hizmet sunucularına başvurduklarında acil haller hariç olmak üzere (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra); biyometrik yöntemlerle kimlik doğrulamasının yapılması ve/veya nüfus cüzdanı, sürücü belgesi, evlenme cüzdanı, pasaport veya Kurum tarafından verilen resimli sağlık kartı belgelerinden birinin gösterilmesi zorunludur.”** 01.03.2012 tarihli ve 6283 sayılı Kanunun 1. maddesiyle, bu fıkra da yer alan “nüfus cüzdanı” ibaresinden önce gelmek üzere **“biyometrik yöntemlerle kimlik doğrulamasının yapılması ve/veya”** ibaresi eklenmiştir. Kanun maddesi bu şekildeyken Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği **“..nüfus cüzdanı, sürücü belgesi, evlenme cüzdanı, pasaport veya verilmiş ise Kurum sağlık kartı belgelerinden biri ile kimlik tespiti ve biyometrik yöntemlerle kimlik doğrulaması yapılması zorunludur.”** diyerek kimlik doğrulama için hem resmi belge ibrazını hem biyometrik kimlik doğrulaması yapılmasını zorunlu kılmıştır.

Avuç içi kimlik tarama uygulaması biyometrik kimlik doğrulama yöntemleri arasında yer almaktadır. **Biyometrik yöntemler, ölçülebilir fizyolojik ve bireysel özellikleri aracılığıyla gerçekleştirilen ve otomatik şekilde doğrulanabilen kimlik denetleme tekniklerini ifade etmektedir.** Bu yöntemler arasında parmak izi tanıma, avuç içi tarama, el geometrisi tanıma, iris tanıma, yüz tanıma, retina tanıma, DNA tanıma gibi yöntemler bulunmaktadır. Tüm bu yöntemler kullanılarak bireyin kimliği tespit edilebilmekte, kendine has özellikleri, kişisel verileri kayıt altına alınabilmektedir. Parmak izi, avuç içi damar izi, retina gibi biyometrik veriler, kişisel veri kapsamında korunan verilerdir.

1 Aralık 2013 tarihinde, “Biyometrik Kimlik Doğrulama Sistemi” ile özel hastanelerde sağlık hizmeti almak için başvuran hastaların avuç içi, damar izinin alınması yöntemi uygulanmaya başlanmasıyla birlikte kişisel verilerin korunması hakkının özünü ortadan kaldırmaya yönelik bu düzenleme konusunda yargı yoluna başvurulmuştur. Danıştay 15. Dairesi’nin 11.09.2014 tarihli ve 2014/4562 Esas sayılı kararıyla özel hastanelerde biyometrik kimlik doğrulaması ile ilgili işlem ve bu işlemin dayanağı olan tebliğin ilgili kısımlarının yürütülmesi durdurulmuştur. Anayasa Mahkemesi’nin 03.04.2015 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan 2014/180 Esas sayılı kararında; **“31.05.2006 tarihli ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun 67. maddesinin üçüncü fıkrasına 01.03.2012 tarihli ve 6283 sayılı Kanunu’nun 1. maddesiyle eklenen “..biyometrik yöntemlerle kimlik doğrulamasının yapılması ve/veya” ibaresinin, Anayasaya aykırı olmadığına ve itirazın reddine”** karar verilmiştir. Anayasa Mahkemesi’nin kararı gereğince Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu tarafından alınan yürütmeyi durdurma kararları kaldırılmıştır.

5510 sayılı Kanun’da kişisel verilere ilişkin olarak belirtilebilecek diğer bir hüküm, “Bilgi ve belge isteme hakkı, bilgi ve belgelerin Kuruma verilme usulü” başlıklı 100. maddededir. Buna maddede; **“kanunda sayılan kurumların, Devletin güvenliği ve temel dış yararlarına karşı ağır sonuçlar doğuracak haller ile özel hayat ve aile hayatının gizliliği ve savunma hakkına ilişkin hükümler saklı kalmak kaydıyla özel kanunlardaki yasaklayıcı ve sınırlayıcı hükümler dikkate alınmaksızın gizli dahi olsa Kurum tarafından kişilerin sosyal güvenliğinin sağlanması, 6183 sayılı Kanuna göre Kurum alacaklarının takip ve tahsili ile bu Kanun kapsamında verilen diğer görevler ile sınırlı olmak üzere istenecek her türlü bilgi ve belgeyi sürekli ve/veya belli aralıklarla vermeye, bilgilerin elektronik ortamda görüntülenmesini sağlamaya, görüntülenen bu bilgilerin güvenliğini sağlamaya, muhafaza etmek zorunda oldukları her türlü belge ile vermek zorunda oldukları bilgilere ilişkin mikrofiş, mikrofilm, manyetik teyp, disket ve benzeri ortamlardaki kayıtlarını ve bu kayıtlara erişim veya kayıtları okunabilir hale getirmek için gerekli tüm sistem ve şifreleri incelemek için ibraz etmeye mecbur oldukları”** düzenlenmiştir.

2.4. Hasta Hakları Yönetmeliği

Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY)'nin 1. maddesi, hastanın “insan haysiyetine yakışır şekilde” haklardan yararlanmasına ve yasal yollarını bu anlamda bilmesine yollama yapmıştır.^[18]

Yönetmeliğin, “İlkeler” başlıklı 5. maddesinde, **“kanun ile müsaade edilen haller ile tıbbi zorunluluklar dışında, hastanın özel hayatının ve aile hayatının gizliliğine dokunulamayacağı”** düzenlenmiş ve kişisel verilerin gizliliğine ve hassas olma özelliğine vurgu yapılmıştır.^[19]

“Mahremiyete Saygı Gösterilmesi” başlıklı HHY'nin 21. maddesinde hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesinin esas olduğu düzenlenmiş ve ilkeleri belirlenmiştir. Buna göre; **“a) Hastanın, sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içinde yürütülmesini, b) Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlik ortamında gerçekleştirilmesini, c) Tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesini, d) Tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını, e) Hastalığın, mahiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini, f) Sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını kapsar. Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez.”**^[20]

HHY 23. madde “Bilgilerin gizli tutulması” başlığı ile “mahremiyete saygı gösterilmesi” hakkından ayrıca bir düzenleme yapmış ve kişisel verilerin açıklanmamasını ayrı bir maddede düzenlemiştir. Madde metni şu şekildedir:

“Sağlık hizmetlerinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiçbir şekilde açıklanamaz.

Kişinin rızasına dayansa bile, kişilik haklarından bütünüyle vazgeçilmesi, bu hakların başkalarına devri veya aşırı şekilde sınırlandırılması neticesini doğuran hallerde bilginin açıklanması, bunların

[18] HAKERİ,H., age, s.458.

[19] HAKERİ,H., age, s.458.

[20] Hasta Hakları Yönetmeliği, 01.08.1998 tarih, 23420 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmıştır.

açıklayanın hukuki sorumluluğunu kaldırmaz.

Hukuki ve ahlaki yönden geçerli ve haklı bir sebebe dayanmaksızın hastaya zarar verme ihtimali bulunan bilginin ifşa edilmesi, personelin veya diğer kimselerin hukuki ve cezai sorumluluğunu da gerektirir.

Araştırma ve eğitim amacıyla yapılan faaliyetlerde de hastanın kimlik bilgileri, rızası olmaksızın açıklanamaz.”

Burada dikkati çeken husus; rızanın da bazı hallerde kişisel verilerin açıklanmasını meşrulaştırmayacağı, hukuki ve ahlaki yönden geçerli ve hukuki bir nedene dayanmaksızın hastaya zarar verme ihtimali olan bilginin ifşa edilmesinin, personelin veya diğer kimselerin hukuki ve cezai sorumluluğunu gerektirdiğidir.

2.5. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları

Hekimlik Meslek Etiği Kuralları’nın 9. maddesinde düzenlenen “Sır Saklama Yükümlülüğü” aynı zamanda hekimin neleri yaptığında sır saklama yükümlülüğünü ihlal etmeyeceğini de düzenlemiştir. 9. madde şu şekildedir:

“Hekim, hastasından mesleğini uygularken öğrendiği sırları açıklayamaz. Hastanın ölmesi ya da o hekimle ilişkisinin sona ermesi, hekimin bu yükümlülüğünü ortadan kaldırmaz.

Hastanın onam vermesi ya da sırrın saklanması hasta ya da öteki insanların yaşamını tehlikeye sokması durumunda, hastanın kişilik haklarının zedelenmemesi koşuluyla, hekim bu sırrı saklamakla yükümlü değildir.

Yasal zorunluluk durumlarında hekimin rapor düzenlemesi de meslek sırrının açıklanması anlamına gelmez.

Hekim, tanık ya da bilirkişi olarak mahkemeye çağrıldığında olayın meslek sırrı olduğunu ileri sürerek bu görevlerinden çekilebilir.”

Madde incelendiğinde, rapor düzenlenmesinin meslek sırrının açıklanması anlamına gelmediği, hekimin tanık ve bilirkişilikten meslek sır-

rı nedeni ile çekilebileceği düzenlenmiştir. Hekimlerin mesleklerini icra ederken hastalarından öğrendikleri sırrı açıklamamaları etik ilke olarak kabul edilmiştir. Burada hastanın ölümünün sır saklama yükümünü ortadan kaldırmayacağı belirtilerek ölmüş kişilerin de korunması gerektiği düşüncesi benimsenmiştir. Kişinin rızası veya sırrın saklanması hasta veya üçüncü kişilerin hayatını tehlikeye sokacak ise hekim, hasta ile ilgili bilgileri açıklayacaktır. Ancak bu durumda hekim sınırsız şekilde bilgileri açıklayamaz, hastanın kişilik haklarını zedelemeyecek derecede bilgi açıklayabilir.

“Hastayla ilgili bilgilerin hastaya verilmesi ve kullanımı” başlıklı 31. maddedeki düzenlemeye göre hasta dosyalarındaki bilgilerin geniş bir özeti ile bilgi ve belgelerin örnekleri, isteği durumunda hastaya verilir. Hekim, yasal zorunluluk olmadıkça, bu bilgileri başkasına veremez. Hekim, hastanın kimlik bilgilerini saklı tutmak koşuluyla, bu bilgileri dosya üzerinden yapacağı araştırmalarda kullanabilir. Hasta dosyalarında hastanın birçok verisi bulunmaktadır. Bunlardan bir kısmı özel nitelikli kişisel veri kategorisinde yer alan verilerdir. Düzenleme, dosya mahremiyetini sağlamayı, verileri yetkisiz üçüncü kişilerden korumayı amaçlamaktadır. Ayrıca hekimin yapacağı araştırmalarda kişinin kimlik bilgilerini saklı tutması yönündeki düzenleme önemlidir.

3. TIBBİ KAYIT SİSTEMİ

Hastanın tıbbi ve idari bütün işlemleri kapsayan kayıtlarına ise hasta kaydı denilmektedir. Hasta kayıtları birincil kayıtlar ve ikincil kayıtlar olmak üzere iki şekilde bulunmaktadır. Bunlar;

a. Birincil Hasta Kaydı; sağlık profesyonelleri tarafından doldurulan belgelerdir.^[21] Bu belgeler hasta sağlık kurum veya kuruluşuna yattıkça yapılan tüm gözlemler, uygulanan tedaviler, istenilen konsültasyonlar, yapılan ameliyatların raporları gibi sağlık bakım hizmeti veren profesyonellerin kayıt altına aldığı verilerdir.

b. İkincil Hasta Kaydı; birincil hasta kayıtlarından yola çıkarak ortaya çıkarılan, klinik dışında kullanılabilmesine olanak sağlayan ve

[21] ARSLANTAŞ, Didem, Tıbbi Kayıtlar, Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi, Tıbbi Dokümantasyon, Eskişehir 2012, s.19.

hasta iyileştirme çalışmalarında kullanılmak üzere toplanan verilerden oluşmaktadır.

Sağlık sektörünün ilerlemesi, sağlık kurum ve kuruluşlarının ihtiyaçlarının artması, verilen hizmetin ve bakımın daha kaliteli olması açısından hasta kayıtlarından yararlanılmaktadır.

3.1. Hasta Dosyası ve Hasta Bilgi Formu

Hasta dosyası; yataklı tedavi kurumlarına müracaat eden hastaların, muayene, teşhis ve tedavi evrakının muhafaza edildiği; A4 kağıdı boyutlarında, kenarlarında (EK-1) ve (EK-2)'de düzenlenen forma uygun renkli şeritler bulunan kartondan imal edilmiş ve iki kapaktan oluşan telli saklama aracını ifade etmektedir.^[22]

Tüm klinikler için standart hasta dosyasında;^[23]

- a. Hasta tabelası,
- b. Tıbbi müşahede ve muayene formu,
- c. Ön değerlendirme formu,
- ç. Hemşire gözlem formu,
- d. Epikriz formu,
- e. Hasta eğitim formu,
- f. Bilgilendirilmiş onam formu,
- g. Dosya içeriği formu,
- h. Derece kağıdı bulunmalıdır.

Hasta bilgi formunda genellikle dosya numarası, hastanın adı soyadı, doğum yeri, baba-anne adı, adresi, telefonu, TC kimlik numarası, doğum tarihi, cinsiyet ve medeni hal, kan grubu, yakının telefonu ve hangi bölümde hangi tanı konulduğu ve tedavi uygulandığı, giriş çıkış

[22] Sağlık Bakanı'nın 06.11.2001 tarih ve 10588 sayılı olurları ile yürürlüğe girmiş olan Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi 4. maddesi.

[23] **GÜVEN, Vesile**, "Sağlık Hukukunda Tıbbi Kayıtların Tutulmasından ve Saklanması-ndan Doğan Sorumluluk", Ankara 2016, s.24-26.

tarihi yer almaktadır. Yani **hasta bilgi formu, birçok kişisel veriyi ihtiva eden bir belgedir.**

3.2. Elektronik Sağlık Kayıtları

KVKK, Değiştirilen ve eklenen hükümler başlıklı 30. maddesinin 6. fıkrasında; 07.05.1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3 üncü maddesinin birinci fıkrasının (f) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(f) Herkesin sağlık durumunun takip edilebilmesi ve sağlık hizmetlerinin daha etkin ve hızlı şekilde yürütülmesi maksadıyla, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarınca gerekli kayıt ve bildirim sistemi kurulur. Bu sistem, e-Devlet uygulamalarına uygun olarak elektronik ortamda da oluşturulabilir. Bu amaçla, Sağlık Bakanlığınca, bağlı kuruluşları da kapsayacak şekilde ülke çapında bilişim sistemi kurulabilir.” ifadesi yer almaktadır.

Teknolojinin ve bilişim sektörünün gelişmesi, tıpta da bilgisayarların kullanılmasını yaygınlaştırmıştır. Sosyal Güvenlik Merkezi’nin kayıtları, tüm kamu ve özel hastanelerin kayıtları, eczanelerde tutulan kayıtlar, bilgisayar üzerinden yapılmakta ve tüm bu kayıtlar da bir veri merkezi üzerinde birleştirilmektedir. Örneğin “Medula” olarak bildiğimiz sistem, tüm sağlık verilerini tek bir sistemde birleştiren, bohça bir sistemdir. Medula sisteminin haricinde hasta bilgileri, E-Nabız, GEBLİZ (Gebe-Lohusa), Aşınat (Yenidoğan ve Aşılama), Kalıtsal Kan Hastalıkları Bildirim, 15-49 Yaş Kadın İzleme, Acil Servis Ünitesi İntihar Girişimi Kayıtları, MORBİD Obez hasta bilgi formu gibi programlarla toplanmaktadır.^[24] Bu programlar vasıtasıyla toplanan bilgiler aşağıda belirtilen kişi, kurum ya da gruplar tarafından görülebilmektedir:

- a. Hekimler, diş hekimleri,
- b. Konsültanlar,
- c. Diğer sağlık çalışanları,
- ç. Sağlık hizmet kurumları idari personel ve yöneticileri,

[24] YILMAZ, Sabire Sanem, age, s.50.

- d. Laboratuvarlar ve çalışanları,
- e. Eczaneler,
- f. Sağlık Bakanlığı,
- g. SGK,
- h. Maliye Bakanlığı,
- ı. Adli makamlar ve görevlileri (adli süreçte),
- i. Hasta yakınları

Tüm bunların yanında sigorta şirketleri Türkiye Sigortalar Birliği vasıtasıyla hastanın tıbbi verilerine ulaşılabilmekte ve tıbbi verilere ulaşması sayesinde de sigorta koşullarını belirlemekte ya da tazminatı ona göre ödemektedir.

3.2.1. Sağlık.NET Sistemi

Sağlık.NET; Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tanımına göre; **“Sağlık kurumlarında elektronik ortamda üretilen verileri, doğrudan üretildikleri yerden, standartlara uygun şekilde toplamayı, toplanan verilerden tüm paydaşlar için uygun bilgiler üreterek birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde verim ve kaliteyi artırmayı hedefleyen, entegre, güvenli, hızlı ve genişleyebilen bir bilgi ve iletişim platformu”** olarak tanımlanmaktadır.^[25]

Sağlık.NET2; Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü ifadesine göre; **“sağlık verilerini, standartlara göre toplandığı/toplanmakta olduğu Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) ve Sağlık.NET sistemlerinin, “Sağlık.NET2” çatısı altında”** birleştirilmesidir. Sağlık.NET veri sistemi, SGK ile sözleşmesi olmayan özel sağlık kuruluşlarını da içine alan ayrıca muayenehaneler, cezaevi hekimliği, aile hekimliğini de içine alan geniş kapsamlı verilerin toplanıp depo edildiği bir sistem” olarak tanımlanmaktadır.

[25] 25 Soruda “Sağlık NET 2” Sistemi <http://www.istabip.org.tr/icerik/net2sorucevap.pdf>, E.T.

Sağlık.NET 2 sistemi, kamu ve özel bütün sağlık kuruluşlarını hastayla ilgili birçok bilgi toplayıp merkezi sisteme göndermekle yükümlü tutmaktadır. Sistemin toplayıp merkezi sisteme göndermekle yükümlü tuttuğu bilgiler yalnızca bildirimi zorunlu hastalıklara ilişkin değildir. Bunların yanı sıra istenen bilgiler içinde; kimlik, adres, iletişim bilgileri, hamilelik testleri, sağlık geçmişi, özürllülük durumu, medeni hal, alkol-madde-sigara kullanımı, iş, meslek, öğrenim durumu, eğitim kurumuna devam etme durumu, gelir durumu, ailesinde intihar girişimi, cinsel partner bilgileri, kişisel bakım, kişisel hijyen, mahkumiyet/tutukluluk durumu, hastalık şikayetleri, hastanın öyküsü (anemnezi), bütün tetkik sonuçları, tetkik istenen kurumlar, 15-49 yaş arası kadınların, doğum, düşük türü ve sayıları, kadın sağlığı işlemleri, kullanılan aile planlaması yöntemi, gebelik tespiti sonuçları, son adet tarihi, babanın kan grubu, gebe olduğu tespit edilmiş olsun ya da olmasın, doğum ya da düşükle sonuçlanan tüm gebelikler, ağız ve diş sağlığı ile ilgili tüm koruyucu hekimlik, teşhis ve tedavi işlemleri ve daha pek çok bilgi yer almaktadır.^[26] Bu bilgiler arasında alkol-madde-sigara kullanımı, sağlık geçmişi gibi kişinin sağlığıyla ilgili olup, özel nitelikli kişisel veri kategorisinde yer alan bilgiler de bulunmaktadır.

4. SONUÇ VE ALINMASI GEREKEN TEDBİRLER

Kişisel verilerin korunması hakkı, bireyin, demokratik bir hukuk devletinde özgür iradesiyle kendi yaşamını bizzat düzenleyebilmesinin bir gereği olarak karşımıza çıkmaktadır. Nitekim kişisel verilerin işlenmesi kamusal organlar tarafından gerçekleştirildiğinden, bireyin kişiliğini serbestçe geliştirmesi, kişiliğini koruması ve özgür bireylerden oluşan bir toplum düzeninin oluşturulması, ancak bireyin kişisel verilerine ilişkin hakkının korunmasıyla mümkündür.

Günümüzde modern veri işleme teknik ve araçlarının da yardımıyla bireyin kişisel verilerinin sınırsız olarak toplanılması, kullanılması, işlenmesi ve devredilmesi karşısında bireyin korunmasını amaçlayan ve kişisel verileri üzerinde belirleme hakkını güvence

[26] İstanbul Tabip Odası Hukuk Bürosu, “25 Soruda Sağlık.NET 2 Sistemi”, <http://www.istabip.org.tr/icerik/net2sorucevap.pdf>, E.T.13.10.2014.

altına alan kişisel verilerin korunması hakkı, Anayasa Hukuku açısından esas olarak insan onuru bağlantısıyla kişiliğin serbest geliştirilmesi hakkı ile temellendirilmektedir.^[27]

Sağlık Bakanlığı ülkenin sağlık politikasının belirlenmesi, eksikliklerin ve sorunların bulunduğu alanların tespiti vb. amaçlarla çeşitli verilere ulaşabilmektedir. Bu nedenle, Bakanlık tarafından istenen verilerin de talep edilmesinde hukuksal bir sorun bulunmamaktadır. Bununla beraber, bu talepteki hukuksal sorun, bütün kimlik, adres ve iletişim bilgileriyle bu verilerin talep edilmiş olmasıdır. Bu veriler anonim olarak istendiğinde herhangi bir hukuki sakınca oluşturmaz. Fakat kimlik ve iletişim bilgileriyle bu verilerin depolanması büyük sakıncalar doğuracaktır.

Kişisel sağlık verilerinin korunması hususunda mevzuat çerçevesinde dikkate alınması gereken tedbirler aşağıya çıkarılmıştır:

a. KVKK'nın "Geçiş hükümleri" başlıklı geçici maddesinde belirtildiği üzere 07 Nisan 2016'dan önce işlenen veriler 06 Nisan 2018 tarihine kadar kanuna uygun hale getirilecektir. Uygun hale getirilemeyen veriler silinecek, yok edilecek veya anonim hale getirilecektir. Bu bağlamda geçiş sürecinde Sağlık Bakanlığı bünyesinde veri sorumlusu olarak görevlendirilen personel tarafından;

(1) Mevcut durumu tespit amacıyla, toplanan kişisel veriler belirlenmeli, toplanma amaçları, kullanma süreleri, ihtiyaç durumu, aktarılmışsa amaçları belirlenmeli, toplanırken kişilere verilen bilginin onay şekli ve zamanı belirlenmeli, kişisel verilerin korunması için alınan idari ve teknik tedbirler tespit edilmelidir.

(2) Mevzuata uygunluk denetimi çerçevesinde, kişisel verilerin özel nitelikli veri olup olmadığı, toplanma ve işlenme amaçlarının mevzuata uygunluğu, kişilerden alınan onayların amaçlara uygunluğu, işlenme sürelerinin mevzuata uygunluğu tespit edilmelidir.

(3) Mevzuata uyma amacıyla, Veri Sorumluları Sicili'ne kayıt, mevzuata uymayan ama uygun hale getirilebileceği tespit edilen veriler için gerekli kişilerin onaylarının 06 Nisan 2018'e kadar yerine getirilmeli,

[27] ŞİMŞEK, age, s.112.

mevzuata uymayan ve uygun hale getirilemeyecek veriler bu tarihe kadar silinmelidir.

b. Sağlık.NET 2 sistemi verileri merkezi olarak tek bir bilgisayar ortamında, tek bir fiziksel veri tabanında tutulmaktadır. Sistem, merkezi olduğu için bir noktadan tüm verilere ulaşmak mümkündür. Sistemin güvenliği yanı sıra yedeklenmesi de sağlanmalıdır.

c. Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik, 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile birlikte 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'na dayanılarak hazırlanmıştır. Ancak Yönetmeliğin, KVKK'dan farklı uygulama getiren aşağıda belirtilen konularda düzeltilmesi gerekmektedir.

(1) Yönetmelik, KVKK'dan farklı olarak kişisel sağlık verilerine ilişkin ilgili kişiler tarafından verilecek rızayı ilgili kişinin ayrıntılı olarak bilgilendirilmesi ve yazılı rızasının alınması koşullarına bağlamıştır. KVKK'da öngörülme yazılılık koşulunun Yönetmelik ile belirlenmesi, Yönetmeliğin kanundan farklı bir uygulama getirdiğini göstermektedir.

(2) Yönetmeliğin kişisel sağlık verilerinin aktarımına ilişkin madde 8/4. fıkrasında "Kişisel sağlık verilerinin uluslararası aktarımına ilişkin her türlü talep ile bu maddede sayılanlar dışındaki veri aktarımı talepleri, KVKK'da öngörülen hükümler çerçevesinde, genetik verilerin hassasiyeti hususu da dikkate alınarak Komisyon tarafından değerlendirilir" hükmü yer almaktadır. Hükmün metninden yurtdışına ve kamu kurum ve kuruluşları dışındaki özel hukuk kişilerine yapılacak kişisel sağlık verisi aktarımlarında, Kişisel Sağlık Verileri Komisyonu'nun görüşünün alınacağı sonucuna varılmaktadır. Bu düzenleme, KVKK'nın aktarıma ilişkin hükümlerinden farklı bir düzenleme getirmesi nedeniyle dikkat çekmektedir.

(3) Benzer şekilde, kişisel sağlık verilerinin silinmesine ilişkin Yönetmeliğin 9. maddesi de, kişisel verilerin işlenmesi ilkelerine aykırılık açısından önemlidir. Nitekim anılan maddede; "Bu Yönetmelik, 6698 sayılı Kanun ve ilgili diğer kanun hükümlerine uygun olarak işlenmiş

olmasına rağmen, işlenmesini gerektiren sebeplerin ortadan kalkması halinde kişisel sağlık verileri, ilgili kişinin talebi üzerine veri sorumlusu tarafından anonim hale getirilir veya silinir. Silinmesi talep edilen veriler; bir hakkın tesisi, kullanılması veya korunması ya da verilerin ihtiyacı halinde adli mercilere verilebilmesini mümkün kılmak için, Sağlık Bakanlığınca kurulan merkezi bir sistemde veri bütünlüğü bozulmadan arşivlenir. Arşivlenen verilere bu amaçlar dışında erişim engellenir. Merkezi sağlık veri sistemine aktarılan veriler, aktarımın yapıldığı tarihten 10 yıl sonra yerel veri tabanından silinebilir” hükmü yer almaktadır.

ç. Muayene, teşhis ve tedavinin yapıldığı alanlar hem hastanın hem de doktorun mahremiyet alanıdır. Bu alanlarda kamera kaydının alınması, birçok yasal düzenlemeyle hastaya tanınmış mahremiyet hakkının ve özel hayatın açık ihlalidir. Hastanın mahremiyeti ihlal edilmemiş olsa dahi kameralar vasıtasıyla elde edilen ve bir kişinin hangi poliklinikte muayene olduğunu gösteren görüntü dahi kişisel veri kapsamında değerlendirilmelidir. Kişisel verilerin korunması açısından kameralar hastanenin her yerini göstermemelidir. Muayene odası, poliklinik önü gibi alanlar kamera görüş alanı dışında bırakılmalıdır.

d. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’nun 02.10.2012 tarihli “Güvenlik Kameraları ve Biometri Teknolojisinin Kurumumuza Bağlı Sağlık Tesislerinde Kullanılması” konulu genelgesine uygun olarak hastane yöneticileri, kişisel verilere ve mahremiyet hakkına saygı çerçevesinde kamera kaydı alınmasını sağlamalı, KVKK ve hasta haklarına aykırı olacak şekilde kişilerin özel alanı ihlal edilmemelidir.

e. Etkin bir veri koruması ve hasta haklarına riayet için koğuş sisteminden vazgeçilmelidir. Geçiş sürecinde en azından hastalara pansuman, bilgilendirme gibi işlemler başka odada yapılmalıdır.

f. Hasta dosyalarındaki verilerin güvenliği sağlanmalıdır. Hasta dosyalarının koğuşta bulundurulması, herkesin hasta bilgilerine erişmesini kolaylaştırmaktadır. Hastane koğuş bölümünde hastane personelinin sorumluluğunda kilit altında tutulmalı ve güvenli bir şekilde nöbetçi personel arasında devredilmelidir.

g. Hasta dosyaları, araştırma ve tez amacıyla hastane dışına çıkarılmamalı ve tek seferde alınabilecek dosya sayısına standart bir düzenle-

me getirilmelidir. Dosyalar arşiv görevlisi tarafından verilmeden önce kimlik bilgileri bakımında anonim hale getirilmeli ve dosyaların takibi arşiv görevlisi tarafından yapılmalıdır.

h. Hasta bilgi formunda doktor anamnez yazarken hastadan veya yakınlarından edindiği bilgileri ayıklamalı, hastalıkla/teşhisle ilgisi olan veya olabilecek bilgileri yazmalı, hastalıkla ilgisi olmayan bilgileri yazmamalıdır.

1. Hasta yatışı sırasında yatış kağıdına hastanın el yazısıyla kendisi ve hastalığıyla ilgili bilgi almasında sakınca olmayan yakınlarının kimlik bilgilerini yazması istenmelidir.

i. Hastanede kullanılan tıbbi cihazlarda hastaların kişisel sağlık verilerinin kaydedildiği dikkate alınarak bakım, tedarikçiye teslim gibi kullanıldıkları hastanenin dışına çıkarıldığında verilerin silindiği veri sorumlusu tarafından kontrol edilmelidir.

KAYNAKÇA

AKGÜL, Aydın, “Danıştay ve AİHM Kararları Işığında Kişisel Verilerin Korunması”, 1. Baskı, İstanbul 2014, s.241.

AKGÜL, Aydın, “Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi Kararlarında Kişisel Verilerin Korunması Hakkı”, *Terazi Dergisi*, Nisan 2014, S:92, C:9, s.72-81.

AKILLIOĞLU, Tekin, İnsan Hakları, *SBF İnsan Hakları Merkezi Yay.* No. 17, Ankara, 1995.

AKİPEK, Jale ve Turgut AKINTÜRK, *Türk Medeni Hukuku, Birinci Cilt, Başlangıç Hükümleri Şahsın Hukuku*, Beta Yayın,9. Bası, İstanbul 2012.

ARASLI, Oya, *Özel Yaşamın Gizliliği Hakkı ve T.C. Anayasasında Düzenlenişi*, Ankara 1979.

ARSLANTAŞ, Didem, *Tıbbi Kayıtlar, Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi, Tıbbi Dokümantasyon*, Eskişehir 2012, s.19.

ATAAY, Aytekin, *Şahıslar Hukuku*, Fakülteler Matbaası, İstanbul, 1978.

AVŞAR, B. Zakir, ÖNGÖREN Gürsel, Radyo ve Televizyon Hukuku, *RTÜK Yayın* No:3, Ankara 2003.

AYAN, Mehmet ve Nurşen AYAN, *Kişiler Hukuku*, Mimoza Yayınları, 3. Baskı, Konya 2011.

BAŞALP, Nilgün, “*Kişisel Verilerin Korunması ve Saklanması*”, Ankara 2004.

BİRTEK, Fatih, “Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesinde İdarenin Kusura Dayanan Sorumluluğu”, *Erciyes Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, C.2, S.3-4, Y. 2007, s.123.

BÜYÜKAY, Yusuf, Hekimin Sır Saklama Yükümlülüğü, *AÜEHFD*, Y:2004, C:VIII, S:1-2, 2004.

CLAES Eric, DUFF Antony, GUTWIRTH Serge, *Privacy and Criminal Law*, Intersentia, Antwerpen- Oxford 2006.

COŞKUN, Enis, *Küresel Gözaltı: Elektronik Gizli Dinleme ve Görüntüleme*, Ümit Yayınları, Ankara, 2000.

ÇAKIROĞLU, Maral Törenli, Hekimin Borçlarından Özel Olarak Sır Saklama Borcu, *DEÜHFD*, C.12, S.2, Y 2010.

ÇEÇEN, Anıl, *İnsan Hakları*, Gündoğan Yayınları, Ankara, 1995.

ÇELEBİ, Funda, “Kişilik Haklarından, Kişinin Özel Yaşamının ve Gizliliklerinin İhlali ve Korunması”, *Kocaeli Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, Y. 1, S. 1, Kasım 1997, s. 270-296.

ÇİFTÇİ, Ahmet, “Özel Hayal Hakkı ve Gizli Kamera Kullanımı ile Kamu Yararı Arasındaki İlişki”, *RTÜK Özel Hayat ve Kişilik Hakları Konferansı*, RTÜK Binası Konferans Salonu, Ankara, 18 Nisan 2002.

DEĞER, Mebrure, “Hastane Eczacılığında Sır”, *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku- Tarihi Dergisi*, C.5, S.3, Y.1997, s.135.

DEMİR, Mehmet, *Tıbbi Organizasyon Kusuru Açısından Hastanelerin Hukuksal Sorumluluğu*, Ankara 2010, s.236

DEMİR, Songül, “Hannah Arendt’de Özel Hayat Problemi”, *Felsefe Dünyası Dergisi*, Sayı: 23, 1997, s. 243-247.

DERYAL, Yahya, “Hasta Hakları Bağlamında Mahremiyet ve Özel Hayata Saygı”, *Sağlık Hukuku Kurultayı*, 1-3 Kasım 2007, Ankara, s.83.

DOĞAN, Murat, “Hekimin Hukuki Sorumluluğu”, *Tıbbi Müdahaleden Kaynaklanan Hukuki Sorumluluk Sempozyumu* (Mersin 2009), s.41.

DOĞAN, Murat, “Şahsiyet Hakkına Tecavüzün Önlenmesi Davası”, *Atatürk Üniversitesi Erzincan Hukuk Fakültesi Dergisi*, 2001, C. 5, S. 1-4, s. 369-420.

DOĞAN, Cahid, “Sağlık Haklarından Hekimlerin Sır (Kişisel Veri) Saklama Mükellefiyeti”, *Sağlık Hukuku Kurultayı*, 1-3 Kasım 2007, Ankara, s.141.

DOĞAN, Yusuf Hakkı, “Özel Hayata ve Hayatın Gizli Alanına Karşı Suçlar”, Makaleler ve Seminer Notları, Adalet Bakanlığı, İnsan Hakları Bilgi Bankası, Eğitim Dairesi Başkanlığı, Ankara, Mart 2005, s. 1-11.

DONAY, Süheyl, *Meslek Sırrının Açıklanması Suçu*, Sulhi Garan Matbaası, İstanbul, 1978.

DURAL, Mustafa ve Tufan ÖĞÜZ, *Kişiler Hukuku*, Filiz Kitabevi, İstanbul, 2004

ERDEM, Mustafa Ruhan, *Ceza Muhakemesinde Organize Suçlulukla Mücadelede Gizli Soruşturma Tedbirleri*, Seçkin Yayınevi, Ankara, 2001.

ERDOĞAN, M, (2009). *Anayasa Hukuku*. Gözden Geçirilmiş 5. Baskı. Ankara,2009, Orion Kitapevi.

GÖLCÜKLÜ, Feyyaz, *Haberleşme Hukuku*, AÜSBF Yayınları, No. 292, BYYO Yayınları No: 1, Ankara 1970.

GÖREN, Zafer, *Anayasa Hukukuna Giriş*. 2. Baskı. İzmir 1999 Dokuz Eylül Üniversitesi Yayını.

GÖREN, Zafer, *Anayasa Hukuku*, Yetkin Yayınları, Ankara 2011.

GÖREN, Zafer, Temel Hak Genel Teorisi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Döner Sermaye İşletmesi Yayınları*, Yayın No:57, Ankara 1995.

GÖZÜBÜYÜK, Şeref ve Feyyaz GÖLCÜKLÜ, *Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi ve Uygulaması- Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi İnceleme ve Yargılama Yöntemi*, Altıncı Bası, Ankara, Turhan Kitapevi, 2005.

GÖZÜBÜYÜK, Şeref, *Anayasa Hukuku, Anayasa Metni ve Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi*, Turhan Kitapevi, Ankara, 2006.

GÜVEN, Vesile, “Sağlık Hukukunda Tıbbi Kayıtların Tutulmasından ve Saklanmasıyla Doğan Sorumluluk”, Ankara 2016, s.24-26.

GEMALMAZ, Mehmet Semih, *Ulusalüstü İnsan Hakları Hukukunun Genel Teorisine Giriş*, 6. baskı, Legal Yayınları, 2007.

HAFIZOĞULLARI, Zeki, “İnsan Hakkı Olarak Kişilik Hakkı ve Kişilik Hakkının Korunması”, *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, C. 46, S. 14, 1997, s. 1-40.

HAKERİ, Hakan, *Tıp Hukuku*, Ankara 2013, s.752, 798.

HELVACI, Serap, “Kişiliğin Korunması ve Vesayet Hukuku”, Prof. Dr. Erdoğan Moroğlu’na 65. Yaş Günü Armağanı, Beta Yayın, İstanbul, 1999, s. 863-880.

HELVACI, Serap, *Kişilik İşlemi Hakları (Münhasıran Şahsa Bağlı Haklar)*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İÜSBE-Özel Hukuk, İstanbul, 1993

HELVACI, Serap, *Türk ve İsviçre Hukuklarında Kişilik Hakkını Korumaya Davalar*, Beta Yayın, İstanbul, 2001.

İKİZ, Fikret, Kişilik Hakları ve Özel Yaşam Gazetecilerin Korunması, Hak ve Özgürlükleri, *İstanbul Barosu Dergisi*, Mart 1999, C.73, S.1.

İLKUNUR, Serdar, *Radio ve TV Yoluyla Kişilik Hakkının İhlali ve Kişiliğin Korunması*, Ankara 1999.

İMRE, Zahit, “Şahsiyet Hakkının Korunmasına İlişkin Genel Esaslar, Özellikle İsim Hakkı ve İsim Hakkının Korunması”, Dr. A. Recai Seçkin’e Armağan, *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayınları*, No. 351, Ankara, 1974, s. 797-845.

İMRE, Zahit, “*Şahsiyet Haklarından Şahsın Özel Hayatının ve Gizliliklerinin Korunmasına İlişkin Meseleler*”, İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası, Ord. Prof. Dr. Sıddık Samı Onar Hatıra Sayısı, C. 39, S. 1-4, 1974, s. 150.

İZGİ, M. Cumhur, ”Mahremiyet Kavramı Bağlamında Kişisel Sağlık Verileri”, *Türkiye Biyoetik Dergisi*, C.1, S.1, Y.2014, s.33.

KABOĞLU, İbrahim Ö., *Kollektif Özgürlükler*, Dicle Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayınları, Diyarbakır, 1989.

KABOĞLU, İbrahim Ö., *Özgürlükler Hukuku*, İmge Yayınevi Ankara, 2002.

KAPANİ, Münci, *Kamu Hürriyetleri*, 7.Baskı, Ankara 1993.

KAPANİ, Münci, *Politika Bilimine Giriş*, Bilgi Yayınevi, İzmir, 1987.

KILIÇOĞLU, Ahmet M., *Şeref, Haysiyet ve Özel Yaşama Basın Yoluyla Saldırılarından Hukuksal Sorumluluk*, Turhan Kitabevi, Ankara, 2008.

KİLKELLY, Ursula, *Özel Hayata ve Aile Hayatına Saygı Gösterilmesi Hakkı, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinin 8. Maddesinin Uygulanmasına İlişkin Kılavuz, İnsan Hakları El Kitapları No: 1, Avrupa Konseyi İnsan Hakları Genel Müdürlüğü, Almanya 2001.*

KÜZECİ, Elif, *Kişisel Verilerin Korunması*, Ankara 2010, s.130.

LANGMACK,Hans, “Ceza Hukuku Açısından Hekimin Sır Saklama Yükümü”, çeviren; ERDENER, Yurtcan, *İÜHFM*, C.39, S.1-4, Y.1974, s.451-464.

OĞUZ, Habip, *İnternet Ortamında Kişilik Haklarının İhlali ve Korunması*, Adalet Yayınları, Ankara 2010.

OĞUZMAN, M. Kemal, Özer SELİÇİ, Saibe OKTAY ÖZDEMİR, *Kişiler Hukuku*, Filiz Kitabevi, İstanbul, 2009.

ÖNGÖREN, Gürsel, *TV ve Radyoda Kişilik Haklarına Saldırılara Karşı Hukuki Başvuru Yolları*, Der Yayınları, İstanbul.

ÖZAKMAN, Cumhur, “Özel Hayatın Gizliliği Hakkının Medeni Hukuk Açısından Korunması”, 18. Hukuk İhtisas Semineri: Özel Hayatın Korunması, *Polis Akademisi Yayınları*, No. 7, 18-20 Ekim 2002, s. 14-21.

ÖZBUDUN, Ergun, “*Anayasa Hukuku Bakımından Özel Haberleşmenin Gizliliği*”, Ankara Hukuk Fakültesi Ellinci Yıl Armağanı 1925-1975, C. I, Sevinç Matbaası, Ankara 1977, s. 265-295.

ÖZDEMİR, Hayrunnisa, Elektronik Haberleşme Alanında Kişisel Verilerin Özel Hukuk Hükümlerine Göre Korunması, Seçkin Yayınları, Ankara 2009.

ÖZEK, Çetin, *Basın Özgürlüğünden Bilgilenme Hakkına*, Alfa Basım Yayım Dağıtım, İstanbul, 1999.

ÖZOK, Özdemir, “Özel Yaşamın Gizliliği”, Kaybettiğimiz TBB Başkanları Anısına Panel, Türkiye Barolar Birliği, Ankara, 18.10.2008.

ÖZTÜRK, Bahri, “Özel Hayatın Gizliliği ve Arama”, *Manisa Barosu Dergisi*, Y. 11, S. 41, Nisan 1992, s. 4-12.

ÖZTÜRK, Bahri, “*Yeni Ceza Muhakemesi Hukukunun Yeni Ceza Muhakemesi Kanunu 5271 Sayılı CMK*”, Makaleler ve Seminer Notları, Adalet Bakanlığı, İnsan Hakları Bilgi Bankası, Eğitim Dairesi Başkanlığı, Ankara, Ocak 2005, s. 1-142.

ÖZTÜRK, Bahri, *Ceza Muhakemesi Hukukunda Koğuşturma Mecburiyeti (Hazırlık Soruşturması)*, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 1991.

ÖZTÜRK, Bahri, Erdem Ruhan ve Özbek V. Özer, Uygulamalı Ceza Muhakemesi Hukuku, 7. Baskı, Seçkin Yayınları, Ankara 2003.

ÖZTÜRK, Bahri, Uygulamalı Ceza Muhakemesi Hukuku, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayınları*, No: 46, 1994, Ankara.

ÖZTÜRKLER, Cemal, *Hukuk Uygulamasında Tıbbi Sorumluluk, Teşhis, Tedavi ve Tıbbi Müdahaleden Doğan Tazminat Davaları*, Ankara 2006, s.293-294.

ÖZSUNAY, Ergun, *Gerçek Kişilerin Hukuki Durumu*, Der Yayınları, İstanbul, 1982.

ÖZTAN, Bilge, *Medeni Hukukun Temel Kavramları*, Turhan Kitabevi, Ankara 2000.

SEVİMLİ, K. Ahmet, *İşçinin Özel Yaşamına Müdahalenin Sınırları*, Legal Yayınları, İstanbul 2006.

SIEGLER, Mark, “*Confidentiality in Medicine: A Decrepit Concept*” Bioethics: An Anthology, Edited by Helga Kuhse and Peter Singer, UK 2000, s.490.

SOMER, Pervin, *Tıbbi Kayıtlar*, III Sağlık Hukuku Kurultayı, Ankara 2010, s.528.

ŞEN, Ersan, “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Tasarısı’nın Anayasa ve Türk Ceza Kanunu Hükümleri Çerçevesinde Değerlendirilmesi”, *İstanbul Barosu Dergisi*, 2009, C.83, S.3, s.1197-1214.

ŞEN, Ersan, “Türk Ceza Muhakemesi Hukuku’nda Hukuka Aykırı Deliller ve Ceza Muhakemesi Kanunu’nun 135. Maddesinin Değerlendirilmesi”, *Yargı Dünyası Dergisi*, Temmuz 2006, S. 127, s. 9-22.

ŞEN, Ersan, “Türk Ceza Yargılaması Hukukuna Hakim Olması Gerekli İlke ve Esaslar”, *Polis Dergisi*, Sayı 36, Temmuz/Ağustos/Eylül, 2003, s. 238-239.

ŞEN, Ersan, *Devlet ve Kitle İletişim Araçları Karşısında Özel Hayatın Gizliliği ve Korunması*, Kazancı Yayınları, İstanbul, 1996.

ŞEN, Ersan, *Türk Hukuku’nda Telefon Dinleme Gizli Soruşturmacı X Muhbir*, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2009.

ŞEN, Ersan, *Yeni Türk Ceza Kanunu Yorumu*, C. 1 (m. 1-140), Vedat Kitapçılık, İstanbul, 2006.

ŞİMŞEK, Oğuz, *Anayasa Hukukunda Kişisel Verilerin Korunması*, Ankara 2008.

TANDOĞAN, Haluk, “Şahsiyetin Akit Dışı İhlallere Karşı Korunmasının İşleyiş Tarzı ve Basın Yoluyla Olan İhlallere Karşı Özel Hayatın

Korunması”, *Ankara Hukuk Fakültesi Dergisi*, 1963, C. 20, S. 1-4, s. 1-35.

TANERİ, Gökhan, *Uygulamadan Örnek Hükümlerle Türk Hukukunda Hekim Ceza Sorumluluğu*, Ankara 2014, s.317.

TEZCAN, Durmuş, “Bilgisayar Karşısında Özel Hayatın Korunması”, *Anayasa Yargısı Dergisi*, 8. Cilt, 1991, s. 385-392.

TEZCAN, Durmuş, Mustafa Ruhan ERDEM ve Oğuz SANCAKDAR, *Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi Işığında Türkiye’nin İnsan Hakları Sorunu*, Seçkin Yayınevi, Ankara, 2004.

TÖRENLİ ÇAKIROĞLU, Maral, “Hekimin Borçlarından Özel Olarak Sır Saklama Borcu”, *DEÜHFD*, C.12, S.2, Y.2010,s.170.

ÜZELTÜRK, Sultan, *1982 Anayasası ve İnsan Hakları Avrupa Sözleşmesine Göre Özel Hayatın Gizliliği Hakkı*, Beta Yayın, İstanbul 2004.

YEŞİLYURT, Allı, Hastanın Kişisel Verilerinin Korunması ve İdarenin Yükümlülükleri, *Erciyes Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, C.IX, S.2, 2014.

YILMAZ, Sabire Sanem, “*Tıp Alanında Kişisel Verilerin Açıklanması Suçu*”, Ankara 2017.

YÜCEL, Mustafa Tören, *Hukuk Felsefesi*, Başkent Matbaası, Ankara, 2005

YÜZBAŞIOĞLU, Necmi, *Soru ve Yanıtlarla Anayasa Hukukunun Temel Kavramları ve Türk Anayasa Hukuku*, Turhan Kitapevi, Ankara, 2003.

Prof. Dr. Sedat IŞIK (Oturum Başkanı)- Sayın Dağsalı çok teşekkür ediyoruz.

Değerli katılımcılar hiçbir konuşmacının süresine müdahale etmek gibi bir tavrim olmadı; çünkü o kadar güzel şeyler söylediler ki, o kadar önemli vurgular yapıldı ki, sabrınızı zorladık. Biraz daha zorlayacağız ve muhtemelen 17:00'da bitirmeyeceğiz.

Bazı sorular var, bu sorulara geçmeden evvel, hatta bir soruyla da ilişkili, örneğin; sağlık haberciliğinde ölçsüz reklam ve haksız rekabet cezai yaptırımlara rağmen neden önlenemiyor?

Bu çok önemli bir soru diğerleri gibi, ben 19 yıldır Yüksek Sağlık Şûrası üyesiyim, Yüksek Sağlık Şûrasının ele almak durumunda olduğum konular arasındadır bu, zaman zaman tartışılmıştır. Zaman zaman Bakanlık çeşitli kurumlar aracılığıyla bazı girişimlerde de bulunmuştur. Ne var ki ölçsüz reklam ve haksız rekabet tüm kişi ve kurumların büyük bir duyarlılık göstermeleri gereken sağlık alanında olanca hızıyla devam etmektedir.

Yazılı ve görsel basında bugün yaşadığımız gerçek bu! Peki ne çözer bunu? Toplumsal bilinç çözer, nerede o toplumsal bilinç? Bekleyeceğiz!

Şimdi önce Sayın Başkandan başlayalım, kendisine verdiğimiz sorularla yanıtlamaya geçelim.

Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU- Teşekkürler.

Bana gelen soru şöyle: Sağlık haberlerinin yanlış yönlendirmelerinden kaynaklanan çatışmaların ve suçların mahkemeye taşınma sıklığı nasıl? Ülkemizde maddi, manevi sorumluluğu bulunan yayın sahibi ya da haberi kaleme alan kişilere karşı davalar açılabilmesine dair toplumda yeterli bilinç mevcut mu, bitkisel takviyeler gibi!

Şimdi burada konuyu iki yönde ayırmam lâzım; sağlık haberlerinin yanlış yönlendirmelerinden ve yanlış haber ya da gerçeğe aykırı haber vesaire konusunda bir sağlık profesyonelleri, bir de vatandaş olarak dava hakları var. Benim bir uygulayıcı olarak en sıklıkla karşılaştığım bu tür yayınlara ilişkin sağlık profesyonellerinin açtıkları davalar daha yaygın. Çünkü buralarda birtakım sivil toplum kuruluşları, uzmanlık dernek-

leri gibi bilinçlendirme, bilimsel çalışmaların yapıldığı alt komisyonlar basındaki bu haberlerin derlendiği mekanizmalar daha profesyonel bir şekilde işliyor. Bu konuda bilgimde olan bir hukuksal süreçte şunlar yaşandı; bir internet sitesinde, bir kısım uzman hekimlerinin fotoğraflarını paylaşmak suretiyle, hiçbir şekilde desteklenmeyen, bilimselliği ispatlanmamış, adını belki besin takviyesi olarak söyleyebileceğimiz, Tarım Bakanlığı ruhsatlı bir ürün, “bir mucize” olarak tanıtılıyor ve fotoğrafı yayımlanan uzman hekimler bu ürüne ödül vermişler, bu ürünü reçete ediyorlarmış gibi de tanıtılıyor. Haberdeki uzmanların yer aldığı uzmanlık derneği hemen harekete geçerek, toplumsal görevleri ve hekimliğe aykırı olması sebepleriyle bu konuda ciddi refleks geliştirdi ve bu haberlere ilişkin davalar açıldı.

Benzer yayınlardan zarar gören vatandaş yönünden bu bilinci oluşturabilmiş durumda mıyız, emin değilim. Çok trajikomik bir örnek ben yaşadım. Ben bir “A” ilaçları, tedavi yöntemi yönünden yapılan gerçek dışı ve yanıltıcı birtakım yayınlara ilişkin hukuksal müracaatlar yaptım. Bunun için uğraşıyorum. Bilimsel makaleleri, uzman görüşlerini topladım, üzerinde çalışıyorum. Annemde hekimin reçete ettiği ve kullanması gerektiğini belirttiği bu A ilaçlarından kullanması gereken bir kişi ve kullanıyor. O gün televizyona bu ilacın kullanılmaması gerektiğine ilişkin bir hekim konuşma yapıyor, doktor hanım çıkıyor, -adı gerekli değil-, “bunu kullanmak gerekli değildir, bunlar son derece hastalara zarar verir” demiş. Annem beni aradı telefonla, ben de bu esnada dilekçe yazıyorum, ürünün neden kullanılması gerekir ve kullanması gerekenler kimlerdir diye, dilekçemi bağlamaya çalışıyorum; hekim reçete etmişse hasta bu ilaçları kullanmalıdır yoksa sağlığı tehlikeye girer vs . Annem “Berna bunu kullanmamam lâzımmış, bir Hocaya sor ben az evvel televizyonda izledim, doktorgerekli değil” diyor. Güler misiniz, ağlar mısınız?

Ben annem yönünden bunu kendi hekiminin verdiğini, televizyona çıkan hekimin hastası olmadığını anneme anlatarak konuyu çözümledik. Ama yazdığım dilekçede ve devam eden hukuksal süreç içerisinde, televizyona çıkan o hekimi dinleyip, A ilacını kullanmadığı için zarar gören ya da aynı programı izleyip tedavileri aksayan zarar gören bir vatandaş dava açmak yönünde hiç istekli olmadı. Onlara “buradan siz de zarar gördünüz ve sizin de birtakım talep haklarınız var” dedik. Burada

istatistiksel bilgiyi bilmiyorum, benim gördüğüm, daha çok sağlık profesyonellerin bu tür haksız yayınlara ilişkin daha duyarlı oldukları.

Devrim AYDIN- Çok güzel bir soru gelmiş. Soru şöyle: Ceza hukuku açısından doğru olmayan sağlık haberciliğinin ayrı bir suç oluşturmadığını ve ceza sistemi açısından testi örneğini vererek, “testi kırılmadan cezalandırılmayacağını” söylediniz. Ancak, mevcut ceza hukuku sisteminde neticenin suçun bir unsuru olduğu, ancak her suç açısından bu unsurun bulunma zorunluluğu olmadığı kabul edilir. Bu kapsamda değerlendirildiğinde, doğru olmayan yanlış sağlık haberciliğinin de ayrı bir suç olarak düzenlenebileceğini ve neticesiz suç olarak nitelendirmesinin yapılabileceğini söyleyemeyiz mi?

Doğru, güzel bir soru teşekkür ederim.

Hukukçu olmayanlar için hızlıca cevaplayayım. Bir davranışın cezalandırılması için kimi suçlarda doğal, tabii, fiziki anlamıyla değişikliklerin olması gerekir. Örneğin yangın çıkarma, mala zarar verme, yaralama ve öldürme davranışının neticelerini fiziki dünyada görüp, hesaplayıp görebilir ve matematiksel sonuca gidebiliriz. Biz buna ceza hukukunda neticeli ya da sonuçlu suçlar deriz. Kimi suçlarda ise yasaklanan ve cezalandırılan davranış fiziki, tabii alemde değişiklik doğurmaz. Biz ceza hukukunda bunlara da sırf davranış suçu ya da neticesiz suç ya da şekli suç deriz. Bunun tipik örneği hakaret ve tehdit suçlarıdır. Örneğin, “seni öldüreceğim bir gün” dediğinizde davranış gerçekleşmiştir, fail tehdit nedeniyle cezalandırılabilir; ama tehdide konu değerın ortadan kalkmış olması, örneğin mağdurun öldürülmesi beklenmez. Mağdur öldürüldüğünde artık insan öldürme suçu söz konusu olur zaten. Nitekim, Türkiye’deki tartışmalar üzerine Basın Kanunu’nun 20. maddesinde; “cinsel saldırı, cinayet ve intihar haberlerinin verilış biçimi nedeniyle” basın yayın organlarının sorumluluğuna gidilerek para cezası öngörülmüştür. Sadece sayılan o üç haberde; cinsel saldırı, cinayet ve intihar haberlerinin verilış biçiminde, eğer haberin verilış sınırı aşılmışsa ya da okuyucu bu üç suça özendirilmişse basının cezai sorumluluğu olmaktadır. Haklı bir öneri, düşünülebilir, düşünülmelidir. Sağlık, tedavi ve ilaç kullanımı ile ilgili yanlış, yanıltıcı haberler de bu kapsama alınabilir. Basın Kanunu’ndaki bu tahdidi düzenleme nedeniyle şu anda netice gerçekleşmeden ölüm, yaralanma gerçekleşmeden yanlış sağlık haberi

verilmesinin cezalandırılma olanağı yok. O yüzden bu fiilin de Basın Kanunu m.20 kapsamına alınması düşünülebilir. Kanun koyucu, Türkiye Büyük Millet Meclisi, belki de bir gün sağlık haberlerinin doğru biçimde verilmeyişi veya yanıltıcı biçimde verilmesi sonucunda okuyucunun hatalı tedaviye yönlendirilmesini de 20. madde kapsamına alarak basının sorumluluğu yoluna gidebilir.

Bülent DAĞSALI- Sağlık kuruluşlarında hasta isimleri ışıklı tabelada hasta muayene sırası olarak ilan ediliyor ve herkes tarafından görülüyor, bu ne kadar yasaldır?

Kişisel Verileri Koruma Kanunu'na aykırı bir kere bu, yani bankalarda biliyorsunuz numara veriliyor ve anonim haline getirilmesi lâzım, isminin yazması Kanunun ruhuna aykırı.

Kişisel verilerin korunması yabancı hastalar içinde geçerlidir değil mi ya da hastanın Türk veya yabancı olması ayrı var mıdır? Sağlık turizmi açısından acente görevlisinin kişisel bilgileri görmesi ne kadar etikdir?

Kişisel Verileri Koruma Kanunu'nun dayanaklarından bir tanesi de 108 Sayılı Avrupa Birliği Sözleşmesidir; dolayısıyla onları da kapsıyor. Öyle bir ayırım yok zaten, Türk ve Avrupa Birliği vatandaşları için uygulanıyor.

Sağlık turizmi acente görevlisinin kişisel bilgiyi görmesi etik değil; çünkü veri sorumlusu mu, veri işleyen mi? Bunu bir kere resmi ve özel kurumların hepsinin belirlemesi lâzım, yani belirlememişse de kanuna göre süre geçiyor ama belirlenmesi lâzım.

Bankalar bu konuda çok aktif, yani onlar gönderiyor. Hepinizin malumudur cep telefonlarınıza geliyor, kişisel verileri koruma kanunu çerçevesinde şunlar deniliyor, işte onlar bu sorumluluklarını yerine getiriyorlar.

Hasta sağlık kuruluşuna T.C. numarasıyla başvurulduğunda tüm kimlik bilgileri, adresi, telefonuna otomatik olarak ulaşılmakta ve bazı kurumlarda başvuranın resmi de çekilmektedir.

Şimdi Sağlık Bakanlığı'nın istisnası var, biraz önce arz ettim Kişisel Verilerin Koruma Kanunu'nda işlenmesiyle ilgili, o çerçevede bütün

sağlık bilgilerinizi alıyor. Ama bu bilgileri alırken sizi aydınlatmak durumunda, yani “ben bu bilgileri bunun için alıyorum” demek zorundadır. Resminizi niçin alıyor? O da bu biyometrik yöntemlerle ilgili arz ettiğim bilgi çerçevesinde alıyor, Anayasa Mahkemesi iptal ettiği için biyometrik bilgileri de alıyor. Ama bu bilgileri 10 yıl saklıyor.

Onayınız olmazsa muayene olamazsınız, mecburen onay verilmektedir. Daha sonra doktorlar da kendini korumak için tüm tıbbi bilgileri sisteme işlemektedir. Bunlar içinde de cinsel bilgilerin de kadın-doğum branşına yazılması bazen gerekmektedir ya da psikiyatride cinsel tercih belirtilmektedir. Ziegler bir hastanın 75 kişi tarafından incelendiğini örneklemiş, “e-nabız” ile de hepsi dijital ortamda görülebilmektedir, hekim sorumluluğu nerede başlar, nerede biter?

Şimdi bu Kişisel Sağlık Verilerinin Mahremiyetinin Sağlanması Hakkındaki Yönetmelik’te hekim veri işleyen durumundadır. Dolayısıyla söylediğim gibi, o Yönetmeliğin 6’ncı maddesine göre veri işleyen sorumlulukları; kişisel sağlık verilerinin hukuka aykırı olarak işlenmesini önlenmek, kişisel sağlık verilerinin muhafazasını sağlamak amacıyla uygun güvenlik düzeyini temin etmeye yönelik gerekli her türlü teknik ve idari tedbirleri almak, bu tedbirlerin veri sorumlusu tarafından denetlenmesine izin vermektir. Veri işleyen bu görevinin gereği olarak öğrendiği kişisel verileri, Kişisel Verileri Koruma Kanunu hükümlerine aykırı olarak başkasına açıklayamaz, isteme amacı dışında kullanamaz, bu yükümlülüğü görevden ayrılmasından sonra da devam eder.

Kişisel sağlık verilerinin kanuni olmayan yollarla işlenmesi halinde veri sorumlusu bu durumu en kısa zamanda Kişisel Verileri Koruma Kurulu’na bildirir. Doktorlar veri işleyen durumda şu anda, yani bu şeye göre öyle. Ama bence hastanelerde bir veri sorumlusu, sorumluluk onda olacak, hekimlere de ilk müracaat ettiğiniz zaman resepsiyondaki kişilere de hangi bilgileri nereye ne kadar işleyeceği, aydınlatma, rızayı alma konularında da bilgilendirilmesi lâzım. Anladığım kadarıyla Sağlık Bakanlığı bu işi veri işleyenlere yüklemiş.

Prof.Dr. Sedat IŞIK (Oturum Başkanı)- Çok teşekkürler sağ olun. Bir soru daha var, ondan sonra soru almayacağız izninizle.

Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU- Hemen kısaca cevapla-

maya çalışayım. Soru şu;

Cenin kişi olmadığı için bunun genetik verileri, genetik verilerine göre de herhangi bir kişinin öğrenilmesini istenmeyeceği bir özellik varsa birey olduğunda geriye dönük olarak şikâyet hakkı doğar mı?

Tıbben biliniyor ki, daha embriyonun ilk oluşumunda bir ömür yetecek genetik kodlarla hayat başlar. Fakat hukuken bu aşamada hukuki hayat başlamaz, yani tıbbi hayatın başladığı evre oldukça erken olmakla beraber ancak doğduğunda sağ ve tam doğduğunda hukuk artık cenini bir birey olarak kabul eder.

Bu sebeple de ceninin talep hakları esasen Medeni Kanun'da hak ehliyetine tam ve sağ olarak doğması durumunda elde etmekle beraber, fiil ehliyetini ancak rüşt ile, 18 yaşının doldurmasıyla kazanacaktır. Dolayısıyla, ceninin kişilik haklarına yönelik olarak bu tür saldırılar için öncelikle talep hakları anne-baba, yani velayet hakkı sahiplerince kullanılabilen haklardır. Bazen ebeveynlerin farklı farklı kararlarda olduğu, bu sebeple çocuğun zarar gördüğü olaylarda ise, esasen mahkemeden çocuk için bir karar istenilmesi gerekir. Çünkü, bazen bir tıbbi müdahaleye, bir işleme bir taraf izin verirken bir taraf vermeyebilir. Böyle bir olay ceninin verileri yönünden de olabilir, düşünün dünya görüşü birbirinden çok farklı bir anne baba, bir tanesinin dünya görüşü yönünden o bilginin açıklanması son derece rahatsız edici, diğer taraf açısından onun paylaşılması hiçbir şekilde önemli değil. Bu iki dünya görüşü anne baba yönünden çatışabilir, fakat bizler biliyoruz ki gerçekten yaşama geçirildiğinde bu bir hak kaybına sebep olacaktır. Ama bunu doğrudan hukuk mekanizmasının işlemesine elbette imkân yok.

Evet, doğduktan sonra kendisinin cenin olduğu aşamada birtakım bilgilerinin bu şekilde haber edildiği durumda, evet kimlikleri açıklanırsa anne-baba bu çokta zor bir şey değil, matufiyet hemen kurulabilir ve bir zarar oluşabilir, ben açılmaz demiyorum.

Saygılar.

Prof. Dr. Sedat Işık (Oturma Başkanı)- Çok teşekkür ederiz.

Tabii madem oturumu yönetiyoruz o son söz bize düşer ve bende o son söz hakkımı kullanacağım.

Bütün bu konuştuğumuz konuların bana göre temel kavramı, taşıyıcı kavramı, insanın değeri kavramıdır ve kılavuz da insanın değerinin bilgisidir. Eğer biz hukuki düzenlemeleri yaparken ya da hukuk uygulamalarını yürütürken insanın değerinin bilgisiyle yola çıkarsak, kılavuz olarak insanın değerinin bilgisine başvurursak etik anlamda kusursuz işler yaparız ya da etik kusursuzluğa ulaşırız diye düşünüyorum.

Ben her zaman öğrencilerimle konuşurken, siz eğer etik anlamda herhangi bir kusur işlemezseniz büyük olasılıkla akademik anlamda da kusur işlemeyeceksiniz; çünkü sizin akademik duyarlılığınızı da belirleyecek olan etik duyarlılığınızdır, derim.

Eğer etik kusurlarınız yoksa, akademik kusurlarınız yoksa hukuki kusurlarınız da olmayacaktır; çünkü siz yetersiz mevzuatı da en mükemmel şekilde uygulayabilecek kişiler olacaksınız.

O zaman bitirirken eğer okumamış olanlar, görmemiş olanlar varsa Onur Hamzaoğlu konusunu sevgili Hocam söylediğinde aklıma geldi, Profesör Harun Tepe'nin "Teorik Etik" ve "Pratik Etik" kitaplarını öneririm.

Hemen her kesimde yer tutmuş Türk okumaşunun en önemli eksiklerinden birisi, etik bilincinin yeterince gelişmemiş olmasıdır. Bunu açık yüreklilikle söylemek ve kabul etmek gerekiyor. Harun Tepe'nin bu kitapları, bu alandaki açığı giderecek gibi görünüyor.

Katılımınız için hepinize teşekkür ederim.Sağ olun.



Üçüncü Oturum Konuşmacılar ve Katılımcılar Toplu Fotoğraf Düzeni



VII. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

İKİNCİ GÜN OTURUMLARI

(02 Aralık 2017)

**Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği,
Alternatif Uygulamalar Hukuksal Yaklaşımı**



VII. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

Dördüncü Oturum (02 Aralık 2017)

Oturum Başkanı	Av. Hamit BAYKARA (Ankara Barosu Yönetim Kurulu Üyesi-Sağlık Hukuku Koordinatörü)
Konuşmacılar	Dr. M. Zafer KALAYCI (Sağlık Bakanlığı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanı) Prof. Dr. Nesrin ÇOBANOĞLU (Gazi Üniversitesi Tıp Etiği ve Tıp Tarihi Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi) Doç. Dr. Hakan Volkan ACAR (Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi)



Dördüncü Oturum-Oturum Başkanı ve Konuşmacılar

Sunucu- Sayın Başkanım, değerli konuklar; Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu'nun düzenlemiş olduğu VII. Sağlık Hukuku Kurultayının ikinci gününe hoş geldiniz.

Dün gerçekten çok verimli bir birinci gün geçirdik. Dün ile ilgili kısa bir özet sunmak istiyorum.

Sağlık haberciliği hukuk ve etikle direkt bağlantılıdır. Kuşkusuz bunun çözümü etik kurallardadır. Gazetecilerin etik ihlallerinin önüne geçmek için mesleki örgütlenmeler önerilmekteyse de bunun ifade özgürlüğünü sınırlandırıcı olması nedeniyle tercih edilmemektedir. Bu nedenlerle basın kuruluşları kendi içerisinde özdenetim yapmaya çalışmaktadır. Basın Konseyi bunlardan en başta gelenidir ve ayrıca ombudsman mekanizmaları da çalıştırılmaktadır. Su katılmış haberlerin önüne geçmek için medya-tüketici refleksi çok önemlidir. Sağlık haberciliğinin bir uzmanlık alanı olarak okutulması sağlanmalıdır. Ayrıca bir uzmanlık alanı olarak okutulması sağlanmalıdır. Ayrıca bir ucunda baro, tabip odası, üniversite, Sağlık Bakanlığı olan sağlık haberlerini izleme/gözleme mekanizması kurulmalı ve ödüllerle teşvik edilmelidir. Sağlık haberleriyle ilgili okurlardan gelen eleştirilerin öncelikle medya kuruluşunun yönetimine iletilmesi çözümde çok etkilidir.

Benzer şekilde dijital yayınlarla da ilgili olarak iç denetim mekanizması bulunmaktadır. Avukatların sağlık haberleri konusundaki yanlışları düzeltmek için yargı yoluna başvurmadan önce daha kısa ve etkin çözüm bulmak için bu denetim sistemine müracaatları uygun olacaktır. Daha kısa çözüm alınmasını sağlayacaktır.

Sağlıkla ilgili mizah yazısı yazılamaz; çünkü sağlık haberleri toplumu önemli ölçüde yönlendirecek haberlerdir ve asla hafife alınmayacak bir konudur, bu konuda boş umutlar verilmemelidir. Gazetecilik etiği bunu gerektirir. Ayrıca gazeteci ticari amaçlara alet olmamalıdır. Gazeteci tıpla ilgili haberlerde yeterince araştırma yapmadan haber yapmamalıdır. Özellikle haberde diğer tarafı da dinlemelidir. Sağlık haberlerinde doktorlarla iş birliği yapılmalıdır. Sağlıkta birbiriyle çelişen haberlerden kaçınılmalıdır. Sağlık haberciliğinde temel sorunlardan birisi kamu yararı yerine ticaretleşmenin öne alınmış olmasıdır.

Sağlık okuryazarlığı bilinci geliştirilmelidir. Gazeteci ne kadar nitelikli olursa toplumda o kadar nitelikli bilgilendirilir. Sağlık haberleri iki kitleye hitaben yapılır; ilki sağlık profesyonelleri, diğeri de halktır. Okuyucudan gelen geribildirimler gazetecileri geliştirir.

Haber başlıklarında şifa, deva, evde yapılan doğal güzellik, detoks kelimeleri varsa arkasında bir PR ve ticari kaygılar olduğu kesindir. Bunların hukuken sınırlandırılması zorunludur.

Zayıflama ilaçları konusunda Sağlık Bakanlığı bir kısım önlem almıştır, ancak yeterli değildir. Bitkisel, güvenli ve mucizevi kelimelerine de dikkat edilmesi gerekir. Gazetecinin vicdani sorumluluğunu taşıması zorunludur.

Sağlık programları para karşılığı yapılmaktadır; ünlülerin yaşam koçu olması, sağlıklı yaşamı anlatması tamamen rant karşılığıdır.

Dijital medyada hukuki sınırlandırmalar olmalıdır.

Anne blokları da çok tehlikelidir; çocukları sosyal medyada paylaşılarak para kazanan anneler çocuk istismarına aracı olmaktadır.

Bilim haberlerini yazan gazetecinin niteliklerini artırmak gereklidir. Yurtdışında uzmanlaşan gazetecilerin blokları mevcuttur, bunun yaygınlaşması önemlidir. Sağlık haberleri yapan kişinin niteliklerinin araştırılması önemlidir. Bakıldığında çoğu hekim olmadığı görülmektedir. Futbolcu transferi gibi bilim adamı transferi de gereklidir.

Tıp sosyal bir bilimdir, sosyal tıp alanında çalışılırsa halkın cehaleti engellenebilir. Sağlık hukuku; hasta hakları ve biyo etikten oluşmaktadır. İnsanlara sosyal tıp bakış açısı verirse yanlısı yönlenebilir önleyebiliriz, kişisel hikayelerle de bu gerçekleştirilebilir.

Suriyeliler Nisan 2011 yılında geçici koruma statüsünde Türkiye'ye kabul edilmiş olup, mülteci statüsü verilmemiştir. Fakat aradan geçen zaman gözetildiğinde geçicilik konusu pekte mümkün bir zemin oluşturmamaktadır.

Göç meselesi durağan ve statik olarak kavranırsa çözüm üretilemez.

Sağlık tam bir iyilik halidir, sadece fiziksel algılanmamalı, ruhsal ve

sosyal açıdan da bakılmalıdır. İletişim temel bir gereksinimdir ve bilgi paylaşımı yoluyla sembolik kapasite içinde yapılır.

Başvuran/hekim iletişimi açısından iyi iletişim kurmak, bilgi paylaşmak, hastaları, başvuranı karar mekanizmasına dahil etmek önemlidir.

Hastalarla iyi iletişim kurulduğunda tatmin, önerilere ve tedavilere yüksek uyum oluşur. İletişim başarılı değilse başta gerginlik oluşabilir. İş yükü fazlalığı, şiddet korkusu, gerçekçi olmayan hasta beklentileri buna sebep olabilir.

İyi iletişimin önündeki engeller içerisinde hekimin iş yükü fazlalığı, uzun çalışma saatleri, postravmatik stres bozuklukları sayılabilir.

Şiddet gerçeği önemli bir sorundur. Bu sorun sadece doktorları değil diğer sağlık çalışanlarını da ilgilendirmektedir. Çözüme yönelik çalışmaya ihtiyaç vardır.

Sağlıkta iletişim sorunları ceza yargılamasına; hakaret, tehdit, yaralama eylemleri olarak yansır. Yüzde 60 oranında hakaret ve tehdit suçları işlenmektedir.

Demokratik toplumlarda basının görevi kamu yararını görevlendiren olay ve konularda haber ve bilgi vermek, açıklama yapmaktır, toplumu aydınlatmak ve kamuoyu oluşturmaktır. Etik kurallara uygun, doğru ve gerçek haber vermektir. Yanlış haber verilirse bu düzeltilmelidir. Sağlık muhabirliği Türkiye’de oturmamış bir alandır ve özel eğitim gerektirmektedir. Kanıta dayalı, etik ve objektif olmalıdır. Bilgi veren doğru seçilmeli, okuyucu kitlesinin ortalama zekâya sahip olduğu düşünülmalıdır.

Sağlık haberinin yanlış verilmesi halinde failin kusurlu olması kasıtlı hareket etmiş olmasına bağlıdır. Özensiz davranışla, yani taksirle de sonuç gerçekleşebilir. Nedensellik bağı mutlaka olmalıdır. Bir haberin verilmesinde bilerek ve isteyerek gizleme halinde de suç oluşmaktadır.

Günümüz modern veri işleme teknik ve araçlarının da yardımıyla bireyin kişisel verilerinin sınırsız olarak toplanması, kullanılması, işlenmesi ve devredilmesi karşısında bireyin korunmasını amaçlayan ve kişisel verileri üzerinde belirleme hakkını güvence altına alan kişi-

sel verilerin korunması hakkı Anayasa Hukuku açısından esas olarak insan onuru bağlantısıyla kişiliğin serbest geliştirilmesi hakkıyla temellendirilmektedir. Kişisel Sağlık Verilerinin Mahremiyetinin Sağlanması Hakkındaki Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik 24 Kasım 2017 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir.

Bu yönetmeliğe göre kişisel sağlık verisi kimliği ya da belirlenebilir gerçek kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığına ilişkin her türlü bilgiye kişiye sunulan sağlık hizmetiyle ilgili bilgiler şeklinde tanımlanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı ülkenin sağlık politikasının belirlenmesi, eksikliklerin ve sorunların bulunduğu alanların tespiti ve benzeri araçlarla çeşitli kişisel verilere ulaşabilmektedir. Bu nedenle Bakanlık tarafından istenilen verilerin de talep edilmesinde hukuksal bir sorun bulunmamaktadır. Bununla beraber bu talepteki hukuksal sorun, bütün kimlik ve adres iletişim bilgileriyle bu verilerin talep edilmiş olmasıdır. Bu veriler anonim olarak istendiğinde herhangi bir hukuki sakınca oluşturmaz. Fakat kimlik ve iletişim bilgileriyle bu verilerin depolanması büyük sınırlar doğuracaktır.

Bu meyanda kişisel sağlık verilerinin korunması hususunda, Kişisel Verilerin Korunması Kanunu’nun geçiş hükümleri başlıklı geçici maddesinde belirtildiği üzere 7 Nisan 2016’dan önce işlenen veriler, 6 Nisan 2018 tarihine kadar Kanun’a uygun hale getirilmelidir.

İfade özgürlüğü, demokratik bir toplumun asli temellerindendir ve bu toplumun ilerlemesinin ve her bireyin kendisini gerçekleştirmesinin temel koşullarından birini oluşturur. Ancak gerek ulusal, gerekse uluslararası düzeyde kişiye yönelmiş her türlü saldırı yasaklanmış ve yaptırıma bağlanmıştır.

Hukuki sorumluluk; gazete veya dergi içeriğinden doğan tazminat sorumluluğu başta olmak üzere özel hukuka ait yaptırım sorumluluğunu ifade eder.

Basın özgürlüğüyle kişilik değerlerinin karşı karşıya geldiği durumlarda hukuk düzeninin çatışan iki değeri aynı zamanda koruma altına alması düşünülemez. Bu iki değerden birinin diğerine üstün tutulması gerektiği, bunun sonucunda da daha az üstün olan yararın, daha çok üstün tutulması gereken yarar karşısında, o olayda veya o an için koru-

masız kalmasının uygunluğu kabul edilecektir. Bunun için temel ölçüt kamu yararadır.

Değerli konuklar, bugün çok farklı bir konu seçtik; özellikle Sağlık Hukuku Kurulumuzda bu konuyu seçerken şunun üzerinde durduk, son dönemde Türkiye’de hekimler çok hızla yeni çıkan yönetmeliği de esas alarak bu alanda, yani tamamlayıcı tıp alanında sertifika sahibi olmakta ve bu uygulamalar oldukça yüksek olarak ön plana gelmek zorundadır. Dolayısıyla, bunun da hukuksal yerini belirlemek çok önemliydi. Bizde belki de ondan daha hızlı, kendi tıbbi gelişiminden daha hızlı hukuksal gelişimi de oluşturmaya çalışıyoruz.

Bu nedenle bugünkü konularımız bu alan üzerinde, özellikle şimdi 4’ncü oturumu açarken konumuz; geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları yönetmeliği, alternatif uygulamaların hukuksal yaklaşımı.

Av. Hamit BAYKARA (Oturma Başkanı)- Sayın Baro Başkanım, çok değerli hekim dostlarımız ve meslektaşlarım; öncelikle hoş geldiniz diyorum.

Dün burada sağlık haberciliğini uzun süreler görüştük. Bugün de geleneksel veya diğer ismiyle tamamlayıcı tıp konusuyla arkadaşlarımız görüşlerini sizlere iletecekler.

Ben öncelikle bu iki günlük hazırlığın gerisinde çok yoğun emekleri olan değerli Kurul üyesi arkadaşlarıma teşekkür ediyorum.

Şimdi arkadaşlar, modern tıp çok gelişmiş olmasına rağmen, teknolojinin bu kadar gelişmesine rağmen hekimlerimizin ve insanlarımızın çaresiz kaldığı durumlar her zaman için var olmuştur.

Bu çaresizliği nasıl giderelim, çaresiz insanın nelere başvuracağını, hangi boşluklar oluşacağını, bu boşlukları nasıl kontrol altına alacağımızı bugün burada tartışacağız.

Geleneksel tıp deyince aklıma yaşadığım bir olay geldi; yaş olarak sanıyorum ki bu salonda en büyüklerden birisiyim. Suyu elektriği olmayan bir köyde doğdum ve bu çaresizlikle ilgili hiç unutamadığım bir olayı size aktarmak istiyorum. Bazı arkadaşlarım için çok anlamlı olmayabilir; çünkü çok gerilerde kaldı bu tür şeyler sanıyorum, ama yine hâlâ dokto-

ra ulaşmanın bir sorun olduğunu da biliyorum. Şimdi bir gün bu 60'lı, 1970'li yıllar, ilkokul öncesi çağda 1.000 nüfuslu falan bir köy sabahleyin ağıtlarla uyandık ve köy meydanına toplandık, iki tane genç ava gidiyorlarmış, ağızdan dolmalı saçmalı av tüfeğiyle tek namlulu, tetik düşmüş ve saçmalar genç insanın karın boşluğuna dolmuş. Kışın kar da yağmış, köy meydanında genci bir tabutun içerisine uzatmışlar, önden 10 kişi karları yarararak şoseye ulaştırmak için yola çıktılar. Şimdi ilginçtir, o meydanadaki insanların hiçbirisi yerinden kıılmıdamadı, şimdi düşünüyorum da herhalde sonucu biliyorlardı. Sonra kan kaybından genç öldü ve mezarlığa gidildi. Yani o zaman doktor Kaf Dağının arkasında bir yerdeydi, ulaşmak da mümkün değildi. O zaman, o dönemde, o coğrafyada bunu gidermek için “ocaklar” diye tanımlanan, ailelerin belli hastalıklar konusunda uzman oldukları ocaklar oluşmuştu.

Bunu daha önce değerli arkadaşlarımla da paylaştım, sevgili Volkan o konuda da bir çalışma yapıyormuş, bunun varlığının ayrıntılarını da konuştuk bu bir gerçek. Sonra bu ocaklara insanlar gidiyorlar, hastalığı neyse o ocaklarda gidermeye çalışıyorlar. Bu ocak dediğimiz yerler babadan oğula geçerek oluşuyor. Yani, bir bilgi birikimi var, ne kadar varsa bilgi, dini bir ritüel var, inanç var, çaresizlik var; tüm bunları düşündüğümüz zaman arkadaşlar ben tamamlayıcı tıp diyeceğim, tamamlayıcı tıbbi inkar etmemiz mümkün değil. Sadece ve sadece bunu kontrol etmemiz lâzım, yani onunla aramıza duvar öremeyiz. Tabii ki bin türlü şarlatan çıkıyor, bin türlü kötü niyetli insan çıkıyor, aklımda yanlış kalmadıysa mucize doktorlar çıkıyor, hekim olmayan değişik alanlarda uzmanlığı olan veya belki de eğitimi olmayan insanlar çıkıyor ve bunlar çaresiz insanlar için inandırıcı oluyor.

Bunlar başka amaçlarda da kullanılıyor.

1980'li yıllarda aklıma kalan bir “zakkum” olayı vardı, “zakkum Ziya” diye de isimlendiriliyordu. Ama asıl orada bir siyasi kararın halkın gözünden kaçırılması amacıyla o gün tek kanallı bir televizyonda bangır bangır bütün gün bu konu işlendi. Ama o sırada halkın aleyhine ekonomik ve siyasi birtakım kararlar alınmıştı, bunlar “kuşa bak, kuşa bak” diye halkın gözünden kaçırılmak amacıyla kullanılmıştı.

Söyleyeceğim şey şu: Bu alan değişik kötü niyetlerle kullanılmaya çok açık bir alan, ama yine söylediğim gibi önemli olan biz burayı fay-

dalı kılmak, yok saymamak ve boşluk oluşturmamak durumundayız.

Bu konuyla ilgili konuşmacı olarak öncelikle sevgili Zafer Kalaycı arkadaşşıma sözü vereceğim. Arkadaşlarım, konuşma sürelerimiz 20'şer dakika olacak ve sorularımızı yazılı olarak vereceğiz; çünkü kayda girmemiz lâzım.

Teşekkür ediyorum.

Buyurun Zafer Bey.

M. Zafer KALAYCI- Saygıdeğer Ankara Baro Başkanım, değerli hazirun, saygıdeğer misafirlerimiz; Cumartesi sabahı güzel bir kalabalık, hepinize hoş geldiniz diyorum.

Öncelikle saygılarımı iletiyorum.

Geleneksel tamamlayıcı tıp konusunu Ankara Barosu'nda hukukçularla birlikte paylaşacağız, bizim de çok istediğimiz konulardan birisiydi.

Sizin değerli görüşlerinizi, bize katkılarınızı inşallah daha sonraki dönemde bekliyoruz.

Öncelikle, aynı zamanda giriş yapan oturum başkanına da teşekkür ediyorum. Esasen duygularımın yüzde 90'ına tercüman oldu ve aynı düşünceleri, fikirleri paylaşıyoruz.

Ben öncelikle kendimden kısaca bahsedeyim. Ben tıp doktoruyum, 2010 yılında bu dairenin kuruluş aşamasına bürokrat olarak getirildim. Bu konuyla uzaktan yakından bir alakam yok, uygulayıcı değilim ve Bakan Bey'in talimatıyla tarafsız olma şartıyla getirildim. Ben bu işin bürokratıyım ve Türkiye'de bu düzenlemeyi yaptığım zaman tüm Türkiye'yi ilgilendirecek konu, hata yapma şansım yok. İnsanoğluyuz illaki hata yapacağız, ama bizim de sizin meslektaşlarınız yanımızda, hukuki görüşleri onlardan alıyoruz. Bugün onu da düşündüm, "acaba hukukçumu yanıma alsa mıydım" diye, çünkü bu kadar avukatın karşısında konuşacağım. İnşallah sürçülisan etmeyiz.

Biz 21.06.2011 tarih ve 12023 sayılı Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Daire Başkanlıklarının Görevlerine Dair Yö-

nergeyle Geleneksel, Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı olarak kurulduk.

Mevcut dünyadaki gelişmeler, sahadaki bize gelen eleştiriler sonrasında daire başkanlığımızın içerisinde “alternatif” kelimesi kaldırıldı, ama bence kaldırılmaması lâzımdı. Çünkü, benim şahsi fikrim “alternatif”te duracaktı, ben her gelen eleştiriye, fikre ve talebe cevap verebilmem lâzımdı, benim daha geniş kapsamlı bir yeri simgelemem gerekiyordu. Ama gelen tepkiler neticesinde ben Daire Başkanlığı içerisinde alternatif kelimesini kaldırdım.

Tıbbın alternatifi olduğuna inanmıyorum, tıbbın alternatifi olduğunu iddia etmiyorum. Ama sahada bu tarz iddiası olan kişiler var onlar da gelsin, en azından Sağlık Bakanlığı’na başvuru yapabilecekleri bir merciinin olduğu bilsinler düşüncesiyle ben durması taraftarıydım. Ama daha sonra biz Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı olarak görevimize devam ettik.

Mevzuat düzenlemesi gerekiyordu. Mevzuat düzenlemesi yaparken de bizim yapmış olduğumuz çalışmalar, dünyada yapılan çalışmalar öngördüğümüzde “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği”ne Türkiye’de ihtiyaç olduğu düşünüldü. 27.10.2014 tarihli Resmi Gazete’de, Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği yayımlandı.

Biz bu Yönetmeliği yayımlarken tüm dünyadan örnekleri inceleme şansımız oldu. Sayın Bakanın desteğiyle, Avrupa, Amerika, Asya’da bu işin uygulayıcıları, okulları, üniversiteler, resmi kurumlar veya sivil toplum kuruluşlarını ziyaret etme şansımız oldu ve bununla ilgili yapılmış çalışmaları tüm dünyada inceleme şansımız oldu. Onlardan bir tanesi de Avrupa Birliği Parlamentosu’nun 3 yıllık 1,5 milyon Euro’luk bütçesi olan projeye katılma şansımız oldu. Oradaki bu Avrupa Birliği Parlamentosu’nun yapmış olduğu bir anket çalışması, bir proje üç yıl sürüyordu. Avrupa Birliği üyesi olan, olmayan 26 tane ülkenin incelendiği bir anket çalışması. Avrupa Birliği üyesi 12 tane enstitüden akademisyenlerin yapmış olduğu bir çalışma.

Biz Yönetmeliği hazırlarken en büyük dayanağımız ve sacayağımız olan ikinci çalışma ve 2002 yılından bu zamana kadar yapılan Dünya

Sağlık Örgütü'nün, en son olarak da 2014-2023 Stratejik Planı bizim en büyük dayanağımız ve yönetmeliğimizin temelini oluşturan kısımlardan birisi.

Dünya Sağlık Örgütü dediğim gibi 2002 yılından bu yana çalışmalarına devam ediyor. Onlarda aynı şekilde geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp başlıkları altında devam ediyordu. En son 2014 Stratejik Planında onlarda alternatif kelimesini kaldırdılar ve geleneksel tamamlayıcı tıp olarak stratejik planını yayımladılar.

Dediğim gibi benim en büyük dayanağım bu stratejik plandı.

2014-2023 Dünya Sağlık Örgütü Stratejik Planı'nda bizim için önemli olan üç stratejik yol var. Bunlardan bir tanesi; uygun ulusal politikalar yoluyla bilgi tabanı oluşturulması, ikincisi; geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının, uygulayıcılarının ve geleneksel bitkisel ürünlerin kalite güvencesini, güvenliğini, uygun kullanımını ve etkililiğini güçlendirmek için ek düzenlemelere, üretimlere, sistemlere veya kurumlara ihtiyaç olup olmadığının değerlendirilmesi, üçüncü stratejik plan, geleneksel tamamlayıcı tıp hizmetlerinin sağlık hizmeti alımını ve öz sağlık bakımına entegre edilmesi yoluyla evrensel sağlık kapsayıcılarının geliştirilmesini desteklemektedir.

Bu üç stratejik plan çerçevesinde biz Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'ni yayınladık.

Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'nin birinci maddesi; amacımız insan sağlığına yönelik geleneksel tamamlayıcı tıp uygulama yöntemlerini belirlemek, bu yöntemleri uygulayacak kişilerin eğitimi ve yetkilendirmeleriyle bu yöntemlerin uygulayacağı sağlık kuruluşlarının çalışma usul ve esaslarını düzenlemektir. Kapsam olarak geleneksel tamamlayıcı tıp uygulamalarının yapıldığı, kamu, özel ve tüzel kişilerle, gerçek kişilere ait sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlarda yöntemleri uygulayacak kişileri kapsamaktadır.

Bir ana yönetmeliğimiz var, onunla birlikte 15 tane eklerimiz var.

Ana yönetmeliğin genel esasları tanımlanmakta, ekte ise Dünya Sağlık Örgütü'nün Stratejik Planlarından birisi olan geleneksel tamamlayıcı tıp uygulamalarının tanımlanması gerekiyordu. Biz yaklaşık olarak

2010 yılında bu çalışmaya başladık. İlk çalışmalarımız hatta, bizim değerli Odamızdan korkumuzdan istişare toplantıları yapabiliydik; çünkü o toplantıların da yapılmasını istemiyordu meslektaşlarımız, “Sağlık Bakanlığı otla, çöple mi uğraşıyor” diye eleştiri vardı. Bu ihtiyaçtı, Dünya Sağlık Örgütü’nün de öyle bir talebi vardı ve bizim de bu ihtiyacı belirlememiz gerekiyordu. O kapsamda yaklaşık 6-7 tane istişare toplantısı yaptık, 41 tane başlık şu anda dünyada ve Türkiye’de uygulamalar değerlendirildi. Bunların içerisinde Kohren Kütüphanesi’ndeki yayın sayılarına göre 15 başlık konusunda karar kılındı, yine üniversitelerdeki eğitim ve araştırma hastanelerindeki akademisyenler tarafından. Bu yönetmeliğin ekinde 15 başlık konusunda açıklamalar var.

Bir de Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği var: Bu yönetmelik sadece Türkiye’deki geleneksel yöntemleri almıyor, Avrupa’daki geleneksel yöntemleri de tanımlıyor. Avrupa’daki mevcut uygulamalar, bunların doğru uygulamaları nelerdir onları tanımlamaya çalıştık ve yine aynı şekilde bunların hepsi bilimsel, akademisyenler tarafından yapılan ortak çalışmalar neticesinde ortaya çıkmış çalışmalardır.

Bizim yine en büyük eleştiri aldığımız konulardan dayanak kısmı, ben dayanak kısmını biraz daha açmaya çalıştım. Benim en büyük dayanaklarımdan birisi 1219 Sayılı Kanun, Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasını Dair Kanun; biraz önce Başkanımın belirttiği gibi burada 1219 Sayılı Kanun’da hepsi açıkça belirtiliyor.

Özellikle birinci madde, konunun yine bizim tarafımıza yönlendiriyor; Türkiye Cumhuriyeti dahilinde Tababet icra ve herhangi suretle olursa olsun hasta tedavi edebilmek için tıp fakültesinden diploma sahibi olmak şarttır. Şu anda mevcutta da devam eden bazı uygulamalar var, ciddi yanlış uygulamalar var; maalesef hekim olmayan, hatta sağlık profesyoneli olmayan kişiler tarafından geleneksel tamamlayıcı tıp uygulamaları aşırı derecede suiistimal ediliyor, şarlatanlık boyutunda hastalarımız mağdur ediliyor, çok ciddi sıkıntılar var.

Birinci madde yapılmadığı zaman 1219 Sayılı Kanun’un 25’nci maddesinde, cezai kısımda tanımlanmış; ama benim en büyük dayanaklarımdan birisi 1219 Sayılı Kanun’da 2011 yılında yapılan değişiklikle ek 13 madde de “geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları”

tanımı geçmiş ve kanunda geleneksel tamamlayıcı tıp uygulamalarıyla ilgili Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikte düzenlenir gibi bir tanımlama var. Ben 2011 yılında yapılan değişiklikle kanunun gereğini yerine getirmem gerekiyordu. Yönetmelikle biz onun gereğini yerine getirdiğimize inanıyoruz.

Aynı şekilde Ek 13'te yine; sağlık profesyoneli dışı uygulayıcılara verilecek ceza da tanımlanmıştır. Şu anda Sağlık Bakanlığı olarak benim dairem, bu 1219/Ek 13 çerçevesinde denetim ve cezalandırma işlemlerini gerçekleştirmektedir.

Burada da açıkça yine tanımlanmış; diploması ve meslek belgesi olmadan bu maddede tanımlanan, meslek mensuplarının yetkisinde olan bir işi yapan veya bu unvanı kullananlar 1 yıldan 3 yıla kadar hapis ve 200 günden 500 güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır. Biz bu madde çerçevesinde şu anda yaklaşık illerimizde 15 tane dava devam etmekte, bununla ilgili 7 ila 8 tanesi sonuçlanmış durumda, cezai işlem gerçekleştirildi.

Yine bizim bir başka dayanağımız; 1987 tarihli 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 9'ncü Maddesi C bendi Ek 11'nci maddesinde ve 2011 tarihli 660 sayılı Sağlık Bakanlığı Bağlı Kuruluşları Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 8 inci Maddesinin 1'nci Fıkrasının F ve Ğ bentleri ve 40'ıncı maddesi yapılan kanunla Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü görevleri içerisinde geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarıyla ilgili düzenleme yapmak ve sağlık beyanıyla yapılacak her türlü uygulamaya izin vermek, denetlemek ve düzenleme, izinlere ait faaliyetleri durdurmak gibi bir yetki verilmiştir. Biz bu yetkiye dayanarak Yönetmeliği yayınladık.

Ben hızlıca Resmi Gazete'den yine Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'nden devam edeceğim. Dayanak kısımlarım kısaca, özet olarak bu şekilde.

4'üncü maddemiz tanımlar kısmı, burada da tanımlarda benim için önemli olan iki konu var; ünite uygulama merkezi olarak tanımlamalar var. Üniteler ayaktan teşhis tedavi, özel hastane yönetmeliği ve bizim normal devlet hastanesi, eğitim araştırma harici devlet hastanelerinde kurulabilecek geleneksel tamamlayıcı tıp uygulamaları merkezlerini ta-

nımlamakta, uygulama merkezleri ise, bu üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde açılabilen geleneksel tamamlayıcı tıp üniteleri. Bunların ikisi arasında ne fark var? Özellikle uygulama merkezlerinde eğitim ve Ar-Ge çalışmalarının yürütülmesini öngördük. Yani, burada şunu anlatmaya çalıştık: Üniversite ve eğitim araştırma hastanesi olmayan hiçbir yerde geleneksel tamamlayıcı tıp uygulamaları eğitimi, özellikle sertifikalı eğitim kısımlarının düzenlenmesi, daha sonra Ar-Ge amaçlı çalışma yapılmasını yönetmelikte yasakladık. Sadece uygulama merkezlerinde bu işlemler yapılabilecek.

Bizim Yönetmeliğimizde ayrıca şuna ulaşmaya çalıştık ve Yönetmeliği tanımlarken “nefes alan bir yönetmelik oluşturalım” dedik. Biliyorsunuz yönetmelikler öyle kolay değişmiyor. Bir de şu vardır, Bakanlıkta bir kişi bir işi yapar, ona sıkı sıkı sarılır, ya onun çocuğudur hiçbir şekilde değişmez, tamamen o kanundur, biz o şekilde düşünmüyoruz ve her türlü eleştiriye açığız. Buradaki yönetmelikteki değişiklikleri de bir bilim komisyonu ile tanımladık, bilim komisyonları da üniversitelerden ve eğitim araştırma hastanelerimizden akademisyenlerden oluşan ve her türlü branştan, dahili branşlardan, cerrahi branşlardan veya polikliniklerden akademisyenlerin bulunduğu 11+7 olan bir komisyon ve bu komisyon marifetiyle yönetmelikteki ek maddeler olsun veya yönetmelik içindeki maddeler olsun değişiklik yapılabilmesini öngördük, onlara yetki verdik.

Yönetmeliğimizin üçüncü kısım uygulama esasları; sağlık kuruluşlarının türleri ve çalışma esasları eğitim kısmı tanımlandı. Uygulama esaslarına özellikle ek maddelerde atıfta bulunuldu, 15 maddenin uygulama esasları orada daha net olarak açıklandı.

Sağlık kuruluşlarının türlerinde dediğim gibi, Ayakta Tedavi Yönetmeliği, Özel Hastane Yönetmeliği ve bizim normal devlet hastanelerinde uygulama yapılabileceği öngörüldü.

Şu an için bu Ayaktan Teşhis/Tedavi ve Özel Hastanelerin Yönetmeliklerinde bir planlama var; yarın ne kadar hekimin burada geleneksel tamamlayıcı tıp uygulaması yapabileceği, ne kadar bir hizmet sunacağı açıkçası burada planlanmış demektir. Yani yönetmelikte planlama tanımlaması yok; ama atıfta bulunduğumuz, dayanaklar sağladığımız yönetmelikler çerçevesinde planlama olduğu için ben ne kadar hekimin

burayla uğraşabileceğini tahmin edebiliyorum. Benim bir açık noktam orada açıkçası muayenehaneler; muayenehanelerde böyle bir planlama olmadığı için öyle bir açık nokta var. Oradaki hekimler ne kadar ilgilenecek o kısmı bilemiyorum. Bazen bu konuda da eleştiri alıyoruz, “hekimlerin çalışmasını engelliyorsunuz, özgürlüğünü kısıtlıyorsunuz” diye! Ama bizim 7/24 bir kamusal hizmet sunumunu da sağlamamız gerekiyor. Hocamın dediği gibi 1960’lardaki 1970’lerdeki Kaf Dağındaki doktorun köylere ya da ilgili yerlere gelmesini vatandaşımıza hizmet sunumunu sağlamamız gerekiyor. Biz o gerekçeyle mecburen böyle bir planlamaya gitmek zorundayız ve o çerçevede hareket edildi.

Ben de hekimim, eşim de hekim, bizim de bazen zorumuza gidiyor, “ben istediğim yerde çalışabilirim” o tarz bir söylem var, ama masanın bu tarafında da kamusal bir hizmet sunumu var, bunun aksamaması gerekiyor. Sayılarda eksiklikler var, onlarda ayrı bir tartışma konusu.

Eğitim kısmı şöyle: Sağlık alanında sertifikalı bir eğitim verilmek isteniyorsa, Sağlık Bakanlığı tarafından çıkartılmış eğitim yönetmeliğine tabiyiz. Biz ona istinaden çalışmalar yapabiliyoruz. Bu çerçevede de şu anda 15 başlığın 14’ünün sertifikalı eğitim yönetmeliğine göre eğitim standardı tanımlandı. Burada eğitim alabilecek kişiler kısmında hekim ve diş hekimleri, diş hekimleri de sadece kendi alanlarında 1219 sayılı Kanun çerçevesinde tanımlandı; ağız bölgesinde işlem yapmak şartıyla bu eğitimi alabilecekleri açık ve net olaraktan tanımlandı.

Bu 14 başlığın hepsinde de diş hekimlerinin yapamayacağı uygulamalar var, onlar da net olarak tanımlandı. Bazı suistimler kulağımıza geliyor, Bilim Komisyonu’nun yetkisini burada biraz geniş tuttuk. Bilim Komisyonu kararıyla özellikle diş hekimi arkadaşların sertifikalarını “kırmızı” ibarelerle bu işi sadece ağız bölgesinde uygulama yapabileceğini ve bununla ilgili sertifikasını da görünür bir yere asması talimatı verildi.

Aynı şekilde diş hekimlerinin genel tababet çağrıştıracak sedye veya daha başka malzeme bulundurması muayenehanesinde uygun görülmedi. Çünkü zaten ağız bölgesinde çalışma yapacak, normal diş hekimi de ağız bölgesinde ve diş ünitesinde yapılabildiği düşünüldüğünde Bilim Komisyonu kararıyla yine oralara öyle bir kısıtlama getirildi.

Açıkçası ücretlendirme kısmı bizi hukuken bağlayan kesim, ben kamusal ücretlendirmeyi belirleyebilirim. Bu çerçevede de biz kamusal alanda hastadan alınabilecek ücretlendirme kısmını sağlık uygulama tebliği üzerinden gerçekleştirdik.

Tanıtım ve bilgilendirme maalesef ilk oturumda da tanımlandığı gibi en büyük sıkıntılarımızdan birisi, bu konuda da daire olarak elimizdeki kısıtlı imkânlarla, -en büyük sıkıntılarımızdan birisi de personel sıkıntımız var-, elimizden geldiği ölçüde dijital ortam olsun, televizyonlar olsun takip etmeye çalışıyoruz ve savcılık marifetiyle bu işleri halletmeye çalışıyoruz.

Diğer bir kısım; bu ünite uygulama merkezlerinde bulunacak cihazların asgari tanımlanması; ünite de uygulama merkezlerinde asgari olarak bulunması gerekenleri tanımladık.

Beşinci bölüm; denetim, uyulması gereken hususlar, yasaklar ve idari müeyyideler kısmıdır. Bununla ilgili tanımlama yapıldı.

En son yine bunun daha net anlatılabilmesi için ve sahada uygulanabilirliğinin sağlanabilmesi için denetim formları oluşturuldu. 81 ile bunlar dağıtıldı ve şu anda denetimler de düzgün bir şekilde gerçekleştirilmektedir.

Son kısımlar bütün yönetmeliklerin genelinde olan ortak kısımlar diye düşünüyorum.

Bizim yönetmelik çerçevesinde şu anda dediğim gibi 15 tane başlık; bu 14 başlığın eğitim standardı tanımlandı, diğerlerinin uygulama alanları, fiziki şartları, ruhsatlandırmalar devam ediyor.

Bu çerçevede şu ana kadar 32 tane uygulama merkezimiz var; bunlar üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinde açılmıştır. Bunların da 15 tanesinde eğitim faaliyetleri devam etmektedir. Bunlar YÖK tarafından yetkilendirilmiş, tıp eğitimi vermeye yetkili kurumlarca geleneksel tamamlayıcı tıp uygulamalarıdır. Avrupa'da ve Amerika'da şu anda ciddi bir akım var; entegratif tıp, geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın modern tıpla ortak kullanımı şeklinde bir akım var. Bu akım çerçevesinde esasen bizim de yönetmeliğimiz, entegratif tıp yönetmeliğidir. Ama entegratif tıbbın Türkçeye tam bir çevirisini bulamadık, net bir şey bulamadık

ve ondan dolayı biz geleneksel tamamlayıcı tıp uygulamaları yaptık. Çalışmaların çoğunu da fark etmişsinizdir, modern tıp ile geleneksel tamamlayıcı tıbbın entegrasyonu şeklinde gidiyor. Normal tıp eğitimi veren kurumlarda da bu eğitimin vermesi şeklinde bir çalışma yürüttük.

Şu an için yaklaşık 4.151 sertifikanın tescili gerçekleşmiş, bunlardan 1096 tanesi bizim yönetmelik öncesi tescili yapılmış olan sertifikalar.

Dünya Sağlık Örgütü'nün tespitlerini sizlerle paylaşmak istiyorum.

Dünya genelinde geleneksel tamamlayıcı tıp (GTT) uygulaması şu anda 100 milyondan fazla Avrupalı GTT kullanmaktadır. Kullanıcıların 5/1'i GTT'yi düzenli olarak kullanmaktadır. Tüm dünyada sağlık sistemlerinde kronik hastalık sıklığı artmakta ve sağlık hizmetleri maliyetleri yükselmektedir. Bu nedenle GTT ürünleri uygulamaları ve uygulayıcılarına talep artmaktadır. Mevcut sağlık hizmetlerine duyulan memnuniyetsizliğin artması ve daha çok GTT ile ilişkilendirilen bütüncül bakım ve hastalıkların önlenmesine olan ilginin yeniden canlanması gibi çok çeşitli nedenlerle insanların GTT'yi tercih ettiği görülmektedir.

Burada esasen hekim olarak bizimde hatalarımız var, bizim de sıkıntılarımız var, insanların GTT'ye fazla yönelmesinde.

Yine biz Sağlık Bakanlığı bünyesinde Türkiye'de 7 coğrafi bölgede 15 ilimizde, 5.855 kişi üzerinde yaptığımız bir anket çalışmasında, Türkiye'de yaklaşık yüzde 64 oranında Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının icra edildiğini tespit ettik. Bunların içerisinde en fazla bitkisel ürünlerin kullanıldığını gördük. Dün konuşulan konulardan birisi, maalesef sağlık profesyoneli olmayan kişiler tarafından ve basında, internet ortamında ben bu kişilerin web sayfalarına girdim, "acaba bu kişiler kim?" diye baktım, arka tarafta bir derneğin amblemi var. Özellikle yanlış uygulama, kötü kullanmayla ilgili en fazla bu konuyla çalışan sivil toplum kuruluşumuz olan ilgili dernek ve oradaki arkadaşların sözde bu ürüne ödül verdiklerini, tebrik ettiklerini, bu üründen dolayı da dernek tarafından ödül aldıkları iddia ediliyor.

Maalesef çok fütursuzca, çok korkusuzca hesapsız bir çalışma sahası var. Web sayfaları hâlâ duruyor ve ben adreslerine ulaşmaya çalıştım hiçbir şekilde adres vermiyorlar. Ben bu haberi yine aynı şekilde gele-

neksel tamamlayıcı tıpla uğraşan hekim arkadaşların bir platformundan aldım. Onlar bize Sağlık Bakanlığı'na suç duyurusunda bulundular, ama biz de bu kişilere ulaşamadık. Bu arkadaşlar normalde derneğin gayet bilimsel yapmış olduğu bir organizasyonda ve de bilimsel yayın ödülü olan doktor arkadaşların, -oradan tanıdığım bazı arkadaşlara whatsapp üzerinden bunları gönderdim, henüz dönüş yapmadılar galiba hâlâ onlar da şoktalar-kendilerinin böyle bir ürüne reklam malzemesi olduğunu bilmiyorlar.

Son olarak şunu söylemek istiyorum: Dünya Sağlık Örgütü'nün yine yansıması bu, bu sıkıntıların hepsi sadece Türkiye'de yok, tüm dünyada var. Bunlarla ilgili Dünya Sağlık Örgütü şöyle bir özetleme yapmış: GTT uygulamalarına ilişkin düzenlemelerle ilgili üye devletlerin karşılaştığı zorluklar. Bu sıkıntıları hepimiz yaşıyoruz ve araştırma verileri maalesef az, en büyük sıkıntılarımızdan birisi bu! Biz bu konuyla ilgili Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı bünyesinde 6 enstitüden birisi, Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Enstitüsü kuruldu.

Meslektaşlarımıza da şunu söylüyorum: Hocam, “Zakkumcu Ziya” örneğini verdi, o bizim meslektaşımızdı, hekim arkadaşımızdı, hatta uzman hekimdi, maalesef Hocam siyasi kısmı gölgelemek için dedi ama, bana daha acı gelen biz orada meslektaşımızı yargısız bir şekilde infaz ettik, hiçbir şekilde o doktor arkadaşımızı dinlemedik veya “bu arkadaş ne diyor acaba, bunun bir laboratuvar çalışmasını yapalım, klinik çalışmasını yapalım” demedik. En büyük sıkıntılarımızdan biri bu ve hâlâ da yüzde 90 oranında bunu yapıyoruz.

İlk başta kendimi tanıtırken söylediğim gibi benim bu konularda hiçbir uygulamam yok. Ben bunu anlatmaya çalıştığım ve de aynı düşünceleri paylaştığım grubun içerisinde, “Sülükçü Doktor, ben senin doktorluğuna dahi inanmıyorum” gibi hakaretlere maruz kalmış bir kişiyim ve 6-7 yıldır bu hakaretler devam ediyor.

Ben şunu diyorum: En azından vatandaş istiyor, gidiyorlar. En fazla dalga geçtikleri şeylerden birisi “Eşek Sütü” idi, bir sürü gidiyor ve eşek sütünü de ciddi anlamda parayla satıyorlar, bu insanlar saatlerce çalıştığı parasını götürüp oraya veriyor. Hiç kafanızda bir soru işareti oluşmuyor mu, bu adamlar niye gidiyor veya buna sürekli yanlış diyoruz, ama arka tarafta çok ciddi bir bütçe oluştu. Mesela ilk gösterdiğim fotoğraf-

taki kişiye Tarım Bakanlığı çok ciddi çalışmalar yapıyor, Gıda Kontrol Genel Müdürlüğü yerinde denetlemesini yapıyor ve gıda denetim ekibinden giden arkadaşlar, iki tane avukat arkadaşı da karşılıyorlar. Sen hukuki çerçevede cezayı kes, çık git diyorlar veya Gıda Kontrolün bize iletmediği yediyeminlerde ürünler yığılmış durumda. Onlar, “Gidiyoruz, -o zaman altın çilek modaydı-, yine bir uzmanlık derneğinin yapmış olduğu bir programdı, biz gittik ürünleri aldık, yediyemine götürdük, geri döndüğümüzde dükkana yine yerden tavana kadar bütün ürünler yığılmış durumdaydı. Sadece reklam ve cezalar için onlarca dolar bu kişiler buraya para yatırabiliyor, ciddi bir manada bir bütçe var.

Hekim olarak, tamam hekimliği geçtim parasal, kapitalist olarak düşünün, en büyük sorunlarımızdan birisi kapitalizm, kapitalist olarak düşünülüyor ve ciddi bir para dönüyor. Hadi bunu araştıralım! Maa- lesef hekim arkadaşlarımız, akademisyen, benim hocalarım bu konuya eğilmiyor. Sadece Türkiye’de değil dünyada da aynı sıkıntılar var.

İnşallah biz bunları tartışacağımız 18-22 Nisan 2018 yılında ulus- lulararası bir kongre yapacağız, Dünya Sağlık Örgütü’nün “co-sponsor” olduğu bir kongre, yaklaşık 3,5-4 günlük bir program olacak ve geniş olarak tartışmayı düşündüğümüz bir konu. Orada düzenleme yapabilir- sek orada bir oturumda yine hukuki sürecin tartışılması, etik ve hekim arkadaşların, şu anda hekim olarak bizim en büyük sıkıntılarımızdan birisi “malpraktis”, bu konunun tartışılacağı bir oturum olacak.

Hepinize saygılarımı sunuyorum, beni dinlediğiniz için çok teşekkür ediyorum; hayırlı günler diliyorum.

Sağ olun.

Av.Hamit BAYKARA (Oturma Başkanı)- Çok teşekkür ediyorum.

Şimdi bu zakkum olayında, bu zakkum bitkisinin yapraklarını kay- natıp da ölen insanların varlığını ben hatırlıyorum. Dolayısıyla, o dö- nemde daireniz gibi kontrol eden, düzenleyen bir yapı henüz yoktu. Ben yoktu diye biliyorum, siz de bize tamamlayıcı tıp uygulamalarının ehil ellerde ve doğru biçimde yürütülmesi için yapılan mevzuattaki dü- zenlemeleri anlattınız. İnşallah daha hayırlı sonuçlar verecek bu konu- daki çalışmalar, teşekkür ediyorum.

Şimdi arkadaşlar konusu; geleneksel ve tamamlayıcı, alternatif uygulamalara etik yaklaşım olan konuşmayı Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesinden Profesör Doktor Nesrin Çobanoğlu Hocam yapacaktır, buyurun Hocam.

Nesrin ÇOBANOĞLU - Günaydın.

Öncelikle Sayın Başkan, size ve düzenleme kuruluna Sağlık Hukuku Kurulu Başkanı Avukat Berna Özpınar’a teşekkür etmek istiyorum.

Bu sabah Türkiye’yi etkileyen, aslında önemli hem hekimleri hem hukukçuları ilgilendiren ve daha da ilgilendireceğini düşündüğüm bir konuyu hep birlikte, her yönüyle tartışmak üzere buradayız. Çok da güzel bir sıralama yapmışsınız, öncelikle Daire Başkanımızın bilgilendirici konuşmasını dinledik, kuşkusuz kafamız açıldı, netleşti. Neyin üzerine konuşacağımız biraz daha belirginleşmiş oldu diye düşünüyorum.

Ben biraz önce Sayın Başkanın da vurguladığı gibi bir hekimim ve tıp etiği açısından özellikle meseleye bakacağım. Bununla ilgili önce bir-iki tanımlamayla ısınalım ve konuya girelim istiyorum.

Hekim kimdir? Bununla ilgili Daire Başkanımız özellikle, “Hekimler bunu uygulasin diye bunu biz düzenlemeye çalışıyoruz” dedi, çünkü birçok hekim olmayanlar da uyguluyor. Hekim kim? Hekim; bilgi, beceri ve değerlerle insanları iyileştirmeye yönelik uğraşan diplomalı kişilere hekim diyoruz. Bilgi, beceri ve değer dediğimde tabii diplomasını aldığında, fakülteyi bitirdiğinde bilgi bölümü tamamlanmış olacak. Ama tıp alanı sadece kitap okuyarak yapılacak bir şey değildir. Nasıl keman çalmayı kitap okuyarak öğrenemezseniz, tıbbı da sadece kitap okuyarak öğrenemezsiniz, birçok beceri gerektirir. Cerrahsanız el becerisi, bunun ötesinde hasta/hekim ilişkisinde önemli bir öge olan güven için drama becerileri, yani hekimin bir karizması, güven veren yapısı ve bunun altını dolduracak en önemlisi bilgisinin olması gerekir.

Bunlar her zaman hep var mıdır ya da sadece bilgi ve beceri yeterli midir? Kuşkusuz değil! Bir de değer sistemi gerekir.

Burada hekimlikten atılmış birisi, uluslararası şöhretli bu konuda artık, Kırmızı Bültenle Interpol tarafından aranan ve farklı yerlerde yakalanan ve yakalandığında da bir avukatlar ordusunun savunmak üzere

girdiği birisinden söz ediyoruz. Adının başında “doçent” unvanı da vardı, fakat hekim demiyoruz. Neden? Çünkü, eksiklik değer sisteminde, özellikle organ nakillerinde var olan merkezi eşitlikçi sisteme göre yapması gereken tıbbi işlemleri bu şekilde değil, mafyadan yeraltındaki illegal araçlarından birine dönüşmüş olarak uyguladığı için Kırmızı Bültenle Interpol tarafından arandı ve farklı yerlerde bulundu. Artık hekim demiyoruz ona, yani değer sistemine vurgu yapmak istiyoruz. Hekimi hekim kılan en önemli özelliklerden birisi bilgi, becerisi ve bunun yanı sıra değer sistemi, etik duruşudur.

Bu arada hasta kimdir? Hasta aslında, hastalar olduğu için biz varız, hastayı standardize etmek mümkün değil. Şu salonda bulunan herkes bir kez hastalanmıştır ve kuşkusuz bu hasta kimliği hiç birimizin istemediği bir öteki kimliktir, bir haldir, bir durumdur ve bir an önce herkesin kurtulmak istediği bir durumdur. Özetle hasta toplumu oluşturan bütün bireylerdir. Yani böyle standart herhangi bir soyut vaka, görgü, bilgi deneyim kazanma öyle bir şey değil, çaresi, güçsüzlükleri, zaman zamanda “ben kimim sen biliyor musun?” havasıyla, çevresiyle, dinamik alışveriş içerisinde güçlülükleriyle insandır. Böylece biraz tanımladık.

Hasta hakları bağlamında konuyu tartışacağımız için biraz ondan da söz etmek gerekmektedir, çünkü salonda hem hekimler, hem hukukçular var; hasta hakları hukukçuların daha da net bildiği, ama bizim de yaşadığımız bir konu, üçüncü kuşak insan haklarındandır. Birinci kuşakta insanın doğmakla elde ettiği haklar, ikinci kuşakta bireyin devletle ilişkisinden doğan haklar vardır, birinci kuşakta yaşama hakkıdır bu, ikinci kuşakta sağlıklı yaşama hakkına dönüşür, üçüncü kuşaksa toplumu oluşturan bütün bireylerin her birini etkileyen, ama toplumun tamamı sahip çıkmadığında yaşama geçemeyecek olan haklardır. Hasta hakları, çevre hakları, tüketici hakları gibi üçüncü kuşak toplumsal dayanışma haklarından birisidir ve konumuzla çok yakından ilgilidir.

Ben etikçiyim dedim, etik nedir? Felsefenin alt dallarından birisidir, ahlak felsefesidir. En genel tanımıyla iyi ile kötüyü birbirinden ayırmaktır. Ben etiği teoride tanımlamak yerine her zaman bu tabloyla tanımlamayı daha uygun buluyorum. Burada Escher’in gece ve gündüz tablosu, lütfen hep birlikte burada önce bir sol tarafa odaklanalım hep

birlikte ve sağa doğru gözlerimizi hep birlikte kaydıralım. Ne görüyoruz? Sağa tarafta siyah bir zemin üzerinde uçan yaban kazlarını görüyoruz.

Şimdi yine aynı şekilde bu sefer sağ tarafa odaklanalım ve yavaş yavaş sola doğru gelelim. Ne görüyoruz? Aydınlık beyaz bir zeminde uçan siyah yaban kazlarını Escher bir mühendis, mükemmel simetriden anlaşılyordur ve sadece siyah kullanmış burada beyaz zemin üzerinde. Şimdi burada bakar mısınız, beyaz zemin üzerinde siyahı, siyah zemin üzerinde beyazı hemen kolayca ayırdık değil mi, çok belirgin hemen gördük. Lütfen şimdi bir de ara bölgelere bakın, sadece siyah kalem kullanılmış. Öyle mi görünüyor? Yani, farklı koyulukta bölgeler var ve buralarda siyahla beyazı ayırmak çok kolay mı? Hiç kenardaki gibi gözüküyor, değil mi? Bakın siyah ile beyaz o kadar iç içe ki! İşte tıbbın birçok alanında ileri uzmanlık bilgisiyle seçim yapmak zorunda kaldığımız ikilemler tıp etiğinin konusudur. Yoğun bakımlar, yoğun bakımlarda yaşanan çeşitli etik sorunlar, bunların yanı sıra alternatif ya da tamamlayıcı geleneksel tıp uygulamaları, bunlarda iyi ile kötüyü ayırmak, bunlar çok kolay şeyler değil. Siyah ile beyazın kolayca, iç içe geçebildiği alanında en doğru, en iyi kararı vermeye çalışırken yaptığımız şey tıp etiğinin ta kendisidir, işte bu tıp etiğidir.

Kısaca etik ve ahlakın birbirinin yerine kullanıldığını görüyoruz.

Ahlak; o toplumda, o dönem için geçerli iyi davranış kurallarıdır, kalıplardır. Oysa etik bütün zamanlar için evrensel olarak iyinin ne olduğunu sorgular, ahlak felsefesidir ve ahlak zaman içinde aynı toplumda ya da toplumdan topluma değişim gösterebilir. Bunu da vurgulayarak geçmek istiyorum.

Mesleki yaşantımız sırasında karşılaştığımız her olaya ilişkin bir kural, bir yasa, bir durum yoktur. Burada özellikle karşılaştığımız şeylerde, şunu da vurgulamalıyım: Hekimlikte olgu, olay ayrımı vardır, biz eğitimimiz sırasında olgular olarak öğreniriz, kürtaj olgusunu konuşuruz. Ben kürtaj olgusunun etik boyutunu anlatırım, ama neyle karşılaşırsınız uygulamada olaylarla, tek tek vakalarla karşılaşırsınız ve biz onlara müdahale eden hekimler olarak bu sorunları yaşarız.

Etiği de anlatırken tek tek olaylar, olgusalı anlatırız ama olaylar öze-

linde de çözümlemeye çalışırız.

Her zaman önceden belirlenmiş bir yasa, yönetmelik ya da kuralın olmadığı durumlarda ahlâk ve vicdan ışığında etik açısından en iyiye ulaşmaya çalışırız. Burada yaptığımız şey; yine tıp etiğinin kendisidir.

Bir de deontoloji-hukuk ilişkisinden çok kısaca hukuk ilişkisinden söz etmek isterim; çünkü birbiriyle çok yakından ilişkili, birbiriyle keşişen ama farklı kümelerdir. Deontoloji; bir hekimin uymakla yükümlü yazılı ve yazılı olmayan kurallar bütünüdür. Ama bunlar sert kurallardır, uymakla yükümlüsünüz, uymazsanız kapı orada denilmektedir. Çünkü, deontoloji yükümlülükler bildirisisidir.

Hukuk; konuyla ilgili kurallar oluştuğunda artık toplumun tamamı için normatif yasalarla belirlenen uyulması zorunlu kurallar bütünüdür diyelim.

Etik ise; ortaya çıkan değer sorunlarıdır. Yani, hukukun bir normu da oluşturulmadan önce etik alanında tartışılmalıdır, oluşturulduktan sonra da ortaya çıkacak değer sorunları yine etiğin konusu içindedir.

Konumuzla ilgili bir Yönetmelik oluşmuş ve böylelikle bir mevzuat tanımlaması vardır; ama değer sorunları bitti mi? Hayır, anlaşılıyor ki bunun üzerine daha çok konuşacağız, bu önemli bir başlangıç noktası olacak diye düşünüyorum, başlangıç olmasa bile önemli bir kilometre taşı diye düşünüyorum.

Biraz önce zaten ayrıntılarıyla tanımlandı, onun için ben Yönetmelik'ten çok söz etmek istemiyorum. Fakat kanıta dayalı tıp açısından etkinliği bilimsel yöntemlerle kanıtlanamamış ya da çağdaş bilimsel tıp uygulamalarına göre daha üstün olduğu gösterilemeyen bazı uygulamaların yasallaşması gibi de algılanan bir Yönetmelik çıkarıldı, toplum tarafından algılanma biçiminden söz ediyorum. Tıbbi etik açısından da kuşkusuz kaygılandırıran bazı yönleri de var.

Yönetmelik kapsamında hastanın bilgilendirilmesi sürecine ilişkin eksik noktalar endikasyon noktalarının tanımlamalarında karşılıklı içeren durumlar, bunlar örneklerini gösterebiliriz. Bu alanda sertifikalı eğitilmiş kişilerin “ustalık niteliği” hakkında kaygı gibi süren bir dizi önemli konular var; bunların üzerinde tabii durulabilir.

Bir de şunu söylemek istiyorum, bunların her birisi ayrı ayrı açılabilir olan genel kuşbakışı tanımıyla tanımladığım şeyler.

Tıp son derece dinamik ve hızlı gelişen uygulamalı bilimsel bir etkinliktir. Biz tek başına bir bilim alanı değiliz. Tıp hep pozitif bilimlerin göbeğinde bir şey gibi algılanır; biz bütün bilimlere alan ve hastanın iyileşmesi sonucu çıkarmaya yönelik kullanan bir tür orkestra şefi gibiyiz. Yani, tıbbın amacı bilimin tanımında olduğu gibi; belirli bir, sınırlı bir gerçeği almak, açıklamak çabasından öte bir şeydir, başka yönleri de vardır.

Bir de tıp tarihçisi kimliğim var tabii, bunu da söylersem geçmişinden günümüze baktığımızda iyi hekimlerin her zaman dikkatli gözlemci olduğunu görürüz. Geçmişte de modern, kanıta dayalı tıbbi uygulamalar gelişmeden önce de toplumda ün kazanmış olan hekimlere baktığımızda bunların iyileştirici yeteneklerinin olduğunu görüyoruz. Bir biçimde bunun en temel kökeni belki mikroskop bile yokken bu vardı ve buradaki en ayırt edici özellik, -tıp tarihinden bir sürü örneğini verebilirim-, dikkatli gözlemdir. Böylece özellikle geleneksel tıbbın kökenini oluşturan noktalarda o dikkatli gözlemlerle biriktirilmiş bilgilerden söz edebiliriz. Bunların bazıları günümüzde bilimsel yöntemlerle kanıtlanabilmiştir ve bunları kullanıyoruz. Fakat bazıları henüz kanıtlanamamış, ama hâlâ iyileştiricilik özelliği süren geleneksel uygulamalar da vardır.

Biraz önce Sayın Başkan oturumu açarken çok güzel bir konuşma yaptı; kırsal alandaysanız, ilaç yoksa, hastane yoksa, elinizdeki olanaklarla yine iyileşmeye çalışır insanlar eldeki şeylerle ve bu konuda nedir? Kocakarı tıbbı da denilir mesela, bitkisel tedavilerde uzmanlaşmış olan, halk arasında “bilge kişi” diye anılan insanlarda vardır. Burada geleneksel yöntemlerle bitkileri kullanarak çalışırlar.

Şunu unutmayalım, tıbbi olarak biliyoruz ki; her molekül doğada vardır önce ve sonra bunun sentetik üretilmesi belki söz konusudur. Ama hiçbir molekül, hiç yoktan var edilmemiştir, bunu özellikle fitoterapi, farmakognozi alanında çalışanlar söylüyorlar. Bunlar doğadaki farklı yöntemlerle yeniden sentezlenmesidir. Onun için ilaçların kaynağını bulduğu yerde kuşkusuz bitkilerdir birçoğu, bitkiler ya da doğadaki başka ürünlerdir. Bunların deneme, yanılma yöntemiyle bi-

riktirilmiş olan bilgileri bazı insanların, yaşlandıkça da artar ve genellikle bitkilerle tedavilerde kadınlar ilgilenmiştir ve onun için halk arasında “folklorik tıp” ya da “kocakarı” tıbbi diye bilinen bitkilerle iyileştirme vardır ve yaygın olarak uygulanmaktadır.

Bunda etik dışı bir şey de folklorik tıp uygulaması, geleneksel bilgi anlamında bir şey yoktur; ıhlamur içmek, çay, başka şeyler gibi. Ama zaman zaman iş karmaşıklaşmaktadır, mesela; tıpta yaygın olarak kullandığımız “atropin” hayat kurtarıcıdır, kalp krizinden kaybettiğimiz insana uygulayabiliriz. Burada anestezi uzmanı arkadaşımız var çok daha iyi açıklayacaktır. Fakat onda doz çok önemlidir; normal doğada yediğinizde zehirlenip ölürsünüz. İşte burada doz önemli bir ayırım yapmaktadır ve tıpta, modern tıpla daha önceki iyileştirici yöntemleri ayırt eden en temel şey; tıpta deneme, yanılma yönteminde deneySELLİĞE geçiştir. Yani, deneme yanılmada deneyler yaparak belli koşullar altında hep aynı sonuçları aldığımız şeyleri, kanıta dayalı tıbbın ürünleri olarak kabul ediyoruz. İşte tıp uygulamaları doğrudan insan üzerinde yapıldığı için öteki bilimsel alanlara göre etik açısından çok daha özenli ve dikkatli olmayı gerektirmektedir. Tesadüf değildir dünyanın ilk yazılı hukuk metinlerinde hekimlerle ilgili kuralların yer alması, Hammurabi Kanunları’nı düşünün! İmhopet Andı, Hipokrat’tan çok daha önce hekimlikle ilgili bazı yaptırımlar tanımlıyor. Bunların hepsi tesadüf değil; çünkü doğrudan insan üzerinde müdahale şansı, insanların bedenleri üzerinde tasarrufta bulunma hakkını veriyor.

Burada hekim/hasta ilişkisinde hiçbir kanun olmasa bile, her hekimin evrensel olarak uymak zorunda olduğu dört tane tıbbi etik ilke vardır. Bunlar çoğunuzun bildiği gibi özerkliğe saygınlığın klinik yansıması, aydınlatılmış onam, zarar vermeme ilkesi, adalet ilkesi ve yararlılık ilkesi. Her biri bağlamında bu uygulamaların tartışılacak yönleri vardır.

Bu arada şunu belirtmeliyim: Yönetmelikte çok hoş, uygun bir şey var, aydınlatılmış onamda bunun standart tıbbi uygulamalar yerine geçmeyeceğinin muhakkak belirtilmesi gerekiyor, aydınlatılmış onamla ilgili bu bilgi çok önemli.

Bunun yanı sıra kötüye kullanmayı amaçlayan, bunu doğru düzgün verdiği bilgiye dayalı iyileştirme hizmetine tamamlayıcı tıp dediğimiz ve etkinliği de, -akupunktur gibi mesela ağrı kesici etkisi birçok çalış-

mayla da kanıtlanmıştır-, bunun gibi bir yöntemle desteklemek yerine, zarar vermeme ilkesini göz ardı edecek biçimde bambaşka uygulamalarla hastanın sağlığını ciddi biçimde tehdit eden, hatta öldürücü sonuçlarıyla da yüzleşebildiğimiz uygulamalar da yapılmaktadır.

Burada aydınlatılmış onamda bunların niteliği, ayırt ediciliği ne yazık ki çok iyi tanımlanmış değil. Zarar vermeme ilkesiyle çok yakından ilgili, yani zamanımı kullanmak için çok hızlı geçiyorum, her biri hakkında çok geniş örneklerle konuşabilirim. Adalet ilkesi özellikle ekonomik boyutuyla karşımıza çıkıyor; sınırlı kaynakların kullanılmasında etik açısından çok önemli bir ilke olan adalet ilkesi biraz önce Sayın Daire Başkanımızın da vurguladığı gibi bir sürü ekonomik kaygı, ticari bir sektöre dönüşebilecek olan bu alana temkinli yaklaşmamızı gerekiyor ve bununla ilgili yasal düzenlemelerin çok önemli olduğunu düşünüyorum. Dün HIV pozitif hastalarla ilgili, onlara etik yaklaşımla ilgili bir konuşma yaptım ve devamında yanıma gelen öğrencilerim, “Hocam siz bize hep tıp öğretiyorsunuz, bir sürü bir şey öğreniyoruz, sonra gidip bir alanda başarılı olmak üzere uzmanlık, kariyer planlaması, derinleşmek istiyoruz, ama öte yanda birisi doğrudan geçip bu tamamlayıcı tıp sertifikasını alarak ben bir kazanıyorsam, yirmi katım kazanacaksa benim bu alanda devam etmemin ne anlamı var” diye öğrencim sordu, cevabına sonunda herhalde hep birlikte ulaşacağız.

Yararlılık ilkesi hekimliğin kendisi kadar eski bir ilke ve mutlak yararlı olmayı içerir. Mutlak yararlı olmak mümkün mü? Hayır, yarar ile zararın dengelenmesi.

Şimdi bunlar ışığında bakalım ve soralım; hastanın herhangi bir şeyi, sadece hastanın istiyor olması yeterli mi? Yani, hasta istiyor diye her tür şeyi yapabilir miyiz acaba? Buradan devam etmek istiyorum. Kendi kendimize bu ilkeler çerçevesinde bakalım, Picasso’nun “Aynalı Kadın” ı eşliğinde!

Yararlı olmayı istiyoruz, en maksimum potansiyelle iyileştirmeyi amaçlıyoruz ve bunun için de kanıta dayalı tıbbın uygulamaları kadar hekimin duruşu, hekimin kendisi de bir reçetedir. Birçok alan bilgisayarlara devrediliyor, bence hekimlik hiçbir zaman devredilmeyecek, kullanacağız yine onu ama devredilemeyecek; çünkü ben hekim kimliğimle gelsem, Avukat Pınar Hanım’ın omzuna elimi koysam, baksam,

onun bulgularına bakarken elim omzunda ve yüzüne bakarak konuşsam, dokunsam, nabzını tutsam ona etkisi bambaşka olacaktır. Ama sadece bilgisayar ekranına bakarak ona bir reçete yazsam sağlık sonuçlarıyla bu etkili olmayacaktır. Yani, o iyileştirme yeteneği, hekimlik bir sanattır diyoruz, birçok yönü var; bu geleneksel tamamlayıcı tıp uygulayıcılarının birçoğunun bu yönden gayet gelişmiş olduğunu görüyoruz. Böylece bu etkinin kendisi zaten bir şifa gibi yansıyor, hele kanıta dayalı tıbbın iyice hasta/hekim ilişkisinde uzaklaştırdığı teknokrat hekim tipini düşünürsek, burada hastasına kendisi şifa olan bir hekimin varlığı, tıp bilgisiyle ve bunu tamamlayıcı bilgilerle bütünlediğinde çok daha etkin olacaktır, bu net ve böyle bir gerçek var.

Burada sınırlı kaynaklar dedik ve hekimin kendisi de o sınırlı kaynaklardan birisidir zaten; ama burada şarlatanlar ile hekimi ayıran ince bir çizgi vardır her zaman. Kimi zaman hekimlik yaşantımda bu konuda kararlar veren hekimlerden birisiyim, bazı hekimlerin atılmasında imzam var, birçok dosya geliyor hem mahkemelerden, YÖK'ten, araştırma yayın etiği, bilimsel araştırma birçok yerden. Bu kararları vermek çok kolay değil; çünkü sadece hukuki kuralların ötesinde bambaşka hem tıp bilgisi, hem de o durumun hangi koşullarda yapıldığı bilgisi de önemli, farklı kararlar verdirebilecek niteliktedir.

İşte burada özellikle bazen şarlatanların diplomalı, hatta unvanlı karşımıza çıktığı durumlar yaşıyoruz. Burada bunları ayırmak, özellikle geleneksel, tamamlayıcı tıpta çok da kolay değil.

Burada kaygı duyduğum ve olumlu bulduğum şeyler var, onlara çok kısaca burada değinmeye çalıştım. Toparlarsam, süreye uymak da akademik bir etik gerekliliktir. Şunu söylemek isterim: Sağlık Bakanlığı'nın kaygısı yerindedir; bunlar uygulanıyordu, ehil olmayan ve tıpla hiç ilgisi olmayan kişiler tarafından ve büyük bir para dönüyor orada bu ayrı bir şey ve ona şu an yeterli bir düzenleme getirildiğini düşünmüyorum.

Bunun ötesinde bu onları denetlemek amacıyla yapıldı deniliyor, bu olumlu bir şey. Ama öte yandan sanki bunun bir yönetmelikle düzenlenmesi işleri çığırından mı çıkardı ve birçok hekimi alanda emek vererek ve daha farklı yöntemlerle geçimini sağlamaya çalışırken bu ticari bir sektöre çok da hesap vermeden dönüştürdü mü? Çünkü ne deniliyor; biz hastalıkları değil, biz insanları iyileştiriyoruz deniliyor.

İyilik durumu, bu sizi sorumluluktan kurtarıyor. Farkında mısınız o ince çizginin? Yani, ben bir hekimim, hekim olarak sorumluluklarım var ve bunu her yönüyle üstlenmek durumundayım.

Size tanımlanan başlıklarda olmadığı için bunu örnek vereceğim Ayurveda; ayurveda uyguladım zambak çiçeğinin ruhu Avukat Berna Hanım'a çok iyi geldi ve geçti şikayetleri, Pınar Hanım'a verdim hiç iyi gelmedi, zambak çiçeğinin ruhu Pınar'ı sevmedi ben ne yapabilirim? Bu işte sorumluluktan kurtulmak için kolay bir yöntem; çünkü ben sana iyileştirme sözü vermedim, ben hekim değilim, hekimin de böyle bir söz söyleme sorumluluğu yok tabii, ama ötekinin sorumluluğu konusunda çok muallak bir alan var ve etikçi olarak bu beni kaygılandıran unsurlardan birisidir.

Son olarak şunu söylemek ve bitirmek isterim, sorularla her zaman açabiliriz; burada tamamlayıcı tıp uygulamalarıyla tedavi yöntemlerinde prosedürler özenle hazırlanmalı, güncellenmeli ve takip edilmelidir. Denetimler uygun aralıklarla düzenli sağlanmalıdır; denetim çok önemli ve Sağlık Bakanlığı'nın buradaki en önemli işlevi bence özellikle denetim olmalı diye düşünüyorum. Ama en eksik olduğumuz yön, bu konuda ciddi kaygılarım var ve çok eksikiz bu konuda, hele böyle bir konuda denetim umuyorum ki daha iyi olur.

Bu hastalarla ilgilenecek sağlık profesyonellerine yönelik vakaların tartışıldığı özel etik eğitimleri belli zaman dilimleriyle, yani bir kere sertifika sırasında aldı bitti, hayır, belli zaman dilimleriyle profesyonel etiği gözden geçirmelerine yol açacak biçimde verilmeli, bilgileri güncellenmeli, aksi halde bu da etik bir sorundur diye düşünüyorum.

Güzel bir kongre duyurusu yapıldı, davet edilsem memnuniyetle gidip konuşmak isterim konunun etik boyutuyla, bu çok önemli ayrıçlardan birisi diye düşünüyorum.

Endikasyon; etik açıdan baktığımda endikasyon kararı herhangi bir tıbbi uygulamanın en önemli boyutudur. Facia yaşadığımız bir başka konu, "Obezite Cerrahisi" felaket, başlayacak, etik dışı bir şekilde yokuş aşağıya gidiyor, farkında mıyız? İlk uygulamalar olduğunda toplumun dikkatini çekmeye çalıştım. Hekimler olarak önce biz korumalıyız, geçenlerde doğduğum kentte kocaman ışıklı bir ilan gördüm "bütün

ağırlıklarınızdan yarım saatte kurtarırız sizi cerrahi yöntemle” diyordu. Işıklı olması bir kere yasak biliyorsunuz, yarım saatte bariatrik cerrahi ile herkese kilosundan kurtulmayı öneriyor ve 78 kiloluk genç, normal bir kızı ameliyat ederek ölümüne yol açabiliyoruz.

Endikasyon çok önemli, orada sadece “morbit obezlere” 40’ın üstünde yapılması gerekirken normale bile yapılıyor. İşte burada endikasyonda çok karmaşa var, kaygılanıyorum.

Hekim tüm yönleriyle vakayı değerlendirmeli ve kendisi uygun görmezse vazgeçebilmelidir, bu geleneksel tıp uygulayıcıları için de geçerli olmalıdır. Yani, hastanın istiyor olması hekimi sorumluluktan kurtarmaz, yasal olarak da böyle, etik olarak da böyle, istenirse maddelerde bunu açabilirim.

Sorumluluklarının farkında olmak ve etik yönden doğru davranmak zorundalar buna dikkatinizi çekmek istiyorum.

Bir de şunu söylemeliyim: Geleneksel tedavi uygulayan hekimlerle sadece standart, kanıta dayalı bilgiyi uygulayan hekimlerin ilişkileri ne olmalıdır? Bu da etik açıdan benim alanıma giren önemli soru ve sorunlardan birisidir. Burada ben şöyle diyorum: Özellikle standart tedavi uygulayan hekimler hastanın iyileşme sürecinde, mesela kanser hastaları çok başvururlar bu tür şeylere, muhakkak geleneksel kullandığı yöntemi hastanın kendisine söylemesi konusunda ısrarlı olmalıdır. Yani bu konuda açık bir biçimde onu kendisine söylemesini sağlama çalışmalıdır ve hastanın standart tedavisini etkilemiyorsa buna izin verilebilir. Ama standart tedaviyi etkiliyorsa, mesela bitkilerle tedavide bu çok mümkün, muhakkak hastaya bu konuda uyarıda bulunmalıdır. Uyarıda bulundun, kesmiyor, sen sadece standart tedavi uygulayan hekimsin, -istersen Deontoloji Tüzüğü Madde 18/19-, hastanın tedavisini başka birine devredebilirsin. Bunlarda her birisi ayrı bir konferans başlığı, sonuç olarak denetimsiz ve hekim olmayan kişiler tarafından yapılan geleneksel tamamlayıcı tıp uygulamalarının engellenmesi açısından, bunların denetimi açısından böyle düzenlemeler uygundur.

Fakat bu tip uygulamaların yasal ve tamamen kabul gören tıbbi işlemler algısı yaratması açısından da tehlikeli olabileceğini unutmamalıyız diyorum.

Burada bir şeyden daha söyleyeyim, mesela “hacamat”, tıp tarihi ve geleneksel tıp uygulamaları açısından baktığımızda geçmişte hayat kurtaran çok önemli bir uygulamadır. Tansiyon yükselmesi durumunda, mesela su aygırları bile tansiyonu yükseldiğinde sırtını sivri kayalara sürterek kanatıyor ve iyileşiyor, hayatı kurtuluyor, çünkü damar sistemi kapalı bir sistem, basınç artınca beyin kanaması geçirir ve ölürsün. Hacamat; sinirlerin, damarların en az olduğu yer olan sırttan kan akıtmak suretiyle yüzyıllarca, binlerce yıl hayat kurtaran bir uygulama olmuştur. Ama günümüzde tansiyon ilaçları ve bir sürü farklı etki mekanizmalarıyla etki eden tansiyon ilacı varken buna gerek var mı? İşte bunlar hep tartışılmalı; neyi, niye yapıyoruz? Bunların üzerinde önemle durmalıyız.

Çok teşekkür ediyorum.

Av. Hamit BAYKARA (Oturum Başkanı)- Hocam çok teşekkür ediyorum.

Maalesef etik yaklaşımın karşısında her şeyin ticarileşmesi ve insanların tacirleşmesi sorunu gündemimize taşıyor.

Sanıyorum Hocamın özetle söylediği; yaşamda gerçek kılavuz bilimdir. Bilmiyorum özetleyebildim mi?

Şimdi arkadaşlar konuşma sırası Doçent Doktor Volkan Acar'da, Volkan ile ben yeni tanıştım, ikimizin ortak bir özelliği var; Volkan tıp doktoru, doçent, ben de 25 yıllık avukatım. Ortak özelliğimiz 1.700'lü yıllarda açılan ve bugün kapatılan bir lisenin mezunlarıyız. Bu lisenin mezunları arasında salonda hekim ve avukatlar da var maalesef, bu küçük salonda bile o okulun mezunları bu kadar yoğun. Bu okul üst düzey bir Fen Lisesi düzeyinde bir okuldu ve ben de oranın mezunuyum, bir bilim yuvasıydı. Bu okulun içerisinden Cumhurbaşkanları, Başbakanlar, Bakanlar, bilim adamları çıkmıştır. Bu okulda bir yanlışlık yapıldı diye yanlış yapan insanları değil de okulu kapatmak gibi bir şeyle karşı karşıyayız. Bu okul Kuleli Askeri Lisesi; her ortamda bunu dile getireceğiz ve Kuleli Askeri Lisesi'nin bir an önce gerçek kimliğiyle açılmasını, eskisi gibi yurtsever, Atatürkçü nesiller yetiştirmesini büyük bir arzuyla bekliyoruz.

Kusura bakmayın. Arkadaşlar konusu, tamamlayıcı tıp nedir, ne değildir olan bu sunumu Sağlık Bilimleri Üniversitesinden Doçent Doktor Hakan Volkan Acar kardeşim yapacaktır; buyurun.

TAMAMLAYICI TIP NEDİR, NE DEĞİLDİR?

Doç. Dr. Hakan Volkan ACAR

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim,
Araştırma Hastanesi

Giriş

Genel kabul gören uygulamalar dışında kalan tıbbi yöntemler, hemen hemen her dönemde insanların ilgisini çekmekle birlikte, son zamanlarda bu uygulamaların kullanımında bir artış olduğu göz ardı edilemez bir gerçektir. Bu açıdan tamamlayıcı tıbbi uygulamalar ya da tamamlayıcı tıp denildiğinde ne anlaşılması gerektiği, tamamlayıcı tıbbın ne derece kullanım alanı bulduğu ve insanları tamamlayıcı tıp yöntemlerine başvurmaya yönlendiren nedenlerin saptanması önem kazanmaktadır.

Tamamlayıcı Tıp Nedir, Ne Değildir?

Bu alandaki bilgilerimizin artmasının toplum sağlığı yönünden iki pratik yararı vardır. Eğer bu uygulamaların etkililiği ve güvenliliği kanıtlanırsa, tıbbın farklı alanlarında kullanılabilmelerinin ve toplum sağlığına katkıda bulunmalarının önü açılır. Aksi durumda etkili ve/veya güvenli değiller ise de bu uygulamaların tıbbi uygulama kapsamından çıkarılması sağlanmış olur. Ancak her iki durum için de gerekli olan ön koşul, bu uygulamalar konusunda yeterli bilimsel bilgi birikiminin oluşturulmasıdır.

Tamamlayıcı tıbbi uygulamaların toplum tarafından algılanışı, daha çok uç örnekler üzerinden olmaktadır. Hem yurt içinde hem de yurt dışında görülen bu uç örnekler ise ya abartılı ya da yanıltıcı tanıtımlar ve haberler ile bu uygulamaların suistimallerine ilişkin olumsuz örnekler şeklindedir. Her derde deva olduğu iddia edilen, şifa kaynağı olarak sunulan, mucizevi etkileri anlata anlata bitirilemeyen bitkiler, karışımlar, ürünler ya da yöntemler, hemen her gün farklı medya kanalları aracılığıyla kamuoyunun gündeminde olmaktadır. Bu “mucize”leri

aktaranların bazıları maalesef hekim iken, bazıları da ne hekim ne de sağlık meslek mensubudur.

Ancak bu tür olumsuz örnekler yalnızca ülkemize özgü değildir ve yurt dışında da görülebilmektedir. Örneğin birkaç yıl önce Washington Post Gazetesi'nde yayınlanan bir habere göre, ABD'de Walmart, GNC, Target gibi zincir mağazalarda satılan bitkisel destek ürünlerinin etiket bilgileri ile içerik analizlerinin birbiriyle uyumlu olmadığı saptanmıştır (1).

Tanımlar

T. C. Sağlık Bakanlığı web sitesindeki tanıma göre “*Geleneksel ve tamamlayıcı tıp, fiziksel ve ruhsal hastalıklardan korunma, bunlara tanı koyma, iyileştirme veya tedavi etmenin yanında sağlığın iyi sürdürülmesinde de kullanılan, farklı kültürlerle özgü teori, inanç ve tecrübelerle dayalı, izahı yapılabilen veya yapılamayan bilgi, beceri ve uygulamaların bütünüdür. Batı tıbbını destekleyici ve tamamlayıcı yöntemlerdir.*” (2).

Bu tanımın ilk cümlesi Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) geleneksel tıp için yaptığı tanım ile birebir aynıdır. DSÖ 2013'de hazırladığı Geleneksel Tıp Stratejisi'nde buna ilaveten şu tanımlara da yer vermektedir: *Tamamlayıcı tıp ya da alternatif tıp herhangi bir ülkenin kendi geleneğinin ya da konvansiyonel tıbbının bir parçası olmayan ve egemen sağlık bakım sistemine tümüyle entegre olmamış geniş kapsamlı sağlık bakım uygulamalarını ifade eder. Bazı ülkelere geleneksel tıp yerine de kullanılır. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp, geleneksel tıp ve tamamlayıcı tıp deyimlerini bir araya getirerek bu ikisinin ürünlerini, uygulamalarını ve uygulayıcılarını kapsar* (3).

ABD Gıda ve İlaç İdaresi'ne (FDA) bağlı bir kurum olan Ulusal Tamamlayıcı ve Entegratif Sağlık Merkezi'nin (NCCIH) yaptığı tanımlama ise daha kısa ve basittir: *Eğer ana-akım dışındaki bir uygulama, konvansiyonel tıpla birlikte kullanılıyorsa tamamlayıcı tıp, eğer ana-akım dışındaki bir uygulama, konvansiyonel tıbbın yerine kullanılıyorsa alternatif tıp adını alır* (4).

Görüldüğü gibi burada karşımıza yeni bir kavram olarak “integrative” yani bütüncül/bütünleyici sözcüğü çıkmaktadır. ABD'de bu yöntemlerle ilgilenen merkez ilk olarak 1998'de NCAAM (Ulusal Ta-

mamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi) adıyla kurulmuş, ama sonradan 2015’de NCCIH (Ulusal Tamamlayıcı ve İntegratif Sağlık Merkezi) adını almıştır (5). Bu merkez, ana-akım kökenli olmayan uygulamalar ve ürünlerden bahsederken “tamamlayıcı sağlık yaklaşımları” ifadesini kullanmayı tercih etmektedir. Bu sağlık yaklaşımlarının ana-akım sağlık hizmeti bünyesine alınmasından söz edildiğinde de “bütüncül sağlık” ifadesi kullanılmaktadır (4).

Bir toparlama yapmak gerekirse, yukarıda adı geçenlerle birlikte ana-akım dışında yer alan tıbbi yaklaşımları tanımlamak için kullanılan sözcüklerin şunlar olduğu görülür: tamamlayıcı tıp, alternatif tıp, geleneksel tıp, Doğu tıbbı, bütüncül tıp, kişiselleştirilmiş tıp, fonksiyonel tıp, integratif tıp, halk tıbbı, folklorik tıp, doğal tıp vb. Bu karışıklık içinde bakıldığında, ana-akım olarak da tanımlanan tıp uygulamaları ise tıp, modern tıp, çağdaş tıp, konvansiyonel tıp, ortodoks tıp ya da biyotıp olarak adlandırılmaktadır.

Bu tanımların çoğunun İngilizce kaynaklı oluşu, doğru ve standart bir Türkçe adlandırmayı da zorlaştırmaktadır. Çünkü bazen farklı İngilizce sözcükler Türkçede aynı sözcükle karşılanırken, bazen de aynı İngilizce sözcük için farklı karşılıklar kullanılabilmektedir.

Dünyadaki ve Türkiye’deki geleneksel, tamamlayıcı, alternatif ya da benzeri ifadelerle nitelendirilebilecek sistem, yöntem ya da uygulamaların sayısı çok fazladır. Aşağıdaki tabloda yer alan başlıklar ABD Ulusal Sağlık İstatistikleri Raporu, ABD Ulusal Tamamlayıcı ve İntegratif Sağlık Merkezi, bir Avrupa Birliği destekli proje olan CAMbrella ile T.C. Sağlık Bakanlığı kaynaklarından alınmıştır (4, 6-8).

NHIS (ABD)	NCCIH (ABD)	CAMbrella (Avrupa)	T. C. Sağlık Bakanlığı
Akupunktur	<u>Doğal Ürünler</u>	Fitoterapi	Akupunktur
Ayurveda	Bitkisel ürünler	Homeopati	Apiterapi
Biofeedback	Vitaminler	Akupunktur	Fitoterapi
Derin nefes egzersizleri	Mineraller	Kayropraktik	Hipnoz
Enerji terapisi/ Reiki	Probiyotikler	Refleksoloji	Sülük uygulaması
Doğal ürünler (Vi- tamin ve mineral- ler dışında çeşitli bitkisel kaynaklı ürünler)	<u>Zihinsel ve Beden- sel Uygulamalar</u>	Geleneksel Çin Tıbbı	Homeopati
Yönlendirilmiş imgelem (Guided imagery)	Akupunktur	Shiatsu	Kayropraktik
Natüropati	Yoga	Hipnoterapi	Kupa uygulaması
Homeopatik tedavi	Kayropraktik	Aromaterapi	Larva uygulaması
Progresif gevşeme	Osteopati	Ayurveda	Mezoterapi
Hipnoz	Meditasyon	Masaj	Proloterapi
Qi Gong	Masaj	Natüropati	Osteopati
Masaj	Gevşeme teknikle- ri (nefes egzersiz- leri, progresif kas gevşetme, yönlendirilmiş imgelem)	Osteopati	Ozon uygulaması
Tai Chi	Tai chi	Besin destekleri	Refleksoloji
Kayropraktik ya da osteopatik manipülasyon	Qi gong	Nöral terapi	Müzikterapi
Şalazyon terapisi	İyileştirici dokunma	Antropozofik tıp	
Meditasyon	Hipnoterapi	Naprapati	
Yoga	Hareket terapileri (Feldenkrais yön- temi, Alexander teknigi, Pilates, Rolfing yapısal integrasyonu, Tra- ger psikofiziksel integrasyonu)	Halk hekimliği/ Geleneksel tıp	

Beslenme temelindeki terapiler (Atkins diyeti, Macrobiyotik diyet, Ornish diyeti, Pritikin diyeti, Vejeteryan diyeti, South Beach diyeti, Zone diyeti)	<u>Diğer</u> Geleneksel uygulamalar Ayurveda Geleneksel Çin tıbbı Natüropati Osteopati		
Hareket terapileri (Alexander tekniği, Feldenkrais, Pilates, Trager psikofizik entegrasyon)			
Geleneksel şifacılar (Halk hekimleri) (Botanica, Curanderero, Espiritista, Hierbero or Yerbera, Sobador, Kızılderili halk hekimleri, Şaman)			

Yaratılan bu kavram kargaşasından kaçınabilmek amacıyla, başka kurumların resmi olarak kabul ettiği ifadeler dışında, makale boyunca “tıp” ve “tamamlayıcı tıbbi uygulamalar” ifadeleri tercih edilecektir.

Ülkemizde Yasal Düzenlemeye Sahip Tamamlayıcı Tıbbi Uygulamalar

Üstteki tabloda da aktarıldığı gibi, ABD Ulusal Tamamlayıcı ve İntegratif Sağlık Merkezi (NCCIH), bu yaklaşımları üç başlık altında sınıflar (4):

1- Doğal ürünler (bitkiler, vitamin ve mineraller, probiyotikler),

2- Beden-zihin uygulamaları (yoga, kayropratik ve osteopatik manipülasyon, meditasyon, masaj tedavisi, akupunktur, gevşeme teknikleri -nefes egzersizleri, yönlendirilmiş imgelem (guided imagery), progresif kas gevşetme-, tai chi, qi gong, iyileştirici dokunma, hipnoterapi, hareket tedavileri),

3- Diğer (geleneksel tedavi yaklaşımları, ayurveda, geleneksel Çin tıbbı, homeopati, natüropati).

Ülkemizde bu konudaki ilk yasal düzenleme, akupunktura ilişkin olan ve 17.09.2002 gün ve 24879 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Akupunktur Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları İle Bu Tedavinin Uygulanması Hakkında Yönetmelik’tir. Daha sonra 27.10.2014 gün ve 29158 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği ise halen yürürlükte olan yasal düzenlemedir (9). Bu yönetmelikle, 15 başlık altındaki tamamlayıcı tıbbi uygulamaların yapılabilmesine olanak sağlanmıştır. Bu uygulamalar akupunktur, apiterapi, fitoterapi, hipnoz, sülük uygulaması, homeopati, kayropratik, kupa uygulaması, larva uygulaması, mezoterapi, proloterapi, osteopati, ozon uygulaması, refleksoloji ve müzikterapidir. Takiben de, farklı uygulamaların Sertifikalı Eğitim Programı Standartları yayımlanmıştır (7).

Bunun dışında, amacı *“İnsan sağlığını koruyucu, tedavi edici etkileri olan ve geleneksel kullanıma sahip tıbbi bitkilerden hazırlanan bitkisel tıbbi ürünlerin ve bitkisel preparatların ruhsatlarını vermek, etkililik, güvenlilik ve kalitesi ile ilgili uyulması gereken usul ve esasları belirlemek”* olarak açıklanan Geleneksel Bitkisel Tıbbi Ürünler Yönetmeliği de 06.10.2010 tarihli ve 27721 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir (10).

Tamamlayıcı Tıbbi Uygulamaların Kullanım Sıklığı

Hem Türkiye’de hem de yurt dışında halkın tamamlayıcı tıbbi yöntemlere ilgi gösterdikleri bilinen bir gerçektir. DSÖ’nün hazırladığı bir rapor, tamamlayıcı tıbbi uygulamaların kullanımının tüm dünyada giderek arttığını ortaya koymuştur (3). Bu konuda gerçekleştirilen ilk çalışmalardan birisi, kullanıcıların daha çok sosyoekonomik düzeyi yüksek hastalar olduğunu göstermiş olmasına karşın (11), sonraki çalışmalar her eğitim ve gelir düzeyinden insanın tamamlayıcı tıbbi uygulamalara başvurduğunu ortaya koymuştur (12).

Bu konuda yalnızca şöyle bir ayrıma gidilebilir. Bu başlık altında incelenen uygulamalar kendi içinde sınıflandığında geleneksel tıbbi yöntemlerin gelir düzeyi ve eğitim düzeyi daha düşük hasta popülasyonları

tarafından (13), tamamlayıcı tıbbi yöntemlerin ise daha çok yüksek sosyoekonomik gruba dahil kişiler tarafından tercih edildiği söylenebilir (8).

Tamamlayıcı tıbbi uygulamaların kullanım sıklığı ülkelere göre, ülke içi bölgelere göre, kullanılan endikasyona göre ya da farklı hasta popülasyonlarına göre değişiklik gösterir. Kullanım sıklığı Norveç'te %34 (14), ABD'de %38 (15), Danimarka'da %45 (14), Malezya'da ise %71 (16) olarak saptanmıştır. Kadınlar üzerinde yapılan çalışmalara göre gebelik sırasında karşılaşılan çeşitli sorunların giderilmesinde ya da premenstrüel sendrom, dismenore ve infertilite gibi durumlar için yaygın olarak tamamlayıcı tıbbi yöntemlere başvurulmaktadır (17-19).

Başvurulan TAT yönteminin tercih edilme sıklığı, yerel kültürel özellikler, eğitim ve gelir düzeyiyle bağlantılı olarak da değişkenlik gösterir. Türkiye'nin Doğu Anadolu bölgesinde gerçekleştirilen bir çalışmada infertilite hastalarının en sık başvurduğu iki tamamlayıcı tıbbi uygulamanın, bitkisel yöntemler ile dinsel uygulamalar olduğu saptanmıştır (20).

Ülkemizde yapılan diğer çalışmalar da halkın en sık başvurduğu iki tamamlayıcı tıbbi uygulamanın bitkisel yöntemler ile dinsel uygulamalar olduğunu ortaya koymaktadır. Geniş bir popülasyonda yapılan bir araştırmaya göre Türkiye'de hakkında en çok bilgi sahibi olunan tamamlayıcı tıbbi uygulamalar arasında bitkisel yöntemler, dinsel uygulamalar, kaplıca, akupunktur ve masaj yer almaktadır. Aynı araştırmaya göre popülasyonun yarısından fazlası bitkisel yöntemler, dua ve masajı tamamlayıcı tıbbi bir yöntem olarak en az bir defa kullanmışlardır (21).

Tamamlayıcı Tıbbi Uygulamalara Başvuru Nedenleri

Araştırmalar daha ulaşılabilir olması, daha az maliyetli olması, hekim-hasta ilişkisinin daha güçlü olması gibi çeşitli nedenlerle insanların tamamlayıcı tıbbi uygulamalara yöneldiklerini göstermekle birlikte, üç temel nedenden bahsedilebilir (11, 22):

1- Diğer yöntemlerden memnun kalmama – Her ne kadar standartlara uygun tıbbi uygulamalar yapılmış olsa da, bazı hastalar öznel bazı nedenlerle bu uygulamalardan memnun kalmayabilirler. Bu öznel yakınmalar hem tıbbi nedenlerden hem de hekim-hasta iletişimindeki aksamalardan (dokunma, dinleme gibi) kaynaklanabilir.

2- Diğer yöntemlerin etkili olmaması – Tıbbın geldiği ileri noktalara karşın, bazı hastalıklarda maalesef tam bir kür sağlanamamaktadır. Bu durumda da, hastalar kendilerini seçenek aramak zorunda hissetmekte ve tamamlayıcı tıbbi yöntemlere başvurmaktadır.

3- Diğer yöntemlerin oluşturduğu yan etkiler – Resmi uygulamaya girmiş tedavi seçenekleri etkililik ve güvenilirlik araştırmalarından geçmiş olmakla birlikte, birçok tıbbi girişim istenmeyen bazı yan etkilere sahiptir. Bu yan etkilerin sıklığı ve derecesi kişiden kişiye değişebileceği gibi, hekimler için önemsiz kabul edilen bazı yan etkiler hastalar için çok rahatsız edici, hatta günlük yaşamı etkileyecek düzeyde olabilir.

DSÖ, bu uygulamaların kullanım nedenlerine farklı bir açıdan yaklaşmakta ve coğrafi farklılıklara dikkat çekmektedir. DSÖ'ye göre geleneksel tıp kullanımı üç patern izler (3).

a) Konvansiyonel tıba ulaşımın sınırlı olduğu gelişmekte olan ülkelerde birçok insan için geleneksel tıp uygulamaları, sağlık için birincil kaynak durumundadır. Örneğin Afrika'da 40.000 kişiye 1 hekim düşerken, geleneksel tıp uygulayıcıları söz konusu olduğunda bu oran 1/500'dür.

b) Singapur ve Güney Kore gibi bazı ülkelerde geleneksel tıp, tarihsel ve kültürel nedenlerle yaygın bir kullanım oranına sahiptir. Bu ülkelerde insanlar eğitim, sosyal ve gelir durumlarından bağımsız olarak sağlık sorunlarının çözümünde öncelikle geleneksel tıbbi yöntemleri tercih etmektedir.

c) Kuzey Amerika ve Avrupa gibi bölgelerdeki gelişmiş ülkelerde ise geleneksel/tamamlayıcı uygulamalar çoğunlukla konvansiyonel tıbbi yöntemlere destek olarak, ilave bir yöntem olarak kullanılır.

Tanımlamalardaki Farklılıklar

Yukarıda belirtildiği gibi bu başlık altında incelenen sistem ve yöntemleri ifade etmek için kullanılan çok sayıda tanımlama bulunur ve bazen bunların birbirlerinin yerine de kullanılıyor olması, konunun anlaşılmasını zorlaştırır. Üç ana tanımlamanın neyi ifade ettiği ve bu tanımlar altında hangi uygulamaların gerçekleştirildiği incelenirse, bu konu daha iyi anlaşılabilir.

Geleneksel tıp

Geleneksel tıbbi yaklaşımlar, daha çok düşük eğitim ve düşük gelir grubundaki coğrafi bölgelerde ve toplum katmanlarında kullanılmaktadır. DSÖ Genel Direktörü'nün 2013'de yaptığı bir konuşma insanların geleneksel tıba niye ilgi gösterdiğini ve bu uygulamalar üzerinde niye araştırmalar yapılması gerektiğine vurgu yapar: *Nitelikleri, güvenliliği ve etkinliği kanıtlanmış geleneksel tıp yöntemleri, tüm insanların sağlık hizmetine erişmesi hedefine katkı sağlar. On milyonlarca insan için bitkisel tedaviler, geleneksel tedaviler ve geleneksel tıp uygulayıcıları, sağlıklı olma açısından temel kaynak ve bazen de tek kaynak olma konumundadır. Bu yöntemler, insanların yaşadıkları yerlere yakındır, ulaşılabilir ve düşük maliyetlidir. Aynı zamanda bu yöntemler kültürel olarak da kabul edilebilir ve güvenilir konumda sağlık kaynaklarıdır. Geleneksel tıp yöntemlerin çoğunluğunun düşük maliyetli olması, sağlık harcamalarının hızla arttığı ve neredeyse tüm dünyanın kemer sıkmaya yöneldiği bir dönemde, bu yöntemleri daha çekici kılmaktadır. Geleneksel tıp, aynı zamanda bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların amansız yükselişiyle başa çıkmanın da bir yoludur (3).*

Kurumun 2013 yılında yayınladığı ve 2014-2023 arasını kapsayan Geleneksel Tıp Stratejisi başlıklı raporda da, DSÖ'nün geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi yöntemlere verdiği önem ortaya konur. Bu raporda üye ülkelerin çalışmalarını aşağıdaki üç başlığa yönlendirmeleri önerilir (3):

1- Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın rolünü ve potansiyelini anlamaya ve tanımaya yönelik uygun ulusal politikalar aracılığıyla bir bilgi tabanı oluşturulması.

2- Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın kalitesinin, güvenliliğinin, uygun kullanımının ve etkililiğinin güçlendirilmesi. Bu amaçla geleneksel ve tamamlayıcı tıp eğitimi ve öğretimi, beceri geliştirmesi, hizmet ve tedaviler yoluyla ürünler, uygulamalar ve uygulayıcılarla ilgili düzenlemeler yapılması.

3- Geleneksel ve tamamlayıcı tıp hizmetlerini sağlık hizmetlerine entegre ederek tüm insanların sağlık güvencesine sahip olmasının teşvik edilmesi.

Görüldüğü gibi burada geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi uygulamaların etkililik ve güvenliliğiyle ilgili bilimsel araştırmalara önem verilir ve tüm insanların sağlık hizmetine ulaşma hedefine vurgu yapı yapılır.

Tamamlayıcı Tıbbi Uygulamalar

ABD’de Ulusal Kanseri Enstitüsü’ne bağlı olarak çalışan birimler arasında Kanseri Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Ofisi (OCCAM) de vardır. Bu ofisin çalışma alanları, tamamlayıcı ve alternatif tıbbi uygulamaları kullanarak kanserin önlenmesi, kanserin, kansere bağlı yakınmaların ve kanseri tedavisine bağlı yan etkilerin tedavisidir (23).

ABD’deki önemli bir merkez olan Mayo Kliniği de, web sitesinde verdiği bilgilerle kanseri hastalarına bazı önerilerde bulunur. “Kanseri hastalarında 10 alternatif tedavi” başlığı altındaki bu listede kanseri hastalarının sık karşılaştıkları sorunlarda yarar görebilecekleri düşünülen tedavi seçenekleri sunulur. Yanlış anlamaları önlemek için bu liste verilirken bir de uyarıda bulunulur ve *“bu yöntemler kanseri tedavi etmez ama yakınmalarınızda bir miktar düzelme sağlayabilir”* denir (24). Kanseri hastalarında sık görülen yakınmalar için, mevcut tedavilere ek olarak merkezin önerdiği yöntemler şöyle belirtilmektedir:

Yakınma	Önerilen Yöntem
Anksiyete	Hipnoz, masaj, meditasyon, gevşeme teknikleri
Bitkinlik, halsizlik	Egzersiz, masaj, gevşeme teknikleri, yoga
Bulantı-kusma	Akupunktur, aromaterapi, hipnoz, müzikterapi
Ağrı	Akupunktur, aromaterapi, hipnoz, masaj, müzikterapi
Uyku problemleri	Egzersiz, gevşeme teknikleri, yoga
Stres	Aromaterapi, egzersiz, hipnoz, masaj, meditasyon, tai chi, yoga

İntegratif Tıp

Gelişmiş ülkelerdeki bazı sağlık kurumları, bünyelerinde İntegratif Tıp Merkezleri/Birimleri oluşturmaya başlamışlardır. Bu kurumların tanımlarına göre integratif tıp, konvansiyonel tıbbın sunduğu olanakları artırma işlevi görür. Bu merkezlerde oluşturulan ekipler, başvuran sağlıklı bireyler ya da hastalar için kişiselleştirilmiş programlar uygularlar. Bu ekipler ilgili alanın klinisyeni yanında akupunktur, fitoterapi, kayropraktik, psikoterapi, masaj, yoga, reiki, beslenme, ayurveda gibi farklı tamamlayıcı tıbbi yöntem uygulayıcılarından oluşur. Başvuran bireylerin bireysel risk analizleri yapılır ve kişiye özgü programlar hazırlanır.

İntegratif tıp yaklaşımı, hastalar ve henüz hasta olmamış ama hastalıkları önleme konusunda dikkatli davranan bireylere optimal sağlık ve iyilik sağlamak için geniş bir yelpazedeki tedavi yaklaşımlarını içerir (25). Bu merkezlerde hastaların fiziksel gereksinimleri yanında yaşam tarzı, emosyonel ve ruhsal gereksinimlerinin de karşılanması hedeflenir (26-29). Uygulanan yöntemlerle vücudun doğal savunma ve iyileştirme özelliklerinin güçlendirilmesi, stresin azaltılması ve genel iyilik halinin oluşturulmasına çalışılır.

Bu merkezlerin başlıca çalışma alanları şöyle özetlenebilir:

- Kanser önleme ve kontrol - Merkezlerin bu kapsamda sunduğu hizmetler arasında yaşam tarzı değişiklikleri, tarama programları ve destekleyici tedaviler bulunur.
- Kronik rahatsızlıklarda tedaviye yardımcı - Kronik ağrı, kardiyovasküler hastalıklar, diabetes mellitus, epilepsi, obezite ve sindirim sistemi hastalıkları gibi durumlarda, kullanılan mevcut tedaviye yardımcı olarak tamamlayıcı tıbbi uygulamalara da başvurulur.
- Sağlıklı halinin devamı - Sağlıklı kişiler için uygulanan programlar mevcut iyilik halinin devam amaçlanır.
- Hastalıkların ortaya çıkmasını önleme/geciktirme

Bu kapsamda Duke Üniversitesi'nde örnek bir çalışma gerçekleştirilmiştir (30). Kardiyovasküler riskin azaltılması amacını taşıyan çalış-

maya 45 yaş üzeri olup en az bir kardiyovasküler risk faktörü bulunan kişiler dahil edilmiştir. Program için oluşturulan ekipte bir hekim ve bir sağlık danışmanı bulunur. Bu ekiplerin küçük grup seansları ile integratif tıp yaklaşımını uyguladıkları süre 10 aydır. Bu süre boyunca çalışma katılımcılarına uygulanan yöntemler arasında meditasyon, gevşeme eğitimi, yoga, stres yönetimi, motivasyon teknikleri, sağlık eğitimi ve danışmanlığı, beslenme uygulamaları, fiziksel aktivite ile tamamlayıcı ve alternatif yaklaşımlar vardır. Toplam 10 ay süren bu uygulama sonrasında 10 yıllık koroner kalp hastalığı riskinin %9.3'ten %7.8'e indiği saptanmıştır.

Bir Tarafta Tıp, Diğer Tarafta Tamamlayıcı Tıp mı Var?

Tartışmanın ya da sorunun bu şekilde formüle edilmeye çalışılması, aslında çok da doğru bir yaklaşım sayılmaz. Öncelikle bu tür bir karşılaştırma “tamamlayıcı tıp” diye ayrı bir tıp sistemi olduğunu düşündürür. Oysa mevcut tıbbın dışında “tamamlayıcı tıp” diye ayrı bir tıp sistemi mevcut değildir, ama bu başlık içine dahil edilebilecek çok sayıda tamamlayıcı tıbbi yaklaşım/uygulama vardır: akupunktur, ayurveda, biofeedback, derin nefes egzersizleri, enerji terapisi/reiki, vitamin ve mineraller dışında çeşitli bitkisel kaynaklı ürünler, yönlendirilmiş imgelem (guided imagery), natüropati, homeopati, progresif gevşeme teknikleri, hipnoz, qi gong, masaj, tai ji quan, kayropraktik, osteopati, şalazyon terapisi, meditasyon, yoga, apiterapi, sülük uygulaması, kupa uygulaması, larva uygulaması, mezoterapi, proloterapi, ozon uygulaması, müzikterapi.

Bu listeye bakınca, örneğin akupunktur ile homeopatinin ya da yoga ile sülük uygulamasının aynı kapsamda değerlendirilemeyeceği açıkça görülebilir. İkinci olarak ve daha önemlisi, böyle bir bakış açısı tıbbın bir alternatifinin olduğunu düşündürür ki, bu yaklaşım kesinlikle kabul edilemez. Günümüzde uygulanan tıp, binlerce yıllık bir sürecin birikimidir. Zaman içinde önce Büyüsel Tıp, daha sonra da Rasyonel Tıp aşamalarını geçen tıp tarihi, 14. yüzyılın sonlarından itibaren başlayan Rönesans hareketinin etkisiyle Çağdaş Bilimsel-Deneysel Tıp aşamasına geçmiştir (31).

Bu konuda yapılan tartışmalarda bazen uçlarda bir tavır takınıldığı görülür. Tamamlayıcı tıbbi uygulamalar bazı kişilerce her derde deva ya

da mucize tedaviler olarak nitelenirken, bazı kişiler de bu uygulamaların tümünü şarlatanlık olarak kabul etmektedir. Oysa hangi yöntemin, hangi endikasyonda, ne ölçüde yararlı olabileceğine yönelik bilgi sahibi olunursa bu uygulamalara daha objektif bir bakış açısıyla yaklaşım mümkün olabilir.

Kanıtı Dayalı Tıp Yaklaşımı Işığında Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları

Diğer tıbbi uygulamalarda olduğu gibi tamamlayıcı tıbbi uygulamalar da etkinlik ve güvenilirlik yönünden değerlendirmeye alınmalıdır. Bu değerlendirme için ise bilimsel araştırmalara gereksinim vardır.

Amerikan Ulusal Tamamlayıcı ve İntegratif Sağlık Merkezi'nin (NCCIH) 2016 Stratejik Planı'nda beş temel hedef belirlenmiştir (32). Bunlar:

- 1- Temel bilimsel ve yöntemsel gelişimde ilerleme sağlamak,
- 2- Tedavisi zor semptomlar için kullanılacak tedavileri geliştirmek,
- 3- Sağlığın geliştirilmesini ve hastalıkların önlenmesini teşvik etmek,
- 4- Tamamlayıcı ve entegratif sağlık araştırma görev gücünün kuvvetlendirmek,
- 5- Tamamlayıcı ve entegratif sağlık girişimlerindeki kanıtı dayalı nesnel bilgileri yaygınlaştırmak.

Bu beş başlığın içerikleri incelendiğinde, temel yaklaşımın bilimsel araştırmaların teşvik edilmesi olduğu göze çarpmaktadır. Plan, nitelikli bilimsel araştırmalar yoluyla çeşitli tamamlayıcı tıbbi uygulamaların etki mekanizmalarının, etkililik ve güvenilirliklerinin ortaya konmasının önemini vurgular. Bu sayede elde edilecek bilgiler olumlu olduğunda, tamamlayıcı tıbbi uygulamaların mevcut sağlık sistemine entegrasyonu da mümkün olabilecektir.

Tamamlayıcı tıbbi uygulamalarla ilgili bilimsel araştırmalar, zaman içinde hem niteliksel hem de niceliksel bir artış göstermiştir. Literatür incelendiğinde, belirli endikasyonlarda tamamlayıcı tıbbi uygulamaların etkin olduğunu ortaya koyan çok sayıda nitelikli çalışma bulunduğu

dikkati çeker.

Bu uygulamaların etkililik çalışmaları ile ilgili örneklerle bakıldığında çocuklarda böbrek biyopsilerinde, laser akupunkturun ağrıyı azalttığı (33); hipnozun kalıcı idiyopatik orofasiyal ağrıda düzelme sağladığı (34); tendinopatilerde, diz ve parmak osteoartritinde, ligament disfonksiyonuna bağlı spinal/pelvik ağrılarda proloterapinin yararlı olduğu (35); Fransız kavak propolis metabolitlerinin antifungal ve antibakteriyel özelliklerinin bulunduğu (36); intradermal mezoterapinin selülitin azaltılmasında etkili olduğu gösterilmiştir (37).

İkinci konu olarak uygulamanın ya da yöntemin güvenli olduğunun gösterilmesi gereklidir (38). Tamamlayıcı tıbbi uygulamalar ile ilgilenen hekimlerin bir bölümü uyguladıkları yöntemin “doğal” olduğunu bu nedenle de güvenli olduğunu savunurlar. Ancak bilinmektedir ki, kullanılan bazı bitkisel ürünler ya tek başlarına komplikasyonlar doğurabilir ya da hastanın kullandığı diğer ilaçlarla etkileşime girerek olumsuz sonuçlara neden olabilirler (39-41).

Bilimsel araştırmaların tamamlayıcı tıbbi uygulamalar açısından önemi yadsınamaz. Ancak herhangi bir uygulama hakkındaki tek bir araştırmaya ya da meta-analize bakarak, adı geçen uygulamanın tümüyle etkisiz olduğu ya da güvenli olmadığı yönünde bir yorumda bulunmak çok da doğru olmayacaktır. Eğer bu tür bir yaklaşım benimsenecek olursa, bu tutum yalnızca tamamlayıcı tıbbi uygulamalarla ilgili değil diğer tedavi uygulamaları için de geçerli olmalıdır. Böylesi bir davranış ise bugüne kadar yaygın kabul görmüş tedavi uygulamalarının terk edilmesi anlamına gelebilir.

Örnek vermek gerekirse, bir meta-analizde romatoid artritte balneoterapinin yani doğal kaynak suları, gazlar, spa ve çamur banyosunun hiç tedavi yapılmamasına göre daha üstün olmadığı saptanmıştır (42). Bir diğerinde ise boyun ağrılarında egzersizin etkinliği incelenmiş ve bu konuda yüksek kaliteli veri bulunmadığı, yani boyun ağrısında egzersizin etkinliğine dair hala bir belirsizlik olduğu sonucuna varılmıştır (43). Eğer bu sonuçlar kesin doğrular olarak kabul edilirse, romatoid artritli hiçbir hastanın fizik tedavi uygulamalarına yönlendirilmemesinin gerektiği ya da ya da boyun ağrılarında egzersiz uygulaması öneren bir hekimin, bilimsel verilerle desteklenmeyen bir yöntemi önermiş olduğu

ileri sürülebilir. Oysa farklı tıbbi işlemler, tanı ve tedavi girişimleriyle ilgili bu denli kesin yargılarda bulunmak, tıbbın doğası gereği yanıltıcı sonuçlar doğurabilmektedir. Buna neden olan etkenlerin başında da araştırma dizaynıyla ilgili sorunlar gelir. Bu sorunlar arasında ilk başta sayılabilecek olan hata kaynakları şunlardır: Çalışma gruplarının yanlış seçimi, yanlış endikasyon seçimi, birincil/ikincil ölçeklerin tanımındaki hatalar, çalışmaya dahil edilme/hariç tutulma kriterlerindeki hatalar, hasta popülasyonu seçimindeki hatalar, uygulanan yöntemin yanlışlığı, seans sayısı ve tedavi aralığı seçimindeki hatalar (44).

Bu konuda verilecek tamamlayıcı tıbbi uygulamalarla ilgili iki örnek, sorun için daha aydınlatıcı olabilir. İlk örnek gerilim tip başağrısı ile ilgilidir. Bu konuda 2009'da yayımlanan bir Cochrane meta-analizinde sonucunda şu cümleler yer almıştır: *Meta-analizin önceki versiyonunda akupunkturu destekleyen verilerin yetersiz olduğu ifade edilmişti. Ancak yayımlanan altı yeni çalışmayla birlikte değerlendirildiğinde, sık epizodik ya da kronik gerilim tipi baş ağrılarında akupunkturun değerli bir non-farmakolojik yöntem olduğu kanısına varılmıştır* (45). İkinci örnek ise migren profilaksisi ile ilgilidir. Bu Cochrane meta-analizin sonuç bölümünde de, meta-analizin önceki versiyonunda akupunkturu destekleyen verilerin umut verici ama yetersiz olduğu, ancak 12 yeni çalışmayla akupunkturun en az profilaktik ilaç tedavisi kadar, muhtemelen de ondan daha etkin olduğu kanısına varıldığı belirtilmiştir (46).

Dolayısıyla nasıl tek bir kohort çalışma ile ya da tek bir çift-kör, randomize, kontrollü çalışmayla herhangi bir yöntem ya da uygulama hakkında kesin yargıda bulunulamıyorsa, tek bir Cochrane meta-analizine bakarak da kesin yargılarda bulunmaktan kaçınmak uygun olacaktır.

Tamamlayıcı tıp uygulamaları ile ilgilenen bilimsel kuruluşların önerileri, bu konularda daha fazla ve nitelikli bilimsel araştırmaların gerçekleştirilmesi yönündedir. Hem DSÖ'nün hem de Avrupa Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Araştırma Ağı'nın önerileri kabaca üç başlık altında toplanabilir (3, 47):

- Bilimsel araştırmalara ağırlık verilmelidir,
- Etkililik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmalıdır,
- Toplum sağlığı açısından önemi vurgulanmalıdır.

Ülkemizde Tıp Camiasının Olumlu Yaklaşımlarından Örnekler

Başta belirtildiği gibi ülkemiz tıp camiasında tamamlayıcı tıp uygulamalarına karşı bazı uç görüşler olsa da, uzmanlık derneklerinin bu konuya daha nesnel ve bilimsel bir bakış açısıyla yaklaştıkları görülmektedir.

Türk Nöroloji Derneği'nce hazırlanan Nöropatik Ağrı Tanı ve Tedavi Kılavuzu'nda fantom ağrısı için kullanılabilecek seçenekler arasında akupunktur, biofeedback, relaksasyon çalışması ve hipnozun da adı geçer (48). Uyku Bozukluklarında Tedavi Rehberi'nde ise progresif kas gevşeme teknikleri, meditasyon, akupunktur ve hipnoz da önerilir.

Türkiye Psikiyatri Derneği'nin web sitesinde hipnozun kullanılabileceği hastalıklar arasında çok sayıda psikiyatrik rahatsızlığın da olduğu görülür (49).

Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi (TUKMOS) Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı'nda "Alternatif-Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri ve Uygulamaları" adı altında ayrı bir bölüm vardır (50). Bu başlık altında ise homeopati, proloterapi, akupresür, meditasyon, aromaterapi gibi çok sayıda uygulama sıralanmıştır.

Tamamlayıcı Tıbbi Uygulamalarda İleriye Yönelik Öneriler

Sonuç olarak tamamlayıcı tıbbi uygulamalarla ilgili öneriler şu şekilde sıralanabilir:

- Tıbbın durağan bir bilim alanı olmadığı ve yeniliklerle zenginleşeceği unutulmamalıdır. Nasıl ki tıpta halen kullanılan bazı uygulamalar etkili ve güvenli olmadıkları saptandığında terk ediliyorsa, etkili ve güvenli olduğu kanıtlanmış olan uygulamaların da tıbbi kullanıma girmesi desteklenmelidir.
- Dolayısıyla tamamlayıcı tıbbi uygulamalarda öncelik, bilimsel araştırmalarda olmalı ve farklı yöntemlerin etkililik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmalıdır.
- Pratikte karşılaşılan hatalı ve olumsuz örneklerin, bu uygulamaların birey ve toplum sağlığı üzerindeki olası yararlarının önüne

geçmesine engel olunmalıdır.

- Hastaların tamamlayıcı tıbbi uygulamalar konusundaki bilgi taleplerine karşılık, sağlık çalışanları bu yöntemler hakkında bilgi sahibi olmalıdır.
- Her ne koşulda olursa olsun her bir tamamlayıcı tıbbi uygulama için akılcı ve bilimsel yaklaşımdan uzaklaşılmalıdır.

KAYNAKÇA

- 1- https://www.washingtonpost.com/news/morning-mix/wp/2015/02/03/gnc-target-wal-mart-walgreens-accused-of-selling-fake-herbals/?utm_term=.a7d4b2b2288f (Erişim tarihi: 21.07.2017)
- 2- <http://www.getatportal.saglik.gov.tr/TR,24683/geleneksel-ve-tamamlayici-tip-nedir.html> (Erişim tarihi: 21.07.2017)
- 3- WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023, World Health Organization 2013.
- 4- <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health#term> (Erişim tarihi: 18.07.2017)
- 5- <https://nccih.nih.gov/about/offices/od/nccam-new-name> (Erişim tarihi: 18.07.2017)
- 6- http://www.cam-europe.eu/dms/files/CAMbrella_Reports/CAMbrella-WP2-part_1final.pdf (Erişim tarihi: 18.07.2017)
- 7- <http://www.getatportal.saglik.gov.tr/> (Erişim tarihi: 21.07.2017)
- 8- https://nccih.nih.gov/research/statistics/2007/camsurvey_fs1.htm (Erişim tarihi: 18.07.2017)
- 9- <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.20164&MevzuatIliski=0&sourceX mlSearch=geleneksel> (Erişim tarihi: 21.07.2017)
- 10- <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.14342&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=geleneksel> (Erişim tarihi: 21.07.2017)

- 11- Eisenberg DM. Trends in Alternative Medicine Use in the United States from 1990-1997 Results of a Follow-Up Study. *JAMA* 1998; 280(18): 1569-1575.
- 12- https://case.edu/med/epidbio/mphp439/complimentary_meds.pdf (Erişim tarihi: 18.07.2017)
- 13- Oyeboode O, Kandala NB, Chilton PJ, Lilford RJ. Use of traditional medicine in middle-income countries: a WHO-SAGE study. *Health Policy and Planning* 2016; 31(8): 984–991.
- 14- Hanssen B, Grimsgaard S, Launsø L, Fønnebø V, Falkenberg T, Rasmussen NK. Use of complementary and alternative medicine in the Scandinavian countries. *Scand J Prim Health Car* 2005; 23 (1): 57-62.
- 15- Barnes PM, Bloom B, Nahin RL. Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults and Children: United States, 2007. *Natl Health Stat Report* 2008 Dec 10;(12):1-23.
- 16- Jasamai M, Islahudin F, Samsuddin NF. Attitudes towards complementary alternative medicine among Malaysian adults. *J App Pharm Sci* 2017; 7(06): 190-193.
- 17- Fugh-Berman A, Kronenberg F. Complementary and alternative medicine (CAM) in reproductive-age women: a review of randomized controlled trials. *Reprod Toxicol* 2003; 17: 137-152.
- 18- Skouteris H, Wertheim EH, Rallis S, Paxton SJ, Kelly L, Milgrom J. Use of complementary and alternative medicines by a sample of Australian women during pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2008; 48: 384-390.
- 19- Lapi F, Vannacci A, Moschini M, Cipollini F, Morsuillo M, Gallo E, et al. Use, attitudes and knowledge of complementary and alternative drugs (CADs) among pregnant women: a preliminary survey in Tuscany. *Evid. Based. Complement Alternat Med* 2010; 7: 477-486.
- 20- Edirne T, Gunher Arica S, Gucuk S, Yildizhan R, Kolusari A, Adali E, et al. Use of complementary and alternative medicines by a

- sample of Turkish women for infertility enhancement: a descriptive study. BMC Complement Altern Med 2010; 10: 11.
- 21- Araz A, Harlak H, Meşe G. [Health behaviors and alternative medicine use]. TAF Prev Med Bull 2007; 6: 112-122.
- 22- Astin JA. JAMA 1998; 279(19): 1548-1553.
- 23- <https://cam.cancer.gov/> (Erişim tarihi: 25.07.2017)
- 24- <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/cancer/in-depth/cancer-treatment/art-20047246> (Erişim tarihi: 25.07.2017)
- 25- https://www.hopkinsmedicine.org/integrative_medicine_digestive_center/about/integrative_medicine.html (Erişim tarihi: 25.07.2017)
- 26- <https://my.clevelandclinic.org/departments/wellness/integrative> (Erişim tarihi: 25.07.2017)
- 27- <https://www.osher.ucsf.edu/> (Erişim tarihi: 25.07.2017)
- 28- <https://integrativemedicine.arizona.edu/about/definition.html> (Erişim tarihi: 25.07.2017)
- 29- <https://www.mdanderson.org/patients-family/diagnosis-treatment/care-centers-clinics/integrative-medicine-center.html> (Erişim tarihi: 25.07.2017)
- 30- Edelman D, Oddone EZ, Liebowitz RS, Yancy WS, Olsen MK, Jeffreys AS, Moon SD, Harris AC, Smith LL, Quillian-Wolever RE, Gaudet TW. A multidimensional integrative medicine intervention to improve cardiovascular risk. J Gen Intern Med 2006; 21(7): 728-34.
- 31- Aydın E. Dünya ve Türk Tıp Tarihi. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 2006.
- 32- https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/NCCIH_2016_Strategic_Plan.pdf (Erişim tarihi: 18.07.2017)
- 33- Oates A, Benedict KA, Sun K, Brakeman PR, Lim J, Kim C. Laser acupuncture reduces pain in pediatric kidney biopsies: a randomi-

- zed controlled trial. *Pain* 2017; 158(1): 103–109.
- 34- Abrahamsen R, Baad-Hansen L, Svensson P. Hypnosis in the management of persistent idiopathic orofacial pain – Clinical and psychosocial findings. *Pain* 2008; 136(1): 44–52.
- 35- Hauser RA, Lackner JB, Steilen-Matias D, Harris DK. A Systematic Review of Dextrose Prolotherapy for Chronic Musculoskeletal Pain. *Clinical Medicine Insights: Arthritis and Musculoskeletal Disorders* 2016; 9: 139–159.
- 36- Boisard S, Le Ray AM, Landreau A, Kempf M, Cassisa V, Flurin C, Richomme P. Antifungal and Antibacterial Metabolites from a French Poplar Type Propolis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2015, Article ID 319240.
- 37- Sylwia M, Krzysztof MR. Efficacy of intradermal mesotherapy in cellulite reduction – Conventional and high-frequency ultrasound monitoring results. *Journal of Cosmetic and Laser Therapy* 2017; 19(6): 320-324.
- 38- Bellanger RA, Ramsinghani S, Franklin C, Seeger C. Safety of Complementary and Alternative Medicine (CAM) Treatments and Practices. *Side Effects and Drugs Annual* 2016; 38: 513-522.
- 39- Askeroglu U, Alleyne B, Guyuron B. Pharmaceutical and Herbal Products That May Contribute to Dry Eyes. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2013; 131(1): 159–167.
- 40- Niggemann B, Grüber C. Side-effects of complementary and alternative medicine. *Allergy* 2003; 58(8): 707-16.
- 41- Bello N, Winit-Watjana W, Baqir W, McGarry K. Disclosure and adverse effects of complementary and alternative medicine used by hospitalized patients in the North East of England. *Pharmacy Practice (Granada)* 2012; 10(3): 125-135.
- 42- Verhagen AP, Bierma-Zeinstra SMA, Boers M, Cardoso JR, Lambek J, de Bie R, de Vet HCW. Balneotherapy (or spa therapy) for rheumatoid arthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 4. Art. No.: CD000518.

- 43- Gross A, Kay TM, Paquin J, Blanchette S, Lalonde P, Christie T, Dupont G, Graham N, Burnie SJ, Gelley G, Goldsmith CH, Forget M, Hoving JL, Brønfort G, Santaguida PL. Exercises for mechanical neck disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 1. Art. No.: CD004250.
- 44- Kaptchuk TJ. Acupuncture: Theory, Efficacy, and Practice. Ann Intern Med 2002; 136: 374-383.
- 45- Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Manheimer E, Vickers A, White AR. Acupuncture for migraine prophylaxis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD001218.
- 46- Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Manheimer E, Vickers A, White AR. Acupuncture for tension-type headache. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD007587.
- 47- <https://fedora.phaidra.univie.ac.at/fedora/objects/o:290227/methods/bdef:Content/get> (Erişim tarihi: 18.07.2017)
- 48- <http://www.noroloji.org.tr/TNDDData/Uploads/files/uyku%20bozuklukları%202014.pdf> (Erişim tarihi: 30.07.2017)
- 49- <http://www.psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/40/sorular-ve-yanitlarla-hipnoz-hakkinda-bilmek-istediginiz-hersey> (Erişim tarihi: 30.07.2017)
- 50- <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/14885,fizikseltipverehabilitasyonmufredatv23pdf.pdf?0> (Erişim tarihi: 30.07.2017)

Av. Hamit BAYKARA (Oturum Başkanı)- Değerli Hocam çok teşekkür ediyorum.

Şimdi bize göndermiş olduğunuz soruları sırasıyla önce Sayın Daire Başkanına, oldukça fazla soru var, bütün sorular size; buyurun.

M. Zafer KALAYCI- Sayın Başkan sırasıyla deyince bir korktum, baktım hepsini sırasıyla cevaplamak bugünü herhalde tamamen alır. Onun için mümkün olduğunca genel kapsamda konuşacağım, ama soruların hepsini biz alacağız ve tekrar değerlendireceğiz. O konuda samimi olarak söyleyeyim kafanızda herhangi bir soru işareti olmasın. Eleştiriye her zaman samimi olarak açığız ve çalışmalarımızı olabildiğince şeffaf yapmaya çalışıyoruz. Bize ulaştığınız zaman biz bunları da aktarmaya çalışıyoruz. Bir web sayfası oluşturduk Daire Başkanlığıyla ilgili, “getatportal.saglik.gov.tr”, hem Türkçe, hem de İngilizce olarak yapıldı.

Yönetmelik’ten kısaca bahsedeyim.

Yönetmeliğimizi hazırlarken 2010 yılında çok büyük korkularla; çünkü benim de üyesi olmaktan gurur duyduğum ve üyeliği konusunda herhangi bir sıkıntının olmadığı, ama son uygulamalar sonrasında aynı fikirde olmadığım Tabip Odası’ndan korkumuzdan biz 10 tane toplantımızı istişare adı altında yaptık. Çünkü, orada maalesef odamızla tartışamıyorduk bile. İsterdim, konuşalım tartışalım diye, ama tartışma ortamının olmadığını gördüm. Bazı soruların içerisinde o tarz sorular da var; Hocam ısrarla onunla ilgili iki soru göndermiş.

Homeopati, sülük, hacamat; biz Yönetmeliği hazırlarken söylediğim gibi güzel bir Yönetmelik yapmaya çalıştık. Yönetmeliğimizin şöyle bir özelliği var: Yönetmelik konusunda mütevazı olmayacağız, çünkü dünyada o kadar geniş kapsamlı eğitim standartları falan tanımlanmış bu tarz bir yönetmelik yok. En son 2017 Temmuz ayında Dünya Sağlık Örgütü’nün 24 ülkeden oluşan workshop’ında yönetmeliğimizi İngilizce olarak tanıtmaya şansına sahip olmuştuk.

Yönetmelik’te biz şunu yaptık: Yönetmelik 14 tane standart maddeyle birlikte yayımlanır yayımlanmaz İngilizceye çevirdik ve yaklaşık dünyada 28 ülkeye USB bellek şeklinde yönetmeliği gönderdik ve onlardan ricamız “bu konuyla ilgili eksiklerimiz nelerdir veya eleştirileri-

niz nelerdir diye bize geri dönüş yapar mısınız?” dedik. Orada da çok güzel geri dönüşler aldık.

Aynı şekilde Temmuz 2017’de Dünya Sağlık Örgütü’nde düzenlenen workshop’ta 24 ülkeden gelenlere Yönetmeliğimizi sunduğumuz da oradan da yine aynı şekilde çok güzel geri dönüşler alındı.

Yaklaşık 3-4 tane ülke de bizim yönetmeliğimizi kendisine model olarak aldı.

Ben hiç unutmuyorum 2014 yılında Çin’de düzenlenen bir oturumda, -o zaman yönetmelik henüz yayınlanmamıştı ve taslak halindeydi-, taslağı sunduğumuzda Rusya bizden yönetmeliğimizi kendilerine taslak olarak alma talebinde bulundu.

Şu anda gerçekten güzel bir Yönetmelik oldu. Eksikleri var mı, var farkındayız. Onunla da ilgili bir aksilik olmazsa bu yılın sonunda veya 2018’in başlarında bir revizyon çalışması yapacağız.

Yönetmeliği hazırlarken istişare toplantılarında samimi olarak hiçbir düşünce veya herhangi bir aidiyet veya bağlantı düşünmeden her ortamdan herkesi davet ettik. Konuya taraf olan, taraf olmayan, tamamen karşı olan kişileri de davet ettik. Orada dermatoloji profesörü olan bir hocamız çok şiddetli bir şekilde karşı çıktı ve bizim samimiyetimizi gördükten sonra yaklaşık 3-4 yıl önce Türkiye kliniklerinde “Dermatolojide geleneksel tamamlayıcı tıp uygulamaları” diye özel bir sayı çıkarttı. Güzel bir açıklama yapmış, şu anda çoğu çalışmalarımızın içerisinde bizi destekliyor.

Bunu tartışabiliriz, özellikle homeopati, sülük, hacamat konusunda Habnet veya Cochrane’de yeterli kanıt olmasaydı bu mevzular yönetmeliğe girmezdi. Birileri uyguluyordu, bizde yaptık, bizim öyle bir derdimiz yok ve Sağlık Bakanlığı’nın da öyle bir işi yok. Açıkçası bizim boş işlerle uğraşacak zamanımız da yok.

Benim 6 tane arkadaşım var, bundan daha öncesinde 8-9 arkadaşım vardı, akademisyen hocalarım vardı, samimi bir şekilde, tarafsız bir şekilde yaklaşıldı. Habnet ve Cochrane Kütüphanesi’nden alınan “A Class” dergilerde, Bakan Bey’in de talimatı açıkçası buydu ve Bakan Bey bu konularda çok hassastır ve tavrı nettir. Hacamat konusunda mesela

biz yayınları götürüp Bakan Bey'e verdik. İstedığı "A Class" dergilerde, Habmet'te, Cochrane Kütüphanesi'nde yayımlanmış yayınlarımızı verdik. Bakan Bey'den yine olur aldık.

Aynı şekilde sayın oda yöneticilerim bizi ısrarla dava etti, o yasal hakkıdır ve yasal prosedür işleyecektir. Biz davada yasal savunmamızı yaptık, yayınlarımızı da ortaya koyduk; Dünya Sağlık Örgütü olsun, Avrupa Parlamentosu'nun çalışmaları olsun, Habmet ve Cochrane Kütüphanesi'ndeki bilimsel çalışmaları da ortaya koyduk ve davayı yönetmelikte hiçbir maddede değişiklik olmaksızın kazandık. Arkasından Danıştay'a Odamız başvuru yaptı, Danıştay'dan da ret geldi. Bu konuda da samimi olarak söyleyeyim, -bizim herhangi bir şeyimiz, zaten öyle bir şansımız da yok hukuk bağımsız bir kuruluş, mahkemeler muhakkak bağımsız-, hiçbir müdahalemiz olmadı ve sadece biz savunmamızı yaptık. Yasal sürecimizi gerçekleştirdik ve Sağlık Bakanlığı'nın bu kadar net bir şekilde kazandığı davalardan birisidir. Hukuken de bizim bir sıkıntımız yok, bilimsel olarak da bir sıkıntımız olduğunu düşünmüyorum.

Şöyle bir şey de var: Bilim her zaman değişiyor, alınan cevaplara göre değişkenlik oluyor. O değişkenlikler çerçevesinde inşallah dediğim gibi 2018 başı veya 2017 sonunda yine akademisyenlerden oluşan kurul, bizim bu 15 tane başlığımıza 11+11 kişi, yedekle birlikte 22 kişilik bilim komisyonu var ve her 15 başlığın da kendi alt komisyonları var. Bunlar kimlerden oluşuyor? Bu konuyla ilgili sivil toplum kuruluşlarından oluşuyor, akademisyenleri özellikle sistem içerisine katmaya çalışıyoruz, akademik çalışmaların katılmasını istiyoruz bilimsel anlamda, uluslararası düzeyde destek almaya çalışıyoruz, o konuda da çok rahatız. Şu anda Dünya Sağlık Örgütü'nün 23 tane geleneksel tamamlayıcı tıp mü-kemmeliyet merkezi var. Yani, sadece Türkiye'de tartışılmıyor, tartışıl-sın fakat tartışmanın belli seviyelerde, etik çerçevede yapılması ve yapıcı olması taraftarıyım.

Dünyada da tartışılıyor bu konu, DSÖ ciddi manada bu işe zaman ve maddi destek sağlıyor, harcıyor. Türkiye olarak da bunun gerisinde kalmayacağız. Hatta şöyle bir şey oldu: Yönetmelik İngilizce olarak sunulduktan sonra, bu konular görüşüldükten sonra Türkiye'ye Dünya Sağlık Örgütü'nün Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Masası'nın yürütücü-

lûğü teklif edildi ve biz “23’ncü Center”ı Türkiye’de kuracaktık, ama iki ay önce başka bir ülkede kuruldu. Biz inşallah bu 4’ncüyü Türkiye’de kuracağız ve onunla ilgili bir veya iki tane merkez kurmayı planlıyoruz.

Bunlarla ilgili özellikle benim camiam olan tıp camiasında konuşulan ve eleştirilen konulardan bir tanesi yayının olmamasıdır. Onunla da ilgili şöyle sıkıntılarımız var: Ben bir hekim olarak ve bize akademisyenlerden gelen şikayetler, “biz bu konularda yayın yapmak istiyoruz ama etik kurullar izin vermiyor” diyorlar. Gerçekten etik kurullar Türkiye’de bu tarz çalışmaların yapılmasına hiçbir şekilde izin vermiyor. Ama ısrarla da yayın istiyorlar, “bu nasıl perhiz, nasıl lahana turşusu” böyle komik bir durum var. Onunla ilgili de Sağlık Bakanlığı olarak Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarında Klinik Araştırmalar Yönetmeliği çalışması yapıldı, her şeyi de bitti ve yaklaşık iki yıl önce bitti. YÖK dâhil tüm kurumlardan olumlu cevaplar alındı, yakında o yayımlanacak.

Hocam da konuşmasında bahsetti; sahada sağlık profesyoneli olmayan kişiler tarafından fütursuzca yapılıyor, bazen ben özellikle akademisyen hocalarıma şundan da bahsediyorum: Bu zaten geleneksel tamamlayıcı tıp uygulamaları kronik hastalıklar ve onkoloji hastalıklarında aşırı derecede suiistimal edilen konular, hele de bir onkolog, akademisyen o kadar basit yetişmiyor, bir hastaya verdiği çok ciddi emeği var, daha sonra kullanılan onkoloji ilaçlarına çok ciddi para aktarıyor, sonra bir bakıyor ki bilmediği bir sebepten kendi uyguladığı tedaviyle alakasız bir şekilde hastasını kaybediyor veya hastanın tedavisinin gidişatı değişiyor. Bunu biraz eşelediğiniz zaman bir bakıyorsunuz ki sağlık profesyoneli olmayan kişiler tarafından geleneksel denilen veya öyle yapıldığı iddia edilen, -ki onlara geleneksel diyemiyorum, onlar ne yaptıklarını bilmiyorlar-, onlar tarafından müdahale edildiğini ve hastanın da doktorundan korktuğu için böyle bir şey yaptığını söylemediğini tespit ettik. Mevzuatta buna da açıklık getirdik ve sorulardan bir tanesi de oydu; öncelikle birincil tedaviyi uygulayan doktor arkadaşla bu tedaviyle ilgili bilgi vermesi gerekiyor. İlk tedaviyi uygulayan doktorun bu tedaviden haberinin olması lâzım, hastaya bir şey olduğunda son tedaviyi uygulayan hekim açıkçası sorumlusu oluyor. İlk hekimin burada bir sorumluluğu kalmıyor. Ama yine adli tıp yönünden de onun değerlendirileceğine inanıyorum. Yönetmelik gereği biz böyle bir şey yaptık.

Yönetmelik'te tedavi eder, kesin tedavi eder gibi bir şey kullanılmadı, destekleyici tedavi olarak tanımlamalar yapıldı.

Fitoterapi konusunda sorular var; fitoterapi bizim de önem verdiğimiz konulardan birisi ve aşırı derecede suiistimal edilen konulardan birisi maalesef. Özellikle sağlık profesyoneli olmayan kişiler ve şu anda ciddi manada sıkıntı olan aktarlar kısmı var, orada denetimlerde sıkıntılar yaşanıyor. Onunla ilgili Sağlık Bakanlığı olarak biz ciddi manada destek veriyoruz, bununla ilgili araştırma merkezlerinin üniversite bünyesinde kurulması için çalışmalar yapıyoruz.

Aktarlarla ilgili özellikle Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı gerçekten bir şekilde denetimlerini yapıyorlar; ama maalesef biz bunun üzerine gitmediğimiz sürece eczacısıyla, doktoruyla ve hemşiresiyle, fizyoterapistiyle birlikte yapmalıyız. Bu iş bir takım işi.

Sorulardan bir tanesi de; fizyoterapistlere ve hemşirelere neden eğitim vermiyorsunuz diyor. Biz kanunlar çerçevesinde, kanunlara dayanak oluşturarak bir Yönetmelik hazırladık. Hiçbir kanunda fizyoterapist arkadaşımıza, hemşire arkadaşımıza veya sağlık memuru arkadaşımıza hasta muayene edip, tedavi planlayıp, reçete yazma yetkisi vermemiş. Benim burada bir yönetmelikle bunu nasıl açacağım düşünülüyor ben buna anlam veremiyorum. Burada hemşire arkadaş, sağlık memuru arkadaş, fizyoterapist arkadaş kanun çerçevesinde ve bizim kanunlara dayanarak hazırlamış olduğumuz meslek standartları tanımlamamız var. Meslek standartları tanımlaması çerçevesinde geleneksel tamamlayıcı tıp sertifikası olan hekim arkadaşlara takım çalışması yapabilir, onun için kanuni bir engel yok, bizim açımızdan hiçbir engel yok. Biz o şekilde planladık ve genel tıp anlamında destek vereceği için onlara da ekstre bir eğitim vermenin de bir anlamı yok, bu konuda eczacılardan mesela şikayet geldi, “niye biz fitoterapi eğitimlerinde tanımlanmamışız” deniliyor. Zaten eczacılık eğitimi sırasında farmakoloji adı altında ciddi manada bir eğitim alıyorsunuz, size fitoterapi sertifikası ve eğitim şartı koysak bu size karşı bir saygısızlıktır.

Aynı şekilde hemşireye farklı olarak ben ne gösterebileceğim ki veya fizyoterapisteye farklı olarak ne gösterebileceğim ki; zaten sizin almış ol-

duğunuz eğitim içerisinde bunlar var. Siz yardımcı sağlık personelisiniz ve hekim arkadaşla yardımcı olmakla mükellefsiniz, hekim arkadaşın yönlendirmesiyle tedavide yine yardımcı olacaksınız. Kanun’da başka farklı bir şey söylemiyor. Bu kimseyi aşağılamak, bir mesleği aşağılamak gibi bir şey yok; ben de hekimim, dışarıda çıktığımda ben hemşire arkadaşım ile çalışıyorum, fizyoterapistimle çalışıyorum, bu takım işidir. Siz bizim takımımızın bir üyesisiniz ve sızsız bu iş olmaz ve de o çerçevede biz öyle bir tanımlama düşünmedik. Gerekli olduğunu görmedim.

Benim en büyük desteklerimden bir tanesi, ben Amerika’ya da, Avrupa’ya da gittim, Güney Kore’ye de gittim, Çin’e de gittim, en son Kasım 2016’da Güney Kore’den geldim, 15-20 gün sonra orada ciddi bir üniversiteye tekrar gideceğiz. Orada da aynı şeyler var, açıkçası Amerika’yı yeniden keşfetmedim. Ben mevcut dünyadaki uygulamaların, kötülerini ayırdım bir kenara koydum. Avrupa’da mesela çok ciddi sıkıntılar var, bizim en büyük avantajlarımızdan birisi bu. Uygulayıcı olarak biz burada tabipleri tanımladık, dış tabiplerini kendi alanlarında yaptık. Avrupa’da maalesef sertifika ile hiçbir şekilde tıp eğitimi olmayan kişiler hasta tedavi etmeye kalkıyor, Amerika’da aynı şekilde çok ciddi sıkıntılar var. Türkiye’de bu tartışmanın içine girmeyeceğiz dedik ve girmemeye çalışıyoruz.

Avrupa olsun, Amerika olsun, Asya olsun geleneksel tıp doktorları var, bir de modern tıp doktorları var ve ciddi bir kavga var. Niye Türkiye’yi böyle bir kargaşanın içerisine sokalım?

Volkan Hocamın söylediği gibi bu bir uygulama; hekim arkadaş eğer bu uygulamadan hastasına fayda sağlayacağını düşünüyorsa, bizde “tamam size bir sertifikasyon programı yapalım, üniversitelerde daha önce tıp eğitimi almış olduğun kurumda git bu eğitimi al, eğer uygulamak istiyorsan bu şekilde eğitimiyle yap” dedik.

Size şunu da söyleyeyim: Katılımcıların %65’i uzman hekim, zaten belirli bir uzmanlığı var ve onun yanında sertifika almak isteyen uzman hekimler, uzmanlığı olmayan hekimlerin fazla bir talebi yok biz onu gördük. %45 oranında pratisyen hekimler sertifikalı, %65’i belirli bir dalın uzmanı. Bunun da yaklaşık çoğunluğunu anestezi uzmanları

oluşturuyor, fizik tedavi uzmanları oluşturuyor, aile hekimi uzmanı arkadaşlar oluşturuyor. Zaten uzmanlığı olan ve hatta ben onu görünce daha çok heyecanlandım, “bu insan 6 yıllık tıp fakültesi bitirmiş ve bir alanda da uzman olmuş, ama bazı eksiklikler görmüş ve kendini bu şekilde tamamlamayı düşünüyor” dedim. Ben de üniversiteler üzerinden, ne olduğu belirsiz kurumlar üzerinden değil, buralar YÖK tarafından eğitim vermeye yetkilendirilmiş kurumlar, onlarla da ilgili şikayetlerde geliyor ve onların da farkındayım. Eğitimlerdeki sıkıntıların, eğitimcilerdeki yetersizliklerin de farkındayım, onlarla da ilgili bir düzenleme yapılması gerekiyor tekrardan ve yapılması gerektiğini fark ettim. Buralarda eğitim almalarını sağladık, yani biz farklı bir şey yapmadık, Amerika’yı keşfetmedim ben tekrardan. Esasen oralarda olan yanlış uygulamaları almadan Türkiye’ye uyarlamaya yaptım. Türkiye’ye göre bir elbise biçtiğimize inanıyoruz, eksikliklerimiz olacak, yaptığımız hatalar olacak, onlarda düzenlemeler yaparız, yapacağız da orada herhangi bir sıkıntımız yok.

Denetlemeler konusu devamlı söylenmiş. Dediğimiz gibi bu geleneksel tamamlayıcı tıp merkezleri daha önceden akupunktur muayenehanesi olarak yetkilendiriliyordu, farklı bir kuruluş olarak tanımlanıyordu. Ayaktan Teşhis Tedavi ve Özel Hastane Yönetmeliğine göre, açılan merkezlerde yapılmasına müsaade ediyoruz. Bunlar; özel hastaneler, tıp merkezleri, poliklinikler ve muayenehanelerde açılabilir. Bu çerçevede esasen hekimlerin açmış olduğu bu merkezler iki tane süzgeçten geçiyor. İl Sağlık Müdürlükleri ayaktan teşhis tedaviye göre ilk önce denetimlerini sağlamak zorunda, ayaktan teşhis tedavi ve özel hastane yönetmeliğine göre denetimini tamamlayacak, arkasından da Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği’nde dediğim gibi denetim formu yayınladık. O denetim formuna göre ikinci kez denetleniyor. Oralarda sıkıntımız yok; ama bazen oralarda da sıkıntı oluşuyor, özellikle hekim arkadaşlara geleneksel tamamlayıcı tıp uygulamalarıyla ilgili verilen eğitimlerin de tamamen yeterli olduğuna inanmıyorum, orası da ilk basamak. Ben gittiğim kurslarda da bunu anlatıyorum, “arkadaşlar bakın bu akupunktur eğitimi için 3 aylık bir eğitim planladık, bu size ilk basamağı veriyor ve dünyaya çıktığınız zaman bir akupunktur eğitimi 3 yıllık, 4 yıllık ciddi bir eğitim ve siz bunun üzerine ne koy-

bilerseniz” diyorum.

Bunlarla ilgili bir yönetmelik çalışması var; Sağlık Bakanlığı tarafından akredite olan eğitimler planlanıyor ve bunlar özellikle dernekler, sivil toplum kuruluşları, kişiler tarafından verilecek. Bununla da ilgili bir yönetmeliğimiz var.

Ben mümkün olduğunca toplamaya çalıştım, Başkanım topla dedi ama. Diğer konularda dediğim gibi arkadaşlarımda salonda, onlarla birlikte değerlendirmeyi yapacağız.

Ben teşekkür ediyorum, saygılarımı sunuyorum.

Av. Hamit BAYKARA (Oturum Başkanı)- Teşekkür ediyorum Sayın Başkanım.

Şimdi Nesrin Hocam sıra sizde; buyurun.

Nesrin ÇOBANOĞLU- Bana gelen sorular Sayın Daire Başkanına gelen kadar çok değil.

Üç tane soru var, birincisi; hemen cevap vermek, sonrasında ötekiler benzeşiyor onlara değinmek isterim kısaca.

Birinci soru tamamlayıcı tıp uygulamasıyla hekimlerin otonomlarının arttığını, bunun da bireysel becerilerini geliştirdiğini, tıbbın sanat yönüne etkisi olacağını düşünüyor musunuz?

Kuşkusuz, evet bu alanların tıbbın sanat yönünün gelişmesine çok ciddi etkileri var diye düşünüyorum, bunu gözlemek de mümkün. Hatta modern tıbbın eksik bıraktığı yön özellikle bununla daha da tamamlanıyor diye düşünüyorum. İdeal bir hekim/hasta ilişkisinde hekimin tıbbın bir sanat olduğunu unutmadan sürdürmesi gerektiğine vurgu yapıyorum yine.

Öteki konular, ikisinin örtüştüğü yerler var; bilimsel yöntemlerle kanıtlanamayan tedavilerin şu anda tıp alanında uygulanması mümkün mü diye bir soru var.

Tıbbın ilerlemesi için, -bununla ilgili bir makale yazarsam orada zaten yer alan şey ön çalışmalarımda-, şöyle: Tıbbın ilerlemesi için in-

sanlar üzerinde deneyler yapılmalıdır, kanıtlanmış olanların ötesinde ve insan üzerinde deney yapmak zaten bir tek tıp alanına tanınmış bir haktır. Fakat, ama der, insanlar üzerinde kanıtlanmamış yeni konuların araştırılması mümkündür, ama koskoca Helsinki Bildirgesi çıkar. Yani, “World Medical Association” Dünya Tabipler Birliği’nin yayınladığı Uluslararası Hekimlik Bildirgelerinden ilk 1964’te yayımlanan ve sürekli güncellenen, insan denekler üzerinde araştırma yapmaya ilişkin bildirge, evrensel. Bizde Anayasa’nın 90’ncı maddesiyle, iç hukukla çelişme olduğunda ona uymak zorundayız, bütün hekimlerin uymak zorunda olduğu bir bildirgedir.

Yani, güvenliği kanıtlanmamış olan bir yöntemi modern tıbbın güvenliği kanıtlanmış uygulamalarıyla aynı kefedeyapamıyoruz. Böyle bir şey yapacaksak yapabiliriz, evet yeni ve özel prosedürler lâzımdır. Bu da araştırma protokolleri, araştırma süreçleridir. Bunları da yapabiliriz, çeşitli zararlar görülebilir, kötü niyet yoktur aydınlatılmış onam vardır, iyi bir amaç içindir, gereken koşullara uygundur yapılır. Burada bile şu vardır: Hekimin riski artırmama sorumluluğu vardır, etik ve yasal bir sorumluluktur. Hekim riski artırmamak üzere araştırma yaparken bile mümkün olduğunca hastanın sağlığını, önce hasta sağlığı, araştırma ve toplumun yüksek yararı da o hastanın sağlığından önce gelmez. Önce o hastanın, o bireyin; çünkü bizim araştırmalarımız genellikle tedaviyle birleşik araştırmalardır. O kişinin sağlığı en öncelikli şeydir. Bu nedenle, bu konuda olumsuz örnekler yaşadık hatırlayın bazı şeyler var; aynı anda kompozit doku nakillerinde mesela yaşadık, dört ekstremitenin nakledilmesi, hastanın ölümü gibi süreçler şimdi ona girmeyelim. Ama hekimin riski artırmama sorumluluğu vardır. Bununla birlikte bazı şeyler görülebilir.

Şunu söyleyerek diğer konuya geçeyim: Güvenliği kanıtlanmamış şeyleri araştırabiliriz, ama normal muayenehanede kullanamazsınız. Bunu kullanmanın belli koşulları vardır, bunu denerken bir bilimsel ortamda ona uygun koşullarda olumsuz bir durum ortaya çıktığında müdahale edecek ekiplerinizle birlikte tıbbi deneysel araştırmalar yapabilirsiniz.

Deontoloji Tüzüğü 1960 tarihli, bizim artık hekimliğe uymuyor, beğenmediğimiz bir şey belki, eleştirilen yönleri var. Ama orada bile şöyle bir madde var: Umutsuz bir hastada tıbbın yetersiz kaldığı durumda özel bazı yöntemler ya da daha önceden denenmemiş bazı şeyler denebilir diyor, buna izin veriyor. Terminal dönemde bir hasta herhangi bir şey, bir deneysel yöntem ya da başka bir tamamlayıcı uygulama kullanılabilir, “ama muayenehanede bunu hastanıza parayla yapamazsınız” diyor. Deontoloji Tüzüğü şu anda geçerli olan, bunlarda aklımızın bir kenarında dursun diye söylüyorum.

Bu arada güvenliği kanıtlanmamış, ama geleneksel yöntemlerle kullanılan bir bilgiyi hastamıza uygulayabilir miyiz? Yeni Yönetmelik’le evet uygulayabiliriz, ama burada da bazı koşullar var; aydınlatılmış onam konusunda titizliğiniz beğeniyorum bu önemli, ama yeterli mi, hayır bence yetmiyor. Orada biraz gri bölge var; modern tıbbın doğru- dan kabul ettiği uygulamaları yaparken bile gri bölgelerde iyi ile kötüyü ayırmaya çalışıyoruz ileri uzmanlık bilgisiyle, onun için iyi ile kötünün ayırımı son derece önemli, bu konuda da eğer düzgün bir biçimde yol alınacaksa, bu kadar ilaç endüstrisinin içinde olmayı da ben haklı görmüyorum ve onun bir sürü etik bambaşka şeyleri var onların da farkındayım, o konuda da bir konferans verebilecek kadar konunun içindeyim. Bununla birlikte bu konumuza dönersek eğer, bu konuda çok özenli olmalıyız, dikkatli gitmeliyiz, bir sürü şarlatanın yasal bir zemin bulması içinde uygun bir habitat yaratmaktan kaçınma sorumluluğu var özellikle diyerek tamamlamak istiyorum.

Burada son bir soru daha var; bu konuda Sayın Nesrin Çobanoğlu’nun deyimiyle modern şey özellikle deneme, yanılma yoluyla edinilen bilgilerin deneyle kanıtlanmasına geçişle olmaktadır. Fakat tamamlayıcı tıbbın bazı şeyleri deneylerle tanımlanamıyorsa burada bir etik sorumluluk yok mu?

Kuşkusuz var, ama bunların birçoğu denendiğinde kanıta dayalı sonuçlar alınamamış şeylerden söz ediyoruz, alınan zaten direk içine giriyor. Alınamamış olanlar sorun burada, alınamamış ama hastanın iyilik halini etki eden bazı faktörler; bunlar zaten düzenlenmeye çalışılıyor. Yoksa tabii bir sürü araştırmayla kanıtlanan bilgi modern tıbbın içine

girmiş oluyor diye toparlayalım.

Av. Hamit BAYKARA (Oturum Başkanı)- Hocam çok teşekkür ediyorum.

Oturumumuzu süresi içerisinde kapatıyoruz. Sunumlarıyla bizleri aydınlatan değerli konuşmacılara ve katkılarından dolayı da sizlere teşekkür ediyorum. Bizim anlayacağımız doktor mucizelere, bitkilere yön verdiğini, “Bitkilerin Efendisi” olduğunu söyleyenlere geçit vermemektir. Yani, Büyük Atatürk’ün deyiimiyle “Hayatta en hakiki mürşit ilimdir, fendir”.

Hepinize teşekkür ediyorum.



Dördüncü Oturum Konuşmacılar ve Katılımcılar Toplu Fotoğraf Düzen



VII. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

Beşinci Oturum

(02 Aralık 2017)

Robotik Cerrahi Uygulamaları

Oturum Başkanı	Av. Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU (Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkanı)
Konuşmacılar	Prof. Dr. Ersin YARIŞ (Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi- Türk Farmakoloji Derneği Başkanı) Dr. Nurhan DEMİRHAN (Hekim-Hukukçu-Sağlık Yönetim Uzmanı) Av. Ece SİNDEL (Sağlık Hukuku Kurulu Başkan Yardımcısı) Av. Ayşe EROL SARIEY (İzmir Barosu)



Beşinci Oturum-Oturum Başkanı ve Konuşmacılar

Av. Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU (Oturum Başkanı)-
Değerli konuklar; tekrar saygılarımı sunuyorum ve hoş geldiniz diyorum.

Kurultayımızın ikinci gününün, ikinci oturumunun konusu geleneksel tamamlayıcı tıp uygulamalarıdır.

Biz Kurultay başlıklarını, öncelikle korsan tebliğ yapmamaya çalışarak, neden bu konuyu seçtiğimiz ve konu başlıklarımızı niye bu şekilde gruplandırıdığımızı bir parça paylaşmak istiyorum.

Geçmiş senelerde bu tür uygulamaların bir yasal düzenlemesi olmadan sorunların gündeme geldiği, hukukun genel metotları içerisinde de çözüm arandığı bir gerçektir. Bu döneme gelindiğinde artık bunun bir düzenlemesi var. Fakat her durumda, her düzenleme ardından hukuksal sorunu getiriyor. Bizlerin bu konuda, yani hukukçuların yol göstereni esasen bilimdir. Bu konuların mevzuatta düzenlenmesi sonrasında oluşacak görüşleri hâkim ya da avukatın tek başına değerlendirmesi mümkün değil.

Nitekim, Sağlık Hukuku Kurulu'nun geçmiş dönem yayınlarına baktığınızda Kurultaylarımızda biz gerçekten Sağlık Hukuku'nu bilimsel bir bilgiyi ulaştırmayı, uygulamacının bakacağı bir temel başvuru kitabını oluşturmayı hedefledik. 10 yıldır yapılan yayınlar yargı kararlarına Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurultayı'nın şu kitabı diye giriyorsa bu gerçekten siz hekimlerimizin, konuklarımızın, hukukçularımızın iş birliği, güç birliğiyle olan bir şey.

Geleneksel tamamlayıcı tıp uygulamaları tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de savunanı, karşı duranı olan, tartışmasının çok fazla olduğu bir konu. Fakat bize yavaş yavaş konuya ilişkin sorunlar gelmeye başladı, biz uygulamacılar olarak. Geçtiğimiz yıl böyle bir dosya bizim elimize geldiğinde, konunun uzmanının kim olduğuna ilişkin olarak baktığımızda biz sağlık çalışanı olmayan, mesleği sağlık ve uzmanlık alanı olmayan bir kişinin bu konuda görüş sunduğunu ve hâkimin bu görüş etrafında karar verdiğini görmüş olmak gerçekten bizi tedirgin etti. Demek ki, bu hayatımızın içine geçmiş durumda! Bu nefes koçluğu, çok adını bilemeyeceğim "Reiki" vs uygulamaları gibi düzenlemede, mevzuatta olmayan uygulamalar da var.

Bunun üzerine biz dedik ki, bunu öğrenmemiz ve bir şekilde kaynak oluşturmamız lâzım ve bugünkü oturumlar bu düşüncenin çerçevesinde oluşturuldu. Ancak kurultayların her aşamasında konunun hasta, sağlık çalışanı, Sağlık Bakanlığı, Tarım Bakanlığı, tabip odaları, mümkün olduğunca akademik çevrelerle toplu bir şekilde çeşitlilikle gerçekleştirmeye çalıştık.

Bugünkü bilimsel programın hazırlanmasında bizlere çok değerli katkıları olan Ankara Tabip Odası'nın değerli Başkanı ve Yönetim Kurulu üyeleri, hekimlerimiz, bizlere tıbbi yönden bir yol gösterici oldular. Ve biz kendimiz şunu fark ettik: Düzenlemede yer alan uygulamalar var, bir de düzenlemede yer almayanlar var. Dolayısıyla, bizim sabah oturumumuzda Yönetmelik, yani düzenlemede bulunan uygulamaların bir yerde tanıtılması yasal zeminin ne şekilde oluştuğunu öğrendik.

Ardından, her şey gibi sağlık dediğimiz anda etiği konuşmadan, hele sağlık hukuku olduğunda etiği konuşmadan hiçbir şekilde adım atamayacağımızı bildiğimiz için bu işin etiğinin üzerine düşünmenizi istedik ve konu başlığımızı ona ayırdık.

Diğer konuşmacımızın konusunda ise, gerçekten bunun tıbbi anlamda ne olduğu, ne olmadığına ilişkin soruların cevabını aradık. Bu oturumumuzda ise yine Yönetmelik'te olan, yani Geleneksel, Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'nde düzenlenen ve sayılan yöntemler açısından sorumluluğun ne olduğuna ilişkin bir oturumdur.

Sonraki oturumumuzdaki konu başlıkları ise, Yönetmelik'te artık düzenlenmemiş olanlara ayırdık. Yani, konu başlıklarını bu şekilde bölümlere ayırdık.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000'li yıllardaki verilerinde, dünyanın pek çok ülkesinde insanların yaklaşık yüzde 50'sinin bitkisel tedavilere yatkınlık gösterdiği gibi bir gerçeklik var. Dolayısıyla, konunun bitkisel ağağının tıbbi boyutla birleşen, özellikle uzmanlığının tıbbi farmakoloji olduğunu öğrendik, üstatlarımız bize bunu söyledi. O yüzden de ilk konuşmacımız Sayın Profesör Ersin Yarış'ı, Karadeniz Teknik Üniversitesinde Farmakoloji Anabilim Dalı uzmanı kendisi.

Ben şimdi kendisine sözü bırakıyorum; ama ilk önce 20'şer dakikalık bir konuşma sürelerinin olduğunu hatırlatacağım, ardından değerli

konuklar kayda girebilmesi ve kitap yapabilmemiz için bizim soruları yazılı almamız gerekiyor. O yüzden görevli arkadaşlarımız kağıt dağıtacaklar, sorularınızı da bu aşamadan itibaren almaya başlayabiliriz. Buyurun Hocam.

Ersin YARIŞ- Teşekkürler Sayın Başkan.

Ankara Barosu'nun değerli Yönetim Kurulu Üyeleri, Ankara Tabip Odası Başkanı, değerli hukukçular ve aranızda öğrendim ki hem hukukçu, hem hekim olan meslektaşlarım varmış hepinizi saygıyla selamlıyorum; hoş geldiniz diyorum.

Ben buraya resmi olarak Türk Tabipleri Birliği'ni temsilen gelmedim. Ancak, dün akşam bizim zaten bu konuda var olan bir çalışma grubumuzun toplantısına katıldım, orada Merkez Konseyi Başkanımızla da birlikteydik. Dolayısıyla aslında oradan da bazı görüşleri buraya taşımış olacağım; yani bir tür gayri resmi aktarım da söz konusu olacak.

Bir başka kimliğim benim, o anlamda da bir resmi temsiliyet diye düşünmeyin, Yönetim Kurulu'ndan böyle bir yetki almış da değilim; ama ben Türk Farmakoloji Derneği Başkanayım aynı zamanda. Dolayısıyla bütün bunları birleştirdiğim zaman bir farmakolog gözüyle, bir hekim farmakolog gözüyle konuya nasıl bakmak gerektiğini konuşmaya çalışacağım, sohbet edeceğim sizlerle.

Benden teknik bir sunum beklemeyin bugün; çünkü bu konu henüz çözülmedi, teknik olarak da çözülmedi, tıbbi olarak da çözülmedi, etik olarak hiç çözülmedi. Eskilerin bir lafı vardır, “bu pilav daha çok su kaldırır” derler, biz epey su ekleyeceğiz bu pilava öyle görünüyor. Ama önce ben kendi üstüme düşen etik sorumluluğu yerine getireyim.

Benim bugün konuşma başlığım, “Tıbbın Alternatifi Yoktur”. Bu tıbbın alternatifi yoktur yorumu, sözü ilk kim tarafından söylendi bilmiyorum; ama bunu farmakoloji camiasının gündemine getiren kişi rahmetli bir farmakolog arkadaşımızdır, benden bir-iki yaş büyüktür, rahmetli Profesör Doktor Oğuz Güç'tür; Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı öğretim üyesiydi. Malum, bu devrin en bilinen hastalıklarından birisinden kaybettik onu erken yaşta. Dolayısıyla, camiaya bunu yerleştiren insan olarak onu saygıyla, özlemle, rahmetle anmak istiyorum. Bu cümle benim değil, ama yürekten

inandığım bir cümledir ve üzerimdeki bu etik sorumluluğu da yerine getirmek istiyorum.

Şimdi önce bazı kavramlardan söz etmek lâzım; en tehlikeli şey belki de bir kavramı, bir kurumu çökertmek için, bağlamından kopartmak için kullanılabilecek yöntem onun içini boşaltmaktır. Bu tehlikeli ve çok kullanılıyor.

Şimdi burada da benzer bir durum var; bu işler ilk gündeme geldiğinde alternatif tıp diye çıktı. O kadar ciddi bir tepki verildi ki, şimdi bugün hiç kimse alternatif lafını kullanmak istemiyor, ciddi bir geri adımdır bu! Bugün ne kullanılıyor? Tamamlayıcı tıp; tamamlayıcı tıp kusura bakmayın, alternatif tıbbın utangaççasıdır ve bence aralarında matah bir fark yoktur. Onun için bu kavramlarda önce anlaşılmak lâzım. Ben böyle bakıyorum, birileri başka bakabilir; ama benim bulunduğum pozisyon kusura bakmayın utangaçlıkla ilgili bir pozisyon değil, netlik gerektiren bir pozisyon. Bu konu da çok fazla netlik gerektiriyor ve onun için ben bu pilav daha çok su kaldırır diyorum. Onun için bugün bir teknik sunum yapmıyorum anlamı yok; çünkü teknik sunum yaptığınız zaman, teknik şeyler anlattığınız zaman sanki olay, iş çözülmüş de işin birtakım ayrıntılarının düzenlemeleriyle uğraşıyormuşuz gibi bir anlam çıkıyor. Daha uzlaştığımız falan bir yer yok; yönetmeliğin çıkması başka bir şeydir, ama bu konuda bir konsensüs yaşandığını iddia etmek başka bir şeydir. Pek çok hekim bu konularda sertifika almak üzere başvuruyor olabilir; ama bu hekim camiasının bu konuda uzlaştığı, onay verdiği anlamına gelmez.

Sayın Daire Başkanı sabahleyin ne dedi? Bu sertifika programına başvuranların %45'i pratisyen hekim, %55'i de uzman hekim dedi ve en çokta anestezi uzmanları ve fizik tedaviler dedi yanılmıyorsam, aynen de bunu söyledi. Şimdi bu başka bir şeyi açıklıyor aslında, başka bir şey daha var burada. Niye acaba anestezi uzmanları ve fizik tedaviler bu işin içine giriyor, bu eğitimi almak istiyorlar. Nedeni şu: Bizzat Yönetmeliğin kendisidir. Yönetmelik'te endikasyonlar tanımlanmıyor. Endikasyon dediğiniz şey arkadaşlar tanıdır, hastalıktır. Yönetmeliğe bakın, 20 yerde baş ağrısı lafı geçer, baş ağrısı tanı değildir. Baş ağrısı tanı değildir, bir belirtidir, bir semptomdur, hastanın bir yakınmasıdır, beş bin çeşit hastalığın da belirtisi olabilir, ipucu olabilir. Siz belirtiyi bunun içine

koyuyorsunuz ve endikasyon diyorsunuz, tıbbı reddediyorsunuz işte alternatifiniz bu! Tıbbı reddediyorsunuz, neyi tamamlıyorsunuz?

İki; baş ağrısı kimin işidir, hangi uzmanlık alanının işidir? Arkadaşlar, üriner sistem enfeksiyonu bile baş ağrısı yapar. İdrar yolu iltihabı ile gelen hastalarda baş ağrısıyla gelenlerde bu atlanabilir. Ürolojinin işi mi? Bir yönüyle. Nörolojinin işi mi? Büyük oranda; çünkü nörolojik bir sürü hastalıkta bunu görüyoruz vesaire vesaire.

Bel ağrısı, müthiş bir tanı; böyle bir tanı yok, bel ağrısı bir semptomdur. Daha bu yönetmelik endikasyonları belirlememiştir ve belirtiler, semptomlar diye tanımladığım, ama yönetmelikte endikasyonlar diye yer alan şeyler tıbbın henüz netleşmemiş, -çağdaşıktan söz ediyorum-, bazı branşların arasında kalmış, pek çok branşın da el atmakta olduğu konulardır. Ve listelere baktığımızda da bunların çoğu ağrıya, kas-iskelet ağrıları vesaire bu nedenle en çok fizik tedavici ve anestezi uzmanları, ağrıya uğraşanlar en çok bunların eğitimine katılmak istiyorlar.

O flu alan bırakın netleşmeyi daha da flulaşıp, daha da ayrılmaya doğru gidiyor. Bunlar da tehlikeli gidişler, buraların da ciddi biçimde tartışılması lâzım. Sabahleyin Daire Başkanı, “Eczacılar biz bu alanda yer vermedik, çünkü siz fitoterapiyi zaten Eczacılık Fakültesi eğitiminin içinde alıyorsunuz” dedi. Peki, algoloji yan dal uzmanı olan bir kişiye niye bu söylenmiyor, “yahu kardeşim sen zaten algologsun, ben bakanlık olarak sana algoloji yan dal uzmanlığı yetkisini verdim saçmalama ne sertifikası, sen yaparsın bu işi” niye demiyoruz? İler tutar yanı yok! Yok, 30 saat bilmem ne dersi alacak, 5 saat bilmem nesi olacak; bunlar şekildir ve makyaj malzemesidir.

Peki, biz çağdaş tıp dediğimiz zaman niye bunlara karşı çıkıyoruz? Ukalalıktan değil, mesleki şovenizmden hiç değil, inançlardan hiç değil, bilimsellikten ötürü kanıt arıyoruz. Dünyada zaten bu işler o kadar netleşmiş olsaydı kanıt anlamında hepsi paşa paşa tıbbi tedaviye girerdi. Yeterli kanıt yok ki bunları tıbbi tedavi içine sokalım. Hani, literatürde vardır, şunu söyleyemem bulursunuz bir sürü şey, “ben 100 tane hastaya nane koklattım, valla hepsinin baş ağrısı geçti”, yayın mı, yayın: “Eeee”! Bunun tek bir cevabı “Ee”dir. Bunların kalitesidir.

Volkan Bey kanıt hiyerarşisini sundu; en tepede meta analizler var.

Hani çocuklar kendi aralarında konuşurlar ya “benim babam senin babanı döver” gibi, bir tane meta analiz varsa bu konuyla ilgili olarak, eğer kanıt inanıyorsanız, eğer kanıt hiyerarşisine inanıyorsanız o konuda bir tane meta analiz varsa geri kalan bütün kanıtları döver, en tepedekidir.

Şimdi bunları dikkate almadan olay çözülmüş, bilim zaten bu işi halletmiş filan deme noktasında değiliz, oralara daha gelmedik. Oralara gelmeden oralara gelmiş gibi yapıp yönetmelikler, sertifika programları bilmem nelerle “hurra hadi biz yola çıktık, trenin arka vagonuna eklenen eklensin” demek pek çok alanda yapılagelen şeydir; Sağlık Bakanlığı’nın pek çok alanda yaptığı şey burada da geçerli, “biz yaptık yola çıktık, arka vagona yetişerseniz yetişirsiniz”, bu samimiyetsiz bir tavidir, bu ben yaptım oldu felsefesidir. İlim Çin’de de olsa gidip öğrenin bir şey dediğim yok; ama biraz dikkatli olalım. Avrupa’da bu işler başka şekilde değerlendiriliyor, onlar bir sürü başka ayrıntıyı çözmüş de ondan öyle. Bizim daha çözmediğimiz bir milyon tane ayrıntı varken, ayrıntı da demeyeyim onlara, bir milyon tane sorun varken biz her şey olmuş gibi böyle davranamayız. Buna hakkımız yok. Biz çağdaş tıp uygulayan insanlar bunu kabul etmek zorunda değiliz.

Bazı insanlar çağdaş tıbbi uygularken bunları da uygulayacağım diyebilir, devlet de izin vermiştir. Yani, her yiğidin yoğurt yiyişi farklı olabilir, ben o insanları “tu kaka” bilmem ne diye tanımlamıyorum. Ama çok da iyi anlamıyorum.

Başka bir şey söyleyeyim size; bunun da kendi içinde başka tehlikeleri var. Bu iş rant alanı, bütün dünyada rant alanı, Amerika Birleşik Devletleri’nde alternatif tıp uygulamaları için harcanan para konusunda fikri olan var mı? 50 milyar dolar, bütün dünyada 100 milyar dolar olduğu söyleniyor. Bunları tabii belgeye dökmek çok zor! İlaç gibi çıktısı belli, satışı belli şeyler olmadığı için, tam böyle milimetrik şeyler söylenemez. Herhalde 50 milyar dolar lafı da “ışkembeyi kübradan atılmış” bir laf değildir, pek çok yerde bunu görüyoruz.

Şimdi böyle bir sektörden söz ediyoruz ya da böyle bir büyüklükten söz ediyoruz ve biz bu büyüklüğün çok doğal olarak etkisinde kalıyoruz; çünkü biz aslında bazı entegrasyonları istiyoruz, Avrupa Birliği şu bu! Onlar da bize arada sırada bunu dayatıyorlar. Sağlık Bakanlığı’nın pek çok programı Dünya Bankası programıdır ve bu da bunlara benzer

şeylerdir. Buralarda çok dikkatli olalım.

Şimdi bu sertifikasyon programı da müthiş bir rant alanı yaratmıştır. Az önce gösterdiler, vajinal sülüğün eğitimini vereceğini iddia eden kişi bir ebeydi ve 400 Lira eğitim parası istiyordu, 400 Lira. Bunun bir karşılığı olduğu için söylemiyorum; ama bir profesör tıp fakültesinde ayda 500 Lira ek ders ücreti almıyor. Bu onun karşılığı vesaire diye söylemiyorum, ben karşılaştırmalı büyüklüklerden söz ediyorum. 10 kişi katılsa kursa alınacak parayı düşünün, kazanılacak parayı, maliyet ne? Sülük kaç para valla bilmiyorum.

Av. Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU (Oturum Başkanı)-
Bedavadır.

Ersin YARIŞ- Mahalleden bedava bulur da, sülüğü kaç paraya alır onu bilmiyorum gerçekten; mahalleden, dereden toplar o ayrı bir konu, suçtur öyle sülük tedavisi yapması. Şunu söylemeye çalışıyorum: Bu alan acayip boş, acayip bir rant alanı olmaya başladı.

Şunu da söyleyebiliyor Yönetmeliği hazırlayan arkadaşlarımız: Biz bu Yönetmeliği çıkarmasaydık iyice başıboş kalacaktı dediler. Valla Yönetmeliği çıkardığınız için olayı başıboşluktan mı çıkardınız, yoksa “biz bu adamlarla baş edemiyoruz, bari legalize edelim mi?” dediniz. Kavramları iyi konuşalım, kavramların içini de dolduralım. İşte biz bunu üniversitelere verdik; üniversiteler de kusura bakmayın en içi boşaltılmış kurumlarımız arasında. Ben öğretim üyesiyim bunu açık yüreklilikle söylüyorum, üniversitelerimiz bugün Sağlık Bakanlığı’nın herhangi bir uygulaması için bir tane pozitif-negatif laf edebiliyor mu? Edemiyor. O nedenle alternatif tedavi kliniği, şu bu kliniği kuruluyor. Yani, her şey yasaya uygun mu, uygun. Bazı üniversiteler de kurmuyor. Dolayısıyla, buraları hakikaten daha olgunlaştırmamız gerekiyor, bu kavramların içini doldurmamız gerekiyor bizim.

Biz Türk Tabipleri Birliği olarak ne yapıyoruz onu söyleyeyim. Elbette ki biz de Cochrane’e bakıyoruz, oraya bakıyoruz, buraya bakıyoruz. Bizim kurumsal olarak bir yapımız var: Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu (UDEK). Bu yönetmelik daha taslakken uzmanlık derneklerine gönderdik, görüş istedik. Taslak halindeki görüşler geldi, toparladık Bakanlığa ilettik. Dedik ki, “bakın bizim uzmanlık dernek-

lerimiz, -Türkiye'nin uzmanlık dernekleri bunlar bizim demeyeyim-, sadece bir çatı kuruluşu olarak TTB'nin altında yapılanmış durumda- lar, onkolojisi var, farmakolojisi var, kadın doğumu var, bütün uzman- lık dalları, 50'den fazla asli dal var yani! Bütün bu dalların görüşleri Sağlık Bakanlığı'na sunuldu. Ne oldu? Evet, birkaç makyaj değişikliği oldu. Çok gross bir hataydı: "steril sülük", canlı bir maddenin sterili- zasyonu diye bir şey yoktur. Var, deneysel olarak yapılıyor, steril hayvan yetiştiriliyor; çok özel koşullarda, çok özel laboratuvarlarda, ama canlı bir şey için steril diyemezsiniz, tüzükte bu vardı ilk aşamada. Mesela bunlar çıkarıldı, yani işin özü değişmedi. Çünkü; biz yaptık, oldu fel- sefesi var. Sağ olsunlar şunu da ısrarla söylüyorlar, "her kesimde eleştiri yapmak hakkı vardır" diyerek bize bir keyif bağışlıyorlar, eleştiri yap-abilirsiniz ama top bizde diyorlar. O zaman şöyle oluyor: Efendim biz TTB'nin görüşünü aldık, aldın da ne oldu? Bunlar kusura bakmayın samimi şeyler değil. O nedenle bu Yönetmelik kusura bakmasınlar ma- luldür. "Eksikleri var biliyoruz" diyor Sayın Daire Başkanı, "Ee ben mi düzeltereğim, ben mi çıkarttım bu Yönetmeliği?" kusura bakmasınlar sıkıntılar doğacak. Taslaktı bildirdik, Yönetmelik çıktı, tekrar uzman- lık derneklerine dedik ki, "bakın şunlar şunlar tanımlandı, uygulama diye tanımlandı". Sizin alanınızda bu Yönetmelik'te yer alan uygulamalar için görüşünüz nedir? diye sorduk. Somut, sülük; ortopedinin, bazı cerrahi dalların ilgi alanına girebilir. 15 tane başlık var burada, bu 15 başlık için bütün uzmanlık derneklerinden gelen "olabilir denilen" dört tane başlık var ve onda da bütün uzmanlık dernekleri, "Bakın o listede yer alan bütün endikasyonlar için değil, sadece şunlar şunlar için ve şu şu durumlarda kullanılabilir" diyor. Ama biz öyle bir semptom listesi hazırlamışız ki, her eve lâzım bir sülüğümüz var yani, her hastalık için bir sülük yapıştırırız, neredeyse sistem buna elveriyor.

Şimdi böyle bir ortamdan bahsediyoruz. Böyle bir ortamda teknik falan çalışılmaz. Şimdi biz bu görüşleri de bildirdik Sağlık Bakanlığı'na. Trabzon'da şöyle sorarlar, "noldi"? Hiçbir şey olmadı, zerre kadar deği- şiklik olmadı, "ben bilirim" özgüveni var.

Sayın Daire Başkanı sabahleyin şöyle söyledi, beş cümlesinin üçü şudur: Ben onu ayırdım, ben bunu gördüm yaptım, ben bunu bilmem ne yaptım. Bir dakika "ben, ben, ben" yahu bu ne özgüven? Kusura bakmasın ben ondan bilmem kaç daha yaşlıyım, kıdemliyim, şuyum

buyum, ben bile bir laf söylerken “ben” demem. Bir grupta ilgili bir şey söylüyorsam, “arkadaşlarla konuştuk, biz şöyle düşündük” falan derim. Bu ne biçim bir özgüven ve siz bu özgüvenle, bu Yönetmelik’te ne yapabilirsiniz? Böyle bir şey yok!

Şimdi ikinci aşamaya geldik; uzmanlık dernekleriyle şunu paylaşacağız, her derneğe şunu soracağız: Şu, şu tür endikasyonlar, semptomlar için yapılabilir demiştiniz, üstünden iki sene geçti, burada sorun yaşadığında bunun tedavisi yine size gelecek, ne geldi, ne tür komplikasyonlar gördünüz? Ben mesela birkaç arkadaşla konuştuğum zaman bana bu tür hastalardan çekilmiş fotoğraflar gösterdiler; örneğin sülük nedeniyle amputasyona giden kol, şimdi bunlar birikiyor. Ondan sonra burada kalkmışız bir şey için etkililik, güvenilirlik, kanıtlanmışlık filan diyoruz. Yahu, bir şeyin etkili ve güvenli olduğu kanıtlanmışsa bu artık tamamlayıcı falan değildir, bu tedavidir. Git ruhsatını al, otsa ruhsatını al, çöpse ruhsatını al, ilaç olsun etkililiğini, güvenilirliğini kanıtladıktan sonra. Eğer etkililiğini, güvenilirliğini kanıtlamadıysan bunun adı asla tedavi olamaz, ne alternatifi, ne tamamlayıcısı. Bu tedavi değildir ve tedavi olmayan hiçbir şey de tıpla ilişkilendirilemez. Bunun için alternatif tıbbın da tıbbı yoktur, tamamlayıcı tıbbın da tıbbı yoktur; çünkü bunlar tıp değildir, bunlar kanıtlanmamış şeylerdir. Üç tane, beş tane, on tane neyse yayın literatürde ben de bulurum onları. Ama benim uzman doktorlarımın dernekleri buna kuşkuyla bakıyorsa, sizin 15 tane uygulamanızın 4’üne birtakım şerhler koyarak “olabilir” diyorsa, kalanları için ciddi sıkıntılar doğurur, ölümcül sonuçlara yol açabilir diyorsa o zaman bir dakika duracağız. Bu kadar telaşa mahal yok; oturalım, düşünelim, tartışalım, sonra yola çıkalım. Ama şimdi yola çıkıldı bize son vagondan bilet ayarlamaya çalışıyorlar.

Böyle devam edeceğiz bizim tarzımız bu, eğer bunlar gerçekten yararlıysa devam edelim, tedavi haline getirelim, kabullenelim. Ama değilse tersinden gidelim.

Geleneksel tıp; efendim bunu Çinliler 1000 yıldır kullanıyor. Kendi sağlık gereksinimine göre birtakım önlem alabilir. 1 milyarlık nüfustan bahsediyoruz arkadaşlar, bugün hâlâ dünyanın ekonomik devidir, ama açlığın kol gezdiği bir ülkeden bahsediyoruz. Aylık 10 dolara insanların çalıştırıldığı bir ülkeden bahsediyoruz. Burada bir tedavi rejimi hazır-

layacaksanız, bu 1 milyar insana bir şey götüreceksiniz bunun adı belki çağdaşlık olamayabilir, bunun adı belki gerçekten çıplak ayaklı doktorlar olabilir veya sabahki Sayın Oturum Başkanının olduğu gibi “ocaklar” olabilir, bunları reddederek söylemiyorum. Çinlilerin yaptığı her şey yanlıştır, ocaklardaki o adamlar külliye yanlıştır yapmaktadır böyle bir iddia ile yola çıkmıyorum. Bunlar da bir deneyimdir, bir bilgi birikimidir. Ama bunların bugünün koşullarına göre araştırılması gerekir. Bu yapılmadığı sürece tartışmaya bile gerek yoktur. O nedenle tıbbın alternatifi yoktur diyorum.

Kusura bakmayın ben size sabahki gibi bir kâbusu masal kıvamında anlatamadım, beceremiyorum bunu. Kâbusa kardeşim bunun adı, ben kâbusu anlatırım.

Av. Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU (Oturum Başkanı)- Sayın Profesör Doktor Ersin Yarış’a çok teşekkür ediyoruz değerli bilgileri için, şimdi sözü Doktor Nurhan Demirhan’a bırakmak istiyorum. Kendisi Sağlık Yönetimi Uzmanıdır, hekim ve hukukçudur. Geleneksel tamamlayıcı tıp uygulamalarına ilişkin cezai sorumluluğu anlatacak; buyurun Hocam.

GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARINDAN DOĞAN CEZAI SORUMLULUK

Av. Nurhan DEMİRHAN

Sağlık Yönetim Uzmanı,
Hekim, Hukukçu

1. Giriş

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları tarihi, insanlık tarihi kadar eskidir ve kanıta dayalı tıpla birlikte bugüne kadar uygulana gelmiştir. Kanıta dayalı tıp alanında teşhis ve tedavide her ne kadar baş döndürücü gelişmeler olsa da, hâlâ Alzheimer gibi, kanser gibi birçok

kronik hastalıkların tedavisinde çaresiz kalınmaktadır.

Hastalar gerek bu çaresizlikten, gerekse inançlar, alışkanlıklar, modern tedavilerin maliyetinin yüksek olması ya da basit hastalıklar için hastaneye, hekime gitmekten kaçınma gibi nedenlerden dolayı geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına yönelmekte ve çoğu ülkede olduğu gibi ülkemizde de özellikle son yıllarda kanıta dayalı tıp ile birlikte geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı tıp uygulamaları birlikte uygulanmaktadır. Bazen hastaların ne olursa olsun diyerek bazen de hekimlerin bu uygulamalara başvurmaları, hukuki niteliği son derece tartışmalı olan bu alanda bir hukuki düzenleme yapılması zorunluluğunu ortaya çıkarmaktadır.

Yönetmelikle de olsa bu konu ilk defa düzenlenerek sınırlı sayıdaki uygulamalara hukuken izin verilmiştir. Oysa insan yaşamı için hayati öneme sahip ve oldukça özel bu uygulamanın çok geniş kapsamlı bir kanun metniyle düzenlenmesi ve uygulanacak yöntemlerin de her birine özgü ayrı ayrı yönetmelikler ve uygulama yönergelerinin düzenlenmiş olması gerekirdi. Ama en azından başlangıç olarak bir yönetmelikle belli uygulamalara izin verilmiş olması ile hastaların kandırılmasının önüne geçilmesi, birtakım sahte hekim ve şarlatanlara izin verilmemesi ve artık bundan sonra için belirli standartları sağlaması bakımından önemli bir gelişme olarak kabul etmek gerekir.

Bu çalışmada, Sağlık Bakanlığı tarafından Resmi Gazete’de yayımlanan 27 Ekim 2014 tarih ve 29158 sayılı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği kapsamında geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarından doğan cezai sorumluluk değerlendirilmiştir.

2. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarına İlişkin Düzenlemeler:

2.1.1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’daki Düzenlemeler:

1928 yılında yayımlanan ve hâlâ yürürlükte olan 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, yetkisiz tıbbi müdahalede bulunmayı suç olarak tanımlamaktadır. Bu Kanun’un 25’nci maddesinde, “diploması olmadığı halde menfaat temin etme amacına yönelik olmasa bile hasta tedavi eden veya tabip unvanını ta-

kınan şahıs iki yıldan beş yıla kadar hapis, bin Liraya kadar idari para cezasıyla cezalandırılır.” denilmektedir.

Bu Kanun’a istinaden Yargıtay 3’ncü Ceza Dairesinin 1956 tarihli bir kararında, kırık ve çıkığı olanların, kırık ve çıkık yerlerine zeytinyağına bastırılmış koyun kuyruğu sarmanın 1219 Sayılı Kanun’un 25’nci maddesi yazılı hasta tedavi etmek mahiyetinde olup olmadığının Sağlık Bakanlığı’ndan sorulmasına karar verilmiştir.

Bu karara göre daha yeni tarihli diyebileceğimiz, 1999 tarihli Yargıtay 7’nci Ceza Dairesi kararında; 23.02.1999 ve 05.03.1997 günü tutanaklarda sanığın bel fıtığı, romatizma, migren gibi hastalıkların tedavisini biyoenerji yoluyla yaptığı, tedavide pomat ve krem kullandığı hususları kaydedilerek aile efradının beyanlarından da sanığın hasta tedavi ettiğinin öğrenildiği belirtilmiş olup, zabıt mimcilerinin beyanları etraflı bir şekilde alınıp, olay açıklığa kavuşturulduktan sonra, kastedilen aile fertleri de tespit edilip dinlendikten sonra dosya Yüksek Sağlık Şûrası’na gönderilerek, sanığın yönetiminin 1219 Sayılı Kanun’un 25 ve 1593 sayılı Kanun’un 10’ncu maddeleri kapsamına göre sahte tabiplik yapma niteliğinde olup olmadığına dair rapor temin edilip sonucuna göre karar verilmesi gerekirken, eksik soruşturmayla yazılı şekilde 1219 sayılı Kanun’a muhalefetten sanık Y.Ö’nün hükümlülüğüne dair hüküm tesisi yasaya aykırı, sanığın temyiz itirazları bu itibarla yerinde görüldüğünden hükmün isteme aykırı olarak bozulmasına oybirliğiyle karar verilmiştir .

2.2.Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği’ndeki Düzenlemeler:

Yönetmelik’te kanunilik ilkesi gereği ceza sorumluluğuna ilişkin herhangi bir düzenleme bulunmamaktadır. Şikayet edilmesi halinde soruşturma ve idari yönden şikayet üzerine yapılacak olan olağanüstü denetimlerin dışında yılda bir kez denetim öngörülmektedir. Oysa kendine özgü bir takım özelliği olan geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının sıklıkla denetlenmesi gerekmektedir. Özel hastaneler, ayaktan teşhis ve tedavi merkezleri, yılda iki kez denetlendiğine göre böyle bir kuruluşun yılda bir kez denetlenmesi yetersiz kalacaktır. Bu denetimler sırasında tespit edilecek uygunsuzluklara göre, uygulama yapılan yerlerin uyarılması, faaliyetlerinin geçici bir süre durdurulması,

idari para cezası, merkez faaliyetlerinin iptali şeklinde daha ziyade idari yaptırım ve Cumhuriyet Savcılığı'na suç duyurusunda bulunulması öngörülmüştür.

3. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarında Hukuka Uygunluk Şartları:

İnsanın yaşam hakkı, dolayısıyla sağlık hakkı en temel haklarından birisidir ve bu bağlamda Anayasa ve Kanun Koyucu vücut bütünlüğünün dokunulmazlığını hukuken koruma altına almıştır. Hekimler, tıp mesleğinin gereği olarak, hastaların vücut bütünlüğüne ve sağlığına yönelik bir takım tıbbi müdahalelerde bulunmaktadır. Bu müdahaleler sırasında amacı, bireylerin vücut bütünlüğü ve sağlığı açısından bir tehlike yaratmak, onlara zarar vermek değil; tam aksine bu menfaatleri korumak, daha da iyileştirmektir. Tıbbi müdahalelerin temelini oluşturan bu amacı gerçekleştirirken; diğer bir deyişle Türk Ceza Kanunu'nun 26'ncı maddesinden kaynaklanan hakkın kullanılması kapsamında hekimin, mesleki yetkisini hukuka uygun olarak kullanması gerekmektedir. Aksi halde vücuda acı veren veya sağlığın bozulmasına veya ölüme yol açan hukuka aykırı fiil nedeniyle ceza sorumluluğu doğacaktır. Tıbbi müdahalelerin hukuka uygun olabilmesi için; tıbbi müdahale yapma yetkisi, endikasyon, hastanın aydınlatılması ve rızasını alınması, tıbbi dikkat ve özen yükümlülüğü olmak üzere dört şartın birlikte sağlanmış olması gerekmektedir:

3.1. Tıbbi Müdahaleyi Yapma Yetkisi:

Tıbbi müdahale yapma yetkisi, Yönetmeliğin 4/1 maddesinde düzenlenmiştir:

e) Sertifikalı tabip: Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ile ilgili olarak Bakanlıkça tescil edilmiş sertifikaya sahip tabibi,

f) Sertifikalı dış tabibi: Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ile ilgili olarak Bakanlıkça tescil edilmiş sertifikaya sahip dış tabibi,

Yönetmeliğin 8/5 maddesine göre: “ Tabip ve dış tabibi olmayan uygulama alanında temel eğitimi bulunan sağlık meslek mensupları sertifikalı tabip ve dış tabiplerinin gözetimi ve denetimi altında uygulamalara katılırlar.”

Sağlık Bakanlığı tarafından tescil edilmiş sertifikaya sahip hekimler ve diş hekimlerine, ayrıca bunların olmadığı uygulama alanında temel eğitimi bulunan diğer sağlık meslek mensuplarına da sertifikalı hekim ve diş hekimi gözetimi ve denetiminde alternatif ve tamamlayıcı tıp uygulama yetkisi tanınmıştır.

Yönetmelik, alternatif ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının yapılabilceği yerleri de belirlemiştir (md.4/1):

ğ) Uygulama merkezi: İlgili alanda sertifikası bulunan tabip ve/veya diş tabibi sorumluluğunda ve bu Yönetmelik'te belirlenen uygulamaları yapmak üzere eğitim ve araştırma hastanesi ve tıp fakültesi veya diş hekimliği fakültesi sağlık uygulama ve araştırma merkezi bünyesinde kurulan ve Bakanlıkça yetkilendirilmesi halinde eğitim verilebilecek merkezi,

h) Ünite: İlgili alanda sertifikası bulunan tabip ve/veya diş tabibi sorumluluğunda ve bu Yönetmelik'te belirlenen uygulamaları yapmak üzere, kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere ait sağlık kuruluşları bünyesinde kurulan birimleri ifade eder.

Yönetmeliğin 9. maddesine göre de:(1) Uygulamalar, Bakanlıkça yetkilendirilmiş ünite ile uygulama merkezlerinde ve ilgili alanda “uygulama sertifikası” bulunan tabip ve sadece diş hekimliği alanında olmak üzere diş tabibi tarafından yapılabilir. Uygulama alanında temel eğitimi bulunan sağlık meslek mensupları merkez ve ünitelerde sertifikalı tabiplere uygulamada yardımcı olabilirler.

Eğitim araştırma hastaneleri ile tıp fakültesi veya diş hekimliği fakültesi sağlık uygulama ve araştırma merkezi bünyesinde kurulan merkezlerde Sağlık Bakanlığı tarafından yetkilendirilmeleri halinde eğitim verilebilmesi yanında alternatif tıp uygulamaları da yapılabilecek iken, kamu ve özel/tüzel kişiler ve gerçek kişilere ait sağlık kuruluşları bünyesinde ise yalnızca uygulama yapılabilecektir.

Yönetmelikte yer alan; “Ünite ve uygulama merkezlerinde Bakanlıkça ilgili mevzuat hükümlerine göre ilgili alanda sertifikaları bulunmayan ve gerekli çalışma izinleri olmayan tabip, diş tabibi ve diğer sağlık personeli çalıştırılmaz (md. 17/d).” “Tabip ve diş tabipleri uygulama sertifikası ile yetkilendirildikleri alan dışında uygulama yapamazlar

(md.17/e).” şeklindeki düzenleme ile uygulama yetkisinin sınırları belirlenmiştir.

Ayrıca Sağlık Bakanlığı’nın Sertifikalı Eğitim Yönetmeliğinde , bu uygulamaların eğitiminin nasıl olacağına yönelik paralel düzenlemeler öngörülmüştür: Yönetmelik kapsamındaki sertifikalı eğitimler, 4/2/2014 tarihli ve 28903 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği kapsamında, Bakanlıkça eğitim vermek üzere yetkilendirilmiş merkezler tarafından verilir (md.13).

Oysa özel uygulama alanı olan alternatif ve tamamlayıcı tıp uygulamaları eğitiminin ayrıca bir yönetmelikle düzenlenmesi gerekmektedir. Kaldı ki, alternatif ve tamamlayıcı tıp uygulamaları eğitimi, Avrupa ve Amerika’da dört yıl en az lisans eğitimi olarak tanımlanmaktadır. Bu konuda Avrupa’da bu lisans eğitimi almış 180 bin uzman hekim olduğu bilinmektedir .

3.2.Endikasyonu Olmalı:

Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Uygulama Yönetmeliği gereğince kurulan Bilim Komisyonu’na uygulama alanlarının belirlenmesine, uygulamaların endikasyon ve oluşabilecek yan etkilerine ilişkin görüş verme görevi verilmiştir (m.7/1-a). Yönetmelik, uygulamaların yapılabileceği alanları sınırlamış ve endikasyona ilişkin özel düzenlemeler yapmıştır. Buna göre (m.8) “(1) Uygulamalar bu Yönetmelikte belirlenen alanlarla sınırlıdır. Bakanlık gerektiğinde ünite ve uygulama merkezinde yapılan ve yapılabilecek yeni uygulamaların bilimsel yönden Bilim Komisyonu’nda değerlendirilmesini isteyebilir. Bilim Komisyonu, uygulamaların bilimsel kanıtlarını inceleyerek kişilere uygulanıp uygulanmayacağı ve uygun görülenlerden hangilerinin ünite veya uygulama merkezinde uygulanabileceği hususunda Bakanlığa görüş verir.

Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Uygulama Yönetmeliği Ek-3’te ünite ve merkezlerde yapılabilecek onbeş uygulamaya izin verilmiş olup, bu uygulamalar Akupunktur, Apiterapi, Fitoterapi, Hipnoz, Homeopati, Kayropraktik, Kupa (kuru kupa ve yaş kupa—Hacamat), Larva Uygulaması, Mezoterapi, Müzikterapi, Osteopati, Ozon Uygulaması, Proloterapi, Refleksoloji ve Sülük Uygulaması’dır. Her biri tanımlanarak, uygulamaya yetkili sağlık mesleği mensubu ve uygulama endi-

kasyonu da anılan Yönetmelik'le belirlenmiştir. Bu uygulamalardan ve endikasyonlarından birkaç örnek verecek olursak:

3.2.1. Fitoterapi:

a) Tanımı: Fitoterapi, geleneksel bitkisel tıbbi ürünler ve bitkisel ilaçlarla yapılan bir tedavi yöntemidir.

Fitoterapi ürünlerinin ruhsat sürecinde, Bilim Komisyonu'nun uygun görüşü alınarak belirlenmiş endikasyonları dâhilinde sertifikalı tabip önerisiyle uygulanabilir.

Fitoterapi uygulamasında kullanılacak tıbbi ürünler ve bitkisel ilaçların ruhsatlandırılması ve satışına ilişkin hususlar Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından düzenlenir.

b) Uygulamaya Yetkili Personel: Sertifika sahibi tabip ve diş tabibi

3.2.2. Kayropratik:

a) Tanımı: Kayropratik, kas, omurga ve iskelet sisteminin biyomekanik bozuklukları ve bunun sinir sistemi üzerinde oluşturduğu sorunları önlemesiyle ilgilenen destekleyici bir uygulama alanıdır. Uygun hastalarda normal mekanik hareketliliğini yitirmiş eklemleri elle uygulanan tekniklerle düzeltme üzerine yoğunlaşır.

b) Uygulamaya yetkili Personel: Sertifikalı tabip ve tabip gözetim ve denetiminde sertifikalı sağlık meslek mensubu

c) Kayropraksi Uygulanabilecek Durumlar: Kayropraksi aşağıdaki uygulamalar ve ilişkili olabilecek alanlarda tedaviyi destekleyici yöntem olarak kullanılır. Hastalığı ortadan kaldıracağı veya tek başına tedavi edeceği gibi beyanlarda bulunulamaz.

Ünitelerde: Akut ve kronik boyun ve bel ağrısı, kronik servikal bölge kaynaklı baş ağrısı, Ani fleksiyon-ekstansiyon zorlamalarıyla ilişkili ağrılar, lomber spinal stenozun erken konservatif tedavisi, lomber, trokal ve servikal disk hernilerinin erken konservatif tedavisi, akut ve kronik yumuşak doku zorlanmaları, myofacial ağrı sendromu, mesleki ve spor ile ilişkili rekreasyonel kas iskelet sistemi yaralanmaları, geriatrik yaş grubunun osteoartrit vb. kas iskelet sistemi sorunları, mekanik faste

eklem kaynaklı, biyomekanik disfonksiyonlar, koksiks ağrısı, postural skolyoz, progressif motor defisit ve kauda equina sendromu saptanmayan sinir kökü irritasyonları, omuz, sakroiliak eklem, temporamandibuler eklem, kalça, diz, el, ayak eklem disfonksiyonları.

Uygulama Merkezlerinde; kayropraktik müdahale, sedasyon ve anestezi gerektiriyorsa, bu uygulamaların uygulama merkezinde yapılması uygundur.

ç) Uygulanmayacak Durumlar; Odontoid hipoplazi, akut kırık, spinal kord tm, osteomyelit, hematoma (spinalkord veya intrakanaliküller), menenjial tm, vertebra tm, fragmanlı disk hernisiyle birlikte olan ilerleyici nörolojik defisit, üst servikal omurganın Arnold Chiari malformasyonu, vertebral luksasyon, anevrizmal kemik kisti, dev hücreli kemik tm, osteoblastom, osteoidosteoma, ameliyat sonrası fiksasyon/stabilizasyon protezleri, kas ya da diğer yumuşak dokuların neoplastik hastalıkları, pozitif Kerning ya da Lhermit belirtileri, siringomyeli

d) Bulundurulması Zorunlu Cihaz ve Malzemeler; Uygulama yapılan birimlerde ve eğitim merkezlerinde standart kayropraktik manipülasyon için uygun bir müdahale masası bulunması gerekir.

Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Uygulama Yönetmeliğine göre, (2) Bu Yönetmelik ekinde bulunmayan uygulamalar için 13/4/2013 tarihli ve 28617 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında sadece uygulama merkezlerinde araştırma yapılabilir ve yapılan araştırmaya ilişkin dosyaların bir örneği de Genel Müdürlüğe gönderilir. Gönderilen bu çalışmalar uygulamaların ülke genelindeki gelişimi, etkinliği ve kanıt düzeyi açısından Bilim Komisyonu tarafından değerlendirilir. Gönderilen bu veri ve çalışmalar kişilerin bilgi ve izni olmaksızın kişisel bilgileri belli edecek şekilde kullanılamaz.

(3) Ünitelerde, Ek-3’de sayılı listede, ünitelerde yapılabileceği belirtilen uygulamalardan başka işlem yapılamaz. Uygulama merkezi, ünite için belirlenen uygulamaları da yapabilir.

(4) Uygulamalar hastalığın standart tedavisinin yerine geçecek ve devam eden tedaviyi aksatacak şekilde yapılamaz. Bu husus bireylere açık bir şekilde anlatılır ve onaylanmış rıza formunda belirtilir.

Yönetmelikte uygulamaların hastanın standart tedavisinin yerine geçmeyeceği dolayısıyla standart tedaviyi aksatmayacak şekilde yapılması ve bu hususlar hakkında hastaya bilgi verilmesi ve onaylanmış rıza formunda belirtilmesi öngörülmüştür. Yönetmelik Ek'inde bulunmayan uygulamalar hakkında kabul ve izin koşulları ile ayrıca üniteler ve uygulama merkezlerinde uygulamanın sınırları da belirlenmiştir.

Yukardaki izin verilen geleneksel ve alternatif tıp uygulamalarından Fitoterapi ve Kayropraktik örnekleri üzerinden incelendiğinde; endikasyonla ilgili olarak Ek 3'te sınırlı da olsa onbeş uygulama alanı belirlenmiş olup, uygulama alanlarının hangi standartlar ya da kriterler göz önünde bulundurularak belirlendiği açık değildir. Ayrıca uygulama alanlarının her birine özgü yine belirlemiş olan endikasyonları alanları, hastalık tanılarından daha ziyade semptomlardan oluşmaktadır.

Bir hafta / kırkbeş saatlik eğitimlerin sonunda bu alanda uzman olacak hekimler ve diğer sağlık mesleği mensubu uygulayıcılar açısından bakıldığında bu endikasyonların kapsamı oldukça geniştir. Kaldı ki, tıbbi müdahalelerde endikasyon çok önemlidir. Dolayısıyla geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı tıp uygulamaları alanında çok daha ayrıntılı, çok daha özel endikasyonların belirlenmesi gerekmektedir.

Yönetmelikte endikasyon alanı belirlenmeyerek sınırlı tutulan Fitoterapi uygulaması hakkında düzenleme yapma yetkisi Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'na verilmiş olup, uygulama için sertifikalı hekim ve diş hekimi yetkilendirilmiştir. Oysa hekim ve diş hekimine göre ağırlıklı farmakoloji eğitimi alan eczacılara fitoterapi uygulama yetkisi verilmemesi de çelişkilidir.

İzin verilen diğer uygulamalardan omurgaya baskıyla yapılan bir tedavi yöntemi olan Kayropraktik için tabip gözetiminde sertifikalı sağlık mesleği mensubuna uygulama yetkisi verilmiştir. Ayrıca Kayropraktikle ilgili endikasyon alanı son derece geniştir.

Yönetmelik'te belirlenen endikasyon alanlarının yanı sıra kontrendikasyon denilen uygulanmayacak durumlar da belirtilmiştir. Endikasyonlarla, kontrendikasyonlara bakıldığında birbiriyle çeliştikleri gözlenmektedir. Dolayısıyla kanıta dayalı tıp uygulamalarında, hastada zarar meydana geldiğinde komplikasyon / malpraktis ayrımı son derece güç

iken bu tıp uygulamalardan hasta zarar gördüğünde bunun ayrımının nasıl yapılabileceği de düşündürücüdür.

Belirtilmelidir ki endikasyon belirlemede hekimin tedavi özerkliği vardır. Fakat mutlaka her uygulamanın da risklerinin, yararlarının hastaya ayrıntılı bir şekilde anlatılması ve hastanın da sonuçta tedavi seçeneğine katılımının sağlanması gerekmektedir.

Geleneksel ve alternatif, tamamlayıcı tıp uygulamalarının endikasyonu kısmında en büyük tehlike; bu uygulamalara başvuran hastalarda standart tıbbi tedavinin kesilmesi, geciktirilmesi ve ihmal edilmesinin söz konusu olabilmesidir. Pratikte yaşanan bir olguyla örnek verecek olursak;

65 yaşında prostat kanseri olan bir hastaya ameliyat önerilir. Ameliyatın riskleri anlatılır ve onay almak istenir. Hasta riskleri duyduğunda morali bozulur, ameliyat olmaktan vazgeçer. Bitkilerle tedavi konusunda tanınmış bir doktoru bulur ve durumu anlatır. Doktor, kendisini bitkilerle tedavi edebileceğini ve kanserden eser kalmayacağını ve vereceği bitkilerin yan etkisinin olmadığını söyler. Hastaya 65 çeşit şifalı bitki verilir, nasıl kullanılacağı tarif edilir. Hasta bir yıl boyunca bitkileri kullanır. Kontrole gittiğinde kan tahlili yaptırılır, iyi olduğu ve kanserden eser kalmadığı söylendiği için hasta mutludur. Ancak şikayetleri devam ettiği için daha sonra başka bir üroloji uzmanına gittiğinde hastalığının devam ettiğini, radyoterapi olması gerektiği söylenerek radyoterapi uygulanır. Erken dönem takiplerinde sorun görülmeyen hasta, tedavisinin gecikmesine sebep olduğu gerekçesiyle bitkisel tedaviyi yapan doktorundan şikayetçi olmuştur. Kaldı ki prostat kanserinde ameliyat endikasyonu varsa basit bir ameliyatla hasta iyileşecekken tamamlayıcı tıp uygulamasıyla tedavi geciktirilmiştir.

3.3. Hastanın Aydınlatılması ve Rızasının Alınması:

Sağlık meslek mensupları kendi yetki alanında kalan tıbbi uygulamalar hakkında hastayı, yapılacak işlemin mahiyeti, komplikasyonlar, hastaya düşen sorumluluklar ve benzeri konularda bilgilendirmelidir.

Geleneksel ve alternatif, tamamlayıcı tıp uygulamalarında belli tıbbi standartlar olmadığı için aydınlatmanın kapsamı çok daha geniş olmalı ve hastanın uygulamalar sırasında çıkacak riskler, komplikasyonlar ko-

nusunda ayrı ayrı aydınlatılması ve rızasının alınması gerekmektedir.

Yönetmelik de aydınlatma ve rıza zorunluluğu öngörmüş ve Hasta Hakları Yönetmeliği'ne atıfta bulunulmuştur: "Uygulamalar için 1/8/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'ne uygun "Bilgilendirme ve Rıza Formu" hazırlanır ve uygulama yapılacak tüm hastalardan rıza alınır (md.10/5).

Aydınlatma ve rıza yükümlülüğüyle ilgili Türkiye ve Amerika'da pratikte yaşanan iki olgudan örnek verecek olursak;

Türkiye'de bel ağrısı olan bir hasta bel fıtığı endikasyonu nedeniyle bel fıtığı operasyonu geçiriyor ancak iyileşmiyor, ağrıları devam eden hasta daha sonra bitki tedavileri uygulayan tanınmış yine bir hekime gidiyor. Hekim tarafından belden iğne yapılarak bir bitki ekstresi kendisine veriliyor, daha sonrasında hasta fenalaşıyor. En yakın hastaneye götürülüyor, MR çekiliyor ve o MR sonucunda böbreğinin büyümüş olduğu söyleniyor kendisine. Daha detaylı bir inceleme yapılıyor ve böbrek arterinde bir emboli oluştuğu söylenerek embolizasyon yapılıyor. Hasta tabii böbrek fonksiyon bozukluğu ve hipertansiyon sekeliyle iyileşiyor. Ancak hastaya belden iğne yapılarak verilen bitki ekstresi hakkında kapsamlı aydınlatma yapılmadığı ve bu uygulamanın risklerinden söz edilmediği anlaşıyor.

Amerika'da karotit arter tıkanıklığı olan bir hastaya by-pass yapıyor, hasta daha sonrasında bunun by-pass ile değil de etna şelasyon tedavisiyle de iyileşebileceğini öğreniyor ve hekim hakkında, "böyle bir tedavi yöntemi vardı da neden bunu benimle paylaşmadın?" diyerek dava açması üzerine Federal Mahkeme, "etna şelasyon tedavisinin tanınmış tıp çevreleri tarafından eğer kabul gören bir tedavi yöntemi ise somut olayda hasta haklıdır." şeklinde karar vermiştir .

3.4.Müdahalenin Tıbbın Gerektirdiği Şekilde ve Özenli Bir Biçimde Uygulanması:

Hekimin uygulama sırasında gereken dikkat ve özeni göstermesi gerekir. Subjektif olarak kendi yetenekleri, algılama gücü, tecrübeleri, bilgi düzeyi ve içinde bulunduğu koşullar altında, objektif olarak var olan dikkat ve özen yükümlülüğünü öngörebilecek ve yerine getirebilecek halde olmalıdır.

Dikkat ve özen yükümlülüğü ile ilgili olarak uygulamadan örnek verecek olursak; akupunktur da tek kullanımlık steril iğnelerin tekrar kullanılması ya da gümüş ve altın iğnelerin sterilizasyonunun tam yapılmaması sonucu hastaya Hepatit C ve AIDS virüsü bulaşabilir. Kay-ropaksi tedavisinde uygulama hatasından dolayı ya da komplikasyon olarak ani inmeler görülebilir. Ozon tedavisinde hava embolisi olabilir. Sülük tedavisinde hasta kan sulandırıcı kullanıyorsa trompozit düşüklüğü, kanama diatezi olan bir hastaysa hipoglisemiden ölüme kadar gidebilir.

4. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nda İlgili Düzenlemeler:

Geleneksel ve alternatif tamamlayıcı tıp uygulamaları yönetmeliğinde ceza sorumluluğuna ilişkin düzenleme bulunmadığından dolayı uygulamayı yapan hekim ve diğer sağlık mesleği mensuplarının ceza sorumluluğuna ilişkin Türk Ceza Kanunu'nda düzenlenen maddeler esas olarak alınıp uygulamada kullanılacaktır.

Ceza Hukuku'nda, ceza sorumluluğunun temeli kusur sorumluluğuna dayanmaktadır. Bu ilke, kişinin ancak kastla veya taksirle hareket etmesi nedeniyle psikoloji yönünden de kendisine ait olan fiilden dolayı sorumlu tutulabileceğini ifade etmektedir.

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nda failin cezai sorumluluğu kusurun çeşidine göre, kasttan doğan sorumluluk (m.21), taksirden doğan sorumluluk (m.22) ve gerçekleşen ağır neticeden, diğer bir ifade ile taksirli hareketinden dolayı taksir kombinasyonundan doğan sorumluluk (m.23) olarak belirlenmiştir.

Yönetmelikle yetkilendirilen hekimler ve diğer sağlık personelinin, izin verilen geleneksel ve alternatif, tamamlayıcı tıp uygulamaları sırasında önceki bölümde ayrıntılı olarak incelediğimiz hukuka uygunluk sebeplerinin gerçekleşmemesinden dolayı yani hukuka aykırı fiil nedeniyle hastanın ölmesi, sağlığının daha da kötüleşmesi veya vücut bütünlüğünün bozulması ile meydana gelen durum TCK'nın kasten öldürme veya taksirle insan öldürme ve yaralama suçlarının kanuni unsurlarına uygun düşmektedir. Hekimin ve diğer sağlık personelinin cezai sorumluluğu bu noktada ortaya çıkmaktadır.

Tıbbi girişimlerden kaynaklanan kasten sorumlulukta; Kasten öldürme (TCK m.81), İhmali davranışla kasten öldürme (TCK m.83), Kasten yaralama (TCK m.86), Klinik araştırma (İnsan Üzerinde Deney ve Deneme- TCK m.90), Çocuk düşürtme (TCK m.99), Verileri hukuka aykırı olarak verme/ele geçirme (TCK m.136) suç tipleri Türk Ceza Kanunu'nda yer almaktadır.

Hekimler açısından, hastasının rızasını almadan, hastayı aydınlatmadan veya endikasyon olmaksızın yaptığı her türlü tıbbi müdahale istisnai haller dışında kasten yaralama suçunu oluşturur. Hastanın rızası Yasa'da hukuka uygunluk nedeni olarak açıkça gösterilmiştir (TCK m.26/2).

Fitoterapi uygulamalarında kasten veya taksirle yaralama veya öldürme suçu dışında TCK.'nın 90 ıncı maddesinde düzenlenen insan üzerinde deney ve deneme suçu gündeme gelebileceği gibi TCK.'nın 99 uncu maddesinde düzenlenen çocuk düşürtme suçu da gündeme gelebilecektir.

Ayrıca Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'ne göre, arşiv bulundurma zorunluluğu (md.10/3) ve hasta dosyası hazırlama ve yapılan tüm uygulamaların kayıt altına alınması (md.14/c) düzenlemesi gereğince tüm geleneksel ve alternatif, tamamlayıcı tıp uygulamaları için TCK.'nın 136 ıncı ve ağırlaştırılmış hali 137 nci maddelerinde düzenlenen verileri hukuka aykırı olarak verme/ ele geçirme suçundan söz etmek mümkündür.

Hekimin, tıbbi girişimlerinde dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla hastasının yaralanmasına, sağlığının kötüleşmesine ya da ölmesine neden olması durumunda taksirden söz edilir (TCK m.22/2) ve işleyebileceği bu fiiller, taksirle yaralama (TCK. m.86) netice sebebiyle ağırlaştırılmış yaralama veya taksirle adam öldürme (TCK. m.85 ve TCK. m.89.) suç tipleri olarak Türk Ceza Kanunu'nda tanımlanmıştır.

Ayrıca Yüksek Öğretim Kurumlarına bağlı üniversitelerin Tıp Fakültesi hastanesi ve Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastanelerinde söz konusu uygulamalar kamu görevlisi hekim ve diğer sağlık personeli tarafından gerçekleştirileceği için kamu görevinin kötüye kullanılması (TCK. md.257) ve kamu görevlisinin ticaret yapma suçlarından (TCK.

md.259) söz etmek mümkündür.

5. Sonuç:

Yukarıdaki değerlendirmeler ışığında geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına ilişkin kanun düzeyinde özel bir düzenlemenin yapılması ve uygulamalardan doğacak ceza sorumluluğunun da bu düzenlemeye yer alması gerekmektedir. Ayrıca farklı tıp uzmanlık alanlarından oluşturulacak bilimsel komisyonlar tarafından belirli standart kriterlere göre endikasyonların belirlenmesi ve bu endikasyonlara göre uygulama yetkisinin verilmesi, uygulama eğitimlerinin kanıta dayalı tıp uygulamalarındaki uzmanlık eğitimi süresi ile aynı olması izin verilen her bir uygulama ve eğitime yönelik yönetmelik ve uygulama yönergesi düzeyinde düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

Artuk, Gökçen, Yenidünya, *Ceza Genel Hükümler*, Adalet Yayınevleri, 8. Baskı, İstanbul, 2014.

Bayraktar K., Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu; Çakmut, Y.Ö., *Tıbbi Müdahaleye Rızanın Ceza Hukuku Açısından İncelenmesi*, İstanbul, 2003.

Cohen H.M., *Complementary and Alternative Medicine, Legal and ethical issues in complementary medicine: a United States perspective*, Australia, 2004.

Karahancı O.N.,/ Öztoprak Ü.Y.,/ Ersoy M.,/ Ünsal Ç. Z.,/ Hayırlıdağ M.,/ Örnek N.,” Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği ile Yönetmelik Taslağı’nın karşılaştırılması”, *Türkiye Biyoetik Dergisi*:2, Ankara, 2015.

Oğuz N. Y.,”Alternatif Tıp Tıbbın Alternatifi Olabilir mi?”, *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 1994;2(1):8-11, Ankara, 1994.

Özen M., *Ceza Hukukunda Objektif Sorumluluk*, Yetkin Hukuk Yayınları, İstanbul, 1998.

Özgül M.E., *Yeni Yöntemlerin Hukuka Uygunluğu*, 1. Baskı, İstanbul, 2010.

Sağlık Bakanlığı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları (GTAT) Yönetmeliği, 27.10.2014 tarih ve 29158 sayılı RG.

Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği, 4.2.2014 tarih ve 28903 sayılı RG.

Somer, P., “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği’nin Hukuki ve Etik Açısından Değerlendirilmesi”, *Anadolu Kliniği:1*, İstanbul, 2017.

Uruşak U., “Ceza Hukukunda Nedensellik Bağı”, *Yeditepe Hukuk Fakültesi Dergisi*, İstanbul, 2015.

Yargı, <https://emsal.yargitay.gov.tr/BilgiBankasiIstemciWeb.....>

Av. Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU (Oturma Başkanı)-
Teşekkür ediyoruz.

Yolda geçerken herhangi bir insan gelse size dokunsa, sorun nedir diye sorsa, tuhaf tuhaf bakarız değil mi? Ama bir doktor bize dokunduğunda durum başka ya da avukatımız bize sorduğunda anlatmaya başlarız. Nedendir? Çünkü, bir hukuka uygunluk sebebi vardır. Yani, bu özel alana, bireysel alana girilmesinin temel sebebi hukuka uygunluktur.

Şimdi yavaş yavaş bu geleneksel tamamlayıcı tıp uygulamalarının hukuka uygunluk bakımından denetim aşamalarına, yönetmeliğin bu bölümüne doğru, hukuksal sorumluluğa geliyoruz.

Sözü ben Sayın Avukat Ece Sindel’e vereceğim; Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkan Yardımcısıdır. Tıbbi müdahalenin çok önemli, temel şartlarından biri olan “Aydınlatılmış Onam” yönünden konuyu değerlendirecekler. Buyurun.

GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI YÖNETMELİĞİ'NDE AYDINLATILMIŞ ONAM

Av. Ece SİNDEL

Ankara Barosu Sağlık Hukuku
Kurulu Başkan Yardımcısı

Günümüzde modern tıp uygulamaları yanında gelenekçi, dini inanışlara dayalı bir tıp uygulaması anlayışı gelişmeye başlamıştır. Bu anlayışın gelişmesinde dini yaklaşımların fazlalaşması yanında modern tıbbın çözüm bulamadığı ya da bilinen ilaçlar ile tedavi edilemediği durumlarda farklı uygulamalardan medet ummak isteyen hastaların ve yakınlarının beklentileri etkili olmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) de bu yorumlara bağlı kalarak bir tanımlama getirmiş ve geleneksel tıbbı; *“hastalıkları teşhis ve tedavi veya sağlığı korumaya yönelik bitki, hayvan ve mineral temelli sağlık uygulamaları, yaklaşımları, bilgi ve inançları, ruhsal çalışmalar, el kullanılarak yapılan teknikler, egzersizler bütünü”* olarak açıklamıştır.

Geleneksel ve modern tıp açısından oldukça farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılar Türk Tabipler Birliği Yayınları içerisinde yer alan Toplum ve Hekim Dergisinde; Nuran ELMACI'nın *“Sağlık Antropolojisi Açısından Geleneksel Tedavi Uygulamaları”* makalesinde ele alınarak özetlenmiştir. Tıbbi açıdan yapılan özetlemedeki hususlar sağlık hukuku ve gelişimi açısından da oldukça önem arz etmektedir. Geleneksel ve modern tıp açısından farklılıklarda özetle;^[1]

- **Hastalık tedavisi açısından;**

Geleneksel Tıpta;

Hastalık için kullanılan ürün ve uygulamaların tümü deneyim yoluyla elde edilir. Hastalık nedenleri ile ilişkili olarak hastalık tedavileri

[1] ELMACI, Nuran. “Sağlık Antropolojisi Açısından Geleneksel Tedavi Uygulamaları”, Toplum ve Hekim Dergisi Ocak-Şubat 2017, Cilt 32, Ankara 2017, S. 24.

dinsel temelli olabilir.

Modern Tıpta;

Bilimsel araştırmalara ve deneylere dayalıdır. Hastalık tedavisi; ilaçlara, ameliyatlara teknoloji kullanılarak iyileştirmelere dayalıdır.

- **Hastalık nedeni açısından;**

Geleneksel Tıp;

Hastalıkların nedeni; biyolojik etkenler yanında doğaüstü güçlerle açıklanır.

Modern Tıp;

Hastalık nedeni; biyolojiktir.

- **Yanılma açısından;**

Geleneksel Tıp;

Yanılma oranı yüksektir.

Modern Tıp;

Daha az yanılma olasılığı vardır.

- **Uzmanlaşma açısından;**

Geleneksel Tıp;

Tedavi edicilerde uzmanlaşma veya özelleşme yavaştır.

Modern Tıp;

Her geçen gün kendi içinde özelleşme ve uzmanlaşmaya daha fazla gidilmektedir. Anabilim dalları bile kendi içinde birçok alt alanlara ayrılmaktadır.

Karşılaştırmalar ve günümüzde yaşanan sıkıntılar nedeni ile hekimler açısından ve etik açıdan da oldukça tartışmalı bir konu olmakla birlikte; tıpkı hekimler ve etik çevrenin paylaştığı ciddi sorunlara yol açabileceği, tıbbi tedavinin önüne geçebileceği, Yönetmelik açısından bağlı kalınıp kalınamayacağı, gerekli denetimlerin gerçekleştirilip ger-

çekleştiremeyeceği ve buna bağlı hastaların yaşam haklarının ihlal edilebileceği gibi biz hukukçuların da Sağlık Hukuku, Anayasal Haklar açısından endişeleri bulunmaktadır. Ancak; geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının hastalar tarafından tercih edilmeye başlanması, basın yolu ve internet yolu ile geleneksel uygulamalara ağırlık verilmesi ile birlikte hızla artan geleneksel ve tamamlayıcı uygulamalara ilişkin;

- İnsan sağlığına yönelik geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulama yöntemlerini belirlemek,
- Bu yöntemleri uygulayacak kişilerin eğitimi ve yetkilendirilmeleri ile
- Bu yöntemlerin uygulanacağı sağlık kuruluşlarının çalışma usul ve esaslarını düzenlemek amacıyla 11/4/1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un Ek 13 üncü maddesine, 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun 9 uncu maddesinin (c) bendine ve Ek 11 inci maddesine, 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin 8 inci maddesinin birinci fıkrasının (f) ve (g) bentlerine ve 40 ıncı maddesine dayanılarak 27.10.2014 Resmi Gazete tarihli 29158 sayılı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği oluşturulmuştur.

Yönetmelik ile; yetkisiz kişilerce insan sağlığına zarar verecek şekilde uygulamalar yapılmasının önüne geçilerek; uygulamaları sertifika sahibi hekimler aracılığı ile belli şartlar dahilinde ve yalnızca düzenlenen, sınırları belirlenen uygulamaların yapılmasının sağlanması amaçlanmıştır.

Yönetmelik düzenlemesinde; modern tıp anlayışında da hasta ve hekim ilişkisi ile tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartlarından olan "AYDINLATILMIŞ ONAM" konusuna da değinilmiştir. Ancak; Yönetmelik'te uygulamalara yönelik tıbbi eleştiriler olduğu gibi hukuki olarak da eksiklikler yer almaktadır. Kaldı ki; ülkemiz açısından oldukça önem arz eden hastaların tedavi sırasında dahi tedavileriyle örtüşmeyecek etraflarından duyduklarına bağlı kalarak bitkisel karışımlara yönelmesi, herhangi bir uzmana danışmadan kendi kendini tedavi et-

meye çalışması, çocuklarına verilmeyecek bitkisel ürünlerin ya da uygulanmaması gereken geleneksel yöntemlerin uygulanması, medyadan da sıklıkla gördüğümüz bebeğine hacamat yaptırırken bebeğin ölümüne yol açılan durumlar vb. pek çok durumla karşı karşıya iken denetim mekanizmasının tam oluşturulmadan Yönetmelik’le belirlemeler yapmak ve bunu yasal hale getirmek, Yönetmelik çıkarılırken uzmanlık derneklerinin görüşüne başvurulmaması, Barolar ile işbirliği yapılmaması gibi etkenlerle oldukça tartışmalı olmakla birlikte; ülkemizde yaygınlaşan ve pek çok alanda uygulanmaya başlayan bu metotlara ilişkin sınırı çizmek ve yetkileri belirleyerek yalnızca hekimler tarafından sertifika alınması halinde uygulanabileceğini belirlenmesi açısından da önem arz etmektedir.

Tıbbi, etik ve hukuki açıdan pek çok görüş olmakla birlikte makalede değineceğimiz konu Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği içerisinde yer alan aydınlatılmış onam olacaktır.

Aydınlatılmış onama ilişkin Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği’nde belirtilen açıklamalara geçmeden önce modern tıp anlayışında aydınlatılmış onam, önemi, yerleşik içtihatlarla yer verilmesi ve bu doğrultuda Yönetmelik’te düzenlenen aydınlatılmış onamın değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

1- AYDINLATILMIŞ ONAM NEDİR?

Hekimlerin;

- Teşhis koyma;
- Tedavi yöntemlerini seçme ve uygulama,
- Tedaviyi bizzat yapma,
- Sadakat ve özen yükümlülüğü. (sır saklama yükümlülüğünü de kapsar.) yanında
- Hastayı aydınlatma ve
- Hasta rızası (aydınlatılmış onam) gibi yükümlülükleri bulunmaktadır.

Tıbbi müdahale yapılmadan önce hastanın rızasının alınmasına; “hastanın onamı” denilmektedir. Tıbbi müdahaleyi hukuka uygun hale getiren önemli şartlardan ikisi;^[2]

- Hekimin tıp sanatını uygulama hak ve yetkisinin bulunması (doktorluk diploması, Türk vatandaşı olması, TTB’liğine kayıtlı olması),
- Hastanın onamıdır.

İşbu rızanın hukuka uygunluğu için de uygulanacak olan teşhis, tanı ve tedavi yönteminin ayrıntı ve sonuçları bakımından, kişinin (hasta veya yakınlarının), hasta hekimi tarafından yeterince bilgilendirilmiş ve aydınlatılmış olması gerekir.

Bir tıbbi müdahalenin hukuka uygun sayılabilmesi için; hastanın/ tıbbi müdahalede bulunulacak kişinin muvafakatının alınması; bilincin kapalı olduğu ve hayati tehlikenin olduğu acil durumlar haricinde zorunludur. Hasta rızası, yapılacak tıbbi müdahaleye ilişkindir ve hastaneye rıza gösterdiğini bildiği takdirde rıza hukuken geçerli olacaktır.^[3] Aksi halde; hastanın hastalığının teşhisi, tedavisi, riskleri ve müdahale konusunda aydınlatılmadan hastadan alınan rızanın hukuken bir geçerliliği olmayacaktır.

Öğretide “aydınlatılmış onam” olarak adlandırılan bu kavram temel hasta hakları içinde yer alır. (Biyotıp Sözleşmesi m.5; 1219 Sayılı Tababat ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun m.70; 2238 Sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması Hakkında Kanun m. 6; 23420 Sayılı Hasta Hakları Yönetmeliği m.5, 25).^[4]

Biyotıp Sözleşmesi m.5’te;

“Sağlık alanında herhangi bir müdahalenin; ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş olarak muvafakat vermesinden sonra

-
- [2] Kıcalıoğlu, Mustafa. Doktorların ve Hastanelerin Tıbbi Müdahaleden Kaynaklanan Hukuki Sorumlulukları, Adalet Yayınevi, Ankara 2011, s. 69.
- [3] Özpınar, Berna. Tıbbi Müdahalede Kötü Uygulamanın Hukuki Sonuçları, 1. Baskı, Güngör Basım-Yayım, Ankara Barosu, Ankara 2007, s.24, 25.
- [4] Av. AKYILDIZ, Sunay. “Kısırlaştırma Operasyonlarında hekimin Aydınlatma Yükümlülüğü”, Ankara Barosu III. Sağlık Hukuku Kurultayı, Ankara Barosu Yayınları, Ankara 2011, s. 14.

yapılabileceği; bu kişiye müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında önceden uygun bilgiler verilmesi gerektiği; ilgili kişinin muvafakatini her zaman serbestçe geri alabileceği”;

1219 sayılı Tababat ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun m.70’de; *“Tabiplerin, dış tabiplerinin ve dışçıların yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evvelemirde muvafakatini alacakları; büyük ameliyei cerrahiyeler için bu muvafakatin tahriri olmasının gerekliliği (Veli veya vasisi olmadığı veya bulunmadığı veya üzerinde ameliye yapılacak şahıs ifadeye muktedir olmadığı takdirde muvafakatin şart olmadığı); hilafında hareket edenlere idarî para cezası verileceği”;*

2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun m.6’da; *“On sekiz yaşını doldurmuş ve mümeyyiz olan bir kişiden organ ve doku alınabilmesi için vericinin en az iki tanık huzurunda; açık, bilinçli ve tesirden uzak olarak önceden verilmiş yazılı ve imzalı veya en az iki tanık önünde sözlü olarak beyan edip imzaladığı tutanağın bir hekim tarafından onaylanmasının zorunlu olduğu”*

Hasta Hakları Yönetmeliği m.5 İlkeler arasında;

“Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, rızası olmaksızın kişinin vücut bütünlüğüne ve diğer kişilik haklarına dokunulamaz.”

m.22’de;

“Kanunda gösterilen istisnalar hariç olmak üzere, kimse, rızası olmaksızın ve verdiği rızaya uygun olmayan bir şekilde tıbbi ameliyeye tabi tutulamaz.”

m. 24’te hastanın rızası ve izni düzenlemesi getirilmiş;

“Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.

Kanuni temsilcinin rızasının yeterli olduğu hallerde dahi, anlatılanları anlayabilecekleri ölçüde, küçük veya kısıtlı olan hastanın dinlenmesi suretiyle mümkün olduğu kadar bilgilendirme sürecine ve tedavisi ile ilgili

alınacak kararlara katılımı sağlanır.

Sağlık kurum ve kuruluşları tarafından engellilerin durumuna uygun bilgilendirme yapılmasına ve rıza alınmasına yönelik gerekli tedbirler alınır.

Kanuni temsilci tarafından rıza verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; Türk Medeni Kanununun 346 ncı ve 487 inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır.

Tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbî müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri göz önüne alınır.

Yeterliğin zaman zaman kaybedildiği tekrarlayıcı hastalıklarda, hastadan yeterliği olduğu dönemde onu kaybettiği dönemlere ilişkin yapılacak tıbbi müdahale için rıza vermesi istenebilir.

Hastanın rızasının alınamadığı hayati tehlikesinin bulunduğu ve bilincinin kapalı olduğu acil durumlar ile hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açacak durumun varlığı halinde, hastaya tıbbi müdahalede bulunmak rızaya bağlı değildir. Bu durumda hastaya gerekli tıbbi müdahale yapılarak durum kayıt altına alınır. Ancak bu durumda, mümkünse hastanın orada bulunan yakını veya kanuni temsilcisi; mümkün olmadığı takdirde de tıbbi müdahale sonrasında hastanın yakını veya kanuni temsilcisi bilgilendirilir. Ancak hastanın bilinci açıldıktan sonraki tıbbi müdahaleler için hastanın yeterliği ve ifade edebilme gücüne bağlı olarak rıza işlemlerine başvurulur.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında yatarak tedavisi tamamlanan hastaya, genel sağlık durumu, ilaçları, kontrol tarihleri diyet ve sonrasında neler yapması gerektiği gibi bilgileri içeren taburcu sonrası tedavi planı sağlık meslek mensubu tarafından sözel olarak anlatılır. Daha sonra bu tedavi planının yer aldığı epikrizin bir nüshası hastaya verilir.”

Madde 25’de;

“Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması

planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir.

Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz.”

Madde 26’da rıza formu düzenlenmiş olup; **(Başlığı ile birlikte değişik:RG-8/5/2014-28994)**

“Mevzuatta öngörülen durumlar ile uyumsuzluğa mahal vermesi tıbben muhtemel görülen tıbbi müdahaleler için sağlık kurum ve kuruluşunca 15 inci maddedeki bilgileri içeren rıza formu hazırlanır. Rıza formunda yer alan bilgiler; sözlü olarak hastaya aktarılarak rıza formu hastaya veya kanuni temsilcisine imzalatılır. Rıza formu iki nüsha olarak imza altına alınır ve bir nüshası hastanın dosyasına konulur, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilir. Acil durumlarda tıbbi müdahalenin hasta tarafından kabul edilmemesi durumunda, bu beyan imzalı olarak alınır, imzadan imtina etmesi halinde durum tutanak altına alınır. Rıza formu bilgilendirmeyi yapan ve tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından imzalanır. Verilen bilgilerin doğruluğundan ilgili sağlık meslek mensubu sorumludur. Rıza formları arşiv mevzuatına uygun olarak muhafaza edilir.”

Hekimlik Meslek Etiği Kuralları m. 26’da;

“Hekim hastasını, hastasının sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı, olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konusunda bilgilendirmesidir.” düzenlemeleri getirilmiştir.

Tüm bu düzenlemelere göre; hekimin hastasını aydınlatırken;

- Konulan tanının hastaya ayrıntılı anlatılması,
- Tanıya göre yapılması gereken tedavi yöntemi ve başarı şansının ne olacağı,

- Ne için bu tedavi yönteminin seçildiğini,
- Ne gibi riskler taşıdığını,
- Önerilen tedavinin / müdahalenin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek sonuçların neler olabileceği,
- Olabilecek komplikasyonlar,
- Verilen ilaçların kullanımı ve yan etkileri,
- Başka bir tedavi seçeneğinin olup olmadığı hakkında hekim tarafından bizzat hastaya bilgi verilmesi konusunda özen göstermesi ve tüm bu hususları hastasına aktarması gerekmektedir.

Buna bağlı olarak; hekim tarafından gerçekleştirilen tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğu için; hasta tarafından tıbbi müdahaleye rıza gösterilmesi gerektiği; rızanın büyük ameliyatlar haricinde bir şekil şartına tabii olmadığı; ancak uygulamada ortaya çıkabilecek hukuki problemler nedeniyle ispat kolaylığını sağlayabilmek adına yazılı yapılmasının yaygınlaştığı görülmektedir. Oysa; düzenlemelerden yalnızca Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Nakli Hakkında Kanun uyarınca; vericinin diğer aydınlatılmış onam (rıza) dan farklı olarak; en az iki tanık huzurunda önceden verilmiş yazılı veya en az iki tanık önünde sözlü beyan edip imzaladığı tutanağın hekim tarafından onaylanmasının zorunlu kılındığı görülmektedir.

Yargıtay kararları ve Anayasa Mahkemesi kararları incelendiğinde de aydınlatılmış onama önem verildiği, kararlarda aydınlatılmış onam açısından hekimin hukuki sorumluluğu değerlendirilirken, “*Hastanın rızası ve hekimin tıbbi müdahalede bulunma hak ve görevine sahip olmasının, sonucu ne olursa olsun tıbbi müdahalenin hukuka uygun olduğunu gerektirmeyeceği; Türk Hukuku’nda da kabul edilen görüşe göre; hekimin sağlıkla ilgili fiillerde, rızayı sağladıktan sonra tıp biliminin sınırları içinde hareket etmekle yükümlü olduğu ve hastanın rızasının kapsamına bağlı bulunulması gerekliliği; hastanın tedavisini üstlenen hastane ve doktorların, meslek alanı içinde olan tüm kusurlarından hafif de olsa sorumlu olduğu; doktor ve hastanenin hastasının zarar görmemesi için mesleki tüm şartlarını yerine getirmek, hastanın durumunu tıbbi açıdan zamanında ve gecikmeksizin saptayıp, somut durumun gerektirdiği önlemleri eksiksiz*

biçimde alması gerektiği; uygun tedaviyi belirleyip uygulamak zorunda olduğu” belirtilerek; ayrıca hekimin hastayı aydınlatma yükümlülüğünü yerine getirip getirmediğinin de araştırılması gerektiği; hekimin, hastayı müdahalenin komplikasyonları konusunda aydınlattığını yazılı belge ile ispat edemediği gibi, beyanında geçen komplikasyon olduğu halde tedavisinin de mümkün olmadığının anlaşıldığı durumlarda doktorun, hastayı aydınlatma borcunu yerine getirip getirmediğinin araştırılması gerektiği belirtilmektedir.

18.12.2015 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan Anayasa Mahkemesi 2013/2084 başvuru numaralı dosyaya ilişkin kararda da aydınlatılmış onamın önemine dikkat çekilmiş ve yanlış tedavi uygulanması nedeni ile açılan tazminat davasının reddi nedeni ile Anayasa’nın 17 nci maddesinin birinci fıkrasınca güvence altına alınan kişinin maddi ve manevi varlığını koruma ve 36. maddesinde yer alan adil yargılanma haklarının ihlal edildiğine ilişkin başvuru kararda; “.....Başvurucu, tüp bebek tedavisi için ameliyatla spermlerinin alındığını, operasyon sonrasında testosteron hormonu salgılayamama, kemik erimesi, cinsel isteksizlik, iş gücü kaybı gibi rahatsızlıklarının oluştuğunu, ameliyatı yapan doktorun hatalı operasyonu nedeni ile bunların meydana geldiğini, ameliyat öncesi mikro TESE konusunda yeterince aydınlatılmadığını, bilgilendirilmesi halinde tüp bebek uygulamasından vazgeçebileceğini, vücut bütünlüğünün müdahale sonrasında bozulduğunu, sağlıklı yaşam hakkının ortadan kaldırıldığından bahisle başvurduğu; Hekimlik Meslek Etiği Kuralları ve yasal düzenlemeler gereğince; hastasını ayrıntılı aydınlatmakla yükümlü olduğu, yapılacak aydınlatmanın hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olması, bilgilerin hasta tarafından anlaşılacak biçimde verilmesi, sağlıkla ilgili her türlü girişimin kişinin özgür ve aydınlatılmış rızası ile yapılabileceği belirtilerek; somut olayda başvuru ve eşinin hastanede invitro fertilizasyon ve embriyo transferi (IVF-ET) işlemine izin verdiklerine dair bir belge imzaladıkları, bu belgede IVF-ET işleminin tıbbi sonuçları ve muhtemel komplikasyonlarının başvuru ve eşine anlatıldığı; ayrıca kadın açısından yapılacak işlemler ve gelişebilecek risklerin belirtildiği; ancak başvurucuya uygulanan Mikro TESE operasyonu hakkında hiçbir bilgilendirme veya açıklama bulunmadığından bahisle Poliklinik Muayenesi isimli belgede başvurunun daha önce iki kez TESE ameliyatı olduğu, üçüncü kez olacağı TESE ameliyatında baş-

vurucuya ameliyat hakkında bilgi verildiği, sperm çıkmama olasılığının bulunduğu konusunda ve komplikasyonlar hakkında kendisine bilgi verildiği belirtilmesine karşılık bu belgede başvurucunun belgeyi okuduğu, anlatılanları anladığı ve uygulanacak işlemlere onay verdiğine dair beyanı veya imzası bulunmadığı belirtilerek; hastalara uygulanacak her bir işlem ve tedavi yönünden hastanın aydınlatıldığını ve rızasının bulunduğunu ispatlama yükümlülüğünün hekim ya da hastanede olduğu belirtilmiş ve başvurucunun operasyona özgürce ve bilgilendirilmiş şekilde muvafakat göstermediği gerekçesi ile; Anayasa'nın 17 nci maddesinin birinci fıkrasında yer alan maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkının ihlal edildiğine karar verilmiştir.

Aydınlatılmış onam açısından bir diğer sorun ise; hekimin anestezi altındaki hastanın ameliyatını genişletmek için, yakınlarının rızasını alması gerekip gerekmediği yönündedir. Buna göre; hekimin hastanın durumu acil ve tehlikeli bir durum arz ediyorsa bu durumda hekim, hastanın rızasına ihtiyacı olmadan mesleki müdahalesini yapabilir. Büyük ameliyatlarda; hasta için anestezi altında tıbbi müdahaleye başlanmadan; cerrahi müdahale gerektiren işlemlerde buna başlanmadan önce gerçek teşhisi koymaya bazen imkan bulunmamaktadır. Böyle bir durumda, hastanın genişleyen ameliyata ya da ameliyatlarda hastanın ya da yakınlarının rızasının alındığı kabul edilmektedir. Ameliyat yapılırken beklenmeyen bir durumun ortaya çıkması halinde de cerrahın gerekli müdahaleyi yapabilmesi onun bilgi ve tecrübesine bırakılmıştır.^[5]

Tıbbi tedavi ve müdahalenin hukuka uygunluğu için; ^[6]

- Hekimin müdahaleyi yapmaya yetkili olması,
- Hekimin müdahale sırasında tıp biliminin kabul ettiği güncel veriler ışığında hareket etmiş olması,
- Hastanın hekim tarafından tıbbi müdahalenin riskleri ve sonuçları hakkında ayrıntılı bilgilendirilerek aydınlatılmış onamının alınması gerekmektedir.

[5] Öztürkler, Cemal. Hukukun Uygulanmasında Tıbbi Sorumluluk, Teşhis, Tedavi ve Tıbbi Müdahaleden Doğan Tazminat Davaları, 2. Baskı, Seçkin Yayınları, Ankara 2006, s.67, 68.

[6] Yıldız, Pervin. Rıza ve Rıza Formlarının Hukuksal Niteliği, Ankara Barosu VI. Sağlık Hukuku Kurultay Kitabı, Ankara 2017, s. 60.

Hastanın aydınlatılması; hastaya müdahaleden önce ve bizzat tedavisini üstlenen hekim tarafından yapılmalıdır. Aksi halde; aydınlatmanın hukuka uygun yapıldığından söz edilemez.

Aydınlatılmış onamdaki en önemli husus; hastanın kendi kaderini belirleme hakkının kullanımı olmasıdır.

Uygulanacak her girişim, tedavi yöntemine ilişkin ayrı ayrı aydınlatılmış onam formlarının yer alması oldukça önemli olup, Türk Tabipler Birliği'nin sayfasında yer alan aydınlatılmış onam kılavuzları, çeşitli uzmanlık derneklerinin oluşturdukları onam kılavuzları ayrıntılı, hekimlere yol gösterecek, yarar sağlayacak niteliktedir. Ancak belirtmemiz gereken önemli bir husus da; aydınlatılmış onamın “kişiye özel” olmasıdır. Yani; hastanın özel bir hastalığı var ise ve uygulanacak tedavi hastalığı kötü etkileyecek bir tedavi ise örneğin; hasta şeker hastası ve ameliyat öncesinde hekimine şeker hastası olduğunu bildirdiği halde hastanın şeker hastalığına dair bilgileri içermeyen, bu konuda herhangi bir uyarıda bulunmayan bir aydınlatılmış onamda tüm gerekliliklerin yerine getirildiğinden bahsedilemez. Pratik hayatta sıklıkla karşılaşılan sorunlardan biri olan bu durumlarda, Yargıtay kararlarında da, mutlaka ve mutlaka hastaya özel bir durum söz konusuysa bunun aydınlatılmış onamda ayrıca hekim tarafından belirtilmiş olması gerekmektedir; aksi halde aydınlatma yükümlülüğünün yerine getirildiğinden bahsedilemeyecek ve hekim sorumluluktan kurtulamayacaktır.

Yargıtay 13'ncü Hukuk Dairesi'nin gelenekselleşen kararlarına baktığımızda; hastanın tedavisini üstlenen hastane ve doktorların uygun tedaviyi seçmek ve uygulamakla yükümlü olmasının yanında aynı zamanda oluşabilecek komplikasyonlar konusunda da hastasını aydınlatması gerektiği ve ispat yükünün hekim ya da hastanelerde olduğu; ispat açısından da yazılılığın esas alındığı görülmektedir.

2- GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI YÖNETMELİĞİNE GENEL BAKIŞ İLE YÖNETMELİĞE BAĞLI AYDINLATILMIŞ ONAM

Yönetmelik ekinde belirtilen geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının nerede ve kimler tarafından yapılabileceği yönetmelikte ayrıntılı olarak düzenlenmiş olup; genel bir özet yaparsak;

Madde 9'da yetkili kişiler düzenlenmiştir;

Sertifikalı Tabip	Sertifikalı Diş Tabibi
↓	↓
Geleneksel ve Tamamlayıcı tıp uygulamaları ile ilgili olarak Bakanlıkça tescil edilmiş sertifikaya sahibi tabiplerdir.	Geleneksel ve Tamamlayıcı tıp uygulamaları ile ilgili olarak Bakanlıkça tescil edilmiş sertifika sahibi diş tabipleridir. (Diş hekimliğini ilgilendiren uygulamalarda)

Sertifikalı tabipler ya da diş hekimliğini ilgilendiren uygulamalarda; sertifikalı hekimler haricinde uygulamayı yapanların hukuki ve cezai sorumluluğu bulunmaktadır.

Yönetmelik m.8'e göre; uygulama alanında temel eğitimi bulunan sağlık meslek mensupları da YALNIZCA sertifikalı tabip ve diş tabiplerinin GÖZETİM VE DENETİMİ ALTINDA uygulamalara katılabilecektir.

Yönetmelik m.9'da uygulanacak yerler düzenlenmiş olup; uygulama merkezi, ünite ve konaklama tesislerinde uygulanabileceği belirtilmiştir.

Uygulama Merkezi	Ünite	Konaklama Tesisleri
Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Tıp Fakültesi veya Diş Hekimliği Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi bünyesinde kurulan, Bakanlıkça yetkilendirilmesi halinde eğitim verebilecek merkezlerdir.	- Kamu ve Özel Hukuk Tüzel Kişileri - Gerçek Kişilere Ait Sağlık Kuruluşları bünyesinde kurulan birimlerdir.	- Kültür ve Turizm Bakanlığı'ndan belgeli konaklama tesislerinde, - Tesiste konaklayan ve sadece akut tedavisi tamamlanmış kişilere yönelik olarak uygulama yapılabilecektir.

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'nde üniteler ve uygulama merkezleri için bir ayırım yapılarak; uygulama merkezinde bütün uygulamaları yapma yetkisi verilmişken ünitelere tüm uygulamaları yapma yetkisi verilmemiş; yalnızca Yönetmeliğin Ek 3'te sayılı uygulamaların yapılabileceği düzenlenmiştir. Ayrıca, Yönetmelik'te; yeni bir uygulama ortaya çıktığı zaman uygulama merkezi bunun çalışmalarını yapar, yani sayılı 15 tanenin haricinde bir uygulama ortaya çıktığı zaman bununla ilgili bilimsel değerlendirmeleri yaptıktan sonra bunu da Bilim Komisyonu'na aktarır, Bilim Komisyonu eğer uygun görürse onu da yönetmeliğine uygulama olarak ekleyebilir. Ancak; bu durum üniteler açısından söz konusu olamaz.

Yönetmelik m.10'da; uygulama merkezi ile ünitelerin çalışma usul ve esasları düzenlenmiştir. Düzenlemedeki beşinci fıkrada; *“Uygulamalar için 1/8/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği’ne uygun “Bilgilendirme ve Rıza Formu” hazırlanır ve uygulama yapılacak tüm hastalardan rıza alınır.”* düzenlemesi getirilmiştir.

Yönetmelik ekleri incelendiğinde ise; belirtilen tüm uygulamalara ilişkin olarak;

- *Hastalığı ortadan kaldıracak*

VEYA

- *Tek başına tedavi edebileceği gibi beyanlarda bulunulamaz düzenlemesi getirilmiştir.*

Yönetmelik'te; Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları açısından da Hasta Hakları Yönetmeliği'ne uygun hareket edilmesi gerekliliği ayrıca belirtilmiştir.

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin amacı; insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin “hasta haklarından faydalanabilmesi”, hak ihlallerinden korunabilmesi ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemektir.

Hasta Hakları Yönetmeliği m.4 g bendinde “tıbbi müdahale tanımlanmış olup; *“Tıp mesleğini icraya yetkili kişiler tarafından uygulanan;*

sağlığı koruma, hastalıkların teşhis ve tedavisi için ilgili mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak tıbbın sınırları içinde gerçekleştirilen fiziki ve ruhi girişim”dir.

Hasta Hakları Yönetmeliği m.15'te aydınlatma kapsamı düzenlenmiş olup; aydınlatmada;

- Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,
- Tıbbi müdahalenin kim tarafından, nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,
- Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,
- Muhtemel komplikasyonları,
- Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,
- Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,
- Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,
- Gerekğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceği hususlarında bilgi verilir.

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'nde ise Hasta Hakları Yönetmeliği düzenlemelerine ek olarak;



Uygulamanın hastalığı ortadan kaldıracağı

VEYA

Tek başına tedavi edeceği gibi beyanlarda bulunulmaması gerekliliğidir.

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'ne göre bakılacak olursa; aydınlatılmış onam alınırken uygulamayı gerçekleşt-

tirecek sertifikalı tabip veya dış hekimliğini ilgilendiren uygulamalarda sertifikalı dış tabibi tarafından;

- Uygulamanın TEK BAŞINA TEDAVİ EDİCİ ÖZELLİĞİ OLMADIĞI,
- Uygulamanın hastalığı ORTADAN KALDIRMAYACAĞI,
- Uygulamalarda neler yapılacağı,
- Uygulama sırasında oluşabilecek yan etkilerin neler olduğu,
- Uygulamanın kim tarafından, nerede, ne şekilde ve ne kadar zamanda yapılacağı,
- Tedavi seçeneklerinin denenmiş olup olmadığı,
- Tedavi seçeneklerinden istenilen sonuçların alınıp alınmadığı,
- Farklı tıbbi uygulamaların hastalık üzerindeki etkileri,
- Muhtemel komplikasyonlar,
- Kullanılacak uygulamanın faydaları ve riskleri ile uygulamanın yan etkileri konularında hastanın bizzat aydınlatılması gerekmektedir.

Yerleşik içtihatlar ve yasal düzenlemelere göre geleneksel tamamlayıcı tıp uygulamalarında aydınlatılmış onamın hukuka uygunluğunun kabulü için; uygulamayı yapacak sertifikalı tabip tarafından;

- Tıbbi tedavinin denenip denenmediği konusunda hastadan bilgi alınması,
- Gerektiğinde tedaviyi yapan hekim ile görüşülmesi,
- Tıbbi tedavi alınmaması halinde hastanın öncelikle tıbbi tedaviye yönlendirilmesi,
- Uygulama yönteminin tek başına hastalığı tedavi etmeyeceğinin bildirilmesi,
- Uygulamanın, hastalığı ortadan kaldırmayacağını belirtilmesi,
- Uygulamanın yararları ve riskleri konusunda bilgilendirme yapılması,

- Uygulanması halinde oluşabilecek komplikasyonlardan bahsedilmesi,
- Diğer uygulama seçenekleri varsa bunların belirtilmesi,
- Uygulamanın ne kadar zaman süreceğinin anlatılması,
- Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek yarar ve zararlar konusunda hastaya bilgi vererek hastanın ayrıntılı aydınlatılması ve onamının alınması gerekmektedir. Bunlardan birinin eksikliği halinde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'nde belirtilen ve Bakanlıkça belirlenen ilgili sertifikaya sahip hekim ya da dış hekiminin sorumluluğuna gidilebilecektir.

3- GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI YÖNETMELİĞİNE AYDINLATILMIŞ ONAM AÇISINDAN ELEŞTİREL BAKIŞ

Tıbbi müdahaleler ve kullanılan ilaçlar bilimsel bilgiye dayanan tıba ilişkin olup; bir çok deney ve testlerden geçtikten sonra genel kabul görmüştür. Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğu için de; “Hekimin müdahale sırasında tıp biliminin kabul ettiği güncel veriler ışığında hareket etmesi” gerekmektedir. Oysa ki; Yönetmelik'te belirtilen uygulamaların birçoğu yeterli bilimsel bilgiden eksik ve yararı tam kanıtlanmamıştır. Dolayısı ile hukuka uygunluk açısından da tartışma yaratmaktadır.

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'nin dayanağı Hasta Hakları Yönetmeliği iken; Hasta Hakları Yönetmeliği'nde en temel husus; “*ilgili mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak tıbbi müdahalede bulunulması gerekliliği*” düzenlemesine uygunluk sorunu da ortaya çıkmaktadır. Kaldı ki; Yönetmelik ile kabul gören pek çok uygulama bilimsel anlamda kabul görmemekte ve riskli bulunmaktadır.

Eğitim düzeyi düşük olan ülkeler açısından dini inançla desteklenen uygulamalara hastaların daha çok yönelmesi ve tıbbi tedavi seçeneklerini değerlendirmeden doğrudan tıbbi uygulamalara başvurulması sorununun da önemli bir problem teşkil etmektedir.

Uygulamaların her biri için Yönetmelik'te çeşitli endikasyonlardan bahsedilmiş olup; bu endikasyonların çoğu için uzmanlık gerekmekte iken uygulama yetkisine sahip tabipleri uzmanlık alanlarında olmayan sorumluluklara yönlendirmek ve yetki aşımı sorunlarının da ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Hastalıkların tedavisinde tanının erken konulması önemli iken hastanın geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına yönelmesi sebebi ile tanıda gecikmelerin yaşanması ortaya çıkmaktadır.

Bazı tedaviler ile uygulanacak uygulamaların etkileşimle tıbbi tedavinin olumlu sonuçlarını etkileyerek hastaya zarar vermesi sorunu,

Bilim Komisyonlarının yeterli olup olmaması ile uygulayıcıların ve uygulanan yerlerin denetimi sorunu,

Bazı hastalıklarda uygulamaların yapılmasının riskleri açıkça kanıtlanmışken yönetmelikte bu uygulamaların yapılabileceğinin belirtilmesi sorunu yanında Uygulama Merkezleri ve Üniteler dışında Kültür ve Turizm Bakanlığına bağlı konaklama tesislerinde de akut tedavisi bitmiş hastalara uygulama yapılmasına izin verilmesi; akut tedavinin bitip bitmediğinin denetlenmesi sorunu ile konaklama tesislerinde uygulamanın yapılmaya elverişli olup olmaması,

Yerleşik içtihatlar ve uygulamada uzmanlık alanı dışında hekimlerin tıbbi müdahalede bulunması hekimin sorumluluğunu gerektirirken; Yönetmelik ekinde belirtilen uygulamalara ilişkin komplikasyonlarda uzmanlık gerekmesi,

Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'na göre; hekimin uygulayacağı tıbbi müdahalede hastanın zararına olacak işlemlerden kaçılması gerekliliğine bağlı kalınarak hastaya bakılıp bakılmayacağı sorunları yer almaktadır.

İnsanın en temel hakkının yaşam hakkı olması; kişinin vücut bütünlüğünün dokunulmazlığına ilişkin yalnızca hekimlerin kişinin rızası ile vücut bütünlüğüne dokunabilmesi yanında; yaşam hakkını riske sokan pek çok uygulama ile birlikte Yönetmelik'te yetkilendirilen kişiler hariçinde de uygulamaların yapılmaya devam edilmesi nedeni ile pek çok kişinin yaralandığı, hayatını kaybettiği sorunlarla karşı karşıya olduğu-

muz bir durumda, doğru ve düzgün işleyen bir denetim mekanizması oluşturulmadan, uzmanlık dernekleri ile görüşülüp bilimsel açıdan uygulamaların tedavi ile etkileşimleri konusunda görüş alınmadan Yönetmelik hazırlanması hukuki tartışmaları da beraberinde getirmekle birlikte tüm imkanlar sağlandıktan sonra ve bilimsel açıdan da görüşler tamamlanarak, barolar ile görüşülüp hukuki destek de sağlanarak bir Yönetmelik çıkartılmasının daha doğru olacağı; böylece geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının hukuka uygunluğu sorununun yanında etik ve bilimsel tartışmaların da azalarak, bireylerin yaşam haklarına katkı sağlayabileceği düşüncesindeyim.

KAYNAKÇA

1. AKYILDIZ, Sunay. “Kısırlaştırma Operasyonlarında hekimin Aydınlatma Yükümlülüğü”, Ankara Barosu III. Sağlık Hukuku Kurultayı, *Ankara Barosu Yayınları*, Ankara 2011.
2. ELMACI, Nuran. “Sağlık Antropolojisi Açısından Geleneksel Tedavi Uygulamaları”, *Toplum ve Hekim Dergisi* Ocak-Şubat 2017, Cilt 32, Ankara 2017.
3. Kıcalıoğlu, Mustafa. *Doktorların ve Hastanelerin Tıbbi Müdahaleden Kaynaklanan Hukuki Sorumlulukları*, Adalet Yayınevi, Ankara 2011.
4. Özpınar, Berna. Tıbbi Müdahalede Kötü Uygulamanın Hukuki Sonuçları, 1. Baskı, Güngör Basım-Yayım, *Ankara Barosu*, Ankara 2007.
5. Öztürkler, Cemal. *Hukukun Uygulanmasında Tıbbi Sorumluluk, Teşhis, Tedavi ve Tıbbi Müdahaleden Doğan Tazminat Davaları*, 2. Baskı, Seçkin Yayınları, Ankara 2006.
6. Yıldız, Pervin. Rıza ve Rıza Formlarının Hukuksal Niteliği, Ankara Barosu VI. Sağlık Hukuku Kurultay Kitabı, Ankara 2017

Av. Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU (Oturum Başkanı)-
Çok teşekkür ediyoruz zamanı da çok güzel kullandı arkadaşımız, çok değerli bilgiler verdi.

Şimdi sözü İzmir Barosu'ndan Sayın Avukat Ayşe Erol Sarıey'e bırakacağım. Kendisi bu konulara ilişkin hukuksal anlamda ilk yayınları yapan kişilerden birisidir; buyurun.

GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARINDAN DOĞAN HUKUKSAL SORUMLULUK

LEGAL LIABILITY ARISING FROM TRADITIONAL AND COMPLEMENTARY MEDICAL PRACTICES

Av. Ayşe EROL SARİEY

İzmir Barosu

Öz

“Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarından Doğan Hukukî Sorumluluk” konulu çalışmamızda 27.10.2014 tarihli 29158 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği” kapsamında yer alan, hekimler tarafından uygulanma zorunluluğu bulunan on beş adet geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntem ile belirtilen yöntemlerin uygulayıcıları ve yöntemlerin uygulandığı kuruluşlar hakkında genel bilgiler verilmiştir. Bunların yanında, geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntemlerin uygulanması sırasında ve uygulanması ile ilgili ortaya çıkan uyuşmazlıklar sebebiyle açılacak davalarda, yöntemlerin uygulandığı kişilerin ve yöntemleri uygulayan kurumların ve hekimlerin hak ve yükümlülüklerinden söz edilmiştir. Bir yöntemin hukuk kurallarına ve tıp bilimi kurallarına aykırı olarak uygulanması sebebiyle hekimlerin ve kurumların karşı karşıya kalacakları yaptırım ile zarar görenlerin bu doğrultuda açacakları davalarını hangi hukukî sebeplere dayandıracakları ve sorumluluktan kurtulmanın hangi koşullarda mümkün olacağı da çalışmamızda değinilen diğer konulardır.

Anahtar Kelimeler: Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntem, geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulayıcıları, geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın uygulandığı sağlık kuruluşları ve diğer merkezler, geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntemin hukuk kurallarına ve tıp bilimi kurallarına aykırı olarak uygulanması.

Abstract

In our study on “Legal Liability Arising from Traditional and Complementary Medical Practices”, a general information about fifteen medical methods which have to be applied by physicians according to the draft of the legal regulation named as “Practises of Traditional and Complementary Medicine” which is published in the Official Gazette No. 29158 dated October 27, 2014 and entered into force, the practitioners of the stated traditional and complementary medical methods and the institutions where the stated methods are applied, have been given. Besides, the rights and obligations that are owned by individuals to whom that medical methods have been applied, by institutions and by physicians while implementing the traditional and complementary medical methods and in the law suits which are brought because of the incompatibilities due to the implementation of that medical methods, have been mentioned. The sanctions that physicians and institutions will face and the legal reasons of the suits against the physicians and institutions which are brought by individuals who have been injured by the implementation of the medical method that is contrary to the rules of law and medicine and the circumstances under which it will be possible to eliminate from responsibility, is the other topics to be addressed in our study.

Key Words: A traditional and complementary medical method, practitioners of the traditional and complementary medicine, health care organizations and other centers that traditional and complementary medicine is applied, an implementation of the traditional and complementary medical method that is contrary to the rules of law and medicine.

GİRİŞ

Çalışmamızda öncelikle, 27.10.2015 tarihli ve 29158 Sayılı Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği kapsamına alınmış yöntemler ve bu yöntemleri uygulamaya yetkili kişiler ile yöntemlerin uygulanabileceği kuruluşlardan söz edilmiştir. Bununla birlikte, söz konusu Yönetmeliğe göre yöntemleri uygulamaya yetkili kişilerin ve yöntemlerin uygulandığı kuruluşların hukukî sorumluluk sebepleri, sorumluluğun hukukî sonucu ve sorumluluktan kurtulmanın yolları da ayrı başlıklar altında incelenmiştir. Bu kapsamda özellikle Borçlar Kanunu’na göre hukuksal sorumluluk üzerinde durulmakla birlikte, Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun hükümlerine de değinilmiştir.

I. GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULAMALARI YÖNETMELİĞİ KAPSAMINDAKİ TIBBÎ YÖNTEMLER, YÖNTEMLERİN UYGULAYICILARI, YÖNTEMLERİN UYGULANDIĞI KURULUŞLAR

A. TIBBÎ YÖNTEMLER

On beş adet geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntem, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği kapsamına alınmış bulunmaktadır. Bu yöntemler, akupunktur, apiterapi, fitoterapi, hipnoz, sülük uygulaması, homeopati, kayropraktik, kupa uygulaması, larva uygulaması, mezoterapi, proloterapi, osteopati, ozon uygulaması, refleksoloji ve müzikterapi olarak Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği Ek-3’te belirtilmektedir.

B. YÖNTEMLERİN UYGULAYICILARI

Yönetmeliğin 8. ve 9. maddelerinde belirtildiği üzere, “uygulama sertifikası”^[7] bulunan hekim, kendi alanında uygulama yapmak üzere “uygulama sertifikası” bulunan diş hekimi ve hekim gözetiminde ol-

[7] Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği’nin 13. maddesi: “Bu Yönetmelik kapsamındaki sertifikalı eğitimler, 4/2/2014 tarihli ve 28903 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği kapsamında, Bakanlıkça eğitim vermek üzere yetkilendirilmiş merkezler tarafından verilir.” Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği’nin 17. maddesinin 1. fıkrasının e bendi: “Tabip ve diş tabipleri uygulama sertifikası ile yetkilendirildikleri alan dışında uygulama yapamazlar.”

mak kaydıyla uygulama alanında temel eğitimi bulunan sağlık meslek mensupları Yönetmelik kapsamında yer alan yöntemleri uygulamaya yetkilidir.

Uygulama sertifikası bulunan hekimler, Yönetmelik'te yer alan tüm yöntemleri uygulayabilirler. Bu durumun tek istisnası hipnoz yönteminde karşımıza çıkmaktadır. Yönetmeliğe göre, alkol bağımlılık tedavisinde ve depresyon tedavisinde hipnoz yöntemi ancak psikiyatri uzmanı tarafından uygulanmalıdır. Başka bir deyişle, uygulama sertifikası bulunan ancak psikiyatri uzmanı olmayan bir hekim belirtilen tedaviler söz konusu olduğunda hipnoz yöntemini uygulayamaz.

Uygulama sertifikası bulunan diş hekimleri, akupunktur, fitoterapi, hipnoz, homeopati, kupa uygulaması, mezoterapi, proloterapi, osteopati ve ozon uygulaması olmak üzere dokuz adet yöntemi uygulamaya yetkilidirler. Sağlık meslek mensupları da hekim gözetiminde, sertifikalı olmak kaydıyla kupa uygulaması, kayropraktik, osteopati ve refleksoloji yöntemini ve uygulama alanında temel eğitimleri bulunması kaydıyla da sülük uygulaması yöntemini uygulayabilirler. Müzikterapi yönteminde ise, uygulama alanında temel eğitimi bulunan sağlık meslek mensubunun dışında en az lisans düzeyinde müzik eğitimi aldıktan sonra müzikterapi sertifikasyon programını tamamlamış kişiler de uygulamaya yardımcı olarak katılabilirler. Bunların dışında, Yönetmeliğe göre, hipnoz yönteminin de hekim gözetiminde, sağlık meslek mensubu sayılan ve uygulama alanında temel eğitimi bulunan klinik psikologlar ve psikolojinin tıbbi uygulamaları yetki belgesine sahip psikologlar tarafından uygulanabilmesi mümkündür.

C. YÖNTEMLERİN UYGULANDIĞI KURULUŞLAR

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'nin 2. maddesine göre, Yönetmelik geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının yapıldığı kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişilere ait sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlarda yöntemleri uygulayacak kişileri kapsamaktadır. Yönetmeliğin 4. maddesinin (d) bendine göre ise, burada sözü edilen sağlık kuruluşları, kamu kurum ve kuruluşlarına bağlı hastaneler, tıp fakültesi veya diş hekimliği fakültesi sağlık uygulama ve araştırma merkezi, Özel Hastaneler Yönetmeliği'ne göre ruhsatlandırılmış özel hastaneler ile Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık

Kuruluşları Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre ruhsatlandırılmış sağlık kuruluşlarını ifade etmektedir. Yönetmeliğin 9. maddesi, uygulamaların Bakanlıkça yetkilendirilmiş ünite ve uygulama merkezlerinde yapılabileceğini; 10. maddesinin ikinci fıkrası da, Bakanlıkça uygun görülen uygulamaların, Kültür ve Turizm Bakanlığı'ndan belgeli konaklama tesislerinde açılacak sağlık birimlerinde de yapılabileceğini düzenlemektedir. Söz konusu hükümlerden hareketle, Yönetmelik kapsamındaki yöntemlerin özel hastaneler,^[8] özel sağlık kuruluşları,^[9] konaklama tesisleri^[10] ve kamu hastanelerinde uygulanabileceği sonucuna

-
- [8] Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntemlerin uygulanacağı ve ünitelerin kurulacağı sağlık kuruluşlarından biri, Özel Hastaneler Yönetmeliği hükümlerine göre ruhsatlandırılmış hastanelerdir. Özel hastaneler, kamu yönetimi dışında yer alıp onun bir parçasını oluşturmayan, yatırılarak hasta tedavi etme, rehabilitasyon ve doğum yardımında bulunma amacına yönelik olarak halk sağlığına hizmet veren, açılış, kuruluş ve işleyiş esasları ile denetimi Sağlık Bakanlığı'na bağlı özel işletmelerdir.
- [9] Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik'e göre ruhsatlandırılmış özel sağlık kuruluşları, geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntemlerin uygulanacağını belirttiği ünitelerin kurulacağı sağlık kuruluşları arasında sayılmaktadır. Yönetmeliğin 2. maddesinde bu Yönetmeliğin, ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunulan ve özel sağlık kuruluşu olarak tanımlanan A tipi, B tipi ve C tipi tıp merkezlerini, A ve B tipi poliklinikleri, laboratuvar, müessese ve muayenahaneler ile bu kuruluşların işletmelerini kapsadığı ifade edildiğinden, geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntemlerin uygulanabileceği özel sağlık kuruluşları, A tipi, B tipi ve C tipi tıp merkezleri, A ve B tipi poliklinikler, laboratuvar, müessese ve muayenahanelerdir.
- [10] Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'nin 10. maddesinin ikinci fıkrasında, Yönetmelik kapsamında yer alan tıbbî yöntemlerin, Sağlık Bakanlığı'nın planlaması kapsamında bir sağlık kuruluşundan bağımsız olarak Kültür ve Turizm Bakanlığı'ndan belgeli konaklama tesislerinde de uygulanabileceği belirtilmektedir. Söz konusu hükme göre, bu kapsamda kurulacak sağlık birimlerinde, sadece tesiste konaklayan ve akut tedavisi tamamlanmış kişilere Bakanlıkça uygun görülen yöntemler uygulanabilir. Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin Ek-2. maddesinin ikinci fıkrasında da, Kültür ve Turizm Bakanlığı'ndan belgeli konaklama tesislerinde sadece akut tedavisi tamamlanmış konaklama tesisinde konaklayan kişilere yönelik olmak kaydıyla, fizik tedavi ve rehabilitasyon veya obeziteyle mücadele, diyabet ve ayakta kanser tedavisi gören hastalara yönelik koruyucu ve destekleyici nitelikte sağlık birimlerinin planlama kapsamında kurulabileceği belirtilmektedir. Konaklama Tesisleri Bünyesinde Sunulacak Sağlık Hizmetleri Genelgesi'nde, bu sağlık birimlerinin uzman doktorların gözetim ve kontrolünde hizmet vereceği ifade edilmektedir. Bir sağlık kuruluşundan bağımsız olarak açılacak sağlık biriminin, hekimin sorumluluğunda kurulup işletileceğinin belirtilmesi, birimin faaliyetlerinden kaynaklanan tazminat sorumluluğunun hekime ait olacağı şeklinde değil, birimin sorumluluğunun idarî ve organizasyonel anlamda bir hekim tarafından koordine edilmesi gerektiği şeklinde anlaşılmalıdır. Bu sebeple, bir sağlık kuruluşundan bağımsız olarak açılacak sağlık birimlerinde, mutlaka zorunlu kadrolu bir hekim istihdam edilmesi gerekmektedir. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'nin 10. maddesinin ikinci fıkrasında, ko-

varılmaktadır. Belirtilen kurumlardan kamu hastaneleri, özel hukuka dayalı olarak hukukî sorumluluğa tâbi olmadığı için inceleme konumuzunda girmediğinden çalışmamızda değerlendirilmemiştir.

II. UYGULAYICILARIN HUKUKÎ SORUMLULUK SEBEP- LERİ

Hekimin, hasta ile arasında sözleşme bulunup bulunmaması önem arz etmeksizin mesleğine dair en önemli yükümlülüğü, “evrensel tıbbî etik ilkelere uyma yükümlülüğü” dür. Bu ilkeler, Türk Tabipler Birliği Meslek Etiği Kuralları’nın 6. maddesinde “yararlılık, zarar vermeme, adalet ve özerklik” olarak belirtilmektedir.

Hekim ile hasta arasında henüz sözleşme ilişkisi kurulmamışken sözleşme görüşmeleri esnasında hasta bir zarara uğrayabilir. Bu durumda, hukukî niteliği hakkında farklı görüşler bulunan culpa in contrahendo sorumluluğu söz konusu olabilir.^[11] Örneğin, hekimin özel muayenehanesine gelen hastanın müdâhale yapılacağı inancıyla oyalanması, bu sebeple gecikme sonucu hastanın şikâyetlerinin artması ve başka bir sağlık kuruluşuna gitmek durumunda kalması halinde meydana gelen zararlar culpa in contrahendo sorumluluğuna dayanarak talep edilebilir. Culpa in contrahendo sorumluluğu, uygulamada sık karşılaşılan bir sorumluluk türü olmaması sebebiyle çalışmamızda ayrı bir başlık altında incelenmemiştir.

naklama tesislerinde açılacak sağlık birimlerinin, Sağlık Bakanlığı’nın planlamasından istisna olarak, konaklama tesisinin bulunduğu ildeki özel hastaneler ile Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamındaki özel sağlık kuruluşlarına bağlı olarak da faaliyet gösterebilecekleri belirtilmektedir. Bu hükme göre, belirtilen sağlık kuruluşları, kendi kadro ve kapasitelerinin kullanılması kaydıyla, konaklama tesisinde sağlık ünitelerini veya birimlerini açabilirler. Sağlık birimi/ünitesi başvuruları, özel sağlık kuruluşunun mesul müdürünce İl Sağlık Müdürlüğü’ne yapılır ve faaliyetlerinden bağlı oldukları özel sağlık kuruluşu sorumlu olur.

- [11] Ayan, Mehmet: Tıbbî Müdâhelelerden Doğan Hukukî Sorumluluk, Kazancı Yayınevi, Ankara 1991, s. 49; Demir, Mehmet: “Hekimin Sözleşmeden Doğan Sorumluluğu”, AÜHFD., Ankara 2008, C. 57, S. 3, s. 228; Petek, Hasan: Sağlık Hukuku, Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2859, Eskişehir 2013, s. 85; Petek, Hasan: “Güzelleştirme Amaçlı Estetik Ameliyatlardan Kaynaklanan Hukukî Sorumluluk”, DEÜHFD., İzmir 2006, C.8, S.1, s. 186-187

A. SÖZLEŞMEDEN KAYNAKLANAN SORUMLULUK

Hekim ile hasta arasında geçerli bir sözleşme akdedildiği takdirde, diğer şartlar da mevcutsa, tedavi faaliyeti sebebiyle hasta zarar gördüğünde, hekimin sorumluluğu öncelikle sözleşme temeline dayanır. Sözleşme temeline dayanan sorumluluğun bir diğer şartı, hekimin bu sözleşmenin ihlâline neden olan ve doğan zararın sebebi sayılan bir davranışının mevcut olmasıdır. Sözleşmenin varlığını ve ihlâl edildiğini hasta ispatlamalıdır.

1. Sözleşme

Sözleşmeden kaynaklanan sorumluluğun doğabilmesi için öncelikle uygulayıcı ile hasta arasında “geçerli” bir sözleşme bulunmalıdır. Bu sözleşmenin niteliği, avukat ile müvekkil, banka ile müşteri ve hekim ile hasta arasında da kurulabilen vekâlet sözleşmesidir. Zira hasta ile hekim arasındaki sözleşmenin hukukî niteliğinin, gerek öğretide^[12] gerekse Yargıtay kararlarında^[13] vekâlet sözleşmesi olduğu, hekimin de bir vekil

[12] Tandoğan, Haluk: Borçlar Hukuku Özel Borç İlişkileri, C. 2, 5. Bası, İstanbul 2010, s. 360, 376; Kaneti, Selim: Makaleler, 1. Bası, İstanbul 2011, s. 629; Yavuz, Cevdet/Acar, Faruk/Özen, Burak: Borçlar Hukuku Dersleri (Özel Hükümler), 12. Bası, 2013, s. 603; Ayan, s. 53-54; Hakeri, Hakan: Tıp Hukuku, 7. Bası, Ankara 2013, s. 145, 519; Özkan Hasan/Akyıldız Sunay: Hasta-Hekim Hakları ve Davaları, Seçkin Yayınevi, 2. Bası, Ankara 2012, s. 291; Abik, Yıldız: “Doktorun Sorumluluğunda Şans Kaybı: İyileşme Şansının Kaybı”, AÜHFD, 2005, C. 54, S. 3, s. 266; Yavuz İpekyüz, Filiz: Türk Hukukunda Hekimlik Sözleşmesi, Vedat Kitapçılık, İstanbul 2006, s. 68; Özgül, Mehmet Emin: Yeni Tıbbî Yöntemlerin Hukuka Uygunluğu, On İki Levha Yayıncılık, İstanbul 2010, s. 65-66.

[13] “Dava temelini vekillik sözleşmesinin oluşturduğunda asla duraksama söz konusu değildir. Eşdeyişle dava, davalı doktorların vekillik sözleşmesinden kaynaklanan özen borcuna aykırılık olgusuna dayanmaktadır. Vekil, iş görürken yöneldiği sonucun elde edilmemesinden değil de, bu sonuca ulaşmak için yaptığı uğraşların özenle görülmesinden sorumludur. Vekil, hastasının zarar görmemesi için, meslekî tüm şartları yerine getirmek, hastanın durumunu tıbbî açıdan zamanında ve gecikmeksizin saptayıp, somut durumun gerektirdiği önlemleri eksiksiz biçimde almak, uygun tedaviyi de yine gecikmeden belirleyip uygulamak zorundadır. Asgari düzeyde dahi olsa, tereddüt doğuran durumlarda, bu tereddüdü ortadan kaldıracak araştırmalar yapmak ve bu arada da, koruyucu tedbirleri almakla yükümlüdür. Çeşitli tedavi yöntemleri arasında bir seçim yapılırken, hastanın ve hastalığın özellikleri göz önünde tutulmalı, onu risk altına sokacak tutum ve davranışlardan kaçınılmalı ve en emin yol seçilmelidir. Gerçekten de müvekkil (hasta), meslekî bir iş gören vekilden, tedavinin bütün aşamalarında titiz bir ihtimam ve dikkat göstermesini beklemek hakkına sahiptir. Gereken özeni göstermeyen vekil, vekâleti gereği gibi ifa etmemiş sayılmalıdır.” 13.HD.,4.3.1994, 8557/2138; 13.HD., 6.11.2000, 8590/9569; 13.HD., 25.04.2002, 2589/4560; 13.HD.,

gibi sorumlu olduğu ifade edilmektedir. Hekimin faaliyeti hasta tedavisini gerekli kılan bir faaliyet olduğu için hasta tarafından yapılan tedavi talebi derhal reddedilmedikçe^[14] sözleşme kurulmuş sayılır.^[15] Hasta ile hekim arasındaki vekâlet sözleşmesinde, Türk Borçlar Kanunu'nun 12. maddesi kapsamında şekil serbestisi geçerli olmakla birlikte, ispat hukuku ve tedavi uygulanan kişinin korunması açısından yazılı olarak yapılması önerilmektedir. Bununla birlikte, hekim ile hasta arasındaki sözleşmenin vekâlet sözleşmesinin yanında tüketici sözleşmesi niteliği taşıdığını da savunan yazarlar, hastanın tıbbî hizmeti ticarî veya meslekî olmayan amaçlarla edinen, kullanan veya yararlanan gerçek kişi tüketici olduğunu, hekimin de ticarî ve meslekî faaliyetleri kapsamında tüketiciye hizmet sunan kişi olarak sağlayıcı olduğunu belirtmektedirler.^[16] Bu sebeple, hasta ile hekim arasında tıbbî müdâhaleden doğan uyuşmazlıklarda Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun'un da uygulama alanı bulacağını ifade etmektedirler.^[17] Bu görüşü destekler şekilde, 28.11.2013 tarihli ve 28835 Sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan 6502

6.3.2003, 13959/2380; 13.HD., 08.07.2005, 3645/11796; ifade13.HD., 1.12.2005, 11653/17791; 13.HD., 6.7.2006, 5518/11185; 13.HD., 6.7.2006, 5554/11186; 13.HD. 19.10.2006, 10057/13842; 13.HD., 10.10.2006, 10068/13288; 13.HD., 27.01.2009, 2008/14648, 2009/689;13.HD., 17.06.2009, 2371/8315; HGK., 13.04.2011, 2010/13-717, 2011/129; 13.HD., 03.07.2012, 13928/17203 (KHYK-J); 13.HD., 20.11.2000, 8582/10298; 13.HD., 23.2.2006, 15820/2367; 13.HD., 12.6.2006, 6704/9459; 13.HD., 21.12.2006, 13122/16638; 13.HD., 15.5.2007, 2942/6736; 13.HD., 21.05.2007, 2531/7045; 13.HD.,18.6.2007, 2916/8485 (Özkan/ Akyıldız, s. 404, 414, 424-425, 430-433).

- [14] Tıbbî Deontoloji Tüzüğü'nün 18. maddesine göre hekim ve diş hekimi, acil yardım, resmî veya insanî vazifenin ifası halleri hariç olmak üzere, meslekî veya şahsî sebeplerle hastaya bakmayı reddedebilir. Aynı yönde Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın 25. maddesi: "Hekim, ancak tıbbî bilgisini gerektiği gibi uygulayamayacağına karar verdiğinde 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 düşmeceğini hastaya veya yakınlarına anlatır ve onları tıbbî yardımla ilgili başka olanaklar konusunda bilgilendirir. İkinci hekim bulunmadan hekim hastasını bırakamaz. Hekim, tedaviyi üstlenen meslektaşına hasta hakkındaki tüm bilgileri aktarmakla yükümlüdür.
- [15] Tandoğan, Borçlar, s. 387; Yavuz/Acar/Özen, s. 614; Ayan, s. 57; Özgül, s. 72.
- [16] Petek, Hasan: "Tıbbî Müdâhalelerden Kaynaklanan Uyuşmazlıklarda Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun'un Uygulanması", DEÜHFD, 2013, C. 15, Özel Sayı, s. 973-981.
- [17] Petek, Hasan: "Tıbbî Müdâhalelerden Kaynaklanan Uyuşmazlıklarda Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun'un Uygulanması", Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 2013, C. 15, Özel Sayı, s. 981-984; Özgül, s. 68-69.

sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun 28 Mayıs 2014 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Böylece, vekâlet sözleşmesi niteliği taşıyan tedavi sözleşmesinin, aynı zamanda “tüketici işlemi”^[18] kapsamında değerlendirilmesi ile hekimin “sağlayıcı”,^[19] hastanın “tüketici”^[20] sayılması gerektiği hususlarında herhangi bir tereddüt kalmamıştır.

2. Sözleşmeye Aykırı Davranış

Sözleşmeden kaynaklanan sorumluluğun şartlarından bir diğeri de, sözleşmeye aykırı bir davranışın bulunmasıdır. Hekimin diğer tıbbî müdâhalelerde olduğu gibi geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntemleri uygularken de sözleşmeye aykırı davranışı, hastanın vücut bütünlüğü, sağlığı, yaşamı gibi kişilik değerlerine yönelik zarar verici müdâhale sayıldığından, aynı zamanda hukuka aykırıdır.^[21] Sözleşmeye aykırılık hükümlerine başvuran hasta, Türk Borçlar Kanunu’nun 112. maddesi ve devamı hükümlerine göre hekimin kusurunu ispatlamak zorunda değildir. Ancak hasta, sözleşmenin varlığını, hekimin sözleşmeden kaynaklanan yükümlülüklerinden en az birini ihlâl ettiğini, zararının meydana geldiğini ve ihlâl neden olan fiil ile zarar arasında nedensellik bağı bulunduğunu ispatlamalıdır. Bu yükümlülüklerden en çok ihlâl edilen ve yargılamaya konu olanlar, teşhis koyma ve en uygun tedaviyi uygulamaya yükümlülüğü, aydınlatma yükümlülüğü, sadakat ve özen yükümlülüğüdür. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği Ek-3’te yöntemlerin uygulanabileceği durumlar ve uygulanamayacağı durumlar belirtilmektedir. Bu doğrultuda, örneğin apiterapi yöntemi-

[18] “Tüketici işlemi: Mal veya hizmet piyasalarında kamu tüzel kişileri de dâhil olmak üzere ticarî veya meslekî amaçlarla hareket eden veya onun adına ya da hesabına hareket eden gerçek veya tüzel kişiler ile tüketiciler arasında kurulan, eser, taşıma, simsarlık, sigorta, vekâlet, bankacılık ve benzeri sözleşmeler de dâhil olmak üzere her türlü sözleşme ve hukukî işlemi ifade eder.” (m. 3/1-l). Bununla birlikte öğretilde, Kanun’da sözü geçen “işlem” teriminin tek taraflı işlemleri de kapsadığı, iki taraflılığı ifade eden “tüketici sözleşmesi” kavramının kullanılmasının daha isabetli olacağı belirtilmektedir (Baykan, Renan: Tüketicinin Korunması Hakkında Kanunun Eksik ve Aksak Yönleri İle Tadiline İlişkin Çözüm Önerileri, İstanbul 2008, s. 21; Petek, Tüketicinin Korunması, s. 982, dn. 22).

[19] “Sağlayıcı: Kamu tüzel kişileri de dâhil olmak üzere ticarî veya meslekî amaçlarla tüketiciye hizmet sunan ya da hizmet sunanın adına ya da hesabına hareket eden gerçek veya tüzel kişiyi ifade eder.” (m. 3/1-i).

[20] “Tüketici: Ticarî veya meslekî olmayan amaçlarla hareket eden gerçek veya tüzel kişiyi ifade eder.” (m. 3/1- k).

[21] Ayan, s. 117; Yavuz İpekyüz, s. 130; Özgül, s. 151.

nin solunum yetmezliği olan hastalarda uygulanması, teşhis koyma ve en uygun tedaviyi uygulama yükümlülüğüne aykırılık teşkil eder.^[22] Uygulayıcı, en doğru teşhisi koymak ve hastaya en uygun olan tedaviyi uygulamak zorundadır. Aydınlatma yükümlülüğü de, tedavi öncesini, tedavi sürecini ve tedavi sonrasını kapsayan en önemli yükümlülüklerden biridir. Hastanın, nasıl tedavi edileceğine, tedavinin ne kadar süreceğine, hastalığa ilişkin alternatif tedavilerin bulunduğu, tedavi sonrasında yaşayabileceği riskler ve yan etkilere ilişkin aydınlatılması ve tedaviye ilişkin aydınlatılmış rızasının alınması^[23] oldukça önemlidir. Örneğin, bel ağrısı, diş ağrısı veya migrende, akupunkturun destekleyici olarak uygulanabileceğine veya spor yaralanmalarında, mezoterapi veya proloterapi yöntemlerinin destekleyici olarak uygulanabileceğine dair hastanın bilgilendirilmemesi eksik aydınlatıldığı anlamına gelir.^[24] Böylece aydınlatma yükümlülüğü ihlâl edilmiş sayılabilir. Bunlarla birlikte, aydınlatma yükümlülüğünün bazı durumlarda ortadan kalktığını, bazı durumlarda ise kapsamının genişlediğini veya daraldığını söyleyebiliriz. Örneğin, kanser tedavisinde kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileri olan bulantı, kusma, ağrı ve anksiyeteyi azaltmak için akupunktur, homeopati veya refleksoloji yöntemlerinin uygulanmasında, ölümü bekleyen bir hastanın bu yöntemlere ilişkin aydınlatılması bu şartlarda bir anlam ifade etmeyecektir. Böyle bir durumda aydınlatma yükümlülüğünün ortadan kalktığı kabul edilebilir.^[25] Aydınlatma yükümlülüğünün tamamen kalkmadığı ancak kapsamının daraldığı durumlar da olabilir. Acil durumlarda, geniş kapsamlı şekilde aydınlatılmak için ne hastanın ne de bu şekilde aydınlatmak için uygulayıcının vakti vardır. Örneğin, acil tıpta kaygının giderilmesi ve tedaviye uyumun artırılması için hipnoz yönteminin uygulanmasında aydınlatma daha kısa yapı-

[22] Erol (Sarıyev), Ayşe: Alternatif Tıbbi Yöntemlerden Kaynaklanan Hukukî Sorumluluk, Ankara 2015, s. 94.

[23] Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'nin 10. maddesinin 5. fıkrası: "Uygulamalar için 1/8/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğine uygun "Bilgilendirme ve Rıza Formu" hazırlanır ve uygulama yapılacak tüm hastalardan rıza alınır." Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'nin 8. maddesinin 4. fıkrası: "Uygulamalar hastalığın standart tedavisinin yerine geçecek ve devam eden tedaviyi aksatacak şekilde yapılamaz. Bu husus bireylere açık bir şekilde anlatılır ve onaylanmış rıza formunda belirtilir."

[24] Erol (Sarıyev), s. 100.

[25] Ayan, s. 79-81; Polat, Oğuz: Tıbbi Uygulama Hataları Klinik-Sosyal-Hukuksal-Etik Boyutları, Ankara 2005, s. 95; Hakeri, Tıp Hukuku, s. 337-342; Petek, Sağlık, s. 68-69.

labilir.^[26] Buna karşılık, aciliyet durumundan uzaklaşıldıkça aydınlatma yükümlülüğünün kapsamı da genişler. Örneğin, bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi için hipnoz ya da homeopati yöntemlerinin uygulanmasında olduğu gibi, benzeri durumlarda geniş kapsamlı aydınlatma için yeterince vakit bulunmaktadır.^[27] Bunlarla birlikte, sadakat ve özen yükümlülüğü ihlâl edildiğinde ise diğer yükümlülüklerin ihlâl edilip edilmediğine bakılmaz. Sadakat ve özen yükümlülüğünün diğer yükümlülükleri de kapsadığı kabul edilmektedir. Uygulayıcı, tedaviyi, orta seviyede makul ve dikkatli bir hekimden beklenen özen ve titizlikle yürütmekle yükümlüdür. Hastayı iyileştirmek zorunda değildir; ancak iyileştirmek için elinden gelen her şeyi yapmak zorundadır.

Sülük uygulamasında kontrol altında sülük işletmelerinde üretilen sülüklerin kullanılmaması, kayropratik yönteminin uygulanması sırasında müdâhale veya anestezi gerekiyorsa, bu uygulamaların uygulama merkezinde yapılmaması, proloterapi veya mezoterapi yöntemlerinde hatalı enjeksiyon yapılması veya yanlış ilaç enjekte edilmesi, sadakat ve özen yükümlülüğünün ihlâline ilişkin örnek durumlardır.^[28]

Uygulayıcının sözleşmeden kaynaklanan diğer yükümlülükleri, sır saklama yükümlülüğü, kayıt tutma yükümlülüğü, hesap verme yükümlülüğü, tedaviyi üstlenmekten kaçınma yükümlülüğü, meslekî bilgi geliştirme yükümlülüğü olarak belirtilmektedir.^[29]

3. Kusur

Sözleşmeden kaynaklanan sorumluluğun söz konusu olabilmesi için uygulayıcının sözleşmeye aykırı davranışının yanında kusurlu da olması gerekir. Ancak burada hastanın, uygulayıcının kusurunu ispatlaması gerekmez. Uygulayıcı, kusursuzluğunu ispatlamalıdır; aksi halde kusurlu kabul edilir. Hekimin hukuksal ve meslekî sorumluluğunun temelini, tıbbî meslek kusurunun oluşturduğu, tıbbî müdahaleler sonucu zarar

[26] Erol (Sarıev), s. 99-100.

[27] Erol (Sarıev), s. 99-100.

[28] Erol (Sarıev), s. 112.

[29] Yavuz İpekyüz, s. 74-119; Savaş, Halide: “Özel Hastanelerin ve Doktorların Tıbbî Faaliyetlerden Doğan Hukukî Sorumluluklarının İrdelenmesi (Yargıtay 13. Hukuk Dairesi’nin 8.7.2005 Tarihli Kararı Çerçevesinde)”, İBD, 2007, C. 81, S. 3, s. 1010; Özgül, s. 84.

görenin açacağı tıbbî sorumluluk ve tazminat davasında tıbbî kusur olgusunun belirleyici bir öneme sahip olduğu ifade edilmektedir.^[30] Hukuka aykırı sonucu isteyen veya hukuka aykırı sonucu önlemek için gerekli iradeyi göstermeyen kimse kusurlu sayılır.^[31] Kusur, hukuk düzeni tarafından hoşgörülme, onaylanmayan davranış biçimi olarak tanımlanmaktadır.^[32] Kast veya ihmâl olmak üzere iki şekilde karşımıza çıkmaktadır.^[33] Hekimin sorumluluğunu gerektiren tıbbî müdahalelerde kasttan çok ihmâle rastlanmaktadır.^[34] Uygulayıcının, hukuka aykırı veya sözleşmeye aykırı davranması aynı zamanda kusurlu olduğunu göstermez. Kusurun belirlenmesinde, mevcut şartların yetersiz olup olmadığı da göz önüne alınmalıdır. Örneğin, hipnoz yöntemi-ne ilişkin sertifikası bulunan bir hekimin, normal şartlarda Yönetmeliğe göre hipnoz yöntemini doğum sırasında uygulama merkezinde uygulaması gerekmektedir. Ancak aynı hekimin, yolları kardan kapanmış bir köyde doğum yaptırmak zorunda olması sebebiyle hipnoz yöntemini uygulaması, hukuka aykırı veya sözleşmeye aykırı bir davranış olsa dahi kusurlu bir davranış sayılmayabilir. Kusurun derecesinin belirlenmesi tazminat miktarının tespitinde rol oynar. Türk Borçlar Kanunu'nun 51. maddesine göre, hâkim, tazminatın kapsamını ve ödenme biçimini, durumun gereğini ve özellikle kusurun ağırlığını göz önüne alarak belirler.

[30] Demir, Mehmet: Tıbbî Organizasyon Kusuru Açısından Hastanelerin Hukuksal Sorumluluğu, 1. Bası, Ankara 2010, s. 39,40.

[31] Tekinay, Selahattin Sulhi/Akman, Sermet/Burcuoğlu, Haluk/Altıp, Atilla: Borçlar Hukuku Genel Hükümler, 7. Bası, İstanbul 1993, s. 492 vd.; Oğuzman, M. Kemal/Öz, M. Turgut: Borçlar Hukuku Genel Hükümler, C. 2, 10. Bası, İstanbul 2013, s. 53; Eren, Fikret: Borçlar Hukuku Genel Hükümler, 16. Bası, Ankara 2014, s. 569-570; Petek, Hasan: İlaç Üreticisinin Hukukî Sorumluluğu, Ankara 2009, s. 79.

[32] Oğuzman/Öz, s. 14; Eren, Borçlar, s. 569; Ayan, s. 100; Kılıçoğlu, Ahmet: Borçlar Hukuku Genel Hükümler, 17. Bası, Ankara 2013, s. 307; Antalya, Gökhan: Borçlar Hukuku Genel Hükümler, C. 1, 2. Bası, İstanbul 2013, s. 422.

[33] 13.HD., 14.03.1983, 1982/7237, 1983/1783: "Kusur sorumluluğun subjektif şartıdır. BK. kusuru kast ve ihmâl olmak üzere ikiye ayırmıştır.(eBK.m.41) İhmâlde; hukuka aykırı bir sonucu meydana gelmesi, bir kimsenin gereken dikkati sarfetmemesi veya tedbiri almaması yüzünden vuku bulmuştur. İhmâlinde hafif veya ağır olmak üzere iki derecesi vardır. Anlayışlı, normal ve dikkatli her insanın aynı durum ve şartlar altında apaçık bulacağı en ilkel dikkat ve tedbirleri ve özen görevinin yerine getirilmemesi durumunda ihmâl ağırdır. Bu ayırım özellikle tazminatın kapsamı ve türünü tayin ederken önem kazanır. Şu yönü önemle vurgulamakta yarar vardır; doktorun meslek alanı içinde olan bütün kusurları hafif de olsa sorumluluğun unsuru olarak kabul edilmelidir." (KHYK- J).

[34] Ayan, s. 102; Yavuz İpekyüz, s. 132; Özgül, s. 153.

Hekimin kusurunun bulunup bulunmadığının veya kusurunun derecesinin tespiti genellikle özel ve teknik bilgiyi gerektirdiğinden, bunun için bilirkişi incelemesine ihtiyaç duyulmaktadır.

4. Zarar

Bir geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntemin uygulanması ile kişinin ölümü veya yaralanması (vücut bütünlüğünün ve sağlığının ihlâl edilmesi^[35]) neticesinde ortaya çıkan zararın, şahısvarlığı zararı^[36] olduğu kabul edilebilir. Şahısvarlığı zararı, maddî veya manevî zarar şeklinde gerçekleşmektedir. Sorumluluk hukukuna göre maddî zarar, saldırıya uğrayan kişinin malvarlığının fiilen azalması (fiili zarar) veya artması gerekirken artmaması (yoksun kalınan kâr) şeklinde ortaya çıkabilir.^[37] Manevî zarar, kişinin ruh dünyasında yaşadığı üzüntü sebebiyle manevî varlığının sarsılmasıdır. Belirtilen zararlar kişinin doğrudan veya dolaylı zararları olabilir. Henüz tıbbî standart haline gelmemiş bir geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntemin uygulanması, tıbbî standart haline gelmiş bir yöntemin hatalı şekilde uygulanması, kişinin yöntemin tüm riskleri hakkında kapsamlı şekilde aydınlatılarak rızası alınmadan veya ehliyetli olmayan bir kişi tarafından uygulanması (sadece sertifikalı hekim tarafından uygulanabileceği belirtilen “apiterapi” (Ek-3/2) ve “larva uygulaması”nın (Ek-3/9) diğer sağlık personeli tarafından uygulanması) hâlinde bir zarar meydana gelebilir. Bu durumda, kişide meydana gelen doğrudan^[38] ve dolaylı^[39] tüm zararlar, belirtilen hukuka aykırı fiil ile zarar arasında nedensellik bağı bulunması hâlinde talep edilebilir.

[35] Fiziksel ve ruhsal varlığa verilen zarar, beden bütünlüğü zararı olarak da adlandırılmaktadır (Oğuzman/Öz, s. 92)

[36] Şahısvarlığı zararı, kişinin maddî veya maddî nitelikte olmayan kişisel varlıklarının zara uğramasıdır (Kılıçoğlu, s. 294).

[37] Oğuzman/Öz, s. 40; Eren, Borçlar, s. 526; Akipek, Jale/Akıntürk, Turgut/Ateş Karaman, Derya: Türk Medenî Hukuku: Başlangıç Hükümleri: Kişiler Hukuku, C. 1, 10. Bası, İstanbul 2013, s. 406; Ayan, s. 110; Yavuz İpekyüz, s. 136; Petek, Sağlık, s. 96; Özgül, s. 159.

[38] Hatalı tıbbî müdâhale neticesinde kişinin ödemek durumunda kaldığı tedavi giderleri sebebiyle uğradığı maddî zararı ile yeniden ameliyat olmasından dolayı yaşadığı acı ve sıkıntı sebebiyle uğradığı manevî zararı doğrudan zararını oluşturmaktadır (Kılıçoğlu, s. 296).

[39] Hatalı tıbbî müdâhale neticesinde kişinin önemli bir iş görüşmesini kaçırmaya ya da kazandığı ihaleye ilişkin sözleşmeyi imzalamaması sebebiyle sözleşmeden beklediği kazancı kaybetmesi dolaylı zararını oluşturur (Kılıçoğlu, s. 296).

Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntemi uygulayan kişi, zarar gören kişinin ciddî bir rahatsızlığı olduğunu ve yöntem uygulanmasaydı da zaten öleceğini ya da zarara uğrayacağını ileri sürerek sorumluluktan kurtulamamalıdır. Henüz meydana gelmemiş, ancak ileride meydana gelmesi kesin ve para ile ölçülebilecek bir zarar söz konusu olduğunda da, tazmin borcu doğabilir.^[40] Cildindeki lekeler sebebiyle yüzünde mezoterapi yönteminin uygulanmasına izin veren bir sinema oyuncusu, bu tedavi neticesinde maddî-manevî zarara uğrayabilir. Sinema oyuncusunun cildine uygulanması gerekenden fazla dozda veya yanlış ilaç enjekte edilmiş veya hatalı enjeksiyon yapılmış olabilir. Böylece azalması beklenen cilt lekeleri önemli oranda artmış olabilir. Bu durumda sinema oyuncusu ancak estetik ameliyat yaptırarak eski görünümüne dönebildiyse, maddî ve manevî zararının söz konusu olduğu söylenebilir. Zira bir sinema oyuncusu için yüz güzelliği oldukça önemlidir. Sinema oyuncusu, hatalı tedavi için ve ayrıca estetik ameliyat için yüksek bir ücret ödemek zorunda kaldığını, tedaviye yardımcı olması için birçok ilaç satın aldığını ve defalarca taksi ile hastaneye gidip geldiğini ileri sürerek maddî zararını talep edebilir ve masraflarının faturalarını ibraz ederek maddî zararını ispat edebilir. Bununla birlikte, sinema oyuncusu hatalı tedavi sebebiyle, aylarca mesleğini yapamadığını, evden dışarı çıkamadığını, insanların yüzüne dahi bakamadığını ileri sürerek manevî zararını da talep edebilir. Bu durum sebebiyle acı ve üzüntü çektiğini, manevî yönden yıprandığını, psikolojisinin bozulduğunu tanık beyanı gibi her türlü delille ispatlayabilir.

5. Nedensellik Bağı (Uygun İlliyet Bağı)

Sorumluluğun şartlarından bir diğeri de, zarar ile hukuka aykırı ve kusurlu müdahale arasında nedensellik bağının bulunmasıdır.^[41] Başka bir deyişle, hekimin veya uygulayıcının özen yükümlülüğüne aykırı icraî veya ihmâlî davranışı ile hastanın yaralanması veya ölümü arasında bir

[40] Hekim hatası sonucu özürlü doğan çocuğun ileride iş ve sosyal hayatında yaşayacağı güçlükler sebebiyle uğrayacağı zararının tazmini talep edilebilir (Hakeri, Hakan: Tıp Hukuku El Kitabı, 6. Bası, 2013, s. 291).

[41] Eren, Borçlar, s. 536; Akipek/Akıntürk/Ateş Karaman, s. 407; Ayan, s. 110-111; Antalya, s. 526; Yavuz İpekyüz, s. 137. Nedensellik bağı, işlenen fiil ile meydana gelen zarar arasında, olayların akışına ve genel hayat tecrübelerine göre insan mantığının kavrayabileceği sebep-sonuç ilişkisi olarak ifade edilmektedir (Oğuzman/Öz, s. 44-45; Eren, Borçlar, s. 541; Petek, İlaç Üreticisi, s. 256).

neden-sonuç ilişkisi kurulabilmelidir.^[42] Bir geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntemin, sözleşmeyle yüklenen borçlara aykırı olarak veya tıp bilimin verilerine uyulmaksızın, ehliyetli olmayan bir kimse tarafından, aydınlatma yükümlülüğü yerine getirilmeksizin ve tıbbî veya psikolojik endikasyon olmaksızın uygulanması sebebiyle istenmeyen zararlı sonuç meydana gelmiş olmalıdır. Nedensellik bağı öğretide genellikle, ortak illiyet,^[43] yarışan illiyet^[44] ve seçimlik illiyet^[45] olarak sınıflandırılmaktadır.^[46] Sözleşmeye veya hukuka aykırı fiil, normal hayat tecrübelerine göre zararı doğurmaya elverişli değilse, yani “nedensellik bağı” kurulamıyorsa^[47] ya da “nedensellik bağı kesilmişse” hekimin veya diğer sağlık personelinin sorumluluğu doğmaz. Nedensellik bağının kesilmesine yol açan sebepler, mücbir sebep, üçüncü kişinin ağır kusuru ve zarar görenin ağır kusuru olarak kabul edilmektedir.^[48]

[42] Hakeri, Tıp Hukuku, s. 630.

[43] Zararlı sonucun ancak iki ya da daha fazla sebebin birleşmesiyle meydana gelebileceği söylenebiliyorsa, ortak illiyetin bulunduğu kabul edilir (Tandoğan, Haluk: Türk Mes’uliyet Hukuku: (akit dışı ve akdi mes’uliyet), İstanbul 2010, s. 83; Tekinay/Akman/Burcuoğlu/Altóp, s. 569; Oğuzman/Öz, s. 51; Eren, Borçlar, s. 546; Kılıçoğlu, s. 305; Petek, Sağlık, s. 97).

[44] Zararlı sonucun meydana gelmesinde her bir sebebin tek başına yeterli olduğu söylenebiliyorsa, yarışan illiyetin bulunduğu kabul edilir (Tandoğan, Mesuliyet, s. 84; Tekinay/Akman/Burcuoğlu/Altóp, s. 570; Oğuzman/Öz, s. 51; Eren, Borçlar, s. 548; Kılıçoğlu, s. 305; Petek, Sağlık, s. 97).

[45] Zararlı sonucun zararı doğurmaya elverişli birden fazla fiilden biri sebebiyle meydana geldiği kesin olarak bilinmekle birlikte, hangisinin meydana getirdiği bilinmiyorsa, seçimlik (alternatif) illiyetin bulunduğu kabul edilir (Tandoğan, Mesuliyet, s. 85; Tekinay/Akman/Burcuoğlu/Altóp, s. 570; Oğuzman/Öz, s. 51; Eren, Borçlar, s. 549-550; Petek, Sağlık, s. 97).

[46] Örnekler için bkz. Erol (Sarıyev), s. 125-126.

[47] 13.HD., 4.3.1994, 8557/2138: “...maddi tazminat yönünden; davalıların meslekî özen ve ihtimama ilişkin yükümlülüklerini ifa sırasında gösterdikleri az yukarıda açıklanan eksik eylemleri ile zararlı sonuç (bebeğin ölümü) arasında uygun illiyet bağının var olup olmadığı, eylemin niteliği itibarıyla olayların doğal ve alışılmış (mutat) akışına, hayat deneyimlerine ve objektif ihtimallere göre, meydana gelmiş zarar türünden bir zararı doğurmaya elverişli olup olmadığı öncelikle saptanmalıdır.” (KHYK-J). 13.HD., 9.3.2002, 1376/3840: “Hükme esas alınan Yüksek Sağlık Şurası rapor ve ek raporunda ibraz edilen deliller tek tek ele alınıp irdelenmemiş, davacıya 25.3.1998 gününde davalı hastanede yapılan anjiyografi sırasında, davacının hastane mikrobiyoloji kapı kapmadığı ve bunun sonucunda ayağının kesilip kesilmediği, yapılan anjiyografi eylemi ile meydana gelen zarar arasında illiyet bağı bulunup bulunmadığı açıkça ortaya konulup tartışılmamıştır.” (KHYK-J).

[48] Ayan, s. 111; Antalya, s. 536 vd.; Yavuz İpekyüz, s. 139; Özgül, s. 161.

B. HAKSIZ FİİLDEN KAYNAKLANAN SORUMLULUK

1. Genel Olarak

Hekim, hasta ile aralarında sözleşme ilişkisi bulunmayan veya sözleşmenin imkânsızlık, hukuka veya ahlâka aykırılık sebebiyle geçersiz olduğu hallerde hastaya uyguladığı tıbbî müdâhale esnasında bir zarara sebebiyet vermiş olabilir. Bu durumda, tıbbî müdâhale esnasında zarara sebep olan hekim, vekâletsiz iş görmenin şartları da yoksa kusur sorumluluğu esasına dayanan Türk Borçlar Kanunu'nun 49. maddesi gereğince haksız fiil hükümlerine göre sorumlu tutulabilir.^[49] Hekim ile hasta arasında geçerli bir sözleşme bulunmasına rağmen, ameliyat sonunda hasta ölmüşse, hekim ile hasta yakınları arasında bir sözleşme bulunmadığından, hasta yakınlarının tazminat talepleri de haksız fiil sorumluluğuna dayanabilir.^[50] Haksız fiil sorumluluğunun söz konusu olabilmesi için, her şeyden önce haksız fiili işleyen ayırt etme gücüne sahip olması gerekir. Türk Borçlar Kanunu'nun 49. maddesine göre, kusurlu ve hukuka aykırı bir fiille başkasına zarar veren bu zararı gidermekle yükümlüdür. Kanun'un 50. maddesine göre de zarar gören, zararını ve zarar verenin kusurunu ispat yükü altındadır. Bu sebeple, haksız fiil sorumluluğuna dayanarak dava açan hasta, hukuka aykırılık, kusur, zarar ve nedensellik bağını ispatlamak zorundadır. Ancak bazı durumlarda hekimin tıbbî müdâhaledeki kusurunun, özensizliğinin ve zarar ile fiil arasındaki nedensellik bağının ispatı bu konularda yeterince bilgisi olmayan hasta için zor olabilir. Bu durumda, somut olay bakımından normal hayat tecrübelerine göre olmaması gereken durumun varlığının (emarelere dayalı kesin bir ihtimalin) ispatlanması (ilk görüş-nüş ispatı) ile nedensellik bağının ispatlanmış sayılması gerektiği kabul edilebilir. Hekimin müdâhalesinin tıp biliminin verilerine ya da somut vakiya uygun olup olmadığının, kusurunun ve özensizliğinin tespiti çoğu durumda teknik bilgiyi gerektirir. Bu sebeple, insanlar üzerindeki tıbbî müdâhalelerde sorumluluğun doğup doğmadığının belirlenmesi açısından genellikle bilirkişi incelemesine ihtiyaç duyulmaktadır.^[51]

[49] Kaneti, s. 630; Ayan, s. 61; Polat, Oğuz: Klinik Adli Tıp: Adli Tıp Uygulamaları, 6. Bası, Ankara 2013, s. 470; Özgül, s. 88.

[50] Petek, Sağlık, s. 99.

[51] Bkz. 13. HD., 8.2.2001, 380/1303 (KHYK-J).

2. Sorumluluğun Şartları

Haksız fiil sorumluluğuna dayanarak dava açan hasta, hukuka aykırılık, kusur, zarar ve nedensellik bağıını ispatlamak zorundadır. Hekimin kusursuzluğunu ispat etmedikçe kusurlu sayılacağı hususu dışında, yukarıda sözleşmeden kaynaklanan sorumluluk başlığı altında ele alınan kusur, zarar ve nedensellik bağıına ilişkin yapılan tüm açıklamalar haksız fiil sorumluluğu için de aynen geçerlidir. Bu sebeple bu başlık altında, hukuka uygunluk sebepleri ile birlikte, haksız fiil sorumluluğun şartlarından biri olan hukuka aykırılık unsuru incelenmiştir.

Hukuka aykırılık, haksız fiil ilişkisinde hukuk normunun ihlâlini ifade eder.^[52] Hukuka aykırı fiil, hukukun koruduğu değerlerin ihlâl edilmesi suretiyle hukukun koyduğu kurala uymayan fiildir.^[53] Buna karşılık, Türk Borçlar Kanunu'nun 63. maddesi ve Türk Medenî Kanunu'nun 24. maddesi hükümleri kapsamında yer verilen özel hukuka uygunluk sebepleri olarak kabul edilen rıza, daha üstün nitelikli özel veya kamusal yarar ve kanunun verdiği yetkinin varlığı halinde ise, müdâhale hukuka aykırı sayılmaz. Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntemler de dâhil olmak üzere her türlü tıbbî müdâhalenin hukuka aykırılığını ortadan kaldıran haller, özel hukuka uygunluk sebepleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Özel hukuka uygunluk sebeplerinden rızanın, her türlü müdâhaleyi hukuka uygun hale getirmeyeceği, müdâhalenin tıbbin kurallarına ve bilimsel yöntemlere uygun yapılması gerektiği ileri sürülmektedir.^[54] Dolayısıyla ancak bu durumda verilen rıza hukuka ve ahlâka uygun olabilir. Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntem uygulanan kişi, yöntemin riskleri hakkında bilgi sahibi olsa da, kendisine zarar verilmesi konusunda rıza göstermiş sayılamaz. Rızanın ancak üzerinde tasarrufta bulunulabilecek konularda geçerli olduğu, kişiliğe (vücut bütünlüğüne, sağlığa, yaşam hakkına) zarar verilmesine ilişkin rızanın Türk Borçlar Kanunu'nun 27. maddesine aykırılık teşkil edeceği kabul edilmektedir.^[55] Böyle bir durumda rıza sadece Türk Borçlar Kanunu'nun 52. maddesi gereğince tazminattan indirim

[52] Ayan, s. 167.

[53] Eren, Borçlar; s. 586-587; Antalya, s. 431; Durdu, Hüseyin: Sağlık Mesleğinde Hukukî Sorumluluk, Adalet Yayınevi, İzmir 1986, s. 12-13; Özgül, s. 150.

[54] Kılıçoğlu, s. 287.

[55] Eren, Borçlar, s. 604; Petek, İlaç Üreticisi, s. 76.

sebebi teşkil edebilir.^[56] Bununla birlikte, üstün nitelikte özel yarar sebebiyle müdâhalenin hukuka aykırı sayılmaması da, tıbbî zorunluluk sebebiyle rıza alınmaksızın acil müdâhale gerektiren durumlarda karışımıza çıkmaktadır. Klasik tıbbî yöntemlerden fayda gelmeyeceğinin ve geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntemin de zarar vermeyeceğinin, hastayı kurtaracağının bilinmesi hâlinde, geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntemin hastanın hayatının kurtarılması ve sağlığına kavuşturulması için rıza alınmadan uygulanması söz konusu olabilir. Böyle bir durumda müdahale, hastanın üstün nitelikte özel yararı sebebiyle hukuka uygun sayılabilir.^[57] Tıbbî müdâhaleyi hukuka uygun hale getiren üstün kamu yararı ile kanunun verdiği yetkinin kullanılması hallerine de, salgın hastalıklarda aşı faaliyetinin uygulanması örnek verilmektedir.^[58] Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'ne göre, bağışıklık sisteminin güçlendirilmesinde uygulanması mümkün olan “homeopati” (Ek-3/6) veya genel iyilik halinin oluşması ve sürdürülebilmesi için uygulanması mümkün olan “akupunktur” (Ek-3/1) gibi bazı yöntemlerin de, üstün kamu yararı ile kanunun verdiği yetkinin kullanılması doğrultusunda salgın hastalık hâlinde uygulanmaları düşünülebilir. Belirtilen hukuka uygunluk sebepleri bulunmayan hallerde, hekimin tıp biliminin verilerine ve hukukî düzenlemelere aykırı olarak hastanın yaşam hakkına, bedensel bütünlüğüne yönelik müdâhaleleri hukuka aykırı sayılır. Bu sebeple, hastanın durumuna göre tıbbî özenin gösterilmesi ile hastanın yaşamının, sağlığının korunması hekimin öncelikli ödevi olmalıdır.

Haksız fiilden kaynaklanan sorumluluk, genellikle taraflar arasında sözleşme bulunmayan durumlarda söz konusu olur. Ancak sözleşme bulunan hallerde de koşullar sağlanmışsa gündeme gelebilir. Haksız fiilden kaynaklanan sorumluluğun doğması için, öncelikle uygulayıcının hukuka aykırı bir davranışının bulunması gerekir. Başka bir deyişle, uygulayıcı bir kanunda ya da yönetmelikte yer alan bir hukuk normunu ihlâl etmiş olmalıdır. Yöntemin resmî ehliyetli bir kimse tarafından uygulanmaması, tıp bilimi verilerine aykırı şekilde uygulanması, tıbbî

[56] Dural, Mustafa/Öğüz, Tufan: Kişiler Hukuku, C. 2, 14. Bası, İstanbul 2013, s. 149; Oğuzman/Öz, s. 22 vd., 120; Eren, Borçlar, s. 603; Özgül, s.170.

[57] Akipek/Akıntürk/Ateş Karaman, s. 402; Kılıçoğlu, s. 288.

[58] Oğuzman/Öz, s. 33; Akipek/Akıntürk/Ateş Karaman, s. 402; Özgül, s. 171.

zorunluluk olmaksızın uygulanması veya aydınlatılmış rıza olmaksızın uygulanması genel hukuka aykırılık sebepleridir. Zira belirtilenlerin aksi yönde davranma yükümlülükleri hukukî düzenlemelerle hüküm altına alınmıştır. Bunlarla birlikte uygulayıcı, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'ndeki hükümlerden birine aykırı davrandığı takdirde de, hukuka aykırı davranmış olur. Örneğin, sülüğün sterilize edilip yıkanmadan uygulanması, gebelik ve emzirme döneminde uygulanması, akupunkturun gebeliğin ilk üç ayında alt karın bölgesine uygulanması, larva uygulamasının baş bölgesine, iç organlara veya endokrin bezlere uygulanması, mezoterapinin böbrek yetmezliği, kalp yetmezliği olanlarda veya hamilelerde uygulanması, ozon uygulamasında hastanın kanı yerine başka bir hastanın kanının ozon-oksijen karışımı ile karıştırılarak hastaya verilmesi, ozonun gaz formunda damar içine enjeksiyonu, apiterapinin arı zehri veya arı ürünlerine karşı alerjisi olup olmadığı kontrol edilmeden hastaya uygulanması, arı zehrinin 18 yaş altı çocuklarda ve diğer arı ürünlerinin de 1 yaş altı çocuklarda uygulanması, hipnozun şizofreni, psikopatik durumlar, demans veya intihar eğilimi olan klinik depresif kişilerde (psikiyatri uzmanı hariç) uygulanması, hipnozun alkol bağımlılığı ve depresyon tedavilerinde psikiyatri uzmanı olmayan hekim tarafından uygulanması, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'ne göre yapılmaması gereken davranışlardır. Uygulayıcı, Yönetmeliğe aykırı davrandığı takdirde hukuka aykırılık koşulu gerçekleşmiş olur. Taraflar arasında sözleşme bulunan hallerde, aynı zamanda sözleşmeye aykırılık koşulu da gerçekleşmiş sayılabilir. Bunların dışında, kusur, zarar ve illiyet bağı da sorumluluğun doğması için gerekli olan diğer koşullardır. Yukarıda sözleşmeden kaynaklanan sorumluluk başlığı altında kusur, zarar ve illiyet bağına ilişkin yapılan açıklamalar burada da geçerlidir. Sadece kusur koşulu için bir farklılık söz konusudur. Sözleşmeden kaynaklanan sorumlulukta olduğu gibi, burada uygulayıcı kusursuzluğunu ispatlamak zorunda değildir; hasta, uygulayıcının kusurunu ispatlamakla yükümlüdür.

C. VEKÂLETSİZ İŞ GÖRMEDEN KAYNAKLANAN SORUMLULUK

1. Genel Olarak

Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntemi uygulayan hekim ile hasta arasında sözleşme ilişkisi bulunmayan hallerde söz konusu olan bir başka sorumluluk türü, hastanın iradesine dayanmaksızın hastanın yararına yapılan tıbbî müdâhalelerde de söz konusu olabilen vekâletsiz iş görme sorumluluğudur.^[59] Bazı durumlarda, hekimin vekâleti olmaksızın hastanın hayatını kurtarmak veya ağır zarara uğramasını engellemek için vekâletsiz iş görme hükümleri çerçevesinde müdâhalede bulunması mümkündür.^[60] Bu durumlar, deprem, trafik kazası gibi sözleşme yapılması imkânı bulunmayan, hastanın izninin alınamadığı veya hayatî tehlike sebebiyle ameliyatın genişletilmesinin zorunlu olduğu durumlar olabilir. Söz konusu hallerde, hukuka aykırı davranış, kusur, zarar ve illiyet bağı koşulları da gerçekleştiği takdirde uygulayıcı vekâletsiz iş görme hükümleri kapsamında sorumlu tutulabilir.

2. Sorumluluğun Şartları

Vekâletsiz iş görme hükümlerine göre sorumluluğun doğması için, hukuka aykırı fiil, kusur, zarar ve illiyet bağı şartlarının yanında sözleşme yapılmamasını haklı kılan bir sebebin varlığı da gerekir. Yukarıda ifade edildiği gibi burada da, uygulayıcının kusurunu hasta ispatlamalıdır. Bunun dışında yukarıda kusur, zarar ve illiyet bağına ilişkin söylenenler burada da geçerlidir. Türk Borçlar Kanunu'nun 526. maddesine göre vekâleti olmadan başkası hesabına iş gören kimse, o işi sahibinin menfaatine ve varsayılan iradesine uygun olarak yapmakla yükümlüdür. Hekimin iş görme edimi, kendi yararına olduğu takdirde hukuka aykırı (gerçek olmayan/eksik) vekâletsiz iş görme olarak; iş sahibinin yararına ise hukuka uygun (gerçek/tam) vekâletsiz iş görme olarak nitelendirilmektedir.^[61] Hukuka aykırı vekâletsiz iş görmenin, haksız eylem niteliği taşıdığı; bu sebeple, hukukî sorumlulukta haksız fiillere ilişkin kural-

[59] Ayan, s. 60; Özkan/Akyıldız, s. 298; Petek, Sağlık, s. 88; Özgül, s. 91.

[60] Petek, Sağlık, s. 88.

[61] Özdemir, H. Gökçe: Roma ve Türk Hukuklarında Vekâletsiz İş Görme, Seçkin Yayınevi, Ankara 2001, s. 93; Ayrıntılı bilgi için bkz. Demir, Hastane, s. 197 vd.

lara da başvurulabileceği kabul edilmektedir.^[62] Bununla birlikte, Türk Borçlar Kanunu'nun 528. maddesinde düzenlenen vekâletsiz iş görme hükümleri kapsamında müdâhalede bulunan sözleşme ehliyeti olmayan hekime haksız fiil sorumluluğuna kıyasen daha sınırlı bir sorumluluk yüklendiği görülmektedir. Burada hekim, yaptığı tedaviden ancak zenginleştiği ölçüde veya iyiniyetli olmaksızın elden çıkardığı zenginleşme miktarıyla sorumludur. Buna karşılık, Türk Borçlar Kanunu'nun 527. maddesinde ise, vekâletsiz iş görenin (hekimin) her türlü ihmalden sorumlu olacağı hüküm altına alınmıştır. İş görenin bu işi, iş sahibinin (hastanın) karşılaştığı zararı veya zarar tehlikesini gidermek üzere yapması durumunda sorumluluğunun daha hafif olacağına da madde metninde yer verilmektedir. Ancak tıbbî müdâhalelerde aciliyetin, aynı türdeki olaylarda gösterilmesi gerekli özenin hafifletilmesi için haklı bir sebep oluşturmayaacağı kabul edilmektedir.^[63] Bu sebeple madde hükmü eleştirilmektedir. Hekim, hastanın üzerinde belirli bir tedavi yönteminin uygulanmasına karşı olduğunu biliyorsa ya da somut olayın özelliklerine göre bilmesi gerekiyorsa, Türk Borçlar Kanunu'nun 527. maddesinin 2. fıkrası gereğince tüm zararlardan ve beklenmedik halden dâhi sorumlu olur. Hekimin sorumluluktan kurtulabilmesi için, müdâhalede bulunmamış olsaydı dâhi bu zararın beklenmedik hal sonucunda gerçekleşeceğini ispat etmesi gerekir (TBK.m.527/f.2).

III. SAĞLIK MESLEK MENSUPLARININ FİİLLERİ NEDE- NİYLE HEKİMLERİN HUKUKÎ SORUMLULUK SEBEP- LERİ

A. ADAM ÇALIŞTIRANIN SORUMLULUĞU

Kusursuz sorumluluk sebebi olan adam çalıştırmanın sorumluluğu da, geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntemi uygulayan hekim ile hasta arasında sözleşme bulunmayan hallerde söz konusu olabilir. Bunun için, Türk Borçlar Kanunu'nun 66. maddesi gereğince, hekimin yanında çalışan personelin hastaya, yakınına veya diğer bir üçüncü kişiye yönelik zarar verici bir fiili bulunmalıdır. Örneğin, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'ne aykırı olarak, kupa uygulamasının hemşire tarafından varisin üzerine uygulanması, sülük uygulamasının

[62] Demir, Hastane, s. 198.

[63] Ayan, s. 114; Petek, Sağlık, s. 98.

hemşire tarafından ciddi kansızlığı olana uygulanması veya ebe tarafından hamile kişiye uygulanması, hipnozun klinik psikolog tarafından şizofreni veya demans teşhisi konulmuş hastaya uygulanması, sadece sertifikalı tabip tarafından uygulanması gereken apiterapi veya larva uygulamasının diğer sağlık personeli tarafından uygulanması, osteopatinin ağız ve diş sağlığı teknikeri tarafından ileri kanama veya pıhtılaşma bozukluğu olan, total eklem protezi olan veya down sendromlu hastaya uygulanması, refleksolojinin hemşire tarafından ateşli durumlarda, kalp pili varlığında veya gebeliğin ilk üç ayında uygulanması, sağlık meslek mensuplarının hukuka aykırı davranışlarına örnek teşkil etmektedir. Bunlarla birlikte, hekim ile zarar veren yardımcı sağlık hizmetleri personeli arasında bir istidam, bağımlılık ilişkisi^[64] bulunmalı, zarar hizmetin ifası sırasında ve hizmetle ilgili olarak meydana gelmiş olmalıdır. Bir haksız fiil sorumluluğu olan adam çalıştırmanın sorumluluğunda da, haksız fiil sorumluluğunun kusur dışında^[65] diğer koşullarının gerçekleşmesi gerekir. Bu durumda adam çalıştırmanın konumundaki hekim, hiçbir kusuru olmasa da,^[66] adam çalıştırmanın sorumluluğu hükümlerine göre sorumlu tutulurken; kusuru bulunan yardımcı sağlık personeli de, haksız fiil hükümlerine göre sorumlu tutulabilir.^[67] Böy-

[64] Bağımlılık ilişkisinin en önemli unsuru, adam çalıştırmanın amaç ve menfaatine yönelmesidir. Geçici veya sürekli, ivazlı veya ivazsız bir hizmet olabileceği gibi, bir sözleşmeye, fiili bir ilişki veya bir aile hukuku ilişkisine de dayanabilir (Petek, Sağlık, s. 159).

[65] Adam çalıştırmanın somut olayda ayrıca kusuru da bulunuyorsa, bunun ek kusur olarak dikkate alınacağı ve illiyet bağının kesilmesine yol açan sebeplerle sorumluluktan kurtulmaya engel olacağı ifade edilmektedir (Başpınar, Veysel: Vekilin (Avukatın, Hekimin, Mimarın, Bankanın) Özen Borcundan Doğan Sorumluluğu, Yetkin Yayınevi, 2. Bası, Ankara 2004, s. 211).

[66] HGK., 12.11.2003, 21-673/641: “..Borçlar Kanununun 55. maddesi (TBK.m.66) kusura sorumlu olarak konulmuştur. Bu nedenle 55. madde (TBK.m.66) hükmü kusur sebebine dayanarak değil fakat sosyal tehlike dolayısıyla kabul edilmiş hükümlerden sayılmaktadır. Borçlar Kanununun 55. madde (TBK.m.66) hükmünün sosyal tehlike esasına dayandığı kabul edilince, bir kimsenin bir işini görmekle görevlendirdiği diğer kimsenin bu işi görmesi nedeniyle meydana gelen zarardan, ne kendisinin ne de iş görenin herhangi bir kusuru aranmaksızın sorumlu tutulacağı sonucuna varılır. Bu esas “nimet külfete göredir” şeklinde anlatılabilir. Bu nedenle bir kimseyi işinde kullanarak onun emeğinden fayda sağlayan kimsenin, kullanılan adamın işini gördüğü sırada neden olduğu zararlardan da sorumlu tutulması yani elde ettiği nimete karşılık külfete de katlanması hakkaniyete uygundur.” (KHYK-J).

[67] 11. HD., 23.11.2004, 1960/11435: “BK.nun 55 nci maddesi (TBK.m.66) gereğince adam kullananın tazminat ile sorumlu tutulabilmesi için, kendisinin kusuru şart olmadığı gibi, kullandığı adamın dahi kusuru kanuni şartlardan değildir. Somut olayda, zararı doğuran olay davalı işverenin işinin görüldüğü, işverenin emir ve talimatı dâhilinde

lece hekim ve yardımcı sağlık personeli, Türk Borçlar Kanunu'nun 61. maddesinde yer verilen, "Birden çok kişi birlikte bir zarara sebebiyet verdikleri veya aynı zarardan çeşitli sebeplerden dolayı sorumlu oldukları takdirde, haklarında müteselsil sorumluluğa ilişkin hükümler uygulanır." hükmü doğrultusunda müteselsilen sorumlu tutulurlar. Türk Borçlar Kanunu'nun 66. maddesinin 2. fıkrasına göre, hekim, zararın doğmaması için çalışanını seçerken, gözetim ve denetimde bulunurken, işiyle ilgili talimat verirken gerekli özeni gösterdiğini ispatlayarak sorumluluktan kurtulabilir. Hekim, bu şekilde sorumluluktan kurtulmak yerine, ödediği tazminatı kusuru oranında istihdam edilene rücu etme yolunu da tercih edebilir (TBK. m. 66/f. 4). Bunların dışında, geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntemi uygulayan hekim bir klinik işletiyorsa, kliniğin çalışma düzeninden kaynaklanan zararlar sebebiyle Türk Borçlar Kanunu'nun 66. maddesinin 3. fıkrası gereğince organizasyon sorumluluğu kapsamında da sorumlu tutulabilir. Burada kliniğin mevcut işleyişinden ya da yemek, barınma hizmetlerinden kaynaklanan sorunlar, yardımcı kişiye uygun malzeme ve araç sağlanmaması, yardımcının aşırı iş yükü altında çalıştırılması, klinikteki tıbbî alet ve makinalardaki arızalar veya yeterli personel bulundurulmaması sebebiyle meydana gelen zararlar sonucunda klinik işleteni hekim, ancak kliniğin çalışma düzeninin zararın doğmasını önlemeye elverişli olduğunu ispat ettiği takdirde sorumluluktan kurtulabilir; aksi halde zararı gidermekle yükümlüdür.

B. YARDIMCI KİŞİNİN FİİLİNDEN KAYNAKLANAN SORUMLULUK

Yardımcı kişinin fiilinden kaynaklanan sorumluluğun doğabilmesi için, adam çalıştırmanın sorumluluğundan farklı olarak burada hasta ile hekim arasında bir sözleşmenin varlığı gerekir. Bununla birlikte, yardımcı kişi sayılan sağlık meslek mensubunun hastaya yönelik sözleşmeye aykırı bir davranışının bulunması, hastanın zararının ortaya çıkması ve sağlık meslek mensubunun davranışı ile söz konusu zarar arasında illiyet bağının bulunması gerekir. Yukarıda adam çalıştırmanın sorumlu-

hareket edildiği sırada meydana geldiğinden, nedensellik bağı çerçevesinde işverenin mal varlığına risk yükleyen tehlike (risk) esasına dayanan sorumluluk hükümlerine ve çalışanlar bakımından da haksız fiil hükümlerine göre tarafların sorumlu tutulması gerekirken, yazılı olduğu şekilde karar verilmesi doğru görülmemiştir." (KHYK-J).

luğu başlığı altında hukuka aykırı davranışa örnek verilen Yönetmeliğe aykırı durumlar, yardımcı kişinin fiilinden kaynaklanan sorumlulukta da sözleşmeye aykırı davranışa örnek teşkil edebilir.

IV. YÖNTEMLERİN UYGULANDIĞI KURULUşLARIN HUKUKİ SORUMLULUK SEBEPLERİ

A. ÖZEL HASTANELERİN HUKUKİ SORUMLULUĞU

1. Hasta ile Özel Hastane İşleticisi Arasındaki İlişkinin Hukukî Niteliği

Özel hastanelerin ortaya çıkan zarar sebebiyle tazminat sorumluluğu sözleşmeden doğabileceği gibi, haksız fiilden (adam çalıştıranın sorumluluğu/organizasyon sorumluluğu) veya vekâletsiz iş görmeden de kaynaklanabilir.

a) Sözleşme İlişkisi

aa) Hastaneye Kabul Sözleşmesi ve Türleri

Hastane organizasyonu içerisinde gerçekleştirilen geleneksel ve tamamlayıcı yöntemlerle yapılan tıbbî müdâhaleler, hastane işleticisi ile hasta arasında yapılan “Hastaneye Kabul Sözleşmesi”ne dayanır.^[68] Hastanın iyileştirilmesine yönelik olarak hastanın bir hastaneye yatırılarak tedavi edilmesi, sözleşmeyle borçlanılan asli edimdir. Bu unsur dışında, yedirip içirme ve diğer bakım hizmetlerini sağlama edimleri de bulunmaktadır. Hastanın tedavisi dışındaki edimler hastane işleticisine ait olduğu hâlde, tedavi edimi bazen hastane işleticisine, bazen hastanede çalışan bir hekime, bazen de hem hastane işleticisine hem de hastane hekimine ait olabilir.^[69] Hasta ile özel hastane işleticisi arasındaki sözleşme hükümleri yanında, diğer mevzuat hükümleri de tarafların hak ve borçlarının tespiti ile hastane işleticisi ve hastanede çalışan personelin özen yükümünün belirlenmesinde önem taşır. Hastaneye kabul sözleşmesinden söz edilebilmesi için öncelikle bir hastanenin bulunması gerektiğinden, belirli bir veya birkaç hastalığın tedavisine yönelik faaliyet gösteren genel anlamdaki hastaneler kadar, akıl ve ruh hastalıkları

[68] Ayan, s. 46, 131; Hakeri, Tıp Hukuku, s. 523; Özkan/Akyıldız, s. 300; Özdemir, s. 30; Petek, Estetik Ameliyat, s. 230; Özgül, s. 77.

[69] Ayan, s. 131; Petek, Sağlık, s. 102.

hastaneleri gibi özel tedavi kurumları da hastane olarak kabul edilmektedir; fakat yaşlılar yurdu veya kimsesizler yurdu gibi yerlerde, münferit olaylar için tıbbî tedavi veya kontrol yapılırsa da, bu tür yerlere kabulün birinci derecede amacı tedavi ve hastanın bakımı değil, barındırma ve yedirip içirme edimleri ön planda yer aldığından, burada incelenecek sözleşme hükümlerine tâbi değildirler. Ayrıca, hastaneye kabul sözleşmesinde hastanın yatırılarak tedavisi gerektiğinden, ayakta tedaviyi amaçlayan müdâhalelerde bu sözleşme hükümleri uygulanmaz.

Tam Hastaneye Kabul Sözleşmesinde, hastane işleticisi, tıbbî tedaviyle birlikte barındırma, yedirip içirme ve diğer hastane bakımı şeklindeki bütün yükümlülükleri taahhüt etmektedir. Bu sözleşme iki türe ayrılmaktadır.

Hekimlik sözleşmesi olmaksızın tam hastaneye kabul sözleşmesinde, sadece hasta ile hastane işleticisi arasında bir sözleşme ilişkisi vardır; tıbbî tedavi, barındırma, yedirme ve içirme şeklindeki edimler hastane işleticisi tarafından üstlenilmiştir.^[70] Örneğin proloterapi yönteminin uygulanması sonucunda enfeksiyon oluşmasından, sülük uygulamasında kullanılan sülüğün steril olmamasından veya hastane yemeğinden kaynaklanan bir zarar meydana geldiğinde, her durumda hastanın muhatabı hastane işleticisidir.^[71] Hasta ile tedaviyi fiilen icra edecek hekim arasında herhangi bir sözleşme ilişkisi yoktur. Özel hastanenin bir çalışanı olan hekim, hastane işleticisi ile hasta arasında kurulan sözleşmede hastanenin edimlerini ifa konusunda ifa yardımcısı olarak görev almaktadır. Genelde hastanın, tedavi olmak istediği hekimi bizzat seçme imkânı yoktur. Tıbbî tedavinin hukuka aykırı olarak yerine getirildiğini iddia eden hasta, hastane işleticisine karşı dava açar; aralarında herhangi bir sözleşme ilişkisi bulunmadığından hekime karşı

[70] Ayan, s. 135; Özkan/Akyıldız, s. 545; Demir, Hastane, s. 157; Petek, Sağlık, s. 102. 13.HD., 18.01.2010, 2009/6365, 2010/59: “Hastane, hastasının zarar görmemesi için, mesleki tüm şartları yerine getirmek, hastanın durumunu tıbbî açıdan zamanında ve gecikmeksizin saptayıp, somut durumun gerektirdiği önlemleri eksiksiz biçimde almak, uygun tedaviyi de yine gecikmeden belirleyip uygulamak zorundadır. Asgari düzeyde dahi olsa, tereddüt doğuran durumlarda, bu tereddüdü ortadan kaldıracak araştırmalar yapmak ve bu arada da, koruyucu tedbirleri almakla yükümlüdür. Çeşitli tedavi yöntemleri arasında bir seçim yapılırken, hastanın ve hastalığın özellikleri göz önünde tutulmalı, onu risk altına sokacak tutum ve davranışlardan kaçınılmalı ve en emin yol seçilmelidir.” (KHYK-J).

[71] Erol (Sarıev), s. 157.

ise, haksız fiile dayalı bir tazminat davası açabilir.

Hekimlik sözleşmesi ilaveli tam hastaneye kabul sözleşmesinde, tıbbî tedavi, barındırma, yedirip içirme ve diğer hastane bakımı şeklindeki bütün edimler hastane işleticisi tarafından üstlenilmekle birlikte, tıbbî tedavi ediminin ifası bakımından hastane işleticisi yanında hastane hekiminin de sözleşmesel yükümlülüğü vardır; burada, hasta ile hekim arasında da ayrı bir sözleşme yapılmaktadır. Bu sebeple hekim, hastane işleticisine ödenecek ücretten bağımsız bir ücret hakkına sahiptir. Tıbbî tedavi yükümlülüğü hem hastane işleticisi hem de hekim tarafından üstlenildiğinden, ikisi arasında müteselsil sorumluluk söz konusudur; tedavi borcunun kusurlu olarak ihlâli hâlinde hasta, ayrı ayrı veya birlikte her ikisine dava açabilir. Örneğin, eğer zarar, proloterapi yöntemi uygulanırken verilen ilaç dozunun doğru şekilde ayarlanamaması sebebiyle oluşan enfeksiyondan kaynaklanıyorsa, hekim ve hastane işleticisi tedavi borcunu birlikte üstlendiklerinden, zarar sebebiyle de birlikte (müteselsilen) sorumlu tutulabilirler.^[72]

Bölünmüş Hastaneye Kabul Sözleşmesinde, hastanın tarafı olduğu iki ayrı sözleşmeden biri hastane işleticisiyle yapılmıştır ve hastane işleticisi hastaya karşı barındırma, yedirip içirme ve diğer bakım hizmetlerini borçlanmıştır; diğer sözleşme ise hekimle yapılmış olup, hekim hastanın tedavisini tek başına üstlenmekte, tıbbî tedavi edimi bakımından hastane işleticisine herhangi bir sorumluluk yüklenmemektedir.^[73] Hastane dışında serbest faaliyette bulunan hekim, hastasını hastane işleticisiyle yaptığı sözleşmeye dayanarak hastaneye yatırıp tedavisine devam ediyor, örneğin ameliyat ediyorsa böyle bir sözleşmeden söz edilir. Örneğin kayropraktik yönteminin anestezi altında yapılacak olması sebebiyle, hekimin hastasını başka bir hastaneye yatırarak tedavisini burada yapması hâlinde, hatalı uygulamadan kaynaklanan zarar sebebiyle sadece hekim sorumlu tutulur.^[74] Diğer taraftan, hastane bakımı kapsamında meydana gelen zarar sebebiyle ise, hastane işleticisi sorumlu tutulur.^[75]

[72] 4.HD., 07.10.2003, 1529/11279 (bkz. Erol (Sarıyev), s. 158).

[73] Özkan/Akyıldız, s. 545; Petek, Sağlık, s. 102.

[74] Erol (Sarıyev), s. 159.

[75] rol (Sarıyev), s. 159.

bb) Hastaneye Kabul Sözleşmesinin Hukukî Niteliği

Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntemlerin uygulanacağı hastaneye kabul sözleşmesiyle asıl ulaşılmak istenen amaç hastanın tedavisi olduğundan, hastaneye yatırma, yedirip içirme ve diğer bakım hizmetleri hep bu asıl amacın gerçekleştirilmesine hizmet eden tali (ikinci derecede) edim yükümlülükleridir. Bu edimler, ancak bir tıbbî tedavi yükümlülüğünün bulunması durumunda anlam kazanmaktadır. Bu yüzden, hastaneye kabul sözleşmesi, asıl edimi oluşturan tıbbî tedavi edimine ilişkin vekâlet sözleşmesine tâbi tutulmalı, diğer yükümlülüklerle ilişkin tipik sözleşme hükümleri de niteliğine uygun düştüğü oranda kıyasen uygulanmalıdır.^[76]

cc) Hastaneye Kabul Sözleşmesinin Kuruluşu, Hükümleri ve Sona Ermesi

aaa) Hastaneye Kabul Sözleşmesinin Kuruluşu

Hastaneye kabul sözleşmesinin kurulması genel hükümlere tâbi olup, hastane işleticisinin ve hastanın karşılıklı ve birbirine uygun açık veya örtülü irade beyanları yeterlidir; herhangi bir şekle bağlı yapılması gerekmemektedir. Hasta, yatırılmak istediği hastaneyi (sözleşmenin karşı tarafını) seçmekte özgürdür; hastane de hastayı kabul edip etmemekte özgür olmasına karşın, hasta tarafından yapılan tedavi talebi derhal reddedilmezse sözleşme kurulmuş sayılır.^[77] Tarafların ehliyeti açısından da genel hükümler uygulanır.

bbb) Sözleşmenin Hükümleri

Hastaneye kabul sözleşmesinde tarafların hakları ve borçları belirlenirken, öncelikle sözleşme hükümleri göz önünde bulundurulmalıdır. Fakat bu hükümler genellikle hastane işleticisi tarafından hazırlanmış genel işlem şartı niteliği taşıyan düzenlemeler olduğundan, geçerli olup olmadıkları Borçlar Kanunundaki hükümlere göre hâkim tarafından öncelikle denetlenmelidir. Sözleşmede bir düzenleme bulunmadığı takdirde, somut olayın özellikleri (tıbbî tedavinin şekli, kapsamı, hastalığın türü ve akışına göre yatırma süresi, hastane bakımı) dikkate alınarak

[76] Ayan, s. 143; Özkan/Akyıldız, s. 545-546; Petek, Sağlık, s. 103.

[77] Polat, Tıbbî Uygulama, s. 275; Özkan/Akyıldız, s. 544; Özgül, s. 77.

taahhüt edilen işin niteliği esas alınmalıdır. Mevzuattaki diğer düzenlemeler de, tarafların haklarının ve borçlarının tespitinde önem taşıyabilir.

Hastane işleticisi, sözleşmeden doğan asıl borcu olarak, hastanın tıp bilimi ve uygulamasının öngördüğü esaslar çerçevesinde tedavisini gerçekleştirmekle yükümlüdür. Tedavi sözleşmesinde hekim için getirilen hastayı aydınlatma, sadakat ve özen gösterme, kayda geçirme ve sır saklama gibi yan yükümlülükler aynı şekilde hastane işleticisi için de geçerlidir. Hastane işleticisinin ayrıca hastayı barındırma, yedirip içirme, hastane tekniğini uygulama, hasta tarafından teslim edilen eşyaları koruma şeklinde diğer borçları da vardır.

Bölünmüş hastaneye kabul sözleşmesinde hastane işleticisi, genel hastane bakımını sağlama yükümlülüğünü üstlenmiştir; hastanın tedavi edilmesi borcu hekimin üzerindedir.

Hastaneye kabul sözleşmesinden hasta için doğan asıl borç, ücret ödemektir. Özel hastanelerin belirli bir ücret karşılığı faaliyette bulunmaları asıl olduğundan, sözleşmede açıkça kararlaştırılmamış olsa bile hastanın bu borcu doğar. Hastanın, hastanenin iç düzen kurallarına ve hekimin talimatlarına uyma, teşhis ve tedaviye yönelik sorulara doğru cevap verme, tedaviyi başarısız kılacak davranışlardan kaçınma gibi bazı yan yükümlülükleri de vardır.

ccc) Sözleşmenin Sona Ermesi

Taraflar arasındaki sözleşmenin doğal sona erme şekli ifadır; hastanın tedavisi tamamlanıp taburcu edilmesiyle, sözleşme kendiliğinden sona erer.

Hastaneye kabul sözleşmesi de karşılıklı güven esasına dayandığından, hasta hastane işleticisini her zaman azledebileceği (taburcu edilmesini isteyebileceği) gibi, hastane işleticisi de kural olarak her zaman sözleşmeyi feshedebilir; fakat hastane işleticisi ancak haklı sebeplerin varlığı hâlinde bu hakkını kullanabilmeli ve uygun olmayan zamanda sözleşmeyi sona erdirmişse, hastanın bu yüzden uğradığı zararları tazmin etmelidir. Haklı bir sebeple sözleşmeyi sona erdiren hastane işleticisi, hastayı diğer bir hastaneye veya kliniğe uygun şekilde göndermekle yükümlüdür.

Hastanın ölümüyle de taraflar arasındaki sözleşme sona erer; tedaviyi özenli bir şekilde sürdürmüş olan hastane işleticisi, hastanın mirasçılarından o ana kadarki faaliyeti için ücret talep edebilir.^[78]

b) Vekâletsiz İş Görme İlişkisi

Zaruret hâli içerisinde bulunan (örneğin trafik kazası, intihara teşebbüs, saldırıya uğrama gibi bir sebeple ağır yaralı olarak hastaneye getirilen) bir hastanın hastaneye kabulü ve tedavisinin yapılması zorunludur. Bu durumdaki bir hasta iradesini beyan edebilecek durumda olmadığından, hastane işleticisiyle arasında bir sözleşme kurulmuş olmaz. Hastane, hastanın menfaatlerini korumak (hayatını kurtarmak veya ağır bir zarara uğramasını engellemek) için tıbbî müdahalede bulunduğundan, aralarında vekâletsiz iş görme ilişkisi kurulmuş olur.

Başlangıçta öngörülmesi imkânsız yeni bir komplikasyon sebebiyle ameliyat genişlemiş ve hasta hastanede beklenenden daha uzun süre kalmak zorunda kalmışsa, hastanın rızasını almak da mümkün değilse, yine aralarında vekâletsiz iş görme ilişkisi bulunduğu söz edilebilir.^[79]

Ülkemizde resmî olarak daha yeni uygulanmaya başlanan geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntemlerin de, bu gibi acil ve zorunlu durumlarda hastanelerde uygulanmasında azamî dikkat ve özen gösterilmelidir.^[80] Bu tür hallerde yeterince denenmiş, fayda-risk değerlendirilmesi yapılmış geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntem, ancak klasik tıbbî yöntemlerden fayda gelmeyeceğinin ve geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntemin uygulanması sonucunda klasik yönetime kıyasla daha elverişsiz bir sonuç ortaya çıkmayacağının anlaşılması hâlinde uygulanabilir.^[81] Yönetmelik kapsamında acil durumlarda uygulanabileceği belirtilen yöntemlerin de, asıl tedaviyi destekleyici olarak uygulanmaları mümkün olmalıdır.^[82]

[78] Ayan, s. 146.

[79] Ayan, s. 147-148.

[80] Erol (Sarıyev), s. 167.

[81] Erol (Sarıyev), s. 168.

[82] Erol (Sarıyev), s. 168.

c) Haksız Fiil İlişkisi

Yatırılarak üzerinde çeşitli tıbbî müdahaleler yapılan hasta ile hastane işleticisi arasında bir sözleşme bulunmuyorsa veya herhangi bir sebepten geçersizse ve vekâletsiz iş görme hükümleri de uygulanamıyorsa, haksız fiil hükümleri sayesinde hastanın uğradığı zararın tazmin edilmesi mümkündür.^[83]

Sözleşmeye aykırı zarar verici her hareket aynı zamanda haksız fiil oluşturduğundan, bu tür olaylarda sözleşmeye dayanan sorumluluk ile haksız fiile dayanan sorumluluk yarıdır; hasta, iki sebepten herhangi birisine dayanarak hastane işleticisine dava açabilir.^[84]

2. Sözleşme İlişkisinden Doğan Sorumluluk

a) Sözleşmenin Varlığı

Hastane işleticisi ile hasta arasında, geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntemlerin uygulanması üzerine geçerli bir sözleşme ilişkisi kurulmuş olmalıdır. Karma nitelikli bu sözleşmeye esas olarak vekâlet sözleşmesi hükümleri uygulanmakla birlikte, niteliğine aykırı düşmediği sürece yan yükümlülüklerin dâhil olduğu sözleşme tipine ilişkin hükümler de uygulanabilir. Sözleşmenin varlığını hasta ispatlamalıdır.

b) Sözleşmenin İhlâli

Hastane işleticisi, sözleşmeyle üstlendiği yükümlülüklerini yerine getirmezse, hastanın bu sebeple uğradığı zararı tazminle yükümlüdür. Sözleşmenin ihlâl edildiğini hasta ispatlamalıdır. Hastane işleticisinin, sözleşmenin çeşidine göre hastayı tedavi etme, hastane bakımını sağlama, hastayı aydınlatma, sadakat ve özen gösterme, kayda geçirme ve sır saklama gibi yükümlülükleri bulunmaktadır.

Hastane işleticisi hastanın tedavisini kural olarak hastanede çalışan hekimler ve diğer yardımcı personel aracılığıyla yerine getirir. Bu kişiler ile hastane işleticisi arasında genellikle hizmet sözleşmesi bulunur. Hastanın tedavisini hastane işleticisi adına ve hesabına gerçekleştiren bu kişiler hastane işleticisinin ifa yardımcısıdır ve fiillerinden dolayı hastane

[83] Erol (Sarıyev), s. 163.

[84] Erol (Sarıyev), s. 162.

işleticisinin kusursuz sorumluluğu vardır.^[85] Tıbbî müdahaleyi gerçekleştiren hekim ile hasta arasında ise herhangi bir sözleşme bulunmazsa da, hastaya karşı haksız fiil hükümlerine göre sorumlu tutulabilir; aynı zamanda, yardımcı kişinin zarara sebep olan fiili yüzünden tazminat ödemek zorunda kalan hastane işleticisi, kusuru oranında hekime rücu edebilir. Bu sebeple özel hastanede çalışan hekim de, bağımsız çalışan hekimler gibi teşhis koyma ve en uygun tedaviyi seçip uygulama borcunu eksiksiz yerine getirmelidir.

Hekimlik sözleşmesi ilaveli tam hastaneye kabul sözleşmelerinde hastane işleticisi, tıbbî müdahale ve hastane bakımı da dâhil bütün edimleri üstlenmiş durumdadır. Fakat tıbbî tedavi ediminin ifası bakımından hastane işleticisi yanında hastane hekiminin de sözleşmesel yükümlülüğü vardır; çünkü hasta, hastane işletmecisiyle yapmış olduğu tam hastaneye kabul sözleşmesine ilaveten onunla da ayrı bir tedavi sözleşmesi yapmıştır. Bu sebeple ilave tedavi sözleşmesinin tarafı olan hekim, tıbbî tedavi ediminin yerine getirilmesi bakımından hastaya karşı sorumludur. Burada hekim ile hastane işleticisi, aynı işin yerine getirilmesini bir arada üstlenmiş birden fazla vekil konumunda olduklarından, hastaya karşı müteselsilen sorumludurlar.

Bölünmüş hastaneye kabul sözleşmesinde hastane işleticisi, sadece hastane bakımını (hastanın yatırılması, yedirilip içirilmesi, eşyalarının korunması ve diğer yardımcı tıbbî hizmetlerin gerçekleştirilmesi gibi tıbbî tedavi dışındaki her türlü hastane faaliyetini) sağlamayı borçlanmıştır; tıbbî tedavi ise doğrudan doğruya tedavi sözleşmesinin tarafı olan hekim tarafından borçlanılmıştır. Söz konusu hekim hastane personeli olabileceği gibi, hastane dışında serbest çalışan bir hekim de olabilir. Hekim, hastane işleticisi ile kendi adına bir sözleşme yapmışsa, alt vekâletten söz edilir; varlığını sürdüren hekim ile hasta arasındaki tedavi sözleşmesine ilaveten hekim ile hastane işleticisi arasında da yeni bir sözleşme kurulmuştur. Fakat hasta bu sözleşmenin tarafı olmadığından, hastane işleticisine karşı sözleşmeden kaynaklanan taleplerde bulunamaz. Hastane personelinin zarar verici davranışı tıbbî tedavinin yerine getirilmesine ilişkinse, hekim aleyhine Borçlar Kanununun 116., hastane işleticisine karşı ise Borçlar Kanununun 66. maddesine dayanarak

[85] Ayan, s. 45; Hakeri, Tıp Hukuku, s. 523; Özkan/Akyıldız, s. 548; Petek, Sağlık, s. 102.

tazminat davası açabilir.^[86] Hasta tıbbî tedavi dışındaki hastane bakımına dâhil edimler ifa edilirken bir zarara uğramışsa, alt vekâlet şeklindeki ikame caizse, hekim sadece hastaneyi seçme ve talimat vermede özenli hareket etme bakımından sorumlu olur; caiz olmayan ikame varsa, zarar verici davranışı sanki kendisi yapmış gibi sorumlu tutulur. Hekim, hastane işleticisi ile arasındaki sözleşmeyi hastası adına yapmışsa, doğrudan doğruya hasta ile hastane işleticisi arasında sözleşme kurulmuş olur.

Hastane bakımını oluşturan edimler, genellikle hastane personeli tarafından yerine getirilir. Bu edimlerin ifası sırasında zarara uğrayan hasta, ifa yardımcısının sorumluluğu hükümlerine göre (BK.m.116) hastane işleticisine karşı dava açabilir; zarara sebep olan davranış haksız fiil niteliği taşıyorsa, hastane işleticisine karşı Borçlar Kanununun 66. maddesine göre de dava açmak mümkündür. Zarar verici davranışı gerçekleştiren hastane personeli ise, haksız fiil esaslarına göre sorumlu tutulabilir.

Bölünmüş hastaneye kabul sözleşmesinde tıbbî tedavinin uygulanması doğrudan doğruya hekime ait bir borç olduğundan, hastanın söz konusu hizmetlerin ifası sırasında uğrayacağı zararlardan Borçlar Kanununun 116. maddesine göre sorumlu tutulabilir. Nitekim bu tür hizmetleri yerine getiren hastane personeli, tıbbî müdahalenin icrası kapsamındaki faaliyet bakımından hekimin ifa yardımcısı sayılır.

Bölünmüş hastaneye kabul sözleşmesinde, hastane işleticisinin tıbbî tedavi yükümlülüğü bulunmamaktadır. Tam hastaneye kabul sözleşmesinde ise, hastane işleticisi bu yükümlülüğünü kural olarak bizzat yerine getirmez; fakat söz konusu edimin yerine getirilmesinde kullandığı hekimler ve diğer hastane personelinin tıp bilimi ve uygulamasının öngördüğü esaslar çerçevesinde davranmalarını sağlamalıdır. Hastane işleticisi, bu amaçla gerekli denetimleri yapmalı, talimatları vermelidir. Gereken özenin gösterilmemesi yüzünden zarar gören hasta, hastane işleticisine karşı Borçlar Kanununun 66. ve 116. maddelerine dayanarak dava açabilir.

[86] Erol (Sarıyev), s. 161-162.

Hastane işleticisi, hasta hakkında saklanması yarar bulunan her bilgiyi gizli tutmalı, üçüncü kişilere açıklamamalıdır. Hastane işleticisi yanında, hastane personeli ve özellikle hekimler de bu yükümlülüğe tâbidir. Onlar da tıbbî müdahale sebebiyle veya hastanın hastanede yattığı süre içinde öğrendikleri sırları gizli tutmayıp açıklarlarsa, kendilerine karşı haksız fiile dayanan, hastane işleticisine karşı ise Borçlar Kanununun 66. ve 116. maddelerine dayanan tazminat davası açılması mümkündür. Bölünmüş hastaneye kabul sözleşmesinde, tıbbî müdahalenin yürütülmesi sırasında öğrenilen sırlar açıklanmışsa, hastane işleticisi yanında hekimi de sorumlu tutmak gerekir; zira bu faaliyetlerde görev alan hastane personeli, hekimin ifa yardımcısı sayıldıklarından Borçlar Kanununun 116. maddesine göre hekimi de sorumlu tutmak mümkündür.

c) **Kusur**

Hastaneye kabul sözleşmesinden doğan sorumlulukta kusur, kast ve ihmâl şeklinde ortaya çıkmalıdır. Yüksek tedavi ücreti alabilmek için gereksiz bir tıbbî müdahale yapılması, aydınlatılmış rızası alınmaksızın hasta üzerinde yeni bir tedavi yöntemi uygulanması gibi kast şeklindeki kusur çok nadir görüldüğünden, hastane işleticisinin genellikle ihmâl şeklindeki kusurundan sorumlu tutulduğu görülmektedir.

Aynı alanda faaliyet göstermekte olan ortalama düzeydeki bir özel hastaneden benzer hâl ve şartlarda beklenen standartlar ölçü alınarak, ihmâlin tespitinde objektif ölçüden hareket edilmelidir. Ortalama düzeydeki bir hastaneden beklenen özen gösterilmemişse, ihmâlkâr davranılmış kabul edilir. Özenli bir hastane işleticisi, gerek tıbbî tedavi yükümlülüğünü gerekse hastane bakımını ifa ederken tıp bilimi ve uygulamasının öngördüğü esaslar çerçevesinde hareket etmelidir.

Hasta, hastane işleticisinin kusurunu ispatlamak zorunda değildir. Onun kusurlu olduğu varsayıldığından, sorumluluktan kurtulmak isteyen hastane işleticisi, somut olayın özelliklerine göre kendisine bir kusur isnat edilemeyeceğini ispatlamalıdır. Özel hastanelerde hastaların zarar görmesine sebep olan fiiller genelde hastane personeli tarafından gerçekleştirildiğinden ve hastane işleticisi hastane personelinin fiillerinden kusursuz olarak sorumlu olduğundan (BK. m. 66 veya 116), hastane işleticisinin kusuru olmadığını ispatlaması pratikte onun sorumlu

tutulmaması yönünde bir sonuç doğurmaz.

d) Zarar

Sözleşme ihlâl edilmesine rağmen herhangi bir zarar ortaya çıkmamışsa, hastane işleticisi sözleşmeye göre sorumlu tutulamaz. Zarar maddî ve/veya manevî zarar şeklinde gerçekleşir. Maddî zararın içine fiilî zarar ve yoksun kalınan kâr girer. Zararın varlığını hasta ispatlamalıdır.

e) Nedensellik Bağı (Uygun İliyet Bağı)

Sözleşmenin ihlâl edilmiş olması ile ortaya çıkan zarar arasında uygun bir sebep sonuç ilişkisi bulunmalıdır. Zarara, normal hayat tecrübelerine göre hastane işleticisinin kusurlu bir şekilde sözleşmeyi ihlâlî sebep olmalıdır. Uygun nedensellik bağı yoksa, hastane işleticisi sorumlu tutulamaz. Uygun nedensellik bağına da hasta ispatlamalıdır.

3. Vekâletsiz İş Görmeden Doğan Sorumluluk

Vekâletsiz iş gören her türlü kusurundan sorumlu olduğundan, somut olayın özelliklerine göre vekâletsiz iş gören konumundaki hastane işleticisi, aynı hâl ve şartlarda ortalama düzeydeki bir hastaneden beklenen standardı sağlamak zorundadır.^[87] Kendisinden beklenen özeni göstermediği için hastanın zarar görmesine sebep olan hastane işleticisi, bu zararı tazmin etmelidir.

Vekâletsiz iş gören, iş sahibinin ağır bir zarara uğramasını engellemek için faaliyette bulunmuşsa, sorumluluğu daha hafif takdir edilir. Fakat bu kural hastane işleticisinin sorumluluğunda uygulanmaz. Somut olayın özelliklerine göre ortalama bir hastaneden beklenen standardı sağlamak zorunda olan hastane işleticisi, sırf olayın acilliği sebebiyle daha hafif sorumluluğa tâbi olmamalıdır.^[88] Hastanın tamamıyla kendisini emanet ettiği ve güvenmek zorunda olduğu hastane işleticisinin, her hâl ve şart altında özenli hareket etmesi gerekir.

Hastane işleticisi, hastanın daha önce tedaviyi reddettiğini bilerek hareket eder veya somut olayın özelliklerine göre bilmesi gerekirse,

[87] Erol (Sarıyev), s. 168.

[88] Ayan, s. 114; Petek, Sağlık, s. 98.

meydana gelen bütün zararlardan ve kazadan dahi sorumludur.^[89] Böyle bir durumda, tedavinin objektif olarak yararlı ve hastanın reddinin mantıksız olduğu ileri sürülemez.

4. Haksız Fiilden Doğan Sorumluluk

Hastane işleticisi ile hasta arasında herhangi bir sözleşme ilişkisinin bulunmadığı ve vekâletsiz iş görme hükümlerinin uygulanmadığı durumlarda haksız fiile dayanarak hastane işleticisine karşı dava açılabilmesi mümkündür. Örneğin, hastanın acilen hastaneye getirilmesi sebebiyle sözleşme yapılamadığı durumlarda, kayropraktik yönteminin hekim gözetiminde sağlık personeli tarafından hatalı şekilde uygulanması sonucu veya acil durumlarda uygulanmaması gerektiği belirtilen akupunktur yönteminin sağlık personeli tarafından uygulanması sonucu veya baygınlık geçiren hasta yakınına sağlık personeli tarafından yapılan hatalı uygulama sonucu bir zarar meydana geldiğinde, hastane işleticisi bakımından adam çalıştıranın sorumluluğundan söz edilir.^[90]

Tıbbî tedavi ediminin yerine getirilmesine yönelik faaliyetler genelde hastanın beden bütünlüğü ve sağlığı üzerinde etki yaptıkları için, sözleşmeye aykırı zarar verici her türlü davranış aynı zamanda Borçlar Kanununun 49. maddesi anlamında bir haksız fiil oluşturduğundan, hastaneye kabul sözleşmesi bulunsa bile haksız fiil hükümlerine dayanılması da mümkündür. Örneğin hastanede verilen yemekten zehirlenen hasta sözleşmeye aykırılığa dayanabileceği gibi, haksız fiil hükümlerine de dayanabileceğinden, bu iki hükmün yarışmasından söz edilir.

Hukuk aykırılık, başkalarının gerek malvarlığı gerekse şahısvarlığı değerlerine zarar vermeyi yasaklayan bir hukuk kuralının ihlâlini ifade eder. Hastane işleticisinin veya hastane personelinin, hastanın ölümüne yol açan veya beden bütünlüğüne ya da diğer bir kişilik değerine zarar veren sözleşmeye aykırı hareketleriyle birlikte hukuka aykırılık unsuru gerçekleşmiş olur. Müdahalenin tıp bilimi ve uygulamasında genel olarak tanınıp kabul edilmiş esaslara uygun yerine getirilmesi şartıyla hastanın rızası, hastanın menfaatine göre hareket etmek ve kamu gücünün kullanılması hukuka uygunluk sebebi olarak hukuka aykırılığı ortadan

[89] Ayan, s. 114-115.

[90] Erol(Sarıev), s. 163.

kaldırır. Hukuka aykırılığı hasta ispat etmelidir.

Hastane işleticisinin haksız fiil sorumluluğuna tâbi tutulabilmesi için, kast veya ihmâl şeklinde bir kusurunun bulunması gerekir. Kusurun ispatı hastaya aittir. Fakat hastane işleticisi genellikle hastane personelinin yaptığı fiiller sebebiyle Borçlar Kanununun 66. maddesine göre kusursuz olarak sorumlu olduğundan, kusuru ispat yükünün hastaya ait olması pratikte önem taşımaz.

Hasta maddî ve/veya manevî zarar şeklinde bir zarara uğramamışsa, hastane işleticisinin sorumluluğundan da söz edilemez. Zararı ve miktarını hasta ispatlamalıdır.

Hastanenin çalışma düzeninden kaynaklanan zararlar sebebiyle de hastane işleticisinin sorumluluğu doğabilir. Organizasyon sorumluluğu olarak da adlandırılan bu sorumluluk, Türk Borçlar Kanunu'nun 66. maddesinin üçüncü fıkrasında düzenlenmiştir. Burada zarar, hastanenin mevcut işleyişinden, yemek veya barınma hizmetlerinden, yardımcı kişiye uygun malzeme ve araç sağlanmamasından, yardımcının aşırı iş yükü altında çalıştırılmasından, hastanedeki tıbbî alet ve makinalardaki arızalardan veya yeterli personel bulundurulmamasından kaynaklanmaktadır. Bu durumda hastane, ancak hastanenin çalışma düzeninin zararın doğmasını önlemeye elverişli olduğunu ispat edebilirse sorumluluktan kurtulabilir; aksi hâlde zararı tazmin etmekle yükümlüdür. Burada da işletmede (organizasyonda) özensiz davranılıp davranılmadığı önem taşımaktadır. Hekim hastane yönetimine bu eksiklikleri bildiği hâlde bildirmemişse, hekimin de sorumluluğu söz konusu olabilir; fakat hekimin bildirdiği hâlde eksiklikler giderilmemişse, ortaya çıkan zararlardan sadece hastane sorumlu olur. Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntemlerin uygulandığı hastanelerde de, yukarıda belirtilen durumların varlığı veya Yönetmelik kapsamında belirtilen ünite ve uygulama merkezlerinde bulundurulması gereken tıbbî cihazlarda bir bozukluk ya da eksikliğin olması organizasyon sorumluluğuna yol açabilir.^[91] Örneğin sülük uygulamasında kullanılan sülüklerin uygun koşullarda üretilmiş steril sülükler olmamaları, larva uygulamasında kullanılacak larvaların (kurtçuk) uygun laboratuvar koşullarında üretilmemiş olması, akupunktur, proloterapi ve mezoterapi yöntemlerinde kullanılan

[91] Erol (Sarıyev), s. 165.

iğnelerin eskimiş ya da kalitesiz olması, organizasyon sorumluluğuna sebep olabilir.^[92]

B. ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARININ HUKUKÎ SORUMLULUĞU

Özel sağlık kuruluşlarında ayakta gerçekleştirilen bir tedavide, hasta, hastane hekimi tarafından muayene ve tedavi imkânına sahip olup, barınma, beslenme gibi hizmetleri talep imkânı söz konusu değildir;^[93] çünkü sözleşme sadece tedaviye yöneliktir. Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin 2. maddesinde, “ayakta teşhis ve tedavi hizmeti sunulan... özel sağlık kuruluşları”ndan söz edilmektedir. Bu yönetmeliğe göre ruhsatlandırılmış sağlık kuruluşlarında (tıp merkezleri, poliklinikler, laboratuvar, müessese ve muayenehaneler) “yatırılarak tedavi yapılmadığı sürece” hastaneye kabul sözleşmesi hükümleri uygulanamaz. Bu durumda, Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği’ne göre geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntemlerin uygulanacağı belirtilen özel sağlık kuruluşlarıyla yapılan sözleşmelerin “hastaneye kabul sözleşmesi” olarak değil de, “ayakta teşhis ve tedavi yapılacak özel sağlık kuruluşuna kabul sözleşmesi” olarak adlandırılması mümkündür.^[94]

Bu sözleşmeyle, özel sağlık kuruluşu işleticisi, hastaneye kabul sözleşmesinden farklı olarak, hastanın barınma ve beslenme hizmetini üstlenmemektedir. Fakat bunların dışında kalan, kullanılan araç ve gereçlerin sağlanmasından, koruyucu tedbirlerin alınmasından, sağlık kuruluşunda yeterli ısıtmanın sağlanması gibi sağlık kuruluşu bakımı kapsamındaki hizmetlerden sorumludur. Sözleşmenin “tam” veya “bölünmüş” olmasına göre teşhis, tedavi ve uygulamalar ile ilgili tıbbî hizmetlerin de borçlanılması mümkündür. Bu sebeple özel sağlık kuruluşu işleticisi, yapılacak sözleşmenin türüne göre, tüm bakım ve tedaviden sorumlu olabileceği gibi, sadece sağlık kuruluşunun bakım hizmetlerinden de sorumlu olabilir. Özel sağlık kuruluşunun öncelikli borcu ayakta teşhis ve tedavi hizmeti olup, akdedilecek sözleşmelerin vekâlet veya eser sözleşmesi niteliği taşıması mümkündür.

[92] Erol (Sarıyev), s. 165.

[93] Ayan, s. 133.

[94] Erol (Sarıyev), s.168-169.

“Ayakta teşhis ve tedavi yapılacak özel sağlık kuruluşlarına kabul sözleşmeleri” olarak adlandırılan sözleşmeler, özel hastaneler için öngörülen “tam hastaneye kabul” ve “bölünmüş hastaneye kabul” sözleşmelerinden, işletene yüklenen barınma ve beslenme yükümlülüğü dışında farklılık göstermemektedir.^[95] Bunların dışında, özel hastanelere ilişkin olarak, sözleşmeden kaynaklanan sorumluluk, haksız fiil sorumluluğu, vekâletsiz iş görme sorumluluğu ile adam çalıştırmanın sorumluluğunun şartları ve sonuçları hakkında yapılan tüm açıklamalar, burada da aynen geçerlidir.^[96]

C. KONAKLAMA TESİSLERİNİN HUKUKÎ SORUMLULUĞU

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği’ne göre konaklama tesislerinde hukukî sorumluluk, Sağlık Bakanlığı’nın planlaması kapsamında bir sağlık kuruluşundan bağımsız olarak açılan sağlık birimlerindeki hizmetlerden kaynaklanabileceği gibi, planlamadan istisna olarak özel hastane ya da özel sağlık kuruluşuna bağlı olarak açılan sağlık birimlerindeki hizmetlerden de kaynaklanabildiğinden, konuyu ikiye ayırarak incelemek gerekir.

Konaklama tesislerinde, tesisi işletenin asıl borcu konaklama hizmetini sağlamak olup, yeme-içme, spa bakımı ve sağlık hizmeti gibi yan yükümlülükleri de bulunmaktadır. Bu sebeple, konaklama tesisine gelen kişi ile konaklama tesisini işleten arasında akdedilen sözleşme vekâlet, hizmet, otelcilik, satım sözleşmesi unsurlarını da barındıran karma bir sözleşmedir.^[97]

Konaklama tesisinde verilecek olan tedavi hizmeti bir sağlık kuruluşundan bağımsız olarak verildiğinde, burada da konaklama tesisi ile sağlık birimine başvuran arasında akdedilecek sözleşme, hastanelerde olduğu gibi “tam” veya “bölünmüş” olarak sınıflandırılabilir.^[98] Taraflar arasında “tam konaklama tesisindeki sağlık birimine kabul sözleşmesi” akdedilmişse, konaklama, beslenme, ısınma, güvenlik veya tedavi hizmetlerinden kaynaklanan tüm sorumluluk konaklama tesisi işletenine

[95] Erol (Sarıyev), s.169.

[96] Erol (Sarıyev), s.169.

[97] Erol (Sarıyev), s. 170.

[98] Erol (Sarıyev), s. 170.

aittir; sağlık biriminde hizmet veren hekim ise, ifa yardımcısı sayılır.^[99] Zarar, hekimin haksız fiilinden kaynaklanmışsa, konaklama tesisi işleten yardımcı kişinin fiili sebebiyle Türk Borçlar Kanunu'nun 116. maddesine göre sorumlu tutulabilir; hekim ise, hasta ile arasında ayrı bir tedavi sözleşmesi akdedilmemişse, haksız fiil hükümlerine göre sorumlu tutulabilir.^[100] Tesis işleteni ile sağlık birimine başvuran (hasta) arasında "bölünmüş konaklama tesisindeki sağlık birimine kabul sözleşmesi" akdedilmişse, konaklama, beslenme, ısınma, güvenlik gibi hizmetlerden tesisi işleten sorumlu iken, tedavi hizmetinden sadece sağlık biriminde faaliyet gösteren hekim sorumludur; hasta ile hekim arasında ayrı bir tedavi sözleşmesi bulunmaktadır.^[101]

Konaklama tesisi bünyesinde kurulan sağlık birimi bir özel hastane ya da özel sağlık kuruluşuna bağlı olarak faaliyet gösteriyorsa, sağlık birimine başvuran (hasta) ile konaklama tesisi arasında "bölünmüş konaklama tesisindeki sağlık birimine kabul sözleşmesi" akdedilebilir.^[102] Çünkü özel hastane veya özel sağlık kuruluşu, konaklama tesisinde ayrılan bir bölümde kendi kadro ve kapasitesiyle tedavi hizmetini sağlamaktadır. Bu durumda, akdedilen sözleşmeye göre, konaklama tesisi, kişinin barınma, beslenme, ısınma veya güvenlik gibi ihtiyaçlarını karşılarken, özel hastane veya özel sağlık kuruluşu da kişinin tedavi ihtiyacını karşılamaktadır; hasta ile özel hastane veya özel sağlık kuruluşu arasında ayrı bir tedavi sözleşmesi akdedilmektedir.^[103]

Konaklama tesisiyle akdedilen "tam/bölünmüş konaklama tesisindeki sağlık birimine kabul sözleşmesinin" niteliği vekâlet sözleşmesidir; çünkü konaklama tesisindeki sağlık biriminin öncelikli borcu, genellikle herhangi bir sonuç üstlenmeksizin sadece tedavi hizmeti sunmaktır.^[104]

Özel hastanelere ilişkin olarak, sözleşmeden kaynaklanan sorumluluk, haksız fiil sorumluluğu, vekâletsiz iş görme sorumluluğu ile adam

[99] Erol (Sarıyev), s. 170.

[100] Erol (Sarıyev), s. 170.

[101] Erol (Sarıyev), s. 170.

[102] Erol (Sarıyev), s. 169.

[103] Erol (Sarıyev), s. 171.

[104] Erol (Sarıyev), s. 171.

çalıştırmanın sorumluluğunun şartları ve sonuçları hakkında yapılan tüm açıklamalar, niteliklerine uygun düştüğü ölçüde konaklama tesisleri ve burada sözü edilen özel hastaneler ile özel sağlık kuruluşları için de geçerlidir.^[105]

V. SORUMLULUĞUN HUKUKÎ SONUÇLARI

Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntemlerin Yönetmeliğe veya usule aykırı şekilde uygulanması neticesinde zarar görenler, yukarıda söz edilen hukukî sorumluluk sebeplerine dayanarak ve hukukî sorumluluk sebeplerinin koşullarının sağlandığını iddia ederek, maddî-manevî zararlarını talep etmek suretiyle uygulayıcılara karşı maddî tazminat (TBK. m. 53-54) ve manevî tazminat (TBK. m. 56) davası açabilirler.

Hastane/özel sağlık kuruluşu/konaklama tesisi işleticisinin sorumluluğu da, uğramış olduğu zararlar için hastaya belirli bir miktar tazminat ödemekten ibarettir. Genellikle hastaya, ilave tedavi masrafları, çalışma yeteneğinin kaybı, iktisadi geleceğin sarsılmasından doğan maddî tazminat ödenir; hasta ölmüşse, yakınlarına destekten yoksun kalma tazminatı ödenir. Manevî zarar varsa, manevî tazminatın ödenmesi de mümkündür.

Zararın miktarını ispat yükü, Türk Borçlar Kanunu'nun 50. maddesinin 1. fıkrası gereğince hastaya aittir. Türk Borçlar Kanunu'nun 50. maddesinin 2. fıkrası gereğince, uğranılan zararın miktarının tam olarak ispat edilemediği hallerde hâkime, olayların olağan akışı ve zarar görenin aldığı önlemleri göz önünde tutarak zararın miktarını hakkaniyete uygun olarak belirleme yetkisi tanınmaktadır. Türk Borçlar Kanunu'nun 52. maddesinin 1. fıkrasına göre, hasta, zararı doğuran fiile razı olmuş veya hastanın kusuru zararın doğmasında ya da artmasında etkili olmuş, tazminat yükümlüsünün durumunu ağırlaştırmış ise, bu durum tazminattan indirim sebebi teşkil edebilir ya da tazminat tamamen reddedilebilir. Tazminat miktarından indirim sebepleri olacak bir başka durum ise, zarara hafif kusuru ile sebep olan tazminat yükümlüsünün tazminatı ödediğinde yoksulluğa düşeceği ve hakkaniyetin de gerektirdiği haller olarak Türk Borçlar Kanunu'nun 52. maddesinin 2. fıkrasında hüküm altına alınmıştır.

[105] Erol (Sarıyev), s. 171.

Özel hastanelerde gerçekleştirilen kusurlu tıbbî müdahaleler sebebiyle Devletin herhangi bir sorumluluğu bulunmamaktadır. Fakat Devletin bu kuruluşları denetim ve gözetim yükümlülüğünü hiç veya gereği gibi yerine getirmemesinden kaynaklanan bir zarar ortaya çıkmışsa, Devlet de bu zararlardan sorumlu tutulabilecektir.

A. DAVANIN KONUSU

1. Maddî Tazminat

Maddî tazminat kapsamında talep edilen malvarlığı zararlarında tazminatın amacı, malvarlığının haksız fiilden önceki duruma gelmesini temin etmektir^[106]. Zararın tazmininde, zarar vereni cezalandırmak ya da zarar göreni zenginleştirmek amaçlanmaz. Bu sebeple, uğranıldığı ispat olunan maddî zarar miktarından daha fazla tazminata hükmedilemez.^[107] Hasta maddî tazminat davasında, uygulanan hatalı tıbbî müdahale sebebiyle uğradığı fiilî zararlarını ve yoksun kaldığı kârını talep edebilir. Hastanın maddî tazminat talebi, Türk Borçlar Kanunu'nun 53. ve 54. maddelerindeki hükümlere dayanabilir. Türk Borçlar Kanunu'nun 54. maddesinde yer verilen düzenlemeye göre, bedensel zarara uğrayan kimse, tedavi giderlerini,^[108] kazanç kaybını,^[109] çalışma gücünün^[110] azalmasından veya yitirilmesinden^[111] ve ekonomik

[106] Eren, Borçlar, s. 762.

[107] Tekinay/Akman/Burcuoğlu/Altop, s. 583; Eren, Borçlar, s. 724.

[108] Zarar görenin sağlığına kavuşması için yaptığı tüm giderlerdir. Sağlık kurumuna gidip gelirken ödenen ulaşım giderleri, sağlık kurumuna yapılan ödemeler, ilaç giderleri, sakat kalan kişinin protez, yürüme araçları giderleri, bakıcı ve evde bakım giderleri tedavi giderleri kapsamında talep edilebilir (Oğuzman/Öz, s. 93; Eren, Borçlar, s. 745-746). Bunların dışında, otomobil ve evin engelli kişiye uygun hale getirilmesi için yapılacak masraflar gibi diğer zararlarını da maddî zarar kapsamında talep edebileceği belirtilmektedir (Petek, İlaç Üreticisi, s. 242-247). Tedavi giderleri sosyal güvenlik kurumu tarafından karşılanmışsa, kurum, zarardan sorumlu kişiye rücu hakkını kullanabilir (Kılıçoğlu, s. 412-413).

[109] Kazanç kaybı, hatalı tıbbî müdahale olmasaydı, kişinin işyerinden veya çalışarak elde etmesi muhtemel kayıplardır. Geçici iş görmezlik söz konusu olduğunda “kazanç kaybı” ve tedavi giderleri istenebilirken; sürekli (kalıcı) iş görmezlikte, kazançlarda azalma olmasa da, “güç kaybı tazminatı” ve tedavi giderleri istenebilir. (Eren, Borçlar, s. 747).

[110] Çalışma gücü, bir kişinin bedeni, ruhi veya zihni kabiliyetlerine bağlı olan ekonomik verimlilik olarak tanımlanmaktadır (Tekinay/Akman/Burcuoğlu/Altop, s. 604).

[111] Belirtilen zararların fonksiyon kaybı ya da iş gücü kaybı olarak da adlandırıldığı görülmektedir. 10.D., 16.1.1985, 1982/2908, 1985/26: “Devlet hastanesinde, tedbirsizlik ve meslekte acemilik sebebiyle hatalı enjeksiyon yapılarak davacının kolunun kangren

geleceğin sarsılmasından doğan zararlarını^[112] isteyebilir. Türk Borçlar Kanunu'nun 53. maddesine göre de, hukuka aykırı ve kusurlu şekilde uygulanan tıbbî müdâhale veya geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntem kişinin ölümüne sebep olduğu takdirde, zarar, cenaze giderlerini,^[113] ölüm hemen gerçekleşmemişse tedavi giderlerini ve çalışma gücünün azalmasından ya da yitirilmesinden doğan zararları^[114] ve ölüm sebebiyle, ölen kişinin desteğinden yoksun kalan kimselerin^[115] zararını içerir.

olmasına ve kesilmesine yol açılması karşısında,...bilirkişi raporunda, dava konusu olay dolayısıyla % 56 fonksiyon kaybı olan davacının maddî zararı 477.230.74 lira olarak saptanmıştır...istem doğrultusunda 250.000 lira maddî tazminatın davalı idarenden tahsili gerekmektedir.” (Savaş, Halide: Yargıya Yansıyan Tıbbî Müdâhale Hataları Tıbbî Malpraktis- Tıbbî Davaların Seyri ve Sonuçları, 3.Bası, Ankara 2013, s. 284-285). 10.D., 8.12.1997, 1996/2121, 1997/5476: “yanlış ilaç enjekte edilerek ilgilinin parmağının kangren olması sonucu kesilmesine sebep olan idarenin ...davacı çocuğun belirlenen % 3 iş gücü kaybı sebebiyle 79.458.126 lira zararının olduğu...” (KHYK-J). Benzer şekilde, proloterapi veya mezoterapi yöntemlerinde de hatalı enjeksiyon veya yanlış ilaç enjekte edilmesi hâlinde belirtilen durumların ortaya çıkması sonucu zararın tazminine hükmedilebilir.

[112] Geçimini resim yaparak sağlayan bir kişinin hatalı tıbbî müdâhale neticesinde parmaklarını kaybetmesi hâlinde, çalışma gücünü tamamen yitirmemiş olsa da, ekonomik geleceği sarsılmış olur (Kılıçoğlu, s. 414). Cilt ve boyun yenilenmesi amacıyla deri içine enjeksiyon yapılması şeklinde uygulanan mezoterapi yönteminin hatalı uygulanması neticesinde yüz güzelliğini yitiren genç bir kızın evlenmesinin zorlaşması, sanatın bu sebeple çalışmasının güçleşmesi gibi durumlardaki zararlar da ekonomik geleceğin sarsılmasından doğan zararlardır.

[113] Her kişinin günün birinde ölecek olması sebebiyle, cenaze giderlerinin gerçek anlamda bir zarar olmadığı, ölüm olayının öne çekilmesinin bu giderlerin ölüm olayından sorumlu kişiye yüklenmesini haklı göstermeyeceği, bu masrafların ölen kişinin terekesinden ya da mirasçıların malvarlığından karşılandığı belirtilmektedir. Bu sebeple, cenaze giderleri zarar olarak kabul edildiği takdirde, ölenin ya da mirasçılarının haksız zenginleşmesinin söz konusu olacağı ve bu durumun tazminatın zarar miktarını aşamayacağı ilkesine de aykırılık teşkil ettiği ifade edilmektedir (Petek, İlaç Üreticisi, s. 250). Diğer taraftan, failin erken ölüme sebebiyet vermesi sebebiyle, bu zararlardan sorumlu tutulması gerektiğinin genellikle kabul edildiği, kişinin yakın bir tarihte kendi eceliyle öleceğinin kanıtlanması hâlinde de TBK. m. 52 gereğince cenaze giderlerinin tazmininde indirim yapılabileceği belirtilmektedir (Kılıçoğlu, s. 415).

[114] Ölenin, ölünceye kadarki yaralanma sebebiyle doğan kendi şahsına ilişkin doğrudan doğruya uğradığı zararlardır. Bu zararların tazmini istemi, ölenin mirasçılarına intikal eder (Kılıçoğlu, s. 415).

[115] Destekten yoksun kalma tazminatı, mirasçılık sıfatıyla ilgili olmayan, destekten yoksun kalanların şahsında doğan kendilerine ait bir haktır (Kılıçoğlu, s. 415). Destekten yoksun kalanlar genellikle ölenin eşi, anne, babası, çocukları ve nişanlısı olabilir. Destek her zaman parasal olmayabilir, sürekli ve düzenli olarak birbirlerine yardım ve hizmet ederek destek olduklarını ispatlayan aile bireyleri, ölüm meydana gelmeseydi yardımın devam edecek olduğunu da kanıtladıkları takdirde, destek tazminatı isteyebilirler. Bu durumda

2. Manevî Tazminat

Hekimin yanlış teşhis koyması ya da uygun olmayan tedavi yöntemi- ni uygulaması sebebiyle hastanın bedensel bütünlüğü zarar görmüşse, manevî tazminata konu zarar, hastanın acı ve ıstırap duyması, yaşama sevincinin yok olması^[116] ya da azalması halinde ortaya çıkan zarardır.^[117] Manevî tazminat davasıyla, manevî acıların giderilmesi (tazmini) değil, bir anlamda dindirilmesi veya yatıştırılması amaçlanır.^[118] Yargıtay kararlarında, manevî tazminatın miktarının birden çok şartın ve somut olayın özelliklerinin değerlendirmesi suretiyle hâkimin takdirine bırakıldığı, hakkaniyete uygun bir miktara hükmedilmesi gerektiği ve hükmedilen manevî tazminat miktarının bir taraf için ceza, diğer taraf için zenginleşme aracı olmaması gerektiği ifade edilmektedir.^[119] Türk Borçlar Kanunu'nun 56. ve 58. maddeleri, genel olarak manevî tazminat talebinin dayanağını oluşturmaktadır. Bununla birlikte öğretide, Türk Borçlar Kanunu'nun 56. ve 58. maddelerinde düzenlenen manevî tazminat isteminin konusunun, maddî kişisel varlıklara ve maddî olmayan kişisel varlıklara saldırı halinde ortaya çıkan manevî zarar olarak ayrı ayrı incelenmesi gerektiği ifade edilmekte ve her iki hükmün aynı madde altında düzenlenmemiş olması eleştirilmektedir.^[120] Kişinin

ev hanımının ölümü hâlinde de yakınları tazminat isteyebilirler. Bunun dışında, sadece fiilen yardımda bulunanların (fiili destek) değil, ileride yardımda bulunması kuvvetle muhtemel kişilerin (farazi destek) ölümü hâlinde de, destekten yoksun kalma tazminatı istenmesi mümkündür (Tekinay/Akman/Burcuoğlu/Altıp, s. 620 vd.; Oğuzman/Öz, s. 101 vd.; Eren, Borçlar, s. 755 vd.; Kılıçoğlu, s. 416; Gökyayla, K. Emre: Destekten Yoksun Kalma Tazminatı, Ankara 2004, s. 98 vd.; Petek, Sağlık, s. 165). Destekten yoksun kalma tazminatının hesabında, ölenin yaşı, ölmeseydi muhtemel yaşama süresi, muhtemel çalışma ve destek olma süresi ve destekten yoksun kalanların muhtemel yaşama süresi, destek alabilme süreleri, gelir durumları, destek görenin ölenle arasındaki yakınlık derecesi, hayatta kalan eşin evlenme şansı, ölüm olayında ortak kusurun bulunup bulunmadığı dikkate alınır (Tekinay/Akman/Burcuoğlu/Altıp, s.629 vd.; Eren, Borçlar, s. 759 vd.; Kılıçoğlu, s. 417; Gökyayla, s. 139; Petek, Sağlık, s. 166).

[116] Yavuz İpekyüz, s. 146.

[117] Demir, Hekim, s. 250.

[118] 13.HD., 17.06.1996, 3880/6163:“Manevî tazminat zarara uğrayana bir huzur duygusu vermeli, ruhî ızdırabın dindirilmesini amaç edinmelidir. Esasen manevî tazminatın fonksiyonu bu noktada toplanmaktadır. O nedenle tazminatın miktarı tayin edilirken, bu amaç ve fonksiyonun göz ardı edilmemesi kaçınılmazdır.” (Özkan/Akyıldız, s. 362-363).

[119] Bkz. 13. HD., 23.05.2003, 3392/6425 (KHYK-J).

[120] Kılıçoğlu, s. 440, 448.

yaralanması halinde bedensel bütünlüğünün zedelenmesi veya ölümü halinde maddî kişisel varlıklara bir saldırı olduğundan Türk Borçlar Kanunu 56. madde hükmü kapsamında manevî zarar talep edilmesi gerekir.^[121] Bununla birlikte, kişilik hakkının ihlâli sebebiyle ileri sürülen manevî tazminat talebinin Türk Medenî Kanunu'nun 25. maddesinin 3. fıkrası hükmüne dayandırılması da mümkündür.^[122]

B. GÖREVLİ VE YETKİLİ MAHKEME

1. Sözleşme Bulunmayan Hallerde Görevli ve Yetkili Mahkeme

Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntemlerin uygulanmasından kaynaklanan ve sözleşme bulunmayan hallerde, haksız fiil sorumluluğu veya vekâletsiz iş görme hükümlerine dayanılarak, bağımsız çalışan hekimler/uygulayıcılar ya da diğer yardımcı personel aleyhine açılan maddî ve manevî tazminat davalarında görevli mahkeme, asliye hukuk mahkemesidir.

Diğer taraftan, sözleşme bulunmayan hallerde, özel hastaneler, şirket statüsünde olan özel sağlık kuruluşları veya konaklama tesisleri aleyhine açılan tazminat davalarında ise, şirket statüsünde olmaları ve yürüttükleri faaliyetin ticarî sayılması sebebiyle, ticaret mahkemesinin görevli olduğu kabul edilmektedir.^[123]

Sözleşme bulunmayan hallerde, haksız fiil sorumluluğu veya vekâletsiz iş görme hükümlerine dayanılarak açılan maddî ve manevî tazminat davalarında yetkili mahkeme, Hukuk Muhakemeleri Kanunu'nun 6. maddesinin "Genel yetkili mahkeme, davalı gerçek veya tüzel kişinin davanın açıldığı tarihteki yerleşim yeri mahkemesidir." hükmü gereğince belirlenmektedir. Bununla birlikte haksız fiil sorumluluğuna dayandırılan tazminat davalarının, Hukuk Muhakemeleri Kanunu'nun 16. maddesi gereğince haksız fiilin işlendiği veya zararın meydana geldiği yahut gelme ihtimalinin bulunduğu yer ya da zarar gö-

[121] Eren, Borçlar, s. 781; Kılıçoğlu, s. 441-444.

[122] Eren, Borçlar, s. 781; Ayan, s. 123; Yavuz İpekyüz, s. 147; Petek, Estetik Ameliyat, s. 232. Aynı yönde 4.HD., 16.10.1979, 6924/11432: "MK'nun 24. maddesinde düzenlenen (TMK.m.25) ve BK.49. maddesi (TBK.m.58) ile de teyit edilen esas kural uyarınca manevî tazminat istenebilmesi, kişisel hak ve yararların halele uğraması hallerinde mümkündür". (KHYK-J).

[123] Hakeri, Tıp Hukuku, s. 536.

renin yerleşim yeri mahkemesinde de açılabilmesi mümkündür. Hekim bir yerde geçici olarak görev yapıyorsa ve orada bulunuyorsa, orada bulunması uzunca bir süre devam edecekse, bulunduğu yer mahkemesinin yetkili olabileceği de Hukuk Muhakemeleri Kanunu'nun 8. maddesinde belirtilmektedir. Hukuk Muhakemeleri Kanunu'nun 7. maddesinde de, birden fazla davalının bulunduğu hallerde davanın, bunlardan birinin yerleşim yerinde açılabilmesi, ancak dava sebebine göre kanunda, davalıların tamamı hakkında ortak yetkiyi taşıyan bir mahkeme belirtilmişse, o yer mahkemesinde davaya bakılabileceği belirtilmektedir. Belirtilen hükümlerin hiçbirisi kesin bir yetki kuralı değildir. Bu sebeple, belirtilen hükümler doğrultusunda davacının davasını ikame edeceği yetkili mahkemeye ilişkin seçim hakkı bulunmaktadır.

2. Sözleşme Bulunan Hallerde Görevli ve Yetkili Mahkeme

Hasta ile hekim/uygulayıcı veya hastane/özel sağlık kuruluşu/konaklama tesisi arasında tedavinin uygulanmasını konu alan geçerli bir sözleşmenin niteliği itibarıyla aynı zamanda bir tüketici işlemi sayıldığı, 6502 Sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun'da açıkça belirtilmektedir. Bununla birlikte, Kanun'un 73. maddesinin 2. fıkrasında da "Tüketici işlemleri ile tüketiciye yönelik uygulamalardan doğabilecek uyuşmazlıklara ilişkin davalarda tüketici mahkemeleri görevlidir." hükmü yer almaktadır. Bu doğrultuda, geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntemlerin uygulanmasına ilişkin tedavi sözleşmeleri veya hastaneye kabul/ayakta teşhis ve tedavi yapılacak özel sağlık kuruluşuna kabul/konaklama tesisindeki sağlık birimine kabul sözleşmelerinden kaynaklanan uyuşmazlıklarda da görevli mahkeme, tüketici mahkemesi olacaktır.

6502 Sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun'un 73. maddesinin 5. fıkrasında; "Tüketici davaları, tüketicinin yerleşim yerinin bulunduğu yerdeki tüketici mahkemesinde de açılabilir." hükmü yer almaktadır. Ancak hüküm altına alınan bu yetki kuralı, kamu düzeyiyle ilgili kesin bir yetki kuralı değildir. Bu sebeple, hasta ile hekim/uygulayıcı ya da hastane/tesis arasında sözleşme bulunan hallerde hasta, bu hüküm dışında, Hukuk Muhakemeleri Kanunu'nun 10. maddesine göre sözleşmenin ifa edileceği yer mahkemesinde veya yukarıda "Sözleşme Bulunmayan Hallerde Görevli ve Yetkili Mahkeme" başlığı altında

ele aldığımız Hukuk Muhakemeleri Kanunu'nda belirtilen yetkili mahkemelerden birinde de davasını açarak tercih hakkını kullanabilir.

C. ZAMANAŞIMI

1. Haksız Fiile Dayalı Taleplerde Zamanaşımı

Taraflar arasında sözleşme bulunmayan hallerde, zarar gören hasta tarafından açılacak davalar, Türk Borçlar Kanunu'nun 72. maddesi uyarınca zarar görenin zararı ve tazminat yükümlüsünü öğrendiği^[124] tarihten itibaren 2 yıllık ve fiilin işlendiği tarihten itibaren 10 yıllık zamanaşımı süresine tâbidir. Buna karşılık, aynı hükümde yer verildiği üzere, hekimin haksız fiili Türk Ceza Kanunu'na göre suç teşkil ediyorsa ve ceza kanunları daha uzun bir zamanaşımı süresi öngörüyorsa, hekim hakkında açılacak tazminat davasının zamanaşımı süresi de suçun bağlı olduğu ceza zamanaşımı süresine göre belirlenir. Bunların dışında, adam çalıştıran sıfatıyla sorumlu tutulan hekim, diğer yardımcı sağlık hizmetleri personeline veya birden fazla kişinin birlikte bir zarara sebebiyet vermeleri halinde de müteselsilen sorumlu olanlar birbirlerine karşı rücu davası açabilirler. Bu durumda dava, Türk Borçlar Kanunu'nun 73. maddesi gereğince, tazminatın tamamının ödendiği ve birlikte sorumlu olunan kişinin öğrenildiği tarihten başlayarak 2 yıllık ve herhalde tazminatın tamamının ödendiği tarihten başlayarak 10 yıllık zamanaşımı süresine tâbi olur.

2. Sözleşmeye Dayalı Taleplerde Zamanaşımı

Tazminat davaları hekim/uygulayıcı ile akdedilen tedavi sözleşmesine, özel hastane/konaklama tesisi ile akdedilen hastaneye kabul sözleşmesine/konaklama tesisindeki sağlık birimine kabul sözleşmesine veya özel sağlık kuruluşu ile akdedilen sözleşmeye de dayanabilir. Bu durumda, belirtilen sözleşmelerin niteliğinin vekâlet sözleşmesi olduğu göz önüne alındığında, Türk Borçlar Kanunu'nun 147. maddesinin 5. fıkrası gereğince zamanaşımı süresi 5 yıldır.

[124] Burada zararın öğrenilmesinin, tazminat hesabı için gereken zararın kapsamının ve miktarının öğrenilmesi değil; zararın varlığının, niteliği ve esaslı unsurlarının öğrenilmesi anlamına geldiği kabul edilmektedir (Tekinay/Akman/Burcuoğlu/Altıp, s. 718-719; Eren, Borçlar, s. 831; Antalya, s. 768-769).

VI. SORUMLULUKTAN KURTULMANIN YOLLARI

Uygulayıcıların, diğer sağlık meslek mensuplarının veya sağlık kuruluşlarının hukuka veya sözleşmeye aykırı davranışları ile ortaya çıkan zarar arasındaki illiyet bağının mücbir sebep, zarar görenin ağır kusuru veya üçüncü kişinin ağır kusuru sebebiyle kesildiği ispatlanabilirse, hukukî sorumluluktan kurtulmak mümkün olabilir. Bununla birlikte, zarar görenin adam çalıştıranın sorumluluğu sebebine dayandığı hallerde hekim, kurtuluş kanıtı getirerek çalışanının fiilinden dolayı sorumlu tutulmaktan kurtulabilir.

A. NEDENSELLİK BAĞININ KESİLMESİ

Hekim, hasta üzerinde hukuka aykırı ve kusurlu şekilde uyguladığı tıbbî müdahale ile meydana gelen zarar arasındaki nedensellik bağının aşağıda ele alınan sebeplerden biriyle kesildiğini ispat ederse sorumluluktan kurtulabilir.

1. Mücbir Sebep

Mücbir sebep, meydana gelen zararlı sonuca mutlak ve kaçınılmaz bir şekilde sebep olan, gerçekleşme şekli ve yoğunluğu itibarıyla olayların normal akışına göre öngörülmesi ve karşı konulması mümkün olmayan olağanüstü olay olarak tanımlanmaktadır.^[125] Mücbir sebebin varlığı sebebiyle nedensellik bağının kesildiğinin ve zarar verenin sorumluluktan kurtulduğunun kabul edilebilmesi için, hukuk kuralının ihlâline mücbir sebebin yol açması ve zarar verenin mücbir sebebi ispatlaması gerekir. Örneğin, sülüğün sterilize edilmeden uygulanması veya apiterapinin arı ürünlerine alerjisi olana uygulanması sırasında meydana gelen yer sarsıntısında hastanın, yöntemlerin hatalı uygulanması nedeniyle değil de dolabın altında kalarak öldüğü söylenebiliyorsa, mücbir sebep nedeniyle hukuka aykırı fiil ile zarar arasındaki illiyet bağı kesilmiş sayılır.

[125] İmre, Zahit: Doktrinde ve Türk Hukukunda Kusursuz Mesuliyet Halleri, İsmail Akgün Matbaası, İstanbul 1949, s. 201; Eren, Fikret: Sorumluluk Hukuku Açısından Uygun İlliyet Bağı Teorisi, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayını No:361, Ankara 1975, s. 176; Eren, Borçlar, s. 557; Petek, Sağlık, s. 169.

2. Zarar Görenin Ağır Kusuru

Zarar verenin sorumluluktan tamamen kurtulabilmesi için, zarar görenin kusuru^[126] nedensellik bağıını kesecek düzeyde olmalıdır. Somut bir olay kapsamında, hekimin hukuka aykırı ve kusurlu müdâhalesi zararlı sonucu doğurmaya tek başına elverişli olsa da; zarar görenin ağır kusurlu davranışı hukuka aykırı fiili bertaraf ederek zararlı sonucun tek sebebi haline gelebilir. Başka bir deyişle, hastanın üzerine düşen yükümlülüklerine aykırı davranması sebebiyle zarar meydana gelirse, kusurun derecesine göre hekimin tazminat yükümlülüğü ortadan kalkabilir. Örneğin, bel ağrısı için kayropraktik yönteminin hatalı şekilde uygulanmasından sonra hastanın verilen egzersizleri yapmaması, zararın tek sebebi haline gelmişse, zarar görenin ağır kusuru nedeniyle hukuka veya sözleşmeye aykırı fiil ile zarar arasındaki illiyet bağının kesildiği söylenebilir.

3. Üçüncü Kişinin Ağır Kusuru

Zarar verenin sorumluluktan kurtulabilmesi için, üçüncü kişinin^[127] kusuru da nedensellik bağıını kesecek düzeyde olmalıdır. Aksi halde üçüncü kişinin kusuru, yalnızca zararlı sonucun sebeplerinden biri sayılır. Bu durumda müteselsil sorumluluk gündeme gelir. Örneğin, homeopati yönteminin hekim tarafından hatalı uygulanmasından sonra eczacı, hekim tarafından reçete edilen ilaçtan farklı bir ilaç vermişse ve hekimin hatalı uygulaması değil de bu ilaç zarara yol açmışsa, burada da hukuka veya sözleşmeye aykırı fiil ile zarar arasındaki illiyet bağı üçüncü kişinin ağır kusuru nedeniyle kesilmiş sayılır.

B. KURTULUŞ KANITI GETİRİLMESİ

Adam çalıştırmanın sorumluluğu hükümlerine göre sorumlu tutulan hekimin, zararın meydana gelmesinde kendi kusurunun veya yardımcı kişinin kusurunun olmadığını ispat ederek sorumluluktan kurtulması mümkün değildir. Adam çalıştırmasının sorumluluğu kapsamında sorumlu tutulan hekim, çalışanını seçerken, işiyle ilgili talimat verir-

[126] Zarar görenin kusuru, makûl bir insanın aynı şartlar altında kendi yararına olarak yapmaması gereken şeyleri yapması veya yapması gereken şeyleri yapmaması olarak ifade edilmektedir (Eren, Borçlar, s. 572).

[127] Üçüncü kişi, zarar veren ve zarar gören ile bu kişilerin sorumluluğu altındaki yardımcı dışındaki kişidir.

ken, gözetim ve denetimde bulunurken, zararın doğmasını engellemek için gerekli özeni gösterdiğini ispat ederse, sorumluluktan kurtulur (TBK.m.66/f.2). Bu durum öğretide kurtuluş kanıtı getirmek olarak adlandırılmaktadır.

SONUÇ

Tıbbî müdâhale sayılan bir geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntemin, tıbbî zorunluluk bulunmaksızın, tıp biliminin verilerine aykırı olarak, hekim olmayan tarafından veya hekim gözetiminde olmaksızın sağlık meslek mensubu tarafından, gerekli özen gösterilmeksizin veya ilgilinin aydınlatılmış rızası olmaksızın uygulanması hukukumuzdaki düzenlemelere göre hukuk normunun ihlâli veya sözleşme bulunan durumlarda sözleşmeye aykırılık olarak değerlendirilmektedir.

Taraflar arasında “tedavi sözleşmesi”, “tam/bölünmüş hastaneye kabul sözleşmesi”, “tam/bölünmüş ayakta teşhis ve tedavi yapılacak özel sağlık kuruluşuna kabul sözleşmesi”, “tam/bölünmüş konaklama tesisindeki sağlık birimine kabul sözleşmesi” şeklinde bir sözleşme ilişkisi bulunduğu takdirde, geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntemlerin hatalı uygulanması neticesinde hastanın fiziksel ve ruhsal bütünlüğü zarar görmüş olabilir. Bu durumda hasta, hekimin/uygulayıcının/uygulanan kurumun sözleşmeden kaynaklanan yükümlülüklerinden en az birini ihlâl ettiğini, zararının meydana geldiğini ve ihlâle neden olan fiil ile zarar arasında nedensellik bağı bulunduğunu ortaya koymak suretiyle tazminat davası açabilir. Hasta bu davasını, Türk Borçlar Kanunu’nun 112. maddesi gereğince sözleşmeye aykırılık hükümlerine veya zarar yardımcı kişinin fiilinden kaynaklanıyorsa Türk Borçlar Kanunu’nun 116. maddesine dayandırabilir. Bunların dışında, sözleşme bulunan hallerde hastanın, talebinin dayanağını sözleşmeye aykırılık hükümleri ya da haksız fiil sorumluluğu hükümleri olarak belirleyebilmesi de mümkündür. Bu durumda sözleşme sorumluluğu ile sözleşme dışı sorumluluk yarışmakta, hasta hekime karşı açacağı davayı iki sorumluluktan istediğine dayandırabilmektedir. Kusurun ispatı, zamanaşımı süreleri ile yardımcı kişinin fiilinden sorumluluk hükümleri haricinde açılacak tazminat davasında, Türk Borçlar Kanunu’nun 114. maddesinin 2. fıkrasındaki düzenleme gereğince, haksız fiil sorumluluğuna ilişkin hükümler kıyas yoluyla sözleşmeye aykırılık hâlinde de uygulanır.

Sözleşme bulunmayan hallerde hasta, hukuka aykırılık, kusur, zarar ve illiyet bağının varlığını ispatlamak suretiyle talebini, Türk Borçlar Kanunu'nun 49. maddesi ve devamı maddeleri gereğince haksız fiil hükümlerine dayandırabilir. Bununla birlikte, zarar, yardımcı kişinin fiilinden kaynaklanıyorsa, hasta talebini, kusursuz sorumluluk hali sayılan Türk Borçlar Kanunu'nun 66. maddesinde yer verilen adam çalıştırmanın sorumluluğu hükümlerine de dayandırabilir. Bunların dışında, hastanın Türk Borçlar Kanunu'nun 66. maddesinin 3. fıkrasındaki organizasyon sorumluluğu hükümlerine de başvurabilmesi mümkündür. Sözleşme bulunmayan hallerde hastanın şartlar gerçekleştiği takdirde başvurabileceği bir diğer hukukî sebep, vekâletsiz iş görmeden kaynaklanan sorumluluk hükümleridir.

6502 Sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun'a göre sağlayıcı sayılan hekim/uygulayıcı ya da hastane/özel sağlık kuruluşu/konaklama tesisi ile tüketici sayılan hasta arasındaki sözleşmeden kaynaklanan uyuşmazlıklar sebebiyle açılan davalarda tüketicinin yerleşim yeri, sözleşmenin ifa edildiği yer, davalının yerleşim yeri, birden fazla davalının bulunduğu hallerde bunlardan birinin yerleşim yeri veya davalının geçici olarak görev yaptığı yerde uzun süre bulunması gerekiyorsa bu yer tüketici mahkemelerinden herhangi birinde görülmesi gerekir. Bir sözleşmeye dayanmayan geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntemlerin uygulanmasından kaynaklanan, haksız fiil veya vekâletsiz işgörmeye dayanan davalarda görevli mahkeme asliye hukuk mahkemesidir. Bu davalarda, sözleşmenin ifa edildiği yer hariç olmak kaydıyla yukarıda belirtilen yetkili mahkemelere ek olarak haksız fiilin işlendiği veya zararın meydana geldiği yahut gelme ihtimalinin bulunduğu yer ya da zarar görenin yerleşim yeri mahkemesi de yetkilidir.

Tazminat davalarında haksız fiil sorumluluğuna dayanılıyorsa, Türk Borçlar Kanunu'nun 72. maddesi uyarınca, zarar görenin zararı ve tazminat yükümlüsünü öğrendiği tarihten itibaren 2 yıl ve zarar sonradan ortaya çıkmışsa zararın doğduğu tarihten itibaren 10 yıl içinde dava açılmalıdır. Bununla birlikte, sözleşmeye aykırılığa dayanılıyorsa, Türk Borçlar Kanunu'nun 147. maddesinin 1. fıkrasının 5. bendi gereğince zararın varlığının, niteliği ve esaslı unsurlarının öğrenilmesinden itibaren 5 yıl içinde dava açılmalıdır. Diğer taraftan, hekim veya uygulayıcının fiili suç teşkil ediyorsa ve Türk Ceza Kanunu o fiil için daha

uzun bir zamanaşımı süresi öngörüyorsa, bu süre dikkate alınmalıdır.

Davalılar, zarar ve fiil arasındaki nedensellik bağının kesilmesine yol açan, mücbir sebebi, üçüncü şahsın ağır kusurunu veya zarar görenin ağır kusurunu ispatlamak suretiyle sorumluluktan kurtulabilirler. Bununla birlikte, adam çalıştıranın sorumluluğu hükümlerine göre sorumlu tutulan adam çalıştıranın da, çalışanın seçiminde, denetiminde, talimat vermede gerekli özeni gösterdiğini kanıtlaması suretiyle sorumluluktan kurtulması mümkündür. Organizasyon sorumluluğu söz konusu olduğunda da sorumluluktan kurtulmak, hastanenin/özel sağlık kuruluşunun/konaklama tesisinin, çalışma düzeninin zararın doğmasını önlemeye elverişli olduğunun kanıtlanması suretiyle mümkün olabilir.

Ülkemiz koşullarında, resmî kayıtlar anlamında geniş bir uygulama alanına sahip olmayan, henüz yeterince tanınmayan geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntemler, teşhis ve tedavide kullanılırken oldukça dikkatli davranılmalı, aydınlatma yükümlülüğünün kapsamı genişletilmeli, azamî dikkat ve özen gösterilmelidir. Aksi halde hekimlerin hukukî ve cezaî sorumluluklarının doğması kaçınılmaz olabilir. Geleneksel ve tamamlayıcı tıbbî yöntemlere ilişkin hukukî düzenlemelerin en ideal konuma getirilmesi suretiyle yöntemlerin hukuk kuralları ile tıp bilimi kurallarının sınırları içinde yeni teknolojiye uyum sağlanarak uygulanması, gerek hastalarının haklarının korunması gerekse hekimlerin sorumluluğunun kapsamının daralması ya da ortadan kalkması açısından büyük önem taşımaktadır.

KISALTMALAR

AÜHFD.	: Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi
BK.	: 818 sayılı Borçlar Kanunu
bkz.	: bakınız
C.	: Cilt
D	: Danıştay Dairesi
DEÜHFD.	: Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi
dn.	: dipnot
HGK.	: Yargıtay Hukuk Genel Kurulu
HD.	: Yargıtay Hukuk Dairesi
KHYK-J.	:Kazancı Hukuk Yargı Kararları- Jurisdictio Mevzuat Programı
MK.	: 743 sayılı Medenî Kanun
m.	: madde
s.	: sayfa
S.	: Sayı
TBK.	: 6098 sayılı Türk Borçlar Kanunu
TMK.	: 4721 sayılı Türk Medenî Kanunu
vd.	: ve devamı

KAYNAKÇA**

Abik, Yıldız: “Doktorun Sorumluluğunda Şans Kaybı: İyileşme Şansının Kaybı”, AÜHFD, 2005, C. 54, S. 3, s. 242-287.

Akipek, Jale/Akıntürk, Turgut/Ateş Karaman, Derya: Türk Medenî Hukuku: Başlangıç Hükümleri: Kişiler Hukuku, C. 1, 10. Bası, İstanbul 2013.

Antalya, Gökhan: Borçlar Hukuku Genel Hükümler, Beta Yayınevi, C. 1, 2. Bası, İstanbul 2013.

Ayan, Mehmet: Tıbbî Müdâhelelerden Doğan Hukukî Sorumluluk, Kazancı Yayınevi, Ankara 1991.

Başpınar, Veysel: Vekilin (Avukatın, Hekimin, Mimarın, Bankanın) Özen Borcundan Doğan Sorumluluğu, Yetkin Yayınevi, 2. Bası, Ankara 2004.

Baykan, Renan: Tüketicinin Korunması Hakkında Kanunun Eksik ve Aksak Yönleri İle Tadiline İlişkin Çözüm Önerileri, İstanbul 2008.

Demir, Mehmet: Tıbbî Organizasyon Kusuru Açısından Hastanelerin Hukuksal Sorumluluğu, Turhan Kitabevi, Ankara 2010 (Hastane).

Demir, Mehmet: “Hekimin Sözleşmeden Doğan Sorumluluğu”, AÜHFD., Ankara 2008, C. 57, S. 3, s. 225-252 (Hekim).

Dural, Mustafa/Öğüz, Tufan: Kişiler Hukuku, C. 2, 14. Bası, İstanbul 2013.

Durdu, Hüseyin: Sağlık Mesleğinde Hukukî Sorumluluk, Adalet Yayınevi, İzmir 1986.

Eren, Fikret: Borçlar Hukuku Genel Hükümler, Yetkin Yayınevi, 16. Bası, Ankara 2014 (Borçlar).

Eren, Fikret: Sorumluluk Hukuku Açısından Uygun İlliyet Bağı Teorisi, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Yayını No:361, Ankara 1975 (İlliyet).

Erol (Sarıyev), Ayşe: Alternatif Tıbbî Yöntemlerden Kaynaklanan Hukukî Sorumluluk, Ankara 2015.

Gökyayla, K. Emre: Destekten Yoksun Kalma Tazminatı, Ankara 2004.

Hakeri, Hakan: Tıp Hukuku, 7. Bası, Ankara 2013 (Tıp Hukuku).

Hakeri, Hakan: Tıp Hukuku El Kitabı, 6. Bası, 2013 (El Kitabı).

İmre, Zahit: Doktrinde ve Türk Hukukunda Kusursuz Mesuliyet Halleri, İsmail Akgün Matbaası, İstanbul 1949.

Kaneti, Selim: Makaleler, İstanbul 2011.

Kılıçoğlu, Ahmet: Borçlar Hukuku Genel Hükümler, 17. Bası, Ankara 2013.

Oğuzman, M. Kemal/Öz, M. Turgut: Borçlar Hukuku Genel Hükümler, C. 2, 10. Bası, İstanbul 2013.

Özdemir, H. Gökçe: Roma ve Türk Hukuklarında Vekâletsiz İş Görme, Seçkin Yayınevi, Ankara 2001.

Özgül, Mehmet Emin: Yeni Tıbbî Yöntemlerin Hukuka Uygunluğu, On İki Levha Yayıncılık, İstanbul 2010.

Özkan, Hasan/Akyıldız, Sunay: Hasta-Hekim Hakları ve Davaları, Seçkin Yayınevi, 2. Bası, Ankara 2012.

Petek, Hasan: “Güzelleştirme Amaçlı Estetik Ameliyatlardan Kaynaklanan Hukukî Sorumluluk”, DEÜHFD., İzmir 2006, C.8, S.1, s. 177-239 (Estetik Ameliyat).

Petek, Hasan: İlaç Üreticisinin Hukukî Sorumluluğu, Ankara 2009 (İlaç Üreticisi).

Petek, Hasan: Sağlık Hukuku, Anadolu Üniversitesi Yayını No:2859, Eskişehir 2013 (Sağlık).

Petek, Hasan: “Tıbbî Müdâhalelerden Kaynaklanan Uyuşmazlıklarda Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun’un Uygulanması”, DE-ÜHFD., 2013, C. 15, Özel Sayı, s. 969-1017 (Tüketicinin Korunma-

sı).

Polat, Oğuz: Tıbbî Uygulama Hataları Klinik-Sosyal-Hukuksal-Etik Boyutları, Ankara 2005 (Tıbbî Uygulama).

Polat, Oğuz: Klinik Adli Tıp: Adli Tıp Uygulamaları, 6. Bası, Ankara 2013 (Adli Tıp).

Savaş Halide: Yargıya Yansıyan Tıbbî Müdahale Hataları Tıbbî Malpraktis- Tıbbî Davaların Seyri ve Sonuçları, Seçkin Yayınevi, 3. Bası, Ankara 2013 (Tıbbî Malpraktis).

Savaş, Halide: “Özel Hastanelerin ve Doktorların Tıbbî Faaliyetlerden Doğan Hukukî Sorumluluklarının İrdelenmesi (Yargıtay 13. Hukuk Dairesi’nin 8.7.2005 Tarihli Kararı Çerçevesinde)”, İstanbul Barosu Dergisi, 2007, C. 81, S. 3, s. 1001-1025 (Özel Hastane).

Tandoğan, Haluk: Borçlar Hukuku Özel Borç İlişkileri, C. 2, 5. Bası, İstanbul 2010 (Borçlar).

Tandoğan, Haluk: Türk Mes’uliyet Hukuku: (akit dışı ve akdi mes’uliyet), İstanbul 2010 (Mesuliyet).

Tekinay, Selahattin Sulhi/Akman, Sermet/Burcuoğlu, Haluk/Altıp, Atilla: Borçlar Hukuku Genel Hükümler, Filiz Kitabevi, 7. Bası, İstanbul 1993.

Yavuz, Cevdet/Acar, Faruk/Özen, Burak: Borçlar Hukuku Dersleri (Özel Hükümler), 12. Bası, 2013.

Yavuz İpekyüz, Filiz: Türk Hukukunda Hekimlik Sözleşmesi, Vedat Kitapçılık, İstanbul 200

** Birden fazla yayınına atıf yapılan yazarların eserlerinde, ilk atıflar hariç olmak üzere yazarın soyadı ile birlikte parantez içindeki kısaltmalar kullanılmıştır.

Av. Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU (Oturum Başkanı)- Ayşe Hanıma da çok teşekkür ediyoruz.

Bu oturumdaki konuların ne kadar önemli olduğunu sanırım sizler de uzaktan görüyorsunuz, sorular yağıyor. Zaman kaybetmemek yönünden hemen Ersin Hocama söz veriyorum.

Soruların cevap bölümüne geçiyoruz.

Ersin YARIŞ- Neşet Ertaş'ın bir türküsü vardır, “kendim ettim kendim buldum” der, bu kadar konuşursan soru da gelir.

Ama çok uzatmayacağım, cevaplarım çok uzun değil ve soruların bazılarında bir bağlam kaydırması da var.

Birinci soru şu: Cochrane ve PubMed veri tabanlarındaki meta analizleri kanıt olarak görmeyip sizin arkadaşınızın anlattığı sülüğe bağlı kol amputasyonuna göre fikir sahibi olmamız kanıt piramidinin neresinde yer almaktadır?

Hiçbir yerinde yer almıyor. Ben zaten kanıt piramidini reddederek söylemedim. Bunu başka bir yerde şöyle ifade ettim: Biz artık uzmanlık dernekleriyle başka bir çalışmaya geçmek zorundayız. O da şu: Ne yarıyor, ne yaramıyor? Fakat ilk aşamada biz etkinliği tartıştık uzmanlık dernekleriyle, şimdi güvenilirlik açısından kayıtları öğrenmeye çalışıyoruz. Neler birikmeye başladı uzmanlık derneklerinde, ortaya ne gibi sorunlar çıktı, bunu görmek için bu faaliyeti yürütüyoruz dedim. Bunun meta analizle bir ilişkisini kurarak bir şey demek istemiyorum bu konuda.

Bir başka soru; uygulama endikasyonlarının hastalıklarla değil semptomlar şeklinde ve belirsiz tanımlandığından bahsettiniz. Analjezik (ağrı kesici) ilaçların kullanıldığı endikasyon ve yan etkileri lütfen sayabilir misiniz?

Yani, zaten bunlar ağrı kesici ve bizler bunları ağrıda kullanıyoruz anlamında soruyor bu soruyu soran kişi. Ama hiçbir zaman reçeteye baş ağrısı diye yazmıyorsunuz, ICD10 (International Code of Diseases) kodlarından birini seçiyorsunuz. Bir hastalık yazıyorsunuz; uluslararası olarak kabul edilmiş, kodlanmış hastalık yazıyorsunuz, benim söyleme-

ye çalıştığım bu.

Gelelim analjezik ilaçların yan etkilerine; sadece onlar için söylemiyorum. Biz farmakologların bir lafı var “bir şey ilaçsa yan etkisi vardır, -ki biz ortaya koyarız-, bir şeyin yan etkisi yoksa o ilaç değildir”, bizim bakış açımız budur. Bir şey ilaçsa yan etkisi vardır, bir şeyin yan etkisi yoksa “bitki falan ne olur bundan” diyorlarsa o ilaç değildir, bizim temel bakış açımız budur. Analjezik ilaçların ve bütün ilaçların yan etkileri vardır. Ama bunların yan etkilerinin ne olduğu zaten ilaç ruhsatlandırma sürecindeki çalışmalarla ortaya konulmuştur burada bir beis yok, soruları da açıkça anlayabilmiş durumda değilim.

Geleneksel Tamamlayıcı Tıp (GTT) uygulamalarıyla ilgili kanıtlar, vaka çalışmaları var mı? Son iki konuşmacımız bunun örneklerini çok verdiler, olumsuz örneklerini. Olumlu örnekleri de vardır, olumsuz örnekleri de vardır; önemli olan bunları bir düzgün kayıtlandırma mekanizmasıyla izlemek ve bunların ağırlıklarını iyi değerlendirmek, benim söyleyebileceğim şey bu.

Bir soru; yaşam koçu, nefes koçu tarafından uygulanan işlemler tedavi midir diyor? Ben koç olarak televizyondaki Beyaz Gölge dizisindeki “Koç Reeves” i hatırlarım, bir de boynuzlu bir hayvan vardır onu hatırlarım. Onların yaptıkları şey tedavi değildir, ama başka koçlar alıyorsunuz para karşılığı koçluk yapan çok adam vardır; paranız varsa buyurun gidin, nasıl hizmet alıyorsunuz tedavi veya değil alın, orası beni hiç ilgilendirmiyor o sizin bireysel tercihinizdir. Koç Reeves’i tanıyorsanız selam söyleyin, onu severim.

Şimdi gelelim bitkiler meselesi ve bununla ilişkili de eczacılar meselesi; etkinliği ve güvenilirliği görülmüş bitkiler illa ki ilaç haline getirilmeli mi? Evet getirilmeli, ne sakıncası var? Ne sakıncası var? Ya, 1000 yıldır kullanılıyor, o zaman ilaç demeyin ona ve o zaman onun kullanıldığı şeye de tedavi demeyin. Tedavi diyecekseniz, tıp uygulamasına girecekse onun adı ilaç olacak. Adam ilacı geliştirmek için para harcıyor, kim ise bundan para kazanan, kim ise bu zimbirtıdan para kazanmak isteyen otursun, çalışsın, 10 sene sonra ruhsatını alsın ilaç diye gelsin, ben böyle bakıyorum.

İlaç firmalarının sağladığı rant kaynaklarını da göz önünde bulunduralım. Evet, ticaret yapıyorlar, ticaret yapıyorlar tabii ki para kazanıyorlar, tabii ki para kazanacaklar. Bu arada hekimlere, başka sağlık çalışanlarına birtakım kolaylıklar sağlıyor olabilirler mi? Evet, ama bu başka bir durumdur. Dolayısıyla, ilaç ruhsatlandırma çalışması her şey için yapılmalıdır eğer ilaç olması isteniyorsa, eğer çağdaş tıbbın içine sokulması isteniyorsa.

Eczacılar GTT Sertifikası vermekle, onlara tedavi etme yetkisi verilmiş olmaz mı diye sorulmuş. Ben onu bir tek yerde söyledim; fitoterapi konusunda eczacılar meselesini söyledim. Orada da Sayın Daire Başkanı, “Eczacılar bizi eleştirdi, biz de onlara zaten siz bunun eğitimini alıyorsunuz, size bu sertifika programını koysak ayıp etmiş olmaz mıyız?” dedi. Ben onun üzerine bunu söyledim, hatta o zaman algologlara da sertifika zorunluluğu koymayın dedim. Benim söylemeye çalıştığım şey bu; fitoterapi Türkiye’de vardır ve bu eczacılık bilimlerinin içerisinde farmakognozi ile ilişkili bir şeydir. Bunu eczacılık eğitiminin içinde de alırlar, bunu dışlayamazsınız, böyle bir hakkınız yok.

Şimdi başka bir şey diyeyim, adını da söyleyeyim fitofarmasi çıktı; fitofarmasi dünyanın hiçbir yerinde kavram olarak yok. Fitoterapi neyinize yetmedi de, fitofarmasi uzmanlık alanı oldu eczacılıkta? Asistan alacaklar, sınavı yapıldı, fitofarmasi uzmanı yetiştirecekler. Klinik eczacılık ve fitofarmasi için asistan aldılar. Klinik eczacılıkla ilgili birtakım sıkıntılar yaşandı; TTB olarak Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) birtakım müdahalelerle klinik eczacılık eğitiminin düzenlenmesi konusunda uzlaşıldı. Ama fitofarmasi bir felaket ve şimdi TTB’nin bu konuda dava açtığını biliyorum. Bu uzmanlık eğitiminin, fitofarmasinin eğitim yönetmeliğinin iptalini istedi TTB; çünkü orası ciddi bir halk sağlığı sorunu olmaya başlayacak. Bu ot-çöp işi de, kusura bakmasınlar ben bu işe ot-çöp diyorum, bu da baş belası olacak.

Şimdi sadece aktarlar meselesi değil; gıda katkı maddesi diye bir sorunumuz var ve bunun ruhsatlarını Tarım Bakanlığı veriyor, yani Sağlık Bakanlığı vermiyor. Şimdi birtakım sıkıntılar olunca Sağlık Bakanlığı biz bunu üstlensek demeye başladı. Geçenlerde Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu’nun Başkanı Dr. Hakkı Gürsöz Bey ile bir panelde konuşuyoruz, Mersin Eczacı Odasında, dedim ki “Hakkı Bey doğru

bir şey yapacaksın da Allah aşkına kaç tane madde var böyle?” dedi ki, “Hocam 12 bin”. Nasıl yani, 12 bin tane maddeyi alacağız biz Sağlık Bakanlığında birileri bunların analizlerini yapacak falan falan. 12 bin madde nasıl bir organizasyon gerektiriyor bu pislği diyeceğim, temizleyebilmek için? Böyle bir şans yok. Dolayısıyla, bu 12 bin madde ve ilişkili maddelerin daha rahat kullanılabilmesini, “bilimsel kullanılabilmesini”, tıbbın içine sokulabilmesini sağlamak için fitofarmasi uzmanlığı tanımlandı. Ben buna ciddi biçimde karşıyım, fitofarmasiye ve TTB’nin açtığı davayı destekliyorum. Ama fitoterapi denilen bir dal var ve burası zaten doktora eğitimi de veren bir daldır, eczacılığın bir bilimsel dalıdır ve bunu reddedemeyiz. O anlamda söyledim.

Uzun cevap verilecek bir soru var, ona da kısa cevap vereyim. Bundan sonrası için bir yol haritası diyor bir meslektaşımız, hem hekim, hem hukukçu bir arkadaşımız; TTB, üniversiteler, hekimler, hastaları da katayım buna ne yapabiliriz? Yapılacak şey şu: Bir; ben yaptım oldu demeyeceğiz, iki; trenin arka vagonunda konuşmayacağız bize orayı adres göstermeyeceksiniz, biz bunu konuşacaksak üniversiteler, TTB, Sağlık Bakanlığı, hukukçular falan nerede, trenin hangi yerinde konuşacağımızı hep beraber belirleyeceğiz, biz oraya eşit paydaşlar olarak gelirsek bir şey olur, ama bize ben yaptım oldu mantığıyla davranırsanız, “ben, ben, ben” diye giderseniz “git o zaman işine” deriz biz de. Oradan bir yere gidilmez, bakın o 12 bin tane ürün, bitkisel ürün diyelim, o 12 bin tane ürünün toparlanması, adam edilebilmesi, bir kısmının belki ortadan tümüyle kaldırılması, yasaklanması, şusu busu; fitofarmasisi şusu busu dahil pek çok konuşulacak konu var; ama tekrar söylüyorum eşit paydaşlar olarak konuşacaksak eyvallah, ama arka vagona binmeyeceğiz.

Teşekkür ediyorum.

Nurhan DEMİRHAN- Bende hemen hızlıca gelen soruları yanıtlayayım.

Bu yaşam koçuyla ilgili hukukçular boyutunda bize sormuşlar; bu uygulamanın sonucunda bedensel bütünlüğü bozulan hastanın şikayeti sonucunda uygulayıcının sorumluluğu da var mı deniliyor.

Eğer hasta bedensel bütünlüğünün bozulduğunu ispat edebilirse evet, hem ceza sorumluluğu, hem de tazminat sorumluluğu doğar.

Bir diğer soru; İnsan Hakları ve Biyotip Sözleşmesine göre genel hükümler madde 4'e göre mesleki standartlar araştırma dahil sağlık alanında herhangi bir müdahalenin ilgili meslek yükümlülüğü ve standarda uygun olarak yapılması gerekir. Ülkemizde geleneksel tamamlayıcı tıp uygulamalarında bu standartlara uyuluyor mu?

Şu anda bildiğim kadarıyla herhangi bir standart yok, sadece bir yönetmelikle yetkilendirilmiş kişiler belli, semptomlar, tanılarla karışık endikasyonu var ama henüz bir standardı yok. Uygulamalar sırasında herhalde bunlar görülecektir.

Bir diğer soru; sabahki oturumda sormuş olduğum kanıtlanmamış bilimsel tedavi olarak nitelendirilen durumların belli şartlara uygulandığı söylendi. Fakat sorumluluğa ilişkin bir açıklama olmadı siz açıklar mısınız demişler.

Ben açıklamaya çalıştım aslında, yönetmelikte böyle bir cezai düzenleme yok. Ancak bizim yapmış olduğumuz tıbbi müdahalelerin hukuka uygunluk şartları vardır; tıbbi müdahaleye yetkili kişi, endikasyon, aydınlatılmış onam, hastanın rızası ve tıbbi özen yükümlülüğüdür. Eğer bunlarda bir aykırılık varsa, özellikle ilk üçünde hukuka aykırılık varsa kasten sorumluluğumuz doğuyor. Tıbbi özen yükümlülüğüne aykırılığımız varsa orada da taksirle sorumluluk doğuyor, zaten hukuki sorumluluğu Avukat Ayşe Hanım size söyledi.

Devamında vermiş olduğumuz 65 yaşındaki prostat hastasına ilişkin örnekte doktorun hastalıktan eser kalmayacağını taahhüdü, kişinin doktor olması, hastanın rızası gibi hukuka uygunluk unsurları mevcut deniliyor.

Hayır mevcut değil, hiçbir hekim hastasına hastalıktan eser kalmayacak diye bir taahhüt vermesi söz konusu değil. Gerek bilimsel tıpta, gerekse geleneksel uygulayıcı tıp uygulamalarında. Kaldı ki burada ve yönetmelik kapsamında da değerlendirecek olursak bu hekimin zaten Bakanlık tarafından tescillenmiş sertifikası yok bu tedaviyi uygulamaya. Dolayısıyla kasten yaralamaya giriyor. Mesela böyle bir vaka örneği Amerika'da olmuş, Amerika'da federal mahkeme hastayı da mahkûm etmiş; çünkü hastaya "senin bilişsel eğitim düzeyin bunu araştırıp öğrenmeye, kanserin bu tip tedaviyle tamamen iyileşmeyeceğini biliyor

olmanı gerektirirdi” diyor ve aynı zamanda ortalama bir hekimden bizim beklediğimiz böyle bir kanser hastalığının bitkisel tedaviyle tamamen iyileşemeyeceği yönünde, ancak hekim arkadaş şey yapabiliydi, yardımcı tedavilerle destekleyip onu ameliyata ikna edebilirdi. Yine Florida’dan bir örnek; 27 yaşındaki bir genç hasta, over adenokarsinomu var, ki çok agresif seyreder; ameliyatı ve kemoterapiyi reddediyor ve geleneksel tamamlayıcı tıp uygulayıcısına başvuruyor ve öyle bir şey yapıyor ki, orada hasta bir hafta içinde hem operasyona, hem kemoterapiye ikna edilir hale geliyor. Tekrar kanıta dayalı tıpla uğraşan hekim arkadaşlara hasta teslim ediliyor.

Bir diğer soru da; uçakta hastalanan bir kişiye, uçakta bulunan veterinerin müdahalesi doğru mudur, sağlık ve hukuki yönü nedir?

Şöyle bir şey var: Uçakta hastalanan birisi için eğer veteriner hekim Sağlık Bakanlığının İlkyardım Eğitim Yönetmeliğince yetkilendirilmiş ilkyardım eğitim merkezlerinde, ilkyardım sertifikası almışsa ve böyle bir kimliğe sahipse, ki bu kimliklerin uygulama süresi de 5 yıldır. 5 yılda bir yenilenmesi gerekir. Ancak bu yetkinin varlığında hastaya müdahale edebilir, onun dışında böyle bir müdahale yetkisi yok, müdahale ederse tabii ki hastaya zarar vermekten dolayı sorumluluk doğar.

Hep tabip ve diş hekimi üzerinde duruldu, müdahalede veterinerin yeri var mı?

Sonuçta Sağlık Bakanlığı ve bu uygulamalar insan üzerinde yapılan tıbbi uygulamalar, dolayısıyla o biraz Tarım ve Hayvancılık Bakanlığının da konusu, dolayısıyla o bizim alanımızın dışındadır.

Ben teşekkür ediyorum.

Av. Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU (Oturum Başkanı)-
Sözü hemen Ece Hanıma veriyoruz.

Ece SİNDEL- Sorular daha çok modern tıbbi müdahalelerdeki aydınlatılmış onamla ilgili olup, geleneksel tamamlayıcı tıp uygulamalarına yönelik aydınlatılmış onamla ilgili değil. Birazcık zamanımız dar olduğu için soruları birleştirerek hepsine cevap vermek istiyorum. Aydınlatılmış onamlarda kanunda istisnai olarak belirtilen durumlar hariç şekil şartı yoktur; ancak ispat açısından yazılı olması hususu önem taşı-

maktadır. Yazılı olması gereken istisnai durumlar; büyük cerrahi ameliyatlar , organ nakli, tedavinin reddedilmesi ve geleneksel- tamamlayıcı tıp uygulamalarında da ayrıca belirtildiğinden tedaviyi reddeden ancak geleneksel ve tamamlayıcı uygulama isteyen bir kişi için aydınlatılmış onamın kesinlikle yazılı olması gerekmektedir.

Hekimlerin %80'inin uygulamalara karşı olduğunu söylüyorsunuz, Canan Karatay da şeker yükleme testine karşıdır, hekimlerin duygusal tutumlarını baz alarak bilimsel çıkarımlar yapmak doğru olur mu?

Tabii ki burada hekimlerin duygusal çıkarımlarında bizim de yer almamız söz konusu değil. Hepimiz burada bilimsel bir şey yapıyoruz, hekimler de aynı şekilde. Dolayısıyla bizler de hekimlerin bilimsel yaklaşımlarını ele alabiliriz. Türk Tabipler Birliği, tabip odaları ve bu konuda uzman derneklerin görüşlerini ancak ele alarak değerlendirebiliriz ve bu bir duygusal yaklaşım olmayıp, uzmanlık derneklerinin, hekimlerin ve bilimin şuandaki verilerine bağlı olarak verilmiş bir orandır.

Diğer bir soru, uygulama merkezlerini biraz açabilir misiniz?

Yönetmelikte; Uygulama merkezleri ve üniteler yetkilendiriliyor. Uygulama merkezleri, üniversitelerin tıp fakülteleri ve hastaneleri ile dış hekimliği fakültelerine bağlı olan sağlık uygulama merkezleri bünyesinde kurulan merkezler oluyor, eğitim ve araştırma hastanelerinde oluyor. Bunlar 15 uygulamayı yapmakla yetkililer, artı olarak yeni bir uygulama buldukları takdirde bunu Bilim Komisyonuna iletebiliyorlar. Ünitelerden en büyük farklılığı uygulama merkezlerinin yeni bir uygulama ortaya çıkarsa Bilim Komisyonunca değerlendirilip uygulamanın yer alabilmesidir.

Bir tane de, sağlık turizmine yansımış aydınlatılmış onamla ilgili herhangi bir vaka sayısı bilginiz var mıdır? Sorusu gelmiş.

Sağlık turizmi kapsamında ülkemize gelen ve ameliyat olacak yabancı kişilerden tercüman eşliğinde aydınlatılmış onam alınması gerekiyor. Tercüman eşliğinde alınmaması aslında o kişinin net bir iradesinin tam olarak alınmadığını ve burada bir irade sakatlığı varlığını gösteriyor. Sağlık turizmi özelinde yabancılar adına aydınlatılmış onam açısından yargıya yansıyan kaç tane dava olduğu istatistik bilgisini bilemiyorum.

Ben teşekkür ediyorum.

Ayşe EROL SARIEY- Bana da şöyle bir soru gelmiş: Geleneksel tamamlayıcı tıp uygulamalarının tek başına tedavi edemeyeceğinin bilgilendirilmesiyle yapılıyorsa diye başlanılmış soruya, zaten bu şekilde yapılması gerekiyor. Şu anda mevcut yönetmelikte destek tedavi, yani klasik tedavi yöntemlerine destek olarak uygulanmak şartıyla bu yöntemler aslında hukuki bir düzenlemeye tabii tutulmuştur. Burada modern tıbbi tedavi ve geleneksel tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin aynı hastada uygulandığı takdirde denilmiş, sakatlık ve ölüm durumunda sorumluluk nasıl belirlenecek ve hangisi dava konusu olacaktır? Bundan bahsettim sunumumda, her ikisi de, her iki tedavi yöntemi açısından da sorumluluk sebepleri Borçlar Kanunumuzda sorumluluk sebeplerine aykırılık söz konusuysa sorumluluk söz konusu olabilir.

Reiki veya vesaire adıyla şifa dağıtılabilir mi? sorusu;

Bunları dağıttıklarını iddia edenlerin hukuki dayanakları ya da çalışma izinleri var mıdır? Ve çalışma merkezleri, epilasyon merkezlerinin hukuki durumları nelerdir?

Şimdi benim buna ilişkin yüksek lisans tez çalışmam var, ilgilenenlerin bunu da alabileceklerini söyleyeyim. Alternatif tıbbi yöntemlerden kaynaklanan hukuki sorumluluk; burada ben Reiki, Yoga vesaire bu uygulamalardan kaynaklanan sorumluluklara da değinmiştim.

Reiki, Yoga gibi yöntemlerin şu an hukuki bir zemini bulunmuyor bizim Türk hukuku kapsamında, yönetmelik kapsamında da değil henüz bu yöntemler. Ancak ben tabii bu yöntemlerin aslında usulüne uygun, gerekli eğitimlerini tamamlamış kişiler tarafından verildiği takdirde buna ilişkin olumlu örnekler söz konusu, ama tabii ki kanıtlanmış değil ve olumsuz sonuçlar da doğurabilir. Buna özellikle dikkat etmek gerekiyor. Burada da eğer siz Reiki'ye tabii tutulduysanız ve bundan da zarar gördüyseniz burada da aslında bir tedavi sözleşmesi olmasa da, iki taraf arasında bir sözleşmenin kurulduğunu söyleyebiliriz. Bunu da bir terapi sözleşmesi olarak nitelendirebiliriz. Mesela, klinik psikologların ya da sadece psikologların yapmış olduğu, uyguladığı yöntemde tedavi değildir, terapi olarak nitelendiriyorlar. Bu kapsamda terapi sözleşmesini de, yine vekalet sözleşmesi kapsamında değerlendirip sorumlu tutu-

labilmeniz mümkün olabilir.

Zayıflama merkezleri, epilasyon merkezleri de çok tartışmalı bir konu; şimdi güzellik merkezlerinde asla ve asla tıbbi uygulama yapılamaz, bu yasak ve orada bir hekim olsa dahi güzellik salonunda buna ilişkin bir uygulama yapması yasak. Bu tip merkezlerin kurulması açısından işyeri açma ve çalışma ruhsatlarına ilişkin yönetmeliğin şartlarını sağlamaları gerekiyor ya da turizm tesislerinin belgelendirilmesine ve niteliklerine ilişkin yönetmeliğin şartları kapsamında izinlerini almaları gerekiyor diyelim.

Doktor Beyefendiden bir soru gelmiş; Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği taslağında yer almayıp, yönetmelikte karşılaştığımız müzik terapi demişler, dış tabibi dışında edebiyat fakültesi mezunu kişilere uygulama yetkisi verilmiştir demişler.

Evet, ben de bunu fark ettim; yani edebiyat fakültesi ya da bir müzik öğretmeni olabilirsiniz, yönetmeliğe şimdi tekrar baktım, bu yöntemi uygulayabilmek için en az lisans mezunu müzik eğitimi almış bir kişinin tabii ki daha sonra sertifikasyon eğitiminden de geçmek kaydıyla bu yöntemi uygulamasına yetki verilmiş.

Tabii ki ben bu konuda, müzik terapi açısından bizim yönetmelik kapsamında bu böyle. Ama bu ne derece doğrudur açıkçası bu konuda yetkili değilim. Bir şey söylemem çok doğru olmaz.

Tabii yönetmeliğin eleştirilecek çok yönleri olduğunu söylemiştik. İnşallah önümüzdeki günlerde bu konuda yeni bir düzenleme yapılabilir.

Burada malpraktis durumunda tabip ve dış tabibi dışı kişilerin adli cezai sorumluluğu nasıl olacak?

Şimdi tabip ve dış tabibi dışındaki kişilerin sağlık personellerinin sorumluluğu da eğer haksız fiilden kaynaklanan sorumluluk kapsamında şartlar gerçekleşmişse, hukuka aykırı fiil, kusur, zarar ve illiyet bağı şartlarının gerçekleştiğini söyleyebiliyorsak bu kişileri de haksız fiilden kaynaklanan sorumluluk hükümleri kapsamında tazminat ödemekle, maddi manevi tazminat ödemekle yükümlü tutabiliriz.

Cezai sorumluluk konusunda Nurhan Hocamız aydınlatma yaptılar.

Son bir soru; Sağlık Bilimleri Üniversitesi ve Yıldırım Beyazıt Üniversitelerinde verilen sertifika programında eğitimleri aldıkları eğitimle vermekteler, eğitimin standardizasyonu nasıl yapılmaktadır?

Sabah bu konuda sormuşlar, ama cevap alamamışlar. Şimdi bu sorunun muhatabı da ben değilim. Bu verilen eğitimlerin ne derece etkin olduğu konusunda açıkçası benim de kuşkularım var. Bu eğitimleri de yine sertifika yönetmeliğine bakarak orada yetkilendirmiş, oradaki yükümlülükleri riayet etmek, sağlamak şartıyla oradaki kurallar doğrultusunda eğiticiler veriyor.

Dediğim gibi umarım ileride daha geliştirilmiş bir şekilde yönetmelikte karşılaşılabılırız diye düşünüyorum.

Teşekkür ederim.

Av. Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU (Oturum Başkanı) - Biz de çok teşekkür ederiz, değerli konuşmacılarımıza ve sabrınızdan ötürü sizlere. Oturumumuzu kapatıyorum, 6'ncı oturumda buluşmak üzere saygılar.



Beşinci Oturum Konuşmacılar ve Katılımcılar Toplu Fotoğraf Düzeni



VII. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

Altıncı Oturum

(02 Aralık 2017)

Oturum Başkanı	Av. Pervin YILDIZ (Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Üyesi, TBB Delegesi)
Konuşmacılar	Prof. Dr. Devrim GÜNGÖR (Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Ceza ve Ceza Muhakemesi Hukuku Anabilim Dalı Öğretim Üyesi) Uzm. Dr. Ahmet ERZURUMLU (Akupunktur Uygulaması Hekimi, Hukukçu, Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Üyesi)



Altıncı Oturum-Oturum Başkanı ve Konuşmacılar

Av. Pervin YILDIZ (Oturum Başkanı)- Bugün 7 nci Sağlık Hukuku Kurultayımızın son oturumunu gerçekleştirmek için buradayız. Bu oturumumuzda “Alternatif uygulamalardan doğan cezai sorumluluk” konusunu Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Ceza ve Ceza Muhakemesi Hukuku Anabilim Dalı Profesörü Sayın Devrim Güngör Hocamız bize anlatacak; buyurun Hocam.

Devrim GÜNGÖR- Teşekkür ediyorum Sayın Başkan ve çok değerli konuklar; büyük bir özveriyle hazırlandığını bildiğim ve şimdiye değin de çok başarıyla geçtiğini düşündüğüm Sağlık Hukuku Kurultayı’nın ikinci gününde, günün son oturumunda bir aradayız.

Konu başlığımız, alternatif uygulamalardan doğan cezai sorumluluk. Bu olmayan bir alanı tarif etmek demek aynı zamanda; yani benim işim benden önce konuşan konuşmacılara göre hem daha kolay hem daha zor.

Konuyu biraz daha geniş bir açıdan ele almak istiyorum.

Tıp ve hukuk spekülasyona son derece açık, bu nedenle istismara son derece elverişli iki alan ve bunlar kesiştiğinde bu istismar potansiyeleli daha da artıyor. Bir yanda insanın hastalık korkusu, ölüm korkusu, diğer bir yandan hürriyetini yitirme korkusu iki temel korku etrafında aslında şekilleniyor.

Ülkemiz açısından çok da olağan karşılanmaması gereken bir duruma işaret etmek gerekiyor ve yine tıp ile hukuk arasında bir ortaklık söz konusu bu konuda.

Baktığınız zaman kamuoyu gündeminde ilk sıraları meşgul eden konular ya tıpla ilgilidir ya hukukla ilgilidir. Hayatın olağan işleyişi içinde çok daha önemli, çok daha yaşamsal ve pratiğe yönelik başka konuları aslında tartışıyor olmamız gerekirken, bu bilimsel toplantılardan söz etmiyorum, hemen her gün bir televizyon programında yeni bir uzun yaşam reçetesi sunulduğuna ya da hukuki bir meselenin hukuki bir temelden uzak şekilde ele alındığına tanık oluyoruz. Hukuk ve tıp alanındaki spekülatif tartışmaların hızının bu iki alanda yaşanan bilimsel gelişmelerin hızından çok daha ileri olduğunu belirtmekte yarar var ve bunun olağan bir durum olarak görülmemesi gerekir. Aslında bunun sebepleri üzerinde tartışabiliriz; ama temel sebeplerden birisi ülkenin

aksayan iki sorununa ilişkin olmasıdır.

Hukuki ihtilaflara, hukuki sorunlara baktığınız zaman hukuka uygun şekilde yargısal müdahaleler gerçekleşemediği için kamuoyu gündeminde bunlar tartışılıyor. Yine aynı şekilde hastalıklar gereği gibi tedavi edilmediği hasta olduğunu düşünen insanlar etkin bir sağlık yardımı alamadıkları için bu konuda farklı arayışlara yönelmeleri, ihtiyaçlarını farklı yoldan tatmin etmeye çalışmaları söz konusudur.

Baktığımız zaman aslında, ne bir hukuki sorununuz, ne de bir sağlık sorununuz günlük bir gazetede yayımlanan köşe yazısını okuyarak veya televizyondaki bir sağlık programını izleyerek veya bir hukukçunun katıldığı hukuk programını dinleyerek çözümlemeniz mümkün değildir. Bunların halkın bilinçlenmesinde, hiç şüphesiz televizyonun, yazılı ve görsel medyanın bir etkisi vardır; ama bu teşhise ve doğrudan tedaviye yönelik olamaz. Ama biz de baktığımız zaman en çok izlenen programlar arasında maalesef bunlar gelmektedir.

Ülkemiz açısından bir diğer sorun, geçtiğimiz hafta içinde Yargıtay Başkanımız Sayın İsmail Rüştü Cirit beyefendinin bir üniversitede katıldığı sempozyumda paylaştığı çarpıcı rakamlardı. Yargıtay Başkanı Türkiye’de halihazırda şüpheli ve sanık sayısından bahsettiği konuşmasında, “nüfusun yaklaşık %8,5’una karşılık gelecek şüpheli ve sanık sayımız var” dedi. Yani, hakkında bir ceza soruşturması veya kovuşturması yürütülmekte olan kişi sayısının toplam nüfusa oranı bu. Bu rakamları 18 yaşından küçük olanlara; çünkü ceza sorumluluğu 12 yaşından itibaren başlıyor. Ama sınırlı olarak başlıyor ve suçluluk oranı, daha doğrusu şüpheli ve sanık sayısının 12-18 yaş aralığında daha düşük olduğunu düşünürsek bunları da nüfusun içinden çıkardığımızda şüphesi ve sanık sayısının neredeyse toplumun %20’sine yaklaştığını tespit etmek mümkündür.

Bunu olağan bir durum olarak göremeyiz. Bir toplumun %15-20’si hakkında bir ceza soruşturmasının veya kovuşturmasının yürütülüyor olmasını olağan bir durum olarak göremeyiz. Nedir peki bunun sebebi? Birincisi; ya ülkemizde çok suç işleniyor demektir ya da, -ki bu olabilir, bunun sebepleri üzerinde durmak gerekir ki cezalandırmak bu konuda en son işe yarayacak bir çaredir-, ya da kişiler hakkında lüzumsuz yere dava açılıyor demektir.

Şimdi buna benzer bir sayısal veriye tıp alanında, sağlık alanında sahip olmamakla birlikte, gözlemlerim nüfusu aynı olan başka ülkelerle kıyaslandığında bizdeki hasta sayısının veya sağlık yardımından yararlanmayı talep eden kişi sayısının yine çok yüksek olduğunu göstermektedir.

Bir yandan iyi işleyemeyen, etkin işlemeyen bir sağlık sistemi, diğer yandan da bu sistem iyi işlese bile, iyi işlemesini belki önleyecek bir kısır döngüye yol açacak kadar çok sayıda hastanın olmasıdır.

Bu hastaların veya kendini hasta olarak kabul edenlerin bir kısmının talepleri son derece haklı olabilir; ciddi sağlık sorunları, tedaviye muhtaç durumda olabilirler. Ama diğer kısmının, yani sağlık kuruluşlarının kapısını çalan veya farklı yerlerde derdine deva arayan bir kısım insanın da aslında ciddi bir sağlık sorununun veya hastalığının olmadığını söylemek mümkün.

Baktığımız zaman olağan bir toplum düzeninde elbette birtakım hukuki sorunların, ihtilafların, haksız fiil veya suç teşkil edecek fiillerin ortaya çıkması kaçınılmazdır. Çünkü; toplum yapısı geliştikçe, ekonomik yetersizlikler ortaya çıktıkça bu toplum üyeleri arasında çok ciddi çıkar çatışmalarına yol açar. Bu çatışmalar adına suç dediğimiz birtakım fiillerin işlenmesini kaçınılmaz hale getirir.

Mesele toplumda suç işleniyor olması değil, bunun belli bir oranın üstünde işleniyor olmasıdır. Yine aynı şekilde yaşamaya programlanmış insan toplulukları arasında hastalık oranının makul ölçülerde olması gerekir.

Bugün ülkemizde baktığımızda yaş ortalamasının 78 olduğunu biliyoruz, kadınlarda biraz daha fazla, erkeklerde biraz daha düşük. İnsan 78 yaşına kadar elbette modern tıbbın olanaklarından yararlanarak geliyor. Bilimsel gelişmelerin etkisiyle tıptaki gelişmeler insan ömrünün uzamasına katkı yapmış durumda. Fakat hiçbir rahatsızlığınız yokken, hiçbir şikayetiniz yokken “kendimi daha sağlıklı nasıl hissederim” veya hiçbir ruhsal sorunuz yokken “kendimi daha mutlu nasıl hissederim, daha geç nasıl yaşlanırım, ölüme nasıl meydan okurum” şeklinde sonu gelmeyen arayışlara tıbbın cevap vermesi mümkün de değildir, doğru da değildir. Bu yöndeki arayışların sömürülmesi, her gün bir uzun ya-

şam reçetesi, bir bitki, bir çaydan bahsetmek suretiyle bu arayışta olan insanların istismar edilmesi söz konusudur.

Alternatif uygulamalardan doğan ceza sorumluluğunu tartışacağız. Fakat öncelikle alternatif uygulamayla kastedilenin ne olduğunu ortaya koymak lâzım; burada farklı görüşler olmakla birlikte, şimdiye kadar geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarından söz edildi. Çünkü, bunlar bir mevzuat tarafından düzenlenmiş uygulamalar, bir yasal çerçeveye oturtulmuş uygulamalar. Bunun dışında adına alternatif tıp uygulaması diyebileceğimiz bir alan var mıdır? Çok tartışmalı, farklı görüşler olmakla birlikte kanaatimce yasal olarak düzenlenmemiş bir alana ilişkin uygulamayı alternatif tıp uygulaması diye nitelendirmek pozitif hukuk açısından mümkün değildir.

27 Ekim 2014 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan bu yönetmeliğin kapsam itibarıyla bu alandaki bütün ihtiyaçları karşılamadığı benden önce söz alan konuşmacılar tarafından da belirtildi. Fakat herkesi, hepimizi bağlayan bir yönü var; yani konvansiyonel tıbbın dışında yararı olduğu ispatlanan ya da ispatlanmamakla birlikte yararı olduğuna inanılan birtakım alanlarda Sağlık Bakanlığı tarafından kurulan bir Bilim Komisyonu tarafından tıbbi uygulama yapılmasına izin veriliyor.

Bu verilen iznin doğru olup olmadığını tartışmak için bir hekim olmak gerekir, benim açımdan bunu değerlendirmek mümkün değil. Fakat bunlara yeni birtakım alanlar eklemek mümkün müdür? Yani, henüz geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarından sayılmayan, ama sayılmaya aday yeni birtakım adaylar var mıdır? Bu konuda usulüne uygun bir çalışma yürütülerek bu alanların artırılması, genişletilmesi mümkündür. Zaten Yönetmelik’te bunlar sınırlandırıcı bir şekilde düzenlenmemiştir. Fakat burada, Yönetmeliğin ekinde sayılanlar dışında bir alanda geleneksel veya tamamlayıcı tıp uygulaması adı altında bir çalışma yürütülemez.

Şimdi bakın buna başka bir isim vermeniz, yani alternatif tıp demeniz durumu değiştirmez. Bir kere alternatif tıp terimi de, kulağa çok hoş gelmiyor, tıbbın bir alternatifi mi vardır? Çünkü tıp dediğiniz şey bir disiplin, pek çok bilim dalından besleniyor ve statik bir şey değil. Yani, bugün tıbbın doğru dediğine yarın yanlış demesi tıptan vazgeçilmesi anlamına gelmez, bilimden vazgeçilmesi anlamına gelmez. Bugün

doğru bilinenin yarın yanlış olduğunu ortaya koyacak olan da yine bilimin kendisidir; çünkü bilim bir yöntemdir, metottur ve insanın hayal ettiği her şeyi ona bir kerede ve mükemmel olarak vaat etmek durumunda değil.

Bu konuda da bir mucize arayışı da insanı bir anlamda kötü yola düşürüyor, istismara açık hale getiriyor. Fakat bu alanlar dışında, çünkü tıp dediğimiz zaman, tedavi dediğimiz zaman hekime verilen bir yetkiden söz ediyoruz, Nedir bu yetki? Her ne kadar bu aydınlatılmış onamdan hastanın tedaviye rıza göstermesinden söz edilmiş olsa da, hekimin hastaya müdahalesini hukuka uygun kılan şey; hastanın buna rıza göstermiş olması değildir, yetkinin kullanılmasıdır. Yani, yasanın hekime vermiş olduğu müdahalede bulunma yetkisidir. Bu yetkinin kullanılmasını pek çok olayda, pek çok alanda hastanın rızasının alınması şartına bağlamıştır. Dolayısıyla, hastanın rızası her türlü faaliyeti, kişinin sağlığına etki eden her türlü faaliyeti kendiliğinden hukuka uygun hale getirir diyemezsiniz. Bir başka deyişle ne ölçüde aydınlatmış olursanız olun ne ölçüde yapılan müdahalenin risklerinden bahsetmiş olursanız olun. Bunun hukuka uygun olmasının, cezai ve hukuki açıdan bir sorumluluğa yol açmamasının birinci koşulu, böyle bir müdahaleye izin verilmiş olmasıdır.

İzin verilen bir alanda istenmeyen bir durum ortaya çıktığında bunun hukuki ve cezai sonuçlarının neler olabileceği üzerinde duruldu. İzin verilmemiş bir alan söz konusu olduğunda acaba bu tamamen, yani yasayla düzenlenmemiş, Yönetmelik kapsamına girmeyen bir alanda şifa dağıttığını söyleyen, hastalığı tedavi ettiğini söyleyen birine güvenip de, hekim olsun veya olmasın fark etmez, güvenen birinin durumu ne olacaktır? Şimdi düzenlenmemiş olması veya izin verilmemiş olması açıkça, yani bir tıbbi uygulama olarak kabul edilmemiş olması yapılan faaliyeti kendiliğinden gayrimeşru hale getirmez, bir kere bunu ortaya koymak lâzım.

Hekimlik insan vücuduna dokunabilmeyi, vücut bütünlüğünü bozabilmeyi, değil mi bir cerrahi operasyon düşünün vücut bütünlüğünü kasten yaralama suçuyla aynı sonucu doğuracak şekilde ihlal ediyorsunuz. Kişinin sağlığına etki edecek birtakım tedavilerin uygulanmasına imkân veriyor ve bu uygulamanın sonunda kişinin hem vücut bütün-

lûğü ihlal ediliyor, yani sağığı bozulabiliyor, hem de algılama yeteneğı bozuluyor veya azalabiliyor. Yapılan müdahalenin, yapılan tedavinin, izin verilen bir tedavinin dahi birtakım istenmeyen, beklenmeyen yan etkileri söz konusu olabilir ve bunlar ölüme kadar götürebilir. Kişiyi ölüme sebebiyet vermekten tutun da, kasten öldürmeye kadar veya yaralamaya kadar ceza mevzuatında düzenlenen belli başlı suçlardan sorumlu olmasını gerektirebilir.

İzin verilmeyen bir alanda, düzenlenmemiş bir alanda bir hekimin veya hekim olmayan birinin, bir başkasının vücut bütünlüğünü bozması, ihlal etmesi yasal açıdan kabul görmesi mümkün değildir. Hiçbir yararı olmayan bir bitkiden, bir çaydan pek çok hastalığa çare olacağı vaadiyle ve inancıyla bir kimseyi yararlandırmak isteyebilirsiniz. Bu kişinin sağığına bir olumsuz etkisi olmamışsa hukuki açıdan çok büyük bir soruna yol açmaz. Fakat, yapılan işlem, yani adına tedavi diyemeyeceğimiz, ne bilinen tıbbın, ne geleneksel tıbbın, ne tamamlayıcı tıbbın kabul etmediğı bir işlem sonucu kişinin algılama yeteneğı bozulmuşsa, sağığı bozulmuşsa, ortada bir suçun varlığından söz edilebilir.

Bu suç açısından, yani bu ölümle sonuçlanırsa öldürme suçu, yaralamayla sonuçlanırsa yaralama suçu, bu suç açısından failin sorumluluğı nasıl belirlenecektir? İlliyyet bağını kesen bir durum ortaya çıkmamışsa yapılan işlemle ortaya çıkan sonuç arasında bir nedensellik bağı kurulabiliyorsa ki sadece bu açıdan bir bilirkişi incelemesi talep edilebilir. Yoksa bilirkişinin, alanında uzman bir kişi olan bilirkişinin kusur değerlendirmesi yapması hiçbir hukuki olayda mümkün değildir, onu belirtmiş olalım. Kusur sadece ve sadece hukuk düzenimize göre ister hukuk yargılaması olsun, ister ceza yargılaması olsun, hâkimin yapabileceğı bir değerlendirmedir. Bu değerlendirmeye bağılı olarak bir nedensellik bağı kurulduğı takdirde kişinin kusurluluğı nasıl tespit edilecektir. Ceza Hukuku'nda kusurluluğun kast ve taksir olmak üzere iki türü söz konusudur. Suçun kasten işlendiğini kabul ettiğiniz takdirde failin cezai sorumluluğı taksirler işlenmiş olmasına göre artmış oluyor. Bu nedenle somut olayda failin kusur türünün doğru belirlenmesi gerekir.

Bu noktada söz konusu işlemi uygulayan kişinin neyi bilip istediğı son derece önemlidir. Şimdi siz aslında objektif olarak zararlı bir maddeyi belli bir rahatsızlığın iyileştirilmesinde faydalı olacağı inancıyla

vermişseniz karşınızdaki kişiye bir zarar vermek şeklinde bir kasttan söz edilemez. Buna rağmen ona bağlı olarak istenmeyen bir durum ortaya çıkmışsa burada fail açısından ancak taksirli sorumluluk düşünülebilir.

Burada önerilen, verilen maddenin ne olduğu son derece önemlidir. İşte basına da yansıdı geçtiğimiz aylarda, şimdi siz herhangi bir rahatsızlığa iyi gelir diye birine “deve idrarı” içirirseniz ortaya çıkan sonuç bakımından kasıtlı hareket etmediğinizi söyleyemezsiniz. Çünkü bazı şeyler vardır ki, bunun insan sağlığını olumsuz etkileyeceğini bilmek için isnat edilebilir olmak, yani fiil ehliyetine sahip olmak yeterlidir.

Dolandırıcılık suçu açısından da konuyu değerlendirmek gerekir. Dolandırıcılık bakımından da burada ayırt edici unsur şu: Her yararsız, işe yaramayan ürünün satışından dolandırıcılık ortaya çıkmaz. Bunu bilerek kişinin satması lâzım, gerçekten yararı olduğunu düşünerek, “bundan bir yarar umulur mu, bir medet umulur mu?” diyebilirsiniz. Ama insanın inancını da bu açıdan sınırlandıramazsınız, yani neye inanırsa inanır. Buna inanarak böyle bir ürünü satması halinde haksız bir menfaat elde etme kastıyla hareket etmediği için dolandırıcılık suçunun oluştuğu söylenemez.

Burada tabii şu ayrımı yaparak ben sözlerimi bitirmek istiyorum: İnsan yaşamı söz konusu olduğunda, insan sağlığıyla ilgili birtakım sorunların çözümü söz konusu olduğunda mutlaka bunun yasaların izin verildiği faaliyetlerle sınırlı olarak yapılması ön koşuldur. Bu ön koşul gerçekleşmediği takdirde yasaklanmayan kural olarak serbesttir diyebilirsiniz; ama bunun da koşulu kişinin sağlığına bir zarar verilmemiş olmasıdır.

Av. Pervin YILDIZ (Oturum Başkanı)- Sayın Hocamıza bilgileri bizimle paylaştığı için çok teşekkür ediyoruz.

Şimdi konuşmacımız; akupunktur uygulamalarından doğan sorumluluk başlığıyla, Sayın Ahmet Erzurumlu bizimle bunu paylaşacak. Kendisini tanıtmak adına şunu söyleyeyim: Akupunktur uygulaması hekimidir, aynı zamanda hukukçudur ve Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu üyesidir kendisi. Lütfen buyurun.

AKUPUNKTUR UYGULAMALARINDAN DOĞAN SORUMLULUK

Uzm. Dr. Ahmet ERZURUMLU

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Üyesi

Akupunktur uygulamaları da bir tıbbi müdahaledir. Bu tıbbi müdahaleyi yapmaya yetkili hekim, hastanın ruhi ve fiziki vücut bütünlüğüne hukuka uygun şekilde müdahale ederek sağlık alanında birtakım değişikliklere neden olmaktadır. Hekim, tıbbi müdahaledeki yükümlülüklerini yerine getirerek oluşturduğu bu değişikliklerden dolayı sorumludur.

TIBBİ MÜDAHALE

İnsan üzerinde tıp biliminin uygulanması ile bağlantılı her türlü müdahale olarak tanımlanabilir. Bu kapsamda anamnez, muayene, tetkik, teşhis, tedavi, korunma, cerrahi uygulama, estetik cerrahi, adli muayene gibi faaliyetler tıbbi müdahale kavramı kapsamında kabul edilmektedir. Akupunktur uygulaması da bir tıbbi müdahaledir.

TIBBİ MÜDAHALENİN HUKUKA UYGUNLUĞU

Kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz. Anayasa ve kanunlarla vücut bütünlüğü korunmuştur. Ancak yine özel şartlarla vücut bütünlüğüne dokunulabilmektedir.

Anayasa m. 17/2 “**Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; , rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz.**” demektedir.

Bir tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğunun dört temel şartı vardır.

- 1- Müdahaleyi yapanın **hekim (yetkili sağlık personeli) olması,**
- 2- Hastanın **aydınlatılmış rızası,**
- 3- **Endikasyon** ve

4- Güncel **tıp bilimine uygun** olması koşullarıdır.

Bu şartların birlikte varlığı esastır. İlk üç maddenin eksikliği ile kasten, 4. maddenin eksiklik ve yetersizliği ile taksiren tıbbi müdahale gerçekleştirilmiş olmaktadır.

GENEL HUKUKA UYGUNLUK NEDENLERİ

Türk Ceza Kanunu

Kanun hükmünün veya amir emrinin uygulanması

- TCK Madde 24 –

(1) **Kanunun hükmünü** yerine getiren kimseye ceza verilmez.

(2) **Yetkili bir merciden verilip, yerine getirilmesi görev gereği zorunlu** olan bir emri uygulayan sorumlu olmaz.

(3) **Konusu suç teşkil eden emir hiçbir surette yerine getirilemez.** Aksi takdirde yerine getiren ile emri veren sorumlu olur.

Meşru Müdafaa ve Zorunluluk Hali

- TCK Madde 25 –

(1) Gerek kendisine ve gerek başkasına ait bir hakka yönelmiş, gerçekleşen, gerçekleşmesi veya tekrarı muhakkak olan haksız bir saldırıyı o anda hâl ve koşullara göre saldırı ile **orantılı biçimde defetmek** zorunluluğu ile işlenen fiillerden dolayı faile ceza verilmez.

(2) Gerek kendisine gerek başkasına ait bir hakka yönelik olup, bilerek neden olmadığı ve başka suretle korunmak olanağı bulunmayan **ağır ve muhakkak bir tehlikeden kurtulmak veya başkasını kurtarmak zorunluluğu** ile ve tehlikenin ağırlığı ile konu ve kullanılan vasıta arasında **orantı bulunmak** koşulu ile işlenen fiillerden dolayı faile ceza verilmez.

Hakkın İcrası ve Mağdurun Rızası

- TCK Madde 26 –

(1) **Hakkını kullanan** kimseye ceza verilmez.

(2) Kişinin üzerinde **mutlak surette tasarruf edebileceği** bir hakkına ilişkin olmak üzere, açıkladığı rızası çerçevesinde işlenen fiilden dolayı kimseye ceza verilmez.

Türk Borçlar Kanunu

- TBK Madde 63-

Kanunun verdiği yetkiye dayanan ve bu yetkinin sınırları içinde kalan bir fiil, zarara yol açsa bile, hukuka aykırı sayılmaz.

Zarar görenin **rızası**, daha **üstün** nitelikte **özel veya kamusal yarar**, zarar verenin davranışının **haklı savunma** niteliği taşıması, yetkili kamu makamlarının müdahalesinin zamanında sağlanamayacak olması durumunda kişinin hakkını kendi gücüyle koruması veya zorunluluk hâllerinde de fiil, hukuka aykırı sayılmaz.

Türk Medeni Kanunu

- TMK 24/2

“Kişilik hakkı zedelenen kimsenin **rızası**, daha **üstün** nitelikte **özel veya kamusal yarar** ya da **kanunun verdiği yetkinin kullanılması** sebeplerinden biriyle haklı kılınmadıkça, kişilik haklarına yapılan her saldırı hukuka aykırıdır.”

Görüldüğü gibi kanunda tanımlanmış olan genel hukuka uygunluk şartları dışında özel hukuka uygunluk şartlarının varlığına bağlı olarak tıbbi müdahalede vücut bütünlüğüne dokunulabilmektedir.

Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğunun temel şartlarını görelim.

1- YETKİLİ SAĞLIK PERSONELİ OLMA

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun

- Madde 1 “Türkiye Cumhuriyeti dâhilinde tababet icra ve her hangi surette olursa olsun **hasta tedavi edebilmek için tıp fakültesinden diploma sahibi olmak şarttır.**”
- Madde Ek 14-3 “Uzmanlık dallarının eğitim müfredatları ve bu müfredatlara göre uzmanlık dallarının temel uygulama alanları ile

görev ve yetkilerinin çerçevesi Tıpta Uzmanlık Kurulunca belirlenir.”

- Uzmanlık alanı dışındaki müdahaleler gerekli standarda sahip olmama ve acemilik yaklaşımıyla, “**üstlenme kusuru**” olarak nitelendirilmekte, burada kusur açısından kast kabul edilmemekte, taksir olarak değerlendirilmektedir .

Tıbbi müdahale uygulamalarından olan akupunktur seans uygulamalarını yapmaya yetkili personel Tıp Hekimi ve kendi bölge ve endikasyon koşullarına uygun olmak şartıyla uygulayabilen Diş Hekimi'dir. Bu ikisi dışında hiçbir kişinin, sağlık personeli olsa dahi akupunktur uygulaması yapmaya yetkisi yoktur. Hekim ve diş hekimleri de Tamamlayıcı Tıp Yönetmeliği'nde belirtildiği şekilde elde edilmiş akupunktur uygulama sertifikasına bağlı olarak yetkilendirilmişlerdir. Sertifika sahibi hekim kendi adına tanımlanmış yerde resmi çalışma belgesine bağlı olarak akupunktur uygulayabilmektedir. Her yerde ve her zamanda da uygulama yetkisine sahip değildir.

2- AYDINLATILMIŞ RIZA

- Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğu için **hastanın rızası**, hasta küçük veya kısıtlıysa rıza vermeye yetkili **kanuni temsilcinin rızası** gereklidir.
- Rızanın geçerli olabilmesi için rızayı verecek olanın neye rıza gösterdiğini bilmesi, yani önceden aydınlatılmış olması gerekir.

Tıbbi müdahalelerde aydınlatmanın **teşhis, tedavi, otonomi (karar), süreç aydınlatması** gibi çeşitli işlev türleri söz konusu olmaktadır. Hekim, yükümlülüklerini yerine getirirken tıbbi müdahalenin her seviyesinde aydınlatma yapmak zorundadır. Yeterli ve doğru bir aydınlatma ile aydınlanan hasta tarafından tıbbi müdahaleye rıza gösterilmektedir.

Rızanın geçerliliği ve tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğu için esas olan aydınlatma yükümlülüğü otonomi, yani karara yönelik aydınlatmadır.

Rızanın geçersizliği, ceza hukuku açısından hekimin **yaralama** suçundan **cezai sorumluluğuna**, bir zarar oluşmuşsa **maddi tazminat**

sorumluluğuna, **zarar oluşmamışsa** dahi **kişilik hakkı ihlali** nedeniyle **manevi tazminat** sorumluluğuna yol açabilecektir.

Aydınlatmada ispat külfeti, aydınlatmanın yerine getirilmiş olmasının ispatından yararı olacak olan tarafa, yani hekime ve hastaneye düşmektedir.

HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ'NDE AYDINLATMA

- **“Bilgilendirmenin Kapsamı** (Değişik başlık: 08/05/2014 – 28994 S.R.G. Yön./3. md.)

Madde 15 – (Değişik madde: 08/05/2014 – 28994 S.R.G. Yön./3. md.)

Hastaya;

- a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,*
- b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,*
- c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,*
- ç) Muhtemel komplikasyonları,*
- d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,*
- e) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,*
- f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,*
- g) Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği hususlarında bilgi verilir.”*

Biyotıp Sözleşmesi (RG 20.04.2004/25439)

- Bölüm II – Muvafakat

Madde 5 – Genel Kural

Sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye **özgürce ve bilgilendirilmiş olarak muvafakat vermesinden sonra**

yapılabilir.

Bu kişiye, müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında önceden uygun bilgiler verilmelidir.

İlgili kişi, **muafakatını her zaman, serbestçe geri alabilir.**

- Madde 8 – Acil Durum

Acil bir durum nedeniyle uygun muafakatın alınamaması halinde, ilgili bireyin sağlığı için tıbbi bakımdan gerekli olan herhangi bir müdahale derhal yapılabilir.

3- ENDİKASYON VARLIĞI

Endikasyon kısaca yapılacak olan tıbbi müdahaledeki tıbbi gerekliliktir. Endikasyonsuz yapılan bir tıbbi müdahale kasti bir uygulama olup faydalı bir tıbbi sonuç doğurmaktan uzak başka saiklerle yapılan bir müdahaledir.

Akupunktur uygulamaları tıbbi endikasyon, psikolojik endikasyon ve sosyal endikasyon sınırları içerisinde gerçekleştirilen tıbbi müdahalelerdir. Endikasyonsuz akupunktur uygulamaları da diğer endikasyonsuz tıbbi uygulamalarda olduğu gibi kasti yapılan ve tıbbi yarar dışı saikler içeren uygulamalar olup aynı zamanda birer suçtur. Kasten adam yaralama suçu işlenmektedir. Endikasyon, mevzuatlarda şu şekilde yer almaktadır.

MEVZUATIMIZDA ENDİKASYON

- Anayasa 17/2 “**Tıbbi zorunluluklar** ve kanunda yazılı haller **dışında**, kişinin **vücut bütünlüğüne dokunulamaz**; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz.”
- Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi (TDN) (RG 19.02.1960/ 10436) 13/3 “Tabip ve dış tabibi; teşhis, tedavi veya korunmak gayesi **olmaksızın, hastanın arzusuna uyarak veya diğer sebeplerle**, akli veya bedeni mukavemetini azaltacak her hangi bir şey **yapamaz.**”
- HHY m.12 “Teşhis, tedavi veya korunma maksadı olmaksızın, ölüm veya hayatı tehlikeye yol açabilecek veya vücut bütünlüğünü ihlal edebilecek veya akli veya bedeni mukavemeti azaltabilecek

hiçbir şey yapılamaz ve talep de edilemez.”

4- TIP BİLİMİNE UYGUN ÖZENLİ MÜDAHALE

- Biyotıp Sözleşmesi (RG 20.04.2004/25439) m. 4 “Araştırma dahil, **sağlık alanında her müdahalenin**, ilgili **meslekî** yükümlülükler ve **standartlara uygun** olarak yapılması gerekir.”
- TDN 13/1 “**Tabip** ve diş tabibi, **ilmi icaplara uygun** olarak **teşhis** koyar ve gereken **tedaviyi** tatbik eder. Bu faaliyetlerinin mutlak surette şifa ile neticelenmemesinden dolayı, deontoloji bakımından **muaheze** edilemez.”

Görüldüğü gibi mevzuatlarımızda da tıp bilimine uygun ve özenli müdahale tanımlanmıştır. Güncel ve son bilimsel çalışmalar ışığında geçerlilik arzeden tıbbi müdahalelerde bulunmak esastır. Eski, demode, uygulanma geçerlilik ve önemini yitirmiş tıbbi müdahalelerde bulunmak hukuka uygun olmayan müdahalelerdir.

Özen yükümlülüğü ihlalleri; tanı ve tedavi sürecindeki uygulama kusurları, aydınlatma kusurları ve organizasyon kusurlarına, malpraktise vücut vermektedir.

Burada komplikasyon ve malpraktisi de tanımlamakta yarar vardır.

- **Komplikasyon**, tıpta kabul edilen normal risk ve sapmalar içindeki “izin verilen risk” kavramının karşılığıdır. Sorumluluk oluşmaması için ortaya çıkmasından sonra gereken yaklaşım yapılmış olmalıdır. Yani komplikasyon yönetimi başarılı bir şekilde gerçekleştirilebilmelidir.
- TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları:

Hekimliğin Kötü Uygulanması (Malpractice)

Madde 13-Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi anlamına gelir. Tıbbın kötü uygulanmasıdır.

TIBBİ MÜDAHALEDE HEKİMİN YÜKÜMLÜLÜKLERİ

Hukuka uygun bir tıbbi müdahalenin esası hekimin , yükümlülüklerini tam ve kusursuz olarak yerine getirmesine bağlıdır. Bunların eksik

ifası neticesinde hekim sorumlulukları neticelenmektedir.

Bu yükümlülükler şunlardır.

- Özen Yükümlülüğü (Geniş anlamda)
- Kişisel Edim Yükümlülüğü
- Anamnez Alma Yükümlülüğü
- Muayene Etme Yükümlülüğü
- Teşhis Yükümlülüğü
- Tedavi Yükümlülüğü
- Kayıt Tutma Yükümlülüğü
- Sır Saklama Yükümlülüğü
- Aydınlatma Yükümlülüğü

ÖZEN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Hekim , mesleğinin ve uzmanlık dalının standart bilgi ve becerilerine ortalama bir hekim ve uzman düzeyinde sahip olmak ve özenle uygulamak durumundadır. Akupunktur uygulamaları kendi mevcut uygulama disiplini içerisinde daha geniş bir özenli uygulama gerektirir. Dikkatli ve yüksek özenli bir çalışma ile tıbbi şifa sağlanır.

- Özen yükümlülüğüne aykırılık ceza hukukunda **taksir sorumluluğuna**,
- Özel hukuk açısından **vekilin sözleşmesel sorumluluğuna** yol açacaktır.

KİŞİSEL EDİM YÜKÜMLÜLÜĞÜ

- TDN m.16/1 “Tabip ve dış tabibi bir kimsenin sıhhi durumu hakkında, ilmi metodları tatbik suretiyle **bizzat yaptığı muayene** neticesinde edindiği vicdani ve fenni kanaata ve şahsi müşahadesine göre rapor verir.”
- Hekimlik Meslek Etiği Kuralları m. 23 “Hekim, acil vakalar gibi zorunlu durumlar dışında, hastasını **bizzat muayene etmeden** tedavisine başlayamaz.”

- **TBK m.506 “Vekil, vekâlet borcunu bizzat ifa etmekle yükümlüdür.** Ancak vekile yetki verildiği veya durumun zorunlu ya da teamülün mümkün kıldığı hâllerde vekil, işi başkasına yaptırabilir.”
- **TDN m.21/1** “Başkalarının yardımı ile yapılacak cerrahi ameliyeler ile diğer tedavilerde, operatör, müdavi tabip ve diş tabibi, beraber çalışacağı elemanları seçmekte serbesttir.”
- **TBK m.116** İfa yardımcısının eylemlerinden sorumluluk

Mevzuatımızda da tanımlandığı üzere tıbbi müdahalede esas olan kişisel edimdir. Akupunktur uygulamalarında da hekim, bizzat kendisi tıbbi müdahaleyi başından sonuna dek uygulamalıdır.

ANAMNEZ ALMA YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Hekim, hastasını iyi dinlemeli, soruları ile muayene öncesi hastalık, zamanlaması, seyri, teşhisi, daha önceki tanı ve tedavileri hakkında bilgiler elde edebilmelidir.

MUAYENE ETME YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Hekim bizzat tarafınca yapılacak bir muayene sonucunda uygulamayı planlayacağı akupunktur türü ve noktalarını tanımlayabilir. Muayenesiz yapılacak bir akupunktur uygulaması doğru tıbbi sonuçlar veremeyeceği gibi aynı zamanda istenmeyen hukuki sonuçlar da oluşturabilecektir.

TEŞHİS KOYMA YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Akupunktur uygulamasının ,teşhis edilmemiş, endikasyonu tanımlanmamış bir tıbbi durum için uygulanması söz konusu olamaz. Akupunktur uygulamaları için uygun olan doğru endikasyon tanımlanması ile tıbbi yararlı sonuç doğar.

TEDAVİ YÜKÜMLÜLÜĞÜ

- **TDN m. 2** “Tabip ve diş tabibinin başta gelen vazifesi, insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermektir.
- **TDN m. 3** “Tabip, vazifesi ve ihtisası ne olursa olsun, gerekli bakımın sağlanamadığı acil vakalarda, mücbir sebep olmadıkça ilk

yardımda bulunur.”

- TDN m. 6 “Tabip ve dış tabibi, sanat ve mesleğini icra ederken, hiç bir tesir ve nüfuza kapılmaksızın, vicdani ve mesleki kanaatine göre hareket eder. Tabip ve dış tabibi, tatbik edeceği tedaviyi tayinde serbesttir.

Mevzuatımızda mevcut tanımlamalarda görüldüğü gibi, tedavi yükümlüsü olan hekim, vicdani ve mesleki kanaatine göre tedavi metodunu seçerek özenle uygular.

KAYIT TUTMA YÜKÜMLÜLÜĞÜ

- TBK m. 508 vekilin hesap verme yükümlülüğü
- 1219 sayılı Kanun m.72 “İcrayı sanat eden **tabipler**, dış tabipleri, dişçiler ve ebeler numunesi veçhile Sıhhiye ve Muaveneti İctimaiye Vekaleti tarafından tertip ve mahalli sıhhiye memurlarınca musaddak, hastaların isim ve hüviyetlerini kayda mahsus bir **protokol defteri tutmağa mecburdurlar.**

Mevzuatımızda tanımlanmıştır. Takip, kontrol, ispat, istatistik vb farklı disiplinler açısından kanun ve yönetmeliklere uygun olarak korunarak kayıt tutulur.

Kayıt tutma yükümlülüğünün **ihlali halinde ispat yükü hekim aleyhine** taraf değiştirir, **sözleşmesel bir koruma yan yükümlülüğünün ihlaline** dayalı **tazminat istemleri** söz konusu olabilecektir.

Hekimin kamu görevlisi olması halinde görevi **ihmal** ile suçlanması da söz konusu olabilecektir.

SIR SAKLAMA YÜKÜMLÜLÜĞÜ

- TBK m.506. **Sadakat yükümlülüğünün bir boyutu olarak** hekimin hastanın kişilik hakları kapsamında sır saklama yükümlülüğü vardır.
- HHY 21. maddesi hastanın mahremiyetine saygı gösterilmesi hakkını,
- 23. maddesi ise bilgilerin gizli tutulacağını düzenlemektedir.

- Sır saklama yükümlülüğünün ihlali halinde ayrıca TCK m.136 ve m.137 çerçevesinde **kişisel verilerin hukuka aykırı olarak açıklanması suçu** oluşacaktır.

AYDINLATMA YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Hekim,akupunktur uygulamasından önce başta karar aşaması olmak üzere her aşamada aydınlatma yapıp hastasının rızasını almalıdır. Geniş aydınlatma şarttır. Aydınlatmada ispat külfeti, aydınlatmanın yerine getirilmiş olmasının ispatından yararı olacak olan tarafa, yani hekime ve hastaneye düşmektedir.

TIBBİ MÜDAHALEDE HEKİM SORUMLULUKLARI

Hekimlerin mesleki faaliyetlerinden dolayı, **Tıbbi, Etik, Hukuki** (tazminat), **Cezai** ve **Disiplin** sorumlulukları söz konusu olabilmektedir.

TIBBİ SORUMLULUK

Hekim öncelikle hastasına karşı yapmış olduğu tıbbi müdahaleden tıbben sorumludur. Endikasyona uygun ve tedavi algoritması içerisinde mevcut sırasında , zamanında uygulanan akupunktur seansları ile hastada beklenen sonuç elde edilebilmelidir. Somatotopiye uygun seçilmiş akupunktur noktalarının uyarılması ile akupunktur seansları gerçekleştirilmiş olur. Seanslar sonunda elde edilen şifa ile tıbbi yarar elde edilmiş olmaktadır.

Akupunktur seansları uygulamaları ve sonunda elde edilecek yarar ile hekim tıbbi sorumluluğu çerçevesinde tıbbi müdahalede bulunmuş olmaktadır.

ETİK SORUMLULUK

Etik ilkeler doğrultusunda hekim sorumludur. Bu ilkeler, yarar sağlama ilkesi, zarar vermeme ilkesi, adalet ilkesi ve özerkliğe saygı ilkesidir.

HEKİMİN HUKUKİ SORUMLULUĞU

Hekimin **çalışma statüsüne göre**, bağımsız çalışan hekimlerin hastasıyla ilişkisi ve hukuki sorumluluğunun kaynağı bir

- **Sözleşme ilişkisi,**
- **Vekaletsiz iş görme ilişkisi veya**
- **Haksız fiil ilişkisi** olabilmektedir.

HASTA İLE HEKİM ARASINDA SÖZLEŞMESEL İLİŞKİ

Kanunda hekim ile hasta arasında özel bir sözleşme tipi tanımlanmamıştır. Öğretide ve uygulamada protez yapımı ve estetik girişimler gibi **eser sözleşmesine uyan durumlar dışında** hekim ile hasta arasındaki akdi ilişkinin vekalet sözleşmesi olduğu kabul edilmektedir.

HAKSIZ FİİL İLİŞKİSİ

Özel hastanede personel olarak çalışma durumunda olduğu gibi, hekim ile hasta arasında doğrudan bir sözleşme ilişkisinin bulunmadığı ve vekaletsiz iş görme durumunun da olmadığı hallerde ise haksız fiil sorumluluğuna gidilmektedir. Ortada bir zarar vardır.

Sözleşmesel sorumlulukta, tıbbi müdahalenin hukuka uygun olmaması halinde **zararı hasta ispatlayacak**, ancak kusuru ispat etmesi gerekmeyecek, sorumluluktan kurtulabilmek için **hekimin kusursuzluğunu ispat etmesi** gerekecektir.

Ayrıca sözleşme ilişkisi bulunan durumlarda da tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk koşulları sağlanmıyorsa, kişilik hakları kapsamındaki beden bütünlüğü zarar gördüğünde, TBK 53. maddesi ve devamında düzenlenen bedensel zarar kapsamında haksız fiil sorumluluğuna da gidilebilecektir. Burada hastanın tercihi söz konusudur. Ancak **haksız fiil** sorumluluğunu düzenleyen hükümlerden aynı Kanun'un 50. maddesindeki "*Zarar gören, zararını ve zarar verenin kusurunu ispat yükü altındadır.*" hükmü gereği **hasta sadece zararını değil hekimin kusurunu da ispat yükü** altında olacağından, ayrıca ifa yardımcısının fiillerinden sorumluluğa karşı kurtuluş kanıtı getirilebilme durumu ve zamanaşımı düzenlemeleri açısından da bir sözleşmesel ilişki varsa sözleşmeye aykırılığa dayanma hasta açısından daha elverişli olacaktır.

Öte yandan haksız fiil sorumluluğuna gidilse de hekimin meslek kurallarına aykırı davranışı kusura ve hukuka aykırılığa karine teşkil ettiğinden dolayı **hastanın meslek kurallarına aykırılığı ispatı yeter-**

li olacak, **hekimin ise bu karineyi çürütmesi** gerekecektir. TBK 49. maddesine göre haksız fiil sorumluluğunun unsurları hukuka aykırı ve kusurlu fiil, zarar ve illiyet bağıdır.

Hukuki sorumlulukta tazminat kapsamında tedavi giderleri, kazanç kaybı, çalışma gücü kaybı, ekonomik geleceğin sarsılmasından doğan kayıplar, ölüm halinde cenaze giderleri ve destekten yoksunluk zararları yer almaktadır . Ayrıca uygun bir manevi tazminat da mahkemece tayin edilebilmektedir.

KAMU GÖREVLİSİ HEKİMİN HUKUKİ SORUMLULUĞU

Kamu görevlisi hekimlerin fiillerinden doğan tazminat talepleri ise Anayasa'nın 40/3. maddesindeki *“Kişinin, resmi görevliler tarafından vaki haksız işlemler sonucu uğradığı zarar da, Kanun'a göre, Devletçe tazmin edilir. Devletin sorumlu olan ilgili görevliye rücu hakkı saklıdır.”* ve 129/5. maddesindeki *“Memurlar ve diğer kamu görevlilerinin yetkilerini kullanırken işledikleri kusurlardan doğan tazminat davaları, kendilerine rücu edilmek kaydıyla ve Kanun'un gösterdiği şekil ve şartlara uygun olarak, ancak idare aleyhine açılabilir.”* düzenlemeleri gereği ancak **idareye karşı ve idari yargıda** yöneltilebilmektedir.

İdarenin ödediği tazminatı daha sonra **adli yargıda kusurlu hekim** karşı **dava** açarak **rücu** etmesi söz konusudur.

HEKİMİN CEZA SORUMLULUĞU

Hekim, akupunktur uygulamalarından dolayı hastaya zarar verirse ve bu durum TCK ve 1219 sayılı Kanun'un ilgili maddelerine uygun olarak suç teşkil ediyorsa cezai sorumluluk alır.

HEKİMİN DİSİPLİN SORUMLULUĞU

Hekimlerin disiplin işlemleri aynı zamanda kamu görevlisi olup olmadıklarına göre farklılık göstermektedir. Danıştay'ın yerleşmiş uygulamasına göre kanunla kurulmuş meslek teşekkülleri olan tabip odalarının kamu görevlisi hekimler üzerinde disiplin yaptırımını uygulama yetkisi bulunmamakta, bu durumdakilerin mesleki kusurlarında mevzuata aykırı fiillerinden dolayı disiplin işlemi yapma yetkisi kanunda gösterilen amir ve kurullara ait olmaktadır.



VII. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

KAPANIŞ OTURUMU

(02 Aralık 2017)

Birinci Bölüm

Kurultay Sonuç Bildirgesi

SUNUCU- Kapanış bildirisini arz ediyorum.

Tıbbi müdahaleler ve kullanılan ilaçlar bilimsel bilgiye dayalıdır. Oysa Geleneksel Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları yönetmeliğindeki uygulamaların önemli bir bölümü için tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğunun sağlanmasında, hekime müdahale sırasında tıp biliminin kabul ettiği güncel veriler ışığında hareket etmesi gerekmektedir, uygulamaların yeterli bilimsel bilgiden eksik ve yararının tam olarak belli olmaması, hukuki ve cezai sorumluluklar açısından pek çok problem ortaya çıkaracaktır.



VII. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

KAPANIŞ OTURUMU

(02 Aralık 2017)

İkinci Bölüm

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Poster Çalışması

Hazırlayanlar	Av. Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU Av. Ece SİNDEL Av. Figen GÜVEN Av. Oğuzhan TÜRE Av. Bülent DAĞSALI Av. İddamin KARAHANCI
----------------------	--

Birinci Poster Konusu:

Devletin Sağlık Konusunda Pozitif Yükümlülüğü
(AİHM 16.11.2006 T., Bşv. No: 52955/99 sayılı Kararı)

İkinci Poster Konusu:

Kişisel Sağlık Verilerinin Korunması
(AİHM 2. D. 17.02.2015 T., Bşv. No: 2010/648 sayılı Kararı)



ANKARA BAROSU SAĞLIK HUKUKU KURULU

KONU: DEVLETİN SAĞLIK HAKKINDA POZİTİF YÜKÜMLÜLÜĞÜ

KONU: DEVLETİN SAĞLIK HAKKINDA POZİTİF YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Av. Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU

Av. Ece SINDEL

Av. Oğuzhan TÜRE

Av. Bülent DAĞSALI

Av. Figen GÜVEN

Dr. Şt. Av. İddamin KARAHANCI

BULGU

Bayıranın oğlu E.H. 11.04.1996 tarihinde yakalanmış; 21.05.1996 tarihinde yasadışı silahlı bir örgüte üye olmakla itham edilmiştir.

DGM, 27.05.1997 tarihinde E.H.'i yasadışı silahlı bir örgüte üye olmak suçundan 19 yıl 2 ay hapis ve para cezasına çarptırılmıştır. Yargıtay, 16 Mart 1998 tarihinde bu kararı bozmuştur.

Mart 1998'den itibaren şiddetli baş ağrıları çekmeye başlayan E.H.'e cezaevi doktoru migren teşhisi koymuştur.

Bayıran E.H.'nin babasına göre; bir çok defalar Çankırı Devlet Hastanesine götürülen E.H.'ye eşlik eden jandarmalar fiziksel ve ruhsal şiddet uygulamışlar, doktor muayenesi sırasında elleri kelepçeli tutulmuştur.

DGM, 04.08.1998 tarihinde, E.H.'yi 18 yıl 20 gün hapis ve para cezasına çarptırmıştır.

BV'na göre, 1998 yılından itibaren E.H., artık, beslenemez, okuyamaz, ellerini kullanamaz, spor yapamaz ve düzenli yürüyüşlere katılamaz hale gelmiştir.

26.01.1999 tarihinde E.H., Çankırı Hastanesine nakledilmiş; ancak bir doktora muayene olmadan cezaevine geri gönderilmiş ve nakli sırasında kendisine eşlik eden jandarmaların şiddetine maruz kalmıştır.

27.01.1999 tarihinde E.H., yeniden Çankırı Devlet Hastanesi Nöroloji Polikliniğine sevk edilmiş kendisine orada ağır kesici ilaçlar verilmiştir. Ankara Hastanesine sevk talebi ise reddedilmiştir.

05.02.1999 günü saat 23.00 sularında E.H., Çankırı Devlet Hastanesine acil olarak nakledilmiştir. Doktor, şuuru kapalı olan E.H.'ye ağır kesici ilaçlar yazmıştır. Saat 01.00'a doğru yeniden cezaevine götürülmüştür. 06.02.1999 saat 02.40'ta Çankırı Devlet Hastanesinden bir doktor E.H.'nin Ankara Hastanesi Dermatoloji Bölümüne acil olarak sevkini istemiştir. E.H., aynı gün saat 04.00'da bir ambulans yerine tutuklu sevkiyatında kullanılan zırhlı bir araçla Ankara Devlet Hastanesine sevk edilmiştir.

Ankara Hastanesi doktorlarınınca hazırlanan 06.02.1999 tarihli tıbbi rapora göre; E.H. saat 06.50'de hayatını kaybetmiştir. Ankara Savcılığı ölüm sebebinin belirlenmesi amacıyla otopsi yapılmasını istemiştir. Ayrıca ek otopsi yapılmasını da emretmiştir. Aynı gün, Ankara Savcılığı defin izni vermiştir. Savcılık açıklamasında E.H.'nin solunum yetmezliği ve dolayım bozukluğundan hayatını kaybettiği belirtilmiştir.

Olaya ilişkin soruşturma kapsamında dinlenen aynı cezaevinde tutuklu bulunan şahıslar, E.H.'nin 1998 yılı başından itibaren baş ağrılarından şikayet ettiğini, Ocak 1999'da sağlık durumunun iyice bozulduğunu belirtmişlerdir. Bu kapsamda 11 kişinin ifadesine başvurulmuştur.

23.10.1999'da Çankırı Savcılığı'na bilgi veren cezaevi müdürü, şehir dışına hasta sevkinin tutukluların sağlık durumuna ve güvenlik koşullarına bağlı olarak kimi zaman normal araçla kimi zaman da ambulansla yapıldığını ifade etmiştir.

Belirtmeyen bir tarihte, BV'nın diğer oğlu E.H.'nin ölümünden sorumlu tuttuğu kişiler hakkında şikayette bulunmuştur.

AIHM'DEN TALEP

Bayıran oğlu E.H.'nin Mart 1998 tarihinden itibaren cezaevinde hastalandığını; ancak Şubat 1999'dan sonra yataktan çıkamayacak haldе olmasına rağmen gerekli tedavilerin yapılmadığını, resmi makamları kayıtsızlığı nedeniyle oğlunun vefat ettiğini, ilailler hakkında açılan ceza davasında da 4616 Sayılı Kanun gereği cezaların ertelenmesi sebebi ile ceza almamaları gerekçesi ile Çankırı Cezaevi Görevlilerinin ihmali ile Çankırı Devlet Hastanesi Doktorlarının ihmali nedeniyle Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesine dayalı olarak 10.703 Euro Maddi Tazminat (Destekten yoksun kalma ve cezaze giderleri) ile 288.350 Euro Manevi Tazminat talep edilmiştir.





ANKARA BAROSU SAĞLIK HUKUKU KURULU

KONU: DEVLETİN SAĞLIK HAKKINDA POZİTİF YÜKÜMLÜLÜĞÜ

KONU: DEVLETİN SAĞLIK HAKKINDA POZİTİF YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Av. Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU

Av. Ece SINDEL

Av. Oğuzhan TÜRE

Av. Bülent DAĞSALI

Av. Figen GÜVEN

Dr. Sij. Av. İddamin KAPAHANCI

ŞİKAYETLER

BV, 09 Nisan 1999 tarihinde, Çankırı Cezaevi personeli, olaylar esnasında görevli jandarmalar ve Çankırı Hastanesi doktorları aleyhinde şikayette bulunmuştur.

18 Ağustos 2000 tarihinde Çankırı Cumhuriyet Savcısı İki doktor aleyhinde dikkatsizlik ve ihmali sonucu ölüme sebebiyet vermekten ceza davası açmıştır.

Çankırı Ceza Mahkemesi 4616 sayılı kanunun 1/4. maddesi uyarınca mahkeme kararı ertelenmiştir.

Çankırı Savcılığı 15 Şubat 1999 tarihinde cezaevi doktoru S.E.'yi dinlemiştir.

Savcılık, 19 Kasım 1999 tarihinde cezaevi personeli hakkında takipzilik kararı vermiş, olayın gerçekleştiği sırada nöbetçi müdür olan H.G. aleyhinde kamu davası açmıştır.

13 Ocak 2000 tarihinde Ağır Ceza Mahkemesi, 19 Kasım 1999 tarihli takipzilik kararını bozarak, diğer cezaevi personeli hakkındaki dosyaları Çankırı Ceza Mahkemesine yeniden göndermiştir.

Çankırı Ceza Mahkemesi, 27 Ocak 2000 tarihinde E.H.'yi muayene eden Çankırı Devlet Hastanesi doktorlarından C.U.Yur. 02 Şubat 2000 tarihinde cezaevi müdürü A.R.Y.'yi ve 07 Nisan 2000 tarihinde istinabe yoluyla B.V.'ni dinlemiştir. Çankırı Ceza Mahkemesince verilen mahkumiyet kararı, 4616 sayılı kanunun 1/4. maddesi uyarınca ertelenmiştir.

SAVUNMALAR

Hastanenin acil servisinde görevli doktor, 05.02.1999 tarihinde acil servise getirilen E.H.'yi muayene ettiğini, serum bağlayarak ağır kesici, antibiyotik ve vitamin ilaçları verdiğini belirtmiştir.

Daha sonra E.H.'nin durumunun ağırlaştığını bildirmek için kendisini aradığında, doktor, beyin tümörünün sözkonusu olabileceğini düşünerek Ankara Hastanesi'ne sevkini emretmiştir. Muayene esnasında E.H.'nin konuşabilecek durumda olmadığını belirtmiştir.

Cezaevi tarafından düzenlenen sağlık fişinde tutuklunun migren rahatsızlığı olduğu belirtilmektedir. Yapılan analizler sonucunda E.H.'de bir enfeksiyonun varlığına rastlanmıştır ve bu hususta doktor gerekeni yerine getirmiştir.

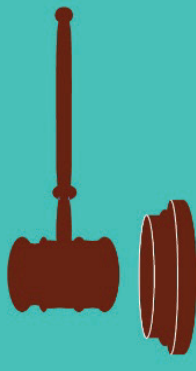
7 Nisan 1999 tarihinde savcılık, nöroloji doktoru C.U.'yu dinlemiştir. Doktor, 27 Ocak 1999 tarihinde E.H.'yi muayenesi sonucunda migren teşhisi koyduğunu ve bazı ilaçlar yazdığını beyan etmiştir. 05 Eylül 1998 tarihinde, ilgilinin sol başparmağında ankilozla rastlanmıştır.

Doktor, 25 Ocak 1999 tarihinde E.H.'nin baş ağrısı şikayetiyle geldiğini ve ona ağır kesici ilaçlar verdiğini, iki gün sonra tekrar aynı şikayetle geldiğinde onu Çankırı Hastanesi'ne sevk ettiğini ve migren teşhisi konulduğunu belirtmiştir.

Savcılık, müdür dahil 7 cezaevi personelinin dinlemiş, E.H.'nin hastaneye sevkine dair üstlendikleri görevlerini ifade etmişlerdir.

HÜKÜMETİN GÖRÜŞÜ

Tüm görevlilerin sorumluluğunu yerine getirdiği, devleti'nin sorumlu tutulamayacağından davanın reddini ileri sürmektedir.





ANKARA BAROSU SAĞLIK HUKUKU KURULU

KONU: DEVLETİN SAĞLIK HAKKINDA POZİTİF YÜKÜMLÜLÜĞÜ

KONU: DEVLETİN SAĞLIK HAKKINDA POZİTİF YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Av. Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU
Av. Ece SINDEL
Av. Oğuzhan TÜRE
Av. Bülent DAĞSALI
Av. Figen GÜVEN
Dr. Sij. Av. İddamin KARAHANCI

AİHM'İN DEĞERLENDİRMESİ

AİHS'nin 2. maddesinde ifade bulunan BV, oğlunun ölümüne ulusal makamların eylemsizliğinin yönelttiği iddia etmektedir. AİHM, dava dosyasından E.H'nin 1998 yılı Mart ayından itibaren şiddetli baş ağrılarından muzdarip olduğunu gözlemlemektedir. Ayrıca, uzman doktorlarca ayrıntılı bir muayeneden geçirilmemiş olması ve tedavi eklekliliğinin diğer tutuklularca giderilmek zorunda kalmış olması, E.H'nin sağlık durumunun tatmin edici bir biçimde takip edilmediğini göstermektedir. AİHM, cezai ve hastane yetkililerinin E.H'nin sağlık durumuyla ilgilenme biçimlerinin AİHS'nin 2. maddesi uyarınca üzerlerine düşen pozitif yükümlülük ilkesine aykırı olduğu sonucuna varmıştır. Bu nedenlerle, AİHS'nin 2. maddesi esas yönünden ihlal edilmiştir.

Savcılık, doktorlar aleyhinde ihmali ve dikkatsizlik sonucu ölümüne sebebiyet vermemekten bir ceza davası açmıştır. Ayrıca savcılık, cezai personel beş kişi aleyhinde Çankırı Ceza Mahkemesi'nde başka bir dava açmıştır. AİHM, 4616 sayılı Karar'ın (23 Nisan 1999 Tarihine Kadar İşlenen Suçlardan Dolayı Şartla Salıvermeye, Dava ve Cezaların Ertelemesine Dair Kararı) yürürlüğe girmesinin akabinde ceza mahkemesinin karar vermek için beş yıllık süreyle iki davanın birleştirilmesini istenmesiyle karşılaşmıştır. Özetle, ceza soruşturması yaranı yitirmiştir. Bu nedenle, AİHS'nin 2. maddesinin usul yükümlülüğü ihlal edilmiştir.

AİHM'İN KARARINA MUHALİF VE MUTABIK OLAN ÜYE HAKIMLARIN ŞERHLERİ

MUHALİF ÜYE: Türk Yargıcı Rıza TÜRMEN: hukuki yolların olduğu dolayısıyla cezaya ilişkin böyle bir karar verilmeyeceği kaldi ki adli mahkemelerde de dava açılacağına belirtilmiştir. Oysa ki idareye bağlı çalışan hekimlere karşı adli yollara başvurulamaz; idari yollara başvurulabilmektedir.

AİHM 2. maddede; yaşam hakkı düzenlenmiş; "yaşamına kasten son verilmeyeceği..." düzenlenmiştir. Bu kararda: "kasten ölümüne sebebiyet verme gibi bir durum yoktur. Ancak herkesin yaşam hakkı yasalarla korunmalıdır" denilmiş ve devletin sağlık konusundaki pozitif yükümlülük ihlalleri de 2. maddede olarak değerlendirilmemiş. AİHM 5 m.3'ü çerçevesinde; kimse işlenmeye veya insanlık dışı ya da aşağılayıcı muamelelere veya cezaya tabi tutulamaz. Bu kararda; işlenmeye ya da insanlık dışı muamelelere kaynaklı oluşan bir durum değil yaşam hakkına karşı yapılan yanlış uygulamalar söz konusudur.

Örnek olarak; Calvelli-Cigilo ve İtalya davasında AİHM "Yaşam hakkına veya bedensel bütünlüğe saldırı kasti değilse, 2. maddeden doğan etkin bir adli sistem tesis etme pozitif yükümlülüğü her durumda cezalardan bir yola başvurmayı gerektirir. Tıbbi ihmallerle ilişkin özel bağlamda, sözgelimi söz konusu hukuki sistem ilgililer için ahlî mahkemeler önünde tek başlarına yohut birlikte başvuru bulunma imkanı veriyorsa, davaya

konulan doktorların sorumluluklarını ortaya koymak amacıyla ve icabında her türlü uygun sivil cezaların tatbik edilmesine ve tazminat ödenernek kararını yayımlamasına imkan tanıyorsa benzer bir yükümlülük yerine getirilmiş sayılır" şeklinde karar nazara alındığında; yetkili makamların olenin sağlık sorunları konusunda gerekli makul her şeyi yaptıkları, ambulans yerine zihni araçta hastahaneye sevkini E.H'nin ölümü üzerinde etkili olmadı, resmi makamların olenin tedavi görmesine engel olmadıkları, her talep ettiğinde hastahaneye gitmesini sağladıkları, doktorların ihmalinin ölümün asıl sebebi olduğu, hastahane yönetimine ve devlete karşı tazminat davalarının açılmadığı, sadece sorumlular hakkında ceza davalarının 4616 sayılı Kararın gereği ertelenmesi sonrasında iç hukukta başka yollara başvurulmadıkları; AİHM'e tazminat davası açmadılar.

MUTABIK ÜYE: Yargıcı KOVLER, AİHS 2. maddesinin ihlal edildiği yönündeki çoğunluk görüşüne AİHS m.3'ün incelenmesi gerektirdiği görüşünden vazgeçerek katılmıştır. Yargıcı, devletin sorumlu olduğu ilkesi ile devletin ölümü engellemenin yanı sıra hayatı koruması da gerektiği ancak devlet kastli hareket etmiyor ve yeterli delili de bulunmuyorsa ihlal olmadığı yönündeki iki farklı görüşün çatıştığını belirtmektedir.

Örnek olarak Mark Keenan & Birleşik Krallık, No: 27229/05 sayılı dava gösterilmiştir. Davada akıl hastalığından muzdarip bir tutuklu Mark Keenan'ın intihama ilişkin olayda uygulanan tedavilerde ciddi eksiklikler bulunduğu ve devletin sorumlu olduğu belirtilerek AİHS m.3'e sokulmuştur.

Benzer olayda, adli tıp raporuna istinaden AİHM'nin "elle tutulur kanıtlarla desteklenmeyen bir varsayımın kaynaklanacağı" gerekçesiyle ihlal tespitinden vazgeçmiştir. Örnek olarak; Calvelli-Cigilo ve İtalya, AİHS m. 2. yönünden davalı devletin yalnızca kasten ölümüne sebebiyet vermemekle imtina etmeye değil, aynı zamanda yargısına tabi kişilerin hayatının korunması için gerekli önlemleri almaya da icbar ettiği (L.C.B. & Birleşik Krallık 9 Haziran 1998 tarihli karar) hükümüne varılmıştır.

HY - HüY. & Türkiye, 6 Ekim 2005 tarihli 40262/98 kararında ise; savunmacı devletin ölümüne yolum açmak kastıyla hareket ettiğine dair delili bulunmadığı, bu türden bir sonucun hiç kuşkusuz mesru şüphelere dayanan fakat elle tutulur kanıtlarla desteklenmeyen bir varsayımın kaynaklanacağı gerekçesiyle 2. maddede ihlal tespitinden vazgeçildiği hükümünü vermiştir.

İş bu davada yetkili araştırma yapılmadığı, 4616 sayılı Karar'daki 5 yıllık erteleme süresi dolduktan sonra Türk Yargısında ne işlem yapıldığını araştırılmadığı, ölen Engin'in sağlık dosyasının getirilmediği, ancak kanıt sunmanın davalı devlete ait olduğu, AİHM'nin AİHS'nin 2. ve 3. maddelerini ihlal davalarında daha önce soruşturmalara yerine dair bilgi talep edildiğini, bu davada talep edilemediği dayanak gerekçeleri daha sağlam olacağına, ancak buna rağmen AİHS'nin 3. maddesinden ziyade 2. maddenin ihlal edildiğini, Tais & Franca kararında, "polislerin ilgilinin bedensel ve ruhsal rahatsızlığına karşı kayıtsızlıklar ve etkin bir tıbbi gözetimin veya





ANKARA BAROSU SAĞLIK HUKUKU KURULU

Av. Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU
Av. Ece SINDEL
Av. Oğuzhan TÜRE
Av. Bülent DAĞSALI
Av. Figen GÜVEN
Dr. Sjt. Av. İddamin KABAHAŒI

KONU: DEVLETİN SAĞLIK HAKKINDA POZİTİF YÜKÜMLÜLÜĞÜ

KONU: DEVLETİN SAĞLIK HAKKINDA POZİTİF YÜKÜMLÜLÜĞÜ

polis gözetiminin yokluğu Devlet'in gözlem altındaki kişilerin yaşamının korunması yükümlülüğüne aykırılık teşkil ettiği" hükmüne varılmıştır. Bu nedenle 3. maddeye sokulma kararı verilmiştir. Ancak; davalara ilişkin 5 yıllık erteleme süresinin dolması dikkate alınarak Hükümet cezaevî personel ve İd doktor aleyhine açılan ceza davasının akbetine ilişkin bilgi verilmesi istenmesinin doğru olacağı, sağlık dosyasının da talep edilmesi gerekliliği belirtilmiştir.

AİHM'İN DEĞERLENDİRMESİ

AlHES m.2 çerçevesinde devletin sağlık konusundaki pozitif yükümlülüğü sadece teorik manada mevcut olmamalı uygulamada da etkin bir biçimde işliyor olmalıdır.

Ceza infaz kurumlarında bulunan hükümlü ve tutukluların beden ve ruh sağlığını korunması ve bunun için tedavi başta olmak üzere sağlık hizmetlerinden yararlandırılması devlet'in ve dolayısıyla ceza infaz kurumu idaresinin sorumluluğunda bulunmaktadır. Sağlık hakkı tüm insanlık için kabul görmüş önemli bir hak olmasının yanında, özgürlüklerinden mahrum kılınmış ceza infaz kurumunda bulunan hükümlü ve tutuklular için toplumun diğer kesimine oranla daha fazla önem arz etmektedir. Gerçekten de ceza infaz kurumlarında bulunan hükümlü ve tutuklular içinde bulundukları özel koşullar nedeniyle sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda diğer bireylere oranla daha dezavantajlı bir konuma sahiptirler. Bu nedenle hükümlü ve tutukluların sağlık hizmetlerinden yararlanması konusu göz ardı edilmemeli ve önemslenmelidir.

"Üçü Protokol" olarak anılan ve İçişleri, Adalet ve Sağlık Bakanlıklar arasında imzalanmış, "Ceza Infaz Kurumlarının Yönetimi, Dış Koruma, Hükümlü ve Tutukluların Sevk ve Nakilleri ile Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında 2011 Tarihli Protokol", hastanelerde hükümlü koğuşları ve muhafazalı muayene odaları oluşturulması ile bu birimlerin taşıması gereken özellikleri düzenlemektedir.

Hasta hükümlü ve tutukluların muayene ve tedavi haklarından yararlanabilmeleri için,

Protokolden öngörülen şekilde, mevcut muhafazalı muayene odaları ile hükümlü

koğuşlarındaki eksikliklerin bir an önce tamamlanması ve yenilerinin yapılandırılması

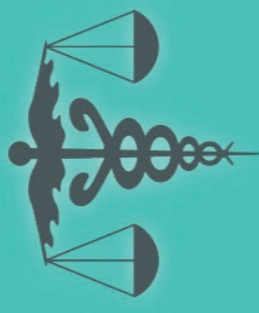
gerekmektedir. Ayrıca yapılması planlanan şehir hastanelerinin de muhafazalı muayene

odaları ve hükümlü koğuşlarını içerecek şekilde planlanması uygun olacaktır.

TUTUKLUNUN KELEPÇESİ ÇÖZÜLMEDEN MUAYENE EDİLMESİ YANLIŞTIR!

TUTUKLU İLE HEKİM YALNIZ OLMALIDIR!!! AKSİ HATADIR!

TÜM TETKİKLER YAPILMADAN TEŞHİS KONULMASI VE BUNA BAĞLI TEDAVİ TIBBİ KÖTÜ UYGULAMADIR!!!



**KONU: DEVLETİN SAĞLIK KONUSUNDA POZİTİF
YÜKÜMLÜLÜĞÜ**

**KARAR: AİHM 16 Kasım 2006 Tarih ve Bşv.No:52955/99
Sayılı Kararı**

BULGU:

Başvuran (BV) B.H., 1943 doğumlu olup Ankara’da ikamet etmektedir.

BV’nın oğlu E.H., 11 Nisan 1996 tarihinde yakalanmış ve 21 Mayıs 1996 tarihinde yasadışı silahlı bir örgüte üye olmakla itham edilmiştir. DGM, 27 Mayıs 1997 tarihinde E.H.’i yasadışı silahlı bir örgüte üye olmak suçundan 19 yıl, 2 ay hapis ve para cezasına çarptırılmıştır. Yargıtay, 16 Mart 1998 tarihinde bu kararı bozmuştur.

Mart 1998’den itibaren şiddetli başağrıları çekmeye başlayan E.H.’e cezaevi doktoru migren teşhisi koymuştur.

BV’na göre, bir çok defalar Çankırı Devlet Hastanesi’ne götürülen E.H.’ye eşlik eden jandarmalar fiziksel ve ruhsal şiddet uygulamışlar, doktor muayenesi sırasında elleri kelepçeli olduğu halde hazır bulunmuşlardır.

DGM, 04 Ağustos 1998 tarihinde, E.H.’yi 18 yıl 20 gün hapis ve para cezasına çarptırmıştır.

BV’na göre, 1998 yılından itibaren E.H. artık, beslenemez, okuyamaz, ellerini kullanamaz, spor yapamaz ve düzenli yürüyüşlere katılamaz hale gelmiştir.

26 Ocak 1999 tarihinde E.H. Çankırı Hastanesi’ne nakledilmiş; ancak bir doktora muayene olamadan cezaevine geri gönderilmiş ve nakil sırasında kendisine eşlik eden jandarmaların şiddetine maruz kalmıştır.

27 Ocak 1999 tarihinde E.H., yeniden Çankırı Devlet Hastanesi Nöroloji Polikliniği’ne sevk edilmiş kendisine orada ağrı kesici ilaçlar verilmiştir. Ankara Hastanesi’ne sevk talebi reddedilmiştir.

05 Şubat 1999 günü saat 23.00 sularında E.H., Çankırı Devlet Hastanesi’ne acil olarak nakledilmiştir. Doktor, şuuru kapalı olan

E.H.'ye ağrı kesici ilaçlar yazmıştır. Saat 01.00'a doğru yeniden cezaevine götürülmüştür.

06 Şubat 1999 saat 02.40'ta Çankırı Devlet Hastanesi'nden bir doktor E.H.'nin Ankara Hastanesi Dermatoloji Bölümü'ne acil olarak sevkini istemiştir.E.H., aynı gün saat 04.00'da bir ambulans yerine tutuklu sevkياتında kullanılan zırhlı bir araçla Ankara Devlet Hastanesi'ne sevk edilmiştir.

Ankara Hastanesi doktorlarınca hazırlanan 06 Şubat 1999 tarihli tıbbi rapora göre E.H., saat 06.50'de hayatını kaybetmiştir. Ankara Savcılığı ölüm sebebinin belirlenmesi amacıyla otopsi yapılmasını istemiştir. Ayrıca ek otopsi yapılmasını da emretmiştir.

Aynı gün, Ankara Savcılığı defin izni vermiştir. Savcılık açıklamasında, E.H.'nin solunum yetmezliği ve dolaşım bozukluğundan hayatını kaybettiği belirtilmiştir.

Olaya ilişkin soruşturma kapsamında dinlenen aynı cezaevinde tutuklu bulunan şahıslar, E.H.'nin 1998 yılı başından itibaren başağrılarında şikayet ettiğini, Ocak 1999'da sağlık durumunun iyice bozulduğunu belirtmişlerdir.Bu kapsamda 11 kişinin ifadesine başvurulmuştur.

23 Ekim 1999'da Çankırı Savcılığı'na bilgi veren cezaevi müdürü, şehir dışına hasta sevkinin tutukluların sağlık durumuna ve güvenlik koşullarına bağlı olarak kimi zaman normal araçla kimi zaman da ambulansla yapıldığını ifade etmiştir.

Belirtilmeyen bir tarihte, BV'nın diğer oğlu E.H., ölümden sorumlu tuttuğu kişiler hakkında şikayette bulunmuştur.

AIHM'NE BAŞVURUNUN AÇIKLANMASI

- DAVACI : B.H. oğlu E.H.'nin Mart 1998 tarihinden itibaren hastalandığını, Şubat 1999'dan sonra yataktan çıkamayacak ve yürüyemeyecek durumda olmasına rağmen gerekli tedavinin yapılmadığı, resmi makamların kayıtsızlığının oğlunun ölümüne neden olduğu ve ceza davalarının 4616 SK gereği ertelenmesi ile ceza da almadıklarını belirterek, maddi ve manevi tazminat ile masrafların tazminini talep etmiştir.
- DAVALI : TÜRKİYE DEVLETİ
- 1- Çankırı Cezaevi görevlilerinin ihmali,
2- Çankırı Devlet Hastahanesi doktorlarının ihmali
- DAVA : Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi çerçevesinde yaşamın korunması temel yükümlülüğü ve etkili soruşturma yapılmaması nedeniyle MADDİ ve MANEVİ
KONUSU : tazminat talebiyle 03.08.1999'da açıldı.
VE TARİHİ :
- TALEP : 10.703 Euro Maddi Tazminat
(Destekten yoksun kalma + 288 Euro cenaze gideri = 10.703 Euro)
288.350 Euro Manevi Tazminat

ŞİKAYETLER

BV, 09 Nisan 1999 tarihinde, Çankırı Cezaevi personeli, olaylar esnasında görevli jandarmalar ve Çankırı Hastanesi doktorları aleyhinde şikayette bulunmuştur.

11 Şubat 1999 tarihinde Çankırı Savcılığı, hastanenin acil servisinde görevli doktorlardan S.I.'yı dinlemiştir. Doktor, 05 Şubat 1999 saat 23.55 sularında acil servise getirilen E.H.'yi muayene ettiğini ve ilgilinin yorgun olduğunu açıklamıştır. Kendisine bir serum bağlayarak, ağrı kesici, antibiyotik ve vitamin ilaçları vermiştir. Daha sonra E.H.'nin durumunun ağırlaştığını bildirmek için kendisini aradıklarında, doktor, beyin tümörünün söz konusu olabileceğini düşünerek Ankara Hastanesi'ne sevkini emretmiştir. Muayene esnasında E.H.'nin konuşabilecek durumda olmadığını belirtmiştir. Cezaevi tarafından dü-

zenlenen sağlık fişinde tutuklunun migren rahatsızlığı olduğu belirtilmektedir. Yapılan analizler sonucunda E.H.'de bir enfeksiyonun varlığına rastlanmıştır ve bu hususta doktor gerekeni yerine getirmiştir.

07 Nisan 1999 tarihinde savcılık, nöroloji doktoru C.U.'yu dinlemiştir. Doktor, 27 Ocak 1999 tarihinde E.H.'yi muayenesi sonucunda migren teşhisi koyduğunu ve bazı ilaçlar yazdığını beyan etmiştir. 05 Eylül 1998 tarihinde, ilgilinin sol başparmağında ankiloza rastlanmıştır.

18 Ağustos 2000 tarihinde Çankırı Cumhuriyet Savcısı iki doktor aleyhinde dikkatsizlik ve ihmal sonucu ölüme sebebiyet vermekten ceza davası açmıştır.

Çankırı Ceza Mahkemesi 4616 sayılı kanunun ¼. maddesi uyarınca mahkeme kararı ertelenmiştir.

Çankırı Savcılığı 15 Şubat 1999 tarihinde cezaevi doktoru S.E.'yi dinlemiştir. Doktor, 25 Ocak 1999 tarihinde E.H.'nin başağrısı şikayetiyle geldiğini ve ona ağrı kesici ilaçlar verdiğini, iki gün sonra tekrar aynı şikayetle geldiğinde onu Çankırı Hastanesi'ne sevk ettiğini ve migren teşhisi konulduğunu belirtmiştir.

Savcılık müdür dahil 7 cezaevi personelini dinlemiş, E.H.'nin hastaneye sevkine dair üstlendikleri görevlerini ifade etmişlerdir.

Savcılık, 19 Kasım 1999 tarihinde cezaevi personeli hakkında takipsizlik kararı vermiş, olayın gerçekleştiği sırada nöbetçi müdür olan H.G. aleyhinde kamu davası açmıştır.

13 Ocak 2000 tarihinde Ağır Ceza Mahkemesi, 19 Kasım 1999 tarihli takipsizlik kararını bozarak, diğer cezaevi personeli hakkındaki dosyaları Çankırı Ceza Mahkemesi'ne yeniden göndermiştir.

Çankırı Ceza Mahkemesi, 27 Ocak 2000 tarihinde E.H.'yi muayene eden Çankırı Devlet Hastanesi doktorlarından C.U.'yu; 02 Şubat 2000 tarihinde cezaevi müdürü A.R.Y.'yi ve 07 Nisan 2000 tarihinde istinabe yoluyla BV'nı dinlemiştir. Çankırı Ceza Mahkemesince verilen mahkumiyet kararı, 4616 sayılı kanunun 1/4. maddesi uyarınca ertelenmiştir.

HÜKÜMETİN GÖRÜŞÜ

Tüm görevlilerin sorumluluğunu yerine getirdiği, devletin sorumlu tutulamayacağından davanın reddini ileri sürmektedir.

AİHM’NİN DEĞERLENDİRMESİ

AİHS’nin 2. maddesine atıfta bulunan BV, oğlunun ölümüne ulusal makamların eylemsizliğinin yol açtığını iddia etmektedir. AİHM, dava dosyasından E.H.’nin 1998 yılı Mart ayından itibaren şiddetli başağrılarından muzdarip olduğunu gözlemlemektedir. Ayrıca, uzman doktorlarca ayrıntılı bir muayeneden geçirilmemiş olması ve tedavi eksikliğinin diğer tutuklularca giderilmek zorunda kalınmış olması, E.H.’nin sağlık durumunun tatmin edici bir biçimde takip edilmediğini göstermektedir. AİHM, cezaevi ve hastane yetkililerinin E.H.’nin sağlık durumuyla ilgilenme biçimlerinin AİHS’nin 2. maddesi uyarınca üzerlerine düşen pozitif yükümlülük ilkesine aykırı olduğu sonucuna varmıştır. **Bu nedenlerle, AİHS’nin 2. maddesi esas yönünden ihlal edilmiştir.**

Savcılık, doktorlar aleyhinde ihmal ve dikkatsizlik sonucu ölüme sebebiyet vermekten bir ceza davası açmıştır. Ayrıca savcılık, cezaevi personeli beş kişi aleyhinde Çankırı Ceza Mahkemesi’nde başka bir dava açmıştır. AİHM, 4616 sayılı Kanun’un (23 Nisan 1999 Tarihine Kadar İşlenen Suçlardan Dolayı Şartla Salıvermeye, Dava ve Cezaların Ertelenmesine Dair Kanun) yürürlüğe girmesinin akabinde ceza mahkemesinin karar vermek için beş yıllık süreyle iki davayı da ertelemiş olmasını üzüntüyle karşılamaktadır. Özetle, ceza soruşturması yararını yitirmiştir. **Bu nedenle, AİHS’nin 2. maddesinin usul yükümlülüğü ihlal edilmiştir.**

AİHM’NİN KARARI

BV maddi tazminat olarak 10.703; manevi tazminat olarak 288.350 Euro talep etmektedir. AİHM, E.H.’nin BV’nin ailesinin tek maddi desteği olmadığını tespit etmektedir. Bu nedenle, **maddi tazminat talebinin tamamını reddetmektedir.**

AİHM, E.H.’nin yaşamış olması muhtemel acı ve ızdırabın haricinde, ilgilinin babası olan BV’nin da aynı şekilde oğlunun ölümüne neden olan koşulları öğrendiğinde ve etkin bir soruşturma yapılmasının

imkansızlığını farkettiğinde, sıkıntı ve çaresizlik yaşamış olabileceğini takdir etmektedir. Bu şartlarda ve hakkaniyete uygun olarak, **AİHM, başvurana 15.000 Euro manevi tazminat ödenmesine karar vermiştir.**

BV, AİHM ve ulusal mahkemeler önünde yaptığı masraf ve harcamalar için 11.564 Euro (248 Euro avukat ücreti + 7.808 Euro Çankırı Ceza Mahkemesindeki masraf + 136 Euro Çankırı'ya geliş-gidiş masrafı + 29 Euro fotokopi + 27 Euro posta gideri + 3.316 Euro AİHM'ye başvuru gideri) talep etmektedir, ancak BV bu iddialarını belgelendirememiştir. BV avukatının gösterdiği özen dikkate alınıp 5.000 Euro masrafın Türkiye Devletinden tahsiline karar vermiştir.

Adli tazmine ilişkin diğer taleplerin reddine,gecikme faizi olarak, Avrupa Merkez Bankası'nın marjinal kredi kolaylıklarına uyguladığı faiz oranına 3 puan eklenerek kararın kesinleşmesinden ödemeye kadar geçen sürede uygulanmasına, $15.000 + 5.000 = 20.000$ Euro tazminatın her türlü vergiden muaf tutulmasına, altıya karşı bir oyla karar verildi.

AİHM'NİN KARARINA MUHALİF VE MUTABİK OLAN ÜYE HAKİMLERİN ŞERHLERİ

MUHALİF ÜYE: Türk Yargıç Rıza TÜRMEEN ; hukuki yolların olduğu dolayısıyla cezaya ilişkin böyle bir karar verilemeyeceği kaldı ki adli mahkemelerde de dava açılabilceğini belirtmiştir.Oysa ki; İdareye bağlı çalışan hekimlere karşı adli yollara başvurulamaz; idari yollara başvurulabilmektedir.

AİHM 2. maddede; yaşam hakkı düzenlenmiş; “yaşamına kasten son verilemeyeceği....” düzenlenmiştir. Bu kararda ; kasten ölüme sebebiyet verme gibi bir durum yoktur. Ancak herkesin yaşam hakkı yasalarla korunmalıdır denilmiş ve devletin sağlık konusundaki pozitif yükümlülük ihlalleri de 2. madde olarak değerlendirmeye alınmıştır. AİHS m.3 çerçevesinde;hiç kimse işkenceye veya insanlık dışı ya da aşağılayıcı muameleye veya cezaya tabi tutulamaz. Bu kararda; işkence ya da insanlık dışı muamele kaynaklı oluşan bir durum değil yaşam hakkına karşı yapılan yanlış uygulamalar söz konusudur.

Örnek olarak; Calvelli-Ciglio & İtalya davasında AİHM “Yaşam hakkına veya bedensel bütünlüğe saldırı kasti değilse, 2. maddeden do-

ğan etkin bir adli sistem tesis etme pozitif yükümlülüğü her durumda cezai türden bir yola başvurmaya gerekli kılmaz. Tıbbi ihmallere ilişkin özel bağlamda, sözgelimi sözkonusu hukuki sistem ilgililer için sivil mahkemeler önünde tek başlarına yahut birlikte başvuruda bulunma imkanı veriyorsa, davaya konu olan doktorların sorumluluklarını ortaya koymak amacıyla ve icabında her türlü uygun sivil cezanın tatbik edilmesine ve tazminat ödenerek kararın yayımlanmasına imkan tanıyorlarsa benzer bir yükümlülük yerine getirilmiş sayılır” şeklindeki kararı nazara alındığında; yetkili makamların ölenin sağlık sorunları konusunda gerekli makul her şeyi yaptıkları, ambulans yerine zırhlı araçla hastahaneye sevkinin E.H.’nin ölümü üzerinde etkili olmadığı, resmi makamların ölenin tedavi görmesine engel olmadıkları, her talep ettiği hastahaneye gitmesini sağladıkları, doktorların ihmalinin ölümün asıl sebebi olduğu, hastahane yönetimine ve devlete karşı tazminat davalarının açılmadığı, sadece sorumlular hakkındaki ceza davalarının 4616 sayılı Kanun gereği ertelenmesi sonrasında iç hukukta başka yollara başvurmamaklarından; AİHM’ye tazminat davası açamazlar.

MUTABİK ÜYE: Yargıç KOVLER; AİHS 2. maddesinin ihlal edildiği yönündeki çoğunluk görüşüne AİHS m.3’ün incelenmesi gerektiği görüşünden vazgeçerek katılmıştır. Yargıç, devletin sorumlu olduğu ilkesi ile devletin ölümü engellemenin yanısıra hayatı koruması da gerektiği ancak devlet kasıtlı hareket etmiyor ve yeterli delil de bulunmuyorsa ihlal olmadığı yönündeki iki farklı görüşün çatıştığını belirtmektedir.

Örnek olarak Mark Keenan & Birleşik Krallık, No: 27229/05 sayılı dava gösterilmiştir. Davada akıl hastalığından muzdarip bir tutuklu Mark Keenan’ın intiharına ilişkin olayda uygulanan tedavilerde ciddi eksiklikler bulunduğu ve devletin sorumlu olduğu belirtilerek AİHS m.3’e sokulmuştur.

Benzer olayda; adli tıp raporuna istinaden AİHM’nin “elle tutulur kanıtlarla desteklenmeyen bir varsayımdan kaynaklanacağı” gerekçeyle ihlal tespitinden vazgeçilmiştir. Örnek olarak; Calvelli-Ciglio & İtalya, AİHS m. 2 yönünden davalı devletin yalnızca kasten ölümüne sebebiyet vermekten imtina etmeye değil, aynı zamanda yargısına tabi kişilerin hayatının korunması için gerekli önlemleri almaya da icbar ettiği (L.C.B & Birleşik Krallık 9.Haziran.1998 tarihli kararı) hükmü-

ne varılmıştır.

H.Y - Hü.Y. & Türkiye, 06.Ekim.2005 tarihli 40262/98 kararında ise; savunmacı devletin ölüme yol açmak kastıyla hareket ettiğine dair delil bulunmadığı, bu türden bir sonucun hiç kuşkusuz meşru şüphelere dayanan fakat elle tutulur kanıtlarla desteklenmeyen bir varsayımdan kaynaklanacağı gerekçesiyle 2. maddeyi ihlal tespitinden vazgeçildiği hükmünü vermiştir.

İş bu davada yeterli araştırma yapılmadığı (4616 sayılı Kanundaki 5 yıllık erteleme süresi dolduktan sonra Türk Yargısında ne işlem yapıldığının araştırılmadığı, ölen Engin'in sağlık dosyasının getirilmediği), ancak kanıt sunmanın davalı devlete ait olduğu, AİHM'nin AİHS'nin 2. ve 3. maddelerini ihlal davalarında daha önce soruşturmaların seyrine dair bilgi talep edildiğini, bu davada talep edilseydi dayanak gerekçelerin daha sağlam olacağını, ancak buna rağmen AİHS'nin 3. maddesinden ziyade 2. maddenin ihlal edildiğini, Tais & Fransa kararında, “polislerin ilgilinin bedensel ve ruhsal rahatsızlığına karşı kayıtsızlıkları ve etkin bir tıbbi gözetimin veya polis gözetiminin yokluğu Devlet'in gözlem altındaki kişilerin yaşamının korunması yükümlülüğüne aykırılık teşkil ettiği” hükmüne varılmıştır.Bu nedenle 3. madde yerine 2. maddeye sokulma kararı verilmiştir.

Ancak; davalara ilişkin 5 yıllık erteleme süresinin dolması dikkate alınarak Hükümet'i cezaevi personeli ve iki doktor aleyhine açılan ceza davasının akıbetine ilişkin bilgi verilmesi istenmesinin doğru olacağı, sağlık dosyasının da talep edilmesi gerekliliği belirtilmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

AİHS m.2 çerçevesinde devletin sağlık konusundaki pozitif yükümlülüğü sadece teorik manada mevcut olmamalı uygulamada da etkin bir biçimde işliyor olmalıdır. Bu bağlamda,gerek kamu gerekse özel sektördeki sağlık çalışanlarının sorumluluğu altında bulunduğu sırada yaşamını yitiren bir kişiye tıbbi tedavinin uygulanması sırasında meydana gelen olaylar ve işlenen muhtemel hatalar konusunda sağlık mesleği mensuplarının bilgilendirilmesi ilgili kuruluşların ve sağlık personelinin potansiyel eksiklikleri/ kusurları gidermeleri ve benzer hataların meydana gelmesini önlemeleri açısından önem arz etmektedir.

Diğer taraftan; bu konuda açılan davaların hızlı bir şekilde incelenmesi, tüm sağlık hizmetlerinden faydalanan kişilerin güvenliği için de önemlidir.

Ceza infaz kurumlarında bulunan hükümlü ve tutukluların beden ve ruh sağlığının korunması ve bunun için tedavi başta olmak üzere sağlık hizmetlerinden yararlandırılması devletin ve dolayısıyla ceza infaz kurumu idaresinin sorumluluğu altındadır. Sağlık hakkı tüm insanlık için kabul görmüş önemli bir hak olmasının yanında, özgürlüklerinden mahrum kılınmış ceza infaz kurumunda bulunan hükümlü ve tutuklular için toplumun diğer kesimine oranla daha fazla önem arz etmektedir. Gerçekten de ceza infaz kurumlarında bulunan hükümlü ve tutuklular içinde bulundukları özel koşullar nedeniyle sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda diğer bireylere oranla daha dezavantajlı bir konuma sahiptirler. Bu nedenlerle hükümlü ve tutukluların sağlık hizmetlerinden yararlanması konusu göz ardı edilmemeli ve önemsenmelidir.

“Üçlü Protokol” olarak anılan ve İçişleri, Adalet ve Sağlık Bakanlıkları arasında imzalanan, “Ceza İnfaz Kurumlarının Yönetim, Dış Koruma, Hükümlü ve Tutukluların Sevk ve Nakilleri ile Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında” 2011 tarihli Protokol, hastanelerde hükümlü koğuşları ve muhafazalı muayene odaları oluşturulması ile bu birimlerin taşınması gereken özellikleri düzenlemektedir. Hükümlü ve tutukluların hastanelerde muayeneleri, firara karşı engellerin bulunduğu muhafazalı odalarda yapılmaktadır. Hastaneye sevk edilen hükümlü ve tutuklular, yatarak tedavi edilmeleri gerektiği takdirde, o hastanede bulunan hükümlü koğuşuna yatırılarak tedavileri yapılmaktadır. 2011 tarihli Protokolün geçici maddesi uyarınca, Protokol’ün yürürlüğe girdiği tarihten itibaren üç ay içerisinde, hastanelerde muhafazalı muayene odaları ve hükümlü koğuşlarının belirlenen standartlara uygun hale getirilmesi ve hükümlü koğuşu bulunmayan hastanelerde hükümlü koğuşu ve muhafazalı muayene odaları oluşturulması gerektiği öngörülse de, uygulamada muhafazalı muayene odaları ve hükümlü koğuşlarına ilişkin bir gelişme kaydedilmediği görülmektedir.

Öncelikle hastanelerde muhafazalı muayene odalarının tamamlanmamış olması, mahpusların sağlık hizmetlerine erişimini engellemek-

tedir. Uygulamada muhafazalı muayene odaları yaygın olmadığından, sevki gerçekleştiren jandarma güvenlik gerekçesiyle kelepçeyi açmamakta ve oda dışına çıkmamaktadır. Bu durum hasta mahremiyetini ihlal etmekte ve muayene için uygun koşulların oluşmasını engellemektedir. Bu nedenle doktorlar çoğu zaman mevzuat ile meslek etiği arasında kalmakta, bazen hasta mahpusları muayene etmekten kaçınmakta ve bu da disiplin cezası almalarına yol açmaktadır.

Yine hastanelerde hükümlü koşullarının bulunmaması, hastane koşullarında yatarak tedavisi veya ameliyatı gereken hasta mahpusların bu hizmetlerden yararlanamamasına neden olmaktadır.

Hasta hükümlü ve tutukluların muayene ve tedavi haklarından yararlanabilmeleri için, Protokolde öngörülen şekilde, mevcut muhafazalı muayene odaları ile hükümlü koşullarındaki eksikliklerin bir an önce tamamlanması ve yenilerinin yapılandırılması gerekmektedir. Ayrıca yapılması planlanan şehir hastanelerinin de muhafazalı muayene odaları ve hükümlü koşullarını içerecek şekilde planlanması uygun olacaktır.



ANKARA BAROSU SAĞLIK HUKUKU KURULU

KONU: KİŞİSEL SAĞLIK VERİLERİNİN KORUNMASI

KARAR: AİHM 2-D 17.02.2015 Tarih ve BŞv.No:2010/648 Sayılı Kararı

BULGU

Başvuran (BV) M.Y. Türk vatandaşı olup; 1971 doğumludur. 1912.2011 tarihinde hayatını kaybetmiştir. Ablası M.Ö. mirasçısı sıfatıyla davayı takip etmiştir.

BV, 22 Şubat 2008 akşamında ambulansı çağırarak yakınları tarafından evinde bilinci kapalı halde bulunmuştur. Saat 21:00 civarında İstanbul Eğt. ve Arş. Hist'e götürülmüştür. Yakınları, ambulans personeli BV'nin HIV tasyırcısı olduğu konusunda bilgilendirilmiştir.

Ambulans personeli, hastane personeline bu bilgiyi aktarmıştır.

Hastane acil servisinin talebi üzerine mikrobiyoloji laboratuvarı saat 21:24'te; biyokimya laboratuvarı da saat 22:01'de gerçekleştirildikleri test sonucu aynı birer rapor hazırlamıştır. Hastane acil servisi 23.02.2008'de ilk tam olarak "HIV + İNTİHAR" ibaresinin yer aldığı gözlem raporu hazırlamıştır.

Aynı tarihte, hastanenin anesteziyoloji ve reanimasyon klinikleri doktorları BV'nin AIDS hastası olduğunu belirten rapor hazırlamışlardır.

23.02.2008 tarihinde sabah saat 05:00 sularında hastanın bilinci açıldıktan sonra BV hastaneden ayrılmıştır.

Hastane baş tabibi 28.03.2008 tarihinde talebi üzerine BV'ya tıbbi müdahalede bulunan 20 sağlık personelinin ismi listesini teslim etmiştir.

BV, 08.05.2008 tarihinde hastane sağlık personeli hakkında Fatih Cumhuriyet Savcısına şikayette bulunmuştur. Şikayette; TCK m.257/1 ve 2. fıkrasına göre görevlerini ihmal ettiklerini, sağlık durumuna ilişkin bilgilerin paylaşılmasının TCK m.134 ve 136'ya aykırı olduğunu iddia etmektedir. Ayrıca HIV pozitif olması sebebiyle TCK m.94 ve 122'e aykırı olarak aşağıdaki ve ayrıca bir muameleye maruz kaldığını belirtmektedir.

Aynı klinikte görev yapan Uzm. Dr. Ş.V. başhekimliğe yazdığı yazıda; "diğer hastaların sağlığını korumak ve bulaşıcı hastalıklara karşı tedbir almak için yoğun bakım ünitesinde çalışan doktor, personel ve hemşirelerin kan, solunum veya temas yoluyla bulaşabilecek hastalığı olan hastalar konusunda bilgilendirilmesi gerektiğini, söz konusu hastanın HIV tasyırcısı olduğunu bilmelerinin mümkün olmadığını, bilinci açık hiçbir hastanın yanında veya hasta yakınları arasında HIV tasyırcısı olduğunu söylenmemesini" belirtmiştir.

İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü 11 Haziran - 11 Temmuz 2008 tarihleri arasında ön inceleme gerçekleştirmiştir. Raporla hastanın HIV tasyırcısı olduğuna dair bilgilerin söylenmemesi halinde risklere yol açabileceği, BV'ye yapılan tedavi biçiminin geçirme, ihmalkarlık ve ayrımcılık yapılmadığı, personelin ilgilinin AIDS'li olduğuna dair edindiği bilginin güvenilir nedenlerle bağlı olarak söylendiğini ve özel hayatın gizliliğini ihmal olarak nitelendirilemeyeceğini tespit etmiştir. İl Sağlık Müdürlüğü görevlerinin tıbbi deontoloji ve etik kurallarına uygun hareket etmesi nedeniyle İLE SORUŞTURMA İZİNİ VERMEMİŞTİR.

BV, bu karara karşı İstanbul İdare Mahkemesi nezdinde itiraz etmiştir. İtiraz dilekçesinde, kişisel ve tıbbi verilere ilişkin hususları göz önünde bulundurarak dosya hakkında gizlilik kararı verilmesi istenmiştir.

11.09.2008 tarihli kararda İstanbul İdare Mahkemesi görevsizlik kararı vermiş ve görev yönünden yetkili olduğunu düşündüğü İstanbul Bölge İdare Mahkemesi'ne dosyayı göndermiştir. BV'nin HIV pozitif olduğu mahkeme kararında belirtilmektedir.

İstanbul Bölge İdare Mahkemesi 01.04.2009 tarihli kararında BV'nin soruşturma izni verilmesini kararına yaptığı itirazı reddetmiştir. Kararda BV'nin HIV pozitif olduğuna dair herhangi bir ibare yer almamaktadır.

Cumhuriyet Savcısı, suçlanan doktorlar hakkında 15.07.2008 tarihli İstanbul Valiliği karar ile soruşturma izni verilmediğini ve bu kararın İstanbul Bölge İdare Mahkemesi'nin 01.04. 2009 tarihinde verdiği karar ile kesinleştiğini tespit ettikten sonra 21.05. 2009 tarihinde KOVUŞTURMAYA YER OLMADIGINA karar vermiştir.

BV söz konusu karara, adil yargılanma hakkına ve AİHS'nin 6 ve 13 maddeleri ile güvence altına alınan etkili baskıya hakkına aykırı olduğunu iddia ederek itiraz etmiştir. BV, İdare Mahkemesi'ndeki yargılanması sırasında kimliğinin ve HIV tasyırcısı olduğunun açıklanmasının Sözleşme'nin 6, 8, 13 ve 14 maddelerini ihlal ettiğini ileri sürmektedir.

Beyoğlu Ağır Ceza Mahkemesi 23.09.2009 tarihinde itiraz edilen kararda usul ve yasaya aykırılık görülmediğinden BV'nin itirazını reddetmiştir.

İLGİLİ İÇ HUKUK MEVZUATI

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu m.134 (Özel hayatın gizliliğinin ihlal edilmesi), m.136 (Verileri hukuka aykırı olarak verme veya ele geçirme)

23 Şubat 1953 tarihli Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 4. maddesinde, tabip ve diş tabibi meslek ve sanatının ıcrası vesilesiyle muttali olduğu sırları kanunî mecburiyet olmadıkça ifşa edemeyeceği yer almaktadır.

1 Ağustos 1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliğinin İkeler başlıklı 5. maddesinde "Kanun ile müsaade edilen haller ile tıbbi zorunluluklar dışında hastanın özel hayatının ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz" ibaresi yer almaktadır. Aynı yönetmeliğin m.21 (mahremiyete saygı gösterilmesi) m.23 (bilgilerin gizli tutulması) 'de hasta hakkında bilgilerin ve tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içinde yürütülmesi belirtilmektedir.





ANKARA BAROSU SAĞLIK HUKUKU KURULU

KONU: KİŞİSEL SAĞLIK VERİLERİNİN KORUNMASI

KARAR: AİHM 2.D 17.02.2015 Tarih ve Bşv.No:2010/648 Sayılı Kararı

Av. Berna ÖZPINAR GÜMRÜKCÜOĞLU

Av. Ece SINDEL

Av. Oğuzhan TURE

Av. Bülent DAĞSALI

Av. Figen GÜVEN

Dr. Stj. Av. İddamin KARAHANCI

ŞİKAYETLER

BV, Sözleşme'nin 2. maddesini ileri sürerek somut bir tedavi yapılmadan yaklaşık 6 saat kadar bekletildiği için şikayet etmektedir.

BV, Sözleşme'nin 3. maddesine dayanarak hastanede maruz kaldığı insanlık dışı ve aşağılayıcı muameleden şikayet etmektedir.

BV, Sözleşme'nin 6. maddesini ileri sürerek ulusal mahkemeler önündeki yargılamanın adil olmamasından şikayet etmektedir.

BV, Sözleşme'nin 8. maddesi kapsamında sağlık durumuyla ilgili tıbbi verilerin korunmadığını iddia etmektedir.

BV, Sözleşme'nin 13. maddesini ileri sürerek etkili başvuru yolu bulunmamasından şikâyetçi olmuştur

BV, Sözleşme'nin 14. maddesi bağlamında HIV pozitif olması nedeniyle yetkilileri kendisine ayrımcı muameleyle maruz bıraktığı için suçlamaktadır.

HÜKÜMETİN GÖRÜŞLERİ

Hükümet, sağlık personelinin BV'nin HIV pozitifliği olduğunu bilmeden yapacağı tıbbi müdahalelerin, müdahalede bulunan sağlık personelinin telafisi mümkün olmayan zararları uğratabileceğini beyan etmiştir. Hükümete göre söz konusu durumun bildirilmesi menfaatlari, çatışır BV ile sağlık personeli arasında adil bir dengeyi kurulması için demokratik bir toplumda gereklidir. Hükümet Sözleşme'nin 8. maddesi çerçevesinde adil denge ve ölçülülük sorununun giderildiğini ileri sürmektedir.

MAHKEME'NİN DEĞERLENDİRMESİ

Mahkeme, kişisel nitelikli sağlık verilerinin özel hayata saygı gösterilmesi hakkının icra edilmesinde önemli bir rol oynadığını hatırlatmaktadır. Mahkeme kişisel sağlık verilerinin son derece mahrem olma nitelikleri dikkate alınarak devlet tarafından bu bilgilerin muhafaza edilmesi ve resmi makamlar tarafından ilgili kişinin rızası olmaksızın kullanılmasına izin verilmesine ilişkin olarak alınan her tedbir, ciddi olarak incelemeye tabi tutulması gerektiğini belirtmektedir.

Mahkeme kişisel sağlık verilerinin Sözleşme'nin 8. maddesi ile güvence altına alındığını açıklamakla birlikte kişisel sağlık verilerine saygı gösterilmesi hakkının da mutlak bir hak olmadığını altını çizmektedir.

Mahkeme ambulans görevlilerinin söz konusu bilgiyi hastane personeline iletmış olmaları nedeniyle

suçlanamayacakları görüşündedir. Mahkeme hasta takibinin ve etkili bir sağlık tedavisi sunma zorunluluğunun farklı tıbbi müdahalede bulunanlar arasında bilgilerin aktarılmasını haklı kılabilirceği kanaatindedir. Hastanın HIV taşıyıcısı olduğuna dair bilgilerin aktarılması hastane personelinin güvenliği ve kamu sağlığının korunması açısından haklı kılınabilircektir. Dolayısıyla bu bilginin farklı müdahalede bulunanlar arasında paylaşılması nedeniyle BV'nin özel hayatına saygı hakkının ihlal edilmediğini değerlendirmektedir.

BV'nin iddiası dayanaktan yoksundur ve Sözleşme'nin 35/3. ve 4. maddesi uyarınca reddedilmesi gerekir.

Son olarak mahkeme BV'nin Sözleşme'nin 1. ve 7. maddeleri kapsamında şikâyetleri herhangi bir şekilde bu maddeleri desteklemediğini ve şikâyetlerin açıkça dayanaktan yoksun olmaları nedeniyle Sözleşme'nin 35 / 3. ve 4. maddesi uyarınca reddedilmesi gerektiğini tespit etmiştir.

BU GEREKÇELERLE MAHKEME 19.03.2015 tarihinde OYBİRLİĞİYLE BAŞVURUNUN KABUL EDİLEMEZ OLDUĞUNA KARAR VERMİŞTİR.

KONU: KİŞİSEL SAĞLIK VERİLERİNİN KORUNMASI

KARAR: AİHM 2. D 17 Şubat 2015 Tarih ve Bşv.No:2010/648 Sayılı Kararı

BULGU:

Başvuran (BV) M.Y Türk vatandaşı olup; 1971 doğumludur. 19.12.2011 tarihinde hayatını kaybetmiştir. Ablası M.Ö mirasçı sıfatıyla davayı takip etmiştir.

BV, 22.02.2008 akşamında ambulansı çağıran yakınları tarafından evinde bilinci kapalı halde bulunmuştur. Saat 21:00 civarında İ.E.A.Hastanesine götürülmüştür. Yakınları, ambulans personeli BV'nin HIV taşıyıcı olduğu konusunda bilgilendirmiştir.

Ambulans personeli, hastane personeline bu bilgiyi aktarmıştır.

Hastane acil servisinin talebi üzerine, mikrobiyoloji laboratuvarı saat 21:24'te, biyokimya laboratuvarı da saat 22:01'de gerçekleştirdikleri test sonucu ayrı birer rapor hazırlamıştır. Hastane acil servisi 23.02.2008'de ilk tanı olarak "HIV+ İNTİHAR" ibaresinin yer aldığı gözlem raporu hazırlanmıştır.

Aynı tarihte, hastanenin anesteziyoloji ve reanimasyon klinikleri doktorları BV'nin AIDS hastası olduğunu belirten rapor hazırlamışlardır.

23.02.2008 tarihinde sabah saat 05:00 sularında hastanın bilinci açıldıktan sonra BV hastaneden ayrılmıştır.

Hastane baş tabibi 28.03.2008 tarihinde talep üzerine BV'ya tıbbi müdahalede bulunan 20 sağlık personelinin isim listesini teslim etmiştir.

BV, 08.05.2008 tarihinde hastane sağlık personeli hakkında Fatih Cumhuriyet Savcısı'na şikayette bulunmuştur.Şikayette; TCK m.257/1 ve 2.fıkrasına göre görevlerini ihmal ettiklerini, sağlık durumuna ilişkin bilgilerin paylaşılmasının tck m.134 ve 136'ya aykırı olduğunu iddia etmektedir. Ayrıca HIV pozitif olması sebebiyle TCK m.94 ve 122'e aykırı olarak aşağılayıcı ve ayrımcı bir muameleye maruz kaldığını belirtmektedir.

Aynı klinikte görev yapan Uzm. Dr. Ş.V başhekimliğe yazdığı yazıda; “ diğer hastaların sağlığını korumak ve bulaşıcı hastalıklara karşı tedbir almak için yoğun bakım ünitesinde çalışan doktor, personel ve hemşirelerin kan, solunum veya temas yoluyla bulaşabilecek hastalığı olan hastalar konusunda bilgilendirilmesi gerektiğini, söz konusu hastanın HIV taşıyıcısı olduğunu bilmelerinin mümkün olmadığını, bilinci açık hiçbir hastanın yanında veya hasta yakınları karşısında HIV taşıyıcı olduğunun söylenmediğini” belirtmiştir.

İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü 11 Haziran- 11 Temmuz 2008 tarihleri arasında ön inceleme gerçekleştirmiştir. Raporda hastanın HIV taşıyıcısı olduğuna dair bilginin söylenmemesi halinde risklere yol açabileceği, BV’ye yapılan tedavi biçiminde gecikme, ihmalkarlık ve ayrımcılık yapılmadığı, personelin ilgilinin AIDS’li olduğuna dair edindiği bilginin güvenlik nedenlerine bağlı olarak söylendiğini ve özel hayatın gizliliğini ihmal olarak nitelendirilemeyeceğini tespit etmiştir. İl Sağlık Müdürlüğü görevlilerin tıbbi deontoloji ve etik kurallarına uygun hareket etmesi nedeni ile SORUŞTURMA İZNİ VERMEMİŞTİR.

BV, bu karara karşı İstanbul İdare Mahkemesi nezdinde itiraz etmiştir. İtiraz dilekçesinde, kişisel ve tıbbi verilere ilişkin hususları göz önünde bulundurarak dosya hakkında gizlilik kararı verilmesi istenmiştir.

11.09.2008 tarihli kararda İstanbul İdare Mahkemesi görevsizlik karar vermişve görev yönünden yetkili olduğunu düşündüğü İstanbul Bölge İdare Mahkemesi’ne dosyayı göndermiştir. BV’nin HIV pozitifliği olduğu mahkeme kararında belirtilmektedir.

İstanbul Bölge İdare Mahkemesi 01.04.2009 tarihli kararında BV’nin soruşturma izni verilmemesi kararına yaptığı itirazı reddetmiştir. Kararında BV’nin HIV pozitif olduğuna dair herhangi bir ibare yer almamaktadır.

Cumhuriyet Savcısı, suçlanan doktorlar hakkında 15.07.2008 tarihli İstanbul Valiliği kararı ile soruşturma izni verilmediğini ve bu kararın İstanbul Bölge İdare Mahkemesi’nin 01.04.2009 tarihinde verdiği karar ile kesinleştiğini tespit ettikten sonra 21.05.2009 tarihinde KOVUŞTURMAYA YER OLMADIĞI’na karar vermiştir.

BV söz konusu karara, adil yargılanma hakkına ve AİHS’nin 6 ve 13 maddeleri ile güvence altına alınan etkili başvuru hakkına aykırı oldu-

ğunu iddia ederek itiraz etmiştir. BV, İdare Mahkemesi'ndeki yargılanması sırasında kimliğinin ve HIV taşıyıcısı olduğunun açıklanmasının Sözleşmenin 6, 8, 13 ve 14 maddelerini ihlal ettiğini ileri sürmektedir.

Beyoğlu Ağır Ceza Mahkemesi 23.09.2009 tarihinde itiraz edilen kararda usul ve yasaya aykırılık görülmediğinden BV'nin itirazını reddetmiştir.

İLGİLİ İÇ HUKUK MEVZUATI

5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu m.134 (özel hayatın gizliliğinin ihmal edilmesi), m.136 (verileri hukuka aykırı olarak verme veya ele geçirme)

23 Şubat 1953 tarihli Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 4.maddesinde, tabip ve diş tabibi meslek ve sanatının icrası vesilesiyle muttali olduğu sırları kanuni mecburiyet olmadıkça ifşa edemeyeceği yer almaktadır.

1 Ağustos 1998 tarihli ve 23420 Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin ilkeler başlıklı 5. Maddesinde “ kanun ile müsaade edilen haller ile tıbbi zorunluluklar dışında hastanın özel hayatının ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz” ibaresi yer almaktadır. Aynı yönetmeliğin m. 21 (mahremiyete saygı gösterilmesi) m.23 (bilgilerin gizli tutulması) ‘de hasta hakkında bilgilerin ve tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içinde yürütülmesi belirtilmektedir.

ŞİKAYETLER

- BV, Sözleşme'nin 2. Maddesini ileri sürerek somut bir tedavi yapılmadan yaklaşık 6 saat kadar bekletildiği için şikayet etmektedir.
- BV, Sözleşme'nin 3.maddesine dayanarak hastanede maruz kaldığı insanlık dışı ve aşağılayıcı muameleden şikayet etmektedir.
- BV, Sözleşme'nin 8. Maddesi kapsamında sağlık durumuyla ilgili tıbbi verilerin korunmadığını iddia etmektedir.
- BV, Sözleşme'nin 13.maddesini ileri sürerek etkili başvuru yolu bulunmamasından şikayetçi olmuştur.
- BV, Sözleşme'nin 14. Maddesi bağlamında HIV pozitif olması nedeniyle yetkilileri kendisine ayrımcı muameleye maruz bıraktığı için suçlamaktadır.

HÜKÜMETİN GÖRÜŞLERİ

Hükümet, sağlık personelinin BV'nin HIV pozitifli olduğunu bilmeden yapacağı tıbbi müdahalenin, müdahalede bulunan sağlık personelinin telafisi mümkün olmayan zararlara uğratabileceğini beyan etmiştir. Hükümete göre söz konusu durumun bildirilmesi menfaatleri çatışan BV ile sağlık personeli arasında adil bir dengeyi kurulumu için demokratik bir toplumda gereklidir. Hükümet Sözleşme'nin 8.maddesi çerçevesinde adil denge ve ölçülülük sorununun giderildiğini ileri sürmektedir.

MAHKEME'NİN DEĞERLENDİRMESİ

Mahkeme, kişisel nitelikli sağlık verilerinin özel hayata saygı gösterilmesi hakkının icra edilmesinde önemli bir rol oynadığını hatırlatmaktadır. Mahkeme kişisel sağlık verilerinin son derece mahrem olma nitelikleri dikkate alınarak devlet tarafından bu bilgilerin muhafaza edilmesi ve resmi makamlar tarafından ilgili kişinin rızası olmaksızın kullanılmasına izin verilmesine ilişkin olarak alınan her tedbiri ciddi olarak incelemeye tabi tutulması gerektiğini belirtmektedir.

Mahkeme, kişisel sağlık verilerinin Sözleşme'nin 8.maddesi ile güvence altına alındığını açıklamakla birlikte kişisel sağlık verilerine saygı gösterilmesi hakkının da mutlak bir hak olmadığının altını çizmektedir.

Mahkeme ambulans görevlilerinin söz konusu bilgiyi hastane personeline iletmiş olmaları nedeniyle suçlanamayacakları görüşündedir. Mahkeme hasta takibinin ve etkili bir sağlık tedavisi sunma zorunluluğunun farklı tıbbi müdahalede bulunanlar arasında bilgilerin aktarılmasını haklı kılabilceği kanaatindedir. Hastanın HIV taşıyıcısı olduğuna dair bilginin aktarılması; hastane personelinin güvenliği ve kamu sağlığının korunması açısından haklı kılınabilecektir. Dolayısıyla bu bilginin farklı müdahalede bulunanlar arasında paylaşılması nedeniyle BV'nin özel hayatına saygı hakkının ihlal edilmediğini değerlendirmektedir.

BV'nin iddia dayanaktan yoksundur ve Sözleşme'nin 35/3 ve 4. Maddesi uyarında reddedilmesi gerekir.

BU GEREKÇELERLE MAHKEME 19.03.2015 tarihinde OYBİRLİĞİYLE KABUL EDİLEMEZ OLDUĞUNA KARAR VERMİŞTİR.



VII. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

KAPANIŞ OTURUMU

(02 Aralık 2017)

Üçüncü Bölüm

Kapanış Oturumu Fotoğrafları



*Ankara Barosu VII. Sağlık Hukuku Kurultayı
Katılımcılar Toplu Fotoğraf Düzeni-02 Aralık 2017*



VII. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

KAPANIŞ OTURUMU

(02 Aralık 2017)

Dördüncü Bölüm

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulumuz

10 Yaşında Anı Fotoğrafi



*Ankara Barosu Başkanı Av. Hakan CANDURAN ve Sağlık Hukuku Kurulu
Üyeleri 10. Yıl Pastası Kesimi Anı Fotoğrafı-01 Aralık 2017*