



ANKARA BAROSU
X. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

20-21 EKİM 2023

ANKARA

Yayın Kurulu

Avukat Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU

Avukat Melis Selin ÇETİN

Avukat Hilal ARI

Avukat Muhammed Yusuf DAMNALI

Avukat Burak BİÇER

Ankara - 2023

ISBN 978-625-6233-11-9

Ankara Barosu Yayınları

Ankara Barosu Başkanlığı © 2025

Tüm hakları saklıdır. Tasarımı Ankara Barosuna aittir.

Ankara Barosu kaynak gösterilerek yayımlanabilir.

Basım Tarihi, Yeri ve Adedi

Aralık 2025, Ankara

50 adet (1. Baskı)

Ankara Barosu Başkanlığı

Atatürk Bulvarı No: 40 Adliye Sarayı Kat: 5 Sıhhiye-ANKARA / TÜRKİYE

T: (0.312) 416 72 00 (Pbx) • F: (0.312) 416 72 80

www.ankarabarusu.org.tr | abym@ankarabarusu.org.tr

Ankara Barosu Başkanı

Av. Mustafa KÖROĞLU

Baskı ve Cilt

Poyraz Ofset Matbaacılık

Sertifika No: 49893

www.poyrazofset.com.tr

"Bu eser, kurultay süresince sunulan bildiriler ile oturumlarda yürütülen tartışmaların ses kayıtlarının titizlikle çözümlenmiş metinlerini bir araya getirmektedir. Oturum kayıtları, katılımcıların açık onamı alınarak gerçekleştirilmiş olup, çözümleme süreci bu çerçevede yürütülmüştür. Yazarlar, kendi bölümlerine ait metinleri basım öncesinde gözden geçirerek gerekli nihai kontrolleri yapmışlardır. Yayın Kurulu, editoryal çerçevede biçimsel ve dilsel düzenlemeler yapmış olmakla birlikte; araştırma etiği, bilimsel doğruluk ve yayın ilkelerine uygunluk konusundaki tüm sorumluluk yazar ve konuşmacılara aittir. Bu çerçevede kitap, kurultayın bilgi üretim sürecini nesnel biçimde belgelemeyi ve alana kalıcı bir kaynak sunmayı amaçlamaktadır."

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	VII
Av. Mustafa KÖROĞLU	
SUNUŞ.....	IX
Kurultay Düzenleme Kurulu ve Yayın Kurulu	

AÇILIŞ KONUŞMALARI

Av. Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU.....	1
Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkanı	
Av. Mustafa KÖROĞLU	5
Ankara Barosu Başkanı	
Av. Vedat Ahsen COŞAR	9
Ankara Barosu Önceki Başkanı	

BİRİNCİ GÜN OTURUMLARI

(20 Ekim 2023)

BİRİNCİ OTURUM

Sağlık Hukukunun Dünü ve Bugünü

Oturum Başkanı:

Av. Vedat Ahsen COŞAR

Ankara Barosu Önceki Başkanı

Sağlık Hukukunun Temel Kavramları ve Tarihi	17
Dr. Ünsal DÖNMEZ, LL.M.	
Hasta Hakları Boyutuyla Sağlık Hukukunun Gelişimi	25
Prof. Dr. Gürkan SERT	
Tıbbi Müdahalede Rızanın Özellikleri.....	31
Doç. Dr. Emel BADUR	
Soru-Cevap Bölümü.....	39

İKİNCİ OTURUM

Sağlık Hukukunun Bugünü

Oturum Başkanı:

Av. Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkanı

Sağlık Hukuku Davaları Yargılama Sorunları.....	49
Sibel HABİLOĞLU MUTLU	
Adli Bilimler Yönüyle Günümüz Sağlık Hukuku	53
Prof. Dr. Gürol CANTÜRK	
Sağlık Meslekleri Eğitim Sistemi.....	71
Av. Sevil ALOĞLU	
Danıştay Kararları Yönüyle İdarenin Sağlık Hizmetlerinden Kusursuz Sorumluluğu	73
Dr. Öğr. Üyesi Melike Özge ÇEBİ BUĞDAYCI	
Soru-Cevap Bölümü.....	81

ÜÇÜNCÜ OTURUM

Sağlık Hukukunun Bugünü ve Geleceği

Oturum Başkanı:

Av. Betül GÜLER

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkan Yardımcısı

Gelecekte Kişisel Sağlık Verilerin Korunması	95
Prof. Dr. Hayrunnisa ÖZDEMİR	
Sağlık Hukukunda Biyoetik Tartışmalarının Yeri	129
Dr. Öğr. Üyesi Arif Hüdaî KÖKEN	
Sağlık Alanında Yapay Zeka Kullanımından Doğan Yasal Sorumluluk.....	137
Dr. Öğr. Üyesi Aybike TUNÇ	
Robotik Cerrahi ve Hukuk: Hekimin Özen Yükümlülüğü.....	143
Dr. Furkan Güven TAŞTAN	
Soru-Cevap Bölümü.....	150

İKİNCİ GÜN OTURUMLARI

(21 EKİM 2023)

DÖRDÜNCÜ OTURUM

Sağlık Hakkı Yönüyle Yaş Üzerinden Ayrımcılık

Oturum Başkanı:

Av. Deniz Yağmur GÜNEŞ

Ankara Barosu Yönetim Kurulu Üyesi

Sağlık Hakkı Bağlamında Kırılgan Kesimler	163
Prof. Dr. Ahmet SALTİK MD, LLM, BSc	
Hekim Bakış açısı İle Yaş Üzerinden Ayrımcılık.....	173
Prof. Dr. Yeşim Gökçe KUTSAL	
Yaş Üzerinden Ayrımcılığın Hukuki Boyutu.....	187
Av. Melis Selin ÇETİN	
Sağlık Politikaları Ve Yaş Ayrımcılığı İle Mücadele.....	193
Arş. Gör. Hasan Ali GÜÇLÜ	
Soru-Cevap Bölümü.....	203

BEŞİNCİ OTURUM – AÇIK OTURUM

6 Şubat Kahramanmaraş Depremleri Bağlamında Afetler ve Sağlık Hakkı

Oturum Başkanı:

Av. Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkanı

Dr. Ayşe Güzin ALTUNBAY.....	211
Merve Ay CLAVİJOOLARTE	217
Prof. Dr. Burçak BAŞBUĞ ERKAN.....	221
Klinik Psk. Gözde CEYLAN PEHLİVAN	224
Dr. Aliye Mine COŞKUN	227
Prof. Dr. Taner DEMİRER	231

Dr. Yakup Gökhan DOĞRAMACI.....	236
Dt. Serkan ER.....	241
Dr. Ayşe GÜNEY.....	245
Ecz. Erdal KART.....	255
Av. Muhammed Furkan KAYAN.....	260
Cahit KOCAMAN.....	262
Av. Didem ÖZKIDIK ŞANLI.....	269
Av. Yasemin TEKELİ AYRANCI.....	274
Av. Burcu UÇURAN	278
Av. Ayşe Vural KARACA.....	282
Dr. Ercan YAVUZ.....	285
 KURULTAY BİLDİRGESİ	 291

ÖNSÖZ

Cumhuriyetimizin 100. yılına erişmenin gururuyla, sağlık hukukunun dünü, bugünü ve geleceğini ele aldığımız 10. Sağlık Hukuku Kurultayı ile sizlerle buluşmanın mutluluğunu yaşıyoruz. Cumhuriyetimizin ikinci yüzyılına adım atarken, sağlık hakkını ve bu hakkın korunmasına yönelik hukuksal çabaları ele alan çalışmaların, geçmişten devraldığımız birikimle geleceğe ışık tutacağına inanıyoruz.

2007 yılından bu yana Baromuzun Sağlık Hukuku Kurulu tarafından titizlikle düzenlenen ve büyük emek sarf edilen Sağlık Hukuku Kurultaylarımız, sağlık hakkının temel bir insan hakkı olduğu bilinciyle hukukçuları, akademisyenleri ve sağlık profesyonellerini bir araya getirerek, ülkemizde sağlık hukukunun gelişimine önemli katkılar sağlamaktadır. Onuncu kurultay, bu geleneğin kurumsallaşmasını ve Cumhuriyetimizin ikinci yüzyılına taşınmasını simgelemektedir.

Ne yazık ki bu yıl, hepimizin hafızasında derin izler bırakan 6 Şubat Kahramanmaraş depremleri, on binlerce yurttaşımızı yitirdiğimiz, milyonlarca insanımızın yaşamını kökten etkileyen büyük bir felaket olarak tarihimize geçmiştir. Bu acı, yalnızca kayıplarımızı anmakla kalmayıp, aynı zamanda afet koşullarında sağlık hakkının korunması, sağlık hizmetlerine erişim ve hukukun bu alandaki sorumluluklarını yeniden düşünmemizi zorunlu kılmıştır. Kurultayımızda bu nedenle “Afetler ve Sağlık Hakkı” başlığıyla düzenlenen açık oturumda, farklı disiplinlerden uzmanlar bir araya gelmiş; afetin yarattığı hukuksal, etik ve toplumsal boyutlar çok yönlü olarak tartışılmıştır. Bu değerlendirmelerin, sadece hukuk alanına değil, insan onurunun korunmasına ve toplumsal dayanışmaya da katkı sunacağına inanıyoruz.

Elinizdeki X. Sağlık Hukuku Kurultayı kitabında yer alan tebliğler ve sunumlar, sağlık hukukunun güncel meselelerini derinlikli biçimde irdeleyerek, meslektaşlarımız ve kamuoyunun yararlanabileceği kalıcı bir eser ortaya koymaktadır. Bu çalışmaya emek veren Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu üyelerine, katkı sunan tüm akademisyenlere ve meslektaşlarımıza teşekkür eder, bu eserin sağlık hukuku alanındaki çalışmalara ışık tutmasını dilerim.

Saygılarımla,

Av. Mustafa KÖROĞLU
Ankara Barosu Başkanı

SUNUŞ

Değerli Okur,

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurultayları, 2007 yılından bu yana gelenekleşmiş bir etkinlik olarak kesintisiz biçimde devam etmektedir. Kurultaylarımız, sağlık hukuku alanında ortaya çıkan güncel ve önemli gelişmeleri ele almakta ve alana ışık tutmaktadır. İlk kurultaydan itibaren her bir toplantının kitaplaştırılarak kalıcı bir kaynak hâline getirilmesi, bu çalışmaların değerini daha da artırmıştır. Zaman içinde bu kitaplara akademik çevrelerin ve uygulayıcıların ilgisinin giderek artması, kurultayların ne denli ihtiyaç duyulan bir boşluğu doldurduğunu göstermektedir. Nitekim gerek akademik yayınlarda gerekse yargı kararlarında kurultay kitaplarına sıkça atıf yapıldığını görmekteyiz. Bu ilginin temelinde ise güncel ve nitelikli konuların, alanında yetkin isimler tarafından ele alınmasına gösterdiğimiz özen yatmaktadır.

20-21 Ekim 2023 tarihlerinde düzenlenen X. Sağlık Hukuku Kurultayı'nda üç ana başlık ele alınmıştır: "Sağlık Hukukunun Dünü, Bugünü ve Geleceği", "Sağlık Hakkı Açısından Yaş Temelli Ayrımcılık" ve "6 Şubat Kahramanmaraş Depremleri Çerçevesinde Afetler ve Sağlık Hakkı." Bu konular, yalnızca yasal düzenlemeler bağlamında değil, aynı zamanda hukuk uygulayıcılarının pratikte duyduğu ihtiyaçlar doğrultusunda da önem arz etmektedir. Özellikle Cumhuriyetimizin 100. Yılında, sağlık hukukunun geçmişini, bugününü ve geleceğini farklı bakış açılarıyla tartışmayı amaçladık. Bunun yanı sıra, ülke çapında büyük yıkıma yol açan 6 Şubat Depremlerini ele alarak afet öncesi ve sonrasına ilişkin sağlık hakkı perspektifini tartışmaya açtık; yaşanan sorunları görünür kılmayı ve çözüm yollarını ortaya koymayı hedefledik.

X. Kurultayımıza; hukukçular, akademisyenler, sağlık meslek mensupları, meslek örgütlerinin temsilcileri, siyasetçiler ve gazeteciler katkı sunmuştur. Ankara Barosu'nun geleneği haline gelen bu kurultayların planlanmasında mümkün olduğunca farklı meslek gruplarının ve uzmanların katılımına önem vermekteyiz. Böylece hem konuların çok yönlü biçimde ele alınması hem de toplumun farklı kesimlerinin söz sahibi olması sağlanmaktadır. Amacımız, bireyler ve toplum için hayati öneme sahip sağlık hakkına erişimde yaşanan sorunları uzman görüşleriyle tartışarak bu alana katkıda bulunmaktır. Uzun emek ve çalışmalar sonucunda hazırlanan bu kitabın, sağlık hukukuyla ilgilenen tüm okurlar için faydalı bir başvuru kaynağı olmasını diliyoruz.

Sağlık Hukuku Kurultayları, Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu ile özdeşleşmiş önemli bir gelenek hâline gelmiştir. İlk kurultaydan bugüne hem

hukuk hem de sağlık çevrelerinden gelen yoğun ilgi bizleri son derece memnun etmektedir. Bu vesileyle, kurultayımızın düzenlenmesinde özveriyle alışan Sağlık Hukuku Kurulu'nun geçmişten bugüne tüm üyelerine, kurultay düzenleme komitesine, çalışmalarımıza destekleri için Baro Başkanımız Sayın Av. Mustafa Köroğlu'na, Sorumlu Yönetim Kurulu yemiz Sayın Av. Deniz Yağmur Güneş'e, bilgi ve katkılarıyla bizlere yol gösteren değerli konuşmacılarımıza, her aşamada destek veren Ankara Eczacı Odasına, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyine, Ankara Tabip Odasına, değerli meslektaşlarımıza, akademisyenlerimize, hekimlerimize, sağlık çalışanlarına ve büyük bir özveriyle görev yapan tüm baro çalışanlarına en içten teşekkürlerimizi sunarız.

Yayın Kurulu

Av. Berna ÖZPINAR GüMRüKçüOğLU

Av. Melis Selin ÇETİN

Av. Hilal ARI

Av. Muhammed Yusuf DAMNALI

Av. Burak BİÇER



X. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

20-21 EKİM 2023

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

KURULTAY DÜZENLEME KURULU

Av. Mustafa KÖROĞLU	- Ankara Barosu Başkanı
Av. Deniz Yağmur GÜNEŞ	- Ankara Barosu Yönetim Kurulu Üyesi
Av. Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU	- Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkanı
Av. Melis Selin ÇETİN	- Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkan Yardımcısı
Av. Gözde Buse YÜKSEL KAYA	- Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkan Yardımcısı
Av. Muhammed Yusuf DAMNALI	- Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkan Yardımcısı
Av. Muhammed Furkan KAYAN	- Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Genel Sekreteri
Av. Hilal ARI	- Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Üyesi

KURULTAY YAYIN KURULU

Av. Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU	- Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkanı
Av. Melis Selin ÇETİN	- Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkan Yardımcısı
Av. Muhammed Yusuf DAMNALI	- Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkan Yardımcısı
Av. Hilal ARI	- Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Üyesi
Av. Burak BİÇER	- Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Üyesi



ANKARA BAROSU
X. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

BİRİNCİ GÜN OTURUMLARI
(20 EKİM 2023)

AÇILIŞ KONUŞMALARI

AÇILIŞ KONUŞMASI

Av. Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkanı

Değerli baro başkanlarım, değerli meslektaşlarım, değerli konuklar sizleri Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu adına saygıyla selamlıyorum. Türkiye Cumhuriyeti'nin 100. yılına özgülediğimiz Ankara Barosu Sağlık Hukuku X. Kurultayına hoş geldiniz.

Mustafa Kemal Atatürk cumhuriyetin düşüncesi hür, anlayışı hür, vicdanı hür nesiller istediğini belirtmiştir. Bugünün Türkiye'sinin tüm kurum ve birimlerinde bunu asgaride bile sağlayamadığımız bir zihniyet aşamasında bu kurultayı işte şiar edindiğimiz bu anlayışla ve işaret edilen sorumlulukla gerçekleştirmeye gayret ettik.

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de meslek örgütü olmanın sorumlulukları vardır. Bir meslek örgütü her şeyden önce alanının bilgisinin merkezi olmak zorundadır. Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu olarak tüm çalışmalarımızı işte bu alanda, yani sağlık hukukunun hem uygulamalı hem teorik bilimsel bilgisinin en doğru, en yaygın, günceli yakalayan, üreten, geliştiren, bu alana kaynak veren bir birim olmasının anlayışıyla yapmaktayız. Özetle, bilginin adresi olmaya çalıştık. Sağlık hukuku alanı, adından da anlaşılacağı üzere çoklu bir alan, bunun hem hukuk hem sağlık hem özel hem kamu, çoklu bileşenleri var. Tüm çalışmalarımızda da bu bileşenlerden destek aldık ve onlarla yol almaya çalıştık.

Kurultaylarımız, çalışmalarımız kitap olarak yayımlandı. Bu kitaplarda yer alan tebliğler mahkeme kararlarına, bilimsel makalelere atıflar aldı. Aramızda kurultayımızın, daha doğrusu öncelikle kurulumuzun, sonra da kurultaylarımızın öncüsü, yol göstereni Ankara Baromuzun önceki Başkanımız Av. Vedat Ahsen Coşar da var. Kendisinin ışık olduğu bu alanda biz bu aşamalara, az önce izlediğiniz sunumda gördüğünüz çeşitlilikte ve çok sayıda etkinliğimizi şu an salonda olmayan elden ele geçirdiğimiz, yardımlaşarak büyüyerek yol aldığımız çok sayıda meslektaşımızın, hekimlerimizin, meslek örgütlerinin, kurumların desteğiyle, emekle ve bu güçle çalışmalarımızı yapabildik.

Bugün onuncusunu düzenlemenin gururunu yaşadığımız X. Kurultayımızın gerçekleşmesinde öncelikle Değerli Baro Başkanımıza, Ankara Barosu

Kurulumuzdan sorumlu yönetim kurulu üyemiz ve Kurulumuza emekleri olan geçmiş yıllardan beri üyemiz Değerli Av. Deniz Yağmur Güneş'e, değerli Ankara Barosu yönetim kurulu üyelerimize, kurulumuzun tüm üyelerine, ancak biraz daha açık konuşacağım, afişinden sesine, görseline kadar her aşamasında çok özel emeği olan Av. Muhammed Yusuf Damnalı'ya, Av. Gözde Buse Yüksel'e, Kurul Divan üyeleri sevgili Av. Melis Selin Çetin'e, Av. Betül Güler'e şu an salonda olmayıp mutfakta koşturan meslektaşımız Divan üyemiz Av. Furkan Kayan'a öncelikle teşekkür ediyorum. Onuncu kurultayımıza destek veren Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi'ne, Ankara Tabip Odası Yönetim Kurulu'na, Ankara Büyükşehir Belediyesi'ne, üniversitelere, hocalarımıza ve bizim bu heyecanımıza ortak olduğunuz, cevap aradığımız soruları merak edip geldiğiniz için siz konuklarımıza da içtenlikle teşekkür ediyoruz.

İki gün sürecek olan bilimsel programı "Cumhuriyetin 100. Yılında Sağlık Hukukunun Dünü, Bugünü ve Geleceği" diye büyük, geniş bir tema altında toplamaya çalıştık. Şüphesiz her şeyi sığdıramadık, ancak ilk günün konuşmalarında bugünü irdelemek, bugüne sebep olan geçmiş düzenlemeleri hatırlamak, aslında hukukun yetişemediği yapay zekâ, robotik cerrahi, biyolojik gelişmeleri içeren bir planla hukukumuzun eksiklikleriyle geleceğine yönelik neleri hedeflemeliyiz, bunları irdelemek istedik.

Sağlık hukukunun genel başlıklarından oluşan ilk günkü oturumlarımız uygulama ağırlıklı konular ve uygulamacılardan oluşan konuşmacılar tarafından sunulacaktır. İkinci günün oturumları sağlık hakkının önemine bu kez kırılğan gruplar üzerinden ve özellikle Covid-19 döneminin çok daha açığa çıkarttığı yaş üzerinden ayrımcılığın bizim toplumumuz yönünden, yani hızla gençleşen ve hızlıca yaşlanan bir toplumda, yaş ayrımcılığının ne kadar tehlikeli olduğuna işaret etmek, bu konulardaki düzenlemelerin yetersizliğini ortaya koymak istedik.

Öncelikle tüm panelistlerimize ayrı ayrı, bizlerle oldukları ve değerli katkıları için teşekkür ediyoruz.

Savaşlar, salgınlar, doğal afetlerle her geçen gün daha derin yaralar, kayıplar yaşadığımız bir zamandayız. Bunlar son bulsun demek, gidenlere rahmet okumak, kalanlara başsağlığı dilemek elbette borcumuz. Ancak bu acıların son bulmasını dilemek yanında öğrenmemiz gerekenler var, sorgulamamız gerekenler var. Vazife çıkartmak değil ama eksikleri raporlamak görevimiz var. Kurultayımızın son oturumumuzu ülkemizin halen kanayan bir yarası durumunda olan 6 Şubat Depremleri üzerinden afetler ve sağlık hakkı konusuna ayırdık. Geniş ve değişik yönlerden bakılması gereken bu başlık için çok sayıda,

yaklaşık 55 kuruma davetler gönderdik. Onların cevaplarına ve müsaitlik durumlarına göre oluşturduğumuz açık oturumumuzda 6 Şubat depremleri ve sağlık hakkını tartışacağız.

İstiyoruz ki, deprem mağdurlarına ses verelim ve olayın en başından beri başta Baromuzun bu alanda verdiği bir söz var: Biz onların avukatıyız. Dolayısıyla hak arama mücadelesinde yanlarında olmanın yanı sıra sürecin eksiklikleri, yanlışlıkları ve yapılması gerekenlerin tespitiyle de afetleri, özellikle de 6 Şubat Kahramanmaraş depremleri bazında tekrar irdelememiz gerektiğine inanıyoruz. Başta da belirttiğim gibi son oturumumuzda çok sayıda mağdur, kamu kurumu, meslek örgütü, siyasi parti temsilcileri aramızda olacaktır. Onlara da katkı ve katılımları için çok teşekkür ediyorum.

Son olarak iki gün sürecek kurultayımızdan damıttıklarımızı bir bildirge olarak kamuoyuyla paylaşmak istiyoruz. Bunları -tüm kurultaylarımızın böyle bir geleneği vardır- ayrıca kitap haline getirip bu salona sığmayan, ama bu kurultayları takip eden okurlara ulaştırmak düşüncesindeyiz. Buradan 9. Kurultayımızın kitabının hazır olduğunu, Baromuz web sayfamızda yüklü olduğunu, alanın hizmetine sunulduğunu da duyurmak isterim.

Kurultayımıza katılan değerli konuklar sizlere tekrar hoş geldiniz diyorum. Biz hazırlık için çok çalıştık ve iddialıyız, bu kadar önemli konular ve bunun uzmanı bu kadar değerli konuşmacıyı bir arada bulamazsınız. Bence rahat bırakmayın, sorularınız hazır olsun.

Biliyoruz ki ne sağlığın ne de adaletin alternatifi var. Türkiye Barolar Birliğinin çatısı altında adalet sorumluluğunda konusuyla, konuşmacıyla el ele vererek birliktelik içinde sürdürmek istediğimiz bu Kurultayımızda bu nedenlerle büyük bir sorumluluk altındayız. Bu düşünce ve duygularla bunu gerçekleştirmek üzere yola çıktığımız onuncu Kurultayımızın verimli geçmesini diliyorum. Sevgi ve saygılarımı sunuyorum.

AÇILIŞ KONUŞMASI

Av. Mustafa KÖROĞLU

Ankara Barosu Başkanı

Ankara Barosu ve Türkiye Barolar Birliğinin önceki dönem Sayın Başkanı, değerli konuşmacılar, kıymetli meslektaşlarım; Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulumuzun bu yıl X.sunu düzenlediği Kurultayımıza hepiniz hoş geldiniz. Sizi Ankara Barosu Yönetim Kurulu adına saygı ve sevgiyle selamlıyorum.

Hukuk ve tıp, ikisi de insanı merkezine alan, birbirleriyle sürekli iletişim içinde olan, birbirinden ayrı gibi görünse de aslında iç içe olan iki alan olduğunu düşünüyorum. Hatta bu yakınlığı Paris Barosunun önceki dönem başkanlarından Fernand Payen'in avukatlık mesleğine dair yazmış olduğu bir kitapta *"hiçbir meslek -ki hekimleri güçlülükle ayırabiliriz- hususi hayata bu derece yakından karışmış değildir"* diyerek kanunlar ve kamu hayatı üzerinde bu iki meslek dışında hiçbir mesleğin daha büyük bir tesiri olmadığına işaret etmesinden anlıyoruz. Hepimiz sağlığın bir hak olduğunu biliyoruz. Bu hakkın uluslararası metinlerle kabulü 1948 İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinin 25. maddesinde Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesinin 12. maddesinde sağlık hakkının temel haklardan olduğu, bir insan hakkı olduğu kabul edilmiş ve bu konu anayasalarla, gerek uluslararası sözleşmelerle devlete bir sosyal görev olarak yüklenmiştir. Oysa bu topraklarda 1930 yılında yürürlüğe giren Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 1. maddesi sağlık hizmetinin devlet tarafından sahiplenildiğini açıklamaktadır. Atatürk söz konusu yasanın yürürlüğe girmesinden 2 yıl önce kürsüde yasayla ilgili bu tasarımı açıklayarak bu konuda çalışmalara olan destekleyici tutumunu açıkça göstermişti. Bu yasada devlet halkın sağlık sorunlarına çözüm bulmayı etik bir yükümlülük olarak benimsemektedir ve bu konudaki görev ve sorumluluğunu kabul ediyordu. Yasanın söz konusu 1. maddesi devletin görevleri arasında sağlık sorunlarını göstererek yurttaşların da sağlık sorunlarına hizmet ve çözüm isteme hakkını doğurmaktaydı. Böyle bir hakkın dünyada İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi 1948 yılında kabul gördüğünü anımsadığımızda cumhuriyetin aslında bu topraklarda ne kadar devrimci bir niteliğe haiz olduğunu çok iyi anlarsınız. Ben bu yüzden sağlığı sadece bir hak olarak değil, etik bir değer ve aslında özgürlük olarak anlıyorum ve bence yaşamın en değerli şeyi özgürlüktür. Kendinize bir sorun: Sizce özgürlük nedir? Kendinizi ne zaman ve en çok ne yaparken özgür

hissediyorsunuz, bir düşünün. Özgürlük deyince insanlar içinde bulunduğu halin etkisiyle daha çok ne istediğini ve istediği zaman yapabilecek olmasını anlar. Çünkü insana bu düşünceyi veren aslında gerek beden, gerekse zihnen sağlıklı olmanın verdiği bir halin sonucudur. Bu halin varlığı bence en temel insan hakkıdır.

Anayasamıza göre tüm bireylerin mümkün olan en iyi düzeyde ruh ve beden sağlıklarının korunmasına yönelik bu hakkı korumakla yükümlü olan da devlettir. Kişilerin, hastaların, sağlık çalışanlarının ve toplumun diğer kesimlerinin sağlık hizmetleriyle ilgili yaşanan sorunlar karşısında devlet bu hakkı korumak adına gerekli düzenleme ve denetimleri yapmakla yükümlü kılınmıştır. Sosyal bir devlet asla hastalarını müşteri olarak göremez ve devasa şehit hastaneleri yaparak ödevlerini yerine getirdiğini iddia edemez. Devleti yönetenler de en büyük değer insan olduğu bir hayatta ne yazık ki bu ifadeleri ülkenin doktorları için söylenmiş olan “*giderlerse gitsinler*” ifadelerini kullanmamalıdır. Sonucunu hepimiz yaşıyoruz işte, Prof. Dr. Selçuk Şirin’in “*Ya Adalet Ya Sefalet*” isimli kitabında ayrı bir başlık açarak verilerle incelediği sağlık alanı bizim hâlâ dünyada en iyi olduğumuz alan. Çünkü onca veri içinde bir tek sağlık alanında OECD ortalamasının üstünde bir performans sergiliyoruz. Kişi başına en az doktor düşen ülke Türkiye, doktor başına en çok hasta düşen ülke yine Türkiye, ama OECD içerisinde yine en iyi olduğumuz alan da sağlık, ama planlı, kamucu, temel bilim eğitime yatırım yapan ve en önemlisi de sağlık çalışanlarına değer veren bir ülke olmaktan da hızla uzaklaşıyoruz, tehlike çanları çalıyor diye o kitapta Selçuk Hoca bizi uyarıyor. O yüzden cumhuriyetin 100. yılında ve Ankara Barosunun en kıymetli işlerinden birisi olan Sağlık Hukuku Kurultayının X.sunda sizlerle buluşmaktan dolayı umutlu ve sunulacak bildiri ve konuşmalarla geleceğe yön vereceğinize inanacak kadar da heyecanlıyım.

Değerli konuklar, bugün burada başlayan Kurultayımızın içeriğine ilişkin Berna Hanım bu konuda çok yeterli açıklamalar yaptığı için buraya girmek istemiyorum. Ancak sadece şunu ifade etmek isterim: 6 Şubat 2023 tarihinde 11 ilimizi etkileyen âdeta ülkede can pazarının yaşandığı depremle ilgili doğal afetler bağlamında sağlık hakkı ve bağlantılı haklara değinilmenin önemini şuradan anlatayım: Evet, birçok doğal afetin yaşanması muhtemel bir konumdadır, ama 7 Şubat 2023 tarihinde Hatay Şehir Hastanesinin bahçesinde bakın, yeni yapılmış bir binanın içinde değil, bahçesinde ölü bedenleri taşımak, soğuktan titreyen hasta, doktor ve hemşirelere battaniye dağıtan, çadır kurup tıbbi malzeme ve ihtiyaçları o çadıra taşıyan ben olmamalıydım. Gene olsa elbette gene yaparım, ama madem devlet üstlendiği bir sosyal ödev var, o zaman herkes

ödevine iyi çalışacak. Bu nedenle başkaca afetlerin yaşanması durumunda can pazarı oluşmasının engellenmesi öncelikli hedefimiz olmalıdır. Bu sebeple bölgede ihtiyaçların hâlâ giderilmediğini çok yakın üstat baro başkanlarıyla sürekli görüşerek de bildiğim için bu etkilerin göz önünde bulundurulması, depremin unutulmasına izin vermeksizin bizler de ülkemizde üzerine düşeni yaparak konuşulması gerekeni konuşacak ve bu Kurultaydan bir bildirge çıkartarak yayınlayacağız. Çünkü yaşadığımız bu ülke önce bağımsız, sonra modern ve uygar bir toplum kurma hayalini 57 yıllık yaşamına sığdırmış mavi gözlü bir adamın eseridir. Ankara Barosu kendine inkılabın ve inkılapçılığın çeşitli ve hayati vazifeler verdiği *“Türk vatandaşlarının sağlığı ve sağlamlığı her zaman üzerinde duracak milli bir meselemizdir”* diyen o adamın, Mustafa Kemal Atatürk’ün eşsiz eseri olan Türkiye Cumhuriyetini her zaman koruyacak ve savunacaktır. Biz bu kararlılıkla sizleri selamlıyor ve Kurultayın meslektaşlarım ve tüm dinleyiciler adına verimli geçmesini diliyorum. Sağlıcakla kalın.

AÇILIŞ KONUŞMASI

Av. Vedat Ahsen COŞAR

Ankara Barosu Eski Başkanı

Ankara Barosu'nun Sayın Başkanı, Sayın Yönetim Kurulu Üyeleri, Ankara Barosu Sağlık Kurulu'nun Sayın Başkanı ve Sayın Kurul Üyeleri, değerli konuklar, konuşmacılar, sevgili meslektaşlarım; hoş geldiniz, hepinizi sevgiyle, saygıyla selamlıyorum.

Öncelikle şu hususu ifade etmek isterim: Beni unutmadığınız için, beni hatırladığınız için, beni davet ettiğiniz için ve oturum başkanlığıyla onurlandığınız ve gösterdiğiniz vefa için hepinize, Sayın Baro Başkanına, Sayın Yönetim Kurulu Üyelerine, Sağlık Hukuku Kurulu'nun değerli Başkanına ve Kurul Üyelerine içtenlikle teşekkür ederim.

Değerli Konuklar,

Kişinin bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olması anlamına gelen sağlık, temel bir hak ve hatta bir insan hakkıdır. Nitekim İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin 25.maddesi ve yine Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun kabulü sonrasında 03 Ocak 1976 tarihinde yürürlüğe giren Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi'nin 12.maddesiyle sağlık hakkının temel haklardan olduğu kabul edilmiştir.

Uluslararası alandaki bu düzenlemeler ulusal mevzuatları da etkilemiş, bu bağlamda sağlık hakkının temel bir hak olduğu ülkelerin anayasalarıyla kabul edilmiş, başta anayasalar ve yasalar olmak üzere, tüzük ve yönetmeliklerde yer alan düzenlemelerle devlete bu konuda pozitif yükümlülükler ve sosyal görevler verilmiştir. Esasen insan haklarının özel bir kategorisi olan hasta haklarının pozitif hukukta kabul edilmesinin nedeni de devletin bu konuda üstlendiği sosyal ve pozitif yükümlülüğün bir gereği ve sonucudur.

Gerek sağlığın temel bir hak olmasına gerekse niteliği itibariyle bir kamu hizmeti olan sağlık hizmetinin kimi zaman gerektiği gibi verilmemesine, hizmetin verilmesinde asli görev üstlenen hekimlerin, hasta bakıcıların ve diğer sağlık çalışanlarının hatalı uygulamalarına bağlı olarak pek çok hukuki sonucun ve sorunun ortaya çıkması nedeniyle, sağlık konusu hukukun ve hukukçuların ilgi alanı kapsamındadır.

Bu hususları dikkate alan Ankara Barosu Yönetim Kurulu, 2007 yılının başlarında Ankara Barosu bünyesinde Sağlık Hukuku Kurulu'nun oluşturulmasına karar vermiş, bu kurulu oluşturmuş, kurulun oluşturulmasından kısa bir süre sonra ise Sağlık Hukuku Kurultayı düzenlemiştir.

Ankara Barosu'nun, Sağlık Hukuku konusunda kurultay düzenlenmesinin nedeni, hukukun ve hukukçuların sağlık alanına yönelik ilgisi, gerek yargıç, savcı ve avukatlar ile akademisyenlerin gerekse her an sağlık hukukunun öznesi olabilecek olan hekimler ile sağlık alanında görevli diğer kişilerin, bu husustaki bilgi ve deneyimlerini artırmalarına katkı yapmak düşüncesi olmuştur.

01-03 Kasım 2007 tarihleri arasında yapılan bu kurultayda, o güne kadar hukuki boyutu, içeriği ve yönü itibarıyla çok fazla tartışılmamış, incelenmemiş olan pek çok konu, bu bağlamda; "Sağlık Hakkı, Hasta Hakları, İnsan Hakkı Olarak Sağlık Hakkı, Hasta Haklarının Korunmasında ve Gelişiminde Tabip Odalarının Rolü, Avrupa Birliği Adaylığı Sürecinde Hasta Haklarına İlişkin Uygulamaların Hasta ve Yakınları Açısından Görünümü, Etik ve Hukuk Açısından Ulusal ve Uluslararası Bildirgelerde Hasta Hakları, Ruh Sağlığı Hakkı, Hekimin Aydınlatma ve Sır Saklama Yükümlülüğü, Hasta-Hekim İlişkisi, Hasta Hakları Bağlamında Mahremiyet ve Özel Hayata Saygı, Hekimin Sır Saklama Mükellefiyeti, Aydınlatılmış Rıza, Hekimlik Sözleşmesinden Doğan Sorumluluğun Koşulları, Hastane Yönetiminin Sorumluluğu, Yargı Kararları Işığında Hekimin Hukuksal Sorumluluğu, İdarenin Sağlık Hizmetlerinden Doğan Tazminat Sorumluluğu, Tıbbi Müdahaleden Doğan Sorumluluğun Türleri, Hekimin Mesleki Sorumluluk Sigortası, Hekimlerin Cezai Sorumluluğu, Türk Ceza Kanununda Hekimin Sorumluluğu ve Zorla Tedavi, Hekimin Tıbbi Kötü Uygulamadan Kaynaklanan Sorumluluğu, Yargı Kararları Işığında Hekimin Cezai Sorumluluğu, Hekimlerin İlaç Tedavisinden Kaynaklanan Sorumluluğu, Yüksek Sağlık Şurasının Hukuk Düzenimizdeki Yeri ve İşlevi, Sağlık Hukukunda Bilirkişilik, Tıbbi Kötü Uygulama-Komplikasyon Ayrımı Konusunda Bilirkişilik, Tıbbi Kötü Uygulama ve Yüksek Sağlık Şurası, Sağlık Politikalarının Belirlenmesinde Yasama Organının İşlevi, Sağlık Sigortası Sistemi, Özel Sağlık Sigortası, Meslek Hastalığından Doğan Haklar, Sağlık Politikalarının Belirlenmesinde Sendikaların İşlevi ve Genel Sağlık Sigortası, Genel Sağlık Sigortası, Avukatların Sağlık Güvencesi ve Genel Sağlık Sigortası" başlıkları altında, akademisyenler, Yargıtay ve Danıştay üyeleri, avukatlar, Sağlık Bakanlığı bürokratları, Yüksek Sağlık Şurası yetkilileri, sağlık iş kolunda yetkili sendika temsilcileri, Tabip Odaları temsilcileri tarafından ilk kez enine boyuna incelenmiş ve tartışılmıştır.

Daha sonra bu kurultayda sunulan, Sağlık Hukuku konusunda başvuru kaynağı niteliği taşıyan ve sağlık hukuku literatürünü zenginleştiren, her biri bir diğerinden değerli tebliğler, Ankara Barosu tarafından kitap olarak bastırılmış ve yayımlanmıştır.

Ben şahsen, daha önce düzenlenen ve artık bir Ankara Barosu klasiği haline gelen Sağlık Hukuku Kurultaylarında olduğu gibi bu Kurultayda sunulacak olan tebliğlerin ve yapılacak tartışmaların da sağlık hukukuna önemli katkılar sağlayacağına inanıyorum. O nedenle, sunacakları tebliğler ve yapacakları tartışmalar ile sağlık hukukuna katkı yapacak olan tüm konuşmacılara başarılar diliyor, başta Ankara Barosu'nun değerli Başkanı ile Sağlık Hukuku Kurulu'nun değerli Başkanı ve üyeleri olmak üzere, bu Kurultayın gerçekleştirilmesinde hizmeti, emeği, katkısı olan herkese ve bu etkinliğe katılan siz değerli katılımcılara en içten teşekkürlerimi sunuyorum.



X. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

Birinci Gün Oturumları

(20 Ekim 2023)

OTURUM KONULARI

Oturum: Sağlık Hukukunun Dünü ve Bugünü

Oturum: Sağlık Hukukunun Bugünü

Oturum: Sağlık Hukukunun Bugünü ve Geleceği



X. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

Birinci Oturum

(20 Ekim 2023)

SAĞLIK HUKUKUN DÜNÜ VE BUGÜNÜ

Oturum Başkanı

Av. Vedat Ahsen COŞAR

(Ankara Barosu Önceki Başkanı)

Konuşmacılar

Dr. Ünsal DÖNMEZ, LL.M.

(Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hukuk Fakültesi Medeni Hukuk ABD)

Prof. Dr. Gürkan SERT

(Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarih ve Etik ABD)

Doç. Dr. Emel BADUR

(Çankaya Üniversitesi Hukuk Fakültesi Medeni Hukuk ABD)

SAĞLIK HUKUKUNUN TEMEL KAVRAMLARI VE TARİHİ

Dr. Ünsal DÖNMEZ, LL.M.

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

Hukuk Fakültesi Medeni Hukuk ABD

Öncelikle bu organizasyonu düzenleyen ve kurultayı düzenleyen, Sağlık Kurultayını düzenleyen hem Ankara Baromuza hem de siz kıymetli baro başkanlarımıza, değerli Belediye Başkanımıza ve aynı şekilde kıymetli meslektaşlarınıza, sağlık çalışanlarınıza teşekkür ediyorum.

Ben Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hukuk Fakültesi Medeni Hukuk Anabilim Dalı öğretim üyesi Ünsal Dönmez, yüksek lisans ve doktora eğitimimi Almanya’da tamamladım. Her iki alanda da sağlık hukuku alanında çalışmalar yapma fırsatı buldum. Yüksek lisansımda hekimin aydınlatma yükümlülüğünü, doktora tezimde de hatalı üretilen ilaçtan doğan sorumluluğu çalışmıştım. İşin esası sağlık hukukunda çalışmak bana çok büyük bir keyif verdiği için de biraz daha çalışmalarımı bu alan üzerinde yoğunlaştırdım, özellikle sorumluluk hukuku boyutuyla bu alan üzerinde çalıştım.

Konu başlığının seçiminde Betül Hanım’ın, bizim Betül Hanımla bir arada olduğumuz bir eğitimde kendisi böyle bir konu üstünde sunum yapıp yapamayacağını sorduğunda ben de büyük bir memnuniyetle kabul ettim. Benim konum aslında nispeten bir altlık olacak. Değerli konuşmacıların ve benden sonraki oturumdaki konuşmacıların aslında anlatacağı şeyleri ben sadece temel birer kavram olarak nasıl düzenlendiğini ve en önemlisi bu sağlık hukuku ya da birazdan bahsedeceğimiz terminolojik sorun olarak tıp hukukunun tarihi gelişiminin nasıl gerçekleştiği hususunda sizlere dilim döndüğünce bilgiler aktarmaya çalışacağım. O yüzden tekrar hepinize hoş geldiniz diyorum.

Şimdi birinci terminolojik sorun olarak kavram açısından buna sağlık hukuku mu dememiz gerekiyor, yoksa tıp hukuku mu dememiz gerekiyor; bu hususa değinmek gerekiyor. Sağlık hukuku mahiyeti itibarıyla aslında çok daha geniş bir kapsamı ifade ediyor. Çünkü bunun içerisine gıda hukuku, çevre hukuku, ilaç hukuku gibi alt alanlar da giriyor. Oysa tıp hukuku dediğimiz şey daha ziyade hekim, hasta ve diğer sağlık personellerini içine kapsayan daha dar çerçevede bunların hak ve yükümlülüklerini bize ifade eden bir alan olarak karşımıza çıkıyor. Tabii sağlık hukuku çok daha geniş kapsamlı olduğu için her ne kadar

“sağlık hukukundaki temel kavramlar” ismini vermiş olsak da konu başlığımıza burada anlatacağım daha ziyade tıp hukuku olacaktır diyebiliriz.

Tabii tıp hukuku dediğimiz zaman doğal olarak ilk karşımıza çıkacak şey tarihi gelişimde tıp biliminin nasıl geliştiğini ortaya koymamız lazım. Bunun nasıl bilimsel kaideleri, ne zaman bilimsel kaidelere oturduğunu tespit etmemiz lazım. Çünkü tarih öncesi dönemlerde hastalıkların Tanrı’nın bir cezası olduğu, bir cezalandırma yöntemi olduğu tam da biliniyordu ve bu cezalandırma yöntemine karşı da daha ziyade o dönemin ruhani liderleri olarak adlandırabileceğimiz Şamanlar, Kamlar, büyücüler ya da işte diğer din görevlileri, rahipler birazdan bahsedeceğimiz gibi bunlar vasıtasıyla bir iyileştirme denemelerinde bulunuyor. Bununla birlikte daha sonraki dönemlerde artık yavaş yavaş bilimsel kaidelerin oturduğu hem antik Yunan’da hem de İslam hukuku açısından İslam döneminde bilim adamlarının bunu belirli bir bilimsel kaideye koyduğunu, tedavi metotlarının yazılı hale getirildiği, hastalık fikrinin daha görülmeyen zerrelere halinde yol açtığının anlaşıldığı bir dönem var. Bunun bizi ilgilendiren tarafıysa, yani tıp hukuku tarihine baktığımızda ilk elimizdeki yazılı metnin Imhotep’in “*Corpus Hermeticum*” adlı eserinde hekimlerin sorumluluğuna ilişkin olarak ilk yazılı metin antik Mısır döneminde bizim karşımıza çıkıyor.

Yine Hammurabi Kanunlarında yaklaşık 10 maddeden teşekkül eden özellikle hekimlerin ve sağlık çalışanlarının yol açabileceği zararlardan dolayı sorumluluğun nasıl olması gerektiğine dair hükümleri görebiliyoruz. Hitit Kanunlarındaysa adli tababete ilişkin birtakım düzenlemelerin var olduğunu görüyoruz. Özellikle tıbbi bilirkişiliğin nasıl yapılması gerektiği, tıbbi tanıklığın nasıl yapılması gerektiğine ilişkin o dönem kanunlarında yer aldığını biz görebiliyoruz.

Yine Roma döneminde Hipokrat’ın bize yol açmış olduğu önemli bir şekilde işte bugün bile hâlâ söylediğimiz “*primum non nocere-önce zarar verme*” ilkesi doğal olarak modern dönemimizi etkileyen, bizim yazılı hukuk kurallarımıza yol veren, yön veren bir yapı taşı olarak karşımıza çıkıyor. Şimdi modern döneme gelene kadar aslında sahip olduğumuz şey bizim bir paternalist anlayışımız var. Yani hekimin babacıl yaklaşımının var olduğu ve hekimin söylediği şey doğrudur, hekimin dediği şey yapılmak zorundadır, hekimin dediği şey mutlak itaat edilmesi gereken bir normdur gibi bir anlayış söz konusuydu. Zira hekimlik hani bizim kanunumuzdaki ifadeyle bir sanat âdeti, doğal olarak bunu icra edenlere büyük bir saygı duyulması da gerekmekte, ama ben bunu tıp hukuku dediğimi 1.0 olarak adlandırıyorum. Özellikle 1950’li yıllardan sonra bu paternalist anlayışın değişmeye başladığını görüyoruz ve 1960’lı yılların başından

itibaren bir tüketici temelli anlayış, hizmet alanı koruyan bir anlayışın doğmaya başladığını görüyoruz. Özellikle bu devrim 1.0'la birlikte 1981 yılında Lizbon Bildirgesi, 1994'te Amsterdam Bildirgesi, 1995'te Bali Bildirgesi bizim için özellikle hekimlerin de artık bu alanda bir çalışma yaptıklarını, bu kongrelerde hasta hakları kavramını ve hasta hakları kavramıyla birlikte birtakım şartların belirlendiği örneğin, aydınlatılmış onam, onun nasıl olması gerektiğine dair birtakım şartları belirledikleri bildiregelerin artık yayınlanmaya başladığını görüyoruz. Hasta hakkı kavramının aslında az önce Sayın Baro Başkanımızın da ifade ettiği gibi bir temel insan hakkı olması sebebiyle de İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin bu anlamda 1997 yılında açıldığını, 2003 yılında Türkiye'nin de bu anlaşmaya taraf olduğunu ifade etmek gerekecektir.

1998'deyse bizim yazılı hukuk kuralımız olarak Hasta Hakları Yönetmeliği bu anlamda son derece mühim ve birçok hükmü, her ne kadar aksaklıklar da olsa birçok önemli hükmü içinde barındırdığını söylemek gerekiyor. Nihayetinde Roma Avrupa Birliği Hasta Hakları Statüsüyle birlikte devrim 1.0 kendini önemli ölçüde tamamlamış oldu. Devrim 1.0'la birlikte hastanın ve hekimin bakış açısının değişmesiyle aslında hukuk dünyasında da birtakım değişimler meydana geldi. Tabii bu ülkeden ülkeye değişti, ne yazık ki bizim ülkemizde devrim 1.0 kendini tamamlarken bazen tersine bir evrim gerçekleşti ve ne yazık ki sağlık çalışanlarına şiddetin hak görüldüğü, reva görüldüğü bir sisteme dönülmeye başlandı, ama hukukçular açısından incelediğimizde -ben bunu devrim 2.0 olarak adlandırıyorum tıp hukukunda- özellikle mesleki sorumluluk sigortasının Türkiye'de kabul edilmesi, bunun zorunlu hale getirilmesi çok önemli bir mihenk taşı olarak karşımıza çıkıyor. Çünkü hekimler için zorunlu mesleki sorumluluk sigortasıyla birlikte o döneme kadar incelediğinizde yargı kararlarında biz şunu görüyoruz: Bir, ceza hukuku anlamında çok apaçık bir hata olmadıkça ve irtikap suçunu hariç tutmak üzere ceza davalarında hekimi koruyucu bir tavır takınıyoruz. Tazminat hukuku boyutundaysa bir hekimi zorlamamak adına tazminata çok nadir ve az hükmettiğini görüyoruz, ama mesleki sorumluluk sigortasının ortaya çıkmasıyla birlikte şu hale geliyor: Zaten sigortaları var, o yüzden mahkemeler diyor ki biz tazminatı verelim. Ceza hukuku boyutunda belki çok fazla bir değişiklik olmadı bu bağlamda, ama ne yazık ki özel hukuk boyutunda çok rahat bir şekilde tazminata hükmedildiğini, hatta bu işte sigorta poliçesindeki üst sınıra yaklaşıldığını, buna göre tazminatlar verildiğini görüyoruz. Bu aslında ülkemiz açısından iki tane önemli sonuç doğuruyor:

1. Bilhassa uzmanlık alanlarının belirlenmesinde hekimlerin uzmanlık alanı seçimlerinde cerrahi branşlardan uzak kaldığını, o alanları seçmediklerini, daha risksiz alanları tercih ettiklerini görüyoruz. Mesela, bir dönem tıpta uzmanlık sınavında en yüksek puana sahip olan kadın doğum uzmanlığı şu an en düşük bölüm. Bunun sebebi bizim ülkemizde en fazla kadın doğumculara karşı dava açarız. Bu çok önemli bir meseledir.

2. Özellikle artık hukuki korumadan, himayeden yoksun olduğunu hisseden sağlık personelleri -bu her boyutu, yani hem sosyolojik olarak hem hukuki anlamda bunu söylüyorum- ülkemizi terk etmeye başladılar. Daha defansif bir anlayışa gittiler. Korkum odur ki Amerika Birleşik Devletleri'nde olduğu gibi bir gün bizi ameliyat edecek bir doktor bulamayacağız. Çünkü o kadar defansif ve sert bir anlayışa doğru itiliyoruz ki hekimleri o kadar defansif bir anlayışa itiyoruz ki bunun sonucu en nihayetinde doğuracak. Doğal olarak bu mesleki sorumluluk sigortası evet, bir devrimdir, ama bunun sonuçlarını ve adaletli bir yargılama mekanizmasını sırf nasıl olsa sigortaları var diye illa tazminatla sonuçlandırılmasının önüne geçilmesi gerekiyor diye düşünüyorum.

Tabii burada birtakım temel kavramlara da çok kısa değineceğim. Bunlar neler? Hasta ve hasta hakları kavramı, hekim, tıbbi müdahale ve çok kısa da malpraktis ve komplikasyon, çünkü baktım hani orada bir başlık göremeyince orayı biraz daha uzun tutayım istedim. Hasta hakları hastanın kaybettiği sağlığına en kısa zamanda olabildiğince en yüksek seviyede en konforlu ve en saygın biçimde geri alması, eğer bu mümkün olmuyorsa hastalığına karşı yaşam kalitesini koruyabilmesini ifade ediyor. Doğal olarak bu hakkın süresi arkadaşlar, değerli meslektaşlarım, hasta kavramını oluşturuyor ve iki tane önemli yönü var: Bunlardan birincisi, tam bir iyilik haline kavuşturmayı amaçlıyoruz. Eğer bu mümkün olmuyorsa, o zaman hastamızın saygın bir yaşamını arzuluyoruz. Nitekim bizde de yönetmeliğin 4.e'sinde tanımlarda: *"Sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin sırf insan olmaları sebebiyle sahip bulundukları ve Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, milletlerarası anlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuatla teminat altına alınmış hakları ifade eder"* şeklinde tanımlanmıştır. Bu tanımda çok önemli bir özellik var, bunu hep vurguluyorum: Sırf *"insan olmaları sebebiyle"* demesi bizim için önemli, çünkü Hasta Hakları Yönetmeliği *"bu bir insan hakkıdır"*ı vurguluyor.

Hastaysa sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan kimse, Dünya Sağlık Örgütü de *"sağlık ve iyilik hali içerisinde olmayan kişi"* olarak hakkın süjesini tanımlamış. Hastayla bu hukuki ilişkiye genellikle giren hekim, bizde tıp fakültesinden mezun olarak diploma sahibi olan kimseye hekim adını

veriyoruz. 1219 sayılı Kanun ve 6023 sayılı Kanunda hekimlik sıfatları ve şartları sayılmış. Daha önce bu sadece Türk vatandaşlarına hasredilen bir meslekti, ancak 2011 yılında yapılan değişiklikle birlikte artık denkliliğini almış herhangi bir kimse ve herhangi bir ülke vatandaşının Türkiye’de hekimlik mesleğini icra etmesinde bir engel yok.

Bir diğer temel kavramımız: Tıbbi amaçlı müdahale. Genellikle sağlıkçılara eğitime gittiğimizde ya da bir konferansta diyorum ki: *“Yapmış olduğunuz her tıbbi müdahale mahiyet itibariyle hukuka aykırıdır. Çünkü bir insanın vücut bütünlüğüne zarar veriyorsunuz”* Hemen zıplıyorlar: Nasıl olur Hocam, biz insanın hayatını kurtarıyoruz, vesaire. Diyorum ki: *“Öyle, ama sonrası var. Yaptığınız hukuka aykırı, ama bazı şartları sağladığı andan itibaren artık o müdahale hukuka uygun hale geliyor”*

Şimdi tıbbi müdahale nedir? Tıp mesleğini icra ettiği bir kişi tarafından doğrudan ya da dolaylı olarak tedavi amacına yönelik gerçekleştirilen her türlü faaliyeti ifade ediyor. Burada müdahalenin ehil bir kişi tarafından yapılmış olması gerekiyor. Buna biz yetkili sağlık personeli adını veriyoruz. Bu hekim olabileceği gibi hemşire, ebe ya da herhangi paramedik de olabilir. İki, müdahalenin tedavi amacının tıp bilimi kurallarına uygun olarak yapılmış olması gerekiyor. Üç, bizde ne yazık ki çok göz ardı edilen en fazla hiçbir şey bulamasak tazminatı oradan verdiğimiz aydınlatılmış onam müessesesi. Çünkü biz aydınlatılmış onamı genellikle ameliyata bir saat kala anestezi vermeden önce hastaya imzalatmak zorunda olduğumuz bir kâğıt gibi görüyoruz. Bu yüzden de bu aydınlatılmış onam sağlık çalışanlarını ciddi anlamda zorluyor.

Peki, komplikasyon ne? Komplikasyon tıbbi standarda uygun bir müdahale yapılmasına rağmen ortaya çıkabileceği tıp çevreleri tarafından kabul edilen ve her türlü tedbir alınmasına rağmen kaçınılmaz olarak meydana gelen zarar olarak tanımlanıyor. Burada şu ayrımı çok iyi yapmak gerekiyor: Malpraktis ve komplikasyon ayrımı. Hekimler sihirbaz değil, doğal olarak hekimleri kimsenin öngöremeyeceği bir neticeden sorumlu tutamayız. İlla yapılan her müdahale bir zarar meydana getirir, bunun önüne geçemeyiz. Mühim olan bu zararı ne kadar azaltabileceğimiz, çok basit, yani sırf cerrahi müdahale diye bunu algılamamak lazım. İlaç tedavisinde dahi bir zarar meydana geliyor. Paracelsus şu meşhur sözü: *“İlaçla zehri ayıran, birbirinden ayıran dozajıdır”* diyor. Nihayetinde vücuda dışarıdan bir madde biz sokmuş oluyoruz. Doğal olarak burada biz hekimler noktasında bu komplikasyon ve malpraktis ayrımını iyi yapmamız gerekiyor.

Burada hekimin müdahalesinin tıbbi standarda uygun olmadığı hallerde yine de meydana gelen netice öngörülebilir değilse hekim sorumlu tutulamıyor. Bunu yine komplikasyon olarak değerlendiriyoruz. Burada sadece disiplin hukuku bakımından, idare hukuku bakımından birtakım sorumluluklar oluyor. Öyleyse hekim sadece hatası sebebiyle sorumlu olacak. Yani hekim şanssızlıktan değil, haksızlıktan sorumlu olacak, yanlış uygulamasından sorumlu olacak. Öğretide bir görüşe göre, benim de katıldığım bir görüşe göre cerrahlar açısından da belli tehlikeleri göze alması sebebiyle kusur konusunda çok fazla sıkı davranılmaması, biraz daha esnek davranılması gerektiğini söyleyebiliriz. Yargıtay bu anlamda bir sıklık oranı kriteri belirlenmiş. Bir hekimin her 10 hastasından birinde komplikasyon olarak nitelendirilen bir olumsuzluk görüldüğünde bu oranı artık kabul edilebilir bir risk olarak görmüyor. Yani kararda da geçtiği şekilde bunun adı komplikasyon değildir. Zira hekim komplikasyon yüzdelelerinin arkasına saklanamaz.

Son olarak da malpraktisin tanımını yapıp sözlerimi noktalayayım. Malpraktis hatalı davranış veya görev ihmali sonucu bir yaralanmaya, zarara yol açma, Tabipler Birliği Etik İlkesi 13. maddede bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi hekimliğin kötü uygulanması olarak ifade ediyor. Biz malpraktisi incelerken dörtlü bir ayrıma genellikle tabi tutuyoruz: Tedavi hatası, tedavide yapılan bir yanlışlık, teşhisin yanlış olması, bir organizasyonun bütünlüğünde hata yapılması -işte Yargıtayın meşhur ruh ve sinir hastalıkları hastanesi kararında olduğu gibi- ve üstlenme hatası, özellikle intörn hekimler veya uygulama sırasında 4. ve 5. sınıflarda uygulamanın henüz öğrenciye bırakıldığında hekimin sorumluluğunun nasıl olacağına ilişkin olmak üzere.

Beni dinleme sabrı, nezaketi gösterdiğiniz için sonsuz teşekkür ederim, sağ olun.

Av. VEDAT AHSEN COŞAR- Sayın Ünsal Dönmez Hocamıza verdiği tarihi bilgiler için teşekkür ediyoruz. Geçmişini bilmeden bugünü anlayamayacağımız gibi geleceği de hem öngöremeyiz hem de anlayamayız. O bakımdan konunun tarihi boyutunu bize gayet güzel ve nezih bir şekilde açıkladığı ve sunduğu için Sayın Ünsal Dönmez'e teşekkür ediyoruz. Sayın Gürkan Sert'e söz vermeden önce izninizle biraz zamanınızı alacağım, ama sizinle bir anımı paylaşmak istiyorum. Ben 1994-1996 yılları arasında Yüksek İhtisas Hastanesi'nde hukuk müşaviri olarak çalıştım. Hastaneden teklif aldıktan sonra doktor olan, ama Amerika'da doktorluk yapması mümkün olmadığı için hastane yöneticiliği yapan bir yakınımından onun Amerika'da çalıştığı hastanenin örgütlenmesiyle

ilgili dokümanları istedim. Bana bir dolu döküman gönderdi. Onun gönderdiği dökümanların içerisinde avukat olduğum için benim en çok ilgimi çeken hasta haklarıydı. Ben o hastanenin hasta haklarıyla ilgili olarak kabul ettiği metni tercüme ettim, yanı sıra Dünya Tabipler Birliği'nin Amsterdam Bildirgesini, Lizbon Bildirgesini topladım.

O tarihte hastanenin başhekimi Sayın Kemal Beyazıt'tı. Bilirsiniz kendisi çok değerli bir doktordur, Türkiye'ye bypass ameliyatını getiren ilk doktordur. Kemal Beye gittim ve kendisine *“Hocam, siz Türkiye’de tıbbı, Türk tıbbına çok büyük yardımlar ve katkılar yapan değerli bir hocanız. Bu konuyla ilgili olarak sizden hasta hakları konusunda öncülük yapmanızı istiyorum. Yüksek İhtisas Hastanesi Türkiye’de hasta haklarını kabul eden ilk hastane olsun. Ben bu konuyla ilgili dokümanları topladım ve tercüme ettim, bunları size sunuyorum”* dedim. Kemal Bey bana *“Çok güzel. Siz bizim Etik Kurulla beraber çalışın, bunu bizim bünyemize uygun hale getirin”* dedi. Etik Kurulla oturduk çalıştık ve hasta haklarını bizim bünyemize uygun bir hale getirdik. Fakat ne yazık ki hastanedeki bütün doktorlar bunu duyunca ayağa kalktılar ve *“Hasta hakları neymiş? Doktor hakları yokken veya doktor hakları tanınmazken hasta haklarının ne önemi var”* dediler. Ben meseleyi onlara anlatmaya çalıştım. Bu bağlamda onlara *“Hasta haklarının kabul edilmesi sonrasında sizin doktor olarak hem hukuki yönden hem de cezai yönden sorumluluğunuzda herhangi bir değişiklik olmayacak. Hasta hakları insan haklarının bir boyutudur ve bunun kabulü bu yönden önemlidir”* dedim, ama ne yazık ki Yüksek İhtisas Hastanesi doktorların bu isyanından dolayı Türkiye’de hasta haklarını kabul eden ilk hastane olma fırsatını kaybetti ve bu fırsat önlerine kadar gelmiş olmasına rağmen bunu değerlendiremedi. O tarihlerde hasta haklarını Türkiye’de hemen hemen çok az insan telaffuz ediyordu. Tarih 1994 ya da 1995’di. Bu olaydan sanırım 6-7 veya 7-8 yıl sonra hasta hakları yürürlüğe konulan bir yönetmelikle kabul edildi.

Evet, Hocam buyurun söz sizin.

HASTA HAKLARI BOYUTUYLA SAĞLIK HUKUKUNUN GELİŞİMİ

Prof. Dr. Gürkan SERT

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Tıp Tarihi ve Etik ABD

Ankara Barosunun bu değerli daveti için teşekkür etmek istiyorum. Çok kısa kendimi tanıtmam gerekirse, Prof. Dr. Gürkan Sert, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı başkanıyım. Hukuk fakültesini bitirdikten sonra yüksek lisans doktoramı tıp etiği alanında tamamladım. Diğer unvanlarımı da bu alandan aldım. Bir hukukçu olarak da Türkiye’de etik alanında uzmanlaşmış ilk hukukçu olarak görevimi sürdürüyorum. Akademik çalışmalarımın yanında sivil toplum kuruluşlarıyla, meslek örgütleriyle, burada Türk Tabipler Birliğinin değerli hukukçuları var, diğer başka Dış Hekimleri Birliği ya da diğer bütün uzmanlık alanlarıyla tıp alanının çalışmalarını sürdürüyorum. Bununla beraber özellikle dezavantajlı grupların sağlık alanındaki hakları konusunda da çalışmalar sürdürüyorum. Cinsel sağlık, üreme sağlığında haklar başlığında ve ayrıca kaçınılmaz olarak Marmara Tıp Fakültesinde mezun öğrencilerimizin yaşadığı hak ihlalleri nedeniyle, uğradıkları şiddet nedeniyle sağlık çalışanlarının hakları konusunda da çalışmalar sürdürüyorum. Üç dönem Hasta ve Hasta Yakını Hakları Derneğinin Yönetim Kurulu Başkanlığını yaptım, iki buçuk dönem de İstanbul Barosu Sağlık Hukuku Merkezinin başkan yardımcılığını sürdürdüm.

Şimdilik bunlarla yetineyim, bugünkü konumuza girelim, ama konuya başlarken öncelikle başlığı çok beğendiğimi, bazı konuları dile getirmemin fırsatına neden olduğunu da belirtmek istiyorum. Bu ince başlık seçimi için kurula teşekkür ediyorum. İkinci olarak 26 Ekim Türkiye’de Hasta Hakları Günü olarak kutlanır, dünyanın hiçbir yerinde kutlanmazken Hasta Hakları Günü kutlanırdı. Avrupa Birliği bile bizden 6-7 sene sonra kutlamaya başladı. Bu Hasta Hakları Günü’nün nereden kaynaklandığını bazıları merak eder ve Türkiye’de değiştirmek ister. Neredeyse Sağlık Bakanlığına gelen her hasta hakları dairesinden sorumlu başkan şöyle bir aranır ya da değiştirmek ister, ama artık kayıtlara Türkiye’de Hasta Hakları Günü olarak 26 Ekim geçti. O tarihlere yakın bir günlerdegiz.

Bir acı tecrübemi, iki acı tecrübemi sizlerle paylaşmak isterim. Birincisi, pandemiden bir önceki sene Hasta Hakları Kongresini düzenlediğimizde, Hasta ve Hasta Yakını Hakları Kongresini düzenlediğimizde *“hasta hakları da ne oluyor, hele yakınlarının hakları neden gündeme geliyor”* diye cayı cayı sosyal medyada ve WhatsApp gruplarında yazışmalar yürümüşü. Sanki Türkiye’de hasta hakları konusu ilk defa konuşuluyormuş gibi bir atmosfer olmuştu. İkincisi, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusunda oluşturulan Meclis Araştırma Komisyonunda bir üye Hasta Hakları Derneğinin genel sekreteri olmam hasebiyle beni arayıp *“biz şiddeti araştırıyoruz. Bu şiddete uğrayanların hepsiyle konuştuk, birazcık da şiddet uygulayanlarla konuşmak istedik ve sizi bu nedenle aradık”* dedi. Köşe yazıları okuduk biz hasta haklarının şiddete neden olduğuyla ilgili, köşe yazıları okuduk biz şiddeti hasta haklarının tırmandırdığıyla ilgili, sağlık hakkının, sağlık hukukunun şiddeti tırmandırdığıyla ilgili köşe yazıları okuduk, yazılar okuduk. Doktora, yüksek lisans tezlerine *“Türkiye’de yargıya ulaşmak ucuz diye aklına esen her hasta gelip hekimlere dava açıyor, bu değişmeli, harçlar yükseltilmeli”* gibi ifadeler de geçmeye başladı. Düşünün, yani geldiğimiz noktayı düşünün. Halbuki hasta hakları demin Hocam da mesela, çok güzel bir sunum yaptı Ünsal Hoca ve gördüğümüz gibi sağlık hukukundaki temel çıkış noktası hasta haklarıdır, hastadır, hastanın merkezde olduğu konudur. Lakin hasta hakları sağlık çalışanlarının haklarını dışlayan bir anlayış, bir yaklaşım içerisinde değildir. Tek cümlesi, tek virgülü, tek noktası buna işaret etmez. Hangi belgede bu ifadeler var? Bu şiddeti uygulayan insanlara ya da haksız bir şekilde haksız taleplerde bulunan insanlara şu hakka dayalı olarak şu temelde bunları yapabilirsiniz diyen hangi anlayış, hangi belge, hangi istatistik vardır? Bu ifadeden kurtulmak, bu ifadeden uzaklaşmak lazım, yoksa sağlıkta şiddetin ve tırmanmasının gerçek nedenlerini hiçbir zaman bulamayacağız. Hep duvara çarpacağız. Bizim kapıyı bulmamız gerekiyor, ama o kapı hasta haklarını küçük düşürmek, o ifadeyi kullanan insanlara tepki göstermek boyutunda olmamalı.

Bunları söyledikten sonra şimdi mesela, hasta haklarına neden ihtiyaç duyulduğu ifadesinden söz ettiğimiz zaman, yani hasta haklarının olmadığı bir dönem yok, ama daha kendini ciddi bir ihtiyaç olarak hissettirmeye başladığı dönemler sağlık sisteminin daha karmaşık bir hale gelmeye başladığı dönemlerdir. Bir kapıdan giriyorsunuz verilerinizi alıyor, bir kapıdan giriyorsunuz ameliyatlara yapıyor, bir kapıdan giriyorsunuz tahliller yapıyor, bir kapıdan giriyorsunuz tahliller yapıyor, bir kapıdan giriyorsunuz görüntülemeler yapıyor, bir kapıdan giriyorsunuz ödeme yapıyor, ödeme alınıyor sizden, vesaire bütün bunları ne yapıyor? Birden bire sağlık sistemi çok karmaşık bir hale geldi ve

bireysel ilişkilerle, hekimle hastanın arasındaki bireysel ilişkilerle çözülecek bir modelden uzaklaşmıştır. Bunların nedenleri nelerdir?

Bunlara biraz bakmak gerekirse, bu hususlarda bütün bu süreç hastanın çok önemli bir hakkını ya da insanın çok önemli bir hakkını beden bütünlüğü, özel hayata saygı gibi haklarını ciddi bir risk altında hissetmeye başlıyor. Artık insanların insan haklarına uygun koşullarda hizmet alması ihtiyacı kendini gösteriyor, ama siz bunu neyin içerisinde kimden talep edeceksiniz, neden alacaksınız tartışması literatüre hasta hakları kavramını kazandırmıştır. Dünya literatüründe geçer, her yerde geçer, her yerde anlatılır. Böyle bir kongreyi düzenlemenin bilim dışı ya da bir arı kovanına çomak sokma gibi bir amacı ya da bir anlayışla sürdürüldüğü başlığı görür görmez düşünülmez ki o seneki tamamının yarısı sağlıkta şiddetin önlenmesi ve hasta yükümlülükleriyle ilgiliydi. Biraz sabırsızlık gösterilmişti, ama demin Hocam da gösterdi, hasta hakları meselesi eski belgelerde, yeminlerde, hekimlik anıtlarında yer alıyor. Örneğin, burada karşımızda bir İmhotep andından alınan bir ifade var. Aynı şekilde Hintli hekimin andında, aynı şekilde İslam dünyasındaki hekim antlarında, aynı şekilde Hipokrat andında çok önemle hastaların bazı hakları yer veriyor, ama bunları o dönemde bir hak gibi algılamıyoruz, daha çok bir yükümlülük, bu mesleği yürüten kişinin dikkat etmesi, uyması gereken bir yükümlülük haline getiriyoruz ve bunların çoğu motto haline gelmiştir ve hâlâ kullanılır, hâlâ hukuk dosyalarında bu dilekçelerde, başvurularda, vesaire Hipokrat andına, önce zarar vermemeye atıflarda bulunulur.

Buradaki temel kaygı aslında hastaların onurlarına saygı gösterilmesi, o dönemin koşulları içerisinde, o bağlamın içerisinde hasta haklarına saygı gösterilmesi biraz daha böyle hani yakın çağlara gelindiğinde ya da bu tartışmalar olduğunda mesela, öyle ilk belge olarak 1973'te bir Fransız belgesini, Fransa'da bir ulusal mecliste geçen bir belgeden doğrudan hasta haklarına bir yönelme var. Aslında şunu söylemek gerekiyor: En belirginleştiği dönem, kendini böyle gösterdiği dönem Amerika Birleşik Devletlerindeki gelişmelerin olduğu dönemdir ve aslında bakarsanız oradaki gelişmeler biraz daha halkın talebiyle ilgili bir şey değil, halkın yaratmış olduğu bir baskıyla ilgilidir. Ayrımcılıkla mücadelenin, barınma hakkıyla mücadelenin, sağlıkla ilgili mücadelenin yürütüldüğü bir dönemde burada hastalara, yani modern tıbbın getirdiği problemlerle ilgili hastalara nasıl yaklaşım gösterileceği demin dediğimiz birdenbire yapı karmaşıklaşıyor, karşı karşıya iki grup, iki kişi kalıyor: Birisi sağlık hizmetini sunan sistem ya da hastaneler, diğeri hastadır.

Bu süreç içerisinde belirli ilkeler olmadığı için, önceden belirlenmiş birtakım kurallar olmadığı için hasta hakları konusunda hastanelerin zor, çünkü hastaya ait olduğunu düşünmüyorsunuz hakkın, neden? Siz istiyorsunuz ki bu hasta bana geldiğinde ben zaten onun iyiliği için davranıyorum, ben onun iyiliği için yapıyorum, her şeyi biz onun sağlığı için yapıyoruz, onun yaşamını korumak için yapıyoruz, biz buraya geldiğinde ona herhangi bir kötülük yapamayız, biz onun kötülüğüyle ilgili bir amaçla kurulmamışız diyoruz. Genel bir anlayış o, ama bu gibi yerlerde ihlallerin yaşanmadığı konusunu ya da olmayacağı konusunu kimse garanti edemez. Bu açıdan bu iki taraf arasındaki ilişkinin düzenlenmesi konusunda aslında bakarsanız yararlı bir anlayışla Amerika'daki Hastaneler Birliği ilk olarak devreye giriyor. Ulusal bir belge yayınlıyor, ama bu belge bütün dünyayı etkisi altına alacak birtakım haklar içeriyor. Diyor ki bu belgede, yani orada sıralanan on iki hak şu anda bütün hasta hakları belgelerinde yer alan haklar ve hepimizin tasvip ettiği haklar. Oradaki esas amaç artık hastanelerin bu soğuk kaleler, acımasız kaleler olduğu hissinden kurtarmak. O dönemlerde böyle bir his geliyor insanların üzerine, bu sistemden kurtarmak için ve çok sık açılan davalarda önceden bazı kuralları belirlemek için kendi profesyonellerine kendi yetkileri ve bunların sınırlarıyla ilgili bilgileri vermek için Amerikan Hastaneler Birliğinin Hasta Hakları Bildirgesi yayınlanmıştır. Şöyle bir ortamda artık sağlık merkezlerinin belli metropollerde toplanmaya başladığı, uzmanlık alanlarının belli metropollerde toplanmaya başladığı bir dönemden de söz ediyoruz. Taşrada ya da uzak yerlerde sağlık hizmetine erişemiyor insan, şimdi de çok farklı değil. Önemli kanser tedavileri için düşünün, organ doku nakilleri için düşünün, kök hücre tedavileri için düşünün, ilaç araştırmalarına katılmak için düşünün, ne yapıyor? O dönemde bu bir ihtiyaç olarak, yani bu sağlık hizmetini daha sistemli bir şekilde sunalım diye böyle bir sürece geçiriyor. Bu süreç içerisinde bu hasta hakları belgesi, 1973 Amerikan Hastaneler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi yayınlanıyor ve bu bildirge on iki maddeden oluşuyor ve çok önemli bilgiler bilgilendirme, saygı gösterme ve mahremiyet hakkına değiniyor. Bu belge çok uzun bir süre dünyanın diğer bölgelerinde de etki gösteriyor. Örneğin, 1981 tarihinde Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi yayınlanıyor.

Bir yanlışı düzeltmek lazım, Bali diye ayrı bir hasta hakları belgesi yoktur, Lizbon Bildirgesinin gözden geçirilmiş halidir ve sonraki yıllarda, 2000-2005 yılından sonra da bir yine hasta hakları belgesi yayınlanıyor. Yine aynıdır aslında, Lizbon Hasta Hakları Bildirgesinin üçüncü versiyonudur. Bakın, bir Hekim Birliği yayınlıyor. Dünya Sağlık Örgütü 94'te yayınlıyor, ama onun öncesinde yine bu hasta hakları belgeleriyle ilgili daha ayrıntılı çalışmaların dünyanın her

yerinde kendini gösterdiğini görüyoruz, ama bir önemli tartışmaya imza atıyor bu gelişme: Hasta tüketici midir, değil midir tartışması bu ekseninde başlıyor. Çünkü sağlığın tüketilir halde bir hizmet, bir sistem olarak düşünürseniz hastayı tüketici olarak görür ve tüketici olarak yaklaşsınız.

Şimdi çok önemli bir yol ayrımındayız. Bu konuda ülkemizdeki saygın hukukçuların bir kısmı tüketici olduğunu düşünmekte, bir kısmı bunların daha farklı bir şekilde değerlendirilmesi gerektiğini düşünüyor, ama Amerika Birleşik Devletleri'nde 97 yılında hazırlanan bir raporda bunu tüketici haklarıyla ilgili bir kurul hazırlıyor, ama yine hasta haklarıyla ilgili son derece önemli bilgiler veriyor. Dünyanın öbür ekseninde Avrupa Birliği de bu arada yine hasta hakları çalışmalarına hız veriyor, ama Avrupa Birliği'ndeki durum biraz farklıdır. Hak bilincinin farkına varan, demokratik değerlerin yükseldiği bir dönemde dernekler, sivil toplum kuruluşları politikacılara önemli bir baskı kuruyorlar. Ben Avrupa Parlamentosunda hasta haklarıyla ilgili iki toplantıda bulundum. Oradaki parlamenterlerin hasta dernekleri karşısında terlerini sile sile -zor herkese sağlık hizmetini ulaştırmak sonuçta- nasıl konuştuklarına iki defa şahit oldum. Çok sıkı bir örgütlenme politikacıları etkiliyor ve hasta hakları konusunda, yani önemli bir hizmettir, ama bunun da birey haklarıyla bağdaştırılması hususuna özellikle bu düzenlemelerin içerisinde vurgu yapıyor.

Şuraya kadar özetlemem gerekirse söylediklerimi, hasta hakları kavramı farklı görüntülerde de olsa tıp tarihinin en eski dönemlerinden kendini gösteren bir hak silsilesi, ama hak olarak tarif edilmemiş. Sonraki dönemlerde biraz daha sağlık sisteminin karmaşıklaşmasıyla insanlara daha sistemli birtakım hakları sunmak gerekiyor. Şu sorular sorulur: Sağlık hakkı gibi üst bir kavram varken hasta hakları gibi bir kavrama neden ihtiyaç duyarız? Çünkü sadece sağlık hakkı üzerinden giderseniz kişileri hangi koşullarda tıbbi müdahalelere zorlayacağız, kişilerin bilgilerini hangi koşullarda başka bireylerle paylaşacağız, bunların sınırları ne, ne olmalı? Bakın, hemen gündeme geliyor: Modern bir toplumuz, insan haklarına dayalı bir toplumuz, bir dünyayız diyoruz, pandemi döneminde çıkartılan neredeyse her yasa iptal edildi. Her yasa normal hukuk anlayışına aykırı diye reddedildi. Dünyanın pek çok yerinde yaşandı, bizde de maske sorununu çözemedik. Çözemedik derken zorunlu mu, değil mi bilmiyoruz, havada kaldı. Aynı şekilde aşı zorunlulukları meselesi, bize imzalatılan formlar aşı olduğumuz sırasında zorunlusun, şuraya gidemezsin, buraya gidemezsin, şunu yapamazsın, gidiyorsunuz belge imzalıyorsunuz. Aşı olacağım diyorsunuz, tamam ya olayım diyorsunuz. Bu arada bütün aşıları olan ve olması gerektiğini savunan biriyim, ama size bir form imzalatıyorlar. O formda yazıyor ki olduğun

bu aşının zararlarını bilmiyoruz, sakın ha benden yarın bir şey olursa hani gelip tazminat isteyemesin ne benden ne uluslararası şirketlerden, ne kimseden; tamamen hukuka aykırı bir belgeyi biz kamunun bünyesinde oturup imzaladık. Bunlar işte hasta hakları konusunda özelleşmediğimiz zaman, Hocamın çok güzel kitabını gördüm. Sevgili Hocam yanımda, ne diyor? Özellikle durumlarda tıbbi müdahaleyi zarar verme konusunu hasta hakları başlığı olmadan, onun bir alt başlığı olmadan değerlendirmek o kadar kolay değildir. Çünkü ben sizin yararınız için varım diyen bir sistem içerisinde insanların haklarını aramasını istiyoruz.

Şu anda “*hasta bakımında insan hakları*” başlığında bir paradigma Avrupa Birliğinde kendini göstermiş durumda ve bu paradigmanın ben sağlık hakkı gibi, sağlık hukuku gibi, hasta hakları gibi, biyoetik haklar gibi başlıklar arasında yer alması ve sağlık hakkının bir unsuru haline gelmesi gerektiğini savunan teorinin yanındayım. Çünkü bu diyor ki hasta bakımında, yani yalnızca hastaya odaklanmış bir bakım sürecinde hem hasta haklarını hem de diğer paydaşların haklarını bir arada düşünerek, bir potada eriterek savunulması gerekir yaklaşımı vardır ki bu da sağlık hukukunun yeni bir başlığı olarak hastaların ve çalışanların ortak haklarına, ortak amaçlarına, ortak değerlerine, insan haklarına yönelmiş yeni bir anlayışı yansıtıyor. Bu başlık üzerinden mesela, hasta haklarının geldiği en son nokta tüm paydaşların haklarını bir arada savunacak bir sistematik oluşturmanın üzerinde çalışıyor. Hepinize saygılarımı sunuyorum, teşekkür ederim. Bu arada burada hasta hakları ya da sağlık hakkı aktivisti olarak düşündüklerimi dile getirdiğim için biraz heyecanlanmış olabilirim. Yani aktivist olarak konuştum, akademisyen olarak konuşmadım. Hepinize tekrar saygılarımı sunarım.

TIBBİ MÜDAHALEDE RIZANIN ÖZELLİKLERİ

Doç. Dr. Emel BADUR

Çankaya Üniversitesi Hukuk Fakültesi

Medeni Hukuk ABD

Öncelikle Ankara Barosuna ve söz konusu Kurultayın düzenlenmesinde büyük emeği olan Sağlık Hukuku Kuruluna içten teşekkürlerimi sunarak konuşmama başlamak istiyorum. Ayrıca şu anda burada olan tüm katılımcıları da saygıyla selamlıyorum.

Ben de diğer Hocalarım gibi -çok kısa olmak üzere- kendimi tanıtarak başlayayım. Bütün eğitim hayatımı (lisans, yüksek lisans ve doktora) Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesinde; bütün çalışma hayatımı da Çankaya Üniversitesi Hukuk Fakültesinde geçirdim. Medeni Hukuk Anabilim Dalı Öğretim üyesiyim ve uzun yıllardır sağlık hukuku çalışıyorum. Doçentlik takdim tezimi tıbbi müdahaleye rıza (ve rızanın özellik gösterdiği haller) hakkında yazmış olmam ve şimdi de sunum konumun “*Tıbbi Müdahaleye Rızanın Özellikleri*” olması, hocalarım kadar dakik davranamama endişemi güçlendirmekte. Zira ben bu konuda konuşmaya başladığım zaman, mutlaka bir uyarıyla susanlardayım. Ama oturumdaki tek kadın olmanın da bir pozitif ayrımcılık sebebi olduğuna güveniyorum. Teşekkür ederim.

Tıbbi müdahaleye rızanın özellikleri incelenirken, üç ana başlık altında değerlendirme yapılması gerektiğini düşünüyorum. Bunlardan ilki tıbbi müdahale kavramıdır. Daha sonra hukuka uygunluk sebebi olarak genel anlamda rıza kavramı incelenmeli ve en son olarak da tıbbi müdahalede rızanın özellikleri üzerinde durulmalıdır.

Öncelikle tıbbi müdahale kavramı ne yazık ki Türk Hukukunda kapsayıcı bir tanımla normatif olarak belirlenmemiştir. Bu noktada şunun da altını çizmek gerekir: Hocalarım da söz ettiler, bizim elimizdeki sağlık hukuku mevzuatı dağınık ve karışık. Bu durum, tıbbi müdahalede rızaya dair hukuki düzenlemeleri gözden geçirirken de karşımıza çıkıyor. Neden bahsediyorum?

Şimdi bir kere taraf olduğumuz bir uluslararası belge var. Hatta bana sorarsanız iyi ki var. Biyotıp Sözleşmesinden bahsediyorum. Onun dışında Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair bir Kanunumuz var, 1928 tarihli

ve 1219 sayılı. Ancak bu konuda göz ardı edilmemesi gereken, 1926 tarihli Türk Kanuni Medenisi'nin ve Borçlar Kanunu'nun yasa koyucu tarafından yenilenmesi gerektiği gerekçesiyle yürürlükten kaldırıldığı ve Türk Medeni Kanunu ve Türk Borçlar Kanunu'nun kabul edildiği. Buna karşılık çeşitli kez değişikliklere uğramakla birlikte; Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 1928 tarihinden beri yürürlükte. Üçüncü ve son olarak ikincil mevzuatta da Hasta Hakları Yönetmeliği var.

Anılan hukuki düzenlemelerin üçü de ortak ve tek bir amaca yönelmiş durumda değil. Başka bir ifadeyle Biyotıp Sözleşmesi, taraf devletler arasında uluslararası bir yeknesaklık sağlamak ve insan onurunu güvence altına almak; 1219 sayılı Kanun, tıp biliminin ve hekimliğin uygulanmasına dair usul ve esasları belirlemek ve Hasta Hakları Yönetmeliği de sadece, hastaların yasal hükümlerle tanınmış haklarını açıklığa kavuşturmak amacına yönelmiştir. Görüldüğü üzere konuya ilişkin üç normatif düzenlemede de bambaşka amaçlar güdülüyor.

Tam bu noktada aslında son söz olmaya yakışan fikrimi, en başta söylemiş olayım. Bu oturumun ve konumuzun başlığı "*Sağlık Hukukunun Dünü ve Bugünü*", ama üst başlıkta -Kurultay başlığında- "*geleceği*" yani "*yarını*" da var. Bana sorarsanız kısa vadede, sadece tıbbi müdahaleye rıza konusunda değil; tüm sağlık hukuku alanında genel, kapsayıcı ve tabii ki uluslararası belgelerle uyumlu bir mevzuat değişikliğine ihtiyacımız var.

Buraya şuradan geldik: Tıbbi müdahale kavramına ilişkin tanımı yasal bir metinde doğrudan doğruya bulmuyoruz, ama tanımı biz yapabiliriz. Bir tıbbi müdahale, tıbbi müdahaleyi uygulayan kişinin bu konuda yetkili olması; müdahalenin tıp biliminin verilerine göre gerekli ve tıbbi standartlara uygun olması; ayrıca tıbbi müdahaleyle kişinin sağlık refahının sağlanması, korunması ve arttırılmasına hizmet etmenin amaçlanması unsurlarından oluşmalıdır. Bu unsurlardan birinin bile eksikliği; bir fiili, tıbbi müdahale olma niteliğinden çıkaracaktır.

Bu durumda tıbbi müdahale, öncelikle tıp mesleğini icraya yetkili kişilerce gerçekleştirilmelidir. Tıp mesleğini icraya yetkili kimdir dediğimiz zaman karışımıza hemen hekim çıkar. Tabii ki hekim bir tıbbi müdahaleyi baştan sona şahsen ifa edecek kişi değildir; diğer sağlık personelinin de yönlendirme, onlarla birlikte çalışma ve iş birliği yapma yetkisine sahiptir. Ama tıbbi müdahaleye dair kararlar -kural olarak- hekim tarafından verilecektir.

Tıbbi müdahalenin ikinci temel unsuru, tıp biliminin kural ve standartlarına uygun olarak gerçekleştirilmesidir. Bu kural, Biyotıp Sözleşmesi'nin 4. maddesinde imzacı devletler tarafından, *“sağlık alanındaki herhangi bir müdahalenin mesleki standart ve yükümlülüklerle uygun şekilde yapılması”* gerekliliği kaleme alınarak düzenlenmiştir.

Tıbbi müdahalenin üçüncü ve son unsuru, kişinin sağlık refahının korunması, sağlanması veya arttırılması amacına yönelik olmasıdır. Bazı görüşlerce bu koşul, *“endikasyon”* diye de nitelendiriliyor. Endikasyon nedir? En basit tanımıyla endikasyon, tıbbi gereklilik olarak ifade edilebilir. Peki bütün tıbbi müdahaleler, tıbbi gereklilik nedeniyle mi yapılır? Bu sorunun olumlu yanıtlanması oldukça güçtür. Günümüzde tıbbın ulaştığı noktada, pek çok tıbbi müdahale artık tıbbi gereklilikle yapılmıyor. Bunların bir kısmı estetik amaç güden plastik cerrahiye ilişkin olanlar, bir kısmı üremenin durdurulması veya üremeye yardımcı olunmasıyla ilgili olanlar. Hatta isteğe bağlı gebeliğin sonlandırılması halinde de tıbbi gereklilik yani endikasyon değil; kendi geleceğini belirleme hakkı vardır. O zaman endikasyonu kapsamakla birlikte, ondan üste çıkan bir kavram, bir terim bulmak zorundayız. İşte bu noktada *“kişinin sağlık refahının korunması, hatta sağlanması veya arttırılması”* terimini öneriyorum ben. Eğer bu kavramı benimseyecek olursak, yaşayan vericiden organ almamızı bile kapsayacak genişlikte kullanabiliriz.

Yukarıda açıklanan unsurlar ışığında tıbbi müdahale hekim tarafından gerçekleştirilen, kişinin sağlık refahının arttırılması, korunması, sağlanması amaçlarına yönelen ve tıp biliminin standartlarına uygun olarak gerçekleştirilen –raporlama da dahil olmak üzere- bedeni, ruhi, fiziki her türlü müdahale olarak tanımlanabilir.

Şimdi gelelim bu üç unsuru, kümülatif bir şekilde içeren tıbbi müdahalelerin hukuka uygun olarak gerçekleştirilme şartlarına. Bir tıbbi müdahalenin hukuka uygun olarak gerçekleştirilmesi için, *“rıza”* tek hukuka uygunluk sebebi midir? Hayır, rıza tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk sebeplerinden sadece bir tanesidir. En yaygınıdır, en insan onuruna ve kendi geleceğini belirleme hakkına saygı barındırandır. Ama tek hukuka uygunluk sebebimiz rıza değildir.

Bir tıbbi müdahaleyi hukuka uygun kılabilecek başka hangi hukuka uygunluk sebepleri var? Örneğin, kanun gereği ve/veya mahkeme kararıyla yapılan tıbbi müdahaleler hukuka uygundur. Bunların arasında hukuken en tartışmalı olanlardan biri, hükümlülerin zorla (rıza aranmaksızın) tedavisine ilişkindir. Tıbbi müdahale olup olmadığı tartışılan zorla besleme de benzeri bir örnektir.

Mahkeme kararının icrası gereğince hukuka uygun hale gelen tıbbi müdahalelerin bir kısmı muayene, teşhis ve raporlamaya ilişkindir. Eğer davacının talebi gereği, akıl hastalığı nedeniyle boşanma davası söz konusuysa veya akıl hastalığı, akıl zayıflığı nedeniyle kişinin kısıtlanması mevzu bahisse, bu durumların tespitine ilişkin tıbbi müdahaleler mahkeme kararıyla kişinin rızasını aramaksızın hukuka uygun olarak gerçekleştirilecektir.

Şimdi gelelim rıza kavramına, rıza aslında razı olma kökünden geliyor. Bana göre rızanın en basit ve güzel tanımlarından biri *“kişinin, hukuk düzeninin (ve kişilik hakkının) kendisine sağladığı hukuki korumadan kendi iradesiyle vazgeçmesi”* ifadesiyle yapılmaktadır. Rıza gösteren kişi bu konuya dair iradesini karşıdaki kişiye, yani müdahalenin failine yönlendiriyor. Peki, tıbbi müdahalede rıza kime yönelmelidir? Kural olarak tıbbi müdahaleyi kim gerçekleştirecekse ona, yani hekime yönlendirilmelidir.

Rızaya, hukuka uygunluk sebebi olarak üç temel kanunda yer verilmiştir: Üç temel kanun derken, Türk Medeni Kanunu (TMK), Türk Borçlar Kanunu’nu (TBK) ve Türk Ceza Kanunu’nu (TCK) kastediyorum. Bakın, bu kadar önemli bir hukuka uygunluk sebebiyle karşı karşıyayız. TMK’nın 24/2. maddesinde *kişilik hakkına yönelik müdahalelerin kişinin rızasıyla hukuka uygun hale geleceği* ve TBK’nın 63/2. maddesinde *haksız olan bir fiilin, muhatabı olan kişinin iradesiyle hukuka uygun hale geleceği* düzenlenmiştir. Aslında bakarsanız rızaya dair en açık belirleme TCK’da karşımıza çıkar. TCK’nın 26/2. maddesinde yasa koyucu, *“Kişinin üzerinde mutlak surette tasarruf edebileceği bir hakkına ilişkin olmak üzere, açıkladığı rızası çerçevesinde işlenen fiilden dolayı kimseye ceza verilmez.”* ifadesini kullanmak suretiyle, rızanın kapsamının kişinin üzerinde tasarruf edebileceği alanla sınırlı olduğunun altını da çizer durumdadır.

Şimdi bu hukuka uygunluk sebebinin en önemli özelliği zamana ilişkindir. Hukuka uygunluk sebebi olan rıza -kural olarak- fiilden (tıbbi müdahaleden) önce açıklanmalıdır. Ancak fiilden önce açıklanan rıza, bir fiili baştan itibaren hukuka uygun hale getirir. Peki rıza fiilden sonra açıklanırsa ne olur? Aslında bunun da yanıtı var hukuk sistemimizde, TBK’nın 52. maddesinde tazminattan indirim sebebi olan bir rızadan daha bahsedilir. Bir rızanın tazminattan indirim sebebi olabilmesi için, açıklanan bu iradenin, fiili hukuka uygun hale getirmemiş olması gerekir.

Örneğin bu irade zamanında yani müdahaleden önce açıklanmamış olabilir. Ayrıca açıklanan rıza iradesi, kişinin tasarruf edebileceği alanın dışına çıkmış olabilir veya başka bir sebepten hukuka aykırı olduğundan hukuka uygunluk

sonucu doğurmaya elverişli değildir. Yasa koyucu yine de sonuç bağlamıştır bu iradeye. Ancak bu kez fiili hukuka uygun hale getirmeye yeterli olmayan irade, diğer şartların da varlığı halinde tazminattan indirim sebebi olarak değerlendirilebilir.

Tıbbi müdahalelerin rızaya dayalı olarak gerçekleştirilmesi gerekliliğine çağdaş hukuk sistemlerinde dikkat çekilen ilk yazılı metin, 1947 tarihli Nürnberg yargılamalarında karşımıza çıkıyor. Ben sağlık hukuku dersini anlatırken diyorum ki İkinci Dünya Savaşı bizim pek çok hukuk dalına bakışımızı değiştirdi. Ama muhtemelen en çok sağlık hukukuna bakışımızı değiştirdi. Hitler'in hekimleri o kadar insanlık dışı eylemler yaptılar ki uluslararası yargılama arenasında benzeri eylemlerin tekrarlanmaması, tıbbın uygulanmasının sınırlandırılması ve kurallara bağlanması amacıyla Nürnberg Code diye anılan (Nürnberg Yasası diye çevirebiliriz) bir metin ortaya koyuldu. Bu metinde özellikle tıbbi müdahalenin mutlaka hastanın rızasına tabi olmasına dair kurallar benimsenmesi gerekliliği fikri benimsendi.

Türk Hukuku açısından Anayasa'nın en önemli hükümlerinden biri 17/2. maddesinde kişinin maddi ve manevi varlığını geliştirme hakkına ilişkin olarak *"Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz. Rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz"* ifadeyle düzenlenmiştir. Ben kişinin rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamayacağına dair cümleye, rızası olmadan tıbbi müdahaleye de maruz bırakılamayacağına ilişkin daha açık bir ibare de ekleyelim diyorum.

Tıbbi müdahaleye rızaya ilişkin en açık düzenlemelerden birini de Türkiye Cumhuriyeti'nin taraf olduğu ve usulüne uygun şekilde yürürlüğe koyduğu Biyotıp Sözleşmesi'nin 5. maddesinde görürüz. Biyotıp Sözleşmesinin 5. maddesinde tıbbi müdahalelerin rızaya dayalı olarak hukuka uygun hale gelebilecekleri açıkça belirtilmiştir.

Tıbbi müdahaleye rızaya dair kanun düzeyinde hükme de 1219 sayılı Kanunda rastlarız. Bu hüküm tabi ki Kanunun 1928'de kabul edilen halinde bulunmamaktadır. Dünya çapında bile neredeyse 1940'ların ikinci yarısında konuşulmaya başlanan bu görüş, 1219 sayılı Kanunun 70. maddesine 2008'de dahil edilmiştir.

Diğer ülke mevzuatına bakıldığında, tıbbi müdahaleye rızaya ilişkin en ayrıntılı ve oldukça yakın tarihli düzenlemelerin Alman Hukukunda, Alman Medeni Kanunu'nda olduğunu görürüz. Almanlar 2000'li yılların başında,

Medeni Kanunlarına tıbbi müdahaleye, hasta-hekim ilişkisine, buna dair borç ilişkisine, hasta tasarrufuna ve tıbbi müdahaleye rızaya ilişkin hükümler koydular.

Türk Hukukunda yargı kararlarında da tıbbi müdahaleye rıza kavramına dair ifadeler yer verilmiştir. 1219 sayılı Kanuna rızaya ilişkin hükmün eklendiği 2008 ve Biyotıp Sözleşmesinin kabul tarihi olan 2004 yılından önce; 1977’de Yargıtay “*Tıbbi müdahalenin aslında başlıca uygunluk sebeplerinden biri rızadır.*” ifadesini kullanıyor. Sağlık hukuku kapsamında öncül olarak nitelenebilecek bu kararda MK ve BK’da yer alan rızaya ilişkin düzenlemelere dayanılmıştır.

Tıbbi müdahalenin başlıca hukuka uygunluk sebebinin hastanın rızası olduğunun kabulü öncesinde, yargı ve öğretice kabul edilen hukuka uygunluk sebepleri arasında “*kişinin üstün yararı*” ve özellikle ceza hukukunda yer bulan “*kanunun verdiği yetkinin icrası*” vardır. Tıbbi müdahalenin kişinin yararına olduğu ve hekimlerin tıbbi müdahalede bulunurken kendilerine kanunla verilen yetkiyi kullanmaları nedenleriyle tıbbi müdahalenin hukuka uygun olduğu yönündeki bu görüşleri hukuk sistemleri artık terk etmiş ve deyim yerindeyse paternalizmi yıkmış durumdadır.

Artık biz hekimin kararına değil; hastanın kendi geleceğini belirleme hakkına üstünlük tanıdığımız çağdayız. Biz artık hastanın iradesini yücelttik, kişinin özerkliğini kabul ettik; hastaya kendi geleceğini belirleme hakkını tanıdık. Tüm bunların hukuku teminatı olarak da hukuka uygun tıbbi müdahaleyi hastanın rızasına tabi kıldık.

Tıbbi müdahaleye rızaya dair uluslararası öğretilerde ileri sürülen bir görüş de “*sadece kendi geleceğini belirleme hakkı açısından yaklaşmayalım rızaya*” diyor. Aslında tamamlayıcı bir görüş, onun için zikrediyorum. Tıbbi müdahale bir iş birliği gerektirir deniliyor bu görüşte. Hekimle hasta arasında bu iş birliğini sağlayacak unsurlardan biri de hastanın tıbbi müdahaleye gösterdiği rızadır. Ancak tıbbi müdahaleye maruz kalmaya ilişkin olarak kendi iradesini açıklayan taraf (hasta), bu iş birliğine yakın olur noktasındadır.

Sürenin sonuna gelirken tıbbi müdahaleye rızanın özellikleri üzerinde de konuşalım. Tıbbi müdahaleye rıza, kişiye sıkı sıkıya bağlı bir hakkın kullanılmasıdır. Bu nedenle temsilci aracılığıyla kullanılmasında çok sıkı kurallara tabi olmalıdır. Bir diğeri tıbbi müdahaleye rıza, menfaatçi yani çıkar gözetken bir rızadır. Neden tıbbi müdahaleye rıza gösteririz? Sağlık refahımıza kavuşmak veya onu arttırmak için rıza gösteririz.

Tabii ki tıbbi müdahaleye rıza da bir irade açıklaması olduğuna göre; geçerli olarak kabul edilebilmesi için -diğer rızalarda da olduğu gibi- herhangi

bir irade sakatlığına uğramamalıdır. Yani kişinin yanıltma, aldatma ya da korkutma nedeniyle sakatlanan rızası, bir hukuka uygunluk sebebi olarak değerlendirilemeyecektir.

Süremin sonunda olduğumun farkında olduğum halde geçerli bir rızadan söz edilebilmesi için, aydınlatmanın önemini altını çizmeden geçemeyeceğim. Biraz önce belirttiğim gibi geçerli bir rıza, sakatlanmamış ve serbestçe oluşturulmuş iradeye dayalıdır. Rızanın özgür iradeyle serbestçe oluşması ve sakatlanmaması için kabul edilen başlıca güvenlik önlemi de aydınlatmadır. Ancak aydınlatma sonrasında bu serbest irade oluşabilir. Aydınlatma irade sakatlığı hallerini minimuma indirmek için de çok önemlidir.

Aydınlatma, tıbbi müdahaleye rıza gösterilmeden önce yapılmalıdır. Aydınlatmayla rızanın arasında makul bir süre olmalıdır. Aydınlatma yapıldıktan sonra bir süre hastaya düşünme, tartma, inceleme fırsatı verilmeli ve rıza ondan sonra istenmelidir. Bunu söyleyince şu eleştiriyi alıyorum, farkındayım: *“Siz sağlık sisteminin durumunu bilmiyorsunuz, günde kaç hasta, hasta başına kaç dakika ya da hangi hız, hangi süre?”* Aslında hepimiz bu gerçeklerin farkındayız. Hekim değilim, ama gerçek kişiyim; her an sağlık hizmetinden faydalanma ihtiyacı içindeki kişiyim; yani hastayım. Bu nedenle aslında durumu hepimiz biliyoruz. Ama yine de hukukun doğrusunu söylemek zorundayız diye düşünüyorum. Onun için mutlaka aydınlatma ve rıza arasındaki süre unsuruna dikkat edilmelidir.

Son olarak gelelim rızanın şekline. Tıbbi müdahaleye rıza, yasa koyucu tarafından özel olarak belirli bir şekle tabi kılınmadıkça -kural olarak- herhangi bir geçerlilik şekline tabi değildir. Peki, özellikle rızanın şekle tabi kılındığı özel nitelikli tıbbi müdahaleler var mı? Var hiç şüphesiz, TMK’nın 23/3. maddesinde *“İnsan kökenli biyolojik maddenin alınması, aşılınması ve nakli için”* yazılı rıza aranmıştır.

Organ ve Doku Alınması Saklanması Aşılınması Nakli Hakkında Kanunda yaşayan vericiden organ veya doku alınmasına yönelik tıbbi müdahaleye rıza için açık bir yazılılık şartı var. Nüfus Planlaması Kanunumuzda üreme hakkıyla ilgili tıbbi müdahaleler için (sterilizasyon ve isteğe bağlı rahim tahliyesi) yazılı şekil şartı var. 1219 sayılı Kanunda büyük cerrahi müdahalelere ilişkin rıza için yazılı şekil şartı arandığını söyleyememiz mümkün.

Tıbbi müdahaleye rıza dediğimiz anda rızasını aradığımız kişinin aynı zamanda tıbbi müdahaleye rızasını esirgeme, yani rıza göstermeme ya da göstermiş olduğu rızayı geri alma hakkına sahip olduğunu da kabul etmek gerekir. Kişi sadece rıza göstermekle yetkilendirilemez bir hukuk sisteminde.

Rıza göstermemek ya da göstermiş olduğu rızayı geri alabilmek hakları da kendisine tanınmalıdır. Süremi çok aşmadığımı ümit ediyorum, beni sabırla dinlediğiniz için tekrar teşekkür ediyorum.

SORU-CEVAP BÖLÜMÜ

Dr. ÜNSAL DÖNMEZ- Soruyu soran ismini yazmadığı için ben soruyu söyleyeceğim, yayınlanacağı için isim de alırsam memnun olurum. Malpraktis türlerinden organizasyon bütünlüğü hususuna değinirken Yargıtay'ın meşhur ruh ve sinir hastalığı kararından bahsetti. Ruh ve sinir hastanesi için bu karar, ilgili kararın künyesini paylaşabilir mi? Kim sorduysa ismini alabilirsem sevinirim.

DİLA SÖYLEMEZ- Avukat adayı Dila Söylemez.

Dr. ÜNSAL DÖNMEZ- Teşekkür ederim Dila Hanım. Tabii paylaşayım. Yargıtay Hukuk Genel Kurulunun 1986.13.640 esas sayılı 07.10.1987 tarihli kararı bu bahsettiğim karar. İntihara meyilli bir hastanın yanında daimî hemşire bulundurulması gerekirken ve yine hastane odasında aslında olmaması gereken kablo ve benzeri şeylere ilişkin verdiği bir kararda, burada bu hastanenin tazmin yükümlülüğü olduğunu belirtiyor, hatta kararın sonunda : *“Bunun basit bir kusur olarak algılanmaması gerekir”* şeklinde bir ifade geçiyor. Teşekkür ediyorum.

İkincisi, Sayın Prof. Dr. Emine Derin Yüksel Hanımefendinin bir sorusu var.

Prof. Dr. EMİNE DERİN YÜKSEL- Öncelikle çok teşekkür ediyorum böyle bir toplantı düzenlendiği için. Ben ilk defa böyle bir hukuk platformunda bir toplantıda bulunuyorum. Ben tıp profesörü doktoruyum, tıbbi genetik profesörüyüm. Ben toplantılarda bizim kongrelerimizde genç arkadaşlarımı prezante ederken güzel sunumlarıyla karşılaşıyorum. Toplantı salonu çıkışında *“ne yapacaksınız bundan sonra, ne yapmayı düşünüyorsunuz işinizle ilgili”* diye sorduğumda *“Almanya’ya gideceğim, İngiltere’ye gideceğim, şuraya gideceğim, buraya gideceğim”* Neden? İşte bildiğiniz sebepler, çok uzatmaya gerek yok. Yani şunu Ünsal Hocamızın çok güzel özetlediği gibi. Ben 27 senelik hekimim, hakikaten o kadar tarihi bizimle birlikte geçirmiş gibi özetledi. Defansif tıbbı müthiş bir artık şey var, ülkemizde kimse tıp mesleğini icra etmek istemiyor. Bir de şunu da ekleyeyim, ben Dr. Ekrem Karakaya’nın şehit edildiği gün Konya Şehir Hastanesindeydim. Tarif edilmez bir şey, dolayısıyla şunu söylemek istiyorum: Ben unumu elemiş eleğimi de duvara asmıştım, kendime göre artık yayınlar yapacaktım, yeni arkadaşlar yetiştirecektim, ama öyle olmadı. Ben de hukuk alanında tezsiz yüksek lisans öğrenimine başladım. Çünkü, Nasrettin Hocaya sormuşlar: Damdan düşünce ne yapalım? Hekim getirin, çağırın demişler. O da yok, damdan düşeni çağırın demiş. Hem poliklinik yapan bir yerde hem çalışan bir hekimin hem de hukuk alanında hasbelkader ucundan, kıyısından

eğitim görmüş insanların iki tarafı da bilen insanların bu alanda görev yapması lazım. Ancak bu şekilde doğru bir çözüme ulaşabileceğiz. Yoksa bir taraf bak artık şöyle bir devrim oldu, öbür taraf biz şehit ediliyoruz, defansif tıbbı gidelim, Almanya'ya gidelim, şöyle yapalım böyle yapalım. Hani bu bir çözüme ulaştırmayacak. Hocam sonunda bu defansif tıbbın önlenmesi açısından hukuk yönünde ne yapılabilir? 1978'deki kanun acaba hani ben tabii yeni başladım bu alandaki öğrenimime, ben böyle bir şey de soramam, ama ne yapılabilir? Yani yöntem olarak soruyorum.

Dr. ÜNSAL DÖNMEZ- Esasen buradaki genel soru şu: Biz ne yazık ki toplum olarak her daim bir ifrat-tefrit dengesi içerisinde gidiyoruz. Bir dönem aşırı hekimleri koruyucu bir yaklaşım sergiliyoruz, hasta hakkının h'sini ağzımıza almıyoruz, daha sonra öyle bir hasta merkezli bir yaklaşım sergiliyoruz ki bu sefer de hekimleri çok ardıl bir plana koyuyoruz. Bunun temelinde tabii aslında şu var, biraz daha ona eğilmek lazım: Bir kitabın önsözünde: *"Hekimlerle hastalar arasındaki soğuk savaş mesleki sorumluluk sigortasıyla beraber artık bir cephe çatışmasına dönüşmeye başladı. Bu da defansif tıp anlayışının gelişmesine, buna yönlenmeye ciddi bir katkı sundu"* ama burada tabii hani klasik bir hoca olarak her şeyin başı eğitim demek istemiyorum. En nihayetinde varılması gereken şey şu: Bir sağlık okur-yazarlığının olması gerekiyor. Bizde hekimler açısından da bu geçerli, sağlık personelleri açısından da geçerli, ama hastalar için de geçerli. Yani hastalar da haklarını bilecek, yükümlülüklerini bilecek, hekimler de haklarını ve yükümlülüklerini bilecek. Gürkan Hocam çok güzel bir şey söyledi aslında bakın, bütün hekim bildirgeleri, o bildirgelerin tamamı hekimler tarafından kaleme alınmış ve hepsi hasta haklarına ilişkin. Aslında bunlar birbirlerini dışlayan, ötekileyen, absorbe eden şeyler değil, bir arada olunacak bir şey. Sadece şu doğru bir yöntem mi bilmiyorum, işte malumunuz olduğu üzere az önce sordunuz siz de yeni bir kurulun kurulması ve izinlerin oradan çıkması. Bu birazcık sadece süreci uzatmaya, bu yargılamalarda süreci uzatmaya yönelik bir hamle gibi geliyor. Bu hiçbir şeye derman olmaz. O yüzden defansif tıp anlayışının gelişmesinin bana göre, yani bunun ortadan kalkmasının en önemli yolu hekim ve hasta hem haklarını, yükümlülüklerini bilecek hem de ikincisi, özellikle mesleki sorumluluk sigortası noktasında devlet bunun tamamını karşılaması gerekecek. Başka türlü bir zor gibi duruyor. Teşekkür ediyorum, sağ olun.

Av. VEDAT AHSEN COŞAR- Şimdi herhalde avukat adayı, avukat stajyeri Sezai Kesmen, soru şu: Malpraktis türleri içerisinde sayılan organizasyon bütünlüğü terimi hastanenin organizasyon sorumluluğuyla aynı kapsam arasında

mıdır? Organizasyon bütünlüğü yükümlülüğünün ihlal edilmesi hastane için ayrı bir sorumluluk talebi oluşturur mu? Evet Hocam.

Prof. Dr. GÜRKAN SERT- Şöyle söyleyelim, aslında son dönemlerde malpraktis türleri içerisinde sayılan organizasyon bütünlüğü terimi hastanenin organizasyon sorumluluğuyla aynı kapsam altında mıdır? Organizasyon bütünlüğü yükümlülüğünün ihlal edilmesi hastane için ayrı bir sorumluluk kalemi oluşturur mu? Teşekkür ediyorum. Şöyle söyleyelim, bu aslında bakarsanız son dönemlerde şöyle bir tartışma üzerinde kendini gösteriyor şu açıdan, özellikle hekimin hastaneyle beraber sorumlu olması, özel hastaneyle beraber sorumlu olması bağlamında şöyle bir husus var: Şu anda bu ciddi bir tartışma. Örneğin, bir ameliyat ediyor, malpraktis bir yanlışlık var bu ameliyatta, bir komplikasyon değil, bir malpraktis, bu ortaya konmuş. Bilirkişi raporuyla da ortaya konulmuş ve aynı hatayı aynı hastanede anlaşmalı bir şekilde çalışan hekim sekiz defa yapmış. Şimdi burada bu davayı açan ya da bu davanın tarafı olan karşı taraftakilerin iddiası şu: *“Sen istediğin kadar ben bu hekime sadece yatak veriyorum, oda veriyorum, ameliyathanemi kullanıdırıyorum, benim onunla hiçbir bağlantım yok. O benimle sözleşmeli, dışarıdan gelip bunları yapıyor. Bizim ayrı bir anlaşmamız var”* Hatta şu anki popüler taktikle şirket kurdurup hani bir ayrı şirket gibi hizmet veriyorum istediğiniz kadar deyin” diyor bir görüş, bunun karşı görüşü de var. Yani bu görüş, aynı ameliyatı yedi-sekiz defa senin hastanende yanlış bir şekilde yapılıyorsa, bir başhekimlik olarak, hani tıbbi uygulamalardan da bir sorumluluk değerlendirildiğinde mesela, bir başhekimlik var, bir hizmetler müdürlüğü var, vesaire, bu hastane adına faaliyet yürütüyor olman nedeniyle ve bu gibi tıbbi sorumlulukla mesela, bir olsa, iki olsa belki değişebilir. Hani ben biraz uca götürdüm bu organizasyon hata sınırında, ama belki daha açıklayıcı olması açısından, ama yedi-sekiz defa aynı ciddi belirgin bir hata tam şey olarak da kabul ediliyor. Yani raporlanmış da hata olduğu, ben bundan organizasyonel olarak sorumlu değilim denilmesinin -farklı tarihlerde yapılmış ameliyatlar için söylüyorum- o kadar kolay olmadığını düşünüyorum.

Tabii ki diğer organizasyonel problemler de var. Hani hâlâ oluyor, nasıl oluyor bilmiyorum, yanlış kişiye cerrahi işlem yapılması ya da birtakım şeylerin eksik bir şekilde sürdürülüyor olması. Biz bunları hasta hakları kapsamında yaklaşım olarak mümkün oldukça sorumluluğu dağıtacak şekilde düşünüyoruz. Bir önemli konu burada sağlık çalışanlarının, sağlık profesyonellerinin hukuksal mağduriyetlerinin giderilmesi açısından da yine yapısal problemleri göz önünde bulundurmanın çok önemli olduğuna inanıyoruz. Demin raporlar söylendi, dünyada kişi başına hekimin en az sayıda olduğu, düşen hekimin en az sayıda

olduğu bir ülkede mutlaka çoğunlukla daha doğrusu söyleyelim, malpraktislerde mutlaka organizasyonel bir sorunun olduğunu araştırmak ve bu konuya da vurgu yapmak gerekiyor. Hani görüyorum, kim ne dersin hastanelere gidiyoruz, bir günde bakılan hasta kişi sayısı belli. Övünüyoruz çok sayıda cerrahi girişim yapmış olmakla bir yıl içerisinde, ama bunları kaç hekimde yaptık? Bu konuları mesela, bunlar da organizasyonel problemler. Önümüzdeki dönem için hukuksal sorumlulukta organizasyonel sorunlar çok önemli başlık haline gelecek. Teşekkür ediyorum.

İkinci soru da şu, değinecektim, sağ olun, fırsat verdiniz. Av. Berna sormuş, Berna Hanım, şöyle, ben değinecektim, sadece orada durdum. Şöyle, bu mesleki sorumluluk kuruluşuyla ilgili yanılmıyorsam soru şu: Bir gereklilik vardı, olurdu, birincisi yapılanmasıyla ilgili çok önemli eleştiriler var. Ben onların hepsine katılıyorum, katılımcı değil. İkincisi, bu benim yine fikrim, siz mesela, sendikacı olarak, meslek örgütünün temsilcisi olarak, vesaire böyle bir şeyi dayatarak hani dönem için baskı kurarak böyle bir kurulun oluşturulmasını sağladık, vesaire gibi düşünürsünüz. İyi yaptığınızı düşünebilirsiniz, bu dönem için öyle, ama Bakanlığın istediği gibi kullanacağı bir kurul olduğunu düşündüğünüz zaman bunu iyi uygulamayacak bir bakanlıkla karşı karşıya kaldığınızda sağlık çalışanlarının aleyhine dönmesi de mümkün. Bunun daha demokratik bir yapılanmayla, daha bizim bildiğimiz burada da çok değerli hocalarımız var, onların katılımları ya da onların sağlayacak, onların da görüşlerini alacak bir demokratik yapı oluşturmadığını düşünüyorum. İkincisi, lanse edilme şekli hastaların üzerinde nasıl bir etki yarattı? Artık hekimler de korunacak gibi bir başlıkla Adalet Bakanı ve Sağlık Bakanı yan yana açıklama yaparsa, burada bir tarafgirlik algısı oluşmadı diyemem. Hastalar artık bu yollara başvuramayacaklarını düşünüyorlar. Yeni yasayla beraber biz artık kimseyi şikâyet edemeyeceğiz algısı ya da şikâyet edersek bile hekimlerin lehinde değerlendirilecekmiş gibi bir algı oluşmadı da değil. İkinci benim bu konudaki değerlendirmem budur, ama yöntem olarak belki daha farklı bir yapılanmayla bunun sürdürülmesini mesela, Tabipler Birliğinin, odaların yine o şeylerde etkin hale getirilmesinin de önemli olduğunu düşünüyorum. Bu kurumlar içerisinde sendikalar da dahildir.

Av. VEDAT AHSEN COŞAR- Şimdi Av. Hamid İnal, kime soruyorsunuz sorunuzu? Gürkan Bey: Sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddet ve saygı dışı davranışların toplumsal sebepleri neler?

Prof. Dr. GÜRKAN SERT- Teşekkür ediyorum bu soru için, özellikle burada literatürde belirlenmiş hem dünya literatüründe hem ülkemizdeki

literatürde belirlenmiş bazı hususları size bir-iki maddeyle saymak isterim. Bunlardan birincisi, birtakım olanaksızlıkların yarattığı sağlık sistemi üzerinde ve hastalar üzerinde yarattığı baskı, bunlar mesela, yeterli personelin olmaması, yeterli imkânların, yeterli altyapının olmaması, hastaların bekleme koşulları, bekledikleri yerler. Geçen ben bir hasta olarak beklerken dört ayrı diziyi takip etmek zorunda kaldım. Yanımda her hasta kendi bir diziyi açmış, ses de yüksek duyması için, dört ayrı diziyi şöyle bir mesafede takip etmek durumunda kaldım. Kızılçık Şerbetiyle ilgili biraz bilgi edindim, daha önce hiç duymamıştım, görmemişim ve yorumlar vardı. Karanlık olması, baskı olması, vesaire gibi örneklere yer verildiği gibi karşıda tükenmiş, fazla mesai yapmış, çok fazla çalışmak zorunda kalmış sağlık profesyonellerinin dikkatini vermekte ya da bazı bilgileri aktarmaktaki yaşadıkları güçlükler, hastaya ayırmak zorunda kaldıkları kısa süreler gibi nedenler sayılıyor. Yani bu fiziksel nedenler sayıldığı gibi bir önemli ölçek de benim düşündüğüm yaşamakta olduğumuz şiddet iklimi. Politikacılarımız şiddet diliyle konuşuyor, yöneticiler şiddet diliyle konuşuyor ve şiddet dilinden de uzaklaşmıyoruz da ve şiddet olağanlaştırılmış bir halde. Yani bir kadına hepimiz çok böyle kızdık “*artık hekim dövebiliyoruz*” gibi bir ifadeyi kullandığı zaman, şiddetin bir ahlaki sorun olduğu, hani mesela, aile terbiyesi sorunu olduğu dahi konusu artık iyice göz ardı edilmiş durumdadır. Ben bu bağlamda mesela, cezaların yetersiz olması, aktif olmaması, etkin olmaması gibi hususları bazen hiç sadece soruşturmalar önüme geldiği için görüyorum. Yani bir oksijen tüpünü kaldırıp bir odadan bir odaya kadar taşıyıp gebe olduğunu bile bile bir hekimin ya da bir kadın hekim ya da kadın hemşirenin üzerine atan bir adamın ben 12 yıl mı yatarım, 16 yıl mı yatarım üzerinden bir hesap yaptığını düşünmüyorum. Açıkçası evet, daha etkin cezalar, daha etkin korumalar, belki daha etkin güvenlik ortamları, ama önünde-sonunda hekim ve hastanın çalışmak zorunda kaldığı mesafe 20-30 cm’le sınırlı, bir tükenmez kalem bile çok ciddi bir tehlike haline gelebilir. Dolayısıyla fiziksel önlemler önemli, ama öncelikle yapısal hem sosyal açıdan hem de fiziki açıdan yapısal bütün sorunları çözmek...

SALONDAN- Kültürel açıdan.

Prof. Dr. GÜRKAN SERT- Evet, çözmek açısından önemli adımlar atmamız gerektiğini düşünüyorum. Bunlarla ilgili dünyada yayınlanan neredeyse hepsi benzer nedenleri sıralamış durumdadır. Teşekkür ederim.

Av. VEDAT AHSEN COŞAR- Biz teşekkür ediyoruz. Sayın Neslihan Aslan, Antalya Barosu hem stajyer avukat hem de hemşire: Yardımcı sağlık personeli

enjeksiyon uygulamasında neden onam almıyor, sonrasında oluşan komplikasyon için malpraktis kabul edilip tazminat davası açılıyor? Sorun oluyor.

Organ bağışu kişinin yaşamında rızasıyla yaptığı bir bağışken bağış durumuna gelip o aşamada kendi rızası baz alınmadan birinci derece yakınlarına sorularak, sorularda anıların konumuna bırakılması hukuken uygun mudur? Kişinin bedeni üzerinde tasarruf hakkı devredilebilir mi? Kime soruyorsunuz? Emel Hocaya, buyurun.

Doç. Dr. EMEL BADUR- Teşekkür ederim. Şimdi sondan başlayayım. Yaşayan vericide biz kişinin kendisinden onam alıyoruz; buna karşılık ölüm sonrasında kişi sağlığına böyle bir irade açıklamamış olsa bile yakınlarının iradesiyle ölüden organ alabiliyoruz.

NESLİHAN ASLAN- Hocam, şöyle, açıklamış, beyin ölümü gerçekleşmiş, ama açıkladığı halde yakınlarına, organ Nakli Komisyonunda da ben görev aldım, yakınlarına illa ki soruyoruz ve birinci derece yakınları onam vermezse almıyoruz, ama yaşamı esnasında bu onamı vermiş tüm organlarım ya da hatta bir dönemler hatırlarsanız organ bağış kartları vardı, doldurtuyorduk. Kendilerimiz de doldurduk, ama bir hükmü kalmıyor. O zaman ben yaşıyorken, bilincim yerindeyken, sağlıklıyken verdiğim bir beyanın bedenim üzerinde, benim bedenim üzerinde öldüğümde başkasının tasarruf yapması yakınım bile olsa hukuka uygunluğunu merak ediyorum.

Doç. Dr. EMEL BADUR- Hemen şöyle özetleyeyim ...

Av. VEDAT AHSEN COŞAR- Hocam, bana bir uyarı geldi. Süreyi açtık, onun için soruları dışarıya çıktığımızda soracak olanlar doğrudan konuşmacılara sorsunlar diye, lütfen kısa bir şekilde özetlerseniz, yine bir-iki soru daha var size, onu da söyleyeyim: Müdahale edilmediğinde hayati tehlikenin bulunduğu durumlarda hastanın rızası alınır mı?

Doç. Dr. EMEL BADUR- Ölüden organ alınmasıyla başlayayım. Eğer kişi sağlığında ölüme bağılı bir irade açıklamışsa, hukuk düzeni kişinin ölüm sonrası bedeni üzerindeki tasarrufunu, son iradeleri kabul etmelidir. Kişinin ölüm sonrasındaki tasarruflarına, saygı duymamız gerektiğinden bahsediyoruz. Bana sorarsanız kişi sağlığında irade açıklamışsa; artık yakınlarının iradesi aranmamalıdır. Ama kişi sağlığında bu konuda herhangi bir irade açıklamamışsa; bizim hukuk sistemimizin kabul ettiği hatıranın korunması teorisi çerçevesinde, yakınlarına organ alınmasına ilişkin rıza için başvururuz diyeyim. Daha uzun anlatırım bu konuyu, ama zaman sıkıntımız varmış.

Hastanın rıza ehliyetinin bulunmadığı hallerde, acil tıbbi müdahaleler -kural olarak- kişinin rızası aranmaksızın hukuka uygun halde gerçekleştirilebilir. Bunun istisnası, kişinin rıza ehliyetinin olduğu dönemde bunun aksine bir tasarrufu olmasıdır.

Soru şu: “Hukuka uygunluk nedeni olarak rıza ve anlatımınız bakımından hapis hanelerde ölüm orucu tutarak bireysel direniş gösteren kişilerin yaşaması için yapılan tıbbi müdahaleler ya da yapılmayan tıbbi müdahaleleri değerlendiriniz.”

Bu sorunun yanıtı, sağlık hukukunun en çetrefil konularından bir tanesi. Konu Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanununun 82. maddesinde düzenlenmiş. Bir kere Biyotıp Sözleşmesinin sınırlama kriterlerinden biri olan “*yasa ile düzenlenme*” kriterini tutuyor. Zorla beslemenin bir tıbbi müdahale olup olmadığı hukuken de tıbben de tartışmalı? Ama Kanunun 82. maddesinde aynı zamanda zorla tedavi hükmü de var. Düzenleme bana sorarsanız Biyotıp Sözleşmesine aykırılık teşkil etmiyor.

Ama meseleyi hasta tasarrufu (*living will*) açısından da değerlendirmek gerekir. Eğer kişi rıza ehliyeti varken, geleceğe yönelik olarak -rıza ehliyetini kaybettiği dönemlerde- kendisine yapılmasına rıza gösterdiği veya rızasını esirgediği tıbbi müdahaleleri belirlemişse, bu konuda bir iradesi varsa hukuk sistemleri buna saygılı davranılması gerektiğini kabul etmiştir. Bu aynı zamanda Biyotıp Sözleşmesinin de bir gerekliliğidir. Hasta tasarrufuna saygılı davranılırken de kişinin dışarıda veya hapis hane de olması arasında ayrım yapılmamalıdır diye düşünüyorum. Teşekkür ederim.

OTURUM BAŞKANI- Katkınız için teşekkür ediyoruz.

Sanıyorum soru yok, ama sorular çoğalacaktır. Zamanı kullanmak adına bu oturumu bitiriyorum.

Konuşmacılarımıza çok teşekkür ediyorum.



X. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

İkinci Oturum
(20 Ekim 2023)

SAĞLIK HUKUKUNUN BUGÜNÜ

Oturum Başkanı

Av. Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkanı

Konuşmacılar

Sibel HABİLOĞLU MUTLU

Ankara 12. Tüketici Mahkemesi Hâkimi

Prof. Dr. Gürol CANTÜRK

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı

Dr. Öğr. Üyesi Melike Özge ÇEBİ BUĞDAYCI

Jandarma ve Sahil Güvenlik Akademisi Güvenlik Bilimleri Fakültesi

Hukuk Bilimleri Bölümü İdare Hukuku Anabilim Dalı

SAĞLIK HUKUKU DAVALARI YARGILAMA SORUNLARI

Sibel HABİLOĞLU MUTLU

Ankara 12. Tüketici Mahkemesi Hâkimi

Saygıdeğer meslektaşlarım ve hocalarım, öncelikle hepiniz hoş geldiniz. Ben sağlık hukuku davalarında yargısal sorunları iki başlık altında anlatmak istiyorum. Bunlardan birincisi, tıbbi müdahalenin hangi hallerde eser sözleşmesi, hangi hallerde vekalet sözleşmesi olarak kabul edileceği ve bunun bizim davalarımıza etkisi, ikincisiyse alınan raporlar konusundaki tereddütler.

Bir tıbbi uygulamanın eser sözleşmesi olarak kabul edilebilmesi için yüklenicinin bir sonucu meydana getirmeyi taahhüt etmesi gerekir. Vekâlet sözleşmesinin aksine bir işin yapılmasını değil, bir sonucu, bir eseri meydana getirip teslim etme borcu altına girmektedir. Yüklenici işi sadakat ve özenle yerine getirmek zorundadır. Sadakat borcu yüklenicinin iş sahibi lehine olan şeyleri yapmasını, iş sahibinin aleyhine olan şeylerden kaçınmasını kapsamaktadır. Vekâlet sözleşmesindeyse bir sonuç taahhüt edilmez, sadece bir işin yapılması taahhüt edilir.

Bunun bizim davalarımıza etkisi ne olacak peki? Örnek üzerinden gidersek daha açıklayıcı olur. Bir burun ameliyatı var. Bu burun ameliyatında tıbbi gereklilik nedeniyle doktor müdahale etmişse mesela, kemikten dolayı nefes almakta güçlük çekiyor hasta, bu tıbbi gereklilik nedeniyle doktorun müdahalesi söz konusu olur ve biz buna vekâlet sözleşmesi deriz. Yani burada hastayla doktor arasında kurulan ilişki vekâlet akdidir ve sorumluluk vekâlet akdi hükümlerine göre belirlenir. Ancak doktorun müdahalesi tıbbi gereklilikten ziyade estetik saikle yapılmışsa, şekil bozukluğunun düzeltilmesi istenmiştir. Buna da eser sözleşmesi diyeceğiz. Doktorla hasta arasındaki sözleşme eser sözleşmesi ve bu doktorun sorumluluğu eser sözleşmesi hükümlerine göre belirlenecek.

Bunun davalarımıza etkisi ne? Doktorun yaptığı tıbbi müdahaleyi eser sözleşmesi olarak kabul ettiğimizde rapor alıyoruz Adli Tıp Kurumundan ve hocalardan, raporda komplikasyon denildi. Mesela, ameliyattan sonra burunda çökme meydana geldi. Rapor aldık, raporda denildi ki: *“Bu komplikasyondur, doktorun kusuru yoktur”* demiş olsa bile doktor sonucu taahhüt ettiği için, sözleşme bir eser sözleşmesi olduğu için doktor sorumluluktan kurtulamayacak burada, birinci fark budur. Vekâlet sözleşmesindeyse kişi iş görme borcu altına girdiği için alınan raporda doktorun kusurunun olmaması ya da bunun

komplikasyon olarak nitelendirilmesi doktoru sorumluluktan kurtaracaktır. Birinci fark bu eser ve vekâlet sözleşmesi olarak nitelendirmemizin, ikincisi, aydınlatılmış onamda karşımıza çıkıyor. Yine dediğimiz gibi eser sözleşmesinde sonuç taahhüt edildiği için mahkeme, yani hâkim taraflar ileri sürmese bile aydınlatılmış onamın alınıp alınmadığını resen araştırmak zorundadır. Vekâlet sözleşmesindeyse, iş taahhüt edildiği için hâkim, taraflar ileri sürmediği sürece aydınlatılmış onamın alınıp alınmadığını araştırmaz. Ancak bunu davacı bir kusur olarak ileri sürerse bu mahkeme tarafından araştırılır. Eser sözleşmesinde rapor alındı, kusur yok, komplikasyon, aydınlatılmış onam da alınmışsa, yani zararlı sonuç hakkında hasta bilgilendirilmişse, meydana gelecek tüm komplikasyonlardan bahsedilmişse, artık burada doktor sorumluluktan kurtulur. Ama aydınlatılmış onam olmasa, alınmamışsa usulüne uygun olarak, burada doktorun kusurunun olmaması, komplikasyon olması doktoru sorumluluktan kurtarmayacaktır. Bu şekilde, yani iki şekilde sonuç muhtelif sözleşmenin nitelendirilmesi karşımıza çıkıyor: Birincisi, aydınlatılmış onamın resen araştırılması gerekip gerekmediği noktasında, ikinci olarak da eser sözleşmesinde sonuç taahhüt edildiği için kusurun olmaması doktoru sorumluluktan kurtarmaz. Vekâlet sözleşmesindeyse kusurun olmaması ya da komplikasyon olarak nitelendirilmesi doktoru sorumluluktan kurtaracaktır.

İkinci değinmek istediğim nokta; alınan raporlar. Yargıtay ilgili hukuk dairesinin içtihatlarını incelediğimizde, önceki içtihatlarını, İstanbul Adli Tıp Kurum Başkanlığından rapor alınmadan verilen kararları bozma nedeni yapmıştır. Adli Tıp Kurumundan rapor alınması gerektiği yönünde ya da İstanbul Adli Tıp Kurumu Başkanlığından alınan rapora göre verilen kararlar da onanmaktadır. Yani İstanbul Adli Tıp Kurumu Başkanlığından rapor alınmak zorunlu gibi bir şey haline geldi. Ancak daha sonraki içtihatlarda özellikle iç hukukun uygulamasında İstanbul Adli Tıp Kurumu Başkanlığından alınan raporun uzman hekimlerden oluşmaması nedeniyle bozma gerekçesi yapılmıştır ve son içtihatlar bu şekildedir. Alanında uzman olan hekimlerden, üniversite hocalarından oluşacak hekimlerden ya da Adli Tıp Kurumunda oluşturulması mümkünse, alanında uzman olan doktorlardan oluşturulacak kuruldan rapor alınmasını öngörmektedir. Yani artık bir göz dosyasında, İstanbul Adli Tıp Kurumundan on tane doktorun bir tanesi göz hekimi, dokuz tanesi farklı alanlardansa buna dayanak olarak verilen kararlar bozulmaktadır.

İkincisi yine değinmek istediğim bu benim şahsi fikrim, inşallah bir gün gerçekleşir. Sağlık hukuku dosyalarının, yani sayın vekiller biz de alınan raporların sadece son dört cümlesini anlayabiliyoruz. Komplikasyondur,

komplikasyon değildir. Yukarıda otuz sayfa, Adli Tıptan rapor alıyoruz, otuz sayfa geliyor. Hiçbir kelime anlaşılmıyor. Yani tıp ayrı bir bilim, bizim anlayacağımız kelimeler kullanılmıyor. Son dört cümleye göre ne yazık ki karar vermek zorunda kalıyoruz. Taraf vekillerinin de bence en sıkıntı yaşadıkları nokta bu, bir şey anlatmak istiyorlar, ama rapora bu yansımayınca bizim de yapabileceğimiz bir şey kalmıyor. Bir örnekle anlatmak istiyorum sizlere. Bir dosyada kadın rahim ameliyatı olacak. Hastaya sakinleştirici ilaç yapılmış. Bu ilacın yan etkisi solunumun kesilmesi, ilaç bu yan etkiyi gösterebilir. Nitekim hastanın da solunumu kesilmiş. Solunumu kesildikten sonra beyne oksijen gitmemiş ve işitme kaybı meydana gelmiş. Üniversite hocalarından rapor alınmış komplikasyon, Adli Tıp Kurumundan rapor alınmış komplikasyon, tabii doğal olarak davanın reddedilmesi gerekiyor alınan raporlara göre, ama ufak bir bilgi olayı değiştirebilir. Şöyle, bu ilacı kim verdi, bu ilacı vermeye kim yetkili, bu ilacın nerede verilmesi gerekir, ameliyathanede mi, odada mı ve bu ilaç verildikten sonra doktor ne kadar sürede müdahale etti? Bu soruların cevabı olayı reddetmek kabule, onamadan bozmaya götürüyor. Çok ufak bir tıbbi bilgi, bizim hukukçu olarak tıbbi bilgimiz sınırlı. İşleyişin bu şekilde olduğunu bir doktora sormadan bilmemize olanak yok. En azından bu dosyaların öncelikle bir heyet tarafından değerlendirilmesi gerektiği görüşündeyim. Hukukçulardan, hekimlerden, hocalardan oluşan bir heyet değerlendirme yapacak, onun üzerine bizim inceleme yapmamız ya da tamamen onların tarafından uyumsuzlukların karara bağlanması gerekir. Çünkü dört cümlelik ve anlayabildiğimiz kelime de sadece şu: Komplikasyon mu, değil mi? Yani bizim aramızda o raporu yorumlayıp anlayabilen var mı ya da bir doktora sormadan bu olayın işleyişinin nasıl olması gerektiği hakkında fikir sahibi olan var mı? Yok. Yani bir hukukçunun bunu bilmesine, yorumlamasına ya da eksikliği tespit etmesine olanak yok. Mesela, ayıplı araç dosyalarında boya kalkması vardır. Boya kalkması misliyle değişim için bu boya kalkmasının yayılarak devam etmesi gerekir ki biz misliyle değişim kararı verebilelim. Raporda bu eksikliği gördüğümüzde diyoruz ki yayılmayacağı hususunda ek rapor düzenlenmesini istiyoruz, ama sağlık hukukundan kaynaklanan davalarda tıp bilgimiz olmadığı için o sürecin nasıl işleyeceği, o ilacın odada mı verilmesi gerektiği, ameliyathanede mi verilmesi gerektiği hakkında taraf vekillerinin ve bizim herhangi bir bilgimiz yok. Dolayısıyla genel raporla anladığımız dört cümleyle karar vermek zorundayız. Yani benim temennim inşallah bu uygulamanın değişerek hepimizin vicdanını rahatlatacak raporlar alınması ve kararlar verilmesi. Teşekkür ederim.

ADLİ BİLİMLER YÖNÜYLE GÜNÜMÜZ SAĞLIK HUKUKU

Prof. Dr. Gürol CANTÜRK

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanı

ADLİ TIP-ADLİ BİLİMLER

Adli Bilimler; Tıp Bilimleri, Fen Bilimleri ve Sosyal Bilimler alanındaki bilgilerin Adaletin hizmetine sunulmasıyla ilgilenen bir daldır. Adli Tıp, Adli Bilimlerin bir bölümüdür. **Adli Tıp**, tıp bilimleri içinde hukuki sorunların çözümünde ihtiyaç duyulan tıbbi bilgiyi adaletin hizmetine sunan bir bilim dalıdır.

Ölü muayenesi ve otopsi incelemeleri ile ölüm nedeni, ölüm zamanı sorularının cevabını aramak adli tıbbın çalışma alanının bir kısmını oluştururken günümüzde adli muayene yapılarak veya dosya üzerinden adli rapor hazırlanması önemli bir yer tutmaktadır.

Sağlık Hukuku tıbbın uygulanmasından kaynaklanan sağlık personelinin hak ve yükümlülükleri, yasal sorumlulukları, hasta ve hekim hakları, hekim ve sağlık çalışanlarının uygulama hataları gibi konuları ele alan bir daldır.

Ankara Üniversitesi Adli Bilimler Sağlık Hukuku Tezli Yüksek Lisans Programı 2015 yılından itibaren 20 öğrencinin mezun olduğu bir programdır (1).

Bilirkişilik; çözümü uzmanlığı, özel veya teknik bilgiyi gerektiren hallerde görüşüne başvurulmuş bir kavramdır. Adli olaylarda bilgisinden yararlanan kişilere bilirkişi denir. Bilirkişi (ehl-i hibre=ehl-i vukuf). Bir konu hakkında bilgi sahibi olan kişi. Hibre. Ar. › Hibret: Bir iş hakkında tam bilgi, bir işin öz ve hakikatine erme. Vukuf, Tecrübe.

Ceza Muhakemesi Kanunu'na (CMK) göre; Bilirkişi bir sorunun çözümü için uzmanlığı, özel veya teknik bilgiyi gerektiren hallerde oy ve görüşünü sözlü ya da yazılı olarak vermesi için başvurulmuş gerçek veya tüzel kişi olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle hemen her meslek grubundan ehil kişiler bilirkişi olabildiği gibi hekimler de ehil oldukları tıbbi konularda bilirkişi olabilmektedirler. Bilirkişilik uygulamalarında aydınlatılması istenen konularda görüş bildirilirken bu görüşe ulaşmayı sağlayan gerekçeler, günümüzdeki bilimsel gelişmeler çerçevesinde oluşturulmalıdır. Öncelikle resmi veya özel olsun hekimlerin bilirkişilik hizmetlerini mevzuata uygun şekilde yerine getirmeleri

gerekmektedir. Gerekçesiz bilirkişi görüşlerinin ideal yasal uygulamalarda yeri yoktur (2).

2547 SAYILI YÖK KANUNU *Amaç:* **Madde 4** – Yükseköğretimin amacı: Yükseköğretim kurumları olarak yüksek düzeyde bilimsel çalışma ve araştırma yapmak, bilgi ve teknoloji üretmek, bilim verilerini yaymak, ulusal alanda gelişme ve kalkınmaya destek olmak, yurt içi ve yurt dışı kurumlarla işbirliği yapmak suretiyle bilim dünyasının seçkin bir üyesi haline gelmek, evrensel ve çağdaş gelişmeye katkıda bulunmaktır. *Ana ilkeler:* **Madde 5** – Yükseköğretim, aşağıdaki “Ana ilkeler” doğrultusunda planlanır, programlanır ve düzenlenir: d) Eğitim - öğretim plan ve programları, bilimsel ve teknolojik esaslara, ülke ve yöre ihtiyaçlarına göre kısa ve uzun vadeli olarak hazırlanıp sürekli olarak geliştirilir.

Öğretim üyelerinin görevleri: **Madde 22** – a. Yükseköğretim kurumlarında ve bu kanundaki amaç ve ilkelere uygun biçimde önlisans, lisans ve lisansüstü düzeylerde eğitim - öğretim ve uygulamalı çalışmalar yapmak ve yaptırmak, proje hazırlıklarını ve seminerleri yönetmek, b. Yükseköğretim kurumlarında, bilimsel araştırmalar ve yayımlar yapmak c. İlgili birim başkanlığınca düzenlenecek programa göre, belirli günlerde öğrencileri kabul ederek, onlara gerekli konularda yardım etmek,... etmek, d. Yetkili organlarca verilecek görevleri yerine getirmek, e. Bu kanunla verilen diğer görevleri yapmaktır (3).

ADLİ TIP KURUMU KANUNU: Diğer Adli Ekspertiz Kurumları: Madde 31– Yükseköğretim Kurumları veya birimleri, adli tıp mevzuatı çerçevesinde adli tıp olaylarında ve diğer adli konularda Ceza Muhakemeleri Usulü Kanununa göre resmi bilirkişi sayılır. Bu birim ve kliniklerde tetkik edilecek adli tıp ile ilgili işler yönetmelikte belirlenir (4).

Üniversitelerin ilgili bölümleri ve adli tıp anabilim dalları, resmi bilirkişilik kapsamında Mahkemeler ve Savcılıklar tarafından gönderilen dosyalarda bilirkişilik görevini yerine getirmektedirler.

Yargıtay kararları incelendiğinde maluliyet ve engellilik oranı tespitinde kişinin kaza geçirdiği ya da olay tarihine göre geçerli yönetmelik kullanılması gerektiği bildirilmektedir (5).

Yargıtay 17. Hukuk Dairesinin 2020/8942 Esas numaralı ve 2021/2629 Karar numaralı 11.03.2021 tarihli kararında “Haksız fiil sonucu çalışma gücünde kayıp olduğu iddiası ve buna yönelik bir talebin bulunması halinde, zararın kapsamının tespiti açısından maluliyetin varlığı ve oranının doğru bir şekilde belirlenmesi gerekmektedir. Söz konusu belirlemenin ise **Adli Tıp Kurumu İhtisas**

Dairesi veya **Üniversite Hastanelerinin Adli Tıp Anabilim Dalı bölümleri** gibi kuruluşlarının çalışma gücü kaybı olduğu iddia edilen kişide bulunan şikâyetler dikkate alınarak oluşturulacak uzman doktor heyetinden kaza tarihi 11.10.2008 tarihinden önce ise Sosyal Sigorta Sağlık İşlemleri Tüzüğü, 11.10.2008 tarihi ile 01.09.2013 tarihleri arasında Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği, 01.09.2013-01.06.2015 tarihleri arası Maluliyet Tespiti İşlemleri Yönetmeliği, 01.06.2015-20.02.2019 tarihleri arası Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurul Raporları Hakkında Yönetmelik, **20.02.2019 tarihinden sonra Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik** hükümleri dikkate alınarak yapılması gerekmektedir.” Denilmektedir (6).

ÖZEL BİLİRKİŞİLİK: HMK Madde 293 “(1) Taraflar, dava konusu olayla ilgili olarak, uzmanından bilimsel mütalaa alabilirler. Sadece bu nedenle ayrıca süre istenemez. (2) Hâkim, talep üzerine veya resen, kendisinden rapor alınan uzman kişinin davet edilerek dinlenilmesine karar verebilir (7).

CMK Madde 67(6) Cumhuriyet savcısı, katılan, vekili, şüpheli veya sanık, müdafii veya kanunî temsilci, yargılama konusu olayla ilgili olarak veya bilirkişi raporunun hazırlanmasında değerlendirilmek üzere ya da bilirkişi raporu hakkında, uzmanından bilimsel mütalaa alabilirler. Sadece bu nedenle ayrıca süre istenemez (2).

Son yıllarda, CMK ve HMK kapsamında ilgili uzmanlık dallarından bilimsel mütalaa veya taraf bilirkişi görüşü başlığı altında çok sayıda rapor alındığı görülmektedir.

TÜRKİYE’DE ADLİ TIP YAPILANMASI 1-Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu 2-Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı 3-Adli Bilimler/Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüleri şeklindedir (8).

Resmi bilirkişi raporları veya uzman mütalaaları arasında görüş farklılıkları, çelişkiler olduğu görülmektedir.

Yargıtay 15. Hukuk Dairesi, 10.11.2016 tarih, 2015/5127 E. ve 2016/4635 K. sayılı kararında, mahkemece yapılan bilirkişi incelemesi neticesinde ortaya çıkan bilirkişi raporu ile taraflardan biri tarafından dosyaya sunulan uzman görüşü arasında çelişkiler bulunması halinde, çelişkilerin giderilmesi amacıyla dosyanın “yeni bir bilirkişi heyetine” tevdi edilmesi gerektiğine hükmetmiş ve bunun gerekçesi olarak, uzman görüşü sunan tarafın adil yargılanma hakkının ihlali oluşabileceğine vurgu yapmıştır:

“Dava, eser sözleşmesinden kaynaklanan ayıplı imalat nedeniyle doğan alacağın tahsili istemine ilişkindir. Dosyada alınan bilirkişi raporuna, taraflardan biri, uzman görüşüne dayanmak suretiyle itiraz etmiş ve bu itirazlar mahkeme tarafından hiç değerlendirmeye alınmamış ve itirazlar gerekçeli bir şekilde karşılanmamış ise, uzman görüşüne dayanan tarafın 6100 sayılı HMK’nın 27., Anayasa’nın 36. ve Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi’nin 6. maddesinde düzenlenen adil yargılanma hakkının en önemli unsuru olan hukuki dinlenme hakkını ihlal etmiş olabilecektir. Dosyaya ibraz edilen uzman görüşünde bilirkişi raporu ile tespit edilen görüşlerinin aksine tespit ve görüşler ileri sürülmüş olup, bilirkişi raporu ile uzman görüşü ciddi şekilde çelişkiler içermektedir. Alınan bilirkişi raporu ile uzman görüşü arasındaki çelişkinin giderilmesi amacıyla dosyanın yeni bir bilirkişi heyetine tevdi edilmesi yerine yetersiz ve esaslı itiraza uğrayan rapora dayanılarak uzman görüşü kararda gerekçeli olarak değerlendirilip tartışılmadan karar verilmiş olması doğru olmamış, bozmayı gerektirmiştir.”

TIBBİ MÜDAHALE-HEKİM SORUMLULUĞU: Tıbbi müdahale: “Tıp mesleğini icraya yetkili bir kişi tarafından (hekim) doğrudan ya da dolaylı tedavi amacıyla gerçekleştirilen her türlü faaliyet” şeklinde tanımlanabilir. Müdahalenin bir hekim tarafından gerçekleştirilmesi ve doğrudan ya da dolaylı teşhis, tedaviyi amaçlaması. Aydınlatılmış rızanın alınmış olması tıbbi müdahalenin temel unsurlarıdır.

Hukuka uygun tıbbi müdahale, “kişilerin bedensel, fiziksel veya psikolojik bir hastalığını, noksanlığını teşhis ve tedavi etmek veya bu mümkün olmadığı takdirde hastalığı hafifletmek ya da acılarını dindirmek veya onları böyle bir rahatsızlıktan korumak ya da nüfus planlaması amacı için, tıp mesleğini icraya kanunen yetkili kimseler tarafından, tıp biliminin genel kabul görmüş kural ve esaslara uygun olarak gerçekleştirilen, en basit teşhis tedavi yöntemlerinden başlayarak en ağır cerrahi müdahalelere kadar uzanan her çeşit faaliyet” olarak tanımlanmıştır (9).

Yargıtay 13. Hukuk Dairesi’nin 18.9.2018 tarihli 2016/26894 E. ve 2018/8072 sayılı kararında: Araştırmaları yapmak ve bu arada da koruyucu tedbirleri almakla yükümlüdür. Çeşitli tedavi yöntemleri arasında bir seçim yapılırken, hastanın ve hastalığın özellikleri göz önünde tutulmak, onu risk altına sokacak tutum ve davranışlardan kaçınmak ve en emin yol seçilmek gerekir. Gerçekten de müvekkil (hasta) mesleki bir iş gören vekilden, tedavinin bütün aşamalarında titiz bir ihtimam ve dikkat beklemek hakkına sahiptir. Gereken özen görevini göstermeyen vekil, BK 394/1 maddesi hükmü uyarınca, vekaleti gereği gibi ifa etmemiş sayılmalıdır.” gerekçesine yer vermiş bulunmaktadır. Yargıtay tarafından da kabul edilen görüşe göre hekim; kanundan kaynaklanan yükümlülüklerine

ek olarak, hasta ile arasında kurulduğu kabul edilen vekalet ilişkisi nedeniyle tıbbi müdahaleyi gerçekleştirirken tıp bilimince kabul edilmiş ilke ve kurallara göre hareket etmekle mükelleftir

Yargıtay Ceza Genel Kurulu'nun 16.05.2017 tarih, 2017/271 E., 2017/278 K. Sayılı içtihatı: *Doktorun müdahalesi öncelikle **endikasyon da denilen tıbbi bir gereklilik** nedeniyle teşhis, tedavi ve hastalıktan korunma gibi sebeplerle yapılmalıdır. Bu zorunluluk Anayasamızın 17. maddesinde de vurgulanmıştır. Doktor tıptaki bilimsel gelişmeleri takip etmeli, tıbbi müdahaleyi bu güncel bilgiler doğrultusunda gerçekleştirmelidir. Belirtmek gerekir ki, doktorun standartlara ve bilimsel kurallara uygun olarak özenli bir şekilde müdahale yapıp yapmadığı belirlenirken **yaptığı müdahale sonucunda hastanın şifa bulması değil, kurallara uygun müdahalede bulunup bulunmadığı** göz önüne alınmalıdır.*” Vekil, vekalet görevine konu işi görürken yöneldiği sonucun elde edilmemesinden sorumlu değil ise de, bu sonuca ulaşmak için gösterdiği çabanın, yaptığı iş ve işlemlerin, davranışların özenli olmayışından doğan zararlardan dolayı sorumludur. Mesleki iş gören Vekil özenle davranma zorunda olup, en hafif kusurundan bile sorumludur (BK 321/1 md). O nedenle doktor ve hasta-nenin meslek alanı içinde olan bütün kusurları, hafifte olsa sorumluluğun unsuru olarak kabul edilmelidir. Vekil, hastanın zarar görmemesi için, mesleki tüm şartları yerine getirmek, hastanın durumunu tıbbi açıdan zamanında ve gecikmeksizin saptayıp, somut durumunun gerektirdiği önlemleri eksiksiz bir şekilde almak, uygun tedaviyi de yine gecikmeden belirleyip uygulamak zorundadır. Asgari düzeyde dahi olsa bir tereddüt doğuran durumlarda, bu tereddüdü ortadan kaldıracak ... (10).

Aydınlatılmış Rıza: Mahkemece, sağlık hizmetinin verilmesinde tıbbi gerekçelere uygun teşhis, tedavi ve bakımı özenle yapma görevinin hekime aittir. Tıbbi müdahalenin hukuka uygun olması için diğer tüm şartların bir arada olması halinde aranacak diğer bir husus da hastanın, yapılacak tıbbi müdahaleye rıza göstermiş olmasıdır. Kişinin rızasının olağan durumlarda ancak tıbbi gereklilik bulunması koşulu ile geçerli olduğudur. Hastanın rızasının alınması da müdahalenin hukuka uygun hale gelmesi için tek başına yeterli değildir. Aydınlatılmış rıza, “riskleri, yararları ve alternatifleri ile alternatiflerin de risk ve yararlarını kapsayan tedavi uygulamasının, hekim tarafından yeterli düzeyde ve uygun şekilde açıklanmasından ve hasta tarafından hiçbir tereddüde yer kalmayacak şekilde anlaşılmasından sonra, tıbbi tedavinin ya da uygulamanın hasta tarafından gönüllülükle kabulü” olarak tanımlanmaktadır (11).

Yargıtay 13. Hukuk Dairesi 29.06.2020 tarihli, 2017/8515 E., 2020/5427 K. Sayılı kararında: “...Diğer yandan, *Biyotıp Sözleşmesinin 5. maddesinde*

*“Rıza” konusu düzenlenmiş ve “... alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat etmesinden sonra yapılabilir. Bu kişiye, önceden, müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında uygun bilgiler verilecektir. İlgili kişi muvafakatını her zaman serbestçe geri alabilecektir” düzenlemesiyle rızanın kapsamı belirlenmiş ve Dairemizin yerleşik uygulamalarına paralel düzenlemeler getirilmiştir. Salt yapılacak işleme rıza göstermek yeterli değildir. Ayrıca, komplikasyonların da izah edilmesi gerekmektedir. Ancak bu rızanın da az yukarıda vurgulandığı üzere aydınlatılmış rıza olması gerekir. Nitekim Hekim Etiği Yönetmeliği’nin 26. maddesinde düzenleme yapılmış ve “Hekim hastasını, hastanın ... durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır. Yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilir biçimde verilmelidir. Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri, hasta kendisi belirler. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir. Alınan onam, baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir. Acil durumlar ile, hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olduğu ya da karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcisinin izni alınır.” düzenlemesiyle aydınlatmanın ne şekilde yapılacağı açıklanmıştır. **Aydınlatılmış onamda ise ispat külfeti hekim ya da hastanededir.***

Yargıtay 12. Ceza Dairesi 2014/19168 E., 2015/11291 K., 19.06.2015 T. Sayılı kararında:

Tanık olarak beyanları alınan hemşire ve sekreter de ifadelerinde hastanın ameliyat hakkında ayrıntılı olarak çizim yapmak suretiyle bilgilendirildiği ve onam alındığını söyledikleri, ayrıca dosya içerisindeki hasta dosyası incelendiğinde hastanın imzası bulunan bir onam belgesi alındığının gözetilmesi gerektiği hk.

Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Uzmanı hakkında açılan bu davada; Yargıtay; “hemşire ve sekreter de ifadelerinde katılanın ameliyat hakkında ayrıntılı olarak çizim yapmak suretiyle bilgilendirildiğini ve onam alındığını söyledikleri, ayrıca dosya içerisindeki hasta dosyası incelendiğinde katılanın imzası bulunan bir onam belgesi alındığı da görülmekle yapılan incelemede; yapılan yargılama sonunda, yüklenen suç açısından sanığın taksirinin bulunmadığı, gerekçeleri gösterilerek Mahkeme’ce kabul ve takdir kılınmış olduğundan, katılan vekilinin,

eksik incelemeye ilişkin yerinde görülen temyiz itirazlarının reddiyle, beraate ilişkin hükmün isteme uygun olarak Onamasına” karar verilmiştir (12).

Yargıtay 13. Hukuk Dairesi 29.06.2020 tarihli, 2017/8515 E., 2020/5427 K. Sayılı kararında: “*Davacı, rapora karşı, davalı yanın bu ameliyat hakkında kendisini yeterli derecede aydınlatıp aydınlatmadığı, operasyonun komplikasyonlarının bilinmesi halinde dahi bu operasyona rıza gösterip göstermeyeceği hususuna değinilmediği gerekçesi ile itiraz etmiş; ancak mahkemece dosyada alınan raporlar doğrultusunda davanın reddine karar verilmiştir. Ne var ki; ortaya çıkan hasarın komplikasyon olması aydınlatma yükümlülüğünü ortadan kaldırmadığı gibi hastanın komplikasyonlar hakkında bilgilendirilmesi aydınlatma yükümlülüğünün bir gereğidir. Mahkemece, dosyadaki 12.10.2012 tarihli “Tiroidektomi İzin Formu”nun incelenmesi ve davacıya yapılan guatr ameliyatı ve olası komplikasyonları, özellikle davacıda ameliyat nedeniyle ortaya çıkan özefagus perforasyonu konusunda davacının yeterince bilgilendirilip bilgilendirilmediği hususunun değerlendirilmesi ve hasıl olacak sonucu göre bir karar verilmesi gerekirken, eksik inceleme ve yanılığlı gerekçe ile davanın reddine karar verilmesi usul..” şeklinde kayıtlı olup hekimin hastasını komplikasyonlar konusunda da bilgilendirmesi gerektiği vurgulanmaktadır.*

Komplikasyon “**doğru yapılan işin istenmeyen sonucu**”. “Bir hastalığın seyri esnasında oluşan ikinci bir hastalık, mevcut hastalığa eklenen diğer bir hastalık veya bozukluktur”. Her tıbbi müdahalenin normalden sapma ve riskleri vardır. “İzin verilen risk” olarak ifade edilen, tıbbın kabul ettiği normal risk ve sapmalar çerçevesinde hareketleri dolayısıyla kötü sonuçlar meydana gelse bile hekime sorumluluk yükletilmemektedir Bu tanıma göre; hekimin tıbbın kabul ettiği normal risk ve sapmalar çerçevesinde davranarak gerekli dikkat ve özeni göstermesine rağmen ortaya çıkan istenmeyen sonuçlardan yasal olarak sorumlu olmayacağı vurgulanmaktadır (13).

Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik, Resmi Gazetede 22 Mayıs 2014 tarihinde yayınlanmıştır. Bu yönetmeliğin tabip ve uzman tabip başlığında a) bendinde; “tanı, tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları yapar ve olası komplikasyonların önlenmesi için çalışır. Ortaya çıkan komplikasyonlarda uygun müdahaleyi yapar,” şeklinde bir düzenleme vardır. Bu maddede hekimin olası komplikasyonlardan korunma için önlem alması, komplikasyon ortaya çıktığında ise müdahale yükümlülüğü bulunduğu bildirilmektedir (14).

MİDE BALONU-ÜCRET İADE: “İtirazın İptali davası nedeniyle; gastroenteroloji uzmanının da içinde bulunduğu oluşturulacak heyetten rapor düzenlenmesi; Davalı ..’ye Davacı ... tarafından takılan balon işleminden ..’nin balonunun sönmesi ya da rahatsızlık vermesi gibi patolojik bir bulgu olup olmadığı, balonunun çıkarılmadan önce balonun bir patolojik bulgu neticesinde gerçekleşip gerçekleşmediği, Davalı’nin balon tedavisi işleminde tıbbi hata olup olmadığı yönünden raporunun düzenlenerek... 2016 yılında obez olan hastanın .. Hastanesi’nde endoskopik mide balonu yerleştirilmesi tedavisi olduğu, ilk 1 hafta iştahının azaldığı, sonrasında iştahının yine arttığı, eskisi gibi olduğu, ..Özel Hast ayakta direk batin grafisinde balonun söndüğü, mide duvarına yapıştığı söylenildiği, ek görüntüleme istenilmediği, doktorun bunun üzerine para iadesi yaptığı, 9 ay sonra mide ağrıları ve reflü şikayetlerinin başladığı, operasyon ile balonu aldıklarını, sleeve gastrektomi yaptıklarını, 14 gün hastanede yattığını, balonun parasını doktorun kendisinden tekrar istemesi üzerine haciz davası açıldığı, kendini aldatılmış hissettiğini, öfke ve üzüntü duyduğu” kayıtlıdır.

Sonuç: Yapılan tıbbi müdahalede kusur bulunmadığı yönünde görüş bildirilmiştir.

YANIK-1 YAŞ E: “07/08/2004 tarihinde 1 yaş E, Acil servis sol kolunda yanık (sol kolunu kaynayan süt kazanına sokmuş), pansuman+antibiyotik+ ağrı kesici+her gün kontrol muayene. 3 gün kontrollere getirilmiyor. 10/08/2004 tarihinde huzursuzluk, ağlama şikayeti ile başvuru. Acil hekimi, genel cerrahi uzmanına konsülte ediyor. Enfekte görünümlü 2. Dereceden yanık tanısı ile sol kol eklemine kapsamı, ateş, sıvı kaybı nedeni ile plastik cerrahi uzmanı ve yanık merkezi olan ileri merkeze sevk. 11/08/2004 İl Merkezine Devlet Hastanesine 1 gün sonra gidiyor. Plastik cerrah kan değerleri düşük olduğu için kan nakli yapıyor. Hemoglobin=7 olduğu için kan verildiği, Hb=10 olduğunda 12/08/2004 tarihinde multipl fasiotomi (kesilerek açılma ve basıncın azaltılması işlemi) ameliyatı uygulanıyor. 14/08/2004 kompartman (ekstremitelerde kapalı kas fasialarında artmış basınç ve iskemi sonucu fonksiyon kaybı) sendromu geliştiği, iskemik nekroz+ sepsis geliştiği, ateş yükseldiği, 15/08/2004 Üniversite hastanesine sevk ve 16/08/2004 kolun ampütasyonu. Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulu raporu: Ailenin gecikmesi var, ilk gören doktor 1/8, Genel Cerrah 2/8, hemen ameliyat etmeyen Plastik Cerrah 4/8 kusurlu. 3 Adli Tıp Öğretim Üyesi 2 Hukuk Fakültesi Öğretim Üyesinden oluşan özel bilirkişi heyeti:

İlk gören doktor, uzman hekime danışmadığı için 1/8 kusurlu,

2. gören doktor uzman hekime danıştığı, genel cerrahın gerekli kontrolleri yapıp ileri merkeze sevk ettiği için kusuru yok.

Plastik cerrah Hb=7 olan hastayı hemen ameliyata almamasının kusur olmadığı, kan nakli yapıp ameliyata aldığı,

Ailenin ilk müdahaleden sonra 3 gün hastaneye gitmediği, il merkezine sevk edildikten 1 gün sonra hastaneye gittiği için 1/8 kusurlu olduğu,

Sonuç: Davalı idareye ve diğer doktorlara ve sağlık personeline atf-ı kabil kusur bulunmadığı, küçüğün sol kolunda kompartman sendromu gelişmesinin ve sol kolunun ampute edilmesinin komplikasyon olduğu, yukarıda belirtilen hafif kusurlar dışındaki kusur ve sorumluluğun kişilerden kaynaklanmayan tıbbi nedenlere bağlı olarak meydana geldiği

KOMPLİKASYON YÖNETİMİNDE KUSUR: Yapılan evrak tetkiki ve güncel literatür birlikte değerlendirildiğinde; davacıya Özel .. Hastanesinde 07.01.2021 tarihinde koroner anjiyografi işlemi yapıldığı, işlemin endikasyon dahilinde olduğu, güncel ve uygun yöntemlerin kullanıldığı, onam belgelerinin doldurulduğu, davacının 18.01.2021 tarihinde davalı doktora tekrar başvurusu olduğu, düzenlenen epikrizde şikayet ve muayene bulgusu bulunmadığı, “kasık yerinde psödoanevrizma +” ibaresi olduğu, ileri tetkik istemi veyahut kontrol muayeneye çağrıldığına dair bilgi olmadığı, literatürde ileri tetkik, gözlem gerekirse tedavi önerildiği göz önüne alındığında komplikasyon yönetiminin uygun olmadığı, özen eksikliği olduğu, semptomları süren davacının başvurduğu Ankara Şehir Hastanesinde 09.02.2021 tarihinde sol femoral arterde gelişmiş psödoanevrizma (damar duvarında herhangi bir şişme gelişmemesine rağmen damar duvarında yırtılmaların görüldüğü anevrizma türü) nedeni ile operasyona alındığı ve psödoanevrizma kesesi içerisine trombin enjekte edilmek sureti ile tedavi edildiği, akabinde kontrol muayenelerinde sorun olmadığı, davacıda kalıcı sekel mahiyetinde araz tespit edilmediği “kayıtlıdır.

Sonuç: Komplikasyon yönetiminde kusur olduğu yönünde görüş bildirilmiştir.

METANOL ZEHİRLENMESİ SONUCU ÖLÜM: Dava dosyasında ..’nin kolonya içmesi neticesinde götürülmüş olduğu ..Devlet Hastanesinde tedavisinin tamamlanmadan taburcu edilmesi ve ardından birkaç saat sonra tekrar acil servise getirilmesi ancak kurtarılamamış olmasında; Dâhiliye Uzmanı Dr. ...’nın sorumluluğu olup olmadığı, sorumluluğu var ise **TCK’nın 83.** maddesine mi?, **TCK’nın 85.** maddesine mi? uyduğu, yoksa disiplin suçu şeklinde mi? olduğunun dosya incelenerek bilimsel mütalaa istenmesi üzerine

** Kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi*

Madde 83- (1) Kişinin yükümlü olduğu belli bir icrai davranışı gerçekleştirmemesi dolayısıyla meydana gelen ölüm neticesinden sorumlu tutulabilmesi için, bu neticenin oluşumuna sebebiyet veren yükümlülük ihmalinin icrai davranışa eşdeğer olması gerekir...

.....temel ceza olarak, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmi yıldan yirmibeş yıla kadar, müebbet hapis cezası yerine onbeş yıldan yirmi yıla kadar, diğer hallerde ise on yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunabileceği gibi, cezada indirim de yapılmayabilir.

Taksirle öldürme* **Madde 85- (1) Taksirle bir insanın ölümüne neden olan kişi, iki yıldan altı yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır...

Olay: 01.11.2010 tarihinde midesinin ağrması üzerine kolonya içmiş olduğu, akşam saatlerinde rahatsızlanması üzerine yakınları tarafından 21:30 sıralarında .. Devlet Hastanesi Acil Servise götürüldüğü, yakınlarının doktora kolonya içtiğini, mide bulantısı ve görme bulanıklığı şikayetleri bulunduğunu söyledikleri, doktor tarafından gözleme alındığı ve görme bulanıklığı tanımlanmış olduğu, metil alkol zehirlenme şüphesi bulunmasına rağmen taburcu etmiş olduğu, Durumunun ağırlaşması üzerine yakınları tarafından tekrar aynı hastanenin acil servisine 02.11.2010 günü saat 01:00 sıralarında getirilmiş olduğu, adı geçen solunumunun olmadığı ve koma halinde olduğu, genel yoğun bakıma alınmasına rağmen kurtarılamayarak saat 03:00 sıralarında vefat ettiği,

Doktorun İfadesi: Hastanın alkol koktuğunu, alkol etkisinde olduğunu, hastanın etil alkol almış olabileceğini düşündüğünü, kolonya yapımında genelde etil alkol kullanıldığını ancak ucuz olduğu için metil alkol de kullanılabileceğini, bu yüzden adı geçen kolonya ile aldığı etil alkol mü yoksa metil alkol mü olduğunun kesin tanısının kanda bu maddelerin tespiti ve oranının belirlenmesi ile anlaşılacak olduğunu, kendi hastanelerinin laboratuvarında her 2 maddenin de serum seviyelerine bakılmadığından kesin tanı koymasının mümkün olmadığını,

Otopsi: Adli Tıp Kurumu İzmir Adli Tıp Grup Başkanlığı Morg İhtisas Dairesinin Otopsi Raporu; kanda 69 mg / dl (0,69 promil) metil alkol olduğu, ölümünün metil alkol zehirlenmesi sonucu meydana gelmiş olduğu;

Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulunun raporunda: ölümünün metil alkol zehirlenmesi sonucu meydana gelmiş olduğu, açıkça kolonya içmiş olduğunu ifade etmesine rağmen eve gönderilmiş olduğu, bu tür vakalarda yatırılarak

takip ve tedavisinin yapılması gerektiği, metanol zehirlenmelerinde zamanında müdahale edilmesi halinde dahi kesin kurtulamayabileceği, ancak bu durumda gözlem altında tutmayıp eve gönderilmesinin tıp kurallarına uygun olmadığına oy birliği ile mütalaa olunur.

Sonuç: Otopsi raporunda da belirtildiği üzere kişinin ölümünün metil alkol zehirlenmesi sonucu meydana gelmiş olduğu, kişi .. Devlet Hastanesinde kolonya içmiş olduğunu ifade etmesine rağmen yatırılarak takip ve tedavi edilmeden gönderilmemesi gerektiği, hekimin hastaya gösterilmesi gereken dikkat ve özeni göstererek elinden geleni yapması gerektiği, eldeki imkanların yeterli olmadığı durumlarda da ileri bir merkeze gerekli önlemleri alarak sevk edilmesinin uygun olacağı, hastaya zamanında müdahale edilmiş olsa da metanol zehirlenmelerinde hastaların her zaman kurtarılamadığı ancak eve gönderilmesi tıp kurallarına uygun olmadığından hekimin sorumluluğunun olduğu, durumunun hangi yasa maddesine uyduğunun takdirinin mahkemede olduğu kanaatimiz arz olunur.

RÜCU DOSYASI: 60 Y, K-Glioblastoma Evre 4-Epidural Hematom. Beyin ameliyatı+ radyoterapi. Ajite, psikiyatrik tedavi altında. Radyoterapi sırasında kemerle bağlı olmasına rağmen kendisini yere atıyor. Beyin kanaması. Düşme olayı sonrası hasta hayatını kaybediyor. İdare Mahkemesi 30.000 TL manevi tazminat (2018)

2577 sayılı İdari Yargılama Usulü Kanunu'nun 12. ve 13. maddelerinde idarenin idari işlemler ile idari eylemlerinden doğan sorumluluğunun düzenlenmiş olduğu, idarenin sorumluluğundan söz edebilmek için doğan zararın idareye yüklenebilen bir işlem veya eylemden doğması ve idarenin hizmet kusurunun bulunmasının gerektiği,

Devlete ve Kişilere Memurlarca Verilen Zararın Nevi ve Miktarının Tespiti, Takibi, Amirlerinin Sorumlulukları, Yapılacak Diğer İşlemler Hakkındaki Yönetmeliğin 7. Maddesinde yer alan “Memurların 5. Maddenin (a) fıkrasında tanımlanan hizmet kusurlarından doğan zararların miktarı kurum ve kuruluşların en üst yöneticilerinin belirleyeceği iki kişi ile zarara sebebiyet veren memurun ilk amirinden oluşan 3 kişilik bir heyet tarafından tespit edilir.”

“Tedaviyle ilgisi olmayan personel kusurları: Hastanın tıbbi hizmet almak amacıyla muayenehane, klinik veya hastaneye girdiği andan itibaren çeşitli nedenlerle hastanın zarar gördüğü haller değerlendirilmektedir. Örneğin, hastanın hastane içerisinde film çekilmesi için personel tarafından hasta aracıyla taşınması sırasında düşürülerek kolunun kırılmasına neden olunması veya hastanın tedavi sırasında hastane mikrobuna maruz kalıp enfeksiyon kaparak tedavi edilmeyip ölmesi vb.

*haller dolaylı hatalardandır. Bu hatalar çoğu kez hastane personeli, yardımcı sağlık mesleği mensupları ve bazen de hekimler tarafından gerçekleştirilebilir. **Dolaylı hatalar** adı altında gösterilen bu tip davranışlardan dolayı sorumluluk öncelikle davranışın failine aittir. Hatalı hareket eden personel, kast veya taksiri nedeniyle tazminat sorumlusu sayılır, cezai yönden de kast veya taksirinden dolayı sorumlu tutulur. Bunun dışında personelinin kusurlu davranışıyla zarar gören hastanenin de meydana gelen zarardan hukuken sorumlu olacağı düşünülmelidir.” (Gökcan HT. Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluk. Seçkin yayıncılık. 2. Baskı. Ankara, Ekim 2014: 272-273)*

Sonuç: Hastanın mevcut tümörün yerine bağlı davranış ve kişilik değişikliklerinin ve hastanın intihar girişiminde bulunduğu saptanması üzerine ...2017 tarihinde psikiyatri polikliniğinden konsültasyon istenildiği, anılan klinik tarafından yapılan değerlendirme sonucu ilaç tedavisi uygulanarak ışıın tedavisinin devamına karar verildiği, dolayısıyla ajite ve kontrolünün güç olduğu hususları göz önüne alındığında sedyeden düşme olayında hastanın bu durumunun etkisi olduğunun anlaşıldığı, her ne kadar dosya içeriğinde 18. İdare Mahkemesinin kararında da belirtildiği üzere taraf ifadelerini destekleyecek herhangi bir görüntü, kayıt ve belge bulunmadığı da dikkate alınarak; Gökcan'ın işaret ettiği üzere dolaylı hatalar kapsamında değerlendirilebilecek söz konusu olayda sorumluluğun kişinin tespitini yeterli ölçüde sağlayamayan personele ve personelinin kusurlu davranışıyla zarar gören hastanenin de meydana gelen zarardan sorumlu olduğu kanaatimiz bilginize saygılarla arz olunur.

Kalp Hastası Bebek-Aydınlatılmış Rıza –Rücu: Hasta hem kalp hastalığı (ventriküler septal defekt) hem de damar sisteminde bozukluk (Aorta koarktasyonu) bulunan prematüre (26 haftalık erken doğum) bir bebek.

Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 7. Adli Tıp İhtisas Kurulu'nun tarih, sayılı raporu; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Kampüsünde ameliyat olan ... Karakuşun ameliyat sonrası felç olmasında idarenin ihmal veya kusurunun bulunup bulunmadığı, olayda idarenin hizmet kusurunun bulunup bulunmadığı hususunda rapor düzenlenmesi istenmektedir.

2011 tarihinde aort koarktasyonu tanısı ile 51 günlük iken koarktasyon eksizyonu ve uç uca anastomoz yapıldığı, 2011 tarihinde anjio sonrası rekoarktasyon tespit edilerek 2011(7,5 aylık) iken 2. operasyon (koarktasyon eksizyonu ve uç uca anastomoz) gerçekleştirildiği, takibinde 2011 tarihinde parapleji geliştiği, 2011 tarihli MR'da T 7-9 seviyesinde vertebral düzeyde

4-5 cm uzunluğunda segmentte iskemi görüldüğü, parapleji tanısı ile takip ve tedavisi devam ettiği bildirilen

Küçüğe, 2011 yılında konulan aort koarktasyonu tanısına yönelik yapılan ameliyatın endikasyonlarının uygun olduğu, yapılan ameliyatın aort koarktasyon olgularında kullanılan teknikler arasında yer aldığı, takibinde gelişen rekoarktasyonun bu tür olgularda beklenir bir durum olduğu, bunu gidermeye yönelik 2011 tarihinde anjioplasti ile balon denendiği, darlığın azalmadığı görülünce ameliyat kararı alınmasının uygun olduğu, 2011 tarihinde yapılan endikasyonunun bulunduğu, ameliyat tekniğinin uygun olduğu, ameliyat sonrası ortaya çıkan nörolojik tablonun her türlü özene rağmen oluşabilecek komplikasyon olarak değerlendirildiği, takibinde yapılan tedavinin doğru olduğu, komplikasyon yönetiminin uygun olduğu, dolayısıyla küçüğe Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde yapılan uygulamaların tıp biliminin genel kabul görmüş ilke ve kurallarına uygun olduğu, sağlık hizmetini sağlık personeli aracılığı ile yürüten idareye atfı kabil kusur bulunmadığı oy birliği ile mütalaa olunur.

Ankara İdare Mahkemesi’nin 2019 tarihinde verdiği kararında; “Manevi tazminat, mal varlığında meydana gelen bir eksilmeyi karşılamaya yönelik bir tazmin aracı değil, tatmin aracıdır. Olay nedeniyle duyulan elem ve ızdırabı kısmen de olsa hafifletmeyi amaçlar. Belirtilen niteliği gereği manevi tazminatın zenginleşmeye yol açmayacak şekilde belirlenmesi gerekmektedir.

Bu durumda; davacıların uğradığı zararın niteliği, sosyo-ekonomik durumu nazara alınarak yaşadığı elem ve üzüntünün karşılığı olmak üzere takdiren Yunus Emre Karakuş için 50.000,00 TL, Ercan Karakuş için 10.000,00 TL, Işıl Karakuş için 10.000,00 TL manevi tazminatın idareye başvuru tarihinden itibaren ödenmesine karar verilmiştir.

Cerrahi Hocasının ifadesi; «Ameliyat sonrası dönemde hastaya istenen bir konsültasyon için Hastanemizde çalışan yakınlarından biri esas dosyanın alındığı ve tekrar teslim edilmediği yapılan araştırmamız sonucu tespit edilmiştir. Taburculuk sonrası kontrollerinde dosyanın bulunmaması nedeniyle bilim dalında saklanan klasör içinde pek çok belgenin olmadığı tarafımızdan saptanmıştır. Bunların hasta yakınları tarafından hastanemizden alınan dosya içinde olduğu bilinmektedir.» davalı idare ve hekimlerin herhangi bir kusurunun olmadığı, ortaya çıkan durum komplikasyon olmakla birlikte davacıların bilgilendirildiğine dair yazılı ve imzalı aydınlatılmış onamın alınmadığı sonucuna varılarak manevi tazminata hükmedildiği anlaşılmaktadır.

Sonuç: Davalı idarece hastanın onamının alındığının ve işlemin kompli-kasyonlarının anlatıldığının ispatlanamaması ve bu sebeple rızasının alınma-dığının kabulü durumunda; idarenin ve hastayı takip eden hekimlerin birlikte aydınlatılmış onam alındığının ispatı konusunda eksikliği bulunduğu, ancak dosyada ileri sürüldüğü şekilde hasta sahiplerinin hastanemizde çalışan bir yakını tarafından hasta dosyasının alındığı hususunun gerçekleştiğinin kabulü durumunda; bu konuda işlem yapılmadı ve suç duyurusunda bulunulmadı ise bu durumun eksiklik olduğu kanaatimiz bilginize saygılarla arz olunur.

BURUN AMELİYATI (SEPTOPLASTİ) SONRASI SİNİR PARALİZİSİ (FELÇ): Komisyonunuzca hazırlanan raporda, ameliyatı gerçekleştiren hekim-lerin kusur ve ihmalleri olduğuna dair tıbbi bulgu ve belge bulunmadığından, yapılan ödemenin rücu edilmesini gerektirecek bir sorumlulukları bulunma-dığı kanaatine varıldığı belirtilmiş ise de Adli Tıp Kurumu 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu'nun . gün ve .. sayılı raporunda Üniversitemiz Hastanesinde yapılan operasyonun tıp kurallarına uygun olmadığı belirtilmiş ve bu rapora dayalı olarak İdare Mahkemesi tarafından davacı lehine maddi ve manevi tazminata hükmedilmiştir.

Bu nedenle Üniversitemiz Hastanesinde yapılan operasyonun tıp kurallarına uygun olmadığı Adli Tıp Kurumu raporu ile belirlendiğinden, tıp kurallarına uygun olmadığı Adli Tıp Kurumu raporu ile belirlendiğinden, tıp kurallarına uygun olmayan bu operasyonda yer alan sorumluluğu bulunan tüm ilgililerin tespit edilerek açılacak rücu davasına esas olmak üzere ivedilikle Rektörlüğümüze bildirilmesi hususunda gereğini saygı ile rica ederim” şeklindedir.

Her ne kadar Adli Tıp Kurumu 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu tarafından düzen-lenen raporda; hastada meydana gelen durumun ...2010 tarihinde çekilen BT raporunda da belirtilen sfenoid kemikte ve sol klinoid süreçte lineer, nondeplase fraktür; ..2010 tarihli MR'da belirtilen sol temporal fossa tabanında medial kesimde epidural kanama ve ..2010 tarihinde çekilen BT'de belirtilen sol inferior orbital fissür medial duvarını oluşturan kemik laminada fissür içine deplase olmuş milimetrik fraktür hattının olduğu, ancak septoplasti ameliyatı sonrası böylesi bir durumun meydana gelmesinin beklenmediği, dolayısıyla operasyonun tıp kurallarına uygun olmadığı belirtilmiş ve bu rapora dayalı olarak maddi ve manevi tazminata hüküm tesis edilmiş ise de, 3. İhtisas Kurulu Raporunda ortaya çıkan durumla ilgili literatüre dayalı nesnel bir tıbbi bulgu sunulama-mış olması, Yargıtay 12. Ceza Dairesi'nin, 2014/11942 E., 2014/19296 K., 01.10.2014 T. Sayılı ve Yargıtay 12. Hukuk Dairesi'nin, 2007/2366 E., 2007/19296K., 20.03.2007 T. Sayılı Kararlarında; Adli Tıp Kurumunun bilirkişilik

konusunda son karar mercii olmadığı, kurum raporlarına üstünlük tanınmayacağı ve diğer bilirkişi raporlarına itibar edilmemesine gerekçe gösterilmesi gerektiği vurgulanmakta olup,

ADLÎ TIP KURUMU KANUNU Kanun Numarası : 2659 Kabul Tarihi : 14/4/1982 Adlî Tıp Üst Kurullarının ve İhtisas Kurullarının çalışması: (1) Madde 23 – (Değişik: 3/11/2016-6754/33 md.) B) Adlî Tıp İhtisas Kurullarının çalışması: Adlî Tıp İhtisas Kurulları Başkanının başkanlığında işin niteliğine göre en az dört üye ile toplanır ve oy çokluğu ile karar alır. Oyların eşitliği hâlinde Başkanın bulunduğu taraf oy çokluğunu sağlamış sayılır. Üyelerden birinin mazeretinin bulunması veya yokluğu hâlinde eksikliği diğer kurullardan alınacak üye ile tamamlanır. Şu kadar ki tetkik edilecek konu, **ilgili uzman üye hazır bulunmadıkça müzakere edilemez.**

Danıştay On beşinci Dairesi'nin 2017/4006 E., 2018/3372 Karar sayı ile oyçokluğu ile verilen kararda Daire Başkanının karşı oy yazısında da belirtildiği üzere; “İhtisas Kurulu raporunda göz uzmanı bulunmadığı, sözü edilen BT ve MR raporlarının göz uzmanı hekim tarafından değerlendirilmediği, bu haliyle olayın özelliğine uygun üyelerden teşekkül etmeyen rapora dayanılarak hüküm kurulduğu görülmektedir” ve **Adli Tıp Kurumu Kanunu Uygulama Yönetmeliği'nin 24. Maddesi'nin b)** bendinde; “Adli Tıp ihtisas kurulları bir başkan ve en az dört uzman üye ile toplanır ..., **incelenecek konu, ilgili uzman üye hazır bulunmadıkça tartışmaya açılmaz**” şeklinde olup Adli Tıp kurumu 3. İhtisas Kurulunun 05.11.2012 gün ve 10565 sayılı raporunun göz uzmanı bulunmadan düzenlenmiş olması nedeniyle bu yönüyle yönetmeliğe aykırı olduğu görülmektedir.

Bilirkişi Heyetinin (Göz Hast. Uzmanı, KBB Uzmanı, Adli Tıp Uzmanı) 2018 tarihli raporunda; “Burun kemik septumunda yapılan cerrahi girişimler sırasında bu kemiklerin bağlı olduğu çevre kemiklerde hasarlanma, kanama, oculomotor ve diğer kranial sinir paralizileri, görme kaybı gibi sonuçlar az görülmekle birlikte olası komplikasyonlardır. Literatürde olgu sunumları şeklinde çeşitli örnekleri vardır:

Shihada R, Fradis M, vardizer Y, Braun J, Luntz M. Unilateral blindness following septoplasty. Ann Otol rhinol Laryngol. 2008 Jul;117(7):528-30.

Atigechi S, Alimohammadi SH, Baradaranfar MH, Mirvakili SA. Temporary adduction deficit after nasal septoplasty and radiofrequency ablation of the inferior turbinate. J Neuroophthalmol. 2009 Mar;29(1):29-32.

Kılavuz AE, yıldırım D, Serin GM, Kaytaç A. Unilateral blindness after septoplasty. The Journal of Cranifacial Surgery. 2017;28(7):e634-6.

Sonuç olarak, yukarıda sunulan bilgi ve belgelerin değerlendirilmesi ile ilgili literatür dikkate alındığında; Hastada ortaya çıkan göz hareketlerinde kısıtlılığa yol açan sinir paralizilerinin bu tür cerrahi girişimlerde görülebilen herhangi bir kusur ya da ihmalden kaynaklanmayan komplikasyon nedeniyle meydana geldiği, müdahalelerin tıp standartlarına uygun olduğu hususunun komisyonumuzun objektif ve bilimsel kanaati olduğu, diğer hususların takdirinin idareye ait olduğu kanaatimiz arz olunur.

BİLİRKİŞİ RAPORU SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK EĞİTİMİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi yazınızla gönderilen **Yüksek Sağlık Şurasının** 1-2 Şubat 2007 tarih ... sayılı kararı ve ... dosya örneği incelenmiştir.

Yukarıdaki bilgi ve belgeler ile otopsi raporunun değerlendirilmesinden; kişide saptanan 1.05 promil metil alkolün ölümü tevhit eder nitelikte olduğu, otopsi raporunda kişinin ölümünün metil alkol intoksikasyonu ve genel beden travmasına bağlı kaburga ve pelvis kemiği kırıkları ile birlikte yaygın retroperitoneal kanama sonucu meydana gelmiş olduğu belirtildiğinden metil alkol intoksikasyonunun ve genel beden travmasının bağımsız olarak, ayrı ayrı ölüm tevhit eder nitelikte olduğu kanaatimiz bilgilerinize saygılarla arz olunur.

Sonuç olarak; Tıbbi malpraktis iddiaları bilirkişi incelemesini gerektirmektedir. Bilirkişi raporu hazırlanırken;

Meydana gelen zararlı sonucun tıbbi malpraktise mi yoksa komplikasyona mı bağlı olduğu,

Tıbbi müdahalenin endikasyonu olup olmadığı,

Aydınlatılmış rıza konusunda belge olup olmadığı,

Tıbbi uygulamanın standart uygulamalar, güncel tıbbi bilgilerle uyumlu olup olmadığı,

Bilgisizlik, ilgisizlik, deneyimsizlik olup olmadığı hususları değerlendirilmelidir.

Kaynaklar

- 1- Cantürk G. Ankara Üniversitesi Adli Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Tezli Yüksek Lisans Programı. Özcengiz D, Yılmaz EN, Aker MS, Nehir TY, Çamcı M, editörler. Sağlık Hukukunda Tartışmalı Konular. 1. Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi A.Ş. ISBN 978-625-8259-87-2; 2022. p.15-20.
- 2- <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.5271.pdf> (Erişim Tarihi, 09.01.2024)
- 3- <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2547.pdf> (Erişim Tarihi, 09.01.2024)
- 4- <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2659&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5> (Erişim Tarihi, 09.01.2024)
- 5- Yiğit M. Çocuklarda engellilik ve maluliyet değerlendirmesi. Küçüker H, editör. Adli Tıp ve Çocuk. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2023: 70-4.
- 6- <http://as-hukuk.com/ictihat-detay-trafik-kazalarinda-alinmasi-gerekli-maluliyet-raporlarına-dair-guncel-karar-358.html> (Erişim Tarihi, 09.01.2024)
- 7- <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.6100.pdf> (Erişim Tarihi, 09.01.2024)
- 8- Cantürk G. “Adli Tıp Bilimi Tarihçesi, Cumhuriyetin 100. Yılında Tıp Dalları Tarihçesi”, Editör: Yakıncı C, Tanrıverdi LH, Erkurt MA, Altuntaş F, Yiğenoğlu TN. Nobel Tıp Kitabevi, Ankara; 2023:15-24.
- 9- Yenerer-Çakmut Ö. Tıbbi Uygulamalarda Ebelerin Cezai Sorumluluğu. Ankara Barosu III. Sağlık Hukuku Kurultayı, 7-8 Mayıs 2010, Ankara Barosu Yayınları, Ankara; 2010: 490-508.
- 10- <https://www.fullegal.com/karar-arama/yargitay-kararlari/yargitay-ceza-genel-kurulu-2017271-esas-20172-3883812> (Erişim Tarihi, 09.01.2024).
- 11- Şimşek U. Sağlık Hukukunda Aydınlatılmış Rıza. Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, Özel Sayı. 2014 (16): C. 16, 2014: 3535-3556.
- 12- Erdem Ü. Yargıtay 12. Ceza Dairesi (2014-2016) Kararlarında Hekimin Sorumluluğu. Legal Yayıncılık. İstanbul, 2016: 88-90.
- 13- Keskinbora KH. Malpraktis nedir? Komplikasyon nedir? Önlemek için neler bilinmelidir?. Erkol ZZ, Doğramacı YG, editörler. Tıp Hukuku. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019: 30-44.
- 14- <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=19696&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> ((Erişim Tarihi, 09.01.2024).

SAĞLIK MESLEKLERİ EĞİTİM SİSTEMİ

Av. Sevil ALOĞLU

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Üyesi

Sayın Başkanım, sayın meslektaşlarım ve sayın misafirler hoş geldiniz.

Sağlık hizmetini diğer hizmet sektörlerinden ayıran ve önemli kılan, bu hizmetin doğrudan insan yaşamı ile insan sağlığına yönelik olmasıdır. Tedavi edici sağlık hizmetleri kadar koruyucu sağlık hizmetleri de toplumun sağlığının korunması ve hastalıkların engellenmesi için önemlidir. Bu nedenle hekim dışı sağlık personelinin mesleki eğitimi bilgi ve beceri yönünden çok iyi donatılmış olmalıdır.

Sağlık; bireyin yalnızca bedenlen hasta ve sakat olmama hali değil, aynı zamanda ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Bu iyilik haline öncelikle sağlık personelinin sahip olması gerekmekte ve okul döneminde kazandırmaya başlanmalıdır.

Ülkemizde hekim dışı sağlık personeli eğitimine 1889 yılında kurslarda başlanmış, 1910 yılında açılan Sağlık Memurluğu bölümünü 1925 yılında İstanbul'da açılan ilk hemşirelik okulu takip etmiş, 1954 yılına kadar bu okullar Laborant- Hemşire unvanı ile mezun vermiştir. 1955 yılında Ebe-Hemşire- Laborant adı altında öğrenimini sürdüren Sağlık Okullarının ortaokula dayalı 3 yıl olan eğitim süresi 1958 yılından itibaren 4 yıla çıkarılmıştır. 1961 yılında yapılan yeni düzenleme ile 6 ayrı bölüme ayrılan Sağlık Kolejleri 1979-1980 öğretim yılından itibaren 'Sağlık Meslek Lisesi' adıyla faaliyetlerini sürdürmüşlerdir.

1964 yılından itibaren ilkokula dayalı 3 yıl öğrenim veren Köy Ebe Okulları da önce 5 yıla çıkarılmış, daha sonra Sağlık Meslek Lisesine dönüştürülmüşlerdir.

1986 yılından itibaren lise mezunlarına yönelik 2 yıl eğitim süreli 'Tamamlama Programları' düzenlenmiş olup, anılan program 3 dönem devam etmiştir.

Hemşirelerin hizmet içinde geliştirilmeleri amacıyla 1952 yılından itibaren Hıfzıssıhha Okulunda 'Tekâmül Kursları' düzenlenmiş bilahare 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu' nun 3. Madde 12. Fıkrası esas alınarak 555 Sayılı Yasa ile Sağlık Eğitim Enstitüleri kurulmuştur. 'Sağlık Eğitimi Yeniden Yapılandırma' projesi kapsamında Ankara Üniversitesine ve Marmara

Üniversitesine bağlı 1994 yılında ‘Sağlık Eğitim Fakülteleri’ kurulmuş ise de 2547 Sayılı Yükseköğretim Kanun’u kapsamına dahil olmamaları nedeniyle 1997 tarihinden itibaren öğrenci alımı durdurulmuştur.

Hemşirelik, ebelik, sağlık memurluğu, laboratuvar teknisyenliği, radyoloji teknisyenliği, çevre sağlığı teknisyenliği, anestezi teknisyenliği, diş-protez teknisyenliği, ilk yardım ve acil bakım teknisyenliği ile 11 bölümde eğitim veren Sağlık Meslek Liselerinin 2013 yılında Milli Eğitim Bakanlığına geçmesini takiben ‘Mesleki ve Teknik Anadolu Liseleri’ adını almışlar ve hemşire yardımcısı, ebe yardımcısı ile sağlık bakım teknisyeni olarak üç bölümde eğitimlerini sürdürmektedirler.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü koordinatörlüğünde; Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, Maliye Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve Devlet Personel Dairesi Başkanlığı temsilcilerinden oluşan ‘Değerlendirme ve Hazırlık Komisyonu’nun Avrupa Birliği standartlarını dikkate alarak hazırladığı rapor Yüksek Sağlık Şurasının gündemine alınmış ve 23 Mayıs 1995 tarihinde hekim dışı sağlık personelinin lisans düzeyinde yetiştirilmesi kararı alınmıştır.

2014 yılında sağlık meslek mensuplarının görev, yetki ve sorumlulukları belirlenmiş ise de 1982 tarihli Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği uygulanmaktadır. Günümüzde ise torba yasalarda çıkarılan kanun değişikliğiyle çelişen çok sayıda kanun ve yönetmelikler bulunmaktadır. Günümüze değinmişken üniversitelerdeki sorunların birkaçından söz etmek isterim.

Her ilde açılan üniversitelerde (ki bazı illerde birden fazla) alan dışı öğretim üyeleri görevlendirilmektedir. Üniversitelerimizde kırktan fazla çeşitli sağlık meslek eğitimi bulunmaktadır. Odyoloji, ergoterapi, çocuk gelişimi gibi... Mesela hemşirelikte 168, beslenme ve diyetetik bölümünde 110 lisans programı bulunmaktadır. Klinik uygulama ve saha sorunları mevcuttur. Sağlık mesleklerine fazla kontenjan açılması fiziksel kaynak problemine neden olmaktadır. Diğer bölümleri kazanamayan öğrencilerden sadece sağlık alanında çalışmak isteyen öğrencilerin alınması için baraj puanı uygulamasının gelmesi gerektiğini düşünüyorum. Sağlık mesleklerinde lisans tamamlama uygulamasının önü kapanmamalı ancak insan sağlığını ilgilendirdiği için uzaktan eğitim ile yapılmaması gerekmektedir. Sağlıklı toplumu oluşturabilmek için eğitilmiş insan gücüne ihtiyaç vardır. Sevgi, çalışma ve bilgi hayatımızın ana kaynaklarıdır.

74 yaşında edinmiş olduğum ikinci mesleğimle gurur duyarak ülkemizin hak ettiği yere ulaşması dileğiyle saygılarımı sunuyorum.

DANIŞTAY KARARLARI YÖNÜYLE İDARENİN SAĞLIK HİZMETLERİNDEN KUSURSUZ SORUMLULUĞU

Dr. Öğr. Üyesi Melike Özge ÇEBİ BUĞDAYCI

Jandarma ve Sahil Güvenlik Akademisi

Güvenlik Bilimleri Fakültesi

Hukuk Bilimleri Bölümü İdare Hukuku Anabilim Dalı

Öncelikle teşekkür ediyorum, herkesi sevgi ve saygıyla selamlıyorum.

Hekimin sorumluluğu, malpraktis, oluşan zararların tazmini meselesi gibi durumlar üzerine sabahtan bu yana konuşuyoruz. Bununla birlikte şu vurguyu biraz daha yapmak gerekir diye düşünüyorum: Sağlık hizmeti bir kamu hizmetidir. Bu kamu hizmeti vurgusunun eksik yapıldığını düşünüyorum. Sağlık hizmetinin devlet eliyle yürütülen riskli faaliyetler kapsamında yürütülen bir hizmet olduğunu her zaman göz önünde bulundurarak idarenin sağlık hizmetleri sebebiyle sorumluluğu meselesini tartışmaya açmak gerekir.

Bir kere idarenin sorumluluğu dediğimiz aslında mali sorumluluktur ve mali sorumluluğun temel dayanağı Anayasanın 125. maddesidir. Anayasanın 125. maddesi uyarınca; “*İdare, kendi eylem ve işlemlerinden doğan zararı ödemekle yükümlüdür.*” Özel hukukta biliyoruz ki kişinin vermiş olduğu zararlar sebebiyle mali açıdan sorumlu tutulabilmesi için kusur sorumluluğu ve kusursuz sorumluluk ilkeleri var ve bunlar şüphesiz detaylı olarak ilgili mevzuatta düzenleniyor. Oysa idare hukuku boyutunda idarenin yürütmüş olduğu bir kamu hizmeti sebebiyle vermiş olduğu zararlardan dolayı sorumluluğunun hangi hukuki sorumluluk temeline oturtulacağına ilişkin temel bir yasal düzenleme bulunmamaktadır. Anayasanın 125. maddesinde kusur veya kusursuz sorumluluk bakımından herhangi bir ayırım da öngörülmemektedir. Şüphesiz idarenin yürütmüş olduğu sağlık hizmeti nedeniyle, tıpkı diğer kamu hizmetleri bakımından olduğu gibi öncelikli olarak kusuru varsa sorumlu tutulacaktır.

İdare hukuku anlamında kusur sorumluluğu dediğimiz şey hizmet sebebiyle ortaya çıkan bir kusur olduğu için biz bu kusura özel bir isim veriyoruz, hizmet kusuru diyoruz. Nedir bu? Kamu hizmetinin kötü işlemesi, geç işlemesi veya hiç işlememesi, gerektiği gibi işlememesi. Bir hastaya oksijen verilmesi gerekirken karbondioksit gazı verilmesiyle meydana gelen ölüm olayında sağlık hizmetinin kötü işlemesi söz konusu iken, bıçaklanma nedeniyle hastaneye gelen hastanın herhangi bir problem olmadığından bahisle taburcu edilip, ardından hayatını

kaybetmesi halinde de hizmetinin neredeyse hiç işlememesi gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir. Danıştay içtihadında bu gibi durumlar hizmet kusuru olarak kabul edilmektedir.

Danıştay sağlık hizmetleri bakımından idarenin sorumluluğuna hükmederken öncelikli olarak hizmet kusurunu arıyor. Zira hizmet kusuru idare hukukunda asli sorumluluk türü olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sebeple öncelikli olarak buna bakmak gerekir. Tanı, tedavi, özel yükümlülüğün yerine getirilmesi, sır saklama yükümlülüğü bağlamında organizasyon kusuru gibi sabah da konuşulan ve kötü yahut aksak işleyen meselelerde idarenin hizmet kusuru olduğu kabul ediliyor.

Danıştay 2015 yılına kadar idarenin bünyesinde risk barındıran sağlık hizmetleri sebebiyle sorumlu tutulabilmesi için ağır hizmet kusurunun bulunması şartını aramaktaydı¹. Bununla birlikte 2015 yılından sonra Danıştay içtihat değişikliğine giderek, ağır hizmet kusuru şartını arama eğiliminden ayrılmış, hizmet kusurunun varlığını idarenin sorumluluğuna hükmetmek bakımından yeterli görmeye başlamıştır². Bu yönüyle idarenin sağlık hizmetleri sebebiyle vermiş olduğu zararlardan dolayı sorumluluğunun kapsamı hizmetten yararlananlar lehine genişlemiştir diyebiliriz. Conseil d’Etat’ın da benzer yönde bir eğilimi olduğunu belirtmek gerekir.

Buraya kadar idarenin kusur sorumluluğuna değindim zira asıl konumuz olan kusursuz sorumluluğa geçmeden önce böyle bir girizgâh yapmak ihtiyacı bulunmaktaydı. Kusursuz sorumluluk ise idarenin bir faaliyeti sebebiyle ortaya çıkan zararlardan idarenin kusuru olmasa dahi sorumlu tutulmasını öngören bir sorumluluktur. Peki, kusursuz sorumluluk acaba sağlık hizmetleri bakımından uygulanabilir mi? Başka bir deyişle diyelim ki somut bir olayda hekimin herhangi bir kusurunu tespit edemiyoruz, baktığımızda idarenin hizmetin kuruluşu, işleyişiyle ilgili herhangi bir kusuru da bulunmuyor ve idare üzerine düşen her

¹ “İdare Hukuku ilkeleri ve Danıştay’ın yerleşik içtihatlarına göre, sunulan hizmetin riskli bir nitelik taşıdığı durumlarda, idarenin tazmin yükümlülüğünün doğması için, zararın, idarenin “ağır hizmet kusuru” sonucu meydana gelmiş olması gerekmektedir. Bünyesinde risk taşıyan hizmetlerden olan sağlık hizmeti nedeniyle uğranılan zararın tazmini de kural olarak, ancak idarenin ağır hizmet kusurunun varlığı halinde mümkündür.” Danıştay 15. D., E. 2014/9364, K. 2015/4241, T. 18/06/2015.

² “Bünyesinde risk taşıyan hizmetlerden olan sağlık hizmetinden yararlananın zarara uğraması halinde, bu zararın tazmini, idarenin hizmet kusurunun varlığı halinde mümkün olabilecektir.” Danıştay 15. D., E. 2014/5822, K. 2015/3658, T. 04/06/2015; Danıştay 15.D., E. 2013/4488, K. 2015/2020, T. 08/04/2015.

şeyi yapmış. Bununla birlikte hizmetten yararlanan vatandaş yürütülen sağlık hizmeti sebebiyle bir zarara uğruyor ve bu zarar öyle bir zarar ki idarenin dahi öngörmesine ihtimal olmayan, öngörülmeven olağanüstü ve olağandışı bir zarar. Bununla birlikte bu zarar idarenin fiilinden kaynaklanıyor. Kusursuz sorumlulukta önemli olan husus şudur: Kural olarak illiyet bağı kurulabiliyorsa idareyi kusursuz olarak sorumlu tutabiliriz.

Peki, sağlık hukuku alanında kusursuz sorumluluk nasıl uygulanabilir, uygulanmalı mıdır? Şunu hemen ifade etmek gerekir: Danıştay kusursuz sorumluluğa pek sıcak bakmıyor. Başka bir deyişle sağlık hizmeti bakımından bir kusursuz sorumluluk tartışmasına dahi neredeyse bugüne kadar hiç girmemiş. Fransız Danıştay'ından bu bakımdan ayrılmaktadır. Fransa'da örneğin, özellikle AIDS virüsünün yayılmasıyla ilgili olarak birtakım tıbbi uygulamalarla ilgili olarak idarenin kusuru olmasa da sorumlu tutulabileceği anlayışı bulunmaktadır. Bizde böyle bir yaklaşım henüz gelişmemiştir.

Buna karşın Danıştay hizmet kusurunun kapsamını genişletme yolunda bir eğilim göstermiştir. Vurgulamış olduğumuz üzere 2015 yılından önce ağır hizmet kusuru şartı aramaktayken, şimdilerde bu eğilimi terk etmektedir. Öyle ki bazı kararlarında sanki kusur şartına dahi açıkça vurgu yapmıyor. Örneğin; “Zarar görenin hizmetten yararlanan durumunda olduğu ve hizmetin riskli bir nitelik taşıdığı sağlık hizmetinde idarenin tazmin yükümlülüğünün doğması için idarenin de içinde bulunduğu ve sorumlu olduğu bir durum sonucu meydana gelmesi gerekir.”³ diyerek illiyet bağı kurulabilen hallerde idarenin sağlık hizmeti nedeniyle sorumlu tutulabileceği fikrine yaklaşır gözükmektedir. Eğer oluşan zarar ile idarenin sunduğu sağlık hizmeti arasında bir illiyet bağı kurabiliyorsak Anayasa'nın 2. maddesinde dayanak bulan sosyal devlet ilkesi uyarınca sorumluluk gündeme gelebilecektir. Başka bir deyişle eğer zarar idarenin yürüttüğü sağlık hizmetinin bir sonucu olarak ortaya çıkıyorsa vatandaşa bir bardak soğuk su ikram etmekle yetinmemek gerekir. Danıştay bu kararıyla sanki kusursuz sorumluluğa göz kırpmış gibi dursa da yakın tarihlerde vermiş olduğu farklı kararlarında yine sağlık hizmetleri bakımından hizmet kusuruna vurgu yapmayı sürdürdüğü görülmektedir⁴. Bu anlamda Danıştay pratiğinin de bu konuda net olmadığını söylemek mümkündür.

³ Danıştay 15.D., E. 2015/6119, K. 2015/5733, T. 08/10/2015.

⁴ “İdare hukukunun ilkeleri ve Danıştayın yerleşik içtihatlarına göre, zarar gören kişinin hizmetten yararlanan durumda olduğu ve hizmetin riskli bir nitelik taşıdığı hallerde, idarenin tazmin yükümlülüğünün doğması için, zararın, idarenin açık hizmet kusuru

Peki sağlık hizmetleri nedeniyle kusursuz sorumluluk gerçekten kabul edilmeli midir? Temel olarak sağlık kamu hizmetinden kişisel olarak yararlanmayı talep eden kişilerin, bu hizmetten kaynaklanan rizikoları da şahsen üstlenmesi gerektiği genel kabul görmektedir. Bunun yanında şayet kusursuz sorumluluğun önü açılırsa, sağlık hizmetleri bakımından kusursuz sorumluluk meselesi bir sağlık sigortası ya da hayat sigortası sistemine dönüşür endişesi de mevcut. İdarenin hiçbir kusuru yokken sırf yürütülen faaliyet nedeniyle ortaya çıkan zararın giderilebilmesi için her seferinde tazminata hükmedilmesi halinde bu durumun hizmetten yararlanan bakımından bir sigorta sistemine dönüşebileceği, bu durumun da tazminat hukukunun temel ilkeleriyle bağdaşmayacağıının altını çizmek gerekir.

Şüphesiz bu çekinceler üzerinde mutlaka düşünülmesi gereken konulardır. Bununla birlikte sosyal bir hukuk devletinde idarenin sağlık faaliyetinden kaynaklandığı çok açık olan zararların giderilmesi konusunda vatandaşın hizmet kusuru bulunmadığından bahisle yalnızca geçmiş olsun denilerek gönderilmesi de hakkaniyetli sonuçlar doğurmayacaktır. Bununla birlikte bu konunun geliştirilmesinde uygulayıcıya, özellikle yargıçlara çok büyük iş düşmektedir.

Sağlık hizmetleri nedeniyle ortaya çıkan zararın idare tarafından kusursuz sorumluluk esasları uyarınca giderilebilmesi için bakılması gereken en önemli koşul illiyet bağıdır. İlliyet bağı kurulabiliyorsa ancak bu halde kusursuz sorumluluğa müracaat edilebilmelidir. İlliyet bağına kuramadığımız durumlarda hukuken tazminat ödenmesine ilişkin gerekli koşullar da oluşmayacağından şüphesiz orada durmak gerekmektedir.

Covid-19 sürecinde çoğumuz aşı olduk. Bununla birlikte aşılardan yan etkilerinin ne olduğu konusunda henüz bir fikrimiz bulunmuyordu. Pandemi ile mücadele kapsamında çoğumuz ya kendi isteğimizle ya da bazen zorunlu kalarak aşı olduk. Hatta bazı meslek gruplarına, askeri öğrencilere hukuka aykırı bir şekilde aşı zorunluluğu getirildi. Bu şekilde aşı zorunluluğu getirilen gruplara dâhil olup, aşının idarece öngörülemez yan etkileri nedeniyle kişinin zarar görmesi halinde, bu zarar ile idarenin uygulaması arasında illiyet bağı çok açık bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Örneğin askerlik mesleğini yapmaya engel bir rahatsızlık olan ve kalpte gözlemlenen bir rahatsızlık ortaya çıkmış olabilir ve kişi bu rahatsızlık sebebiyle askerlik mesleğinden malulen emekli edilmiş yahut öğrenci ise öğrenciliği sona erdirilmiş olabilir. Nitekim bahse konu aşılardan kalp

sonucu meydana gelmiş olması gerekmektedir.” Danıştay 10.D., E. 2019/6883, K. 2019/6146, T. 26/09/2019.

enfeksiyonuna neden olduğu sonradan ortaya çıktı. Burada öncelikle idarenin kusuru var mı ona bakmak gerek. Şayet kusur tespiti yapamıyorsak, kişinin zorunlu aşı nedeniyle yaşadığı bu mağduriyeti kim nasıl giderecektir? Burada vicdanen insanı rahatsız eden bir durum, hakkaniyetsiz bir sonuç ortaya çıkmıştır. Bu kapsamda idarenin faaliyetiyle ortaya çıkan zarar açısından bir şekilde illiyet bağı kuruluyorsa neden kusursuz sorumluluk esaslarını işletmeyelim? En azından bunun yolunu biraz açmak gerekir. Bununla birlikte elbette kusursuz sorumluluğu bir sigorta olarak da değerlendirmemek gerekir. Hemen ifade edelim ki Danıştay'ın bu konuda kusursuz sorumluluğa doğru kayması için daha çok zamana ihtiyacı olduğu anlaşılmaktadır.

Sağlık hizmetinden kusursuz sorumluluk ancak risk ilkesi kapsamında gündeme gelebilir. Risk ilkesi nedir? İdarenin tehlikeli araç gereci, tehlikeli faaliyetleri yürütmüş olduğu riskli faaliyetli alanlar konusunda kusuru olmasa da sorumlu tutulmasını öngören temel bir ilkedir. Bu ilke uyarınca idarenin tehlikeli faaliyeti sebebiyle ortaya çıkan zararın öngörülemeyen, tahmin edilemeyen olağanüstü ve istisnai bir zarar olmasını aramak gerekir. Bu kapsamda farklı ülke uygulamalarında nükleer tıp uygulamaları, beyin ameliyatları, özellikle bulaşıcı hastalıklarla ilgili bazı meselelerde olağanüstü riskin varlığı söz konusu olduğundan risk ilkesinin uygulanabildiğini bilmekteyiz.

Burada meseleyi ikiye ayırarak ele almakta fayda var: 1. Sağlık hizmetini sunan sağlık personeli bakımından idarenin kusursuz sorumluluğu, 2. Sağlık hizmetinden yararlananlar bakımından idarenin kusursuz sorumluluğu.

İlk durumda sağlık personeli sağlık hizmetini yürütürken birtakım zararlara yürütmüş olduğu hizmet nedeniyle veya hizmet sırasında, sırf sağlık personeli olduğu için uğramaktadır. Bu halde ortaya çıkan zararlardan idarenin mesleki risk ilkesi uyarınca sorumlu tutulması gerekebilir. Mesleki risk yürüttüğü tehlikeli bir faaliyet sebebiyle, tehlikeli mesleği sebebiyle ortaya çıkan zararlardan personelin zararının ödenmesini öngören bir kusursuz sorumluluk prensibidir. Özellikle röntgen teknisyenleriyle ilgili veya bulaşıcı hastalıkların tedavi edildiği ünitelerde çalışan sağlık personelinin yürüttükleri hizmet nedeniyle uğradıkları zararlar mesleki risk ilkesi uyarınca giderilmektedir. Örneğin oksijen tüpü kontrolü yapılırken tüpün patlaması sonucu bir sağlık personelinin gözünü kaybetmesi halinde idarenin herhangi bir kusuru olmasa da mesleki risk sebebiyle personelin zararının ödenmesi gerekmektedir. Danıştay bu konuda mesleki risk ilkesini uygulamaktadır.

Buna karşın Danıştay, benzer yaklaşımı sağlık hizmetinden yararlananlar bakımından kabul etmeye pek sıcak bakmamaktadır. Başka bir deyişle sağlık hizmetinden yararlananlar bakımından kusursuz sorumluluğu kabul etmezken, sağlık personeli bakımından kusursuz sorumluluğu işletmektedir. Peki neden sağlık hizmetinden yararlananlar bakımından da kusursuz sorumluluk ilkesini işletemeyelim? Sağlık personeli bakımından meslek sigortası kapsamında ödenen tazminattan arta kalan zarara da hükmedilebiliyorken, konunun ayrıca sağlık hizmetinden yararlananlar açısından da değerlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyim.

Sabahki oturumda komplikasyon üzerinde çok konuşuldu. Danıştay kararlarına baktığımızda da genellikle bilirkişilerden gelen raporlarda komplikasyon ibaresi yer alıyorsa idarenin kusuru bulunmadığından bahisle maddi tazminat talebinin reddine karar verildiğini görmekteyiz. Komplikasyon durumunda elbette kusur yoktur, buna mukabil sağlık hizmetinden yararlanan kişi tüm rizikoları üstlenmeli diyerek, kişinin asla öngöremeyeceği sonuçlara da katlanmasını beklemek sosyal bir hukuk devletinde ne kadar kabul edilebilir? Bu gibi durumlarda kusursuz sorumluluğu değerlendirerek ortaya çıkan hakkaniyetsiz durumu, bireyin üzerinde bırakılan rizikoyu biraz olsun hafifletme şansı yok mudur? Komplikasyon yoksa evet kusur yoktur, ancak durum idarenin hiçbir şekilde sorumlu tutulamayacağı anlamına mı gelmelidir?

Sağlık hizmetinden yararlananların zararının kusursuz sorumluluk ilkesi bağlamında değerlendirilebileceği bir diğer mesele umulmayan hal kavramıdır. Umulmayan hal idarenin sorumluluğunu etkileyen bir durumdur, bazı hallerde idarenin sorumluluğunu ortadan kaldırır. Örneğin ameliyat masasında hasta ameliyat olduğu sırada ameliyat masasının arızalanması ve hastanın vücudunda masa ısındığı için birtakım yanıkların meydana geldiği olayda beklenmeyen bir hal vardır deyip idarenin sorumlu tutulamayacağını söyleyebilir miyiz? İdare hukuku boyutuyla beklenmeyen hal veya kaza sayılabilecek durumlar idarenin kusur sorumluluğunu kaldırır; fakat kusursuz sorumluluğu devam eder. Bu kapsamda aslında beklenmeyen bir halin ortaya çıktığından bahisle idarenin her durumda zararı karşılamasına gerek bulunmadığını söylemek güçtür. Bu kapsamda sağlık hukuku boyutuyla beklenmeyen hallerde dahi idarenin kusursuz sorumluluğunun işletilebileceğini ifade etmek gerekir. Nitekim özellikle sağlık hizmetinden yararlananlar bakımından kusursuz sorumluluk ilkesi daha ziyade tıbbi cihazların arızalanması gibi organizasyona ilişkin meselelerde karşımıza çıkmaktadır.

Anayasa Mahkemesinin bu konuda son yıllarda vermiş olduğu bazı kararlar dikkat çekicidir. Örneğin Yüksek Mahkeme, idare mahkemelerinin sağlık hizmetlerinden doğan uyuşmazlıklarda kişilerin uğradığı zararların giderilmesi hakkında idarenin kusuru olmadığından bahisle tazminat taleplerinin reddedilmesini, bununla birlikte kusursuz sorumluluğu tartışmamasını Anayasanın 17. maddesi bağlamında hak ihlali olarak kabul etmiştir. Bazı kararlarda da hak ihlali vurgusu açıkça olmasa da; *“Elbette kusur ya da kusursuz sorumluluğunun takdirinin değerlendirmesini yapacak olan derece mahkemeleridir. Fakat en azından karar gerekçesinde kusursuz sorumluluğun da neden uygulanmadığını tartışmak gerekir.”* diyerek kusursuz sorumluluğun hiç değilse neden uygulanmadığının gerekçelendirilmesi gerektiğini vurgulamıştır⁵. Başka bir kararında da AYM, sağlık hizmeti nedeniyle zarar gören başvuranın açmış olduğu davada manevi tazminata hükmeden idare mahkemesi kararının gerekçesinde hukuki sorumluluğun tespitine ilişkin bir belirleme yapılmadığı, manevi zararın oluşmasına neden olan duruma dair hukuki sorumluluk esasının belirlenmediği, bu sebeple de tazminat hükmünün yaşanan mağduriyeti gidermediğini vurgulamıştır⁶.

Toparlayacak olursak, idarenin sağlık hizmetleri sebebiyle yalnızca hizmet kusuru uyarınca sorumlu tutulabileceği yönündeki anlayışının yavaş yavaş değişmesi ve belki de kusursuz sorumluluk esaslarını sadece sağlık personeli açısından değil, sağlık hizmetinden yararlanan bireyler açısından da uygulamak gerekebilir diye değerlendirmekteyim. Bu yönde gelişecek bir uygulamanın sınırlarını belirlemek ve sistemi bir sigorta sistemine dönüştürmemek elzemdir. Bununla birlikte sosyal hukuk devletinin bir gereği olarak, sağlık hakkı gibi temel

⁵ “...(D)erece mahkemesi ve temyiz merciinin tıbbi müdahale ile sakatlık arasında illiyet bağına kabul etmelerine rağmen sağlık hizmetinin doğasının risk barındırmasını, tazminat hukukuna ilişkin kurallar ile anayasal düzenlemeleri de gözeterek başvurunun kusursuz sorumluluk ilkesi kapsamında zararların tazmin edilmesi gerektiği yönündeki iddiayı tartışmadığı ve yeterli gerekçe ile karşılamadığı anlaşılmıştır. Sonuç olarak başvurunun vücut bütünlüğüne yönelik tıbbi müdahale öncesinde tıp kurallarına göre öngörülebilir nitelikteki komplikasyon ve riskler hakkında yeterli bir biçimde aydınlatılmadığı iddiası bakımından mahkeme kararlarında konuyla ilgili ve yeterli bir gerekçe ortaya konulmadığı anlaşılmaktadır. Üstelik başvurunun belirtilen iddia ve şikâyetleri, yargılamanın sonucuna doğrudan etki edebilecek mahiyettedir. Dolayısıyla yargısal makamlarca bu değerlendirmelerin yapılmaması nedeniyle kişinin maddi ve manevi varlığının korunması ve geliştirilmesi hakkı bakımından kamu makamlarının pozitif yükümlülüklerini yerine getirmedikleri kanaatine varılmıştır. Açıklanan gerekçelerle Anayasa’nın 17. maddesinde güvence altına alınan kişinin maddi ve manevi varlığının korunması hakkının ihlal edildiğine karar verilmesi gerekir.” AYM, Hakan Yakar Başvurusu, Başvuru No. 2017/17310, T. 19/10/2021.

⁶ AYM, Yeliz Acar Başvurusu, Başvuru No. 2018/161, T. 14/09/2021.

DANIşTAY KARARLARI YÖNÜYLE İDARENİN SAĞLIK
HİZMETLERİNDEN KUSURSUZ SORUMLULUĞU

bir hakka yönelik müdahaleler nedeniyle ortaya çıkan zararlara her durumda vatandaşın katlanmasını beklemek de hakkaniyetli olmayacaktır. İliyet bağına kurabildiğimiz ölçüde bu alanda da kusursuz sorumluluk meselesini tartışmaya açmak gerekmektedir.

Teşekkür ediyorum, sağ olun.

SORU-CEVAP BÖLÜMÜ

Av. BERNA ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU- Teşekkür ederim. Soru-cevap bölümüne geçtik. İlgili Danıştay kararlarının ağır hizmet kusuru şartından bugün bunları konuşuyor olabilmemiz bile gerçekten büyük bir lütuf. Bu alanın yargılamasının en hayati olanı, bugün Türkiye'nin en fazla sağlık hizmetinin dağıtıldığı kamu kurumudur. O yüzden Danıştayın bu geldiği aşamasını ben nispeten olumlu buluyorum, ama yeterli değil. İdari yargı adli yargıyla biraz bütünlük sağlamaya biraz başladı. Sorularımızı tek tek dağıttık. Buyurun.

SALONDAN- Av. Canset Yıldız'ın sorusu: Bu estetik müdahalelere eser sözleşmesi uygulamak gerek, Borçlar Kanunu vekâlet akdine ilişkin madde 505'e odaklanmak daha işlevsiz olmaz mı? Teşekkür ederim.

SİBEL HABİLOĞLU MUTLU- Aslında, vekâleti değil de esere yöneltmek bence daha makul. Çünkü vekâlet sözleşmesinde kusur ve kusurun bulunmaması ya da komplikasyon olarak nitelendirilmesi halinde doktor sorumluluktan kurtulacak, ama eser sözleşmesinde kurtulamayacak. Doktorun kusuru da olmayabilir, bu bir komplikasyon da olabilir, ama eser sözleşmesi bahsettiğim gibi sonucu taahhüt ettiği için doktor her halükarda sorumlu olacak. Yani hasta açısından hangisini kabul etmek daha faydalı? Eseri. İkinci nokta, yeni eser sözleşmesinde taraf ileri sürmese bile hâkim resen onamı araştırmak zorunda, vekâlet dosyasındaysa bunu tarafın ileri sürmesi gerekiyor. Yani aslında Yargıtay 3. Hukuk Dairesi son kararlarında vekâletten ziyade esere doğru gitmeye başladı. Şöyle bir düşünce var: Şimdi avukat dava açtığında ne diyor? Doktor kusurludur diyor, ama onamı yazmamış oraya, onamın alınmaması da bir kusur olduğu için bunun ayrıca belirtilmesine gerek olmadığı yönünde görüşler de var. Dolayısıyla bu da bizi vekâletten ziyade esere yaklaştırır. Yani eser hastanın daha lehine vekâletten ziyade.

İkinci soru: Bir burun ameliyatında hem tıbbi zorunluluk hem de estetik amacı varsa bu işlemde vekâlet veya eser sözleşmesi bakımından hangi hükümler geçerli olur? Bunu bir örnekle anlatayım. Hasta meme küçültme ameliyatı olmak istiyor, oluyor. Hem bu yaşı ilerlediği için sırtında ağırlık yaptığını ileri sürüyor hem de görüntüsünün değişmesini istiyor. Burada ağırlık olarak aslında tıbbi gereklilik mi ağır, yoksa estetik saik mi ağır? Somut olaya göre değerlendirilecek bir şey bu ya da göz kapağı estetiği oluyor. Örneğin, 40 yaşındaki bir insan eğer göz kapağı estetiği olacağım, ağırlık yapıyor diyor ama ayrıca görüntüsü de düzelsin istiyor. İkisi de aslında aynı anda, ama burada ağırlıklı olan estetik

sağlıktır. Ama 60 yaşındaki bir kadının göz kapağındaki sarkma nedeniyle göz kapağı ameliyatı olması, tabii doğal olarak şeklinin de değişmesinde tıbbi gereklilik daha ağırlıklı. Tamamen o somut olayda o dosyadaki anlatımlarda ve davacının ihtiyacının aslında ağırlıklı olarak hangi yöne doğru olduğuna göre belirliyor. Bu tamamen hâkimin yorumuna kalmış bir şey. Eser ve vekâlet sözleşmesi aynı olayda birleşebilir, ama ağırlık hangisinden yanaysa, sözleşme kabul edilip hükümlerinin ona göre uygulanması gerekir.

Tıpta Uzmanlık Kurumu çekirdek eğitim ve müfredatı tanımında estetik uygulama tıbbi işlem olarak tanımlanıyor. O halde estetik eser sözleşmesi bağlantısı doğru olmayabilir mi? Bu kısmını tam anlayamadım, soru kimindi acaba?

SALONDAN- Tıpta Uzmanlar Kurumu uzmanlık eğitimlerinin içeriğini belirliyor. Plastik rekonstrüktif estetik cerrahinin, şunu demeye çalışmıştım: Uzmanlık eğitimlerinin ve bu eğitimden sonra edinilmesi beklenen yetkinlikleri belirleyen Tıpta Uzmanlık Kurulu ve bunu çekirdek eğitim müfredatıyla belirliyor. Sonuçta çekirdek eğitim müfredatında bizim hep estetik diye söylediğimiz zaman plastik ve de rekonstrüktif de içinde olmak üzere bu ameliyatları yapacak hekimin ne yapması gerekir? Şöyle söylüyor, doğuşsal bir anomalisi varsa, sonradan oluşan başkaca bir görüntüyü bozan unsur varsa ya da mevcudun daha iyileştirilmesi, dolayısıyla burada hocam ona kozmetik dedi. Belki kozmetik mi demek lazım? Estetik derken biz aslında tıbbi bir şeyden bahsediyoruz, tıbbın dışında olmayan bir şeyden bahsediyoruz. Dolayısıyla estetik cerrahi dediğimiz şeyi eser sözleşmesiyle bu rahatlıkla ilişkilendirmesek mi acaba diye düşünüyorum.

SALONDAN- Kişiyi ilişkilendirmek değil bu, sonuç odaklı, yani eser sözleşmesinin tanımı nedir? Bir eseri meydana getirip özen borucu içerisinde teslim etme yükümlülüğü altında bu yüklenir. Zaten orada hasta-doktor da demiyor, yüklenici iş sahibi olarak kabul ederiz biz. Eğer bir eserin bir sonucun meydana getirilmesi odaklı bir sözleşme yapılıyorsa, içerik ne olursa olsun bunun adı eser sözleşmesidir. Tıbbi gereklilik nedeniyle yapılıyorsa, bunun adı vekâlet sözleşmesidir.

SALONDAN- Şimdi sonucun vaat edilmesi meselesinde de hani Hocam buradayken bana laf düşmez de, sonuçta reel estetik operasyon sonucundaki herhangi bir sonucu doktorun vaat etmesi de mümkün değil. Kişinin yapısı, beslenmesi, vesaire çok değişken olduğu için hiçbir estetik operasyon sonucunu aslında taahhüt etmek de mümkün değil.

SALONDAN- İşte bunun için onam resen mahkemelerce araştırılan bir husus, yani bu hususta atıyorum, bir burun ameliyatında çökmenin meydana geleceği, dokunun iyileşmeyeceği ya da derisinin kalın olması nedeniyle şişliğin iki sene sürebileceği hususunda aydınlatılmasını vekâletten farklı olarak resen araştırmak durumunda kalıyoruz.

SALONDAN- Ben genel olarak sağlık hukukunun ve doktorla hekim arasındaki ilişkinin zaten tüketici hukukunun içinde olmaması gerektiğini düşünen hukukçulardan olduğum için.

SALONDAN- O ayrı bir tartışma konusu.

SALONDAN- O bahsettiğiniz husus tartışılıyor. Hani bazı hekimlerde, hukukçularda eser sözleşmesi konusunda tartışma var da şimdi en çok benim gözlemlediğim hekimlerin eksikliği, özellikle estetik girişimlerde yeterince aydınlatma ve onam formuna özen göstermemek oluyor.

Yani baştan ayrıntılı konuşulmadığı için sonrasında hasta bize ameliyat insizyon izi var diye malpraktis dosyası geliyor. Şimdi ameliyat oluyorsunuz, bunun bir izi olmaması mümkün mü? Burada biraz hastadan kaynaklanan sorunlar da var, ama hekimden kaynaklanan sorun da var. Yani özellikle eser sözleşmesinde ben bilgilendirmenin yeterli yapıldığını düşünmüyorum. Bir plastik cerrahi hocamız var zaman zaman dosyaları danıştığımız, diyor ki: *“Bazı estetik girişimler nedeniyle önceki hastalarımınla ilgili sonuçları gösteriyorum hasta görsün diye”*, çünkü bazen hastanın kafasında öyle bir imaj uyanıyor ki bana sihirli değnek degecek. Yani yapılan bir tıbbi müdahale, böyle bir şey yok. Biraz sonuçlar hakkında bilgi sahibi olması lazım, yani burada hastaların beklentisiyle de ilgili bir sorun var, ama hekimler de bilgilendirmeyi biraz az yapıyorlar özellikle estetik girişimlerde, yani bu konuda biraz daha ayrıntılı bilgilendirme yapılması gerektiğini düşünüyorum.

SALONDAN- Tıbbi uygulamanın niteliğini tartışıyor olabilir.

SALONDAN- O ayrı bir tartışma konusu, orada farklı görüşler var, ama hani Yargıtayın kabul ettiği eser sözleşmesi estetik girişimlerde.

Av. BERNA ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU- Buyrun.

Prof. Dr. HAYRUNNİSA ÖZDEMİR- Ben Hayrunnisa Özdemir, bölümün anabilim başkanayım Ankara Sosyal Bilimlerde, şimdi hâkime hanım biraz önce söyledi, ama şunu düzeltmek lazım: Her tıbbi müdahaleye eser diyemezsiniz. Çok büyük bir çam devirmek olur. Eser sözleşmesi veya vekâlet sözleşmelerinde tabi kılmak veya onları görmek gerekliliklere, şuna buna göre yapılmamıştır.

Oradaki bir kere hanımefendinin dediği doğru, yani her şeyi esere bağlamak da olmaz. Çünkü insan vücududur, nasıl tepki vereceği bilinmez. Birinde burun çok iyi olur, işte mesela ben de bundan istiyorum diyorsunuz. Bana yapıyor, olmuyor, çünkü kıkırdak doku tutmuyor. Bu sefer yaptı yapmadı, dava açtım. Eser dediğimizde doktoru cezalandırırsınız. Çünkü adam elinden geleni yapmış, ama bir türlü olmamışsa, benim vücudumdan kaynaklanıyor. Aslında bana kalırsa vekâlet olmalıdır. Kalkıp Yargıtay ve sağ olsun Yargıtay bunu otomatikçe bağladı, önüne gelen her şeye eser diyor. Yanlıştır, büyük hak ihlali olur. Dediniz ya hastanın lehine...

SALONDAN- Bazen de aleyhine olur.

Prof. Dr. HAYRUNNİSA ÖZDEMİR- Yani sırf lehine olduğu için bir şey eser olmaz, sırf aleyhine olduğu için bir şey vekâlet olmaz. Bence hanımefendinin dediği gibi bunu hem tüketiciden çıkarmalıyız hem de tüketici mahkemelerinin yetki alanından çıkarmalıyız. Sizlerin kuruluş amacı biz gariban tüketicileri korumak için de ne tüketiciyi koruyabiliyor, ne bir şey yapabiliyor, yükü çok oldu, asliyelere görev kalmıyor. Yani yeni hâkimlere tüketiciye veriyorlar, ama yeni hâkimlerin önüne daha iyi ve çözülmesi zor sorunları koyuyorsunuz. Büyük bir haksızlık bence. Kaldı ki öbür taraftan da tıbbi müdahalelerin bu şekli böyle bölünmesi ne yazık ki yanlış olur, aleyhine olur. Şimdi aleyhine dedim, düşünün, mesela, Tarkan'ın dişleri, ben de bundan istiyorum. Gidiyorum aynı adama para veriyorum, tutmuyor, olmuyor. Bu adama dava açtığınızda eser diyeceksiniz, resmen adamı cezalandırmış olursunuz. Çünkü benden kaynaklanan bir şeyden dolayı olmuyor. Yani bu Cemil İpekçi'nin gelinlik dikmesiyle Murtaza'nın ev yapması gibi bir şey değil ki madde benim, yani insan vücudu, bilemezsiniz nasıl bir tepki vereceğini, onun için bunların hepsi eser, bunların hepsine birden vekâlet demek her şey için normal hüküm vekâlet iyi olur. Çünkü herkesin işine yarar. Eser özel bir düzenlemedir, özelliği vardır. Bir şeye eser demek çoğu zaman yanlış olur. Yani onun iyi nitelendirilmesi lazım Yargıtayın da, hâkimlerin de, bence bunun üzerinde çok iyi durmamız lazım. Teşekkür ediyorum.

Av. BERNA ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU- Özel bir alan, gerçekten özel bir alan, özel kanunlarıyla ve hassasiyetle zaten sorumlulukları neyi aslında irdeliyor yargı? Özen yükümlülüğünü temelde, sizin de katkınız olacaktır sanıyorum.

Doç. Dr. EMEL BADUR- Teşekkür ederim. Bu eser-vekâlet tartışması bizim biraz kanayan yaramız. Sadece rıza açısından girmek isterim. Birkaç görüş oluşturacağım, ama en azından kayıtlara geçmesi gerektiğini düşünüyorum.

Bana soracak olursanız ister eser sözleşmesi ister vekâlet sözleşmesi ve tıbbi müdahaleye rıza rızadır. Rızaya dayanmayan ve başkaca bir hukuka uygunluk sebebi olmayan bütün tıbbi müdahaleler hukuka aykırıdır. Sabahki oturumun devamında bunları söylemek zorundayım. Hocam diyor, Sayın Hocam aydınlatma, aydınlatmanın sınırları belli, eser de deseniz aydınlatacaksınız, vekâlet de deseniz aydınlatacaksınız ve o rıza illa aydınlatmaya dayanacak. Kişisel görüşüm şu, bunu söylemek zorundayım: Bilmiyorum hekimler bana katılacak mı, ama canlı dokuda sonuç var edebiliyor musunuz? Hani eser bizim için evet, bina inşa etmektir. Hayrunnisa Hocaya katılıyorum, proje çizmektir. Peki, benim burnumu şuraya kaldırmak eser olabilir mi? Bunun sonucunu hangi hekim taahhüt edebilir bana ve TMK 502. Maddenin 2. Fıkrası orada dururken bu kanunda düzenlenmemiş bütün iş görme sözleşmelerine vekâlet hükümleri uygulanır” derken biz birtakım tıbbi müdahaleleri ayırıp, bunlara eser hükümlerini uygulayalım nasıl diyebiliriz? Bana sorarsanız diyemeyiz.

SALONDAN- Şöyle Hocam, kişisel fikrimi sorarsanız bir tıbbi müdahalenin sözleşmeye göre ayrılmasını biz eser olarak yorumluyoruz. Benim burada anlattığım tamamen Yargıtay uygulaması, Yargıtayın kabul ettiği içtihatlar ve bunun üzerine mahkemeler olarak uymamız gereken bir durum. Tabii ki tartışılır mı? Kesinlikle tartışılır. İkincisi, kişinin daha lehine bir eser, bu kişide eser uygulayalım diye bir şey yok. Şunu yargılama açısından, literatür olarak tabii ki görüşleriniz çok değerli, uygulama açısından burada konuşuldu. Yani uygulama açısından eser ve vekâlet, kişinin bir eser sözleşmesi olarak nitelendirdiğimiz onamı resen araştırmak diyebiliriz. Vekâlet avukat bunu ileri sürmemişse veya atlamışsa, hâkim bunu resen araştırmak zorunda değil.

Doç. Dr. EMEL BADUR- Hâkime Hanım mesela, bu kısmını da tam oturtturamıyorum kafamda.

SİBEL HABİLOĞLU MUTLU- Bu da yeni, şimdi şöyle, bu usulle ilgili iddianın ve savunmanın genişletilmesi yasağı kapsamına tabu olup, çünkü yine sözleşmenin niteliği itibariyle eserde sonuç vaat edildiği için sonuca ilişkin bir taahhütte bulunup bulunmadığını, sözleşmenin gereği de bu, yani niteliği itibariyle araştırmak zorundasınız. Çünkü sonuç eser sözleşmesinin ana konusu, vekâlette sonuç ana konu değil, işin görülmesi ana konu. Bu nedenle resen girilmiyor. Tabii ki Yargıtay görüş değiştirir, bundan döner, o ayrı bir şey.

Yani eser ve vekâlet olarak ayrılmasının nedeni hangilerine Yargıtay eser diyor, hangilerine vekâlet diyor? Dedığınız gibi bir burun ameliyatı doktorla görüşmeye gittiğinizde size, ikimize ayrı burnu yaptırılabilir. Sizdeki sonuç dokunun kalınlığı, dokunun değişmesi, ikimizde farklı, tabii ki bunu taahhüt edemez. Onun için onam aranıyor. Zaten siz burada hastaya bunun sonucunda burnunuzda çökme olacak, şişliğin geçmeyecek, bu yönde bir bilgilendirme yaptınız mı, yapmadınız mı? Eserde bu nedenle resen veriliyor, sonuç odaklı vekâlette resen verilmiyor. İleri sürmesi gerekiyor. Çünkü sözleşmenin konusu sonuç değil, işin görülmesi. Bu arada yeni hâkimlere tüketici verilmesi de çok güzel, ben 13 yıllık hâkimim. Yeni gelen hâkim arkadaşları da çok tebrik ediyorum, gerçekten bizden daha donanımlı doktoralı, iki-üç dil bilen, her şeyi çok araştıran yeni meslektaşlarımıza da bilmiyor gibi bakmak yerine sahip oldukları bilgiyi desteklememiz gerektiğini de düşünüyorum.

SALONDAN- Sizinle ilgili değil, hukuki olarak şöyle, konu tabii ki tartışılabilir. Neden vekâlet verildi, neden eser verildi? Dokular farklıdır, ona göre ayrılması gerekir, şahsi kanaatimi sorarsanız ben de böyle düşünüyorum, ama yargılamada bizim nasıl yaptığımız, kendi şahsi görüşümden ziyade Yargıtay uygulamasını ve dolayısıyla bizim uygulamalarımızın nasıl geliştiğini anlattım. Yani bunu o ayrımdan gidersek...

SALONDAN- Zaten sadece yargı uygulamasına dair bir karşıt görüş ifade etmek istiyorum. Benim de sizin kişisel görüşünüze ya da söylediklerinize itirazım yok, ama yargı uygulamasındaki bu bölünmüşlüğe doğrusu itirazım var. Onamla ilgili kısımda da var, çünkü onam ister vekâlet, ister eser diyelim, bizim temel aramamız gereken husus tıbbi müdahale...

SALONDAN- Şu konuda çok haklısınız Hocam. Onam alınmadığında biz otomatik onu kusur sayıyoruz ve tazminatla yükümlü sayıyoruz. Zaten dava açılırken davacı kusurlu olduğunu söylüyor. Onam zaten bence kişisel görüşüm budur, kusurun içeriğini değerlendirmesi gerekiyor. Ayrıca bunu ileri sürmesine gerek yok, ama dediğim gibi sorgulama ve Yargıtay içtihatları bu yöndedir.

Av. BERNA ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU- Teşekkür ediyoruz.

Prof. Dr. GÜROL CANTÜRK- Çok kısa, ben eksik aydınlatmaya vurgu yapmak istedim. Çünkü bize gelen dosyalarda görüyoruz, yani bu eserdir, bu vekâlettir o ayrı bir konu, hukukun konusu, ama biz şöyle görüyoruz dosyada: Hasta geliyor, estetik cerrah diyor ki çok güzel olacak. Hasta da sihirli değnek degecek zannediyor. Operasyon bittikten sonra beğenmedim diye dava açıyor. Yani bunlar çok sübjektif yaklaşımlar, beğenmedim demenin de bir anlamı

yok. Ortaya somut bir şey konulmamış, yeterli bir aydınlatma, bilgilendirme yapılmamış. Hasta da neyle karşılaşacağını bütün ayrıntılarıyla öğrenmemiş, sorun oradan kaynaklanıyor. Yani ben iki tarafta da sorun olduğunu zannettiğim için söyledim. Teşekkür ederim.

SALONDAN- Komplikasyon olgularında onam eksikliği durumunda adli yargıda maddi tazminatta hekim tam olarak sorumlu tutulurken idari yargıda sadece manevi tazminatla sorumlu tutulması hakkında ne düşünüyoruz? Şöyle, ben aslında birlikte cevap vereyim Hocam sizin sorunuza, adli yargı ve idari yargı bu konu için değil, bütün konularda farklılık olan noktalar var ve bu noktalar gerçekten insanların çok mağduriyetine, kişisel olarak görüşüm bu. Yani birinin kusur saydığını diğeri kusur saymıyor ve tazminat var diyor. Yani adamın suçu devlette olması ya da adamın suçu özel hastanede olması olmaması gerekiyor. Kesinlikle bu konuda birleştirici bir görüşün olması gerekiyor. Çünkü hastaneye göre mağduriyetlerin, tazminatların değişmemesi gerekir. Büyük bir ihtimal Hocam o kısmı tamamlar, belki şöyle düşünülür: Şimdi bizde onamın alınmaması kusur sayılıyor. Kusur sayıldığı için tazminata hükmediliyor.

Dr. Öğr. Üyesi MELİKE ÖZGE ÇEBİ BUĞDAYCI- İdari yargıda sizin söylediğiniz mesele problemlili bir alan. Danıştay içtihadına baktığımızda komplikasyon varsa kusur yoktur o halde maddi tazminatın reddine yönünde kararlar çıkıyor. Bununla birlikte komplikasyon sebebiyle bu kişi elem, acı, üzüntü duydu, o yüzden manevi tazminat talebinin kısmen kabulüne ya da kabulüne diyebiliyor yargı pratiği. Danıştay'ın bu uygulaması eleştirilen bir uygulamadır. Eğer tazminata hükmediyorsan, o zaman burada sorumluluğun sebebinin de belirlemiş olman gerekir, fakat sorumluluğun dayanağını göstermiyor, yalnızca duyulan eleme, acıya dayanılıyor. Şimdi komplikasyon nedeniyle kusur yok diyorsak, o halde manevi tazminata nasıl hükmediliyor? Burada manevi tazminat taleplerini kusursuz sorumluluk prensibine de dayandırmıyor. İdare mahkemeleri manevi tazminata hükmedilebilmesi için sunulan sağlık hizmetindeki birtakım eksikliklerin yeterli olacağını, illiyet bağı bulunmadığı hallerde dahi manevi tazminata hükmedilebileceği kabul ediyor. Sorumluluk sebebinin açıkça ortaya koyamadığı için mahkemelerin bu şekilde vermiş olduğu manevi tazminat kararları tazminat hukukunun temel prensipleriyle örtüşmediği için eleştirilmektedir. Zira illiyet bağı tazminata hükmedebilmek için olması gereken asgari koşullardandır. Teşekkür ederim.

Dr. Öğr. Üyesi MELİKE ÖZGE ÇEBİ BUĞDAYCI- Hemen oradan devam edeyim mi? Bir soru vardı Av. Hamid İnanc Beyefendi'nin. İdare hukukunda kamu hizmetinin anonimliğinden değil, hizmet kusurunun anonimliğinden

bahsederiz. Hizmet kusuru anonimdir, çünkü kamu hizmetini yürüten personelin şahsıyla bağlantı kurulmasına gerek olmayan bir kusurdur. Personelin kusurunu ya da zarar hangi personelden kaynaklanmış tespit edemiyoruz; fakat ortada bir zarar var. Bu halde de idarenin hizmet kusuru ilkesi uyarınca sorumlu tutulması gerekir. Zira hizmet kusuru personelin şahsıyla ilişkilendirilmesi gerekmeyen anonim bir kusurdur diyoruz. Teşekkür ediyorum.

SİBEL HABİLOĞUL MUTLU- Bir soru daha var. Doç. Dr. Görkem Ertuğrul: Ülkemizde işitme cihazı uygulama ve reçeteleri hastanelerin odyoloji ünitelerinde odyologlar tarafından gerçekleştirilmektedir. Odyologların meslek tanımlarında yer aldığı gibi ancak işitme cihazı reçete ve raporlarında sorumlu olduğu, imza hakkı bulunmamaktadır. KBB hekimi imzalamaktadır. Tüm sorumluluğun hekime yüklendiği sağlık sisteminde işitme cihazı uygulamalarında hastanın yaşadığı malpraktis durumlarında asıl sorumluluk kime aittir? Reçeteyi imzalayan hekim mi, yoksa imza hakkı bulunmayan, ancak hasta takibi yapan odyologların mı? Bunun aşamalarını da bilmediğim bir konu olduğu için işitme cihazlarında nasıl sonuçlar çıktığı hakkında bir fikrim yok. Bu somut olaya göre değişebilecek bir şey, yani soruya tam bir cevap veremeyeceğim. Hangi zararlı sonuçların doğduğu, o aşamada nelerin olduğu hakkında bir fikir sahibi değilim.

Doç. Dr. GÖRKEM ERTUĞRUL- Hâkime Hanım, çok teşekkür ederim. Soruyu kime yöneltsem diye düşününce sizin işitme cihazıyla ilgili konuşmanızın sonuna yetişebildim. Bir farkındalık yaratmak için aslında bu soruyu yönelttim, biliyorum hani çok genel kapsamlı ve sizin cevaplamanızı açacak bir soru böyle genel olunca. Doç. Dr. Görkem Ertuğrul Türkiye Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları Uzmanları Derneğini temsilen Hacettepe Üniversitesi Odyoloji Bölümünün öğretim üyesi olarak buradayım. Sevil Hocam sunum yapmak için bizim fakültemizi ziyaret ettiğinde bizi bu Kurultaydan haberdar etti. Sayın Başkanımıza da, Ankara Barosuna da, tüm katılımcılara da, konuşmacılara da çok teşekkür ederiz. Bizler sağlık mesleklerini ve odyologları temsilen bu kurultaydayız. Biz de kendi içimizde çok sıkıntılar yaşıyoruz. Ancak genel olarak sağlık meslekleri sadece tıp hekimlerinden oluşmuyor. Burada hekime de çok fazla sorumluluk verilmiş durumda, birçok hekim hocam ve hekim arkadaşlarım da sırf hekimin ön planda olduğu bir sağlık sisteminde kendi kapsamları dışında kalan konularda bile yetkilendirildikleri için sorumluluk alıyorlar ve sağlıkla ilgili bir sürü davalarla muhatap olmak zorunda kalıyorlar. Bizlerden hâkimler bilirkişilik rica ediyorlar dernek olarak, bunlara katılıyoruz. Ancak bir yönetmeliklerde de meslek tanımlarında sıkıntılar var. Sağlık Bakanlığı olarak

meslek haklarını güncelleme ve meslek tanımlarını güncelleme toplantılarına da katılıyoruz dernek olarak, ama yıllardır çözülememiş, hâlâ hangi iş kimin? Örneğin, burun ameliyatına örnek verildi. Burun ameliyatı estetik cerrahinin alanı mıdır, yoksa KBB hekiminin alanı mıdır? Bu bile bir cerrahi açıdan bir muamma, bizde işitme cihazları ve implantlar, kulak implantları konusunda böyle sıkıntılar hastalarda yaşıyoruz. SGK geri ödemelerini yapıyor hastaların, ama hastaya önerilen işitme cihazı kulak içi bir işitme cihazı ve hasta yarar sağlamıyor. Ben odyolog olarak hastanın işitme cihazından yarar görmediğini söylediğimde *“ama doktor bana bunu al dedi”* diyor. *“Benim raporumu siz yazdınız, ama falanca doktor imzaladı”* diyor. *“Uygun değilse niye imzaladı”* diyor. Yeni cihaz almalısınız diyoruz, 30.000-40.000 lira bir cihaz şu anki döviz kurunu da dikkate alırsak, hastaya şimdi ben odyolog olarak yeni bir işitme cihazı alması gerektiğini söylediğimde tepkiyle karşılaşıyorum, ama benim hekimim siz değilsiniz deniliyor. Hekim arkadaşla gidip hocam, bunda kanal içi cihaz yazmışsınız, kulak arkası olmalıydı deyince hekimle odyolog çatışması başlıyor. Yani bir farkındalık yaratmak için bu soruyu yöneltmişim. Çözumsuz olduğunu, burada yanıtlanamayacağını çok iyi biliyorum. Çok teşekkür ederim, iyi çalışmalar diliyorum.

Prof. Dr. GÜROL CANTÜRK- Teşekkür ederiz. Tabii çok teknik söyledikleriniz, ama benim değindiğim bir yönetmelik var. Sağlık meslek mensuplarının görev ve sorumluluklarına dair yönetmelik, orayı açıp bakarız. Odyolog için ne diyor, yetkisi nedir, sorumluluğu nedir, onu yerine getirmiş mi? Bizde pek çok tıbbi uygulamada mevzuatımıza göre yetki de, sorumluluk da genelde hekimde, eğer odyolog kendi başına bir şey yaptıysa danışmadan, sormadan o zaman sorumlu olabilir, ama onun dışındaki pek çok şeyde genelde hekim sorumlu tutulur.

Doç. Dr. GÖRKEM ERTUĞRUL- Meslek tanımlarında geçtiği halde imza hakkı yok hâlâ.

Prof. Dr. GÜROL CANTÜRK- O imza hakkı ayrı bir şey, ona ben bir şey diyemem. Hızlıca diğer sorulara geçeyim. Av. Büşra Aslan: Teşhis aşamasında gerekli tetkikler yapılmadan ya da geç yapılarak tedaviye geçilmesi tıbbi uygulama hatası olarak kabul edilir mi? Evet, edilir. Ne diyordu Yargıtay? Güncel tıbbi uygulamanın yapılıp yapılmadığı, tıp standartlarına uygun davranılıp davranılmadığı, eğer o hastalıkta o tetkiklerin yapılması güncel tıbbi uygulamada varsa yapması gerekir, yapmadıysa kusur kabul ederiz.

İsim yazmamış: Komplikasyon varsa hekim sorumluluğuna gidilir mi? Komplikasyon sorumluluğun sorgulanmasına engel midir? Bir toplantıda bir hukuk hocası bana şöyle sordu: Ne yani komplikasyon olursa hekim sorumlu olmayacak mı? Evet dedim. Şimdi yargı kararı gösterdim yüksek yargı kararı, doğru yapılan işin istenmeyen sonucu, hekim doğru yaptıysa burada sorumluluk mu yükleyeceğiz? Yani bilmiyorum, sizin takdirinize bırakıyorum onu, ama komplikasyon yönetiminden dolayı hekimi sorumlu tutabiliriz; komplikasyon olan müdahalesi ya da yetersiz idaresi.

Av. GİZEM İREM- Özellikle büyük hastanelerde ameliyat sonrası servise nakil esnasında geçen uzun süre ve hastanın bu sürede vitallerinin düşmesi hususunu nasıl değerlendiriyorsunuz malpraktis yönünden? Çok somut olmamış. Şimdi uzun süre ne kadar uzun süre? Çünkü biliyorsunuz ameliyatlardan sonra uyanma odası denilen bir oda var, orada bekleniyor. Yani hastada bir komplikasyon gelişti mi, uyanabildi mi, kendine geldi mi? Tabii ki burada vakaya göre uzun süre ne kadar, artık çok uzun beklendi ya da vitaller ne kadar düştü, ona göre biraz olgu bazında herhalde değerlendirmek lazım.

Av. PINAR AKSOY GÜLASLAN- Rezerv sebep nedeniyle illiyet bağının tam kurulamadığı durumlarda hekimin tüm zarardan sorumlu tutulması hakkında ne düşünüyorsunuz? Sibel Hanım'a da sorulmuş. Yani şimdi sebep-sonuç ilişkisi illiyet nedensellik tam kuramıyorsak sorumlu diyemeyiz, kusurlu diyemeyiz, ama rezerv sebeple ilgili somut bir örneğiniz varsa onun üzerinden konuşabiliriz.

SALONDAN- Çocuk prematüre doğmuş ve sonrasında da gözde körlük meydana gelmiş. Rop muayenesi zamanında yapılmamış bu çocuğun, ama yapılsa dahi gözünde körlüğü engelleyemeyecektik, yani bunun bir tedavisi yoktur dolayısıyla, bu bir rezerv sebep, çocuğun daha önceki durumunda var olan bir sebep. Bundan dolayı hekimi Rop muayenesini zamanında yapmayan ya da bu şekilde hastayı yönlendirmeyen hekimi sorumlu tutabilir miyiz örneğin ya da kişinin böbrek yetmezliği var. Bununla ilgili Yargıtayın bir-iki tane kararı var. Böbrek yetmezliği başlamış ve hasta bununla ilgili ilaçlar kullanılıyor, ama hastanın olması gereken başka bir tıbbi sorunuyla ilgili olması gereken bir ameliyat oluyor. Mesela, anjiyo oluyor ya da burun ameliyatı oluyor. Yargıtayın ilk kararında birinde burun ameliyatı, birinde de anjiyo oldu hastanın durumu, burada hastaya verilen ilaçlar mesela, anjiyoda verilen kontrast madde var. O madde böbrek fonksiyonlarını daha da çok bozan bir madde, ama hekim diyaliz için gerekli maddeleri hastaya vermiş, ama yine de böbrek yetmezliği biraz daha hızlı ilerlemiş ve bu hasta böbreğini kaybetmiş. Yargıtayın diğer vakasında burun ameliyatı oluyor hasta, yine böbrek hastası ve burada

ameliyat esnasında verilen birtakım ilaçlar sebebiyle hastalık ilerliyor ve hasta yine böbreğini kaybetmek zorunda kalıyor. Bu iki durumda da tam böbreğini kaybetmesinden dolayı oradaki işgücü kayıplarından hekimi sorumlu tutmak mümkün mü, değil midir? Birinci karar, Yargıtayın bununla ilgili kararında mesela, Yargıtay bunu hayır, hekimi sorumlu tutamazsınız dedi. Kalp ameliyatıyla ilgili olan karardaysa Yargıtay şöyle bir görüş verdi: Yerel mahkeme iki kere dosyayı reddetti, hekim lehine reddetti burada hani bu olamaz diye, ama Yargıtay aydınlatılmış onam eksikliğinden dolayı bozdu, ama benim sorum o alana ilişkin değil, benzer sebepten dolayı ortaya çıkan sonuçtan hekimi tam olarak sorumlu tutmak mümkün müdür, değil midir ya da dikkat edilmesi gereken başka şeyler var mıdır? Buradaki kusur oranlarını incelemeye girmeli midir yerel mahkeme? Hani yapsaydı ne olurdu, yapmasaydı ne olurdu, bunu tartışmalı mı Yargıtay?

Prof. Dr. GÜROL CANTÜRK- Evet, burada tabii genel yaklaşımımızı vurgulamak lazım. Tıbben yapılması gerekenler yapılmış mı, yapılmamış mı, onu sorgulamak lazım. Çünkü her hastalıkta bir tıbbi algoritma var, tedavi seçenekleri var, cetveller var. Buna uygun davranmış mı, davranmamış mı? Hani bilirkişi buna bakabilir, konunun uzmanına bunu sorabilir. Biz bir rapor yazmıştık mesela, radyoloji uzmanı evden icap tutuyor, beyin tomografisini gönderiyorlar bak diye, o da bir şey yok diye cevap veriyor. Hasta ölüyor, sonradan bakılıyor ki aslında tomografide yaygın beyin içi kanama var. Yani bunun görülmemesi mümkün değil, bu bir kusur net olarak, ama mahkeme şunu sormuştu: Görseydi kurtulma ihtimali var mı? Yok. Kusurlu, ama görseydi de, söyleseydi de, yani o radyolog değil ben de baksam ben de görürdüm. Radyoloji uzmanı değilim, hani görülmesi gereken bir şey, orada ağır kusur var, ama sonuca etkili olacak mı? Hayır, zaten beyin içi kanamanın kurtulma şansı yok. Teşekkür ederim.

Av. SEVİL ALOĞLU- Bana gelen bir soru var, şöyle okuyorum: Hekim dışında sağlık personelleriyle ilgili günümüz mevzuatımızı yeterli buluyor musunuz? Şimdi çok sayıda kitapta redakte yaptığım için imla kılavuzuna çok dikkat ediyorum. Personel zaten çoğul, personeller olunca iki kere çoğul oluyor. Özellikle hekim dışı sağlık personeli demeye ben çok dikkat ettim. Günümüz mevzuatı zaten yok ki 1952 yılında daha çıkarılan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu hâlâ geçerli. Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği 1982 yılında çıkarılmış. Üstelik bu torba yasalarla bütün diğer kanunlarda olduğu gibi çok fazla çelişen yönetmelik ve kanun var. Ben hekim dışındaki sağlık personelinin günümüz mevzuatını nasıl yeterli bulabilirim? Hiçbir konuda hangi kanun yeterli, siz bana söyler misiniz? Teşekkür ederim.

Av. BERNİ ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU- Çok adet olmamakla beraber oturum başkanına da soru geldi. Ben soru için teşekkür ediyorum öncelikle, bu alana gerçekten ucundan kıyısından destek vermeye çalışıyoruz. Aslında kurulumuzu temsilen bir grup hemşire, aynı zamanda meslektaşım katılımınız için teşekkür ediyorum. Devlet ve özel sektör hastanelerinde hasta hakları yönetmeliğinde baro ve sağlık birimlerinin iletişim ve danışmanlık alma gibi konularda bir prosedür var mıdır, yoksa bu konuda düşünceleriniz nedir? Böyle bir prosedürün olmadığını çok emin olarak söyleyebilirim. 2007 yılından beri kurul olarak çalışmaktayız. Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulunun pek çok doktora seviyesinde, hatta profesörlerimiz var kurulumuzun içerisinde, bu noktada bir bağlantıya, bir işbirliğine her meslektaşımızla öncelikle hazırız, ama günümüzün düzenlemeleri ve en son şu anda yapılan bir düzenlemeyle ayrı bir etik kurullardan bile hukukçuların ayıklanması gibi böyle düşüncelerin olduğu bir aşamaya geldiği ve gerçi bu araştırmalar çok özel bir alan, ama onun dışındaki etik kurullarda da hukukçuların hareket alanlarının çok sınırlandırıldığına şahidiyiz. Aranızda buna çok büyük destekler verenler var. Bu alan bir tek hukukun bildiği alan değil, kabul, bu alan ama sadece sağlığın bildiği bir alan da değil. Bu konuda biz girişimlere çok olarak açığız. Öncelikle konuşmacılara çok çok teşekkür ediyorum, çok keyif aldık. Sizlerin soruları için de çok çok teşekkür ediyorum. Oturumu kapatıyorum, teşekkürler.



X. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

Üçüncü Oturum
(20 Ekim 2023)

SAĞLIK HUKUKUNUN BUGÜNÜ VE GELECEĞİ

Oturum Başkanı

Av. Betül GÜLER

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkan Yardımcısı

Konuşmacılar

Prof. Dr. Hayrunnisa ÖZDEMİR

Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi Medeni Hukuk Anabilim Dalı Başkanı

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Arif Hüdai KÖKEN

Kırşehir Abi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Aybike TUNÇ

Hacı Bayram Veli Üniversitesi Hukuk Fakültesi Medeni Hukuk Anabilim Dalı

Dr. Furkan Güven TAŞTAN

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hukuk Fakültesi Medeni Hukuk Anabilim Dalı

GELECEKTE KİŞİSEL SAĞLIK VERİLERİN KORUNMASI

Prof. Dr. Hayrunnisa ÖZDEMİR

Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi

Medeni Hukuk Anabilim Dalı Başkanı

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Üyesi

ÖZET

Kişisel verilerin korunması, uzun yıllardır hukuk zemininde ele alınmaktadır. Kişilik hakları, özel hayatın gizliliği, kişinin toplum içindeki şeref ve itibarının korunması gibi hususları kişisel verilere sıkı sıkıya bağlı haklardandır. Son olarak, Sanayi Devrimi ile birlikte sağlık haklarının da hukuk zemininde ele alınması ihtiyacı doğmuştur. Sağlık hukuku alanında ele alınan sağlık hakları, kişinin ailevi hayatından cinsel hayatına kadar birçok noktayı kapsamaktadır. Sağlık hukuku, günümüzde kişisel sağlık verilerinin tartışılmasını mümkün kılmaktadır. Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nda hassas nitelikli veri olarak ele alınan kişisel sağlık verilerinin günümüz teknolojisinde her geçen gün güncel tutularak korunmaya ihtiyacı bulunmaktadır. Yeni kavramlar, yeni uygulamalar, salgın ve olağanüstü dönemlerde sağlık verileri üzerinde alınan kararların somut olaya göre değerlendirilmesi önem arz etmektedir. Çalışmamızda sağlık hukuku ve kişisel sağlık verileri üzerindeki önemli kavramlara değinilecek olup, gelişmeler hukuki çerçevede ele alınacaktır. Bu çerçeve mahkeme kararlarıyla desteklenerek, sağlık hukuku açısından güncel gelişmeler değerlendirilecektir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Kişisel Veri, Sağlık Verisi, E-Nabız

GİRİŞ

Tarih boyunca bireylerin sahip olduğu veya gelişmeler neticesinde sahip olabilecekleri haklar tarih boyunca tartışılmıştır. Sağlık hukukunun alt zemininin oluşması bakımından sağlık hakları da 19'uncu yüzyıldan bu yana tartışma konusu yapılmıştır. Uluslararası anlamda Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirisi'nde yer alan sağlık hakları Türk Hukuku'nda da Anayasa ve çeşitli kanunlar çerçevesinde gelişme göstermiştir. Bu açıdan Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kişisel sağlık verilerinin korunmasını düzenleyen ayrıntılı hukuk metinlerinde ilki sayılabilir. Bunun yanında Umumi Hıfzısıhha Kanunu, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü ve en önemlisi kişinin vücut bütünlüğünün korunmasına vurgu yapan ve kişinin rızası olmaksızın hiçbir niyetle kişiye tıbbi

müdahalede bulunulmasını yasaklayan Anayasa'nın 17'nci maddesi bunlardan-
dır. Bununla birlikte bireyi hem kendisinden hem çevresinin sağlığına ilişkin
gerçekleştirebileceği tehlikelerden koruyan Medeni Kanun'umuzda hukuki
koruma sağlayan yasal metinlerimizden sayılmalıdır. Hasta Hakları Yönetme-
liği de sağlık hizmetlerinin ve hasta haklarının düzenlendiği ve hastalara çeşitli
hakların tanındığı ikincil hukuk düzenlemelerindendir.

Sağlık hukuku, kişisel sağlık verileri dendiğinde akla bireyin fiziki, ruhi
veya sosyal açıdan sahip olduğu her türlü sağlık verisi girmekte ve koruma
altına alınmaktadır. Sadece kişinin içinde bulunduğu sağlık durumu değil,
tedavi süreçleri, sağlığının korunması için atılacak adımlar, uygulamalar, bu
yönde alınacak ilaç ve tedavi yöntemleri gibi alanlar da kişisel sağlık verileri
kapsamında korunmaya muhtaç alanlardır. Sağlık hukuku aynı zamanda hasta
haklarını düzenlerken, özel ve kamu sağlık kuruluşu ayrımı yapmaksızın bireyle
kuruluşlar arasındaki sorumluluk ve yükümlülükleri de düzenlemektedir. Bunun
yanında kişisel sağlık verileri sadece kişinin kendi sağlığıyla ilgili verileri değil,
sağlık kuruluşlarının, hekimlerin, sağlık kuruluşlarında çalışan personelin de
elde ettiği her türlü veriyi kapsamına almaktadır.

Kişisel sağlık verileri özel hayatın gizliliği, kişilik hakları gibi Anayasal koruma
altında bulunan temel hak ve özgürlükleri de etkilediğinden hassas ve özel nite-
likli veriler kategorisinde ele alınmaktadır. Bu sebeple, bu alanda yapılacak her
türlü yeniliğin, elde edilecek her türlü verinin de hassas verilere uygun şekilde
işlenmesi ve kaydedilmesi zorunludur. Kişisel sağlık verilerine yönelik bilgileri
veri kayıt sistemlerinde tutmak için hareket eden yetkililerin hukuka uygun
hareket etmesi, önceliğin bireyin haklarını korumaktan geçtiğini bilerek verilerin
akıbetini belirlemesi önem arz etmektedir. E-nabız, medula, doktor randevu
sistemleri gibi kayıt sistemleri; sağlık verilerinin yoğun biçimde işlendiği, sağlık
sisteminin gelişmesinde, sağlık hukuku açısından yükümlülük ve hareket alanını
belirlemede kuruluşlara ve bireylere kimi zaman kolaylıklar sunan sistemlerden
bazılarıdır. Kişisel sağlık verilerini barındıran bu uygulamaların hukuka uygun
biçimde varlığını sürdürmeleri gerekmektedir. Örneğin, bireyler söz konusu
uygulamalardaki verilerinin düzeltilmesi, silinmesi, yenisinin sisteme işlenmesi
noktasında bilgilendirilmelidir.

Sağlık hukuku kapsamında kişisel sağlık verilerinin hukuka aykırı biçimde
kullanılması, ele geçirilmesi, hukuka aykırı bir faaliyetle gündeme gelmesi sonu-
cunda hukuki ve cezai sorumluluk gündeme gelmektedir. Hukuki sorumluluk
beraberinde manevi ve maddi tazminatı gerektirirken, ceza hukuku bakımından
hukuka aykırı faaliyet cezai sorumluluğu doğuracaktır. Buna göre “*bilinmemesi*

veya öğrenilmemesi” gereken bir verinin bir suç unsuru olarak kullanılması halinde kişinin ceza sorumluluğu doğacaktır. Olağanüstü durumlarda, somut uyumsuzluklar için hukuki düzenlemenin yapılmasının gerekli olması halinde veya bir yargısal sorumluluğun gündeme getirilip sorumlu kişilerin tazminat ve ceza almalarını sağlamak noktasında devletin pozitif yükümlülüğü bulunmaktadır. Devlet, kişisel sağlık verilerini önceleyerek bireyin ailevi, manevi, maddi, itibari hayatını korumakta pozitif yükümlülük altındadır. Diğer taraftan, bireyin vücut bütünlüğüne zarar vermemek, istenmeyen tıbbi müdahalelerden istisnalar haricinde kaçınmak ise devletin negatif yükümlülüklerindendir. Çalışmamızda, yukarıda özetle belirttiğimiz ve temelini sağlık hukuku ve kişisel sağlık verilerini oluşturan kavramlar, yasal düzenlemeler, yargı kararları ve uygulamadan örneklerle tartışılmaya çalışılacaktır.

I. SAĞLIK HUKUKUNUN TARİHÇESİ VE YASAL DÜZENLEMELER

Bireylerin hakları insanlığın var olduğu günden beri tartışılmaktadır. Bir hak grubu olarak sağlık hakkının insanlar arasında tartışılması 19’uncu yüzyılda Sanayi Devrimi’nde işçilerin sağlık sorunlarıyla birlikte gündeme gelmiştir. Bu tarihten sonra Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirisi’nde yer bulan sağlık hakkı, kişinin kendisinin ve ailesinin iyi yaşam koşullarına sahip olmasını kabul etmektedir. Sağlık hakkı, günümüzde varlığı en doğal haklar arasında sayılan pozitif statü hakkıdır.¹

Günümüzde dijitalleşmenin de getirdiği yenilikler neticesinde sağlık hakkı daha fazla gündeme gelmektedir.² Sağlık hukuku alanında mevzuatımızda genel bir hukuk metni bulunmamakla birlikte uyumsuzluklara çözüm olarak kullanılan yasal metin 24.03.2016 tarihinde kabul edilen Kişisel Verilerin Korunması Kanunu’dur. Kişisel verilerin korunmasıyla bağlantılı olan sağlık hukukuna ait mevzuatın ilki ise 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’dur.³ Kanunda kişisel verilerin korunması için, frengi hastalığının ihbarı halinde dahi mahremiyete saygı gösterilmesi gerektiğine hükmedilmektedir.

¹ Özge Nefise Kaya, Kişisel Verilerin Korunması Kapsamında Hasta ve Hasta Yakınlarına Gerçeğin Söylenmesi. Seçkin Hukuk: Ankara, 2023, 61.

² Doğan Kılınç, “Anayasal Bir Hak Olarak Kişisel Verilerin Korunması”, AÜHGD, 61, 3 no, (2012), 1116.

³ Müslim Demir, “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu Üzerine Bir İnceleme.” Çalışma Ve Toplum, 3, 62 no, (2021): 2021.

Diğer mevzuat hükmü ise, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nde yer almaktadır. Tüzük'ün önemli yapı taşları arasında özel hayat, hekimlerin⁴ sır saklama yükümlülüğü, kişilik haklarına saygı gibi kavramlar bulunmaktadır.⁵ Sağlık hukuku açısından en önemli hukuk metni ise, Anayasa'nın 17'nci maddesidir. Bu hüküm kişinin vücut bütünlüğünü koruyan ibareler içermektedir. Buna göre, tıbbi zorunluluk veya kanun hükmü haricinde kişinin vücut bütünlüğünün korunması gerektiği, bireyin rızası alınmadan kendisine yönelik herhangi bir tıbbi müdahalede bulunulamayacağı ifade edilmektedir.⁶

Türk Medeni Kanunu da sağlık hukuku bakımından düzenlemeler içermektedir. TMK'nın 23'üncü maddesinde kişilerin karşı karşıya kalabilecekleri tıbbi müdahale sınırları tespit edilmiştir. Madde, kişiyi kendisine karşı korumaktadır. Buna göre bireyler kendi sağlıklarını tehlikeye sokabilecek herhangi bir tedaviyi kabul edemez veya müdahaleye rıza gösteremezler. Bu durumun aksi bireyin kişilik hakkından vazgeçtiği anlamına gelecektir ki herhangi bir saldırı halinde somut durum TMK'nın 23, 24 ve 25'inci maddeleri kapsamında değerlendirilecektir.

Sağlık hukukuna ilişkin bir diğer yasal düzenleme ise ilki 1998 yılında yapılan, 2014 yılında ise yeni düzenlemelerle maddelerinde güncellemeye gidilen Hasta Hakları Yönetmeliği'dir. Hasta haklarının ilk başta kanun olarak düzenlenmeyip yönetmelik şeklinde hukuka kazandırılması doktrinde eleştirilmiştir. Fakat Yönetmelik, uluslararası hukuka uygun maddeleri içerisinde barındırması nedeniyle hasta hakları hususunda önemli bir yasal metin olarak kabul edilmektedir.⁷

Sağlık hukukunun kapsamına kişilerin fiziksel, ruhsal, sosyal durumları girmektedir. Aynı zamanda sağlık hukuku bireylerin tedavi süreçleri, sağlıklarının korunması, önleyici uygulamalar, gıda güvenliği, çevre sağlığı ve sosyal güvenlik alanlarıyla da ilgilenmektedir. Dolayısıyla sağlık hukukunun içerisinde bahsi

⁴ Bir tıp fakültesinden mezun olan ve tıp fakültesi diploması bulunan kişi hekim olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca Diş hekimliği diplomasına sahip, Diş Hekimleri Odasına kayıtlı diş hekimleri de hekim olarak kabul edilmektedir. Detaylı bilgi için: Hayrunnisa Özdemir, "Hekimin Hukuki Sorumluluğu", ERÜHFD XI, 1 no. (2016), 41.

⁵ Özge Nefise Kaya, 62.

⁶ Burcu Özcan ve Çağlar Özel. "Kişilik Hakları- Hasta Hakları Bağlamında Tıbbi Müdahale Dolayısıyla Çıkan Hukuki İlişkide Hekimin Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğü Ve Aydınlatılmış Rızaya İlişkin Bazı Değerlendirmeler". Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 10, 1 no. (1992): 62.

⁷ Özge Nefise Kaya, 64.

geçen çerçevedeki tüm hukuki uyumsuzluklar girmektedir. Aynı zamanda sağlık kuruluşları ve sağlık kuruluşlarına başvuranlar arasındaki hukuki sorumluluk, hukuki yükümlülük de sağlık hukukuna tabidir.⁸

II. KİŞİSEL SAĞLIK VERİSİ KAVRAMI

Avrupa ülkelerinde uzun yıllardır tartışılan ve düzenlemelere konu olan kişisel veri kavramı Türk hukuku açısından yeni bir kavramdır.⁹ Kişisel Verilerin Korunması Kanun’da geçen “*kişisel veriler*” kavramındaki “*kişi*” den kasıt, gerçek kişidir. Zira verinin kimliği belirli veya belirlenebilir bir bilgi çerçevesinde gerçek kişiye ait olması gerekmektedir.¹⁰ Bununla birlikte tüzel kişilerin de kişisel veriler anlamında verileri olabileceği, bu noktada korunmaya muhtaç verilerin sadece gerçek kişiler nezdinde korunmayacağını kabul edilen görüşler bulunmaktadır.¹¹ Kişiliğin ölümle sona erdiği durumda¹² dahi kişisel verilerin korunması hususu devam edecektir. Zira ölen kişiye sıkı sıkıya bağlı haklar bulunmaktadır. Kişinin şerefi, vücut bütünlüğü, özel hayatının gizliliği gibi hakları öldükten sonra da korunmaya muhtaç haklardır. Ayrıca doktrinde bazı görüşler sınırlı bir çerçevede de olsa bu hakların ölen kişinin mirasçıları tarafından savunulup hukuk önünde korunabileceğini de kabul etmektedir.¹³ Kişisel Verileri Koruma Kurumu’nun bu konuyu aydınlatıcı kararında hayat sigortası bulunan kişinin ölümünden sonra kişisel verilerinin korunmasının kural olarak gerekmediği fakat kanuni mirasçıların kişisel verilerin korunması noktasında kabul edilecek “*kişiler*” olduğu kanaatine varılmıştır.¹⁴ Literatürde tartışılan diğer bir husus ise, ceninin sağlık verilerine ilişkin haklardır. Medeni

⁸ Özge Nefise Kaya, 59.

⁹ İrem Gürbüz Erel, “Sağlık Hukukunda Kişisel Verilerin Korunması.” Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Özel Hukuk Anabilim Dalı, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, 5.

¹⁰ İrem Gürbüz Erel, 20.

¹¹ Ece Taşçı, Kişisel Verilerin Kaydedilmesi Suçu. Seçkin Hukuk, 23.

¹² Ayşe Arat. “Gerçek Kişilerde Kişiliğin Sona Ermesi”, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi, 9, 1-2 no, (2006), 258.

¹³ Ümit Gezder, “Ölüm Sonrası Hatırayı Koruma Doktrini ve Ölüm Sonrası Kişiliğin Korunması Teorisi”, S. 1, 2007, İÜHFM LXV/, s. 207; Murat Uçak, “Kişisel Verilerin Ölümünden Sonra Korunması”, C. 6, S. 10, 2021, İstanbul Medeniyet Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, s. 104.

¹⁴ Ece Taşçı, 22.; 2021/241 Kişisel Verileri Koruma Kurulunun 18/03/2021 tarihli Kurul Kararı;

Kanun'un 28'inci maddesi uyarınca bebeğin tam ve sağ doğmak koşuluyla ana rahmine düştüğü anda kişiliği doğmaktadır. Bu durumda ceninin sağlık verilerine ilişkin koruma geçmişe dönük bir koruma gerektirmektedir. Ceninin verileri sadece onu ilgilendirmemektedir. Bu veriler aynı zamanda bebeğin annesinin kimliğini ve dolayısıyla sağlık verilerini belirlenebilir kıldığından ceninin sağlık verilerinin korunması önem arz etmektedir.¹⁵

Kişisel veriler bakımından sağlık verileri hassas veya özel nitelikli veri başlığı altında değerlendirilmektedir.¹⁶ Sağlık verilerinin hassas veri olarak ele alınmasındaki temel sebep ise temel hak ve özgürlükler arasında sıkı bağlantı halidir. Temel hak ve özgürlükler ve hassas veriler arasındaki bu bağ sağlık verilerini daha etki ve özel bir koruma altında ele almayı zorunlu kılmaktadır. Hassas veri kavramı, 6698 sayılı Kanun'un 6'ncı maddesinde özel nitelikli veri olarak hükme bağlanmıştır.¹⁷ Bunun dışında mevzuatımızda "Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik'in 4'üncü maddesinde de kişisel sağlık verileri kavramı ele alınmaktadır.¹⁸

Kişisel sağlık verileri, sadece kişinin kendi sağlığıyla ilgili bilgileri kapsamaktadır. Daha geniş bir alanı içine alan kişisel sağlık verisi kavramı, hekim, diğer tüm sağlık personellerinin görevleri sebebiyle elde ettikleri, başkaları tarafından öğrenilmesinde sakınca bulunan, kişinin gizli tutmak isteyebileceği, makul bir nedenle korunmaya ihtiyaç duyulan gerçek kişilerin özel hayatlarına dair verilerdir.¹⁹ Bununla birlikte hastanın bir doktora muayene edilmesi hususundaki bilgi, sağlık kuruluşuna getirilmesi gibi faaliyetler de kişinin sağlık verisine dahildir.²⁰ Yargıtay Ceza Genel Kurulu'nun "*özel hayatın gizliliğinin korunması*" nı hükme bağladığı 2012/12-1510 E. ve 2014/331 K. sayılı kararında kişisel sağlık verilerini özel hayatın gizliliğinin korunması kapsamında

¹⁵ İrem Gürbüz Erel, 24.

¹⁶ Diğer özel nitelikli kişisel veriler; kişinin ırkı, dini veya felsefi inancı, siyasi görüşü, etnik kökeni, daha önce herhangi bir şekilde cezai mahkûmiyet alıp almadığına dair bilgiler, sendika faaliyetleri ve üyeliği gibi verilerdir. Ayrıca KVKK 6'ncı madde incelendiğinde özel nitelikli hassas verilerin sınırlı sayma ilkesine göre yerleştirildiği görülebilecektir. Detaylı bilgi: İrem Gürbüz Erbel, 28.

¹⁷ Mehmet Öget, "Kişisel Sağlık Verilerinin Korunmasında Özel Sağlık Kuruluşlarının Sorumluluğu." İzmir Barosu Dergisi, 85, 3 no, 195.

¹⁸ "... kimliği belirli ya da belirlenebilir gerçek kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığına ilişkin her türlü bilgi ..." (madde 4/1-j)

¹⁹ Mehmet Öget, 195.

²⁰ Mehmet Öget, 196.

ele almıştır. Kişisel verilerin hukuka aykırı olarak kullanıldığı ve özel hayatın ihlal edildiği bu davada, kişisel sağlık verisi kavramı “*bireyin iş güvenliğini veya toplum içindeki statüsünü*” etkileme gücüne sahip hassas veriler olarak kabul edilmiştir.²¹

A. Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi

Kişisel verilerin işlenmesi KVKK’nın 3’üncü maddesinin (e) bendinde hükme bağlanmaktadır. Söz konusu işleme tek seferlik bir arşivleme veya kaydedilme değildir. Bunun yanında daha geniş bir ifade olarak ilk defa elde edilen verilere yok edilinceye kadar yapılan tüm müdahaleler kişisel verilerin işlenmesi faaliyetini oluşturmaktadır.²²

Özel nitelikli kişisel verilerin özel olarak koruma altına alınması gerekmektedir.²³ Verinin kişisel, hassas veya özel nitelikli veri ayrımına tabi tutulmasındaki neden, verinin hukuka aykırı veya kötü niyetli olarak kullanılması sonucu doğabilecek zararın niteliği ve doğacak hukuki sonuçların büyüklüğüdür.²⁴ GDPR “*sağlık verileri*”, “*genetik veriler*”, “*biyometrik veri*” gibi verilerin hassas veya özel nitelikli veri olarak kabul etmektedir.²⁵ Türk Hukukunda ise bu hususta Danıştay’ın vermiş olduğu bir karar bulunmaktadır. Danıştay 15’inci Dairesinin verdiği 2014/1150 E. sayılı kararında, biyometrik verilerle alınan bilgilerin kişisel veri olduğu bu sebeple kişisel verilerin korunması hakkı içerisinde korunmaya muhtaç olduğu ifade edilmiştir. Kararda, kimlik tespiti için biyometrik verilerini vermeyen hastanın SGK ayrıcalıklarından faydalanamayacağını iddia eden hastanenin söz konusu faaliyetini kişisel verilerin korunmasına aykırı bulmuştur.²⁶

Kişisel sağlık verilerinin işlenmesi oldukça geniş bir çerçeveye sahiptir. Verinin toplanmasından başlayan söz konusu faaliyet, verinin ortadan kaldırılmasına

²¹ Yar. CGK 2012/12-1510 E., 2014/331 K., T. 17.6.2014.

²² İrem Gürbüz Erel, 62.

²³ Elif Erdoğan, 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Açık Rıza. Seçkin Hukuk, 90.

²⁴ Ece Taştı, 25.

²⁵ GDPR 4’üncü madde, 13,14 ve 15’inci madde tanımları.

²⁶ Aydın Akgül, Kişisel Verilerin Korunması Bağlamında Biyometrik Yöntemlerin Kullanımı ve Danıştay Yaklaşımı, *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, 28, 118 no. 206.; İrem Gürbüz Erel, 35.

(silinmesine) kadar devam etmektedir.²⁷ Kişisel verilerin işlenmesi; verilerin saklanması, değiştirilmesi, yok edilmesi, parça halinde olan bilgilerin bir araya getirilmesi, sıralanması, depolanması, otomatik (verilerin bilgisayar yöntemiyle işlenmesi türünde olabilir) veya otomatik olmayacak şekilde veriler üzerinde yapılan faaliyet olarak tanımlanmaktadır.²⁸ Diğer taraftan verinin üçüncü bir kişiye aktarımı, sınırlandırılması üzerine yapılacak işaretlemler, kategorize etme faaliyetleri, kullanımının engellenmesi gibi işlemler de kişisel verilerin işlenmesi olarak değerlendirilmektedir.²⁹

Kişisel sağlık verilerinin işlenmesi, hassas veriler olması nedeniyle belirli kurallara tabidir. Kişisel sağlık verileri herkes tarafından işlenememektedir. KVKK'nın 3'üncü maddesinin (h) bendine göre kişisel veriler belli kriterler çerçevesinde kayıt sistemlerine işlenmektedir. Bu veri kayıt sistemini oluşturmaktadır. Medula, e-nabız, hekim randevu sistemi gibi veri sistemleri Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulmuş, kişisel sağlık verilerinin oluşturulduğu veri sistemlerinden bazılarıdır.

Kişisel sağlık verileri her zaman doğrudan bireyi ilgilendiren hususlarda işlenmemektedir. Tıp alanındaki gelişmeler, bilimsel çalışmalar, tıp fakültelerinde öğrenci yetiştirilmesine ilişkin yardımcı kaynaklar oluşturmak amacıyla da kişilere ait sağlık verisi işlenmektedir. Bilimsel amaçlar doğrultusundaki bu veri işleme faaliyeti Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik'te ele alınmaktadır. Yönetmelik'in KVKK 28'inci maddesine gönderme yaptığı 16'ncı maddesinde idari ve teknik tedbirler alınması koşuluyla bilimsel çalışmalar için kişisel verilerin işlenmesine müsaade gösterilmektedir. Fakat bilimsel amaçla kullanımın ön koşulu veri sahibinin bilimsel amaca yaramayacak verilerinin anonim hale getirilmesidir.³⁰

Kişisel veri işleminde bahsedebilmek için açık, belirlenebilir ve bir gerçek kişiye ait verinin varlığı gereklidir. Bu durum kişinin fiziksel, psikolojik, ekonomik, sosyokültürel durumuna göre doğrudan veya dolaylı olarak kendi benliğinin de ortaya çıkması anlamını taşımaktadır. Bu açıdan anonim verilere yönelik veri

²⁷ Hayrunnisa Özdemir, "Haberleşmenin Gizliliği ve Kişisel Veriler", EÜHFD, C XIII, 1-2 no. (2009), 291.

²⁸ Murat Volkan Dülger, Sağlık Hukukunda Kişisel Verilerin Korunması ve Hasta Mahremiyeti, İstanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 1, 2 no, 52-53

²⁹ Hayrunnisa Özdemir, Haberleşme, 292.

³⁰ Özge Nefise Kaya, 103.

işleme faaliyeti kişisel veri işlemesi değildir.³¹ Hassas verilerin işlenmesi ancak istisna hallerinin varlığı halinde mümkündür. Hassas verilerin işlenmesinde “*minimumluk ilkesi*” hakimdir. Minimumluk ilkesi, sınırlı, kapsamı ve amacı belirli bir veri işleme faaliyetini zorunlu kılmaktadır. Bu durum aynı zamanda veri işlemenin bel kemiği anlamına gelmektedir.³² Sağlık verileri “*tıbbi veri*” olarak da adlandırılmaktadır.³³ Fakat Avrupa Konseyi Komitesi’nin 95/5 sayılı kararı incelendiğinde kişisel sağlık verisinin tıbbi veri kavramından daha geniş bir çerçeveye çizdiği ifade edilmektedir.³⁴

Sağlık hukuku açısından kişisel verilerin korunması sadece verilerin işlenmesinden önce veya işlenme aşamasında bireyin bilgilendirilmesi veya bu işlemeyi bilmesi şeklinde olmamaktadır. Diğer bir anlatımla, eğer bir birey kendisine ait bir sağlık verisinin işlendiğini düşünüyorsa bunu öğrenmek hakkına sahiptir.³⁵ Daha önce kişinin kendisi tarafından açıklanan bir verinin işlenmesinde hukuka aykırılık bulunmadığı ifade edilmelidir. Yani kamuoyuna daha önce açıklanmış bir kişisel verinin veri sahibi tarafından alenileştirildiği kabul edilmektedir.³⁶ Alenileştirme sonucu işlenen kişisel verilerin de amacına uygun işlenmesi gerekmektedir. Kurul’un bu yönde 07.11.2019 tarih ve 2019/331 sayılı bir kararı bulunmaktadır. Kurul bir diğer kararında da “*kişinin bir verisinin herkes tarafından görülebilecek bir yerde olmasını*” o verinin alenileştirildiği anlamına gelmeyeceğini kabul etmiştir.³⁷

1. E-nabız

Günümüzde özellikle sağlık hizmetlerinde çok sık kullanılması ve yaygın olarak ülkemizde sağlık verilerine ulaşılmasını mümkün kılan e-nabız sisteminden bahsetmekte fayda görülmektedir. E- nabız sistemi, bireylerin sağlık

³¹ Hayrunnisa Özdemir, Haberleşme, 290-291; M. Volkan Dülger, 54.

³² Nafiye Yücedağ, “Kişisel verilerin korunması kanunu kapsamında genel ilkeler”, Kişisel Verileri Koruma Dergisi 1, 1 no. (2019), 52; M. Volkan Dülger, 54; Umniyahasghar Yosif, “Kişisel Verilerin İşlenmesi Şartları ve 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanununun Ruhu Olarak Genel İlkeler” Selçuk Üniversitesi Adalet Meslek Yüksekokulu Dergisi 4, 1 no. 7.

³³ M. Volkan Dülger, 54.

³⁴ İrem Gürbüz Erbel, 33.

³⁵ M. Volkan Dülger, 55.

³⁶ Elif Erdoğan, 84.

³⁷ 27.01.2020, 2020/67.

verilerinin yönetilebildiği, resmi kuruluşlarca geliştirilen ve desteklenen mobil uygulamalar çerçevesinde kullanılabilen bir uygulamadır. Kısaca, E-nabız sistemi kişilerin bireysel inisiyatifleri doğrultusunda verilen bilgilere erişim sağlanan sistemdir. Söz konusu veriler, laboratuvar sonuçları, randevu sistem geçmişleri, tetkik ve tahlillerin tamamı, hangi sağlık kuruluşunda muayene olunduğuna dair bilgileri içerebilmektedir.³⁸

Kişisel sağlık verilerine e-nabız üzerinden ulaşmak için uygulamanın ilgili kısımlarına erişim sağlanmalıdır. Bu durum kişisel sağlık verilerinde gizlilik ve güvenliğe önem verildiğini göstermektedir. Bireyler sistem üzerinden verilerine ulaşabilmekte, bu verilerin güncelliğini kontrol ederek gerektiğinde verilerin düzeltilmesini ve silinmesini talep edebilmektedirler.³⁹

Uygulama üzerindeki bilgilere ise, erişim ancak sınırlı bir şekilde bazı kimseler tarafından yapılabilecektir. Dahası bireyler geçmiş sağlık verilerine de ulaşılmasını talep edebilecek, gizlilik kistasını buna göre ayarlayabileceklerdir. Diğer bir anlatımla e-nabız üzerindeki bilgilere ulaşmak isteyen sağlık personeli ancak gizlilik tercihlerinin kendisine izin verdiği süre ölçüsünde bilgilere ulaşabilecektir. Daha önceden gizlilik tercihleri hakkında bilgilendirilmiş kullanıcılar sağlık personelinin hangi hususlardaki verilere ulaşabilir olduğunu bilmek zorundadır. Gizlilik tercihlerinde değişiklik yapan veya tercihleri oldukça kısıtlayan kullanıcılar bazı sağlık hizmetine de ulaşamayabilir. Bu gibi durumlarda Sağlık Bakanlığı veya ilgili kuruluşun sorumluluğunun doğmayacağı ifade edilmektedir.⁴⁰ Çocukların e-nabız kayıtları üzerindeki verileri ise ebeveynleri tarafından herhangi bir rıza veya kısıtlama olmaksızın ulaşımına açıktır. Bu durum ancak çocuğun ayırt etme gücünü elde etmesiyle sona erecektir.⁴¹

³⁸ Fuat Yalman, “Sağlık Yöneticilerinin E-Nabız Uygulamalarının Kullanımına Yönelik Tutumlarının Doğrulayıcı Faktör Analizi ile Belirlenmesi, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10, 4 no, (2021), 612.

³⁹ Erdoğan Can Dilek, Kişisel Sağlık Verileri, Marmara Üniversitesi, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, 2023, 53.

⁴⁰ Ozan Gülhan, Kişisel Sağlık Verilerinin Korunması, Marmara Üniversitesi, Yayınlanmış Doktora Tezi, 2023, 124.

⁴¹ Ozan Gülhan, 126.; Ufuk İyigün, Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesinin ve Aktarılmasının Karşılaştırılmalı Hukuk Açısından İncelenmesi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, 2023, 47.

2. Medula

Medula kayıt sistemi, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında 2006 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesindeki hastanelerde uygulanmaya başlanmış, akabinde özel ve üniversite hastanelerinde de uygulanması kabul görmüştür.⁴² Medula kayıt sistemi ise sağlık kuruluşuna başvuran kişilerin tedavi, muayene, ilaç kontrollerinin yapıldığı bir sistem olmanın yanı sıra, söz konusu sağlık hizmetleri sırasında muhasebeleştirilmesi gereken giderlerin tespiti için kullanılmaktadır. Özellikle eczane hizmetinde sık sık kullanılmaktadır. Reçete edilmiş verilerin Medula sistemi üzerinden elektronik reçete olarak görülmesi mümkündür. Medula sistemi üzerinden elde edilen sağlık verileri, talep edilmesi halinde hukuka uygunluk sebebi çerçevesinde kurum ve kuruluşlarla paylaşılmaktadır. Fakat bu verilerin internet üzerinden paylaşılması söz konusu olmaktadır. Bu gibi durumlarda ise kişisel verilerin güvensiz biçimde herkes tarafından ulaşılabilir olması gündeme gelmektedir.⁴³

Medula veri kayıt sisteminde eczaneler veri sorumlusu olarak kabul edilmektedir. Bu noktada, 2020/355 Sayılı kararla Kişisel Veriler Koruma Kurumu da “... veri sorumlusu konumunda bulunan eczane...” şeklindeki ifadeyle bu kabulü belirtmektedir.⁴⁴

III. ÖZEL HAYATIN GİZLİLİĞİ VE KİŞİSEL SAĞLIK VERİLERİ

Kişisel verilerin korunması ve özel hayatın gizliliği haklarının birbirinin çerçevesini mi oluşturduğu yoksa birbirinden tamamen ayrı hukuki alanları mı nitelediği hususu literatürde tartışmalıdır. Bu durum özel hayat kapsamında hangi konuların gizlilik kavramı çerçevesinde ele alınacağını da tartışmalı olmasından kaynaklanmaktadır.⁴⁵ Kimi görüşlere göre bağımsız bir hak olarak ele alınmasından önce kişisel verilerin korunması, özel hayatın gizliliği kavramı altında değerlendirilmekteydi. Bu görüşü savunanlara göre, günümüzde sadece

⁴² Öznur Esra Par ve Ergin Sosyal, Kişisel Sağlık Bilgilerinin Güvenliği Açısında Medula’da Kullanılan Yasa ve Standartların HIPAA ile Karşılaştırılması, Sağlık Bilişimi Anabilim Dalı, Hacettepe Üniversitesi, (2010), 85.

⁴³ Feray Özkan, Kişisel Sağlık Verilerinin Korunmasının Pozitif Temelleri ve AİHM Kararlarından Örnekler, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, 2018, 59.

⁴⁴ Gözde Şimşek Küçükbasmacı, Sağlık Hukukunda Kişisel Verilerin Korunması ve AB Mevzuatı ile Karşılaştırmalı Olarak Değerlendirilmesi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, 2022, 108.

⁴⁵ Doğan Kılınç, 1101.

Anglo-Amerikan sistemini kabul etmiş olan ülkelerde, kişisel verilerin korunması hakkı özel hayatın gizliliği başlığı altında değerlendirildiği ifade edilmektedir.⁴⁶

Kişilerin özel hayatı mahrem alanlarını içine almaktadır. Bu alan kişinin bireysel, ailevi, sosyal ilişkilerine ilişkin müdahalenin sınırlandığı alan olarak üç kısımda ele alınmaktadır. Bu hak AİHS'in de 8'inci maddesinde ele alınmaktadır. Özel hayatın gizliliği temelinde koruma altına alınan özel hayat ve mahrem alan açıkça düzenlenmesine rağmen bu alanda meydana gelecek bir kişisel veri ihlali AİHS'de ayrıca bir düzenlemeye tabi tutulmamıştır.⁴⁷

Finland v K.U davasında özel hayatın gizliliğine yönelik devletin pozitif yükümlülüğü olduğu kabul edilmektedir. Buna göre devlet özel hayatın gizliliği üzerinde kişisel verileri korumak için haksız müdahaleleri engellemeli, bu noktada etkin koruma sağlamalı, gerekli korumanın sağlanmamasının ise AİHS'in "özel hayatın korunması ve saygı gösterilmesi" çerçevesindeki 8'inci maddesine aykırı olduğu kabul edilmiştir.⁴⁸ Anayasa Mahkemesine göre de "kişisel verilerin hukuka aykırı ele geçirilmesi, işlenmesi gibi hadiselerin yaşanmaması için yasal altyapı oluşturmak, caydırıcı yargısal tepkiler ortaya koymak, önleyici tedbirler almak, suç olarak düzenlenen bir fiilin eyleme dönüşmesi halinde soruşturma ve kovuşturma açmak" devletin pozitif yükümlülüğü altındadır.⁴⁹

IV. SAĞLIK VERİLERİNİN ANONİM HALE GETİRİLMESİ

Kişisel verilerin anonimleştirilmesi, önceden veya sonradan herhangi bir veriyle birleştirildiğinde veya eşleştirildiğinde dahi kişisel veri sahibinin kimliğinin ortaya çıkmaması veya belirlenebilir olmaması anlamına gelmektedir. Diğer bir anlatımla bir kişisel veri anonim hale getirilmişse kişisel veri sahibi ile kişisel veri arasındaki bağın ortadan kaldırıldığı ifade edilmelidir. Anonimleştirmenin yapıldığından bahsedebilmek için veriye bakıldığında verinin kime ait olduğunun anlaşılmaması gerekmektedir.⁵⁰

Kişisel sağlık verisinin anonim hale getirilmesi, açık sağlık verisi kavramını karşımıza çıkarmaktadır. "Ücretsiz olarak ... anonim hale getirilmiş veri" açık

⁴⁶ İrem Gürbüz Erel, 51.

⁴⁷ Ece Taşçı, 50.

⁴⁸ K.U v. Finland No: 2871/02, 2.12.2008;

⁴⁹ AYM 3.2.2022 tarih 2019/20473 B. No.

⁵⁰ Elif Erdoğan, 53.

sağlık verisidir. Anonim hale getirme faaliyeti bir sağlık verisinin özellikle akademik ve bilimsel alanlarda kullanılması amacıyla oluşturulmaktadır. Anonim sağlık verisi, kişisel sağlık verisinden bu noktada ayrılmaktadır. Kimliği belirlenebilir bir veri üzerinde akademik çalışma mümkün olmamakla birlikte anonim hale getirilmiş veri üzerinde yapılacak bu tür faaliyetler hukuka uygun kabul edilmektedir.⁵¹

V. SAĞLIK KURULUŞLARININ YÜKÜMLÜLÜKLERİ

A. Kayıt Tutma Yükümlülüğü

Sağlık hukukunda kişisel verilerin saklanması, bu verilerin diğer kişisel verilere göre daha sıkı korunması sağlık verilerine “*kişisellik*” ve “*gizlilik*” ilkelerinin uygulanması gerektiğini göstermektedir. Özel hukuk veya kamu hukuku tüzel kişisi olarak sağlık kuruluşlarının da bu nedenlerle kayıt tutma yükümlülüğü bulunmaktadır. Sağlık verileri tıbbi kayıtlar olarak da ele alınmaktadır. Sağlık verileri tıpta iyileşme, tedavinin güvenli şekilde gerçekleştirilmesi, yönetim sistemlerinin oluşturulması gibi nedenlerden ötürü işlenmekle birlikte bu yükümlülük hekimle hasta arasındaki sözleşmeden kaynaklanan yükümlülükleri arasındadır.⁵² Diğer taraftan bu yükümlülük tedavi ediminin yanındaki bir yan edim olarak kabul edilmektedir.⁵³ Kişisel sağlık verileri, Sağlık Bakanlığı’nın kontrolündeki merkezler, onay verilen kayıt ortamları haricinde bir sisteme kaydedilemez veya depolanamazlar.⁵⁴

Sağlık verileri açık rızanın istisnaları dışında tutulmaktadır. Buna göre sağlık verileri, cinsel hayat ile ilgili hususları içeren veriler açık rıza olmaksızın işlenmemektedir. Fakat sağlık verilerine de kendi içerisinde bir istisna getirildiğinden bahsetmek gerekmektedir. Buna göre kamu sağlığı, tıbbi teşhis, tedavilerin yürütülmesi, sağlık hizmetlerinden doğan finansmanların planlanması⁵⁵, hekimin hasta tarafından aleyhine açılmış yargılamada kendini savunmak zorunda

⁵¹ Ozan Gülhan, 34.

⁵² Hayrunnisa Özdemir, Hekimin Sorumluluğu, 51; Mehmet Altundiş, “Tıbbi Kişisel Verilerin Tutulması ve Korunması Yükümlülüğü ve İdarenin Bu Yükümlülüğünü Yerine Getirmesinden Doğan Sorumluluğu”, TAAD 7, 28 no. (2016), 323; Mehmet Öget, 197.

⁵³ Hayrunnisa Özdemir, Hekimin Sorumluluğu, 62.

⁵⁴ Mehmet Öget, 199.

⁵⁵ Mehmet Öget, 200.

kalması⁵⁶ gibi konular sağlık verilerinde açık rızaya istisna sayılmaktadır. Politika oluşturmak konusunda daha iyi bir sağlık hizmeti sunulması için sağlık verilerini alma fikri hassas veri olarak kabul edilen sağlık verilerinin sıkı bir şekilde korunmasında boşluklar oluşturabilmektedir. Zira bireyin söz konusu verilerinin her yerde bulunması, her an ulaşılabilir olması kişinin sağlık hakkını etkileyebilecektir.⁵⁷

B. Mahremiyet ve Sır Saklama Yükümlülüğü

Hasta hakları, üçüncü kuşak haklar arasında yer almaktadır. Hasta hakkının kapsamı, yaşam hakkı, sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı, bilgi edinme hakkı, kendileri hakkında tutulan sağlık kayıtlarına ulaşma hakkı, mahremiyet, tedavi olma, tedaviyi seçme hakkı gibi bir dizi haklardan oluşmaktadır.⁵⁸ Kısaca, hastanın sağlık hukukundan doğan hakları, tedavi öncesi, tedavi süreci ve tedavi sonrasında duyduğu tüm tıbbi haklarını içermektedir.

Sağlık verilerinin ilgili kişilerle paylaşılması sonucu hasta ve hasta bakımı yapanlar arasında (psikiyatr, hastane yönetimi, doktor, hemşire gibi) hasta mahremiyeti oluşmuş olacaktır. Mahremiyet ise gizliliği oluşturacaktır ki böylece hasta sırlarının saklanması yükümlülüğü hastanın bilgilerini verdiği kişiye düşmektedir.⁵⁹

Sağlık hakkı dendiğinde akla en başta mahremiyet hakkı gelmektedir. Mahremiyet hakkı kişisel verilerin korunması kadar kişinin bedensel mahremiyet alanını da koruma altına almaktadır. Bu hak aynı zamanda bir güven ilişkisinden gelmektedir. Kişi tedavi olmak istediği bir sağlık çalışanına gizli bilgilerini verdiğinde doktorunun bu bilgileri saklayacağı güvencesini en başta hissetmektedir. Mahremiyet, kişiler arasındaki bu güven duygusuna dayanmaktadır. Sağlık hukukunda mahremiyetin yasal çerçevesi ise, Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 21'inci maddesinde yer almaktadır. Sağlık alanında da mahremiyetin iki amacı olduğu ifade edilmektedir.⁶⁰ Mahremiyetin korunduğunu düşünen kişi, tedavi sürecinde rahat edecek dolayısıyla sağlık açısından kişinin durumunun iyiye

⁵⁶ Hayrunnisa Özdemir, Hekimin Sorumluluğu, 63.

⁵⁷ Mehmet Öget, 202.

⁵⁸ Özge Nefise Kaya, 70.

⁵⁹ Mehmet Öget, 203.

⁶⁰ Hayrunnisa Özdemir, "Hadım Etme ve Hekimin Sır Saklama Yükümlülüğü", Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi XIV, 1 no. (2010), 137-18; Özge Nefise Kaya, 72

gitmesine katkı sağlanacaktır. İkinci amaç ise kişilik haklarına saygı çerçevesinde hastanın özel hayatının gizliliğine hizmet edilmesidir.⁶¹

Sağlık verilerindeki mahremiyet, kendisini sadece bilişim sistemlerindeki arşivlenen bilgilerde göstermemektedir. Kişinin sağlık hukukuna dair korunması gereken mahremiyetleri arasında vücut bütünlüğüne yönelik durumlar da bulunmaktadır. Örneğin, doktorun muayene ettiği hastayı özel bir odaya alması, cerrahi hadım etme operasyonu gibi vücudu üzerinde bir müdahale gerçekleştirilecekse bu fiillerin özel bir oda içerisinde yapılması ve üçüncü kişilerle paylaşılmaması gerekmektedir.⁶² Avrupa İnsan Hakları Mahkemesinde görülen Y.F. v. Türkiye davasında, gözaltında bulunduğu esnada jinekolog muayenesinden geçirilen kişiye uygulanan faaliyetin özel hayatın gizliliğine aykırı olduğu kararı verilmiştir.⁶³ Anayasa Mahkemesi de kişisel verilerin korunması hususunda mahremiyeti özel hayatın korunması çerçevesinde ele almakta, bireylerin üçüncü kişilerce haksız saldırılardan korunması noktasında devletin yükümlülükleri vurgulamakta ve bizatihi devletin kendisinin keyfi hamlelerinden uzak tutulması gerektiğini ifade etmektedir.⁶⁴

Hasta ve sağlık kuruluşları veya sağlıkçılar arasındaki mahremiyet o denli önemlidir ki hastanın ölümünden sonra dahi sağlıkçılar arasında sır saklama yükümlülüğü devam etmektedir. Dahası, örneğin bir hekim yargılama esnasında kendisinin tanık olarak çağrıldığı bir davadan meslek sırlarının ifşası gerekçeyle çekilme hakkına sahiptir.⁶⁵ AİHM tarafından görülen bir ceza davasında tanık olarak dinletilen bir doktorun hastanın açık rızası olmaksızın tüm sağlık verilerini dosyaya sunması kişisel sağlık verilerinin AİHS'nin 8'inci maddesine göre hukuka aykırı ifşa kabul edilmiştir.⁶⁶

⁶¹ Özge Nefise Kaya, 73.

⁶² Hayrunnisa Özdemir, Hadım Etme, 139; Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 7'nci madde, Hasta Hakları Yönetmeliği 21/1, Mehmet ÖGET, 203.

⁶³ İnsan Hakları Avrupa Mahkemesi Kararları, Çev. Serkan Cengiz ve Nilgün Tortop, Y.F./Türkiye'ye Karşı (Başvuru No. 24209/94) Karar, 22 Temmuz 2003, para. 44.

⁶⁴ Ömer Özkaya ve İbrahim Toprak, "Anayasa Mahkemesi Kararları Işığında Bir İnsan Hakkı Olarak Kişisel Verilerin Korunması, Sayıştay Dergisi, 33, 124 no, (2022), 89.

⁶⁵ Meslek sırrının konusu, sadece hastaya karşı sorumluluk doğurmaktadır. Örneğin, kendi hastasının eşinin rahatsızlığını bilmek doktor açısından meslek hastalığı sayılmayacaktır. Detaylı bilgi için: Hayrunnisa Özdemir, Hadım Etme, 141.; Tanıklıktan çekilme için bkz: Hayrunnisa Özdemir, Hadım Etme, 147.

⁶⁶ Hayrunnisa Özdemir, Hadım Etme, 142; AİHM, Z v. Finlandiya, Başvuru Numarası: 22009/93, 25. 02. 1997, <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22ite>

Bu yükümlülük ancak ölmenden önce sağlık verilerinin açıklanmasına yönelik açık rıza vermesi halinde, diğer kişilerin tehlike altında olması halinde ortadan kalkmaktadır.⁶⁷ Gelinek teknolojik gelişmeler sonucunda mahremiyetin esnetilmesi, farklı şekilde yorumlanması gibi bir durum söz konusu olmamalıdır. Zira bu durumda bireylerin verilerinin korunmasına yönelik güven duygusu zedelenebilecektir, ihtiyaçları olan sağlık hizmetine ulaşmakta çekingen davranabileceklerdir.⁶⁸

Mahremiyet hakkının en önemli istisnası kişinin rızasıdır. Diğer bir istisna bildirim yükümlülüğüdür. Bildirim yükümlülüğünden anlaşılması gereken Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile ortaya koyulan bulaşıcı hastalıkların ilgili yerlere bildirilmesi anlamına gelir ki bu aslında sağlık çalışanları için de bir yükümlülüktür.⁶⁹ COVID-19 sürecinde paylaşılan kişisel veriler bu duruma örnek oluşturmaktadır. Zira enfeksiyon hastalıklarında toplumun, ailenin ve yakın temasta bulunulan kişilerin korunması gerekmektedir.

Bir verinin sır saklama yükümlülüğü kapsamına girebilmesi için ilk koşul, verinin veya bilginin üçüncü kişiler tarafından bilinmemesi,⁷⁰ ikinci koşul ise iki tarafın sır saklama iradelerinin varlığıdır. Hukuken birden fazla sır kavramıyla karşılaşmak mümkündür. Örneğin, mesleki sırlar ve devlet sırları gibi sır kavramı altında korunmaya muhtaç bilgileri içeren ve saklanması yükümlülük doğuran içeriklerdir. Farklı meslek gruplarına yönelik yükümlülük doğuran bu sır kategorileri meslek etiği yanında aslında yasal yükümlülük doğurmaktadır. Diğer bir anlatımla, sır yükümlülüğünün ihlali halinde ihlali gerçekleştiren kişiler mevzuata göre yasal yaptırımlarla karşı karşıya kalabileceklerdir.⁷¹ Birçok meslek grubunda farklı öneme sahip olan sır saklama yükümlülüğü hassas verilerin konu edilmesi nedeniyle sağlık hukuku açısından farklı bir öneme sahiptir. Zira hasta doktoruyla en özel bilgilerini paylaşmaktadır. Bu veriler, bireyin doktor haricindeki kişiler tarafından öğrenilmesi halinde toplumsal zorbalığa, dışlanmaya, maddi veya manevi sıkıntıya sokacak veriler olabilmektedir. Sağlık

[mid%22:\[%22001-58033%22](#), Erişim Tarihi: 21.12.2023.

⁶⁷ Mehmet Öget, 206.

⁶⁸ COVID-19 sürecinde kişilerin kendileri hakkında farklı şeyler düşünmesinden korkan bireylerin PCR yaptırmaktan çekinmeleri durumunu örnek verebilirsin.

⁶⁹ Özge Nefise Kaya, 76.

⁷⁰ Hayrunnisa Özdemir, Hadım Etme, 138.

⁷¹ Miray Özer Deniz, "Sağlık Verilerinin İşlenmesinde Aydınlatma Yükümlülüğü", Erciyes Akademi, 36, 3 no. (2022), 1430; Hayrunnisa Özdemir, Hekimin Sorumluluğu, 63.

hukukunda hastaların tereddüt duymadan doktorla paylaştığı bilgiler nedeniyle kişisel sağlık verilerinin korunması önem arz etmektedir. Bu da sır saklama yükümlülüğünün yerine getirilmesine dayanmaktadır.⁷²

Hassas verilerin kime ait olduğu, hangi yaş grubundan bireyleri ilgilendirdiği önemli olmakla birlikte hassas veriler özellikle bazı durumlarda veya bazı yaş grupları için daha da önemli olabilir. Örneğin, psikiyatri bölümünde tedavi olan bir kişinin geçmişte yaşadığı cinsel taciz olay veya bir çocuğun istismar durumu, kişisel sağlık verileri hususunda özellikle korunması gereken durumlardır. Diğer taraftan bu gibi özel durumlarda sır saklama yükümlülüğü devam ederken hekimin bildirim yükümlülüğü de gündeme gelebilecektir.

Sır saklama yükümlülüğü başlıklı Ruh Hekimliği Meslek Etik Kuralları'nın 6'ncı maddesinde "...hastanın ruh sağlığını korumak ve geliştirmek amacı ile ve hastanın oluru alınarak gerektiğinde ve hastanın yararı için gereken ölçüde aile ile paylaşılabılır ya da başka uzman hekimlerle danışma amacı ile kullanılabilir." şeklindeki kural hekimlerin bilgileri ne zaman ve kime karşı açıklayabileceğinin mesleki anlamda çerçevesini çizmektedir. Bu kuraldan çıkarılabilecek diğer bir sonuç, sır saklama yükümlülüğünün hasta rızası halinde ortadan kalktığıdır. Ayırt etme gücü bulunmayanlar için kanuni temsilcinin rızası kabul edilirken, ayırt etme gücüne sahip bireyler için ancak kendi rızaları geçerli olacaktır. Sır saklama yükümlülüğünde rızanın yanında kamu veya üstün yarar da istisna hallerinden sayılabilecektir.⁷³

VI. ÖZERKLİK HAKKI

Özerk olma isteği bireyin doğumundan gelmektedir. Bu kavram, temel olarak sağlık hakkı bulunan bireyin özgürce karar alabilmesini anlatmaktadır. Birey kendisine uygulanacak tedaviyi seçebilmek için tedavi süreçlerinden haberdar olma, tedavisi hakkında karar verebilme hakkına sahiptir. Bu hakkın temelinde sağlık çalışanının sır saklama yükümlülüğü bulunmaktadır. Zira sağlık çalışanı, kişinin kararına saygı göstermesi gerektiğinin ve onun tercihlerine yönelik sır saklama yükümlülüğünün bilincinde olarak hastanın özerklik hakkını korumaktadır.⁷⁴ Hastanın bir tedavi süreci öncesinde veya sırasında "onamının"

⁷² Hayrunnisa Özdemir, Hadım Etme, 138; Miray Özer Deniz, 1430; Özge Nefise Kaya, 79.

⁷³ Özge Nefise Kaya, 83.

⁷⁴ Özge Nefise Kaya, 77.

alınması da özerklik hakkına dayanmaktadır. Hasta doğru ve ayrıntılı biçimde aydınlatılmalı, kişiye tedavi sürecindeki tercihlerini seçebileceği gösterilmelidir. Özerklik hakkı, aynı zamanda hastanın kendisi hakkında tutulan kayıtlarla ilgili bilgi edinme, bu kayıtlarda düzeltme yapma hakkını da oluşturmaktadır. Hasta kendisi üzerinde yapılacak veya yapılmış olan tıbbi müdahalenin sürecini, nedenini öğrenme hakkına sahiptir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 16'ncı maddesine göre kişinin kendisinin veya kendisinin rızasıyla yetkilendirdiği bir kişinin bu verilere ulaşma, verilerde düzeltme yapma yetkilerine de müsaade edilmektedir.

Haklar beraberinde yükümlülükleri de getirmektedir. Bireyin kendisi hakkında bilgi alma hakkını kullanabilmesi için sağlık kuruluşlarının veya sağlık çalışanlarının bilgileri doğru ve ayrıntılı şekilde düzeltme yükümlülükleri bulunmaktadır. Aksi durum Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 17'nci maddesinde ele alınmaktadır ki hasta bilgilerinde veya tedavi sürecindeki belgelerde eksiklik veya hata olması halinde kişi, bu bilgileri düzeltme yoluna gidebilecektir.

A. Tıbbi Müdahale ve Aydınlatılmış Onam

Tıbbi müdahale kavramına Biyotıp Sözleşmesi'nin Açıklayıcı Raporu'nun 29'uncu paragrafı ve Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 4'üncü maddesinde rastlanmaktadır. Tıbbi müdahale kavramının çerçevesine bir tür tedavi yöntemi olmakla birlikte içerisinde bedensel, fiziksel veya ruhsal bir rahatsızlığın teşhis edilmesi, acıların ortadan kaldırılması, kanunen mesleğin icrası için gereken faaliyetlerin yapılması girmektedir.⁷⁵ Buna göre hekimlerin, hasta bireylerle aralarındaki sözleşme ilişkisi çerçevesindeki temel borçlarının ifası, tedavi ve teşhis gibi faaliyetleri tıbbi müdahale kavramının içerisinde yer almaktadır. Teşhis faaliyeti içerisinde örneğin, bireyin vücudunun kontrol edilmesi, ilgili kişilere sorular sorulması, özel aletler ile müdahale girmektedir. Tedavi ise cerrahi, psikolojik veya diğer tıbbi faaliyetler olarak karşımıza çıkmaktadır.⁷⁶ Ayrıca, doktrinde resmi yetkili olan kişiler tarafından, bireyin sağlığı, ruhsal durumuna ilişkin tıbbi teşhis ve girişimler de tıbbi müdahale olarak tanımlanmaktadır.⁷⁷

⁷⁵ Munise Gülen Kurt, "Tıbbi Müdahalelerde Aydınlatılmış Onam." Türkiye Barolar Birliği Dergisi, 146, (2020), 189.

⁷⁶ Mustafa Reşit Belgesay, "Doktorun Hukuki Borçları". Journal Of Istanbul University Law Faculty 11, 3-4 no. (2011): 113; Hayrunnisa Özdemir, Hekimin Sorumluluğu, 45.

⁷⁷ Hayrunnisa Özdemir, Hekimin Sorumluluğu, 46; Zarife Şenocak, Küçüğün Tıbbi Mühaleye Rızası, AÜHFD 50, 4 no. (2001), 66-67.

Tıbbi müdahalenin temelinde Anayasa'nın 17'nci maddesi yatmaktadır. Bunun dışında Medeni Kanun'un 23 ve 24'üncü maddeleri de tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğuna dayanak olarak kabul edilmektedir.⁷⁸ Tıbbi müdahale teriminden anlaşılması gereken yalnızca psikolojik ya da fizyolojik tedaviler değildir. Çocuk sahibi olmak isteyen bir kişinin tüp bebek tedavisi, kürtaja yönelik faaliyetler de tıbbi müdahale kapsamında değerlendirilmelidir.⁷⁹ Tıbbi müdahalenin hukuka uygun sayılabilmesi için müdahalenin yetkili kişi veya kuruluşlarca ve ileride bahsedileceği üzere kişinin açık rızası alınarak gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

Tıbbi müdahale gerçekleştirmeye yetkili kişiler, Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'da ele alınmıştır. Doktorlar, ebeler, diş doktorları, hemşireler, bakıcılar Kanun'da kabul edilen yetkili kişilerden bazılarıdır. Tıbbi müdahale için sayılan yetkili kişilerse her türlü müdahaleyi yapmak noktasında yetkilendirilmemişlerdir. Diğer bir anlatımla bu kişiler müdahale esnasında hangi yöntemi seçeceği noktasında serbest olsalar da ancak yasada yetkilendirildiği müdahalelerde bulunabilmektedirler.⁸⁰

Hasta ile doktor arasında bir güven ilişkisi bulunmaktadır. Söz konusu güven ilişkisi hasta ile hekim arasında bir sözleşme ilişkisinin kurulmasını sağlarken sözleşmeye dayanılarak hekim tarafından uygulanacak her faaliyet hastanın onayını gerektirmektedir.⁸¹ Bu durum, hekimin aydınlatma yükümlülüğünü gündeme getirecektir. Aynı zamanda tıbbi müdahalede bulunacak yetkili kişiler yine müdahale sonucu sorumluluğu gündeme gelecek kişilerdir. Bu sebeple, yetkili kişilerin müdahale esnasında amaca uygunluk, etik ve tıp literatüründeki ilkelere uygun hareket etme halinin bulunması gerekmektedir. Örneğin, bir doktorun gelişen teknolojilere aykırı olarak bilgi birikimini tamamen kullanmaktan imtina etmesi, bu kurallara aykırı hareket ettiğini gösterir.

⁷⁸ Hayrunnisa Özdemir, Hekimin Sorumluluğu, 55; Hayrunnisa Özdemir, "Teşhis ve Tedavi Sözleşmesinde Hekimin Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğü", EÜHFD, XIII, 3-4 no. (2008), 349.

⁷⁹ Özge Nefise Kaya, 134.

⁸⁰ Münise Gülen Kurt, 190.

⁸¹ Doktrinde hekim-hasta arasındaki sözleşme "hekimlik sözleşmesi" olarak adlandırılmaktadır. Bu sözleşmenin hekim tarafında genellikle serbest çalışan doktorlar bulunmaktadır. Sözleşmenin temel taşı ise hasta ile hekim arasındaki güven ilişkisidir. Detaylı bilgi için bkz: Firdevs Arslan, "Hekimin Sorumluluğunun Belirlenmesi Bakımından Hekim ile Hasta Arasındaki İlişkinin Hukuki Mahiyeti", Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi 26, 1 no. (2020), 402.

Bunun haricinde tıbbi zorluklar veya kanunda belirtilen durumlar haricinde kalan tüm müdahalelerde bireyin onamının bulunması gerekmektedir. Aksi halde onam alınmadan gerçekleştirilen her türlü tıbbi müdahale hukuka aykırı kabul edilecektir.⁸²

Aydınlatılmış onam, tıbbi müdahaleyi hukuki olarak koruma altına alan ve sözleşmeden doğan yan yükümlülük içeren bir faaliyettir. Teşhis aydınlatması, süreç aydınlatması, riziko aydınlatması ve tedavi aydınlatması aydınlatılma yükümlülüğünün alt başlıklarını oluşturmaktadır.⁸³ Kişi kendisine uygulanacak tedavi hususunda serbestçe karar verme hakkına sahiptir. Aydınlatılmış onamda iki tür hak öne çıkmaktadır. Bunlardan ilki, aydınlatılma hakkı ve hastanın kendi geleceğini belirleme hakkıdır. Bu hak yine Anayasa'nın 17'nci maddesine dayanmaktadır. Bireyin rızası olmadan kendisine uygulanacak herhangi bir tıbbi müdahale öncelikle hastanın geleceğini belirleme hakkının ihlalidir.⁸⁴ Kendi geleceğini belirleme hakkının en önemli şartlarından biri ise bireyin karar verebilme yetisine sahip olmasıdır. Verilen rızanın tedavi süreci esnasında geri alınması, kararın değiştirilmesi söz konusu olabilir. Bu hususta TMK'nın 23'üncü maddesinin üçüncü fıkrası ve 24'üncü maddenin ikinci fıkrası bu konuyla ilgilidir.

Aydınlatma yükümlülüğünün yerine getirilmesinde aydınlatılacak kişinin tespiti de önemlidir. Rızanın hukuka uygun olabilmesi için karşıdaki kişi muhakkak hasta olmalıdır. Hastanın küçük yaşta olması veya bilincin kapalı olması gibi durumlarda hasta yerine hasta yakını da aydınlatma yükümlülüğü kapsamına girebilecektir. Küçük yaştaki bireylere ilişkin anne ve baba veya kanuni temsilci aydınlatılacaktır. Hastanın yabancı uyruklu olması halinde hekimin aydınlatma yükümlülüğündeki sorumluluğunun ortadan kalkması için Türkçe bilmemesi halinde tercüman kullanması gerekmektedir.⁸⁵

Birden fazla tedavi kullanılabilecekken kişiye ancak bir tedavi sunulması ve bu tedavinin ayrıntılarının ortaya koyulması kişinin özgür iradesiyle karar verdiğini göstermemektedir. Özgür irade için kişinin seçim hakkı olan konularda seçim hakkını kullanmalarının sağlanması gerekmektedir.⁸⁶ Ayrıca aydınlatma

⁸² Hayrunnisa Özdemir, Hekimin Sorumluluğu, 54-55; Özge Nefise Kaya, 135.

⁸³ Hayrunnisa Özdemir, Teşhis ve Tedavi, 353-358.

⁸⁴ Hayrunnisa Özdemir, Hekimin Sorumluluğu, 56; Özge Nefise Kaya, 138.

⁸⁵ Hayrunnisa Özdemir, Teşhis ve Tedavi, 363-364.

⁸⁶ Elif Erdoğan, 104.

yükümlülüğü somut olaya göre genişlemekte veya daralmaktadır. Örneğin, tedavinin hızlı olması zorunluluğu bulunmuyorsa aydınlatma yükümlülüğünün genişlediğinden, tam aksi durum da ise yükümlülüğün kapsamının daraldığından bahsedilmektedir. Burada kapsamı belirleyecek olan tıbbi müdahaledeki tehlikedir.⁸⁷

Hastanın onamının alınmasının istisnaları veya rıza olmadan da hukuka uygunluk sebebi sayılabilecek durumlar kamu sağlığı, özel yararın üstün gelmesi veya kamu yararadır. Bilinci tamamen kapanmış ve kendisinden tıbbi müdahale için onam alınamayan hastaya müdahale edilmesi onun özel üstün bir yararını göstereceğinden burada rızanın varlığı kabul edilmektedir. Bu aynı zamanda hayati risk nedeniyle rızanın alınamaması anlamına da gelecektir. Fakat müdahale bir rıza sonucu ameliyata alınmış kişinin ameliyat sırasında ameliyat sürecinin gelişmesini gerektiriyorsa burada hayati bir riskin varlığı aranmaktadır.⁸⁸

B. Kişisel Sağlık Verilerinde Rıza Kavramı

Rıza kelimesinin kökü Arapça “*radiye*” den gelmektedir. Rıza ile bir irade ortaya koyularak fiil, hukuka uygun hale gelmektedir. Bu nedenle sağlık hukukunda rıza oldukça önemli bir yere sahiptir.⁸⁹ Örtülü rıza ve açık rıza olarak kategorize edilebilecek rıza kavramı mevzuatımızda aksi düzenlenmedikçe özel bir şekil şartına bağlanmamıştır.⁹⁰ Buna karşın kişisel veriler hakkında verilecek rızanın niteliği açık rıza olarak düzenlenmiştir. Örtülü rızanın olduğu yerde kişisel verinin işlenmesi ve bu işlemin de hukuka uygun olması mümkün değildir. Açık rıza için konunun, konuya ilişkin kişisel veri sahibinin bilgilendirilmiş olması ve kişinin baskı altında olmadan elde edilmiş olması aranmaktadır. Kişisel Verileri Koruma Kurumu’nun 2020/173 sayılı kararında da ortaya koyulduğu üzere bir platforma üyelik esnasında hesap oluşturulurken aynı zamanda gizlilik bildiriminde belirtilen unsurların da kabul edildiğinin doğrudan kabul edilmesi gibi bir “*zimni irade onayı*” mevzuata uygun değildir.

Eğer rıza verilecek bir hususta kişiye konu tam olarak anlatılmamış, kapsamı, süresi, niteliği, sonuçları gibi hususlar veri sahibine açıklanmamışsa kişinin hür iradesiyle işleme faaliyetine özgürce onay vermesi faaliyeti hukuka uygun hale getirmeyecektir. Kurul bu gibi rızalara “*battaniye rıza*” kavramını

⁸⁷ Hayrunnisa Özdemir, Hekimin Sorumluluğu, 58.

⁸⁸ Münise Gülen Kurt, 194-195.

⁸⁹ Hayrunnisa Özdemir, Diş Hekimlerinin Sorumluluğu, 196.

⁹⁰ Elif Erdoğan, 72.

kullanmakta ve verilen rızanın hukuken herhangi bir geçerliliğinin olmadığını kabul etmektedir.⁹¹ Bir hastaya imzalatılan ve tedavisiyle ilgili olarak kişisel verilerinin işlenmesini amaçlayan belgede “*her türlü tedavi, her türlü ilaç, her türlü sağlık verisini işleme*” rızası açık rıza değil battaniye rızadır. Zira açık rıza kabul edilebilmesi için her kişisel veri işleme faaliyeti için ayrı seçenekler belirtilmiş, herkesin anlayabileceği şekilde açıklanmış olması gerekmektedir.⁹²

M.S v İsveç davasında kişisel sağlık verilerinin iletileceği kişilerin bir kamu kurumu olması halinde dahi sağlık verilerinin korunmasının ihlal edilebileceğine değinilmektedir. Dava konusu olayda, veri sahibi kişinin hassas verilerinden olan sağlık verilerinin açık rıza olmadan başka bir kamu kurumuyla paylaşılmasının başka kamu görevlileri nezdinde ifşa sayılacağına, bu fiilin amaç ile uyumlu olmaması nedeniyle kişinin özel hayatının ihlal edildiğine değinilmektedir.⁹³

Kişisel sağlık verilerinde bireyin sır olarak verdiği bilgilerin hastanın rızasıyla açıklanması mümkündür.⁹⁴ Hekim, rıza sonucu meydana gelecekler hususunda bilgi verme yükümlülüğü yerine getirildiyse kişilere, verilerin korunması anlamında hukuki koruma da sağlanmış olacaktır.⁹⁵ Kişisel Verilerin Korunması Kurulu tarafından verilen 2021/962 sayılı karardan görüleceği üzere, hasta hakkındaki bilgilere ulaşmak üzere hastanın e-nabız sistemine ulaşmanın yalnızca hekim tarafından yapılabileceği haricen hekimin yanında çalışan kişinin hassas verileri içeren e-nabız sistemine açık rıza olmadan giremeyeceği, bu hususta teknik önlemlerin alınması gerektiği, aksi takdirde söz konusu çalışanın hassas verilere erişiminin hukuka aykırı bir erişim olduğu kanaatine varılmıştır.⁹⁶ Burada hekimin bazı amaçlar doğrultusunda hassas verilere ulaşabileceği, herhangi bir amacı olmayan hekim çalışanın sağlık verilerine erişiminin kişisel sağlık verilerini ihlal edici bir davranış sergilediği kabul edilmektedir.

⁹¹ KVKK 27/02/2020 tarihli 2020/173 no.lu Karar Özeti, KVKK.gov.tr, <https://www.kvkk.gov.tr/Icerik/6739/2020-173>, Erişim tarihi: 1 Ocak 2024; Elif Erdoğan, 73.

⁹² Hayrunnisa Özdemir, Haberleşmenin Gizliliği, 293; Hayrunnisa Özdemir, Diş Hekimlerinin Sorumluluğu, 196; Elif Erdoğan, 99.

⁹³ Doru, Çev. Seyit Rasim. “M.S. V. İsveç Davası Hüküm Strazburg 27 Ağustos 1997 (74/1996/693/885)”. Journal of Istanbul University Law Faculty 74, sy. 1 (Kasım 2016): 513-27.; AİHM, M.S v. İsveç Davası No. 74/1996/693/885.

⁹⁴ Hayrunnisa Özdemir, Hadım Etme, 154.

⁹⁵ Hayrunnisa Özdemir, Haberleşmenin Gizliliği, 297.

⁹⁶ KVKK 21/09/2021 tarihli 2021/962 no.lu Karar

Kişisel sağlık verileri diğer kişisel verilerden açık rıza konusunda da ayrılmaktadır. Örneğin, işverenler bir işçinin kişisel verilerinin işlenmesi hususunda kendisinden rıza aldıktan sonra bu verileri kamu kurum ve kuruluşlarından gelen talepler doğrultusunda paylaşabilecektir. Burada işverenin “*veri sorumlusu*” olarak hukuki bir yükümlülüğü bulunmaktadır. Fakat sağlık verileri için aynı şey geçerli değildir. Kişisel sağlık verisi paylaşılacak çalışanın açık rızası olmadan söz konusu verilerin paylaşılması mümkün değildir.⁹⁷ Bu açıdan kişisel sağlık verilerinin GDPR’da kabul edilen özel nitelikli veriler gibi açık rızaya tabi olduğu ifade edilmelidir. Hasta açıkça neye rıza gösterdiğini bildiğinde onun rızası hukuk zemininde geçerli sayılacaktır.⁹⁸

Devletin aldığı sağlık politikası kararları sonucu sınırlanan haklardan ilki seyahat hakkıdır. Karantina ve tecrit uygulamaları, sokağa çıkma yasakları, karantina, ulusal veya uluslararası seyahatlere ilişkin kısıtlayıcı ve kontrol edici faaliyetler bu hakkı kısıtlayıcı faaliyetlerden sayılabilmektedir. Tedbirlerin kişilerin rızalarına tabi olup olmaması ayrıca değerlendirilmelidir. Bir kişinin kendi evi dışında bir sağlık merkezi veya hastane gibi bir ortamda zorunlu olarak tutulması, (karantinaya alınması) psikoloji tedavisi gören ve psikiyatr kliniğinde tutulan kişinin durumuna benzetilmektedir.⁹⁹ Burada kişi hem toplumdan hem de kendine vereceği zararlardan korunarak tedavi edilme amacı güdülmektedir. Bu gibi durumlarda kişinin açık rızasının bulunması aranmamalıdır.

Rızanın verilme şeklinin herhangi bir şekil şartına bağlı olmaması gibi geri alınmasının da açık herhangi bir kuralı bulunmamaktadır. Rıza istenildiği zaman verilebileceği gibi rızanın geri alınması da aynı şekilde kolay ve paralel bir şekilde gerçekleşmelidir. Bununla birlikte kişisel verilerin işlenmesinden önce bu verilerin geri alınabileceği de veri sahibine açıklanmalıdır. Rızanın belli bir süre sonra geri alınması halinde daha önce işlenen kişisel veri faaliyetinin hukuka uygunluğu devam edecektir.¹⁰⁰

Rıza hususunda değerlendirilen bir başka konu, hekimler arasında hastanın verilerinin paylaşılmasıdır. Hastanın rızası olmadan kendi hastasına ait verileri bir başka hekim ile paylaşmamalıdır. Fakat hasta, eğer bir başka hastaneye veya

⁹⁷ Hayrunnisa Özdemir, “Dış Hekimlerinin Tıbbi Sorumluluğu”, EÜHFD XV, 1-2 no. (2011), 196; Hayrunnisa Özdemir, Teşhis ve Tedavi, 348; Elif Erdoğan, 73.

⁹⁸ Elif Erdoğan, 74.

⁹⁹ Metin Özdemir, 164.

¹⁰⁰ Ufuk İyigün, 45.

uzmanlık alanı farklı olan bir doktora görünmek zorunda kalmış ise zımni rızanın varlığı kabul edilmektedir.¹⁰¹

VII. SAĞLIKTA KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI NOKTASINDA HUKUKİ SORUMLULUK

Hukuki sorumluluk “kusur ve kusursuz sorumluluk” olmak üzere ikiye ayrılmakta, hekimin tıbbi müdahaleden kaynaklanan kusuru genellikle kusur sorumluluğu başlığı altında değerlendirilmektedir.¹⁰² Sağlıkta kişisel verilerin korunması noktasında hukuki sorumluluğun tespiti halinde genel hükümlerin yanında özel hükümlere de gidilebilecektir. Hasta Hakları Yönetmeliği’ne göre, hasta haklarını herhangi bir şekilde ihlal eden kişi ve kuruluşlara yönelik zarar gören tarafından maddi ve manevi tazminat davası açılabilir. Örneğin, kişisel verilerinin güncel olmayan şekilde, geçersiz, gerekçesiz şekilde işlendiğini bilen kişi bu işlemede görevli bulunan gerçek veya tüzel kişilerden zararının tazminini isteyebilecektir.¹⁰³ Buna göre sağlık verisi ihlal edilen kişi eğer maddi olarak bir kazanç kaybına uğramışsa maddi¹⁰⁴, zarar nedeniyle acı ve ıstıraba uğramışsa manevi tazminat istenebilecektir.¹⁰⁵ Hem manevi hem maddi tazminata hükmedilen durumlar da görülebilmektedir. Örneğin, AİHM tarafından verilen bir davada, göz polikliniğinde hemşire olarak çalışan bir kişinin hastasının HIV olduğu verisine izinsiz bir şekilde ulaştığı, hastanenin hasta verilerini yeterli şekilde koruyamadığı, bu nedenle AİHS’nin 8’inci maddesinin ihlal edildiği sonucuna vararak hem maddi hem manevi tazminata hükmedilmiştir.¹⁰⁶ Fakat burada illiyet bağının tespit edilmesi önem arz etmektedir. Diğer bir anlatımla uğranılan zarar ile kişisel sağlık verileri hususunda bir bağlantının kurulması

¹⁰¹ Hayrunnisa Özdemir, Hadım Etme, 155.

¹⁰² Sera Reyhani Yüksel, “Hekimin Vekaletsiz İş Görmeden Doğan Sorumluluğu”, Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırma Dergisi 21, 2 no. (2016), 796.

¹⁰³ Hayrunnisa Özdemir, Haberleşmenin Gizliliği, 299.

¹⁰⁴ Doktrinde verilen örneğe göre, bir oyuncunun HIV virüsü veya benzeri bir virüsü taşıması bilgisinin kamuoyuna sızdırılması bu kişinin gelecek projelerini sekteye uğratabileceğinden kendisinin maddi bir zararı ortaya çıkacaktır.

¹⁰⁵ Mehmet ÖGET, 212.

¹⁰⁶ I./Finlandiya Kararı (35. Paragraf), Başvuru No: 20511/03, Karar Tarihi: 17.07.2008, “Bir hastayla ilgili kişisel bilgiler kuşkusuz kişinin kendi özel hayatı dâhilindedir. Bu nedenle, mevcut davada 8. madde geçerlidir.” <http://hudoc.echr.coe.int/tur?i=001-87510> (Erişim Tarihi: 17.11. 2023)

gerekecektir.¹⁰⁷ Bir sigorta şirketinin davalı olarak yer aldığı İstanbul Asliye Ticaret Mahkemesinde görülen davada, özel sağlık sigortası yaptıran davacının geçirdiği ameliyat ve tedavi bilgilerinin üçüncü kişilere rızası dışında verildiği gerekçesiyle davacı lehine maddi ve manevi tazminata hükmedilmiştir.¹⁰⁸ İstinaf mahkemesinin önüne giden dosyada, kişisel verilerin paylaşılmasında rıza kavramı değerlendirilmiştir. Davacı tarafından sağlık sigortası yapan şirketlerin bilgi almak veya vermeye yetkili olduğu ifade edilse de davacı ile davalı şirket arasında herhangi bir sözleşme bulunmadığı değerlendirilmiştir. Ayrıca sağlık verilerinin hassas veriler olduğu düşünüldüğünde sigorta şirketi ile sigortalanan arasındaki basit bir rıza sözleşmesi de verilerin paylaşılması noktasında kabul görmeyecektir. Kişisel sağlık verileri sigorta sözleşmesinden hariç tutulmaktadır.¹⁰⁹

Türk hukukunda aydınlatma yükümlülüğüne yönelik genel bir kanun hükmü yoksa da doktorun aydınlatma yükümlülüğünü yerine getirmemiş olması başka bir hukuki sorumluluğu ortaya çıkarmaktadır. Tıbbi müdahaleyi yerine getirecek olan hekimin müdahalesinin hukuka ve sözleşmeye uygun kabul edilebilmesi ve olumsuz sonuçlardan sorumluluğu doğmaması için hastanın aydınlatılmış olması aranır. Hastayı korkutmamak, moralini yüksek tutmak niyetiyle hastanın aydınlatılmamış olması müdahalenin sözleşmeye aykırılıktan dolayı hukuka aykırı olması sonucunu doğuracaktır.¹¹⁰ Aydınlatılmış onamın sınırları; doktrinde bazı hastalıklarda hastanın moral bakımından çökeceği, ruhsal bir çöküşe gireceği ve tedavi sürecini etkileyeceği gerekçesiyle hastanın bilgilendirilmesinden kaçınılabileceği kabul edilmektedir. Burada kendisine söylenmese bile aile bireylerine söylenebileceği onların aydınlatılabileceği ifade edilmektedir. Fakat yazar buna katılmamaktadır. Burada sadece kamu sağlığının gerekli kıldığı hallerde ve hastalıklarda sadece ilgili kişilerin korunması amacıyla örneğin (HIV+ için eşin bilgilendirilmesi) gibi aydınlatma yükümlülüğü belirli kişilere yapılabilir.¹¹¹ Alman Federal Mahkemesi de hastanın moralinde

¹⁰⁷ Mehmet ÖGET, 213.; Bir kişinin verisinin açıklanması halinde onu psikolojik sorulara kadar itebilecek bir durum da o kişinin manevi olarak etkilendiğini göstermektedir.

¹⁰⁸ Mehmet Öget, 222.

¹⁰⁹ Mehmet Öget, 223.

¹¹⁰ Hayrunnisa Özdemir, Teşhis ve Tedavi, 348-349.

¹¹¹ Hayrunnisa Özdemir, Hadım Etme, 158; Özge Nefise Kaya, 142.; AİHM'in karara bağladığı Z. v. Finlandiya davasında başvuranın eski eşi tarafından HIV virüsü taşıdığını bilmesine rağmen sırf virüsü kendisine bulaştırmak için kendisine tecavüz etmesi konu edilmektedir. Davanın kişisel veriler noktasındaki önemiye bu verilerin dava esnasında ifşa edildiğinin düşünülmesidir. Kişinin tüm verileri doktorlar tarafından mahkemeye

çöküntüye yol açacağı sebebiyle aydınlatma yükümlülüğünden kaçılmayacağını kabul etmektedir. Fakat hekimin hastada meydana gelecek olumsuz bir sonucu engellemek için susmak istemesi noktasında meşru yalan hakkının da gündeme gelebileceği kabul edilmektedir.¹¹²

Hukuki sorumluluk sebeplerinden birini doğuracak aydınlatma yükümlülüğünün yerine getirilip getirilmediğini ispat edecek taraflardan biri hekimdir. Taraflarca bir sözleşme ilişkisi mevcut olduğundan hukuka uygunluk sebeplerinin varlığının ispat edilmesi zorunludur. Burada ispat yükü hekimdedir. Hekimin, hastanın açık rızasının alındığını ispat etmesi gerekmektedir. Hasta ise kendisine karşı aydınlatma yükümlülüğünün yerine getirilip getirilmediğini ispat yükü altındadır.¹¹³

Kişisel sağlık verilerinde hukuki sorumluluğu doğuran diğer nedenlerden biri de sır saklama yükümlülüğünün yerine getirilmemesinden doğmaktadır. Hasta ve hekim arasındaki sözleşme ilişkisi vekalet ilişkisi olduğundan hekim, mesleği icabı teşhis ve tedavi süreçlerinde hastanın menfaatlerine uygun davranmalıdır. İster devlet hastanesinde ister özel hastanede hekim olarak çalışsın, doktor ile hasta arasındaki güven ilişkisi aynen devam etmektedir.¹¹⁴ Bu açıdan kişisel sağlık verilerinin paylaşılması noktasında da güven ilişkisinin vekalet sözleşmesi çerçevesinde korunması gerekmektedir. Sır saklama yükümlülüğüne aykırı hareket edilmesi halinde ispat yükü hastaya ait olmakla birlikte hastanın uğradığı zararın tazmini hekime düşmektedir. Ayrıca kişisel veriler adına sır saklama yükümlülüğü hekimin yanında çalışan kişi için de geçerlidir. Hekimin sır saklama yükümlülüğüne aykırı hareket etmekten dolayı açılacak maddi veya manevi tazminat davalarında zamanaşımı süresi Borçlar Kanunu'nun 125'inci maddesi gereğince on yıldır.¹¹⁵ Vekalet sözleşmesinde bir diğer önemli husus hekimin gereken özeni göstererek hareket etmesidir. Yargıtay 13. HD. 2016/26894 E. 2018/8072 K. numaralı kararında, hekim ile hasta arasındaki vekalet ilişkisinde hekimin görevini yaparken meydana gelen her sonuçtan

sunulmuştur. Mahkeme ise somut olayda kamu yararının özel yarar karşısında korunması gerektiğini, başvuranın verilerinin delil olarak sunulmasının herhangi bir hukuka aykırılık doğurmadığını karara bağlamıştır. Detaylı bilgi: Z v. Finland, Başvuru No. 22009/93, 25, (1997). HUDOC.

¹¹² Hayrunnisa Özdemir, Teşhis ve Tedavi, 369.

¹¹³ Hayrunnisa Özdemir, Teşhis ve Tedavi, 371-372.

¹¹⁴ Hayrunnisa Özdemir, Hadım Etme, 143.

¹¹⁵ Hayrunnisa Özdemir, Hadım Etme, 160-161.

sorumlu olduğu kabul edilmeyecekse de işlemlerinin ve eylemlerinin özenli olmayışından doğan zarardan sorumlu olacağı kabul edilmiştir.¹¹⁶

Maddi ve manevi tazminatın yanında kişisel sağlık verilerinin hukuka aykırı şekilde bulunması halinde farklı davaların gündeme gelmesi de söz konusudur. Hukuka aykırılık dolayısıyla bir kazanç elde edilmiş ve bu kazancın hak edene verilmesinin talep edildiği vekaletsiz iş görme, hukuka aykırılığın sona erdiği fakat etkilerinin devam ettiği durumlarda tespit davası, devam etmekte olan bir ihlalin durdurulması noktasında durdurma davası ve bir saldırı olmamakla birlikte saldırının muhtemel olduğu durumlarda önleme davası bu davalar arasında sayılmaktadır.¹¹⁷

Bir sağlık kuruluşunda sağlık verilerinin kim tarafından ihlal edildiğinin tespiti de yapılmaktadır. Sağlık kuruluşunda çalışan kişi, kişisel verileri ihlal etse dahi sağlık kuruluşu adam çalıştıranın sorumluluğu gereği sorumlu olacaktır. Maddi ve manevi tazminata hükmedilmesiyle birlikte tazminatın çalışana rücu edilip edilemeyeceği başka bir sorunu ortaya çıkaracaktır. Sağlık çalışanına rücu edilebilmesi için çalışanın haksız fiil nedeniyle ve adam çalıştırana yönelik borcuna aykırılık teşkil etmesi gerekmektedir.¹¹⁸ Hekimin haksız fiilden dolayı sorumluluğunun ispatı noktasında belgelerin veya delillerin ispatı oldukça zorlaşmaktadır. Dolayısıyla hukuki sorumluluğun tespitinde somut olaya göre sözleşme hükümlerine aykırılıktan dolayı hasta tarafından hekimin sorumluluğu daha kolay ispatlanabilmektedir. Hekimin sorumluluğunun ispatı noktasında hastaya ağır bir yük yüklenmemelidir.¹¹⁹ Bu açıdan hayatın olağan akışı içerisinde hekimin özen yükümlülüğüne aykırı davrandığının ispat edilmesi, ağır bir meslek kusurunun bulunması halinde ispat yükümünün hekimde olması gerektiği anlaşılmaktadır.

Dış hekimlerinin sağlık hukuku bakımından sorumluluğuna da değinmekte fayda görülmektedir. Zira belli bölge hedeflenerek faaliyet gösterilse de dış hekimleri tarafından da tıbbi müdahale gerçekleştirildiği ifade edilmelidir. Dış hekimleri ve hasta arasındaki hukuki sorumluluk sözleşme ilişkisine dayanabilecektir. Bir sözleşmeye dayanan ilişki vekalet sözleşmesi kapsamındadır. Benzer

¹¹⁶ Atiye B. Uygur, Hekimin Kusurunun Değerlendirilmesi, TBB Dergisi, 144 no. (2019), 358.

¹¹⁷ Beşir Orak, Kişisel Sağlık Verilerinin Korunması, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, 2019, 87,90.

¹¹⁸ Mehmet Öget, 221.

¹¹⁹ Hayrunnisa Özdemir, Teşhis ve Tedavi, 372.

şekilde İsviçre mahkemesi de dış hekimleri ve hasta arasındaki faaliyetleri vekalet sözleşmesi çerçevesinde ele almaktadır.¹²⁰ Buna karşı sözleşme ilişkisi olmadan da dış hekimlerinin tıbbi müdahalede bulunması mümkündür. Sözleşmenin bulunmadığı durumda haksız fiil sorumluluğu, tehlikeli aletlerin kullanılması veya adam çalıştıran nedeniyle sebep sorumluluğu gibi sorumluluk türleri de doğabilecektir. Adam çalıştıran bakımından Borçlar Kanunu'nun 116'ncı maddesi geçerlidir. Burada yardımcı şahsın fiiliyle hastanın uğradığı zarar arasındaki illiyet bağına bakılmaktadır.¹²¹ Kişisel sağlık verileri açısından dış hekimi özen yükümlülüğüne aykırı davranarak veya TMK'nın 23'üncü maddesi kapsamında vücut bütünlüğünü ihlal edici nedenlerle sorumluluğunun gündeme gelmesi de mümkündür.¹²²

SONUÇ

Kişisel sağlık verisi tanım olarak anonim hale getirilmemiş, kimliği belirli veya belirlenebilir bir kişiye ait sağlık verisidir. Kişisel sağlık verilerinin belirlenebilir olması demek, bilginin bir araya getirilmesiyle verinin sahibinin ortaya çıkabilecek durumda olmasıdır. Aynı zamanda burada birey veya kişi ile kastedilen bir gerçek kişidir. Tüzel kişilerin de kişisel verilerinin korunması gerektiğini savunan görüşler olsa da kanaatimizce sağlık verileri bakımından ancak gerçek kişiler gündeme gelebilecektir.

Kişisel sağlık verileri kanuni düzenlemeler ve Anayasamızın ele aldığı çeşitli hükümler nedeniyle ve özellikle temel hak ve özgürlükleri de etkileme gücü fazla olması sebebiyle özel veya hassas nitelikli veriler olarak kategorize edilmektedir. Zira kişisel sağlık verileri, örneğin cinsel tercihler, cinsel hayata ilişkin veriler, kişinin geçirdiği ameliyatlar gibi bilgiler kişinin ailevi, sosyal veya mesleki hayatında önemli rol oynayabilecek verilerdir. Bu verilerin alelade veriler gibi korunması söz konusu olamamalıdır. Bu veriler kişinin özellikle özel hayatının gizliliği ve kişilik hakları çerçevesinde sıkı şekilde korunmaya muhtaçtır.

Kişisel sağlık verisini nelerin oluşturduğu da sorulacak bir diğer sorudur. Burada kişinin fiziki veya ruhi açıdan tüm verileri kişisel sağlık verisine dahildir. Bununla birlikte kişinin fiziki veya ruhi açıdan tedavi almış olması halinde söz konusu tedavinin adı, süreci, tedavi boyunca sağlık kuruluşları veya sağlık

¹²⁰ Hayrunnisa Özdemir, Dış Hekiminin Sorumluluğu, 187.

¹²¹ Hayrunnisa Özdemir, Dış Hekiminin Sorumluluğu, 193.

¹²² Hayrunnisa Özdemir, Dış Hekiminin Sorumluluğu, 183.

personeli tarafından öğrenilen tüm veriler sağlık verilerinin çerçevesini oluşturmaktadır. Söz konusu veriler ancak yasal olarak kendisine kaydetme, bilgi edinme yetkisi verilen kişi veya kuruluşlar tarafından elde edilebilir ve işlenebilir. Bu ayrıcalık sağlık verilerinin hassas veriler olmasından kaynaklanmaktadır. Nasıl ki yetkili kişilerin verileri işlemesi mümkünse ancak istisna halleri içinde verilerin açıklanması da bu kişilerce mümkündür. Bunun dışında kişisel sağlık verilerinin muhakkak açık rıza dahilinde veri sahibi tarafından açıklanması, açıklanmasına müsaade edilmesi gerekmektedir. Aksi durumda hukuki sorumluluk gündeme gelebilecektir. Örneğin Yargıtay 4. Hukuk Dairesi E. 2022/3426 K. 2022/10554 T. 19.9.2022 “... *ilgilinin açık rızası olmadan verilemeyeceğinin düzenlendiğini, buna dayalı olarak çıkarılan vekaletnamede de avukatların müvekkillerine ait sağlık bilgilerini alabilmeleri için vekaletnamelerinde açık yetki olması gerektiğinin düzenlendiği...*”¹²³ şeklinde karar tesis edilmiştir. Adı geçen karar sağlık verilerinde rızanın ne derece önemli olduğunu göstermektedir.

Sağlık hakları bireye haklar tanıdığı kadar, sağlık personeli, sağlık verisini işleyen veya elde eden kişilere de yükümlülükler getirmektedir. Söz konusu yükümlülüklerden en önemlisi sır saklama yükümlülüğüdür. Sır saklama yükümlülüğü, sağlık personeli ile birey arasındaki mahremiyet beklentisinden ortaya çıkmaktadır. Mahremiyet, kişisel veriler üzerinde fiziki olarak doğabileceği gibi bireyin bedeni üzerinde de doğabilmektedir. Sır saklama yükümlülüğünün diğer önemli bir getirisi ise bireyin açık rızasının gündemde tutulmasıdır. Hekimler, sağlık kuruluşları veya yetkililer kanunda sayılan istisnalar dışında kişinin açık rızası olmadan bireyin mahremiyetini çiğneyecek hukuka aykırı bir faaliyette bulunamazlar.

Teknolojik gelişmeler, son zamanlarda ülkemizde ve uluslararası alanda yaşanan salgın ve olağanüstü hâl durumları kişisel sağlık verilerinin çeşitli şekillerde ele alınmasını zorunlu kılmıştır. Verilerin hukuka uygun biçimde işlenmesi ve saklanması, gerektiğinde güncel hale getirilmesi, bireylerin rızaları olmadan üzerlerinde tıbbi bir müdahalenin yapılması gibi hususlar son gelişmeler neticesinde yeniden ele alınmıştır. Olağanüstü durumlarda bireyin eve kapanması, toplumdan tecrit edilmesi, zorunlu aşı uygulaması, verilerin bir mobil uygulama üzerinde sağlık verisi olarak kaydedilmesi ve talep edilmesi halinde yetkili yerlerle paylaşılması gibi durumlar son dönemlerin en çok tartışılan hususlarıdır. Bu durumda devletlere pozitif düzenleme yapma ve kamu yararına uygun faaliyetler yerine getirme yükümlülüğü getirilmektedir. Fakat bu durumda dahi

¹²³ Kazanci.com

kişilerin hak ve özgürlükleri ancak kanun ve anayasaların izin verdiği ölçüde hukuka uygun şekilde sınırlandırılmalıdır. Yine aynı şekilde sağlık verileri kamu yararı, genel sağlık söz konusu olsa dahi bireylerin rızaları ve bilgilendirilmeleri doğrultusunda işlenmelidir. Ancak bu durumda hukuka uygun hareket edildiği ve yetkililerin sorumluluklarının ortadan kalktığı söylenebilir. Aksi durumda olağanüstü veya kriz durumundan kötü niyetle faydalanıldığı, kamu yararı veya genel sağlık gibi soyut kavramların arkasına saklanılarak hukuka aykırı biçimde kişilerin sağlık verilerinin ihlal edildiği söylenmelidir.

KAYNAKÇA

- Akgül, Aydın. Kişisel Verilerin Korunması Bağlamında Biyometrik Yöntemlerin Kullanımı ve Danıştay Yaklaşımı, *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, 28, 118 no. (2015), 199-222.
- Altundiş, Mehmet. “Tıbbi Kişisel Verilerin Tutulması ve Korunması Yükümlülüğü ve İdarenin Bu Yükümlülüğünü Yerine Getirmesinden Doğan Sorumluluğu”, *TAAD* 7, 28 no. (2016): 313- 352.
- Arat, Ayşe. “Gerçek Kişilerde Kişiliğin Sona Ermesi”, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 9, 1-2 no, (2006):257-276.
- Arslan, Firdevs. “Hekimin Sorumluluğunun Belirlenmesi Bakımından Hekim ile Hasta Arasındaki İlişkinin Hukuki Mahiyeti”, *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi* 26, 1 no. (2020): 400-422.
- Belgesay, Mustafa Reşit. “Doktorun Hukuki Borçları”. *Journal Of Istanbul University Law Faculty* 11, 3-4 no. (2011): 108-127.
- Cengiz Serkan ve Tortop Nilgün (Çev.), İnsan Hakları Avrupa Mahkemesi Kararları, Y.F./ Türkiye’ye Karşı (Başvuru No. 24209/94) Karar, 22 Temmuz 2003, para. 44.
- Demir, Müslim. “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu Üzerine Bir İnceleme.” *Çalışma ve Toplum*, 3, 62 no (2021): 2015-2030.
- Deniz Miray Özer, “Sağlık Verilerinin İşlenmesinde Aydınlatma Yükümlülüğü”, *Erciyes Akademi*, 36, 3 no, (2022): 1424-1445.
- Dilek, Erdoğan Can. “Kişisel Sağlık Verileri.”, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Hukuku Ana Bilim Dalı, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, YÖK Tezler: İstanbul, 2023.

- Doru, Çev. Seyit Rasim. “M.S. V. İsveç Davası Hüküm Strazburg 27 Ağustos 1997 (74/1996/693/885)”. *Journal of Istanbul University Law Faculty* 74, 1 no, (Kasım 2016): 513-527.
- Dülger, Murat Volkan. Sağlık Hukukunda Kişisel Verilerin Korunması ve Hasta Mahremiyeti, *İstanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 1, 2 no. (2014), 43-80.
- Erdoğan Elif, 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Açık Rıza. Seçkin Hukuk: Ankara, 2022.
- Gezder, Ümit. “Ölüm Sonrası Hatırayı Koruma Doktrini ve Ölüm Sonrası Kişiliğin Korunması Teorisi.” *İÜHFM*, 65, 1 no, (2011): 207-222.
- Gülen Kurt, Munise. “Tıbbi Müdahalelerde Aydınlatılmış Onam.” *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, 146, (2020), 187- 218.
- Gülhan, Ozan. “Kişisel Sağlık Verilerinin Korunması.” Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Hukuku Anabilim Dalı, *Yayınlanmış Doktora Tezi*, YÖK Tezler: İstanbul, 2023.
- Gülbüz Erel, İrem. “Sağlık Hukukunda Kişisel Verilerin Korunması.” Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Özel Hukuk Anabilim Dalı, *Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi*, YÖK Tezler: Kocaeli, 2021.
- Hayrunnisa Özdemir, “Teşhis ve Tedavi Sözleşmesinde Hekimin Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğü”, *EÜHFD XIII*, 3-4 no. (2008): 347- 389.
- İyigün, Ufuk. “Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesinin ve Aktarılmasının Karşılaştırılmalı Hukuk Açısından İncelenmesi.” İstanbul Medipol Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuk Bilim Dalı, *Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi*, YÖK Tezler: İstanbul, 2023.
- Kaya, Özge Nefise. *Kişisel Verilerin Korunması Kapsamında Hasta ve Hasta Yakınlarına Gerçeğin Söylenmesi*. Seçkin Hukuk: Ankara, 2023.
- Kılınç, Doğan. “Anayasal Bir Hak Olarak Kişisel Verilerin Korunması.”, *AÜHGD*, 61, 3 no, (2012): 1089- 1169.
- Koçak, Uğur Atakan. “Kişisel Veri İhlallerinin Türk Ceza Kanunu Kapsamında Değerlendirilmesi.” *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, 35, 163 no, (2022): 1-37.

- Orak, Beşir. “Kişisel Sağlık Verilerinin Korunması.” Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Özel Hukuk Anabilim Dalı, *Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi*, YÖK Tezler: Ankara, 2019.
- Öget, Mehmet. “Kişisel Sağlık Verilerinin Korunmasında Özel Sağlık Kuruluşlarının Sorumluluğu.” *İzmir Barosu Dergisi*, 85, 3 no. (2021): 189-260.
- Özdemir, Hayrunnisa. “Haberleşmenin Gizliliği ve Kişisel Veriler”, *EÜHFD XIII*, 1-2 no. (2009): 285-303.
- Özdemir, Hayrunnisa. “Hadım Etme ve Hekimin Sır Saklama Yükümlülüğü”, *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi XIV*, 1 no. (2010): 125-164.
- Özdemir, Hayrunnisa. “Diş Hekimlerinin Tıbbi Sorumluluğu”, *EÜHFD XV*, 1-2 no. (2011): 177-229.
- Özdemir, Hayrunnisa. “Hekimin Hukuki Sorumluluğu”, *ERÜHFD XI*, 1 no. (2016): 33-81.
- Özdemir, Metin. *Uluslararası İnsan Hakları Hukuku Perspektifinden Tehlikeli Salgın Hastalık Nedeniyle Uygulanan Halk Sağlığı Tedbirleri*. Adalet Yayınevi: Ankara, 2022.
- Özel, Çağlar ve Özcan, Burcu. “Kişilik Hakları- Hasta Hakları Bağlamında Tıbbi Müdahale Dolayısıyla Çıkan Hukuki İlişkide Hekimin Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğü Ve Aydınlatılmış Rızaya İlişkin Bazı Değerlendirmeler”. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 10, 1 no. (Şubat 1992): 49-73
- Özer, Erdener. “Tanısal Girişimlerde Hasta Mahremiyeti ve Kişisel Verilerin Korunması.”, Editörler: Prof. Dr. M. Merdan Hekimoğlu, Dr. Öğr. Üy. Sevinç Arslan Hızal, *I. Sağlık Hukuku Sempozyumu*, İzmir: Leges Yayınları, (15 Mart 2014), Sempozyum Özel Sayısı İstanbul, (2015), 102-105.
- Özkan, Feray. “Kişisel Sağlık Verilerinin Korunmasının Pozitif Temelleri ve AİHM Kararlarından Örnekler.” Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, *Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi*, YÖK Tezler: İzmir, 2018.
- Özkaya, Ömer ve Toprak, İbrahim. “Anayasa Mahkemesi Kararları Işığında Bir İnsan Hakkı Olarak Kişisel Verilerin Korunması.” *Sayıştay Dergisi*, 33, 124 no, (2022): 71-99.

- Par, Öznur Esra ve Sosyal, Ergin. “Kişisel Sağlık Bilgilerinin Güvenliği Açısında Medula’da Kullanılan Yasa ve Standartların HIPAA ile Karşılaştırılması.”, *Sağlık Bilişimi Anabilim Dalı, Hacettepe Üniversitesi*, (2010): 82-87.
- Şenocak, Zarife. Küçüğün Tıbbi Mühaleye Rızası, *AÜHFD* 50, 4 no. (2001): 65- 80.
- Şimşek Küçükbasmacı, Gözde, “Sağlık Hukukunda Kişisel Verilerin Korunması ve AB Mevzuatı ile Karşılaştırmalı Olarak Değerlendirilmesi.” Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Adli Tıp Anabilim Dalı, *Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi*, YÖK Tezler: Ankara, 2022.
- Taşçı, Ece. Kişisel Verilerin Kaydedilmesi Suçu. Seçkin Hukuk: Ankara, 2022.
- Uçak, Murat. “Kişisel Verilerin Ölümünden Sonra Korunması”, *İstanbul Medeniyet Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 6, 10 no, (2021): 197-123.
- Uygur, Atiye B. Hekimin Kusurunun Değerlendirilmesi, *TBB Dergisi*, 144 no. (2019): 355- 381.
- Yalman, Fuat. “Sağlık Yöneticilerinin E-Nabız Uygulamalarının Kullanımına Yönelik Tutumlarının Doğrulayıcı Faktör Analizi ile Belirlenmesi.” *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10, 4 no, (2021), 610-620.
- Yosif, Umniyahashgar. “Kişisel Verilerin İşlenmesi Şartları ve 6698 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanununun Ruhu Olarak Genel İlkeler” *Selçuk Üniversitesi Adalet Meslek Yüksekokulu Dergisi* 4, 1 no. (2021): 1-22.
- Yücedağ, Nafiye. “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Genel İlkeler”, *Kişisel Verileri Koruma Dergisi* 1, 1 no. (2019): 47- 63.
- Yüksel, Sera Reyhani. “Hekimin Vekaletsiz İş Görmeden Doğan Sorumluluğu”, *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırma Dergisi* 21, 2 no. (2016): 793- 804.

SAĞLIK HUKUKUNDA BİYOETİK TARTIŞMALARININ YERİ

Dr. Öğr. Üyesi Arif Hüdai KÖKEN

*Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı*

Öncelikle Berna Hanım'a ve düzenleme komitesine beni bu toplantıya davet ettikleri için teşekkür ediyorum. İsmim Arif Hüdai Köken, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldum. Bir süre Sağlık Bakanlığı'nda görev yaptıktan sonra sağlık sistemini, hekim-hasta ilişkisi çerçevesinde sorgulamama neden olan olaylarla karşılaştım. Aslında tıp fakültesi okumaya cerrah olmak için karar vermiştim. Görmüş olduğum problemler tıp fakültesinde iken aldığım etik derslerini hatırlattı. Dolayısıyla, mesleki anlamda yaşadığım sıkıntılı alanı da biraz daha dışarıdan gözlemledikçe, tanıdıkça çözümüne katkı sunacak bir bakış açısını kazanacağımı ve meslektaşlarıma değişik çevrelerde bunu da kazandıracağını düşündüğüm için Tıp Etiği alanında uzmanlaşmaya karar verdim. Eğitimimi Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi Etik Anabilim Dalı'nda aldım. Şu anda Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi Etik Anabilim Dalı başkanı olarak görev yapıyorum. Biraz da hukukla ilişkisi olduğunu düşündüğüm için ve etik sorunlara çözüm önerileri sunarken karşıma sürekli mevzuat çıkması nedeniyle sağlık hukuku okur-yazarlığımı arttırmak amacıyla sağlık hukuku alanında tezsiz yüksek lisans da yaptım.

Sabahki konuşmacı hocalarımız da değindi gerçi ama ben de kısaca Hammurabi Kanunlarından bahsetmek istiyorum. Babil döneminin en parlak dönemi Hammurabi döneminde yaşandı. Yapılan kazılarda, o döneme ait bir tane anıt bulundu. Anıtın içinde de bir kanun kodeksi olduğu görünüyordu ve de bu kanun kodeksinin hemen üzerinde de güneş ve adalet tanrısının önünde dua eden Hammurabi bulunmaktaydı. Hekimlik o dönemlerde kutsal bir meslek sayıldığı için hekimlere yönelik kanun içerisinde bir madde bulunmamakla birlikte cerrahlık tabii biraz daha eleştiri konusuydu. Çünkü, cerrahlık bir hekimlik mesleği olarak kabul edilmiyordu. Kafasına göre herkes cerrahlık yapmasın diye bazı kanun maddeleriyle belli yaptırımlar getirmişlerdi. Bu kanun maddelerinde, cerrahların yaptıkları tedavilerin ücretleri belirtilmekle birlikte hatalı tıbbi uygulamalardan dolayı cezai yaptırımlardan da bahsedildiği görülmektedir. Tıp etiğinin önemli dönüm noktalarından bir tanesi de Hipokrat'tır.

Tibbın sekülerleşmesine öncülük eden Hipokrat, “*önce zarar verme*” söylemiyle *hekimlerin* öğrendiği ilk etik ödev olduğu söylenebilir. Hipokrat yeminiyle de hekimliğin etik ilke ve değerlerinin ortaya çıktığını da ayrıca söyleyebiliriz.

Adanalı iki tane sağlık uygulayıcısı, biri hekim diğeri eczacı olan Cosmas ve Damian’ın üçüncü yüzyılda Roma döneminde bir bacak transplantasyonu yaptıkları rivayet edilir. Beyaz bir kadına, siyahi bir ırktan aldıkları bacağın transplantasyonunu resmeden bir görüntü görüyorsunuz ve tarihte de ilk organ nakli olduğunun bir kabulü olarak belirten tıp tarihçileri bulunmakta. Şayet, gerçekten bu bacak transplantasyonu yapıldıysa hastanın ölme ihtimalinin çok yüksek olduğunu belirtmek gerekir. Bu bağlamda hekimler riskli tıbbi uygulamalarında Hipokrat’ın sunmuş olduğu “önce zarar verme” etik ilkesi perspektifinden dikkatli olmaya her zaman davet edilmektedir.

Osmanlı dönemine geldiğimizde rıza senetleri görüyoruz. Kadı sicillerinde bulunan ve günümüz diline aktarılan rıza senedi örnekleri görmekteyiz. Burada sunmuş olduğum iki rıza senedi örneğinden bir tanesi mesaneden taş çıkarılması, diğeri de kasıktaki yaraya müdahale ile ilgilidir ve bu belgelerin mahkemelere konu olduğunu görüyoruz. Tıbbi gelişmeler artmış, yirminci yüzyıla geldiğimizde İkinci Dünya Savaşı’nın bize öğrettiği çok şey olmuştur. Özellikle çok olumsuz sınavlar veren hekimler, o dönemde bilim adı altında insanlık dışı deneyler yapmışlardır. Nazi hekimlerinin yaptıkları bu deneyler, kendilerine çok ciddi suçlamaların yöneltilmesine neden olmuş, uluslararası mahkemelerde yaptıkları tıbbi uygulamalardan dolayı savaş suçları kapsamında yargılanmışlar ve Nürnberg Mahkemelerindeki bu yargılamalarından sonra çok ağır cezalar da almışlardır.

Diğer taraftan Thalidomide, gebe kadınların mide bulantısını geçirmek için kullanılmakta olan bir ilaç iken yeterli alan araştırmaları yapılmadan gebe kadınların şikayetini gidermek amacıyla kullanılan ilaç; fokomeli dediğimiz, kol ve/veya bacakları olmayan çocukların doğmasına neden olmuştur. 1957’de Almanya’da piyasa sürülen ilaç, 1961 yılında tedavülden kaldırılmak zorunda kalınmıştır.

Tabii bu ve benzeri olaylar devam ederken 1964 yılında Dünya Tabipler Birliği tarafından Helsinki Bildirgesi yayınlanmıştır. Bildirge’nin insanlar üzerinde yapılan tıbbi araştırmalarla ilgili etik ilkeleri; deneye tabi tutulacak insanların korunması, hayatının, onurunun, haysiyetinin güvence altına alınması yönünde bir bakış açısı sunan bir metin olduğunu söyleyebiliriz. Beraberinde de 2013 yılına kadar da farklı dönemlerde güncellemeler yapılmıştır. Bir başka

örnek, Tuskegee deneyleri, 1970’li yılların başına geldiğimizde çok dramatik bir şekilde kendisini göstermiştir. 1932 yılında Amerika’da Afro-Amerikalılar üzerinde sifilisin doğal seyrini yani son dönem lezyonlarını görmek için tedavisiz bırakılan Afro-Amerikalılar üzerinde yapılan bir deney yapıldığı kamuoyuyla paylaşımıştır. Penisilinin 1928 yılında keşfi ve 1947 yılında da sifiliz için etkili olduğu gerçeği ortaya konulmasına rağmen yine bu insanlar bir araştırma amacıyla da tedavisiz bırakılmışlardır. Gerek bilim çevrelerince gerekse de diğer sivil toplum örgütlerince de çok ciddi tepkiye neden olduğunu ifade edebiliriz.

1978 yılına geldiğimizde de sansasyonlarla devam eden tıbbi uygulamalar, Belmont Raporu’nun yazılmasıyla kendisini göstermiştir. Çok geniş kapsamlı olan bu rapor, insan araştırma deneklerinin korunmasına ilişkin etik ilkeleri, yönergeleri, biyomedikal davranışsal araştırmalarda da insan deneklerin korunmasını içeren ulusal bir komisyon raporu olarak karşımıza çıkmıştır. İnsan üzerinde yapılan araştırmalarla ilgili araştırma etiği belgesi olarak da bu rapor kabul edilmektedir.

Tabii klinik uygulamalara geldiğimizde, farklı hususlarla da karşılaştığımızı söyleyebiliriz. Amerika Birleşik Devletleri’nde 1973 yılında meydana gelen bir tüp-gaz patlamasında Dax Coawart’ın (Amerikan Hava Kuvvetlerinde pilot hatta bir söyleme göre de Vietnam Savaşında uçuş yaptığı da söyleniyor) vücudunun bu patlama sonucu yüzde atmış beşinin yandığı, tedavi sürecinde tedaviyi reddettiği, hekimlerin hastanın karar verme kapasitesini değerlendirmek için psikiyatri konsültasyonu dahi aldığı bilinmektedir. Bu psikiyatrik konsültasyonun sonucu karar verme kapasitesinin yerinde olduğu görüşü getirilmesine rağmen tedaviyi ret kararı muteber karşılanmamıştır. Tedaviyi ret sürecinin içerisinde annesinin de tedaviyi ret kararına çok olumlu bakmaması hekimleri de cesaretlendirmiştir. Daha sonra da kendisi, vücudundaki yanık sekelleri ile yaşamak zorunda bırakılmıştır. Kol ve bacaklarında ciddi anlamda güdükler, fonksiyon kaybı, gözlerinde ciddi problemler bulunmakta iken ölme hakkı talebi bu bağlamda gündeme gelmiş ve *“benim bu şekilde yaşamama neden olan hekimlerdir”* demiştir. Daha sonradan da hukuk fakültesi okuyarak da Amerika Birleşik Devletleri’nin hasta haklarını savunan ünlü avukatları arasına girmiştir.

2019 yılında American Journal of Bioethics dergisinde, Dax Cowart’la ilgili yayınlanan makalede (Why Dax’s Case Still Matters) bu olayın hâlâ gündemde kaldığı; gerek hukukçular, gerek etikçiler, gerek hekimler tarafından halen tartışıldığı görülmektedir. Hastanın rızası, yaşam kalitesi, bu bağlamda hastanın istekleri, yakınlarının istekleri, kültürel ve inançsal düzeyde birçok tartışmaları da beraberinde getirdiği söylenebilecektir.

1975 yılında gerçekleşen Karen Ann Quinlan vakasında, alkolle birlikte Diazem isimli bir ilacı alan hasta solunum yetmezliğine gitmiş ve kalıcı bitkisel hayata girmiştir. Ailesi belli bir süre sonra çocuklarının bu şekilde yaşamasını istemiyor, solunum destek cihazının çekilmesini talep ediyor. Konu mahkemeye taşınmıştır. Mahkeme de burada bu kararı etikçilerin de bulunduğu bir etik komisyonunun karar vermesi yönünde bir karar vererek bu konuda karar vermekten imtina etmiştir. Daha sonradan etik kurul, solunum destek cihazının çekilmesini uygun görmüş ancak ilginç bir şekilde solunum destek cihazı çekildikten sonra spontane solunum yerine gelmiştir. 1976 yılında solunum destek cihazı çekilmesine rağmen 1985 yılına kadar gıda takviyesi ve gıda destekleri de yapıldığı için yaşamış ve toplam 9 yıl sonra da vefat etmiştir. Ciddi anlamda burada tabii vasilerin hakları, kişinin yaşama hakkı, onurlu ölüm hakkı gibi tartışmaların da biyoetik açıdan yapıldığını görmekteyiz, ama işin ucunda bir noktada da Amerikan Mahkemelerinin karar verme işini üstlenmeme kararı olduğunu söylenebilecektir.

Tabii burada Aristo'nun "*Nikomakhos'a Etik*" isimli kitabında etik kavramının aslında "*insan için iyi olan nedir*" sorusunun cevabını irdelemektedir. Etik kavramı, tıbbi uygulamaların farklı dönemlerinde farklı isimlerle anılmıştır. 1870'li yıllarda Percival tarafından "*medical ethics*" kavramı, yani tıp etiği kavramı, 1970'li yıllara geldiğimizde biyoetik kavramı, 1970'li yılların ortalarına geldiğimizde biyomedikal etik kavramı ve 1978 yılında da nihayet klinik etik kavramına dönüşmüştür.

Biyomedikal etiğin dört temel ilkesi; "*yarar sağlama, zarar vermeme, özerkliğe saygı ve adalet*" günümüzde artık genel olarak kabul edilmektedir. Bu ilkelerin hepsi sanki birbirine bağlı dişli çarklar gibidir, birinin işleyişindeki problem, diğerini de olumsuz etkilemektedir. Bu bağlamda hukukçuların da özellikle tartıştığı bu konuların tamamı, aslında biyoetiğin de bir tartışma alanı olduğunu göstermektedir.

UNESCO'nun 2005 yılında yayınladığı "*Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi*" ne baktığımızda; insan onuru ve insan hakları, yarar ve zarar, özerklik, onam verme, onam verme kapasitesi olmayan kişiler, insanın savunmasızlığı, ayrımcılık yapma-yapmama, yararın paylaşılması gibi hususların ötesinde çevre biyosferin ve biyo-çeşitliliğin korunmasına ilişkin çok önemli etik başlıkların olduğunu görmekteyiz. Dolayısıyla bugün hukuki tartışmaların temelini oluşturan neredeyse tüm başlıkları da biyoetikçilerin tartıştığını, hatta hukuksal anlamda bir olguyu nitelemek için kuramsal düzeyde de biyoetik

tartışmaların gerekli olduğunu ifade etmeye çalışacağım ve uluslararası kaynaklarla da bu hipotezimi doğrulamaya çalışacağım.

Tıp uygulamaları artık çok daha kompleks hale geldi ve artık hekimler, sistematik bir şekilde klinikte etik karar vermektedirler. Bu arada, her bir klinik kararın aynı zamanda etik bir karar olduğunu da belirtmekte yarar vardır. Bu karar, doğru bir sonuca ulaştığı zaman etik ve hukuki açıdan tartışma yaratmamaktadır. Ama son zamanlardaki gelişmeler, hekimlerin biraz daha sistematik bir şekilde karar vermesini zorunlu hale getirmiştir. Amerikalı üç klinik etikçinin yazdığı *“Clinical Ethics, A Practical Approach To Ethical Decisions In Clinical Medicine”* kitabında dört kutu yöntemi ile karar vermeyi sistematik hale getirdi. Bunlardan birinci başlık tıbbi belirleyicilerin, endikasyonların tartışılması, ikinci başlık hastanın tercihleri, üçüncü başlık yaşam kalitesi, dördüncü başlık da vakayı çevreleyen çevresel unsurlardır. Vakayı çevreleyen çevresel unsurların içerisindeki son maddede *“hukuk, tedavi kararlarını nasıl etkiliyor”* diye bir soru sorulduğunu görüyoruz. Dolayısıyla saf teknik bir şekilde ele aldığımız bir tıbbi olguyu etik açıdan dört temel etik ilkeyle ilişkilendirirken öteki tarafta *“adalet”* başlığı altında da hukukla ilişkisinin kurulmasını öneren biyoetikçilerin varlığından da bahsetmek gerekmektedir.

Daha zor klinik kararlar verirken hekimler de kendilerine bir hareket noktası belirlemek istemektedirler. Bu açıdan, yoğun bakımda yaşamından umut kesilen hastanın sperminin eşi tarafından talep edilmesi, yani izolasyon talebinde bulunulmasıyla ilgili bir vakanın incelenmesi faydalı olacaktır. Vaka, Amerika Birleşik Devletleri’nde görülse de Türk kültürel etik ve hukuk sistemiyle bu meselenin biraz daha yorumlanması gerekmektedir. Vaka analizinde kullandığım dört kutu yöntemi, klinisyenlerin kendilerini sıkıntıya sokmadan bir karara götürdüğünü ifade ettiklerini göstermektedir.

Etik-hukuk çatışması çok fazla olmakta, hekimlerin defansif tıp uygulamalarının temelini oluşturmaktadır. Eylemimiz etik ve yasaya uygunsa veya etik ve yasaya uygun değilse, burada hekimler eylemi ya yapıyor ya da yapmıyor. Yani bir ikilem yaşamıyor, ama etik ile hukuk arasında bir dengesizlik ya da ihtilaf olduğu takdirde de ahlaki sıkıntı dediğimiz, *“moral distress”* dediğimiz bir kavram karşımıza çıkıyor. O açıdan hekimleri rahatlatacak bir argüman da aslında bir yol da klinik etik konsültasyon olduğunu söylenebilecektir. Bununla ilgili özellikle Erasmus Üniversitesi’nde tanıştığım Dr. Erwin Kompanje, kendisi klinik etik konsültandır ve zor klinik kararlarda hekimlere yardımcı olduğunu ifade ediyor ve özellikle de hukuksal normların iyi bir etik konsültanlığın da vazgeçilmez bir parçası olduğunu ifade ediyor.

Klinik araştırmalardaki etik konular bugün bizim tartıştığımız biyoetiğin temel konularıyla birlikte hukukun da temel konularını ele alan kaynağımız; *“The Law and Ethics of Medical Research: International Bioethics and Human Rights”*. Yine hukukta biyoetik kavramına geldiğimizde, yargısal süreçleri hukuki temellendirmede biyoetik yaklaşımların önemini irdeleyen *“Bioethics In Law”* isimli kitapta bir başlık olduğunu görmekteyiz. Bunun haricinde ötenazi kavramında yine etik ve hukukla ilişkisinin çok güçlü bir şekilde kurulduğu görülmektedir.

Klinik tıp etiği ve tıp hukukunun özellikle birbirinden ayrılmaz bir iş birliği içerisinde olduğunu ifade eden uluslararası literatürde yer alan bir diğer önemli kaynağımızda, çocuk hasta grubunun, özellikle karar verme kapasitesi farklı yaş gruplarında, farklı özellikler barındırdığı için hem biyoetiğin hem de hukukun ciddi bir tartışma alanı olduğu; hukuksal nitelemeyi yapmak için de biyoetik tartışmaların aslında bir temel oluşturduğu ifade edilmektedir. İyi klinik uygulamaların, özellikle etik ve hukuksal yaklaşımların da önemli bir temel oluşturduğu görülmektedir. Profesyonelliğin gelişmesine de önemli bir katkı sunan kaynağımız; (Euthanasia, Ethics And Law From Conflict To Compromise/ Medical Ethics and Medical Law/ The Child As Vulnerable Patient Protection And Environment/ Good Medical Practice, Professionalism, Ethics And Law/ Health Policy And Ethics)

Sağlık turizminde de etik ve hukuki tartışmaların müşterek birlikteliği *“Patients With Passports, Medical Tourism, Law And Ethics”* de işlenmiş; öyle göz ardı edilmemiştir. Oxford Üniversitesinin yayını olarak uluslararası düzeyde kabul görmüş yayınevlerinden çıkan, hekimlerin ve hukukçuların ortak görüşleri bağlamında vaka analizleriyle yapıldığı bir diğer eser ise *“100 Cases In Clinical Ethics And Law”*.

Yargıçlar için UNESCO’nun iş birliği ve uluslararası bir hukuk eğitim derneği tarafından hazırlanmış yine bir vaka kitabını görüyoruz (*Casebook on Bioethics For Judges*). Bu da İnsan Hakları Biyoetik Bildirgesindeki maddelerle ilişkili, en son 2022 yılında Oxford Üniversitesinden çıkan bu yayını görüyoruz (*Oxford Handbook Of Medical Ethics And Law*).

Türkiye’de tabii birçok tartışmalı vaka bulunmaktadır. Etik ve hukukla ilgili hekimlerin kendini böyle ifade etmekte zorlandığı, ama her ikisinin de birbirini tamamlayıcı nitelik taşıdığı bazı vakalardan bahsetmek istiyorum. Örneğin, Dr. Turgut Noyan, Adana Başkent Hastanesi’nde kalbinden yaralanmış bir çocuğun organlarını alma konusunda -tabii kurtaramıyorlar- ailesinden rıza

alıyor. Savcının olay yeri incelemesi yapması gerekiyor. Savcı olay yerine intikal etmesi uzun sürünce, organların başka hastaların yararına olacağı düşüncesiyle ailenin rızasıyla alıyor, ancak savcı hekim hakkında soruşturma başlatıyor.

Burada kararsızlık, küçük bir kızı öldürdü. Çatapat yiyen kız çocuğu karaciğer nakline aday, babası verici, annesi yedek verici olarak dışarıda bekliyor. Babanın ameliyat esnasında karnı açıldığında *-buna aynı zamanda ben İstanbul Tıp Fakültesinde stajyer tıp öğrencisi iken tanık oldum, Prof. Dr. İlgin Özden Hocamın vakasıydı-* anne dışarıda yakınlarının gazına gelerek -öyle tarif edeyim- kızım zaten ölecek, babası yarım kalır, düşüncesiyle dışarıdan ameliyatı durduruyor. İlgin hoca ameliyatı tabii sonlandırıyor. Daha sonradan bu ameliyatın sonlandırılması doğru mudur, değil midir tartışmaları tabii yapılmıştır.

Anayasa Mahkemesinin aşı kararı tamamen böyle bir biyoetik temelli yapılan tartışmalar olarak bizim alanımızda görülmektedir. Biraz yurtdışına çıktığımızda, öz oğlunun çocuğunu doğuran anne, tam olarak biyoetikle hukukun tartışma alanının bir örneğidir. Taşıyıcı annelik konusu keza yine aynı şekilde sperm bankaları, tüp bebek merkezlerindeki cinsiyet seçimi, yumurta bağışı ve sperm bağışı gibi hususlar da bu kapsama girmektedir. Özellikle anne sütü bankası 2012 yılında kurulma aşamasında iptal edilmiştir ancak Avrupa'nın birçok yerinde bulunmaktadır. Bizde kültürel nedenle süt kardeş evlilikleriyle ilgili konular tamamen biyoetik tartışmalarının odağı haline gelmiştir. Bir başka örnekte, iki haftalık gebe anne, çocuğunun oğlak burcu doğmasını istememesi nedeniyle rahim tahliyesi talep ediyor. Burada da tabii biyoetik tartışmaların alevlendiği, karşılığında da hukukçuların da tabii çok fazla geri kalmadığı bu nokta, etik ve hukuki açılardan tartışma değeri taşımaktadır. Medikal kastrasyon herkes tarafından bilinen etik ve hukuki tartışma konusu. Yine Edirne'de bakirelik muayenesi yapmadığı için yargılanan bir adli tıp profesöründen bahsediyoruz. Oktar Babuna için kan bağış kampanyası yine hepimizce bilinen bir hadise, genetik uygulamalar temelinde ciddi etik ve hukuki kaygılar yaratmıştır. Yine tıbbın geldiği son noktada teknolojiler bağlamında düşündüğümüzde kafa nakli gündeme gelmiştir. Kalp naklinin alternatifi olan kalp destek cihazları, yine robotik cerrahileri görüyoruz. Yani tamamen teknolojik bir yola giden, konvansiyonel tıbbın geride kaldığı, çok ileri düzeyde araştırmalar da gerektiren böyle bir uygulama safhasının biyoetik konusundaki tartışmalara konu olduğunu ve beraberinde de hukuksal tartışmaların da tam da odak noktası haline geldiğini ifade etmek istiyorum. Tabii burada yaptığımız iki araştırmada, biri yayınlandı, biri de yayın aşamasında; tanıklı kalp masajı üstünde biyoetik yaklaşımı ele aldık. Ancak hukuksal konulara da birçok başlıkla bakış açısı

getireceğini düşünüyoruz. Öldükten sonra üreme konusuyla ilgili olarak Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum Anabilim Dalı'nda yaptığımız bir araştırma, teknik olarak insanların öldükten sonra da çocuk sahibi olabileceği noktasından hareketle yaptığımız bir araştırmadır. Evli çiftler -ülkemiz için geçerli- için toplumun genel kültürel normları, bakışları bir anlam ifade ediyor. Özellikle meseleyi biraz da kadın bakış açısıyla ele aldığımızı belirttiğimiz bir çalışma olduğunu da belirtmek isterim.

Son olarak şunu belirtmek istiyorum: Konuşmamın başında aslında biyoetik tartışmaların, sağlık hukuku tartışmalarının tam da merkezinde olduğu hipotezimi gerek uluslararası belgelerle gerekse de yaşanmış ulusal hadiselerle ifade ederek doğrulamaya çalıştım. Burada yayınlanmış birçok kaynak var, daha ileri okumalar için de paylaşmış olduğum kaynaklardan da istifade edebilirsiniz. Ben çok teşekkür ediyorum, saygılar sunuyorum.

SAĞLIK ALANINDA YAPAY ZEKA KULLANIMINDAN DOĞAN YASAL SORUMLULUK

Dr. Öğr. Üyesi Aybike TUNÇ

*Hacı Bayram Veli Üniversitesi Hukuk Fakültesi
Medeni Hukuk Anabilim Dalı*

Öncelikle, bu değerli etkinliği düzenlediği için Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu'na, Betül Hanım nezdinde teşekkür etmek isterim. Bu tür etkinlikler, hukukun farklı alanlarındaki gelişmeleri ve yenilikleri takip etmek, bilgi paylaşımında bulunmak ve mesleki dayanışmayı güçlendirmek adına son derece önemlidir. Ben, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Hukuk Fakültesi Medeni Hukuk Anabilim Dalı'ndan Dr. Öğr. Üyesi Aybike Tunç, Medeni hukuk kürsüsünde olmama rağmen, çalışmalarımı bilişim hukuku alanında yoğunlaştırmış bulunmaktayım. Bugün burada, sağlık alanında yapay zekâ kullanımından doğan hukuki sorumluluk konusunu ele alacağım. Bu konu, modern teknolojinin hızla ilerlemesiyle birlikte hukuki düzenlemelerin ve sorumluluk kavramlarının da nasıl evrildiğini anlamak açısından büyük önem taşımaktadır.

Buraya gelirken Eskişehir yolu üzerinde birçok reklam panosunda yapay zekâ destekli hastane tanıtımlarına rastladım. Bu panolardaki reklamlar, dijital hastane kavramını vurgulamaktaydılar. Dijital hastane teriminin tanımını araştırmak gerektiğini düşündüm çünkü bu terim, kamuoyunda yaygın olarak yapay zekâ destekli ve robot doktorların hizmet verdiği bir hastane algısı yaratmaktadır. Halbuki dijital hastane, e-sağlık ve e-devlet sistemleriyle entegre olmuş bir sağlık kuruluşunu ifade eder ve yapay zekâ ile doğrudan bir ilişkiye sahip değildir. Bu bilgi, dijitalleşme ve yapay zekâ kavramlarının sıklıkla karıştırıldığı günümüzde önemli bir ayrımı ortaya koymaktadır.

Yapay zekânın sağlık alanındaki kullanımında kimlerin nerede, ne tür sorumluluklar taşıdığı sorusuna geçmeden önce yapay zekâ nedir sorusunu açıklığa kavuşturmak gerekir. Yapay zekânın en basit tanımı, insan zekâsını taklit eden sistemlerdir. Bu sistemlerin üç temel özelliği bulunmaktadır; adapte olabilme, yeni çözümler üretebilme ve öğrenebilme. Örneğin, navigasyon uygulamaları, bu özelliklerin en rahat açıklanabildiği yapay zekâ uygulamalarıdır.

Adapte olabilme özelliği, yapay zekânın yeni durumlara ve verilere uyum sağlayarak işlevini sürdürebilmesini ifade eder. Örneğin, bir navigasyon uygulaması,

kullanıcının günlük sürüş alışkanlıklarını ve trafik verilerini analiz ederek en uygun rotayı belirler. Kullanıcı, her sabah işe giderken aynı güzergahı kullandığında, uygulama bu veriyi öğrenir ve güncel trafik durumuna göre alternatif rotalar sunar. Bir gün, kullanıcı farklı bir noktaya gitmek istediğinde, uygulama hızlı bir şekilde yeni duruma uyum sağlar ve en kısa veya en hızlı rotayı önerir. Bu tür bir uyum yeteneği, yapay zekânın kullanıcı ihtiyaçlarına göre sürekli olarak kendini güncelleyebilmesini ve en doğru yönlendirmeleri yapabilmesini sağlar.

Yeni çözümler üretebilme, karşılaşılan problemler karşısında alternatif yollar ve stratejiler geliştirebilme kapasitesidir. Örneğin, bir navigasyon uygulaması, beklenmedik yol kapanmaları veya trafik kazaları gibi durumlarla karşılaştığında, hızlı bir şekilde alternatif rotalar belirleyebilir. Kullanıcı, belirli bir yolda ilerlerken bir trafik kazası nedeniyle yol kapanmışsa, uygulama hemen bu durumu tespit eder ve kullanıcıyı alternatif bir güzergaha yönlendirir. Bu özellik, kullanıcının hedefine en hızlı ve güvenli şekilde ulaşmasını sağlar ve beklenmedik durumlara karşı çözüm üretebilme yeteneğini gösterir.

Öğrenebilme ise, yapay zekânın zamanla kendi performansını ve doğruluğunu artıracak şekilde bilgi ve deneyim biriktirmesidir. Bu bağlamda, navigasyon uygulamaları, kullanıcıların sürüş alışkanlıklarını ve tercih ettikleri güzergahları öğrenir ve gelecekte daha iyi yönlendirmeler yapar. Örneğin, bir navigasyon uygulaması, bir kullanıcının her gün işe gittiği saati ve güzergahı öğrenerek, bu saatlerde trafik durumuna göre en uygun rotayı otomatik olarak önerir. Ayrıca, uygulama kullanıcıdan geri bildirim alarak ve kullanıcı tercihlerini analiz ederek sürekli olarak kendini geliştirebilir. Bu sayede, yapay zekâ sistemi zamanla daha doğru ve etkili yönlendirmeler yapabilir.

Yapay zekâ sistemleri, makine öğrenmesi gerçekleştirebilen sistemler olarak tanımlanır. Makine öğrenmesi, mevcut verilerden çıkarımlar yaparak bilinmeyene dair tahminlerde bulunan yöntem paradigmasıdır. Bu paradigmanın temelinde, yapay zekâyâ sağlanan verilerden anlamlı desenler ve ilişkiler çıkararak gelecekte benzer verilerle karşılaşıldığında doğru tahminlerde bulunma yetisi yatmaktadır. Derin öğrenme ise, makine öğrenmesinin daha gelişmiş bir formu olup, çok katmanlı veri setleriyle çalışır ve karmaşık problemleri çözebilir. Derin öğrenme, özellikle büyük veri setleriyle çalışırken çok katmanlı yapay sinir ağları kullanarak daha karmaşık ve doğruluğu yüksek tahminlerde bulunur. Bu yöntem, özellikle sağlık alanında teşhis ve tedavi süreçlerinde büyük bir potansiyele sahiptir.

Sağlık alanında yapay zekâ, kanser teşhisi ve tedavisi, akıl hastalıkları tanısı, patoloji görüntülerinin analizi, göz hastalıklarının teşhisi ve ilaç geliştirme süreçlerinde kullanılmaktadır. Örneğin, IBM'in "Watson for Oncology" cihazı, 13 farklı kanser türünü yüksek doğruluk oranıyla teşhis edebilme kapasitesine sahiptir. Bu cihaz, milyonlarca tıbbi makale ve hasta verisini analiz ederek doktorlara tedavi önerileri sunmaktadır. Akıl hastalıklarının tanısında ise, yapay zekâ sistemleri, hasta verilerini analiz ederek psikiyatristlere tanı ve tedavi süreçlerinde yardımcı olmaktadır. Patoloji görüntülerinin analizinde, yapay zekâ sistemleri, hücre ve doku örneklerini inceleyerek kanser gibi hastalıkların erken teşhisinde kritik bir rol oynamaktadır. Göz hastalıklarının teşhisinde de yapay zekâ, retina taramaları gibi görüntüleri analiz ederek erken teşhis ve tedavi imkanı sunmaktadır. Örneğin, University College of London tarafından geliştirilen bir yapay zekâ sistemi, göz hastalıklarını %94 oranında doğrulukla teşhis edebilmekte ve körlüğün önlenmesinde önemli katkılar sağlamaktadır.

İlaç geliştirme süreçlerinde yapay zekâ, henüz doğrudan ilaç üretimi yapmasa da, ilaç firmalarına önemli bilgiler sunmaktadır. Yapay zekâ, ilaçların hedeflerinin belirlenmesi, piyasaya sürüldükten sonra etkinlik ve güvenlik oranlarının tespit edilmesi gibi süreçlerde kullanılmaktadır. Örneğin, Covid-19 pandemisi sırasında, yapay zekâ sistemleri, hastaların temas takibini yaparak salgının yayılmasını önlemeye yardımcı olmuştur. Mobil sağlık uygulamaları da bireylerin sağlık verilerini takip ederek günlük yaşamlarında sağlıklarını kontrol etmelerine yardımcı olmaktadır. Bu uygulamalar, kalp ritmi, uyku düzeni ve oksijen seviyeleri gibi verileri izleyerek kullanıcıları olası sağlık sorunları konusunda bilgilendirmektedir.

Yapay zekâ kullanımından doğabilecek zararlardan kimlerin sorumlu olacağı hukuki açıdan oldukça önemli bir meseledir. Yapay zekâ mevcut hiçbir hukuk sisteminde kişilik statüsü bulunmadığı için doğan zararlardan doğrudan sorumlu tutulamaz. Avrupa Birliği, yapay zekâyı bir ürün olarak değerlendirmekte ve ürün sorumluluğu kapsamında ele almaktadır. Ancak, yapay zekânın black box sistemler olması ve öngörülemeyen çıktılar üretebilmesi nedeniyle, her bir olayda ayrıca sorumluluğun kaynağını belirlenmelidir. Bu noktada, üretici, operatör ve diğer ilgili tarafların sorumluluklarının net bir şekilde tanımlanması gerekmektedir.

Yasal sorumluluk, cezai ve hukuki sorumluluk olarak ikiye ayrılır. Yapay zeka sistemlerinin sağlık alanında kullanılmasından doğan cezai sorumluluk açısından malpraktis sorumluluğunda kim sorumluysa yine o sorumlu. Çünkü bizim hukukumuz açısından cezai sorumluluk noktasında yapay zekânın kullandığınız

neşterden hiçbir farkı yok. Yani eğer bir cezai sorumluluk doğuyorsa söz konusu uyuşmazlıkta, yapay zekâ ya da neşter kullanmanız açısından hiçbir fark yok. Dolayısıyla da yapay zekânın bu noktada değiştirdiği herhangi bir şey yok.

Hukuki sorumluluk açısından ise her bir uyuşmazlık sebebine ayrı ayrı bakılması gerekmektedir. Eğer ortada bir sözleşme varsa, örneğin mobil telefonlarımızdaki sağlık uygulamalarında biz bir tüketicimiz. Dolayısıyla evet, ürün sorumluluğu orada otomatikman devreye girmeli; çünkü biz bir tüketicimiz, bir ürün kullanıyoruz ve kullandığımız üründen üretici sorumludur. Ancak, sağlık alanındaki kullanımlarda yapay zekânın sağladığı veriler üzerinden teşhis konulması ve tedavi uygulanması durumunda, yanlış teşhis ve tedavilerden doğan zararların sorumluluğu operatörlere, yani sağlık personeline yüklenebilir.

Sözleşme dışı sorumluluk bağlamında ise yapay zekâ teknolojilerinin kullanımı, hukuki değerlendirmelerde önemli farklılıklar yaratmaktadır. Örneğin, yapay zekâ destekli MR makinesi kullanılarak bir hastaya teşhis konulması ve bu teşhisin yanlış çıkması halinde sorumluluğun kime ait olacağı önemli bir tartışma konusudur. Bu senaryoda, doktor yapay zekânın sağladığı veriye dayanarak teşhis koymuş ve tedaviye başlamıştır. Ancak, yapay zekânın verdiği teşhis yanlışsa, doktorun kusurlu olup olmadığı değerlendirilmelidir. Bana sorarsanız, doktorun burada bir kusuru yoktur, çünkü makine daha önce yüksek doğruluk oranlarıyla çalışmış ve güvenilir bulunmuştur. Dolayısıyla, bu durumda kusursuz sorumluluk ilkesi devreye girmelidir.

Kusursuz sorumluluk türlerinden hangisinin uygulanması gerektiği noktasında doktrinde ciddi tartışmalar mevcuttur. Her ne kadar AB hukukunda bu tür uyuşmazlıkların ürün sorumluluğuna ilişkin hükümler çerçevesinde çözüme kavuşturulması gerektiğini kabul edilse de yapay zekâ sistemlerinden doğan uyuşmazlıklara ürün sorumluluğu ile ilgili hükümlerin uygulanması doktrinde çok ciddi eleştirilere maruz kalmaktadır. Öncelikle yapay zekâ sistemleri, geleneksel makinelerden farklı olarak öğrenme yeteneğine sahiptir. Eğer ürün olarak yapay zekâ sisteminde bir sıkıntı varsa üretici elbette sorumlu olacaktır ancak bu sistemler öğrenen makineler olduğu için üreticinin sizin o makineye ne öğrettiğinizi kontrol edebilmesi mümkün değildir. Yani yapay zekâ sistemlerinden bahsediyorsak ürün fabrikadan çıktıktan sonra operatörde de bir kontrol bulunmakta. Bu sistemler öğrenme yetileri sayesinde üreticinin kontrol edemeyeceği çıktılar üretebilirler. Bu noktada, operatörlerin de sorumluluğu gündeme gelmelidir.

Doktrinde, yapay zekâ sistemlerinin sebep olduğu zararın tazmininde hangi kusursuz sorumluluk hükümlerinin kıyasen uygulanacağına ilişkin farklı görüşler öne sürülmüştür. Hakkaniyet sorumluluğu, aile başkanının sorumluluğu, tehlike sorumluluğu ve araç işletenin sorumluluğu gibi farklı sorumluluk hükümlerinin kıyasen uygulanması tartışılmaktadır. Benim savunduğum görüş, araç işletenin sorumluluğu hükümlerinin kıyasen uygulanması gerektiği yönündedir. Yapay zekâ sistemlerini, bir aracın kullanımı ile benzer şekilde değerlendirmek mümkün. Zira bir otomobilin fren sisteminde bir sorun varsa, üretici firma ürün sorumluluğu gereği sorumludur. Ancak, arabanın nasıl kullanılacağı, hangi hızda ilerleyeceği ve ne zaman duracağı tamamen sürücüye, yani operatöre bağlıdır. Bu benzetme yapay zekâ sistemleri için de geçerlidir. Üretici firma sistemi operatöre bir kez sattıktan sonra sistemin hangi verilerle beslendiği artık tamamen operatörün kontrolünde olan bir husustur.

Fakat mademki bu konferansın başlığı sağlık hukukunun geleceği, benim önerim yeni bir kusursuz sorumluluk türü olarak “yapay zekâ operatörünün sorumluluğu” şeklinde bir hukuki düzenlemenin kanun koyucu tarafından öngörülmesidir. Böyle bir düzenleme ile hatasız bir üretim sürecinin sonucunda piyasaya sürülmüş olan yapay zekâ sistemlerinin yanlış kullanımı sonucu sebep olunan zararların yapay zekâ operatörü tarafından tazmin edilmesi sağlanabilmektedir. Yapay zekâ sistemlerinin karmaşık doğası ve sürekli öğrenme yetenekleri göz önünde bulundurulduğunda, operatör sorumluluğunun hukuki çerçevede açıkça tanımlanması büyük önem taşımaktadır.

Gelecekte, teknoloji geliştikçe yapay zekâ sistemlerinin ayrı bir hukuki kişiliğe sahip olabileceği de tartışılmaktadır. Ancak, günümüzde ve yakın gelecekte bu olasılık düşük görünmektedir. Şu an için en uygun çözüm, yapay zekâ operatörlerinin kusursuz sorumluluğunu düzenleyen yeni hukuki çerçevelerin oluşturulmasıdır. Bu yaklaşım, sağlık hukuku ve yapay zekâ teknolojilerinin entegre edildiği diğer alanlarda adil ve etkin bir sorumluluk dağılımını sağlayacaktır.

ROBOTİK CERRAHİ VE HUKUK: HEKİMİN ÖZEN YÜKÜMLÜLÜĞÜ

Dr. Furkan Güven TAŞTAN

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hukuk Fakültesi

Medeni Hukuk Anabilim Dalı

Giriş– Kurultay’a katılan herkesi saygıyla selamlıyorum. Davetleri nedeniyle başta Av. Betül Güler Hanım olmak üzere Kurultay’ı organize eden Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu’na çok teşekkür ederim. Popüler kültürde robotlara ilişkin çokça alıntılanan sözlerden biri, Asimov’un üç robot yasasına ilişkindir. İlk kural şöyle der: “*Bir robot bir insana zarar veremez ya da zarar görmesine seyirci kalmaz*”. Bugün bu ilkenin aksinin sağlık sektöründe nasıl gerçekleşebileceğini ve robotik cerrahi sistemlerin hekimin mesleki özen yükümlülüğüne etkisini anlatmaya çalışacağım.

Öncelikle tıbbi müdahalelerde hekime yardımcı olması amacıyla üretilmiş çeşitli robotik cerrahi sistemlerin bulunduğunu ifade etmekte fayda var. Da Vinci sistemi bunun en meşhur örneklerinden biri. Konuşmamda genel olarak bu sistem üzerinden hareket edeceğim. 1997’de üretimine başlanan Da Vinci sistemi, 2000 yılında Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanmasıyla birlikte yaygınlık kazanmıştır. Geniş kapsamlı uygulamasını göstermek adına birkaç istatistiğe yer vermek gerekirse: 2021 yılına kadar hekimler toplam 12 milyondan fazla ameliyatta Da Vinci sisteminden faydalanmıştır¹. Bu sistem 69 ülkede toplam 6700 merkezde kurulu bir sistemdir². Amerika’da özellikle COVID19 pandemisiyle birlikte hastayla hekim arasındaki teması

¹ McCartney, Jim (2023) *Robotic Surgery Is Here to Stay— and So Are Surgeons*, <https://www.facs.org/for-medical-professionals/news-publications/news-and-articles/bulletin/2023/may-2023-volume-108-issue-5/robotic-surgery-is-here-to-stay-and-so-are-surgeons/> (26.02.2024 tarihinde erişildi)

² Strategic Market Research (2023) *Top Robotic Surgery Statistics to Follow in 2023*, <https://www.strategicmarketresearch.com/blogs/robotic-surgery-statistics> (26.02.2024 tarihinde erişildi)

azaltmak amacıyla sistem daha yoğun bir şekilde kullanılmış; bu dönemde Da Vinci sisteminin, uygun operasyonlardaki kullanım oranı hızla yükselmiştir³.

Konuşmamda öncelikle robotik cerrahi sistemlerin özelliklerinden bahsedeceğim. Ardından robotik cerrahi müdahalede hekimin hukuki sorumluluğunun sınırlarını tayin eden mesleki özen yükümlülüğünü ifade etmeye çalışacağım.

I. Robotik cerrahi sistemler– Robotik cerrahi sistemlerde amaç, *minimal invasiv* yöntemlerden faydalanarak mümkün olan en az kesiyle ameliyatın gerçekleştirilmesidir. Laparoskopik cerrahi olarak da bilinen kapalı ameliyatlarda, bu yenilikçi yaklaşımın kullanıldığı ameliyatlardandır. Robotik cerrahi sistemlerinde, cerrah artık hastanın yanında değil, bir konsolun başında oturarak robotun hareketlerini kontrol eder. Bu sistem, cerraha ameliyat alanını on katına kadar büyütebilen yüksek çözünürlüklü ve üç boyutlu bir görüntü sunar, böylece cerrah, en ince detaylara hâkim bir şekilde net bir görüşle hastaya müdahalede bulunabilir. Sisteme entegre edilmiş robotik kolların kullanımı, cerrahın *joystick* benzeri araçlarla ameliyatı yönetmesine imkân sağlar. Bu teknoloji, özellikle uzun süreli ameliyatlarda cerrahların karşılaştığı el titremesi gibi sorunları ortadan kaldırır, çünkü robotun hareketleri konsolun başında duran hekimin elinin titremesinden etkilenmez.

Da Vinci sistemi, robotik cerrahi teknolojisinin en yaygın örneklerinden biridir. Bu sistemde ameliyatı gerçekleştiren robot değil, doğrudan cerrahın kendisidir. Yani yapay zekâ veya otonom hareket gibi özellikler en azından bugün için bu sistemlerde bulunmamaktadır⁴. Dolayısıyla robotik cerrahi sistemleri bugün için geleneksel tıbbi cihazlara daha yakın bir noktada konumlandırmak mümkündür. Hekim adeta kendi elini kullanmak yerine kendisine sunulan teknoloji aracılığıyla gerekli işlemleri uzaktan yönetir. Da Vinci sistemi, özellikle ürolojik ve jinekolojik cerrahi ile prostat bezinin ve rahmin alınmasında yoğun olarak kullanılmaktadır. Özellikle üreticisinin bulunduğu ABD’de yoğun bir şekilde faydalanan bu sistemler, Türkiye’de de kullanılmakla birlikte henüz yaygınlık kazanmamıştır.

³ Park, Andrea (2023) *Intuitive Sees Da Vinci Robotic Surgeries Skyrocket in Q1 as Healthcare Inches Toward Pre-Pandemic Norms*, <https://www.fiercebiotech.com/medtech/intuitive-sees-robotic-surgeries-skyrocket-q1-healthcare-inches-toward-pre-pandemic-norms> (26.02.2024 tarihinde erişildi)

⁴ Koyuncu Aktaş, Nihan (2021) *Hekim ve Hastanenin Cerrahi Robot Kullanımının Hastaya Verdiği Zarardan Sorumluluğu*, *Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, Cilt 29, Sayı 3, s. 1709.

Robotik cerrahinin hukuki boyutlarına bakıldığında, ABD’de bu teknolojiyle ilgili uyumsuzluklar ve içtihatlar mevcuttur. Türk Hukuku’nda şu ana kadar robotik cerrahi ve hekimin hukuki sorumluluğunu doğrudan ilgilendiren bir karara rastlanmamıştır. Ancak hekimin özen yükümlülüğüne ilişkin olmasa da meraklıları için Yargıtay 4. Hukuk Dairesi’nin 20.01.2022 tarihli bir kararında⁵, özel sağlık sigortalarının robotik cerrahi işlemleri kapsayıp kapsamadığına dair bir tartışmanın ele alındığını ifade edelim.

II. Robotik cerrahi müdahaleden doğan hukuki sorumluluk–Robotik cerrahi müdahale neticesinde hastanın zarara uğraması halinde hukuki sorumluluk bakımından kimin kapısı çalınacaktır? Örneğin, bir hekimin yeterli tecrübesi olmamasına rağmen robotik cerrahi sistemden faydalanarak hastanın böbreğinin alınmasına dair ameliyat gerçekleştirdiğini düşünelim. Hekim, işlem esnasında hastanın ölümcül damarlarından birinin kesilmesine yol açtığında sorumluluk kime atfedilecektir? Bu ve benzeri örnekler için konuya borçlar hukuku perspektifinden bakıldığında üç tür sorumluluk süjesinden bahsedilebilir: üretici, hastane veya hekim.

A. Üreticinin sorumluluğu– Bu sorumluluk türü bakımından örneğin Da Vinci’nin üretici firması Intuitive Surgical’a bir talepte bulunulabilir mi? Üreticinin sorumluluğu için hastayla üretici arasında bir sözleşme ilişkisinin varlığı aranmaz. Üründeki fabrikasyon hatası, tasarım ayıbı ve bilgilendirme ayıbından doğan zararlar nedeniyle bu sorumluluk hâline başvurulabilir. İçinde üreticinin de bulunduğu ürün sorumluluğuna ilişkin şartlar, 7223 sayılı Ürün Güvenliği ve Teknik Düzenlemeler Kanunu ile 6098 sayılı Türk Borçlar Kanunu hükümleri uyarınca tespit edilir⁶. Ancak bazı açık kaynak istatistiklere bakıldığında ilginç bir durumla karşılaşyoruz. Örneğin Da Vinci’nin üreticisinin ürün sorumluluğundan kaynaklı olarak yaşadığı problemler giderek azalıyor. Bunun sebeplerinden biri, Da Vinci’nin üretimine başlandığı 1997 yılından bu yana her yeni sürümünde hatalarından daha da arındırılması ve dolayısıyla üreticinin sorumluluğuna başvurma ihtimalinin doğal olarak azalmasıdır. Ne var ki bu istatistik yanıltıcı da olabilir. Çünkü sorumluluğun üreticiye yöneltildiği durumlarda genellikle kapalı kapılar ardında uzlaşma yoluna başvurulduğunu görüyoruz. Üretici firmaların itibarını korumak amacıyla başvurduğu bir yol bu.

⁵ Yargıtay 4. Hukuk Dairesi, 20.01.2022, 2021/5404 E. 2022/835 K. (*Lexpera*)

⁶ Polat, Cemre (2021) *Türk ve Avrupa Birliği Hukukunda Ürün Sorumluluğu*, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, Cilt 70, Sayı 4, s. 978 vd.

B. Hasta ile hekim ve hastane arasındaki ilişki– Konuya ilişkin hukuki problemlerden bir diğeri, hastane ve hekim arasındaki sorumluluğun nasıl paylaştırılacağıdır. Bunun için öncelikle hastayla hekim ve hastane arasındaki sözleşme ilişkilerini kısaca hatırlamakta fayda vardır. Tam hastaneye kabul sözleşmesi açısından akdi sorumluluk kural olarak hastane üzerindedir, çünkü hastane hem hastanın yararına tedavi işini üstlenir hem de yeme, içme, barınma gibi çeşitli ihtiyaçlarını gidermeyi taahhüt eder. Hekimlik ilaveli hastaneye kabul sözleşmesinde hekim ve hastane bölünmez bir borç olarak hastanın faydasına olacak şekilde teşhis ve tedaviye gerçekleştirme borcunu üstlenir. Bu nedenle bu borç açısından hastane ve hekim, akdî olarak müteselsilen sorumlu tutulur. Bölünmüş hastaneye kabul sözleşmesindeyse sorumluluk süjesi hekimdir. Çünkü bu durumda teşhis ve tedaviye yönelik iş görme fiilini yalnızca hekim üstlenmekte, hastane ise yeme içme ve barınma gibi yükümlülükleri taahhüt etmektedir. Öte yandan şartları varsa hastanenin haksız fiil sorumluluğu da söz konusu olabilir.

C. Özel hastanelerin sorumluluğu– Robotik cerrahi sistemlerle ilgili hukuken sorumlu tutulabileceklerden biri de hastanelerdir. Kamu hastaneleri, idarenin sorumluluğuna ilişkin normlara tabi olduğu için bunları dışarıda tutuyorum. Tam hastaneye kabul sözleşmelerinde hastanelerin temel yükümlülüklerinden biri tıbbi organizasyonun sağlanmasıdır. Bu yükümlülük kapsamında robotik cerrahi sistemlerin sürekli olarak çalışır durumda olması, yani bir güç kesintisine veya güç kaybına uğramaması konusunda hastanelerin özen göstermesi gerekir. Benzer şekilde robotik cerrahi sistemlerin düzenli olarak temizliğinin yapılması ve bakımının sağlanması beklenir. Yine bu sistemlerden faydalanarak cerrahi işlemi yapacak hekimlere gerekli eğitimin verilmesi de özellikle tam hastaneye kabul sözleşmeleri açısından hastanenin tıbbi organizasyon yükümü kapsamında değerlendirilmektedir. Ayrıca tam hastaneye kabul sözleşmeleri bakımından robotik cerrahi müdahaleye maruz kalacak hastanın aydınlatılması da tıbbi organizasyon yükümü çerçevesinde yer alır. Bu yükümlülüğe aykırılık halinde sözleşmeden doğan sorumluluk hükümlerine başvurulabilir.

III. Robotik cerrahi müdahalede hekimin hukuki sorumluluğu–

Meselenin asıl anlatmak istediğim noktası: hekimin hukuki sorumluluğunun nasıl tayin edileceğidir. Genel olarak tıbbi müdahalenin, hekimin özen yükümlülüğü kapsamında tıbbi kural ve standartlara uygun şekilde yürütmesi gerektiğini hatırlamak gerekir. Bu yükümlülüğe aykırı bir şekilde yapılan müdahaleler sonucunda meydana gelen zararlardan dolayı hekimler sorumlu tutulur. Hukuki sorumluluk; haksız fiilden, sözleşmenin ihlalinden veya vekâletsiz iş

görmeden kaynaklanabilir. Ancak sorumluluğun kaynağı ne olursa olsun, değerlendirilmesi gereken temel mesele, hekimin mesleki özen yükümlülüğünü ihlal edip etmediğidir⁷. Dolayısıyla her bir sorumluluk türünün şartlarına detaylı bir şekilde bakmak yerine robotik cerrahi sistemlerin kullanılmasına dair hekimin mesleki özen yükümlülüğüne odaklanacağım.

Hekim, tıbbi müdahaleyi, mesleki özen yükümlülüğünün gereği olarak tedavi amacıyla ve tıp biliminde kabul gören kurallara uygun şekilde gerçekleştirmesi gerekir. Zira Anayasa'nın 90. maddesinden hareketle Avrupa Biyotıp Sözleşmesi'nin 4. maddesi, tıbbi müdahalelerin, mesleki yükümlülüklere ve tıbbi standartlara uygun yapılmasını zorunlu kılar. Hekim, tüm dikkat ve özeni göstermesine rağmen örneğin bir komplikasyon gelişmiş ve buna da uygun müdahalede bulunmuşsa ve buna rağmen hastada zarar ortaya çıkmışsa, hekimin sorumluluğuna başvurulamaz. Ancak hekim tıp biliminin genel ilke ve kurallarına aykırı hareket ederse, bir mesleki kusurdan bahsedilir ki bu da malpraktisten kaynaklanan sorumluluğa yol açar.

Hekimin mesleki özen yükümlülüğü, onun tedavi yöntemini seçme özgürlüğüyle de ilişkilidir. O halde soru, hekimin, robotik cerrahiye bir tedavi yöntemi olarak kullanıp kullanamayacağıdır. Tedavi yöntemini seçme özgürlüğü, hekimlerin tıp biliminde kabul görmüş kurallar çerçevesinde hastaları için en uygun tedavi yöntemini seçebilmelerini sağlar. Ancak bu özgürlük, bir başka tedavi yönteminin açıkça daha üstün olduğu durumlarda sınırlanabilir. Esasında, bir hekimin her somut olayda, başarı şansı en yüksek ve riski en düşük olan tedavi yöntemini seçmesi beklenir. Dünya çapında kullanılan Da Vinci sistemleri, bazı özel alanlarda, örneğin ürolojide yapılan piyeloplasti ameliyatlarında, geleneksel yöntemlerde olduğu gibi %90'ın üzerinde bir başarı oranına sahiptir. Dolayısıyla, robotik cerrahi müdahalenin bir tıbbi standart olup olmadığı sorusuna tereddütsüz bir şekilde evet cevabı verilemese de robotik cerrahi müdahalenin bir tedavi yöntemi olarak seçilmesi mümkün görünmektedir. Tabi, her hasta kendine özgü bazı şartlar taşıdığından robotik cerrahi, her hasta için uygun bir yöntem olmayabilir. Bu nedenle hekimin, hastanın özel durumunu ve diğer şartları dikkate alarak en uygun tedavi yöntemini belirlemesi beklenir. Bu da robotik cerrahi uygulamalarında, hekimin özen yükümlülüğünün genişlediğini göstermektedir.

⁷ Parlak Börü, Şafak (2019) *Robotik Cerrahi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, Cilt 10, Sayı 2, s. 770.*

Hekimin bir tedavi yöntemi olarak robotik cerrahi müdahaleyi seçmesine cevaz verildiği durumlarda yöntemin uygulanması esnasında da mesleki özeni göstermesi gerekir. Robotik cerrahi sistemlerin kullanımı sırasında mesleki kusur olarak nitelendirilebilecek ve dolayısıyla malpraktise yol açabilecek temel bazı faktörler bulunmaktadır⁸. Özellikle literatürde ve uygulamada çokça tartışılanlar şöyle özetlenebilir: Eğer hekim, robotik cerrahi sistemler konusunda gerekli eğitimi almamışsa hekimin mesleki kusuru söz konusudur. Hekim gerekli eğitimi almış, ancak yeterli uygulama tecrübesine sahip değilse, yine bir mesleki kusurdan bahsedilir. Hekim, hastaya robotik cerrahi müdahaleyle geleneksel yöntem arasındaki farkı anlatmamışsa gerekli bilgilendirmenin yapılmaması nedeniyle özen yükümlülüğünün ihlâl edildiğinden bahsedilir. Yine operasyon esnasında hekimin sistemi yanlış yönlendirmesi neticesinde zarar oluşursa, burada da mesleki bir kusur söz konusudur.

Robotik cerrahi müdahaleye ilişkin hekimin gerekli eğitimi almaması halinde sorumluluğun hastaneye mi yoksa hekime mi atfedileceği çokça tartışılan konulardan biridir. Bu durumda hekim “bu eğitimi bana hastane sağlamalıydı” düşüncesiyle, hastane de “ben sistemi kurdum, hekimin kendi eğitimini kendisinin sağlaması gerekir” düşüncesiyle sorumluluktan kurtulmaya çalışır. Bir Amerikan mahkemesi tarafından verilen kararda, safra kesesi ameliyatı sırasında hastanın bağırsağının delinmesi sonucu zarara uğraması üzerine hekim, robotun hatalı kullanımı nedeniyle, hastane ise cerrahının robotik sistemler konusunda uzmanlık eğitimi almasını sağlamamış olması nedeniyle sorumlu tutulmuştur⁹. Yani bir olayda hem hekim hem de hastanenin sorumlu tutulması mümkündür.

Netice itibariyle, hekimin robotik cerrahi sistemlerden faydalanarak bir tıbbi müdahale gerçekleştirmesi halinde, hekimin mesleki özen yükümlülüğü genişlemektedir. Çünkü hekim bu konuda bir eğitim almakla, bilgisini güncellemekle ve hastayı müdahaleyle ilgili aydınlatmakla yükümlüdür. Bütün bu özen yükümlülüğünün standartlarının belirlenmesinde, somut olayın şartları ile benzer tıbbi müdahalelerde tedbirli ve özenli bir hekimin standart davranış biçimi (prudent physician standard) dikkate alınmaktadır. Nitekim ABD’de robotik cerrahi sistemlerle ilgili malpraktis iddialarındaki artışa yönelik 2023

⁸ Usluoğulları, Fatih Hitami; Tıplamaz, Sıtkı; Yayıncı, Nesime (2017) *Robotik Cerrahi ve Malpraktis*, *Türk J Urol*, Cilt 43, Sayı 4, s. 426.

⁹ Benzer yöndeki davalar hakkında detaylı bilgi için bkz. Parlak Börü, s. 768 vd.

yılında yapılan bir araştırmada, bu tür iddialarda önceki yedi yıla kıyasla %250'den fazla artış olduğu sonucuna varılmıştır¹⁰.

Örneğin, 56 yaşındaki prostat kanseri bir hastanın ameliyatı esnasında Da Vinci sisteminin robot kollarından birinde arıza meydana gelmiş ve arıza o esnada giderilememiştir. Bu durumda hekimler robotik sistemi bırakarak geleneksel yöntemlerle yapılan kapalı ameliyata geçiş yapmıştır. Bu örnekte hekim, muhtemel bir zararın önüne geçmek için geleneksel yöntemin uygulanmasına da hazırlıklı olduğu için mesleki özen yükümlülüğünü yerine getirdiği kabul edilmiştir¹¹. Bir başka örnek: Robotik sistem yardımıyla gerçekleştirilen ameliyat esnasında hekim, joystick'i yanlış yönlendirmesi neticesinde robotun kollarından biri hastanın yüzüne çaparak zarara yol açmıştır. Bu durumda hekimin özen yükümlülüğünü yerine getirmediği kabul edilmiştir¹².

Sonuç – Bugünkü konuşmamda Top of Form

Bugün temel olarak iki hususu ifade etmeye çalıştım. İlki, hukuki sorumluluğun kaynağından bağımsız olarak robotik cerrahi müdahalelerde hekimin sorumluluğuna etki eden hususun, onun mesleki özen yükümlülüğünü ihlal edip etmediğidir. İkincisi, robotik cerrahi sistemlerle yapılan müdahaleler kapsamında hem tedavi yöntemini seçme hem de tedaviyi uygulama konusunda hekimin özen yükümlülüğü sınırlarının genişlediğidir. Sabrınız için teşekkür ediyorum.

¹⁰ De Ravin, Emma; Sell, Elizabeth A; Newman, Jason G; Rajasekaran, Karthik (2023) *Medical malpractice in robotic surgery: a Westlaw database analysis*, *Journal of Robotic Surgery*, Cilt 17, Sayı 1, par. 1.

¹¹ Koyuncu Aktaş, s. 1712.

¹² Parlak Börü, s. 763.

SORU-CEVAP BÖLÜMÜ

Dr. Öğr. Üyesi ARİF HÜDAİ KÖKEN- Birinci soru Av. Derya Nur genç hanımefendiden gelmiş: Çiçek aşısı gibi bebeklerde küçük yaşlarda yapılan aşıları çocuklarına yaptırmak istemeyen ebeveynler var. Bu konuyu biyoetik açısından değerlendirir misiniz? Şimdi çiçek aşısı aslında diğer aşılamlar gibi çocuğun doğrudan tedavisini ilişkilendiren bir aşı değil, koruyucu bir sağlık uygulamasıdır. Dolayısıyla çiçek aşısının yapılmaması özellikle çocuğun zararı değil, potansiyel zararı üzerinde tartışılmalıdır. Bu aşının yapılmaması çocuğun ilerideki yaşamında nasıl bir zarar oluşturabilir, onu tartışmak gerekir. Tabii bu bağlamda söz konusu enfeksiyon olunca, çocuğun bu enfeksiyona ne zaman maruz kalacağı, aşısız bir çocuğun da enfeksiyona ne zaman maruz kalacağı tartışmalarını yine gündeme getirebilir. Bir belirsizlik var ortada, dolayısıyla burada çocuğun üstün yararı diyerek ebeveynin buradaki görüşünü, takdirini, rızasını aşarak çocuğa aşı uygulamak, farklı kültürel ve sosyal problemlere neden olabilir. O açıdan aileyle yapıcı iş birliği içine girerek çocuk adına ideal bir karar almak önemlidir. Bildiğim kadarıyla Anayasa Mahkemesinin “zorla aşı olmaz” kararının altında yatan temel neden, zorunlu aşılama ile ilişkin bir mevzuat hükmünün olmayışıdır. Böyle bir mevzuat da olmayınca hekimin elini bu bağlamda aileyle yapıcı iş birliğine girmek konusunda daha da güçlü hale getiriyor. Tabii burada karar verme kapasitesi yerinde olan masum savunmasız bir çocuğun hakkını biz savunma konusunda aileden ne kadar daha fazla gerçekleştirmeliyiz? Yine dediğim gibi söz konusu aşı uygulaması koruyucu bir uygulamadır. Doğrudan tedaviyi ilişkilendiren bir uygulama olsa, çocuğun yakın dönemde hayatını, sağlığını olumsuz etkileyecek bir durumda olsa o zaman biyoetikçiler meseleyi “*best interest*” dediğimiz, yani çocuğun üstün yararı şeklinde yorumlayıp, ailenin kararına rağmen de bu uygulama yapılabilir şeklinde bir sonuca varabilirlerdi. Tedavi uygulamaları için söylüyorum.

Bir diğer soru; Organ Nakli Yönetmeliği uyarınca hısımlı olmayan kişilerden nakil almak için etik komisyonun onayı gerekmekte. Ülkemizde özellikle Arap yarımadasından çok sayıda yabancı vatandaşın organ nakli başvurusu var ve bu başvurular çoğunlukla olumlu sonuçlanmakta. Hısımlı olmayan kişiler arasında organ nakli ciddi bir turizme bir pazara dönüşmüş durumda. Bunun etik boyutunu nasıl değerlendirirsiniz?

Dr. Öğr. Üyesi ARİF HÜDAİ KÖKEN- Şimdi şöyle, Erasmus Üniversitesi’ne gittiğimde nefroloji departmanında çalışan kriminoloji doktoralı bir hukukçuyla

tanıştım. Dedim sizin nefroloji departmanında ne işiniz var? Erasmus Medical Center'da çalışıyor bu, *“organ nakli konusunda, organ ticareti konusunda medikolegal bir bulguya rastlandığı andan itibaren bizim araştırma yapmamız isteniyor”* dedi. Özellikle döndü dolaştı, söz Türkiye’de canlı vericiden naklin sayısal anlamda neden fazla olduğu konusuna geldi. Şimdi tabii canlı verici fazla olunca bu sefer organ ticareti tartışmaları oluyor. Ben de tabii ülkemi de kendi mensubu olduğum mesleği de Türkiye özelinde zor duruma sokmamak için çok hassas cümleler kurmaya çalıştım. Şimdi Sağlık Bakanlığı’nın bünyesinde kurulu, Sağlık Müdürlüğü bünyesinde kurulu canlı vericiden organ naklini değerlendiren, denetleyen bir etik kurulu var. Bu etik kurulunun içinde tabii etikçi yok, onu biliyoruz, ama mali şubeden polisin olduğunu biliyorum ben, dolayısıyla bu kadar fazla sayıda organ naklinin, canlı vericiden organ naklinin Türkiye’de olması, özellikle batı ülkelerinde biraz daha dikkat çekiyor. Şimdi, söz konusu bu kadar durum olduğunda, aydınlatılmış onam özellikle canlı vericiler için çok kritik bir hususu gündeme getiriyor. Neden gündeme getiriyor? Çünkü canlı vericinin hiçbir şekilde fayda sağlamadığı bir tıbbi uygulamadan, biyolojik fayda sağlamadığı bir tıbbi uygulamadan bahsediyoruz. Bunun temelinde gönüllülük konusu var. Türkiye’de gönüllülüğü zedeleyen unsurlar neler olabilir? Yakın bir zamanda yine bir konuşmamda kullandım, Türkiye’de Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde en çok organını bağışlayan kadınlar oldu. Şimdi olayın bir kültürel özelliği var. İkincisi, yine eşler arasında organların yine böyle bağışlandığı, üçüncüsü daha çok akraba vericilerin bağışladığı, ama akraba dışı vericilerin organ bağışını gündeme getirmesi de özellikle acaba bir ekonomik çıkar ilişkisi içerisinde olup olmadığı tartışması oluşuyor. Ancak söz konusu sağlık turizmi olunca, sağlık turizminin bu anlamda ben Türkiye’de organ ticareti, gerçi organ nakli yapıldığına ilişkin ilk defa veriye rastladığım için bu açıdan yönetmeliği de değerlendiremeyeceğim, ama sağlık turizmi bağlamında böyle bir şey yapılıyorsa, organ nakli yapılıyorsa, yani onun etik tartışmaları çok fazla bir insan bulunduğu yerden kalkıp da başka ülkeye gidip de nasıl bir organ verebilir? Zaten mevcut gerek Dünya Tabipler Birliği gerekse de ulusal ve uluslararası mevzuat organ ticaretini yasaklıyor. Organ ticaretinin, akraba dışı vericiden organ naklinin geçerli bir aydınlatılmış onam zemininde, rıza zemininde olması lazım ama bu gönüllülüğü zedeleyecek unsurları biz nasıl ayırt edeceğiz? Yani öteki tarafta işte böyle satanlar, işte ne bileyim, karaciğerinden bir lob satan insanların da böyle medyada şeylerini duymakla birlikte oradaki basit bir nakdi ödeme bile gönüllülüğü zedeleyen bir unsur olarak karşımıza çıkıyor.

SALONDAN- Hocam, bu konuda bir katkıda bulunmak istiyorum. Türkiye Cumhuriyeti Organ ve Doku Nakli Kanunu konusunda, bu konuda kanun

çıkararak ilk ülkelerden birisidir. 1979 yılında çıkmıştır. 1979 diye biliyorum ben, bir de yönetmeliği var. Kanunumuza göre organ nakli bir canlıdan yapılabilir, bir de ölüden yapılabilir. Canlıdan organ nakli yapılabilmesi için mutlaka arada bir akrabalık ilişkisi olması gerekiyor. Yoksa ben şimdi hiç tanımadığım akrabalık ilişkisi olmayan Türk vatandaşına veya yabancıya organ naklini kanunen mümkün değil, veremem. Bu yasal değil.

Dr. Öğr. Üyesi ARİF HÜDAİ KÖKEN- Eşlerin de birbirleri arasında akrabalık yok yalnız.

SALONDAN- Eşte kanunen hısımlık var. Medeni Kanun açısından hısımlık var. Yani akraba, hısımlık aranıyor, yakınlık aranıyor. Medeni hukukta o yönde, yani canlıdan organ nakli bu şekilde, tanımadığınız üçüncü bir şahsa mümkün değil. Ölüden nakiller var. Ölüden nakillerde de sizin belirttiğiniz gibi devletin çok önemli bir kontrolü var hem il bazında hem ülke bazında, il bazında değerlendirme kurulları var. Eğer değerlendirme kurulu negatif bir karar verirse, ona itiraz mümkün ve o zaman da ülke çapındaki bir değerlendirme kurulu yapılıyor. Yani ülkenin kanunen bir organ ticaretine yer vermesi mümkün değil.

Dr. Öğr. Üyesi ARİF HÜDAİ KÖKEN- Yani ulusal koordinasyon merkezinde kadavradan nakil sırasına giriyor insanlar, o da klinik durumunun aciliyetine göre, onların değerlendirildiği belli sıralamalar var.

SALONDAN- Onların sıraları var, o sıralar bilgisayardan görülebiliyor.

Dr. Öğr. Üyesi ARİF HÜDAİ KÖKEN- Temel üyelik yaklaşımı da burada işte adalet ilkesinin zedelenmemesi, yani acaba kime biz organı vereceğiz şeklinde tartışmalarla hani biraz daha klinik durum, öncelik sırası mesela, böbrek naklinin alternatifi diyaliz varken karaciğer naklinin alternatifi böyle bir şey yok, hastanın yaşamı için bekleme süresi yok. Dolayısıyla orada adalet tartışmalarına çok meydan vermemek adına, haksızlığa meydan vermemek adına daha böyle objektif bir şekilde giden bir organ nakil ve bağış süreci işliyor.

SALONDAN- Tabii o kurulların kararlarının bir adalete uygun olarak verildiğini düşünüyorum, değerlendiriyorum.

Av. HİLAL ARI- Hocam, izniniz olursa hemen söze gireceğim. Üstadım, belli başlı kısımları kanuna göre anlattınız, ama eksik bıraktığınız bir madde, durum var. Organ ve Doku Nakli Kanunu'nun ek 2 maddesinde, normalde canlı organ nakillerinde evet, bir akrabalık durumu aranıyor. Dördüncü dereceye kadar bir akrabalık durumu aranıyor. Eğer kişiler arasında alıcıyla verici arasında dördüncü dereceyi geçerse eğer, bu sefer akraba dışı canlı organ nakli dediğimiz

bir kavrama geçiyoruz. Burada da İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde kurulan akraba dışı canlı organ nakli etik kurulları görevli. Bu kurulların içerisinde psikiyatri uzmanları var, sosyal hizmet uzmanları var, nefroloji uzmanlarımız var. Ankara bünyesinden bahsediyorum, Arif Hocamın söylediği gibi etik kurul üyesi ne yazık ki bir etikçi yok, bu konuda bir eleştiri durumumuz var. Sağlık çalışanı kısmına baktığımızda da aslına bakarsanız akraba dışı olduğu için etik kurulun burada değerlendirdiği nokta alıcıyla verici arasında bir para ilişkisi var mı acaba ya da verici üzerinde bir baskı yapılıyor mu? Bunu değerlendirmeye çalışıyoruz ya da şöyle durumlarla da karşılaşabiliyoruz: Kişi tamam, bir hasta var, hastaya destek olmak zorundayız. Destek olmak zorunda değiliz de destek olmak istiyoruz. İlk başta evet, ben sana böbreğimi veririm, sen canını sıkma ya da ben sana karaciğerimi veririm, sen canını sıkma şeklinde hasta yakınları beyanda bulunabiliyorlar, ama iş ciddiyete bindiği zaman bundan vazgeçebiliyorlar. Bütün tahliller yapıldığında etik kurul konu değerlendirmesini yapıyor. Yani vericinin gerçekten rızası var mı, yok mu bunun değerlendirilmesi yapılıyor. O yüzden aslında etik kurula çok büyük bir görev düşüyor. O yüzden kuruldaki herkese de teşekkür ediyorum.

Av. BETÜL GÜLER- Teşekkür ederiz.

Dr. Öğr. Üyesi ARİF HÜDAİ KÖKEN- Kalan soruları bir cevaplamak istiyorum. Av. Mustafa Yaşar Beyin sorusu: 2021 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde domuzdan insana kalp nakli yapıldı, hasta 6 ay yaşadı. Olayı etik açıdan değerlendirir misiniz? Bu tabii bir klinik uygulama değil bildiğim kadarıyla bir araştırma uygulaması. Deneysel bir cerrahi uygulaması aslında, şimdi ben de kendi üniversitemin klinik araştırma etik kurul başkan yardımcısıyım. Özellikle insan üzerinde deneysel uygulamaların etik boyutunu biz de ciddi anlamda bu kurullarda irdeliyoruz. Özellikle burada temel olarak araştırma uygulaması olduğu için bu açıdan ele almak istedim. Etik kurula bu hususta bir dosya takdim edildiğinde öncelikle araştırmacının iyi bir problem tanımını yapıp yapmadığı, ulusal ve uluslararası belgeler doğrultusunda böyle bir uygulamanın neden gerekli olduğu, klinik açıdan bunun ötesinde risklerin ne olduğu ve yarar-risk dengesinin iyi bir şekilde kurulup kurulmadığını değerlendiriyoruz. Burada eğer riski yüksek bir uygulamaysa, hastanın ölümüne neden olacak bir uygulamaysa, burada bu sefer başka parametreler devreye giriyor. Acaba hastanın alternatif bir tedavi yöntemi var mı? Burada kalp nakli bekleyen kimse muhtemelen, soruda kalp nakli domuzdan insana kalp nakli denildi. Alternatif bir şekilde hani kalbinde beklenmediği bir durumda, beklemenin de kişinin yaşamına mal olacak bir durumda özellikle domuzdan

kalp naklini kurduğu hipotezleri iyi bir şekilde bilimsel gerekçeyle savunan bir araştırmacının dosyası muhtemelen bu uygulama için etik kuruldan geçer. Etik kuruldan geçme sürecinde, ama özellikle irdelenen hususlardan bir tanesi şu: Hasta bu deneysel uygulamaya tabi tutulurken aydınlatılmış onam veriyor mu, rıza gösteriyor mu? Hastanın bu komplikasyonları, ölüm riski de dahil olmak üzere bu komplikasyonları çok iyi bir şekilde anladı mı ve anlatıldı mı gibi hususların özellikle aydınlatılması gerekiyor ama burada başka yapılacak bir husus yok. Nitekim etik kurul bu dosyayı nasıl değerlendirdi de tedavinin yapılmasına müsaade etti? Onu tabii şu anda dosya üzerinde tartışmadığımız için bilemeyeceğiz. Ancak yarar-yük dengesi, yarar-risk dengesi iyi bir şekilde analiz edilmiş bir uygulama olduğunu söylemek istiyorum. Düşünmek istiyorum daha doğrusu, bunun haricinde de hasta da kendi mortal komplikasyonları hakkında da iyi bir şekilde bilgi sahibi olduğunu düşünüyorum. Benzer bir uygulama olarak da şunu söyleyeyim: İtalyan beyin cerrahı Sergio dünyada ilk defa kafa nakli yapmak istedi. Önce İtalya'da bu reddedildi, daha sonra Çin'de bir etik kuruldan sanıyorum onay aldı. Çin'de daha sonradan teknik sebepler dolayısıyla iptal edildiği söylendi. Daha sonradan o uygulamayı Rusya'da yapmak istedi. Rusya'da etik kuruldan onay geçti, daha sonra ameliyat için gün sayarken bu sefer ameliyat yine iptal edildi. Bu da bir deneysel cerrahi uygulamasıydı, muhtemelen burada yarar-yük dengesinin iyi hesaplanmadığı yönünde böyle görüşler oldu, bundan dolayı da iptal edildiğini söyleyebilirim. Bir etik kurul üyesi olarak meseleye baktığımda tabii tüm bu zaman zarfında hastanın refahı ve yararı korunmaya çalışırken öteki taraftan da hasta sigortalanması hususu da önemli. Çünkü riski yüksek cerrahi uygulamalarda özellikle hastanın da sakat kalma, ölme ihtimaline karşı da sigortalandığını belirtmek isterim. Tüm bunların hiçbiri olmadan zaten buradan onay çıkmaz.

Diğer husus burada ayırt etme gücü bulunmayan çocuklara ilişkin tıbbi müdahaleler açısından biyoetik tartışmaların bulunduğu özellikle Ashley Treatment ve Yehova Şahitlerine ilişkin bir soru, Ashley Treatment'ı bilmiyorum, ama Yehova Şahitlerinin kan naklini reddetmesi vakalarını değerlendirebilir misiniz şeklinde bir soru. Ashley Treatment nedir acaba Hocam? Ben onu bilmediğim için kusura bakmayın.

SALONDAN- Rica ederim. Ashley Treatment Amerika Birleşik Devletleri'nde uygulanmış her zaman 3 aylık bir zekâya sahip olacak bir doğum anomalisi sonrasında ana-baba şunu talep etmişler: Büyümeyi durdurun demişler hekimlere, çok yüksek dozda östrojen verin, rahmi, yumurtalıkları alın. Ashley bir kız çocuğu, böylece biz kendimiz bakabilelim, cinsel istismara açık bir süje

haline gelmesin. Hiç etik kurula gitmemiş, hekimler makul bulmuş, yapmışlar. Birtakım tıbbi riskler barındırmış tabii içerisinde ama bunlar tartışılmamış ve bir çocuğu yaklaşık 9 yaşlarındayken, zaten zekâ yaşı anomalisinden kaynaklı olarak ilerlemeyecek, ama boyut olarak da çocuk formunda tutmuşlar. İşte adet görmesini, bir kadın haline gelmesini, göğüslerinin çıkmasını engellemişler. Bana çok ilginç gelen bir tedaviydi bana, tedavi denilebilir mi? Ashley Treatment diye geçiyor, ama bu bir tedavi midir? Sırf ana-baba çocuğa kendi imkânlarıyla baksın diye yapılabilir mi gibi aklımda etik problemler oluştu, onu sormuştum.

Dr. Öğr. Üyesi ARİF HÜDAİ KÖKEN- Hocam, şimdi tabii şöyle söyleyeyim: Öncelikle ayırt etme gücü olmayan çocuklara yapılan tıbbi müdahalelerle ilgili Yehova Şahitleri perspektifinden konuyu önce bir ele alayım. Şimdi Yehova Şahitleri inanç ve kültürleri gereği kan transfüzyonu yapıldığı takdirde cehennemlik olacaklarını düşünüyorlar. Doğal olarak da kültürel anlamda özellikle UNESCO'nun Biyoetik Bildirgesi'nde kültürel çeşitliliğe saygı ilkesinin vurgulandığını söyleyebiliriz. Tabii söz konusu erişkin bir insan olduğunda burada kişinin kendi kararını kendisinin vermesi, kendi tıbbi geleceğini kendisi belirlemesi konusunda biyoetikçilerin temel yaklaşımı var. Ancak çocuklarla ilgili tasarruf gündeme geldiğinde özellikle çocuğun yaşamını tehdit edecek hususlar ortaya çıktığında, bu sefer burada çocuğun yine üstün yararı üzerinde duruluyor. Nitekim, bunu Hollanda gibi aşırı liberal politikalar belirleyen ülkelerde dahi Yehova Şahitleri'ne mensup ailelerin çocukları hakkında karar veremediğine tanık oldum. Buna müsaade etmiyorlar. Çünkü onlar savunmasız ve kırılgan gruplardır, inançları aileleriyle aynı şekilde olmak zorunda da değildir. Onlar inançlarını beyan edecek yaşta olmadığı görüşüyle özellikle savunuluyor. Bu bağlamda da mesela, bizim Türkiye'de özellikle hasta merkezli etik yaklaşım, hani patient-centered yaklaşımlar böyle konuşulurken Hollanda'da value-centered, value-based etik yaklaşımla, değer merkezli etik yaklaşımları görüyoruz. Burada sağlık ekibinin değerleri olduğu gibi çocuğun değerleriyle ilişkili olarak o değer yaşama hakkı da olabilir, bunun savunuculuğunu üstlenecek duruma gelecek bakış açıları da olabiliyor. Türkiye bağlamında aile rıza göstermediği takdirde çocuğa müdahale yapılmaması tabii gündeme geliyor ama basit bir sünnet uygulaması -basit derken hani sünnet uygulamasında hayati bir şey olmadığı için basit diyorum- onun gibi tartışılacak bir konu değil. Çocuğun zaten yararı tehlikeye girdiği andan itibaren nitekim Hasta Hakları Yönetmeliği de mahkeme kararıyla hekime müdahale hakkı veriyor. Acil tıbbi durumsa zaten orada rızanın istisnaları kapsamında hem etik hem de yasal zeminde de böyle hekim kendine güven duyduğu bir hareket alanı oluyor.

Ashley Treatment’a geldiğimizde, yani bu anladığım kadarıyla burada çocuğun büyümesini durdurmaya yönelik dışarıdan hormon tedavilerinin uygulandığı ve hormon üreten organlardan yumurtalıkların alınması gibi bir durum söz konusu. Şimdi daha önce bahsettiğim üç klinik etikçinin yazdığı “Clinical Ethics” kitabında tıbbın amaçları klinik etik açıdan vurgulanıyor. Bunlardan birkaçı sağlığı korumak ve yükseltmek, hastalıkları önlemek, hatta zamansız ölümü engellemek, hastanın yaşam kalitesini arttırmaktır ve hep böyle hasta vurgusu yapılmaktadır. Hatta ve hatta en sonunda da insanın onurlu bir şekilde ölümüne yardımcı olmanın da tıbbın amaçları içerisinde olduğunu vurgulayan etikçiler de vardır. Burada söylediğiniz uygulamaya baktığımızda özellikle böyle bir çocuğun ailesinin rızası dahilinde böyle ağır bir tıbbi uygulamaya maruz bırakılması tıbbın hiçbir amacına da hizmet etmediğini düşünüyorum ben. Ashley Treatment vakasını ben de özel olarak bir araştırmak istiyorum, ama yani bunun etik açıdan savunulacak hiçbir tarafını göremiyorum. En liberal ülkelerde bile bunu savunmanın çok mümkün olmayacağını düşünüyorum. Çünkü o çocuğun yaşam hakkını mutlaka savunmak gerekir. Onurunu, hay-siyetini mutlaka korumak gerekir. Ailenin rızasıyla ilişkili olarak da bunu çok da gerekçelendirmemiz biyoetik açıdan mümkün değil. Yerel mevzuatı da tabii ona göre de incelemek lazım. Çünkü olayın görüldüğü yeri de bilemiyorum.

SALONDAN- Büyümüş, beden olarak büyümüyor, ama yaş alıyor geçen zamanda, 10 yıl sonra aile bir televizyon kanalına konuşmuş. demiş ki: *“Hiçbir yan etki olmadı, her şey çok güzel, kızımıza da kendimiz bakıyoruz”*

Dr. Öğr. Üyesi ARİF HÜDAİ KÖKEN- Üreme hakkına kadar hepsi elinden alınmış çocuğun, overleri filan hepsi alınmış. Böyle çok ilginç bir vaka, yine onu da detaylı bir irdelemek lazım. Çok teşekkür ediyorum.

Av. BETÜL GÜLER- Teşekkür ederiz Arif Hocam. Şimdi soruları cevaplamak üzere sözü Aybike Hocama bırakıyorum.

Dr. Öğr. Üyesi AYBIKE TUNÇ- Saatin çok ilerlediğinin farkındayım, çok hızlıca hemen, iki soru var zaten önümde, cevap vereceğim. İlki Av. Mustafa Yaşar Beyin sorusu: *“Yapay zekâ bir üründen daha çok yazılımdır”* demiş. Yazılım olması ürün olmasına engel değil bu arada, evet bir yazılım, ama ürün, yani yazılımlar da üründür. Yapay zekâ operatörü hata yaparsa sorumluluk doğar operatör için, evet. Yapay zekâ hata yaparsa yazılım mühendisi sorumlu olmaz mı? Sunumumda tam da bunu söyledim, o yüzden buna cevap olarak evet diyorum. Bu arada yapay zekaların black box sistemler olduğundan bahsettik, yani kodlamada hiçbir hata yok, yapay zekâ son derece doğru ilerliyor, ama çıktı

doğru değil. Bu durumda hayır, yani kodlayan sorumlu olmaz. Çünkü şimdi kusursuz sorumlulukta biliyorsunuz farklı ayrımlarımız var ve bu ayrımlardan birisi tehlike sorumluluğu, kanunda düzenlenen tehlike sorumluluğundan bahsetmiyorum. Mesela, araç işletenin sorumluluğu da bir tür tehlike sorumluluğudur. Aracı işleten, aracı kullanan kişi trafikte kaza yapma tehlikesini göze alarak o aracı kullanır. Yapay zekâ için de aynı şey söz konusu, dolayısıyla hayır, bu söylediğim eğer kodda bir sıkıntı yoksa, sistemde, makinede hiçbir sıkıntı yoksa kodlayan yazılımcı için herhangi bir sorumluluktan bahsedebilmemiz mümkün değil. Zaten bu nedenle tehlike sorumluluğu dediğimiz sorumluluk türü var.

İkinci soruya geçiyorum. Bu da Gürkan Beyin sorusu: Yapay zekâ uygulamalarının koyduğu yanlış tanıyla ilgili bir dava örneği ya da vaka literatüre geçti mi? Benim gördüğüm kadarıyla hayır, yani bu yapay zekâ konusuyla ilgili birkaç yıldır çalışıyorum. Benim gördüğüm sağlık alanında hayır, devamında da zaten *“varsa konuyla ilgili bilgi verebilir misiniz”* demiş. O slaytı zaten mutlaka sunumuma koyardım, ama sağlık değil, tanı noktasında değil, yapay zekâ çıktısının yanlış olmasıyla ilgili uğranılan zarardan bir örnek hani istiyorsanız ona da şöyle örnek verebilirim: Bu, yıllar önce şimdi sunumdan öncesinde de bu konuyu, bu örneği vereceği düşünmediğim için tarihlerine de bakmadım. Apple navigasyon uygulamasını ilk çıkarttığı zamanlarda bayağı sıkıntılı bir uygulamaydı. Üç tane dağcı Apple’ın navigasyon uygulamasına güvenerek hangi dağa çıktıklarını bile hatırlamıyorum, dağa çıkıyorlar, kayboluyorlar. Yani navigasyon onları yanlış yere götürüyor. Navigasyona güvenerek çıkıyorlar. Üç dağcıdan biri öldü yanlış hatırlamıyorsam, diğer ikisi de ölmek üzereyken bulundu. Bu davadan tabii ki Apple’a yüklü bir tazminat hükmedildi. Hani sağlık alanındaki kullanımı henüz yok, ama çıktı olarak evet, böyle bir dava var.

SALONDAN- Sadece bir ek yapmak istiyorum. Özellikle bir kodlama hatasından dolayı kanser tanılarında, ünlü bir şirketin ürettiği bir üründe ya da yazılım, ne dersek kanser tanılarında ciddi bir yanlışlığa ve ciddi yanlışlıklarla karşılaşılıyor ve bir soruna neden oluyor. Aslında bunu belirtmemin nedeni tabii ki sizin konuşmanızın kapsamı farklıydı. Özellikle şimdi hakemlik yaptığımız yazılarda yapay zekâyla ilgili gelen çalışmalarda yapay zekâyı sürekli yücelten, sürekli böyle çok değerli, çok kıymetli, ulaşılamaz, bütün dünyamızı değiştirecek bir değer gibi sunuluyor maalesef, sizin oradaki duyarlılığınızın farkındayım. Şunun aynı zamanda getirdiği risklere, ayrımcılıktan diğer bütün hususlara kadar, yaratacağı yanlışlara kadar ve yönlendirmeye kadar da ifade edilmesi gerektiği ve bunlarla ilgili bilgilerin de paylaşılması gerektiğine özellikle dikkat

çekmek istedim. Yanılmıyorsam IBM’le ilgili bir uygulamada yanılmıyorsam yine radyasyon onkolojisinde ya da onkolojik tanıların konmasında bir dizi hata tespit edilmişti. Literatüre henüz geçmedi, ama bir özel raporda yer alıyor. Sizinle paylaşmaya çalışayım.

Dr. Öğr. Üyesi AYBİKE TUNÇ- Çok teşekkür ederim katkınız için Hocam, dediğim gibi henüz açılmış bir dava en azından ben görmedim. Belki açılmıştır, benim gözümünden kaçmıştır, ama takip etmeye çalışıyorum, ben henüz görmedim.

SALONDAN- Özel bir raporda yer aldığı için, teşekkür ederim.

Dr. Öğr. Üyesi AYBİKE TUNÇ- Çok teşekkür ederim.

Prof. Dr. GÜRKAN SERT- Sizden öğrendiğim için ilginç geldi: Robotik sistemlerde bir hata olduğu zaman üretici firma, uyuşmazlığı kapalı kapılar ardında çözüyor gibi anladım. Acaba bunlarla ilgili dışarıya bir bilgi verilmiyor mu? Bunu siz biyohukuk ve biyoetik açısından nasıl değerlendirirsiniz? Aklıma ilk gelen şu: Bir yaralama gibi bir şey söz konusu varsa mesela Türkiye için suçlu bildirme yükümlülüğü çerçevesinde değerlendirilecek bir durum var, ama orada biz içeride şirket olarak hallediyoruz. İkinci boyutu, bunlar sonuçta deneysel aşamadaysa ya da daha tam olarak tıp bilimi uygulamasına yerleşmemişse, araştırma etiği açısından da zannedersen çok ciddi yaralayıcı bir süreçle karşı karşıyayız. Bu konudaki fikrinizi çok merak ettim.

Dr. FURKAN GÜVEN TAŞTAN- Teşekkür ederim Hocam. Etik kısmına ilişkin bir yorum yapmam doğru olmaz. Benim alanım değil, ama hukuk açısından şunu söyleyebilirim: Amerika’da ticari olarak şirketlerin korunmasına yönelik ciddi tedbirler var. Dolayısıyla tazminata ilişkin bir durum ortaya çıktığında, taraflar bunu alternatif uyuşmazlık çözüm yöntemleriyle gizlilik prensibine riayet ederek çözebiliyor. Ancak bu robotik cerrahi sistemlerin son kullanıcıları olarak bizim açımızdan şöyle bir dezavantaja yol açıyor: Da Vinci veya diğer robotik cerrahi sistemler gerçekten güvenli mi? Literatürde de bu tip anlaşmaların kamuoyuyla paylaşılmaması, örneğin hekim aleyhine hükmedilen tazminatlar kamuoyuna açıklanırken şirket aleyhine hükmedilenlerin açıklanmaması bir eleştiri olarak yazılmış durumda. En azından bunları ifade edebilirim.



X. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

**İkinci Gün Oturumları
(21 Ekim 2023)**

OTURUM KONULARI

- Oturum:** Sağlık Hakkı Yönüyle Yaş Üzerinden Ayrımcılık
- Oturum:** 6 Şubat Kahramanmaraş Depremleri Bağlamında Afetler ve Sağlık Hakkı – Açık Oturum



X. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

Dördüncü Oturum

(21 Ekim 2023)

SAĞLIK HAKKI YÖNÜYLE YAŞ ÜZERİNDEN AYRIMCILIK

Oturum Başkanı

Av. Deniz Yağmur GÜNEŞ

Ankara Barosu Yönetim Kurulu Üyesi

Konuşmacılar

Prof. Dr. Ahmet SALTİK

Atılım Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Yeşim Gökçe KUTSAL

Türk Geriatri Derneği Başkanı

Av. Melis Selin ÇETİN

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkan Yardımcısı

Arş. Gör. Hasan Ali GÜÇLÜ

Ufuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Medeni Hukuk Anabilim Dalı

SAĞLIK HAKKI BAĞLAMINDA KIRILGAN KESİMLER

Prof. Dr. Ahmet SALTİK MD, LLM, BSc¹

Atılım Üniversitesi Tıp Fakültesi

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Günaydın değerli katılımcılar, hepinizi, başta Hanımefendi Başkanımızı sevgi ve saygıyla selamlıyorum. Türkiye ve dünya çok zorda biliyorsunuz, ayrıca bu gün 21 Aralık 1999'da Prof. Ahmet Taner Kışlalı dostumuzu, yurtsever-Kemalist aydınımızın öldürülüşünün yıldönümü şükran ve acı ile anıyorum O'nu..

Kutluyorum bu toplantıyı 10 yıldır büyük bir sebatla düzenleyen Sevgili Berna Hanım arkadaşımızı, avukat arkadaşımızı, Ankara Barosu Sağlık Kolu Başkanı olarak. Büyük bir azimdir 10 yıldır üst üste sürdürülmesi, dilerim zaman içinde bu katılım, ilgi daha da büyüyecek. Bu somut koşullar bizi sağlık hukuku alanında çok daha fazla çaba göstermeye zorluyor değerli arkadaşlar. Bana fırsat verdiği için teşekkür ederek başlamak isterim ve bugün, ikinci gününde Kurultaya içten başarılar dilerim.

Bana verilen konu : ***Sağlık Hakkı Boyutuyla Kırılğan Gruplar***

“*Sağlık hakkı boyutuyla kırılğan gruplar*”ı hem bir hekim, 1977 mezunu, yani meslek yaşamımın 47. yılında, 6 yıllık tıbbiyeyi de sayarsanız yarım yüzyılı aşan bir süredir bir tıbbiyeli, olarak işlemeye çalışacağım. Sanırım bu salonda en kıdemli benim. Bu bağlamda yaşım da ortaya çıktı değil mi Yeşim Hocam? Tıp ve hukuk eğitimi almış bir insan olarak neler söyleyebilirim sevgili arkadaşlar? Az önce de belirttiğim gibi Atatürkçü Düşünce Derneğinde yıllarca birlikte çalıştığımız dostum, ağabeyim, paha biçilmez yurtsever değerli insan Prof. Ahmet Taner Kışlalı'yı bir kez daha saygıyla, özlemle anıyorum. O'nu öldürenleri lanetliyorum, kınıyorum ve bu cana kıyışı (katli) engellemeyip aydınlatmayanları da aynı zamanda, burası bir hukuk kurumu, bütün şiddetimle lanetliyorum.

Değerli arkadaşlar, 2500 yılı geçti değil mi Aristoteles'ten bu yana.. Bize neler kaldı? En önemli söylemlerinden biri de perdedeki yansıda (*slaytta*) görüldüğü gibi; insanoğlu olağan koşullarda en değerli, en soylu (*asil*) canlı, ama hukuk ve

¹ Atılım Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AbD, Hekim, Hukukçu-Sağlık Hukuku Uzmanı, Siyaset Bilimci, profsaltik@gmail.com

adaletten ayrıldığında ondan beteri, ondan kötüsü yok. Çağımızda da örneklerini şu son bir haftada görüyoruz, Filistin’de yaşadığımız vahşet gibi.

Mustafa Kemal Paşa, -*bu yıl Cumhuriyetimizin de 100. yılı aynı zamanda, büyük bir gurur içindeyiz her şeye karşı değerli arkadaşlar-* sağlıkla ilgili pek çok değerlendirme yapmıştı. Meclisin ilk yıllarında yıllık sağlık planları değil, ama Meclis açış konuşmalarında her yıl 1 Mart 1921’de, 1922’de, 1923’te sağlık alanıyla ilgili çok ders verici konuşmaları var. Bunlardan birinde ***sağlığın devletin en birincil görevi olduğunu*** söyler. Ulusun tüm bireylerinin sağlıklı olmaları için, *dikkat buyrulsun, hastalandıklarında tedaviye erişimleri için değil, tedavi olmaları için değil*, sağlıklı olmaları için, bugünün dünya koşullarıyla sağlığın korunması, korumanın önceliklenmesi, sağlık koşullarını gerçekleştirme, hastaneler, sağaltım (tedavi) kurumları açmak değil, bugünkü anlamıyla ***“tek tıp tek sağlık”***, kapsayıcı - bütünsel sağlık anlayışıyla sağlık koşullarını gerçekleştirmek, devlet durumunda bulunan siyasal kuruluşların en birincil görevidir. Tersinden alırsak değerli konuklar, bu anlayış içinde olmayan, en birinci görev olarak sayılan durumları (*halkın sağlıklı olmasını!*) üstlenmeyen siyasal kurumlara devlet deme olanağı da günümüzde yok. Dolayısıyla Türkiye’nin şimdiki durumunun, bu bağlamda, bir ***devlet olup olmadığı*** da tartışılabilir.

Uluslararası ölçekte baktığımızdaysa değerli arkadaşlar, bu yıl 75. yılını kutlayacağız, yaklaşık 2 ay sonra, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi.. Bu Bildirge’nin 25. maddesi sağlıkla doğrudan ilişkilidir. Herkesin kendisinin ve ailesinin **sağlık** ve gönenc (refah) içinde, dört temel hakkı var; bir masanın dört bacağı gibi arkadaşlar. **Beslenme..** can boğazdan gelir, değil mi? Boğazdan da gidiyor.. **Giyim**, yani aç kalmayacak, çıplak kalmayacak. **Konut**, açıkta kalmayacak ve **doktorsuz kalmayacak!** 75 yıl önce Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilen, Türkiye’de de 1949’da, BM’de kabulünün ertesi yılı dolmadan Demokrat Parti hükümetince kabul edilip Bakanlar Kurulunca Resmi Gazetede yayınlanan (27 Mayıs 1949) bir uluslararası uzlaşma metni bu.

Şimdi, ***“Sağlık hakkı boyutuyla kırılğan gruplar”*** sağlıklarının bozulma riski daha yüksek ve sağlık hizmetlerine erişimleri daha güç olan toplumsal kümeleri tanımlamak için kullanılıyor. ***“Vulnerable social groups”*** diye İngilizce yazında (*literatürde*) kullanılan deyimleme (terminoloji) veya ***“Fragile Social Groups”*** diye kullanılan bir tanımlama, bu kesimler, değerli arkadaşlar. Toplumsal cinsiyet (gender), ırk-etnisite, yaş, cinsel yönelim, göçmenlik, din, politik seçim.. gibi farklı durumları yüzünden ayrımcılığa (*diskriminasyona*) uğramaya, ötekileştirilmeye (marjinalleştiril-meye) sunuk (maruz) kalabilirler. Özellikle küresel salgın-kıtalararası salgın (pandemi) gibi olağandışı durumlarda

bu kesimler daha çok sosyal vb. sorunlar yaşayabilirler ve destek, artmış bir destek gereksinimi duyabilirler. Bu yüzden de **sağlık hakkı** boyutuyla kırılğan kümelerin (grupların) tanınması, özellikli gereksinimlerinin belirlenmesi ve sağlıklarının korunması için uygun girişimlerin yapılması, üyesi oldukları toplumdan ve uluslararası (küresel) toplumdan beklenir.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık hakkı boyutuyla kırılğan kümelere bakıldığında; bu kişiler, az önce belirttiğim gibi, sağlık hizmetlerine erişimde ve sağlık koşullarında doğabilecek sorunların giderilmesinde, güçlükler yaşayan ve sağlıklarını korumak için, sürdürmek için gerekli sağlık kaynaklarına sahip olmayan kesimler (*gruplar*) olarak tanımlanır. Bu güçlükler başta salgınlar, doğal afetler, çatışmalar ya da bölgesel veya uluslararası şiddet, değişik türde süregelen (*kronik*) şiddetle başlar ya da yoksullaşma -*Türkiye'de yaşandığı gibi*- değişik biçimlerde ayrımcılık ve insan hakları çiğneme (ihlali) gibi çeşitli risk etmenleri olabilir. BM ve Dünya Sağlık Örgütü, bu kırılğan kümelerin sağlık hakkının güvenceye alınabilmesi için, ulusal ve uluslararası düzeyde kurumlaşmalar ve girişimler geliştirmeyi planlıyor ve öneriyor. **BM Mülteciler Yüksek Komiserliği..** gibi.

Dünya Sağlık Örgütüne göre değerli arkadaşlar, **yaşlılar** örneğin bu kümelere birisi. Değişik yaşlı tanımları var; fizyolojik-biyolojik, kronolojik, psikolojik.. 65+ veya yeni yaklaşımla 75+. Dünya Sağlık Örgütü 75 yaş üstünü aldı son zamanlarda. Süregelen hastalıkları olan, bulaşıcı hastalıkları olanlar, yaralanmalar, mental bozuklukları, bilişsel (*kognitif*) gerilikleri olanlar daha yatkın kırılğanlığa. Ayrıca yaşlılar sosyal bir yalıtım, yalnız kalmak bakımından dışlanmak, yoksulluk ve yoksunluk birçok bakımdan istismar riskiyle yüz yüze. Yasal varislerinin, ölüm sonrası kalıt (*miras*) boyutuyla ve değişik nedenlerle istismara uğrayabiliyorlar. İhmal önemli bir sorun alanı.

Kadınlar bir başka kırılğan kesim Dünya Sağlık Örgütüne göre sağlık hakkı boyutuyla, cinsiyet ayrımına dayalı şiddet görebiliyorlar. Cinsel istismara-sömürüye, tecavüze uğrayabiliyorlar ve ne yazık ki **istenmeyen gebelikler** yaşayabiliyorlar. Anne ölümleri bir başka ciddi handicap. Erken dönemde onları yaşamdan kopartabilen ciddi sağlık riskleri, cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi sağlık riskleriyle karşı karşıya bu insanlarımız. Ayrıca kadınlar eğitim, istihdam, gelir ve karar verme bakımından da toplumda sınırlanabiliyorlar.

Çocuklar.. bir başkası "**sağlık hakkı boyutuyla kırılğan kesimler**"in, değerli arkadaşlar. Beslenme yetersizliği, bulaşıcı hastalıklar, aşıyla korunulabilir hastalıklar, temel aşılara erişememe, doğum komplikasyonları, erken doğum gibi

nedenlerle ölüm ve engelli kalma riski taşıyorlar. Çocuklar ayrıca çocuk işçiliği bakımından, **cinsel istismar (Pedofili!)** bakımından, çocuk yaşta evlendirilme -çocuk gelinler!- ve çocuk yaşta annelik, çocuk askerlik, çocuk savaşçılar, çocuk ticareti, organ ticaretine konu edilmeleri gibi mide bulandıran çok acı insan hakları çiğnemlerine özne olabiliyorlar. **Çocuk yoksulluğu**, sağlık hakkına erişimde en temel engellerden.

Yoksul çocuklar “çoklu kırılğan” denebilir.

Engelliler.. değerli arkadaşlar, artık “*sakat, çürük, özürlü*” sözcüklerini kullanmıyoruz. Bildiğiniz gibi, 2013’te bir yasayla 97 yasadan bu üç sözcük çıkartıldı. “Engelli” sözcüğünü kullanıyoruz. Bedensel, zihinsel veya duyuşsal yahut duyuşsal bir engel nedeniyle sağlık hizmetlerine erişimde güçlükler yaşayabiliyorlar. Sağlık hizmetlerinin niteliğinden doyum sağlayamayabiliyorlar. Keza engelliler eğitimde, işgücüne katılımda, yani istihdamda, gelir elde edilmesi gibi alanlarda da birtakım negatif ayrımcılık ve dışlanmayla karşılaşabiliyorlar; sınırlı pozitif ayrımcılığa örneğin, kamuda ve özel sektörde belli oranlarda engelli istihdam kotalarına karşın.

Göçmenler.. göç ettikleri ülkelerde sağlık hizmetlerine erişimde yasal veya yönetsel engellerle karşılaşabiliyorlar veya sağlık hizmetlerinin niteliğinden mutlu olmayabiliyorlar. Ayrıca göçmenler dil bakımından, yabancı bir kültüre uyum sağlama bağlamında inanç farklılıkları, dinsel açıdan.. uyum sorunu yaşayabiliyorlar veya ırkçılık ve yabancı düşmanlığıyla karşılaşabiliyorlar. Son örneklerinden birini geçtiğimiz birkaç yıl içinde ABD’de gördük. Bir fanatik yobaz ABD’li, Filistinli çocuğun annesini bıçaklayarak öldürdü.

Yerinden edilenler... arkadaşlar, işte yakın örneğini Filistin’de görüyoruz. Savaş, şiddet veya doğal afet gibi nedenlerle evlerini, işyerlerini ve yaşam alanlarını ülke içinde terk etmek durumunda kalan insanlar.. Bu insanlar sağlık hizmetleri de dahil, temel yaşam gereksinimlerinin karşılığını çok zor buluyorlar. Güvenlik eksikliğiyle yaşamlarını sürdürme riskleriyle karşılaşılıyorlar. İki ana kümeye ayrılıyorlar: **Ülke içinde** yerinden edilenler (IDP), kendi ülkelerinde, yurttaşları oldukları ülkede örneğin. Gazze şeridinde kuzeyden güneye zorunlu göç ettirilmeye gibi. Bir de **ülkelerinin dışına** gitmek zorunda kalan Suriye’den, Irak’tan... Türkiye’ye gelen milyonlar gibi (EDP).

Azınlıklar.. Sevgili arkadaşlar, etnik, dinsel veya kültürel bir azınlığa sahip olabiliyorlar. Sağlık hizmetleri dahil, kamu hizmetlerine erişimde, sosyalleşmede, kendini gerçekleştirmede ve öz saygısını koruyup geliştirmede çok zorlanabiliyorlar. **Asimilasyon** baskısı altında kalabiliyorlar. Oysa hak ettikleri

bütünleşme, entegrasyon, asimilasyon yerine. Azınlıklar, kapsamlı ayrımcılığın öznesi olabiliyorlar ne yazık ki...

Konuya İlişkin Uluslararası Hukuk Metinleri

Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı'na baktığımızda -2000 tarihli bu Şart-adil ve hakça çalışma koşulları ve her çalışanın-emekçinin sağlığını, güvenliğini, saygınlığını gözetten çalışma koşullarına sahip olma hakkı var.

Birkaç uluslararası metin daha aktaracağım. Kırılğan grupların sağlık hakkı bağlamında yaşadıkları handikapları en aza indirmek için gerek ülkesel, gerek uluslararası düzeyde düzenlemeler. Bu metin, Avrupa Birliğince bir ***Temel Haklar Şartı*** olarak benimsendi ve iç hukukumuzda katıldı. Anayasa m.90/son (5. fıkra) uyarınca yasa eşdeğeri, iç hukukla çelişirse üstün normlar. Çünkü temel insan hak ve özgürlükleri kapsamında. Her çalışanın sağlığını, güvenliğini kapsamlı olarak güvenceleyen çok hoş yazılmış bir metin. Emekçiyi gözetten çalışma koşullarını, onurlu çalışma ortamını hak olarak tanımlıyor; dinlenme arası, yıllık ücretli izin hakkı gibi.

Bu Şart'ın 34. maddesi, bu tür kırılğanlıkları sınırlandırarak bakımından sosyal güvenlik ve yardım boyutuyla ilgili ve insanların çok kırılğan duruma gelebilecekleri işini yitirme, analık veya gebelik, hastalık, iş kazaları, meslek hastalıkları, geçindirilmeye muhtaçlık, çalışan ama hâlâ yoksulluk sınırının altında bir geçim, hatta açlık sınırının altında kalan yoksullar ve yaşlılık gibi durumlardan koruma sağlayan, sosyal destek sunan sosyal güvenlik kurumlarının desteklerini hak ederler. ***Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı*** ile böyle bir hak tanınır ve gözetilir denmekte AB üyesi 27 ülke için, Türkiye o tarihlerde (2000'ler başı) "tam üye aday" diye bir çaba gösteriyordu ve AB hukukunu büyük ölçüde iç hukukuna mal etmişti. 35. madde doğrudan ***sağlık hakkını*** tanımlıyor ve "***herkes***" diyerek ayırım yapmadan, ulusal hukuk ve uygulamaları uyarınca ***koruyucu sağlık*** önlemi (*tedbiri*) almak ve tıbbi tedaviden yararlanma hakkına sahip ve üst düzeyde de ***insan sağlığının korunması*** gereklidir denmektedir.

Bir başkası değerli arkadaşlar, ***sağlık hukukunun anayasası*** konumunda olan ***Biyotıp Sözleşmesi***, sağlık hukukunun anayasası, İspanya'nın Ovideo kentinde benimsendiği için, ***Oviedo Sözleşmesi*** olarak da adlandırılıyor. Bu metin de 5013 sayılı Yasayla 2003'te iç hukukumuzda mal edildi. Dolayısıyla ***doğrudan uygulanabilir*** bir yasal mevzuat durumunda. Üstelik, yukarıda da belirttiğim gibi, iç hukukla çelişirse, temel insan haklarıyla ilişkili olduğu için, kendileri öncelikli olarak uygulanacak üst norm durumunda. AYM'ye götürülmeleri de

söz konusu değil. Sözleşmeci taraflar, yani 27 AB ülkesi, sağlık gereksinimleri ve var olan olanaklarla, daha nesnel bir yaklaşımla, kendi yasal yetkileri çerçevesinde uygun nitelikteki sağlık hizmetlerinden **adil** olarak -buradaki kilit sonuç **adil** olarak-, belki *hakkaniyetli* olarak da denilebilirdi, ama **adil** belki daha kapsamlı olabilir- uygun önlemleri alacaklardır.. denilmektedir. Tüm bu düzenlemeler, toplum içindeki **kırılgan kesimleri sağlık hakkı dahil, koruyup kollamak**, onların en az olumsuz etkilenmelerini sağlamaya dönüktür.

Öte yandan Dünya Sağlık Örgütü, **sağlık eğitimi**ni yeni baştan tanımladı ve bu tanıma göre sağlık çalışanları olarak biz hekimler, hemşireler, bütün sağlık çalışanları, insanların çalıştıkları bölgelerde ülkelerindeki sağlık hukukundan ve mevzuattan kaynaklanan **yasal haklarını öğretmeyi** de bu içeriğe ekleyecekler. Yani Hepatit B'den nasıl korunulur, AIDS'ten nasıl sakınılır ile sınırlı kalmayan teknik bir sağlık eğitimi aşan, **sağlık hukukundan** kaynaklanan **haklarını öğretmeyi** içerecek. Örneğin, Türk hukukunda bunlara örneklerden biri **madde bağımlılarına** özgü *etkin pişmanlık* düzenlemesi, TCK'da (Türk Ceza Yasası m.192) tedavi edilmesini isterse, hakkında cezaya hükmolunmayacağına ilişkindir. Bizim hukukumuzda da bir hayli düzenleme var. Sözelimi 65 yaşını doldurmuş muhtaç güçsüz vatandaşlara aylık bağlanıyor. 2022 sayılı Yasa ile ödemeler yetersiz olmakla birlikte, hastane sağlık kurullarının, kişinin içinde bulunduğu koşullara dayalı raporlarla, başkasının yardımı olmadan yaşamını sürdüremeyecek durumdaki yurttaşlara aylık ödeme yapılmaktadır.

Evet değerli arkadaşlar, bu yansıdaki fotoğraf çok şey anlatıyor. Türkiye'de bir zamanlar sağlık hizmetleri, insanlar nasıldı? Son derece ilkel koşullarda hasta taşıyor. Yüz yılda nereden nereye geldik? Anayasamızda da **pozitif ayrımcılık** hükümleri var. Bunlardan biri tipik olarak 41. madde, *“aile”* diye başlar.. *eşler arasında eşitliğe dayanır* der. Günümüzde mutlaka gerici-laiklik karşıtı saldırılara karşı özenle korunması gereken bir düzenleme ve devlet, ailenin erinç (huzur) ve gönenciyle (refahıyla), özellikle *ananın ve çocukların* korunması için iki kırılgan grubu tanımlayıp pozitif ayrımcılık yapacaktır: “Devlet, .. aile planlamasının öğretimi ile uygulanmasını sağlamak için gerekli tedbirleri alır, teşkilatı kurar.” denilmektedir. Adeta bir yönetmelik ayrıntısında temel yükümlülüğü düzenliyor. Kırılgan kesimlerin aile planlaması hizmetlerine erişimleri güç olabileceği gibi, tersine, bu hizmetlere erişememek de insanları kırılgan kılabilir.

Anayasanın sağlıkla doğrudan ilgili maddesi 56. madde. Burada da yine *“herkes”* denilerek herhangi bir ayrımcılık dışlanmakta. Sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiplik vurgulanmaktadır. Bu amaçla yine *“herkesin”* diye bir kapsayıcı özne tanıımıyla beden ve ruh sağlığı içinde yaşamını sürdürmesi

için.. denilmekte. Burada Anayasanın çok ciddi bir eksiği var. Çünkü sağlığın Dünya Sağlık Örgütüncü evrensel tanımı üç temel öğeye dayanır: **Bedensel, ruhsal ve sosyal** yönden tam iyilik durumu. Anayasa madde 56 bu “sosyal boyutu” atlıyor, düzeltmek gerekir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir biçimde yerine getirilmesinin önemine değiniyor ve bir araç olarak *genel sağlık sigortası*-nın yasayla kurabileceği belirtiliyor. Kuruldu, bir zorunluluk yoktu Anayasada, kuruldu ve sisteme prim=ek vergi zorunlu yutuldu..

Madde 58’de Anayasamızın yaptığı bir başka kırılğan grup tanımı ve ayrımı var: O da gençler. **Gençler!** Bu kesim, UNICEF’in tanımıyla 15-24 yaş arası olarak tanımlanıyor. Devlet gençleri alkol düşkünlüğünden, uyuşturucu maddelerden, suça sürüklenme vb. kötü alışkanlıklardan ve cehaletten korur... denilmekte. Kimi risk etmenleriyle **kırılğanlık kaynağı** olabilecek veya kırılğanlığı derinleştirebilecek risklere ilişkin bir görev tanımlaması yapıyor. Çok eksik bir madde, teknik bakımından da öyle; uyuşturucu maddeler dendiğinde, uyarıcı maddeler de var. Bilimsel tıbbi terimler kullanılmak durumunda burada, madde kullanım bozuklundan örneğin gibi denilmeli.

60 sosyal güvenlik hakkı çok yaşamsal bir madde, herkes sosyal güvenlik hakkına sahip ve devlet bu güvenliğı sağlayacak önlemleri alıp korumak zorundadır.

Anayasamızın doğrudan pozitif ayrımcılığa ilişkin bir başka hükmü “yaşlılar” ve “sakatlar” ın korunmasına ilişkin (m.61). Çünkü “sakat, çürük, özürlü” sözcükleri yasa değışikliği ile kaldırıldı, Anayasada kaldı. **Korunma gereksinimli çocuklar**, bununla ilgili Çocuk Koruma Yasamız var biliyorsunuz 5395 sayılı. Bu çocuklar devletçe özellikle korunur. Daha önce bu amaçla SHÇEK - Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumumuz vardı. Şimdi Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı bu işle yükümlüdür. Çok kırılğan bir kesim olarak **Korunma gereksinimli çocuklar**, devletçe özellikle korunur, devlet gerekli tüm önlemleri alır. Kâğıt üstünde mükemmel bir düzenleme.

Anayasa m.119’daysa doğal afet, tehlikeli salgın hastalıklar, ağır ekonomik bunalım durumlarında.. OHAL (*Olağanüstü Hal*) ilan edilebileceğini, bu kapsamda kırılğan kesimlere dönük girişimler alınabileceği düzenleniyor. Örneğin Covid-19 küresel salgınında (*pandemisinde*) kısa süreli çalışma, işten çıkartma yasağı getirilmesi gibi. Tipik örnek Filistin. **Savaş** halk sağlığının belki de yoksullukla birlikte en başta gelen iki düşmanı. Yansındaki fotoğraf her şeyi anlatıyor. Gerçek bir fotoğraf, durum böyle, ama Dünya Bankası’nın 1993 raporunda “*kamu hizmeti dayanışma kökenlidir ve rekabet olmalıdır*” denilmektedir. Dünya Bankası büyük bir ilkillikle, tarihsel bir ilkillikle devam ederek “*sağlık özel bir*

sorundur ve sağlık hizmeti, malları özel bir metadır” diyerek insanlığı utandıran bir tutum içinde ısrarını sürdürüyor.

Prof. Joseph Stiglitz, Nobel ekonomi ödüllü, çok uyardı bütün insanlığı on yıl önceki kitabı *“Ben Kapitalizm”* ile. Dünya nüfusunun yoksul yarısı, servetin salt % 1’ine sahip. Bir pasta düşünün değerli arkadaşlar, ikiye bölelim bu pastayı; yarısını dünyanın en zengin % 1’i alıyor, kalan yarısını da nüfusun yüzde 99’una! Korkunç bir gelir dağılımı adaletsizliği! **Küreselleşme = yeni emperyalizm**, insanlığın tüm değerlerini bir değirmen gibi öğütüyor, her şey Dolar! Dolayısıyla bizim buradaki konumlanmamız saf teknik, tıbbi, hukuksal bir konumlanma değil; aynı zamanda politik, ideolojik bir tercihimizin yansıması. Bizler mekanik eşitliği bir yana bırakarak, herkesin gereksinimini doyuracak dinamik bir eşitlik anlayışından yani hakkaniyetten söz etmekteyiz. Oysa Küreselleşme çağında piyasaların finansal kara deliği ciddi tehdit. Varlıkların dolaşımında mutlak özgürlük söz konusu, her gün iki trilyon Dolar telefonun tuşlarıyla dönüyor, ama siz, ben insanlar olarak sınırları geçemiyoruz, değil mi? Dolayısıyla kapitalizmin yeni dini neo-liberalizm ve kapitalizmin yeni tanrısı Dolarla yüz yüze bulunuyoruz. Yansıda Filistin’den bir başka fotoğraf ve sağda bir kitap, **“Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır”** diye. Benim taa Van Atatürk Lisesinden sınıf arkadaşımın yazdığı bir kitap. Küresel sermaye, ulus devletin yerini alıyor!

Ulus devlet küresel sermayece işgal edilir, dışlanırsa, benim hoşlanmadığım terimle *ikame edilirse*, yerine o gelirse, bu söylediklerimizin hepsinin altı boş kalır. Kırılgan kesimleri unuttur herkes, AB ülkeleri son 20 yıl içinde neredeyse varlıklarını ikiye katladılar. Daha kapsamlı bir Sosyal güvenlik sistemini finanse etmeleri çok olanaklı, ama bakıyoruz, bu ülkelerde bile milyonlarca **işsiz**, elli milyon yoksulluk sınırında insan, beş milyon **evsiz** var. Sağlanan zenginlik ne oldu? Birtakım insanların kasalarına gitti.

Merhum Turhan Selçuk çeyrek yüzyıl önce bu karikatürü çizmişti. Franco ve Salazar İspanya ve Portekiz’i 40 yıl *“Fado ve Festiva”* ile vur patlasın çal oynasınla yönettiler. Güler yüzlü faşizm (!) sergilediler, ama sonları geldi çatı sonunda. Dünyanın en yoksulları, Kovit-19 salgınının ekonomik yıkımından belki de onlarca yıl daha kurtulamayacaklar. **Oxfam**, dünyadaki eşitsizliği inceleyen İngiltere kökenli bir durum, web sitesini izlemenizi öneririm. Eşitsizlik dünya genelinde büyüyor, her yıl varsıl-yoksul arasındaki farkın derinleşiyor ve **aşırı eşitsizlik** küresel yoksulluğu doğuruyor. Ne söylenebilir ki?! Tek parti iktidarında 21 yıl öncesine göre Ülkemiz bugün daha da perişan! Türkiye’nin

ekonomik-financeal durumu, dolayısıyla kırılgan kesimleri, toplumsal kümeleri gözetleyecek finansal olanakları çok daraldı. Devlet neredeyse tümüyle talan edildi.

Nobel ekonomi ödüllü Prof. J. Stiglitz uyarımtı bir kitabında :

Ülkenin Maliye Bakanının eline bir “*yapısal uyum programı*” tutuştırulur. Bu, gerçekte kan emicilerin tam işbaşına geçtiğı bir ölüm fermanıdır.

Bugün de Maliye Bakanımız dolaşıyor, dün Londra'daydı. Konuşurken arkasında bir fon vardı. Dikkat ettiniz mi bilmiyorum, fondaki sözcükler “, *tahvil, hisse senedi, bonus, loan-borç*” Küresel sermaye piyasası ağabablarının ardaında işte bu kavramlar var. İleti net, bu fonun önünde teslim alır ve fotoğrafını çekeriz diye.. Yoksul-borçlu ülkeye borç para veriliyor. IMF, Dünya Bankası ve Dünya Ticaret Örgütü (WTO) gibi kuruluşlar; yoksul ülkelerin ‘katilleri’ dir!

IMF ve Dünya Bankası gibi kuruluşlar tarafından yoksul ülkelere dikte ettirilen programlar, çağdaş savaşın araçları'dır! Bu şeytan üçgeninin yoksul ülkelerin katilleri olduğunu yazan bir Amerikalı ekonomi profesörü, Nobel ödülü almış bir insan, J. Stiglitz. Türkiye'ye dayatılmakta olan da budur. Bu makro çerçeveyi görmeksizin *kırılgan kesimlerin korunması* çabaları boşunadır.

Evet, bu yansıda Anıtkabir'de beni ve iki yaşındaki torunumu görüyorsunuz. Ben böyle ellerimi arkadan bağlamış yürürken, O da aynısını yapmış. Farkında değilim, annesi çekmiş arkadan. Dolayısıyla ne söylesek boş.. Davranışlarımızla, eylemlerimizle örnek olacağız. Başka insanlar bizim söylediklerimizden çok ne yaptıklarımıza bakıyorlar. *Hekimlik sorumluluğı* her şeyden, ölümden de ağır değerli arkadaşlar. Dolayısıyla, *Devletin en birinci görevi, bu sağlık ve sosyal hizmetleri üstlenmesi* konusunda ısrarımızı sürdürmeliyiz. *Umutsuzluğa yer yok*, insanlık zor da olsa, yavaş da olsa umutla, kardelenler gibi iyiliğe, güzelliğe yürüyor ve *Cumhuriyetimizin 100. Yılındayız*. O'nun ölümlü bedeni toprak oldu kuşkusuz, ama Türkiye Cumhuriyeti sonsuza dek payidar kalacak (yaşayacak), hem de onurlu, başı dik, saygın ve çağdaş uygarlık düzeyini mutlaka yakalamayı başarak.

Sonuç olarak; Anayasa m.56'da, yineleme pahasına, *herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkı* var. Kırılgan kesimler özellikle ve başta olmak üzere Anayasa m.2, 5, 41, 42, 58, 61.. dolayısıyla Türk insanına örgün ve yaygın olarak *yurttaşlık hak ve ödevleri* odaklı temel hukuk-haklar eğitimi verilmesi gerektiğini düşünüyorum. Meslek eğitiminde de yeterli hukuk ve mevzuat öğretimi kaçınılmaz. Hedef “*hukukun üstünlüğü*” değil salt, tek başına. “**Hangi hukuk?**” diye kocaman bir soruyla çıkarım karşınıza: “*Emeğe*

saygılı hukuk”.. net olarak, “*emeğe saygılı hukukun üstünlüğü*” dür yanıt. Burjuva terminolojisi (*deyimlemesi*) ile hukukun, burjuvanın, kapitalizmin, yeni emperyalizm=küreselleşmenin ürettikleri tuzak kavram hukukun üstünlüğüne saygı duyamıyorum. Dolayısıyla hangi hukukun üstünlüğüne saygı? **Halkın demokratik hukukunun** ve gönenç (*refah*) toplumunu yaratmanın yolu, insanların bu üstün değerlere aşık ve **erdemli** yetiştirilmesinden geçiyor. Küreselleşme, “küreselleşme” diyemiyorum ben ona, araya bir hece koyuyorum; “**TİR**”. Küreselleş**TİR**meciler = Yeni emperyalistler yaşamı Küreselleş**TİR**iyorlar. Bu engelleri aşarak, 1948 “İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi” 3. Bin Yıl (Milenyum) için yeniden üretilmeli. Daha ileri 3. Bin yıl yenilenmesinden (*versiyonundan, sürümünden*) söz etmekteyim. Küre genelinde daha etkin olarak yaşama geçirilmeli, hedefimiz bu olmalı.

Adaletin ülkenin, yani mülkün temeli olduğunu unutmayalım ve **Atatürk**’ün “*yurtta barış, dünyada barış*” sözü özünde;

- *ayrıştırıcı-bölücü insan hakları ekseninde değil,*
- *tersine birleştirici-kaynaştırıcı insan haklarına dayanmalıyız.*

Hukukçular bilirler, Prof. R. **Dworkin**’i.. Bu “*Herkül Yargıç*” mottosuyla tanırılar kendisini. O büyük hukuk filozofu “*hukukta İlkeler, kurallardan (mevzuat normlarından) önce gelir.*” demişti. Hiç aklımızdan çıkarmayalım.

Sabrınız için çok teşekkür ederim.

HEKİM BAKIŞAÇISI İLE YAŞ ÜZERİNDEN AYRIMCILIK

Prof. Dr. Yeşim Gökçe KUTSAL

Türk Geriatri Derneği Yönetim Kurulu Başkanı

GİRİŞ

Dünya popülasyonunun profili yaşlılara doğru yer değiştirmekte ve adeta bir “**demografik devrim**” oluşmaktadır. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde yaşlı popülasyonun sayısında süregelen bir artış söz konusudur. Sağlık alanındaki gelişmeler sonucunda yaşam beklentisinin artması, her yıl yaşlı nüfus grubuna dahil olan insan sayısının fazlalaşması ile sonuçlanmaktadır.

Doğası gereği karmaşık ve çok boyutlu sorunlar yaşayan yaşlı bireylerin; A-Tıbbi ve cerrahi branşlarda yapılan klinik araştırmalarda yeterince temsil edilmemeleri ve B-Son yıllarda giderek yoğunlaşan dijital ortam olanaklarından yeterince yararlanamamaları önemli konu başlıkları olarak gündemdeki yerlerini korumaktadırlar.

KLİNİK ARAŞTIRMALARDA YAŞLILARIN TEMSİLİYETLERİ

İleri yaş grubu fizyolojik olarak yetişkinlerle aynı özelliklere sahip değildir ve genellikle yaşlılarda kullanılan ilaçlar bu yaş grubuna uygun araştırmalarla değerlendirilmemiştir. Yetişkin popülasyonda yapılan klinik çalışmalar genellikle 18 ila 64 yaş arasındaki hastaları içerir, bu nedenle geriatrik hastaların bu ilaçlara verecekleri tepkiler hakkında yeterli kanıt ve bilgi yoktur (1).

Bunun nedeni, yaşlı bireylerin çoğu ilaç çalışmasında nispeten az temsil edilmesi veya çalışma kapsamına hiç alınmamalarıdır.

Yaşlılar için yeni tedavilerin riskleri ve yararları konusunda belirsizliğe yol açan bu temel neden, klinik çalışmalarda “**yaş ayrımcılığı**”dır. Zayıf/kırılğan yaşlıların, birden fazla komorbiditesi olanların ve yaşlı kadınların tedavilerin geçerliliğini ve güvenliğini sorgulamaya yönelik çalışmalara çoğunlukla dahil edilmemiş oldukları dikkati çekmektedir (2, 3).

Yaşlanma ile birlikte kullanılan ilaçların farmakokinetiğini ve farmakodinamiğini etkileyebilecek fizyolojik değişiklikler meydana gelir (Örneğin, yaşlılarda ilacın etki süresi değişebilir). Toler edilebilirlik ve olası olumsuz etkiler de ciddi

sorunlar oluşturabilir. Yaşlılar için hazırlanmış özgün tedavi kılavuzları nadirdir ve hekimler bazen yaşlı hastaları için doğru ilaç dozajlarını tahmin etmek zorunda kalırlar. Yaşlılarda tedavi güvenliği ve ilaç yararlarına dair güvenilir kanıt sağlamak için randomize kontrollü çalışmalar gereklidir.

Araştırmalarında yaşlılara yer verilmemiş olan ilaçların bu grup üzerinde kullanılması riskli ve tehlikeli olabilir. Yaşlıların çalışma kapsamına alınmadığı ilaç araştırmalarında “*sonuçlar makale olarak yazılırken*” okuyuculara net olarak yaşlıların alınmama gerekçeleri açıklanmalıdır (4).

Araştırmalar gerçek hayatta kliniklerdeki hasta popülasyonu ile her koşulda klinik çalışmalara dahil edilen hastalar arasında geniş bir eksiklik/fark olduğunu göstermektedir. Bazı eğitim/öğretim hastanelerini kapsayan araştırma etik kurullarına sunulan klinik araştırma önerileri/projeleri incelenmiş ve hastaların “*keyfi bir üst yaş sınırına dayanarak*” çalışma dışı bırakıldığı kaydedilmiştir (5).

Yaşlı hastaların klinik çalışmalarda yetersiz temsil edilme nedenleri

Genel olarak yaşlı hastaların klinik çalışmalarda yetersiz temsil edilme nedenleri aşağıdaki başlıklar altında toplanmaktadır (1).

- 1) Çalışmaya davet edilen yaşlılardan bilgilendirilmiş onam alma aşamasında yaşanan zorluklar,
- 2) Birden fazla komorbid durumlar (eş zamanlı farklı hastalıkların bir arada olması) nedeniyle çalışma ilacı ile ilgili sonuçların değerlendirilmesinde zorluklar,
- 3) Polifarmasinin (çoklu ilaç kullanımı) ilaç-ilaç etkileşimlerine yol açabilmesi (hastanın halen kullanmakta olduğu ilaçlar yeni araştırma ilacı ile etkileşebilir),
- 4) Klinik çalışma prosedürlerine uyumdaki zorluklar,
- 5) Yaşlılara uygun özel formülasyon ve özel paketleme gerekmesi,
- 6) Yaşlılarda ilacın kafa karıştırıcı etkileri nedeniyle çalışmada başarısızlık korkusu,
- 7) Çalışmanın sponsorlarının hastalarda oluşabilecek sorunlara yönelik tazminatlar için daha yüksek maliyetlere maruz kalabilmeleri,
- 8) Kurumsal ve lojistik sorunlar,
- 9) Destekleyici bakıma ihtiyaç duyulabilmesi,
- 10) Araştırmacının tercihleri ve taramalar sırasında algılanan zorluklar,

11) Protokol kısıtlamalarının olması (çalışmada yaşa göre hariç tutma kriterleri varsa).

Yaşlıları özgün olarak klinik kanser denemelerine kaydettirmenin önündeki engelleri belirlemek için yapılan bir literatür taramasında öne çıkan engeller 3 şekilde kategorize edilmiştir (6):

I-Hekim ile ilgili engeller: Tedaviye tolerans, ilacın metabolizması, etkililik açısından kanıt eksikliği, yaş yanlılığı algıları.

II-Hastayla ilgili engeller: Özerklik eksikliği, yaşam kalitesi, toksik etkiyle ilgili endişeler, klinik araştırmalara erişilebilirlik ve lojistik ve finansal zorluklar.

III- Araştırmayla ilgili engeller (uygunluk kriterleri dahil): Performans durumu, organ disfonksiyonu ve komorbiditelerin varlığı.

Yaşlıların araştırmalara katılmasını zorlaştıran faktörler

Yaşlıların araştırmaya katılmasını zorlaştıran en önemli faktörler şu şekilde özetlenebilir:

- A- Uzun ve zahmetli sonuç ölçümlerini içeren karmaşık protokoller,
- B- Olası toksisiteye sahip agresif tedavi protokolleri,
- C- Çalışmaya dahil edilme kriterlerinin çok sınırlı/kısıtlı olması,
- D- Hastanın ve ailesinin araştırmadan hastanın yararına beklentilerinin olmaması (terapötik olmayan çalışmalar),
- E- Finansal, lojistik sorunlar ve sosyal destek eksikliği,
- F- Hastanın sağlık durumunun kötüleşmesi ve çalışmaya katılımına olanak vermemesi,
- G- Çalışmalar konusunda kaygıların olması,
- H- Çok ileri yaş (bazı çalışmalarda).

Yaşlıları araştırmalara dahil etme yöntemleri

Öncelikle araştırmalar için hem etik kurullardan hem de genel ve yerel idari otoritelerden yazılı izinlerin alınmış olması esastır.

Hastanın diğer hekimler tarafından söz konusu araştırmaya yönlendirilmesi, araştırma ekibinin hastaya birebir davet götürmesi, hasta/yaşlı derneklerinde, sosyal hizmet kuruluşlarında, huzurevlerindeki toplantılarda çalışmayla ilgili sunum ve davetlerin yapılması önerilmektedir.

Hedef bireylerin bulunabileceği huzurevleri, üniversiteler ve sağlık merkezleri ile iletişim kurmak, toplantı veya sergilerin yapıldığı merkezlere ilan dağıtmak/duyurular yapmak yararlı olabilir.

Yaşlıların araştırmaya katılımını kolaylaştıran faktörler

Aile bireylerinin onayını almak, sağlık ekibinin araştırmaya karşı olumlu tutumu önemli faktörlerdir. Hastanın eğitim düzeyinin yüksek olması da durumu etkiler. Hastayla araştırma hakkında iletişim kuran kişi (özellikle klinik ilaç denemelerinde) hekim ise, yaşlıların katılımı daha kolaydır.

Araştırma katılımcılarla etkileşimi veya tanımlanabilir bilgileri toplamayı içeriyorsa, mutlaka bilgilendirilmiş onam alınmalıdır. Bilgilendirilmiş onamın geçerliliği, temel unsurlarının yerine getirilmesine bağlıdır. Bu unsurlar “**yetkinlik, açıklama, bilgiyi anlama, gönüllülük ve rıza**”dır. Yaşlı bireylerden rıza alma süreci genç erişkinlere göre daha karmaşıktır ve bu unsurlarla ilgili özel hususları içerir (7).

Yetersizlik sorunları

Yaşlılarla ilgili olarak bilişsel bozukluk, psikiyatrik sorunlar, algıyı etkileyen işitme ve/veya görme sorunları gibi durumlar karar verme yeteneğini azaltabilir veya yetersizlik ortaya çıkabilir.

Her türlü ayrımcılıktan, özellikle yaş ayrımcılığından kaçınmak gerekir. Dikkatli bir değerlendirmeden sonra tam tersi belirlenmedikçe, her bireye yetkin bireyler olarak davranılmalıdır.

Yetkinlik, bireyin bilişsel yeteneklerini ifade eder ve bireyin sağlık durumuna göre zaman içinde değişebilir. Bu nedenle yapılan yeterlilik incelemesi değerlendirme anına özgüdür. Bireyin sağlık durumuna göre daha sonra yeniden değerlendirilmesi gerekebilir. Bireyin karar verme kapasitesinin değerlendirilmesi hekimler tarafından gerçekleştirilir; zor ya da belirsiz durumlarda psikiyatri veya konu ile ilgili diğer tıp alanlarından bir uzmana başvurmak yaygın bir uygulamadır (7).

Hekimler tarafından yapılan değerlendirmelerin tamamlayıcısı olan ve tek başına belirleyici olmadan değerlendirmenin tarafsızlığını destekleyen **Mini Mental Durum Muayenesi, Klinik Demans Değerlendirmesi ve Tedaviye Yönelik MacArthur Yetkinlik Değerlendirme Aracı** gibi ölçekler kullanılmaktadır (8, 9).

Bilgilendirilmiş onam

Bilgilendirilmiş onam alınma aşamasındaki önemli detaylar (7):

- 1- Yaşlı birey bilgilendirilmiş onam için karar vermeye yetkin mi?
- 2- Onam alma işlemi için yeterli zaman verildi mi?
- 3- Bilgilendirilmiş onamın içeriği ve sunum şekli yaşlı bireyin anlayabileceği formatta mı?

Karar verme kapasitesinde azalmaya veya yetersizliğe neden olabilen durumlar:

- 1- Bilişsel bozukluk,
- 2- Psikiyatrik sorunlar,
- 3- Algılamayı etkileyen işitme ve/veya görme sorunları,
- 4- Bilgilendirilmiş onam alma yönteminden kaynaklanan faktörler:
a-Bilginin karmaşık olması, b-Sunum şeklinin uygun olmamasıdır.

Bilgilendirilmiş onamın anlaşılmasını kolaylaştıran yöntemler şunlardır:

Formda verilen bilgiler basitleştirilmeli, yazılarda büyük puntolar kullanılmalı, detaylı açıklama yapılmalı, onam metninin içeriği birkaç kez bölerek anlatılmalı, verilen bilginin anlaşıldığı test edilmeli (sözel veya yazılı olarak), anlatım sırasında görsel/işitsel araçlar kullanılmalıdır (Örneğin: tablet).

Yetkin olmayan bireyler

Araştırmaya katılacak birey yetkin değil ise; bu durumda onamın hastanın “*yasal temsilcisi*”nden alınması görüşü hakimdir. Fakat yasal temsilciden alınan olurun/onamın ne derece “*doğru ve etik*” olduğu konusunda kaygılar vardır. Bu konu etik, sosyal ve politik açılardan net değildir.

Göz önüne alınması gereken en önemli nokta; yaşlı birey kendisine “*gerçek ve direkt yarar sağlayacak araştırmalara*” alınabilir ve özellikle terapötik etkisi olmayan araştırmalara alınması uygun olmayabilir (10).

Yaşlıların klinik çalışmalara katılımlarının yararları

Yaşlıların özellikle klinik ilaç çalışmalarına katılmaları sağlansın; yeni ilaçlar, tedaviler, tıbbi cihazlar, cerrahi prosedürler veya testler hakkında bilgi edinilir. Genç nüfustan farklı olarak yaşlılara özgü sağlık gereksinimleri saptanabilir. Yaşlılar için ilacın farklı dozajları oluşturulabilir ve araştırma ilacında yaşlılara özgü yan etkiler saptanabilir. Çalışma ilacı özellikle yaşlı hastalarda kullanılacaksa araştırmada “*temsili bir popülasyon*” oluşturulmalıdır.

Unutulmamalıdır ki; yaşlıların bu çalışmalara katılımlarının sağlanması; araştırmalarda “**adaleti ve eşitliği**” gösterir (1).

Etik boyut

Klinik araştırmalarda korunması gerekenler: A-Demans başlangıcı olan yaşlılar, B-Bakımevi, huzurevi ve hastanede yatan yaşlılardır.

Yetkin, fakat düşkün/kırılgan yaşlılar araştırmacıların önerilerine «**hayır**» diyemeyebilirler. **Zorlamadan ve yaşlı istismarından kaçınılmalıdır.** Araştırmacı ve doktor rolünü karıştırmamak için ilk aşamada açıklamalar bağımsız bir kişi tarafından yapılabilir.

Hastaya, araştırmaya katılmaması durumunda alacağı sağlık hizmetinde hiçbir zorluk/sorun olmayacağı açıklanmalıdır.

Araştırma sonrası dönem

Araştırma sonrası dönemde yaşlı hastalara yaklaşımın detayları çalışmanın “**en başında**” tasarlanmalı, çalışma protokolüne yazılmalı ve “**etik kurul**” tarafından onaylanmalıdır.

Çalışma bitince yaşlı hastalar; yapılan araştırmanın sonuçlarıyla ilgili bilgilendirilmelidirler. İlaç çalışmalarında araştırma ilacının olası istenmeyen yan etkileri açısından bir süre daha izlenmelidirler ve tıbbi yönden gerekli tedavileri için yönlendirilmelidirler. Yaşlı hastalar araştırma ilacı kesilince (gereksinimleri varsa) tedavisiz kalmamalıdır (7).

Gelişmiş ülkelerdeki düzenleyici otoritelerin araştırmacılara ve ilaç endüstrisine tavsiyeleri şunlardır; 1-Araştırmaların tasarım aşamalarında keyfi üst yaş sınırlarından kaçınmak gerekir, 2-Yaşlılar geçerli bir sebep olmaksızın klinik çalışmalardan dışlanmamalıdır.

YAŞLANAN DÜNYADA OLUŞAN DİJİTAL UÇURUM

Geronteknoloji

Geronteknoloji alanındaki uygulamalar çeşitlidir: Giyilebilir teknolojiler, iç ve dış mekan teknolojileri, akıllı ev sistemleri, otomatik ilaç hatırlatıcılar, kablosuz iletişim sensörleri, robotik teknolojiler, bilgi ve iletişim teknolojileri, sanal gerçeklik ve yapay zeka bunlardan bazılarıdır. Geronteknolojinin kullanımıyla ilgili bazı potansiyel etik sorunlar kaygı uyandırmaktadır (11):

1-Yaşlıların özerkliği-Kendileri için en iyi olanı seçmelerine izin verilmesi gerekir.

2-Yaşlı ayrımcılığı-Yeni teknolojilerin pahalı olması, bu teknolojilere erişimi kısıtlayabilir.

3-Sosyal eşitsizlik-Varlıklı yaşlılar, yeni teknolojilere erişme konusunda avantajlı olabilir.

Bu durum toplumda zaten var olan yaşlı eşitsizliğini daha da artırabilir.

Teletıp

Yaşlılara yönelik teletıp uygulama alanları

- 1- Yaşam verilerinin ölçümü ve izlemi (Kilo, kan basıncı, oksijen satürasyonu, kan glikozu, EKG, EEG, EMG vb). Giysi veya kemer, saat, gözlük gibi aksesuarlarla giyilebilir cihazlar.
- 2- Etkileşimli (interaktif) sistemler-Bilgisayar destekli uygulamalar, düşmelere karşı uyarı veren sensörler, ses algılayıcıyla çalışan telefonlar.
- 3- Sağlık personeliyle iletişim-Telefon, video konferans bağlantıları ve kısa mesaj uygulamalarıdır (12).

Teletıp ile ilgili olarak yaşlı sağlığı perspektifinden bazı gerçeklerin göz önünde bulundurulması gerekir. Teletıp hekimler ile yüz yüze görüşmeleri azaltır ve önemli semptomların gözden kaçmasına neden olabilir. Yaşlıda yeni semptomlar varsa veya tanımlanamayan semptomlar yaşıyorsa, acil bir sağlık sorunu varsa her zaman hekimine veya acil müdahale ekibine başvurulmalıdır.

Fizik muayene sırasında bu sorunlar daha kolay değerlendirilip teşhis edebilir. Geleneksel ziyaretler hastalık tanısında ve izleminde en güvenilir yöntemdir. Teletıp yenilerini teşhis etmek yerine bilinen sorunları yönetmede yararlıdır, dolayısı ile rutin sağlık uygulamalarının bir tamamlayıcısı olabilir. Bakımın sürekliliği, yaşlı hastanın tüm sağlık geçmişinin ve sağlık sorunlarının tam spektrumunun bilinmesi için; hastanın birincil hekimi ile uzun vadeli bir ortaklık kurulmasını gerektirir. Bazı eleştirmenlere göre; teletıp yaşlı sağlığının ve bakımının sürekliliğini olumsuz yönde etkileyebilir. Uygulamaların sadece teknik değil, yasal ve etik boyutları da mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır (13).

Etik boyut

Dünya Tabipler Birliği'ne göre; ilişkinin «*altın standardı*» yüz yüze iletişimidir.

Uzaktan teknolojiler «*doğru koşullar sağlandığında*» tamamlayıcı olabilir. Teknolojiler “*etkililik ve güvenlilik*” açısından soru işareti barındırmaktadır ve teknolojiler hata ve zarar olasılığını ve tıbbı karşı var olan güvensizliği artırabilir. Hekimin yerini alması bir yana, hekime yardımcı olma işlevini dahi ne derecede etkili ve güvenli biçimde yerine getireceği kuşkuludur (14).

Dijital araçlara odaklanmaya geçiş

Birçok kişi dijital araçlarla sosyalleşmeye, çalışmaya ve sağlık hizmetlerine erişmeye devam etmektedir. Özellikle Covid-19 pandemi sürecinde ön plana çıkan bu uygulamalardan yaşlılar yeterince yararlanamamışlardır.

Yaşa dayalı dijital bölünme; yeni teknolojiye erişimde ve yeni teknolojilerden yararlanma becerilerinde uzun süredir devam eden bir eşitsizliği tanımlamaktadır. Yaşlılar pandemide insanlara yardım etmek için uygulanan dijital önlemlerin çoğunu kullanamadılar, Dünyadaki değişimlere uyum sağlayamadılar ve bir «*dijital uçurum*» oluştu (15).

Dijital uçurum / Dijital bölünme

Bu tanım 1990'lı yılların ikinci yarısından itibaren kullanılmaya başlandı. Yeni medyaya erişim ve yeni medyayı kullanımdaki eşitsizliğin altını çizen bir kavram olarak dikkati çekti.

Bu tarihten önce bilgi eşitsizliği, bilgi açığı, bilgi gediği gibi kavramlarla ifade edilmekteydi.

Erişime sahip olanlar ve olmayanlar arasındaki boşluğa dikkat çeker, yalnızca erişimi değil, aynı zamanda gelir, eğitim gibi sosyoekonomik faktörlere, toplumsal cinsiyet, ırk, etnik köken ve yaş gibi demografik faktörler arasındaki farklılıklara da gönderme yapar (16).

Farklı türlerde 3 dijital bölünmeden söz edilir (17):

- 1- Sanayileşmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasındaki internet erişimi farklılıklarını ifade eden «*küresel bölünme*»
- 2- Her toplumdaki bilgi bakımından zengin ve fakir insanlar arasındaki boşluğu ifade eden «*sosyal bölünme*»
- 3- Kamusal yaşama katılmak ve toplumsal alana dahil olmak için dijital teknolojiyi kullananlarla kullanmayanlar arasındaki farklılıkları ifade eden «*demokratik bölünme*».

Dijital yerli / Dijital göçmen

Bilindiği gibi; ileri yaş grubu dijital bir topluma doğmamıştır. Dijital dili bilmemelerine rağmen öğrenmek ve benimsemek zorunda kalmışlardır. Bu yaş grubu literatürde “*dijital göçmen*” olarak tanımlanır. Dijital yerlilere göre teknolojilerin teknik ve sosyal yapısına yabancıdırlar. Buna karşın görsel ve işitsel medyanın sağladığı olanaklardan yararlanabilmek ve sanal dışlanmaya maruz kalmamak durumundadırlar.

Dijital teknolojiyi kullanmak isteyen yaşlı bireyler için engeller **Tabloda** sunulmuştur (18).

Tablo-Dijital teknolojiyi kullanmak isteyen yaşlı bireyler için engeller	
1-Yaşa bağlı engeller	Görme bozukluğu, el becerisine ilişkin sorunlar, anlama ve kavrama zorlukları,
2-Teknolojik özellikler	Karmaşık ekranlar, küçük puntolu yazılar, bazı teknik kavramlar, sistem tasarımları ile ilişkili kullanılabilirlik sorunları,
3-Tutum	Dijital teknolojinin tehlikeli, pahalı, karmaşık, kafa karıştırıcı ve öğrenmesi çok zor olduğuna dair oluşturulan algı. Seçim, kontrol, gizlilik sorunları, sosyal etkileşimin azalması korkusu,
4-Eğitim ve destek	Eğitime erişimin önündeki ekonomik engeller ve eğitim olanaklarının yoksunluğu,
5-Maliyet	Gelirin yetersiz olması nedeniyle teknolojik ürünleri satın alamama, kullanamama ya da bu ürünlere ulaşamama.

Her yaş için dijital eşitlik

Birleşmiş Milletler tarafından 1 Ekim “*Uluslararası Yaşlılar Günü*” olarak belirlenmiştir. Bu bağlamda 1 Ekim 2021 “Uluslararası Yaşlılar Günü” ana teması “*Her yaş grubu için dijital eşitlik*” olarak ilan edilmiştir. Yaşlıların bütün bu süreçlere dahil edilmesi için ayrımcılığa neden olan önyargılarla mücadele edilmesi, dijital ortamları kullanan yaşlıların mahremiyetlerini ve güvenliklerini sağlamak için gerekli politikaların ve yasal çerçevelerin oluşturulması ve özellikle dijitalleşme alanındaki çalışmaların insan hakları temelinde sürmesi gerektiğine vurgu yapılmıştır (19).

Hizmetlerin dijitalleştirilmesi ile ilgili olarak “*Yaşlıların sesi*” olarak tanımlanan Avrupa Yaşlanma Platformu-AGE nun açıklamalarına göre; bugünün ve yarının yaşlıları da dahil olmak üzere herkese eşit erişimin sağlanması gerekir (20). Herkes tüm kaliteli temel hizmetlere erişme hakkına sahiptir. Bu hizmetler; su, sanitasyon, enerji, ulaşım, finansal hizmetler ve dijital iletişim başlıkları altında toplanmaktadır ve bu hizmetlere erişim için ihtiyacı olanlara tüm destekler sağlanmalıdır.

Ayrımcılık

Ayrımcılık dijital teknolojinin tasarımını, benimsenmesini ve kullanımını etkileyen kilit bir engeldir. *Dijital teknoloji bağlamında ayrımcılık*; A-Makro (tasarım ve politika), B-Mezo (sosyal ve örgütsel çevre), C-Mikro (bireysel) düzeyde gerçekleşir.

Bu üç seviye de birbiriyle etkileşime girer ve birbirini etkiler. Günümüzde artık ciddi bir paradigma değişikliğine gereksinim vardır. Yaşlıların hangi dijital teknolojileri istedikleri ve gereksinin duydukları araştırılmalıdır. Ayrıca yaşlıların dijital teknolojiyi kullanma yetenekleri nedir? En önemlisi; yaşlılar dijital teknolojinin ve ilgili politikaların tasarım sürecine dahil ediliyorlar mı? soruları gündemde tutulmalıdır (21).

Dijital teknoloji temelli yaş ayrımcılığı ile mücadele için gereklilikler; 1-Farkındalık yaratma ve eğitim, 2-Tasarım ve araştırma sürecinde yaşlılarla ortaklık, 3-Politika oluşturulma süreçlerine katılım, 4-Teknolojiye erişim ve kullanım için destek başlıkları altında ele alınmaktadır (22).

Yapay zeka

Dünya Sağlık Örgütü’nün sağlık için yapay zekada yaşlı ayrımcılığını ele alan açıklamalarında aşağıdaki detaylara vurgu yapılmıştır (23):

Yaşlı sağlığında yapay zeka kullanımı yaşlı ayrımcılık biçimlerini şiddetlendirebilir veya yeni ayrımcılık biçimleri oluşturabilir. Yaşlı sağlığına yönelik yapay zeka kullanımında ayrımcılık riskini en aza indirmek için “*yasal ve teknik*” önlemler alınmalıdır.

SON SÖZLER

Birleşmiş Milletler uyarmaktadır: Eğer hedefimiz «*İstedığımız geleceği inşa etmek*» ise, 2030 yılına kadar 1,4 milyara ulaşması beklenen 60 yaş üzerindeki nüfusa hitap etmeliyiz. «*Yaş eşitliğine yolculuk*» teması yaşlılık eşitsizliğini ve ayrımcılığını önleme ve mevcut olanlarla başa çıkma yollarına odaklanmıştır (24, 25).

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 75 yıl önce kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi korunması gereken temel insan haklarını ifade eden ilk belgedir. 1 Ekim 2023 Uluslararası Yaşlılar Günü teması “*Nesiller boyunca yaşlılar için İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’nin vaatlerini yerine getirmek*” olarak ilan edilmiştir (26).

Yaşlılık eşitsizliğini sona erdirmeye çabaları eğer bir yolculuk olarak tanımlanırsa, bu yolculukta ilerleme, ancak yaşlılık ile ilgili «*olumsuz anlatıların ve klişelerin değiştirilmesine odaklanarak*» sağlanabilir. Bu noktada «*Kimseyi geride bırakmamak*» yaklaşımı toplum dinamikleri ile ilişkilendirilmelidir. Dünyanın karşı karşıya kaldığı temel gelişimsel zorluklar bu kavramlar ile şekillendirilecektir (25).

KAYNAKÇA

- 1-Shenoy P, Harugeri A. Elderly patients' participation in clinical trials. *Perspect Clin Res.* 2015; 6(4): 184–9.
- 2-Crome P et al. The PREDICT (increasing the participation of the elderly in clinical trials) study: The charter and beyond. *Expert Review of Clinical Pharmacology* 2014; 7(4):457-68.
- 3-Cherubini A et al. Fighting against age discrimination in clinical trials. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58(9):1791-6.
- 4-McMurdo MET et al and Age and Ageing Specialty Group, NIHR, Comprehensive Clinical Research Network. Improving recruitment of older people to research through good practice. *Age Ageing.* 2011 Nov;40(6):659-65.
- 5-Briggs R et al. Ageism and clinical research. *Ir Med J.* 2012 Oct;105(9): 311-2.
- 6-Denson AC, Mahipal A. Participation of the Elderly Population in Clinical Trials: Barriers and Solutions. *Cancer Control* 2014; 21(3): 209-14.
- 7-Gökçe Kutsal Y, İlgili Ö, Koç M, Özyurt S. Underrepresentation of older persons in clinical trials. *Turkish Journal of Geriatrics* 2023; 26 (3):231–8.
- 8-Creavin ST et al. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of dementia in clinically unevaluated people aged 65 and over in community and primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Jan 13;2016(1):CD011145.
- 9-Erden Ali Ö et al. The Validity and Reliability of the Turkish Version of MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment Decision: Correlates of Competence in Schizophrenia Patients. *Arch Neuropsychiatry* 2021; 58:327–33.
- 10-Gökçe Kutsal Y. Yaşlılarda Klinik Araştırmalar. In: Akan H, İlbars H, Çetinkaya NÖ (Eds): *Klinik Araştırmalar Kitabı, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara, 2014 pp: 445-55.*
- 11-Chung J, et al. Ethical Considerations Regarding the Use of Smart Home Technologies for Older Adults: An Integrative Review. *Annu Rev Nurs Res* 2016; 34:155-81.

- 12-Van Den Berg N, Schumann M, Kraft K, Hoffmann W. Telemedicine and Telecare for Older Patients-A Systematic Review. *Maturitas* 2012;73(2):94-114.
- 13-Gökçe Kutsal Y. Teletıp. In: Gökçe Kutsal Y, Aslan D (Eds) Teletıp: Yaşlılık ve Teletıp Uygulamaları. Hangar Marka İletişim Reklam Hizmetleri Yay. Ltd. Şti. Ankara, Mayıs 2021, pp: 1-16.
- 14-WMA Statement on the Ethics of Telemedicine (Internet) Erişim adresi: <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-the-ethics-of-telemedicine/>
- 15-Van Jaarsveld G M. The Effects of COVID-19 Among the Elderly Population: A Case for Closing the Digital Divide. *Front Psychiatry*. 2020; 11: 577427.
- 16-Abbey, R. & Hydde, S. “No country for older people? Age and the digital divide”, *Journal of Information, Communication & Ethics in Society* 2009; 7(4): 225-42.
- 17-Norris, P. Digital Divide: Civic Engagement, Information Poverty and The Internet. Worldwide. Cambridge University Press: Cambridge 2001
- 18-Damodaran, L., Olphert, W. (2015). How Are Attitudes and Behaviours to the Ageing Process Changing in Light of New Media and New Technology? How Might These Continue to Evolve by 2025 and 2040? (Internet) Erişim adresi: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/455176/gs-15-17-future-ageing-attitudes-new-technology-er08.pdf
- 19-United Nations International Day of Older Persons (UNIDOP) 2021 #UNIDOP2021 #OlderPersonsDay #DigitalInclusion Digital Equity for All Ages. (Internet) Erişim adresi: https://www.un.org/development/desa/ageing/wp-content/uploads/sites/24/2021/08/UNIDOP2021_concept-statement-1.pdf
- 20-The voice of older persons at EU level: Special Briefing. November 2022 (Internet) Erişim adresi: <https://www.age-platform.eu/special-briefing/digitalisation-services-ensuring-equal-access-all-including-older-people-today-and>
- 21-Gökçe Kutsal Y: The digital divide in this aging world. Editorial Article. *Turkish Journal of Geriatrics* 2023; 26(4):in press.

- 22-Ageism & Digital Technology 2021 (Internet) Erişim adresi: <https://euroageism.eu/wp-content/uploads/2021/03/Ageism-and-Technology-Policy-Brief.pdf>
- 23-Ageism in artificial intelligence for health 2022- World Health Organisation - Policy Brief Ageism in artificial intelligence for health (Feb. 2022) (Internet) Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040793>
- 24-Build the Future We Want (Internet) Erişim adresi: <https://www.age-platform.eu/event/international-day-older-persons-2019-journey-age-equality>
- 25-The Journey to Age Equality (Internet) Erişim adresi: <https://www.un.org/development/desa/dspd/2019/09/2019-un-international-day-of-older-persons-on-the-journey-to-age-equality>
- 26-UN 2023 Theme: Fulfilling the Promises of the Universal Declaration of Human Rights for Older Persons: Across Generations. (Internet) Erişim adresi: <https://www.un.org/en/observances/older-persons-day>

YAŞ ÜZERİNDEN AYRIMCILIĞIN HUKUKİ BOYUTU

Av. Melis Selin ÇETİN

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu

Başkan Yardımcısı

Öncelikle hepiniz hoş geldiniz. Ev sahibi olarak sizleri burada gördüğüme çok memnunum, çünkü bu gördüğünüz Kurultayların arkasında çok büyük bir emek var. O yüzden canım Divan üyelerine, kurul üyelerine çok teşekkür ediyorum. Sizlerle burada karşılıklı iletişimde olunca aslında emeğimizin karşılığını almış oluyoruz. Konuşmaları için hocalarımıza ayrıca teşekkür etmek istiyorum.

Anayasamız yaş ayrımcılığıyla ilgili ne diyor, buna değinmek istiyorum, ardından da güncel konulara değinmek istiyorum. Aslında çok fazla aşına olduğumuz bir konu yaş ayrımcılığı, yaş üzerinden ayrımcılık, özünde biz yaş ayrımcılığını çoğunlukla iki grupta görüyoruz: Bunlar çocuklar ve yaşlılar. Bugün hocalarımızın da dile getirdiği gibi biraz daha yaşlılar üzerinde duracağız.

Anayasamızın 10. maddesinde “*kanun önünde eşitlik*” başlıklı hüküm uyarınca “*Herkes dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım gözetilmeksizin kanun önünde eşittir*”, ama gördüğünüz gibi burada yaş söylenmiyor. Fakat şöyle bir şey var: “...benzeri sebeplerle...” ve “...herkes...” ifadeleri sınırlı olarak sayılmadığını ortaya koymakta böylece buraya “*yaş üzerinden ayrımcılığın yasaklandığını*” da ekleyebiliyoruz. Buna yönelik olarak Anayasa Mahkemesinin de kararları var. Sınırlı yaklaşım benimsenmediği, benzeri sebeplerle ayırım yapılamayacağı esasının getirilmesinin aslında konuyu genişletebileceğini benimseyen kararları var. Yine aynı maddenin 3. fıkrasında da: “*Çocuklar, yaşlılar, özürlüler, harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri ile malul ve gaziler için alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı sayılmaz*” diyor. Burada aslında yaşlılık ibaresini Anayasada ilk defa gördüğünüz yerlerden bir tanesi ve bunlar için alınacak tedbirlerin -yani biz buna pozitif ayrımcılık da diyebiliriz- hukuka aykırı olmayacağını söylüyor. Bunun temelinde de aslında hocalarımızın da bahsettiği gibi dezavantajlı grupların korunması ve bir şekilde dengenin sağlanması amacı söz konusu. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinin 14. maddesindeyse “*sözleşmede tanınan hak ve özgürlüklerden yararlanma, cinsiyet, ırk, renk, dil, din, siyasal ve diğer kanaatler, ulusal veya toplumsal köken, ulusal*

bir azınlığa aidiyet, servet, doğum başta olmak üzere herhangi bir başka duruma dayalı hiçbir ayrımcılık gözetilmeksizin eşitlik sağlanmalıdır” diyor. Burada da yine yaş yok, ama çok açık ve genişletilebilir ifadeler var. Dolayısıyla bir kişinin yaşına, sadece yaşına dayanarak farklı muameleler söz konusu olduğu zaman burada yaş üzerinden ayrımcılıktan bahsetmek mümkün oluyor. 12. protokolün 1. maddesindeyse *“hukukten temin edilmiş olan tüm haklardan yararlanma, cinsiyet, ırk, renk, dil, din, siyasi ve diğer kanaatler”* diyerek az önce dile getirdiğimiz maddeyi de tekrarlamış olarak yine ayrımcılığın yasaklandığının üzerinde duruluyor. Hiçbir kamu makamının da bu kişilere bu sebeplerden dolayı ayrımcılık yapamayacağını güvence altına almış oluyor.

Avrupa Birliği, *İş ve Mesleki Alanda Eşitlik Muamelelerini Gerçekleştirmesine Yönelik Genel Bir Çerçeve Getiren 27 Kasım 2000 Tarih 2000/78/At Sayılı Konsey Direktifindeyse* direktifin amacı düzenleniyor. Amacında şöyle söylüyor: *“Bu Direktif’in amacı, üye devletlerde eşit muamele ilkesinin uygulanması amacıyla işe alınma ve mesleki açıdan din veya inanç, engellilik, yaş veya cinsel yönelime dayalı ayrımcılıkla mücadele için genel bir çerçeve ortaya koymaktır.”* Yine yaş üzerinden ayrımcılığın yasaklandığı bir hüküm söz konusudur.

İç hukukumuza döndüğümüzde ise Anayasamızda düzenleniyor, ama yaşın daha spesifik olarak düzenlendiği bir kanunumuz var, o da Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu Kanunu. Bu kanunda 3. maddesinde: *“Herkes hukukten tanınmış hak ve özgürlüklerden yararlanmada eşittir”* derken 2. fıkrasında da şöyle söylüyor: *“Bu kanun kapsamında cinsiyet, ırk, renk, dil, din, inanç, mezhep, felsefi ve siyasi görüş, etnik köken, servet, doğum, medeni hal, sağlık durumu, engellilik ve yaş temeline dayalı ayrımcılık yasaktır”* diyerek aslında bizim iç hukukumuzda açıkça kanun maddesinde yaş üzerinden ayrımcılığın yasaklandığını daha somut bu kanunda görmüş oluyoruz.

Biraz da güncel konulardan bahsetmek istiyorum. Aslında hepimizin aşına olduğu ve ileri yaşa dayalı olarak yaş üzerinden ayrımcılığın artık kanıksanmaya başladığı bazı olaylar var. Bunlardan ilki pandemi döneminde 65 yaş üstü vatandaşların sokağa çıkma yasağına maruz bırakıldığı dönem. Halk sağlığı sebebiyle Türkiye genelinde uygulanan ve yaşa bağlı olmaksızın herkesin evlere kapandığı bir dönem oldu. Bunun hukuka uygun olup olmadığı tartışması ayrı bir konu, OHAL ilan edilmiş olsaydı belki genelgelerle, kararnamelerle yapılabilecekken OHAL ilan edilmeden bu şekilde OHAL varmışçasına yapılan düzenlemelerin hukuka uygun olduğunu baştan söylemek mümkün değil. Peki, 65 yaş için ne söyleyebiliriz? Burada sadece kişinin yaşına bakılarak, kimliğine bakılarak 65 yaşın üzerinde mi, altında mı, bunun değerlendirmesi yapıldıktan

sonra dışarıya çıkabilir, çıkamaz demenin hukuka uygun olduğunu söylemek maalesef mümkün değil. Çünkü artık burada sadece yaşa dayalı olarak bir ayırmacılık yapılmış oluyor. Buna dayanak arayarak bir mevzuat arşivine baktığımız zaman, bir mevzuat taraması yaptığımız zaman Umumi Hıfzıssıhha Kanunu 72. maddesinde tecrit düzenleniyor. Fakat maddede açıkça hastalık şüphesi, hasta olan var ve hastalık şüphesi olanların tecrit edilebileceği düzenleniyor, ama biz pandemi sürecinde 65 yaş üzerini eve kapatırken temaslı mı diye bakmadık, hastalık şüphesi var mı diye bakmadık, bu insanlar hasta mı diye bakmadık. Sadece yaşına dayalı olarak evlere kapattık. Dolayısıyla taşıyıcılık olup olmadığına bakmadan, temaslı olup olmadığına bakmadan sadece yaşa dayalı bir muamele söz konusu olduğu için bunun hukuki dayanağından uzak olduğunu söylemek mümkün olacaktır.

Bunun dışında bir de üstüne para cezası uyguladık. Yani şunu diyebiliriz biz: 65 yaş pandemiye korumak için böyle bir yola gitti denilse bile, o zaman neden para cezası uygulandı bu insanlara? Yani siz bir insanın hayatını, sağlığını zorla güvence altına alabilir misiniz? Bu kişilere tavsiye olarak sağlığını korumak ve halk sağlığı için evden çıkmayın diyebilirsiniz, ama bunun karşılığında para cezasına hükmetmenin kanunlarımızca bir hukuki dayanağı maalesef yok. Kişinin sağlığını zorla güvence altına almak maalesef kanunlar açısından mümkün değil.

Bir başka uygulama daha var: Noterlikler uygulaması. Buna da hepimiz çok aşinayız. Notere gittiğinizde kimliğe bakılıyor, kişi 65 yaş üzerindeyse doğrudan sağlık raporu talep ediliyor. Bu konuyla ilgili de çok fazla itirazlar oldu. 65 yaş üzerindeki vatandaşların hem maddi hem manevi herhangi bir işlem yapacağı zaman külfet yüklendiğine ilişkin çok fazla şikâyet oldu. Bununla ilgili de bir Noter Kanununu ele alalım isterseniz, noterlik işlemlerinin şekliyle ilgili 72. maddesinde ve Noterlik Kanunu Yönetmeliğinin 91. Maddesinde, Noterin işlem yaptıracak ilgilinin hukuki işlem yapma yeteneği hakkında bir kanı sahibi olması gerektiği, ilgilinin yaşlılık, hastalık veya dış görünüş itibarıyla yeteneğinden şüphe edilmesi veya bu konuda ihbar ve şikâyet bulunması hallerinde temyiz kudretinin varlığı doktor raporuyla saptanacağı *düzenlenmiş*. Üstüne basa basa söyleniyor, burada şüphe lazım ya şüphe ya ihbar ya şikâyet olması lazım. Yani bir vatandaş noterin karşısına gittiği zaman sadece yaş 65 yaş üzerinde olduğu için hiçbir şüphe yokken akli dengesinin olmadığına, hukuki ehliyetin olmadığına ilişkin herhangi bir ihbar şikâyet, şüphe olmaksızın doğrudan yaşını sebebiyle sağlık raporu almak için yönlendirilmesi, sağlık raporu olmaksızın işlem yapılmayacağı yönünde bilgi verilmesi maalesef doğru bir uygulama değildir.

Nitekim bunun doğru bir uygulama olmadığına ilişkin 20-21 Şubat 2003 tarihli Yüksek Sağlık Şurasının bir görüşü var. Orada şöyle diyor, bu görüşü size naklen aktarmak istiyorum: *“65 yaşın üstündeki kişilerin yapacakları hukuki işlemler ile ilgili olarak herkesten sağlık raporu istenmesi ve bunun rutin hale getirilmesi, bu yaşın üzerindeki kişilere yönelik haysiyet kırıcı, ayrımcı bir uygulama olarak görülmektedir. Nitekim Avrupa Temel Haklar Şartnamesinin 21 inci maddesi yaş nedeni ile ayrımcılığı yasaklamaktadır. Ayrıca, Medeni Kanun “ayırt etme gücüne sahip ve kısıtlı olmayan her ergen kişinin fiil ehliyetinin olduğu” genel kaidesini getirmiştir. Bunun aksini iddia eden, iddiasını ispat ile yükümlü bulunmaktadır.”* Dolayısıyla, bu kişileri ek külfetle yormamak için yalnızca yapılacak hukuki işlemle ilgili olarak işlemin yapıldığı anda kişinin işlem yapma ehliyeti veya akli melekelerinin yerinde olmadığından ciddi şüphe duyulması ve/veya bu yolda bir iddia veya şikâyetin bulunması halinde doktor raporu istenebilmektedir. Aksi takdirde doğrudan başka hiçbir şüphe veya şikâyet olmaksızın bilaistisna bütün 65 yaş üzerindeki vatandaşların rapor için doktora yönlendirilmesinin ayrımcılık teşkil edeceğine ilişkin görüş verilmiş durumdadır. Bu görüşle bağlantılı olarak da o dönemde Adalet Bakanlığı Hukuk İşleri Genel Müdürlüğü’nün 20.4.1993 tarihli, 16781 ve 26.7.1993 tarihli, 31975 sayılı görüşlerinde *“... İşlem yaptıracak ilgilinin temyiz kudreti konusunda ihbar ve şikâyet varsa veya dış görünüşü, yaşlılık ve hastalık sebebi ile kuşku duyuluyorsa, işlemin daha sağlıklı ve güvenilir olmasını sağlamak için işlem günü itibariyle doktor raporu ile durumunun tespiti gerektiği”* bildirilmiştir. Fakat uygulamada ne yazık ki hukuki sorumluluk kurtulmak gayesiyle olsa gerek, buna riayet edilmeksizin kişinin kimlikteki yaşı itibariyle 65 yaş üzerindeki vatandaşlardan doğrudan sağlık raporu almasına ilişkin uygulama hâlâ devam ediyor. Gördüğünüz gibi bu incelediğimiz kararlar ve görüşler yeni değil, fakat buna rağmen uygulama, dolayısıyla da yaş üzerinden ayrımcılık devam ediyor.

Peki, Anayasamızın 3. fıkrasından da dayanak bulan pozitif ayrımcılıktan bahsettik. Bu kişilerin şartlarında eşitlik sağlanması için bazı ayrımcılıklar yapılabileceğini aslında söylemiş olduk, ama Anayasamız bunu ayrımcılık olarak görmüyor. Bunu eşit işlem olarak görüyor. Aslında tüm tarafları dezavantajlı gruplarla aynı seviyeye getirmek olarak görüyor. Anayasanın 61. maddesi 3. fıkrasında yaşlıların devletçe korunacağı ve yaşlılara devlet yardımıyla sağlanacak diğer haklar ve kolaylıkların düzenleneceği düzenlenmiş ve bunun ayrımcılık olarak görülmeceği hüküm altına alınmış.

T.C. Anayasası’nın çalışma şartları ve dinlenme hakkı başlıklı 50. maddesindeyse *“kimse yaşına, cinsiyetine ve gücüne uymayan işlerde çalıştırılmaz”* diyerek

yaş üzerinden bir koruma hükme getirilmiş. Aynı şekilde biz aslında Türk Borçlar Kanunu'nun 422. maddesinde de, Türk Ceza Kanunu'nda da yaş bakımından cezai indirim ve infaz kurallarında da aşına olduğumuz, ulaşım hizmetlerinde de ya da sağlık hizmetlerinde öncelikte de sosyal devlet anlayışıyla bağlantılı olarak belli yaşın üzerindeki vatandaşlara belli kolaylıklar sağlandığını ve bunun aslında ayrımcılık olarak görülmeksizin, şartların/dengelerin eşitlenmesi amacıyla, hukuka uygun olduğunu söylemiş oluyoruz.

Avrupa Birliği, İş ve Mesleki Alanda Eşit Muamelenin Gerçekleştirilmesine Yönelik Genel Bir Çerçeve Getiren 27 Kasım 2000 Tarihli ve 2000/78/AT Sayılı Konsey Direktifinde ise yaşa bağlı muamele farklılıklarında haklı gerekçe hükmü düzenlenmiş ve şu şekilde düzenlenmiş bu madde: *“Üye devletler, ikinci maddenin ikinci paragrafına bakılmaksızın ulusal mevzuat bağlamında meşru istihdam politikası, iş piyasası ve mesleki eğitim hedefleri dahil olmak üzere meşru bir amaçla nesnel ve makul bir biçimde haklı gerekçelere dayandırılıyorsa ve bu amacın gerçekleştirilmesi için kullanılan araçlar uygun ve gerekli ise, yaşa bağlı muamele farklılıklarının ayrımcılık oluşturmayacağını sağlayabilirler.”* Bunları da kabaca istihdam eşitliği, terfi, emeklilik şartları gibi konularda görebiliyoruz. Bunların da ayrımcılık oluşturmayacağını hem Anayasamız hem Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi hem de Avrupa Birliği direktiflerinde görmüş oluyoruz.

Beni dinlediğiniz için teşekkür ediyorum.

SAĞLIK POLİTİKALARI VE YAŞ AYRIMCILIĞI İLE MÜCADELE

Arş. Gör. Hasan Ali GÜÇLÜ

Ufuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi

Medeni Hukuk Anabilim Dalı

GİRİŞ

Dünya üzerinde bütün boyutları ile sorunsuz işleyen bir sağlık sisteminin bulunmaması sağlık politikaları araştırmacıları tarafından genel kabul görmektedir. Bu argümanın arka planında, ülkelerin sağlık sistemlerinin az ya da çok belli sorunlarla karşı karşıya kalması gerçeği yatmaktadır. Durumun böyle olması sebebi ile sorunların giderilmesi amacı ile yeni politikaların ortaya konulması gerekmektedir. Sağlık sistemindeki sorunları gidermek için yeni politikalara ihtiyaç duyulmaktadır. Yeni politikaların oluşturulması ise, çok aktörün etkili olduğu karmaşık bir süreçtir.

Devletin siyasi ve ekonomik karakteriyle doğrudan bağlantılı olan sağlık politikaları süreci, sağlığın küresel düzeyde bir konu olması sebebi ile içerisinde ulusal ve uluslararası aktörlerin yer aldığı bir çerçeveye dönüşmüştür.

Yine yaş ayrımcılığı sağlık sektörünü olumsuz etkileyen bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaş ayrımcılığı ile karşılaşan hasta birey hekim desteği almak istememektedir.

I. GENEL OLARAK SAĞLIK POLİTİKALARI

Çeşitli ülkelere baktığımızda, sağlık politikalarının birbirinden farklı olduğu ve her birinin ayrı özellikler taşıdığı, hiçbirinin birbirine benzemediği görülmektedir¹. Farklı ülkeler bir yana, aynı ülkenin farklı köşelerinde bile farklı sağlık politikalarının olduğu görülmektedir². Bu durum kaç çeşit sağlık politikası vardır? Sorusunu gündeme getirmektedir.

¹ AKDUR, Recep, Türkiye’de Sağlık Politika ve Hizmetleri, Yeni Türkiye 4(23-24):1984-1995, Ankara 1998, s. 1.

² AKDUR, s.1.

Bir ülkedeki sağlık sektörünü incelemek için birçok boyuta bakmak gerekmektedir. Bunlardan, yönetsel boyut, tıbbi boyut ve teknolojik boyut en çok kullanılanlardandır. Tıbbi boyut bu noktada evrenseldir. Tıbbi boyut, ülkeden ülkeye değişiklik göstermez. Penicilin her ülkede aynı amaç için kullanılır³. Bu boyutta değişen tek şey personelin bilgi ve beceri seviyesidir. En genel deyişle, hizmetin kalitesidir.

Sağlık sektörünü tanımlamada kullanılacak diğer boyut ise politik boyuttur. Politik boyut, ülkeden ülkeye, birimden birime farklılık arz eder. Politik boyut, sağlık sektörünü tanımlamada diğer boyutlardan daha fazla önem arz eder. Bir ülkede sağlık sektörünü tanımlamada esas alınacak boyut, politik boyuttur.

Sağlık sektörünü tanımlamada kullanılacak diğer boyut ise yönetsel boyuttur. Yönetsel boyut, ülkeden ülkeye, birimden birime değişiklik göstermektedir. Yönetsel boyut, ülkeden ülkeye ve birimden birime değişiklik göstermesi aslında doğru olmamaktadır. Tıp bilimi gibi yönetim bilimi de evrensel niteliğe sahiptir.

Aslında sağlık politikaları ve hizmet anlayışı sanıldığı kadar çeşitli değildir. Sağlık politikaları temelde iki seçenek halinde netleşmektedir. Bunlardan ilki, sağlıklı yaşamı insan hakları olarak kabul eden seçenektir. Bu seçenek doğrultusunda, sağlıklı yaşam hakkı, insan hakkı niteliğindedir.

Diğer seçenek ise, sağlığı bireysel olgu olarak görmektedir. Bu seçenek, sağlığı toplumsal bir görev olarak ele almayan, bu hakkın yerine getirilmesini piyasanın arz ve talebine bırakan seçenektir⁴.

Sağlık politikaları, yukarıda anılan iki seçenek ekseninde oluşturulmaktadır. Birinci seçenekte, toplumsal dayanışma ön plandadır. İkinci seçenekte ise, hizmet başı ödeme, özel sigortacılığı finansman yolu benimsenmiştir. Seçilen politika, ülkenin sosyo ve ekonomik yapısına göre farklı yansıyor olabilir.

II. TÜRKİYE'DE SAĞLIK POLİTİKALARI

A. OSMANLI DEVLETİ DÖNEMİ

İmparatorluk döneminde, monarşinin tüm özellikleri sağlık sektörüne yansımıştır. Devlet eli ile yürütülen sağlık hizmetleri ordu ve saraya yönelik olmuştur. Bu dönemde devletin sağlık personellerini atama yetkisi bulunan Reisül Etibba dışında başka bir kurum söz konusu değildir.

³ AKDUR, s.1.

⁴ AKDUR, s. 2.

Yaygın kitleler, sağlık hizmetlerini serbest çalışan tabip ve cerrahlardan ücret karşılığında almışlardır. Bunun yanında kimsesiz kişiler için hastane ve şifa evleri ücretsiz sağlık hizmetleri vermişler de, hâkim olan hizmet biçimini özel hizmetler oluşturmaktadır.

Bu dönemde, içme suları, besin kontrolü, kanalizasyon, ölü defni, çeşitli gibi çeşitli sosyal yardım hizmetleri verilmişse de bunlar belli kentlerle sınırlıdır⁵.

B. CUMHURİYET DÖNEMİ

Sağlık hizmetlerinin birinci derece devlet işi olarak görülmesinin başlangıcını Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin açılması oluşturmaktadır.

Savaş yıllarında Ankara'da kurulan T.B.M.M. Hükümeti, 2 Mayıs 1920 tarihinde, 3 Sayılı Kanun ile Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaleti'ni kurmuştur. Ülkedeki tüm sağlık hizmetlerinin yönetilmesi bu vekâlete verilmiştir. Böylece sağlık hizmetleri ayrı bir bakanlıkça yürütülmüştür.

Kurtuluş Savaşı'nın ağır koşullarına rağmen ayrı bir bakanlığın kurulması bile yönetimin konuya verdiği önemi göstermektedir. 1920 yılında TBMM hükümetinin atadığı ilk bakan olan Dr. Adnan Adıvar göreve başladığında, ne yerleşmiş bir örgüt ne de yerleşmiş bir altyapı söz konusu değildi. Herşeyin yeni baştan kurulması gerekmektedir. Dr. Adnan Adıvar'dan sonra göreve gelen Dr. Refik Saydam ise, 1921-1937 yılları arasında görevde kalmıştır. Refik Saydam, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde büyük başarı göstermiştir. Dr. Saydam, sağlık hizmetlerinin yapılanmasına büyük damga vurmuştur. Dr. Saydam'ın etkin olduğu dönemdeki başarılarının etkisi günümüze de yansımıştır.

Bu dönemde illerde kurulan Sağlık Müdürlükleri ve ilçelerde kurulan Hükümet Tabiplikleri ile sağlık örgütü tüm yurt düzeyine yayılmıştır. Koruyucu hizmetlere öncelik verilerek bunların doğrudan merkezi hükümetçe üstlenilmesi gerektiği ifade edilmiştir. Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır gibi büyük illerde doğrudan bakanlığa bağlı "Numune Hastaneleri" açılmıştır.

1928 yılında 1219 Sayılı "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun" çıkarılarak sağlık personelinin yetki ve sorumluluktan belirlenmiştir⁶. 1930 yılında ise, sağlık hukukunun adeta anayasası niteliğinde olan 1593

⁵ AKDUR, s.2.

⁶ TOR ÇETİN; BAYTEMÜR Muharrem, Hekim Örgütlenmesi ve Türk Tabipler Birliği Tarihi 1856- 1984, Ankara 2023, s.27.

Sayı 1 “ Umumi Hıfzısıhha Kanun” çıkarılmıştır. Bu kanun ile sağlık hizmetleri politikalarının esasları belirlenmiştir.

Sağlık hizmetlerinde başarının vazgeçilmezlerinden birisi de yeterli personel ve nitelikli personelin bulunmasıdır. Dr. Saydam döneminde buna ilişkin güzel adımlar atılmıştır. Hekim sayısını artırmak amacı ile Yatılı Tıp Talebeleri Yurtları kurulmuştur.

Dr. Saydam döneminde tüm sağlık hizmetleri asli bir devlet sorumluluğu ve görevi olarak ele alınmıştır. Devletin çeşitli organlarına dağıtılan sağlıkla ilgili yetkiler tek elde toplanmıştır. Denetim yetkisi ise Sağlık Bakanlığı’na verilmiştir.

Dr. Saydam döneminden sonraki ilk girişim, 1946 ile 1950 yılları arasında görev yapan Dr. Behçet Uz tarafından hazırlanan birinci on yıllık kalkınma planıdır.

Bu plana göre, ülke yedi sağlık bölgesine ayrılacaktır. Her 40 köy için 10 yataklı bir Sağlık Merkezi kurulacaktır. Bunlarda, hekim, ebe, sağlık memuru bulunacaktır. Bu dönemde koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin bütünleştirilmesi amaçlanmıştır.

Behçet Uz’dan⁷ sonra söz konusu plan uygulanamamış ve her ilçeye bir sağlık merkezi inşa etme biçimine dönüşmüştür. Bu merkezler ise, maliyeti çok yüksek olan birer küçük hastane olmanın ötesine geçememiştir. Kamuda çalışan hekimlere yönelik olan yüksek ücret uygulamasına son verilmesinin bir sonucu olarak, merkez hekimleri koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgilenmemişlerdir.

1954 yılında, 6134 Sayılı Yasa ile il özel idarelerine belediyelere ve vakıflara bağlı hastaneler Sağlık Bakanlığı’na bağlanarak hastane hizmetleri tek elde toplanmış ve tamamen merkezi hükümet görevi ve sorumluluğu haline getirilmiştir⁸. İl ve ilçe hastanelerin açılması hızlanmıştır. Yalnızca büyük kentlerde var olan hastane hizmetleri bütün yurda yayılmıştır⁹.

Cumhuriyetin başından beri temel politika, sağlık hizmetlerinin bir kamu sorumluluğu ve görevi olması yönünde olmuştur. Politikanın bu yönde

⁷ Behçet Uz’un 1946 yılında hazırlattığı sağlık planı Dr. Cemal Or’un Etimesgut ve çevresindeki köylere sağlık hizmeti vermek için geliştirdiği kırsal bölge sağlık merkezlerinden esinlenmiştir. FİŞEK, Nusret, Türkiye Cumhuriyeti Hükümetlerinde Sağlık Politikaları, Toplum ve Hekim Dergisi, Aralık, 1991, s. 3.

⁸ AKDUR, s.4.

⁹ AKDUR, s.4.

olmasın rağmen alttan alta hizmetlerin özel sektör aracılığı ile yerine getirildiği görülmüştür.

Sağlık politikasına hâkim olan bu ikircikli yapı sonucunda, başta kırsal kesim olmak üzere, hem tedavi edici hizmetlerde hem de koruyucu hizmetlerde çağ yakalanamamış ve gerisinde kalmıştır¹⁰.

III. 2000'Lİ YILLARDA SAĞLIKTAKİ DURUM

2001 ve 2005 yılları arasında 8. Beş yıllık kalkınma planı hazırlanmıştır. Bu plan ile ulaşılmak istenen sağlık sektörü yapılanmasının hakkaniyet, eşitlik ve adalet ilkelerine göre yapılanmasıdır.

Yine sağlık sektörüne ilişkin finansal göstergeler gelişmiş ülkeler düzeyine yükseltilmesi hedeflenmiştir. Planın kapsama süresi olan 2001-2005 döneminde hedeflenen düzeylere gelinememiştir.

Türkiye'nin Güçlü Ekonomiye Geçiş Programı'nın hedefleri, politikaları ve uygulamaları dönemin Devlet Bakanı Kemal Derviş tarafından 15 Mayıs 2001 tarihinde açıklanmıştır. Programda, sağlık primleri ve katkı paylarının sosyal güvenlik reformunun bir parçası olarak arttırılması hedeflenmiştir¹¹.

IV. SAĞLIKTA YAŞ AYRIMCILIĞI İLE MÜCADELE

Ayrımcılık, tutumlardan farklı olarak gözlemlenebilen davranışlardır. Eşitsiz /farklı davranışların bir gruba yönelmesi ile ayrımcılık ortaya çıkar.

Dünya üzerinde 60 yaş üstü bireylerin sayısı hızla artmaktadır. Bütün insanların huzurlu ve sağlıklı bir yaşam sürme fırsatının olması gerekmektedir. Ancak içinde bulunduğumuz ortamlar sağlığa yararlı olabileceği gibi sağlığa zararlı da olabilir¹².

Çevresel etmenler, sağlık ile ilişkili bireysel davranışlar, sağlık ve sosyal bakım hizmetlerine erişim yaşanma üzerinde oldukça etkilidir¹³.

¹⁰ AKDUR, s.4.

¹¹ Türkiye'nin Güçlü Ekonomiye Geçiş Programı'nın Hedefleri, Politikaları ve Uygulamaları Açıklandı, Erişim: 20.05.2024, http://www.tisk.org.tr/isveren/sayfa.asp?yazi_id=302&id=18.

¹² DEMİR DİKMEN, Rukiye, Yaş Ayrımcılığı: Etkiler ve Çözüm Önerileri, Geriatrik Bilimler Dergisi 2023;6(1)Doi: 10.47141/geriatrik.1163213,s.33.

¹³ DEMİR DİKMEN, s.33.

Yaş genellikle insanları adaletsizliğe yol açacak ve nesiller boyunca dayanışmayı bozacak şekilde kategorize etmek ve bölmek için kullanılmaktadır. İnsanların yaşa dayalı olarak başkalarına veya kendilerine karşı düşünme, hissetme ve davranışları yaş ayrımcılığını işaret edebilmektedir¹⁴.

Dünya Sağlık Örgütü, yaş ayrımcılığının çocukluktan itibaren her yaştan insanı etkilediğini, insanların sağlığı, esenliği ve insan hakları açısından ciddi ve geniş kapsamlı sonuçlarının olduğunu ifade etmektedir.

Yaş ayrımcılığı, birey ve toplum üzerinde olumsuz etkilerime rağmen günümüzde büyük görünmez bir durumdadır. Yaş ayrımcılığı, yaşamın tüm yönleri için olumsuz etkiye sahip olabilir.

Erken ölüm, fiziksel sağlığın bozulması, sağlıksız beslenme ve sigara içme gibi riskli sağlık davranışların oluşması, ruh sağlığının bozulması, yaşam kalitesinin düşmesi ve yalnızlık bunlardan bazılarıdır¹⁵.

Yaşları nedeniyle bir gruba yönelik önyargıyı ve yerleşmiş yargıları ifade eden yaşa dayalı ayrımcılık ilk kez Butler (1969) tarafından tanımlanmıştır. Yaş ayrımcılığı, sadece yaşlılara değil gençlere yönelik de gerçekleşmektedir.

Yaş ayrımcılığı birçok kültürde yaygın olarak yaşanmaktadır. Yaş ayrımcılığı çalışmalarının değerlendirildiği sistematik bir derleme eğitim düzeyi daha düşük olan yaşlı kişilerin özellikle yaşlı ayrımcılığının olumsuz sağlık etkilerini deneyimleme olasılığının daha yüksek olduğunu saptamıştır¹⁶.

Yaş ayrımcılığına doğrudan maruz kalmasının fiziksel ve bilişsel performanslarında önemli ölçüde düşüşe neden olduğunu saptamıştır¹⁷. Bu gibi durumlarda yaşlı ve genç insanlar kıt kaynaklar için mücadele eden gruplar haline gelmektedirler.

Yaşlanma süreciyle ilgili yaşlı bireylerin kendileri ile ilgili inanç ve değerlendirmeleri de önemlidir. Yaşlanmayla ilgili yargılar, yaş ayrımcılığına yönelik olumlu

¹⁴ DEMİR DİKMEN, s.34.

¹⁵ Ageism. https://www.who.int/health-topics/ageism#tab=tab_3 (Access Date: 1 March 2024).

¹⁶ DEMİR DİKMEN, s.33.

¹⁷ DEMİR DİKMEN, s.33.

veya olumsuz yönlerden oluşabilmektedir¹⁸. Yaşlı bireylerin kendi yaşlanmasına ilişkin olumsuz düşünceleri bilişsel işlevlerin bozulmasına yol açabilmektedir¹⁹.

Yaş ayrımcılığının, yaşlı bireylerin sağlıkları üzerindeki olumsuz etkileri doğrudan ve dolaylı olarak incelenebilir. Doğrudan etkiler, toplumun yaşlı bireylere karşı davranışlarının sonucuyken; dolaylı etkiler ise bu bireylere yaklaşımın sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır²⁰.

Doğrudan etkiler; toplumda yerleşmiş önyargıların, kötü muamele şeklinde görülmesidir. Yaş ayrımcılığı yaşlı bireyleri toplumdan uzaklaştırmakta ve bireylerin benlik saygısının azalmasına neden olmaktadır. Yaşlı ayrımcılığı yarattığı sonuçlar sebebiyle toplumsal yatırımlar gerektirir; dolaylı olarak kaynakların tüketilmesine sebep olur²¹.

Dünyada ve Türkiye’de ileri yaş grubu nüfusun artmasıyla birlikte yaşlılık bir olgu halini almıştır ve tartışılmaya başlanmıştır. Türkiye’de yapılan tartışmalara bakıldığında, emeklilik sigortasının ve sağlık hizmetlerinin finansmanı, yaşlı bakımı gibi konuların çözülmesi gereken sorunlar olarak ele alındığı ve yaşlılığın toplumsal boyutlarının dışlandığı görülmektedir²².

Yaşa dayalı ayrımcılık her yaş grubundan bireyi etkileyen bir ayrımcılık biçimidir. Başka bir ifade ile yaşa bağlı olarak yapılan ayrımcılık biçimi çocukları, gençleri, yetişkinleri ve yaşlıları kapsayabilir. Yaşlı ayrımcılığı ise sadece ileri yaş grubu bireylere yönelik yapılan bir ayrımcılık biçimidir. Yaşlı ayrımcılığı ile yaş ayrımcılığı birbiri yerine kullanılmaktadır. Bu kullanım oldukça yanlıştır.

¹⁸ Yaş ayrımcılığı; olumlu (positive ageism) ve olumsuz (negative ageism) olarak karşımıza çıkabilir. Olumlu ayrımcılık yaşlı bireylerin toplumsal yaşama katılımlarını kolaylaştırmayı amaçlarken; olumsuz yaş ayrımcılığı bu bireylerin, bireysel özellikleri yerine bulundukları yaş gruplarına bağlı ortaya çıkan ön yargılar sebebiyle ayrımcılığa uğramasıdır. Ayalon L, Dolberg P, Mikulionienė S, PerekBiałas J, Rapolienė G, Stypinska J, et al. A systematic review oexisting ageism scales. Vol. 54, Ageing Research Reviews. Elsevier Ireland Ltd; 2019. p. 100919.

¹⁹ DEMİR DİKMEN, s.33.

²⁰ BAŞPINAR, Ali; ŞENGELN, Meltem; ASLAN, Dilek, Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Yaşlı Bireylere Yönelik Yaş Ayrımcılığı (Ageism): Kavramsal Çerçeve Ve Önleme Yaklaşımları, ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2020;5(2), s.334.

²¹ DEMİR DİKMEN, s. 334.

²² TUFAN, İsmail, (2003), Modernleşen Türkiye’de Yaşlılık ve Yaşlanmak Yaşlanmanın Sosyolojisi, İstanbul: Anahtar, s.54.

Sağlıkta yaş ayrımcılığı maalesef oldukça yaygındır. Tedavi amacıyla gelen hastanın semptomları yaşlılığına bağlanabilmekte ve bu durumda ağrı, yorgunluk, bilişsel bozukluk, depresyon ve anksiyete gibi sorunlar kolaylıkla teşhis ve tedavi edilemez olmaktadır²³.

Hekimlerin, genç hastalara daha fazla bilgi ve destek verdikleri, tanı ve tedavi aşamasında yaşlı birey yerine yanındaki refakatçi ile konuştukları veya yaşlı ile konuşurken abartılı tonlama, bağırma, emretme gibi farklı tarzda iletişim kurdukları görülmektedir²⁴. Yaş ayrımcılığının her yaşa yönelik gerçekleştirilmesinin mümkün olduğunu ifade etmiştik. Sağlık alanında ise, yaş ayrımcılığının çoğunlukla yaşlı bireylere yönelik yapıldığı gözlemlenmektedir.

Ayrımcılık uygulanan kişiler, bireysel özelliklerinden değil, grup aidiyetleri üzerinden ayrımcılığa uğramaktadırlar. Ayrımcılık evrensel bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bugün bütün toplumlarda bazı grupların ayrıcalıklı, avantajlı ve baskın olduğu görülmektedir.

Hâkim toplumsal grupların güç oluşturmak ve bu gücü korumak için ayrımcılığa başvurduğu düşünüldüğünde ayrımcılığın politik boyutu karşımıza çıkar.

Yaş ayrımcılığı özellikle sağlık hizmeti almak isteyen hastaların çok olduğu ancak sağlık hizmeti verecek personelin az olduğu zamanlarda da ortaya çıkmaktadır. Covid pandemisi sürecinde basına yansıyan hekimin hastalar arasında tercih yapmak zorunda kaldığı ve yaşlı hastalardan ziyade genç hastalara sağlık hizmeti sunduğu haberleri hepimizin malumudur. Bu husus bir ayrımcılık olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık hizmet sunucularından ya da sağlık sisteminden kaynaklanan ayrımcılık sağlık hizmet kalitesi ve hasta tatminini olumsuz yönde etkileyecektir. Özellikle hizmeti sunan sağlık personelinin bilinçli ya da bilinçsiz basmakalıp düşünceleri ya da ön yargıları azınlık olarak değerlendirilebilecek nüfusun gereken tedaviye erişmesini engelleyebilecektir²⁵.

Hasta Hakları Yönetmeliğinin tanımına göre hasta hakları; sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan bireylerin, sadece insan olmalarından

²³ KILIÇ, Nilüfer Pınar, Sağlık Hizmetlerinde Bireysel Yaşlı Ayrımcılığı, Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi, C.25, S.3, s. 55.

²⁴ KLİLÇ, s.55.

²⁵ VAN Ryn M. and FU S. S. (2003) Paved With Good Intentions: Do Public Health and Human Service Providers Contribute To Racial/Ethnic Disparities In Health? American Journal of Public Health 93(2),s..248.

dolayı sahip oldukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklarını ifade eder (Hasta Hakları Yönetmeliği 1998). Dolayısı ile hiçbir surette hastalar arasında ayrımcılık yapılmamalıdır.

Blanchard ²⁶’a göre, hastalar arasında yapılan ayrımcı davranışlar hastanın kendisine saygısızca ya da adaletsizce davranıldığına dair algılamalar oluşturacak, hasta ile sağlık personeli arasındaki ilişkiyi olumsuz etkileyecektir.

Ülkemizde sağlık alanında ayrımcılığı önlemek için engelli ve yaşlıların sosyal birer birey olarak hayatlarını devam ettirebilmeleri amacıyla devlet tarafından Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Müdürlüğü kurulmuştur. Müdürlük, 2011 yılında yeniden yapılandırılarak Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’na bağlanmıştır. Kurumun misyonu “Engellilerin ve yaşlıların ayrımcılığa uğramadan insan haklarından yararlanarak toplumsal hayata katılmaları için ulusal düzeyde politika ve stratejilerin belirlenmesi ve gönüllü kuruluşlar arasında işbirliği ve koordinasyonu sağlamak” olarak ifade edilmiştir.

SONUÇ

Dezavantajlı bireyler, siyaset, sosyal alan, ekonomik alanda ve sağlık alanında ayrımcılığa maruz kalabilmektedirler. Dezavantajlı bireylerin yasalarla belirlenen haklardan tam olarak yararlanabilmeleri için hükümetlerin sağlık politikalarını o yönde geliştirmeleri gerekir.

Türkiye’de ayrımcılığın her türlü mevzuatta doğrudan ya da dolaylı olarak yasaklanmasına rağmen yapılan ayrımcı davranışların gerekli yaptırımlarla karşılaşmadığı görülmektedir.

Eşit konumdaki bireylere farklı muamele etmek şeklinde ifade edilen ayrımcılık, davranışa dönüşürken çeşitli temellere dayandırılmaktadır. Literatürün büyük kısmında ırk etnik temelli ayrımcılığa ve cinsiyet temelli ayrımcılığa odaklanmıştır.

Hastalara karşı yapılan ayrımcı davranışlar hastalarda çeşitli olumsuz tepkilerle sonuçlanabilmektedir. Bu durum hastada psikolojik ve fiziksel bozukluklara sebep olabilecektir. Kendisine ayrımcılık yapıldığını düşünen hasta tedaviyi reddetmeyi düşünecektir.

²⁶ BLANCHARD J. and LURIE N. (2004) R-E-S-P-E-C-T: Patient Reports of Disrespect In The Health Care Setting and Its Impact On Care. Journal of Family Practice 53(9): 721730.

Hastaneye çeşitli sebeplerle gelen hastalar sağlık personelleri tarafından ayrımcılığa maruz bırakılabilmektedir. Bu sağlık personelleri hekimler olabileceği gibi hemşireler veya başka sağlık personelleri de olabilmektedir.

Ayrımcılığın en asgari seviyeye indirilebilmesi için yöneticiler ve sağlık çalışanları arasında iyi bir iletişimin kurulması son derece önem arz etmektedir. Sağlık çalışanlarının hastalarla olan iletişiminin artması ve bireylerin hasta hakları konusunda bilinçlerinin artırılması da son derece gerekli ve önem arz etmektedir.

Sağlık personeli, hizmet talep eden her hastaya adil muamele gösterme konusunda yönlendirilmelidir. Ayrımcılığa maruz kalan ya da maruz kaldığını düşünen hastaların şikâyetleri kurum bünyesinde değerlendirilmelidir.

Ayrımcılık türleri ile ilgili değerlendirme yapılmalı ve sağlık sektöründe en çok hangi tür ayrımcılığın yapıldığı hususu belirlenerek önlemler alınmalıdır.

Sağlık hizmetlerinde algılanan ayrımcılık ölçülerek hizmetlerin kalitesinin geliştirilmesi açısından ele alınıp kurumsal düzenlemeler getirilmelidir. Bu noktada devletin, sağlık politikalarını doğru belirlemesi büyük önem taşımaktadır. Devlet sağlık politikalarını ayrımcılığa yer verilemeyecek şekilde oluşturmalıdır.

SORU-CEVAP BÖLÜMÜ

Av. DENİZ YAĞMUR GÜNEŞ- Öncelikle Sayın Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal Hocama bir soru gelmiş: Günümüzde sağlıklı yaşam adına yapılması önerilen spor, diyet, vesaire uygulamalar özellikle medya yaşlanmanın doğal bir şey değil de bireyin suçu gibi gösterildiği durum ortada. Buna yönelik olarak hekim olarak ne dersiniz, ne düşünüyorsunuz? Buyurun Hocam.

Prof. Dr. YEŞİM GÖKÇE KUTSAL- Çok teşekkür ederim. Zaten bu sorunun içinde yanıtı da var. Biz genellikle doğru bilginin doğru ağızdan elde etmesi gerektiğini düşünüyoruz. O nedenle Türk Geriatri Derneği olarak gerek halk eğitim toplantılarında gerekse web üzerinden online olarak derneğe yönlendirilen sorularda yanıtların hep konunun uzmanı hekimler tarafından verilmesini sağlıyoruz. Kuşkusuz yaşlanma yaşamın doğal bir sürecidir. Hiçbir şekilde bir hastalık veya sakatlık değildir yaşlılık. Bu detayı akademik ve profesyonel yaşamımızda her zaman göz önünde bulunduruyor, öğrencilerimize ve hastalarımıza empoze etmeye çalışıyoruz. Teşekkür ederim.

Av. DENİZ YAĞMUR GÜNEŞ- Biz teşekkür ediyoruz Hocam. İkinci soru Sayın Prof. Dr. Ahmet Saltık Hocama: Kırılğan gruplar deyimi başta Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi kararlarında olmak üzere birçok yerde geçmektedir. Özellikle çocuklar için kırılğan yerine incinebilir veya savunmasız tanımlarını kullanmak anlamı daraltır mı Hocam? Buyurun lütfen.

Prof. Dr. AHMET SALTİK- Gerek hukukta gerek öteki bilim alanlarında kullanılan kavramların öncelikle net olarak tanımlanması gerekir. Kavramsallaştırma süreçlerinin mutlaka net bir tanıma dayandırılması gerekir. “Savunmasız” dan, “incinebilir” den kastınızın ne olduğunu özellikle hukukta net olarak tanımlamak gerek. Tanımlama yapılırsa bizim hedeflediğimiz içeriği kucaklamak üzere kullanılabilir. Başta da söylediğim gibi “vulnerabl, fragile” - kırılğan daha çok kullanılıyor. Yeşim Gökçe Hocam ne der?

Prof. Dr. YEŞİM GÖKÇE KUTSAL- “Frail Elderly” tanımlaması Türkçe literatürde “Kırılğan Yaşlı” olarak kullanılmaktadır.

Prof. Dr. AHMET SALTİK- Evet, bir de söz almışken 30 saniye içinde üç şey söylemek isterim. “Detay” sözcüğü arkadaşlar, dilimize yapıştı kaldı. Fransızca bu sözcük, ben azıcık şaka yapayım sabah sabah.. Ben hiçbir Fransız’ın, kendi dilimdeki “detay” yerine Türkçe’den “ayrıntı” sözcüğünü alıp kullandığını görmedim (!) **Dil devrimi** de **Atatürk**’ün devrimlerinden biri, **öksüz kalmamalı**.

İkincisi az önce söylemeyi unuttum, yüz milyon insan her yıl, Dünya Sağlık Örgütü Başkanının açıklamasıyla (10 Aralık 2017’de) aşırı yoksulluğa itiliyor. Karşılayamadığı, cepten yapmak zorunda kaldığı, kaçınamadığı sağlık giderleri nedeniyle, yüz milyon insan aşırı yoksulluğa itiliyor. Öyle az buz değil, bunu paylaşmak isterim.

Bir de, yine Türkiye’imizde, ben Dil Derneği üyesiyim, beni bağışlayın, “adına” sözcüğü de çok yanlış kullanılıyor. Ne olur affedin beni, işte *“şunu şunu yapmak adına”*, bu yanlış bir kullanım. “Adına” sözcüğü, ancak bir öznenin yerine, “Yeşim Gökçe Kutsal’ın adına” derken kullanılabilir. Bir insanın, bir öznenin yerine geçebilir. Türkçemize sahip çıkalım.

Av. DENİZ YAĞMUR GÜNEŞ- Çok teşekkür ediyoruz Hocam. Bu iki soru belki hukukçu hocalarım, meslektaşlarım yardımcı olabilir. Birincisi: *“65 yaş üzeri insanların noter hizmetlerinde sağlık raporu bir sorun, ancak daha vahimi bir gün süreli, aynı gün için geçerli. Bu konunun hukuki bir yönü var mıdır”* diye sormak isterler, buyurun.

Av. MELİS SELİN ÇETİN- Ben üzerime alayım, noterlerden bahsettiği için soru galiba bana geldi. Bir gün içerisinde rapor alınmasının hukuki dayanağı tabii ki de yok, ama bu neden böyle bir uygulama var? Şu şekilde bahsedebiliriz: Sağlık raporuyla ilgili olarak işlem sırasında o kişinin hukuki fiil ehliyeti var mı, yok mu? Bunun üzerinde durulduğu için aslında o gün sağlık raporu alınması gerekli uygulaması var. Orada değerlendireceğimiz şey bir kişi yaşlılık sebebiyle eğer hukuki işlem ehliyetine sahip değilse, dünden bugüne bu durum değişir mi ya da aynı gün raporu aldığımız zaman, yani burada tabii sağlık hukuku konuşuyoruz, ama ülkenin durumu da söz konusu. Bir kişiye aynı gün hem hastaneye gönderip, sağlık raporu alıp bir de aynı gün notere gidip noterde işlem yaptıracak kadar strese sokmak o yaştaki bir insana makul ve mantıklı mı? Bence değil. Öte yandan konuşmamda da bahsettiğim

Adalet Bakanlığı Hukuk İşleri Genel Müdürlüğünün 20.4.1993 tarihli, 16781 ve 26.7.1993 tarihli, 31975 sayılı görüşlerinde işlem gününe itibariyle doktor raporu ile tespit istenmiş.

Prof. Dr. AHMET SALTİK- Böylesi bir rapor için hastaneye gitmek gerekmiyor, herhangi bir hekim, pratisyen hekimler, aile hekimleri de verebilir. Ancak siz Edirne’de yaşıyorsunuz, Ankara’da bir işiniz var. Aile hekiminiz Edirne’de, Ankara’da herhangi bir aile hekimine gidip alıyorsunuz.

SALONDAN- Hocam, ... 3 aylık, 6 aylık ve bir yıllık ... hukuki dayanağı yok. Yani bizim verdiğimiz formatlarda bir günlük, 3 aylık, 6 aylık ve bir yıl

şeklinde bir format düzenlememiz var. Bu formatlara göre biz şekilde veriyoruz, noterler bunu bizden böyle istiyorlar. Biz de buna uygun olarak böyle veriyoruz, ama bunun hukuki dayanağını sizler daha iyi biliyorsunuz.

SALONDAN- Rapor, sağlık raporu bir günlük diye veriliyorsa, onu tabii ki de ertesi günde kullanılması zaten mümkün olmaz. Noterin süresi geçmiş bir sağlık raporuyla işlem yapması mümkün olmaz. Belki de rapor düzenleme işleyişinin değiştirilmesi gerekiyordur orada diye düşünüyorum.

SALONDAN- Formatın değişmesi gerekiyor.

Av. DENİZ YAĞMUR GÜNEŞ- Çok teşekkür ediyoruz. Son bir sorumuz var: Noterlerin tüm 65 yaş üzeri vatandaşlar için sağlık raporu istemesi nedeniyle defansif tıp uygulamaları olduğu gibi defansif hukuk uygulamalarının olduğunu söyleyebilir miyiz? Bu ayrımcılığın sona ermesi için neler yapılabilir? Bu multidisipliner bir soru diye kabul ediyorum, arzu eden tüm konuşmacılarımız cevap verebilir, buyurun lütfen.

Av. MELİS SELİN ÇETİN- Ben başlayayım isterseniz, ilk bakışta evet, diyebiliriz. Çünkü neden? Noter neden böyle bir işlem yapmaya ihtiyaç duyuyor, buna bakmak gerekiyor. Noterin aslında buradaki amacı bir noktada hukuki sorumluluktan kurtulmak istemesi, yani tamam kanunda şüphe, vesaire varsa rapor isteniliyor, ama noter o sorumluluğa girmek istemiyor. Çünkü neden? Bu kişinin yarın bir gün hukuki işlem ehliyeti yokken noterde nasıl işlem yaptı diye notere sorumluluk atfedildiği zaman eğer yargılama sırasında siz olay sırasında şüphe var mıydı, ihbar var mıydı, herhangi bir şikâyet var mıydı; bunları değerlendirmeksizin doğrudan noterin sorumluluğuna giderseniz orada notere de hak vermek gerekiyor. Dolayısıyla burada yargılama sürecinin nasıl olduğunu incelemek gerekiyor. O anın koşullarında noter bunu değerlendirilebilecek bir durumdaysa eğer ve bunu değerlendirmemişse, yani üzerine düşen görevi layıkıyla yerine getirmeden hukuki ehliyeti olmadığı dışarıdan bakınca belli olan ya da buna ilişkin bir şikâyet, şüphe bulunan bir kişiye sağlık raporu talep etmeden işlem yapıyorsa, tamam, sorumluluğuna gidelim, ama kişide hiçbir şüphe yokken, hiçbir sebep yokken noterin sorumluluğuna gidiliyorsa, orada herkes gibi noterler de kendisini korumak isteyecektir. Evet, defansif hukuka doğru gider mi? Gidebilir gibi görünüyor, doğru, o şekilde değerlendirilebilir.

Av. DENİZ YAĞMUR GÜNEŞ- Teşekkür ediyoruz Melis Hanım. Konunun uzmanı olan tüm konuşmacılara, hocalarıma, meslektaşlarıma ben çok teşekkür ediyorum. İzninizle oturumu kapatıyorum, sağ olun.



X. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

Beşinci Oturum
(21 Ekim 2023)

Açık Oturum

**6 ŞUBAT KAHRAMANMARAŞ DEPREMLERİ
BAĞLAMINDA AFETLER VE SAĞLIK HAKKI**

Oturum Başkanı

Av. Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU
Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkanı

Konuşmacılar

Dr. Ayşe Güzin ALTUNBAY
Çocuk ve Ergen Psikiyatristi

Merve Ay CLAVİJOOLARTE
Türkiye Kızılay Derneği Toplumsal Hizmetler Genel Müdürlüğü Toplum Sağlığı Müdürü

Prof. Dr. Burçak BAŞBUĞ ERKAN
Gelecek Partisi Kültür ve Sanat Politikaları Genel Başkan Yardımcısı

Klinik Psk. Gözde CEYLAN PEHLİVAN
Afet Psikososyal Destek Derneği Genel Sekreteri

Dr. Aliye Mine COŞKUN
Ankara Tabip Odası Yönetim Kurulu Genel Sekreteri



X. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

Konuşmacılar

Prof. Dr. Taner DEMİRER

İyi Parti Sağlık Politikaları Başkanı

Dr. Yakup Gökhan DOĞRAMACI

Hekim Birliği Sendikası Genel Başkan Yardımcısı

Dr. Murat EMİR

Cumhuriyet Halk Partisi Milletvekili

Dt. Serkan ER

Ankara Dış Hekimleri Odası Başkanı

Dr. Ayşe GÜNEY

Gelecek Partisi Sağlık Politikaları Başkanı

Ecz. Erdal KART

Ankara Eczası Odası Üyesi

Av. Muhammed Furkan KAYAN

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Genel Sekreteri

Cahit KOCAMAN

TMMOB İnşaat Mühendisleri Odası, İnşaat Yüksek Mühendisi

Av. Didem ÖZKIDIK ŞANLI

Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşaviri

Av. Yasemin TEKELİ AYRANCI

Türkiye Barolar Birliği Çevre ve Kent Hukuku Komisyon Üyesi

Av. Burcu UÇURAN

Cinsel Şiddetle Mücadele Derneği Vekili

Av. Ayşe Vural KARACA

Hatay Barosu

Dr. Ercan YAVUZ

Türk Tabipler Birliği Olağandışı Durumlarda Sağlık Hizmetleri Kolu Yürütme Üyesi

Dr. Ayşe Güzin ALTUNBAY

Çocuk ve Ergen Psikiyatristi

Davet için de çok teşekkür ederim. Bu sabah çok şiddetli bir baş dönmesiyle uyandım. Öyle olunca da sunumu biraz buradan girebilirim diye düşündüm. Baş dönmesi bildiğim bir şey değil, hiç bu kadar kuvvetli de olmamıştı. O yüzden dedim biraz yavaşlayayım. Aklıma şey geldi -tabii normalde psikoloji kökenli bir şey olduğuna karar vermeden önce nörolojik muayeneler falan yapılması lazım- ama Adıyaman'da çalışıyorum nisandan beri ve zorlanıyorum. Aklıma ilk gelen muhtemelen hafta sonları çocukların yanına gidip geliyorum. Hafta içi oradayım. Muhtemelen işte yoğun tempodan, stresten olabilir diye; ama bir şey daha var: İnsanlar çok baş edemedikleri şeylere maruz kaldıkları zaman veya psikolojik olarak zorlandıkları zaman bir takım ruhsal mekanizmalar devreye girer. Onun adı dissosiyasyon. Dedim belki de dissosiyasyon olabilir. Sağ olsunlar organizasyonu yapan arkadaşlara bildirince, arkadaşlar biraz gecikmemeye anlayış gösterdiler. Dissosiyasyon Adıyaman özelinde, ama genel depresyon bölgesinde bence bizi meşgul edecek bir konu; çünkü anlamını belki söyleyebilirim. Latince kökeni ayrışma, çözülme, ayrılma anlamına geliyor. Yani ruhsal mekanizmaların bu algı, bilinç, duygulanım hepsini içeren birbirinden ayrılması gibi, belki bağlantı kurmak açısından assosiasyon kolaylaştırabilir. Bir şeyle bağlantı kurarız assosiasyonda, bir yere gideriz, orada bir şey aklımıza gelir. Dissosiasyonda bunlar hepsi birbirinden ayrılıyorlar, baş dönmesi gibi böyle ya da kafanın büyük hissedilmesi, uzvun çok ağır hissedilmesi konumu falan hepimizin zaman zaman yaşadığı böyle zor zamanlarda olabilen şeyler kısa süreli, ama bazen dissosiyatif deterritorialization, bir de derealizasyon gibi gerçeklik algısının bozulması gibi veya amnezi dediğimiz unutkanlıkla gidebilir. Ben bununla giriş yaptım; çünkü bölgede gerçekten baş edilmesi çok büyük, çok zor bir travma çok büyük bir kolektifi etkiledi ve bu önümüzdeki yıllarda bu baş edemeziğin getirdiği dissosiyatif semptomlar bizi meşgul edecek.

Dissosiyasyonun travma sonrası stres bozukluğunda da önemli bir anlamı var. Ayrıca da mesela -bu arada ben mecburi hizmetini yapıyorum, çocuk psikiyatrim, ama başhekimlikten izin almadan, yani kendi gözlemlerini yaparak gözlemlerim hakkında konuştuğum için hastalar hakkında değil, orada bulunurken çocuk psikiyatrim olarak gözlemlerim hakkında konuşuyorum daha çok- ama çocuk ve ergenlerde obsesif kompulsif bozukluk dediğimiz çok fazla takıntılar görüyoruz. Deprem öncesi de varmış bunlar; ama deprem sonrası artmış gibi. Bu dissosiyasyonlarda zaten bununla baş etmek için, hani insanın iç gerilimi çok

yükseldiği zaman bu korku olur, üzüntü olur, bu gibi takıntılar devreye giriyor. Çünkü kontrol edemediği bir gerilim var içeride. Hani çevreyi kontrol ederek insan, ha kontrol elimde diye hissediyor. Takıntılar da bu anlamda anlamlı psikiyatrik semptomlar. Bu anlamda belki şeyi söyleyebilirim. İlk gittiğim aylarda, Nisanda başladım ben. Bu arada Türkiye’de de yeniyim, 4 sene önce Almanya’dan döndüm. Daha önce 19 sene o taraflardaydım, uzmanlığımı da orada aldım. Tıbbı da Hacettepe’de başladım, ama Viyana’da bitirdim. Yani sağlık sistemine de yabancıyım. Didem Hanımın söylediği 18.097 doktordan biri ben olmalıyım; çünkü orada mecburi hizmete atandım denkliğim kabul edilince. Bundan da memnunum. Bölgeye de ait hissediyorum. Maraşlıyım aslen. Gittiğim zaman ilk aylarda -nisanda- insanlarda çok dalgınlık görüyordum. Özellikle mesela, adam sokakta motosiklet sürüyor, motosiklet çok kullanılıyor bu arada orada-arkada 2-3 yaşında bir çocuk var, ama adam sanki başka bir dünyada gibi, yani bu da bir tür dissosiyatiflik şey olarak düşünülebilir. Dalgınlık çok artmış insanlarda ve trafik kazaları da bu anlamda arttığı yönünde şeyler duyuyorum. Tabii bunlar hep gözlem ve duyum. Hani bunlar yeni değil hiçbir şekilde. O açıdan gerçekten bölgedeki psikolojik olarak elbette ki büyük stres altında.

Birkaç nokta var benim ruh sağlığı açısından önemli gördüğüm. Birincisi psikoprotektif dediğimiz bazı faaliyetler orada çok zor. Mesela, takıntılı olan çocuklara ilaç, daha doğrusu ilaca ilk aşamada dayanmak istemiyoruz elbette, ne bileyim, havuzdu, spordu, müzik faaliyetleriydi... Bunlar zaten depremden önce de bölgede altyapısı çok zor olan şeyler. Varmış, ama yetersiz. Ona erişimi olan aileler zaten kısıtlı bir sosyoekonomik, kültürel seviyede olan aileler. Depremden sonra havuzlar yıkılmış. Özel öğretmenler ya vefat etmiş ya şehri terk etmiş. O yüzden gerçekten bu psikoprotektif dediğimiz hani yaraları sarmayı kolaylaştırıcı ya da genel olarak ruh sağlığını güçlendirici şeyler sıkıntılı, bunlara erişim çok sorunlu. Maslow’un ihtiyaçlar piramidi var, barınma gibi, yiyecek-içecek gibi ya da istihdam gibi temel sorunlar daha halledilmemişken elbette bunlar lüks gibi kaçabilir; ama benim temaslı olduğum kolektif için çok önemli.

İkincisi, zihinsel engelli olan çocuklar. Sanırım Adıyaman’da akraba evlilikleri çok olduğu için biraz daha yoğun olabilir mi bilmiyorum. Ben Hamburg’daki gözlemime göre burada çok fazla görüyorum; ama Türkiye’deki durumu çok iyi bilmiyorum. Deprem öncesinde zihinsel sınırlı olan çocukların eğitimleri zaten sorunluymuş. Depremden sonra dezavantajlı gruplar iyice dezavantajlı hale geldikleri için sıra onlara gelmiyor. Zaten normal çocukların tırnak işareti içinde sıkıntıları, onların sorunları çözülme önceliği olduğu için, bu anlamda

bir şey söylemeliyim. Aileler kolektif aile yapısı içerisinde. Aslında sıkıntılı bir şey ruh sağlığı açısından. Aynı zamanda protektif bir şekilde özellikle özürülü çocuğu olan, zihinsel engelli çocuğu olan aileler o kadar yalnız bırakılıyorlar ki... Çünkü yok, yani kurumsal olarak destek çok sıkıntılı. Orada da genelde bireyselleşmeyi bozduğu için ya da bireylerin özgür karar vermesini engellediği için kızdığımız bu kolektif aile yapıları aslında çok işe yarıyorlar. Bu anlamda bunu söylemeliyim.

Başka bir nokta, kaybı olan aileler özellikle kaybı çok olan aileler, enkaz altında kalan yakınları olan aileler, onlarda ampute olan bireyler de çok fazla. Aynı ailede bir sürü anne-baba, kardeş, amca çocuğu vefat ediyor. Enkazdan çıktıkları için çok fazla yaralananlar da var. Şimdi onların uzun süredir Ankara'da, İzmir'de tedasi devam ediyordu. Daha yeni yeni dönüyorlar. Görünürlükleri artmaya başladı amputasyonların ve bu durumun elbette ki toplumsal olarak da bir anlamı var; ama o bireyler için, o aileler için alışılabilecek o kadar çok şey var ki. Hem kayıplar var hem ev yok hem amputasyon, daha yaralar tam kapanmadı, protezler olacak. Süreç daha çok zorlayacak. Henüz hâlâ Survivor, adaptasyon modundayız. Psikolojik mekanizmalara tam girmedik diye düşünüyorum. Onun dışında barınma zaten bir konu. Bu arada söylemeliyim, ilk başta sıkıntılar vardı; ama yeni başhekimlik gerçekten hekimlere konteynır sağlanması noktasında çok çalıştı. Şu anda ben bir konteynırda kalıyorum. Bir taraftan minnettarım, bir taraftan mahcubum. Çünkü konteynıra ulaşamayan aileler hâlâ var.

Şu açıdan çok avantajlı, bölge hâlâ sallanıyor. Yani ayda bir kere bir sabah herkes böyle bir telaşla uyanıyor, çocuklarda semptomlar yeniden alevleniyor. Çünkü işte avize sallandı. Bazıları sabaha kadar avizeyi kontrol ediyorlar. Biz konteynırda bunu fark etmiyoruz; çünkü sürekli sallanıyor. Yani bir araba geçse sallanıyor, bir yerden bir odadan bir odaya gidersek sallanıyor; ama çok büyük nimet tabii o bölgede yaşayanlar için. Diğer taraftan konteynıra ulaşamayan çok aile var. Deprem sırasında kaldıkları konutlar hafif hasarlı olanların konteynır hakkı yok; ama ev sahipleri yüksek fiyata kiraya vermek için onları çıkarttılar. Haklarını arayamadıkları için bu sefer de dışarıdalar. Kimi köyde anneanne, dedenin yanında kalıyor, kimi çadırda kalıyor. Bir şekilde yakın bir akrabanın evinin bahçesinde tuvalete gidip gelme açısından, nesiller arası çatışmalar köylerde çok sıkıntılı. Dedeler her şeyde benim dediğim olsun diyor. Gençlerde gerçekten ruhsal olarak biriken çok sıkıntı var. Konteynır aslında bir lüks gibi erişimi olanlara. Diğer taraftan uyuz konusu söylendi. Ben Türkiye'de hijyenik standartların biraz yüksek olduğunu düşünüyordum. Çoğu arkadaşım "Ooo olmaz, ben herkesin kullandığı çamaşır makinesinde kullanmam." diyordu.

Avusturya’da, Almanya’da apartmanların ortak çamaşır makinesi oluyor. Bence sorun yok diyordum, ama arkadaşlar dermatologlar çok ciddi uyuz vakaları var diye beni korkuttu. Ben de orada yıkayamıyorum; o yüzden Ankara’ya getirip götürüyorum. Bu cidden bir konu, orada spor alanı var, ama insan tereddüt ediyor. Çünkü uyuz gerçekten çok yaygın şu anda. Bir taraftan da, konteynır kentler göz alabildiğine bizim hastanenin olduğu bölgede özellikle Adıyaman’da. Güzel caddeleri var, okullar yapıldı. İnsanın hoşuna gidiyor, ama bir taraftan da gerçek dışı bir ortam. Her gün bir şekilde “Yahu nasıl bir felaket oldu, değil mi?” diye onunla şok oluyorsunuz. Bu da normalleşmeyi geciktirecek illaki.

Başka bir konu: İnsanlar çok yaralı, toplum yaralı. İllaki orada kaldığınız zaman bu sizi de etkiliyor. Gerçekten beni çok etkileyen şeylerden bir tanesi küçük çocuklar mesela, yıkılan evlerde hayatta kalan küçük çocuk çok fazla. Daha doğrusu hayatta kalanlar genelde küçük çocuklar bir yerlere sıkıştıkları için, anne-baba vefat etmiş, kardeşler vefat etmiş. Bir küçük çocuk, anneanne-babaanne ikisi de tek kalan hatıra olarak görüyor. Büyük aileler mümkün olduğunca küçük çocukla vakit geçirmek istiyor. Bazen velayet davaları oluyor. Anneanne-babaanne ikisi de çocuk en iyisi bizim yanımızda kalsın diyor. İyi niyetli hepsi; ama kalan enerjilerini de -zaten bütün şeylerini kaybetmişler, çocuklarını, torunlarını- o küçük çocukların kimde kalacağı konusu için kaybediyorlar. Gerçi şunu da söylemeliyim, bu aslında enerji verici de olabilir. Çünkü bizim psikiyatride projeksiyon dediğimiz bir olay var. İnsanlar sonuçta, dindar toplumlarda özellikle sabır vardır, bir şekilde biz teselli buluyor. Deprem Allah’tan geldi gibi; ama bir yandan da bir öfke de var. Sonuçta bir anda bütün şehir yıkıldı, bir anda bütün yakınlar gitti. Lanet olsun demeye bazen dini konular izin vermiyor olabilir; ama bu birikmiş öfke bir şekilde projekte ediliyor. Belki, anneanne babaanneye, babaanne anneanneye bu şekilde de hayata aslında yeniden savaşma enerjisiyle birlikte tutunuyor olabilirler. O yüzden illa kötü demiyorum, sadece zor süreçler.

Onun dışında coğrafya çok zor, biraz önce inşaat mühendisleriyle ilgili mevzuatlardan bahsedildi. Aklıma şimdi o da geldi coğrafyanın zorluğundan. Her gün yıkımlar yapılıyor. Kocaman emniyet müdürlüğü binası yıkıldı yakın zamanda, toz, ortalık felaket, şehir toz duman içinde. Bu arada ben şunu duydum, tabii bu da duyum: Şimdi yıkım yapılırken sulanması lazım. Bu mecburmuş toz olmasın diye; ama sulama ücreti sulamadıkları zaman ödedikleri cezadan daha pahalıya geliyormuş. O yüzden insanlar sulamak yerine ceza ödemeyi tercih ediyorlarmış. Çünkü çok pahalı oluyormuş. Bir sürü satır arası şeyler var, küçük ayrıntılar, nüanslar belki birilerinin ittirecek bir şeyleri değiştirebileceği. Ama

daha yıkılacak çok bina var. Geçenlerde bir çocuk gördüm, yıkılması gereken bir apartmanın önünden geçerken kafasına bir şey düşmüş. Burası dikişli, 12 tane dikiş atmışlar. BİM var mesela, iki apartman yanı felaket, bir apartman öncesi felaket, ama o apartman fena değil. Yani alışveriş yaparken sürekli olarak kontroldesiniz. Bana şunu hatırlatıyor. Bosna Savaşından sonra oraya gitme imkânım olmuştu. Duvarlar kurşun izleri içindeydi. Çok etkilenmiştim. Deprem bölgesine gidince ilk onu düşünüyorsunuz, çünkü sürekli kontroldesiniz, sürekli bu durumlarla karşılaşıyorsunuz.

Onun dışında coğrafyanın zorluğuna değinmek gerekirse, sıcak çok fena. Bu temmuzda Adıyaman'da duydum, Adıyamanlı arkadaşlar bilirler, bir üzüm sıcakmış, bir incir sıcakmış. Diyorlar özellikle dini hususlarda, aidiyet de çok olduğu için, Allah günah yazmasın, ama o incir olmasaydı da olurdu. O sıcaklığı yaşamasaydık diyenler var. Gerçekten o sıcaklarda çevreden aldığım duyumlara göre intihar vakaları gibi psikolojik olarak sıkıntılar pik yaptı gibi hissettim. Öğle vakti olmadığı halde gerçekten fırında yürüyor gibi hissediyorsunuz. Bu da olayı zorlaştırıyor. Konteynırda bir arkadaş anlatıyor, kediyi almışlar konteynıra, üç tane yılan öldürmüş yazın; çünkü coğrafya çok zor gerçekten. Okullar sıkıntılı, binaların çoğu yıkılmış. Normalde tüm gün okula giderken çocuklar, artık sabah ve öğlen olarak ikiye bölünmüş vaziyette. Ve inanın bana, oradaki gençler buradakilerden daha fazla heyecanla ve şevkle üniversiteyi kazanmak istiyorlar bölgeden ayrılmak için. Aslında biraz da okullarda mesela, öğretmenlerin çoğu gitmiş. Ya da o yaş grubunda şu konu çok önemlidir: gruplar, yani çocukların arkadaşlıkları. Mesela, üç yakın arkadaş var, biri vefat etmiş depremde, ikisi gitmiş Ankara'ya, İstanbul'a. 2000'li yıllarda ben o zaman Türkiye'den ayrılırken Gülay Göktürk'ün bir kitabı vardı "*Gidemeyenlerin Ülkesi*" diye; artık Adıyaman da biraz gidemeyenlerin şehri gibi olmuş. Hani gidebilen herkes gitti; o yüzden de kalanlarda bir burukluk var. Özellikle de üniversiteye hazırlanan gençlerde; ama uğraşıyorlar. Bir taraftan şu da bir zorluk bence, kimisi çok yakın kaybetti, kimisi pek az kaybetti ya da kimi aileden kimse kaybedilmedi. Mesela, bir genç kızla tanıştım, okulda ona demişler ki senin annen-baban, üç kardeşin hepsi öldü, sen gülüyorsun. Galiba ailen öldüğü için seviniyorsun. Tabii yas süreçleri komplike; ama çocuk bunu okulda duyunca bir daha okula gitmek istemiyor. Halbuki onun normal hayata dönmesi için okul çok önemli. O yüzden bu konularda bölgede okullarda psikolektif ekip çalışmaları çok önemli.

Onun dışında bitirmek üzereyim. Bence bu da önemli bir konu. Toplumda çok ayrışmalar var aslında; ama çok sesli değil. Sosyoekonomik ayrışmalar zaten

var, o her yerde var; ama onun dışında etnik ayrışmalar var. Kürtlük-Türklük gibi. Çatışma yok; ama hatlar çok ayrı. Mesela, Alevilik ve Sünnilik ayrımının Adıyaman'da ben bu kadar derin olduğunu tahmin etmiyordum. Yani komşuluklar çok güzel, görünürde çok sıkıntı yok; ama temas yok. Deprem sonrası da bu ayrışmalar gerilimi arttırıyor bence. Genel olarak gerilimli bir toplum. Son nokta, bunu söylemeden geçmek istemedim. Suriyeliler çok zor durumda. Onlar daha önce de zaten zor şartlardaydılar; ama benim duyduğum kadarıyla son zamanlarda daha da zor durumdalar. Zaten göç sosyolojisinin sonuçları varken bir de sosyoekonomik koşulların azalmasıyla ırkçılık daha da artar. Eskiden kaldıkları yerler nispeten daha iyi yerler, şu anda depremzedelerin kaldıkları yere göre. Biraz da sanırım gerilimi azaltmak için onlar farklı bir konteynır kente yönlendiriliyorlar; ama oradaki konteynırlarda duyduğum kadarıyla lavabo, tuvalet, banyo yok. Okullar orada gitsinler diye şehirde kalmaya çalışan birkaç ailenin çocukları okullara kaydı yapılmadı diye duydum. En sonunda bir ailenin kaydolduğunu öğrendim. Herkes çok sevindi. Yani bu da bir sorun, o bölgede dezavantajlı grupların dezavantajları çok daha arttı.

Bitiriyorum, ben Almanya'dayken Hamburg'da kültürel çeşitliliğin olduğu bir çocuk psikiyatri polikliniğinde çalışıyordum. Çok fazla göçmen hasta izliyordum. Bana çok fazla mülteci geliyordu. İnsanlar 10 yıl boyunca, Afganistan'dan kalıyor, oradan birkaç sene İran'da yaşıyor, oradan kalkıyor, Türkiye'de yaşıyorlar. Böyle kaçak göçek uğraşıyorlar aileleriyle. En son da Almanya'ya geliyorlar. Arkalarında 6 yıllık bir koşturmaca var. Ondan sonra Almanya'da da 2-3 sene kampta kalıyorlar. Tam evleri oluyor, her şey harika, çocuklar okula başlıyor, ardından anne-babalar özellikle inanılmaz derin bir depresyona giriyor. Çünkü o koşturma esnasında ayakta durmak zorundalar. Çocukları korumak zorundalar, survivor modu dediğimiz o. Ne zaman ki böyle artık oturabiliyorlar, sırtlarını yaslayabiliyorlar, o zaman birikmiş duyguların hepsi birden geliyor. O yüzden ben deprem bölgesinde de bizim daha çok survivor modunda olduğumuzu düşünüyorum. Pandemiden sonra ruhsal bir dalga gelecek diyorduk. Deprem bölgesinde de bu gelecek. Bunun için ruh sağlığı alanı çok önemli; ama ruh sağlığı alanında bizim psikoterapi mevzuatımız. Bunlar, hep bir sürü konular, yapılması gereken daha çok şey var. Teşekkür ederim. Umarım çok dağıtmamışımdır.

Merve Ay CLAVİJOOLARTE

Türkiye Kızılay Derneği Toplumsal Hizmetler Genel Müdürlüğü Toplum Sağlığı Müdürü

Kurumumu ve sahada Kahramanmaraş Depremlerini yaşamış kurum ve kuruluşları davet ederek bu konuda söz verdiğiniz için çok teşekkür ediyorum.

Öncelikli olarak Türk Kızılayının statüsü ve afetlerde rolünü tanımlamak istiyorum. Türkiye Kızılay Derneği, Dünya'nın her ülkesindeki Kızılay ve Kızılhaç Dernekleri gibi devlete yardımcı fonksiyonu olan, ama bağımsız bir dernek statüsündedir. 155 yıldır bu statü ile faaliyetlerini sürdürmektedir. Türkiye'de afet yönetimi bütünleşik afet yönetim sistemi şeklinde AFAD'ın başkanlığında yürütülmekte olup Türkiye Afet Müdahale Planında (TAMP) kurum ve kuruluşların farklı sektörlerdeki görev ve sorumlulukları tanımlanmıştır. Türk Kızılayına afet ve acil durum müdahalesinde verilen rol beslenme grubunun ana çözüm ortağıdır. Bu kapsamda Kızılay ekipleri tarafından afetlerden sonra mümkün olan en kısa sürede hazır gıda ve sıcak yemek dağıtımlarına başlanmakta ve halka, sahada hizmet sunan profesyonellere ve gönüllülere yönelik doğrudan beslenme hizmeti sunulurken eş zamanlı beslenme hizmeti sunan diğer kurum ve kuruluşların koordinasyonu da sağlanmaktadır. TAMP'ta temel rolümüz olan beslenme sektörünün dışında 9 farklı sektörde de destekleyici destek çözüm ortağı olarak görev almaktayız. Sağlık ve psikososyal destek de destek çözüm ortağı olduğumuz alanlar arasında yer almaktadır. Kızılay, hem TAMP'ta kendisine verilen bu rol hem de tarihi tecrübesi ve insan kaynakları alanındaki kapasitesi nedeniyle bu alanlarda da afetin etkisine göre farklı seviyelerde hizmet sunmaktadır.

Büyüklüğü ve etkisi nedeniyle Kahramanmaraş Depremi, ülke çapında, Kızılay olarak uzun süredir afetlerde dahil olmadığımız tedavi edici sağlık hizmetlerini sunduğumuz bir afet olmuştur. Sahadaki ihtiyaçları karşılamak amacıyla mobil kliniklerde birinci basamak sağlık hizmeti sunularak insanların sağlık hakkına erişimine katkı sağlamaya çalışılmıştır. Burada sağlığın tanımını hatırlamakta fayda var. Dünya Sağlık Örgütüne göre sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halidir. Kapsamı oldukça geniş olan bu tanıma göz önünde bulundurarak sağlık açısından afetlere baktığımızda bütün hizmetlere ve temel ihtiyaçlara erişim zarar gördüğünden dolayı sağlığın bütüncül olarak etkilendiğini görmekteyiz. O yüzden afetlerin ardından insanların sağlık hakkına kavuşabilmesi için her sektörde temel ihtiyaçların asgari düzeyde en kısa zamanda karşılanması

gerekmektedir. Bu açıdan bakıldığında afetlerden sonra insani yardım müdahalesinde beslenme, barınma, sağlık hizmetleri, su sanitasyon gibi sunduğumuz bütün hizmetler aslında etkilenen kişilerin sağlığının iyileştirilmesi için atılan adımlar olarak değerlendirilmelidir.

TAMP'ta sağlık çalışma grubunda Türkiye Kızılay Derneğine düşen rol güvenli kan temini olarak belirlenmiştir. Türk Kızılayının normal zamanlarda sorumluluğu olan güvenli kan temini, afet zamanında devam etmektedir. Kahramanmaraş Depremlerinin ardından da diğer yaşadığımız afetlerde olduğu gibi halkımızın yoğun kan bağışi desteği sayesinde deprem bölgesinde kan ile ilgili yapılarımız ve personelimiz zarar görmesine rağmen güvenli kan teminini sorunsuz bir şekilde yürütebilmiştir. Bu sorumluluğumuzu yerine getirirken beslenme ve diğer hizmetler vesilesiyle etkilenen bölgede kentsel ve kırsal pek çok yere ulaştığımızdan dolayı sağlık ile ilgili ihtiyaçlar tespit edilerek müdahaleler gerçekleştirilmiştir. Afetin ilk günlerinde beslenme ve temel ihtiyaçların karşılanması için yaptığımız kırsal bölge ziyaretleri, çadır kentleri ziyaretleri ve etkilenen halkın toplu bulunduğu bölgelerde hijyen ihtiyacının çok ciddi olduğunu gözlemlenmiştir. Hijyen sıkıntısı uzun süre devam ettiğinde çok ciddi halk sağlığı sorunlarına, salgınlara yol açabilir. Bu yüzden ilk dönemden itibaren sosyal marketlerimizde ve köy ziyaretlerimizde hijyen kitleri ve muhtelif hijyen ürünlerinin dağıtımını gerçekleştirilmiştir.

Yine saha analizleri neticesinde kırsal bölgelerde sağlık hizmetlerinin desteklenebileceğine kanaat getirilmiş ve 17 Şubat itibarıyla il sağlık müdürlükleriyle iş birliği halinde doktor, hemşire ve psikologdan oluşan mobil sağlık ekiplerimiz köylere ziyaretlerde bulunmaya başlamıştır. En fazla etkilenen altı il olan Kahramanmaraş, Hatay, Malatya, Osmaniye, Gaziantep ve Adıyaman'da Mayıs ayına kadar sürdürülen hizmet boyunca ihtiyaca binaen mobil klinik sayımız 6-11 arasında değişmiştir. Mayıs itibarıyla de tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumu daha rutin hale döndüğünden bu mobil klinik çalışmalarına son verilmiştir.

Koruyucu sağlık hizmetlerine katkı sağlamak amacıyla, depremin ilk ayında Hacettepe Üniversitesi Afet Araştırma ve Uygulama Merkezi (HAMER) iş birliğiyle halk sağlığı uzmanları tarafından kırsal bölgeler dahil olmak üzere depremden etkilenen illerde yapılan gözlemler ve ihtiyaç değerlendirmesi sırasında tespit edilen çevre sağlığı riskleri raporlanarak ilgili sağlık müdürlüklerine bildirilmiştir. Türkiye Afet Müdahale Planı'nda çok net tanımlanmamış da olsa sağlığı doğrudan etkileyen bir alan olan su, sanitasyon, hijyen sektöründe de faaliyetler gerçekleştirilmiştir. Hijyen malzemeleri dağıtımının yanı sıra Kahramanmaraş'ta içme suyu arıtma tesisiyle bölge halkının güvenli suya ulaşması sağlanmıştır.

Ayrıca sahada duş ve çamaşır yıkama gibi ihtiyaçlara erişimde yaşanan sıkıntıyı azaltmak ve bu durumun oluşturduğu sağlık risklerinin azaltılmasına katkıda bulunmak adına mobil duş ve mobil çamaşırhaneler kurulmuştur.

Bu hizmetlerin yanı sıra Kızılay Kızılhaç Hareketi olarak sağlık ile ilgili öncelerdiğimiz bir alan da ruh sağlığıdır. TAMP kapsamında psikososyal destek çözüm ortağı olan Türk Kızılay, depremin ardından ilk günden itibaren çalışan ve gönüllü psikologlarımız, sosyal hizmet uzmanlarımız ve psikiyatrlarla depremden psikososyal destek hizmeti sunmuştur. İlk dönemde depremden etkilenen kişilere psikolojik ilk yardım uygulayan ekiplerimiz, geçici yaşam alanları oluşturulduktan sonra çadır kent ve konteyner kentlerde kurulan sabit çadırlarımızın yanı sıra mobil olarak kırsal bölgelerde ve konuşlandığımız bölge dışındaki çadır kentlerde konaklayan kişilere psikolojik ilk yardım, grup aktiviteleri, bireysel görüşmeler ve yönlendirme gibi hizmetler sunmuştur ve sunmaya devam etmektedir.

Kızılay, sağlığın bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik hali olduğu bilinciyle sosyal iyilik haline katkı sağlamak amacıyla koruma alanında da faaliyet göstermektedir. Bu alanda saha gözlemlerimiz, özellikle kırılgan grupların tespitleri ve ihtiyaçlarının karşılanması noktasında desteklerimiz devam etmektedir. Akut dönemden itibaren engellilerin işitme cihazı, koltuk değneği, tekerlekli sandalye gibi ihtiyaçlarının tespitlerini sağlık ekiplerimiz, psikososyal ekiplerimiz, koruma ekiplerimiz ve hem de insani yardım ekibi diye adlandırdığımız sosyal yardımlarımızı yürüten ekiplerimiz bütünleşik bir şekilde yaparak bu ihtiyaçlara da cevap vermeye çalışmıştır.

Burada bahsi geçen tüm hizmetler birbiri ile yakın ilişkili, bütünleşik yürümesi gereken faaliyetlerdir. Bu yüzden Kurumumuz tarafından depremden en fazla etkilenen 6 ilde fiziksel sağlık, ruh sağlığı ve koruma hizmetlerini birlikte sunan Toplumsal Hizmet Merkezi diye adlandırdığımız merkezler oluşturulmuştur. Sağlık dahil olmak üzere bölgede devam eden temel ihtiyaçların karşılanması için bu yapılarımız hizmet vermektedir.

Toplumsal Hizmet Merkezlerinde sağlık alanındaki çalışmalar koruyucu sağlık odaklı olarak yürütülmektedir. Yerleşilen yeni düzende sağlık risklerinin, özellikle bulaşıcı hastalık riskleri çok daha yüksek iken, değişen yaşam alanına bağlı olarak yaşam tarzı farklılaştığı için bulaşıcı olmayan hastalıkların da artma riski bulunmaktadır. Bu riskleri azaltmak, sağlığın korunması ve geliştirilmesine destek olmak amacıyla Kızılay Kızılhaç Hareketinin çok uzun yıllardır kullandığı *“toplum temelli sağlık ve ilkyardım”* programı kamplarda

uygulamaya koyulmuştur. Bu uygulamanın temel amacı gönüllüler aracılığıyla insanların kendi sağlıklarının farkına varması ve kendi sağlıklarını iyileştirmek için harekete geçmesidir. Bu vesileyle gönüllülerimizin, özellikle profesyonel gönüllülerimizin bu afet boyunca çalışmalarımıza çok ciddi anlamda katkı sunduğunu belirtmek ve şükranlarımı sunmak isterim.

Bu deprem afetlere hazırlık ve toplum temelli dirençliliğin önemini ülkemize ve Kurumumuza acı bir şekilde hatırlatmıştır. Bir daha ne böyle büyük bir afet ne de daha küçük afetler görmemeyi umsak da, afetlere neden olan doğal olaylar meydana gelmeye devam edecektir. Türk Kızılay, afetlerden önce toplumun dirençliliğini arttırmak ve afetlere hazırlık için kurumsal müdahale kapasitesini güçlendirmek için çalışmalarına devam etmektedir.

Prof. Dr. Burçak BAŞBUĞ ERKAN

Gelecek Partisi Kültür ve Sanat Politikaları Genel Başkan Yardımcısı

Ankara Barosuna böyle bir etkinlik düzenledikleri için şahsım ve partim adına da teşekkür ediyorum. Benim akademisyen kimliğim de var, izniniz olursa çok kısa değineyim. Ben Orta Doğu Teknik Üniversitesinde öğretim üyesiyim. ODTÜ Afet Yönetim Merkezinin 10 sene müdürlüğünü yaptım. Kızılayda birçok arkadaşımız var, birçok kurumda sahada çok fazla çalışma imkânımız oldu. Sektörlerden, yani afet meydana geldiği zaman genel sektörlerden 20 sektör etkilenir en az eğitim olsun, ulaşım olsun, işte lojistik olsun, altyapı olsun, ama hukukla sağlık böyle çok kilit iki noktadır. İkisini bu arada entegre görmek benim için önemli. Ayşe Hocam Sağlık PİK Başkanımız, o biraz daha bu işin medikal kısmına eğilecektir; ama ben izniniz olursa biraz daha genel boyutuyla bakmak istiyorum. Çünkü yaklaşık 24 yıldır ulusal ve uluslararası düzeyde afet risk yönetimiyle ilgileniyorum. Bizim için, yani 2011 Van'da sahadaydım, arama kurtarmacı değilim; ama ben işin daha çok yönetim, governance dediğimiz boyutuna bakıyorum. 2011 Van saha deneyimi mesela, afet hukukuyla ilgili çok fazla eksiği biz çok dile getiriyorduk. AFAD'da, yani hem genel merkezde hem il AFAD'lerde, hem de AFAD'dan önceki kurumlarla çalışma fırsatı buldum. Hepsinde bir afet hukuku eksikliği vardı. Bunun sağlıklı da entegre olması çok önemliydi. Biz bunu hep dile getiriyorduk. Yani bu yaptığınız etkinlik de bunun bir çıktısı olarak sunulursa ve bu çıktıyı bizimle paylaşırsanız ülkemize çok faydalı olacağına inanıyorum.

Doğa olayları, yani tabiat olayları normalde afete dönüşmez. Çok yağmur yağabilir ya da faylar hareket edebilir. Bunlar tabiatın gereği olan şeylerdir. Merve Hanım'ın belirttiği gibi öncesi, anı ve sonrasını sağlam planlamamız gereklidir. Olay başa gelmeden önce olabildiğince o evrede risklerimizi ve tehlikelerimizi bilip yatırım yapmamız gereklidir. Zarar azaltma dediğimiz kavram zaten budur. Olay meydana gelirse de olay anını en hızlı şekilde arama kurtarma dediğimiz müdahale evresi ile olay bittikten sonra da iyileştirme, rehabilitasyon dediğimiz diğer evre ile olayı en hızlı ve etkin şekilde atlatırız. Biz afet bilimcilerinin esas inandığı konu budur, döngüdür. Kelime kelime söylüyorum öncesi, anı, sonrası, ama biz derslerde, konferanslarda, sunumlarda bunu döngüsel olarak anlatırız. Çünkü şu anda mesela, Kahramanmaraş'ta, sadece Kahramanmaraş değil, 11 ilin, artı etrafındaki illeri de ikinci derecede düşünürsek etkilendiği bölgede yapılan her aktivite, her faaliyet, her şey bir sonra meydana gelecek olay için aslında hazırlıktır. Yani iyileştirmeye hazırlık öncesi süreçler birbiriyle

bağlantılıdır. Bunun olmazsa olmazlarından biri zaten her şeyi toplumla bağlı yapmak zorundayız, yani toplum tabanlı afet risk yönetimi yapmak zorundayız, bütünlük afet riski yönetimi düşünmek zorundayız. Paydaş yönetim bunun kilit noktalarından biridir. Paydaşlar kimlerdir? Merkezi hükümet, yerel yönetimler, STK'lar, sivil toplum, sizin de bahsettiğiniz gibi akademi ve gönüllüler ve özel sektör tabii. Bunların hepsi bir arada iş birliği halinde çalışmazsa, zincirin bir yerinde bir kırılma olursa, mutlak en iyi tehlike azaltma, zarar azaltma sistemine ulaşamazsınız. Dirençliyi de kullanıyorlar, baş edilebilirliği de. Ben geçen hafta Marmara Kentleşme Forumundaydım. Baş edilebilirlik bir tık daha olabilirdi. Kimi araştırmacı dayanıklılığı kullanıyor, adına ne dersiniz deyin, bizim burada amacımız bireyden başlayıp küresel düzeyde birey, bölge, yerel, ülke bazında afetlere hazırlanmamızdır. Çünkü bulunduğumuz coğrafya konumu, coğrafya kader değildir, ama bulunduğumuz coğrafya konumuyla bazı şeylerden kaçamayız. Buna en iyi şekilde hazırlıklı olmamız bizim baş edebilirlik seviyemizi arttırır. Covid'de, yani depremden önce biliyorsunuz Covid'le 2020'den 2022'nin sonuna kadar hâlâ mevcut, ama eski hızında değil, orada ülkelerin Covid'e nasıl karşı büyük boyutta pandemiye nasıl hazır olduğu, hastane afet planları vardı eskiden halk dediğimiz, onlarla da bir ara çalışmıştık. Şu anda ne düzeyde bilmiyorum; ama mesela, İstanbul'daki bizim oradaki çalışma arkadaşlarımızla deprem için hazırlanan hastaneler aslında sismik izolatörlerle donatılmış, yani serum askısı bile oynamayan, yatakların bile herhangi depremde sallanmaması, savrulmaması için yapısal olmayan hasarlara karşı hazırlanan hastanelerimiz Covid pandemi hastanesi olarak açıldı ki çoğunda da bizim ODTÜ'den mezun inşaat mühendisi arkadaşlar çalışıyorlar. Çok yakın takip ediyoruz. Yani afetler tekil gelmez, çoklu gelir, bir arada gelir. Hepsini bir arka arkaya düşünmeliyiz. Depremden sonra hijyen denildi ilk konuşmacı tarafından, bu çok önemli bir konudur. Bu sadece Türkiye için değil, bakın, örnek vereyim size, Haiti'de Ocak 2010'da meydana gelen Port-au-Prince başkentin yok olduğu neredeyse, gayri-safi milli hasılasının ülkenin yüzde 250'sinin yok olduğu bir deprem meydana gelmiştir. Ardından salgın hastalık gelmiştir; ama baktığınızda bu gelen kolera vakaları Haiti'de Birleşmiş Milletlerin Nepal'den gönderdikleri destek askerlerle taşınmıştır. Yani siz bir afeti hiçbir zaman çok yerelde ve çok spesifik bir noktada düşünemezsiniz. Çünkü değişen küresel şartlarla herkes her yerde her an her çeşit değişik afete maruz kalabilir. Disiplinler arası çalışmak mutlaklıdır. Ne bir mühendis bu işi tek başına çözebilir, ne psikososyal çalışmacı, sosyolog, psikolog veya avukat veya tıp doktoru veya şehir planlamacı bu işi tek başına çözebilir. Mutlaka disiplinler arası bir çalışma sistemi oluşturulması gerekir. Hukuk bunun çok önemli yerindedir. Çünkü esas olarak insan haklarıdır,

insanların düzgünce, özgürce hak ettikleri gibi yaşamasıdır. Hukuki boyutuyla, sağlık da eğitim de bireylerin alması gereken en temel hizmetlerdir. Bunlara dair, hijyen başta olmak üzere, hâlâ bölgeden çok fazla yoğun bize bilgi akışı geliyor. Özellikle afet ve risk yönetimi çalıştığım için mesleki olarak da inanılmaz doneler geliyor. Hâlâ hijyen problemi var. Sabahleyin buraya gelmeden önce Hatay'da kendisi de daha önce enkaz altında kalmış tanıdığımız bir arkadaş özellikle amputasyonlarla ilgili yoğun bir talep ilettili. Dün bir Whatsapp grubunda ücretsiz protez talebi yazıldı. Çünkü her yaştan çok fazla ampute kişi var. Mesela, tek parmağını, uzvunu kaybetmiş sayamayacağımız kadar çok vaka var. Onlara mutlaka ücretsiz protez hakkı sağlanmalı çok acil şekilde diye talep geldi. Sabah yani inanın bu toplantıya gelmeden önce bu bilgiyi bana aktarıldı.

Birkaç da kilit nokta var, eğer izniniz olursa onu da belirteyim. Hesap verebilirlik, yani hukuk dalı sağlıkta da afette de her anda mutlaktır. Hesap verebilirlik, şeffaflık, güçlü ve etkin yönetim, sürdürülebilirlik hem ulusal hem dünyanın kalkınma hedefleri entegre şekilde, bilimsel altyapının ve verinin kullanılması mutlaktır. Siz tarihsel bilgiyi bilmezseniz, geçmişte ne olduğunu bilmezseniz gelecek için sağlık politikası da üretemezsiniz, hukuk politikası da üretemezsiniz, eğitim politikası da üretemezsiniz. Ülkenin değişik afetleri, yani Türkiye'nin maruz kaldığı bu insan kaynaklı olabilir, teknoloji kaynaklı olabilir, doğa, tabiat kaynaklı olabilir, bunlar engellenirse zaten afete dönüşmez. Biz afete ne diyoruz? Sosyoekonomik, çevresel, kültürel, tarihi kayıplara yol açıyorsa biz onu afet diye adlandırıyoruz. Doğal afet de yoktur, hiç doğal bir şey değildir, doğa olayı vardır. Bu eğer tedbir alınmazsa afete dönüşür. Bunların mutlaka iş birliğiyle yapılması gerekir.

Hastaneler sıfırncı dakikada açık olmak zorundadır. Yani siz okulu iki ay öteleyebilirsiniz, Van'da öyle yapılmıştı, uzaktan eğitim vermişti öğretmenleri; ama bir sağlık kuruluşunu, hastaneyi siz sıfırncı dakika açık tutmak zorundasınız. Türkiye'nin en büyük problemlerinden birinin çözümü için, binaların, yani hastane binalarının, okul binalarının, kamu binalarının mutlaka çok sağlam inşa edilmesi gerekir. Ondan sonra yapısal olan ve yapısal olmayan hasarlara karşı zaten gerekli politikalar üretilecektir. Bir de hani taze bilgi bilmiyorum belki duymuşlar vardır, ülkeler, yani Birleşmiş Milletler düzeyindeki üye ülkeler şu anda bir pandemi anlaşması imzaladılar. Yakında Sağlık Bakanlığı üstünden mutlaka birimlere gelecektir. Yani Covid sadece yaşadığımız tek pandemi değil, bundan sonrası için de Pandemic Treaty anlaşma denilen anlaşma hazırladılar, imzaladılar. Yakında da paydaşlarla mutlaka paylaşacaklardır. Çok teşekkür ediyorum, umarım süreye dakik kaldım. Sağ olun.

Klinik Psk. Gözde CEYLAN PEHLİVAN

Afet Psikososyal Destek Derneği Genel Sekreteri

Değerli konuşmacılar, katılımcılar herkese merhabalar. Bugün sizlere Afet Psikososyal Destek Platformu Derneğinin çalışmalarından bahsedeceğim. Ben APDEP Kurucu Üyesi ve Genel Sekreteri Klinik Psikolog Gözde Ceylan.

6 Şubat Kahramanmaraş merkezli deprem sonrasında neler yapabiliriz diye bir araya gelen bir avuç insan “elbette yaptığımız en iyi işi yapacağız, psikolog olacağız, psikiyatrist olacağız” dedik ve çağrıya çıktık. Sesimizi binlerce kişi duydu ve gönül verdi. Bünyemizde klinik psikologlar, psikologlar, sosyal çalışmacılar, psikiyatri hekimleri, psikiyatri hemşireleri, aile danışmanlarından oluşan 4500’i bulan grup oluştu. Her birinin alanından faydalanmak üzere temas sürdürdük. APDEP Derneği, yani Afet Psikososyal Destek Platformu, Türkiye genelinde afet bölgelerinde psikososyal destek sağlamayı amaçlayan, toplum odaklı bir sivil toplum kuruluşu olarak faaliyet göstermek üzere kuruldu. Platformumuz dernek olarak, özellikle deprem gibi doğal afetlerin etkilediği bölgelerde faaliyet göstermektedir. APDEP, Kahramanmaraş merkezli deprem ardından kurulmuş olup, depremden etkilenen 11 ilde ücretsiz destek sağlamıştır. Derneğimiz Hatay, Gaziantep ve Kahramanmaraş’ta gönüllü uzmanlar ve terapistler aracılığıyla hem yüz yüze hem de online platformlar aracılığıyla depremden olumsuz etkilenen vatandaşlarımıza psikososyal destek hizmetleri sunmaktadır.

APDEP Derneği’nin misyonu, depremden olumsuz etkilenen vatandaşlarımızın psikososyal iyilik hallerini desteklemek ve toplumun dayanıklılığını artırmaktır. Dernek, gönüllü uzmanlar ve terapistler aracılığıyla hem yüz yüze hem de online platformlar aracılığıyla ücretsiz psikososyal destek hizmetleri sunmaktadır. Vizyonu, sadece afet anlarında değil, her dönemde süregelen psikososyal destek ihtiyacını karşılamak şeklindedir. Henüz sahaya gitmeden, online/yüz yüze psikososyal destek sürecine başlamadan evvel ilk olarak 18-19 Şubat tarihlerinde Psikoloji ve PDR mezunlarından oluşan 4500 gönüllü uzmana psikososyal destek eğitimi verildi. İkinci aşamada online çalışmaları sürdürdebilmemiz için ekipleri organize etmek amaçlandı. Bu noktada yetişkin/ergen ve çocuklarla çalışan uzmanları diplomaları ve aldıkları sertifikalı eğitimlerle belirleyerek ekipler oluşturduk. Her ekibi de sadece psikoloji/psikolojik danışmanlık ve rehberlik mezunlarından oluşturduk. Ekiplerde 5 yıl üstü deneyimli uzmanlarımızla birlikte meslekte 5 yıla kadar deneyimi olan meslektaşlarımıza da yer verdik. Böylelikle grup içi süpervizyonlar planladı. Sahadan gelen talepleri

ya da bakanlıklar aracılığı gelen talepleri ilgili ekiplere ileterek online psiko-sosyal destek sürecini hızlıca başlatabildik. Üçüncü aşamada ise sahada olmak amaçlandı. Elbette bu noktada asrın felaketi olarak adlandırılan afet bölgesine gidebilmek için Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ile iş birliği çalışmaları başlatıldı ve Bakanlığın talep ettiği bölgelere ekipler oluşturarak gidildi. 3-8 Mart 2023 tarihlerinde 35 kişilik bir ekip Hatay Merkez'i ziyaret ederek psiko-sosyal destek çalışmalarına başladık. 24-26 Mart 2023 tarihlerinde 35 kişilik bir başka uzman ekip Kahramanmaraş'ın On iki şubat ilçesinde bulunan Expo Konteyner Kenti'nde psikososyal destek çalışmalarına başladı. Expo Konteyner Kenti, depremde 1. derece yakınlarını kaybetmiş, çoklu kayıpları olan, şehit ve gazi yakınlarının bulunduğu bir demografik yapıya sahipti. Toplamda 208 konteynerin bulunduğu, yaklaşık 1000 kişinin yaşadığı bu yerleşkede Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı travma çalışmak üzere APDEP'i görevlendirdi. 20-24 Nisan 2023 Ramazan Bayramı'nda dernek gönüllüleri, 10 kişilik uzman grupla birlikte Hatay ve Kahramanmaraş'ta anne-babasını 1. derece yakınlarını kaybeden çocuklara psikososyal destek başlatmak üzere ziyaretlerde bulundu. 20-24 Nisan 2023 Ramazan Bayramı'nda dernek gönüllüleri, 10 kişilik uzman grupla birlikte Hatay ve Kahramanmaraş'ta anne-babasını 1. derece yakınlarını kaybeden çocuklara psikososyal destek başlatmak üzere ziyaretlerde bulundu.

Bu noktada eklemek isterim ki biz psikoterapistler için mahremiyet çok önemlidir dört duvarın olduğu her yerde terapi görüşmesi yapabiliriz diye çıktığımız yolda dört duvar bulamadığımız gibi çadır da bulamadık; ama destek almak için gönüllü onca depremden olumsuz etkilenmiş uzman varken çözüm üretmek gerekirdi. Bir uzman arkadaşımız iki sandalye aldı ve çadırkentten görece uzakta bir tarlada dört duvar inşa etti ve görüşme yaptı. Saha çok zordu sadece bizim için değil orada yaşayan, yakını yakındaki enkazda iken hayata devam etmeye çalışan, halihazırda depreme maruz kalmış hem de saha görevlisi olarak çalışan için de saha çok zordu. Hem ailesi enkaz altında olup hem de arama kurtarma çalışmalarına katılmak zorunda kalmış saha görevlileri ile çalıştık.

Böylelikle çalışmalarımızı 3 şekilde programladığımızı iletebilirim; online (çevrimiçi) destek verme süreci, iç göç sebebiyle farklı illerde yaşayan ve depremden etkilenen kişilere yüz yüze destek verme süreci ve sahada psikososyal destek verme süreci olarak bu noktada güncel rakamlarımız şu şekildedir: Online destek verme sürecindeki rakamlarımız 980 gönüllü uzmanımızın 2325 bireysel görüşme; iç göç sebebi ile başka illere kalıcı/ geçici yerleşmiş depremden olumsuz etkilenen kişilerle ise 100 farklı kişi ile 329 bireysel görüşme gerçekleştirilmiştir.

Psikososyal destek verme misyonumuz ile 1 Mayıs tarihinde Kahramanmaraş Baykar konteynır kantinde bir futbol takımı kurduk. Böylelikle APDEP olarak, psikososyal desteği yalnızca psikolojik iyilik halini korumakla sınırlı tutmuyor, gruplar halinde iyileştirici çalışmalar yapmanın, travmayı yaşayan bireyler arasında dayanışma duygusunu canlandıracağına da inanıyoruz. Toplamda 120'ye yakın terapisti ile Hatay, Gaziantep ve Kahramanmaraş bölgelerinde yüz yüze destek sağlayan APDEP, çeşitli konularla alakalı konferanslar ve eğitimler düzenlemiştir. Bu sayede, hem bireylerin psikososyal iyilik hali desteklenmiş hem de toplumun genel dayanıklılığı artırılmıştır. Sizlerin de temas ettiği deprem bölgesinde olup psikolojik destek talebi olan kişilere bizden bahsedebilirsiniz destek talebi olan kişiler adına çok sevinirim. Web sitemize ulaşabilirler orada destek almak istiyorum adımlarını takip ederek formu doldurabilirler. Dernek tarafınca mümkün olan en kısa zamanda dönüş sağlanacağını iletebilirsiniz. Bugün burada bizi bir araya getiren tüm ekibe teşekkürlerimi sunmak isterim ve yüreğini ortaya koyarak çalışma sağlayan herkese sevgi, saygı ve minnetimi sunmak isterim.

Dr. Aliye Mine COŞKUN

Ankara Tabip Odası Yönetim Kurulu Genel Sekreteri

Hekimler olarak kendimizi ifade etmekte zorlandığımız bir alan olan sağlık hukukunu konu aldığınız kurultaya nazik davetiniz için Ankara Tabip Odası (ATO) adına çok teşekkür ederim.

Sözlerime ülkemizde adeta bomba tesiri yaratan depremle başlamak istiyorum. Ankara Tabip Odası penceresinden yaşadıklarımızı ve deneyimlerimizi aktaracağım. Depremi öğrendiğimiz ilk anın karmaşasına rağmen bir dayanışma ağı ördük. Diş Hekimleri Odası, Ankara Barosu, TMMOB, Veteriner Hekimler Odası ve Ankara Eczacı Odasıyla birlikte oluşturduğumuz dayanışma ağında; hekimleri de örgütleme ve yardım kampanyalarına dahil etme uğraşı içine girdik. Gönüllü hekim listesini oluşturmak üzere üyelerimize mail ve SMS atarak yardım kampanyalarıyla ilgili bir çağrıda bulunduk. Depremin ilk günü olmasına rağmen odaya çok sayıda yardım malzemesi gelmeye başladı. Bebek bezleri, kuru gıdalar ve giysilerle mekân kapasitemizin üstüne çıkmaya başladık. Oda çalışanları, yönetim kurulu üyeleri, genç arkadaşlarımız, tıp öğrencileri, asistanlarla birlikte yardım malzemelerini organize etmeye başladık. Kurduğumuz bu iletişim ağıyla bölgeye yola çıkan ekiplerle konteynırlara yardım malzemesi ulaştırabilme imkânımız oldu ve bu sayede 08 Şubat tarihiyle katkı sağlamaya başladık. 08 Şubat akşamı Başkent Öğrencileri Birliği, Medipol Üniversitesi Öğrenci Birliği kendi aralarında topladıkları paralar ile Hatay Mustafa Kemal Üniversitesinin ihtiyaç listesini temin ederek Ankara Tabip Odasına başvurdular. Talepleri de şu yönde oldu: Topladıkları 40 bin lirayı ve satın aldıkları ihtiyaç malzemelerini Ankara Tabip Odasından çıkacak bir araçla bölgeye ulaştırmak. Mustafa Kemal Üniversitesinde de ihtiyaçların giderildiği ortaya çıkınca Samandağ Devlet Hastanesine ulaştırma talepleri oldu. Ankara'dan aracı çekim yaparak uğurlamak ve Hatay'da da arkadaşlarının çekim yaparak malzemeleri teslim almasını istiyorlardı. Talepleri karşılamak çok zordu çünkü biz Ankara Tabip Odası olarak bir dayanışma ağı içinde ortaklaşa araçlarla malzeme gönderiyorduk. Bir hekim olarak öğrencilerin parasının ve yardımının ne kadar kıymetli olduğunu biliyor ancak imkanlar dahilinde bu talebin karşılanmasının çok zor olduğunu düşünüyordum. Whatsapp gruplarına yazarak sorunu çözmeye çalıştım ve iki saat içinde Berna Hanım çağrıma yanıt vererek içi boş bir Fiat Doblo gönderdi. Tıp öğrencilerinin topladıkları malzemeler istedikleri şekilde Samandağ Devlet Hastanesine ulaştırıldı.

Hekimlerin büyük destekleriyle bir deprem bütçesi oluşturduk. Aynı yardımların yanında giysi, ısınma malzemeleri, battaniye ve hekimlerin ihtiyaçlarını da belirleyerek bölgeye göndermeye devam ettik.

Sadece aynı ve malzeme yardımı göndermekle kalmadık; konaklama yardımı da sağladık. Deprem bölgesinden ayrılarak farklı şehirlere gitmek isteyen ancak durum değerlendirmesi yapmak için Ankara'da birkaç gün geçirecek hekimlerin konaklama ihtiyacı oldu. Evlerini açmak isteyen hekimlerle depremzede hekimler arasında bir bağ kurduk ve yetmediği yerde de otellerde konaklamalarını sağladık.

Türk Tabipleri Birliği deprem bölgesini üçe ayırarak Malatya ve Kuzey Maraş bölgesini Ankara Tabip Odasının sorumluluk alanı olarak tayin etti. Bir firmanın hediye ettiği konteynırı ivedilikle sağlık hizmetinde kullanılmak üzere Malatya'ya ulaştırdık ve konteynırın elektrik, su bağlantılarını da belediyeyle iletişim halinde kalarak çözmeye çalıştık. Depremlerin üstünden 10 gün sonra ATO Yönetim Kurulundan bir heyetle birlikte Kuzey Maraş ve Malatya'ya gittik. Tarumar olan bölgede ilk dikkatimizi çeken şey Elbistan Devlet Hastanesinin dimdik ayakta kalmasıydı. “Deprem öldürmez, bina öldürür” lafının canlı örneği sismik izolatöre sahip Elbistan Devlet Hastanesiydi. Sonraki aylarda gerçekleştirdiğimiz ATO'nun 94. Yılı töreninde de sağlık çalışanlarına yuva olarak kapılarını açmaları ve depremzede olmalarına rağmen sağlık hizmeti sunmaları sebebiyle Elbistan Devlet Hastanesi Başhekimliğine ödül verdik.

Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde hasar olmasına karşın acil hizmeti ve bazı branşlarda poliklinik hizmeti verildiğini, sağlık çalışanlarının bir kısmının hastanede konakladığını gözlemledik. Kadın- Doğum ve Çocuk Hastanesi olarak yapılan ek bina sismik izolatörlü olduğu için hasar görmemişti. Doğanşehir Devlet Hastanesi 1 yıl önce kullanıma girmiş ve binada sismik izolatör de mevcut olmasına karşın kullanımına uygun teknik donanım yapılmadığı için çok hasar almıştı. Sismik izolatörün hem binayı nasıl kurtardığını hem de yapılırken hassas noktalara dikkat edilmediğinde hiçbir işe yaramadığını ve daha büyük hasara sebep olduğunu gördük.

ATO olarak ulaşılabilir nitelikli sağlık hizmetinin önemini her daim vurguluyoruz. Ancak ne yazık ki şehir hastaneleri ve büyük hastanelerin hepsi artık şehir dışında ve böylesi büyük bir depremde yollar da kırılıyor. Mesela, ben Beypazarı'nda çalıştım, Beypazarı Devlet Hastanesi eskiden şehir içindeydi, şimdi yukarıya gitti. Deprem esnasında ve sonrasında araçlar göçük altında kalıyor, yollar kırılıyor ve insanlar hastaneye ulaşamıyor. Bütün bunları gözle-
rimizle gördük ve ilk raporumuzu da o zaman hazırladık. İki tane de konteynır

alarak; birini binaları çok ağır hasar alan Malatya Tabip Odasına, diğerini Türk Tabipleri Birliğinin koordinasyonunda kullanılmak üzere Malatya'ya gönderdik. Bir parantez açmak isterim ki “gönderdik” diyene kadar yaşananlar, zorluklar ve “gönderdikten sonra” kullanıma hazır olabilmesi için verilen emekler uzun yıllar hatırlayacağımız anılar olacak.

Deprem bölgesinde okuyan öğrencilerden de bahsetmek isterim. İki yıldır ATO'nun tıp öğrenci bursu uygulaması sürüyordu ancak depremle birlikte bursa ihtiyaç duyan öğrenci sayısı arttı. Şöyle ki bursa ihtiyaç duymayan öğrenciler de depremle birlikte ihtiyaç sahibine dönüştü. Bütçemizin de sınırlı olması sebebiyle kaynak yaratmaya çalıştık ve her yıl düzenlediğimiz Hekimlerin Sergisi'ni bu defa eser satışı gerçekleştirdik. Ayrıca bir tiyatro oyunu sahneye koyduk ve oradan da bir gelir sağladık.

Ayrıca Ankara Eczacı Odasıyla birlikte ATO'ya Çankaya Belediyesinden, kurum ve kuruluşlardan çok sayıda ilaç geldi. Bunları da bölgeye göndermeye çalıştık. Hekimlerin kişisel ihtiyaçlarını sağlarken Kadın Komisyonumuz ve gönüllülerimiz de sağlık hizmetine erişimi raporladı.

Hekimliğin konusunun yaşam olması ve öznesinin de insan olması sebebiyle yaşama ve insana dair olan her şey için elimizden geleni yapmaya çalışıp sınırlarımızı zorladık. Dünya Tabipler Birliği ve Cenevre Bildirgesinde de yer alan yeminimiz ışığında ilerliyoruz. “Yaşamımı insanlığın hizmetine adayacağıma” -bu birinci cümlemiz- “tehdit ediliyor olsam bile tıbbi bilgimi, insan haklarını ve bireysel özgürlükleri çiğnemek için kullanmayacağıma” sözleriyle yolumuza devam ediyoruz.

Biz hekimler olarak yaşama dair her şey için demişken 10 Ekim katliamında da oradaydık, Covid-19 pandemisinde de. Aşı henüz bulunmamışken dahi hiçbir hekim görevden imtina etmedi. 522 sağlık çalışanını kaybettik ve maalesef meslek hastalığı olarak da kabul edilmedi. Aynı özveriye deprem zamanında da şahit olduk. Birinci depremde yola çıkıp Maraş'ta ikinci depreme yakalanan meslektaşlarımız var. Dolayısıyla biz bu coğrafyada yaşama ve yaşatmaya dair elimizden gelen her şeyi yapacağız. Maalesef çok da iyi bir noktada da değiliz. Aradan 9-10 ay geçti ve bu süreç iç göç, sosyal, psikososyal sorunları da beraberinde getirdi. Bölgede yaşamaya çalışan insanlar temiz suya hala erişemiyor, molozlar ve asbest nedeniyle kirli hava soluyor. Yollar henüz yapılmadı. Aile sağlığı merkezleri hâlâ tam anlamıyla randımanlı bir şekilde çalışmıyor. Oradaki hekimler aynı zamanda depremzede olmalarına karşın orada

çalışmaya devam ettiler. Bugünlerde tayin hakları oldu, bu sefer de kalanların iş yükü çok arttı. Tıp eğitiminde de çok zorluklar var.

Umarım hep birlikte bu sorunları aşarız, aşmak için elimizden geleni yaparız. Biz gitmiyoruz, buradayız. Giderlerse gitsinler diyenlere inat buradayız ve insan için, yaşam için çalışmaya devam edeceğiz.

Prof. Dr. Taner DEMİRER

İyi Parti Sağlık Politikaları Başkanı

Ben bu davet için çok teşekkür ediyorum. Ben sağlık politikalarından sorumlu genel başkan yardımcısıyım, aynı zamanda Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğretim üyesiyim, tıbbi onkoloji ve hematoloji uzmanıyım.

Biz deprem döneminde parti olarak bir büyük deprem raporu hazırladık. Bunun elimizde kayıtları var, bazı kurumlarla da paylaştık. Bizim 120 kişilik sağlık komisyonumuz var, deprem bölgesinden 13 uzman hekim arkadaşımızı görevlendirerek bir rapor hazırladık *“deprem bölgesinde çevre ve sağlık, mevcut durum afet mi, felaket mi”* diye, ben bu rapordan çok kısa alıntılar yaparak size bilgiler vermek istiyorum.

Şu anda ölü sayıları hâlâ belli değil, kaç kişi göç etmiş şehirlerden, belli değil, rakamlar gizli tutuluyor. Elimizde kesin rakamlar yok. Şehirlerde güncel nüfus ne kadar, onu da bilmiyoruz. Her şey kapalı, hasar bazında baktığımızda 1.712.000 binanın yarısı hasar almış az, orta ve ağır hasarlı diye, ama hasar tespitleri profesyonelce yapılmamış. Bazı binalara azken orta denilmiş, ortaya ağır denilmiş; bu da daha sonra vatandaşlarımızla devleti karşı karşıya getirmiş. Yerinde dönüşümde yaşanan problemler vatandaşların mağdur olmasına yol açmıştır.

AKP iktidarı deprem sırasında aynen şunu söyledi: *“Yıkılan binalar bizim dönemimizde yapılmadı. Çünkü AKP belediyeciliği depreme hep dikkat edip, usulüne uygun binalar yapılmasına müsaade etti”* gibi, ama bizim elimizdeki kayıtlara göre deprem bölgesinde yapılan evlerin yüzde 19’u 2001-2010 yılları arasında, yüzde 28’si de 2011-2021 arasında, yani binaların yüzde 48’i AKP iktidarları döneminde yapılmış.

Şimdi hasar tespitindeki sıkıntıları ben biraz önce belirttim, rakamların da elimizde kesin olmadığını belirttim; ama en büyük sıkıntılar da enkaz kaldırma sürecinde yaşanmış. Enkaz kaldırma usulüne uygun yapılmamış, asla çevre sağlığı uzmanları ve çevre mühendisleri alanda bulundurulmamış, uzmanlardan ve mühendislerden faydalanılmamış. Dolayısıyla denetimsizlik toksik maddelerin, asbestin, lifli partiküllerin, silikonun sürekli havada asılı kalmasına sebep olmuştur. Deprem bölgesine giderseniz illerde havada duman bulutlarını görüyorsunuz.

Uzmanlar 100.000.000 ton dolayında bir atık çıkacağını söylediler. Yine bilim insanları 100.000.000 ton enkazın yaklaşık hacminin Erciyes Dağı büyüklüğünde olacağını belirtmişlerdi. Hakikaten çok büyük bir enkaz ki moloz döküm alanları iyi belirlenmemiş. Maalesef çok büyük çevre katliamı yapılmış. Havzalara, su havzalarına, temiz sulara, orman bölgelerine moloz dökülmüş; deniz yaşamı ve tarım alanları katledilmiştir. Böyle bir şey olamaz. Bu olay Türk milletinin hafızasından asla kazınmayacaktır.

Çalışan sağlığı bakımından bakıyorsunuz, vinç operatörleri, greyder operatörleri, araçlar, kamyonlar hepsi halkla birlikte, vatandaşla, depremzedeyle birlikte bu tozlara maruz kalmışlardır. Konteynır kentlerde bizim arkadaşlarımızın gözlemleri var. Konteynır kentlerde hâlâ içme suyu yetersiz, temiz su yok, mahremiyet ihlal edilmiş, kültürel duyarlıklar göz ardı edilmiş. Çadır ve konteynırlarda tartışmalar yaşanıyor komşular arasında önemli ölçüde, akran zorbalığı var çocuklarda, çocukların sosyal yönden ve dil yönünden Türkçe iletişimleri ciddi anlamda etkilenmiş. Çocuklar sürekli ebeveynleriyle beraberler, okul göz ardı edilmiş. Sağlık birimleri ve hizmetleri konteynır kentlerde ciddi anlamda yetersiz.

Özellikle biz hep asbestten bahsediyoruz. Ben kanser uzmanıyım, asbest tozu son derece tehlikeli ve asbeste maruz kalanlarda ortaya çıkan mezotelyoma dediğimiz son derece öldürücü ve tedavisi zor, hastaları ıstırap içinde kaybettiğimiz bir kanser türü; ama hemen çıkmıyor. Maruziyetten 5-25 yıl arasında çıkıyor. Dolayısıyla böyle bir tehlikeye maruz kalmış çok sayıda depremzede var. İleride bunun faturası ülkemize çok ağır olacak. Ben bunun göz ardı edildiğini ve kamufle edildiğini düşünüyorum.

Yine ulaşım ve güvenlik sorunları var deprem bölgesinde. Ulaşım ücretli, sağlığı, eczaneye, eğitime ulaşım son derece zor. Hasarlı binaların bazıları duruyor. Yollar ciddi anlamda tehlikeli, çökmeye karşı karşıya. Bazı köprülerde önemli hasarlar var. Dolayısıyla bunlar da ulaşım ve güvenlik sorunlarında büyük bir problem. Hâlâ profesyonel hırsızlar deprem bölgesinde ve biz depreme hazırlıksız yakalandık. Yani nasıl hazırlıksız? Deprem kurtarma ekipleri yok maalesef; böyle ekipler oluşturulmamış. Deprem toplanma alanları imara açılmış, İstanbul'da da aynı şekilde, yakında olması beklenen İstanbul depremine yönelik hiçbir hazırlığımız yok. Bakıldığında kurtarma ekipleri olmadığı gibi deprem zamanı Türk Silahlı Kuvvetleri 48 saat bekletilmiş. Yabancı kurtarma ekipleri *"biz sizi yönlendireceğiz"* diyerek 24 saat bekletilmiş ve binlerce insanımız enkaz altında hayatını kaybetmiş.

Bu arada Kızılay çok büyük skandallara imza atmış, kan satmaya varana kadar, nitekim Başkanı görevden alındı. Bu asla Türk milletinin hafızasından kazınmayacaktır. 42 tane hastane ciddi anlamda deprem bölgesinde hasar almış. Bakıldığında aile sağlığı merkezlerinin fonksiyonları şu anda yetersiz. Kanser erken teşhis merkezleri çalışmıyor. Evde sağlık hizmetleri yapılamıyor, evde bakım yok deprem bölgesinde, diyaliz merkezleri çalışmıyor. Alet edevat eksik, dolayısıyla böbrek yetmezliği olan hastalar ciddi anlamda mağdur.

Bir tarafta da sağlık çalışanları var. 505 arkadaşımız hayatını kaybetti, yine göç eden sağlık çalışanları, tayin edilenler var. Sağlık çalışanları olarak sadece bölgede zorunlu hizmeti olanlar ile sözleşmeli sağlık çalışanları var. Sağlıkta şiddet ve zorlu ekonomik koşullar nedeniyle bir yılda 2.500 – 3.000 sağlık çalışanının göç ettiği bir ülkede tabii ki deprem bölgesinde sağlık çalışanı bulamamanız anormal bir durum değil.

Şimdi sağlık çalışanları barınma ve güvenlik sıkıntısı da çekiyor. Özel alanlar ayrılmamış; maaş, ekonomik problem, aile bütünlüğünün bozulması, travma sonrası stres hastalığı gibi birçok büyük problemle karşı karşıyalar. Hem sağlık çalışanlarında hem de depremedelerde bu hastalık ömür boyu devam edebilecek bir hastalık; uğraşılması, tedavisi son derece zor bir hastalık.

Koruyucu hekimlik açısından bakacak olursak zaten aile sağlığı merkezlerini söyledim. Aşı takibiyle ilgili hususları biraz önce Tabip Odasından hocalarımız da söylediler, takip yok, nüfus belli değil, nerede ne kadar çocuk var belli değil, mülteci sorunu var, aşının soğuk zinciri yok, bebek, çocuk, gebe takipleri, loğusa takibi yok. Yaşlı kronik bakım hastalarının takibi tamamen durmuş durumda. Yoğun bakımlar eksik, kuvözler yok. Yaz döneminde önemli ölçüde ishal vakaları yaşandı. Depremedelerde çok büyük ruhsal sorunlar var. Depresyon, anksiyete, kayıplar, kabullenememe, yakınlarının kaybı, gelecek endişesi, travma sonrası stres hastalığı birçoğunda var. Sağlık Bakanlığı bu konularla asla uğraşmamıştır. Hatta bunların getirdiği sosyal problemleri Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal İşler Bakanlığına ihale etmiştir. Bu da ayıplanacak bir durum.

Yine biraz önce Sayın Ercan Yavuz Hocamız bahsettiler, ampute ve engelli bireyler çok önemli. Türkiye’de 8.500.000 engelli var arkadaşlar, deprem bize en az 100.000 engelli vatandaş getirdi, ampute bireyler getirdi. Son derece zor, sayıları tam belli değil, rehabilitasyon merkezleri yok deprem bölgesinde, birçok hastanın ortez, protez, tekerlekli sandalyeye ihtiyacı var. Bunların statü kaybı, gelecek endişeleri, iş kaybı, aile içi sorunları var. Bunlar çok önemli bir popülasyon, yani bunu göz ardı edemeyiz. Dikkat ederseniz Vietnam’da

Amerika'nın aldığı büyük yenilgi yıllarca Amerikan toplumunda yara olmuştur; oradan gelen engelliler, ampute bireyler... Deprem bölgesini de hakikaten hep aklımızda tutmamız gerekiyor. Deprem bölgesindeki engellileri, ampute bireyleri Türkiye Cumhuriyeti Hükümetinin her zaman aklında, kafasında tutması, onlara el uzatması gerekiyor.

Şimdi çevre sağlığı açısından baktığımızda evsel atıklar atılamıyor, temiz hava ölçümleri yapılamıyor. İnşaat yıkıntıları devam ediyor, ancak mevzuata uygun değil. Tıbbi atıklar usulüne uygun atılamıyor. Sağlık hizmeti veren bölgelerde, içme suyu ve kanalizasyon şebekelerinde sıkıntı var. Zaten altyapı depreme asla uygun değil, Türkiye'nin genelinde öyle, bu da çok büyük bir ayıp tabii bu çağda. Çevre sağlığı açısından Afet Yönetmeliği diyor ki: *"72 saat içinde temiz suyu ulaştırmak zorundasınız"* 72 saati bırakın, haftalarca depremzedeler temiz suya ulaşamadılar. Açık alanlarda, çadır kent ve konteynırlarda atık su kanalizasyonları yok, göletler oluşuyor. Özellikle yaz döneminde su birikintileri gölette mikropların üremesine neden oluyor ve bu durum çevre sağlığına ciddi tehdit oluşturuyor.

Ne yapmak gerekiyor deprem bölgesinde sağlık açısından? Temiz suya erişim sağlanmalı -o çok önemli- su birikintileri ve göletleri kaldırmamız gerekiyor, evsel atıkların sık aralıklarla alınması gerekiyor. Hastanelerin altyapı ve donanım problemlerinin kısa sürede çözülmesi önemli, çocukluk çağı aşılarının düzenli yapılması, aile sağlığı merkezlerinin renove edilmesi, her aile sağlığı merkezine bir psikolog, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, fizyoterapist verilmesi gereklidir. Aslında bütün Türkiye'de verilmeli, ama deprem bölgesinde özellikle verilmelidir. Deprem bölgesinde her aile sağlığı merkezinde, okulda mutlak surette bir psikolog istihdam edilmelidir.

Onun dışında çocuklar ve yaşlıların sağlığı, beslenmesi göz ardı edilmiş, buna dikkat etmek gerekiyor. Yine asbestos maruziyetini ben özetle gündeme getirmek istiyorum. Molozlar kesinlikle tarım alanlarına ve denize dökülmemelidir. Bu bir çevre katliamıdır. Çevre mühendisleri ve çevre sağlığı uzmanları aktif görev almalıdır. Başboş köpekler veterinerler eliyle diğer illerdeki barınaklara gönderilmelidir. Depremzedelerimizin bir an önce konteynır ve çadır kentlerden alınıp, yapılacak yeni depreme dayanıklı evlere nakledilmesi gerekmektedir. Ama Türkiye'nin en önemli yarası 10.000.000 sığınmacı arkadaşlar, 10.000.000 çoğu Suriyeli sığınmacı bizim çocuklarımızın geleceğine ve gelecekteki pastalarına ortak olacaklar. Bakın, ben onu araştırdım, deprem bölgesinde deprem anında bile önce Sayın Ercan Yavuz'un söylediği gibi üreme içgüdüsündeki artışla 100 doğumun yaklaşık 35-40'ı Suriyeli ve buna konteynır

ve çadırlardaki doğumlar dahil değil. Bu veriler sadece hastaneye kayıtlı olanlar; onları da dahil ederseniz her 100 doğumun belki 55-60'ı Suriyeli sığınmacı. Bir an önce bizim sığınmacıları ülkelerine, usulüne uygun yöntemlerle Suriye Yönetimiyle diyalog kurarak göndermemiz gerekiyor. Türkiye Cumhuriyeti bunun altından kalkamaz. Şu anda bizim nüfusumuz 100.000.000. Dolayısıyla yapacağınız bütün hesapları 85.000.000'a değil, 100.000.000'a göre yapmak zorundasınız. Yani bir insanın, kamyonun, arabanın ve ülkenin taşıyacağı bir yük haddi var. Yani kesinlikle 10.000.000 sığınmacıyı hızlıca 2 yıl içinde ülkenize alırsanız Türkiye Cumhuriyeti'nin demografik, kültürel yapısını altüst edeceğiniz gibi üniter devlet yapımıza laik Türkiye Cumhuriyeti'ne çok büyük bir risk ve tehdit oluşturunuz. Dolayısıyla bizim bir an önce sığınmacıları ülkelere kabul edilebilir yöntemlerle geri göndermemizin, iade etmemizin çok yerinde olacağını düşünüyorum. Ben çok teşekkür ederim.

Dr. Yakup Gökhan DOĞRAMACI

Hekim Birliği Sendikası Genel Başkan Yardımcısı

Hekim Birliği Sendikası olarak, Sağlık Hukuku Kurultayına davetiniz için çok teşekkür ederiz.

Ülkemizdeki Hekimler Sürekli Afet Halindeler

Biz hekimler, sahada ve özellikle acillerde sürekli bir afet halindeyiz. Acil servisler acil olmaktan çıktı, aciller acillik hale geldi ve acil müdahale gerektiren afet alanı gibi. Biz hekimler, afeti hemen hemen her gün yaşıyoruz. Genel afet olarak nitelendirilen acı olayların ve travmaların, sağlık sistemi olarak daha kolay üstesinden kalkabilmesindeki, hekimlerin biraz daha kolay atlatabilmesindeki temel özellik, sağlık sisteminin nerdeyse her gün bir afet halini yaşamasıdır. Hatta ironiktir ki pandemi döneminde dünya genelinde büyük bir sağlık krizi yaşanırken, acil başvuruları artarken ülkemizde ise acil servis başvuruları dramatik şekilde düştü ve aciller gerçek acil hastaya bakarak rahat bir nefes aldı, acillerin iş yükü azaldı. Hasta sayımız oldukça azaldı çünkü insanlar gerçek bir afet yaşıyordu ve aciller gerçek acillere bakıyordu. Daha efektif şartlarda hasta bakmaya, hastalarımıza gerçekten bakmaya, gerçek acil hastalarla ilgilenmeye başladık. Dünya pandemide afet yaşarken, bizler olması gerektiği gibi, hakkıyla görevimizi yapmaya başladık.

Sağlık, sosyal, ruhsal, fiziki, ruhsal ve sosyal tam bir iyilik halidir. Ancak sosyal boyutundan ziyade fiziki ve ruhsal boyutundan bahsetmek isterim. Hekim Birliği Sendikası genel başkan yardımcısıyım, kurucusuyum. Kurulduğumuzdan bu yana, yaklaşık 26.000 kamuda çalışan hekim üyemiz var ve bu haliyle ülkemizdeki en büyük hekim sendikasıyız.

Afetzede Hekimler ve Sağlık Hakkı

Hekim Birliği olarak, deprem bölgesindeki öncelikle üyemiz ve diğer hekimlere ulaşmaya çalıştık ve onların sağlığını korumaya çalıştık. Çünkü oradaki hekimlerin hepsi aynı zamanda birer depremzedeydi, afetzedeydi. İlk günden itibaren travma yaşadılar, yaralandılar, öldüler. Daha kendi yaralarını, ailelerinin yaralarını saramadan göreve devam ettiler, göreve çağrıldılar. Dışarıdan çok fazla destek oldu, bunu da biliyoruz, ama yeterli miydi? Yetersizdi!

Aslında bilinen bir afet ülkesiyiz, ama hâlâ daha bu afetlere karşı ciddi bir altyapı, organizasyon eksikliğimiz, ciddi anlamda sıkıntılarımız var. Afetler doğası gereği aslında kaotiktir. Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre afet; dış yardıma

ihtiyaç duymaya yetecek büyüklükte ani bir ekolojik fenomendir. Ayrıca afet, meydana geldiği bölgenin veya yerin kaynaklarını zorlayan bir olaydır.

Bu karmaşa ve kaynakları zorlayan bir olay olmasa adına afet de diyemeyiz ancak, yine de bu kadar hazırlıksız olmamızı anlayamıyoruz. Yıllardan beri yıllarca afet ortamını yaşamamıza rağmen hâlâ afetle ilgili temel sorunları aşamadık. Hâlâ temel eksikliklerimizi bile gideremedik ve hâlâ ciddi altyapı eksikliğimiz, sıkıntılarımız, organizasyonel sorunlarımız devam ediyor.

Hekim Birliği olarak; 6 Şubat'ta Kahramanmaraş'ta başlayan Asrın Felaketi kapsamında, deprem bölgesinde görev yapan ve afetzedeye hale gelen yaklaşık 4.000 hekim üyemizi tek tek arayarak ulaştık. Hepsile bilfiil konuşarak temel ve ileriye dönük ihtiyaçlarını belirledik. Afetzedeye üyelerimize maddi-manevi bir şekilde yardımcı olmaya çalıştık. Tahliye sağlanması, otobüs organizasyonları, konteynırlar yollanması, konaklama, otel, vesaire birçok ihtiyacı gidermeye çalıştık. Aileleri depremden uzak yerlere yerleştirdik. Örneğin çok fazla konteynır bağıışı vardı; ama gönderilmesi ve teslim alınması sorundu. Birçok konteynırın gönderilmesi ve teslimini sağladık. Deprem bölgelerindeki hekim meslektaşlarımızı, yaşama yönelik korumaya çalıştık.

Hekim Birliği olarak, 19-20 Mayıs'ta Antalya'da depremdede asistan hekimlerle ilgili bir çalıştay düzenledik. Deprem bölgesinde en büyük sıkıntı ve çaresizliği yaşayan, depremdede asistan hekimleri çalıştayımıza davet ettik. Deprem bölgesinde; akademisyen, eğitim, hastane ve hatta hasta kalmadığından, uzmanlık öğrencisi olan asistan hekimler, bir başlarına kaldılar, tek başına bırakıldılar.

Asistan hekimlerin çaresizliği bir yana, deprem bölgesi bir de mecburi hizmet bölgesine açıldı. Halihazırda orada yaşayan insanlar ve hekimler bile, bölgede uzun zamandan beri çalışmalarına ve bölgeyi tanımalarına rağmen, barınma, konaklama, beslenme gibi temel ihtiyaçların giderilmesinde sorun yaşarken; yeni mezun, tecrübesiz, daha mesleği ve hayatı tanımayan genç hekimler, afet bölgesinin ortasına atandılar. Yüzlerce genç ve tecrübesiz pratisyen ve uzman hekim, mecburi hizmet adı altında afet bölgesi ortasına gönderildi. Gerçekten mecburi hizmete gönderilen hekimlerle ilgili çok sıkıntılar yaşadık, onların sorunlarını çözmeye çok çalıştık. Ancak ne kadar başarılı olduk? İşte sağlık hakkı derken, öncelikle oradaki hekimleri korumak gerekiyorken, siz yeni mezun, hayatı tanımamış, mesleği tanımamış hekimlere ne kadar bir sağlık hakkı veriyorsunuz?

Konuşmamı toplamak ve biraz daha konunun esasına girmek istiyorum. Buradaki amacım, katı doktrinsel veya bilimsel bir sunum yapmak değil, daha

çok bir paylaşımda bulunmak. Ancak, bir hukuk akademisyeni ve sendika temsilcisi olarak, konuyu anayasal çerçevede tartışmak ve bilimsel standartlara uygun bir analiz yapmak da benim sorumluluğum.

Afet Mevzuatı ve Zorunluluk Hali

Her ne kadar afet durumları kaotik, karmaşık ve yetersiz kaynaklarla dolu olsa da hiçbir zaman hukuki veya bilimsel standartlardan azade olamazlar. Bu bağlamda, afet hukukuyla ilgili beş temel düzenleme olsa da biraz genişletirsek, temel kanun ve yönetmeliklerle on taneye yakın yasal düzenleme bulunmaktadır. Bu düzenlemelerin çoğu sağlık hakkına doğrudan odaklanmamaktadır. Evet, afetlerle ilgili mevzuatta sağlıkla ilgili bazı düzenlemeler mevcuttur, ancak genellikle yüzeysel ve yetersiz kalmaktadır.

Mevcut hukuki düzenlemeler, genellikle zorunluluk hali kapsamında değerlendirilmektedir. Zorunluluk hali, hukuki açıdan belirli durumlarda geçerli olabilir. Ancak, burada önemli olan, bu zorunluluk halini öngörerek, zorunluluk haline yönelik düzenlemeler yapmaktır. En büyük temel eksikliğimiz, bu öngörülerimizi hayata geçiremememizdir. Kaotik süreçler bahane edilerek ve zorunluluk halinin geniş yorumuna yaslanarak, afetlerde sağlık ve zorunluluk halli konusundaki gerekli düzenlemelerin yapılmasından kaçınılmaktadır. Biliyoruz, öngörüyoruz, ama “nasıl olsa kaotik bir süreç” diye bir şey yapmıyoruz.

Dolayısıyla, afet durumlarında hukuki standartların titizlikle uygulanması ve buna yönelik düzenlemelerin kapsamlı bir şekilde ele alınması gerekmektedir. Hukuk, sadece normatif bir çerçeve sunmakla kalmaz, aynı zamanda kaotik ve karmaşık durumlarda bile düzenin ve hakkaniyetin sağlanmasına yönelik bir araçtır. Bu nedenle, afet hukuku ve sağlık hakkı konularında daha detaylı ve etkin düzenlemeler yapılması zorunludur.

Saha Hekimliği ve Tıbbi Standartlar

Tıbbi müdahale yetkileri, afet bölgelerinde ciddi sorunlar yaratmıştır. Sahada gerçekleştirilen amputasyonlar gibi, sahadaki acil müdahaleler konusunda hekimlerin deneyimsiz olduğu gözlemlenmiştir. Ortopedi uzmanları, akademisyenler ve diğer hekimler afet bölgelerine gönderilmiş, ancak saha koşullarına uyum sağlamakta büyük zorluklar yaşamışlardır. Mevcut tıbbi eğitim müfredatları, saha koşullarında acil müdahale gerektiren durumları kapsamamaktadır. Özellikle amputasyon gibi kritik müdahalelerin saha koşullarında nasıl yapılacağı konusunda yetersiz bilgi ve deneyim bulunmaktadır.

Yetki sorunları da ciddi bir problem olarak ortaya çıkmıştır. Bölgeye birçok gönüllü hekim gönderilmesine rağmen, tıbbi müdahalelerin standartları net olmadığı için büyük eksiklikler yaşanmıştır. Standartların eksikliği, tıbbi müdahalelerde ciddi sorunlara yol açmıştır. Triyaj, özellikle afet yönetiminde hayati öneme sahip bir konudur. Triyaj, hukuktaki zorunluluk halinin tıbbi bir yansımasıdır ve tıbbi bilimsel standartların uyarlanması gerektirir. Ancak, saha triyajı farklı bir uzmanlık gerektirmektedir ve bu konuda yeterli eğitilmiş ekiplerimiz bulunmamaktadır.

Son yaşanan depremde, afet bölgesine çok sayıda gönüllü hekim gönderilmiştir. Ancak, bu gönüllü hekimlerin sahaya ulaştıklarında temel tıbbi malzemelerin eksikliği nedeniyle etkin bir müdahalede bulunamamışlardır. Serum, damar yolu açma malzemeleri, sedyeler ve çadırlar gibi temel ihtiyaçlar karşılanmamıştır. Binlerce hekim, yardım amacıyla gittikleri bölgede, uygun altyapı ve malzeme eksikliği nedeniyle büyük hayal kırıklığı yaşamıştır. Bu durum, gönüllü hekimlerin kendilerini fazlalık gibi hissetmelerine ve kaynakların verimsiz kullanılmasına yol açmıştır.

Sağlık hizmetlerinin bu denli yetersiz ve basiretsiz bir şekilde yönetilmesi, sağlık hakkının korunması açısından büyük bir eksikliktir. Gönüllülükle bölgeye giden hekimlerin çoğu, yaşadıkları olumsuz deneyimler nedeniyle geri dönmek zorunda kalmış ve daha sonra bölgeye hekim gönderilmesinde ciddi zorluklar yaşanmıştır. Sadece hekim göndermek yeterli olmamakta; aynı zamanda gerekli malzeme ve altyapının da sağlanması gerekmektedir. Bu eksiklikler, afet yönetimi ve sağlık hizmetlerinin koordinasyonu konusunda ciddi bir reform ihtiyacını ortaya koymaktadır.

Teletıp konusundaki makale¹ bağlamında, afet durumlarında teletıp uygulamalarının potansiyelini vurgulamak istiyorum. Dünyada yaygın olarak kullanılan bu sistem, ülkemizde pandemi döneminde uygulanmaya başlanmıştır ancak afetler için de son derece uygun ve kullanışlı bir sistemdir. Bu bağlamda, teletıp uygulamalarının afet durumlarında daha yaygın ve etkili bir şekilde kullanılabileceğini düşünüyorum.

Anayasal bir konu olan rıza meselesine değinmek gerekir. Anayasa gereği, hiç kimse rızası olmadan bedensel müdahaleye maruz bırakılamaz. Bu ilke, afet durumlarında da titizlikle korunmalıdır. Afet koşullarında bile rıza kavramına

¹ Doğramacı, Y. G. (2020). Teletıp, Sağlık Turizmi ve Uzaktan Sağlık Hizmetleri: Mesafeli Sözleşmeler. İstanbul Hukuk Mecmuası, 78(2), 657-710. <https://doi.org/10.26650/mecmua.2020.78.2.0014>

dikkat etmek zorunludur. Bu sebeple rıza konusunun her durumda önemini vurgulamak gerekir. Acil durumlarda rıza konusuna dikkat edilmesinin zorluğu anlaşılabilir, ancak rıza, hastanın bilinci açık ve ayırt etme gücü olduğu sürece, hukuki ve etik bir zorunluluktur.

Afetlerde Sağlık Hizmetlerinin Sürdürülebilirliği

Konuşulacak pek çok konu olmasına rağmen, özellikle yardım organizasyonlarının ve bu organizasyonlara katılan sağlık profesyonellerinin sürdürülebilirliği üzerinde de durmak gerekir. Sağlık hakkı perspektifinden, sadece hastaların değil, aynı zamanda afet bölgelerine gönderilen hekimlerin ve sağlık çalışanlarının da durumunun göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Yeni mezun ya da yeterli eğitim almamış asistan hekimlerin, yetersiz altyapı ve malzeme koşullarında çalışmak zorunda bırakılması, sağlık hizmetlerinin etkinliğini olumsuz etkilemektedir.

Afet bölgelerine gönderilen gönüllü hekimlerin, gerekli altyapı ve malzemele- rin eksikliği nedeniyle yardım çalışmalarında etkin olamaması, sağlık hakkının korunması açısından ciddi bir sorundur. Hekimlerin, etkili bir şekilde yardım sağlayabilmesi için öncelikle gerekli altyapının ve organizasyonun sağlanması gerekmektedir. Teletıp uygulamalarının yaygınlaştırılması, organizasyon eksikliklerinin giderilmesi ve temel mevzuatın gözden geçirilmesi bu bağlamda önem arz etmektedir.

Sağlık hakkının tesis edilmesi için sadece hastaların değil, aynı zamanda sağlık hizmeti sunan profesyonellerin de çalışma koşullarının iyileştirilmesi gerekmektedir. Afet bölgelerine gönüllü olarak giden hekimlerin, yetersiz koşullarda çalışmak zorunda kalması, hem onların moral ve motivasyonunu olumsuz etkilemekte hem de sağlık hizmetlerinin etkinliğini düşürmektedir. Bu nedenle, sadece hekimleri göndermek yeterli olmamakta, aynı zamanda gerekli altyapıyı ve malzemeyi sağlamak da büyük önem taşımaktadır.

Sonuç olarak;

Yapılacak çok şey olduğunun bilincindeyiz. Öncelikle, temel mevzuatın gözden geçirilmesi, teletıp uygulamalarının yaygınlaştırılması ve organizasyon aksaklıklarının giderilmesi gerekmektedir. Sağlık hakkının korunması kapsamında hem hastaların hem de sağlık hizmeti sunan profesyonellerin durumuna dikkat edilmelidir. Sağlık hizmetlerinin etkin ve sürdürülebilir bir şekilde sunulabilmesi için, uygun altyapı ve organizasyonun sağlanması zorunludur.

Herkese teşekkür ederim.

Dt. Serkan ER

Ankara Diş Hekimleri Odası Başkanı

Anlaşılan o ki; birtakım tecrübelerin kayıt altına alınması ve bundan sonraki yaşanabilecek olaylara karşı tecrübe edinilmesi çok kıymetli, bunun için de sizlere teşekkür ediyoruz. Daha önceden de sizlerle birlikte Sağlık Hukuku Kurultaylarında birlikte çalışmıştık. Ankara Diş Hekimleri Odası olarak kriz raporlarımızı kayıt altına alırken, bir yandan da bütün paydaşlarla bir araya gelmek çok kıymetli, davetiniz için ayrıca teşekkür ediyorum.

Sözlerime sonra söyleyeceğimi başta söyleyerek başlamak istiyorum. Burçak Hocam “Afet yoktur, doğa olayı vardır, önlem alınmazsa afet olur.” dedi. Üzerinden geçen zaman neticesinde değerlendirdiğimizde gönüllü çalışan herkesin bu sınavı geçtiğini; ancak kamunun geçemediğini görüyoruz.

Ülkemiz bir deprem bölgesi ve daha önceden olduğu gibi bundan sonra da deprem felaketi yaşanacak. Buna karşı hiçbir hazırlığının olmadığını ortaya koymak lazım.

Biz sağlıkçılar için genel bir kural vardır: Teşhis yanlış konulursa tedavilerimiz yanlış olur. Teşhisimizi doğru koymak gerekir. Önümüzdeki dönemde İstanbul’da ve birtakım bölgelerde beklenen bir deprem tehlikesi mevcut. Umarız olmaz diyoruz, ancak yaşanacağı aşikâr, bu bilim insanları tarafından söyleniyor. Dolayısıyla buna hazırlıklı olmamız lazım. Buradan çıkan sonuçlar umarız kamu yetkililerini harekete geçirir ve gereğini yaparlar diye sonda söyleyeceğimi başta söylemek istedim.

Ankara Diş Hekimleri Odası olarak meslek örgütleriyle birlikte benzer şeyleri yaptık; fakat neler yaptığımızı sizlerle paylaşmak isterim. 6 Şubat 2023 tarihinde deprem felaketi gerçekleştiği zaman, şu tespit de bulunmak lazım, kamunun buna çok iyi hazırlanamadığını söylesek de diğer depremlerden farklı olarak 10-11 ili kapsayan bir bölge anlamında, ulaşılabilirlikle ilgili sıkıntılar yaşadığımız doğrudur. Bu felaketi duyduktan sonra Ankara’da bulunan meslek örgütleriyle birlikte koordinasyon, iletişimi sağlamak amacıyla Ankara Tabip Odası, Ankara Diş Hekimleri Odası, Eczacı Odası, Ankara Barosu ve TMMOB temsilcileriyle birlikte Deprem Dayanışma Grubu kuruldu. Buradan hızlı bir iletişimle neler yapılması noktasında çalışmalara başladık. Bu çerçevede aslında ortaya çıkan sonuç şuydu: İlk başta insani yardım, ilk ihtiyaç arama kurtarma, sonrasında da insani yardımların ulaştırılması noktasında birtakım faaliyetlerde

bulunduk. Birçok aynı yardımı toplamak noktasında üyelerimize duyurularda bulunduk ve bunları odamızda toplamaya başladık. Ardından bu toplama gerçekleştirildikten sonra ilk başta tabii ki Ankara Büyükşehir Belediyesinin vasıtasıyla bu toplanan yardımları ulaştırmaya çalıştık. Çok güzel koordine olmuşlardı, arabalarla o bölgeye gittiğimiz zaman yardım malzemelerini anında kategorize edip ihtiyaç durumuna göre ve gelen yardımların ne olduğuna göre kamyon ve tırlara yükleniyordu. Dolayısıyla oradaki koordinasyon ve gönüllülerin müthiş gayretine dair gördüklerimiz ile umudumuzu yitirmedik. Ardından AFAD'la bu anlamda aynı yardımların gönderilmesi noktasında çalışmalarımızı yürüttük.

Ankara Eczacı Odasından bölgede yaşanan bir ilaç sıkıntısı olduğunu öğrendikten sonra serbest çalışan dış hekimlerimizin kliniklerinde bulunması zorunlu ilaçlardan temin edip hızlı bir şekilde Ankara Eczacı Odasına ilettik ve bölgeye ulaştırılmasını sağladık. Aynı zamanda hem Ankara'daki meslek örgütleriyle bir araya geldik ve hem de Türk Diş Hekimleri Birliği ile de bu anlamdaki koordinasyonu devam ettirdik. Ertesi gün hem Türk Tabipleri Birliğine hem de Ankara Tabip Odasına giderek ziyarette bulunduk. Bu toplantılarda depremin ertesi günü itibarıyla ne gibi bir organizasyon yapılması gerektiğinin, nasıl bir iş birliği çerçevesinde bulunacağımızın görüşmelerini yaptık. O ilk günlerde aynı ve nakdi yardım yanında aynı zamanda gönüllü olarak orada çalışmak isteyen meslektaşlarımızın çok fazla talebi oldu. Bu görüşmelerde gönüllü çalışmalarda meslektaşlarımızı bölgeye yönlendirme noktasında ilk başta kamu eliyle oraya göndermek önemliydi. Çünkü meslektaşlarımızı oraya yönlendirirken barınmasını, işesini, güvenliğini düşünmek zorundayız. Bu koordinasyonu da Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Dairesi Başkanlığı sağlıyordu. Gönüllü meslektaşlarımızı ilk başta o vasıta ile ulaştırdık.

Aynı zamanda bu faaliyetler yürütülürken -tabii ki bütün yardımlar gün gün güncelleniyor- farklı ihtiyaçların olduğunu gözetenek birtakım kararlar almaya başladık. Bir noktadan sonra nakdi yardıma da ihtiyaç olduğunu düşünerek yardımlaşma fonumuz vasıtasıyla meslektaşlarımızdan bağış topladık. Tabii ki bunun hukuki çerçeveleri de var. Bu yardımların toplanması ve bunların da aktarılması noktasında birtakım hukuki sıkıntılar olduğu için sadece meslektaşlarımızdan toplayabildik ve bunların arttırılması noktasında hukuki çerçevede ilerlemeye çalıştık. Bu süreçte Birliğimizle ve diğer bölge odalarıyla irtibatlar devam etti ve ihtiyaç durumuna göre ne yapacağımızı güncellemeye devam ettik. Meslektaşlarımızdan nice gönüllüler bir yandan meslek örgütü mensubuyken, bir yandan da depremzedeydiler ama o psikolojik durumu bırakıp canla başla çalıştılar. Bu durumları görüp, bölgedeki meslektaşlarımızın da,

meslek örgütlerimizin de hakkını teslim etmek lazım. Bizler sadece buradan dayanışma çerçevesinde yardımcı olmaya çalıştık.

Şimdi bir yandan yaşadığımız şeyi anlatırken şu tespitte bulunmak lazım, bölgeden en azından bize ulaşan bilgiler şöyleydi: Bu giden yardımların tek elden, yani AFAD üzerinden gitmesi yönünde, giderken yolda bunların el konulması demeyelim ama bir noktada toplanması gerekliliği üzerinde bir durum söz konusuydu ve baktığımız zaman koordinasyonun eksikliği nedeniyle orada dağıtım ve koordinasyon konusunda sıkıntılar vardı. Oradan gelen görüntülerde israf olmuş malzemeleri gördüğümüz zaman kendimiz ulaştırma kararını verdik ve bir müddet sonra o aynı yardımları toplayıp, kendimiz götürmek üzerine hareket etmeye başladık. İlgili odayla temasa geçip odaya teslim ettik, onlar da dağıtımı gerçekleştirdi.

Tabii gündem o dönem çok yoğundu, bunlar yaşanırken bir yandan da üniversitelerin eğitiminin ara verilmesi durumu söz konusu oldu. Ankara Tabip Odasıyla birlikte üniversitelerimizin öğrenime ara verilmesi noktasındaki tutumumuzu da ortaya koyduk. Çünkü şu tespitte bulunmak lazım: Mesleğimizle ilgili karar alırken hükümetin şöyle bir yaklaşım tarzı var: Bizlere hiç danışmamak, fikrini almamak gibi uzun yıllardan gelen bir alışkanlığı var. Bu noktada belki YÖK tarafından bu karar alınırken bizlerden de fikir alınabilirdi. Pandemi döneminde zaten sekteye uğramış eğitimimizi yeniden bir sekteye uğrama durumu vardı. Bununla ilgili fikir alışverişinde bulunulabilirdi diye düşünüyorum. Zaten söz konusu felaketleri yaşarken asıl sıkıntının da bu noktada eğitim olduğunu ortaya koyarsak eğitimin ne kadar önemli olduğu bir kez daha görmüş olduk.

Bu dönemde ayrıca bu bölgeden bir göç oldu, deprem bölgesinden Ankara'ya, hani sizler de biliyorsunuz, meslektaşlarımız ve öğrencilerimize barınma ve ihtiyaçları çerçevesinde Ankara Büyükşehir Belediyesinin yine Ankara Kent Konseyiyle bu yardımları sağlamaya çalıştık. Bu çabalarımız yeterli oldu mu noktasında elimizden gelenin en iyisini yapmaya çalıştık demek lazım. Ne kadar yeterli olabilir ki konusu da tabii ki soru işareti.

Ardından Tabip Odasında olduğu gibi biz bölgeler seçtik odalar olarak, Ankara Dış Hekimi Odası olarak Osmaniye ve Hatay bölgesine gittik ve fizibilite çalışması da yapma şansı bulduk. Oradaki gerçekten vahim olan durumu da gördük. İhtiyaçları tespit ettiğimizde insani yardımdan, barınma gibi şeylerin olmasının yanı sıra azami sağlık hizmeti noktasında

aslında yavaş yavaş ihtiyaç durumu ortaya çıktı. İlk bir hafta, iki hafta belki böyle bir durum ortaya çıkmadı, ama sonrasında ortaya çıkmaya başladı. Biz de bununla ilgili şöyle bir çalışma yürüttük: meslektaşlarımızın ve bazı firmaların katkılarıyla konteynır hazırladık. Klinik konteynır kurulduktan sonra deprem bölgesine ulaştırdık. Deprem bölgesine ulaştıktan sonra yaklaşık 2 ay gönüllü diş hekimlerimiz, meslektaşlarımız vasıtasıyla orada azami sağlık hizmeti verildi. 2 ay sonunda da artık bu hizmetin kamu eliyle yürütülmesi kararı alındı ve 2 Ekim’de klinik konteynır bölge odasına teslim edilerek devamındaki yürütücülüğü onlara bırakıldı.

Bu deprem bize şunu da gösterdi: Şimdi depremde hayatını kaybeden kişilerin biraz önce hocam da bahsetti, kimliklerin tespitiyle ilgili sıkıntılar da yaşandı. Biz Ankara Diş Hekimi Odasında felaket kurbanlarının kimliklendirilmesi için bir komisyon da kurduk. Kamuda aslında böyle bir kurum vardı; ancak oluşumuyla ilgili, kurulda kimlerin olacağı gibi, komisyonu oluşturulmasıyla ilgili bir faaliyet yürütülmemiş. Komisyon olarak biz bunu kurduk, aslında biraz daha farkındalık yaratmak için kurbanları kimliklendirmek noktasında retina gibi diş hekimliğindeki ağız yapısı -öyle tarif edeyim- bu anlamdaki en belirgin özelliklerden biri olduğu için bununla ilgili komisyon kurduk. Bununla ilgili raporları hazırlayıp, ilgili kurumlara da ileteceğiz. Bu da bizim bir farkındalığımız oldu son olarak.

Şimdilik ben böyle teslim edeyim mikrofonu. Teşekkür ediyorum.

Dr. Ayşe GÜNEY

Gelecek Partisi Sağlık Politikaları Başkanı

Sağlık kendisi olmadığında başka hiçbir şeye izin vermeyen en büyük ve en kıskanç nimettir. O ya vardır ve her şeyi anlamlı kılar, ya da yoktur ve yokluğu her şeyi anlamsızlaştırır. Varlığında, yan yana geldiği her şeye değer katar; yokluğunda ise en büyük nimetler bile külfet hâline dönüşür.

Sağlık politikalarının öznesi insandır. İnsan odaklı Gelecek Partisi siyasetinin en temel alanını sağlık politikaları oluşturur. Zira insan sağlığını ihmal eden bir siyasetin insanın mutluluğunu amaç edinen toplumsal bir düzen kurma iddiası boşlukta kalır.

Partimiz, sağlıklı bir gelecek inşası için hak temelli, insan onuruna yakışır, ulaşılabilir ve erişilebilir sağlık hizmetini temel bir insan hakkı olarak görmektedir.

Koruyucu, önleyici, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini ve sağlığın geliştirilmesini temel insan hakları kapsamında ele alan, bu hizmetler için yeterli kaynakları tahsis edebilen,

Büyük veri analizleri ve yapay zekâ uygulamaları ile sağlığın maruz kalacağı riskler ve fırsatları öngören,

Etik değerler çerçevesinde yüksek bilgi ve teknolojiye dayanan,

Uluslararası rekabet gücüne sahip kendi ilacını, aşısını, tıbbî cihazını üretebilen,

Dünya çapında üretim, denetleme ve onay yetkisine sahip Gıda ve İlaç Dairesi, Hıfzıssıhha Enstitüsü, Enfeksiyon ve Salgınlar Enstitüsü gibi ulusal kurumlara sahip,

Hekimlerimiz ve sağlık hizmet sunumunda görevli tüm ilgililerin herhangi bir şiddete maruz kalmaksızın çalışma şartları, ücretleri ve özlük haklarını insan onuruna yakışır düzeyde iyileştiren ve toplumda hak ettikleri itibarı yeniden kazandıran,

Tıp fakültelerimiz başta olmak üzere sistemdeki tüm aktörlerin eğitim kalitesini yükselten, fonksiyonlarını tanımlayan ve birbirleri ile entegrasyonunu sağlayan bütüncül, kapsayıcı ve katılımcı bir sağlık politikasını hayata geçirmeyi hedeflemekteyiz.

Sağlık, bireyin anne rahmine düştüğü andan itibaren ölene kadar sahip olduğu bir temel hak olarak kabul edilmektedir. O halde sağlık hakkı kişilerin daha doğmadan henüz cenin iken sahip olduğu bir haktır diyebiliriz. Bu anlamda sağlık hakkı düzenlenmesi ve korunması bakımından insanlar açısından daha önemli bir haktır. **Gelecek Partisi olarak bütün bu politikalarda yönlendirici ilkemiz; Anayasamızda belirtilen “sağlığın en temel insan hakkı” olmasıdır.**

6 Şubat Kahraman Maraş Depremi

6 Şubat 2023 sabahında ülkemizin 10 ilinde 1,5 dakika içinde yer sarsıldı. Sabaha işe gidecek babalar, anneler, şubat tatilinde evine gelmiş gençler, her gün sabah annesinin hazırladığı buram buram kahvaltıya uyanan çocuklar, ağzı dualı yaşlılar bir anda göçük altında kaldı. Evleri, okulları hastaneleri, yıkıldı. Çadır dahi bulamadan kar, yağmur, soğuk ve ayazda gözlerini kırpmadan canlarını ve sevdiklerini kurtarmak için çabaladılar, çabaladılar, çabaladılar...

50 bini aşkın vefat eden insanımızın yanında pek çok kişi de çeşitli derecelerde yaralandı. Çok sayıda amputasyon ve organ kayıpları oldu.

Hayatta kalanlar, çadırlarda, konteynerlerde, yeni yeni yerleşebildikleri onarılmış evlerinde ve başka şehirlerde, pek çok kayıplarına rağmen umutla hayata tutunmaya çalışıyorlar.

6 Şubat'ta yaşanan büyük afetin hemen ardından 8 Şubat 2023'te Genel Başkanımız Prof. Dr. Ahmet Davutoğlu, değerli eşi Op. Dr. Sare Davutoğlu ve beraberindeki heyet afet bölgesini ziyarete etti. Yerinde incelemeler yaptı. Afetzedelerin yardım çılgınlıklarına elde bulunan imkanlar nispetinde karşılık verildi.

Bu kapsamda ilk günlerde;

79 Tır, 51 Kamyon, 135 Minibüs ile dayanıklı temel gıda, ayakkabı, kaban, çorap, iç çamaşırı çocuk bezi, hijyenik malzeme, battaniye ve bireysel temizlik malzemesi, 5 Tanker yakıt, 52 adet İş Makinesi, 1 Tır Jeneratör ulaştırıldı. 680 kişilik kurtarma ekibi, gönüllü iş makinesi operatörleri ile kurtarma ve insani yardım faaliyetlerine katkıda bulunuldu. Aşevleri kurularak afetzedelere sıcak yemek hazırlandı. İlki Defne ilçesinde olmak üzere hızla yapılan konteyner kentlerde ülke genelinde 4.500'e yakın kişinin konaklaması sağlandı.

Afet Bölgesi ziyareti sırasında, Antakya'da bütün hastaneler zarar görmüş olup, sağlam kalan tek özel hastanede 72 saattir hiç aralıksız tek başına cansiperane görev yapan bir ebenin sosyal medyadaki çığılığına kayıtsız kalamayan Op. Dr. Sare Davutoğlu ebeden görevi hızla devralıp çok sayıda gebeyi takip ve tedavi etmiştir. 4 gün boyunca pek çok bebeği salimen doğurtmuş, aynı

zamanda hastanede pek az doktor bulunması nedeniyle genel hekimlik hizmeti de vermiştir.

Gelecek Partisi Sağlık Politikaları İzleme Kurulu Olarak, 14 Mart 2023 Tıp Bayramını afet bölgesinde hekim arkadaşlarımız ve sağlık çalışanları ile kutladık. Hekimlere görev esnasında giyebilmeleri için beyaz önlük hediye ettik. Hekim ve sağlık çalışanlarının kullanımına yönelik olarak Antakya, Adıyaman ve Pazarcık Devlet Hastanelerine konteyner ulaştırdık. Antakya Eğitim Araştırma Hastanesine hazırladığımız konteynerleri aynı günde, Sağlık Bakanlığımızın hekim ve sağlık çalışanlarının kullanımı için 150 adet konteyner göndermiş olması nedeniyle Antakya'da sağlam kalmış tek hastane olan Özel Mozaik Hastanesinin bahçesine kurulmasını sağladık.

Aynı zaman zarfında dahiliye uzmanı, çocuk hekimi, jinekolog, göz hastalıkları uzmanı, psikolog ve hemşirelerden oluşan ekibimiz ziyaret esnasında çadır kentler ve konteynerlerde sağlık sorunu olan afetzedelerin muayenesi ve ilaç temini hizmeti sunmuştur.

GELECEK PARTİSİ DEPREM BÖLGESİ GÖZLEM RAPORU

Deprem sonrasında ülkemizde büyük bir dayanışma örneği yaşanmıştır. İktidarından muhalefetine, sivil toplum kuruluşlarından yerel yönetimlere kadar herkes deprem bölgesinin yardımına koşmuştur. Kahramanmaraş depremleri sonrasındaki dayanışma örneği milletimizin toplumsal dayanışma ruhunun ne denli büyük olduğunu bir kere daha ortaya koymuştur. Bununla beraber ilk günden beri depremin yaraları sarılmaya çalışılsa da önemli aksamaların olduğu da bir gerçekliktir. Gelecek Partisi olarak deprem bölgesindeki son durumu yakından gözlemlene adına, **İstanbul Milletvekili Av. İsa Mesih Şahin** başkanlığında heyet afet bölgesine 25 Ağustos Cuma günü Adana'da başlayıp 2 Eylül Cumartesi günü Şanlıurfa'da tamamlanan gözlem ve yerinde inceleme ziyareti gerçekleştirilmiştir. Programda Diyarbakır ve Elâzığ hariç 9 il, 8 taşra ilçesi ve 5 köy olmak üzere tüm deprem bölgesi illeri ziyaret edilmiştir.

Program kapsamında; illerde ve ilçelerde TOKİ şantiyeleri ziyaret edilerek, yetkililerden bilgi alınmış, inşaatlar gezilmiş ve toplu konut yapımının ne aşamada olduğu yerinde görülmüştür. Konteyner kentler ziyaret edilerek, burada yaşayan vatandaşlarımızın yaşam koşulları gözlemlenmiştir. Ayrıca şehir merkezleri ziyaret edilerek ağır hasarlı binaların son durumu, şehirlerde yaşanan sorunlar yakından takip edilmiştir. Deprem bölgesinde yapılmakta olan toplu konutların yetersiz olduğu, bölgede daha fazla konteynere ihtiyaç duyulduğu, mevcuttaki konteyner kentlerin kışa hazır olmadığı, ağır hasarlı binaların

önemli bir bölümünün halen yıkılmadığı, yerinde ayrışma sorununun büyük zararları olduğu, eğitim faaliyetlerinde aksamalar olacağı, şehirlerde içme suyu sorununun olduğu, ticari hayatın canlandırılması gerektiği önemli tespitlerdir.

Ziyaret sonrası Gelecek Partisi İstanbul Milletvekili Av. İsa Mesih Şahin tarafından yayınlanan rapordan öne çıkan sorunlar aşağıda özetlenmiştir.

Barınma/Konut Sorunu

6 Şubat'ta yaşanan Kahramanmaraş Depremlerinin yıkıcı etkisinin sonucu olarak en çok ihtiyaç duyulan husus barınma/konut ihtiyacıdır. Evleri yıkılan ya da ağır hasarlı durumda olan vatandaşlarımızın barınma ihtiyacı için, konteyner kentler oluşturma, çadır tahsis etme, depremzedeleri kamuya ait tesislerde misafir etme gibi yöntemler tercih edilmiştir. Depremde evleri yıkılan ya da ağır hasar gören vatandaşlarımızın konut/barınma ihtiyacının sağlanması sosyal devlet olmanın bir gereğidir. Sayın Cumhurbaşkanı tarafından da depremden hemen sonra konut ihtiyacının karşılanması, deprem bölgesinin normalleşmeye başlaması için kamuoyuna yönelik yapılan açıklamada “Bize bir yıl süre verin.” mesajı verilmiştir. Bu mesaj ile deprem bölgesinde ve kamuoyunda mağdur vatandaşlara konutların yapılıp teslim edileceği beklentisi oluşmuştur.

Heyet olarak ziyaretlerde il ve ilçelerdeki TOKİ inşaatları gezilerek, inşaatların son durumu incelenmiştir. Yapılan inşaatlar hakkında yetkililerden de bilgi alınmıştır. Osmaniye’de Toprakkale yolu üzerindeki TOKİ şantiyesi, Kahramanmaraş’ta Dulkadiroğlu ilçesi Feruğ Karataş Bölgesindeki TOKİ şantiyesi, Gaziantep Nurdağı ilçesinde Bademli bölgesindeki TOKİ şantiyesi, İslâhiye ilçesinde 3. Etap 1. Bölge TOKİ şantiyesi, Malatya’da İkizce bölgesindeki TOKİ şantiyesi bizzat ziyaret edilerek, inşaat çalışmalarının son durumu yakından incelenmiştir.

Bu konuda yapılan gözlemimizin en önemli sonucu; “Mevcutta yapılmakta olan inşaatların önemli bir bölümünün bahse konu 1 yıllık sürede (2024 Mart) tamamlanabileceği görülmüştür. Ancak ne var ki; teslim edilecek konut sayısının mevcut mağduriyetin çok az bir bölümünü karşılayacak durumda olması sürecin en önemli sorunu olarak karşımızda yer almaktadır.” Yani yapılmakta olan inşaat sayısı iktidar yetkililerinin bahsettiği sayılarda olmayıp, konut ihtiyacı konusunda depremzedelerin önemli bir bölümünün mağduriyetinin devam edeceği açık bir şekilde ortadadır. Ayrıca yapımı tamamlanacak olan toplu konutların kimlere, hangi şartlarda dağıtılacağı konusunda da belirsizlikler mevcuttur. Evleri yıkılan ya da ağır hasar gören vatandaşlarımız için geçici olarak konteyner kentler kurulmuş ise de yapılan ziyaretlerde her ilimizde daha

fazla konteyner ihtiyacı olduğu da görülmüştür. Kış dönemine girilmeden illere yeterli sayıda konteyner ulaştırılması gerekmektedir.

Bazı bölgelerde hala çadırlarda yaşayan vatandaşlarımızın bulunduğu görülmüştür. Konteyner ve çadır bulamamış mağdur vatandaşlarımızın sayısı da bir hayli fazladır.

TOKİ tarafından yapılan dairelerin yüzölçümü 'brüt olarak' 3+1'ler 105 m2, 2+1'ler 85 m2 olarak planlanmıştır. Deprem bölgesindeki geleneksel aile yapıları düşünüldüğünde TOKİ tarafından yapılan daireler çok küçük ölçekli kalmaktadır. Deprem bölgesinde bu konuda yoğun eleştiriler yapılmaktadır.

Düzensiz göçmen konumunda olan Suriye vatandaşlarının da illerimizin çoğunda belirli bölgelerde toplandıkları gözlemlenmiştir. Toplu konut yapan firmalara ödenek konusunda aksamlar olduğu yönünde aldığımız duyum da üzerinde durulması gereken önemli bir husustur.

Yaşanacak olası ödenek sorununun önümüzdeki dönemde inşaatları yavaşlatacağı ve mağduriyetleri büyüteceği riskinin de ilgili kurumlar tarafından dikkate alınması gerekmektedir. Evini kendisi yapacak olan vatandaşlara sağlanan Hibe + Kredinin de ev maliyetlerini karşılamadığı yönünde çok sayıda şikâyet alınmıştır. Bu konuda da ilgili kurumların hibe ve kredi şartlarını iyileştirmesi gerekmektedir.

Konteyner Kent Sorunları

Program kapsamında illerde konteyner kentler ziyaret edilerek; yetkililerden bilgi alınmış ve doğrudan vatandaşlarımız ile de temaslar kurularak sorun ve talepler yerinde dinlenmiştir. Konteyner kent ziyaretlerinde; Adana'da Şam-bayadı Geçici Konaklama Merkezi, Osmaniye'de Karaçay Geçici Konaklama Merkezi, Kahramanmaraş'ta Kahramanmaraş Baykar Konteyner Kenti, Nurdağı Konteyner Kenti, İslâhiye Geçici Yaşam Alanı, Hatay'da prefabrik konutların bulunduğu Ciner Mahallesi, Adıyaman'da İpekli 1 Şehir Hastanesi K-2B Geçici Konaklama Merkezi, Malatya'da Yaşam Kent-1 Konteyner Kenti ziyaret edilmiştir. Ziyaret ettiğimiz her ilde; kurulan konteyner kentlerin haricinde konteyner ihtiyacı söz konusu olmakla birlikte vatandaşların yer yer çadırlarda yaşadığı tespit edilmiştir.

Konteyner tahsisi yapılamayan vatandaşlar akrabalarıyla aynı konteynerleri paylaşmakta, dolayısıyla da konteynerlerde vatandaşlar çok kalabalık nüfuslar halinde yaşamak zorunda kalmaktadır. Konteyner kentler için en önemli tespitimiz; konteyner kentler kışa hazır değildir. Bazı bölgelerde yağış sonrasında

konteyner çatısından içeriye su akmalarının olduğu tespit edilmiştir. Bazı noktalarda da alt yapının yanlış hazırlanması nedeniyle yağışlarda farklı sorunlar yaşandığı bilgisi aktarılmıştır.

Temel ihtiyaçlar olan su, elektrik gibi hizmetlerin sık sık kesintiye uğraması konteyner kentlerde hayatı olumsuz etkilemekte, günlük işleri aksatmaktadır. Yaşanan içme suyu sorunu da sağlık sorunlarına sebep olmaktadır.

Konteyner kentlerde güvenlik kamera sistemleri mevcut olmayıp, bu durum asayiş sorununa sebep olabilmektedir. Günümüzün en temel ihtiyacı olan internete erişim hemen hemen hiçbir konteyner kentte bulunmamaktadır. Bu durum başta eğitim-öğretim olmak üzere hayatı olumsuz etkilemektedir. Bazı konteyner kentlerde elektrik sayaçları takılacağı bilgisi zor şartlar altında yaşayan depremzede vatandaşlarımızı kaygılandırmaktadır.

Eğitime Dair Sorunlar

Depremde yıkılan ya da zarar gören okullardaki öğrencilerin başka okullara nakledilmesi diğer okullardaki sınıf başına düşen öğrenci sayısının artışına sebep olmaktadır. Dolayısıyla da eğitimde kalite sorunu ortaya çıkacağı önemli bir gerçekliktir. Konteyner kentler, eğitim faaliyetlerine tam olarak hazır durumda değildir. Bazı konteyner kentlerde ana okul ve ilkokul hazırlıkları halen devam etmektedir.

Başka okullarda okuyan öğrencilerin konteyner kentlerden diğer okullara taşınması da ayrı bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Kentlerde yeterli servis olmadığı bilgisi de önemli bir tespittir. Servis taşımacılığı hususundaki belirsizlik çok sayıda vatandaşımız tarafından tarafımıza iletilmiştir. Öğrenci taşımacılığındaki aksamalara ilişkin gerekli önlemler alınmalıdır. Tecrübeli öğretmenlerin tayin isteyerek deprem bölgelerinden ayrılması da nitelikli eğitim açısından önemli bir sorun olarak görülmektedir. Üniversite öğrencileri için de barınma/konut ihtiyacı önemli bir sorun olarak durmaktadır. KYK yurtlarının yeterli kapasitede olmaması, şehirlerde yaşanan konut sıkıntısı, kira fiyatlarının yüksekliği gibi etkenler de göz önünde bulundurulduğunda üniversiteler açıldığında öğrencileri bu açıdan büyük bir barınma sorunu beklemektedir.

Ağır Hasarlı Binaların Yıkımı/Hafriyat Çalışma Sorunları

İllerimizin bazı bölgelerinde halen depremde yıkılan binaların enkazlarının kaldırılmadığı görülmüştür. Ağır hasarlı binaların önemli bir bölümünün hala yıkılmadığı, yıkımların yavaş ilerlediği, bu binaların büyük bir tehdit olarak durduğu önemli bir tespitimizdir. Örneğin Malatya'da yıkılması gereken 36.000

binadan ancak 5.000 kadarının yıkıldığı bilgisi aktarılmıştır. Gözlemlerimizde de Malatya'da çok sayıda ağır hasarlı binanın hala yıkılmadığı görülmüştür. Yerel yönetimlerin özellikle şehirlerin ana caddelerindeki enkazların kaldırılmasına öncelik verdikleri ancak arka mahallelerde yavaş hareket ettikleri, şehrin ana noktalarındaki makyajlar ile şehirlerin hızlı dönüşüm içinde olduğu algısı oluşturmaya çalıştıkları da görülmüştür. Hafriyatların kaldırılması konusunda; 'yerinde ayrışma sorunu' bütün şehirlerimiz için en önemli sorunlardan birisidir. Şöyle ki; binaların yıkılması ve hafriyatların taşınması işini alan firmaların "enkazdaki demirleri değerlendirme adına yerinde ayrıştırarak alması"; ağır hasarlı binaların yıkılıp kaldırılması işlemlerinin uzamasına, solunan havada asbest yükünün artmasına ve sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına, demir ayrışması amacıyla ağır yüklü araçların yaptığı işlerin altyapıya zarar vermesine yol açmaktadır. Alt yapının zarar görmesi en fazla temiz içme ve kullanma suyu erişimi sorununa neden olmaktadır.

Hafriyatların kaldırılması işlemlerinde gerekli önlemlerin alınmaması (sulama yapılmaması gibi) şehirlerin toz bulutuyla kaplanmasına sebep olmaktadır. Bu sorunun doğal sonucu olarak sağlık sorunları ortaya çıkabilmektedir.

Temiz İçme ve Kullanma Suyu Sorunu

Depremde ağır hasar gören şehirlerimizin birçoğunda içme suyu sorunu en önemli başlıklardan birisidir. Şehirlerde içme suyu şebekesi gerek deprem anında gerekse de hafriyat kaldırma işlemleri sırasında yerinde ayrışma gibi yanlış işlemlerden dolayı büyük oranda hasar almış vaziyettedir. Şehirlerimizin birçoğunda içme suyu hattından akan sular çamurlu bir şekilde musluklardan akmakta, musluk suyu içilememektedir. İçme suyu sorunu beraberinde sağlık sorununu da getirmektedir. Özellikle de okulların açılmasıyla bulaşıcı hastalıkların daha çabuk yayılma riski de bulunmaktadır.

Ticari Hayatın Son Durumu

Bir şehrin ihyasındaki en temel unsurlardan birisi şüphesiz dinamik bir ticari hareketlilik. Deprem bölgesindeki iş yeri sahiplerinin bir kısmının iş yerlerinin yıkılması ya da kullanılamayacak hale gelmesi ticari hayatı olumsuz etkilemiştir. Var olan mevcut ticari işletmelerin de maliyetlerin artması ve şehirlerin ekonomik imkânsızlık içinde olması gibi sebeplerle yeterli iş imkanına sahip olmaması esnafımızı iş yerlerini kapatmaya sevk etmektedir. Deprem bölgesindeki esnaflara, iş insanlarına yönelik teşvikler de yetersizdir, zor durumda olan deprem bölgesi esnafı çaresiz bırakılmaktadır. Bazı illerimizde esnafımıza

yönelik prefabrik iş yerleri tahsis edilmiş ise de bu hizmet çok yetersiz kalmıştır. Bazı illerimizde ise böyle bir hizmet hiç yapılmamaktadır.

Diğer Sorunlar

Deprem bölgesinde çok sayıda yerde GSM hatlarının çekim sorunu ve internet hizmetinin yetersiz olması vatandaşlarımızın rahatsız olduğu konulardandır.

Bölgedeki en önemli ihtiyaçlardan birisi; rehabilitasyon hizmetidir. Depremden psikolojik olarak olumsuz olarak etkilenen çok sayıda vatandaşımız; evleri sağlam olmasına rağmen evlerine girememektedir. Bu ve benzeri konular için bölgede daha güçlü bir rehabilitasyona ihtiyaç vardır.

Deprem sonrası yaşanan konut arzı sıkıntısı zaten yükselmekte olan kira fiyatlarını daha fazla yükseltmiştir. Kira fiyatlarının yüksek olması şehirlerde önemli bir sosyal sorundur. Deprem bölgesindeki kamu görevlilerine tayin isteme hakkı verilmiştir. Depremden psikolojik olarak etkilenen nitelikli insan kaynağının (doktor, öğretmen vb.) bu hakkı kullanarak deprem bölgesi şehirlerinden ayrılması, bölgedeki nitelikli kamu hizmetinin tesisi açısından büyük bir eksikliği doğurmaktadır.

Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığının sisteminde yaşanan adres karışıklığı önemli bir sorunu beraberinde getirmiştir. Bu karışıklık nedeniyle evi yıkılan bazı depremzedelerin evleri sistemde yıkılmamış görünmekte, ağır hasarlı olanlar ise orta veya hafif hasarlı olarak görünmektedir. Bu şekilde çok sayıda mağduriyet yaşanmaktadır. Bu durumdan dolayı depremzedeler yapılan bazı ödemeleri alamamakta ve/veya konteyner talebinde bulunamamakta, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarından ödenek alamamaktadır.

DASK ödemelerinin yapılmadığı yönünde de önemli şikayetler alınmıştır. Depremzede vatandaşlardan alınmayacağı açıklanan elektrik vb. faturaların sonradan faturalara yansıtıldığı yönünde vatandaşlarımızdan çok sayıda şikâyet aktarılmıştır.

GELECEK PARTİSİ AFET ve ACİL DURUM SAĞLIK HİZMETLERİ POLİTİKASI

İnsanlar ve ülkeler için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplara neden olan, normal yaşamı ve insan faaliyetlerini durdurarak veya kesintiye uğratarak toplulukları olumsuz etkileyen doğal, teknolojik veya insan kökenli olaylar olarak tanımlanan afetler, belli bir kesimin karşı koyma kapasitesini aşan, birçok kurumun koordineli müdahalesini gerektiren olaylardır.

6 Şubat depreminde karşılaştığımız gibi afetlerde aynı anda milyonlarca insanın, beraberinde hayvanlar ve çevre de etkilenmektedir. Afet gerçekleştiği anda profesyonel yardım ekiplerinin gelmesi zaman alacağı bir gerçektir. Ülke-mizin hemen tamamının birinci derece deprem bölgesi olduğunu da göz önüne alarak, her evde, her ailede, her mahallede, okullarda, işyerlerinde, mülki idare birimlerinde afet planları ve afet senaryoları oluşturularak, belirli periyotlarla uygulanması kaçınılmazdır.

Gelecek Partisi olarak:

- Tüm riskleri ve tehlikeleri hesaba katan, olası afetlerinin tüm evrele-rini içeren, ihtiyaç duyulan kaynakları kullanan ve toplumdaki tüm birey ve kurumların koordinasyonunu ön gören afet sağlık planlarını geliştireceğiz.
- 2003 yılında kurulan Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE) kurul-dukları zamandan beri ülke genelinde afet ve acil durumların müdahale sürecinde görev almıştır. UMKE ekipleri özellikle kendi çevrelerinde gerçekleşecek afetlerden en az etkilenecek ve her an müdahale edebi-lecek yeterlilik ve donanımına getirilecektir.
- Her aileden en az bir kişiye ilk yardım eğitimi verilmesi yönünde çalışmalar yapılacak, ilkokuldan itibaren çocuklara ve gençlere temel ilk yardım becerileri kazandırılacaktır.
- Depremler, çığ, sel ve su baskınları, yangınlar, maden kazaları, sanayi patlamaları gibi olası afetlerde hareket planı bilimsel bilgiye uygun gerçekçi olarak belirlenip, bir senaryo oluşturularak, ayda bir defadan az olmamak üzere, belli periyotlarla tatbikatlar yapılacaktır.
- Afet sonrasında afetzedelerin tanınması ve kimliklendirilmesi amacıyla, tek merkezden yönetilen ilgili uzmanların dahil edildiği Ulusal Afet Kimliklendirme ekipleri kurulacaktır.
- Yurt genelinde spesifik afetler konusunda uzman kadro ve ekipmanlar barındıran afet merkezi statüsü verilmiş yönetim ve başhekim dahil her personel ve ekipmanın yedekleriyle planlanmış Afet Acil Durum Hastaneler oluşturulacaktır. İstanbul'un iki yakasında ve her bölgede oluşturulması planlanan bu hastaneler afet dışı dönemlerde travma ve yanık hastanesi olarak hizmet verecek. Hekimler ve sağlık çalışanlarının bilgi ve tecrübelerinin her zaman verimli ve güncel olması sağlanacaktır.

Ayrıca günümüzde İnsan, hayvan ve çevre sağlığına odaklanan tek sağlık yaklaşımı geçerli hale gelmiştir. Afetler ve Covid 19 pandemisi çevreye ve yaban hayatına saygılı olmanın gereğini yakıcı bir şekilde gözler önüne sermiştir. Partimiz tek sağlık anlayışına uygun politikaları ulusal düzeyde benimsemektedir. Sağlık Politikalarımız, Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Dünya Hayvan Sağlığı Örgütü (OIE) Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü (FAO) arasında imzalanan, zoonotik hastalıkları ve bunların ekonomik, sosyal ve sağlık üzerindeki etkilerini önlemeyi ve yönetmeyi amaçlayan Üçlü İş Birliği Anlaşması çerçevesinde yürütülecektir.

Ecz. Erdal KART

Ankara Eczası Odası Üyesi

Benden önce konuşan konuşmacı depreme dair bir şeyden bahsetti. “*Cesetlerin kokusu dedi.*” Ben de aklıma gelmişken bahsetmek isterim. Ne kadar vahim bir tabloyla karşılaştığımızı bilmenizi isterim. Biz Eczacılar Adıyaman’a ve Hatay’a ilk hafta en fazla mentol gönderdik (Ticari ismi Vicks olan ilaç). Oradaki çalışan herkes, sağlık çalışanları olsun, diğer arama kurtarma ekibi olan arkadaşlar olsun o kadar kötü bir koku altında hizmet vermeye çalışıyorlardı ki bize gelen en fazla talep ilk hafta için orada olan meslektaşlarımıza ulaştığımızda “*Buraya Vicks gönderin lütfen, çünkü dayanılmaz bir koku altında çalışma yürütüyoruz.*” demişlerdi. Bunu da hemen aklıma gelmişken ifade etmek isterim.

Değerli katılımcılar öncelikle sağlık hakkı deyince ben kendi alanımla, ilaç, eczacılık alanıyla konuşmak üzere buradayım. O yüzden sağlık hakkının unsurlarından biri olan erişebilirlik üzerine daha çok konuşacağım; ama bu konuşmamın çerçevesinde bir de şunu çizeceğim: Önce bir olağan durumdan size bahsedeceğim. Olağanımız nasıl? Bir de olağandışı durumda nasıl bir ortam bizi bekliyor? Sonrasında onu ifade edeceğim.

Benden önceki konuşmacılar sağlığın tanımını yaptı ama ben bir konuda ekleme yapacağım. Bir etkinlikte Prof. Dr. Cem Kaptanoğlu’nu dinlerken ona bir soru yöneltmiştim. O soru üzerine bana çok güzel bir cevap vermişti. Demiştik ki Dünya Sağlık Örgütü’nün artık bu sağlık tanımını güncellemesi gerekiyor. Çünkü sağlığın artık sadece beden, ruhen tanımlanması artık bir boşluk doğuruyor. O da bunun üzerine tartışmalar var, aslında oraya konulması gereken en önemli kavramlardan bir tanesi sağlığın aynı zamanda politik iyi olma hali olduğunu ifade etmişti. Sonra o tartışmaların eşliğinde bugün burada neden politik iyi olma hali olduğunu da çerçeveselendirmek gerekir. Çünkü birincisi, politika ekonomiyi etkiliyor, politika sizin sosyal halinizi etkiliyor, politika sizin ruhsal halinizi etkiliyor, politika sizin bedensel halinizi etkiliyor. Yani evirip çevirip konuştuğumuz tüm konuların hemen hemen hepsinin sonucunda sizin politik bir iyi olma haline ya da ortamına sahip olmanız gerekiyor. O yüzden ilk etapta bu sağlık tanımını bir çerçeveselendirmek amacıyla böyle bir giriş yapmak istiyorum.

Gelelim en başta belirttiğim olağan durumumuza bakacak olursak, şimdi Tabip Odaları ve Türk Tabipleri Birliği çoğu kez şehir hastanelerine değindi, önce ona değineyim. Şimdi siz illerdeki hastaneleri kapatıp şehir hastaneleri

kuruyorsunuz; ama yatak sayısı kapattığınız hastanelerin yatak sayısından az. Birincisi, olağan durumdaki durumumuz bunu anlayalım. Bir kere hastanelerimizin yatak sayısı, günden güne şehir hastaneleri açıldıkça ve diğer hastaneler kapandıkça azalıyor. Burada bir kere eksiyle başlıyoruz. İkincisi, hastanelerin içerisinde görevli olanlar sağlık çalışanları, hekimler, diş hekimleri, eczacılar, hemşireler, tüm sağlık çalışanları. Şimdi olağan durumda sağlık çalışanlarının durumu nasıl? Niteliksizleştiriliyorlar ve değersizleştiriliyorlar. Bugün Sağlık Hukuku Kurultayındayız, şu an avukatların da en fazla sıkıntılarından bir tanesi sürekli açılan hukuk fakülteleri. Aynı şeyi hekimler de yaşıyor, diş hekimleri de yaşıyor, eczacılar da yaşıyor. Sürekli akademik ve teknik olarak yetersiz fakülteler açılıyor. Özellikle bunu akademik meslek örgütleri çerçevesinde söylüyorum. Sürekli yeni fakülteler açılıyor ve bunlar teknik ve donanımsal altyapı açısından akademik yeterliliği bulunmayan fakülteler. O zaman siz gelecekte ortaya çıkacak olağandışı durumlar için niteliksiz meslek mensuplarını oluşturmaya başlıyorsunuz. İkinci eksi noktamız bu.

Üçüncüsü, kendi alanıma ilaç konusuna gelecek olursak; son 5 yıldır Türkiye'nin özellikle sağlıkta dönüşüm projesiyle başlayan ilaç politikası referans ilaç modeli. En ucuz ilacı alan 5 Avrupa ülkesinin ortalamasını alıyoruz, ilaç firmalarına diyoruz ki Euro kurunu böyle belirledim, bu Euro kuruna göre bu ilacı bana vereceksiniz. Peki, o ilaç firmaları veriyor mu bu ilacı? Hayır. Son 5 yıldır sürekli Türkiye'de ilaç yokları yüzde 20'nin altına düşmedi. Son 5 yıldır sürekli olağanımız bu. Şu anda antibiyotiklerde sorun var. Deprem noktasında biz ne yaşadık? Biz deprem noktasında giderken gönderemediğimiz en önemli ilaç grubu antibiyotiklerdi. Değerli katılımcılar, antibiyotik sorunu yaşadık ve bunu sadece kapsül noktasında yaşamadık. Şurup formları da aynı şekilde yoktu. Hastanelerdeyse en ise enjeksiyon kısmında sorunlar vardı ve bulunamıyordu. Enjeksiyon preparatları gönderemedik. Ben Malatya'da görevliydim, dördüncü günde Malatya'ya gitmiştim. Orada tıp merkezi vardı Turgut Özal Tıp Merkezinin karşısında, acil anabilim dalına gittim hemen, oradaki hocamla görüştim. Onun bana ilk söylediği cümle: *"Erdal Bey, bize enjeksiyonlu formlar lazım."* Biz tasnifimizi hastanenin bu talebi doğrultusunda yaptık. Çünkü hastanenin karşısında Sahra Eczanesini kurmuştuk, bu talep doğrultusunda çalışmamız bu oldu. Oradaki enjeksiyonluk preparatların hepsini toplayıp hastaneye göndermeye başladık; ama ayaktan tedavisinde reçetesini alıp bize gelen birçok hastanın, hemen hemen tüm hastaların diyebilirim, hepsinin reçetesinde antibiyotik var. Nasıl yapacağız, nasıl müdahale yapacağız? Üçüncü eksi noktamız buydu. Yani şu olağanımızda eksigiz zaten, Olağandışı durumda ise daha fazla eksikle karşı karşıya kalıp nasıl sağlık hizmeti sunacaksınız? Süreç olağanlığında bu

kadar sıkıntılıyken olağandışı durumda nelerle karşılaşabileceğimizi tahmin edemiyorum ki yaşadığımızda da tahmin edemedik.

Şimdi bir örnek vereceğim mesela, ilaçla ilgili: Uyuz preparatı. Dünya Sağlık Örgütünün örneğini verdi hocam, en önemli şeylerden bir tanesi temiz içme suyu. Kişilerin içme suyuna veya vücudunu temizlemeye bir suya erişimi yok. Var olan uyuz ilaçlarının hepsi krem formu arkadaşlar. Siz uyuzun tedavisi için krem formlarını gönderiyorsunuz; fakat onun 24 saat vücutta kaldıktan sonra temizlenip vücuttan atılması lazım. İlacın bir tablet formu var, ama mevcutta tablet formu yok. Yani ivermektin etken maddeli bir form var, onu vermeniz lazım. Hatta bunun büyük bir kısmını da oradaki hizmeti sunan sağlık çalışanlarına ciddi bir şekilde ayırmanız gerekiyor; ama yok. Türkiye’de sadece 10.000 adet o dönem, 20.000 kadar çıktı, devamı gelmedi. Şu anda en büyük sorunlardan bir tanesi, geçen gün haberlerde de izledim, uyuz vakaları. Tekrarlayan o kadar vaka var ki inatçı çıkıyor bu dönemdekiler. Uyuz sadece depremlerle ortaya çıkmadı. Özellikle mülteciler bu noktada geçiş sırasında uyuz konusunda çok ciddi sıkıntılar yaşamıştı. Peki, burada bu hastaların ivermektine erişimi nasıl? İvermektin şu anda piyasada var, ama erişimi zor. Paran varsa ona erişebiliyorsun. Çünkü geri ödeme kapsamında değil arkadaşlar. Sadece belki şunu yapabilirlerdi. O bölgedeki insanlara ivermektin geri ödeme kapsamına alınabilirdi; ama şu an bu da sağlanmıyor. Şu an girdiğiniz zaman ivermektine erişmek isterseniz, bunun kapsül formuna erişemiyorsunuz.

İkincisi, diğer hususu söylemek isterim. Ben de Türk Eczacılar Birliğinin geçmişine yönelik bazı şeylerine baktım. Açıkçası sağlık meslek örgütlerinin arşivine girdim. Türkiye Eczacılar Birliğinin e-kütüphanesi var, oraya girdim. 99 depreminde ne olmuş diye baktım. Sağlık meslek örgütleri gerçekten çok iyi bir dayanışma göstermişler. Çok güzel bir dayanışma ve bunun üstüne ekleyerek gelmişler. Bunu önce geçmişe bakıp, bugün de kendim de işin içerisinde yaşayarak görünce çok mutlu oldum. Az önce Diş Hekimleri Odası Başkanımız da çok güzel bir şey söyledi. Sağlık çalışanları kendi aralarında çok iyi iletişim kuruyorlar, süreci çok iyi götürüyorlar. Gerçekten atropin, adrenalin bunun en güzel örneklerinden bir tanesidir. Çünkü biz neyin nerede olduğunu çok iyi biliyoruz, nasıl erişebileceğimizi, nereden neyi nasıl toplayacağımızı çok iyi biliyoruz. O döneme de baktığımda Türk eczacılarının sahra çadırlarını kullanması, tır eczanelerini o noktalara ulaştırması gibi. Bu dönemde ama şöyle bir şey oldu: O dönem yaşanmamış bir şey. Sahra eczanelerinde hastalara verilen ilaçların tümü Türkiye’deki eczacılar tarafından oraya ücretsiz bir şekilde ulaştırılan ilaçlardı. Sahra eczaneleri özelinde söylüyorum. Fakat eczacılar bu

ücretsiz temini yaparken 99 Depreminde yaşamadığımız bir şeyi 2023 yılında yaşadık. Bize çadır parayla satıldı. Sahra eczanesi için kurulacak çadır bulamadığımız noktada bu çadır bize parayla satıldı. Hani az önce Hocam dedi ya “*Biz çok başarılı işler çıkarttık, ama kamu otoritesi bu noktada sınıfta kaldı*”, bizim nezdimizde de kamu otoritesi sınıfta kaldı. Sadece bunu da yapmadı, Sağlık Bakanlığı şöyle bir şey yaptı: Bizim sahra eczanelerimizin videosunu çekti, bunu Sağlık Bakanlığı yapıyormuş gibi servis etti. Bunu da bir PR çalışması olarak kullandı. Yani sizin var ettiğiniz emeğin de üstüne oturmaya çalıştı.

Az önce Marmara depremi, olası İstanbul depremi, 6 Şubat depreminden sonra çokça konuşulmaya başlandı. Şimdi ben şunu merak ediyorum, şu anda yüzde 25-30 oranında ilaç yoklarıyla gireceğimiz bir İstanbul depremi var. Yollar tıkanacak, bir sürü sorun olacak; ama ortada olan bir gerçeklik var. Hali hazırdaki durumda global ilaç firmaları Türkiye piyasasını terk ediyor. Bu Euro kuruyla ben bu piyasaya ilaç vermem deyip, bir bir piyasadan ayrılıyorlar. En son organ nakli ki az önce hocam da söyledi, pozisyonundan bahsetti, doğru pozisyon ne olması gerektiğini anlattı. Depremde belki siz organınızı kaybedeceksiniz, belki organ nakli olacaksınız. Ama şu anda Türkiye’de, organ nakli sonrası kullanılan ilaç Türkiye’de yok arkadaşlar. Firma açıklamasını yaptı. “*Ben bu politikayla artık süreci götüremiyorum*” diyerek ilacını Türkiye piyasasından çekti. Şu anda organ nakli sonrasında kullanılan bir ilacın orijinali de olmadığı gibi eşdeğeri de piyasada yok. Burada böyle bir sıkıntı yaşıyoruz. Enflasyonist ortamda şu anda Euro kurunun değeri 30'lara ulaşmışken ilaç firmasına siz diyorsunuz ki ben senden 14 liraya alacağım, Euro’yu ben sizin için 14 lira olarak belirledim. Veriyorsan ver, vermiyorsan da piyasadan çekilebilirsin. Bu sorunun temelinde bu yatıyor.

Şimdi olağan, olağandışı durum noktasında yaşadıklarımızı söyledim. Bir de gelecek için, bizim kendi perspektifimizden gelecek için ne olması gerekiyor? İkincisi, bu kapsamda bizim özellikle Kızılay’ın artık portatif raf sistemlerini bulundurması gerekiyor azami şekilde eczaneler nezdinde. Gittiğiniz zaman Kızılay’ın bize bu temin noktasında yardımcı olması gerekir. Bu portatif raf sistemini neden söylüyorum? Çünkü biz gittiğimizde ilaçlar geliyor, ama ilacı dizeceğiniz bir raf yok, her şey dağınık. O sistemi oraya taşımanız gerekiyor ki sizden sonra gelen insanlara bunun sürecini ve işleyişini anlatırken hızlı bir şekilde süreci geçirmiş olmalısınız. Eğer bu olmazsa gelen kişi o sistemi öğrenene kadar hangi ilaç nerede, ne nerede ne kadar bu oryantasyon süreci çok uzar. Çünkü koli koli ilaç geliyor, tasnif yapmaya çalışıyorsunuz. Tasnif yaparken yerlere koyuyorsunuz ya da belki hastaneden rica ediyorsunuz, hastane size bir

masa gönderiyor. O masanın üzerine dizmeye çalışıyorsunuz. Bizim, yani benim kendi gördüğüm, dört gün boyunca Malatya'da kaldım, arkadaşlarımdan da geri dönüşler almıştım, en önemli eksikliklerden bir tanesi belki bunu kendimiz açımızdan da, kendi meslek örgütüm ve meslek odam açısından da bir eksiklik olarak görebiliyoruz. Bence portatif raf sisteminin Kızılay'ın envanterinde kesinlikle bunun bulunması gerekiyor. Bir çadır kurulduktan sonra onun içerisine rahat bir şekilde sığacak bir portatif raf sisteminin olması lazım.

İlaç kısmından da söz ettim, kesinlikle ilaç sorununun ortadan kaldırılması gerekir. En azından şu an yüzde 20 olan yokluğun daha alt seviyelere indirilmesi gerekiyor. Kapatılan hastanelere dair Tabip Odaları, Türk Tabipleri Birliği de birçok kez ifade etti, basın açıklamaları yaptı. Bu hastanelerin hızlı bir şekilde geri açılması gerekiyor. Pandemi döneminde bu hastanelerin ne kadar kıymetli olduğunu gördük. O hastanelerin tekrar nasıl açıldığını, nasıl hizmet verdiğini gördük. O yüzden hastaneler yapılır, yeni hastaneler açılabilir, biz buna karşı değiliz; ama tarihi olan ve gerçekten ciddi hizmet veren hastaneler de kapatılmamalı, kapatılanlar hastaneler de geri açılmalıdır.

Deprem zamanı meslek örgütleriyle, meslektaşlarımla birlikte hemen bir dijital ağ oluşturduk. Mesela, biz depremin beşinci gününde o bölgede yaşayan kaç meslektaşımıza ulaşım sağlayamayacağımızı öngörüp, hızlı bir şekilde veri analizi oluşturduk. Yine o meslektaşlarımızla beraber ortada yayılan yanlış bilgileri teyit etmek için kurum ve kuruluşlarla da ciddi bir şekilde koordineli bir şekilde çalışmaya başladık. Afet yönetimi üzerine bir ders eklenmesi noktası düşünülüyor, bu yapılmalı bence çünkü pandemide bunun çok büyük zararını yaşadık. Eğitimsizlik bize aşı karşıtlığı, bilim karşıtlığı ve ilaç karşıtlığı/kararsızlığı olarak geri dönmeye başladı. Bu sebeple bu eğitim, sadece sağlık meslek mensuplarına ya da akademi meslek mensuplarına verilmemeli. Çekirdekten itibaren tüm çocuklarımıza doğru bilgiyi anlatmamız gerekiyor. O yüzden bunu da eklemek istedim. Teşekkür ederim.

Av. Muhammed Furkan KAYAN

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Genel Sekreteri

Değerli katılımcılar, hepiniz hoş geldiniz. Konuşmamın üç bölümden oluşmasını planladım. İlk bölüm kurulumuzun depremden bu zamana kadar yaptıkları, ikinci bölüm benim deprem yerinde gözlemlediğim durumlara yönelik kısa birkaç cümle, üçüncüsü de yine olağanüstü durumlara yönelik kısa bir konuşma olacak.

İlk konuya geçiş yaparsak, Kahramanmaraş depremleri meydana geldiği andan itibaren gerek olağanüstü durumlarda haberleşmek, gerekse mevzuat taramalarıyla eşgüdümlü çalışabilmek maksadıyla çalışma grubu kurmuştuk. Bu çalışma grubu varlığını, aktifliğini hâlâ sürdürmektedir. Deprem sabahı gerek sahada, gerek merkezlerde çalışacak olan meslek örgütleriyle iletişime geçilmiş ve baromuzla birlikte destek verilmiştir. Depremlerin sağlık hukuku yönünden takibi, mevzuatın düzenlenmesi, resmi kurumların düzenlemeleri ve hukuksal süreçlerdeki haklara dikkat çekmek düşüncesiyle şubat ayından haziran ayına kadar bir bilgi serisi yayınlanmış, bu bilgi serisinin konu başlıklarını yaralanma, tespit ve sağlık hizmetleri oluşturmuştur. Baromuz kurullarıyla eşgüdümlü olarak çalışılarak o dönemde çıkartılan mevzuatların halkımıza açık ve anlaşılır bir biçimde aktarılması sağlanmıştır.

Baromuz Deprem Araştırma Komisyonu bir karar aldı. Bu karar, gerek sahada çalışan meslektaşlarımıza, gerek sağlık çalışanlarına ve gerekse de vatandaşlarımıza yönelik açık, anlaşılabilir, aynı zamanda da yol gösterici olması gereken bir afet rehberinin düzenlenmesiydi. Kurulumuz da bu afet rehberini kamu sağlığı hukuku yönünden deprem rehberini hazırlayarak çok ciddi bir katkı sağlamıştır.

Biraz kendimden bahsetmek istiyorum kısaca, ben 2015-2019 yılları arasında Şırnak'ta sağlık personeli olarak görev yapmış, okulum bittikten sonra da istifa ederek avukatlığa başlamış biriyim. Bu yıllar Türkiye Cumhuriyeti'nin en büyük iç güvenlik hareketlerinden birine, hendek operasyonlarına sahne oldu. Ben o operasyonlarda Şırnak, Silopi, Cizre, Nusaybin, Sur gibi en aktif çatışma bölgelerinde görev aldım. Yani olağanüstü durumlara hazırlıklı olduğumu düşünüyordum. Değilmişim. Orada tanıştığım bir yetkili deprem sabahı beni arayarak uyandırdı ve gelmem gerektiğini söyledi. Durumun gerçekten anlaşılabilir gibi olmadığını bana anlattı. O sabah yola çıktım ve AFAD gönüllüsü sıfatıyla yola koyuldum. Sabah 10.00'da başlayan yolculuğumuz gece 11.30-12.00 civarında sona erdi ki bunun sebebi yolların depremden kaynaklı olarak

bozulmuş olması ve o gün korkunç bir fırtınanın olmasıydı. Oraya vardığımda gördüğüm şey şuydu: Benim ne kuracağım cümleler, ne de ağzımdan çıkan sözcüklerle size hissettiremeyeceğim korkunç bir manzara, ben orada kıyame-tin yeryüzündeki yansımasını gördüm. Bununla birlikte canını dişine takan, canından feda edecek derecede çabalayan görevliler ve yöneticiler olduğunu gördüm. Bunun yanında birkaç çalışmanın aksamasına yol açan yetkililerin de olduğuna tanık oldum. Bu aksamaları duyarlı idarecilerle biz birebir çözümlerle halletmek durumunda kaldık.

Değerli katılımcılar, Hocamın da söylediği üzere, herkesin de söylediği üzere biz bir deprem ülkesiyiz. Terör saldırılarına maruz kalan bir ülkeyiz. Çevresinde savaşın eksik olmadığı bir ülkeyiz. Peki, ne yapacağız? Böyle durumlarda kendi gücümüzün yettiği durumlarda dahi birilerinin gelip bize yardım etmesini mi bekleyeceğiz? Hayır. Tıpkı hocamın da dediği üzere vatandaşlara ilkyardım, afet ve terör saldırıları gibi olağanüstü durum eğitimi, sivil savunma eğitimleri verilmeli. Devletimizin kaynakları yetmiyor mu? Bizler vatandaşları bilinç-lendirmeliyiz. Burada bulunan katılımcılar bu ülkenin aydınlık yüzü, peki, iyi düşünün, o korkunç afet yaşandıktan itibaren kaçınız bu eğitimleri almak için çabaladı? Kaçımız kendi sevdiklerimizin canı için bu noktaya eğildi? İşte kurulumuz bu eğitimlerin de öneminin farkında olduğu için geçmişte acil ve afet yardım eğitimine katılmış, eğitimler vermiş, sertifikalar almış, depremden sonra da gerek AFAD, gerek AKUT gibi kuruluşlarla iletişime geçmiş, bu eğitimler konusunda çalışmalarını sürdürmüştür. Mevcut durumda Ankara Barosu Avukatlık ve Staj Akademisiyle birlikte çalışmalarını sürdürmektedir.

Bunları hiç yaşamayıp herkese öğüt veren veya insanları korku pompalayan kişilerden biri olarak değil, 18 yaşından beri evet, ben operasyonlara katıldığımda 18 yaşındaydım, gençliğimden, insanlığından ve ruhundan parçalar kaybetmiş bir kişi olarak sizlere sesleniyorum, yakarıyorum. Yaşananlar halkımız ve ülke-miz özelinde unutulmamalı, alışılmamalı, hazır olunmalı. İşte yayımlanan bilgi serisinin şubat ayından başlayarak hazirana kadar devam etmesinin sebebi de, bu tarz eğitimlere Sağlık Kurulumuz sürekli katılmasının sebebi de, depremi ve afetleri asla unutturmamaya çalışmasının sebebi de budur: Unutmamak, alışmamak ve hazır olmak. Teşekkür ediyorum.

Cahit KOCAMAN

TMMOB İnşaat Mühendisleri Odası, İnşaat Yüksek Mühendisi

Öncelikle böylesine güzel, verimli bir oturuma bizleri davet ettiğiniz için çok teşekkür ediyorum. Gerçekten ben buraya geldiğimde bir inşaat mühendisi olarak ne konuşacağımı düşünüyordum. Sizleri dinledikçe notlar aldım, bu notlar da biraz da birbirine karıştı, şimdi ne konuşacağımı daha çok düşünmeye başladım, ama en azından mesleğim adına burada bir şeyler söyleyebilirim.

Önce kendimi tanıtayım, İMO adına katılıyorum, inşaat yüksek mühendisiyim. Uzmanlık alanım deprem mühendisliği, uzmanlığımı Japonya'da bir araştırma enstitüsünde aldım. Bir müddet özel sektörde çalıştıktan sonra uzun yıllar mülga Bayındırlık ve İskân Bakanlığı, Çevre ve Şehircilik Bakanlığında, en çok da mülga Afet İşleri Genel Müdürlüğü bünyesindeki hasar tespit şube müdürlüğü, prefabrik imalat ve montaj dairesi ve çok uzun bir süre Deprem Araştırma Dairesi olmak üzere hemen hemen tüm birimlerinde teknik eleman ve yönetici olarak çalıştım. 2007 tarihli Türkiye deprem yönetmeliğinin hazırlanmasında bilgi ve deneyimimle komisyon üyesi olarak görev aldım, çalışmaları koordine ettim. 92 Erzincan Depremi, 95 Dinar Depremi, 99 Doğu Marmara ve Düzce depremleri, vesaire 90 sonrası Türkiye'de meydana gelmiş bütün büyük depremlerde, özellikle kentsel alanları etkileyen büyük depremlerin hepsinde aktif rol aldım.

İMO adına burada neler yaptığımızı anlatarak vaktinizi almayacağım. İMO'ya ait bir web sitemiz var, orada İMO olarak ne yaptığımız açık açık anlatılıyor. Burada tekrar uzun uzun anlatarak vakit almak istemiyorum. Aslında en son deprem bölgesinde benim de yer aldığım bir heyet tarafından hazırlanan Kahramanmaraş ve diğer 11 ilde bu deprem hasarlarının gözlemleri ve bunun değerlendirilmesine ait teknik bir raporumuz da web sitemizde yayınlandı. Bu depremde oluşan hasar ve yıkımlara ait teknik değerlendirmeler hem bu raporda ve hem de yine odamız tarafından hazırlanan diğer benzer raporlarda ayrıntılı bir şekilde açıklanmakta.

Şimdi afet konusunda tabii çok sorunlar var. Sağlıkla ilgili sorunları çok güzel dile getirdi burada hocalarım. Ben biraz daha farklı şeyleri söyleyeceğim. Yani burada bir kere yıllardır bu konuda çalışan bir insan olarak ben en büyük eksikliği koordinasyonda görüyorum. Bir sürü kurum var, kuruluş var bu afet anında görev alan, ki alması gerekiyor. Aslında bu eksikliğinde herkes farkında, zaten AFAD'ın kurulma amacı da bu, yani Mülga Afet İşleri Genel Müdürlüğü, Sivil Savunma Genel Müdürlüğü, Afet Acil Yönetimi Genel Müdürlüğü ki o

sonradan kurulmuş çok da geçmişi olmayan bir genel müdürlüktü, işte 99 depremi sonrası, farklı farklı dille konuşulmasın herkes benzer işleri yapmasın, ilgili kurumlar bir çatı altında toplansın, koordine olsun mantığıyla, güzel de bir düşünceyle 5902 sayılı yasa gereği bu üç genel müdürlük kapatılarak yerine AFAD kuruldu. Ama benim şahsi kanaatime göre hâlâ bu koordinasyonsuzluk nispeten devam ediyor. İşte Türkiye afet yönetim planları bazıları yayınlandı, ama şimdi bir işi birkaç kurum birden yapmaya başladığında o işin gerçek sorumlusu kimdir, elini taşın altına aslında kim sokacaktır sorusu hep gündemde oluyor. Örneğin hasar tespitinde 5902 sayılı yasa gereği sorumlu kuruluş AFAD, ama sahadaki icrayı Çevre ve Şehircilik Bakanlığı yürütüyor. Enkaz kaldırma konusu öyle, tüm bu işlerle ilgili görev alan başka kurum ve kuruluşlar da var. Burada koordinasyonda sıkıntılar yaşıyor, ama her bir deprem yeni bir tecrübe tabii, bu konuda da umarım bu eksiklikler görülecek ve giderilecektir. Ama veri paylaşımı hâlâ bir sıkıntı. Geçmişten gelen verilerin değerlendirilmesi, dikkate alınması, tüm verilerin arşivlenmesi, en çok da paylaşılması konusunda çok büyük sıkıntılar var. Herkes kendi verisini babasının malı gibi görüyor. Bu veriye ulaşmada bir sıkıntı yaşıyor. Bu verilerin paylaşılması lazım, tüm teknik elemanların, akademisyenlerin, araştırmacıların, siz hukukçuların vs ilgili insanların bunu görmesi lazım, normal vatandaşın bile bunu görmesi lazım ki afet risklerinin azaltılması için bu verilerin paylaşılması, kullanılması çok önemli. Burada sıkıntı çok, özet geçiyorum. Aslında bunların her biri birer başlık, çok uzun uzun konuşulması gereken bir başlık.

Mevzuatlara gelince, şimdi deniliyor ki işte mevzuat eksikliği. Bakın, bizim yönetmeliklerimiz, mevzuatlarımız ki özellikle benim de çok çalıştığım deprem yönetmeliği dünyaya boy ölçebilecek düzeyde mükemmeldir. Mevzuatların mükemmel olması yetmiyor, uygulanması çok önemli, buna uyulması çok önemli. Bunların kontrol ve denetimi, takibi ve cezai işlemlerin yapılması çok önemli. Eczacılar Odası temsilcimiz biraz önce çok güzel söyledi, ancak bu sadece eczacılık alanı için geçerli değil, Türkiye’de son yıllarda hemen hemen tüm meslek grupları için geçerli; niteliksiz meslek grupları oluşturulması, yeterli bilgiye sahip olmayan yetkin olmayan insanların sahada olması ve onlara görev ve sorumlulukların yüklenmesi. Bu durumdan hepimiz rahatsız oluyoruz. Normal vatandaşlar, diğer meslek grupları, siz avukatlar, hâkimler herkes rahatsız oluyor. Yani bu sorun çok büyük bir sorun hem mesleki bilgi açısından yetersiz hem de mesleki ahlâk değerleri açısından niteliksiz insanlar son yıllarda çoğalıyor. Yani işte şu kuşak, bu kuşak demeyeceğim, ama hangi kuşak olursa olsun biraz daha değerlere sahip olmak lazım. Bizim biraz da ahlaki sorunlarımız var diye düşünüyorum. Ben kendimi suçluyorum, anne-babaları suçluyorum, niye

bunlara sahip olmayan çocukları yetiştiriyoruz? Öğretmenleri suçluyorum, niye doğru dürüst okulda bu değerleri veremiyoruz? Üniversitedeki hocalar ve saire bu liste uzar gider. Aslında ararsanız da baştan suçlu çok.

Dediğim gibi önümdeki notlar birbirine karıştı. Afet anında, inşaat mühendisleri olarak beklenen birçok görevler var bizlerden. Nasıl ki siz doktorlardan, diğer meslek gruplarından, avukatlardan, hâkimlerden beklendiği gibi bizlerin de hemen sahaya gelmesi isteniyor. Özellikle tabii bir risk ortamı söz konusu, afet anında çalışmak çok zordur. İşte burada biraz önce de bahsedildi, bir kere fiziki şartlar çok zor. Yatacağınız yer, kalacağınız yer, kendiniz de afetzede oluyorsunuz orada, fiziki şartlar çok kötü, tozlu ortam, ortamda kimyasalları soluyorsunuz. İşte asbestten bahsetti hocalarımız, çok doğru, benim ağabeyim mesela, o da bir inşaat mühendisiydi, tozlu ortamda çalıştığı için şu IPF denilen hastalık yüzünden ciğerleri taşlaştı, çok genç yaşta öldü. Bir müddet tünellerde tozlu ortamda çalışmıştı. Tozlu ortam çok zararlı ve ben deprem bölgesinde gördüm ki o tozlu ortamda maskeyle bile rahatsız oluyorsunuz. Hasar tespiti, enkaz kaldırma, konteynır prefabrik konut ve benzeri geçici barınma alanlarının inşası, altyapıların yapılması, onarılması, bunlar deprem anında bizden beklenen görevler. Bu görevler icra edilirken çok aşırı tozlu ortamda çalışılıyor günlerce.

Ortamın tozlu ve sağlıksız olmasının yanı sıra sağlıkla ilgili yaşadığımız başka sorunlar da var. Hijyen şartlarının sağlanması çok önemli. Yemeniz, içmeniz, yatmanız, tuvaletinizi yapmanız bile büyük problem oluyor. Mesela, hatırlıyorum, 92 depreminde o zaman şimdiki gibi de değildi. Şimdi bakıyorum, bayağı yol alınmış. O zamanlar içecek su dahi bulmakta zorlandığımız oluyordu. Pet şişe içerisindeki sular o zaman yaygınlaşmamıştı. Benim ayaklarım mantar oldu, bir müddet terlikle görev yaptım. Uzun günler banyo yapamadım çünkü, bu türlü sıkıntıları hep yaşadık. Şu anda da yaşanıyor tabii, ama eskisine göre yok denecek kadar az. Son depremlerde, görevlilerin iase ve ibatesi için en iyi şartların sağlandığını görüyoruz. Hatta 99 depremine gittiğimde bile çok büyük yol alınmıştı. Çünkü o zaman bize Gebze'de bir enstitünün konaklama tesisleri tahsis edildi, ki bir otel gibiydi, çok güzel bir ortamdı. Yemeğimiz var, yatacağımız konforlu sıcak bir yer var, 24 saat sıcak su var var, benim için büyük bir nimet demiştim. Böyle kriz ortamında afet ortamlarında insan yiyeceği yemek bile bulduğunda şükrediyor. Dediğim gibi günümüzde bu konuda çok mesafe kat edildi. Diğer yandan, millet olarak da zaten fazlasıyla cefakâr, zor şartlara dayanıklı, yardımsever, böylesi zor şartlarda birlikte hareket etmesini bilen bir milletiz. Aklıma gelmişken söyleyeyim toplanan yardımların da gerektiği gibi

koordine edilmesi, israf edilmemesi, gerçek ihtiyaç sahiplerine zamanında ulaştırılması gerekiyor.

Şimdi şöyle notlarıma bakarak devam edeyim. Bir sıkıntı da ruhsal açıdan yaşanan sıkıntılar. Çünkü o anda yıkımları, enkaz altında kalanları anında yerinde görüyorsunuz. Vücut bütünlüğünü kaybetmiş bedenler, yayılan kokular, ağlayan, yalvaran, yakaran acılı insanlar. Bunları biz mühendis grubu da mesleki olarak orada görev icra ederken yaşıyoruz. Ölümleri görüyoruz. Herkes kriz ortamında ve o krizin bir parçası. Hasar tespiti yapıyorsun, insanlar yakana yapışıyor. Saldırıları oluyor, şiddete maruz kalıyorsunuz veya ne yapacağınıza karar veremiyorsunuz, psikolojik durumunuz bozuluyor. Bunlar mühendislerin yaşadığı sıkıntılar, ben de hasar tespiti yaparken yaşadım bu sıkıntıları. İnsanlar ilk gün can korkusuyla benim binama ağır hasar ver diyor. Bir ay sonra o can korkusu biraz kalktıktan sonra yok diyor, çok vermişsin diyor, sen bunu değiştir diyor. Yine yakana yapışıyor, şiddet uygulayabiliyor, bunu az hasara çek, orta hasara çek diyor. Bu tür baskılar sürekli var. Kriz ortamın getirdiği ağır yükün yanı sıra bu baskılar da tabii ki bizim meslek grubunda ruhsal, psikolojik sıkıntılar yaratıyor.

Bu son depremde yıkım çok büyük oldu. Bugüne kadar çok sayıda deprem gördüm, yaşadım, ama bu en son deprem gerçekten biraz biz mühendislerin hiç karşılaşmadığı bir deprem oldu. Meslek grubu olarak bizlere de çok şeyler öğretti aslında bu deprem. 99 depremi sonrası suçlu buymuş denilerek Veli Göçer hapse atıldı, ama şimdi bakıyorsunuz, yaşlı yaşlı mühendisler şu anda tutuklu, bunlar yıllar önce, zamanında imza atmışlar, adam 70-80 yaşına gelmiş, 20 yıl önce attığı imzadan sorumlu tutuluyor. Bu depremin suçlusu da adeta inşaat mühendisleri ilan edildi. Eğer o günün geçerli yönetmelik ve şartnamelerine uygun iş yapmamış ise hesabını versin, cezasını çeksin ona bir şey demiyorum. Ancak sıkıntı; şu anda suçlu sanki sadece piyasada iş yapan inşaat mühendisleriymiş, başka sorumlu yokmuş gibi ortada duruyor, böyle bir anlayış var. Halbuki imar sürecinden tutun yapım süreçlerine kadar bu işlerde görev alan o kadar çok sorumlu var ki. Zincirin taşıyabileceği yük en zayıf halkanın taşıyabileceği yük kadardır. En zayıf halkadan kopar. Herkes işini doğru yapsa bile bir kişi görevini doğru yapmadığında bir bina yıkılabilir. Bu süreçte görev alan sorumlular arasından suçluyu bulmak da oldukça zordur. Bilirkişilik müessesinin bir revizyona ihtiyacı var. Hukukçular sanki her şeyi bildiğini zannediyor, ama öyle değil, yani bu konuda ihtisas mahkemeleri oluşturulmalı. Bilirkişilerin bilgilerine de çok güvenmesinler, çünkü bilirkişilerin çoğu da aslında bilmeyen kişiler. Bir bilirkişinin isminin önünde profesör yazması,

doçent, doktor yazması bu işi çok iyi bildiğini de göstermiyor. Özellikle ben kendi adıma konuşuyorum, ben deprem mühendisliği, depreme dayanıklı yapı konusunda uzmanım. Yani bir insan herhangi bir dalda uzmanlaşabilir, ama bu konuda yani yapı konusunda uzman bir inşaat mühendisi mi, ona bakmak lazım. Bu bilirkişi seçiminde hukukçularımızın çok dikkatli davranması lazım ki bazı insanların hakkını yemeyelim, hakkına girmeyelim.

Şimdi bu depremde benim mesleğimle ilgili sorunları bize çok şey öğretti dedim ya, sizin anlayabileceğiniz şekilde söyleyeyim. O kadar büyük yer hareketleri oluştu ki, mesela Pazarcık ve Elbistan merkezli oluştu deprem, ama deprem kuvvetli yer hareketi, dalgalar yumuşak zeminlerden geçerken üst üste binerek büyüdü ve Hatay'ı daha çok etkiledi. Hatay'da daha büyük yıkım oldu. Nereden biliyoruz biz bunu? Hatay'da kayıt cihazları var, orada ölçülen ivme değerlerine bakıyoruz, bizim bina tasarlarken dikkate aldığımız tasarım spektrumdaki değerlerin çok üzerinde. Yani depremde oluşan gerçek kuvvetler, binaya etkileyen kuvvetleri belirlerken dikkate aldığımız kuvvetlerin neredeyse 3-4 katı. Bir de inşaat mühendisleri böylesine büyük bir depremde bir binayı hasar görsün ancak yıkılmasın prensibiyle süneklik öngörüyorlar ve bu yükleri biraz daha azaltarak hesaba katıyorlar. Onu da dikkate aldığımızda gerçekte binalara 7-8 kat, 9 kat daha büyük kuvvetler etki etmiş oluyor. Yani yönetmeliklerin öngöremediği ölçüde büyük kuvvetlerin de bazı yerlerde binalara etki ettiği ve deprem yönetmeliğine uygun tasarlanırsa bile bazı binaların hasar görebildiği ortada ve burada kişileri suçlarken bu noktada biraz dikkatli davranmak lazım. İhtisas mahkemelerinden bahsetmiştim. Tekrar söyleyeyim, mutlaka depremle ilgili konularda da kurulması gerektiğini düşünüyorum.

Şimdi biz bazı şeyleri öğrendik, daha iyi yapıyoruz. Yani diğer milletlere kıyasla bu müdahale konusunda, arama kurtarma biraz da bizim genetik yapımızdan mı kaynaklanıyor, cesaretli bir milletiz, hızlıyız. Yani bunu da nereden söylüyorum? Geçmiş depremlerde yabancı ülkelerden gelen belli hocalarla birlikte deneyimlerimizi paylaştığımızda onlar da aynı düşünceleri belirtmişlerdi. 99 Doğu Marmara depreminde İtalya'dan gelen ekip bana şunu söylemişti: *“Böyle bir depremde biz çökerdik ya, siz nasıl bir milletsiniz? Hiç şey yapmadan normal vatandaş bile sokakta kendi kendine görev almış, belli bir alanı kendine çalışma alanı olarak kabul etmiş, orada yardım ediyor, özveriyle elinden geleni yapıyor. Hızla hareket ediyorsunuz, bizim elimiz ayağımız tutuldu”*. Bunu bana söyleyen İtalyan bir sivil savunma müdürüydü. L'Aquila depremi oldu 2008'de, ben İtalya'ya gittim. Aradan bir sene geçmişti, 2009'da gittik, onlar halen daha bazı

yerlerde enkazları kaldırmamış, ki bu küçük bir deprem, hasar tespitlerini bile daha bitirmemişlerdi. Bunu da görerek yaşadım.

Panel konusu deprem ve sağlıkla ilgili olduğu için bir konuyu daha bildirip, sözümü bitireyim. Çok vaktinizi almayacağım. Bana bir bilirkişilik görevi gelmişti bundan 6-7 yıl önce, Sağlık Bakanlığının bu Bilgi İşlem Merkezi'nde ilave sunucular konulacaktı. Döşemelerin taşıyıp taşımayacağı konusunda bir bilirkişi olarak görüş verir misiniz şeklinde İnşaat Mühendisleri Odası'ndan bilirkişi istenmişti. Biz de gittik, baktık, 60'lı yılların başında yapılmış bir binada Türkiye'nin bütün bu sağlık sistemiyle ilgili tüm bu sunucuları böyle zayıf bir döşeme üzerinde taşıtmanın sakıncalı olacağını belirttik. Kaldı ki, döşeme üzerindeki bir tane sunucunun maliyeti zaten çok yüksek, bir de onun içindeki bilgileri düşünün, hepimizin sağlık bilgileri, tüm veriler orada saklanıyor. Böylesine bir yapıda, siz bırakın ilave sunucu koymayı, siz bu mevcut sunucuları da buradan kaldırın, yeni bir bina, hatta içindeki veriler zarar görmemesi için izalatörlü bir bina yapın onun içinde muhafaza edin dedik ve bu serverların burada olmaması gerekir şeklinde bilirkişi raporu düzenledik. Bunu da bir anı olarak size burada anlatmış olayım. Çok teşekkür ediyorum sabrınız için.

Av. BERNA ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU- Hocam, sözü vermeden mevzuatı çok beğeniyorsunuz. Ben bu görüşe katılmıyorum. Belirttiğiniz mevzuatın, değişikliklerini ve uygulama sorunlarını, 20 yılı aşkın bir süredir takip eden bir hukukçuyum. Özellikle, şu an salonda olmayan afet işlerinin, son düzenlemelerini, yap-boz tahtası gibi sürekli bilim dışı yorumlarla zemin çalışmalarına ilişkin farklar ortaya koyan deprem yönetmeliklerini, zemin ve deprem yönetmeliğine ve uygulama yönetmeliklerine de uyulmadığına, denetlenmediğine, uyulmasının sağlanmaması için mahkeme kararlarına karşı direnç gösterildiğine işaret etmek isterim. O yüzden, en fazla mevzuatın güzel yapılmaya çalışıldığını belki kabul edebiliriz.

TMMOB ve değişik meslek odalarının bu konuda çalışmalarının olduğunu biliyorum. Ancak son yıllarda yapılan mevzuat değişiklikleriyle meslek odaları ile meslektaşları arasında giderek derinleşen bir ayrılık gerçekleşmiştir. Meslek odaları, ilgili mesleğin doğru, kamu yararına yapılması yönündeki mesleki denetim yetkilerini kaybetmişlerdir. Buna karşılık yapılan işlerin ihalelerini alan şirketler ile bunları denetleme işini alan şirketlerin de aynı kişiler olduğu trajik bir gerçektir. Bu nedenle de mevzuat yeterlidir görüşünüze katılmıyorum, bu kısa katkıyı sunmak istedim.

CAHİT KOCAMAN- Çok teşekkürler. Bir düzeltme yapayım. Şimdi mevzuat açısından şöyle, bizdeki deprem yönetmeliği dünyadaki örnekleriyle baş ölçülecek düzeyde bir mevzuat, ancak uyulmasında sıkıntı var, ben burada bunu vurgulamak istedim. Türkiye’de aslında bir de mevzuat kirliliği var, o kadar çok mevzuat var ki bakın, birçok insan gibi, ben de kendi mesleğimle ilgili nereden neye bakacağımı şaşıyorum. Bazen mevzuatlar birbirleriyle de çelişiyor ve hatta hazırlayanların bile bunların birbiriyle çeliştiğinden haberi yok. Bunların sürekli gözden geçirilip sadeleşmesi lazım. Burada sözlerim yanlış anlaşılmasın isterim.

Av. BERNA ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU- Bir de yapı denetim mesela, bilirkişilik müessesesinde söylediğiniz şey, kendi firmasının yaptığı inşaatı denetleyen yapı firmaları, denetim firmaları.

CAHİT KOCAMAN- Tabii o başlı başına bir şey.

Av. Didem ÖZKIDIK ŞANLI

Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşaviri

Saygıdeğer konuşmacılar, değerli katılımcılar öncelikle hepiniz hoş geldiniz. Cumhuriyetimizin 100. yılı vesilesiyle Ankara Barosu'nun ev sahipliğinde "Sağlık Hukukunun Dünü, Bugünü ve Geleceği" konulu X. Sağlık Kurultayı'na sağlık hukukunun ülkemizdeki gelişimine katkı sunulması için davet edilmemiz sebebiyle öncelikle teşekkürlerimi sunarım.

Bu ana kadar herkes kendi uzmanlık alanı ve tecrübeleri doğrultusunda konuşmalarını gerçekleştirdiğinden, ben de naçizane, sağlık hukuku alanında hem 12 senedir Sağlık Bakanlığı'nda görev yapan hem de akademik olarak çalışan bir hukukçu olarak konuşmama giriş yapmak ve Kurultay'a katkı sağlamak amacıyla teorik anlamda birkaç hususa değinmek isterim. Sonrasında da, Bakanlığımızın pandemi sürecinde gerçekleştirdiği çalışmalara ilişkin bilgileri sizinle paylaşacağım.

Bilindiği üzere; dünden bugüne insanın var olması ile birlikte kazanım elde ettiği temel haklarından olan ve Anayasa'nın 17. maddesinde de yer verilen yaşama hakkının sağlanmasına yönelik olarak sağlık hakkının önemi gün geçtikçe artmakta ve doğal afetlerin meydana gelmesiyle önemi daha da ortaya çıkmaktadır. Bu sebeple, bugün burada olduğu gibi, insanlara sağlık hizmetinin daha iyi nasıl sunulabileceğine dair çalışmalar yapılmaktadır.

Geçmişten günümüze toplumun genel ve ortak gereksinimini oluşturan sağlık hizmetleri ile toplumsal hayatta insanların başlıca haklarından biri olan sağlık hakkının temelini sağlık kavramı oluşturmakta olup; sağlık, yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp, beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hâli olarak tanımlanmış; **Dünya Sağlık Örgütü (WHO)**, sağlık kavramını "*ruhsal, bedensel ve sosyal açıdan iyi olma durumu*" olarak ifade etmiştir. Nitekim, 01.08.1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 4. maddesinin (e) bendi uyarınca, sağlık hakkı/hasta hakları, "*sağlık hizmetlerinden faydalanma ihtiyacı bulunan fertlerin, sırf insan olmaları sebebiyle sahip bulundukları ve T.C. Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, kanunlar ve diğer mevzuat ile teminat altına alınmış bulunan haklar*" dır.

Vazgeçilmez ve doğuştan kazanılan temel bir hak olan sağlık hakkının, diğer insan haklarında olduğu gibi, Devletlerin saygı duyma, koruma ve yerine getirme

yükümlülüğünün bulunduğu hususunda tereddüt bulunmamaktadır. Keza, tarihsel gelişimi bakımından ikinci kuşak haklar arasında sayılan ve pozitif statü hakları içinde yer alan sağlık hakkı, ülkemizin de taraf olduğu uluslararası sözleşmeler ile de (İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme, Philadelphia Bildirgesi, Avrupa Sosyal Şartı ve Alma Ata Bildirgesi) teminat altına alınmıştır.

Anayasa'nın 17. ve 56. maddeleri ile, "sağlık hizmetleri" konusunda Devlet'e verilen bu görev, Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında 1 Numaralı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi'nin 352. ilâ 384. maddeleri gereğince Bakanlığımız tarafından yürütülmekte ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu 3. maddesinde yer alan temel esaslar çerçevesinde gerçekleştirilmektedir. Bu yükümlülük çerçevesinde herkesin sağlık hizmetlerine eşit şekilde erişiminin sağlanması gerek toplum gerekse birey sağlığının korunması ve geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinin daha etkin, hızlı ve verimli sunulması amaçlanmaktadır.

Bu çerçevede, Anayasa Mahkemesi'nin muhtelif tarihli kararlarında belirtildiği üzere; Bakanlığımızca sunulan sağlık hizmetlerinin diğer kamu hizmetlerinden farklı olduğu; ertelenemez, geciktirilemez ve ikame edilemez bir kamu hizmeti olan sağlık hizmetlerinin tüm insanların en temel hakkı olan yaşam hakkının sağlanmasına yönelik olduğu; dolayısıyla sağlık hizmetlerinin niteliği ve mahiyeti gereği en iyi şekilde yürütülmesinin gerektiği hususunda tereddüt bulunmamaktadır.

Malumunuz olduğu üzere, bu oturumun konusunu "afetler ve sağlık hakkı" oluşturmaktadır. Bu bağlamda öncelikle değinmemiz gerekir ki; idarenin doğrudan yürüttüğü bir kamu hizmeti faaliyetinden kaynaklanmayan, öngörülmesi ve/veya önlenmesi mümkün olmayan afetlerin mücbir sebep olarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

Zira, "mücbir sebep" kavramı, bir sorumluluğun yerine getirilmesini veya bir hakkın veya hukuksal imkânın kullanılmasını veya talep edilmesini, kısmen, tamamen, geçici veya daimi surette engelleyen, dolayısıyla sorumluluğu kaldıran veya yerine getirilmesini geciktiren veya sorumluluğun niteliğini değiştiren, sürelerin uzatılmasını/yeniden verilmesini veya eski hale iade edilmesini gerekli ve zorunlu kılan, önceden öngörülemeyen, öngörülse dahi alınabilecek her türlü önleme rağmen önlenemeyen, kişilerin tedbir alma ve ihmalde bulunmama yükümlülüklerini aşan nitelikte ve ağırlıkta olan, olağan dışı nitelikte bir olay, olgu veya durumu ifade etmektedir. Bu minvalde, doğal afetlerin ve dolayısıyla depremin şiddetinin ne kadar önlem alınıralsa alınsın, zararın doğacağıının

muhakkak olduğu seviyede meydana geldiğinde kaçınılmaz olduğu hususunda tereddüt bulunmadığından, mücbir sebep olarak kabul edilmesi gereken depremin ne zaman ve hangi büyüklükte olacağı öngörülemeyen, sonucu gerçekleştiğinde büyük bir yıkıma sebebiyet veren ve bölgede herkesi etkileyen en büyük doğal afet olduğunun kabulü gerekmektedir.

Ülkemizin bulunduğu coğrafya itibariyle birçok afetin gerçekleştiği ve gerçekleşebileceği, ülkemizde gerçekleşen 1939 Erzincan Depremi, 1999 Marmara Depremi ve 06 Şubat 2023 tarihli Kahramanmaraş-Hatay Depreminde olduğu gibi yaşanan daha birçok afetin telafisi zor maddi kayıplara ve geri dönüşü olmayan manevi kayıplara yol açtığı hususu ülkemizin maalesef ki gerçeğidir. Kaldı ki, yıllar, yüzyıllar boyu meydana gelen deprem başta olmak üzere birçok afetin, sadece ülkemizde değil, dünyanın pek çok yerinde kimsenin göz ardı edemeyeceği bir mesele olduğu ortadadır.

Malum olduğu üzere; 1999 Marmara Depreminde, 06 Şubat 2023 tarihli Kahramanmaraş-Hatay Depreminde ve birçok afette Devletimizin tüm kurumlarının ve imkânlarının en üst düzeyde seferber edilerek ve ülke bütününde tüm vatandaşlarımızın birlik ve beraberlik çerçevesinde bütünleşerek yaraların sarılması, zararların giderilebilmesi mümkün olabilmektedir.

Özellikle, bu tür doğa olayları, afetler, sağlık hakkının esas itibariyle insan için ne kadar önemli bir hak olduğunu, geciktirilemez, ertelenemez ve ikame edilemez mahiyette olduğunu ve en hızlı ve etkin biçimde sunulması gerektiğini bir kez daha göstermektedir. En önemli kamu hizmetlerinden olan sağlık hizmetlerinin sunulması hususunda ülke genelinde görevli ve yetkili Bakanlığımızca, ülkemizde yaşanan tüm afetlerde ve Covid-19 pandemi sürecinde olduğu gibi, 06 Şubat 2023 tarihli Kahramanmaraş-Hatay Depreminde de tüm personeli ile birlikte tüm kaynakları seferber edilerek yaraların sarılması ve sağlık hizmetlerinin gecikmeksizin sunulması için olağanüstü çaba sergilenmiştir. Devletimizin tüm kurumlarıyla birlikte vatandaşlarımızın katılımı ve katkıları ile, birlik ve beraberlik içerisinde bu zor sürecin atlatılabileceği pek tabiidir.

Bu kapsamda, 06 Şubat 2023 tarihli Kahramanmaraş-Hatay Depremi özelinde Bakanlığımız tarafından yapılan ve Kurultay öncesi tarafıma iletilen bilgileri ve verileri sizlerle paylaşmak isterim. Bakanlığımız tarafından 06.02.2023 - 18.02.2023 tarihleri arasında gerçekleştirilen ve halen devam eden sağlık hizmetlerinde; diğer illerden sevk edilen ekiplerle birlikte bölgede 15.706 UMKE ve 112 personeli, 18.097 hekim ve 113.003 sağlık personeli olmak üzere toplam 146.806 personel görev almıştır. Hasta ve yaralıların ilk tedavileri

yapıldıktan sonra, ileri tetkik ve tedavileri için doğrudan üçüncü basamak sağlık tesislerine, diğer illerdeki uygun olan sağlık tesislerine gerek kara, gerek hava yoluyla taşınmaları, nakilleri sağlanmıştır. Bu nakillerin sağlanmasında 296 UMKE aracı, 6 uçak ambulans, 11 helikopter ambulans görev almıştır. 114 acil müdahale ünitesi ve 77 sahra hastanesi kurulmuştur. Bu 77 sahra hastanesinin 12'si tomografi cihazı dâhil gerekli tüm hastane teçhizatı bulunan ve afet döneminde tam teşekküllü olarak faaliyet gösteren hastanelerdir. Ayrıca belirtmek gerekir ki, 906 köyde sağlık hizmeti, gezici sağlık hizmetleri verilmiş, ilaç tedavisi gören hastaların ilaçları tedarik edilerek teslim edilmiştir. 906 aile sağlığı merkezi 2.940 hekimle hizmet vermiştir. Aile sağlığı merkezinde görevli hekimlerce 221.799 hastayla ilgilenilmiştir. 94 sağlık merkezi kurulmuş, 7.774 hastaya hizmet verilmiştir. 1.181 noktada koruyucu sağlık hizmetleri adına birçok çalışma yapılmıştır. O süreçte koruyucu sağlık hizmetleri adına, hava koşullarının ağır olması, insanların psikolojik sorunları ile birlikte bağışıklık sisteminin maalesef azalması sebebiyle, insanların hastalıklara maruz kalmaması için gerekli önlemler alınmış ve çeşitli hastalıklara yakalanan kişilerin tedavileri gecikilmeksizin yapılmıştır. Psikososyal destek hizmetleri sunulmasında 44.200 kişiye ulaşılmış, gebe gözlem sayısı 10.489, lohusa izlem sayısı 10.056, bebek izlem sayısı 37.586 olarak hizmet verilmiştir. Yeni doğan taramaları kapsamında 10.113 topuk kanı alınmış, 5.152 bebeğin SMA taraması yapılmış, 154.212 doz aşıyla çocukluk çağı bağışıklama hizmetlerine devam edilmiştir. Depremden etkilenen insanların sağlığının korunması için gerekli tüm tedbirler alınmış, çalışmalar yapılmış olup; bölgenin ihtiyaçları doğrultusunda bu çalışmalar hâlen devam etmektedir.

Ben dinlediğiniz için teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Av. BERNA ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU- Biz de katılımınız için çok teşekkür ederiz. Verdiğiniz sayılar için de çok teşekkür ederiz. Pandemi süreci ve deprem süreci sayıları alamadığımız, şeffaflığın en asgari olduğu zamanlardı. O yüzden kurumsal veriler, paylaştığınız sayılar noktasında çok değerli, çünkü buradaki uzmanlar, buradaki hukukçular herkes bu şeyler üzerinde kendi alanlarında eminim sonuç çıkaracaklardır. Şimdi sözü ben...

Av. DİDEM ÖZKIDIK ŞANLI- Çok özür dileyerek bir şey eklemek isterim. Bu konuşma öncesinde bana verilen verilerde, tabii ki bu veriler değişkenlik gösterebilir, o noktada söyleyebileceğim bir husus bulunmamaktadır; fakat belirtmem gerekir ki, yeri geldiğinde tabii ki birbirimizi eleştireceğiz, tabii ki birbirimize katkı sunacağız, bununla birlikte şunu söylemek isterim: Diğer depremlerden farklı olarak, 06 Şubat 2023 tarihli Kahramanmaraş-Hatay

Depreminin yüzeye çok yakın gerçekleştiğinin, ulaşımın ve iletişimin büyük ölçüde kesintiye uğradığı, 11 ili doğrudan etkileyen, 6 ili de daha sonra olağanüstü hâl ilan edilmesi sebebiyle dolaylı olarak etkileyen, yaklaşık 14.000.000 kişiyi, nüfusun yüzde 16'sını etkileyen bir deprem olduğunun unutulmaması gerekmektedir. Yukarıda belirtilen hususlar da dikkate alınarak, böyle büyük bir olayın bu yönünün göz ardı edilmemesini temenni ederim. Teşekkür ederim, sağ olun.

Av. Yasemin TEKELİ AYRANCI

Türkiye Barolar Birliği Çevre ve Kent Hukuku Komisyon Üyesi

Değerli meslektaşlarım, kıymetli katılımcılar, mensubu olmaktan her daim gurur duyduğum Ankara Barosu tarafından düzenlenen 10. Sağlık Hukuku Kurultayı'na TBB Çevre ve Kent Hukuku Komisyonu üyesi olarak hoş geldiniz demek isterim. Cumhuriyetin 100. yılında sağlık hukukunun dünü, bugünü ve geleceğinin konuşulacağı bu kurultayda sizlere 6 Şubat'ta meydana gelen yalnızca yıkımların olduğu 10 ilimizi değil, ülkemizin tamamını etkileyen depremde sonra Türkiye Barolar Birliğimizin faaliyetleri hakkında bilgilendirme yapmak için karşınızdayım. Öncelikle depremde hayatlarını kaybetmiş meslektaşlarım başta olmak üzere tüm yurttaşlarımıza Allah'tan rahmet diliyorum.

Kıymetli katılımcılar, depremin ilk günü Türkiye Barolar Birliği bünyesinde acil yardım masası ve Deprem Koordinasyon Merkezi oluşturulmuştur. Depremden etkilenen tüm Barolarımıza ve meslektaşlarımıza ulaşılmaya çalışılmış; diğer Barolarımız ile koordinasyon içerisinde çalışma yapmak için gerekli alt yapı, birliğimiz tarafından gecikmeksizin oluşturulmuştur. Afet sonrasında Türkiye Barolar Birliği Başkanı Erinç Sağkan ve Yönetim Kurulu üyeleri, depremin ikinci gününden itibaren deprem bölgesinde bizzat çalışmalara katılmış; Barolarımızın ve meslektaşlarımızın yanında olarak ihtiyaçları yerinde tespit etmiş, yardım faaliyetlerinin ve gönüllü avukatların koordinasyonunu sağlamışlardır.

TBB tarafından depremin yaralarını sarabilmek, meslektaşlarımız ve yurttaşlarımız ile dayanışmayı sürdürmek üzere, Birlik merkezinde oluşturulan Deprem Koordinasyon Merkezi ile irtibat halinde; Hatay, Adıyaman, Kahramanmaraş ve Malatya'da Deprem Koordinasyon Merkezleri kurulmuştur. Barolarımızdan başvuran gönüllü avukatlar, dörder günlük sürelerle dönüşümlü olarak bu merkezlerde görev yapmışlardır. Savcılığın delil tespit işlemlerine refakat, yurttaşlara hukuki destek ve meslektaşlar ile yurttaşlara yardım malzemelerinin temin ve dağıtılmasına ilişkin çalışmalar yapmıştır. Türkiye Barolar Birliği olarak Enkaz Radarı uygulamasıyla göçük yaşanan her bina kayıt altına almaya çalışılmıştır. Enkazların yeterli teknik inceleme yapılamadan kaldırılması delillerin toplanmasını imkânsız hale getirebileceğinden tüm şüphelilerin tespiti, kusur durumlarının belirlenebilmesi ve yaşanan facianın sorumlularının cezasız kalmaması, delillerin kaybolmaması sağlanmıştır. Ayrıca delil toplama süreçlerine ilişkin alınması gereken önlemler kapsamında; TMMOB, İnşaat Mühendisleri Odası ve tüm illerin başsavcılarıyla görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Depremden zarar gören meslektaşlarımızla dayanışma, barolar birliğimizin sosyal yardımlaşma dayanışma fonu kapsamında yapılacak yardımlar için sağlık durumu, ev ve büro hasarlarının tespiti ile diğer tüm ihtiyaçların belirlenerek raporlanması ve Türkiye Barolar Birliği'ne iletilmesi Deprem Koordinasyon Merkezlerimiz aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Bölgede yaşanan zorluklar dikkate alınarak görevlendirilen gönüllü avukatlar için uygun yer belirlenerek konteynerler kurulmuştur. Gıda ve benzeri ihtiyaçlarının tamamı karşılanan gönüllü meslektaşlar için ayrıca battaniye, kampet, uyku tulumu, çalışma masa ve sandalyesi, çalışma bilgisayarları – yazıcıları, internet bağlantıları ve gerekli tüm kırtasiye malzemeleri hazır bulundurulmuştur. 848 avukat arama kurtarma yardım talebinde bulunmuştur. 1320 meslektaşımız bizzat konutlarını açarak yardım talebinde bulunan meslektaşlarına destek olmuşlardır. 863 meslektaşımız Litai ve diğer misafirhanelerde ağırlanmışlardır. 1073 meslektaşımız ise konutlarda ağırlanmıştır.

Birliğimiz ara vermeksizin sahada; Barolarımızın, meslektaşlarımızın ve yurttaşlarımızın yanında olmuştur. Ayrıca kamu kurumları nezdinde hukuki faaliyetlerde bulunulmuştur. Şöyle ki: Deprem nedeniyle yıkılan binaların yapımında, denetiminde ve onaylanmasında ilgisi olanlar hakkında suç duyurusunda bulunulmuştur. Türkiye Barolar Birliği tarafından; 11 ilimizde deprem nedeniyle yıkılan binaların yapımında yetkili ve sorumlu olan müteahhitler ve diğer görevliler ile yıkılan binaların projelerine onay veren sorumlular hakkında yürütülecek ceza soruşturması sonucunda Türk Ceza Kanununun “Kasten Öldürme” başlıklı 81. maddesi ve “Kasten Öldürmenin İhmali Davranışla İşlenmesi” başlıklı 83. maddesi uyarınca kovuşturma başlatılması ve ceza verilmesi talep edilmiştir. Depremde yıkılan binalara onay veren, denetimleri gerektiği şekilde gerçekleştirmeyen idari görevliler başta olmak üzere ilgisi olan tüm şüphelilerin tespiti ve haklarında kamu davası açılması için suç duyurusunda bulunulmuştur. Yine birliğimiz tarafından Kızılay kurumunun gerektiği gibi çalışmamasından dolayı yaşananlara ilişkin olarak, yetkilileri hakkında Cumhuriyet Başsavcılığına suç duyurusunda bulunulmuştur. Yaşanan afet sonrasında ilk akla gelen üniversitelerin kapatılması olmamalı denilerek, YÖK'ün yetki aşımı ile verdiği üniversitelerin uzaktan eğitim yapması kararı yargıya taşınmıştır. Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile yapılacak imar planlarının ilanı dahi yapılmaksızın Orman Kanununa ve Mera Kanununa tabi alanlara yeni yerleşim alanlarının açılması hususunda çekincelerimiz itirazlarımız bildirilmiştir. Birliğimiz cezasızlıkla mücadele kapsamında, süreçteki her türlü ihmal neticesinde meydana gelen ölüm, yaralanma ve maddi kayıplara ilişkin etkin soruşturma ile adli ve idari yargılamaların yürütülmesinin takipçisi olmuştur. Deprem Koordinasyon

Merkezlerimizde; gönüllü ve alanında uzman meslektaşlarımız ile teknik bilgiye sahip meslek örgütlerinin temsilcilerinden oluşan komisyonlar; delillerin yok olmaması ve karartılmaması için sağlıklı bir soruşturma süreci yürütülmesi ve cezasızlığın önlenmesi için hukuki sürece dahil olmuşlardır TBB ile TMMOB arasında deprem koordinasyon kurulu kurulmuş bulunmaktadır. Türkiye Barolar Birliği ile Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği, deprem felaketi öncesinde ve sonrasında yaşanan sorunları tespit etmek, gerekli durumlarda sorunların çözümü için müdahil olmak ve bundan sonra yaşanabilecek felaketlere ilişkin politika oluşturulmasını sağlamak üzere iş birliği oluşturmuştur. İki kurum arasında oluşturulan Koordinasyon Kurulu; kısa, orta ve uzun vadeli planlamalar çerçevesinde, böylesine büyük çaplı bir felaket sonrasında daha etkin, işlevsel ve verimli çalışmalar yürütülmesini mümkün kılmıştır. TBB hukuki bilgi ve tecrübesiyle depremden etkilenen yurttaşlarımızın yanında olmuştur.

Depremden etkilenen yurttaşlarımız için gerek ceza hukuku yönünden gerekse özel hukuk veya kamu hukukunun farklı alanları yönünden haklarını ayrıntılı olarak açıklayan “Deprem Mağdurları için Hukuk Rehberi” yayımlanmış, kamuoyunda büyük ilgi ile karşılanmıştır. TBB web sitesinde herkese açık olarak yayınlanan rehber; başta depremden etkilenen illerimizdeki Barolarımız olmak üzere, depremzedelerin yoğunlukla kaldığı il barolarına basılı olarak 20 bin adet ulaştırılmıştır. Yurttaşları bilgilendirme amaçlı hak kaybına uğramalarının önüne geçmek için kamu spotu, RTÜK onayıyla medya kuruluşlarına gönderilmiştir. Ayrıca “Deprem Mağdurları için Hukuk Rehberi’nde” yer alan konular, kısa videolar halinde bilgilendirme spotları olarak hazırlanmış ve sosyal medya hesaplarımızdan paylaşılmıştır. Deprem felaketi nedeniyle enkaz altındaki binlerce yurttaşımız cep telefonları ve sosyal medya üzerinden seslerini duyurmaya çalışırken; yardım talepleri ve ihtiyaçlar sosyal medya üzerinden duyurulup organizasyonlar yapılıyorken; iletişim engeli veya kısıtı getirilmesinin yaşam hakkı ihlali gibi ciddi sonuçlar doğurma potansiyeline sahip olduğuna ilişkin bir açıklama yapılarak, Bilgi Teknolojileri ve İletişim Kurumu Başkanlığına (BTK), Bilgi Edinme Kanunu kapsamında, bant daraltma ya da erişim engellenmesi sonucunu doğuracak herhangi bir işlem yapıp yapılmadığı sorulmuştur.

Depremin büyüklüğü ve etkilenen meslektaşlarımızın sayısının fazlalığı nedeni ile yardımların yetersiz kaldığı düşünüldüğü noktada depremden etkilenen meslektaşlarımız için Büyük Avukat Dayanışması kampanyası yapılmıştır. Hatay’da yabancılara taşınmaz satışına sınırlama getirilmesi talebi birliğimiz tarafından Cumhurbaşkanlığına iletilmiştir. Deprem felaketinden etkilenen

ve tarihsel olarak “medeniyetler şehri” olarak anılan Hatay’ın yeniden inşası sırasında ülke menfaatlerinin dikkate alınması gereği, bir yazıyla Cumhurbaşkanlığına hatırlatılmıştır. Yabancıların taşınmaz ve aynı hak edinimlerinin tamamen durdurulmasının Cumhurbaşkanlığına ait yetkinin kapsamında olduğu belirtilerek, Hatay’ın demografik yapısını bozma riski taşıyan idari kararların ülkenin menfaatlerine aykırılık teşkil edeceği ifade edilmiştir. Afet sonrasında yaşamın düzenlenmesi kentlerin yeniden oluşturulması ivedilikle planlanırken hukuki normlardan uzaklaşılması, çevre hukuku dikkate alınarak yurttaşın yaşam alanlarının planlaması, sağlıklı biçimde yapılmış çevre ve yaşam hakkına saygılı kentlerin oluşturulması için hukuki işlemler başlatılmıştır.

Türkiye Barolar Birliği Başkanı Erinç Sağkan ve Yönetim Kuruluna, tüm barolarımıza, gönüllü çalışan tüm meslektaşlarıma ve özellikle fedakarlığın ve sorumluluğun ne olduğunu bizlere ve tüm ülkeye gösteren, ilk andan itibaren yaşadıkları kayıplara ve büyük yıkıma rağmen gece gündüz çalışan, deprem bölgesindeki baro başkan ve yönetim kurulu üyelerimize, meslektaşlarımıza ve baro emekçilerimize şükranlarımızı sunmayı bir görev biliyoruz. Beni dinlediğiniz teşekkür ederim.

Av. Burcu UÇURAN

Cinsel Şiddetle Mücadele Derneği Vekili

Cinsel Şiddetle Mücadele Derneği adına buradayım, aslında biz bölgeye farklı kurumları destekleyerek onlar aracılığıyla çok sık gittik. Maddi yardım topladık, arkadaşlarımız orada dikiş atölyesi kurdu ya da psikososyal destek sunmaya çalıştı depremin ilk günlerinden itibaren, bugün de depremle ilgili bir rapordan bahsedeceğim. Bu rapor da kadın ve kız çocuklarının cinsel sağlıklı üreme sağlığı hakkına erişimiyle ilgili, rapora konuşmamın ilerisinde değineceğim. Türkiye'nin en büyük probleminin hiçbir konuda veri paylaşmaması olduğunu düşünüyorum. Sadece ben düşünmüyorum, muhtemelen buradaki herkes de aynı fikirdedir. Şeffaf bir şekilde kamuoyunda bir veri paylaşılmadığı için depremden tam olarak kim ne kadar etkilendi ve etkileri ne kadar sürüyor, henüz bilmiyoruz, muhtemelen de bilemeyeceğiz.

Buraya çağırılma sebebim aslında Betül Hanım'ın beni bir radyo programında dinlemesiydi. Radyo programında şöyle bir şey söylemiştim: Cinsel şiddet vakaları genellikle mağdurların tanıdıkları biri tarafından gerçekleştiriliyor ve kendisi bundan çok etkilendiğini söyledi. Biraz belki oraya girmek, yani cinsel şiddetin faillerinin genelde tanıdık insanlar olduğundan bahsetmek ve raporu da buradan bağlamak istiyorum. Çünkü kadınlar ve kız çocukları aslında deprem sonrasında da kriz ve afet dönemlerinde sıklıkla karşılaşılan şekilde cinsel şiddet riskine açık hale geldiler ve kız çocuklarının bir kısmı da kendilerini kurtarmak için erken yaşta da zorla evlendirildi.

Bu araştırma deprem sonrasında Mersin'e göç eden 180.000 kişi üzerinde yapılmış bir araştırma, Mersin Valiliği ilginç bir şekilde veri paylaşmıştı bununla ilgili, 6 Şubat Kahramanmaraş depreminin ardından Mersin'e ilk etapta 400.000 kişi geliyor, 180.000'e yakın insan depremin ardından devam eden aylarda Mersin'de yaşamaya devam ediyor. Bunlardan bir kısmı 10.880'i KYK yurtlarında, 5.027'si Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı pansiyonlarda, 2.703'ü kamu misafirhanelerinde, 3.118'i de gençlik kampları ve diğer sayıları da paylaşmayacağım, geçici konutta, otel ve apartlarda konaklıyorlar.

Bu raporda yer alan kişiler 15 yaş üzeri kız çocukları ve kadınlar cinsel sağlık ve üreme sağlığı konusundaki deneyimlerini çalışmacılara aktarmışlar. Çalışma aslında şöyle başlıyor: Sahada, deprem sahasında erkek çalışanların çok olması ve kadın çalışanların az olması sebebiyle kadınların ve kız çocukların ihtiyaçlarını net bir şekilde ifade edemedikleri için ihtiyaçlarına erişemedikleri ve bu

nedenle hak ihlaline maruz bırakıldıkları. Sonrasında ise katılımcılar cinsel istismar ve şiddet, doğum kontrol yöntemlerine ulaşamamaktan kaynaklı istenmeyen gebelik ve bu istenmeyen gebelik sebebiyle bir kürtaj hakkına da erişememiş. Deprem bölgesinde ve sonrasında düşük, erken yaşta ve zorla evlilik, eş onayı olmadan sağlık hizmetlerine erişememe. Burada şunu açmak istiyorum: Eş onayı şöyle bir durumda da karşımıza çıktı alanda, bekar kadınlara çadır ve konteynır verilmesi konusunda büyük sıkıntılar yaşandı. Bekar kadınlar evli kadınlara göre konteynır kentlerin dışına itilerek bir noktada daha fazla mağdur edildiler. Sadece evli kadınlara bahsettiğim sağlık hizmetlerinin sunulduğuna ilişkin de çalışmacılar ilgili raporda bu durumu aktarmışlar. Bu sağlık hizmetlerinin sadece evli kadınlara sunulması ne demek aslında? Sadece evli kadınların görülmesi, bekar kadınların hiçbir şekilde sağlık hizmetlerine erişemediği anlamına geliyor.

Gebelerin ve emziren annelerin uygun beslenme ve bakım hizmetlerine erişememesi, kaç tane gebe depremden etkilendi, bu gebelerin kaç tanesi deprem sonrasında doğum yapmak zorunda kaldı, emziren annelere ne gibi destekler sunuldu, bunların verisi de olmadığı için aslında net bir şey konuşmıyoruz. Temiz su ve hijyeni pek çok katılımcı söyledi, ben burada şunu da açmak istiyorum: Evet, temiz su ve hijyen çok önemli. Sadece Tabipler Birliğinden Doktor Bey bunu anlattı, ped yoktu, hijyenik ped yoktu. Kadınlar hijyenik ped ve su bulamadıkları için genital hastalıklara yakalandılar ve mantar enfeksiyonları sebebiyle alanda daha fazla sağlık problemi yaşamaya başladılar.

Devam edersek, aslında en büyük problemin şu olduğunu düşünüyoruz biz: Bizim Afet Yönetmeliğimiz toplumsal cinsiyete duyarlı bir Afet Yönetmeliği değil. Evet, biz afet olduğunda hangi pozisyonda duracağımızı, ne gibi çarlar çalacağını ya da sirenler çalacağını biliyoruz, ama kırılgan gruplar dediğimiz grupların neye ihtiyacı olduğunu aslında çok da bilemiyoruz. Ben bu kırılgan grupların isminin de konulması gerektiğini düşünüyorum. Çünkü hani saatlerce konuşuyoruz, ama bu kırılgan gruplar kimler? Kadınlar, kız çocukları, LGBT+'lar, engelliler, göçmenler. Bu kişilerin kaç tane ve yeterli sağlık hizmetine erişti, bunun verisi de hâlâ elimizde yok. Çadır verilmesi konusunda en büyük problemi yaşayan taraflardan biri de aslında trans kadınlardı. Trans kadınlara hiçbir şekilde afet bölgesinde barınma hakkı tanınmadı ve neyse ki sivil hareket var da afet için lubunya dayanışma ağı kuruldu ve kendi aramızda belli bir maddi destek toplayıp, kendilerine bir barınma sağlayabildik deprem bölgesi dahilinde ve on şehir özelinde bunu söylüyorum.

En büyük problem şu, bulgulardaki bu rapor iki aylık bir çalışmanın sonunda hazırlanmış, ben özetini okuyorum. Devamı CİSÜ platformunun sitesinde bulunabilir. Güzel, çok detaylı bir rapor. Erken yaşta ve zorla evlendirilme vakalarının artmış olduğu gözlemlenmiştir. Bu vakalar niye arttı? Aslında insanlar bu cinsel şiddet efsanelerinde de olduğu gibi, failler kötü insanlar oldukları için değil, yoksulluğun bir yandan gelmesi, bir şekilde erkek korumasına sahip olmayan ve kendilerinin ve kız çocuklarının daha güvende olacağı düşüncesiyle erken yaşta kızlarını aileler evlendirmeye aslında başlamışlar. Deprem sırasında yakınına kaybeden kadınların ve kız çocukların maddi kaygılar ve istismar korkusu nedeniyle de zoraki evliliklere yönelip, kendilerini kurtarmaya çalıştıkları, bu nedenle evlendikleri bu raporda da yazıyor.

Tabii ki bunların verisi yok, belki de aslında verisinin olması da oldukça üzücü olur. Çünkü çok görülmek istenmeyen bir problem olduğunu düşünüyorum. Cinsel istismar Türkiye'nin bir gerçeği diyoruz, ama cinsel istismarla ilgili tam olarak hangi devlet kurumu ne yapıyor, nasıl bir önlem almaya çalışıyor, bunun da henüz bir net tablosu yok. Bugün aslında bir çocuk hakları çalışanı da aramızda olsaydı daha iyi aktarabilirdi ama ben biraz aktarmaya çalışacağım. Afet döneminde afet çocuk sivil koordinasyon ekibi kuruldu çocuk hakları aktivistleri tarafından ve bu grup tamamen şunun peşine düştü: 1. Cinsel istismar vakaları ne düzeyde? 2. Kimlik tespiti yapılmamış, ancak gömülmüş çocukların kimlik tespiti nasıl yapılacak? Bunun için hukuki bir süreç nasıl işletilir? 3. Kayıp çocuklar. Biliyorsunuz işte depremin ilk başlarında kamera görüntülerinde çıktı, bir şekilde hastaneye getirilen çocuklar tanınmayan iki-üç insan tarafından hastaneden çıkartıldılar. Bu kayıp çocukların akıbeti hâlâ belli değil ve kaç tane kayıp çocuk var, bu kayıp çocuklar ne oldu? Devlet korumasına alındığı söyleniyor, ama nasıl bir destek işletiyor çocuklar için, henüz belli değil ve bu koordinasyon hâlâ çocukların hesabını sormaya devam ediyor.

Diğer bir konuysa, kadınlar depremi yaşamalarına rağmen özellikle evli kadınlar bakım emeklerine devam etmek zorunda kaldılar. Bakım emeğine devam etmek ne demek? Konteynırı süpürmek, konteynırda yemek pişirmek, çocuklar varsa çocukların bakımına devam etmek durumunda kaldılar. Yani o kadın kendine biçilen toplumsal rolden ayrışacak da kendi deprem travmasını işleyecek, bunu ne zaman yapacak? Bunu ancak sanırım kendisine bir alan tanındığında yapacak. Bu alan tanındı mı deprem olduktan itibaren? Tanınmadı. Bizim deprem döneminde çıkan talepler metnimizde aslında şu yazıyordu: Her deprem bölgesine bir çadır kurulsun ve bu çadır bir destek sistemini oluştursun. Bu destek sistemi ne olabilir? Kadın bir jinekolog, kadın ruh sağlığı çalışanları

ve avukatlar da olabilir kendi haklarını aramak için, bu destek çadırları kurulmadı ve kadınlar aslında dikiş atölyelerinde, örgü atölyelerinde bir şekilde kendi dayanıklılık mekanizmalarını tekrar işletmeye başladılar. Kadınların bu raporda aktardığına göre TCK'da bir suç sayılan, ancak şikâyeteye tabi bir suç olan evlilik içi cinsel şiddet vakalarının da bu süreçte arttığını söylemek isterim.

Bilgiye erişim yoktu, mevzuat var uygulama yok, bu zaten sivil toplumun yıllardır söylediği bir şey. Aslında sivil toplum şunu istiyor: Devlet kurumlarıyla bir masaya oturup eksikleri birlikte tamamlamak ve kamu hizmetini gerçekten derinleştirmek. Çünkü biz sürekli bir talepkar moda itilmek durumunda kaldık. Nedir bu? Biz devletten veri istiyoruz, devlet bize veri vermiyor ve bir şekilde aslında bugün şunu beklerdim: Kamu kurumlarından gelen temsilcilerin gerçekten detaylı bir şekilde burada bulunan herkese veri paylaşmasını beklerdim. Elimde sivil toplum kuruluşunun -ki ne kadar bütçeyle yapılıyor bu sivil toplum çalışmaları, sizin hepinizin zaten malumu- bir devletin yapabileceğinin neredeyse yüzde 5'ini yapabilmiş bir sivil toplum kuruluşunun raporuyla konuşuyorum burada, bir devlet kadar çalışabilir miyiz? Hayır, yani o hizmeti, o veriyi bir devlet kadar tutabilir miyiz? Hayır. Cinsel istismar ve cinsel şiddet söz konusu olduğunda gözlerimizi kapatmak istiyoruz. Çünkü uğraşmak istemiyoruz bu konuyla, gerçekten uğraşmak istemiyoruz. Acı bir gerçek.

Ekleyeceğim bir şey var mı diye bakayım, sadece ufak bir şeyi eklemek istiyorum. Çok uzun süredir devletin herhangi bir hak ihlalinde, afet yönetimi olsun, deprem olsun, sel olsun herhangi bir hak ihlalinde hesap verici konumda bir masaya oturduğunu ben görmedim. Görmeyi çok arzu ediyorum. 99 depremi davalarına baktım açıp, bu son depremler olduğunda deprem koordinasyonu kuruldu İstanbul'da, ben İstanbul bölgesinde çalışıyorum. Burada ne yapabiliriz diye oturduk, konuştuk. 99 depremlerinde yürütülen davalara baktım, 99 depreminde sadece iki kişi ceza almış. Bu depremde ne olacak? İşte TMMOB'tan temsilci haksız ya da suçsuz insanların içeride olduğunu söyledi. Ben de katılıyorum buna, kim bunun hesabını verecek? Bu depremde zaten şunun tartışması yürütülmüyor, bu doğa olayı nasıl oldu, bunun tartışması yürütülmüyor. Deprem alanındaki meslektaşım da anlattı, zaten insanlar bunun şokunu yaşadı, ama biz depremden sonra neyi ne kadar yaptık? Bunun hesabı nasıl verilecek? Bu kayıp çocukların hesabı nasıl sorulacak? Benim hâlâ aklımda bu tip sorular var. Devlet kurumunun bir muhatap olarak masada toplumsal hafıza anlamında görmeyi isterdim. Aktaracaklarım bu kadar, teşekkür ederim.

Av. Ayşe Vural KARACA

Hatay Barosu

Av. Ayşe Vural Karaca, Hatay Barosu'na kayıtlı olarak serbest avukatlık yapmaktayım. Hatay Barosu'nu temsilen bugün buradayım. Öncelikle 6 Şubat depremlerinde kaybettiğimiz meslektaşlarımızı, arkadaşlarımızı, akrabalarımızı, öğretmenlerimizi, komşularımızı saygı ve rahmetle anıyorum.

06.02.2023 Kahramanmaraş depremleri sonrasında evimin ağır hasar alması sebebi ile Ankara iline gelmek durumunda kaldım. Evliyim, Feyza ve Arif'in annesiyim. 5 Şubat akşamı tüm hazırlıklarımızı yapmıştık, okul servislerini ayarladım, çocukların okul kıyafetlerini hazırladım, duruşmalarım olduğu için yardımcımız Seher hanımdan erken gelmesini istemiştik. Seherle son mesajlaşmamız olduğunu bilmiyordum. Evimiz 4 katlıydı mahşer yeri gibiydi her yer insanlar bağırıyor duvarlar çatlıyor ev üzerimize ne zaman yıkılacak korkusu ile sığındığımız yerden kalkmadan depremin bitmesini beklemiştik. Dışarı çıktığımızda önce komşularımıza baktık onları dışarı çıkarmaya çalıştık, sonra ailemizle iletişim kurmaya çalıştık. Yağmur bardaktan boşalırcasına yağıyordu. Olayın büyüklüğünü o anda idrak edememiştik. Gün ağarmaya başladığında yolların yarıldığını evlerin yıkıldığını ve yakınlarımızın enkaz altında kaldığını yavaş yavaş öğrenmeye başladık. 15 gün araçta yatıp kalktıktan sonra Ankara ya 20 yıldır görmediğim üniversiteden arkadaşımın evine misafir olduk. Hatay yerle bir olmuştu. İlk birkaç ay herkesin acısı çok taze olduğundan bazı şeylerin farkına varamamıştık. Halbuki artık ne evimiz ne iş yerimiz ne sevdiklerimiz ne de memleketimiz kalmıştı. Tüm kurumlar yıkılmıştı. Hiçbir kuruma ulaşım sağlanamıyordu. Kurum çalışanları da bizlerle aynı durumda olduğundan Türkiye'nin dört bir yanından geçici görevle memurlar gelmişti.

Depremden sonra Hatay'da neler mi yaşandı? Altyapıdan eğitime, eğitimden adalete her birim etkilendir. Öncelikle insanlar çadırlarda kalmaya başladı, sonrasında yavaş yavaş konteyner kentler oluşturulmaya başlandı. Hatay da yaşanan en büyük sorun barınma sorunu ve beraberinde getirdikleri sorunlar. Depremin üzerinden 9 ay geçmesine rağmen barınma sorunu halen devam etmektedir. Bununla birlikte su kaynaklarının yeri değiştiği için su sorunu ve beraberinde hijyen sorunu halen devam etmektedir. Memurlar ailelerini başka il ve ilçelerde bırakarak görevleri başına döndüler aile bütünlüğü halen sağlanmış değil. Hatay'da bulunan herkese nasılsın dediginizde aldığınız cevap iyi olmaya çalışıyoruz hayatımızı devam ettirmeye çalışıyoruz. Çünkü can kayıplarının

yanı sıra en temel haklar-ihtiyaçlar bile tam anlamı ile karşılanmamış, dolayısı ile insanların yaşam kalitesi düşmüş ve genel mutsuzluk hâkim.

Depremi ilk günlerinde özellikle kadınlar çok fazla mağduriyet yaşadı. Diğer barolardan meslektaşlar destek olmak adına gönüllü olarak Hatay'a gelmişlerdir. Hatay Barosu'na bağlı olan meslektaşlar çadırda kalmak durumunda kalmış hem sosyal baskı ile karşılaşmış hem de güvenlik zafiyeti olması sebebi ile uzun süre Hatay'da kalamamış ve çoğu kadın meslektaşım başka iş arayışına girmişlerdir.

Kurumların hepsinin adresi değiştiği için kurumlara ulaşmakta zorluklar yaşanmıştır. Avukatlar bile bir sosyal yardımlaşma ağı kurmuş bugün hala oradan yazarak kurumların nerede faaliyet gösterdiklerini öğrenip öyle işlem yapmaktadır. Ulaşım ciddi sorun olmuştur. Enkaz çalışmaları devam ettiği ve halk şehirde yaşamadığı için toplu taşıma güzergahları değişmiş sayısı azaltılmıştır. Hal böyleyken kadınların adalete erişimi de sekteye uğramıştır. Hoş adliyeye erişsek, işlem başlatsak dahi hiçbir sonuç alınamıyor oda ayrı bir sorun. Çünkü hakim savcılarının ve memurların da barınma sorunu devam ettiği için konteynır kentlerde yaşam sürdükleri için sık sık izin ve rapor almakta, dolayısı ile duruşmalar ileri tarihe atılmakta, en acil kararların verilmesi bile zaman almaktadır. Deprem sonrası ilk duruşmalarda öncelikli olarak deprem sonrasında tarafların sağ olup olmadığı konusunda araştırma yapmak üzere ara karar kuruluyor. Velayet, koruma kararları için bile aylarca beklemek durumunda kalabiliyorsunuz çünkü muhatap bulamıyorsunuz.

Koruma kararı alındığında da bu defa tebligat sorunu açığa çıkıyor. Çünkü evler yıkıldığı için adres güncellemeleri yapılmamış. Güvenlik sağlanamadığı için çadırlarda, konteyner kentlerde kadınlar şiddete maruz kalabiliyorlar kadınlar kendini güvende hissetmiyor.

Bir proje kapsamında kadın hukuk okur yazarlığını arttırmak amacı ile konteynır kentlerde kadınlarla bir araya geliniyor. Bu toplantılarda kadınlar kendilerini güvende hissetmediklerini belirtmişlerdir. Üzerinden çok da fazla zaman geçmeden geçtiğimiz hafta içerisinde konteyner kentte bir akrabasına sığınan bir kadın boşanmak üzere olduğu eşinin son kez konuşmak istemesi üzerine konuşmayı kabul etmiş ve çocuklarının gözü önünde silahlı saldırıya uğramıştır. Bu saldırıda kadın ağır yaralanmış kadının yanında bulunan şahıs saldırı sonucu ölmüştür. Kadının kendisini güvende hissetmemesinin bir sebebi de barınma sorunu devam ettiğinden şiddet gören kadın şiddet gördüğü eşi ile birlikte kalmak zorunda kalıyor. Çünkü boşanma kararı kesinleşmediği için evli görünüyor ve konteynır genelde erkek eş adına çıktığı için kadın mağdur

olmaktadır. Tüm destekler ailede erkek eş adına yatmıştır. Bu da erkilleşmenin kanıtıdır. Boşanma arifesindeki eşe ne kira desteği ne konteynır hiçbir şekilde verilmemiştir. Hatay'da boşanma oranlarında da artış meydana gelmiş adli yardıma başvuru sayısı da bir önceki yıla kıyaslandığında 2 katından fazla artış olmuştur. Boşanma davası için 407 kişi başvurmuş bunun 315'i kabul edilmiş 54'ü sonradan iptal etmiştir.

15 metrekairelik konteynırlarda 4-5 kişilik aileler yaşamak durumunda kalmıştır. Bu da beraberinde çeşitli sorunlar getirmiştir. Aile içi şiddet olayları artmıştır. Okulların birçoğu yıkıldığı için okullar birleştirilmiş birkaç okul aynı binada hizmet vermeye başlamıştır. Belediye otobüsleri hala saatte bir sefer yaptığından servis olmadığından aileler çocuklarını uzak mesafedeki okullara kendileri götürmek durumunda kalmıştır. Bunu yapmaya yanaşmayan ailelerde de kız çocuklarının eğitiminin aksamasına, konteynırda kalabalık ailelerin yaşamasının güçlüğü sebebi ile çocuk yaşta evliliklerin sayısı artmasına sebep olmuştur.

Ayrıca güvenlik zafiyeti olması sebebi ile suç oranlarında artış meydana gelmiş denetim olmaması sebebi ile madde bağımlılığı, madde ticareti, hırsızlık oranlarında artış gözlenmiştir.

Meslektaşlarımızın sorunları TBB, destek olan barolarca ve STK desteği ile çözülmeye çalışılmıştır. Avukatlar için konteynır işyerleri ayarlanmış ancak her konteynırda 3-4 avukat arkadaş hizmet vermekte bu da hem müvekkiller yönünden hem işler yönünden sorun oluşturmaktadır. Yoğun kış koşullarında konteynırları su basmakta meslektaşlarımız bu sorunlarla da kendileri uğraşmaktadır. Kadın avukatlar güvenli barınacak yerler bulamadığı için mesleğini icra edememe noktasına gelmiştir. Yakın bir zamanda Kadın avukatların barınması açısından bir STK'nın kadın avukatlar için mor yerleşkesinde misafirhane yapacağı haberi bizleri mutlu etmiştir.

Bugün 05.12.2023 depremin 10.ayındayız. Bizlere destek olan TBB Başta olmak üzere, Ankara Barosu ve diğer tüm barolarımıza, Sivil Toplum Kuruluşlarına ve emeği geçen destek olan herkese sizlerin nezdinde teşekkür ederim. Yaşadığımız zorluk ne olursa olsun küllerimizden doğup yeniden ayağa kalkacağız. Umudumuzu kaybetmedik kaybetmeyeceğiz. Onlar bizi unutsa da biz yaşadıklarımızı unutmayacağız unutturmayacağız bunun için mücadelemize devam edeceğiz.

Dr. Ercan YAVUZ

Türk Tabipler Birliği Olağandışı Durumlarda Sağlık Hizmetleri Kolu Yürütme Üyesi

Merhaba arkadaşlar, sizleri Türk Tabipleri Birliği-Olağandışı Durumlarda Sağlık Hizmetleri Kolu (ODSHK) adına sevgi ve saygıyla selamlıyorum.

TTB'ye bağlı Kolumuz 1992 yılında “Saddam Rejimi”nin kullandığı elma kokulu kimyasal gaz nedeniyle katledilen insanlar ve hayatta kalmak için ülkemize göç eden mülteciler zamanında kuruldu. Bu göç insan eliyle oluşturulmuş olağan dışı duruma örnektir.

Deneyimlerimiz “99 Depremi”nde- “Gölcük Depremi”nde çok fazla arttı ve TTB-ODSHK bilgi birikimini eylemde kullandığı gibi zaman zaman da akademik destek için kullanır hale geldi.

Ankara Tabip Odası (ATO) Genel Sekreteri'nin konuşmasında belirttiği gibi; TTB-ODSHK “6 Şubat Depremi”nde, toplumsal duyarlılığına denk gelen sahiplenmeyle, çok büyük bir aktivite gösterdi. Merkezi düzeyde 30 kadar hekim arkadaşımızın organizasyonu ile 700 kadar meslektaşımız süreci omuzladı ve hâlâ çalışmalarımız devam etmektedir.

“Afet” dediğimizde; deprem, sel, orman yangınları ve benzeri doğanın toplum üzerindeki “dışsal-yıkıcı” etkilerini anlıyorsak, bu tip doğa olaylarının da fiziksel dünya için “olağan” olduğunu beraberinde ifade etmek zorundayız. Bu “olağanlık” toplumlar tarafından “arızı bir durum” olarak karşılanırsa “afet” adını alır. “Arızı” ise; “dışsal, beklenmedik olandır.” O halde; ne zaman ki depremlerin, salgınların, orman yangınlarının bilgisine sahip olursak o zaman bu durumların “dışsal, beklenmedik” olaylar yani afetler olmaktan çıkacağına da bilincine varabilmemiz mümkün olacaktır.

“Afet” doğa ve toplum arasındaki ilişkide kriz aşamasındaki bir durumu izah etmek için kullanılıyor ise; diyalektik olarak “ayrı olmayanların ilişkisinden de söz edilemez” o zaman. Bu bilimsel yöntemi kılavuz edinerek yola çıkarsak; “insanın doğayla ilişki içerisine girebilmesi için önce ondan ayrılması gerekiyordu” diyebiliriz ve bu ayrılık-birliktelik çelişkisinin geliştirici devinimi içerisinde maddi varlığını yeniden üretmek için doğadan yararlanan insan, doğadan elde ettiği malzemeleri alet edevata dönüştürürken, doğayla ayrılığını ve ilişkisini de tekrar tekrar üretti. Bu doğaya dair bilincin başlangıç noktasıydı. Ve insanlık için bu bilince ulaşma serüveni hala devam etmektedir. Ki;

TTB-ODSHK'nun da bu serüvene bir nebze katkısı sunması için söylüyoruz, yazıyoruz, eyliyoruz...

Deprem, sel, orman yangınları ve benzerlerini “arızı bir durum” olarak “afet” kavramı içinde tanımlayan akıl, doğayla kurduğu ilişkinin doğanın hareketleriyle değişebilir olduğunu ön göremeyen bir toplumun bilincidir ki sorunludur elbette. Doğa ile toplum arasındaki ilişkiyi, bir yanılsama ve bir çarpıtma olarak afet anında kuruluyormuş gibi görür/gösterir. Oysa ki insan doğanın bir parçası olarak ve kendi bilincinden bağımsız olarak doğal nesnellik içerisinde. Olan biten ise; doğa ile insan ilişkisindeki diyalektik ilişkinin açılımıdır. Yani: İnsanal doğanın ve doğal insanın tarihsel süreçteki zamansal ve mekansal biçim değişikliğidir.

Öyle değildir ki; doğa insanın ilk avadanlığı iken toprağın kendisi de mülkiyetin ilk konusu olmamış mıdır? Yanıtını dikte eden bu sorudan sonra şunu rahatlıkla ve bilimsel olarak söyleyebiliriz: “Ancak doğa ve ekleriyle kurulan ilişki mülkiyet ilişkisi biçimini aldıktan sonra mülkiyetin tarihi doğayla toplumun kurduğu ilişkinin de tarihi halini almıştır.” Ve bu süreçte insanın doğayla ilişkisi-çelişkisi, sermayenin doğayla çelişkisi halini almıştır. Yine bu süreçte; sermaye çevriminin refah dönemlerinde doğayı ele geçirmenin tüm nimetlerini insanların ayaklarının altına sererken, kriz dönemlerinde insanların ayaklarının altındaki doğayı kontrolsüzce yıkar, yok eder. Sermaye mülkiyeti dışında bir parça toprak, bir santim gökyüzü, ulaşılmadık bir doruk, dere... bırakmazken sözüm ona insanlık adına yaşamı çoğaltırken her gittiği yere ölümü götürür. Çünkü sermaye bir ilişki biçimidir ve insanın insanla ilişkisini eşyanın eşyayla ilişkisi olarak kuran bir biçimdir. Ve eşya dediğimiz şey yararlılık ifade eden dönüştürülmüş doğadan başka nedir ki? Eşyaya dönüşen/dönüştürülen doğa şimdi kendi özünde olmayan insandan ayrıştırılmış emeğin taşıyıcısı bir mülk haline gelmiştir. Bu durumda toplum mülk sahipleri ile mülksüzler olarak ikiye ayrılmışken; toplumun hareket yasaları da doğanın toplum üzerindeki etkilerini de ikiye böler. Artık “afet” aynı şiddette vurmazken varıl ile yoksulu; doğal olaylar birinin hanesine ölüm getirirken diğerinin hanesine ise kar yazarak birinin krizini diğerinin fırsatına çevirir.

İlkel çağlarda insanlar afetlerde doğayı anlamadıkları için/tanımadıkları için ölürlerken, modern zamanlarda ise toplumu, toplumun örgütlenmiş hali olarak siyasal ana yapıyı anlamadıkları için ölüyorlar. Ve ne yazık ki; çaresizliğimizin ve korkularımızın nedeni evimizin altından geçen fay hatları, hareket eden toprak değildir. Acılarımızın ve çaresizliğimizin nedeni içinde bulunduğumuz toplumsal yapıdır. Bu acılardan, çaresizlikten ve korkulardan kurtulmak için;

cenderesine sıkıştığımız toplumsal ilişkilerden, söylemsel ve eylemsel olarak özgürleşmek gereklidir.

İşte o özgürleşme halidir ki, ancak; üretici güçlerin gelişimi ile doğanın güçleri arasındaki ritmi ve ahengi aynı anda yakalayacaktır. Doğanın hareketleri “afet” tanımı içinde baş edilmesi gereken zorluklar olmaktan çıkacak toplumsal hareketin kendisi haline gelecektir. Ve o çağın toplumu devleti sorgulayıp sönümlenmesi gerektiğini anlamlandırmaya çalışırken; bayraklarının üzerine şunu yazabilecektir. “Herkesten yeteneğine göre, herkese ihtiyacına göre.”

Peki yukarıda tanımladığımız “varılması gereken noktaya kazıkları çakıp, klavuz hattımızı çekerken” bugünden yarına ; “Afet” sırasında devletin görevi nedir? Diye gelen bir soruya verilecek yanıtımız nedir? Bugünden başlarsak: “Aslında sınıflı toplumlardaki devlet olağan durumlarda ne yapıyorsa, afetlerde de aynı şeyi yapıyor.” diyebiliriz. Çünkü; Devlet tarafından “afet” denilen şeyin kavramsal ve yaşamsal karşılığı aslında sınıflı toplumlarda sermaye üzerine yaptığı yıpratıcı etki kadardır. Ve bu boyutuyla; sınıflı bir toplumda devlet, “afetin” sermaye üzerindeki yıpratıcı etkisini nasıl toplumsallaştırabilirim derdine düşer. Ki burada “devletin sermayenin kolektif temsilcisi” olduğu ayan beyan ortadadır artık.

İşte burada; “doğuştan bir hak” olarak değil de toplumsal/sınıfsal mücadeleler içerisinde doğru kazanılmış “sağlık hakkı” önemli bir alan işgal ederken; devletin yapısına dair teorik açılımımızı ve mücadele ile müzakeremizi nasıl yapılandıracağımız önemli oluyor.

Aslında kapitalizmin tarihsel gelişimi içerisinde yıkılmış bir “sosyal devlet” de “sağlık hakkı” dört temel kategoriye ayrılırken (1. Koruyucu sağlık hizmetleri, 2. Geliştirici sağlık hizmetleri, 3. Rehabilit edici sağlık hizmetleri, 4. Tedavi edici sağlık hizmetleri.) ve tüm bu hizmetlerin erişilebilir, nitelikli, ücretsiz olması ise “sosyal devletin” görevleri içerisindeyken... devlet bu olma/olması gereken durumu çoktan terk ederek bize bir gerçeği hatırlattı: “Sosyal devletin ruhunu çağırma davranışına girmeyin, Nil nehrinde Volga gecelerinin hayallerini kurmayın.”

Çünkü artık tüm metalar gibi sağlık üretim metası da piyasadadır! Buna denk gelen bir söylem, 2000’li yıllarda Dünya Sağlık Örgütü adresinden doğru, Birleşmiş Milletler Kürsüsü’nden ve küresel sermaye sözcüleri tarafından zaten söylemişti: “Sağlık bireysel bir sorundur” ve sağlık hizmetleri piyasadan satın alınabilir/alınmalıdır.

Ve bu piyasanın büyüleyici etkisi, devlet eliyle depremde açılan yaraların onarılmasında çare olarak sunulurken (arama-kurtarma çalışmalarında bir an önce suç unsurlarını ortadan kaldırmak için irili-ufaklı sermaye, içinde insan ve diğer canlıların olduğu bina hafriyatlarını kaldırıp yerine sermayenin krizi fırsata çevirdiği binalar yapımına çağrılırken...); “devletin boşalttığı alanlar” da çaresiz kalan insanlara yardıma giden, toplumsal duyarlılığı olan yapılanmalara sermayenin kolektif temsilcisi olan devlet engel olmuştur.

Ancak tüm engellemelere rağmen; teorik olarak reddettiğimiz fakat pratik olarak teoriyi sorgulatan/yeniden gözden geçirmemizi sağlayan bir duruş da tarafımızdan “boşaltılan alanlarda” mümkün olduğunca gerçekleştirilmiş bir praksistir.

Bu etkinliklerimizin tamamını TTB-ODSH Raporu şeklinde TTB internet sitesinde bulabilirsiniz.



X. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

KAPANIŞ OTURUMU

(21 Ekim 2023)

SONUÇ BİLDİRGESİ

Günümüzde gelişen sağlıkta dijital dönüşümün beraberinde birçok hukuki problemi de getireceği açıktır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda; geleneksel hastane merkezli bakımın yerini hasta merkezli yapay zekâ tabanlı teknolojilerin, tele tıp uygulamalarının, robotik cerrahinin ve eş zamanlı tedavi sağlayacak teknolojik gelişmelerin alacağı öngörülmektedir.

Kişisel sağlık verilerinin korunması, yapay zekanın ve hekimin sorumluluğu hususlarının yanında birçok biyoetik tartışma konusu, uluslararası tıp ve hukuk camiasında dikkatle incelenmekte, bu konularda düzenlemelere ihtiyaç bulunması işaret edilerek, detaylı çalışmalar yapılmaktadır.

Dünyada sağlıktaki dijital devrimin getireceği risklere ilişkin değerlendirmeler ve hazırlıklar yapılmakta iken ne yazık ki ülkemizde hekimin tıbbi kötü uygulamasından doğan uyuşmazlıklar konusunda dahi bir mesafe kat edilememiştir. Tıbbi malpraktis konusunda halen yasal bir düzenleme olmaması, düzenleme olmayan bir alanda adli ve idari yargının aynı kavramları birbirlerinden tamamen farklı yorumlamaları ve hali hazırda aynı kamu hizmetini gören hekimler arasında özel-kamu ayrımı yapılarak yargı yolunun farklılaştırılması “Sağlık Hukukunun Bugünü”nde halen tartıştığımız ve artık aşılması gereken sorunlardır.

Yargı sistemindeki tüm aksaklıklarla birlikte, yargılama sürelerinin uzun yıllara yayılması, bilirkişi raporlarının yargılama makamları tarafından anlaşılmaz nitelikte oluşunun yanında hâkimin kendi hukuki bilgisiyle çözmesi gereken konularda da bilirkişiye sorması gibi uygulamada yaşanan sorunlar, hem bireylerin sağlık hakkının ihlal edilmesine hem de sağlık çalışanlarının yargı yükü altında ezilmesine sebebiyet vermektedir. Diğer çözümleyen çalışma koşulları sorunları yanında, bir de işaret edilen bu sorunlar nedeniyle kendilerini hukuki himayeden yoksun hisseden hekimlerimiz defansif bir anlayışa itilmiş ve çareyi yurtdışına çıkmakta bulmuşlardır.

Yürürlük tarihinden bu yana geçtiğimiz bir yıl içerisinde uygulamasını test ettiğimiz, sağlık alanındaki sorunlara çözüm getireceği ileri sürülen ancak hastaların hak arama hürriyetini ihlal etmekten öte gitmeyen Mesleki Sorumluluk Kurulunun nitelsiz yapısı, yalnızca toplantı yeter sayısına riayet ederek verilen soruşturma izni verilmesine dair kararlarındaki gerekçesiz matbu metinlerde kendisini göstermiştir.

Mevzuatının bu kadar eski, sorunlarının çok aşikâr olduğu böyle bir alanda yasal düzenlemeleri sorunun asıl muhataplarına yer vererek oluşturmak, sağlık okuryazarlığını yaygınlaştırmak ve sağlık hizmetinin sunumundan doğan

zararlarda sosyal devlet ilkesi çerçevesinde idarenin sorumluluğuna gitmek gibi çözümlerin değerlendirilerek sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki düşmanlaştırma politikasından vazgeçilmesi gerekmektedir.

Öte yandan, kırılganlık son yılların gündelik dilinde giderek işitilir olmasının yanı sıra, sosyo-politik ve hukuki, etik ve politik tartışmaları dahilinde ön plana çıkan kavramlardan biridir. Kadınlar, çocuklar, yaşlılar, yoksullar, engelliler, göçmen ve mülteciler, LGBTİ+lar ve farklı etnik kökene mensup bireyler kırılgan gruplar olarak tanımlanmaktadır.

Sağlıklarının bozulma riski daha yüksek ve sağlık hizmetlerine erişme imkanları daha sınırlı olan kırılgan gruplar, sosyal olaylardan, ekonomik sorunlardan ve afetlerden de ayrıca olumsuz şekilde etkilenmektedir. Neoliberal politikaların sonucunda dünyada meydana gelen gelir adaletsizliği, kırılgan grupların sağlık hizmetlerinden adil bir biçimde faydalanması için gerekli finansman kaynağının oluşmasını da engellemektedir.

Her ne kadar uluslararası metinlerde ve Anayasamızda sağlık hizmetlerinin sunumunda “herkes” vurgusu yapılmasına ve kırılgan grupların korunması için pozitif ayrımcılık içeren hükümler yer almasına karşın uygulamada kırılgan grupların bu haklardan gereğince faydalanamadıkları görülmektedir.

“Yaşlı ayrımcılığı” (ageism) bir yaş grubunun lehinde ya da aleyhinde olarak, bir bireye genellikle sadece yaşı nedeniyle gösterilen farklı tavır, önyargı, hareket, eylem ve kurumsal düzenlemeler olarak tanımlanabilir.

Yaş ayrımcılığı hem gençlere hem de yaşlılara yönelik görülmekle birlikte, yaşlıları daha çok etkilemektedir. Modern dünyada gelişen tıbbi teknolojiler insan ömrünü uzattığı için ortalama yaşam süresi artmakta, bu da yaşlıların yaşam kalitesi ile ilgili tüm boyutların önemini arttırmaktadır. Diğer taraftan yaşlıların dijital teknolojiyi kullanmada gençlere nazaran daha yetersiz kalması; sağlık hizmetlerinin sunumu ve mahremiyet konularında yaşlılara yönelik gerekli güvenlik politikalarının geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Yanlış düzenlemeler, yanlış inanışlar yaşlı bireylerin toplumla bütünleşme ve sosyal refah hizmetlerinden yararlanmalarını olumsuz etkilemektedir.

Kurultayda değerlendirmeye çalıştığımız bir diğer konu, ülkemizde en sık görülen doğal afet türü depremlerdir. Depremden yalnız depremin olduğu bölge değil başka bölgeler de etkilenir. Nitekim, 6 Şubat depremleri tüm ülkeyi etkilemiştir, kanayan açık bir yara olarak etkilemeye devam etmektedir. Doğal afetlerin özellikleri ani ve beklenmeyen bir zamanda olmaları ve büyük

yıkımlar yapmalarıdır. İnsan ve hayvanlarda can kaybına neden oldukları gibi sağlık hizmetlerinin aksamasına, psikolojik yıkıma da yol açarlar.

Ülkemizde; depremlerde meydana gelen can, mal kaybı artmaktadır. Bunun en önemli nedeni nüfus yoğunluğunun artmasına karşın yapılaşmanın deprem gerçeğini dikkate almadan yapılmasıdır. 6 Şubat depremlerinde kamu kurumlarının, hastanelerin bile yıkılması, yolların yıkılması ve yardımların aksaması buna en açık örnektir.

Kişi başına düşen ulusal gelir ile depremlerdeki can ve mal kaybı arasında ters bir ilişki bulunmaktadır. Ülke ne kadar yoksulsa kayıplar o kadar fazladır. Ülkemizde yaşanan depremler ve yaşanan yüksek enflasyon 6 Şubat etkilerinin daha uzun yıllar sürebileceğine işaret etmektedir.

Çok sayıda ölüm ve sakatlıklara neden oldukları halde afetlerde afet öncesi, afet sırasında ve afet sonrasında öncelik sağlık hizmetlerinde değildir. Afet öncesinde uygun önlemlerin alınması, planların yapılması, sağlık hizmetlerinin ve sağlık kuruluşlarının, konutların ve yerleşim yerlerinin afetin etkilerini azaltacak şekilde düzenlenmesi, afet sırasında gıda ve konut sağlanması, hizmetlerin organizasyonu hayati önem taşımaktadır. **Öte yandan, sağlık sistemi sadece hastaya hizmet esasında değil, halk sağlığını koruyucu önlemler çerçevesinde planlanmalı, sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının iyileştirilmesi, haklarının gözetilmesi sağlık hakkını merkez alması elzemdir.**

Tüm bu zorunluluklar ve 6 Şubat Depremleri sonrasındaki mevcut duruma bakıldığında, önleyici sağlık hizmetlerinin sunumundaki eksiklikler, aşı ve ilaca erişim sorunları, sağlık çalışanlarının çalışması için gerekli imkanların sağlanamaması, kırılgan grupların temel sağlık ihtiyaçlarının karşılanamaması ve özellikle afet sonrası enkaz kaldırma çalışmalarında yapılan hatalı uygulamalar nedeniyle çevreye yayılan asbestin toplum sağlığına vereceği zararlar da düşünüldüğünde iyi bir sınav verilemediği, önlenabilir zararların önlenemediği bunun da çok sayıda vatandaşın sağlık hakkının ihlal edildiği görülmektedir.

Amaç muhtemel doğal olayların afete dönüşmesini önlemektir, bu koruyucu önlemler ile mümkündür. Afete hazır olmak önemlidir. Afetteki yıkım ve kaybın azalması ancak gecikme, kaynak israfı, kargaşa ve paniğin önlenmesi ile mümkündür. **Bu ise gerçekçi ve düzenli bir planlamanın yapılması ile sağlanır. Ülkemizde bu planlamanın yapılmadığı, bölge ihtiyaçları ve insan/mali kaynaklarla birlikte değerlendirilemediği gerçeği yaşanmıştır. 6 Şubat Depremlerinde afet yönetimi kurumlar, sivil örgütler arasında**

bir koordinasyon uyum ile sağlanmamıştır. Bu da yardımların zamanında yerine ulaşmasını geciktirmiş başta can kaybı sayısını artırmıştır.

İki gün boyunca devam eden “Cumhuriyet’in 100. Yılında Sağlık Hukukunun Dünü, Bugünü ve Geleceği” başlıklı 10. Sağlık Hukuku Kurultayında ortaya konulan problemlerin özeti niteliğindeki bu hususlar kamuoyunun bilgisine sunulur.

Saygılarımızla.

Ankara Barosu

X. Sağlık Hukuku Kurultayı

Ankara Barosu 10. Sağlık Hukuku Kurultayı Düzenleme Kurulu