

TTB VE TABİP ODALARININ TIBBİ ETİK VE DEONTOLOJİYİ KORUMA SORUMLULUĞU



TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ YAYINLARI - 2018

TTB VE TABİP ODALARININ TIBBİ ETİK VE DEONTOLOJİYİ KORUMA SORUMLULUĞU

Editör

Dr. Naki BULUT

Yazarlar

Dr. Türkcan BAYKAL

Dr. Ümit BİÇER

Dr. M. Murat CİVANER

Av. Verda ERSOY

Dr. Hakan GİRİTLİOĞLU

Dr. M. Cumhuri İZGİ

Dr. Sermet KOÇ

Dr. Nüket ÖRNEK BÜKEN

Dr. Hafize ÖZTÜRK TÜRKMEN



TTB ve Tabip Odalarının
Tıbbi Etik Ve Deontolojiyi Koruma Sorumluluğu

ISBN 978-605-9665-36-0

*Aralık 2018, Ankara
Türk Tabipleri Birliği Yayınları*

Türk Tabipleri Birliği

Merkez Konseyi

GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok.

No:2/17-23, 06570 Maltepe / ANKARA

Tel: (0 312) 231 31 79

Faks: (0 312) 231 19 52-53

e-posta: ttb@ttb.org.tr

<http://www.ttb.org.tr>

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	3
SUNUŞ	5
ÖNSÖZ	7
MESLEK ÖRGÜTLERİNİN DEONTOLOJİK GÖREVLERİ	9
• <i>M. Murat CİVANER</i>	
MESLEKİ SORUMLULUK VE DİSİPLİN İŞLEMLERİ	20
• <i>Dr. Naki BULUT, Av. Verda ERSOY</i>	
SAĞLIK ALANINDA REKLAM YASAĞI VE NEDENLERİ, İLAN VE BİLGİLENDİRMEİNİN SINIRI, TABİP ODALARININ GÖREVLERİ	50
• <i>Dr. Hakan GİRİTLİOĞLU</i>	
TIBBİ MALPRAKTİS	82
• <i>Dr. Sermet KOÇ</i>	
TIBBİ MÜDAHALENİN HUKUKA UYGUNLUĞU AÇISINDAN AYDINLATILMIŞ ONAM SÜRECİ ve HASTA ÖZERKLİĞİNE SAYGI	96
• <i>Dr. Nüket ÖRNEK BÜKEN</i>	
ÖZGÜRLÜĞÜNDEN ALIKONULMUŞ KİŞİLERİN ADLİ MUAYENE VE RAPORLANDIRMASI	115
• <i>Dr. Türkcan BAYKAL, Dr. Ümit BİÇER</i>	
HASTA SIRRI VE MAHREMİYETİ	149
• <i>Dr. M. Cumhur İZGİ</i>	
TIPTA ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ	170
• <i>Dr. Hafize ÖZTÜRK TÜRKMEN</i>	
GELENEKSELDEN TAMAMLAYICIYA BİLİMDİŞİ SAĞLIK UYGULAMALARI	200
• <i>Dr. Hafize ÖZTÜRK TÜRKMEN</i>	

EKLER.....	221
TIBBİ DEONTOLOJİ TÜZÜĞÜ.....	223
HEKİMLİK MESLEK ETİĞİ KURALLARI.....	231
TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ DİSİPLİN YÖNETMELİĞİ	240
BİYOLOJİ VE TIBBIN UYGULANMASI BAKIMINDAN İNSAN HAKLARI VE İNSAN HAYSİYETİNİN KORUNMASI SÖZLEŞMESİ: İNSAN HAKLARI VE BİYOTIP SÖZLEŞMESİ.....	252

SUNUŞ

Hekimlerin yaptığı yanlış uygulamaların soruşturulup gerektiğinde onur kurulları kararlarıyla yaptırım uygulanması ya da hata olmadığının saptaması basit bir disiplin soruşturması olarak görülmemelidir. Kuşkusuz olayın bir boyutunu "disiplin kusuru" oluşturur ama hekimlik en geniş manasıyla ele alındığında disiplin cezalarıyla "hizaya sokulabilecek" bir "meslek" değildir.

Hekimliğin, tıp fakültesi birinci sınıfından, yaşam boyu sürmesi gereken tıp eğitiminin her aşamasına; bedenini ve ruhunu açan insanından; eşitsiz koşullarda sağlık hizmetine erişmeye çalışan mahkûmuna kadar toplumun her kesiminden insanın talep ve beklentilerine yanıt vermesi gerekiyor. Bu yanıtı bilimsel gereklilikleri eksiksiz yerine getirerek ve muayene sırasında tespit ettiği her bulguyu kayıt altına alıp raporlandırarak yapmak zorunda. Hekimlik, ihtiyaç duyan herkesi tedavi ederek yapılan bir iş olarak görülmekle birlikte, "tek bir insanın bile sağlık hizmetine ihtiyaç duymayacağı ve hastalanmayacağı bir dünya" ütopyasını da savunduğu ölçüde toplumsal değerler sistemindeki yerini koruyabilir.

Türk Tabipleri Birliği, her zaman 6023 sayılı TTB Kanununun yüklediği görevin çok ötesinde bir sorumlulukla hekimlik ve sağlık uygulamalarının denetimini, sorgulanmasını gündemine aldı. Tıbbi uygulama hataları ve deontolojik, etik ihlallere yaklaşımında hiçbir zaman tereddüt söz konusu olmadı. Hekimliği ve sağlık hakkına erişimi geniş bir perspektifle yorumlamaya çalıştı. Yaşadığımız dünya ve ülke gerçekliği, uygulanan sağlık politikalarının hekimlik uygulamalarına etkisi ve sağlık hakkına erişimin zorlukları her zaman bu değerlendirmelerin içeriğini belirledi.

Nesnel durumda bazı odalarımızda tıbbi uygulama hatalarının soruşturulması süreçlerinde zorluklar yaşanmakla birlikte, onur kurulu ve yönetim kurulu üyelerine yönelik eğitimlerin bu sorunu azaltacağına inanıyoruz.

Bu konuda TTB bünyesinde çok sayıda çalışma ve yazılı materyal bulunuyor. Ama bu kez çok kapsamlı, örneklerle ve gerekçelerle bezenmiş, konunun tüm belgelerini de içeren ufuk açıcı bir kitapla karşı karşıyayız. Tabip odalarımızın sadece onur kurulu üyeleri için değil, bütün seçili kurul üyelerine, oda aktivistlerine ve bu konularda sorusu olan her hekime cevapları olan bir kitap çalışması bu.

Yıllardır TTB Yüksek Onur Kurulu'nda görev alan arkadaşlarımızın özel emeği Dr. Naki Bulut'un editörlüğünde cisimleşmiş ve çok değerli bir kaynak kitaba

bürünmüş durumda. Kanun Hükmünde kararnamelerin TTB'de bir hükmü olmayacağını somut örneği olarak Dr. Hafize Öztürk Türkmen, Dr. Ümit Biçer ve Dr. Cumhuri İzgi'nin bilimsel çalışmaları; Dr. M.Murat Civaner, Dr. Sermet Koç, Dr. Nüket Örnek Büken, Dr. Hakan Giritlioğlu ve Dr. Türkcan Baykal'ın yıllardır çalıştıkları alanlardan taşıdıkları makaleleri ve avukatımız Verda Ersoy'un hukuksal yorumlarıyla ortaya çıkan bu çalışmanın, TTB'nin birikimini zenginleştirmesinin yanı sıra günlük oda çalışmalarına da önemli katkıları olacağına inanıyoruz.

Dr. Ali ÇERKEZOĞLU

Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi 2. Başkanı

2014-2018 Dönemi TTB-Yüksek Onur Kurulu Üyesi

ÖNSÖZ

Değerli Meslektaşlarım,

6023 Sayılı Yasa, tabip odalarıyla birlikte Türk Tabipleri Birliği (TTB)'ni, mesleki deontolojiyi korumakla görevlendirmiştir. Bir meslek örgütü olarak TTB'nin bu amaçla; etik bildireler hazırlayarak bunları hekimlere ulaştırmak, tıbbi etik ve deontoloji konusunda eğitim çalışmaları yapmak, kitaplar yayınlamak, bilimsel ve akademik çalışmaları teşvik etmek, etik farkındalığı arttırmaya yönelik çalışmalar yürütmek, iyi hekimlik değerleri konusunda duyarlılığı geliştirmek, etik ihlalleri azaltmaya yönelik sağlık politikaları oluşturulmasına katkı sunmak, sağlık ortamında gözlenen etik ihlallerin nedenlerini araştırmak, önleyici tedbirler almak ve uygulamak... gibi faaliyetleri sürdürdüğü bilinmektedir. TTB'nin hekimlik meslek etiği kurallarını belirleme ve güncellenmenin yanı sıra, bu kuralların uygulanmasını sağlama, izleme ve denetleme ödevi de yasada belirtilmiştir. Bu kapsamda mesleki deontolojinin ihlal edilmesi halinde disiplin süreçlerini harekete geçirmek, hekimler hakkındaki etik ihlal iddialarını bağımsız şekilde soruşturma ve kovuşturmalarda inceleyerek karara bağlamak, gerektiğinde disiplin cezası vermek hekim meslek kuruluşunun hem yetkisi hem de yükümlülüğüdür. Bu hak ve yetkinin özenle korunması, bu alandaki sorumluluktan kaçınılmaması hekimlik uygulamaları ve toplum sağlığı açısından vazgeçilmez önem taşımaktadır.

Tıbbi etik ve deontolojiyi koruma adına yapılacak tüm işlemlerin mevzuatın belirlemiş olduğu kurallara uygun bir şekilde yürütülmesi gerekmektedir. Öte yandan, TTB Yüksek Onur Kurulu'na gelen dosyalar ile ilgili verilmiş kararların yaklaşık dörtte birinin usul hataları ve esas yönleriyle bozulduğu görülmektedir. Zaten uzun süre alan yargılamalar bu nedenle daha da uzamakta, nihai kararların alınması gecikmektedir.

Bu kitap disiplin sürecinde karşılaşılan sorunların çözümüne katkı sunmak, disiplin sürecini hızlandırmak, hukuka ve tıbbi etiğe uygun kararlar verilmesini sağlamak, böylece TTB'nin mesleki deontolojiyi koruma ve geliştirme çabasına katkı sunmak amacıyla hazırlandı. Bu amaca yönelik olarak ve sorun alanları göz önünde bulundurularak disiplin süreçlerinin hangi usullerle yürütülmesi gerektiği ayrıntılı bir şekilde anlatıldı. Disiplin süreçlerinde sıkça karşılaştığımız etik ihlaller, güncel evrensel etik ilkeler ve ulusal/uluslararası yasal düzenlemeler çerçevesinde tartışıldı. Böylece onur kurallarının, hekim tutumunu hangi temellere dayalı olarak değerlendirmesi gerektiği konusuna ışık tutmak amaçlandı.

Yönetim kurulları ve onur kurulları için bir başvuru kaynağı oluşturmak, temel hedef olarak belirlendi. Kitap kapsamında, tabip odaları tarafından hazırlanan dosyalarda yer alan kararlardan örnekler verilerek sorunların açıklığa kavuşturulması ve çözüme kavuşturulmasına katkı sağlanmaya çalışıldı.

Uzun bir çalışma süreci sonucunda elinizdeki kitap ortaya çıktı. Bu kitabın hazırlanmasında değerli zamanını ayırarak emek veren tüm yazarlara içtenlikle teşekkür ediyorum. Hazırlık süreci boyunca, görüş ve önerilerini esirgemeyen TTB Yüksek Onur Kurulu üyelerine de şükranlarımı sunuyorum.

Kitabın ülkemizdeki hekimlik ortamında tıbbi etik sorunlar konusunda duyarlılığı arttırması, tıbbi deontoloji düzeyini yükseltmesi ve tabip odaları yönetim ve onur kurulu üyelerine yararlı olması umuduyla...

Dr. Naki BULUT

Editör

TTB Yüksek Onur Kurulu Üyesi

MESLEK ÖRGÜTLERİNİN DEONTOLOJİK GÖREVLERİ

M. Murat CİVANER

Meslek ahlaki kuralları

‘Tıbbi Deontoloji’, tıp eğitiminin genellikle ilk yıllarında alınan bir dersin adı olmaktan öte, hekimlerin meslek ahlaki kurallarına genel olarak verilen addır. Kavram sıklıkla ‘Tıp Etiği’ ile karıştırılır. ‘Tıp Etiği’ felsefenin dört ana çalışma alanından biri olan ve ‘iyi’ sorunsalıyla uğraşan ‘Etik’ alanının, diğer adıyla Ahlak Felsefesi’nin, tıbbi uygulamalardan kaynaklanan değer sorunlarını inceleyen alt alanıdır. ‘Deontoloji’ ise bir mesleğin halihazırda benimsenmiş bulunan ve o mesleği uygularken uyulması beklenen ahlaki kurallardır. Dolayısıyla Tıp Etiği, Deontoloji’nin normlarını üretir, sorgular ve meslek ahlaki kurallarının yeterince yol gösterici olmadığı durumlarda hangi eylemin ‘iyi’ eylem olduğunu gerektirir; Deontoloji ise genel olarak mesleki uygulamalarda hangi ahlaki kurallara dikkat edilmesi gerektiğini belirtir. Deontoloji kavramı meslektaşlar arasındaki ilişkilerde dikkat edilmesi gereken saygı ve özene dayalı ilkelerle sınırlı bir anlamda kullanılıyor olsa da, bu kullanım hekimlik pratiğindeki değişimler ve gelişen haklara paralel olarak silikleşmektedir.

Hemen her mesleğin tarihi gelişimi içinde oluşturulmuş meslek ahlaki kuralları bulunabilir ve bu kurallar yazılı ve sözlü, ulusal ve uluslararası, yasal bağlayıcılığı olan ve olmayan pek çok kodla ifade edilebilir. Mesleği bir binayı inşa etmek olan kişiler için deontoloji kuralları örneğin ‘uygun malzeme kullanmak’ biçiminde olabilir. Hekimlik mesleği içinse bilindiği üzere ‘önceliği hasta için en iyi olana verme’, ‘ayrım yapmama’, ‘mesleki gizliliği koruma’ gibi pek çok meslek ahlaki kuralı bulunmaktadır. Bu tür kurallardan söz edildiğinde genellikle ilk akla gelen meslek ahlaki düzenlemesi Hipokrat Yemini’dir. Rahip-hekimliğin öğretisini Asklepiades geleneği içinde aktarmayı amaçlayan metin, *mesleki gizlilik* gibi bugün hala özenle korunmaya çalışılan ilkelerin yanı sıra, “mesaneden taş çıkarmama”, “çocuk düşürmek için ilaç vermeme” gibi günümüzde geçerli olan haklara ve yükümlülüklerle açıkça aykırı kurallar da içerir.

Tarih içinde toplumları, kültürleri, değerleri ve ahlaki değiştiren etmenlerin etkisiyle hekimlik meslek ahlaki da değişmiş, insanlığın 20. yüzyılda yaşadığı büyük yıkımlardan ve özellikle Almanya ve Japonya’nın tıbbi insanı şekillendiren bir savaş aracı olarak kullanmasından sonra dünya çapında geçerli olacak bir kurallar bütününe gereksinim olduğu yakıcı biçimde ortaya çıkmıştır. İçlerinde Türk Tabipleri Birliği’nin de (TTB) bulunduğu 27 ülkenin ulusal tabip birliği 1947’de biraraya gelerek “Dünya Tabipler Birliği”ni oluşturmuş, yaklaşık iki yıllık bir

çalışma sonrasında 1948 yılında “Dünya Tabipler Birliği Cenevre Bildirgesi” adıyla evrensel meslek ahlakı kurallarını tanımlamıştır. Bildirge sonrasında 1968, 1983, 1994, 2005 ve 2006 yıllarında gözden geçirilerek yenilenmiş, son olarak 2017 yılında “Hekimlik Andı” adını alarak günümüz hak ve yükümlülükleriyle uyumlu hale getirilmiştir:

Dünya Tabipler Birliği Cenevre Bildirgesi

İlk kez Dünya Tabipler Birliği'nin (DTB) Eylül 1948'de Cenevre-İsviçre'de gerçekleşen 2. Genel Kurulu'nda kabul edilmiş, daha sonra DTB'nin 22. Genel Kurulu'nda (Sydney, Avustralya, Ağustos 1968), 35. Genel Kurulu'nda (Venedik, İtalya, Ekim 1983) ve 46. Genel Kurulu'nda (Stockholm, İsveç, 1994) değiştirilmiş, ayrıca Mayıs 2005'te ve Mayıs 2006'da Divonne-les-Bains-Fransa'da gerçekleştirilen 170'inci ve 173'üncü DTB Genel Kurul toplantılarında gözden geçirilmiş, son olarak Ekim 2017'de Chicago'da düzenlenen 68. Genel Kurul toplantısıyla yapılan değişiklikler kabul edilmiştir.

HEKİMLİK ANDI

Hekimlik mesleğinin bir üyesi olarak;

Yaşamımı insanlığın hizmetine adayacağıma,

Hastamın sağlığına ve esenliğine her zaman öncelik vereceğime, Hastamın özerkliğine ve onuruna saygı göstereceğime,

İnsan yaşamına en üst düzeyde saygı göstereceğime,

Görevimle hastam arasına; yaş, hastalık ya da engellilik, inanc, etnik köken, cinsiyet, milliyet, politik düşünce, ırk, cinsel yönelim, toplumsal konum ya da başka herhangi bir özelliğin girmesine izin vermeyeceğime,

Hastamın bana açtığı sırları, yaşamını yitirdikten sonra bile gizli tutacağıma,

Mesleğimi vicdanımla, onurumla ve iyi hekimlik ilkelerini gözeterek uygulayacağıma,

Hekimlik mesleğinin onurunu ve saygın geleneklerini bütün gücümlle koruyup geliştireceğime,

Mesleğimi bana öğretenlere, meslektaşlarıma ve öğrencilerime hak ettikleri saygıyı ve minnettarlığı göstereceğime,

Tıbbi bilgimi hastaların yararı ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için paylaşacağıma,

Hizmeti en yüksek düzeyde sunabilmek için kendi sağlığıma, esenliğime ve mesleki yetkinliğime korumaya dikkat edeceğime,

Tehdit ediliyor olsam bile, tıbbi bilgimi, insan haklarını ve bireysel özgürlükleri çığnemek için kullanmayacağıma,

Kararlılıkla, özguçre ve onurum üzerine,

Ant içerim.

www.ttb.org.tr

Cenevre Bildirgesi'nin yanı sıra, Uluslararası Meslek Ahlakı Kuralları, insan üzerinde deney yapmanın koşullarını tanımlayan Helsinki Bildirgesi, açlık grevlerinde hekim tutumunun çerçevesini çizen Malta Bildirgesi, hasta haklarını dünya çapında tanımlayan ilk metin olan Lizbon Bildirgesi gibi belli alanlarda tüm ülkelere ve hekimlere meslek ahlakı konusunda yol gösterici nitelikteki Dünya Tabipler Birliği tutum belgeleri de söz konusudur.

Türkiye'de meslek ahlakı kuralları hukuki düzlemde Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ve Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları ile düzenlenmektedir. Ayrıca, Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği'nde sayılan eylemler, meslek ahlakı kurallarının neler olduğunu, diğer deyişle hangi eylemlerin kuralları ihlal edeceğini ayrıntılı biçimde ifade etmektedir. Bu çerçevede, ulusalüstü nitelikteki Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi'ni de anmak gerekir; bu metinle getirilen düzenlemeler Türkiye'de mesleğini uygulayan her hekimi hukuki olarak bağlamaktadır (*Sözü edilen düzenlemeler kitabın Ekler bölümünde yer almaktadır*).

Yukarıda anılan düzenlemelerde yer verilen meslek ahlakı kuralları aşağıdaki biçimde özetlenebilir:

- Birincil görev olarak; insanın yaşamı, sağlığı, kişiliği ve onuruna saygı ve özen göstermek
- Öncelikle zarar vermemek
- Tibben yararı olacak girişimde bulunmak
- Kişi özerkliğine saygı göstermek
- Kişisel özelliklere göre ayırım yapmamak
- Gereksinimi olana hizmet sunmak
- Acil yardımda bulunmak
- İnsan haklarına saygı göstermek
- Hasta haklarına saygı göstermek
- Mesleki gizliliği korumak ve özel yaşama saygı göstermek
- Mesleki bağımsızlığı korumak
- Bilimsel bilgi kullanmak / Bilim dışı – aldatıcı tanı ve tedavi uygulamamak
- Mesleki açıdan yetkin olmak, hastaya dikkat ve özenle yaklaşmak
- Ticari görünüm vermemek / Reklam yapmamak
- Çıkar ilişkisi kurmamak
- Kaynakların adil dağıtımı, hak savunusu gibi toplumsal yükümlülüklerini yerine getirmek

Meslek ahlakı kuralları neden var olmalı?

Yukarıdaki gibi ifade edilen tıbbi deontoloji kuralları günlük yaşamda karşılaşılan çarpıcı olaylarda sıkça gündeme gelebiliyorsa da, gerek tıp eğitimi sürecinde gerekse de mezuniyet sonrasında genellikle bir takım soyut idealleri dile getiren sembolik sözler olarak görülebilmektedir. Bu –deyim yerindeyse- süslü ifadelerin yaşamda karşılığının olmadığı / olamayacağı, bunların “paramedikal” konular

olduğu, önemli olanın doktorluk mesleğinin bilgi ve becerilerini kazanmak ve uygulamak olduğu düşünceleri oldukça yaygındır. Söz konusu düşüncelerin geçerli olup olmadığını değerlendirmek için “Meslek ahlaki kuralları neden var olmalı?” ya da “Sağlık hizmeti sunarken neden bazı değerleri gözetmek / ahlaki kurallara uymak gerekiyor?” sorularının nasıl yanıtlandığı önemli görünmektedir. Bu sorulara temel olarak birkaç yanıt verilebilir. Yanıtlardan biri mesleğin doğasının *güven*'e dayanmasıdır; hekim mesleğini ancak belli bir güveni tesis ederek ve sürdürerek uygulayabilir. Hasta ve genel olarak toplum, hekimin önceliği hastasının yararına vereceğine, hastanın içinde bulunduğu dezavantajlı durumu kendi çıkarına kullanmayacağına, kişisel bilgilerini daima gizli tutacağına inanıyor olmalıdır. Aksi durumda sağlık hizmeti sunabilmenin koşulları ciddi biçimde zedelenmiş olacaktır. Bağışıklanmanın reddedilmesi, bulaşıcı hastalığın başkalarına açıklanacağından çekinerek hekime başvurulmaması, hekimin ticari çıkarını önde tutacağını düşünerek sağlık hizmeti alınmaması hekime ve kurumsal olarak tıbbı güven duyulmadığında oluşabilecek dramatik örneklerdendir; böylesi durumlarda tıbbın temel varlık amacının –gereksinim duyana hizmet sunma- olanağı ortadan kalkmış olmaktadır.

Meslek ahlaki kurallarının varoluş nedenlerinden diğeri, toplumsal sözleşme, mesleğin güvene dayanan doğası ile ilintilidir. J. Williams toplumsal sözleşme'yi toplum ve meslek arasında karşılıklı verilen sözler olarak tanımlamaktadır:

“Hekimlik mesleği, sadece bir hekim ve bir hasta arasındaki ilişkiden ve meslektaşlar ve diğer sağlık çalışanları ile ilişkilerden oluşmaz. Aynı zamanda toplumla ilişkileri de içerir. Bu ilişki, toplumun hekimlik mesleğine, belli hizmetleri sadece kendisinin sağlaması ve mesleğin büyük oranda kendi kendisini denetlemesi gibi ayrıcalıklar tanıması karşılığında, mesleğin bu ayrıcalıkları birincil olarak başkalarının yararına ve sadece ikincil olarak kendi yararına kullanmayı kabul etmesini içeren bir tür ‘toplumsal sözleşme’ temelinde kurulur.” (1)

Hekimler toplumda belli bir konum ve gelir elde edecek, ayrıca –her ne kadar çıkar çatışması yaratıyor olsa da- mesleki uygulamalarını kendi içlerinde belirleyip denetleyebilecek, karşılığında ‘Önceliği hasta yararına vermek’, ‘Gereksinim olana hizmet sunmak’, ‘Kaynakları adil dağıtmak’ gibi ahlaki yükümlülüklerle sahip olacaktır. Bu sözleşmeye uyulacağına inanılması, hekimlere karşı duyulan güveni önemli oranda sağlamıştır.

Hekimlik mesleğinin tarihsel gelişimi içinde olgunlaşan bu iki gerekçenin yanına, meslek ahlaki kurallarının varlık nedeni olarak 20. yüzyılın ikinci yarısında gelişen yaşama hakkı, kişilik hakkı, sağlık hakkı, sağlık hizmetlerine erişim hakkı ve hasta haklarını da eklemek gerekir. ‘Hak’ kavramının doğası gereği o hakkın gereğini yerine getirecek olan bir taraf da tanımlanması gerektiğinden, sayılan hakların evrensel ölçekte tanımlanması ve tanınması, devletlerle birlikte tıp kurumuna da yeni yükümlülükler getirmiş, bu yükümlülükler yeni meslek ahlaki kurallarının oluşturulmasına yol açmıştır. Bu etkileşimin güncel bir örneği, aydınlatılmış onam alma yükümlülüğünün DTB Cenevre Bildirgesi'ne eklenmesi süre-

cidir. Kişilik haklarının sağlık alanına yansımalarından biri olan ‘kişi özerkliğine saygı gösterilmesi’ hakkı önce hasta haklarına ilişkin düzenlemelerde yer almış, ardından DTB Cenevre Bildirgesi / Hekimlik Andı’na 2017 yılında bir meslek ahlaki kuralı olarak eklenmiştir.

Özetle, meslek ahlaki kuralları soyut / yaşama değmeyen / süslü ifadelerden çok, ‘doktor’ ile ‘hekim’i birbirinden ayıran, tıbbın bir kurum olarak toplum içinde var oluşuna zemin sağlayan, birey ve toplum sağlığı için olmazsa olmaz gerekliliklerdir.

Meslek örgütlerinin meslek ahlaki bağlamındaki görevleri

Yukarıda belirtildiği üzere toplumsal sözleşme gereği hekimlik mesleği tarihsel süreçte kendi kendisini denetleme yetkisine sahip olmuştur. Bu yetki son dönemlere dek mesleki uygulamaların bilgisini meslek erbabının üretmesini de kapsıyordu. Yakın dönemde gelişen haklar ve ilgili yasal düzenlemelerle birlikte mesleki uygulamalar başka tarafların denetimine açılmışsa da, mesleki uygulamalarda kullanılacak bilgi ve beceri setlerinin standartları, temel ve klinik bilimlerle üretilen bilgiyle saptanmakta, mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimiyle aktarılmakta, bu standartlara uyulup uyulmadığı yine hekimlerce / hekim birlikleriyle belirlenmektedir.

‘Kendini denetleme’ bilgi ve becerinin yanı sıra, mesleğin değersel boyutunu tarif etmeyi de içerir. Topluma karşı verilen sözlerle ifade edilen “meslek adabı” kurallarının oluşturulması, güncellenmesi, topluma duyurulması, uygulanmasının denetlenmesi ve gereğinde yaptırıma başvurulması, meslek örgütlerinin, güven’i kurumsal olarak temsil etmek anlamında ontolojik işlevlerinden biridir. ‘Kendini denetleme’nin bu özel boyutuna ilişkin ödevler özellikle de ülke çapındaki tabip birliklerine aittir. Bu bağlamda, dünyanın hemen her ülkesinde ulusal çaplı meslek örgütü, diğer deyişle ulusal tabip birliği hekimlik meslek ahlakına dair düzenlemeler hazırlamaktadır. Nitekim Türkiye’de de meslek ahlaki kurallarını oluşturma görevi hekimlerin ulusal çaptaki meslek örgütü olan Türk Tabipleri Birliği’ne verilmiştir:

“Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyinin vazifeleri şunlardır:

g) Meslektaşların birbiri ile ve hastaları ile münasebetlerini düzenleyen deontoloji nizamnameleri hazırlamak” (*Türk Tabipleri Birliği Kanunu, m.59*)

TTB bu düzenlemeye dayanarak Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi’nin güncel versiyonunu oluşturmak üzere bir çalışma yürütmüş ve 1998 yılında TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları’nı oluşturmuştur.

Ülke çapındaki düzenlemelerin yanı sıra, 112 ülkenin ulusal tabip birliği 1947’den bu yana Dünya Tabipler Birliği (DTB) çatısı altında bir araya gelmekte, her yıl düzenlenen DTB Konsey ve Genel Kurul toplantılarında birlikte çalışarak tıp etiği alanında evrensel uzlaşmayı temsil eden kodları oluşturmakta ve güncellemektedir. Bu çalışmaların bir örneği, Dünya Tabipler Birliği Cenevre Bildir-

gesi'nin son versiyonunun oluşturulma tarihi üzerinden 10 yıl geçmesi nedeniyle yürütülen çalışmalardır. Bildirge'nin güncellenmesi adına oldukça ayrıntılı ve uzun bir çalışma yöntemi izlenmiş, tüm tarafların katkısı olabildiğince alınmaya çalışılmıştır:

“Nisan 2015’te düzenlenen Konsey toplantısında Bildirge’yi güncelleme gereksinimini değerlendirmek üzere bir çalışma grubu oluşturulması kararı alındı. Konsey Başkanlığı grupta yer almak üzere aday olan birlikler arasından, aralarında TTB’nin de bulunduğu altı birliği gruba seçti. Almanya, İsveç, ABD, Hindistan ve İsrail tabip birliklerinin temsilcileri ile birlikte TTB temsilcisi olarak yer aldığı bu çalışmalarda öncelikle güncelleme gerekip gerekmediği yönünden değerlendirme yapıldı. Değerlendirme sonucunda, geçen 10 yıllık süre içinde sağlıkla ilgili haklar ve mesleki değerlerle ilgili değişimlerin metinde tam olarak yer almadığı düşüncesiyle, belli bir takvim içinde güncelleme çalışması yürütülmesine karar verildi. Güncelleme çalışmalarının bu metnin önemine paralel biçimde “büyük bir dikkat, itidal ve saygı” ile, ayrıca şeffaf ve tüm tarafların katkısını olabildiğince almaya çalışarak yürütülmesi ilke olarak benimsendi.

Çalışma grubu üyeleri iki yıl boyunca Konsey ve Genel Kurul toplantıları sırasında düzenlenen yüz yüze toplantıların yanı sıra, internet üzerinden de bir araya geldiler ve metindeki ifadelerin güncelliğini hemen her sözcüğünü kapsayan bir inceleme ile değerlendirdiler. Değişiklik önerilerini ve gerekçelerini içeren taslak metin DTB üyesi ulusal tabip birliklerine gönderildi ve görüşleri derlendi. Taslak metin UNESCO tarafından 21-23 Mart 2017’de düzenlenen World Conference on Bioethics, Medical Ethics and Health Law toplantısında özel bir oturumda sunuldu ve uzman görüşleri alındı. Yeniden düzenlenen taslak metin internet üzerinden tüm hekimlerin ve toplumun görüşüne açıldı. Alınan görüşlerle birlikte metin tekrar ulusal tabip birliklerine ve uluslararası hekim örgütlerine gönderildi, gelen kapsamlı öneriler oldukça yoğun bir çalışma ile değerlendirildi ve metin öneriler doğrultusunda revize edilerek taslağa son hali verildi.” (2)

Meslek ahlakı kurallarını belirleme ve güncellenmenin yanı sıra, meslek örgütlerinin bu kuralların uygulanmasını sağlama ödevi de bulunmaktadır. Meslek örgütleri bu işlevlerini eğitim ve denetim ile gerçekleştirirler. Örneğin Türk Tabipleri Birliği bu anlamda hekimlere yönelik olarak mezuniyet sonrası eğitimler düzenlemekte, TTB Etik Kurulu'nun görüşleri, 'TTB Etik Bildirgeleri' ve konuyla ilgili çeşitli yayımları ile hekimlere kılavuzluk etmektedir. TTB'nin meslek ahlakı kurallarının uygulanmasını denetleme bağlamındaki işlevleri ise 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu ve TTB Disiplin Yönetmeliği ile tanımlanmıştır. Bu düzenlemelere göre bir meslek ahlakı kuralının ihlal edildiği iddiası, meslek örgütü içinde belli bir disiplin mekanizması kullanılarak incelenmekte ve gereğinde yaptırıma uğratılmaktadır. TTB'ye ya da yerel tabip odalarına iletilen bir şikayet ile ya da söz konusu olayın öğrenilmesiyle kendiliğinden başlatılan soruşturma

süreci, duruma göre bir soruşturmacı atanmasıyla ya da Yönetim Kurulu'na doğrudan yürütülebilir. Yönetim Kurulu söz konusu şikayetle ilgili olarak alınan ifadeler, toplanan bilgi ve belgeler ile savunma üzerinden değerlendirme yaparak dosyanın Onur Kuruluna iletilmesini gerekli görebilir. Böylelikle başlayan kovuşturma sürecinde tüm süreç değerlendirilir ve sonuçta şikayet edilen hekimin ceza almasına gerek olmadığına ya da uyarı, para ve 15 günden altı aya dek meslekten geçici süre men edilme cezalarından birinin verilmesine karar verilir.¹ Verilen ceza meslekten men ise ya da taraflardan biri karara itiraz etmişse dosya TTB Yüksek Onur Kurulu'na iletilir, orada yapılan değerlendirme sonucunda oda Onur Kurulu kararı onanabilir, verilen ceza artırılıp azaltılabilir ya da tümüyle bozulabilir. Bu noktada bir not olarak, Türk Tabipleri Birliği'nin belli bir amaç için kurulmuş derneklerden farklı olarak bir sivil toplum kuruluşu olmadığı, kendi adını taşıyan bir kanuna dayanarak kurulduğu ve bu Kanun'da "kamu kurumu niteliğinde meslek kuruluşu" biçiminde tanımlandığını anımsatmak uygun olacaktır. TTB, "Türk Tabipleri Birliği Kanunu"nun kendisine verdiği yetki ve yükümlülüklerle dayanarak mesleğini Türkiye'de uygulayan tüm hekimleri -kendisine üye olsun ya da olmasın- yargılama yetkisine sahiptir.

"Haysiyet Divanı, odaya girmeyen veya kanunun kendisine tahmil ettiği diğer vecibeleri yerine getirmeyenler hakkında inzibati ceza verir."
(Türk Tabipleri Birliği Kanunu m.38)

"Tabip ve dış tabipleri, bu Nizamname hükümlerine aykırı hareket ettikleri takdirde, 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu'nun 30 uncu maddesine tevfikan mensup oldukları Tabip Odaları İdare Heyetleri tarafından Haysiyet Divanına sevk edilirler." (Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, m.44)

Hekimlerin meslek örgütüne yargılanıyor olmaları, haklarında ayrıca adli ve idari yargı kapsamında soruşturma yürütülmesine ve yaptırım uygulanmasına engel oluşturmamaktadır. Başka deyişle, bir hekim örneğin adli yargıda belli bir eylem nedeniyle ceza alırken meslek örgütüne yürütülen soruşturma sonucunda kusurlu olmadığı sonucuna varılabilir ya da meslek örgütüne yaptırıma uğratıldığı halde idari soruşturma sonucunda aynı eylem isnadı için kusuru olmadığı kararına varılabilir; söz konusu yargılama mecraları birbirlerini bağlamazlar. Ancak elbette, idarenin bir parçası olarak meslek örgütünün verdiği kararlar da yargı denetimine tabidir.

Meslek ahlakı kurallarını oluşturma, güncelleme, hekimleri eğitme ve kuralların uygulanmasını denetlemenin yanı sıra, meslek örgütlerinin deontolojiye ilişkin bir diğer ödevi, toplumsal alanda haklar ve mesleki değerler adına bir mücadele yürütmektir. Bireylerin ve toplumların sağlık düzeyi sadece erişebildikleri sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğiyle değil, bundan daha çok barınma, beslenme,

¹1980 askeri darbesi sonrası TTB'nin meslekten sürekli men etme yetkisi iptal edilmiştir. Bu nedenle organ ticareti yapan, bilimsiz-aldatıcı tanı ve tedavi yöntemlerini medyada pazarlayan, kamuyu organize çıkar ilişkileriyle dolandıran kişilerin meslekten çıkarılması olanaksızlaşmıştır. Bu konuda ancak bazı ender gerekçeler söz konusu olduğunda Sağlık Bakanlığı'nin yetkisi bulunmaktadır.

çalışma, çevre koşulları, eğitim düzeyi, toplumsal sınıf gibi dış / çevresel etmenlerce belirlenmektedir (3). Dünya Sağlık Örgütü sağlığı bu nedenle “sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, bedensel, ruhsal ve toplumsal yönden tam bir iyilik halidir” biçiminde tanımlamış, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi sağlık hakkının aynı nedenle sadece sağlık hizmetleriyle sınırlı tutmamıştır:

“Herkesin, kendisinin ve ailesinin sağlığı ve refahı için yeterli yaşam standartlarına sahip olmaya hakkı vardır. Bu hak; beslenme, giyim, konut, sağlık hizmetleri ile gerekli toplumsal hizmetleri ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ya da kendi denetiminin dışındaki koşullardan kaynaklanan geçimini sağlayamama durumlarında güvenlik hakkını kapsar.” (İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi m.25)

Sağlığın çok çeşitli etmenlerce belirleniyor oluşu ve bu etmenlerin uygulanan politikalara doğrudan bağlı olması, mesleklerinin var oluş amacı bireyleri ve toplumu sağlıklı kılmak olan hekimler ve onların meslek örgütleri için hizmet sunarken sağlığın tüm belirleyenlerini dikkate almak ve ayrıca yetkilileri uyarıp toplumu bilinçlendirmek gibi politik boyutu olan bir ödev ortaya çıkarmıştır. Bu anlamda hava kirliliğinden elektromanyetik alanların artmasına, suların ticarileştirilmesinden GDO’lu gıdalara izin verilmesine, insan hakları ihlallerinden çalışma yaşamındaki olumsuzluklara sağlığı etkileyen her etmen meslek örgütlerini ilgilendirir, bu etmenleri belirleyen politikalara dair hekimler arasında ve kamuoyunda farkındalık ve duyarlılık sağlamak, ayrıca politika-belirleyenlere yönelik uyarı ve önerilerde bulunmak biçiminde bir görev ortaya çıkar. Örneğin, kamucu anlayışın terk edilerek sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasının pek çok soruna yol açtığı araştırmalarla gösterilmiştir. Ülkemizde ‘Sağlıkta Dönüşüm’ programı ile yürütülen sağlığı ticarileştirme politikalarının, iddia edildiği gibi hizmetin niteliğini ve etkinliğini artırmadığı (4-7), aksine; hizmete erişimi azalttığı (8-12), eşitsizlikleri artırdığı (13-17), birinci basamak, koruyucu, toplum-merkezli hizmetlerden çok tedavi edici hizmetlere ağırlık verdiği (18), sağlık sisteminin dezorganizasyonuna neden olduğu (19), hekimlerin mesleki kimliklerini erozyona uğrattığı (20), harcamaları gereksiz yere artırdığı (11, 21-23) saptanmıştır. Öyleyse bu tür politikalara karşı çıkmak ve politika-belirleyenleri bilimsel bilgiyi ve toplum çıkarlarını öncelemeye çağırmak hekimlerin ve meslek örgütünün ahlaki bir ödevidir.

Böylesi bir mücadele meslek ahlaki kurallarını uygulamayı kolaylaştırmanın yanı sıra,

sağlıkla ilgili tüm hakların gereklerinin yerine getirilmesini sağlayacak bir iklim için de oldukça değerlidir. Örneğin performansla dayalı ödeme sistemi nedeniyle hasta başına ancak birkaç dakika ayrılabilir olması karşı çıkmak, bir taraftan hastayla güvene dayalı bir iletişim kurabilmek, hastayı aydınlatabilmek, tıbbi bilgi ve becerileri dikkat ve özenle uygulayabilmek için gerekli zamanı talep ederken, diğer taraftan hastanın gereksindiği sağlık hizmetini uygun nitelikte alabilmesinin koşullarını da savunmaktadır.

Sonuç

Meslek örgütlerinin tıbbi deontolojiye ilişkin olarak; meslek ahlakı kurallarını oluşturmak, güncellemek, hekimlere ve toplum duyurmak, hekimleri eğitmek, kuralların uygulanmasını denetlemek ve kuralların uygulanmasını kolaylaştıracak koşulları haklar ve mesleki değerler adına savunmak gibi deontolojik ödevleri bulunmaktadır. Daha kısa deyişle, hekimlerin meslek örgütlerinin tıbbi deontolojiye ilişkin çeşitli ödevleri bulunmaktadır ve 'söz konusu ödevleri yerine getirmek' meslek örgütlerinin kendi deontolojisini tanımlamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Williams J. Dünya Tabipler Birliği Tıp Etiği Elkitabı. Türk Tabipleri Birliği:Ankara, 2017. s.65.
2. Civaner M. Evrensel Meslek Ahlakı Kuralları / “Hekimlik Andı”nı güncelleme çalışmaları. Toplum ve Hekim, 2017;32(6)
3. Hart N. The social and economic environment and human health. İçinde: Oxford Textbook of Public Health. Detels R, Holland WW, McEwen J, Omenn GS eds. Oxford: Oxford University Press; 1997.
4. Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. Health Policy 2005;71(1):83-96.
5. Maynard A. Privatisation: an exercise in ambiguity and ideology. Br J Gen Pract 2012;62(597):174-5.
6. Tuan T, Dung VT, Neu I, Dibley MJ. Comparative quality of private and public health services in rural Vietnam. Health Policy 2005;20(5):319-27.
7. Ravindran TK. Privatisation in reproductive health services in Pakistan: three case studies. Reprod Health Matters 2010;18(36):13-24.
8. Alvarez LS, Salmon JW, Swartzman D. The Colombian health insurance system and its effect on access to health care. Int J Health Serv 2011;41(2):355-70.
9. Naylor CD. Private medicine and the privatisation of health care in South Africa. Soc Sci Med 1988;27(11):1153-70.
10. Villa S, Kane N. Assessing the impact of privatizing public hospitals in three American states: implications for universal health coverage. Value Health 2013;16(1 Suppl):S24-33.
11. Waitzkin H, Jasso-Aguilar R, Iriart C. Privatization of health services in less developed countries: an empirical response to the proposals of the World Bank and Wharton School. Int J Health Serv 2007;37(2):205-27.
12. Aksan HA, Ergin I, Ocek Z. The change in capacity and service delivery at public and private hospitals in Turkey: a closer look at regional differences. BMC Health Serv Res 2010;10:300.
13. Fins JJ. Commercialism in the clinic: finding balance in medical professionalism. Camb Q Healthc Ethics no. 2007;16(4):425-32; discussion 439-42.
14. Price D, Pollock AM, Shaoul J. How the World Trade Organisation is shaping domestic policies in health care. Lancet 1999;354(9193):1889-92.
15. Schoen C, Doty MM. Inequities in access to medical care in five countries: findings from the 2001 Commonwealth Fund International Health Policy Survey. Health Policy 2004;67(3):309-22.
16. Schoen C, Davis K, DesRoches C, Donelan K, Blendon R. Health insurance markets and income inequality: findings from an international health policy survey. Health Policy 2000;51(2):67-85.
17. Price M. The consequences of health service privatisation for equality and equity in health care in South Africa. Soc Sci Med 1988;27(7):703-16.
18. Naylor CD. Private medicine and the privatisation of health care in South Africa. Soc Sci Med 1988;27(11):1153-70.
19. McCoy D. Commercialisation is bad for public health. BMJ 2012;344:e149.

20. Churchill LR. The hegemony of money: commercialism and professionalism in American medicine. *Camb Q Healthc Ethics* 2007;16(4):407-14; discussion 439-42.
21. Ugalde A, Homedes N. [Neoliberal health sector reforms in Latin America: unprepared managers and unhappy workers]. *Rev Panam Salud Publica* 2005;17 (3):202-9.
22. McCoy D. Commercialisation is bad for public health. *BMJ* 2012;344:e149.
23. Woolhandler S, Himmelstein DU. Costs of care and administration at for-profit and other hospitals in the United States. *N Engl J Med* 1997;336(11):769-74.

MESLEKİ SORUMLULUK VE DİSİPLİN İŞLEMLERİ

Dr. Naki BULUT,
Av. Verda ERSOY

Hekimler, mesleklerini dört ana sorumluluk çerçevesinde yerine getirirler: Hukuki sorumluluk, cezai sorumluluk, idari sorumluluk ve mesleki sorumluluk. Bu yazının konusu olan mesleki sorumluluk, hekimin tıbbi deontolojiye uygun davranma sorumluluğunu ifade eder. Sözü edilen sorumluluklar yönünden hukuksal süreçler, birbirinden farklı özellikler gösterir ve yetkili mercilerince birbirinden bağımsız olarak yürütülür.

Türk Tabipleri Birliği ve tabip odaları, Anayasa'nın 135. maddesinde tanımlanan, “*mesleğe mensup olanların müşterek ihtiyaçlarını karşılamak, mesleki faaliyetlerini kolaylaştırmak, mesleğin genel menfaatlere uygun olarak gelişmesini sağlamak, meslek mensuplarının birbirleri ile ve halk ile olan ilişkilerinde dürüstlüğü ve güveni hakim kılmak üzere meslek disiplini ve ahlakını korumak maksadı ile kanunla kurulan*” kamu kurumu niteliğinde meslek kuruluşudur.

Türk Tabipleri Birliği'nin kuruluş kanunu olan 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu'nun 1. maddesinde de açıkça “*tabipler arasında mesleki deontolojiyi ve dayanışmayı korumak*”, Türk Tabipleri Birliği'nin amaçları arasında gösterilmiştir. Ayrıca Yasanın 4. maddesinde “*Halk sağlığına ve hastalara fedakarlık ve feragatle hizmeti ideal bilen meslek geleneklerini muhafaza ve geliştirmeye çalışmak*,” Türk Tabipleri Birliği'nin yükümlülükleri arasında sayılmıştır.

Bu kapsamda Türk Tabipleri Birliği ve tabip odaları, Türk Tabipleri Birliği (TTB) ve Dünya Tabipleri Birliği (DTB) tarafından belirlenmiş etik bildiregelerin hekimlere ulaştırılmasını sağlamak, tıbbi deontoloji konusunda eğitim çalışmaları yapmak, kitaplar yayınlamak, bilimsel ve akademik çalışmaları teşvik etmek, etik farkındalığı arttırmaya yönelik çalışmalar yapmak, iyi hekimlik değerleri konusunda duyarlılığı geliştirmek, etik ihlalleri azaltacak sağlık politikaları oluşumuna katkı sunmak gibi faaliyetleri yerine getirmektedir. Meslek kuruluşu, bunların yanı sıra sağlık ortamında gözlenen etik ihlallerin sebeplerini araştırmak ve ortaya koymak, önleyici tedbirler almak ve uygulamak yoluyla deontolojiye aykırı eylemleri azaltmaya, etik sınırların zorlanması durumunda hekimleri uyararak doğru tutum almalarını sağlamaya çalışır. Sağlık ortamını izleyip denetler. Etik ihlal iddialarının varlığı halinde ise disiplin süreçlerini harekete geçirir.

Nerede ve ne statüde olursa olsun meslek mensuplarının, meslek uygulamasındaki etik kurallara uygun davranma sorumluluğu vardır. Tıbbi deontoloji kurallarını ışığında mesleki denetimi yapma yetkisi münhasıran Türk Tabipleri Birliği ve bağlı tabip odalarına aittir. Bu kapsamda hekimler hakkındaki etik ihlal iddiala-

rını, bağımsız şekilde yapacağı soruşturma ve kovuşturmalarda inceleyerek karara bağlamak ve gerektiğinde disiplin cezası vermek, hekim meslek kuruluşunun yetkisinde olduğu gibi, aynı zamanda başlıca yükümlülüklerindedir. Bu hak ve yetkinin sıkı sıkıya korunması, bu alandaki sorumluluktan kaçınılması gerekir.

6023 sayılı Yasa'nın 28. maddesinin 1. fıkrasında, “Sanat icrası hakkındaki kanunların ve bunlarla ilgili mevzuatın gereği gibi uygulanmasına yardım etmek” ve 3. fıkrasında “Oda azaları arasında, oda azaları ile iş verenler arasında, oda azaları ile hastalar ve hasta sahipleri arasında çıkabilecek ihtilafları uzlaştırmak veya icabında hakem usulüne müracaat etmek” tabip odası yönetim kurulunun görevleri arasında sayılırken, 30. maddesinde “28 inci maddenin I ve III numaralı fıkraların (a, b) ve (c) bentleri şümulüne giren hareketler İdare Heyetince hal ve tesviye edilemediği takdirde meslek adabı ile bağdaşmayan hallere kalkıştıkları görülen meslek mensuplarının deontolojiye veya amme hizmet veya selametine aykırı hareketleri, hadiseler ve delillerle tespit olunarak müdafaları istenir” denilmek suretiyle mesleki deontolojiye aykırı davranışlar hakkında tabip odası yönetim kurulunca soruşturma yapılacağı belirtilmiştir.

Hekimlerin uymaları gereken meslek etiği kuralları, hekimlik sanatı icrası hakkındaki mevzuat içinde yer alan 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 6023 sayılı Yasa ve bu Yasa'nın 59. maddesinin (g) bendine dayanılarak çıkarılan Tıbbi Deontoloji Tüzüğü başta olmak üzere, Organ ve Doku Nakli Hakkında Kanun, Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, Türkiye'nin de taraf olduğu İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi, Helsinki Bildirgesi, İstanbul Protokolü gibi çok sayıda ulusal ve uluslararası düzenlemede gösterilmiştir. Türk Tabipleri Birliği 47. Büyük Kongresinde kabul edilen Hekimlik Meslek Etiği Kuralları da bu metinlerdendir.

6023 sayılı Yasa'da bu kuralların neler olduğu tek tek sayılmamış olmakla birlikte, “deontoloji ve amme hizmet veya selametine aykırı hareketler” atfıyla geniş bir tanımlama yapılarak bu kuralların tümü, en geniş şekilde kapsama alınmış; Yasa'nın 38 ve 39. maddelerinde, kanunun kendisine yüklediği yükümlülükleri yerine getirmeyenler hakkında, onur kurallarının geniş takdir hakkını kullanarak yasada sayılan “uyarma”, “para” ve “meslekten men” cezalarından birisini vereceği belirtilmiştir.

28.04.2004 tarihli Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği'nde hekimlik meslek etiği kurallarına aykırı eylemler, verilebilecek ceza yönünden ölçülülük ilkesi gözetilerek, adalet, eşitlik ve mümkün olduğunca uygulamada birliğin sağlanması amacıyla sınıflandırılmıştır.

Disiplin cezaları ile korunmak istenen hukuki değer, kamusal hizmetlerin gereği gibi yürütülmesini sağlayacak çalışma düzeninin korunmasıdır. Bu amaçla, Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu ve Danıştay 8. Daire kararları ile de sabit olduğu üzere Türk Tabipleri Birliği ve tabip odalarımız, ister kamu görevlisi olsun, isterse serbest çalışsın, tüm meslek mensuplarına disiplin cezası vermeye yetkilidir. Nitekim Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu'nun 2012/2603E. ve 2014/4855K. sayılı kararında da “ Disiplin hukuku bakımından,; meslek mensu-

bu olup, kamu görevlisi statüsünde olanlarla, mesleğini serbest olarak icra edenler arasında kesin bir yetki alanı ayrımı yoktur. Başka bir deyişle, meslek mensubu olup, kamu görevlisi olanların bağlı olduğu kamu tüzel kişiliğine karşı, mesleğini serbest icra edenlerin ise meslek kuruluşuna karşı disiplin hukuku açısından sorumlu olduğu şeklinde kesin bir sonuca ulaşılması mümkün değildir. Disiplin hukuku bakımından önemli olan, disiplin cezasına konu eylemin ağırlıklı olarak hangi görevden kaynaklandığının tespitidir.

Mesleğini serbest ya da **resmi olarak icra eden bir hekimin**, mesleğinin icrasında meslek ahlakına ve **tıbbi deontolojiye uygun davranıp davranmadığını tespit etmeye** ve aykırı davranışı söz konusu ise bu **davranışı cezalandırmayameslek kuruluşu yetkilidir.**” denilerek kamu görevlisi hekimin de disiplin hukuku bakımından Türk Tabipleri Birliği ve tabip odaları tarafından cezalandırılabileceği açıkça belirtilmiştir.

Meslek kuruluşunun, -asker hekimlerde olduğu gibi- özel kanunları gereğince odaya üye olması yasaklanan hekimler ile tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olan ancak hekim olmayan eczacı, veteriner, vb. mesleklerden olup da uzmanlık mevzuatı ile elde edilen haktan yararlanarak bakteriyoloji uzmanı ve biyokimyaya uzmanı yetkisini kullanan, bu sebeple de yürüttükleri mesleki faaliyet gereği hekimlik mesleğinden sayılanlar hakkında disiplin işlemi yapmaya yetkili olduğunu ayrıca belirtmekte yarar bulunmaktadır.

Bilindiği gibi disiplin süreçleri, tabip odalarının yönetim kurullarında başlamakta; soruşturmaya veya kovuşturmaya yer olmadığı kararları verilmesi durumunda bu kararlara itirazla ya da kovuşturma kararı verilmesi üzerine onur kurullarında devam etmektedir. Bu kurullarda karara bağlanmış dosyalarda verilen soruşturma açılmasına ya da ceza verilmesine yer olmadığı kararları ile uyarma (yazılı ihtar) ve para cezaları itiraz üzerine, meslekten men cezaları ise itiraz olmasa dahi TTB Yüksek Onur Kurulu’nca incelenmektedir.

Tabip odalarımız tarafından, kendilerine yapılan bildirim üzerine, yakınma üzerine, TTB Merkez Konsey’in istemi üzerine soruşturma başlatılabileceği gibi, böyle bir başvuru ya da bildirim aranmaksızın, herhangi bir şekilde öğrenme üzerine re’sen (kendiliğinden) de soruşturma başlatılabilir.

Tabip odalarımızın kendi bölgelerinde meydana gelen olaylarla ilgili resen harekete geçmeleri, mesleki deontolojinin korunabilmesi bakımından son derece önemlidir. Bu nedenle haberdar olunan olaylara karşı duyarlı olunması ve bundan görev çıkartılması, önemli bir beklentidir. Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği’nin 9.maddesi uyarınca “*Oda onur kurullarının yetki alanı bölgeleriyle sınırlıdır. Bölgeleri dışında oluşan olaylardan bilgi edinen odalar, soruşturma açılmasına ilişkin görüşlerini Merkez Konseyi’ne ve ilgili odaya iletmekle görevlidir.*”

İster hak arama bilincinin gelişmesiyle, isterse başka nedenlerle açıklamaya çalışalım, tabip odalarının önüne gelen dosya sayıları gün geçtikçe artmaktadır. Bu

dosyaların gerektiği gibi incelenmeleri, hakkaniyetle çözüme kavuşturulmaları gerekmektedir.

Yürütülecek soruşturmalar, mesleki deontolojinin korunmasını sağlayacağı gibi, soruşturulan hekimin, eylemini kendi meslektaşlarına açıklama, savunma ve aklanma fırsatı yakalaması bakımından da son derece anlamlıdır. Bu işlemler en temelde mesleğin saygınlığını ve güvenilirliğini korumak amacıyla yapılmaktadır. Bu çerçevede hizmet sunanların uyum ve düzen içinde çalışabilmeleri için birbirlerinin uygunsuz hareketlerine karşı korunması ve hizmet alanların da hizmeti sunanların haksız ve istenmeyen davranışlarına karşı korunması söz konusu olmaktadır. Yapılan disiplin işlemleri, disiplin cezası alan kişiye nasıl davranması gerektiğini hatırlatırken, objektif eğitim işleviyle aynı meslek grubundakilere görevlerini yerine getirirken daha dikkatli olmaları gerektiğini öğretmektedir. Bu işlemlerin, disiplin suçu işleyen kişiyi ikinci bir suçu işlemekten caydırmasının yanı sıra, üçüncü şahısları benzer etik dışı davranışları göstermek konusunda caydırma etkisi de vardır. Eylemin niteliğine ve ağırlığına göre o görevi yürütmemesi gerektiği anlaşılanları görevden uzaklaştırmayı sağlayabilen bu işlemler, tüm bu hususlar gözetilerek incelikle ve titizlikle ele alınmalıdır.

Soruşturma konusu olayla ilgili her iki taraf açısından da lehte ve aleyhte tüm kanıtların toplanması gerekmektedir. Uygulamada kimi zaman kurumlardan gönderilen evrak ile yetinilmekte ise de tabip odaları tarafından, tümüyle bağımsız bir şekilde soruşturma yapılarak gerekli bilgi ve belgelerin toplanması esastır.

Yapılan soruşturma ve kovuşturma sonucunda ister soruşturulan kişi yönünden ceza verilmesine yer olmadığına karar verilsin, isterse uyarma, para ya da meslekten geçici süreyle alıkoyma cezası verilmiş olsun, verilen bu kararlar birer idari işlem niteliğindedir. Her idari işlem gibi bu işlemler de yargı denetimine açıktır. Kararın iptalini isteyen taraf 60 gün içinde idare mahkemesinde disiplin işleminin iptali istemyle dava açabilir.

Yapılan yargılama sırasında Mahkemece öncelikle disiplin işleminin usul kurallarına uygun olup olmadığı ve ardından da esas yönünden hukuka uygun bulunup bulunmadığı yönlerinden inceleme yapılmaktadır. Bu bakımdan ön inceleme aşamasından başlayarak soruşturmanın 6023 sayılı Yasa ve Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği'ne uygun şekilde, usul kurallarına bağlı kalınarak yapılması, adil yargılanma hakkının bir parçası olarak mümkün olan en kısa sürede ve tabii hakkaniyete uygun, adaletli bir biçimde sonuca bağlanması hedeflenmelidir.

Disiplin Sürecinin Yönetim Kurulu Aşaması

Tıbbi deontolojiye aykırı bir eylemin gerçekleşmesi durumunda bu konu ile ilgili işlem başlatmak oda yönetim kurulunun görevleri arasındadır.

Günümüzde tabip odalarının çoğunlukla şikayet üzerine işlem başlattıklarına tanık olmaktayız. Oysa yukarıda da belirttiğimiz gibi yönetim kurulu, bir şikayet, bildirim veya TTB Merkez Konsey'in istemi üzerine disiplin işlemi başlatabileceği gibi, böyle bir durum olmasa dahi her ne şekilde olursa olsun etik ihlal iddiasın-

dan haberdar olması üzerine kendiliğinden (re'sen) durumu inceleme ve gerekli bulması halinde soruşturma açma yetkisine de sahiptir.

Bir etik ihlal iddiası ile karşı karşıya kalan yönetim kurulu, konuya ilişkin ön inceleme başlatır. Bu aşamada öncelikle usul yönünden şu unsurlar tartışılır:

1. Tabip odası yetkili midir?

Tabip odaları sadece bölgeleri ile sınırlı olarak disiplin işlemi yürütebilirler. Oda bölgesi dışında gerçekleşen bir olayla ilgili disiplin işlemi yürütemezler. Bu durumda konuya ilişkin iddia ve görüşlerini, ilgili tabip odasına veya TTB Merkez Konseyine bildirmeleri gerekir.

2. Tabip odası, etik kuralı ihlal ettiği şüphesi duyulan kişi hakkında işlem yapabilir mi?

Disiplin işlemi sadece hekimlere ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olan ancak hekim olmayan eczacı, veteriner, vb gibi mesleklerden olup da uzmanlık tüzüğü ile elde edilen haktan yararlanarak mikrobiyoloji uzmanı ve biyokimya uzmanı yetkisini kullanan, bu sebeple de yürüttükleri mesleki faaliyet gereği hekimlik mesleğinden sayılan uzmanlara yönelik olarak yapılabilir. Tabip odalarının bir dış hekim, eczacı veya hemşire ile ilgili disiplin işlemi yapma yetkisi bulunmamaktadır. Bu durumda şikayetlerin ilgili meslek kuruluşlarına, savcılığa veya kişinin idari amirine yönlendirilmesi uygun olacaktır.

Odaya üye olsun veya olmasın, ister kamuda ister özel sağlık kuruluşunda çalışsın, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde mesleğini uygulayan tüm hekimler tıbbi deontoloji yönünden tabip odasına karşı sorumludur. Tabip Odaları; asker hekimler gibi özel kanunları gereği odaya üye olması yasaklanan hekimler ile yalnızca kamu görevi yürütmeleri dolayısıyla oda üyesi olmayan hekimler hakkında da disiplin işlemi yapmaya yetkilidir.

3. Olayda zaman aşımı var mıdır?

Meslekten alıkoyma cezasını gerektiren eylemlerin işlendiği tarihten itibaren 5 yıl, diğer cezaların verilmesini gerektiren eylemlerin işlendiği tarihten itibaren 2 yıl içinde soruşturma açılabilir. Bu sürelerin aşılması durumunda disiplin işlemi yapılamaz.

Disiplin cezasını gerektiren eylem aynı zamanda bir suç oluşturuyor ve yasada bu suç için yukarıda belirtilenlerden daha uzun bir zamanaşımı süresi öngörülüyor ise, yönetim kurulu tarafından uzun olan bu süre dikkate alınarak soruşturma açılması kararı alınır.

Usul yönünden işlem yapmanın mümkün olması durumunda esasa ilişkin bir tartışmanın da yürütülmesi gerekir :

4. İddia, bir etik ihlal niteliğinde midir?

Uygulanan sağlık politikaları, basının kışkırtıcı tutumu, mesleki sorumluluk sigortasının zorunlu olması ve benzeri farklı nedenlerin yanı sıra toplumda gelişen

hak arama bilinci de etik ihlal iddiaları ile yapılan şikayet başvurularını gün geçtikçe artırmaktadır. Ancak gelen başvurulara baktığımızda tıbbi deontolojiye aykırı bir eylem niteliği olmayan bazı tutum ve davranışların şikayet konusu edildiğini de görmekteyiz.

Tabip odaları, hekime yöneltilen isnadın bir “meslek etiği kuralına” aykırılık içerip içermediğini değerlendirmelidir. Sadece bu nitelikte eylemler hakkında disiplin işlemi başlatılabilir.

Mevzuata aykırı bir eylemin öğrenilmesi durumunda yukarıda sayılan dört unsur dikkate alınarak yapılan değerlendirmenin sonucunda yönetim kurulu, şikayet ile ilgili **disiplin işlemi yapılmasına yer olmadığı, ön incelemenin devamı veya soruşturma başlatılması** seçeneklerinden birine karar verir.

Disiplin işlemi yapılmasına yer olmadığına dair verilecek karar, gerekçeli şekilde alınır ve şikayetçisine bildirilir. Örneğin başvurusunda “hekimden randevu aldığını, randevu saatinden 15 dakika önce polikliniğe gittiğini, tam sıra kendisine geldiğinde hekimin acil servise çağrıldığını, daha sonra acil bir ameliyata girdiğini, bu nedenle ancak 3 saat sonra muayene olabildiğini, mağdur olduğunu” belirten bir şikayetçiye bu durumun hekimlik mesleğinin doğasından kaynaklandığı, acil hastaların öncelikli olduğu, eylemin bir etik ihlal niteliğinde olmadığı açıkça belirtilerek disiplin soruşturması açılmasına yer olmadığı bildirilmelidir.

Benzer şekilde “radyolojik tetkikler için uzun süre sonrasında randevu verildiğini” belirten şikayetçiye, bu durumun kamu sağlık kurumlarında hasta yoğunluğu ve sistemden kaynaklanan bir durum olduğu, hekime yüklenebilecek kusurlu bir davranışın tespit edilmediği gibi bir gerekçe bildirilebilir.

Yine hekimlik mesleği ile ilgili olmayan örneğin, alacak verecek sorunları, hekimin apartman aidatını geç ödemesi veya ödememesi, evinde komşuları rahatsız edecek şekilde gürültü yapması, trafik suçları, miras anlaşmazlıkları vs gibi hususların şikayet konusu edilmesi durumunda da özel hukuk ilişkisi içinde değerlendirilebilecek bu tür konuların tıbbi deontoloji ile ilgisi bulunmadığından meslek kuruluşu tarafından incelenemeyeceği şikayetçiye iletilmelidir.

Ön inceleme aşamasında eldeki verilerin soruşturma kararı almak için yeterli görülmediği durumlarda, ileri sürülen iddiaları destekleyecek bilgi ve belgeler temin edilir. İlgili sağlık kurum ve kuruluşlarından tıbbi kayıtlar ve hasta dosyasının getirilmesi, şikayetçiden ve kendisine suçlama yöneltilen hekimden açıklama istenmesi bu tür bilgi ve belge toplama faaliyetlerindedir. Ancak burada hekimden istenen açıklamanın, ileride soruşturma açılması durumunda savunma olarak kabulünün mümkün olmadığı bilinmelidir.

Toplanan bilgi ve belgelerin incelenmesi sonucunda, iddiaların soruşturmaya değer olup olmadığına karar verilir.

Örneğin; “babasının trafik kazası geçirdiğini, 112 ambulansının geç geldiğini, en yakın hastaneye götürüldüğünü, burada yapılan tetkikler sonrasında ileri bir merkeze sevk edildiğini, burada ameliyata alındıktan kısa bir süre sonra babasını

kaybettiğini, babasının ölümünün tedavinin gecikmesinden kaynaklandığını, bu nedenle hekimlerden şikayetçi olduğunu” belirten bir dilekçe ile ilgili olarak başlatılan ön incelemede yönetim kurulu, bu hastanın tedavisinde hangi hekimlerin yer aldığına ilişkin bilgileri, 112 kayıtlarını, hastanın tıbbi durumunu gösterir tedavi dosyasını ve varsa konuyla ilgili diğer bilgileri topladıktan sonra tıbbi hata veya özensizlik şüphesi olup olmadığını değerlendirerek soruşturma açılmasına veya açılmamasına karar verir.

“Annesinin acil servise götürüldüğü, doktor tarafından kan tahlilleri yapıldığı EKG çekildiği, her şeyin normal olduğunun söylendiği, ertesi gün kardiyoloji polikliniğine yönlendirildiği, sonra reçete verilerek evine gönderildiği, ancak ertesi gün annesinin evde öldüğü, bu nedenle hekimlerden şikayetçi olduğu” ifade edilen bir şikayet üzerine, yine öncelikle hangi hekimin tedaviyi yürüttüğü öğrenilmeli, yapılan EKG başta olmak üzere diğer tıbbi belgeler edinilmelidir. Hekimden bu olay hakkında açıklama istemek de gerekebilir. Bundan sonra soruşturma açılıp açılmamasına karar verilir.

Ön incelemenin bir ay içerisinde tamamlanması, konunun sürüncemede kalmaması bakımından önemlidir.

İnceleme sonucunda etik ihlalin gerçekleştiğine dair şüphe yaratan bulguların yokluğu halinde soruşturmaya gerek olmadığına karar verilir. Bu yönde bir karar verilirse, yönetim Kurulu bu kararı karar defterine gerekçesiyle birlikte kaydeder. Gerekçeli karar yazılı olarak taraflara bildirilir. Kararın taraflara bildirimine dair Yönetim Kurulu yazısı, karara karşı tarafların itiraz hakkı bulunduğu, itiraz süresinin 15 gün olduğu, itirazın tabip odası onur kurulu nezdinde yapılabileceği, itiraz dilekçesinin yönetim kuruluna verilmesi gerektiği bilgilerini de içermelidir.

Belirtmek gerekir ki soruşturma açılmasına yer olmadığına dair karara itiraz edilmesi ve onur kurulunun bu itirazı görüşüp yönetim kurulu kararını kaldırması halinde, yönetim kurulu soruşturmayı başlatıp tamamlamak zorundadır. Aynı şekilde oda onur kurulu tarafından soruşturmaya gerek olmadığına dair bir karar verildiyse ve Yüksek Onur Kurulu bu kararı kaldırdıysa, yönetim kurulu bu karara uymak zorundadır. Yönetim kurulunun soruşturmaya gerek olmadığına dair kararında direnme yetkisi yoktur.

Öte yandan Yönetim Kurulu tarafından yapılan ön incelemede toplanan bilgi ve belgelerin değerlendirilmesi sonucunda konu soruşturmaya değer bulunursa soruşturma kararı alınır.

Eğer şikayet dilekçesi ve ekindeki bilgiler deontolojiye aykırı eylemin gerçekleştiğine dair somut delil niteliğindeyse usule ilişkin ön incelemenin tamamlanması ve isnat olunan eylemin tıbbi deontolojiye ilişkin olduğunun tespiti ile birlikte doğrudan doğruya soruşturma kararı verilebilir. Örneğin reklam niteliği taşıyan sosyal medyada yer alan ya da bir gazetede yayınlanan ilan veya dağıtılan broşür ile ilgili “tanıtım kurallarına aykırı davranmak” iddiası ile hemen bir soruşturma başlatılabilir.

Kesin kural olmamakla birlikte, şikayet konusu olayda kişisel zararın veya ölümün olması, bildirim kamusal kuruluşlarından (TTB, Baro, Sağlık Meslek Örgütleri, SGK, Sağlık Müdürlüğü gibi) veya sivil toplum kuruluşlarından (uzmanlık dernekleri, insan hakları alanında çalışan dernekler vb.) gelmiş olması, olayın basında yer alması, kamuoyunda etkisinin olması, bir hekimin şikayetçi olması durumlarında konunun bir soruşturma ile açıklığa kavuşturulması önerilebilir.

Gecikme halinde iddia olunan suçun zaman aşımına uğrama olasılığı var ise yine soruşturma kararı hemen alınmalıdır.

Soruşturma, yönetim kurulunun kişiye suç isnadında bulunarak etik ihlalin gerçekleşip gerçekleşmediğini ortaya çıkaracak çalışmaların tümüdür. Yönetim kurulu kararı olmaksızın bir soruşturma yapılamaz.

Ne şekilde olursa olsun soruşturma açılmasına karar verilmesi durumunda yönetim kurulunca, olayda hangi etik ihlallerin gerçekleşmiş olabileceği saptanarak ortaya koyulmalıdır. Örneğin tıbbi hata iddiasıyla yapılan bir şikayetin inceleme sürecinde; onam alınmaksızın tıbbi müdahalede bulunmak, kayıtları usulüne uygun tutmamak ya da tıbbi belgelerde tahrifat yapmak gibi suçların da işlenmiş olduğuna dair şüphe duyulursa, bu iddiaları kapsayacak şekilde geniş bir soruşturma kararı alınır.

Soruşturma kararının mutlaka yönetim kurulu karar defterine yazılması gerekir. Disiplin sürecini başlatan ilk adım ve soruşturmanın çerçevesini çizen bir unsur olarak soruşturma kararının ne şekilde alındığı ve karar defterine nasıl geçildiği çok önemlidir. Yapılacak soruşturmanın, alınmış olan soruşturma kararı ile sınırlı olarak yürütülebileceği, bu sınırı aşacak şekilde bir karar verilemeyeceği unutulmamalıdır.

Soruşturma kararında; hakkında soruşturma açılan kişinin adı ile isnat edilen eylemin (suçlamanın)² açıkça ve anlaşılır şekilde –mümkünse yer ve zaman da belirtilerek- yazılması gerekmektedir. Bu kararda TTB Disiplin Yönetmeliği ya da tıbbi Deontoloji Tüzüğü'ndeki ilgili maddelere de atıf yapılabilir. Ayrıca, soruşturmanın bir soruşturmacı aracılığıyla mı yoksa yönetim kurulu tarafından mı yürütüleceğine karar verilmelidir.

Soruşturma kararları örneğin;

“Dr. AA'nın hasta BB'nin tedavisinde tıbbi hata yaparak hastaya zarar verdiği iddiası ile soruşturma açılmasına; soruşturmanın yönetim kurulu tarafından yapılmasına ...”

²Örneğin; reklam yasağına aykırı davranmak, meslek uygulamasında hata yapmak, hasta tedavisinde özensizlik göstermek, uzmanlık dışı girişim ve faaliyette bulunmak, ... şeklindeki tutumu ile hekimliğe yakışmayan davranışta bulunmak, hasta sırlarını açıklamak, tanıtım kurallarına aykırı davranmak, tabip odasına üye olmadan veya bildirimde bulunmadan serbest hekimlik yapmak, bilimsel değil aldattıcı nitelikte tanı ve tedavi uygulaması yapmak, bilimselliği kanıtlanmamış yöntemlerle tedavi yapmak, usulsüz reçete ve rapor yazmak, gerçek dışı rapor veya belge düzenlemek gibi.

“ ... tarihli ...gazetesindeki röportajında; hastalarının isimlerini açıklamak suretiyle hasta sırrını ihlal ettiği iddiasıyla Dr. CC hakkında soruşturma açılmasına, soruşturmanın Dr. AB tarafından yürütülmesine ...”

“Dr. NN'nin sorumlu olduğu KK Eğitim ve Araştırma Kuduz Merkezi'nde; rızaları olmadan, var olduğu söylenen savcılık yazısı okunmadan, kişiler aydınlatılmadan, bilgi verilmeden, elleri kelepçeli, çok sayıda polis tarafından zor kullanılarak doku örneği (tükürük) aldığı / alınmasına nezaret ettiği, (sorumlusu olduğu bölümde) alınmasına olanak sunduğu ve bu yolla etik ihlalde bulunduğu iddiasıyla Dr. NN hakkında soruşturma açılmasına...”

“Dr. DD'nin hasta EE'nin tedavisinde usulüne uygun aydınlatılmış onam almaksızın cerrahi girişimde bulunduğu iddiası ile TTB Disiplin Yönetmeliği'nin 4/s maddesi kapsamında soruşturulmasına, soruşturmanın yönetim kurulu tarafından yapılmasına..”

“Dr. FD hakkında; hastası MA'nın tedavisinde “meslekte bilgi ve beceri yetersizliği, özen eksikliği, dikkatsizlik ve benzeri kusurlardan dolayı eksik ya da yanlış tanı ve tedavide bulunarak hastaya kalıcı zarar vermek” iddiasıyla soruşturma başlatılmasına..”

“Dr. ÖK hakkında TTB Disiplin Yönetmeliği 4/p maddesi "Hasta sevkleri, rapor, reçete ve benzeri belgelerde usulsüz uygulamalar yapmak" ve 5/g "Gerçeğe uygun olmayan rapor ve/veya belge vermek" iddialarıyla soruşturma açılmasına...”

“...tarihinde ... Gazetesinin ...ekinde yayınlanan "....." başlıklı haber röportaj nedeniyle “hasta sırlarını açıklamak, reklam amaçlı bilgi vermek” iddialarıyla, TTB Disiplin Yönetmeliği'nin 3/e, 4/c ve 5/c maddeleri uyarınca Dr. BC hakkında soruşturma açılmasına..”

“Dr. FF, Dr. TT, Dr. NN hakkında SGK hak sahipleri adına, onların talebi ve bilgisi olmadan, ilaç kullanım raporu çıkardıkları, bu raporları esas alarak reçete düzenledikleri iddiası ile soruşturma açılmasına...”

şeklinde alınabilir.

Aşağıdakiler ise hatalı soruşturma kararlarına örnek olarak gösterilebilir:

“ ... adlı şahsın şikayet dilekçesi okundu. Dilekçedeki iddialar ile ilgili soruşturma başlatılmasına.” (Hangi hekim ya da hekimler ile ilgili, hangi eylem ya da eylemlerinden dolayı soruşturmanın yapılacağı belirtilmemiş.)

“...isimli kişinin verdiği dilekçede şikayetçi olduğu Dr. DD hakkında soruşturma yapılmasına” (Hangi suç isnadında bulunulduğu belirtilmemiş.)

“... isimli kişinin verdiği şikayet dilekçesi ile ilgili Dr. BA'dan savunma istenmesine” (Soruşturma açılmasına karar verildiği belirtilmemiş, hangi eyleminin soruşturulacağı açık değil)

“...’e ait dilekçede hastasının tedavisinde tıbbi hata yapıldığı iddiası üzerine soruşturma yapılmasına” (Hekim ya da hekimler belli değil)

“Özel X Hastanesinin....gazetedeki ilanı nedeniyle tanıtım kurallarını ihlali iddiası ile soruşturulmasına...” (Özel hastane, şirket ve benzeri tüzel kişilikler hakkında soruşturma açılmaz. Soruşturmanın eylem tarihindeki sorumlu hekime yöneltilmesi gerekir.)

Bazen bir olay ile ilgili birden fazla hekim birlikte soruşturulabilir. Örneğin “Tabip Odasına üye olmadan Özel NN Hastanesinde çalışarak serbest hekimlik yapmak iddiası ile Dr. FF hakkında soruşturma başlatılmasına” karar verilirken, aynı anda “NN Özel Hastanesi başhekimisi Dr. HH hakkında, Dr. FF’nin tabip odasına üye olmadan serbest hekimlik yapmasına olanak sunmak iddiası ile soruşturulmasına” da karar verilebilir.

“Hasta HH’nin tedavisini üstlenen Genel Cerrahi Uzmanı Dr. AA, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Dr. BB ve Anestezi Uzmanı Dr. CC hakkında bilgi-beceri eksikliği ve özensizlik göstererek hastaya kalıcı zarar vermek iddiası ile soruşturma başlatılmasına...” örneğinde olduğu gibi, birden fazla hekime kusur isnat edildiği durumlarda, süreçte yer alan tüm hekimler hakkında birlikte soruşturma açılması mümkündür.

Ne yazık ki yönetim kurulu aşamasını oluşturan bu ilk adımda hata yapılması, sonraki süreci hukuka aykırı kılmakta; kovuşturma aşamasında usul eksikliği nedeniyle kararların bozulması sonucu harcanan tüm emek boşa gitmekte ve adalet sürecinin tamamlanması uzun zaman almaktadır.

Bütün bunlardan başka belirtmek gerekir ki soruşturulacak olayla ilgili veya soruşturulan hekim ile yakınlık ve çıkar ilişkisi içerisinde olan ya da konu ile ilgili tarafsızlığını koruyamayacak olan yönetim kurulu üyesi var ise bu kararın alınmasında çekilmelidir.

Yukarıda da belirttiğimiz üzere yönetim kurulu tarafından, soruşturma kararı alınırken **soruşturmanın ne şekilde yapılacağı** da belirlenmelidir. Yani “soruşturmayı kim yapacak” sorusuna yanıt verilmelidir.

Soruşturma yönetim kurulu tarafından yapılabileceği gibi, yönetim kurulunun belirleyeceği ve atayacağı tabip odası üyesi olan bir soruşturmacı tarafından da yürütülebilir. Bazı durumlarda konunun önemi veya dosya kapsamının genişliği dikkate alınarak birden fazla kişinin katıldığı soruşturmacı kurulu oluşturulabilir. Soruşturmacı atanmasına karar verildiyse, soruşturmacının adı karar defterine yazılır.

Bazı durumlarda konunun soruşturulmasının belirli bir uzmanlık bilgisi gerektirmesi ve oda bölgesinde böyle bir kişinin bulunmaması veya konunun özelliği nedeniyle bu görevi kabul edecek bir soruşturmacının bulunamaması halinde, usulüne uygun soruşturma kararı alınıp soruşturmacının belirlenmesi, TTB Merkez Konseyi’nden istenebilir. Bu durumda, soruşturmacı başka bir oda bölgesinden

atanır, düzenlenen fezleke ve ekleri tabip odasına gönderilir. Sonraki süreçler, ilgili oda organları tarafından yürütülür.

Soruşturulması istenen kişinin oda yöneticisi olması durumunda, ilk inceleme ve soruşturma kararının alınacağı yönetim kurulu toplantısına o üyenin katılmaması gerekir. Şikayet edilenin yönetim kurulu üyelerinin çoğunluğu ya da tümü olması veya başhekim, sağlık müdürü gibi yönetim kurulu üyelerinin bir bölümünün amiri durumunda bulunması ve benzeri tarafsızlık konusunda şüphe duyulmasına yol açabilecek durumlarda, ön incelemeden başlayarak soruşturma açılıp açılmayacağı kararının alınması da dahil olmak üzere tüm soruşturma işlemlerinin başka bir oda tarafından yapılması mümkündür. Böyle bir durumun bildirilmesi ile bu işlemleri yapmak üzere bir tabip odası TTB Merkez Konseyi'nce görevlendirilir. Soruşturmanın yapılması durumunda soruşturma evrakı, kovuşturma yapılmak üzere eksiksiz biçimde TTB Merkez Konseyi aracılığıyla ilgili tabip odasına gönderilir.

Hem yönetim kurulu üyelerinin, hem de onur kurulu üyelerinin şikayet edildiği ya da tarafsızlığından şüphe duyulacağı durumlarda TTB Merkez Konseyi, en baştan sürecin tümünü yürütmek üzere bir başka tabip odasını görevlendirebilir. Bu karar, her bir olayın özelliğine göre ayrı ayrı değerlendirilerek alınır.

İster yönetim kurulu yapsın ister soruşturmacı tarafından yürütülsün, soruşturmanın yapılış biçimi aynıdır. Soruşturmacı atandığı durumlarda farklı olarak bu kapsamdaki işlemler soruşturmacı eliyle yapılır ve sonucunda soruşturmacı tarafından bir fezleke düzenlenir.

Yönetim kurulu, soruşturma kararını ve soruşturmanın ne şekilde yapılacağını taraflara bildirir. Bir soruşturmacı atandıysa, görevlendirme soruşturmacıya bildirilir ve inceleme sürecinde elde edilen belgeler soruşturmacıya teslim edilir.

Soruşturmacının görevi, suçlamayı kanıtlamak değil suçlamanın doğru olup olmadığını ortaya çıkarmaktır. Soruşturmacı bu süreci tarafsızlık içerisinde, önyargısız ve tarafların haklarını koruyacak biçimde yürütmelidir. Kişi savunma yapmamış olsa bile, lehte ve aleyhte tüm kanıtlar toplanmalıdır. Bu nedenle, olayla ilgili tüm kişilerin ya da kuruluş yöneticilerinin bilgilerine başvurabilir. Resmi makamlardan bilgi isteyebilir. Tanıklarla görüşüp bilgi alabilir.

Bu amaçla yapılan tüm yazışmalar “gizli” ibaresi taşınmalıdır. Tebligatlar başkası aracılığı ile yapılacaksa “gizli” damgalı kapalı zarf içerisinde ve imza karşılığında yapılmalıdır.

Kesin kural olmamakla birlikte soruşturma sürecine varsa şikayetçi ile başlamak yararlıdır. Şikayetçi ile tanışılıp, beklentileri öğrenilir ve süreç konusunda bilgilendirme yapılır. Bu görüşmede, şikayet dilekçesindeki net olmayan ifade ve iddiaların da açıklığa kavuşturulması sağlanır. Ek bilgiler edinilir. Varsa ek belgeler alınır, tanık isim ve iletişim bilgileri temin edilir. Bu ifadeler yazılı olarak kaydedilir, taraflarca imzalanır ve ifadenin bir nüshası şikayetçiye verilir.

Daha sonra, olay ile ilgili bilgi ve belge toplama sürecine başlanır. Bu aşama, soruşturulan konu ile ilgili olarak farklılıklar gösterebilir. Örneğin; bir tıbbi hata iddiasında hasta dosyası büyük önem arz eder, mutlaka edinilmesi gerekir. Hastanın tedavisinin yürütüldüğü kurumdan tıbbi belgelerin bir örneği istenir. Burada hastanın muayene bulguları, yapılmış radyolojik ve biyokimyasal tetkikler, ameliyat notu, hemşire izlem notları çok önemlidir. Hekimin günlük izlem ve değerlendirme notları karar vermek için yardımcı olacaktır. Bilimsel çalışma ve yayın etiği ihlallerinde; söz konusu çalışma kitap makale veya veriler dosyada bulunmalıdır.

Olay bir idari incelemeye de konu olmuşsa, ilgili kurumdan (sağlık müdürlüğü, rektörlük..) bu dosya temin edilir. Kamu kuruluşlarını dolandırma, reçete ve belgelerde usulsüzlük yapma iddialarında, SGK müfettişleri tarafından hazırlanan soruşturma raporu ekleri ile dosyaya kazandırılır. Konu yargıya intikal etmişse bu süreç ile ilgili kayıtlar (polis ifadeleri, mahkeme kayıtları) sağlanır. Olayın açıklığa kavuşturulmasına yarayabilecek yazışmalar, elektronik iletiler, cep telefonu mesajları, elektronik ortamda yapılmış sohbet kayıtları, kamera görüntü kayıtları, fotoğraflar, hukukun olanak verdiği ölçüde sağlanır.

Savunma hukukta en temel hakktır. Savunma hakkının en iyi şekilde kullanılabilmesi için soruşturmacı ya da yönetim kurulu tarafından yazılan savunma istem yazısında, soruşturulan kişi hakkında hangi eylemi nedeniyle, hangi suç isnadı ile soruşturma başlatıldığının açık ve anlaşılır bir şekilde yazılması gerekir. Bu yazı ile savunmasını ve varsa kanıt niteliğindeki belgelerini, 15 gün içerisinde hazırlayıp teslim etmesi istenir. 15 günlük savunma süresi en az süredir. Gerekliği durumlarda bu süre uzatılabilir, ancak kısaltılamaz. Bu süre içinde savunma yapmamış kişinin savunma hakkından vazgeçmiş sayılacağı da savunma istem yazısında ilgiliye bildirilir. İstenirse savunmanın sözlü yapılabileceği de belirtilmelidir. Sözlü savunma için randevu verilecekse, bu tarih tebliğ tarihinden en az 15 gün sonrası olmalıdır. Sözlü savunmada da suçlama açık olarak ifade edilmelidir.

Savunma istem yazıları örneğin şöyle yazılabilir:

Sayın Dr. ...

Yönetim Kurulumuzun ...tarih ve ... sayılı kararıyla; hastanız BB'nin tedavi sürecinde, TTB Disiplin Yönetmeliği'nin 4/t maddesinde tanımlanan "Sonuçta hastanın ölümüne, sakatlığına sebep olmayıp da sağlığının kısa süreli geçici bozulmasına yol açan tıbbi hata ve ihmalde bulunmak" iddiasıyla disiplin soruşturması açılmasına ve anılan yönetmeliğin 13/a maddesi uyarınca, olayın Yönetim Kurulumuz tarafından soruşturulmasına karar verilmiştir.

Şikayet dilekçesi ekte yer almaktadır. Konu ile ilgili yazılı savunmanızı ve kanıtlarınızı yazımızın elinize ulaştığı tarihten itibaren 15 gün içerisindeTabip Odası'nınadresine iletmenizi, savunmanızı sözlü olarak yapmak istemeniz halinde ...tarihinde saat... 'ta aşağıda belirtilen adreste hazır bulunmanızı rica eder, belirtilen süre içinde savunma vermediğiniz takdirde savunma hakkınızdan vaz-

geçmiş kabul edileceğinizi ve kararın mevcut kanıtlara göre verileceğini; 6023 Sayılı Yasa'nın 30. ve TTB Disiplin Yönetmeliği'nin 14. Maddesi uyarınca önemle hatırlatırız.

Hatalı savunma istem yazılarına örnek:

“... Tabip Odasına hakkınızda soruşturma istemi ile başvuru yapılmış, şikayet dilekçesi ekte sunulmuş olup, söz konusu şikayetle ilgili soruşturma açılmasına karar verilmiştir. Bu nedenle yazının tarafınıza tebliğinden itibaren 15 gün içinde konu ile ilgili savunmanızı ve kanıtlarınızı bildirmenizi ...“ (Suç isnadı yapılmamış).

Yukarıda da değindiğimiz gibi soruşturma kararı, bir inceleme süreci sonucunda alınmış ve bu süreçte hekimden açıklama istenmiş olabilir. Bu açıklama, savunma olarak kabul edilmemelidir. Soruşturma kararı alındıktan sonra savunması ayrıca istenmelidir. Yine bazı durumlarda, farklı kuruluşların (sağlık müdürlüğü, rektörlük, SGK...) yaptıkları inceleme dosyaları içerisinde hekimin ilgili kuruma karşı yapılmış savunması bulunabilmektedir. Bu savunmalar da yeterli görülme-
yip, soruşturmacı tarafından mutlaka yeniden savunma istenmelidir.

Zaman zaman “her şey ortada söyleyecek nesi olabilir ki ?” düşüncesiyle savunma istenmeden kovuşturmanın yapıldığına tanık olmaktadır. Örneğin; bir tanıtım kuralları ihlali iddiasında, hastane zincirinin farklı şubesinin mesul müdürüne soruşturma açıldığı, savunması istenmeden onur kurulu tarafından cezalandırıldığı, cezanın tebliği ile hekimin hatayı odaya bildirdiği görülmüştür. Böylece süreç, hatalar nedeniyle uzamış ve masum kişiler mağdur edilmiştir. Bir başka dosyada isim benzerliği nedeniyle farklı kişiye ceza verildiği görülmüştür. Bu hata, savunması istenmediği için, ancak ceza tebliğ edildikten sonra fark edilebilmiştir.

Savunma istem yazıları, soruşturulan hekime mutlaka iadeli taahhütlü posta, özel kurye, kargo gibi teslim edildiği ve teslim tarihi takip edilebilen bir yöntemle gönderilmelidir. Yazışmaların elden imza karşılığı tebliği de mümkündür. Savunma süresinin tebligatın yapıldığı tarihten sonra başladığı unutulmamalıdır. Elbette, hekimin savunma yapmama hakkı vardır. Bu durumda savunma süresinin dolmasının ardından, eldeki diğer kanıtlara göre karar verilir.

Savunma, hekimin avukatı tarafından da yapılabilir. Bu durumda, vekaletname örneği dosyaya konulmalıdır. Böyle bir durumda tüm yazışmalar avukat ile yapılmalıdır.

Soruşturma aşamasında konuyu aydınlatmaya yönelik tanık beyanlarına da başvurulabilir. Tanık ifadesi alınan kişiye konu aktarılarak bilgisi ve görüşü sorulmalı, gerektiğinde soru sorarak gerekli bilgilere ulaşılmaya çalışılmalıdır. İfade verenin sunduğu kanıtlar da metne geçirilerek dosyaya konulmalıdır.

İfade ve sözlü savunma sırasında söylenenler, ifade sahibinin vatandaşlık numarası, nüfus bilgileri ile görevi, adresi ve telefonu ile birlikte yazılı olarak kayıt altına alınmalı; soruşturmacı (ifadeyi alan), soruşturulan hekim veya ifade sahibi

ile katip tarafından imzalanmalı, üç nüsha halinde hazırlanan tutanağın bir örneği ifade sahibine verilmelidir.

Bilindiği gibi soruşturmacılar, yönetim kurulu adına görev yaparlar. Yukarıda da belirttiğimiz gibi, soruşturma yönetim kurulunun aldığı kararlar belirlemiş olduğu sınırlar içerisinde yürütülmelidir. Soruşturmacı bu sınırları aşmamalıdır. Soruşturma sırasında yeni bazı etik ihlal şüphesi duyulmasına yol açan bilgi veya belgelerle karşılaşılması halinde, bu durum yönetim kuruluna bildirilmelidir. Yönetim kurulu, daha önce soruşturma konusu edilmemiş bu eylemler için yeni bir soruşturma kararı almalıdır. Bu durumda, dosyalar birleştirilebileceği gibi ayrı bir soruşturma olarak da yürütülebilir. Soruşturmanın genişletilmesi halinde, soruşturulan hekimden yeni iddialara ve kusur isnadına yönelik savunması ayrıca istenmelidir.

Bazı durumlarda, soruşturmacının bilgi düzeyi, bir kusurun bulunup bulunmadığını açıklığa kavuşturmak için yeterli olmayabilir. Konunun daha üst bilimsel düzeyde değerlendirilmesine ihtiyaç duyulabilir. Bu durumlarda bilirkişilerden yararlanılır. Özellikle, tıbbi hata iddialarının değerlendirilmesinde bilirkişi görüşü önemlidir. Bunun yanı sıra bilimselliği kanıtlanmamış yöntemlerle tedavi yapmak, bilimsel dışı aldatıcı nitelikte tanı ve tedavi uygulaması yapmak, intihal gibi konularda da bilirkişi görüşü istenebilir.

Bilirkişiye yazılan yazıda; *“hasta dosyasının incelenerek, ameliyat öncesi, esnası ve sonrasında yürütülen tedavi sürecinde ve takibinde tıbbi bir hata ve özensizlik olup olmadığı”, “hastaya uygulanan tedavinin bilimsel kabul edilip edilemeyeceği”, “hastanın muayenesinin yeterince yapıp yapılmadığı, tanıya ulaşmak için yapılan tetkiklerin yeterli olup olmadığı, hastaya konulan cerrahi endikasyonun yerinde olup olmadığı”, “ameliyat sonrası gelişen komplikasyonun uygun bir şekilde yönetilip yönetilmediği”* örneklerinde olduğu gibi hangi konuda bilgi istendiği, hangi sorulara yanıt beklendiği açıkça belirtilmelidir.

Ayrıca kanaatini oluşturmada yararlı olabilecek tüm belgelerin bir örneği bilirkişiye verilmeli, şikayet dilekçesi ve savunma ile birlikte, gerekli diğer tıbbi belgeleri görmesi sağlanmalıdır.

Bilirkişiler konunun uzmanı herhangi bir kişi olabileceği gibi, üniversitelerde ana bilim dalı başkanlıklarından ve uzmanlık derneklerinden de bilirkişi görüşü alınabilir. Özel durumlarda, farklı alan uzmanlarından oluşan bilirkişi kurulları oluşturularak görüş oluşturmaları sağlanabilir. Bilirkişilerin, soruşturulan hekimin akademik düzeyine eşit veya daha üst düzeyde olması yerinde olacaktır. Bilirkişilere, verdikleri emek ve raporun kapsamına göre asgari muayene ücretinin bir ila üç katı tutarında bir ücret yönetim kurulunca takdir edilebilir.

Soruşturmacı, şikayetçi ve tanıklarla görüşüldükten ve gerekli belgeleri topladıktan, gerektiğinde bilirkişi görüşünü de aldıktan, yani tüm kanıtları topladıktan sonraki 20 gün içerisinde dosyayı tamamlayarak fezleke hazırlar ve yönetim kuruluna sunar. Gerektiğinde, soruşturma süresi yönetim kurulu kararı ile en fazla 90 gün uzatılabilir.

Fezlekedede, yapılan çalışmaların kısa bir özeti yer alır. Suçlama konusu olayın ne olduğu açıklanır, lehte ve aleyhte olan tüm kanıtlar tartışılır. Soruşturmacı sonuç veya değerlendirme bölümünde; iddia tanık ifadeleri, savunma, kanıtlar ve bilirkişi görüşünü bütünlüklü olarak değerlendirir ve ulaştığı sonucu bildirir. Yaptığı incelemeye göre isnat edilen suçun gerçekleşip gerçekleşmediği (hekimin bir kusuru bulunup bulunmadığı), gerçekleşti ise hangi mevzuata aykırılık oluşturduğu ve TTB Disiplin Yönetmeliği'nin hangi maddesinin ihlal edildiği, buna karşılık hangi cezanın uygun olduğu konusundaki kişisel yargısını belirtir. Eğer suçun gerçekleşmediği kanaati oluştuysa kovuşturma gerekip gerekmediğine ilişkin görüşünü sunar. Soruşturmacının görüşü, yönetim kurulu ve onur kurulu açısından bağlayıcı değildir. Eğer yönetim kurulu fezlekedede bir eksiklik saptarsa, soruşturmacıdan eksikliğin tamamlanmasını ister.

Soruşturma, ister yönetim kurulu tarafından, isterse soruşturmacı tarafından yürütülsün, kanıtların toplanmasının tamamlanması veya fezleke ve eklerinin sunulması üzerine dosya yönetim kurulunun ilk toplantısında gündeme alınır ve tartışılır. Öncelikle usul yönünden son kez incelenir. Yeterli inceleme yapıp yapılmadığı yönü ile değerlendirilir ve bir sonuca ulaşılır.

Yönetim kurulu, tamamlanan dosya ile ilgili iki karardan birini verir:

Eğer hekime isnat edilen suçun gerçekleşmediğine dair kuvvetli bir sonuca ulaşıldıysa, **“kovuşturmaya gerek olmadığına”** dair kararını verir ve kendisi açısından süreci noktalar. Kovuşturmaya gerek olmadığına dair karar, karar defterine yazılır. Bu kararda bildirim veya yakınmada bulunanın adı ile suçlananın kimliğine, üzerine atılı eylemin ne olduğuna, kanıtların neler olduğuna, gerekçeye yer verilmelidir. Bu karar yakınmacı ve hakkında soruşturma yapılan kişilere tebliğ edilir. 15 günlük itiraz süresinin yanı sıra itirazın onur kuruluna yapılması, ancak dilekçenin yönetim kuruluna verilmesi gerektiği belirtilir. Tarafların bu karara itiraz hakları vardır.

Eğer suçun gerçekleşip gerçekleşmediği konusunda kesin bir görüş oluşmadıysa ya da gerçekleştiği kanaatine varıldıysa, dosyanın **“kovuşturulması”** için onur kuruluna sevk edilmesine karar verir. Bu karar da yine karar defterine yazılır, taraflara bildirilir ve dosya onur kuruluna gönderilir.

Yönetim Kurulu tüm kararlarda olduğu gibi üye sayısının yarısından bir fazlası ile toplanır. 5 üyeli yönetim kurulları en az 3, 7 üyeli yönetim kurulları en az 4 kişi ile toplanır. Kararlar oy çokluğu ile alınır. Eşitlik halinde, başkanın katıldığı taraf çokluk kabul edilir. Kararlar oy birliği ile alınmadıysa, kararın altına gerekli şerh düşülür ve imzalanır.

Bir olayın adli yargılamaya konu olması, disiplin soruşturmasında, yargılama sonucunun beklenmesini gerektirmez. Eğer ortada isnat edilen eylemin etik yönlerden değerlendirilmesi için yeterli kanıt var ise konuya ilişkin değerlendirmenin, yargılama sonucu beklenmeksizin meslek kuruluşunun ilgili organlarınca yapılması gerekir. Soruşturma dosyalarında adli yargılama sonucunun beklenmesi istisnaidir. Örneğin resmi belgede sahtecilik isnadında imza incelemesinin

gerekmeye örneğinde olduğu gibi, soruşturmada toplanan kanıtlar ile etik ihlalin değerlendirilmesinin mümkün olmadığı ya da yargılaması yapılan maddi olgunun varlık ya da yokluğunun disiplin cezası verilmesine etki edeceği durumlarda, disiplin soruşturması ceza yargılamasının sonuna kadar durdurulabilir. Bilinmelidir ki ceza mahkemesi kararları, sadece maddi vaka tespiti yönünden tüm mercileri bağlar. Bunun dışında varılan sonuç ya da kişinin kusurlu bulunup bulunmadığı bağlayıcı değildir.

Yönetim kurulu tarafından eylemin soruşturulmasına ilişkin bir karar alınmadıkça, soruşturma zaman aşımının işlediğine ve idari ya da adli yargılama sürecinde beklenen zaman sebebiyle yönetmelikte tanımlanmış olan sürenin geçebileceğine dikkat çekmek gerekir. Bu durum dikkate alınarak en baştan soruşturma kararının alınması veya sonucu beklenen yargılama ile ilgili aşamaların bu süreçte takip edilmesi ve zaman aşımı süresi geçirilmeden gerekli işlemlerin süratle yapılması, gerektiğinde yargılama sonucunun beklenmesine ilişkin karardan dönülmesine karar verilmesi yerinde olacaktır.

Şikayetçinin şikayetinden vazgeçmiş olması, disiplin soruşturmasını etkilemez. Yönetim kurulu şikayetçinin isteklerinden bağımsız olarak hareket etmek ve olayı tıbbi deontoloji kuralları yönünden değerlendirmek zorundadır. Hekimin aktif hekimlik yapmaması da disiplin sürecinin işlenmesine engel değildir.

Soruşturmacının ilk inceleme sırasında yapacağı tüm harcamalar, belge ile kanıtlanmak koşuluyla tabip odası bütçesinden ödenir. Gerektiğinde avans da verilebilir. Soruşturmacıya, emek ve mesaisi ile orantılı olarak oda bölgesinde geçerli asgari muayene ücretinin bir ila beş katı tutarında bir ücret yönetim kurulunca takdir edilebilir.

Disiplin Sürecinin Onur Kurulu Aşaması

Onur kurulları, tabip odaları seçimli genel kurullarında aday olan hekimler arasından iki yıllık süre için seçilir. 5 asil ve 5 yedek üyeden oluşur. Onur kurulu üyesi seçilmek için yurtiçinde en az 10 yıl süre çalışmış olmak şarttır. Onur Kurulu üyeleri ilk toplantıda bir başkan ve bir raportör seçer.

Oda onur kurulu üyeleri; toplantı tarihinden en az bir hafta önce yönetim kurulu veya onur kurulu başkanı tarafından, taahhütlü mektup gönderilmek suretiyle veya imza karşılığı bildirim yoluyla toplantıya çağrılır.

Onur kurulu toplantıları mutlaka üye tam sayısı (5 üye) ile yapılır. Asil üyelerin toplantıdan en az üç gün önce geçerli mazeretlerini bildirerek toplantıya katılmaması halinde, yedek üyeler sıra gözetilerek çağırılır.

Onur kurulu üyeleri aşağıdaki durumlarda dosya görüşmesine katılmazlar.

- Görüşülen konu ile doğrudan ilgili olması,
- Görüşülen konuda soruşturmacı, tanık veya yakınıcı olması,
- Görüşülen konudaki ilgilinin anne, baba, çocuk, öz veya üvey kardeş, amca, dayı, hala veya teyze yakınlığında akrabası olması,

- Görüşülen konudaki ilgilinin evlilik son bulmuş olsa bile karı-koca ve bunların birinci derecede akrabası olması,
- Görüşülen konudaki ilgilinin yönetsel veya sicil yönünden amiri olması, görüşülen konuda ilgili ile ekonomik ilişki içinde olması,
- Görüşülen konuda ilgili ile evlatlık ilişkisi olması.

Sayılan bu hallerin dışında, tabip odası onur kurulu üyelerinin biri veya birkaçının şikayet edildiği ya da tarafsızlığından şüphe duyulabileceği veya tarafsız kalamayacağını bildirdiği hallerde de o dosyanın görüşülmesi için yedek onur kurulu üyeleri davet edilerek karar verilmelidir. Bu şekilde tam sayının sağlanmadığı durumlarda da yine kararın verilmesi için TTB Merkez Konseyi'nce bir başka tabip odası onur kurulu görevlendirilir. Aksi takdirde onur kurulu dosyayı inceleyerek karara bağlar.

Onur kurulu, yaptığı toplantıda bir sonraki toplantı gününü belirlerse, ayrıca çağrı gerekmez. Onur kurulu toplantılarını; onur kurulu başkanı, bulunmazsa ikinci başkanı, o da bulunmazsa kurul sözcüsü yönetir.

Onur Kurulu üyelerine toplantı öncesinde gündemin iletilmesi ve mevcut dosyaların incelemeye açık tutulması gerekir. Elektronik ortamda taranmış dosyaların gizliliği korunarak (şifreleme ile) paylaşılması da mümkündür. Üyelerin dosyaları önceden incelemeleri, daha verimli toplantı yapılmasını sağlar. Onur kurulu başkanı toplantıyı açtıktan sonra, raportör dosyayı kurula özetler ve konunun görüşülmesine geçilir.

Onur kurulu;

- Yönetim kurulunun soruşturmaya gerek olmadığına dair verdiği karara karşı yapılan itirazı,
- Yönetim kurulunun kovuşturmaya gerek olmadığına dair verdiği karara karşı yapılan itirazı,
- Yönetim kurulu tarafından kovuşturmak amacı ile gönderilen dosyalar ile
- Yüksek Onur Kurulu tarafından kararın bozulması nedeniyle geri çevrilen dosyaları

inceleyerek karara bağlar.

“Soruşturmaya gerek olmadığına” dair yönetim kurulu kararına yapılan itirazın incelenmesinde onur kurulu, itirazda dile getirilen iddialar çerçevesinde ilgili dosyayı değerlendirir. Öncelikle, itirazın süresinde olup olmadığı kontrol edilir. Sonra, iddialar ile inceleme sürecinde edinilen bilgiler birlikte incelenir. İncelemenin yeterli olup olmadığı, derinleştirilmesine ihtiyaç bulunup bulunmadığı tartışılır. İddia edilen eylemin etik ihlal niteliğinde olup olmadığı ya da meslek örgütü sorumluluğu kapsamında yer alıp almadığına bakılır. Sonuçta onur kurulu, yönetim kurulu kararını yerinde bulunarak onaylayabileceği gibi aksine düşünce ile yönetim kurulu kararını kaldırarak soruşturma yapılmak üzere dosyayı yönetim kuruluna iade edebilir. Yönetim kurulu bu durumda soruşturmayı yapmak zorundadır.

Yönetim kurulunun eylemin kusur niteliğinde olmadığına ya da iddianın kanıtlanamadığına dair kanaati ile verilen **“kovuşturmaya gerek olmadığına”** dair kararlara karşı yapılan itirazların değerlendirilmesi, hazırlanmış olan bir soruşturma dosyası üzerinden yapılır. Bu dosyalarda onur kurulu tarafından her zaman olduğu gibi, önce usul yönünden inceleme yapılır. Yetki, kapsam, zaman aşımı yönüyle bir sorun olup olmadığına bakılır. Soruşturma kararı, savunma istem yazısı, savunma için verilen süre, tebligat belgeleri incelenerek mevzuatta belirlenmiş kurallara uygun olup olmadığı incelenir. Usule aykırılık saptaması halinde, esasa geçilmeden dosya aykırılıkların giderilmesi amacıyla yönetim kuruluna iade edilir. Usul konusunda eksiklik yoksa, dosyayı esas yönü ile incelemeye başlar. Yönetim kurulunun kovuşturmaya gerek olmadığına dair kararının gerekçelerine bakar, sonra bu karara karşı yapılan itirazda ileri sürülen iddialar çerçevesinde yeniden değerlendirir. Sonuçta; yönetim kurulu kararını onaylayabilir veya bu kararı kaldırabilir. Yönetim Kurulu'nun kovuşturmaya yer olmadığı kararının kaldırılması ile kovuşturmaya geçilmiş olur ve konu mesleki etik kurallar yönünden incelenerek disiplin cezası gerekip gerekmediğine karar verilir.

Yönetim kurulu, yapılan soruşturma sonucunda hekimin meslek etik kurallarını ihlal ettiği kanaati içerisindeyse ya da bir etik ihlalin olup olmadığına onur kurulu tarafından değerlendirilmesi gerektiği görüşündeyse hazırlanan dosyaları **“kovuşturulması”** için onur kuruluna sevk eder. Bu dosyaların değerlendirilmesi de öncelikle usul yönünden inceleme ile başlar. Onur Kurulu usul yönü ile bir eksiklik veya mevzuata aykırılık saptarsa, dosyanın esasına geçilmeden eksikliklerin tamamlanması ve aykırılıkların düzeltilmesi için dosyayı yönetim kuruluna iade eder. Yönetim kurulu, eksiklikleri tamamladıktan sonra dosyayı onur kuruluna yeniden gönderir.

Onur Kurulu; soruşturmanın genişletilmesine, derinleştirilmesine veya bilirkişi görüşüne ihtiyaç duyarsa, usul eksikliklerinin/hatalarının yanı sıra esasa ilişkin olan bu hususları da yönetim kuruluna bildirir.

Dosyanın karar vermeye hazır olması durumunda, dosya esas yönü ile görüşmeye açılır. Kurul, iddialar ve iddialara karşı hekimin savunmasını değerlendirir. Varsa tanık ifadeleri, bilirkişi görüşü ile diğer kanıtları inceler. Soruşturmacının kişisel yargısı ve önerisine bakar. İhtiyaç duyması halinde, soruşturmacıyı ya da diğer ilgilileri dinler. Onur kurulu hekimin seçimini ya da eylemini temel mesleki değerleri dikkate alarak tıp etiği açısından çözümler. Bunu yaparken konuyu, TBMM tarafından onaylanmış Uluslararası Sözleşmeler, TC Anayasası, 1216 ve 6023 sayılı yasalar, Dünya Tabipler Birliği'nin Etik Bildirgeleri, Türk Tabipleri Birliği (TTB) Etik Bildirgeleri, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Hekimlik Meslek Etiği Kuralları ve TTB Disiplin Yönetmeliği çerçevesinde değerlendirilerek soruşturulan hekimin eyleminin ilgili düzenlemelerle çelişip çelişmediğine bakar, meslek ahlakına uygun olup olmadığına, bir kusur bulunup bulunmadığına karar verir.

Hekimin eyleminin kusurlu olduğu düşünülüyorsa, bu kusurun ne olduğu ve hangi mevzuatta tanımlandığı saptanır. Sonuç olarak kusura karşılık gelen TTB Disiplin Yönetmeliğinde gösterilen bir yaptırım belirlenir.

Eylem yeni bir uygulamaya ilişkin olması örneğinde olduğu gibi bazı durumlarda, ilgili düzenlemelerde eylemin doğrudan karşılığı yer almayabilir. Açık uçlu maddeler yol gösterici olmayabilir ya da eylem birden fazla madde kapsamında düşünülebilir. Ayrıca etik bir ikilem de söz konusu olabilir. Onur kurulu, bu zor durumları çözümlenmek zorundadır.

Konunun aydınlandığına ve yeterince görüşüldüğüne kanaat getirildikten sonra, oylamaya geçilir. Karar oyçokluğu ile alınır. Oylama sırasında başkan, oyunu en son kullanır. Çekimser oy kullanılmaz.

Onur kurulu kararında, eylemin neden etik ihlal olarak değerlendirildiği ya da değerlendirilmediği gerekçeleri ile tarafları ikna edecek şekilde açıklanmalıdır. Azınlıkta kalan üyeler, neden çoğunluk görüşüne katılmadıklarını gerekçeleriyle yazar ve imzalar. Muhalefet şerhi, karşı oy veya ayrışık oy denilen bu görüş yazısı kararın ayrılmaz parçasıdır.

Karar, karar defterine yazılır. Kararda; soruşturmanın nasıl başladığına, varsa bildirim veya yakınmada bulunanın adı ve adresi ile suçlananın kimliğine, soruşturulan hekimin adı ve üzerine atılı eylemin ne olduğuna (yer, zaman ve varsa mağdur da belirtilmek suretiyle), kanıtların neler olduğuna, gerekçeye, ilgili yasa, tüzük ve yönetmelik maddelerine, karar oy birliği ile alınmamışsa muhalefet şerhine, üyelerin imzalarına yer verilmelidir. Disiplin cezası verilmesi durumunda mutlaka TTB Yasası'nın 39. maddesine atf yapılmalıdır. TTB Disiplin Yönetmeliği hükümleri belirtilmelidir. Verilen cezaya dayanak olarak gösterilen maddenin eylemle uyumlu olmasına dikkat edilmelidir.

Onur kurulu, yönetim kurulu tarafından alınan soruşturma kararı çerçevesinde değerlendirme yapar. Soruşturma kapsamında olmayan, hekimin savunması alınmamış bir konuda karar alamaz. Eğer dosya içerisinde farklı bir suç kanıtı saptadıysa, bu konuda yeni bir soruşturma kararı alınarak yürütülmesini yönetim kurulundan ister.

Bilindiği gibi Onur kurulu; uyarı, para cezası ve meslekten geçici süre men olmak üzere 3 tür ceza verebilir.

1. UYARI: Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği 3. maddesinde tanımlanmış kusurlu eylemler için verilir. Hekimin yazılı olarak uyarılmasıdır. Hekime mesleğini uygularken ve/veya meslektaşları ile olan ilişkilerinde daha özenli tutum ve davranışlar içinde olması gerektiğinin yazı ile bildirilmesidir.
2. PARA CEZASI: Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği 4. maddesinde tanımlanmış kusurlu eylemler için verilir. TTB Kanununun 39. maddede b bendinde tanımlandığı üzere üyelik aidatının 3-5 misli arası paranın odaya ödenmesidir. Bu genel kuralın istisnaları Yasada ayrıca gös-

terilmiştir. 6023 sayılı yasanın Ek 1 maddesi uyarınca, aynı yasanın 5. maddesine göre kayıtlı buldukları tabip odaları idare heyetinin muvafakatini almadan ek bir tabiplik vazifesi kabul eden veya bu Kanunun yayımı tarihinde uhdesinde birden fazla tabiplik vazifesi olup da üç ay zarfında bir beyanname ile keyfiyeti tabip odalarına bildirmeyen veya gerçeğe aykırı beyanname veren veyahut bu beyanname üzerine idare heyetinin vereceği karara uymayarak vazifeye devam eden tabipler, üye aidatının 5 katı ile 10 katı arasında değişen para cezasıyla cezalandırılırlar. Yukarıdaki fiillerden dolayı mahkûm olmasına rağmen, beyanname vermeyen veya hakikate uymayacak şekilde beyanname veren veyahut ek vazifeye devamda ısrar eyleyen veya bu vazifeyi bıraktığı halde idare heyetinin muvafakati olmadıkça başka bir ek vazife kabul eden tabipler hakkında; onur kurulunca o yılki en yüksek yıllık üye aidatının 10 katı ile 20 katı arasında değişen para cezasına hükmolunur. Bunun dışında; meslekten geçici süre men cezası verilen hekimlerin cezanın uygulandığı süre içerisinde mesleki uygulamada bulunmaları halinde ayrıca para cezası verilir ve bu ceza üyelik aidatının 10 katı ile 20 katı arasında belirlenir.

3. GEÇİCİ SÜRE İLE MESLEKTEN MEN: Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği 5. maddesinde tanımlanmış kusurlu eylemler için verilir. Hekimin 15 gün – 6 ay arasında belirlenen süre meslek uygulamalarından alıkonulmasıdır.
4. ODA BÖLGESİNDE ÇALIŞMANIN YASAKLANMASI: Bir oda bölgesinde üç kez geçici süre ile meslekten men cezası verilen hekimin, oda bölgesinde çalışmaktan sürekli alıkonulmasıdır.

Onur kurulları, bu cezaların verilmesinde sıra gözetilmeksizin geniş takdir hakkına sahiptir. Örneğin; bir tıbbi hata soruşturmasında hekimin kusurunun tespit edilmesinden sonra hekimin çalışma koşulları, iş yükü, sebep olduğu zararın giderilmesi için gösterdiği çaba,...vs durumlar dikkate alınır. Bu durumda, gerekli görmesi halinde takdiren bir alt ceza verilebilir. Tam aksi şekilde; hekimin olaya duyarsızlığı, suçun yarattığı etki, aynı suçun tekrarı olması... vs gibi unsurlar daha ağır ceza verilmesi için gerekçe olabilir. Takdir hakkı kullanılarak alt veya üst ceza verilmesi durumunda, gerekçe ile birlikte cezanın takdiren verildiği mutlaka belirtilmelidir. Yine örneğin gerçeğe aykırı rapor belge düzenlenmesi veya belge düzenlenmesinde usulsüzlük durumunda; eylemin adli makamları yanıltma, kişinin zararına yol açma, hak kaybına sebep olma, dolandırıcılık amaçlı veya kişisel menfaat sağlama amacıyla yapılması durumunda cezalar ağırlaştırılabilir.

Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği'nde belirtilen disiplin cezasının verilmesini gerektiren eylem ve durumlara nitelik ve ağırlık itibarıyla benzer eylemlerde bulunanlara aynı türden disiplin cezaları verilir.

Onur kurulunca benzer suçun tekrarı nedeniyle bir üst ceza öngörülmüş ise; tekrarı hükümlerinin uygulanmasına dayanak olan önceki cezaya ilişkin sicil

özetinin, eylem ve karar tarihinin dosyaya eklenmesi ve kararda belirtilmesi gerekmektedir. Tekerrür nedeniyle bir üst cezanın verilmesi, aynı veya benzer bir eylemin gerçekleştirilmesi halinde mümkündür. Kovuşturmaya konu olaydaki atılı eylemden tamamen başka bir eylem nedeniyle verilmiş olan önceki cezaların, tekerrüre esas alınamayacağı unutulmamalıdır. Sicilden silinmiş bir ceza da yine tekerrüre esas alınamaz. Bu noktada belirtelim ki uyarı ve para cezaları, kararın kesinleşmesinden 2 yıl sonra sicilden silinir. Aynı veya benzer bir eylem sebebiyle ceza alınması durumunda, ikinci verilen cezadan sonra 4 yıl geçmedikçe ceza silinmez.

Onur kurulu, toplanması gereken başka bir kanıt bulunmaması durumunda, kovuşturma dosyasının kendisine sunumundan itibaren üç ay içinde kararını verir.

Örnek Karar 1:

“Muayene odasında özel bir ticari kurumun tanıtım broşürlerini bulundurmak, hastaları belli bir merkeze yönlendirici tutum ve davranış içinde olmak iddialarıyla yapılan soruşturma sonucunda;

Onur Kurulu; hekimlerin ticari bir firmanın veya ürünün tanıtımında yer almasının etik olarak kusur olduğunu, hekim kimliği ile kazanılan toplumsal güvenin bir firma lehine kullanılmasının kabul edilemeyeceğini, bu nedenle herhangi bir ticari firmanın tanıtım veya reklamında hekimlerin yer almasının yasaklanmasının bu alanda yer alan tüm düzenlemelerde yer aldığını, muayene ortamının biçim ve içeriğinde hekimin asıl olarak belirleyici olduğunu, bu nedenle muayene odasında bulunan broşürün sorumluluğunun, kapısında ismi yazılı olan hekime ait olduğunu, Dr. AA ve Dr. BB 'nin işletme cihazları satışı yapan özel bir firmaya ait reklam amaçlı hazırlanan tanıtım broşürünü muayene odasında bulundurarak bir ticari firmanın tanıtımında yer aldıklarını, hastalarını o ticari firmaya yönlendirdiklerinin sabit olduğunu, bu fiilleri ile hekimlerin, hekim kimliklerini ticari bir firmanın reklamında kullanmış olduklarını, bu fiilin kusur oluşturduğunu, sonuç olarak Dr. AA ve Dr. BB'nin muayene odalarında işletme cihazları satışı yapan özel bir firmaya ait tanıtım broşürlerinin bulunmasının etik bir kusur olduğu, fiilin aynı zamanda TTB Disiplin Yönetmeliği'nin 4/d ve 4/i maddelerinin de ihlali olduğu anlaşılmalı birlikte, hekimlerin ilk kez bu kusur içinde olduklarının tespit edildiği, ayrıca hekimlerin de fiilin kusurlu olduğunu kabul ettikleri, daha önce hiçbir ceza almadıkları da dikkate alınarak, kusurlu fiili nedeniyle TTB Kanununun 39. maddesi gereğince taktiren bir alt ceza olarak uyarma cezasıyla cezalandırılmalarına karar vermiştir.

Örnek Karar 2:

“ internet ortamında; KBB uzmanı olmasına rağmen kendisini “Yüz Cerrahisi Uzmanı” olarak tanıtmak, reklam yaparak tanıtım kurallarına aykırı davranmak” iddiasıyla Dr DD hakkında yapılan soruşturma sonucunda;

Onur Kurulu; “Hekimlerin kişisel tanıtımları için duyuru yapma hakkı olduğu kabul edilmekle birlikte, tanıtımın verilen sağlık hizmetine uygun yapılması yer-

leşmiş etik bir kuraldır, aynı zamanda hukuki bir zorunluluktur. Hekimler kişisel tanıtımlarda bu özelliği dikkate almalıdırlar. Tanıtımlarda temel kural, reklam yapılmaması, tıbbi faaliyete ticari bir görüntü verilmemesi, yanıltıcı bilgi verilmemesidir. Dr. DD'nin yaptığı tanıtım, bir internet sitesine verilen kişisel fotoğraflı link biçimindedir. Bu biçim tanıtım, kişisel reklam olarak kabul edilmektedir ve kusurludur. Ülkemizde hekimler, aldıkları eğitim sonunda ulaştıkları eğitime göre uzman unvanını kullanabilirler. Uzmanlık unvanı da ilgili hukuksal düzenlemelerde ifade edildiği biçimde yer almalıdır. Dr. DD, KBB Uzmanıdır ve tanıtımında bu unvanı kullanmak zorundadır. Ancak bunun yerine "Yüz Cerrahisi ve KBB Uzmanı " unvanını kullandığı görülmektedir. Unvanın bu biçim kısaltılması doğru değildir, tıbbi değildir, talep yaratma ve yönlendirme amaçlıdır, hasta lehine değildir. Sonuç olarak; Dr. DD'nin farklı mecralara reklam niteliğinde link verdiği, gerek reklam linkinde ve gerekse de kendi web sayfasında uzmanlık tanıtımının doğru ve uygun olmadığı, yanıltıcı ve yönlendirici olduğu ve kusur oluşturduğu anlaşılarak kusurlu fiil nedeniyle TTB Disiplin Yönetmeliği'nin 4/b ve 4/c maddeleri gereği PARA CEZASIYLA cezalandırılmasına, para cezasının, fiilin gerçekleştiği 2016 yılı için karşılığı olan 1325,00 TL olarak belirlenmesine" karar vermiştir.

Örnek Karar:3

Tanıtım kurallarını ihlal etmek iddiasıyla yapılan bir diğer soruşturma sonucunda Onur Kurulu; "hekimlerin ve sağlık kuruluşlarının verdikleri hizmetin tanıtımını yapmaları hizmetin bir parçası olmakla birlikte, tanıtımların hizmetin kamusal niteliğine uygun olması gerekliliğinin de unutulmaması gerektiği, bu anlamda tanıtımlarda "reklam yapılmaması, doğru ve abartılı olmayan bilgiler içermesi, meslektaşlar arasında tıp dışı haksız rekabete yol açmaması, ameliyat öncesi ve sonrası fotoğrafların yer almaması" gibi bazı sınırlamalar getirildiği, hasta yorumlarının facebook hesabında yer almasının, ameliyat öncesi ve sonrasına ait fotoğraflara ve video görüntülerine yer verilmesinin, hasta haklarının ve tanıtım ve bilgilendirme konularındaki etik ve hukuki kuralların ihlali olduğu ve kusur oluşturduğu" nu belirterek hekime para cezası vermiştir.

Örnek Karar 4:

"49 yaşındaki bir kadın hastaya tüp bebek tedavisi uygulamak suçlamasıyla" yapılan soruşturma sonucunda Onur kurulu; "hekimlerin mesleki uygulamalarını kendi bilgi, deney ve tecrübelerine göre yürütme hak ve yetkisinin olduğu, ancak bu durumun sınırsız bir keyfiyet olarak yorumlanamayacağı, bu konudaki tıbbi literatürün temel alınan kılavuzlardan biri olduğu, bilirkşi değerlendirilmesinde ayrıntılı ifade edildiği üzere IVF tedavisi ile başarı sağlamanın 45 yaşından sonra % 1'in altına düştüğü, literatürde 49 yaşında başarı sağlanmış ancak birkaç vaka olduğu, bu durumda 49 yaşında olan NA'ya tüp bebek tedavisi endikasyonu olmadığı, işlemin bu yanı ile tıbbi olarak endikasyon dışı olduğu, hekimlerin ilk kez bu kusur içinde olduklarının tespit edildiği, ayrıca hekimlerin de fiilin kusurlu olduğunu kabul ettikleri, bu nedenle savunmaların, mesleki yaşamlarında benzer kusurlu davranış içine girmeyeceklerini beyan ettikleri dikkate

alınarak kusurlu fiili nedeniyle TTB Kanununun 39. maddesi gereğince bir alt ceza olarak uyarma cezasıyla cezalandırılmasına” karar vermiştir.

Onur kurulları, dosyadaki olgu üzerinden yaşanan mağduriyetin nedenleri konusunda da yorumlar yapabilirler.

Örnek Karar 5:

Tanıda gecikme iddiasıyla yapılan bir soruşturma sonucunda Onur Kurulu; “Dr. HU'nun takibinde, hastaya yönelik uyarı ve önerilerinde tıbbi ihmal ve hata/özensizlik bulunmadığı, teşhiste yaşanan gecikmenin makul sınırlarda olduğu, hastanın aleyhine olabilecek bir sorun yaratmadığı, makul sınırlarda olan gecikmede Dr. HU'nun sorumluluğu bulunmadığı, bu tür iletişim sorunlarının sağlık sistemindeki sevk zincirinin bozukluğunda ve başvuru insitiflerinin hastaya bırakılmasından kaynaklandığı, hastaların çeşitli hastanelere kendi istekleri ile başvurduğu ve sağlık sisteminin bunların arasındaki koordinasyonu sağlayamadığı” değerlendirmesinde bulunmuştur.

Örnek Karar 6:

“Hastayı görmeden ve muayene etmeden bitkisel tedavi önererek tedavi etme” suçlamasıyla yapılan soruşturmaya ilişkin onur kurulu kararında; “Tedaviye dirençli ve pankolit düzeyinde bir ülseratif kolit hastasını bizzat muayene etmeden, bir süre takip etmeden, dolaylı alınan bilgilerle ve bazı tetkik sonuçları ile tedavi etme iddiasında bulunmanın, tedavi konusunda umutlar vermenin hekimlik mesleği ve sanatına uygun olmadığı, ülkemizde hekimlik mesleğini icra etmeye hak kazanmış hekimlerin eğitim ve araştırma hastaneleri ve üniversiteler dışında mesleklerini icra etmelerinin ilk koşulunun, aldıkları eğitimi esas alarak tıp bilimini kılavuz edinmeleri, mesleğin icrasında tıp biliminin kabul ettiği teşhis ve tedavileri uygulamaları olduğu, sonuç olarak hekimlerin, aldıkları eğitime uygun ve tıp bilim otoriteleri tarafından kabul gören mesleki faaliyet içinde olabilecekleri, hekimlerin meşruiyeti, bilinen, kabul gören teşhis ve tedavi biçimlerini uygulamaları gerektiği, tıp bilim otoriteleri tarafından kabul edilmiş/kanıtlanmamış, tıbbi yararlılığı gösterilemeyen yöntemlerin uygulanmasının, tıbbi olmadığı, hukuksuz olduğu, bilimsel olarak kabul edilmeyen uygulamaların hekimlik mesleğinin icrası olarak görülmesinin mümkün olmadığı, bu faaliyetlerin hekim adı ile yürütülmesinin hekim kimliğini, hekimliğin toplumda kazandığı güvenilirliğin kişisel çıkar için kullanılması/hekimliğin istismarı olarak değerlendirildiği, ...” belirtilerek ceza verilmiştir.

Örnek Karar 7:

“Tabip odasına üye olmadan serbest hekimlik yapmak” iddiasıyla yapılan soruşturma sonucunda Onur Kurulu; “Dr. AO'nun çalışmaya başladığı tarihten itibaren ... Tabip Odasına üye olmasının zorunlu olduğu, meslek odasına üyeliğin zorunlu olması, hukuki düzenlemelerde yer aldığı gibi aynı zamanda mesleğin erozyonuna karşı tutum ve davranış geliştirebilmek, mesleğin değerlerini ve mesleki dayanışmayı yükseltebilmek, mesleki hak ve çıkarlarını güçlendirmek için de son derece önemli olduğu, görev yapılan İl Tabip Odasına üye olmanın

bir ayrıcalık olduğu, Dr. AO'nun yoğun mesai nedeniyle ve ikamet ettiği yer ile oda merkezi arasındaki mesafenin uzaklığı nedeniyle işlemlerini posta veya kargo ile yapmak istediğini ifade ettiği, üyelik başvurusunun bizzat meslek odasına gelerek, bu yapılmıyorsa vekalet verilerek yapılabileceğinin birçok kez yapılan telefon görüşmesi ile Dr. AO'ya ifade edilmiş olmasına rağmen üyelik başvurusunun hala alınmadığı, sonuç olarak Dr. AO'nun İstanbul Tabip Odası'na üyelik başvurusu yapmadan mesleğini serbest olarak icra ettiği, bu durumun kusurlu olduğu gerekçesiyle TTB Kanunu'nun 39. maddesi ve TTB Disiplin Yönetmeliği'nin 4/a maddesi gereği para cezası ile cezalandırılmasına" karar vermiştir.

Kararın bir örneği, yönetim kurulu tarafından hakkında soruşturma açılan kişiye, varsa yakınıca ve bildirimde bulunana tebliğ edilir. Yapılacak bildirimde itiraz mercii, itiraz dilekçesinin verileceği yer ve itiraz süresinin 15 gün olduğunun açıklanması gereklidir. Onur kurulu tarafından verilen tüm kararlara karşı taraflar Yüksek Onur Kurulu nezdinde itiraz edebilir. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi de onur kurullarının kararlarına itiraz edebilir. Merkez Konseyi için itiraz süresi kararın öğrenilmesi ile başlar. Onur Kurulu kararlarına oda yönetim kurulu da itiraz edebilir. Tüm itirazlar için itiraz süresi, kararın tebliğinden itibaren 15 gündür. Yönetim kurulu bakımından itiraz süresi, onur kurulu kararının yönetim kuruluna tevdiinden itibaren başlar.

Onur kurulunun uyarı ve para cezalarına karşı tebliğ tarihinden sonraki 15 gün içerisinde bir itiraz yapılmaz ise bu kararlar kesinleşir. Cezalar hekimin siciline yazılır ve para cezası tahsil edilir. Meslekten men cezası verilen kararlar ise itiraz bulunmasa dahi Yüksek Onur Kuruluna (YOK) gönderilmelidir. YOK kararı onayladıktan sonra ceza kesinleşmiş kabul edilir.

İtiraz yazılı olarak yapılır. İtiraz dilekçesi Yüksek Onur Kurulu'na gönderilmek üzere oda yönetim kurulu başkanlığına verilir. Dosyanın Yüksek Onur Kurulu'na gidiş ve dönüş posta ücreti, itiraz edenden alınır. Onur kurulu kararına bir tarafın itiraz etmesi halinde karşı taraf da bu konuda bilgilendirilmelidir.

Yönetim kurulu, itirazın süresinde olup olmadığını inceler:

- a)** İtiraz süresinde değil ise kararın kesinleşmiş olduğu ilgililere bildirilir ve gereği yerine getirilir.
- b)** İtiraz süresinde ise veya karar re'sen Yüksek Onur Kurulunun denetimine tabi (meslekten men cezası verilmesi niteliğinde) ise dosya Yüksek Onur Kurulu'na gönderilir.

Dosya gönderilirken, her türlü yazışma örneği ve tebliğ evrakları da dahil olmak üzere tüm belgeler eksiksiz biçimde dosyaya eklenir ve oluşturulan dizi pusulasına bağlanır.

Yüksek Onur Kurulu tarafından tabip odası onur kurulu kararının bozulması durumunda, yönetim kurulu bu kararı taraflara bildirerek diyeceklerinin olup olmadığını sorar. Bu sırada, bozmanın niteliğine göre yönetim kurulu varsa

yapması gerekenleri yapar. Usul eksiklikleri nedeniyle karar bozulduysa bu eksiklikler giderilmelidir. Uygun soruşturma kararının alınmadığı durumlarda soruşturma kararı uygun bir şekilde alınmalı, savunma istemi uygun görülmediyse savunma istemi yeniden usule uygun yapılmalıdır. Tebligat konusundaki uygun-suzluklar düzeltilmelidir. Soruşturmanın yeniden yapılması gerekebilir. Bu eksiklikler tamamlandıktan sonra dosya onur kuruluna sevk edilir.

Onur kurulu tarafından; bozmaya uyularak yeni bir karar verilebileceği gibi, verilen önceki kararda ısrar da edilebilir. İsrar edilmesi halinde gerekçe belirtilmelidir. Onur kurulu kararı önceki kararda ısrar niteliğinde olsa dahi yeni bir karar olup bu kararın ilgililere tebliği ile itiraz hakkının tanınması zorunludur. Karara süresi içinde itiraz edilmesi veya kararın meslekten geçici men niteliğinde olması halinde, dosya yine Yüksek Onur Kuruluna gönderilir.

Yüksek Onur Kurulu'nun tabip odası onur kurulu kararını onaması durumunda, verilen karar kesinleşir. Her türlü oda aidatı ile para cezalarını tebliğ tarihinden itibaren 30 gün zarfında ödemeyenler hakkında tabip odaları idare heyetleri tarafından verilecek kararlar idare heyetinin bulunduğu mahal icra dairelerince ilâmlar gibi infaz olunur.

Meslekten geçici süre ile alıkoyma cezaları ister itiraz üzerine, isterse resen incelenmiş olsun Yüksek Onur Kurulu'nun kararı ile oluşur. Bu cezalar Sağlık Bakanlığınca uygulanır. Uygulanması için Sağlık Bakanlığı ile yapılacak yazışmaları Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi yapar. Uygulama ile ilgili sorun yaşanmaması için tabip odaları tarafından Sağlık Bakanlığı'na ya da il sağlık müdürlüklerine hiçbir biçimde bildirim yapılmamalıdır. Yüksek Onur Kurulu tarafından meslekten geçici süre ile men edilen hekimler kamu görevlisi dahi olsalar hiçbir surette hekimlik sanatını icra edemezler. Eğer var ise muayenehaneleri bu süreçte kapatılır. Ancak meslekten men süresince memur olarak çalışan hekimlerin memuriyetleri ile ilgili görevlerine halel gelmez. Süresi ne olursa olsun, meslekten alıkoyma cezası alan ve bu cezası kesinleşen oda veya birlik yönetim organlarında görevli üyenin bu üyeliği düşer.

Disiplin Sürecinin Türk Tabipleri Birliği Yüksek Onur Kurulu Aşaması

Yüksek Onur Kurulu 6023 sayılı yasanın birinci maddesinde sözü edilen “mesleki deontoloji”yi koruma amacıyla yürütülen disiplin süreçlerinin son basamağında yer alır. Yukarıda belirttiğimiz gibi onur kurulu tarafından verilen her türlü karar aleyhine, kararın bildiriminden itibaren 15 gün içinde taraflarca yazılı olarak itiraz edilebilir. Oda onur kurulu kararlarına karşı yapılan itirazlar ile itiraz edilmese dahi onur kurulları tarafından verilen meslekten alıkoyma cezaları Yüksek Onur Kurulu'nca incelenir ve karara bağlanır.

TTB Yüksek Onur Kurulu; Büyük Kongrede seçilen dokuz asıl ve dokuz yedek üyeden oluşur. Yüksek Onur Kuruluna seçilebilmek için Türkiye'de en az on beş yıl hekimlik yapmış olmak ve 6023 sayılı yasanın 39 uncu maddesinde yazılı cezalardan herhangi birini almamış olmak gerekir. Yüksek Onur Kuruluna seçilen üyelerin görev süresi 2 yıldır. Eski üyeler yeniden seçilebilir. İstifa, ölüm vs.

gibi nedenlerle boşalan üyeliklere yedek liste sıralamasından üye getirilir. Haklarında meslekten men cezası kararı Yüksek Onur Kurulunca onaylanmış olanlarla, mesleki veya haysiyeti ihlâl edici bir suç dolayısıyla, mahkemelerce hürriyeti tahdit eden bir ceza veya sanatı icradan geçici men ile mahkum edilenler, hükmün kesinleşmesinden başlamak üzere iki yıl yüksek onur kuruluna üye seçilemezler ve bu seçimlere katılamazlar. Bu cezalara çarptırılmış olan üyelerin üyelikleri düşer ve hükmün kesinleştiği tarihten itibaren yine iki yıl içinde üye seçilemezler ve seçimlere katılamazlar.

Yasa “Kurul Ankara’da Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyinde olağan olarak Haziran ve Ekim aylarında olmak üzere yılda iki defa toplanır. Merkez Konseyi ya da son toplantısının başkanının daveti üzerine divan daha sık toplanabilir” dese de dosya sayısının fazlalığı nedeniyle Yüksek Onur Kurulu yılda en az dört kez toplanmaktadır.

Bu toplantılara Sağlık Bakanlığının müsteşar veya yardımcısı, Teftiş Kurulu Başkanı veya yardımcısı ile Birinci Hukuk Müşaviri müşahit olarak katılabilir, fakat oy kullanamazlar.

Yüksek Onur Kurulu toplantısını bir önceki toplantının başkanı, o yoksa en yaşlı üye açar. Kurul her toplantı için gizli oyla bir başkan ve bir raportör seçer. Yüksek Onur Kurulu çalışmalarının düzenli yürütülmesi başkan tarafından sağlanır. Başkan bir sonraki oturuma kadar bu sıfatı taşır ve bir sonraki toplantı için yapılması gereken hazırlıklar ile alınan kararların takibinden sorumludur. Raportör, Yüksek Onur Kurulu’na havale edilen dosyaların incelenmesini öngörülen toplantı tarihinden en az bir ay önce tamamlayarak toplantının gündemini başkana sunar. Raportör, dosyalardaki oda ile yapılacak yazışmayla tamamlanabilecek eksiklikleri Merkez Konseyi Genel Sekreteri aracılığı ile tamamlatmaya çalışır. Yüksek Onur Kurulu’nun sekreteryaya ve arşivleme hizmetleri Merkez Konseyi Genel Sekreterliğince yürütülür.

Yüksek Onur Kurulu üyeleri; gündemdeki bir dosyanın görüşüldüğü toplantıya katılmama konusunda, tabip odası onur kurulu üyeleri bakımından öngörülen kurallara tabidir. Yasada belirtilen haller ve yanı sıra dosya hakkında herhangi bir sebeple tarafsızlığını koruyamayacağını düşünmesi halinde de üye dosya görüşmesinden çekilebilir.

Kurul en az altı üyenin (üçte iki) katılımı ile toplanır ve mevcudun üçte iki çoğunluğu ile karar verebilir.

Bu kararın sağlıklı biçimde verilmesi iyi bir ön hazırlık ile mümkün olmaktadır. Bu amaçla, toplantı gündemindeki dosyalar toplantı tarihinden en az bir ay önce elektronik ortamda üyelerin ulaşımına sunulur. Her dosya için bir raportör atanırsa da gündemdeki dosyalar tüm üyeler tarafından incelenir. Kurul görüşmelerinde; önce raportöründen dosyanın özeti dinlenir. Raportör dosya ile ilgili kanaatini kurula sunar ve dosyanın tetkikine geçilir.

Dosya öncelikle usul yönü ile değerlendirilir. Herhangi bir usul hatası veya eksikliği saptanması durumunda esasa geçilmeden usul eksikliği giderilmek üzere

karar bozularak dosya odaya geri gönderilir. Dosyalarda eksiklik görüldüğü takdirde, eksikliğin tamamlanması ilgili odadan istenebilir. Bu dosyalar bir sonraki toplantıda öncelikle ele alınır.

Örnek Karar 1: “Dosyadaki bilgi ve belgelerin incelenmesi sonucunda; Yönetim Kurulu kararında hangi hekim hakkında hangi eylem isnadıyla soruşturma açıldığının açıkça belirtilmesi gerektiği haldeTabip Odası Yönetim Kurulu tarafından usule uygun şekilde soruşturma kararı alınmadığı gibi hekimin savunmasının da istenmediği, ayrıca Onur Kurulu kararında gösterilen nedenlerin gerekçelerinin ortaya koyulmadığı, kararın hekimlere tebliğ edildiğini gösterir alındı belgelerinin de dosyada bulunmadığı anlaşılmalı Tabip Odası Onur Kurulu kararının usulden bozulmasına oybirliğiyle karar verildi.”

Örnek Karar 2: “Dosyadaki bilgi ve belgelerin incelenmesi sonucunda; Dr. SS hakkında usulüne uygun şekilde alınmış bir soruşturma kararı bulunmadığı, hekimden savunmasının istenmediği, tüm kanıtlar toplanmak suretiyle soruşturmanın yapılmadığı, bununla birlikte dosyanın kovuşturma yapılmak üzere Tabip Odası Onur Kurulu’na gönderildiği ve soruşturması yapılmamış eylem nedeniyle hekime disiplin cezası verildiği anlaşılmalı, usule aykırı şekilde verilen Dr. SS’nın 15 gün süre ile geçici olarak meslekten men cezası ile cezalandırılmasına ilişkin ... Tabip Odası Onur Kurulu kararının usulden bozulmasına oybirliğiyle karar verildi.”

Maalesef uygun soruşturma kararı alınmaması, uygun savunma istenmemesi ya da onur kurulu kararlarının gerekçesiz olması gibi basit usul eksiklik ve hataları nedeniyle bir çok karar bozulmaktadır. Bu durum disiplin sürecinin istenmeyen bir şekilde uzamasına yol açmaktadır.

Eğer dosya usul yönünden eksiklik taşııyorsa, konunun esas yönü ile incelenmesine geçilir. Onur kurulunun kararı, dosyanın bütünlüğü ve tarafların itirazları çerçevesinde yeniden değerlendirilir. Toplantı başkanı dosyanın yeterince görüldüğü ve konunun aydınlandığı kanaatine vardığında oylamaya geçilir. Oylamada başkan oyunu en son kullanır. Oylamada üyeler oda onur kurulu kararı hakkında gerekçe göstererek “onaylanması” veya “bozulması” yönünde oy kullanır. Çekimser oy kullanılamaz.

Sonuçta Oda Onur Kurulu kararı uygun görülürse onaylanır, uygun görülmez ise bozulur. Kararlar gerekçeli şekilde ve karara muhalif kalanların gerekçelerini de içerecek şekilde yazılıp imzalanır.

Örnek Karar 3: “Dosyadaki bilgi ve belgelerin incelenmesi sonucunda; kararın bozulmasını gerektirir bir neden bulunmadığından itirazın reddine, Dr. AA’nın para ve 15 gün süre ile geçici olarak meslekten alıkoyma cezası ile cezalandırılmasına ilişkin tarihsayılıTabip Odası Onur Kurulu kararının hukuka uygun bulunmakla onanmasına, karara karşı 60 gün içinde Ankara İdare Mahkemesinde dava açma yolu açık olmak üzere oybirliğiyle karar verildi.”

Örnek Karar 4: “Dosyadaki bilgi ve belgelerin incelenmesi sonucunda; Tabip Odası Yönetim Kurulu’nun kovuşturma kararının oyçokluğu ile alındığı belirtilmekle birlikte ayrışık oy kullananların adı ve gerekçelerinin bildirilmediği, Dr.

ZZ'nin isnat edilen eylemleri gerçekleştirdiğine ilişkin yeterli kanıtın dosyada bulunmadığı, Onur Kurulu kararının da gerekçesiz olduğu sonucuna varılmakla Dr. ZZ'nin uyarma cezası ile cezalandırılmasına ilişkin ...Tabip Odası Onur Kurulu kararının bozulmasına, Dr. VV'nin uyarma cezası ile cezalandırılmasına ilişkin ...Tabip Odası Onur Kurulu kararına itiraz bulunmadığından kararın bu bölümünün incelenmesine yer olmadığına oybirliğiyle karar verildi.”

Örnek Karar 5: “Dosyadaki bilgi ve belgelerin incelenmesi sonucunda; ... tarihli Yüksek Onur Kurulu kararı ile tarihli Tabip Odası Onur Kurulu kararının bozulması soruşturmanın açılmasına karar verildiği, bu karar üzerine Tabip Odası Yönetim Kurullarının değerlendirme yetkisi bulunmayıp soruşturmayı yapmalarının zorunlu olduğu, buna karşın ..Tabip Odası Yönetim Kurulu tarafından usule uygun şekilde soruşturma kararı alınmak ve kanıtları da toplanarak soruşturma ve gerektiğinde kovuşturma da yapılması gerekirken yapılmadığı anlaşıl-makla Dr. MM ve Dr. KK hakkında soruşturma açılmasına yer olmadığına ilişkintarihli ...Tabip Odası Onur Kurulu kararının bozulmasına oybirliğiyle karar verildi.”

Yukarıda açıkladığımız üzere tabip odası onur kurulu tarafından verilen kararın Yüksek Onur Kurulu tarafından bozulması üzerine tabip odası onur kurulu tarafından verilen ikinci kararı (ısrar kararını) inceleyen Yüksek Onur Kurulu uygun görürse bu kararı onaylar, uygun görmezse oda onur kurulu kararını 6023 sayılı yasanın 47/2 maddesi uyarınca kaldırır ve kendisi bir karar oluşturur. Bu tar kararlarda onama kararları gibi TTB disiplin sürecinin kesinleşmiş nihai kararı niteliğindedir. Bu kararlara karşı da tarafların idari yargıya başvurma hakları mevcuttur.

Örnek Karar 7: “ Dosyadaki belgelerin sonucunda Dr. CC'nin para cezasıyla cezalandırılmasına ilişkinTabip Odası Onur Kurulu kararının hukuka uygun bulunmadığı anlaşıl-makla bozulması kaldırılmasına ve 6023 sayılı Yasanın 47/2 maddesi uyarınca aşağıdaki kararın kurulmasına oybirliğiyle karar verildi.

Dosyadaki bilgi ve belgelerin incelenmesi sonucunda; Dr. CC tarafından hasta FF'ye septorinoplasti bilateral konka rezeksiyonu ameliyatı yapıldığı, ameliyat esnasında monopolar koter kullanıldığı, hastanın bacağına koter yanığı oluştu-ğu, oluşan koter yanığının komplikasyon olduğunun kabulü gerekeceği, kompli-kasyon dolayısıyla hekime kusur yöneltilemeyeceği sonucuna varılmakla Dr. CC hakkında ceza verilmesine yer olmadığına, karara karşı 60 gün içinde Ankara İdare Mahkemesi'nde dava açma yolu açık olmak üzere oybirliğiyle karar verildi.”

Yüksek Onur Kurulu, oda onur kurulu kararlarının görüşülmesi sırasında; ilgililerin istekleri üzerine yazılı veya sözlü savunmasını veya açıklamalarını alır. Taraflar bu savunma veya açıklamalarını avukatları ile birlikte de yapabilirler. Yüksek Onur Kurulu ihtiyaç duyması halinde bilirkişi görüşüne de başvurur.

Yüksek Onur Kurulu'nca dosya değerlendirmesi sırasında; 6023 sayılı Yasa ve TTB Disiplin Yönetmeliği ile Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, TTB tarafından yayınlanmış bildirgeler, Dünya Tabipler Birliği tarafın-

dan yayınlanmış bildirgeler, TBMM tarafından kabul edilmiş yasalar ve uluslararası antlaşmalar esas alınır. Karar verilirken ülkemizdeki sağlık ortamı, hekimin içinde bulunduğu çalışma koşulları dikkate alınır. Daha önce oluşturulmuş içtihatlarla uygun kararların, tüm odalar tarafından alınması, yaptırım belirlemek konusunda eylem ve ceza arasında adil dengenin korunması, odalar arasında uygulamada birlik oluşturulması konusunda çaba gösterilir. Daha önce benzer durumlarda verilen kararlar ile uyumluluk (tutarlılık) içerisinde bulunulmasına dikkat edilir. Tüm bunları en yüksek adalet hassasiyeti içerisinde bağımsız, tarafsız ve örgüt birikimine yakışır bir tutumla gerçekleştirmeye çalışır. TTB açısından nihai karar niteliğinde olan kesinleşmiş YOK kararlarına karşı, tarafların idari yargıya başvurulabileceği akılda tutularak; tüm dosyaların yasa ve yönetmeliklerle belirlenmiş usul ve esaslara uygun bir şekilde hazırlanmış olmasını sağlamak için azami özen gösterir.

Karar verilebilmesi için yeterli oy (mevcudun üçte ikisi) sağlanamaz ise dosyanın yeniden görüşmeye açılması veya bir sonraki toplantı gündemine bırakılması konusu oylanır. Bu konuda da karar yeter sayısı sağlanamaz ise dosya bir sonraki toplantıya bırakılmış sayılır.

Yüksek Onur Kurulu ayrıca, dosya içerisinde bir soruşturmayı gerektirdiği düşünülen ve incelenen dosyada konu edilmeyen farklı bir tutum veya davranış ile karşılaşılması halinde Merkez Konseyi aracılığı ile ilgili odadan konunun incelenmesini isteyebilir.

Örnek Karar 6: Tıbbi hata nedeni ile yapılan bir soruşturma dosyası içerisinde karşılaşılan tanıtım kurallarına aykırı olduğu düşünülen afişler ile ilgili; “... sayılı yazısı ekinde gönderilen dosyaya ilişkin olarak, ... Hastanesi sorumlu hekimi hakkında soruşturma yapılması hususunun değerlendirilmesinin istenmesi için Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi'ne bilgi verilmesine...” karar vermiştir.

Son hatırlatmalar

Dosyadaki her türlü içeriğin taraflar için aleni olduğu bilinmelidir. Taraflar, dosyada yer alan her türlü belgeyi görebilir, inceleyebilir, hatta dosyanın tamamının bir örneğini alabilirler. Ancak soruşturma dosyasının tüm içeriği üçüncü kişiler yönünden gizlidir. Bu gizliliği korumak, soruşturmacı, yönetim kurulu ve onur kurulunun sorumluluğundadır.

Soruşturma ve kovuşturma kapsamında yapılacak olan her türlü tebligat, tebliğatin kime ve hangi tarihte yapıldığını kanıtlayacak bir vasıta ile yapılmalıdır. Zira sağlıklı bir soruşturmanın yürütülebilmesi için sürelerin başlangıç tarihlerinin bilinmesi zorunludur. Bu bakımdan, yaygın olarak iadeli-taahhütlü posta yolu ile yapılan tebligatların, özel kurye ve kargo şirketleri aracılığıyla veya ilgiliye elden verilerek yapılması da mümkündür. Burada önemli olan, tebliğ tarihinin açık ve okunaklı şekilde belirtilmesi, tebliğati alanın ve tebliğ edenin isim ve imzasını içermesidir. Tebliğ belgesi soruşturma dosyasında saklanmalıdır.

Son olarak belirtelim ki yönetim kurulunun şikayete konu olayla ilgili olarak kesinleşmiş disiplin soruşturmasına veya kovuşturmasına yer olmadığına dair

kararı varken; yeni bir delil bulunmadan, aynı olayla ilgili olarak disiplin işlemi yapılamaz.

KAYNAK

Ersoy V ve ark. Disiplin Soruşturması ve Kovuşturmasında Yöntem. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Genişletilmiş İkinci Baskı, Ocak 2009, Ankara.

SAĞLIK ALANINDA REKLAM YASAĞI VE NEDENLERİ, İLAN VE BİLGİLENDİRMENİN SINIRI, TABİP ODALARININ GÖREVLERİ

Dr. Hakan GİRİTLİOĞLU

İlgili tüm hukuksal düzenlemeler ve etik kurallar gereği sağlık alanında **reklam yapmak kesinlikle yasaktır**. Verilebilecek ilanlar ve yapılabilecek bilgilendirmeler için de sınırlılıklar getirilmiştir.

Sağlık alanında reklamın neden yasak olduğunun yanıtı, reklamın ne olduğu, ne amaçla yapıldığı ve sağlık alanına yansımalarının ne olduğu/olabileceğiyle ilgilidir.

Sağlık alanında yapılacak reklamları, sağlık hizmetinin klasik bir tüketici hakkı olmayıp, insan haklarının en temel öğelerinden birisi olduğu ilkesini göz önünde bulundurarak değerlendirmek gerekmektedir.

REKLAM NEDİR?

Reklam, bir ürün veya hizmetin alım, satım veya kiralanmasını geliştirmek, bir amaç veya düşünceyi yaymak veya reklamcının istediği başka etkileri oluşturmak amacıyla, ücret veya benzer bir karşılık ile iletim zamanında reklamcıya tahsis edilen kamuya yönelik duyuruları ifade etmektedir.

6502 sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanununun 61. maddesinde tanımlandığı üzere reklam, ticaret, iş, zanaat veya bir meslekle bağlantılı olarak; bir mal veya hizmetin satışını ya da kiralanmasını sağlamak, hedef kitleyi oluşturanları bilgilendirmek veya ikna etmek amacıyla reklam verenler tarafından herhangi bir mecrada yazılı, görsel, işitsel ve benzeri yollarla gerçekleştirilen pazarlama iletişimi niteliğindeki duyurulardır.

Ticari Reklam ve Haksız Ticari Uygulamalar Yönetmeliğe göre ise Ticari reklam: Ticaret, iş, zanaat veya bir meslekle bağlantılı olarak, bir mal veya hizmetin tüketiciler tarafından edinimini sağlamak, hedef kitleyi oluşturanları bilgilendirmek veya ikna etmek amacıyla reklam verenler tarafından herhangi bir mecrada yazılı, görsel, işitsel ve benzeri yollarla gerçekleştirilen pazarlama iletişimi niteliğindeki duyuruları ifade eder.

Danıştay kararlarında ise bir ürün veya hizmetin tanıtılması ve övülmesi, bir markanın tüketiciye benimsetilmeye çalışılması, resimli veya müzikli imge ve simgeler kullanılmak suretiyle bunların belleklere yerleşmesine gayret edilmesi, yarışmalar, konserler, sanatsal ve kültürel etkinlikler düzenlemek suretiyle doğ-

rudan veya dolaylı olarak belirli ürünlere veya markalara dikkatin çekilmesi veya bu tür toplumsal etkinliklerin düzenlenmesinde veya yayın programlarının hazırlanmasında finansman veya diğer yollarla katkıda bulunmak suretiyle tanıtım imkanlarının aranması da reklam sayılmaktadır. (Danıştay 10. Daire, 21.3.2005 t. 2004/11660 E. 2005/1181 K.)

En genel anlatımla, herhangi bir ürün veya hizmeti geniş yığınlara tanıtmak, beğendirmek ve böylece o ürün veya hizmetin daha çok istenmesini, alınmasını, satılmasını sağlamak için her türlü mecra aracılığıyla yapılan pazarlama iletişimi niteliğinde duyurular olarak tanımlanabilir. Yani bir ürünün ya da hizmetin tüketimini artırmaya yönelik olarak yapılan bir faaliyettir.

ÖRTÜLÜ REKLAM NEDİR?

6502 sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanununun 61. Maddesine göre; reklam olduğu açıkça belirtilmeksizin yazı, haber, yayın ve programlarda, mal veya hizmetlere ilişkin isim, marka, logo veya diğer ayırt edici şekil veya ifadelerle ticari unvan veya işletme adlarının reklam yapmak amacıyla yer alması ve tanıtıcı mahiyette sunulması örtülü reklam olarak kabul edilir. Her türlü iletişim aracında sesli, yazılı ve görsel olarak örtülü reklam yapılması yasaktır.

Örtülü reklamların açık reklamlara göre bireyler üzerindeki etkisinin daha fazla olmasından hareket eden mal ve hizmet arzı yapan kurum veya kuruluşlar, son zamanlarda, açık reklamlar yerine örtülü reklamları tercih etmektedir.

Hukuksal düzenlemelerle getirilen yasaklardan kaçınma amacıyla, özellikle sağlık alanında örtülü reklamlara yönelimin çok yoğun olduğu görülmektedir. Ancak unutulmamalıdır ki, sağlık hizmetlerinde açık ya da örtülü her türlü reklam yasaklanmıştır.

REKLAMIN AMACI NEDİR?

Reklamın genel amacı, reklam verenlerin pazardaki paylarını korumak, geliştirmek ve satışlarını artırmaktır.

Bu amaçlar doğrultusunda ürünle ilgili bilgiyi içeren iletilerle, ikna edici yöntemleri kullanarak, kitleleri etkilemeyi ve satın almaya yönlendirmeyi ve böylece karı arttırmayı amaçlamaktadır.

Yani temel amaç, satış ya da kar sağlamayı kolaylaştırmaya yönelik iletişim kurmaktır.

SAĞLIK ALANI ve REKLAM

Yanlış yönlendirmeler ve/veya yanlış tercihler sonucu, sağlık alanının ticarileşmesi ve bu süreçte rekabet amacıyla ve daha çok kazanma arzusuyla reklam önemli bir araç olarak kullanılmaya başlanmıştır.

Hukuksal düzenlemelerde reklamın açıkça aykırı olduğu bilinmesi nedeniyle, gerek bazı hekimler ve özel sağlık kuruluşları gerek reklamcılar ve mecra kuruluşları gerekse bazı hukukçular sağlık alanında reklam yapmanın, tüketicilerin bilgi-

lenme hakkı nedeniyle serbest olması gerektiğini savunmaya başlamışlardır. Hatta daha ileri giderek diğer hizmetlerden farklı olmadığını bile söyleyenler görülmeye başlamıştır. Bunun nedenleri incelendiğinde ya menfaat ya da sağlık hizmetlerinin özünün hissedilememesi olduğu görülmektedir.

Bazı özel sağlık kuruluşları reklamın amacı doğrultusunda, reklam yoluyla elde edilecek gelirin çok daha yüksek olacağını düşünerek, olası reklam cezaları için fon bile ayırarak, TV, gazete, elektronik ortamlar dahil tüm mecraları kullanarak reklam kampanyaları düzenlemeye başlamışlardır.

Bu arada yoğunlaşan reklamları gören bazı hekimler ve özel sağlık kuruluşları, bu reklamları yayınlamanın normal olduğu veya normalmiş gibi kabul edildiğini düşünerek veya gelir kaybına uğradıkları inancıyla reklam vermeye başlamışlardır.

Elektronik ortamın yoğun kullanmaya başlanması sonrası özellikle instagram, facebook vb sosyal medya mecralarında dozda sınır tanımayan reklamlar verilmeğe başlanılmıştır.

Randevu sistemi oluşturup, hekimler hakkında yorum yazdıran siteler, hekimler ile ilgili yorumlar yayınlayan forum siteleri, arama motorlarında reklam bedeli ödeyerek üstte görünmeyi sağlayan uygulamalar bir çığ gibi etik ihlalleri peşinden sürüklemeye başlamıştır.

Arama motorlarında ve sosyal medyadaki **“hashtag”lerde kullanılan anahtar kelimeler artık her tıbbi uygulamayı içerir hale gelmiş ve maalesef bazen bunun da ötesine geçmiştir.**

Farklı yöntemlerle yapılan bu reklamlar için ödenen paraların ciddi rakamlara ulaştığı da bilinmektedir. Reklam sektörü ve mecraların bu işten en büyük karı elde ettiği kuşkusuzdur. Bu ek maliyetlerin doğal bir yansıması olarak da sağlık hizmetlerinin bedeli artmakta ve sonuçta reklamı veren hekim ve sağlık kuruluşlarıyla birlikte özellikle hizmetten yararlanan hastalar bu mali yükü taşımak zorunda kalmaktadırlar. Böylece hizmete erişimin zorlaşmasına bir neden daha eklenmiş olmaktadır.

Özetle sağlık alanında reklam, sağlık hizmetini ticari bir meta haline dönüştürerek, hizmetin gereği gibi ifasını engellemektedir.

Sağlığın ticarileşmesi, sağlık hizmetinin kamusal niteliğini ve toplum yaşamına doğrudan etkilerini yok sayıp, Anayasa’da düzenlenen “devletin temel amaç ve görevleri” ne de açıkça aykırı düşmesi anlamına gelmektedir. Anayasada kamusal bir hak olarak tanınan sağlık hizmetleri, sosyal adalete uygun bir şekilde ifa edilmelidir. Sağlık hakkı, klasik ve bilinen anlamıyla sınırlı bir tüketici hakkı olarak görülemez. Bu hak, insan haklarının bir parçasıdır. Kişinin diğer hak ve özgürlüklerini kullanabilmesi, yaşama hakkının varlığına, dolayısıyla sağlığının korunmasına bağlıdır.

Sağlığın korunması için ihtiyacın saptanması konusunda tek belirleyici kişi hasta

değildir. Sağlık hizmetine gereksinim duyanlar daha güçsüz durumdadır. Bu kişiler, hastalık olgusunun kişide yarattığı etkiler sebebiyle uyarılara büyük ölçüde açıktır. Bir başka anlatımla hastaların sağlık hizmetleri ile ilgili reklamlardan etkilene olasıları çok yüksektir. Bu nedenle, sağlık alanında yapılacak olan reklamlar, hasta ve hasta yakınlarının sağlıklı karar verebilmelerini engelleyici, çeliştirici bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hekimlik Meslek Etiği Kurallarının 5. maddesinde de belirtildiği gibi hekimin öncelikli görevi, hastalıkları önlemeye ve bilimsel gerekleri yerine getirerek hastaları iyileştirmeye çalışarak insanın yaşamını ve sağlığını korumaktır. Bu çerçevede hekim, görevini yerine getirirken ticari kaygı güdemez. Bu, hekim sorumluluğunun bir parçasıdır. Aynı sorumluluk hekimin görev yaptığı sağlık kuruluşu için de geçerlidir.

Tüm bu nedenlerle, sağlık alanında yapılacak reklamların yaratacağı olumsuzluklar ve kamu sağlığına vereceği zararlar göz önünde bulundurularak gerek hukuksal düzenlemelerde gerekse etik kurallarda reklam kesin bir şekilde yasaklanmıştır.

İLAN VE BİLGİLENDİRMENİN SINIRI

Hukuksal düzenlemelerde belirtilen ilan ve bilgilendirmenin kapsamını, genel anlamda tüketici hakları ile değil, hasta hakları boyutuyla değerlendirmek gereklidir. Çünkü getirilen sınırlamaların amacı, insan sağlığı ve bu kapsamda insan haklarını korumak, insanların kar, rekabet ve benzeri amaçlardan kaynaklanan eylemlerden zarar görmelerini engellemektir. Bu şekilde değerlendirildiğinde, nelerin yapıp ve yapılamayacağını anlamlandırmak mümkün olacaktır.

Sağlık hizmetleri ile ilgili yapılacak tanıtımların sınırlarının saptanabilmesi için öncelikle bu alanda mevcut düzenlemelerin incelenmesi gereklidir.

Ülkemizde hekimlik uygulamalarının esaslarını belirleyen temel yasa olan 1219 Sayılı **Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun**'un 24. maddesi ile bu maddeye paralel olarak düzenlenmiş olan **Tıbbi Deontoloji Tüzüğü**'nün 9. maddesine göre hekimlerin adlarını, Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'ne göre kabul edilmiş olan ihtisaslarını, akademik unvanlarını, hasta kabul ettikleri mahal ile muayene saatlerini bildiren ilanlar verebilmeleri mümkün olup diğer suretlerle ilan, reklam, vesaire yapmaları memnudur. 1219 Sayılı Yasa'da yer alan "memnudur" ibaresi, çok açık ve kesin bir yasağı ifade etmektedir.

Hekimlerin uymaları gereken etik kuralların gösterildiği **Tıbbi Deontoloji Tüzüğü**'nün 8.maddesinde ise tabiplik ve dış tabipliği mesleklerine ve tedavi müesseselerine, ticari bir veçhe (görünüm) verilemeyeceği, hekimlerin yapacağı yayınlarda tababet mesleğinin şerefini üstün tutmaya mecbur oldukları, ne suretle olursa olsun, yazılarında kendi reklamlarını yapamayacakları, gazetelerde ve diğer iletişim araçlarında reklam niteliğinde teşekkür ilanları yazdıramayacakları düzenlenmiştir.

Hekimlik Meslek Etiği Kurallarının “Ticari Amaç ve Reklam Yasağı” başlıklı 11. maddesine göre de “Hekim, mesleğini uygularken reklam yapamaz, ticari reklamlara araç olamaz, çalışmalarına ticari bir görünüm veremez; insanları yanıltıcı, paniğe düşürücü, yanlış yönlendirici, meslektaşlar arasında haksız rekabete yol açıcı davranışlarda bulunamaz. Hekim, yayın araçlarıyla yapacağı duyurularda varsa, Tababet Uzmanlık Tüzüğü’ne göre kabul edilmiş olan uzmanlık alanını, çalışma gün ve saatlerini bildirebilir.”

Sağlık hizmetlerinin sunulduğu yere göre yapılmış olan düzenlemelerde de reklam yasağına ilişkin kurallar ayrıca vurgulanmıştır.

Özel Hastanelerin uyması gereken kuralların belirlendiği, **Özel Hastaneler Yönetmeliğinin** 60. maddesinin başlığı daha önce “Reklam ve Tanıtım” iken daha sonra yapılan girişimler sonucunda yanlışlığın farkına varılarak Yönetmelikte değişiklik yapılmış, maddenin başlığından ve madde metninden “reklam” ibaresi çıkarılmıştır. Madde başlığı “Bilgilendirme ve Tanıtım” olarak düzenlenip madde hükmü değiştirilirken özel hastanelerin reklam yapmasının yasak olduğunu vurgulamak amaçlanmış, tanıtım ise belirli koşullara bağlanarak çerçevesi çizilmiştir.

Bu maddede ayrıca, özel hastanelerin hizmet alanları ve sunacağı hizmetler ile açılış bilgileri ve benzeri konularda toplumu bilgilendirmek amacıyla tanıtım yapabilecekleri ve ilan verebilecekleri belirtilirken, deontoloji ve meslek etik kurallarına aykırı, talep yaratmaya yönelik tanıtım yapılamayacağı, diğer hastaneler aleyhine haksız rekabet yaratan davranışlarda bulunulamayacağı ve bu mahiyette tanıtım yapılamayacağı, sağlığı koruyucu ve geliştirici nitelikteki bilgilendirme ve tanıtımlar yapılabileceği, daha detaylı bilgilerin sunulabilmesine olanak sağlayan web sitelerinde dahi tedavi edici sağlık hizmetine yönelik bilgilerin verilemeyeceği açıkça düzenlenmiştir.

Özel hastaneler dışında kalan özel sağlık kuruluşlarını kapsayan **Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkındaki Yönetmeliğin** 29. maddesinde de Özel Hastaneler Yönetmeliğine paralel olarak düzenleme yapılarak, sağlık kuruluşları tarafından reklam yapılamayacağı kesin bir şekilde belirtilmiş, tanıtımın ise tıbbi deontoloji ve mesleki etik kurallarına aykırı, insanları yanıltan, yanlış yönlendiren, talep yaratmaya yönelik, doğruluğu bilimsel olarak kanıtlanmamış veya yerleşik tıbbi metot haline gelmemiş uygulamalara dayalı olamayacağı, sağlık kuruluşlarının diğer sağlık kuruluşları aleyhine haksız rekabet yaratan davranışlarda bulunamayacakları, ancak sağlığı koruyucu ve geliştirici nitelikte bilgilendirme yapabilecekleri, her türlü yayın mecralarında yer alan sağlık bilgilerinin konusuna göre yetkili sağlık meslek mensupları tarafından verilmek zorunda olduğu belirtilmiştir.

Bu tür bilgilendirme ve tanıtımların hastayı ilgili sağlık kuruluşuna doğrudan veya dolaylı biçimde yönlendirecek içerikte olamayacağı, sağlık kuruluşlarının reklam niteliğinde olmamak kaydıyla açılışı, hizmet alanları ve sunduğu hizmetler ile ilgili konularda toplumu bilgilendirmek amacıyla tanıtım yapabilecekleri ve ilan verebilecekleri, bu kapsamda yanıltıcı, abartılı, doğruluğu bilimsel olarak

kanıtlanmamış bilgilere ve talep yaratmaya yönelik açıklamalara yer veremeyecekleri ifade edilmiştir.

Her iki yönetmelikte de geçen **sağlığı koruyucu ve geliştirici nitelikteki bilgilendirme** hakkında farklı yorumlamalar yapılması nedeniyle bu bilgilendirmenin kapsamını tekraren paylaşmakta yarar var. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında yapılabilecek olan **bilgilendirmeler**, bireye yönelik bağışıklama, hastalıklardan korunma, erken tanı, aile planlaması, beslenme durumlarının iyileştirilmesini sağlamak için gıda güvenliği ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, sağlık eğitimi gibi konuları içermektedir. Buna ek olarak fiziksel, biyolojik ve sosyal çevredeki olumsuz koşullardan kaynaklanan sağlık sorunlarını önlemek amacıyla verilen bilgileri de kapsamaktadır. Yani bireyleri hastalıklardan koruma amaçlı verilen bilgileri içermektedir. **Sağlığın geliştirilmesi** de halkın sağlık eğitimi, toplum kalkınması, sosyal, ekonomik ve çevre koşullarının iyileştirilmesi hakkındaki bilgileri de kapsamaktadır.

Hekimlerin tıbbi konularda halkı aydınlatıcı, bilgilendirici, yol gösterici bilgi vermeleri, halk sağlığına olumlu etkileri nedeniyle aynı zamanda görevleri olarak da kabul edilmektedir. Ancak bilgi verme biçim ve içeriğinin yukarıda belirtilen sınırlar içinde olması son derece önemlidir. Bilginin ilgili uzman tarafından verilmesi, doğru ve güncel olması, bilimsel olması, halkı belli bir kuruma yönlendirmemesi, mesleğe ticari bir görüntü vermemesi, reklam niteliğinde olmaması gerekmektedir. Ayrıca bilgi verme yönteminin de mesleğin kamusal niteliğine, ağırlığına ve özelliğine uygun olması bir zorunluluktur. Uzmanlık alanı dışında bilgi verilmesi, bilgi vermenin aydınlatma amacı ile değil, talep yaratma, hasta yönlendirme amaçlı olması, abartılı bilgi verilmesi, umut vaadinde bulunulması halinde; talep yaratıcı, yönlendirici bilgi verilmiş ve reklam yapılmış olması nedeniyle bilgilendirmenin sınırı aşılmış olarak kabul edilmektedir.

Farklı ve dar kapsamlı yapılan duyurular da aynı kapsamda değerlendirilmektedir. Örneğin, bir site gibi küçük bir hedef kitleye yönelik olarak, sağlık hizmeti sunumunda ayrıcalık vaat edilmesi ve/veya hizmet bedelinin belirtilmesi şeklinde yapılan duyurular da, etik olarak uygun değildir. Aynı zamanda benzer hizmeti veren kurumlarla haksız rekabet yaratmaktadır. Hizmet bedellerinin ilan edilmesi rekabete konu olmakla, tıbbi faaliyete ticari bir görünüm vermektedir. Bu nedenle sağlık hizmeti ile ilgili bu biçimdeki duyurular da reklam niteliğinde kabul edilmekte olup, yine bilgilendirmenin sınırı aşılmış olarak kabul edilmektedir ve mevzuata aykırılık içermektedir.

Gümrük ve Ticaret Bakanlığı bünyesinde görev yapan ve Türk Tabipleri Birliği temsilcisi bir üyenin de görev yaptığı Reklam Kurulu gündeminde de önemli bir yer tutan, sağlık alanındaki tanıtımlara ilişkin uyulması gereken kurallar, hem yasa hem de yönetmelikte açık bir şekilde yazılmıştır.

Tüketicinin Korunması Hakkında Kanunun, Ticari Reklam ve Haksız Ticari Uygulamalar başlıklı 61. maddesinde; "...kamu sağlığını bozucu, hastaları, yaşlıları, çocukları ve engellileri istismar edici ticari reklam yapılamaz." hükmü bulunmaktadır.

Ticari Reklam ve Haksız Ticari Uygulamalar Yönetmeliğinde de sağlık alanına ilişkin konulan özel maddelerde, sağlık alanında kamu sağlığını bozucu nitelikte, hasta istismarı yapan tanıtımlar yapılamayacağı ve çok yaygın bir ihlal alanına dönüştüğü görülen hastaların tedavi öncesi ve sonrasına ait ifade ya da görüntülerin hiçbir şekilde kullanılamayacağı net bir şekilde vurgulanmıştır.

Yönetmeliğin devamında, “Tanıklı reklamlar” başlığı altında, reklamlarda doktor, diş hekimi, veteriner hekim ve eczacılar ile sağlık kuruluşlarının bir mal veya hizmete yönelik sağlık beyanında bulunduğu ilişkin ya da bu izlenimi uyandıran herhangi bir görüntü, beyan veya atfa yer verilemeyeceği belirtilerek, doktor kimliğiyle bir ürün veya hizmete yönelik sağlık beyanının yasak olduğu vurgulanmıştır.

Ayrıca yine bu yönetmeliğin “Reklama ilişkin özel düzenlemesi bulunan mal veya hizmetler” başlıklı 26. maddesinde, reklama ilişkin özel düzenlemesi bulunan mal veya hizmetlerin reklamları, ilgili mevzuatında yer alan reklam ve tanıtımla ilgili diğer hükümlere de uygun olmalıdır denilerek sağlık hizmetlerine ilişkin hukuki düzenlemelere aykırı tanıtımların Reklam Kurulunca da cezalandırılacağı belirtilmiştir.

SONUÇ OLARAK; tüm bu düzenlemeler, hekimlik mesleğine ve tedavi kurumlarına ticari bir görünüm verilmesini ve bu alanda reklam yapılmasını tartışmaya yer bırakmayacak şekilde yasaklandığını göstermektedir. Hekimler ve özel sağlık kuruluşları tarafından hukuksal düzenlemelerde gösterilen sınırlar içinde kalmak kaydı ile ilan verebileceğini, kişilerin evrensel kabul görmüş bilimsel doğrular ışığında ve yine hukuksal düzenlemelerdeki sınırlamalara uygun olarak bilgilendirilebileceğini, ancak tüm bunların reklam niteliğinde olmaması gerektiğini ortaya koymaktadır.

TABELALAR

Hekimler ve özel sağlık kuruluşlarının kullandıkları tabelalar da kişinin/kuruluşun kendisinin tanıtımında kullandığı araçlardan biridir. Bu niteliği ve yaygın kullanımını sebebiyle tabelanın boyut ve içeriği ile ilgili olarak Tıbbi Deontoloji Tüzüğündeki düzenlemenin yanı sıra Türk Tabipleri Birliği tarafından özel düzenlemeler de yapılmıştır. Bu düzenlemelerle saptanmış standartlar dışında tabela kullanılması da tanıtım kurallarına aykırılık olarak değerlendirilebilecektir.

TABİP ODALARI TARAFINDAN YAPILMASI GEREKEN UYGULAMALAR

6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu

Madde 28 -

İdare Heyetinin diğer vazifeleri şunlardır

d) Sinema, radyo, müstahdemler veya sair yazılı ve sözlü vasıtalarla reklam yapılmasını önlemek.

Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği

Disiplin Suçları ve Cezaları

Para Cezası

Madde 4- Para cezası, 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanununun 39 uncu maddesinin (b) bendinde belirtilen sınırlar dahilindeki paranın odaya ödenmesine dair verilecek cezadır.

b) Tanıtım kurallarına aykırı davranmak,

c) Her türlü iletişim mecrasında reklam amacına yönelik yazılar yazmak, yazdırmak veya açıklamada bulunmak yahut ortağı olduğu kuruluş veya şirket aracılığıyla bu anlamda reklam yapılmasını sağlamak,

d) Bireysel olarak veya yöneticisi oldukları demekler ya da çalıştıkları kurumlar aracılığıyla ticari ürün veya hizmetin tanıtımında yer almak veya reklamına aracılık etmek,

e) El ilanları, tabelalar, basın ve benzeri yollarla meslektaşlar arası haksız, tıp dışı rekabete yol açacak duyurular yapmak,

Madde hükümlerinde de görüleceği üzere reklam yapılmasını önlemek Tabip Odası yöneticilerine bir görev olarak verilmiştir. Bu görevin uygulamasında sorunlar yaşandığı ve özellikle büyük tabip odalarında kontrolün zor olduğu bilinmektedir.

Bu zorluklar göz önünde bulundurularak yönetim kurullarının, varsa özel hekimlik komisyonu, hekimlik uygulamaları bürosu ve hukuk bürolarının da desteğiyle, bir ekip oluşturmaları çok yararlı olacaktır. Bu ekibin, öncelikle tanıtım ihlallerinin en çok görüldüğü elektronik ortam taramaları yapmaları, denetimin en önemli aşamasını oluşturmaktadır.

Merkezi olarak hazırlanan kılavuzlar doğrultusunda tüm odalarımızda eş zamanlı yapılacak uygulamalar en sık rastlanan etik ihlallerden olan tanıtım ihlallerini önlemede önemli bir katkı sağlayacaktır.

Yapılacak denetimler sonucunda, yönetim kurullarının takdirleri dahilinde bir ihtar gönderilebilir. Sonrasında en geç bir ay içinde yapılacak olan kontrollerde, ihlale neden olan tanıtımları kaldırmayanlar için disiplin süreçleri başlatılıp, hızla onur kurullarına sevk edilmesi gerekir. Onur kurullarının da hızla toplanarak karar vermeleri, sürecin desteklenmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Onur kurullarınca verilen cezaya karşın tanıtım ihlaline devam edenler için ise hızla yeni disiplin süreci başlatılıp, tekrar onur kuruluna sevk edilmeleri gerekmektedir. Onur kurulları, benzer suçun tekrarında bir üst ceza verilebilmektedir. Disiplin cezalarının verilmesinde eylemin veya yarattığı sonucun ağırlığına göre onur kurulları geniş takdir hakkını kullanmakta serbest olması nedeniyle, geçici süreli meslekten men kararı da dahil olmak üzere bir karar verilebilir.

Mükerrer ihlallerde eş zamanlı olarak, yine yönetim kurullarının takdiri dahilinde dosya Reklam Kuruluna da gönderilebilir. Reklam Kuruluna odalarımız tarafından dosyalar direk gönderilebileceği gibi TTB Merkez Konseyi aracılığıyla da gönderilebilir. Yönetim kurullarının, Reklam kuruluna dosyaları kendilerinin göndermesi durumunda, bilgi için dosya örneğinin merkez konseyine de gönderilmesi, dosya takibi açısından yararlı olacaktır.

Tüm hekimler ve tüm özel sağlık kuruluşları için eş zamanlı yapılacak denetimler, ihlalleri önleyeceği gibi benzeri ihlalleri yapma niyetini de ortadan kaldıracak, etik sınırlara geri dönülmesi sağlanmış olacaktır.

DENETİM KILAVUZU

Hukuksal düzenlemelerde izin verilen ilan ve bilgilendirmeler ile TTB Disiplin Yönetmeliğinde, “Tanıtım kurallarına aykırı davranmak” şeklinde tanımlanan tanıtım ihlalleri, aşağıda başlıklar halinde yazılmıştır. Tabip Odaları Yönetim Kurullarınca yapılacak denetimler ve soruşturmalar ile Onur Kurullarınca yapılacak kovuşturmaların bu kılavuz doğrultusunda değerlendirilmesi süreci uyumlu hale getirecektir

Bu kılavuz, TTB 67. Büyük kongresinde oy birliği ile kabul edilen “Hekimler ile Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Elektronik Ortamlardaki Paylaşımına İlişkin Kılavuz” içeriği doğrultusunda hazırlanmış olup, tüm mecralarda yayınlanan sağlık alanındaki ilan, bilgilendirme ve reklam yasakları için de kullanılabilir.

Sağlık alanındaki hukuksal düzenlemelerde izin verilen sınırların dışında yapılan herhangi bir tanıtım, aykırılık olarak değerlendirilmektedir. Aşağıda yazılı maddelerin dışında kalan tanıtımlar da bu doğrultuda tanıtım ihlali olarak değerlendirilmelidir.

Tüm sağlık kurum ve kuruluşları ile hekimlerin yaptıkları tanıtımlarda, sağlık hizmetinin özelliği ve tıp mesleğinin saygınlığını dikkate alarak kendilerini bu ilke ve kurullarla bağlı olmaları en temel kabuldür.

Tıp mesleğinin ve sağlık alanının dışında olanların da, getirilen sınırlamaların amacının insan sağlığı ve bu kapsamda insan haklarını korumak, insanların kar, rekabet ve benzeri amaçlardan kaynaklanan eylemlerden zarar görmelerini engellemek olduğunu bilerek, bu ilke ve kurullara saygı duyarak, uymaları beklenmektedir.

1. Hekimler, yürüttükleri mesleki faaliyete, sağlık kurum ve kuruluşları da sundukları sağlık hizmetine ilişkin tıbbi deontoloji ve meslek etiği kurallarına uygun biçimde ilan verebilir, internet ortamında yer alabilirler. Bu konuda sosyal medya mecralarının kullanımı da aynı ilkelere tabidir.
2. Hekimler ad, soyad, adres, iletişim bilgileri, çalışma saatleri, 1219 sayılı Yasada belirlenmiş uzmanlık, yan dal uzmanlığı ve üniversite dışında kullanma hakkına sahip olduğu akademik unvan dışında bir isim ya da ibare kullanamazlar.

3. Sağlık kurum ve kuruluşları, ruhsatında kayıtlı isim dışında herhangi bir isim ya da ibareye veya slogana yer veremez. Hangi branşlarda hizmet verildiğini, adresini, iletişim bilgilerini, çalışma saatlerini ve sağlık personelinin adını, soyadını, 1219 sayılı Yasada belirlenmiş uzmanlık, yan dal uzmanlığını ve üniversite dışında kullanma hakkına sahip olduğu akademik unvanını belirtebilirler.
4. Hekimler, internet sitelerinde “kişisel bilgiler” başlığı altında, aldığı eğitime, 1219 sayılı Yasada belirlenen uzmanlık alanında kazanılmış uluslararası yeterliliklerine/unvanlarına, bilimsel yayınlarına, bilimsel toplantılardaki konuşmalarına, düzenlediği toplantılara, ödülleri, yerli ve yabancı uzmanlık dernek ve kuruluşlarına üyeliklerine, idari ve danışmanlık görevlerine yer verebilirler.

Hekimler, meslek uygulamaları ile ilişkilendirmeksizin mesleki olmayan etkinliklerine de yer verebilirler.

5. Sağlığı koruyucu ve geliştirici nitelikte, toplumu bilgilendirmeye yönelik içerik paylaşılabilir. Doğruluğu bilimsel olarak kanıtlanmamış bilgilere yer verilemez. Verilen bilginin kaynağı ve son güncelleme tarihi belirtilmelidir.
6. Her bilgilendirme yazısının altında "Sadece bilgilendirme amaçlıdır, tanı ve tedavi için mutlaka doktorunuza başvurunuz." ifadesi, en az diğer yazılarla aynı puntoda ve kolaylıkla fark edilebilir biçimde yer almalıdır. Günümüzde bilim çevrelerince kabul edilmiş bilgilere aykırı, hatalı ya da doğruluğu bilimsel olarak kanıtlanmamış bilgilere yer verilemez.
7. Tedavi edici sağlık hizmetine yönelik bilgiler içeren (ifade, yazı, fotoğraf, video, röportaj, haber vb.) öğelere hiçbir şekilde yer verilemez.
8. Hastaların sır kapsamındaki bilgileri hiçbir biçimde paylaşamaz. Hasta mahremiyetinin korunması için her türlü önlem alınır.
9. Hastaların tedavi öncesi ve/veya sonrasına ait görüntülerine ya da ifadelerine hiçbir şekilde yer verilemez. Ayrıca bu nitelikteki yayınlara link verilerek yönlendirme de yapılamaz.
10. Sağlık çalışanlarının, tedavi öncesi, sırası ve sonrasında hasta ve hasta yakınları ile birlikte görüntülerine yer verilemez.
11. Deontoloji kurallarına ve hasta haklarına uymayan, abartılı, insanları yanıltıcı, korku veya paniğe düşürücü, yanlış yönlendirici, gerçeğe aykırı ifadeler kullanılamaz.
12. Meslektaşlar ve/veya sağlık kurum ve kuruluşları arasında rekabete yol açan, hekimliğe ve sağlık kuruluşlarına ticari bir görünüm veren, reklam niteliğinde, kendilerini, sundukları hizmeti ya da sağlık kurum ve kuruluşunu öven, ön plana çıkaran, diğer sağlık kurum ve kuruluşları ile hekimleri kötüleyen ibarelere yer verilemez.

13. Hekim hakkında veya sağlık kurum ve kuruluşu ile burada görev yapan sağlık personeli hakkında, hastalara ait değerlendirmelere, görüş bildirimine, teşekkür ilanlarına yer verilemez.
14. Mesleki birlikler ve dernekler, bilimsel dergiler ile diğer mesleki kuruluşlara ait sitelere yönelik olanlar dışında yönlendirici link verilemez.
15. Muayenehane ve diğer sağlık kurum ve kuruluşlarının fiziki ortamı ile tıbbi cihaz veya donanımlara ilişkin ifade ve görüntüler kullanılamaz.
16. İnternet ortamında hasta bizzat muayene edilmeden, yöneltilen soruların yanıtlanması suretiyle tedavi önerilerinde bulunulamaz. Bu yolla hasta, belirli bir hekim ya da sağlık kuruluşuna yönlendirilemez.
17. İnternet ortamındaki siteler/forumlar kullanılarak hasta yönlendirilemez, aracılık faaliyeti yapmakta olan sitelere üye olunamaz, ticari kuruluşlardan bu nitelikte bir hizmet alınamaz.
18. Arama motorlarında, internet sitesinin bulunabilir olması için hekimin veya sağlık kurum ve kuruluşunun ruhsatında yer alan bilgiler dışında anahtar kelimelere yer verilemez.
19. Herhangi bir ücret, kampanya ya da indirim bilgisine veya hizmetin ücretsiz olduğuna ilişkin ifadelere yer verilemez.
20. Tüm kurallar yabancı dillerdeki görünümleri için de geçerlidir.
21. Bu kılavuzda yer almayan durumlar, 1219 sayılı Kanun, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği ve diğer hukuksal düzenlemelerin ilgili hükümlerine göre değerlendirilir.

Sağlık alanında tanıtım kurallarına aykırılık içerdiğine karar verilen dosyalar hakkında verilmiş olan yargı kararı örneklerine, TTB yayınlarından, Sağlık Hizmetinde Reklam ve Tanıtım kitabından ulaşabilirsiniz. Kitabın aşağıdaki linkten ulaşılabilir.

http://www.ttb.org.tr/yayin_goster.php?Guid=bddd6d92-946e-11e7-914a-a458ccf77150

Yazıda belirtilen kuralların dayanağı olan ilgili hukuksal düzenlemeler aşağıdadır.

SAĞLIK ALANINDAKİ İLAN- BİLGİLENDİRME VE REKLAM YASAKLARIYLA İLGİLİ HUKUSAL DÜZENLEMELER

I. SAĞLIK HİZMET SUNUMUYLA İLGİLİ HUKUSAL DÜZENLEMELER

1. Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun
2. Türk Tabipleri Birliği Kanunu
3. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu
4. Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun
5. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi
6. Özel Hastaneler Yönetmeliği
7. Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik
8. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik
9. Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik
10. Akupunktur Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları İle Bu Tedavinin Uygulanması Hakkında Yönetmelik
11. Ticari Reklam ve Haksız Ticari Uygulamalar Yönetmeliği
12. Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği
13. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları
14. Özel Sağlık Kuruluşlarının Bilgilendirme ve Tanıtım Faaliyetleri Konulu Genelge
15. **Hekimler ile Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Elektronik Ortamlardaki Paylaşımına İlişkin Kılavuz**

II. SAĞLIK ALANIYLA İLGİLİ DİĞER HUKUKSAL DÜZENLEMELER

1. İşpençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu
2. Kozmetik Kanunu
3. Beşeri Tıbbi Ürünlerin Tanıtım Faaliyetleri Hakkında Yönetmelik
4. Beşeri Tıbbi Ürünlerin Sınıflandırılmasına Dair Yönetmelik
5. Tıbbi Cihaz Yönetmeliği
6. Tıbbi Cihaz Satış, Reklam ve Tanıtım Yönetmeliği
7. Sağlık Beyanı İle Satışa Sunulan Ürünlerin Sağlık Beyanları Hakkında Yönetmelik
8. Kozmetik Yönetmeliği

I. SAĞLIK HİZMET SUNUMUYLA İLGİLİ HUKUSAL DÜZENLEMELER

1. TABABET VE ŞUABATI SAN'ATLARININ TARZI İCRASINA DAİR KANUN

Kanun Numarası: 1219

Kabul Tarihi: 11/4/1928

BİRİNCİ FASIL

Tabipler

Madde 1 – (Değişik: 11/10/2011-KHK-663/58 md.) Türkiye Cumhuriyeti dâhilinde tababet icra ve her hangi surette olursa olsun hasta tedavi edebilmek için tıp fakültesinden diploma sahibi olmak şarttır.

Madde 24 - İcrayı sanat eden tabipler hasta kabul ettikleri mahal ile muayene saatlerini ve ihtisaslarını bildiren ilanlar tertibine mezun olup diğer suretlerle ilan, reklam ve saire yapmaları memnudur.

Madde 25 - (Değişik madde: 23/01/2008-5728 S.K./22.mad)

Diploması olmadığı hâlde, menfaat temin etmek amacına yönelik olmasa bile, hasta tedavi eden veya tabip unvanını takınan şahıs iki yıldan beş yıla kadar hapis ve bin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır.

Ek Madde 13 – (Ek: 6/4/2011-6225/9 md.)

Tabipler ve dış tabipleri dışındaki sağlık meslek mensupları hastalıklarla ilgili doğrudan teşhiste bulunarak tedavi planlayamaz ve reçete yazamaz.

Diploması veya meslek belgesi olmadan bu maddede tanımlanan meslek mensuplarının yetkisinde olan bir işi yapan veya bu unvanı takınanlar bir yıldan üç yıla kadar hapis ve ikiyüz günden beşyüz güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır.

Ek Madde 14 – (Ek: 6/4/2011-6225/10 md.)⁽¹⁾

Uzmanlık dallarının eğitim müfredatları ve bu müfredatlara göre uzmanlık dallarının temel uygulama alanları ile görev ve yetkilerinin çerçevesi Tıpta Uzmanlık Kurulunca belirlenir.

2. TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ KANUNU

Kanun Numarası: 6023

Madde 28 -

İdare Heyetinin diğer vazifeleri şunlardır

d)Sinema, radyo, müstahdemler veya sair yazılı ve sözlü vasıtalarla reklam yapılmasını önlemek.

3. UMUMİ HIFZISSİHHA KANUNU

Kanun Numarası: 1593

Kabul Tarihi: 24/4/1930

(Ek fıkra: 22/09/1983 - 2890/2 md.) Ana sütü ile beslenmenin önem ve üstünlüğünün öğretilmesi, yaygınlaştırılması, süt çocukları ve küçük çocukları besleme yönteminin öğretilmesi konularındaki eğitim ve öğretim; halk eğitimi ve beslenme konularında uygulamalı eğitim yapan gerçek ve tüzelkişilerle birlikte, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından sağlanır. Bu eğitim, ana sütü ile beslenmenin yaygınlaştırılmasını önleyici veya çocuk besinlerini reklam edici nitelikte olamaz.

4. TÜKETİCİNİN KORUNMASI HAKKINDA KANUN

Kanun No. 6502

ALTINCI KISIM

Ticari Reklam ve Haksız Ticari Uygulamalar

Ticari reklam

MADDE 61 – (1) Ticari reklam, ticaret, iş, zanaat veya bir meslekle bağlantılı olarak; bir mal veya hizmetin satışını ya da kiralanmasını sağlamak, hedef kitleyi oluşturanları bilgilendirmek veya ikna etmek amacıyla reklam verenler tarafından herhangi bir mecrada yazılı, görsel, işitsel ve benzeri yollarla gerçekleştirilen pazarlama iletişimi niteliğindeki duyurulardır.

5. TIBBİ DEONTOLOJİ NİZAMNAMESİ

Bakanlar Kurulu Karar Tarihi: 13.1.1960 Sayısı: 4/12578

BİRİNCİ KISIM

UMUMİ KAIDE VE ESASLAR

Madde 8 - Tabiplik ve dış tabipliği mesleklerine ve tedavi müesseselerine, ticari bir veçhe verilemez.

Tabip ve dış tabibi, yapacağı yayınlarda tababet mesleğinin şerefini üstün tutmaya mecbur olup, ne suretle olursa olsun, yazıların da kendi reklamını yapamaz.

Tabip ve dış tabibi, gazetelerde ve diğer neşri vasıtalarında, reklam mahiyetinde teşekkür ilanları yazdıramaz.

Madde 9 - Tabip ve dış tabibi, gazete ve sair neşir vasıtaları ile yapacağı ilanlarda ve reçete kâğıtlarında, ancak ad ve soyadı ile adresini, Tababet İhtisas Nizamnamesine göre kabul edilmiş olan ihtisas şubesini, akademik ünvanını ve muayene gün ve saatlerini yazabilir.

Muayenehane kapılarına veya binaların dışına asılacak tabelaların ebadı ve adedi, mahalli tabip odaları tarafından tesbit edilebilir. Tabipler ve dış tabipleri, tabip odalarının bu husustaki kararlarına riayet etmekle mükelleftirler.

Tabelalarda en çok iki renk kullanılabilir. Işık verici vasıtalarla tabelaları süslemek yasaktır.

6. ÖZEL HASTANELER YÖNETMELİĞİ

Yayımlandığı R. Gazete Tarihi: 27/3/2002 Sayısı: 24708

Bilgilendirme ve Tanıtım

Madde 60 —(Başlığı ile birlikte değişik: RG-28/05/2004-25475)

Özel hastaneler; tıbbî deontoloji ve meslekî etik kurallarına aykırı şekilde, insanları yanıltan, yanlış yönlendiren ve talep yaratmaya yönelik, ruhsatında yazılı kabul ve tedavi ettiği uzmanlık dallarından başka hastaları kabul ve tedavi ettiği intibahını uyandıran, diğer hastaneler aleyhine haksız rekabet yaratan davranışlarda bulunamazlar ve bu mahiyette tanıtım yapamazlar. **(Mülga cümle:RG-1/7/2014-29047) (...)**

Özel hastaneler tarafından; sağlığı koruyucu ve geliştirici nitelikteki bilgilendirme ve tanıtımlar yapılabilir. Bilgilendirme ve tanıtım faaliyetleri kapsamında, yanıltıcı, abartılı, doğruluğu bilimsel olarak kanıtlanmamış bilgilere ve talep yaratmaya yönelik açıklamalara yer verilemez.

Özel hastaneler; hizmet alanları ve sunacağı hizmetler ile açılış bilgileri ve benzeri konularda toplumu bilgilendirmek amacıyla tanıtım yapabilir ve ilan verebilir.

Özel hastaneler tarafından oluşturulan internet sitelerinde; yer alan her türlü sağlık bilgisi, alanı ile ilgili bilgi ve tecrübeye sahip sağlık meslek mensupları tarafından verilmek zorundadır. Bu siteler aracılığıyla hiçbir şekilde tedavi edici sağlık hizmetine yönelik bilgiler verilemez. İnternet sayfalarında verilen bilginin, son güncelleme tarihi açıkça belirtilir.

Yukarıda belirtilen esaslara uymayan özel hastane sahipleri ve mesul müdürleri hakkında ilgili mevzuat hükümlerindeki müeyyideler uygulanır.

Kuruluş isimlendirmesi

MADDE 60/A – (Ek: RG-1/7/2014-29047)

Özel hastanenin tabelasına veya basılı evrakına; ruhsatlarında yer alan mevcut isim ve unvanları veya tescil edilmiş isimlerinin dışındaki diğer isim ve unvanları ile faaliyet izin belgesinde belirtilen uzmanlık dalları haricinde başka uzmanlık dalı yazılamaz.

Özel hastane isimlendirilmesinde; kişilerin yanlış algılaması ve karışıklığın önlenmesi amacıyla, hangi ilde olduğuna bakılmaksızın ülke genelindeki üniversite ve kamu sağlık kurum veya kuruluşlarının isimleri aynen veya çağrıştıracak şekilde kullanılamaz.

7. AYAKTA TEŞHİS VE TEDAVİ YAPILAN ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARI HAKKINDA YÖNETMELİK

Resmi Gazete Tarihi: 15/02/2008 Resmi Gazete Sayısı: 26788

Bilgilendirme ve tanıtım

Madde 29 - (1) Sağlık kuruluşları tarafından reklam yapılamaz.

(2) Sağlık kuruluşları tarafından, tıbbi deontoloji ve mesleki etik kurallarına aykırı, insanları yanıltan, yanlış yönlendiren, talep yaratmaya yönelik, doğruluğu bilimsel olarak kanıtlanmamış veya yerleşik tıbbi metot haline gelmemiş uygulamalara dayalı tanıtım yapılamaz ve diğer sağlık kuruluşları aleyhine haksız rekabet yaratan davranışlarda bulunulamaz.

(3) Tabelaları ile basılı ve elektronik ortam materyallerinde, ruhsatnamesinde kayıtlı sağlık kuruluşu ismi dışında başka bir isim kullanılamaz.

(4) Sağlık kuruluşları, sağlığı koruyucu ve geliştirici nitelikte bilgilendirme yapabilir. Birinci fıkra hükümlerine aykırı olmamak kaydıyla açılışı, hizmet alanları ve sunduğu hizmetler ile ilgili konularda toplumu bilgilendirmek amacıyla tanıtım yapabilir ve ilan verebilir. Ancak, bilgilendirme ve tanıtım faaliyetleri kapsamında yanıltıcı, abartılı, doğruluğu bilimsel olarak kanıtlanmamış bilgilere ve talep yaratmaya yönelik açıklamalara yer verilemez.

(5) Sağlık kuruluşları tarafından her türlü yayın mecralarında yer alan sağlık bilgileri, konusuna göre yetkili sağlık meslek mensupları tarafından verilmek zorundadır. Bu mecralar yoluyla yapılan bilgilendirme ve tanıtımlar, hastayı ilgili sağlık kuruluşuna doğrudan veya dolaylı biçimde yönlendirecek içerikte olamaz.

(6) Bu maddede belirtilen esaslara uymayan sağlık kuruluşlarının işletenleri ve mesul müdürleri hakkında ilgili mevzuat hükümlerindeki müeyyideler uygulanır.

Sağlık kuruluşlarının isimleri

MADDE 30 – (1) (Değişik: RG-3/7/2014-29049) Sağlık kuruluşunun tabelasına veya basılı evrakına; ruhsatlarında yer alan mevcut isim ve unvanları veya tescil edilmiş isimlerinin dışındaki diğer isim ve unvanları ile faaliyet izin belgesinde belirtilen uzmanlık dalları haricinde başka uzmanlık dalı yazılamaz.

(2) **(Değişik: RG-7/4/2011-27898)** Sağlık kuruluşu isimlendirilmesinde; kişilerin yanlış algılaması ve karışıklığın önlenmesi amacıyla, hangi ilde olduğuna bakılmaksızın ülke genelindeki üniversite ve kamu sağlık kurum veya kuruluşlarının isimleri aynen veya çağrıştıracak şekilde kullanılamaz.

Güzellik ve estetik veya bu amaçla açılan merkezlerin ve ünitelerin uyumu

GEÇİCİ MADDE 4 –

(4) 39 uncu maddenin birinci fıkrasının (b) bendi ile yürürlükten kaldırılan Yönetmelikte sayılan tıbbi işlemlerin tamamı, sertifika veya buna benzer yetki belgesine dayanılarak unvanlarda, “estetik” veya bu anlama gelecek herhangi bir ibare kullanılmaksızın tıp mesleğini icra yetkisi sahasına göre tabip veya uzman tabiplerin tıbbi uygulaması şeklinde yürütülür.

Güzellik salonları

Geçici Madde 5 - (1) 39 uncu maddenin birinci fıkrasının (b) bendi ile yürürlükten kaldırılan Yönetmeliğe göre açılmış güzellik salonları, sağlık kuruluşu statüsünden çıkarılmıştır. Güzellik salonu adı altında açılan işyerleri, 10/8/2005 tarihli ve 25902 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan İşyeri Açma ve Çalışma Ruhsatlarına İlişkin Yönetmelik kapsamında belediyelerce ruhsatlandırılır.

(2) Güzellik salonunda tıp fakültesi diploması olan biri çalışsa bile, tabip yetkisinde olan tıbbi işlemler güzellik salonunda yapılamaz. Bu hususa uymadığı tespit edilen kişiler hakkında ilgili mevzuat hükümleri uygulanır.

8. AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI HİZMETİ SUNULAN ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARI HAKKINDA YÖNETMELİK

Resmi Gazete

Tarihi: 03.02.2015; Sayısı: 29256

Bilgilendirme ve tanıtım

MADDE 25 –

(1) Sağlık kuruluşları tarafından reklam yapılamaz.

(2) Sağlık kuruluşları ağız ve diş sağlığını koruyucu ve geliştirici nitelikte bilgilendirme yapabilir. Sağlık kuruluşları bu madde hükümlerine aykırı olmamak kaydıyla açılışı, hizmet alanları ve sunduğu hizmetler ile ilgili konularda toplumu bilgilendirmek amacıyla tanıtım yapabilir ve ilan verebilir. Ancak, bilgilendirme ve tanıtım faaliyetleri kapsamında yanıltıcı, abartılı, doğruluğu bilimsel olarak kanıtlanmamış bilgilere ve talep oluşturmaya yönelik açıklamalara yer verilemez.

(3) Tabelaları ile basılı ve elektronik ortam materyallerinde, ruhsatnamesinde kayıtlı sağlık kuruluşu ismi dışında başka bir isim kullanılamaz.

(4) Sağlık kuruluşları, tıbbî deontoloji ve meslekî etik kurallarına aykırı şekilde, insanları yanıltan, yanlış yönlendiren ve talep oluşturmaya yönelik, diğer sağlık kuruluşları aleyhine haksız rekabet yaratan davranışlarda bulunamazlar ve bu mahiyette tanıtım yapamazlar.

(5) Sağlık kuruluşları tarafından her türlü yayın mecralarında yer alan sağlık bilgileri, konusuna göre yetkili sağlık meslek mensupları tarafından verilmek zorundadır. Bu mecralar yoluyla yapılan bilgilendirme ve tanıtımlar, hastayı ilgili sağlık kuruluşuna doğrudan veya dolaylı biçimde yönlendirecek içerikte olamaz.

(6) Bu maddede belirtilen esaslara uymayan sağlık kuruluşu işletenleri ve mesul müdürleri hakkında ilgili mevzuat hükümlerindeki müeyyideler uygulanır.

9. SAĞLIK MESLEK MENSUPLARI İLE SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÇALIŞAN DİĞER MESLEK MENSUPLARININ İŞ VE GÖREV TANIMLARINA DAİR YÖNETMELİK

Resmi Gazete Tarihi: 22.05.2014 Resmi Gazete Sayısı: 29007

İKİNCİ BÖLÜM

Temel İlkeler, İş ve Görev Tanımları ile Son Hükümler

Temel ilkeler

MADDE 5 –

c) Yanıltıcı, talep artırıcı ve kendilerini övücü tanıtım yapamaz, kampanya düzenleyemez ve hiçbir şekilde reklam yapamaz. Sadece isim, unvan, dal ve adreslerini tanıtabilirler.

10. AKUPUNKTUR TEDAVİSİ UYGULANAN ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARI İLE BU TEDAVİNİN UYGULANMASI HAKKINDA YÖNETMELİK

Yayımlandığı R. Gazete Tarihi: 17/9/2002 Sayısı: 24879

Reklam, Tanıtım ve Bilgilendirme

Madde 28- Sağlık kuruluşları çalışmalarına ticari bir görünüm veremeyecekleri gibi; insanları yanıltıcı, paniğe sevk edici, yanlış yönlendirici, benzer nitelikteki kuruluşlar ve çalışanları arasında rekabete yol açıcı davranışlarda bulunamazlar. Ancak, sadece sağlık kuruluşuna başvuran hastaların kullanımına yönelik olarak, temel olarak sağlığı geliştirici ve koruyucu nitelikte söz konusu sağlık kuruluşunun faaliyet gösterdiği alan ile ilgili sağlık sorunları, bu sorunlardan korunma veya sağlık sorunlarının kişide meydana getirdiği olumsuzlukların şahsi tedbirler aracılığı ile giderilmesi veya azaltılması hakkında bilgiler içeren eğitim materyali hazırlayabilirler.

Sağlık kuruluşları ve çalışanları, yukarıda açıklanan hususlara riayet etmek ve reklam, tanıtım, bilgilendirme niteliğindeki her türlü faaliyetleri için Müdürlükten izin almak zorundadır.

11. TİCARİ REKLAM VE HAKSIZ TİCARİ UYGULAMALAR YÖNETMELİĞİ

Resmi Gazete: 10.1.2015-29232

Tanımlar

MADDE 4 – (1) Bu Yönetmeliğin uygulanmasında;

n) Ticari reklam: Ticaret, iş, zanaat veya bir meslekle bağlantılı olarak, bir mal veya hizmetin satışını ya da kiralanmasını sağlamak, hedef kitleyi oluşturanları bilgilendirmek veya ikna etmek amacıyla reklam verenler tarafından herhangi bir mecrada yazılı, görsel, işitsel ve benzeri yollarla gerçekleştirilen pazarlama iletişimi niteliğindeki duyuruları,

MADDE 5 – (1) Reklamlar;

b) Kamu sağlığını bozucu nitelikte olamaz.

ç) Hasta, çocuk, yaşlı ve engellileri istismar edici ifade ya da görüntüler içere-
mez.

ğ) Hastaların tedavi öncesi ve sonrasına ait ifade ya da görüntüler içeremez.

Tanımlı reklamlar

MADDE 16 – (3) Reklamlarda; doktor, diş hekimi, veteriner hekim ve eczacılar ile sağlık kuruluşlarının bir mal veya hizmete yönelik sağlık beyanında bulunduğuna ilişkin ya da bu izlenimi uyandıran herhangi bir görüntü, beyan veya atfa yer verilemez.

Reklama ilişkin özel düzenlemesi bulunan mal veya hizmetler

MADDE 26 – (1) İlaçlar, beşeri tıbbi ürünler, tıbbi cihazlar, sağlık hizmetleri, gıdalar, takviye edici gıdalar, kozmetik ve temizlik ürünleri, tütün mamulleri ve alkollü içkiler gibi reklama ilişkin özel düzenlemesi bulunan mal veya hizmetlerin reklamları, ilgili mevzuatında yer alan reklam ve tanıtımla ilgili diğer hükümlere de uygun olmalıdır.

12. TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ DİSİPLİN YÖNETMELİĞİ

Resmi Gazete Tarih: 28/04/2004

İKİNCİ BÖLÜM

Disiplin Suçları ve Cezaları

Para Cezası

Madde 4- Para cezası, 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanununun 39 uncu maddesinin (b) bendinde belirtilen sınırlar dahilindeki paranın odaya ödenmesine dair verilecek cezadır.

b) Tanıtım kurallarına aykırı davranmak,

c) Her türlü iletişim mecrasında reklam amacına yönelik yazılar yazmak, yazdırmak veya açıklamada bulunmak yahut ortağı olduğu kuruluş veya şirket aracılığıyla bu anlamda reklam yapılmasını sağlamak,

d) Bireysel olarak veya yöneticisi oldukları dernekler ya da çalıştıkları kurumlar aracılığıyla ticari ürün veya hizmetin tanıtımında yer almak veya reklamına aracılık etmek,

e) El ilanları, tabelalar, basın ve benzeri yollarla meslektaşlar arası haksız, tıp dışı rekabete yol açacak duyurular yapmak,

13. HEKİMLİK MESLEK ETİĞİ KURALLARI

Ticari Amaç ve Reklam Yasağı

Madde 11-Hekim, mesleğini uygularken reklam yapamaz, ticari reklamlara araç olamaz, çalışmalarına ticari bir görünüm veremez; insanları yanıltıcı, paniğe düşürücü, yanlış yönlendirici, meslektaşlar arasında haksız rekabete yol açıcı

davranışlarda bulunamaz. Hekim, yayın araçlarıyla yapacağı duyurularda varsa, Tababet Uzmanlık Tüzüğü'ne göre kabul edilmiş olan uzmanlık alanını, çalışma gün ve saatlerini bildirebilirler. Tabela ve benzeri tanıtım araçlarının biçim ve boyutları yerel tabip odası tarafından saptanır.

14. ÖZEL SAĞLIK KURULUŞLARININ BİLGİLENDİRME VE TANITIM FAALİYETLERİ KONULU GENELGE T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı: 23824201/823/2013.5363.28015 / 15.8.2013

Konu: **Özel Sağlık Kuruluşlarının Bilgilendirme ve Tanıtım Faaliyetleri VALİLİĞİNE**

GENELGE 2013/15

İlgi: a) 11/11/2011 tarih ve 45208 sayılı 2011/59 Genelge, b) 14/11/2012 tarih ve 30185 sayılı 2012/41 Genelge.

Bilindiği üzere, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 24 üncü maddesi, "İcrayı sanat eden tabipler hasta kabul ettikleri mahal ile muayene saatlerini ve ihtisaslarını bildiren ilanlar tertibine mezun olup, diğer suretlerle ilan, reklâm ve saire yapmaları memnudur.". Tıbbî Deontoloji Nizamnamesinin 8 inci maddesi, "Tabiplik ve dış tabipliği mesleklerine ve tedavi müesseselerine, ticari bir veçhe verilemez. Tabip ve dış tabibi, yapacağı yayınlarda tababet mesleğinin şerefini üstün tutmaya mecbur olup her ne suretle olursa olsun, yazılarında kendi reklamını yapamaz. Tabip ve dış tabibi, gazetelerde ve diğer neşir vasıtalarında, reklam mahiyetinde teşekkür ilanları yazdıramaz.", 9 uncu maddesi, "Tabip ve dış tabibi, gazete ve sair neşir vasıtaları ile yapacağı ilanlarda ve reçete kâğıtlarında ancak ad ve soyadı ile adresini, Tababet İhtisas Nizamnamesine göre kabul edilmiş olan ihtisas şubesini, akademik unvanını ve muayene gün ve saatlerini yazabilir." ve 39 uncu maddesi, "Tabip ve dış tabibi, meslektaşlarının hastalarını elde etmeğe matuf hareket ve teşebbüslerde bulunamaz." hükümleri ile sağlık kuruluşları ve hekimler tarafından yapılacak olan bilgilendirme ve tanıtım faaliyetlerine ilişkin temel çerçeve belirlenmiştir. Bununla birlikte, özel sağlık kuruluşlarını düzenleyen yönetmeliklerde de Kanun ve Tüzük hükümlerine paralel olarak; sağlık kuruluşları tarafından, tıbbî deontoloji ve meslek etiği kurallarına aykırı, insanları yanıltan, yanlış yönlendiren, talep oluşturmaya yönelik doğruluğu bilimsel olarak kanıtlanmamış veya yerleşik tıbbî metot haline gelmemiş uygulamalara dayalı tanıtım yapılamayacağı belirtilmiştir. 1219 sayılı Kanun'un Ek 13 üncü maddesinde insan sağlığına yönelik geleneksel/tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin hekimlerce veya hekimlerin yönlendirmesiyle ilgili sağlık meslek mensubu tarafından Sağlık Bakanlığınca belirlenecek usul ve esaslara göre uygulanabileceği öngörülmüştür.

Söz konusu hukukî düzenlemelerle; insan sağlığının, ticarî unsur haline dönüştürülmesinin engellenmesi ve temel bir kamu hizmeti niteliği taşıyan sağlık hizmet-

tinin görülmesi sırasında kamu yararının korunması amaçlanmaktadır. Bu nedenle, mevzuatta belirtilen temel esaslara aykırı bilgilendirme ve tanıtım faaliyetinde bulunulması halinde, özel sağlık kuruluşlarına kanun ve ilgili yönetmelikler uyarınca yaptırımlar uygulanmaktadır. Bu noktada; bilgilendirme ve tanıtım faaliyetlerinin ilgili mevzuata uygun olarak yürütülmesi ve uygulamada birliğin sağlanması amacıyla, özel sağlık kuruluşları tarafından aşağıda belirtilen temel esaslara uyulması gerekmektedir:

1. Bilgilendirme ve tanıtım faaliyetleri, yürürlükteki mevzuat hükümlerine, genel ahlâka, tıbbî deontoloji ve meslek etiği kurallarına uygun ve doğru olarak yapılır.
2. Sağlık ile ilgili bilgilendirmeler, sadece konusunda yeterli bilgi ve tecrübeye sahip hukuken yetkili sağlık meslek mensupları tarafından yapılabilir.
3. İnternet sitelerindeki bilgilendirmenin, son güncelleme tarihi ile web sayfası editörüne ulaşılabilecek iletişim bilgileri açıkça belirtilir.
4. Bilgilendirme ve tanıtım maksadını aşan, örtülü ve/veya açık reklam yapılamaz/yaptırılamaz.
5. Bilgilendirme ve tanıtımlar, sağlık kuruluşlarının hasta tedavi ettiği uzmanlık dallarından başka hastaları kabul ve tedavi ettiği intibasını uyarıdır ve şekilde yapılamaz.
6. Bilgilendirme ve tanıtımlarda, hekim tarafından yapılsa dahi, doğruluğu bilimsel ve klinik olarak kanıtlanmamış ve yerleşik tıbbî metot haline gelmemiş, mevzuatla tıbbî işlem olarak tanımlanıp düzenlenmemiş tedavi ve yöntemler hakkında açıklamalara yer verilemez, bu metotlarla hastalıkların tedavi edildiği veya tedaviye yardımcı olduğuna dair ifadeler kullanılamaz.
7. "Hasta Taşıma Hizmeti Alımı" konulu 2011/20 sayılı Genelge'de belirtilen esaslar dışında ücretsiz servis ile ücretsiz muayene, ücretsiz checkup, ücretsiz sağlık taraması (göz, kemik, kanser vb.) kampanyaları düzenlenemez, benzeri faaliyetlerde bulunulamaz.
8. Sağlık kuruluşlarına başvuran kişilerin, hastalıkları ile ilgili olarak veya randevu tarihlerinin bildirilmesi dışında, kişilerin bilgi ve rızaları olmaksızın şahsî telefonları aranmaz, mektup, kısa mesaj ve elektronik posta gönderilemez.
9. Sağlık turizmi kapsamındaki tanıtım faaliyetlerinin özel sağlık kuruluşları

veya

özel sağlık kuruluşları adına tanıtım faaliyeti gösteren aracı kuruluşlar tarafından aşağıda belirtildiği şekilde yürütülmesi zorunludur:

- a) Tanıtımlar, tanıtım yapılacak ülke dili ve/veya İngilizce dilinde yapılabilir. Ülke içinde talep oluşturacak şekilde. Türkçe dilinde tanıtım yapılamaz.

b) Kuruluşun internet sitesinde, sağlık turizmi kapsamında sunulacak hizmetlere ilişkin bilgiler, detaylı ulaşım bilgileri ve fiyat listesinin son güncelleme tarihi belirtilerek ilan edilebilir.

c) Tanıtımlarda, yetkili olunmayan, ruhsat ve faaliyet izin belgesinde kayıtlı olmayan hizmetler ile meslekî ve etik kurallara aykırı, yanlış, yanıltıcı ve yurtiçindeki vatandaşlar için talep oluşturmaya yönelik bilgilere yer verilemez.

d. İnternet sitesi ve tanıtım gereçlerindeki sağlık ile ilgili bilgilendirmeler, alanında bilgi ve tecrübeye sahip hukuken yetkili sağlık meslek mensupları tarafından yapılır.

e. Tanıtımlarda; tedavi gören hastaların hikâyelerine, hasta mahremiyeti gözetilmek, hasta haklarına uygun olmak ve hasta onayının alındığını belgelendirmek kaydıyla yer verilebilir.

f. Yürürlükteki mevzuata göre ülkemizde uygulanması yasaklanmış veya izin verilmemiş olan tıbbî işlem ve uygulamalara tanıtımlarda yer verilemez.

İlgi Genelgeler yürürlükten kaldırılmıştır.

Keyfiyetin iliniz dahilindeki tüm özel sağlık kuruluşlarına tebliği ile sağlık kuruluşlarının yukarıda belirtilen esaslara uygun olmayan bütün tanıtım ve bilgilendirme faaliyetlerinin derhal durdurulması ve halka açık alanlarda bulunan ilanların ve tanıtıma yönelik tabelalarının kaldırılması hususunda uyarılması, uygulamanın kişi ve kuruluşların savunma hakkına riayet edilerek yürütülmesi ve konunun titizlikle takip edilerek işbu Genelge ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı fiilleri tespit edilenler hakkında ilgili mevzuatı çerçevesinde işlem yapılması hususunda gereğini önemle rica ederim.

Prof. Dr. Nihat TOSUN

Bakan a. Müsteşar

15. HEKİMLER İLE SAĞLIK KURUM VE KURULUŞLARININ ELEKTRONİK ORTAMLARDAKİ PAYLAŞIMLARINA İLİŞKİN KILAVUZ

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, Hekimlik Meslek Etiği Kuralları başta olmak üzere mevzuatın sağlık hizmetlerinde tanıtımın sınırlandırılmasına ilişkin düzenlemeleri gözetilerek aşağıdaki uygulama esasları belirlenmiştir.

Tüm sağlık kurum ve kuruluşları ile bütün hekimler bu ortamın kullanımında sağlık hizmetinin özelliği ve tıp mesleğinin saygınlığını dikkate alarak kendilerini bu ilke ve kurallarla bağlı sayarlar.

1. Hekimler, yürüttükleri mesleki faaliyete, sağlık kurum ve kuruluşları da sundukları sağlık hizmetine ilişkin tıbbi deontoloji ve meslek etiği kural-

larına uygun biçimde internet ortamında yer alabilirler. Bu konuda sosyal medya mecralarının kullanımı da aynı ilkelere tabidir.

2. Hekimler internet sitelerinde ad, soyad, adres, iletişim bilgileri, çalışma saatleri, 1219 sayılı Yasada belirlenmiş uzmanlık, yan dal uzmanlığı ve üniversite dışında kullanma hakkına sahip olduğu akademik unvan dışında bir isim ya da ibare kullanamazlar.
3. Sağlık kurum ve kuruluşları, ruhsatında kayıtlı isim dışında herhangi bir isim ya da ibareye yer veremez. Hangi branşlarda hizmet verildiğini, adresini, iletişim bilgilerini, çalışma saatlerini ve sağlık personelinin adını, soyadını, 1219 sayılı Yasada belirlenmiş uzmanlık, yan dal uzmanlığını ve üniversite dışında kullanma hakkına sahip olduğu akademik unvanını belirtebilirler.
4. Hekimler, internet sitelerinde "kişisel bilgiler" başlığı altında, aldığı eğitime, 1219 sayılı Yasada belirlenen uzmanlık alanında kazanılmış uluslararası yeterliliklerine/unvanlarına, bilimsel yayınlarına, bilimsel toplantılardaki konuşmalarına, düzenlediği toplantılara, ödüllere, yerli ve yabancı uzmanlık dernek ve kuruluşlarına üyeliklerine, idari ve danışmanlık görevlerine yer verebilirler.

Hekimler, meslek uygulamaları ile ilişkilendirmeksizin mesleki olmayan etkinliklerine de yer verebilirler.

5. Sağlığı koruyucu ve geliştirici nitelikte, toplumu bilgilendirmeye yönelik içerik paylaşılabilir. Doğruluğu bilimsel olarak kanıtlanmamış bilgilere yer verilemez. Verilen bilginin kaynağı ve son güncelleme tarihi belirtilmelidir.
6. Her bilgilendirme sayfasının altında "Sayfa içeriği sadece bilgilendirme amaçlıdır, tanı ve tedavi için mutlaka doktorunuza başvurunuz." ifadesi, en az diğer yazılarla aynı puntoda ve kolaylıkla fark edilebilir biçimde yer almalıdır. Günümüzde bilim çevrelerince kabul edilmiş bilgilere aykırı, hatalı ya da doğruluğu bilimsel olarak kanıtlanmamış bilgilere yer verilemez.
7. Tedavi edici sağlık hizmetine yönelik bilgiler içeren (ifade, yazı, fotoğraf, video, röportaj, haber vb.) öğelere hiçbir şekilde yer verilemez.
8. Hastaların sır kapsamındaki bilgileri hiçbir biçimde paylaşamaz. Hasta mahremiyetinin korunması için her türlü önlem alınır.
9. Hastaların tedavi öncesi ve/veya sonrasına ait görüntülerine ya da ifadelerine hiçbir şekilde yer verilemez. Ayrıca bu nitelikteki yayınlara link verilerek yönlendirme de yapılamaz.
10. Sağlık çalışanlarının, tedavi öncesi, sırası ve sonrasında hasta ve hasta yakınları ile birlikte görüntülerine yer verilemez.

11. Deontoloji kurallarına ve hasta haklarına uymayan, abartılı, insanları yanıltıcı, korku veya paniğe düşürücü, yanlış yönlendirici, gerçeğe aykırı ifadeler kullanılamaz.
12. Meslektaşlar ve/veya sağlık kurum ve kuruluşları arasında rekabete yol açan, hekimliğe ve sağlık kuruluşlarına ticari bir görünüm veren, reklam niteliğinde, kendilerini, sundukları hizmeti ya da sağlık kurum ve kuruluşunu öven, ön plana çıkaran, diğer sağlık kurum ve kuruluşları ile hekimleri kötüleyen ibarelere yer verilemez.
13. Hekim hakkında veya sağlık kurum ve kuruluşu ile burada görev yapan sağlık personeli hakkında, hastalara ait değerlendirmelere, görüş bildirimine, teşekkür ilanlarına yer verilemez.
14. Mesleki birlikler ve dernekler, bilimsel dergiler ile diğer mesleki kuruluşlara ait sitelere yönelik olanlar dışında yönlendirici link verilemez.
15. Muayenehane ve diğer sağlık kurum ve kuruluşlarının fiziki ortamı ile tıbbi cihaz veya donanımlara ilişkin ifade ve görüntüler kullanılamaz.
16. İnternet ortamında hasta bizzat muayene edilmeden, yöneltilen soruların yanıtlanması suretiyle tedavi önerilerinde bulunulamaz. Bu yolla hasta, belirli bir hekim ya da sağlık kuruluşuna yönlendirilemez.
17. İnternet ortamındaki siteler/forumlar kullanılarak hasta yönlendirilemez, aracılık faaliyeti yapmakta olan sitelere üye olunamaz, ticari kuruluşlardan bu nitelikte bir hizmet alınamaz.
18. Arama motorlarında internet sitesinin bulunabilir olması için hekimin veya sağlık kurum ve kuruluşunun ruhsatında yer alan bilgiler dışında anahtar kelimelere yer verilemez.
19. Herhangi bir ücret, kampanya ya da indirim bilgisine veya hizmetin ücretsiz olduğuna ilişkin ifadelere yer verilemez.
20. Tüm kurallar internet sitesinin yabancı dillerdeki görünümü için de geçerlidir.
21. Bu kılavuzda yer almayan durumlar, 1219 sayılı Kanun, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği hükümlerine göre değerlendirilir.
22. Burada belirtilen kuralların ihlal edilmesi halinde ilgili mevzuat doğrultusunda gerekli işlemler yapılır.

II. SAĞLIK ALANINDA REKLAM YASAKLARIYLA İLGİLİ DİĞER HUKUKSAL DÜZENLEMELER

1. İSPENÇİYARİ VE TIBBİ MÜSTAHZARLAR KANUNU

Kanun Numarası: 1262

Kabul Tarihi: 14/5/1928

Madde 1 - Kodekste muharrer şekil ve formül haricinde ve fenni kaidelere muvafık muayyen ve sabit bir şekilde yapılacak amilinin ismiyle veya hususi bir nam altında ticarete çıkarılan tababette müstamel her nevi basit ve mürekkep devai tertiplere ispençiyari ve tıbbi müstahzarlar ismi verilir.

Tabip reçetesiyle verilmesi meşrut olanlar ancak reçete mukabilinde ve diğerleri reçetesiz olarak münhasıran eczanelerle ecza ticarethanelerinde kanunu mahsusuna tevfi kanunla satılır. (Son cümle mülga: 23/02/1994 - 3977/4 md.)

Madde 13 - (Değişik madde: 04/01/1943 - 4348/1 md.)

Müstahzarları övme yolunda ve bunlara malik olmadıkları şifa hassaları atıf veya mevcut şifai tesirleri büyütme suretiyle sabit veya müteharrrik sinema filmleri, ışıklı veya ışiksiz ilan, radyo veya herhangi bir vasıta ile reklam yapılması memnurdur. Şu kadar ki, tarifname ve gazetelerde "...hastalıklarında kullanılması faydalıdır" şeklindeki ilanlara müsaade olunabilir. Ancak reçetesiz satılmasına müsaade edilmeyen müstahzarların tıbbi mecmualardan başka yerlerde reklamları yapılamaz. Reklam numunelerinin önceden Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaletince tasvip edilmeleri lazımdır.

Bir müstahzarın ilmi vasıfları hakkında hazırlanmış olan filimler Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaletinin müsaadesiyle ve tayin edeceği yerlerde gösterilebilir.

2. KOZMETİK KANUNU

Kanun Numarası : 5324

Kabul Tarihi : 24/3/2005

Kapsam

Madde 2- Bu Kanun, insan vücudunun epiderma, tırnaklar, kıllar, saçlar, dudaklar ve dış genital organlar gibi değişik dış kısımlarına, dişlere ve ağız mukozasına uygulanmak üzere hazırlanmış, tek veya temel amacı bu kısımları temizlemek, koku vermek, görünümünü değiştirmek ve/veya vücut kokularını düzeltmek ve/veya korumak veya iyi bir durumda tutmak olan bütün preparatları veya maddeleri kapsar.

3. BEŞERİ TIBBİ ÜRÜNLERİN TANITIM FAALİYETLERİ HAKKINDA YÖNETMELİK

Resmi Gazete Tarihi: 26.08.2011 Resmi Gazete Sayısı: 28037

Tanımlar

MADDE 4 – (1) Bu Yönetmelikte geçen;

a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

b) Beşerî tıbbi ürün/ürün: Biyolojik ürünler, enteral beslenme ürünleri, tıbbi mamalar, geleneksel bitkisel tıbbi ürünler ve immünolojik ürünler dâhil olmak üzere; hastalığı tedavi etmek ve/veya önlemek, bir teşhis yapmak veya bir fizyolojik fonksiyonu düzeltmek, düzenlemek veya değiştirmek amacıyla, insana uygulanan doğal ve/veya sentetik kaynaklı etkin madde veya maddeler kombinasyonunu,

İKİNCİ BÖLÜM

Beşerî Tıbbi Ürünlerin Tanıtım Faaliyetlerinin Kapsamı ve Esasları

Tanıtımın kapsamı

MADDE 5 –

(3) Beşerî tıbbi ürünlerin internet dâhil halka açık yayın yapılan her türlü medya ve iletişim ortamında program, film, dizi film, haber ve benzeri yollarla doğrudan veya dolaylı olarak topluma tanıtımı yapılamaz. Bakanlığın izni ile yapılan ve sağlık meslek mensuplarına ürünün pazara arz edildiğini duyuran gazete/dergi ilanları bu hükmün kapsamı dışındadır.

4. BEŞERİ TIBBİ ÜRÜNLERİN SINIFLANDIRILMASINA DAİR YÖNETMELİK

Resmi Gazete Tarihi: 17.02.2005 Resmi Gazete Sayısı: 25730

Tanımlar

Madde 4 — Bu Yönetmelikte geçen;

a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,

b) Beşerî tıbbi ürün/ürün: Hastalığı tedavi etmek ve/veya önlemek, bir teşhis yapmak veya bir fizyolojik fonksiyonu düzeltmek, düzenlemek veya değiştirmek amacıyla, insana uygulanan doğal ve/veya sentetik kaynaklı etkin madde veya maddeler kombinasyonunu,

c) Reçeteye tabi olan ürünler: Sadece reçete ile temin edilebilen beşerî tıbbi ürünleri,

d) Reçeteye tabi olmayan ürünler: Reçetelendirilmesine gerek olmaksızın doğrudan eczanelerden temin edilebilen beşerî tıbbi ürünleri,

İKİNCİ BÖLÜM

Sınıflandırma İlkeleri, Özel Reçeteye Tabi Ürünler, Kısıtlanmış

Reçeteye Tabi Ürünler, Reçeteye Tabi Olmayan Ürünler

Sınıflandırma

Madde 5 — Beşerî tıbbi ürünler Bakanlıkça ruhsatlandırılırken;

- a) Reçeteye tabi ürünler,
 - b) Reçeteye tabi olmayan ürünler,
- olarak sınıflandırılır.

Reçeteye Tabi Olma Kriterleri

Madde 6 — Beşeri tıbbi ürünler, aşağıdakilerden birisinin mevcudiyeti halinde reçeteye tabi olurlar:

- a) Doğru kullanılsalar bile, tıbbi gözetim altında kullanılmadıklarında doğrudan veya dolaylı şekilde sağlık açısından tehlike oluşturmaları,
- b) Sıklıkla ve yaygın olarak yanlış kullanılmaları ve bunun sonucunda insan sağlığı için doğrudan veya dolaylı şekilde tehlike oluşturmaları,
- c) İçerdiği madde veya formülasyonun hazırlanması açısından aktivitesi ve/veya advers etkilerinin daha fazla araştırma yapmayı gerektirmesi,
- d) Normalde parenteral olarak tatbik edilmeleri.

Reçeteye Tabi Olmayan Ürünler

Madde 12 — Bu Yönetmeliğin 6, 8, 9, 10 ve 11 inci maddelerinde belirtilen kriterleri karşılamayan ve bu hükümlere göre sınıflandırılmayan ürünler, reçeteye tabi olmayan beşeri tıbbi ürünlerdir.

5. TIBBİ CİHAZ YÖNETMELİĞİ

Resmi Gazete Tarihi: 07.06.2011 Resmi Gazete Sayısı: 27957

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç ve kapsam

MADDE 1 –(3) Bir cihaz 19/1/2005 tarihli ve 25705 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği kapsamına giren bir tıbbi ürünün uygulanması amacıyla üretilmiş ise, anılan cihaz bu Yönetmelik kapsamında değerlendirilir. Bu durum, tıbbi ürüne Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği hükümlerinin uygulanmasını engellemez.

(4) Bir cihaz, tıbbi ürün ile kombine halde tek bir ürün olarak piyasaya sürülüyorsa ve tek kullanımlık ise, bu tek ürün Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği hükümlerine tabidir. Bu durumda, tıbbi cihazın güvenlik ve performansı ile ilgili hususlar söz konusu olduğunda, bu Yönetmeliğin temel gereklerle ilgili Ek l’inde belirtilen hükümler uygulanır.

(5) Cihaz, insan vücudu üzerindeki işlevine yardımcı olması amacıyla, bir madde ile entegre olarak kullanılıyorsa ve bu madde cihazdan bağımsız olarak kullanıldığında Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği kapsamında tıbbi

ürün olarak kabul ediliyorsa, söz konusu cihaz bu Yönetmelik kapsamında değerlendirilir.

(7) Bu Yönetmelik;

c) 19/1/2005 tarihli ve 25705 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği kapsamına giren tıbbi ürünlere,

ç) 24/3/2005 tarihli ve 5324 sayılı Kozmetik Kanunu kapsamına giren kozmetik ürünlere,

uygulanmaz.

(8) Bir ürünün Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği veya bu Yönetmelik kapsamında olup olmadığına karar verilirken ürünün aslı fonksiyonuna bakılır.

(9) Bir cihaz imalatçısı tarafından gerek bu Yönetmeliğe gerekse 29/11/2006 tarihli ve 26361 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Kişisel Koruyucu Donanım Yönetmeliğine uygun olarak kullanılması amaçladığında, her iki yönetmelikteki temel sağlık ve güvenlik gerekleri de yerine getirilir.

6. TIBBİ CİHAZ SATIŞ, REKLAM VE TANITIM YÖNETMELİĞİ

BEŞİNCİ BÖLÜM

Reklam ve Tanıtım Faaliyetleri

Reklamın kapsamı

MADDE 15 – (1) Münhasıran sağlık meslek mensupları tarafından kullanılması veya uygulanması gereken cihazlar ile geri ödeme kapsamında olan cihazların, internet dâhil halka açık yayın yapılan her türlü medya ve iletişim ortamında program, film, dizi film, haber ve benzeri yollarla doğrudan veya dolaylı olarak topluma reklamı yapılamaz. Bakanlığın veya Kurumun izni ile yapılan ve sağlık meslek mensuplarına cihazın piyasaya arz edildiğini duyuran gazete/dergi ilanları ile satış merkezlerinin resmî internet sitelerinde yapmış oldukları cihaz bilgilendirmeleri bu hükmün kapsamı dışındadır.

(2) Münhasıran sağlık meslek mensupları tarafından kullanılması veya uygulanması gereken cihazlar ile geri ödeme kapsamında olan cihazlar dışında kalan cihazların reklamı yapılabilir.

(3) Yapılan reklamlar, 23/2/1995 tarihli ve 4077 sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun, 15/2/2011 tarihli ve 6112 sayılı Radyo ve Televizyonların Kuruluş ve Yayın Hizmetleri Hakkında Kanun ve ilgili diğer mevzuat hükümlerine uygun olmak zorundadır.

(4) Reklam verenler, reklamcılar ve mecra kuruluşları veya araçları bu Yönetmelikte belirtilen ilkelere uymakla yükümlüdür.

Reklamın temel ilkeleri

MADDE 16 – (1) 2 nci maddenin birinci fıkrasında belirtilen Yönetmeliklere uygun olmayan cihazların satışı ve reklamı yapılamaz. Ancak bu Yönetmeliklerin hükümlerine uygun olmayan cihazların, ilgili Yönetmelik hükümleri yerine getirilinceye kadar piyasaya arz edilemeyeceğini ve hizmete sunulamayacağını açık şekilde gösteren bir işaret taşımaları kaydıyla, ticarî fuarlar ve sergiler gibi yerlerde gösterimi engellenemez.

(2) Reklam faaliyetlerinde Bakanlığın ve bağlı kuruluşlarının adı, cihazın araştırmasına katılan sağlık kurum, kuruluş veya kişilerinin adları izinsiz kullanılamaz.

(3) Hastaya, kullanıcıya ve çevre sağlığına zarar verebilecek ve güvenliğini tehdit edebilecek şekilde herhangi bir reklam faaliyeti yapılamaz.

(4) Cihazların çekiliş, şans oyunları ve benzeri araçlarla reklamı yapılamaz.

(5) Haksız rekabete yol açacak veya kullanıcının çıkarlarına zarar verecek nitelikte ya da cihazların gerçeğe aykırı, yanıltıcı, abartılmış ya da doğruluğu kanıtlanmamış bilgiler vermek suretiyle reklamı yapılamaz.

1. SAĞLIK BEYANI İLE SATIŞA SUNULAN ÜRÜNLERİN SAĞLIK BEYANLARI HAKKINDA YÖNETMELİK

7 Haziran 2013 CUMA / Sayı: 28670

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1 – (1) Bu Yönetmeliğin amacı; sağlık beyanı ile satışa sunulacak ürünlerin sağlık beyanlarının incelenerek bu beyanlara izin verilmesi, izinsiz veya gerçeğe aykırı sağlık beyanı ile yapılan satışların denetlenmesi, gerektiğinde durdurma, toplama, toplatma ve imha iş ve işlemlerinin yapılması veya yaptırılması, izin ve sağlık beyanları yönünden bunların reklam ve tanıtımlarının denetlenmesi ve aykırı olanların durdurulması ile ilgili usul ve esasları belirlemektir.

Kapsam

MADDE 2 – (1) Bu Yönetmelik, sağlık beyanında bulunmak suretiyle satışa sunulan ürünlerin sağlıkla ilgili beyan işlemlerini kapsar.

(2) Beşeri tıbbi ürünler ve tıbbi cihazlar bu Yönetmeliğin kapsamı dışındadır.

İKİNCİ BÖLÜM

Sağlık Beyanlarına İlişkin Esaslar

Sağlık beyanlarını kullanmanın temel ilke ve esasları

MADDE 5 – (1) Ürünlere ilişkin özel mevzuat hükümleri saklı kalmak kaydıyla; sağlık beyanı ile tanıtım aşağıdaki esaslar çerçevesinde yapılır:

a) Bu Yönetmelik kapsamındaki ürünlerin, sağlık beyanı ile tanıtımının yapılabilmesi ve piyasaya arzı için iddia edilen sağlık beyanı hakkında Kurumdan izin alınması şarttır.

b) Sağlık beyanı içerisinde klinik çalışmalar ile ispatlanmamış bir ifadeye yer verilemez.

c) Ürünlerin tanıtımı, gereksiz kullanım ve beklenmeyen riskli durumlara neden olabilecek yanıltıcı, abartılmış veya doğruluğu kanıtlanmamış bilgiler içeren sağlık beyanları kullanılarak yapılamaz.

ç) Kurumun kullanımına izin verdiği sağlık beyanı metni dışında herhangi bir sağlık beyanı kullanarak ürün tanıtımı yapılamaz.

d) Ürünlerle ilgili yapılan sağlık beyanından ürün sahibi ile tanıtımcı müştereken sorumludur.

e) Ürünlerin sağlık beyanında tanıklığına başvuru alan kişinin tecrübesine dayanan hiçbir teşekkür, övgü, tavsiye veya onay ifadesine yer verilemez veya imada bulunamaz.

f) Toplum bilgilendirmek amacıyla, özellikle televizyon ve radyo programları olmak üzere çeşitli mecralarda, bilgisine başvuru alan kişilerin, bilgi verdikleri konudaki uzmanlıklarını akademik olarak kanıtlanmış olmaları, açıklamalarını bilimsel nitelikte bilgilerle ve mevzuata uygun olarak yapmaları zorunludur.

g) Tanıtımlarda, Bakanlığın veya Kurumun adı veya logosu kullanılamaz.

ğ) Sağlık beyanı içeren tanıtımda kurum veya kuruluş, kişi adı veya amblem, logo veya diğer özgün kurumsal kimlik unsurları, tüketicinin aldanmasına yol açacak şekilde kullanılamaz. Ürün araştırmasına katılan kurum, kuruluş veya kişilerin adları ve belgeleri izinsiz kullanılamaz.

h) Sağlık beyanı, bilimsel çalışmalardan yapılacak alıntılar, tablolar veya diğer görsel materyaller kullanılarak yapılacaksa, bilimsel çalışmanın aslına sadık kalınarak ve kaynakları tam olarak belirtilmek suretiyle kullanılır.

ı) Ürüne ait tanıtımın “tanıtım” olduğu açıkça anlaşılacak şekilde olmak zorundadır. Ürüne ilişkin tanıtım; haber, yorum, bilgilendirme, tavsiye ve benzeri öğeleri içeren bir mecrada yayımlandığında, “tanıtım” olduğu kolaylıkla algılanacak biçimde belirtilir.

i) Ürünün tanıtımında sağlık meslek mensuplarının tavsiyelerine atıfta bulunulamaz.

j) Ürüne ait tanıtımlarda sağlık meslek örgütleri ile sağlıkla ilişkili hayır kurumlarının tavsiyeleri veya bu örgütler ve kurumlar tarafından verilen desteklere yer verilmez.

k) Ürünün tanıtımında, ürünün kullanılmaması durumunda sağlığın olumsuz etkilenebileceğini ileri süren beyanlara yer verilemez.

1) Kurumun talebi hâlinde tanıtımcı, beş iş günü içerisinde ürün sahibi veya dağıtıcıya ilişkin unvan, vergi numarası, vergi dairesi bilgileri ile posta adresi ve iletişim bilgilerini Kuruma vermekle yükümlüdür.

Kozmetik ürünlerin tanıtımı

MADDE 7 – (1) Kozmetik ürünlerin tanıtımlarında;

a) Herhangi bir hastalığı tedavi etmek veya önlemek, tedavisine yardımcı olmak, teşhis etmek veya bir fizyolojik fonksiyonu düzeltmek, düzenlemek veya değiştirmeye ilişkin ibareler veya imalar,

b) Farmakolojik, immünolojik veya metabolik etkilerin sonucunda, fizyolojik fonksiyonları yenilediğini, düzelttiğini veya değiştirdiğini iddia eden veya ima eden beyanlar,

c) Beşeri tıbbi ürün etkisine atıfta bulunan beyanlar,

kullanılamaz.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Gıda ve Gıda Takviyelerine İlişkin Tanıtımlar, Denetim ve İdari Yaptırımlar

Gıda ve gıda takviyelerine ilişkin tanıtımlar

MADDE 11 – (1) Gıda takviyeleri ve gıdalara ilişkin sağlık beyanlarının izin işlemleri 29/12/2011 tarihli ve 28157 3 üncü mükerrer sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Türk Gıda Kodeksi Etiketleme Yönetmeliğinde yer alan hükümlere göre ilgili Bakanlık tarafından yerine getirilir. Gıda ve gıda takviyelerinin söz konusu Yönetmelikte belirtilen sağlık beyanı haricinde tanıtılması halinde Kurum, tanıtımı ve ürünün piyasaya arzını durdurma, toplama, toplatma, imha iş ve işlemlerini yapar veya yaptırır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Son Hükümler

Yürürlük

MADDE 13 – (1) Bu Yönetmelik yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 14 – (1) Bu Yönetmelik hükümlerini Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Başkanı yürütür.

2. KOZMETİK YÖNETMELİĞİ

Yayımlandığı R. Gazete Tarihi: 23/5/2005 Sayısı: 25823

Kapsam

Madde 2- Bu Yönetmelik, insan vücudunun epiderma, tırnaklar, kıllar, saçlar, dudaklar ve dış genital organlar gibi değişik dış kısımlarına, dişlere ve ağız mukozasına uygulanmak üzere hazırlanmış, tek veya temel amacı bu kısımları temizlemek, koku vermek, görünümünü değiştirmek ve/veya vücut kokularını düzeltmek ve/veya korumak veya iyi bir durumda tutmak olan bütün preparatlar veya maddeleri ile bunların sınıflandırılması, ambalaj bilgileri ve denetimlerine ilişkin esasları kapsar.

Tanımlar

Madde 4- Bu Yönetmelikte geçen;

Kozmetik ürün: İnsan vücudunun epiderma, tırnaklar, kıllar, saçlar, dudaklar ve dış genital organlar gibi değişik dış kısımlarına, dişlere ve ağız mukozasına uygulanmak üzere hazırlanmış, tek veya temel amacı bu kısımları temizlemek, koku vermek, görünümünü değiştirmek ve/veya vücut kokularını düzeltmek ve/veya korumak veya iyi bir durumda tutmak olan bütün preparatlar veya Maddeleri,

İç ve Dış Ambalajda Yer Alacak Bilgiler

Madde 10-...

Etiketlerde, ürünlerin satış için sergilenmesinde ve reklamlarında kullanılan metin, isimler, ticari marka, resim, figüratif desenler veya diğer şekiller, ürünlerin gerçekte sahip olmadıkları nitelikler varmış gibi kullanılamaz. Ayrıca, bu yönde imada bulunulamaz.

TIBBİ MALPRAKTİS

Dr. Sermet KOÇ

Malpraktis “mala”(kötü) ve “praxis”(uygulama) kelimelerinin birleşmesinden oluşup “hatalı, yanlış mesleki uygulama” anlamındadır. Ayrıca “bir meslek mensubunun, mesleğini uyguladığı esnada ortaya çıkan hatalı, kusurlu hareketleri” olarak da tanımlanabilir.

Tıbbi malpraktis (tıbbi uygulama hataları) Dünya Tabipler Birliği'nin 1992 yılında yapılan 44. Genel Kurulu'nda kabul edilen Marbella Bildirgesi'nde “hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar” şeklinde tanımlanmış; tıbbi bakım ve tedavi sırasında görülen ve hekimin hatası olmayan durumlardan (komplikasyon) ayırt edilmesi gerektiği vurgulanmıştır. TTB Hekimlik Mesleği Etik İlkeleri Madde 13'te “ Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeni ile bir hastanın zarar görmesi, hekimliğin kötü uygulanması ”, TTB Disiplin Yönetmeliği'nde ise “meslekte bilgi ve beceri yetersizliği, özen eksikliği, dikkatsizlik ve benzeri kusurlardan dolayı eksik ya da yanlış tanı ve tedavide bulunarak hastaya zarar vermek” olarak tanımlanmıştır (1).

Hukuksal kavramlar açısından malpraktis

Hekimlik, doğası gereği riskli bir meslektir. Hekim ve diğer sağlık personeli, hukuki anlamda “izin verilen risk” kavramı çerçevesinde çalışmalarını yerine getirirler. “İzin verilen risk”in tıbbi karşılığı “komplikasyon”dur. Tıbbın olağan kabul ettiği risk ve sapmaları çerçevesinde; her tıbbi girişimin doğabilecek istenmeyen olumsuz sonuçları, hekimi sorumlu kılmaz. Ancak, tıbbi yardımın özenle yürütülmesi zorunluluğu (özen borcu) vardır. Beklenen özen ise hiç kuşkusuz ilgili sağlık biriminin tıbbi olanakları ve tıbbi girişimin tehlikelilik derecesi ile orantılıdır. Hekim, tedavi sonucunda ortaya çıkacak riskten ancak kusurlu davranması (malpraktis) halinde sorumlu tutulabilir (2, 3).

Hukukta hasta-hekim ilişkisi, büyük ölçüde vekalet sözleşmesi olarak kabul edilir. Vekalet sözleşmesinde hekim tedavi güvencesi vermez ancak, hastanın sağlığını korumak ve düzeltmek için elinden geleni yapacağına, ona özen, içten bağlılık ve sadakat göstereceğine, tüm bilgi ve becerisini onun yararına kullanacağına, sırlarını saklayacağına, kayıtlarını düzgün olarak tutacağına, tedavisini sürdüreceğine dair güvence verdiği kabul edilir. Hekimin, tıbbi bakım süresince bu taahhütlerine sadık kalması beklenir (2, 3, 4).

Hekimlerin uymakla yükümlü olduğu mesleki ve etik kurallar, genel olarak yasal sorumluluklarının da esasını oluşturur. Hekimlerin mesleki uygulamalar sırasında gerekli özen içinde davranmaması ve bunun hasta zararına sonuçlanması halinde hukuksal bir durum ortaya çıkacaktır. Hekim sorumluluğunun yasal

anlamda söz konusu edilebilmesi için; hekimin fiilinin hukuka aykırı olması, bir zararın meydana gelmiş olması, bu zararın hekimin kusurlu bir davranışına bağlı olması ve fiil ile sonuç arasında nedensellik (illiyet) bağı bulunmasıkoşulları aranır. Böylece, meydana gelen suçlar ceza davalarının, haksız fiiller ise tazminat davalarının konusunu oluşturmaktadır (2, 3, 4).

Ceza hukuku (ceza davaları) açısından, malpraktislerin ağırlık derecesine göre farklı kavramlar ve cezai yaptırımlar söz konusudur. Tıbbi uygulama hataları hukuksal açıdan esas olarak “kast” değil, “taksir” kavramı kapsamında ele alınır. Malpraktislerin ağırlık derecesine göre; hastada taksirle yaralamaya yol açılması (Madde 85), taksirle ölüme yol açılması (Madde 85) ve kasten ölümün ihmali davranışla işlenmesi (Madde 83) durumu söz konusu edilebilir. Yasadaki tanımına göre, kişinin ön gördüğü sonucu istememesine karşın sonucun meydana gelmesi halinde “taksir” vardır. Hekimin; öngörülmesi gereken sonucu öngöremeyişi “*basit taksir*”, sonucu öngörmesine karşın kendine güvenerek aktif ya da pasif tutumla olumsuz sonuca yol açması “*bilinçli taksir*” olarak kabul edilmektedir. Tıbbi uygulama hatalarının büyük çoğunluğu, öngörülmesi gerekirken öngörülemeyen, hukuken “*basit taksir*” olarak nitelendirilen hatalardır. Sağlık mesleği mensuplarının, esas olarak bilinçli taksirle hareket ettiği düşünülmez. Çünkü bilinçli taksirde, müdahaleyi yapan hekim, ağır bir kusurla hareket edecek, olumsuz sonucu öngörmesine rağmen fiili işleyecektir. Olağan koşullarda hiçbir hekimden meslek ve etik dışı hareket etmesi beklenmez. Bununla birlikte, elbette istisnaların olması kaçınılmazdır. Bilinçli taksirde, basit taksire oranla daha ağır ceza ön görülmüştür (2, 3, 4).

Doğallıkla, asıl amacı sağlık olan bir uygulamada kasti bir davranış, tıbbi bir uygulamanın doğasına aykırıdır. Kasten öldürme suçunun, tıbbi uygulamada yeri yoktur. Bu bağlamda, konu ile ilgili olarak “ötenazi” kavramı düşünülebilir. Ötenazi ile ilgili olarak ülkemizde halen yasal bir düzenleme yapılmamış olması, başlı başına önemli bir sorundur (5).

Kastın, ihmali bir davranışla gerçekleşmesi halinde “olası kast” tanımı kullanılmaktadır ki; bu tanımın tıbbi uygulamalar açısından geçerli olabileceği kabul edilmektedir. Örneğin; bir sağlık kuruluşunda görev yapan hekimin durumu acil olan hastaya müdahale etmemesi, görev yerinde bulunmaması ve benzeri örnekler bu kapsamda tartışılmaktadır (4).

Hekimler uygulamada, cezai açıdan olduğu kadar, özel hukuk açısından da artan sayıda “tazminat davası” ile karşılaşmaktadır. Özel Hukuk'ta her türlü kusur, haksız fiil sayılır ve kusurlu olduğu saptandığında, hekim bu zararı ödemekle yükümlüdür. Tazminat davası olarak bilinen bu davanın açılması ve zararın ispatı ise, Borçlar Kanunu'nun 41. ve 42. maddesi uyarınca davacı, hasta ya da yakınına düşer.

Hekimlerin cezai ve hukuki sorumlulukları dışında, görev yaptığı kurumlarda disiplin yönünden idari sorumlulukları, meslek odaları ilgili olarak da mesleki-etik sorumlulukları söz konusudur (6).

Mevcut TCK'da geçmemekle birlikte eski TCK'da bulunan aşağıdaki kavramlar, içerik olarak "malpraktis" kavramı kapsamında önemini korumaktadır:

Dikkatsizlik veya Tedbirsizlik: "Dikkatsizlik" yapılmaması gerekeni yapma; "tedbirsizlik" önlenebilir bir tehlikenin önlenmesinde gösterilen kusurluluğu ifade eder. Hekim açısından, ülkenin sağlık koşulları esas alınarak, tanı ve tedavide göstermesi gereken dikkati göstermemiş, önlemlerini almamış olmasıdır. Hekimden beklenen, aşırı bir dikkat göstermesi ve önlem alması değil, normal bir dikkat göstermesi ve tedbir almasıdır.

Meslekte Acemilik: Hekimin, mesleği veya uzmanlığı ile ilgili olarak kabul edilmiş olan klasik bilgileri bilmesi, benimsemesi ve buna uyması zorunludur. Kendisini, ülke tıbbının gelişmesi düzeyinde yetiştirmesi gerekir. Aksine nedenlerle doğan hatalar, meslekte acemilik olarak kabul edilir ve hekime bir sorumluluk getirir.

Yasa, Emir ve Yönetmeliklere Uymama: Konu ile ilgili her türlü yasa, yönetmelik ve idari kuralı kapsar.

Bu bağlamda, genel tıp ve uzmanlık alanlarının yazılı kuralarının; örneğin, "meslekte yeterlilik"(board) kurallarının, günümüzde önem kazandığı kabul edilebilir (7, 8).

Tabip Odası Onur Kurulu ve Yüksek Onur Kurulu uygulamaları açısından ilgili mevzuat

Tabip odası onur kurulu ve Yüksek Onur Kurulu uygulamalarında tıbbi uygulama hataları ile ilgili olarak Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, TTB Hekimlik Mesleği Etiği Kuralları, TTB Kanunu ve TTB Disiplin Yönetmeliği belgelerinin ilgili maddelerine başvurulmakta ve gerekçeler bu belgelere dayandırılmaktadır. Bunlardan 28.4.2004 tarih, 25446 sayılı TTB Disiplin Yönetmeliği'nde malpraktisle ilişkili durumlar ağırlık derecesine göre 3 maddede ele alınmıştır:

1) Geçici Olarak Meslekten Alıkoyma Cezası (Madde 5): Geçici olarak meslekten alıkoyma cezası, meslek uygulamasından 15 günden 6 aya kadar süreyle alıkonulmadır. Meslekten geçici olarak alıkoyma cezası alanlar, bu süre dolmadan Türkiye'nin hiçbir yerinde özel sağlık kuruluşu açamaz ve resmi veya özel herhangi bir yerde mesleğini uygulayamaz.

Geçici olarak meslekten alıkoyma cezasını gerektiren malpraktisle ilgili durum 5.maddenin "p" bendinde yer almaktadır.

"p) Meslekte bilgi ve beceri yetersizliği, özen eksikliği, dikkatsizlik ve benzeri kusurlardan dolayı eksik ya da yanlış tanı ve tedavide bulunarak hastaya kalıcı zarar vermek."

2) Para cezası (Madde 4): Bu maddenin özellikle "t" fıkrasında orta derecede kusurlar öngörülmüştür. Bazı olgularda "r", "s" ve "u" fıkraları da geçerlilik kazanabilir;

t) Sonuçta hastanın ölümüne, sakatlığına sebep olmayıp da sağlığının kısa süreli geçici bozulmasına yol açan tıbbi hata ve ihmalde bulunmak,

r) Acil durumlar dışında özel bilgi ve beceri gerektiren girişimlerde bulunarak hastaya zarar vermek,

s) Hastanın aydınlatılmış onamını usulüne uygun almaksızın tıbbi girişimde bulunmak,

u) Adli vakaların muayenesinde ve rapor tanziminde gerekli özeni göstermemek.”

3) Uyarma (yazılı ihtar) Cezası (Madde 3): Bu maddede “hekimin mesleğini uygularken daha özenli tutum ve davranışlar içinde olması gereken” durumlar öngörülmüştür. Tıbbi uygulamalardaki nitelik ve ağırlık itibarıyla hafif nitelikteki kusurlar bu kapsamda düşünülebilir.

Malpraktis türleri:

Tıbbi uygulama hataları tanı, tedavi hataları ve diğer hatalar olmak üzere üç grupta incelenebilir. Aynı vakada tek veya birden fazla hata söz konusu olabilir.

1) Tanı hataları

Ameliyat öncesinde, esnasında veya daha sonra yapılan tetkiklerde, tanı koyma sürecinde yapılan hatalar nedeni ile hastanın zarar görmesi söz konusudur. Tanı koyma sürecinin gecikmesi, bilimsel olmayan, güncelliğini yitirmiş, eksik yöntemlerle hatalı tanı konulması veya tanı konulamaması, testin uygulanmasında yapılan hatalar sonucu hastaya zarar verilmesi bu kapsamdadır.

2) Tedavi hataları

İlaç uygulamalarında doz ya da yöntem hataları, tedavinin geciktirilmesi, tedavi seçiminde yöntem hatası, ameliyat ya da işlemin uygulanmasında hatalar, gereksiz veya uygun olmayan tedaviler, postoperatif takibin uygunsuz ya da yetersiz yapılması bu kapsamdaki örneklerdir. ABD’de en sık malpraktis örneklerinin ilaç uygulamalarında doz ya da yöntem hataları olduğu bildirilmiştir. Tıbbi hataların içinde, transfüzyon hataları, cerrahi yaralanmalar, hastane infeksiyonları, hastanın hastane içinde düşürülmesi, yanlış taraf cerrahileri ve kimlik hatalarının da bulunduğu dikkat çekilmiştir. Bir hastalık açısından risk taşıyan kişilerde koruyucu tedavinin uygulanmaması, yanlış ya da eksik profilaksi uygulanması da tedavi ile ilişkili hatalardandır.

3) Diğer hatalar

Tanı ve tedavi dışında; bu süreci olumsuz etkileyen etkenlere, iletişimde yetersizliğe bağlı hatalar, kullanılan ekipman yetersizliğine bağlı hatalar, sistem yetersizlikleri (hizmet kusuru) örnek verilebilir (9) .

Tıbbi uygulama hatalarına yol açan etkenler

- Tıbbi hataların kökeninde, hekim ve diğer sağlık personelinin tıbbi bilgi beceri, deneyim, sorumluluk duygusu, karar verme ve kendini yenileme (hizmet içi eğitim) gibi bireysel yetersizliklerinin yanı sıra; altyapı ve fiziki koşulların yetersizliği, iletişimde başarısızlık, ekip-ekipman yetersizliği gibi sorunların da rolü büyüktür.
- Malpraktis, hekimin görev ve sorumlulukları açısından; “yapılmaması gerekeni yapma” türü davranışları kapsadığı kadar; “yapılması gerekeni yapmama” şeklindeki tıbbi yaklaşımlarda da ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda “yapılmaması gerekeni yapma” türü davranışlara örnek olarak; son yıllarda sık karşılaşılan, neredeyse olağanlaşan, sağlıkta “performans” amaçlı olarak yapılan, tıbbi endikasyonu bulunmayan gereksiz muayene, laboratuvar ve tedavi uygulamaları verilebilir. Hastaya uygulanan gereksiz işlemlerin, sonuçta hasta sağlığında görünürde bir bozulmaya yol açmasa bile, bedenine yapılan bir müdahale olduğu ve bu durumun hukuken “haksız fiil” niteliği taşıyacağı açıktır.

Öte yandan, son yıllarda sağlıkta sigorta koşullarının ve cezai yaptırımların ağırlaşması, hekimlerin yapılması gereken tedavileri yapmama, kaçınma yaklaşımlarına (“çekinik tıp”, “defansif tıp”) yol açmıştır. Bu nedenle hastanın zarar görmesi malpraktis olarak nitelendirilecektir.

- Malpraktisin meydana gelmesinde olgunun niteliği, rastlanma sıklığı, olumsuz sonuca yol açma sıklığı, olumsuz sonucun erken fark edilebilme, engellenebilme özelliği, tedavi koşulları önem taşır. Rutinde sık karşılaşılan, her uzmanın kolaylıkla değerlendirebileceği olgu türleri ile daha az rastlanılan, komplike, riskli olgularda; malpraktis açısından aynı yaklaşım gösterilmeyecektir. Bununla birlikte, sık rastlanılan ve uygulanan bazı tedaviler açısından da olağan dışı risk faktörlerinin varlığı olguyu komplike ve riskli hale getirebilir. Bu tür farklı etkenler daha sonra bilirkişi ve yargı kararlarını doğallıkla etkilemektedir. Örneğin; bir pratisyen hekimin, kendisinden başka hekimin bulunmadığı bir ilçede ve zor koşullarda zor bir doğuma müdahale etmek zorunda kalması ve bu durumda ortaya çıkan olumsuzlukların hekim açısından daha anlayışlı karşılanacağını ve lehine değerlendirileceğini söyleyebiliriz.
- Hekimin söz konusu girişim ve tedavilerle ilgili olarak bir yetkinlik belgesinin (uzmanlık belgesi, sağlık bakanlığı veya uzmanlık alanlarınca kabul edilen sertifikalar,..) bulunup bulunmadığı, bu uygulamanın izin verilmiş uygun ortamlarda yapıp yapılmadığı gibi hususlar önem taşır. Örneğin, bir cerrahın ruhsatsız, uygun olmayan bir ortamda yaptığı ameliyatta ortaya çıkan bir olağan komplikasyon gerçekte malpraktis niteliğinde olmadığı halde, şikayet ve tespiti halinde malpraktis olarak kabul edilecek ve hekimi sorumlu duruma getirecektir.

Bir cerrahi veya klinik tedaviden esas olarak “uzman hekim” sorumludur. Ancak bir ekip içerisindeki her kişi, kendi mesleki görevleri kapsamında ortaya çıkan olumsuzluklardan sorumlu tutulabilir. Tedaviden sorumlu uzman hekim, ayrıca yardımcılarının neden oldukları hatalardan da (uzmanlar açısından asistan dahil), olaydaki kişisel veya idari rolü ölçüsünde sorumludur. Bir sağlık kurumunun ve görev yapan hekimlerin sorumlulukları yasal ve idari düzenlemelerle yakından ilişkilidir. Örneğin, bir hastanede mesai dışı konsültasyon, icap, sevk gibi görevler belli kurallar çerçevesinde yürütülür. Bu kurallardan hastaların olumsuz etkilenmesi, kişisel olmasa bile kurumsal bir problemin varlığını gündeme getirebilir, hukuki olarak idareye dönük karar ve yaptırımlarla sonuçlanabilir. Örneğin, bir hastanede yeterli sayıda uzman ve donanım bulunmaması nedeni ile kabul edilmeyen acil hastaların, sevk sürecinde zarar görmesi bu kapsamda ele alınabilir.

- Bazı malpraktis olguları, uzman olsun veya olmasın tüm hekimlerin karşılaşılabileceği türden olgulardır. Genel hekimlik uygulamaları, kuralları çerçevesinde yapılan hatalar, örneğin; yanlış enjeksiyon uygulamaları, yanlış ilaç seçimi, ilaçların hatalı doz ve sürede kullanımının önerilmesi, ilaçların yan etkisi gözlemlenmeden yapılan uygulamalar,...örnek olarak verilebilir.

Bazı malpraktis olguları ise, bir uzmanlık alanı veya rutin dışı özel nitelikli bir girişimle ilgilidir. Bunlar genellikle ameliyat hataları ile tanı veya tedavi amaçlı girişimlerden kaynaklanmaktadır. Yapılacak bir cerrahi işlemin, her uzman tarafından mutlaka bilinmesi ve dikkat edilmesi gereken, o uzmanlık alanında yapılacak cerrahi girişime özgü kuralları vardır. Bazı girişimlerin her uzman tarafından risksiz bir şekilde yapılması beklenir. Örneğin, cerrahların belirli bir ameliyatta belli bazı damar ve sinirlere zarar verilmesi kural dışıdır ve doğrudan hata olarak kabul edilir. Bazı girişimlerde ise; hemen her uzman kaçınmakla birlikte, yapılan girişimin doğası gereği bazı risklerle (komplikasyon) karşılaşabilir. Ameliyat sırasında, önceden ihtimal olarak düşünülse de tespit edilemeyen, ameliyat sırasında ortaya çıkan bulgular veya komplikasyonlar nedeni ile ameliyat sınırlarının genişletilmesi ihtiyacı doğabilir. Hatta bu komplikasyonlar, bazen hiçbir şekilde ön görülemeyen sürpriz bulgu veya olaylarla da ilişkili olabilir. Örneğin, yapılan bir ameliyatta daha önceden bilinmeyen damarsal varyasyon veya he-manjiomun kanaması, bazen kanama kontrolünü zorlaştırabilir ve hasta zarar görebilir veya hatta kaybedilebilir. Bu tip durumların tek başına malpraktis olarak kabul edilmesi düşünülemez.

- Komplikasyon- malpraktis ayrımı hukuki ve tıbbi bakımdan tartışmalı bir konudur. Uzmanlık alanları ve uzmanlık dernekleri açısından neyin komplikasyon, neyin hekim hatası olduğu ile ilgili önemli çalışmalar yürütülmüş ve bazı kuralların benimsenmiş olmasına rağmen doğallıkla her olgunun kendine özgü niteliklerinin olacağı, bilirkişilik açısından dikkatli bir şekilde incelenmesi gerektiği açıktır.

Bir komplikasyon veya malpraktise neden olan olaylar, sadece ameliyat süreci ile sınırlı düşünülmemelidir. Bir cerrahi uygulamanın hazırlık süreci, ameliyat aşaması veya ameliyat sonrası takip sürecinde, önceden tahmin edilsin veya edilmesin, bazı komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Bu durumda hekim, ortaya çıkan bu komplikasyondan sorumlu tutulamaz. Ancak hekim, komplikasyonların uygun bir şekilde yönetilmesinden sorumludur. Komplikasyonlarla ilgili olarak, önlemlerin önceden alınmış olması gerekir. Başlangıçta bir komplikasyon olarak başlayan durum, sürecin iyi yönetilememesi ile malpraktis niteliğine de dönüşebilir. Örneğin; ameliyat sırasında veya postoperatif süreçte ortaya çıkan komplikasyonların izleminde yapılan ihmal veya hatalar, uygun olmayan taburcu ve sevk gibi işlemler malpraktis oluşmasına yol açabilir.

Bir uzmanın kendisine güvenerek, kabul edilmiş kurallara aykırı bir risk alarak hareket etmesi (bazı önemli tetkikleri yapmamış olması, yüksek riskli hastalarda ki uygulamalar vb.) hastanın zarar görmesine yol açmış ise, yapılan işlem malpraktistir.

- Hekim; tanı, tedavi ve takip eden süreçte, kontrol muayeneleri açısından hastasına standart bir yaklaşım göstermek durumundadır. Bu sorumluluk, tedavi süreci sonlanıncaya kadar devam eder. Herhangi bir aşamada ortaya çıkan değişik nedenlerle (iş-görev paylaşımı, izin, hastalık,..) ve ancak bir başka hekim tarafından üstlenilmesi ile ortadan kalkabilir.
- Her uzman, kendi alanı ile ilgili tüm tanı ve tedavi yöntemleri konusunda yetkin ve deneyimli olmayabilir. Bu durumda şeklen hak sahibi dahi, olsa kendisini yeterli görmüyorsa; acil zorunluluklar dışında bazı işlemlerden kaçınması, hastayı o konudaki deneyimli bir meslektaşına yönlendirmesi, kendi sınırlarını bilerek hareket etmesi gerekir. Sonuçta önemli olan, hasta yararı ve güvenliğidir.
- Malpraktis davalarında, bir hekimin daha önce de benzer hataları olduğunun bilinmesi, bilirkşi ve yargı kararlarını etkilemektedir.

Hastaların tanı, tedavi ve kontrol sürecinde ortaya çıkan problemler komplikasyon niteliğinde ve hekim bu sürecin standart olağan görevlerini yerine getirmiş ise, sorumlu tutulamaz. Ancak, bu süreçte ortaya çıkan yakınmalarda (komplikasyon) eksik hatalı bir tutum sergilemiş ise, örneğin; ilaçların yan etkisi vb bulguları önemsememiş (benzer koşullarda görev yapan konu ile ilgili başka bir uzmanın da rahatlıkla dikkatini çekmesi beklenen), gerekli tetkik ve konsültasyonlarda bulunmamış ve bu nedenle hasta bir zarar görmüş ise, hekim sorumluluğu da ortaya çıkacaktır.

- Bazı olgularda, komplikasyonlar çok açık değildir veya maskelenmiş olabilir. Bu durumda, yine benzer koşullarda görev yapan konu ile ilgili başka bir uzmanın da tespit edemeyeceği türden problemlerle ilgili olarak, hekimi sorumlu tutmak doğru olmayacaktır. Burada dikkat edilmesi gereken husus, hekimin çalışma koşullarıdır. Birbirinin hemen hemen

aynısı olan olgularda; donanımlı bir üniversite veya hastanede çalışan hekim ile, çok zor ve güç koşullarda tek hekim olarak ilgilenmek durumunda olan kişinin sorumluluğu da aynı olmayacaktır.

- Uygulamada, özellikle ceza ve tazminat davalarında en sık söz konusu edilen hususlar, hastanın aydınlatılmış onamı ile ilişkilidir. Hekimin, hastaya uygulayacağı tedavi ve ameliyat hakkında bilgi vermesi ve iznini alması zorunludur. Aydınlatılmış onamın hazırlanmasındaki sorumluluk, tedaviyi uygulayacak hekime aittir. Tedaviden sorumlu hekimin, hastasını yapılacak tedavi ve muhtemel sonuçları konusunda yeterince aydınlatması ve ameliyat gibi önemli girişimler öncesinde yazılı iznini alması esastır.
- Multidisipliner yaklaşım gerektiren olgularda sorumluluktan kaçınma, malpraktise yol açan nedenlerden biridir. Trafik kazası, yüksekten düşme, fiziksel saldırı, cinsel saldırı, zehirlenmeler ve birçok adli olayda, vücutta birden fazla uzmanlık alanını ilgilendiren zararlar meydana gelmektedir. Bu tür durumlarda, ilgili branşlardan uzmanların olaya birlikte veya olgunun özelliğine göre belli bir sıra ile müdahalesi ve sorumluluk alması gerekir. Acil tedavi sonrası hastanın yaşamsal fonksiyonlarının yakın takibi gerekiyorsa yoğun bakımda monitörize edilerek izlenmesi ve durumu stabilize edildiğinde en uygun klinik tarafından takip edilmek üzere servise alınarak tedavinin sürdürülmesi uygundur (5).

Adli olgulardaki sorumluluklar

Hastanın muayene, tanı ve tedavisi kadar, tıbbi belge ve adli raporların zamanında ve eksiksiz düzenlenmesi, saklanması da hekimlerin önemli bir sorumluluğudur. Tıbbi belgelerin ve adli raporların okunaksız ve düzensiz olması, rapor tekniğine uyulmadan yazılmış olması; uzun süreli, güvenilir bir arşiv sisteminin bulunmaması ya da bu belgelerin sorumlu hekim dışındaki kişiler tarafından hazırlanması sık yapılan; ancak ciddi yanığı ve sorunlara yol açan olumsuz örneklerdir.

Ateşli silah yaralanması, kesici delici alet yaralanması gibi kişinin üzerinde izler, kanıtlar oluşturan olgularda, alet izlerinin olduğu giysiler atılmaz, kişiye veya yakınlarına verilmez. Bu giysilerin ve olayla ilgili olabilecek kanıt niteliği taşıyan materyalin kolluk yardımı ile kontamine edilmeden kurutularak bez torbalara konulması ve adli emanete alınması gerekir.

Travma olgularında en sık göz ardı edilen, atlanılan hususlardan birisi, olguların entoksikasyon açısından değerlendirilmemesidir. Adli olgularda genel bir kural olarak, kişilerin gecikmeden alkol, uyuşturucu vb. madde entoksikasyonu açısından muayenelerinin yapılması; gerektiğinde kan, idrar vb. örneklerin uygun bir teknikle alınarak kolluk yardımı ile laboratuvara gönderilmesi gerekir. Hastanın ilk başvurusu sırasında entoksikasyon veya entoksikasyon şüphesi açısından yapılacak işlemler, yalnızca adli amaç değil; daha öncelikli olarak, hastanın tedavisinin daha doğru, etkili bir şekilde yapılabilmesi için de bir zorunluluktur.

Bu husus, olguların daha sonra ölümle sonuçlanması halinde kesin ölüm nedeninin belirlenmesi açısından da önem taşır.

Ölümlerle sonuçlanan olgularda, yalnızca travmatik olduğu bilinen olguların değil; hastalıklara bağlı olduğu düşünülmeyle birlikte, kesin ölüm nedeni bilinmeyen veya tanı ve tedavi konusunda bir belirsizlik bulunan olguların da “adli” olarak değerlendirilmesi, ölü defin izni verilmesinden kaçınılarak adli makama bildirilmesi gerekir. Bu olgularda tıbbi belgelerin onaylı uygun bir örneğinin adli makama verilmesi, adli ölü muayenesi ve otopsi sürecine önemli katkıda bulunacaktır (7, 10).

ONUR KURULU KARAR ÖRNEKLERİ

Örnek Karar 1 (Tıbbi hata)

Sağ dizde menisküs tanısı ile hastaneye yatırılan, sol dizinden ameliyat edildiğinin fark edilmesi üzerine yeniden ameliyata alınarak sağ dizinden ameliyat edilen hastanın şikayeti üzerine Oda Onur Kurulu, Dr. K...’in TTB Disiplin Yönetmeliği’nin 4/t maddesinde belirtilen “sonuçta hastanın ölümüne, sakatlığına sebep olmayıp da sağlığının kısa süreli geçici bozulmasına yol açan tıbbi hata ve ihmalde bulunmak” eylemini gerçekleştirdiği kanaatine varılmakla para cezasıyla cezalandırılmasına karar vermiştir.

Örnek Karar 2 (Tedavi hatası, etkisiz tedavide ısrar, konsültasyon istememe)

İki kez acil polikliniğe başvurmasına rağmen beyin kanaması tanısı konulmaması nedeniyle şikayet edilen hekim hakkında onur kurulu “hastanın ilk başvurusundan 2 gün sonra benzer şikayetler ile tekrar aynı merkeze başvurduğu ve Dr. N... tarafından muayene edildiği, ilk başvuruda uygulanan tedavinin sonuç vermemesine karşın ikinci başvuru sonucunda da aynı tedaviye devam edildiği, ilk başvuruda uygulanan tedavinin sonuç vermemesi dikkate alınmayarak ileri tetkik yapılmadığı ve ilk akla gelmesi gereken serebral hadise düşünülmeyerek farklı tıp disiplinlerinden görüş alınmadığı anlaşıl原因 olarak, benzer şikayetler ile hastanın ikinci kez başvurusuna karşın Dr. N...’ın aynı tedavide ısrar etmesinin tıbbi bir hata ve ihmali ve hastaya karşı özensizlik olarak kabul edildiği, Dr. N...’ın tıbbi hata ve ihmalinin, özensizliğinin hastanın teşhisinde ve tedavisinde gecikmeye yol açtığı, bu fiili ile Dr. N...’ın Tıbbi Deontoloji Tüzüğü’nün 13/1. maddesini ihlal ettiği ancak, ortaya çıkan hemiparezinin anevrizma ile ilgili olduğu, anevrizmanın ise aslında hastada önceden beri var olduğu, bu nedenle anevrizmayla ilgili gelişen hemiparezi ile teşhisin gecikmesi ve tedavinin erken yapılamaması arasında neden-sonuç bağının kurulamayacağı gerekçesiyle, Dr. N...’ın teşhisindeki hatanın hastalığın seyrinde ve şiddetindeki etkisinin belirlenememesi nedeniyle Dr. N...’ın TTB Kanununun 39. Maddesi gereği para cezası ile cezalandırılmasına” karar vermiştir.

Örnek Karar 3 (Meslekte bilgi ve beceri yetersizliği, özen eksikliği, konsültasyon alınmaması)

Şikayetçi X..., eşi Y...'in ameliyatı öncesi yapılan tetkiklerde her iki akciğerinde metastaz olarak değerlendirilen multipl nodul bulunduğu halde, Dr. A...'ın bu durumu göz ardı ederek eşini ameliyata aldığını, bu nedenle eşine meme kanseri tanısının koyulmasının ve tedavisinin başlamasının 4 ay geciktiğini, bu durumun ameliyat sırasında atlanmaması gerektiğini belirtilerek doktor hakkında gerekli disiplin işleminin yapılmasını istemiştir.

Onur Kurulu Hasta Y...'e dar kanal+lomber disk hernisi+spondilozitezis tanısıyla cerrahi işlem kararı verilmesine yönelik ameliyat öncesi rutin tetkikler sırasında hastanın her iki akciğerinde metastaz olarak değerlendirilen multipl nodül tespit edildiği ancak bu konuyla ilgili herhangi bir işlem yapılmadığı, cerrahi, onkoloji, göğüs hastalıkları vb. branşlardan görüş sorulmadığı, Dr.A...'ın gerekli tıbbi prosedürleri izlemeden hastayı ameliyata aldığı, hastanın kanser tedavisinin başlamasında gecikmeye neden olduğu, bu eylemi ile TTB disiplin yönetmeliğinin 5-p maddesini ihlal ettiği Dr. A...'ın eylemine karşılık uygulanacak cezanın ağırlığı, eylemin niteliği, hekimin daha önce herhangi bir disiplin cezası almamış olması birlikte değerlendirilerek Türk Tabipler Birliği Kanunu'nun 39. maddesi, TTB Disiplin Yönetmeliği'nin 7. maddesi uyarınca takdiren para cezası ile cezalandırılmasına karar vermiştir.

Örnek Karar 4 (Komplikasyonun erken tespit edilmesi, ameliyat sonrası takipte yetersiz kalınması ve hastanın erken taburcu edilmesi)

Hasta Y... tarafından yapılan başvuruda; Özel ... Hastanesi'nde rahim ameliyatı olduğunu, hastanede kaldığı 48 saat boyunca büyük abdestini yapamadığını 4 kez lavman yapıp büyük abdestini yapamamasına karşın bir genel cerrahi uzmanının değerlendirilmesinin sağlanmadığı, 2 gün sonra bu haliyle taburcu edildiğini, aynı gün saat 18.30 sıralarında yüksek ateş, şiddetli karın ağrısı ve halsizlik şikayetiyle hastaneye tekrar gittiklerini, bir başka hastaneye sevk edildiğini, kendilerine rahim ameliyatı sırasında kalın bağırsağın hasar gördüğünün, bu nedenle enfeksiyon geliştiği ve septik şoka girdiğinin söylendiğini, 26 gündür yoğun bakımda olduğunu belirterek şikayetçi olmuştur.

Onur Kurulu; Y...'nin ameliyat endikasyonunun bulunduğu, ameliyat öncesi hazırlığın yeterli olduğu, yapılan TAH+BSO operasyonunun büyük ameliyatlarda kategorisinde olduğu ve birçok riski barındırdığı, bu konuda hastanın bilgilendirilerek onamının alındığı ve onamları hastanın imzaladığı, ameliyat sırasında bağırsak perforasyonu geliştiği, bu tür ameliyatlardan sonra bağırsak perforasyonu gelişmesinin komplikasyon olarak kabul edildiği, komplikasyon nedeniyle hekime kusur yöneltilemeyeceği, Dr. ... hasta ve yakınlarının erken taburcu olmak istediklerini ve ısrar ettiklerini ifade etmekle birlikte bununla ilgili yazılı bir belgenin bulunmadığı, hasta için var olan ek risklerle birlikte değerlendirildiğinde ameliyattan sonra 2 gün sonra taburcu edilmesinin kabul edilemez bir süre olduğu, taburculuk anında hastanın klinik durumu ile ilgili bir tespit, bulgu ve bilginin dosyada yer almadığı, taburculuk anında yapılmış olan laboratuvar

inceleme sonuçlarının bulunmadığı, dosyada taburculuk formunun bulunduğu, bu formda hekim muhalefetine rağmen taburcu edildiğini gösterir bir kaydın düşülmediği, tüm bu bilgiler birlikte değerlendirildiğinde, hastanın ameliyattan sonra yaşadığı sağlık sorunlarının komplikasyon olarak kabul edildiği, bu nedenle hekime kusur yöneltilemeyeceği, ancak ortaya çıkan komplikasyonun daha erken tespit edilmesi için gerekenin yapılmadığı, ameliyat sonrası takipte yetersiz kalındığı, hastanın çok erken taburcu edildiği, tüm bu uygulamaların kusurlu hekimlik uygulaması olduğu, ancak hastanın şikayetleri ile hastaneye tekrar başvurusundan sonra komplikasyonun teşhis edildiği ve tedavisinin yapılabileceği ileri sağlık merkezine gecikmeksizin sevk edildiği, Dr. K...'in gerek sevk sürecinde ve gerekse de sevk sonrası hastasını takip ettiği dikkate alınarak kusurlu hekimlik uygulaması nedeniyle Dr. K...'in Türk Tabipleri Birliği Kanununun 39. maddesi gereğince para cezasıyla cezalandırılmasına karar vermiştir.

Örnek Karar 5 (Endikasyonsuz ameliyat; Hastaya kalıcı zarar verme)

X..., eşi Y...'nin guatr hastası olduğunu, ... Hastanesi'nde tetkikler yaptırdığını, ve ameliyat olması gerektiği söylenerek eşinin ameliyata alındığını, ameliyattan çıktıktan sonra guatr yerine karından ameliyat edildiğini gördüklerini, kendilerinden ameliyat öncesi guatr ameliyatı için para alındığını, safra kesesi ile ilgili bir söz geçmediğini, hastane başhekimisi ve diğer yetkililerin yapılan yanlış ameliyat nedeniyle özür dilediklerini, ancak insan sağlığının özür ile geri gelmediğini, bu nedenle ilgili hastaneden ve yanlış ameliyat yapan doktordan şikayetçi olduğunu belirtmiştir.

Tabip Odası Onur Kurulu; ameliyatlar ile ilgili tüm sorumluluğun, ameliyatı gerçekleştiren genel cerrahi uzmanında ve yapılacak olan ameliyata göre hastayı değerlendirerek ameliyata onay veren veya vermeyen, hastanın sağlık durumu ve yapılacak ameliyata göre ameliyat öncesi hazırlık yapan ve ameliyatta da anestezi uygulayan anestezi ve reanimasyon uzmanında olduğu, tiroid operasyonu amacıyla hastaneye yatan Y...' ye safra kesesi ameliyatı yapıldığı, hastanın endikasyonu olmayan bir operasyon geçirdiği, hata ile yapılmış da olsa endikasyonsuz operasyonun kusurlu tıbbi uygulama olduğu, kusurun sorumluluğunun operasyonu gerçekleştiren Dr. H...'de ve ameliyat öncesi hastayı uygun bir biçimde değerlendirmeyen Dr. G...'da olduğu gerekçesiyle kusurlu fiilleri nedeniyle Dr. H... ve Dr. G...'nın Türk Tabipleri Birliği Kanununun 39. maddesi gereğince para cezası ile cezalandırılmasına karar vermiştir.

Yüksek Onur Kurulu adı geçen hekimlerin sabit bulunan endikasyonu olmadığı halde hastayı opere etme eyleminin hastaya kalıcı zarar verme niteliğinde olduğu gözetilerek disiplin işlemi tesis edilmesi gerekirken, aksi şekilde verilen Dr. G... ve Dr. H...'in para cezasıyla cezalandırılmasına ilişkin Onur Kurulu kararının bozulmasına oybirliğiyle karar verilmiştir.

Örnek Karar 6 (Tanı ve tedavi hatası)

Eczacı E..., basit bir vaginal enfeksiyon için doktor seçmeden gitmiş olduğu Özel ... Hastanesi'nde, vaginal enfeksiyon için bir reçete beklerken, bir şekilde tıbbi gerekçelerle ikna edilerek, bir hafta içinde elzem testler ve incelemeler yapılmadan TOT + sistorektosel operasyonlarına alındığını, bu operasyonlar sonucunda, o zamana kadar, hiç bir sorun ve şikayeti olmadığı cinsel ilişki sırasında dayanılmaz acılar oluştuğunu, düzeltme amaçlı yapılan diğer girişimlerin de sonuç vermediğini, hiç yoktan hasarlı bir vaginayla, cinsel ilişkiye devam edemez bir hale sokulmuş olarak ortada bırakıldığını, görüştüğü başka hastanelerdeki jinekologların, bu girişimler için ameliyatın son kademe olduğunu (öncelikle birkaç aşamalı testler sonrası eğer gerekiyorsa ilaç tedavisi ve başka alternatif işlemlerin yapılmasının doğru yol olduğunu) vurguladıklarını, ayrıca her idrar kaçırmanın aynı sebepten oluşmadığı, sebeplere göre tedavi şekilleri bulunduğu, ameliyat kararının bu ön testler yapılmadan alınmasının çok yanlış bir yaklaşım olduğunu belirttiklerini, sistorektosel ameliyatını yapan Dr. M... ve Dr. S...'den şikayetçi olmuştur.

Tabip Odası Onur Kurulu hasta E' nin Özel ... Hastanesi'nde üriner inkontinans tanısı ile TOT, kolporafi anterior ve posterior operasyonu olduğu, "üriner stres inkontinans" teşhisinin anamneze dayalı olarak konulduğunun anlaşıldığı, fizik muayene bulgularında ise pelvik organ prolapsusuna ait muayene notunun bulunmadığı, yapılmış olan operasyonun endikasyonunu gösterecek tıbbi kanıtların bulunmadığının anlaşıldığı, diğer yandan konulan teşhis doğrultusunda tedavi için ameliyat dışı yöntemlerin kullanılmasının uygun olacağı, hastanın bu konuda bilgilendirilmesi ve tercihin hastaya bırakılmasının gerektiği ancak bunların yapılmadığının anlaşıldığı, operasyondan sonra "vajinal stenozis" geliştiğinin anlaşıldığı, bu tip ameliyatlardan sonra belli bir oranda stenozisin geliştiğinin görüldüğü ve bu durumun komplikasyon olarak kabul edildiği, ancak vajinal stenozisin tedavisi için yapılanların uygun olmadığı, bu nedenle başarı sağlanmadığı ve sağlık durumunda düzelme yapmadığı, aksine ek sorunlara neden olduğu, bu fiiller ile Prof. Dr. S... ve Op. Dr. M...' in Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 13. ve 14. maddelerini ihlal ettikleri ve kusurlu oldukları gerekçesiyle kusurlu fiilleri nedeniyle Türk Tabipleri Birliği Kanununun 39. maddesi gereği para cezası ile cezalandırılmalarına karar vermiştir.

Örnek Karar 7 (Ameliyattan sonraki takipteki yetersizlik, komplikasyonun önceden farkına varılmaması)

X..., eşine ... Özel Hastanesi'nde hatalı ameliyat yapıldığını ve bu hata düzeltilmek yerine oyalandığını belirterek Dr. F... ve adı geçen hastaneden şikayetçi olduğunu ifade etmiştir.

Bilirkişi görüşünde; safra peritonitine bağlı postoperatif ileus geliştiği, hekimin hastaya dosyadan görüldüğü kadarıyla postoperatif 5. günde tetkikleri yaptırmış olduğu, bu anlamda müdahalede bir gecikmenin söz konusu olduğu, batın içi kolleksiyonun zamanla artması ile klinik tablonun kötüleştiği ve 4. günden itibaren ateş yüksekliği, hipotansiyon ve O₂ satürasyon düşüklüğü ile septik şok tab-

losu ve akabinde gelişen akut böbrek yetmezliğinin eklendiği, devam eden anti-biyoterapiye rağmen lökositozun da mevcut olduğu, daha önce bir görüntüleme ve laboratuvar tetkik incelemesi yapılmış olsa hastanın daha erken dönemde reoperasyonu ve klinik tabloya, organ yetmezliğine gitmeden müdahale şansının mümkün olabilirmiş gibi görüldüğü, laparoskopik kolesistektomi sonrası bu ameliyatın olası komplikasyonlarından birisi olan safra fistülü geliştiği, ameliyattan sonraki takiplerinde ise bir yetersizlik olduğu, bu komplikasyonun daha önceden farkına varılmadığı kanaati bildirilmiştir.

Onur Kurulu; ameliyattan sonraki takipteki yetersizlik olduğu ve komplikasyonun önceden farkına varılmadığının anlaşıldığı gerekçesiyle şikayet edilen Dr. F...’nun TTB Disiplin Yönetmeliği’nin 5/p (Meslekte bilgi ve beceri yetersizliği, özen eksikliği, dikkatsizlik ve benzeri kusurlardan dolayı eksik ya da yanlış tanı ve tedavide bulunarak hastaya kalıcı zarar vermek) maddesi uyarınca 1 ay süreyle geçici olarak meslekten men cezası ile cezalandırılmasına karar vermiştir.

Örnek Karar 8 (Komplikasyonun tespit edilememesi, doğru yönetilememesi)

Özel Tıp Merkezinde safra kesesi ameliyatı esnasında; trokarların yerleştirilmesinden sonra hastanın tansiyonun ani düşmesi ile ameliyata ara verilip resüsitasyona başlanmasına rağmen hastanın kaybedilmesi üzerine yapılan soruşturmada; **Adli Tıp Kurumu tarafından** düzenlenmiş otopsi raporunda, kişinin ölümünün sağ iliak arter yaralanmasından gelişen iç kanama sonucu meydana gelmiş olduğu belirtilmesi üzerine;

Onur Kurulu: “yapılan laparoskopik safra kesesi operasyonunda meydana gelen sağ iliak arter yaralanmasının bir ameliyat komplikasyonu olduğu, ancak bu komplikasyonun genel cerrahi uzmanı Dr. AA tarafından fark edilemediği ve sürecin doğru yönetilemediği, sonuçta hastanın kaybedildiği gerekçesiyle Dr. AA’nın Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği’nin 5/p maddesi gereğince 3 ay süreyle geçici olarak meslekten men cezasıyla cezalandırılmasına” karar vermiştir.

Örnek Karar 9 (Özensizlik)

Ateşli silah yaralanması nedeniyle yapılan ameliyattan 1 ay sonra devam eden karın ağrısı nedeniyle başvurduğu başka bir hastanede batında yabancı cisim (spatula-mala) saptanması nedeniyle yapılan soruşturma sonucunda;

Onur Kurulu: “ameliyat sırasında kullanılan alet vb. cisimlerin vücut içinde bırakılmasının hastaya karşı özensizlik olduğu, bu özensizlikten ameliyat ekibinin başı olan Dr. AA’nın sorumlu olduğu gerekçesiyle Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliğinin 4/t maddesi gereğince para cezası ile cezalandırılmasına” karar vermiştir.

KAYNAKLAR

- 1- Sayek F. Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler 1. Baskı. Ankara. TTB Yayınları. 1998.
- 2- Aşcıoğlu C. Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar, Doktorların Devletin ve Özel Hastanelerin Sorumluluğu (Cezai ve Hukuki). Ankara: Tekişik Ofset Tesisleri; 1993.
- 3- Ayan M. Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk. Ankara: Kazancı Kitap Ticaret A.Ş.;1991.
- 4- Savaş H. Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2009.
- 5- Koç S. Adli Tıbbi Açından Malpraktis ve Hekim Sorumluluğu. “Toraks Cerrahisi Bülteni- Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Özel Sayısı” içinde. Arda B. Ed., 2014, 5/1: 14-22.
- 6- Çelik, F. Cerrahin Yasal Sorumlulukları, <http://www.istabip.org.tr/genel/15.asp>
- 7- Koç S. Yasal Düzenlemeler Çerçevesinde Hekim Sorumluluğu (Editöryel), Türkderm 2007: 41. 33-38.
- 8- Koç S. İstanbul Tabip Odası'na Başvuran Tıbbi Uygulama Hataları. “Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi” içinde. G. Çetin, C. Yorulmaz. Ed., İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No: 48, 2006: 70-81.
- 9- Çoltu, A. Tıbbi Uygulama Hataları. “Tıp Hukuku, Tıbbi Uygulama Hataları, Av. Dr. Hasan Çankaya anısına” içinde. Koç S. Ed. Birinci basım, İstanbul Tabip Odası Yayınları, İstanbul, 2012: 24-33.
- 10- Koç S, Can M. Ölüm Kavramı ve Ölü Muayenesi. “Birinci Basamakta Adli Tıp” içinde. Koç S, Can M. Ed., Golden Print, TTB İstanbul Tabip Odası Yayınları, İstanbul, 2010, 18-37.

NOT: Bu yazı, yazar tarafından konu ile ilgili yukarıda belirtilen daha önceki basılmış yayınları esas alınarak hazırlanmıştır.

TIBBİ MÜDAHALENİN HUKUKA UYGUNLUĞU AÇISINDAN AYDINLATILMIŞ ONAM SÜRECİ ve HASTA ÖZERKLİĞİNE SAYGI

Dr. Nüket ÖRNEK BÜKEN

Giriş

Tıbbi müdahale kişinin vücut bütünlüğüne yönelik (bedensel ve ruhsal) ehliyetli kişilerce tıp bilgi ve tekniğine uygun olarak, bir eksikliğin giderilmesi amacıyla yapılan uygulamalardır. Tıbbi müdahale; teşhis, tedavi, rehabilitasyon, koruma, estetik amaçlı olabilir. Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğu'nun koşulları; yetkili kişilerce yapılmış olması, kanunen öngörülmüş amaçlara yönelik olması, tıp biliminin genel kabul görmüş ilke ve kurallara uygun yapılması –kanıta dayalı tıbbi uygulamalar olması- ve **hastanın aydınlatılmış onamının alınmış olmasıdır**.

Hekim-hasta ilişkisinin belirleyicileri; doktorların ve hastaların beklentilerinin yanı sıra, doktorun görev ve sorumlulukları, aydınlatılmış onam alma süreci ve söz konusu tıbbi uygulamanın etik ve yasal standartlara uygun olup olmadığıdır. Bu ilişkide; hekim-hasta etkileşiminin amaçları, hekimin zorunlulukları, hastanın değerlerinin rolü ve hastanın özerkliği kavramı oldukça önemlidir.

Aydınlatılmış onam sürecinin uygun şekilde işletilmesi (bilgilendirme, verilen bilgilerin alındığından/anlaşıldığından emin olma, kişinin yeterliğini değerlendirme, özgür karar verme olanaklarını değerlendirme, gönüllülüğünü değerlendirme ve onamını yazılı ya da sözlü olarak alma) sağlık çalışanlarının etik ve hukuki sorumluluğudur.

Hekimlik eylemleri ile ilgili olarak, hem Dünya Hekimleri Birliği hem de Türk Tabipleri Birliğinin etik kodlarında ve bildirgelerinde tanımlandığı gibi, Türk hukuk mevzuatındaki birçok kanun, yönetmelik ve tüzükte de tıbbi müdahalelerde aydınlatılmış onam alınmasıyla ilgili hükümlerin yer aldığı görülmektedir.

Başta hekimler olmak üzere tüm sağlık çalışanları tarafından bu etik gerekliliğin ve ilgili yasal düzenlemelerin bilinmesi, yetkili kurum ve kuruluşlar tarafından da konuyla ilgili eğitimlerin gerçekleştirilmesi, alanda karşılaşılabilecek sorunların önüne geçilmesi açısından yararlı olacaktır.

Bu bağlamda önce bazı tanımlar yapılarak hasta özerkliği ve özerkliğe saygı bağlamında aydınlatılmış onam süreci değerlendirilecek, sonra da Türk Tabipleri

Birliği Yüksek Onur Kuruluna yansımış bazı vaka örnekleri ile, bu konuda sık rastlanılan durumlar tanımlanmaya çalışılacaktır.

Özerklik Kavramı, Hasta Özerkliğine Saygının Önemi ve Kliniğe Yansımaları

Özerklik, bireyin özgür ve bağımsız olarak kendi başına düşünebilme, kendi hakkında karar verebilme ve bu karara dayanan bir eylemde bulunabilme yeterlik ve yetkinliğidir. Özerklik insan oluşu ile ilgili temel niteliklerden biridir. Bu nitelik bir insanda açık bir biçimde var olmadığı zaman bile varoluşsal bir olasılık olarak bulunduğu kabul edilir. İnsan olmanın önemli öğelerinden biri olarak özerklik, tüm insan haklarının da temel dayanağıdır. Özerkliğe saygı ilkesinin geçirdiği süreç hasta haklarının gelişimine koşut olmuştur.

Özerklik kavramı her biri içerik yönünden birbirini tamamlayan üç öge içermektedir. Bunlar; “özerk birey”, “özerk seçim” ve “özerk eylem” öğeleridir (1).

- **Özerk birey;** kendi değer, inanç ve yaşam hedeflerini koruyarak, koşullara uygun biçimde, akılcı-özgür eylem ve seçimde bulunabilen bireydir. Bu niteliklere sahip olan bir birey, seçimini yaparken; kararını biçimlendiren, yönlendiren, baskılayan herhangi bir gücün etkisinden uzak kalabilir, gerekirse buna karşı koyabilir
- **Özerk seçim;** bireyin, kendi yeterlik ve özgür koşulları içinde akılcı karar ve eylemlerini belirlerken yapmış olduğu seçimdir
- **Özerk eylem** ise özerk bireyin, özerk seçimde bulunarak ortaya koyduğu eylemdir. Amaçlı, bilinçli, istekli eylemi tanımlamaktadır. Özerk eylem, baskı, zorlama, aşırı etkileme ve hileden uzak tutulmalıdır (1).

Tibbin başta gelen amacı, özerkliği sınırlayıcı etkenlerin başında gelen “hastalık” olgusunu engellemek, olanaklar ölçüsünde iyileştirmek ve ortadan kaldırmaktır. Kişi hasta olduğunda özerkliği azalmakta, yeterli bilgiye sahip olmadığından seçme özgürlüğü de sınırlandırılmış olmaktadır. Genellikle hastanın yetersiz olduğu düşünülerek, sözde onların yararlarının korunduğu aldatıcı görünümü altında hastalara haksızlık yapılabilmektedir. Hekimin görevi bireyin özerkliğini zayıflatan hastalığı tedavi ederek, aydınlatarak onun özerkliğini yükseltmeye çalışmak olmalıdır. Tıp etiği açısından yapılan değerlendirmelerde bu ilkeyi yalnızca hastanın özerkliği açısından ele almak doğru değildir. Özerklik hekimin, üçüncü kişilerin ve genel olarak toplumun özerkliği açısından da ele alınmalıdır. Hemen her etik sorun bir ya da daha çok kişinin özerkliğiyle ilintilidir. Çözüm için ortaya konulan öneriler ise her zaman, herkes için özerkliği aynı oranda koruyamaz, ancak buna olabildiğince yaklaşmak, tıbbi etik sorunların çözümünde temel kaygımız olmalıdır (1,2).

Sağlık uğraşlarında ve biyomedikal araştırmalarda “özerkliğe saygı ilkesinin yaşama geçirilmesi, sağlık çalışanlarının başta gelen yükümlülüklerinden biri olmalıdır. Bu ilke hastayı ya da biyomedikal araştırmalarda deneği dikkatli biçimde dinleme, sorularını yanıtlama, hastalığına ya da yapılacak araştırmaya ilişkin bilgileri aktarma ve sonuçta bu bilgiler ışığında, hastanın kendi “özerk” seçim ve eylemine olanak tanımayı amaçlamaktadır (1,2).

Özerklik, bilişsel ve istençsel yetilerle yakından bağıntılıdır. Bilişsel ya da istençsel yetilerin birinde ya da her ikisinde birden bir bozulma ya da tümüyle ortadan kalkma söz konusu olursa özerklik de azalır veya kaybolur. Özerklik yaşamın her döneminde azalabilir ya da yok olabilir; bilinç kaybı, bazı ruh hastalıkları ya da yaşlılık gibi durumlar söz konusu olabilir. Kimi insanlarsa, yaşamlarının tümünde özerklikleri olmaksızın yaşarlar; örneğin, ağır zekâ geriliklerinde durum böyledir. Eğer özerkliğe saygı ilkesi temel bir etik ilke olarak kabul ediliyorsa, özerkliğin geçici olarak bozulduğu durumlarda onu onarmak ahlaki açıdan öncelik taşımak durumundadır. Eğer özerklik bir gereklilikse onu olanaklı kılan yetilerin tedavisi de bir gerekliliktir Kuşkusuz olanaklar ölçüsünde hastanın özerkliğini kullanma yeterliliğinin ortadan kalktığı durumlarda (akıl hastalığı, koma vb.) hasta adına karar verme durumunda kalan sağlık çalışanları tıbbi kararları hasta özerkliğinin göz ardı edilmeyeceği şekilde almalıdırlar. Tıbbi karar ne kadar hastanın yararına olursa olsun, mutlaka hastanın özerkliğine saygı gösterilerek alınmış olmalıdır. Hekimin sahip olduğu tıbbi bilimsel ve teknik bilgiyi, hastaya karşı belli bir otoriter tutum geliştirmek üzere kullanması etik açıdan haklı çıkarılamaz. Bu nedenle “özerkliğe saygı ilkesinin en önemli koşullarından biri “hastayı bilgilendirmektir. Bir bireyin özerk kararlar alıp, uygulamalar yapabilmesi için, içinde bulunduğu durumla ilgili bilgiye sahip olması gerekir. Hekimin ve sağlık ekibinin görevi bu bilgiyi hastaya vermek ve onu aydınlatmaktır.

Aydınlatılmış Onam

Genel anlamda “onam” (consent) sözcüğü ilk kez hukuk alanında; yasal açıdan geçerli kararlar verebilme yaşını dile getirmek anlamında kullanılmıştır. Onamın bugünkü kavramsal çerçevesiyle kullanılması ise, aydınlanma döneminin, paternalizme karşı, insanın özerkliğine saygıdan yana olan söylemine dayanmaktadır. Ancak, kavramın bu bağlamdaki içeriği, doğrudan bireyin kendisi ile ilgili değildir; daha çok toplumsal düzenlemelere katılma anlamındadır. Sonuç olarak, onam kavramının günümüzdeki içeriğinin, çağdaş tıp etiğine bağlı olarak belirlendiği söylenebilir. Genel etik terminolojisinde yer almayan onam ve “aydınlatılmış onam” (informed consent) kavramları tıp etiği bağlamında ele alınacak olursa onam, kişinin kendisine uygulanacak tıbbi tanı ve tedavi yöntemlerini kabul ya da reddetmesi; aydınlatılmış onam ise, bu kabul ya da reddetme eyleminin, kişiye konuyla ilgili olarak verilen bilgiye dayanması anlamına gelmektedir.

Tıp etkinliğinde “aydınlatılmış onam” terimi temel olarak iki öğeyi içermektedir. Terimin aydınlatma bölümü; uygulanacak yöntemin kapsamını, yapısını, yararlarını, olumsuz sonuçlarını, bu yöntemle seçenек oluşturabilecek öteki yöntemleri ve bunların yapısal ve sonuçsal özelliklerini kapsamaktadır. Onam bölümü ise, bu aydınlatmanın ışığında kabul ya da reddetme eylemini içermektedir; söz konusu eylemin, yeterliği olan kişi tarafından özgürce usavurularak yapılması temel koşuldur. Bu bağlamda aydınlatılmış onam, yeterliği olan bir kişinin kendisine uygulanacak tıbbi yöntemle ilişkin kararını, bu yöntemle ve ona seçenек olan öteki yöntemlerle ilgili aydınlatıcı bilgi aldıktan sonra, hiçbir baskı altında kalmaksızın özgürce usavurularak vermesi biçiminde tanımlanabilir.

Kişinin, tıbbi tedavi ve araştırma girişimine geçerli onam vermesi konusunda bilgilendirmeyle ilgili olarak birkaç on yıl önce geliştirilen standartlar, bilginin açıklanmasına ve gerekli olan anlamanın derecesine bağlıdır. Bu bağlamda "makul kişi standardı" günümüzde de işlevsel durumdadır. Uygulanacak yöntem ya da girişimle ilgili açıklama, potansiyel yararları ve önemli riskleri göz önünde tutabilecek mantıklı bir kişinin karar verebilmesi için gereksindiği bilgiyi kapsadığı ölçüde elverişli sayılmaktadır. Bu yaklaşım, az çok nesnel olma değerine sahiptir, ancak bireysel gereksinimler tarafından belirlenen spesifik konuların kimi durumlarda, bu tür nesnel standartlara uygulanmasının olanaksız oluşu nedeniyle "subjektif standart" ın özgünlüğünden yoksundur.

Yukarıda dile getirilen kavramsal çerçevede, aydınlatılmış onamın temel özelliğinin özerkliğe dayalı olduğu söylenebilir. Özerklik ise, gerek karar verme, gerekse eylemde bulunma anlamında olsun, temel olarak gönüllülük ve yeterlik öğelerini içermektedir. Yasalar tarafından zorunlu kılınan, moral değerler ve etik belgelerde insan onuruna saygının bir göstergesi olarak değerlendirilen gönüllülük, hastanın kendisi için uygun gördüğü kararın uygulanmasına izin vermesi demektir. Gönüllülüğün ortadan kalktığı ya da engellendiği durumlarda özerklik bozulmuş olmaktadır. Gerçekte bir hukuk terimi olan yeterlik (medeni ehliyet) ise, hastanın karar verme sürecine katılma yeteneğini dile getirmektedir. Tıbbi kararlar verme konusundaki yeterlik, ekonomik ya da hukuksal kararlar verme konusundaki yeterlikten farklıdır. Bu nedenle, bazı ruh hastalıklarında ve demansta yeterliğin tümüyle ortadan kalktığı söylenemez. Çoğu yazar, tedavi kararlarına katılmak için gereken yeterliğin, kişinin içinde bulunduğu durumu, önerilen tedavileri, bunların yararlarını ve olası zararlarını anlama yeteneğine bağlı olduğunu dile getirmektedir.

Yukarıda sayılan öğeleriyle aydınlatılmış onam, tıp etkinliğinde temel olarak hastanın özerkliğinin yaşama geçirilmesini sağlamak amacıyla yöneliktir. Bu amaca uygun olarak, aydınlatılmış onamın hekim-hasta ilişkisindeki başlıca işlevleri ise; bireyleri istenmeyen girişimlerden korumak, bireysel özerkliği ve sorumluluğu geliştirmek, hastaların baskı ve zor altında kalmalarını engellemek, hekimi ve hastayı korumak, tıp etkinliğinde akılcı kararlara ulaşma olanaklarını artırmak biçiminde sıralanabilir.

Aydınlatılmış onam uygulaması, bu bağlamda bilgilendirme ve "onam" ("rıza") alma gereğinin tıp alanındaki yansımasıdır. Bu uygulamada hasta, hastalığının ne olduğu, hangi tedavi seçeneklerinin bulunduğu, bu seçeneklerin neler olabileceği konularında bilgilendirildikten sonra, kendisinden bir seçim yapması istenir. Kendisine verilen bilgileri, yapacağı seçimin anlamını anlayabilen ve bunu dile getirebilen hastanın, yani "**yeterli olan**" bir hastanın kararına saygı gösterilir ve ona uygun davranılır (3).

Bireyin özerkliğini kullanıp kullanmayacağı konusundaki ölçütümüz "yeterlik" kavramıdır. Yeterlik hukuksal bir terim olup; kişinin bir eylemde bulunmak ya da bir karar vermek için gereken özelliklere sahip olup olmadığını tanımlar. Özerklik, kişinin tümüyle özerk olması gibi ideal bir durumdan, özerkliğin tümüyle yok

olması gibi bir durum arasında derecelendirilebilirken; yeterlik, ya vardır ya da yoktur. Yeterliğin olması, bireyin hangi derecede var olursa olsun, özerkliğini kullanabileceğini gösterir.

Zarar vermeme, yararlılık, özerklik gibi biyomedikal etiğin ilkelerine dayandırılan “aydınlatılmış onam” öğretisinin uygulanabilirliği hastanın kendisi hakkında karar vermeye yeterli olmasına (yeterliğe) bağlı olduğu gibi, uygun gördüğü kararın uygulanmasına izin vermesine (gönüllülüğe) de bağlıdır.

Aydınlatılmış onamın temel özellikleri şunlar olabilir:

- Hasta onam verme yeterliğinde olmalıdır. Yani var olan seçenekler hakkında düşünüp, akıl yürütebilmeli; kendisine anlatılan bilgileri anlayabilmeli, içinde bulunduğu durumun sonuçlarını değerlendirip, bilgiyi akılcı bir biçimde işleyebilmelidir
- Onam özgür ve gönüllü olarak verilmelidir.
- Onam açık olmalıdır. Tıbbi ilişkide haklar yaratan onam “açık onamdır. Açık onam, gönüllü ve aydınlatılmış onam demektir; bu durumda hasta kendisine verilen bilgileri anlamış ve onam formunu imzalamıştır. Böylece sağlık çalışanları üzerinde haklar yaratılmış olmaktadır.
- Onam yalnızca aydınlatılan konu üzerinde önerilen tedavi ya da işlem için geçerlidir. Genellikle, hastalar hastaneye kabul edildikleri zaman, kendilerinden yapılacak her şeye karşı genel bir izin formu imzalatılmaktadır. Bu onamı pek çok hastane yetkilisi ve doktorlar açık onam olarak kabul etmektedir. Bu genel yani her şeyi kapsayan onam, hastanın hastanede kaldığı süre içinde bildiği ya da bilmediği bütün işlemlere onam vermek anlamına gelmekte, hasta her şeye örtülü olarak onam vermiş kabul edilmektedir. Oysa açık onam, hastanın “her bir tıbbi uygulama için” aydınlatılmış olmasını gerekli kılar.

Görüldüğü gibi Aydınlatılmış Onamın çeşitli öğeleri vardır, bunlar;

- Bilginin hastaya açıklanması,
- Bilginin hasta tarafından anlaşılması,
- Onamın gönüllü olması,
- Hastanın onam vermeye yeterli olmasıdır.

Çağdaş tıp uygulamalarında onam, yalnızca tedavi edici ya da koruyucu hekimlikte değil, tıbbın bütününe kapsayacak biçimde ve konumuz bağlamında insan denek içeren tıp araştırmalarında da söz konusudur. Bilimsel tıbbın vazgeçilmez bir parçası olan tıp araştırmaları ile ilgili çalışmalar hem hasta hem de sağlıklı gönüllüler üzerinde yapılabilmektedir. Bu bağlamda hasta bireyler genellikle kendi tedavilerinde daha başarılı sonuçlar elde edilmesi umuduyla yeni bir tanı, tedavi yöntemi veya yeni bir ilaç uygulamasına hasta gönüllü olarak katılabilirken, sağlıklı bireyler de herhangi bir tıbbi araştırmaya sağlıklı gönüllü olarak katılabilmektedirler. Hastanın tedavisinden tümüyle bağımsız olan bu ikinci tıp araştırmalarda uyulması gereken etik kurallar açıkça belirlenmiştir. Amaç bireyin

tedavisi değil, doğrudan bilimsel bilgi üretimine katkıda bulunmaktadır. Hastanın tam anlamıyla araç durumunda olduğu bu araştırmalarda araştırmacı, sağlıklı gönüllünün, bilgedeki ilerleme adına kullanıldığını kabul etmektedir. Hastanın tedavisi ile birlikte yürütülen araştırmalarda ise, hastanın hem araç hem amaç olma durumu nedeniyle, hem kuralların varlığı ve hem de içeriği eleştirilmektedir. Kuralların varlığı açısından yapılan eleştiri, bu tür araştırmalarla tedavi arasında fark olmadığı, dolayısıyla bu etkinliğe özgü kurallara gerek olmadığı biçimindedir. Oysa araştırma bir bilinmeyenin açığa çıkarılmasını amaçladığı için hemen her durumda gönüllü katılımcı için bir risk taşımaktadır (4,5).

Tedavi, genel geçer bilgiye dayanan, hastanın amaçlandığı ve risklerin hastayla benzer durumdaki tüm hastalar için aynı derecede olduğu bir uygulamadır. Tedavi ile birlikte giden araştırma ise genel geçer bilginin dışındaki bir bilgiyi hedefleyen ya da onun varsayımına dayanan, hastanın aynı zamanda araç durumunda da olduğu ve ona katılmakla kendi durumunda olan, ancak araştırmaya katılmayan hastalar tarafından paylaşılmayan bir risk aldığı bir durumdur. Bu nedenle tedavi etkinliğinden çok araştırma etkinliğine benzer özellikler göstermektedir ve etik ve yasal açıdan tanımlanan gerekliliklerle gönüllü koruma altına alınmıştır (risk/yarar değerlendirme, sigortalama, aydınlatılmış onam süreci... ile)

Aydınlatılmış Onam alma sürecini kolaylaştırıcı çeşitli araçlar kullanılabilir. Bunlar arasında en yaygın olanları bilgilendirici broşürler / kitapçıklardır. Bunların yanı sıra, çeşitli tablolar içeren kartlar veya konu ile ilgili kimi önemli bilgileri içeren CD'lerden de yararlanılabilir. Burada önemle üzerinde durulması gereken nokta, bunların sadece aydınlatılmış onam alma ve genel olarak hasta ve sağlık ekibi arasındaki iletişim sürecine yardımcı gereçler olmasıdır. Tek başına bu araçların kullanılması hiçbir zaman hasta için özgün ve insani bir nitelik taşıması gereken onam alma eyleminin yerine geçmez. Hekim (veya sağlık ekibinin diğer üyeleri) iletişimin kimi açılardan daha kolay yürütülebilmesi için bu araçlardan yararlanabilir, ancak bilgilendirme hasta birey ile uygun bir ortamda ve yeterli süre ayırarak yüz yüze görüşme ile yapılmalıdır. Bu koşul sağlanmadan alınmış onamlar geçersiz kabul edilmelidir.

Aydınlatılmış Onamın Hukuki Temelleri

Aydınlatılmış onamla ilgili en temel hüküm Anayasa'da yer almaktadır. Anayasanın 17/2 maddesi ile insan vücuduna yapılacak müdahalenin sınırları açıkça belirtilmiştir. Buna göre *“Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz”*. Ancak buradaki onamla ilgili hükmün, yalnızca bilimsel araştırmalarla sınırlı tutulduğunu göz ardı etmemek gerekir.

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 70. maddesindeki *“Bütün tıbbi müdahaleler için şahsın rızasını almak zorunludur. Rızanın geçerli olabilmesi için, hastanın muvafakat beyanından önce müdahalenin türü, kapsamı ve sonuçları üzerinde aydınlatılması gerekir”* hükmünün de aslında hasta hakkına değil, hekim sorumluluğuna vurgu yaptığı düşünülebilir.

Dolayısıyla aydınlatılmış onamın hasta hakkı olarak kabul edilip, gerekli yasal düzenlemeye kavuşmasını, Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY) ile başlatmak yerinde olacaktır. Çünkü 1998 yılında yürürlüğe giren ve daha sonra bir kaç kez değişikliğe uğrayan HHY'nin 24. maddesi onamı bir hasta hakkı olarak kabul etmekte ve “*tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir*” demektedir (HHY).

Türk hukukundaki çok sayıda kanun, yönetmelik, tüzük ve yönerge, tıbbi müdahalelerdeki onamla ilgili hükümler içermektedir. Bunların bir kısmı onamı hasta hakkı bağlamında ele almaktayken, bazıları da onamı hekim sorumluluğunun bir parçası olarak görmektedir.

Onam sürecindeki uygulamanın nasıl olacağı ve terminoloji konusunda bir birlik sağlanmadığı gözlenmektedir. Bazı hukuki düzenlemeler bilgilendirmeyi ve onamı bir sürecin parçaları olarak görüp her iki uygulamanın adını da metinlerde birlikte geçirirken, bazı düzenlemelerde bilgilendirme ya da aydınlatma gerekliliği göz ardı edilerek yalnızca onam alınması gerektiği kayda alınmıştır. Az sayıdaki bir kaç düzenlemede ise sadece aydınlatma yükümlülüğü koşulu belirtilir.

Kanun, yönetmelik, tüzük ve yönergelerde bu işlem için seçilen sözcükler de farklılık göstermektedir. İngilizcede *consent* olarak kullanılan sözcük için Türk hukukunda rıza, onam, muvafakat, olur ve izin gibi karşılıklar kullanılmıştır. Hatta bazı düzenlemelerde, onam için bu sözcüklerden birkaçının aynı anda kullanıldığı da görülmektedir.

Meslek etiği açısından bilgilendirme, hastanın sorumlu / müdavi hekimi tarafından yüzyüze yapılmalıdır.

Yargı kararlarında aydınlatılmış onam sürecinin sağlıklı işletildiğinin ispatı hekim veya hastaneye verilmiştir. Bu nedenle hem bilgilendirme hem de rızanın ispatı oldukça önemlidir. Hekim, hastası ile olanaklı ise bir sağlık personeli veya bir hasta yakını huzurunda yüzyüze görüşmeli, hastanın sorularını yanıtlamalıdır. Aydınlatılmış onam formuna tarih, müdahaleyi yapacak hekimin kimlik bilgileri, yapılacak işlemin ne olduğu, bilgilendirildiğine ve rızasının alındığına dair hastanın el yazısı ile alınan teyit eklenmeli ve form 3 nüsha olarak hazırlanarak; hastada, hekimde ve hastane arşivinde saklanmalıdır.

Hastanın bilgilendirilmeyi istememesi durumunda, rutin tetkik istemlerinde (kan, idrar, radyolojik tetkikler...), hastanın bilgilendirme sonrası ruh ve beden olumsuz etkileneneği durumlarda ve acil durumlarda aydınlatma yükümlülüğü ortadan kalkmaktadır. Ayrıca acil durumlarda veya ameliyat sırasında operasyonun sınırlarının genişletilmesi tıbbi zorunluluk nedeniyle gerekli ise rızanın “var olduğu” – varsayılan onam- kabul edilmektedir.

Yönetici veya hekim olarak açılacak soruşturmalarda hekim-hasta arasındaki hukuki ilişkinin niteliği önemlidir. Bu nedenler vekalet ve eser sözleşmelerinin temel özelliklerini ve birbirinden farklı yönlerini bilmek önemlidir.

Vekalet Sözleşmesi

Hasta, hekime başvurduğunda ve hekim tedavi etmeye başladığında, her ikisi arasında bir sözleşme ilişkisi kurulduğu kabul edilir. Tazminat hukuku açısından hekim ile hasta arasındaki sözleşme “vekalet sözleşmesi” dir. Hem kamu hem de özel hastanelerde çalışan hekimler için bu durum değişmez, Yargıtayın yerleşik kararları da bu yöndedir. Bu nedenle tıbbi uygulama hatalarında zarar gören hastanın açacağı tazminat davasında vekalet sözleşmesi hükümleri uygulanır. Bu kapsamda vekil durumunda bulunan hekim, hastasını bilgilendirmek, rızasını almak ve özen borcu yükümlülüğünü yerine getirmek sorumluluğundadır. Yani vekil/hekim, iş görürken arzu edilen sonucun elde edilememesinden değil, sonuca ulaşmak konusunda yaptığı eylemlerin özen faktörüne dayalı olmaması, hastasına yeterince bilgi vermemesi, rızasını almaması gibi nedenlerle sorumlu olur. Doktor hastasına yardımda bulunmayı taahhüt eder, ancak hastayı iyileştirme gibi bir sonucu taahhüt etmez. Hasta kaybedilse dahi tıbbi yardımda bulunan doktor, yaptığı yardımın karşılığı olan ücrete hak kazanır ve kusurları dışında sorumlu olmaz. Yani vekalet sözleşmesinde vekil/hekim, vekalet veren/hasta adına iş görmekte ama iş görme sonunda bir sonuç yaratması gerekmemektedir.

Eser Sözleşmesi

Bu tür sözleşmede, eseri yapacak olan kişi/yüklenici, bir eser meydana getirmeyi, iş sahibi de bunun karşılığında bir bedel ödemeyi üstlenir. Vekalet sözleşmesinden farklı olarak burada sadece bir hizmette bulunmak değil, aynı zamanda “eser” denilen sonucun da taahhüdü söz konusudur. Sonuç gerçekleşmez ise meydana gelen zarardan hekim sorumlu olur. Hekim ile hasta arasındaki ilişkide eser sözleşmesi hükümlerinin uygulanması, yalnızca bazı durumlarda kabul edilmektedir. Diş hekiminin olağan tedavi dışında porselen kaplaması, protez, köprü ve kron yapımı, estetik amaçlı müdahaleler eser sözleşmesi niteliğindedir. Eser sözleşmesinde belirli bir sonucun yaratılması esastır.

Hekimin sık yaptığı uygulama hatalarından birisi hastanın aydınlatılmış onam sürecini işletmemesidir. Kuşkusuz bu durumun hem kişisel, hem geleneksel/kültürel hem de sisteme dayalı nedenleri bulunmaktadır. Kültürel olarak geleneksel hekim tutumlarının usta çırak ilişkisi ile aktarıldığı bir tıp kurumunun içerisinde hizmet sunan sağlık çalışanları, hasta yararını hasta özerkliğine tercih etmeye devam etmektedirler. Bu durum da paternalistik hekim tutumlarının devamını indüklemektedir. Şimdi bu modele biraz daha yakından bakalım.

Hasta Yararının Hasta Özerkliğine Tercih Edildiği Hekim- Hasta İletişim Modeli Olarak Paternalistik (Otoriter) Model

Otoriter Modelde (buna “Paternalistik”, “ana baba tarzı” ya da “rahip tarzı” model de denmektedir), hekim-hasta ilişkisi, hastalara sağlıklarını ve iyilik durumlarını en iyi etkileyecek girişimlerin yapılmasını güvenceye alır. Bu amaçla

hekim, hastaya kendisinin en iyisi olduğuna inandığı girişimi onaylamasını sağlayacak, seçilmiş bilgiler verir. Otoriter modelde hekim, hasta için neyin en iyi olduğunu dile getirip uygulayarak, hastanın koruyucusu gibi davranır. Toplumsal yapısını babacıl (“paternalistik”) tutum biçimlerinin belirlediği öteki ülkelerde olduğu gibi, ülkemizde de hekim-hasta ilişkisinde hekim genellikle ilişkideki yetke ögesidir. Böylece, ilgili alanın doğasına uysun uymasın, hekimle hasta arasında işbirliğinden çok birinin ötekini yönettiği bir ilişki söz konusudur. Toplum bu ilişki biçiminin farklı örnekleriyle yaşamın her alanında sıkça karşılaştığı ve ona dayalı bir ekinç geliştirdiği için, böyle bir hekim-hasta ilişkisini yadırgaması ve var olan sistemi onu değiştirecek yönde zorlaması söz konusu olmamaktadır.

Ülkemizdeki tıp uygulamasında hasta çoğunlukla “bilgi alan ve tedaviye etkin katılan” konumunda değil; kendisi ile ilgili bilgi veren ve hangi hekimin kendi tedavisiyle ilgili olarak hangi düzeyde sorumlu olduğunu ve bu süreçteki haklarını bilmeyen kişi konumundadır. Oysaki hekimin, hastasının değerlerini dikkate alarak tedavi yöntemini seçmesi ve olası riskler konusunda hastayı bilgilendirmesi kadar, hastanın da bu bilgileri talep etmesi, kendi değerleri açısından en uygun olanı seçmesi ve bu süreçteki haklarını bilerek, gerektiğinde talep etmesi “karşılıklı katılım” türünde bir ilişki için ön koşuldur. Hekim-hasta arasında “karşılıklı katılım” temelinde yeniden biçimlenen ilişkinin bir ürünü olarak klinik tıp etkinliğinde “hasta hakları” kavramının ortaya çıktığını görüyoruz. Hastanın kendi sağlığı ile ilgili sorumluluğu üstlenmesi onun eğitimi, ekinçsel durumu, ekonomik durumu ile de yakından ilişkilidir. Bu nedenle de hasta/hasta ailesi eğitimi; onların sorunlarına ilişkin sorumluluk düzeylerini ve davranışlarını geliştirecek, özerklik kavramının hasta tarafından algılanmasına katkı sağlayacak biçimde yapılmalıdır (6).

İşbirliğine dayanan ilişkiler, otoriter ilişkilerden tümüyle farklı bir çerçeveye dayanmaktadır. Böyle bir ilişkide, hiç kimse “ipleri” elinde tutmaz, kimse kimseyi “kontrol” etmez. Ne yazık ki, işbirliğine dayanan bir ilişki yaşayan doktor ve hasta sayısı oldukça azdır. Özellikle ülkemizde çoğumuzun davranışlarımızı kontrol altında tutmak için ödül ve ceza kullanan otoriter ana-baba, öğretmen ve işverenlerimiz olmuştur. Bu nedenle, pek çok doktorun hastayla işbirliğine, karşılıklı katılıma dayanan bir ilişki kurup bunu sürdürme becerilerinin olmaması, hastaların da böyle bir beklentilerinin olmaması anlaşılabilir bir durumdur. Hastaların çoğu doktorları “ipleri ellerinde tutan kişiler” olarak algılarlar; işbirliğine dayalı bir ilişki beklemedikleri gibi böyle bir ilişkide nasıl davranacaklarını da bilemezler. Hastalardan böyle bir ilişki isteği gelemeyeceği için, bunu doktorların başlatması çok önemlidir. Ama her şeyden önce doktorların böyle bir ilişkinin yararına ve hastaların etkin katılımına yardımcı olmanın değerine inandırılmaları gerekmektedir. Doktorlar bu yöntemin çok zaman aldığını düşünebilirler. Ne var ki, geleneksel hekim-hasta ilişkisinde hastalar çoğunlukla yapılması gerekenleri yanlış anlamakta; tedavinin önemli bölümlerini unutmakta ya da doktorun söylediklerine uymamaktadır. Bu yarım ve yanlış iletişimin ilişkideki etkilerini yeniden düzeltmek de zaman ister (6).

Hastanın özerkliği ve bu özerkliğin korunmasını dile getiren özerkliğe saygı ilkesinin gereklerini yapmak klinikteki hekim-hasta ilişkisinin temel belirleyicilerindedir. Aydınlatılmış onam sürecini işletmeye istekli ve bunun gereğine inanan bir hekimin varlığı önemlidir. Aydınlatılmış onamın imzalanması gereken bir kağıt parçası olmadığı, bunun aktif bir iletişim süreci olduğu sık sık hatırlanmalıdır. Hastayı bilgilendirmek ile başlayan, hastanın yeterliğine ve özgür karar verme durumuna bağlı olarak verilen bilgiyi aldığı ve anladığından emin olunan ve bu bilgiye dayalı olarak hastanın kendi bedenine yapılacaklar ile ilgili rıza gösterme sürecidir.

Hem tıp etiği hem de tıp hukuku açısından hasta özerkliğine saygının göstergesi olan aydınlatılmış onam sürecinin tam olarak işletilmesi önemlidir ve bu durum hekimin etik ve hukuki sorumluluğunun önemli bir parçasıdır.

Türk Tabipleri Birliği Yüksek Onur Kuruluna yansımış bazı vaka örnekleri ile Aydınlatılmış Onam Süreci

Daha önce de ifade ettiğim gibi onamın geçerli olabilmesi, yapılacak müdahale hakkında yeterince bilgilendirildikten sonra verilmiş olmasına bağlıdır. Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına dair Kanun'un 70. Maddesinde; “*bütün tıbbi müdahaleler için yetkili şahsın rızasını almak zorunludur. Rızanın geçerli olabilmesi hastanın muvafakat beyanından önce müdahalenin türü, kapsamı ve sonuçları üzerinde aydınlatılması gerekir*” denilmektedir (7). Meslek etiği açısından bilgilendirme, tıbbi müdahalede bulunacak hekim ile hastanın yüz yüze iletişimi ile olmalıdır. Çeşitli sebeplerle uygulamada matbu formlara “okudum, anladım, kabul ediyorum” yazdırılıp hastalara imzalatıldıkları görülmektedir. Hasta müdahale ile ilgili hekiminden bilgi alamadığında veya farklı kaynaklardan yanlış bilgi edindiğinde herhangi bir olumsuzlukta şikâyetçi olmaktadır. Hasta- hekim arasında yüz yüze, karşılıklı katılım temelinde, uygun bir zaman aralığında bilgilendirme yapılmalı; gelişebilecek komplikasyonlar dahil tıbbi müdahalenin olumlu olumsuz tüm yönleri, alternatifleri, hastanın anlayabileceği bir dil kullanılarak ve hastaya değerlendirme yapması için zaman tanıyarak aktarılmalı daha sonra onam alınmalıdır. Yargı kararlarında aydınlatılmış onamın ispatı yükümlülüğü hekim veya hastaneye verilmiştir. Örnek bir onam formu ek.1 de gösterilmektedir. Bu form TTB- UDEK Etik Çalışma Grubunun bir üyesi olarak uzmanlık derneklerine önerdiğimiz form örneğidir.

25446 sayılı ve 28.4.2004 tarihli Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği'nin Madde 4/s 'e göre para cezası gerektiren hallerden birisi de “*Hastanın aydınlatılmış onamını usulüne uygun almaksızın tıbbi girişimde bulunmak*” olarak tanımlanmıştır (8).

Türk Tabipleri Birliği Yüksek Onur Kuruluna yansımış ve hastanın aydınlatılmış onamının usulüne uygun alınmadığına dair iddiaların yer aldığı bazı vaka örnekleri incelendiğinde; özellikle plastik/estetik cerrahi ve diş tedavileri gibi “*eser sözleşmesi*” ile gerçekleşen eylemler öncesinde, “*aydınlatılmış onam sürecinin*” yukarıda tanımlanan ve olması gereken şekilde işletilemediği görülmektedir. Bu

durumlarda ameliyat sınırlarını net bir şekilde tanımlamak ve bunun dışına çıkmamak önemlidir.

Hastalara medya yoluyla gerçek dışı vaatlerde bulunarak, gerçekleşmesi güç umutlar aşlamak da “hastayı bilgilendirmek” ile ilgili bir etik ihlaldir. Yukarıda da tanımladığımız gibi bilgilendirme ve tıbbi uygulama, “kanıta dayalı tıbbi kurallara” uygun olmalıdır; gerçeğe aykırı vaatler ve bilgiler içermemelidir. Kanıta dayalı olmayan “deneysel uygulamaların” yapılacağı durumlarda, bilgilendirmenin sınırlarının olabildiğince geniş tutulması önemlidir. Endikasyon dışı uygulamaların sonuçları yalnız etik açıdan değil, hukuksal açıdan da hekim sorumluluğu doğuran bir durum oluşturabilir. Bu tür uygulamaların sınırları sağlık bakanlığı tarafından belirlenmekte olup, keyfi değildir.

Onur Kurulu tarafından; Dr. B’in tıbbi kusuru bulunmadığı gerekçesiyle cezai işlem yapılmasına yer olmadığına, hasta kayıtlarını gerekli yeterlilikte tutmadığı gerekçesiyle uyarı cezasıyla cezalandırılmasına ve aciliyet gerektirmeyen bir müdahaleyi hastanın aydınlatılmış onamı alınmaksızın gerçekleştirdiği gerekçesiyle para cezasıyla cezalandırılmasına karar vermiştir.

Sonuç ve Değerlendirme

Klinik ve etik karar verme süreçlerini işletme konusunda ilgili tarafların verecekleri kararlar ait oldukları toplumun; ahlaksal, dini, sosyal, kültürel, hukuki yapısı, ülkelerin sağlık politikaları ve gelenekselleşmiş hekim tutumlarından da etkilenebilmektedir.

Tıbbi kararlarda temel karar vericinin kim olduğu, hekim-hasta iletişiminde klinik ve etik karar verme süreçlerinin nasıl işlediği konusu çok sayıda araştırmanın konusu olmuş, kültürlerarası farklılıklar ortaya konulmaya çalışılmıştır. Günümüzde globalleşen dünyada farklı ırk, milliyet, din ve kültürden hasta ve hekimlerle karşılaşmak olağan hale gelmiştir. Böylece başta yaşamın sonu olmak üzere zor durumlar ve zor hastalarla ilgilenirken, hasta- hekim ilişkisinde hasta bakımı ile ilgili, kültürler arasında yanlış anlama riski de artmaktadır. Kültürlerarası anlayış ve iletişim tekniklerinin uygun kullanımı hasta bakım sürecinin ve sonuçlarının herkes için doyurucu olma olasılığını arttıracaktır.

Hekimin kendi kültürel değerleri çeşitli etik ikilemler karşısında tutumunu etkileyebilir. Modern tıbbi uygulamada temel karar vericinin hasta olması, karar öncesinde hastalığıyla ilgili her türlü bilgini kendisine verilmesi ve bu bilgi temelinde onamının alınması gerekmektedir. Ülkemizdeki uygulamalarda gözlemsel olarak sürecin böyle işlemediği görüldüğünden mevcut durumun araştırma verileriyle ortaya konması ve ilgili ortamlarda bu verilerin tartışılması, arzu edilen değişimin gerçekleştirilmesi açısından önemlidir. Özellikle gerçeği söyleme (9) ve aydınlatılmış onam ilkeleri sağlık personeline kültürel uygunlukla birleştirildiğinde hastaların yaşamın sonunda olgun kararlar almasını destekleyecek ve uygun sağlık hizmetinin sunulmasını kolaylaştıracaktır. Hastanın kendi tedavisi konusunda bilinçli karar alabilmesini sağlayacaktır.

Klinik uygulamada hekimin paternalistik tutumunun devam ediyor olması, hasta ve hasta yakınlarının da bu tutumları genellikle kabulleniyor olmaları, paternalistik tutumun süreğenliğinin en önde gelen nedenidir. Bu bağlamda, süreçte özerklik kavramının sadece tıp çevrelerince değil, hasta ve hasta aileleri tarafından sorumluluk düzeylerini ve davranışlarını geliştirecek şekilde algılanmasına katkı sağlayacak eğitim çalışmalarının yürütülmesi önemlidir. Böylece klinik ve etik karar verme süreçlerine hasta ve hasta yakınlarının katılımının sağlanması, özellikle yaşamın sonunda alınan kararların sadece tıbbi kararlar olmadığına belirlenmesi, bu konuda hekimlerde duyarlılık ve farkındalık yaratılması ülkemiz sağlık ortamı açısından gereklidir. Bu konuların tıp eğitimi müfredatında yer alması, mezuniyet öncesi ve sonrası konuyla ilgili eğitimlerin verilmesi önemlidir, Türkiye’de de son on yılda lisans lisansüstü, sürekli tıp eğitimi müfredatlarında bu konular yer almaya başlamıştır.

Hastanın özerkliği, bilgilendirme ve karar verme hakkı her durumda merkezde yer almalıdır. Karar verme sorumluluğunun paylaşılması ve hastanın en iyi yararı/en üstün çıkarı gözetilerek kararın alınması açısından Hastane Etik Kurulları (HEK)’na gereksinim duyulmaktadır, bu kurulların oluşumuna hız verilmelidir(10, 11).

Hastane Etik Kurulları (HEK) sıklıkla yaşamın son döneminde sunulan sağlık hizmetlerine ilişkin konuları ele almak ve ödeme sistemlerinin biyoetik boyutları ve sonuçlarını değerlendirmek durumunda kalırlar. Bu türden tartışmalar, biyoetik, ekonomi ve sağlık hukukunu bir araya getirerek, o ülkedeki sağlık sisteminin giderek karmaşıklaşan ekonomik konularını kapsamaya da başlamıştır. Bir sağlık kurumunun HEK’ine, genellikle hastalarına ilişkin belli bir biyoetik ve/veya sağlık hukuku sorununu ele almalarını isteyen sağlık çalışanları başvurur. Bu sorunlar, ansefalik bebeklere uygulanacak işlemlerden, siyam ikizleri ile ilgili alınacak kararlara, terminal dönemdeki hastaların ölüm sürecinde istedikleri yardıma dek, “yaşamın uçlarına” ilişkin çok çeşitli biyoetik konularını içerebilir.

Hekimin tıbbi eylemlerinin etik sınırlarını belirlerken asıl yol gösterici olan etik rehberler olup, çoğu zaman tıbbi eylemlerin sınırlarını hukukun çizmesinin zordur. Tıbbi teknolojinin hızlı gelişimiyle etik sorunlar her gün çeşitlenmektedir ve bunlar hukukun dar sınırları arasına hapsedilmemelidir.

KAYNAKLAR

1. Büken NÖ., Büken E. "Nedir Şu Tıp Etiği Dedikleri?" *STED - Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, ATO Yayını, 11(1): 17-21 (2002).
2. Büken NÖ. "Hekim - Hasta İletişimi ve Deontoloji -Tıp Etiği -Tıp Tarihi Dersinin Önemi", *Sendrom*, 16(9): 69-72 (2004).
3. Nüket Örnek Büken, "Yaşamın Sonunda Klinik Etik Karar Verme Süreci ve Belirleyici Faktörler" *Clinical Ethical Decision-Making Process at the End of Life and Some Determinants Factors*, Türkiye Klinikleri Tıp

- Etiği-Hukuku-Tarihi Özel Dergisi, Türkiye Klinikleri J Med Ethics Law Hist-Special Topics 2016; 2(3): 24-33.
4. Büken Nüket, Opinions about the future of Clinical Trial in Turkey, Journal of Clinical and Experimental Investigations, JCEI / 2016; 7 (3): 258-264.
 5. Buken NO. Clinical trial ethics in Turkey in the context of some expectations and predictions. Int J Clin. Trials 2016; 3 (4): 180-186.
 6. Büken NÖ. "Hekim kimliği, klinik etik karar verme sürecinde hekim-hasta iletişimi", Klinik Liderlik ve yönetim, ED. Cengiz Yakıncı, Işıl İrem Budakoğlu, Akademisyen kitapevi, Ankara, 2018; 379-395.
 7. Tababet ve Şuabati Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, Kanun Numarası: 1219, ResmiGazete:14/4/1928-863.
<<https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=1014:1219-tababet-ve-uabati-sanatlarinin-tarzi-crasina-dar-kanun&catid=1:ayasa&Itemid=28<<
 8. Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği, Resmi Gazete: 28.4.2004–25446.
<<http://ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=125:tk-tablerbldl-yetmel&catid=2:ymelik&Itemid=49<<
 9. Buken NO, Arapkirioglu K "Bioethics Committees and Examining Consent within The Patient-Physician Relationship in Turkey", Medicine and Law, Volume 29 Number 3 (September 2010) pages 403-418.
 10. Buken NO. Yoğun bakım ünitelerinde etik karar verme ve hastane etik komiteleri, Flora/ İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Dergisi, 2011,16(2):51-60.
 11. Demir M, Büken NÖ "Dünyada ve Türkiye'de Hastane/Klinik Etik Kurulları, Hacettepe Tıp Dergisi, Cilt: 41, Sayı: 3, Eylül 2010: 186-194.

Ek- 1**Bölüm:****Protokol No:****Kabul Tarihi:****AYDINLATILMIŞ ONAM BELGESİ*****Ad-Soyadı:****Doğum Tarihi:****Adresi:****Tel. No:****Acil Durumlarda Onam Alınacak Yasal Temsilcisinin****Adı-Soyadı:****Adresi:****Tel. No:****Kanuni Yeterliliği Olmayan Hastalar İçin****Veli / Vasinin Adı-Soyadı:****Adresi:****Tel. No:**

- Sayın hastamız lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz.
- Tıbbi durumunuz ve hastalığınızın tedavisi için size önerilen işlem / tedaviler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır.
- Bu açıklamaların amacı sağlığınız ile ilgili konularda sizi bilgilendirmek ve bu süreçte sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir.
- Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları cevaplamak görevimizdir. Bizler size yardım için buradayız.
- Tanısal girişimlerin, tıbbi tedavilerin yararlarını ve olası risklerini öğrendikten sonra yapılacak işleme rıza göstermek ya da göstermemek kendi kararınıza bağlıdır.
- Arzu ettiğiniz takdirde sağlığınız ile ilgili tüm bilgi ve dokümanlar size veya uygun göreceğiniz bir yakınınıza verilebilir.

* Her bir invaziv ve yüksek risk taşıyan girişim / tedavi için ayrı bir belge düzenlenerek onam alınması hekimin sorumluluğundadır. Aydınlatılmış Onam Belgesi'nin bir kopyası hastaya verilir.

- Okuma-yazma sorunu yaşıyorsanız ya da size yapılacak işlemlere izin verme sürecine sizin belirleyeceğiniz bir kişinin daha katılmasını istiyorsanız, görüşme tanığı olarak belirlediğiniz kişinin katılmasına izin verebilirsiniz.
- Yasal ve tıbbi zorunluluk taşıyan durumlar dışında bilgilendirmeyi reddedebilirsiniz.
- İstedığınız zaman verdiğiniz izni geri çekme hakkına sahipsiniz. Bu durum sizin bundan sonraki tedavinizi hiçbir şekilde aksatmayacaktır. Ancak, yasal açıdan bu hakkınız “tıbbi yönden bir sakınca bulunmaması” şartına bağlıdır. Bu durum gerçekleştiğinde, Aydınlatılmış Onamı Geri Çekme Tutanağı düzenlenerek bu belgenin arkasına eklenecektir.

1. BİLGİLENDİRME

BU BÖLÜM HASTANIN HEKİMİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR:

Bilgilendirme sürecinde, tıbbi terimlerden olabildiğince kaçınarak ve sade bir dille, hastanın durumunu anlamasının sağlanması (aydınlatma) hekimin sorumluluğundadır.

HASTAYI / YASAL TEMSİLCİSİNİ / VASİSİNİ,

- Hastalığın ön tanısı / tanısı ve özellikleri,
- Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,
- Önerilen işlemin / tedavinin adı, uygulanış biçimi, beklenen yararları, sıklıkla karşılaşılan ciddi riskleri,
- Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,
- Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,
- Girişim / tedavi sırasında gereksinim duyulabilecek ek girişimler ve riskleri;
- Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,
- Muhtemel komplikasyonları,
- Hastanede tahmini kalış süresi ve hastaya getireceği mali yük
- Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,
- Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği, konularında bilgi verilir.

Hastayı bilgilendirme amacıyla aşağıdaki broşürler sağlandı.

.....

Diğer bilgiler:

.....

Tarih:

HASTADAN SORUMLU HEKİMİN

Adı-Soyadı:

Kurum Sicil No:

İmza:

Tarih:

II- ONAM (RIZA, İZİN)

BU BÖLÜMÜN, HASTA TARAFINDAN OKUNDUKTAN SONRA KENDİ EL YAZISI İLE DOLDURULMASININ SAĞLANMASI HEKİMİN SORUMLULUĞUNDADIR:

- Doktorumdan tıbbi durumumun tanı ve tedavisi ile ilgili yapılacak tedavi veya tanı amaçlı girişimler konusunda bilgi aldım.
- Tedavi sırasında oluşabilecek olumsuzluklar ve olası riskleri ayrıntıları ile anlatıldı.
- Bana önerilen tanı ve tedavi yöntemlerini reddettiğim zaman sağlığımı tehdit edici başka hangi risklerin olabileceği, bu tedavi yerine uygulanabilecek bir başka tedavi yönteminin bulunup bulunmadığı konusunda bilgilendirildim.
- Doktorlarımin planladıkları girişim ve/veya tedavilerde, planladıklarına ek girişim ve tedaviler gerektirebilecek durum ya da durumlar ile karşılaşabileceğimi biliyorum.
- Hastalığım nedeni ile hastanede uygulanacak tüm tanı ve tedavi yöntemlerinin olası maliyeti konusunda gerekli bilgiler bana anlatıldı.
- Bu formda tanımlananlar dışında yapılacak herhangi bir ek girişimin, yalnızca sağlığıma yönelik ciddi zararların önlenmesi ve yaşamımın kurtarılması için uygulanabileceği bana anlatıldı.
- **Özel muayene isteminde bulunmayan hastalar için:** Girişimin / tedavinin bir öğretim üyesi/görevlisi tarafından uygulanacağını bana garanti edilmediği; ancak, girişimi gerçekleştirecek hekimin yeterli ve uygun deneyimde olacağı bana anlatıldı.

-
- **Bu belgede tanımlanan girişimin / tedavinin uygulanmasını:**

KABUL EDİYORUM.

- **Bu belgede tanımlanan girişimin / tedavinin uygulanmasını:**

KABUL ETMİYORUM.

Tarih:**HASTANIN:****Adı-Soyadı:****İmza:****HASTANIN VELİSİ / YASAL VASİSİNİN:****Adı-Soyadı:****İmza:****GÖRÜŞME TANIĞI VAR İSE:****Adı-Soyadı:****İmza:****Adresi:****Tel. No:****Bölüm:****Protokol No:****Kabul Tarihi:****AYDINLATILMIŞ ONAMI GERİ ÇEKME TUTANAĞI****Hastanın Adı-Soyadı:****Doğum Tarihi:****Adresi:****Tel. No:****Kanuni Yeterliliği Olmayan Hastalar İçin****Veli / Vasinin Adı-Soyadı:****Adresi:****Tel. No:**

- Sayın Hastamız lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz.
- İstedığınız zaman verdiğiniz onamı (rızaı) geri çekme hakkına sahipsiniz. Ancak, yasal açıdan bu hakkınız “tıbbi yönden bir sakınca bulunmaması” şartına bağlıdır.
- Aydınlatılmış Onamı Geri Çekme Tutanağını sizin belirleyeceğiniz bir görüşme tarihinin da imzalaması gerekmektedir.
- Aydınlatılmış Onam Belgesinde tanımlanan girişimin / tedavinin uygulanması için verdiğim izni, sağlığım açısından oluşabilecek tüm olumsuz etkiler ve risklerin farkında ve bilincinde olarak kendi rızamla geri çekiyorum.

Tarih:

HASTANIN:

Adı-Soyadı:

İmza:

HASTANIN VELİSİ / YASAL VASİSİNİN:

Adı-Soyadı:

İmza:

HASTADAN SORUMLU HEKİMİN

Adı-Soyadı:

İmza:

GÖRÜŞME TANIĞI:

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel. No:

İmza:

ÖZGÜRLÜĞÜNDEN ALIKONULMUŞ KİŞİLERİN ADLİ MUAYENE VE RAPORLANDIRMASI

Dr. Türkcın BAYKAL, Dr. Ümit BİÇER

A. Adli tıbbi değerlendirme ve raporlamada temel etik ilkeler

İnsanlığın evrensel değerleri ve toplum vicdanı, herkesin gereksiz acı ve zarar görmesine engel olunmasını, tüm tıbbi hizmetlere eşit şartlarda ulaşmasını gerektirmektedir. Kişiler arasında herhangi bir ayırım yapmadan mesleğini en yüksek bilimsel ve etik standartlarda uygulayarak, tıbbi insanlığın hizmetine sunmak, tıp doktorlarına tanınmış bir ayrıcalıktır.

Hukuk, norm ve kuralların dışına çıkıldığı durumlarda; “hakikate ulaşmak, sorumluları ve sorumluluklarını saptamak, adil bir yargılama ile adaleti gerçekleştirmek, ortaya çıkan zararı tazmin etmek ve onarımı gerçekleştirebilmek” için olayın nedenleri, sorumluları, gerçekleştirilme şekli ve sonuçlarını aydınlatmaya çalışmaktadır. Hukuk farklı bir eğitim ve bilgiye ihtiyaç duyulan konularda diğer disiplinlerden destek almakta, sağlık çalışanlarından da “İnsanın biyolojik ve psikolojik özellikleri, hastalık ve insan hayatı” yönünden olayın ve sorumluların aydınlatılmasına katkı vermelerini talep etmektedir. Tıbbi konularda yargının sorduğu soruları yanıtlamak ve olayı aydınlatmak, kişilerin tıbbi durumunu ve buna yol açan faktörleri saptamak amacıyla hekimlerin yaptığı görüşme, muayene ve incelemeler ile sonuca ulaşma süreci adli tıbbi değerlendirme olarak tanımlanmaktadır. Travma ve travma şüphesi olan durumlarda yargı organları herhangi bir soru sormasa da adli tıbbi değerlendirme yapılması ve sonuçların kaydedilmesi gerekmektedir. Adli tıbbi değerlendirmenin aşamaları olay ve öykü hakkında bilgi almak, tıbbi durumu değerlendirmek, muayene ve tetkikler sonunda doğru tanıya ulaşmak, tedavi gereksinimleri ve sonuçlar hakkında kişiyi ve talepte bulunan yargı organlarını bilgilendirmektir. Hekimler tıbbi değerlendirmelerin tüm basamaklarında tıbbi etik ilkelere mutlak biçimde uymak ve uyulmasını sağlamak için gerekli tüm adımları atmak yükümlülüğündedir.

Sağlık çalışanları; “fiziksel, ruhsal ve sosyal” iyilik halini gerçekleştirmek için sağlığın etkilenebildiği ve değerlendirme ihtiyacı olan durumlarda tıbbi değerlendirme ve önleme ödevlerini hiçbir ayırım yapmadan herkes için eşit ve nitelikli olarak yerine getirmek yükümlülüğündedir. Adli amaçlı yapılan değerlendirmelerin yanı sıra özgürlüğünden yoksun bırakılan kişilere verilecek sağlık hizmetlerinde de aynı ilkelere göre hareket edilmesi, herhangi bir ayırım yapılmaması esastır.

Adli tıbbi değerlendirmeler de dahil olmak üzere özgürlüğünden yoksun bırakılan kişilere tıbbi yaklaşımda temel kural; “tutuklu ve hükümlülerin muayenelerinin de diğer hastalar gibi, kişilik haklarına saygılı, hekimlik sanatını uygulamaya elverişli koşullarda yapılması, hastaların, ırk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç ile ekonomik ve sosyal durumları ile benzer farklılıkları dikkate alınmaması, her türlü tıbbi müdahalenin hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle yerine getirilmesidir”.

Türkiye'nin tarafı olduğu uluslararası sözleşmelerde; tüm tıbbi uygulamaların tüm insanların **haysiyetini ve şahsiyetini koruyarak, ayırım yapmadan** herkesin bütünlüğüne ve **diğer hak ve özgürlüklerine saygı gösterilmesini** güvence altına alınması bir zorunluluk olarak belirtilmektedir³.

Tüm hekimler, mesleklerine başlarken; yaşamını insanlığın hizmetine adayacağına, hastasının sağlığına ve esenliğine her zaman öncelik vereceğine; hastasının özerkliğine, onuruna ve insan yaşamına en üst düzeyde saygı göstereceğine ant içmektedirler⁴.

Hipokrat yemininden bu yana konuyla ilgili hemen tüm etik bildirgelerde, birçok uluslararası yasa, yönetmelik ve sözleşmelerde; her hekimin başta gelen görevinin insan sağlığına, hayatına ve kişiliğine özen ve saygı göstermek olduğu ve hekimin muayene ve tedavi konusunda, hiçbir ayırım gözetmeksizin azami dikkat ve ihtimamı göstermekle yükümlü olduğu yer almıştır.

Tüm tıp etiği ilkeleri, hekimler için her tür sağlık hizmetini sunulurken;

- *Hiçbir durumda, hiçbir ayırım gözetmemelerinin,*
- *Herkese eşit ve adil biçimde sağlık hizmeti sunmalarının,*
- *Tüm hastalarına insan onuruna saygılı ve insan haklarına uygun biçimde davranmalarının,*
- *Her durumda hastalarının çıkarı için en uygun olan doğrultusunda tutum almalarının*
- *Hekimlik mesleğini, tıbbi bakım ve değerlendirmeye uygun koşullarda yapılmasının*

³İnsan hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi): (Avrupa Konseyi çerçevesinde 4 Nisan 1997'de imzaya açılan sözleşme, 5013 kanun no ile 09.12.2003-25311 sayılı Resmî Gazete'de yayınlanarak Türkiye tarafından kabul edilmiştir)

⁴Dünya Tabipler Birliği Cenevre Bildirgesi-Hekimlik Andı- DTB'nin Eylül 1948'de Cenevre-İsviçre'de gerçekleşen 2. Genel Kurulu'nda kabul edilmiş, 22. Genel Kurulu'nda (Sydney, Avustralya, Ağustos 1968), 35. Genel Kurulu'nda (Venedik, İtalya, Ekim 1983) ve 46. Genel Kurulu'nda (Stockholm, İsveç, 1994) değiştirilmiş, ayrıca Mayıs 2005'te ve Mayıs 2006'da Divonneles-Bains-Fransa'da gerçekleştirilen 170'inci ve 173'üncü DTB Genel Kurul toplantılarında gözden geçirilmiş, son olarak Ekim 2017'de Chicago'da düzenlenen 68.Genel Kurul toplantısıyla yapılan değişiklikler kabul edilmiştir.

- Mesleklerini tam mesleki ve ahlaki bağımsızlıkla uygulamalarının zorunlu olduğunun altını çizmektedirler.

Hasta Hakları Yönetmeliği⁵ nin İlkeler Bölümü'nde; sağlık hizmetlerinin sunulmasında;

- a) *Bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde yaşama hakkının, en temel insan hakkı olduğu, hizmetin her safhasında daima göz önünde bulundurulması ve*
- b) *Herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına haiz olduğu ve hiçbir merci veya kimsenin bu hakkı ortadan kaldırmak yetkisinin olmadığı bilinerek, hastaya insanca muamelede bulunulması gerektiği vurgulanmaktadır.*

Ayrıca, etik ilkeler, hekimin sadece kendi mesleki uygulamalarında bu kurallara uymakla yetinmemesi gerektiğini, hekimin aynı zamanda hastalarının bu etik ilkeler çerçevesinde hizmete ulaşabilmelerinin sağlanabilmesi ve verili durumun hekimliğe uygun duruma getirilmesi için de çaba gösterme sorumluluğu olduğunu vurgulamaktadır⁶.

B. Hekimlerin adli tıbbi değerlendirme ve raporlamada genel tıbbi etik ilkelere uyma yükümlülüğü

Tıbbi konularda hukuksal değerlendirme yapan hekimler “bilirkişi” ya da “uzman” olarak kabul edilmektedir. Bilirkişilikle ilgili yasal düzenlemelerde; bilirkişinin mesleğin etik ve bilimsel standartları, uygulamaları konusunda deneyim ve bilgi sahibi olduğu ve özenli bir değerlendirme ile sonuca ulaşması gerektiği yer almaktadır⁷. Tıbbi bilirkişilerin sağlık alanında sürdürdükleri faaliyetlerde olduğu gibi adli konularda da mesleğin bilimsel ve etik standartlara öncelik vereceği, etik ilke ve standartlarına aykırı davranamayacağı belirtilmektedir⁸.

Malta Bildirgesi-İlkeler bölümünde⁹ Hekimlerin etik davranma ödevi hatırlatılmakta; tedavi işlemlerinde yer almasalar bile tüm hekimlerin güç durumdaki insanlarla olan mesleki temaslarında tıp etiğine bağlı kalmak zorunda oldukları vurgulanmaktadır. “Uluslararası Tıbbi Etik Kodları¹⁰” da; hekimlerin her durumda ulusal ve uluslararası etik kodlara saygı duyarak çalışması gerektiğine dikkat çekmektedir.

⁵ Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 5 (Resmi Gazete tarih: 01.08.1998, Sayı:23420)

⁶ DTB Lizbon bildirgesi

⁷ Bilirkişilik ile ilgili düzenlemeler...

⁸ Kaynak, adli tıp yazıları

⁹ Açlık Grevi Eylemcileriyle İlgili DTB Malta Bildirgesi, Kasım 1991'de St. Julians, Malta'da yapılan 43. DTB Genel Kurulu'nda benimsenmiş, Eylül 1992'de Marbella, İspanya'da yapılan 44., Ekim 2006'da Pilansberg, Güney Afrika'da yapılan 57. ve Ekim 2017'de Chicago, ABD'de yapılan 68. DTB Genel Kurullarında gözden geçirilmiştir.

¹⁰ International codes of medical ethics

TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları¹¹'nda, Türkiye'de hekimlik yapma hakkını kazanmış olup mesleğini uygulayan tüm hekimlerin mesleklerinin gereklerini yerine getirirken uymaları zorunlu olan hekimlik meslek etiği kurallarını tanımamış ve öncelikli ödevinin her durumda insan onurunu gözetmek olduğu bildirilmiştir. Görevlerini yerine getirirken, hekimin uyması gereken evrensel tıbbi etik ilkeler "yararlılık, zarar vermeme, adalet ve özerklik ilkeleridir"¹².

TTB tarafından belirlenen etik ilkelere uyma yükümlülüğü etik bir ödev, olduğu kadar hukuksal açıdan da bir zorunluluktur. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları-Disiplin Kovuşturması¹³'na ilişkin açıklamada; Hekimlerin bu kurallar bütünü hükümlerine aykırı davranışlarda bulduklarında 6023 Sayılı TTB Yasası'na göre onur kurullarına sevk edilecekleri; disiplin soruşturmasına uğrayacakları açıklanmaktadır.

C. Yetkin ve bilimsel bir tıbbi hizmet verme yükümlülüğü

Mesleki uygulamalar sırasında hekimlerden; hem yasa ve yönetmeliklerin verdiği yetki ve sorumluluk çerçevesine hem de mesleğin bilimsel standartlarına ve ulusal/uluslararası tıbbi etik kurallara uygun davranması beklenmektedir. "Mesleki bağımsızlık ilkesi, sağlık çalışanlarının diğer baskılara karşın daima acıyı ve sıkıntıyı hafifletme ve zarar vermekten kaçınma olan tıbbın temel amacı üzerinde yoğunlaşmalarını gerektirir"¹⁴. Sağlık hizmeti verilirken ana kural: "kısıtlamalar, baskılar ve yasal sözleşmelere bağlı yükümlülüklerden bağımsız olarak, sağlık hizmeti veren kişinin daima hastanın iyiliğini gözeterek ve yararını düşünerek davranmakla görevli olduğudur".

Kişinin acil bir sağlık hizmeti gereksinimi ile karşı karşıya kaldığı, sağlığının bozulmasına yol açacak bir durumun varlığı halinde öncelik, her zaman hastanın sağlığını korumak için gerekli girişimlerde bulunmaktır. Bu durumda hekim tıbbi ölçütler dışında hiçbir özellik ya da ölçüte göre ayırım yapmaksızın hizmet sunma yükümlülüğündedir. Hekim, görevi ve uzmanlığı ne olursa olsun, başkalarının bu sağlık hizmetini vermeye istekli olmasını ve verebilmesini güvence altına almamışsa, insanlık görevi olarak acil sağlık hizmeti verecektir¹⁵.

"Hekim, ancak tıbbi bilgisini gerektiği gibi uygulayamayacağına karar verdiğinde ve hastasının başvurabileceği başka bir hekim bulunduğu durumlarda, hastanın bakımını ve tedavisini üstlenmeyebilir veya tedaviyi yarım bırakabilir... İkinci hekim bulunmadan hekim hastasını bırakamaz."¹⁶

¹¹Hekimlik Meslek Etiği Kuralları 1. ve 2. madde: (Türk Tabipler Birliği Büyük Kongresi'nde 10-11 Ekim 1998'de kabul edilmiş, 01.02.1999 tarihinde yayımlanmıştır)

¹²Hekimlik Meslek Etiği Kuralları-Madde 6: (Türk Tabipler Birliği Büyük Kongresi'nde 10-11 Ekim 1998'de kabul edilmiş, 01.02.1999 tarihinde yayımlanmıştır)

¹³Hekimlik Meslek Etiği Kuralları-46. madde: (Türk Tabipler Birliği Büyük Kongresi'nde 10-11 Ekim 1998'de kabul edilmiş, 01.02.1999 tarihinde yayımlanmıştır)

¹⁴ İstanbul Protokolü-para.57

¹⁵DTB-Uluslararası Tıbbi Etik Kuralları; TTB-Hekimlik Meslek Etiği Kuralları Madde 10

¹⁶ TTB-Hekimlik Meslek Etiği Kuralları-2012, Madde 25

Tokyo Bildirgesi¹⁷ ve Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi¹⁸'nde de hekimin asli görevinin; insan sağlığına, yaşamına ve kişiliğine özen ve saygı göstermek; insanların sıkıntılarını gidermek, acılarını dindirmek olduğu, kişisel, kolektif ya da siyasal hiçbir gerekçenin bu üst ilkeye üstün gelemeyeceği yer almaktadır.

TTB İnsan Hakları ve Hekimlik Bildirgesi¹⁹'nde insan haklarının korunması ve sürdürülmesindeki özel konumları ve genellikle insan hakları ihlallerine ilk tanık olmaları nedeniyle hekimlerin insan hakları ihlallerini kayıt altına alması ve tıbbi bakım vermekle yükümlü olduğu hatırlatılmaktadır.

Aynı zamanda hekim etik olarak kişinin sağlığının bozulma olasılığına karşı da önlem almalı ve gerekli müdahalelerde bulunmalıdır. İstanbul Protokolü'nde hekimin adli değerlendirme sırasında kişinin sağlığının gözaltına (veya cezaevinde) alınmaya veya kalmaya elverişli olmadığı yönünde klinik bir kaniya ulaştığı veya kişinin işkence ve diğer kötü muamelelere maruz kalacağı kuşkusu taşıdığı durumlarda; kişiyi geri göndermemesi, hastane izlem biriminde veya bir sağlık kuruluşunda yatışını sağlaması gerektiği bildirilmektedir. Bu tür durumlarda da hekim öncelikli görevinin kişinin sağlığını ve yaşamını korumak ve asla zarar vermemek olduğunu aklında tutmalıdır.

Hekimin öncelikli görevi; bilimsel standartlara uygun olarak hastalıkları önlemek, hastaları iyileştirmeye çalışarak insanın yaşamını ve sağlığını korumaktır. Uluslararası Tıp Etiği Kuralları'nın yanı sıra TTB-Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nda hekimlerin her zaman mesleki uygulamalarda en yüksek standartlara ve bağımsız mesleki kanaatlerine göre davranacağı belirtilmiştir.

Adli olgularda delil elde etmek, kişinin sağlık durumunu veya bir uygulamanın yararını belirlemek amacıyla hekimden istenen adli tıbbi değerlendirmelerde de mesleğin öncelikleri değişmemektedir²⁰. Adli tıbbi değerlendirme yapan ve rapor hazırlayan hekimler de her durumda mesleki ve ahlaki bağımsızlık içinde şefkatle ve insan onuruna saygılı biçimde tıbbi bakım verme yükümlülüğündedir²¹. İstanbul Protokolü²²'nde işkence ve kötü muamele soruşturmalarında çalışan tıp uzmanlarının her zaman en yüksek etik ve tıp biliminin kabul edilmiş standartlarına uygun biçimde davranması gerektiği yer almaktadır.

Ulusal ölçekte, TTB-Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, TTB-Hasta Hakları Yönetmeliği²³, ve TTB Malpraktis Bildirgesi²⁴'nde hekimin hizmet sırasında hata yap-

¹⁷ Tokyo Bildirgesi

¹⁸ Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, (1960) Resmi Gazete tarih: 19.02.1960 Resmi Gazete No:10436

¹⁹ TTB İnsan Hakları ve Hekimlik Bildirgesi (Madde 6)

²⁰ Adli Tıbbi Değerlendirmelerde Çalışan Sağlık Çalışanları için Yönlendirici İlkeler

²¹ -Dünya Tabipler Birliği Uluslararası Tıbbi Etik Kuralları (Dünya Hekimler Birliği'nin Ekim 1949'da Londra'da yapılan 3. Genel Kurulu'nda kabul edilmiş, 1968 Sydney, 1983 Venedik, 2006 Pilsnesburg'da tadil edilmiştir)

²² BM, İstanbul Prensipleri: 6a

²³ TTB-Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 5:

²⁴ TTB Malpraktis Bildirgesi (4-5 Nisan 2008 tarihlerinde Ankara'da düzenlenen "TTB Etik Bildirgeler Çalıştayı"nda kabul edilmiştir. 20 Haziran 2009 tarihinde Ankara'da düzenlenen "TTB II. Etik Bildirgeler Çalıştayı"nda güncellenmiştir.)

mamak için özenli davranması, bilgi ve becerisini yetkinleştirilmesi ve gelişmeleri yakından izlemesi gerektiğinden söz etmektedir.

D. Ayrım yapmama yükümlülüğü

Hekimler, mesleklerini uygularken; her durumda tıbbi değerlendirmelerini, siyasal görüş, toplumsal ve ekonomik durum, dini inanç, milliyet, etnik köken, ırk, cinsiyet, cinsel yönelim, yaş ve diğer benzeri farklılıkları gözetmeksizin yerine getirmekle yükümlüdür. Mesleki etkinlikleri sırasında hiçbir biçimde tıbbi hizmet sunduğu kişiler arasında ayırım yapamaz.

Tıbbi etik kurallar bir bütündür ve tüm hekimlik uygulamalarını kapsar. Adli tıbbi değerlendirme ve raporlandırma süreçlerinde de; hekim tüm diğer mesleki uygulamalarında olduğu gibi, ayrımcılık yasağına uymakla yükümlüdür. Adli tıbbi değerlendirmelerde de sağlık hizmeti eşit ve nitelikli olmalıdır. Kişinin işlediği ileri sürülen suçlar hiçbir durumda sağlık hizmetinin ve değerlendirme süreçlerinin farklılaşmasına gerekeç edilemez.

Özgürlüğünden alıkonulmuş insanlar, insan hakları ihlallerine maruz kalma ve sağlık hizmetine eşit ulaşma hakkına ilişkin ihlaller açısından risk grubu kabul edilmekteler. Bu nedenle özel koruyucu mekanizmalar ve metinlerle bu haklar koruma altına alınmaya çalışılmaktadır.

Gözetiminde veya cezaevinde tutulanlara ilişkin tıbbi değerlendirme ve hizmetlerde ayrımcılık yasağı ek etik bildirge ve uluslararası standartlarla ayrıca vurgulanmıştır.

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda kabul edilen ve tutuklu-hükümlülerin sağlık haklarıyla ilgili çeşitli kararlarda; tutuklu ve hükümlülere karşı herhangi bir ayırım yapılmadan sağlık hizmetlerinden yararlanması ve her durumda insanîyetin, insanın doğuştan sahip olduğu insanlık onuruna saygının gerektirdiği biçimde muamele görmesi gerekliliği vurgulanmıştır^{25,26}.

Birleşmiş Milletler-Alıkonulan ve Mahpusların İşkenceden ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı veya Aşağılayıcı Muamele veya Cezalandırmadan Korunmasında, Sağlık Çalışanlarının, özellikle Hekimlerin Rollerine İlişkin Tıp Etiği İlkeleri²⁷'nin (BM-Genel Kurul, 1982) birinci kuralı olarak "Tutuklu ve hükümlülere tıbbi bakım vermekle görevli sağlık personelinin ve özellikle de doktorların, bu kimse-

²⁵ -Birleşmiş Milletler-"Mahkumlara Uygulanacak Muameleye İlişkin Temel İlkeler" ("Basic Principles for the Treatment of Prisoners"-Birleşmiş Milletler Genel Kurulu, 45/111 sayılı, 14 Aralık 1990 kararı)

²⁶ -Birleşmiş Milletler-"Herhangi bir Biçimde Alıkonan veya Hapsedilen Kişilerin Korunmasına İlişkin İlkeler Bütünü" ("Body of Principles for the Protection of All Persons Under Any Form of Detention or Imprisonment", Birleşmiş Milletler Genel Kurulu, 43/273 sayılı, 09.Aralık.1988 kararı)

²⁷-Birleşmiş Milletler-"Alıkonulan ve Mahpusların İşkenceden ve Diğer Zalimane İnsanlık Dışı veya Aşağılayıcı Muamele veya Cezalandırmalardan Korunmasında, Sağlık Çalışanlarının, özellikle Hekimlerin Rollerine İlişkin Tıp Etiği İlkeleri" ("Principles of Medical Ethics Relevant to The Role of Health Personnel, Particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees Against Torture and Other Cruel, inhuman or Degrading Treatment or Punishment", Birleşmiş Milletler-Genel Kurulu, 37/194 sayılı, 18 Aralık 1982 tarihli kararı)

lerin beden ve ruh sağlığını mahkum ya da tutuklu olmayan kimselerinkini koruyacakları düzeyde korumakla, kendilerine aynı düzey ve kalitede tedavi hizmeti sunmakla yükümlü oldukları benimsenmiştir.

Hekimlik Meslek Etiği Kuralları²⁸ Madde 35’de; tutuklu ve hükümlülerin muayenelerinde de öteki hastaların ki gibi, **kişilik haklarına saygılı, hekimlik sanatını uygulamaya elverişli koşullarda** yapılması ve **onların gizlilik haklarının da korunması** gerektiğinin altı çizilmiştir. TTB-Hekimlik ve İnsan Hakları Bildirgesi²⁹’nde; yaşlılar, yoksullar, çocuklar, engelliler, sığınmacı ve mülteciler, göçmenler, eşcinsellerin yanı sıra tutuklu ve hükümlüler, işkence görenler ile açlık grevi yapanların daha dikkatli ele alınması ve gözetilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Ayrımcılık yasağı ile hekimlerin ayrımcılık karşısında alacağı etik tutumlara; İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi başta olmak üzere DTB, TTB bildirimlerinde Tıbbi Deontoloji Tüzüğü ve Hasta Hakları Yönetmeliği’nde yer verilmiştir.

İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi³⁰-Madde 1

“Bu Sözleşmenin Tarafları, tüm insanların haysiyetini ve kimliğini koruyacak, ve biyoloji ve tıbbın uygulanmasında, **ayrım yapmadan herkesin**, bütünlüğüne ve diğer hak ve özgürlüklerine saygı gösterilmesini güvence altına alacaklardır. Tarafların her biri, bu Sözleşme hükümlerinin yürürlüğe sokulması bakımından kendi iç hukuklarında gerekli tedbirleri alacaklardır.”

Hekimlik Andı-Cenevre Bildirgesi³¹:

“...Görevimle hastam arasına; yaş, hastalık ya da engellilik, inanç, etnik köken, cinsiyet, milliyet, politik düşünce, ırk, cinsel yönelim, toplumsal konum ya da başka herhangi bir özelliğın girmesine izin vermeyeceğime.. and içerim.”

²⁸ -Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, (Türk Tabipler Birliğı Büyük Kongresi’nde 10-11 Ekim 1998’de kabul edilmiş, 01.02.1999 tarihinde yayınlanmıştır)

²⁹ TTB-Hekimlik ve İnsan Hakları Bildirgesi 4-5 Nisan 2008 tarihlerinde Ankara’da düzenlenen “Türk Tabipleri Birliğı Etik Bildirgeler Çalıştayı”nda kabul edilmiştir.20 Haziran 2009 tarihinde Ankara’da düzenlenen “Türk Tabipleri Birliğı II. Etik Bildirgeler Çalıştayı”nda güncellenmiştir.

³⁰ İnsan hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi): (Avrupa Konseyi çerçevesinde 4 Nisan 1997’de imzaya açılan sözleşme, 5013 kanun no ile 09.12.2003-25311 sayılı Resmî Gazete’de yayınlanarak Türkiye tarafından kabul edilmiştir)

³¹ **Dünya Tabipler Birliğı Cenevre Bildirgesi-Hekimlik Andı**-İlk kez Dünya Tabipler Birliğı’nin (DTB) Eylül 1948’de Cenevre-İsviçre’de gerçekleşen 2. Genel Kurulu’nda kabul edilmiş, daha sonra DTB’nin 22. Genel Kurulu’nda (Sydney, Avustralya, Ağustos 1968), 35. Genel Kurulu’nda (Venedik, İtalya, Ekim 1983) ve 46. Genel Kurulu’nda (Stockholm, İsveç, 1994) değiştirilmiş, ayrıca Mayıs 2005’te ve Mayıs 2006’da Divonne-les-Bains-Fransa’da gerçekleştirilen 170’inci ve 173’üncü DTB Genel Kurul toplantılarında gözden geçirilmiş, son olarak Ekim 2017’de Chicago’da düzenlenen 68.Genel Kurul toplantısıyla yapılan değişiklikler kabul edilmiştir

DTB-Hasta Hakları Bildirgesi (Lizbon Bildirgesi)³²,

“Her insan ayırım yapılmaksızın uygun sağlık hizmeti alma hakkına sahiptir.”

DTB-Hasta Hakları Bildirgesi³³ (1-a)

Her kişi, ayrımcılık yapılmaksızın, uygun sağlık hizmeti alma hakkına sahiptir.

DTB-Tokyo Bildirgesi³⁴

“Tıbbi insanlığın hizmetinde kullanmak, insanlar arasında hiçbir ayırım gözetmeden bedensel ve zihinsel sağlığı korumak ve tedavi etmek, hastalarını rahat ettirmek ve acılarını hafifletmek, hekimin ayrıcalıklı görevidir.”

TTB-Hekimlik ve İnsan Hakları Bildirgesi³⁵

“Hekimler herkesin; ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasal veya başka bir görüş, ulusal veya sosyal köken, mülkiyet, doğuş veya herhangi başka bir özelliğe göre ayırma uğramadan ve toplumsal cinsiyet eşitliği göz önüne alınarak bütün haklardan ve özgürlüklerden yararlanmasını gerektiğini kabul eder. Var olan eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasını önceler.”

TTB- Hekimlik Meslek Etiği Kuralları³⁶-Hekimin Yansızlığı-Madde 7

“Hekim görevlerini her durumda hastaları arasındaki siyasal görüş, sosyal durum, dini inanç, milliyet, etnik köken, ırk, cinsiyet, yaş, toplumsal ve ekonomik durum ve benzeri farklılıkları gözetmeksizin yerine getirmekle yükümlüdür.”

Tıbbi Deontoloji Tüzüğü³⁷-Umumi Kaide ve Esaslar- Madde 2

“Tabip ve dış tabibi; hastanın cinsiyeti, ırkı, milliyeti, dini ve mezhebi, ahlaki düşünceleri, karakter ve şahsiyeti, içtimai seviyesi, mevki ve siyasi kanaatı ne olursa olsun, muayene ve tedavi hususunda azami dikkat ve ihtimamı göstermekle mükelleftir.”

³² -Dünya Tabipler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi-Lizbon Bildirgesi (DTB'nin 1981'de Lizbon-Portekiz'de yapılan 34. Genel Kurulu'nda kabul edilmiş, 1995 Bali-Endonezya'da yapılan 47. DTB Genel Kurulu'nda tadil edilmiş, 2005'te Santiago-Şili'de gözden geçirilerek düzenlenmiş ve 2015 Oslo-Norveç'teki 200. DTB Konsey toplantısında tekrar teyit edilmiştir

³³ Dünya Tabipler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi-Lizbon Bildirgesi (DTB'nin 1981'de Lizbon-Portekiz'de yapılan 34. Genel Kurulu'nda kabul edilmiş, 1995 Bali-Endonezya'da yapılan 47. DTB Genel Kurulu'nda tadil edilmiş, 2005'te Santiago-Şili'de gözden geçirilerek düzenlenmiş ve 2015 Oslo-Norveç'teki 200. DTB Konsey toplantısında tekrar teyit edilmiştir

³⁴ Dünya Tabipler Birliği-Tokyo Bildirgesi: Gözaltında ve Hapis Sırasında İşkence ve diğer Zalimane, İnsanlık Dışı ve Aşağılayıcı Muamele veya Cezalara ilişkin olarak Hekimler için Kılavuz (1975'te Tokyo-Japonya'da 29. Dünya Tıp Kurulu'nda kabul edilmiş; 2005'de Divonne les Bains-Fransa'da 170. Konsey oturumunda, 2006'da Divonne les Bains-Fransa'da 173. Konsey Oturumunda ve 2016'da Taipei-Tayvan'da 67. Genel Kurul'da gözden geçirilmiştir)

³⁵ TTB-Hekimlik ve İnsan Hakları Bildirgesi 4-5 Nisan 2008 tarihlerinde Ankara'da düzenlenen “Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri Çalıştayı”nda kabul edilmiştir.20 Haziran 2009 tarihinde Ankara'da düzenlenen “Türk Tabipleri Birliği II. Etik Bildirgeleri Çalıştayı”nda güncellenmiştir.

³⁶ Hekimlik Meslek Etiği Kuralları: (Türk Tabipler Birliği Büyük Kongresi'nde 10-11 Ekim 1998'de kabul edilmiş, 01.02.1999 tarihinde yayınlanmıştır)

³⁷ Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, (1960) Resmi Gazete tarih: 19.02.1960 Resmi Gazete No:10436

Hasta Hakları Yönetmeliği³⁸ İlkeler Madde 5/c:

Sağlık hizmetinin verilmesinde, hastaların, ırk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç ve ekonomik ve sosyal durumları ile sair farklılıkları dikkate alınmaz. Sağlık hizmetleri herkesin kolayca ulaşabileceği şekilde planlanıp düzenlenir.

E. Mesleki Bağımsızlık

Hekim, her durumda mesleğini bağımsız ve yansız biçimde uygulamakla yükümlüdür. Adli olgularda hakikati ortaya çıkartmak için hekim tıbbi sürecin başından raporun tamamlanmasına kadar bütün aşamalarda bağımsız ve özgürce mesleki standartlarına uygun davranmalıdır. Bağımsız davranma yükümlülüğü uluslararası ve ulusal belgelerde tanımlanmıştır.

DTB-Uluslararası Tıbbi Etik Kuralları³⁹

“Hekim, her zaman bağımsız mesleki yargısını kullanacak ve en yüksek mesleki davranış standartlarını koruyacaktır”

“Hekim, yargısının kişisel çıkar veya özel bir ayrımcılıktan etkilenmesine izin vermeyecektir.”

Malta Bildirgesi

Hekimler değerlendirmelerinde nesnel kalmalı, üçüncü tarafların kendi tıbbi yargılarını etkilemesine izin vermemelidir. Hekimler, örneğin tıbbi olmayan gerekçelerle tıbbi müdahalede bulunulması gibi etik ilkelerini ihlal eden baskılara karşı çıkmalıdır.

TTB-Hekimlik ve İnsan Hakları Bildirgesi; (Madde 5)

Tıbbi açıdan sorumlu olduğu kişinin bakımıyla ilgili bir karar verirken klinik yönden bütünüyle bağımsız hareket etme yükümlülüğünün farkındadır.

Türkiye’de hekimlerin adli tıbbi değerlendirmelerde mesleki bağımsızlık içinde hareket etme yükümlülüğü yasal olarak da güvence altındadır. Türk Ceza Kanunu⁴⁰ Madde 288’de bilirkişileri hukuka aykırı bir işleme zorlamanın “adil yargılamayı etkilemeye teşebbüs suçu” olduğu düzenlenmiştir.”

“Görülmekte olan bir davada veya yapılmakta olan bir soruşturmada, hukuka aykırı bir karar vermesi veya bir işlem tesis etmesi ya da gerçeğe aykırı beyanda bulunması için, yargı görevi yapanı, bilirkişiyi veya tanığı hukuka aykırı olarak

³⁸ Hasta Hakları Yönetmeliği (Sağlık Bakanlığı, Resmi Gazete Yayın tarihi: 01.08.1998, Sayı: 23420)

³⁹ Dünya Tabipleri Birliği Uluslararası Tıbbi Etik Kuralları: Ekim 1949’da Londra-İngiltere’de yapılan DTB 3. Genel Kurunda kabul edilmiş; Ağustos 1968’de Sidney-Avustralya’da yapılan 22. DTB Genel Kurulu’nda; Ekim 1983’te Venedik-İtalya’da yapılan 35. DTB Genel Kurulu’nda ve Ekim 2006’da Pılanesburg-Güney Afrika Cumhuriyeti’nde yapılan DTB Genel Kurulu’nda tadil edilmiştir.

⁴⁰ Türk Ceza Kanunu 5237; Değişik madde: 02/07/2012-6352 S.K./93.md.

etkilemek amacıyla alenen sözlü veya yazılı beyanda bulunan kişi elli günden az olmamak üzere adli para cezası ile cezalandırılır.”

Tıbbi uygulama ve süreçlerde, objektif ve nesnel değerlendirme hekimlerin tıbbın etik kuralları ile bilimsel standartlara uygun davranması ile sağlanabilir. Hekimin mesleki özgürlük içinde karar vermesinin, gerekli incelemeleri ve konsültasyonları yapmasının engellenmesi doğru tanıya ulaşmasını engelleyecektir. Adli amaçlı değerlendirme ve raporların düzenlenmesi sırasında; hekimleri etik ve bilimsel standartlar dışında davranmaları için teşvik etmek, baskı altına almak ve zorlamak hukuka aykırı eylemlerdir. Diğer kişilerin yanı sıra güvenlik görevlilerinin de; hekimi farklı bir karar vermesi, görüşünü değiştirmesi veya bulgularını kaydetmemesi yönündeki talep ve davranışları suçtur.

Hekim hastasıyla ilgili olarak almış olduğu kararları ve gerekli gördüğü incelemeleri sağlık çalışanı olmayan kişilerle tartışmamalı ve onaylarını talep etmemelidir. Bu durum aynı zamanda etik ve yasal anlamda kişinin mahremiyet hakkının ihlaline yol açmaktadır.

Baskı altında olan, özgürce karar veremeyen bir hekim, hastasında da güven veremeyecek ve tıbbi süreci etkin bir şekilde yürütemeyecektir. Adli görev sırasında baskıya maruz kalınması, mesleki bağımsızlığın tehdit edilmesi/ortadan kaldırılması diğer hekimler için de benzer bir duruma yol açarak etik ihlallere zemin hazırlamaktadır.

Hekim baskı gördüğü veya tehdit edildiği durumlarda yargı organlarının yanı sıra meslek odalarını da haberdar ederek destek istemelidir. Dünya Tabipler Birliği⁴¹ Hamburg Bildirgesi'nde, tüm dünyadaki bireylerin ve örgütlenmiş tıp kuruluşlarının, işkence ve diğer kötü muamele uygulamalarına göz yummayı reddeden, ihlalleri engellemek ve kanıtlamak için çalışan hekimleri ve ailelerini, tehdit ve misillemelere karşı desteklemeleri gerektiği ifade edilmiştir. DTB, hekimlerin işkence ve diğer kötü muamelelere dahil olması veya dahil olması için baskıya maruz kalması halinde; uluslararası mekanizmaların ve hekim örgütlerinin harekete geçirilerek baskı ve sorumluların uluslararası düzeyde protesto edilmesi gerektiğini belirtmektedir. Türk Tabipleri Birliği de yaptığı açıklamalarda; etik tutum alan meslektaşlarının yanında olmaya ve haklarını korumaya devam edeceğini açıklamıştır.

Etik ilke ve mesleki standartlara uyulmaması durumunda ise hekimlerin mesleki yaptırımlarla karşı karşıya kalacağı hatırlatılmaktadır.

F. Sır Saklama Yükümlülüğü

Mesleğin ve tıbbi uygulamaların özellikleri nedeniyle hekimler hastalarının sağlık durumuna ilişkin bilgilerin yanı sıra kişisel bilgilerine de ulaşmaktadır. Hekime başvuran tüm bireylerin, sağlık gereksiniminin sağlanması amacıyla verdiği her türlü kişisel bilginin korunması esastır. Hekimlik mesleğinin değerleri çerçevesin-

⁴¹Hamburg Bildirgesi...

de mesleki gizliliğin korunması yükümlülüğü, hastaların hiçbir endişeye kapılmadan tedavi için başvurmalarını sağlamaya yöneliktir⁴².

İnsanlık onuru kişinin dokunulmazlığına ve temel haklarına müdahale edilmesini gerektirir. Anayasa, AİHS, Biyotıp Sözleşmesi, Türk Medeni Kanunu'nda “kişi dokunulmazlığı, maddi ve manevi varlığın korunması ve geliştirilmesi, özel hayat ve aile hayatına saygı gösterilmesinin” yanı sıra “hastaların özel yaşamının korunması ve bilgilendirilmesi” de korunması gereken haklar kapsamında yer almaktadır.

Sağlığa erişim ve yaşam hakkı da hastaların hekime ulaşabilmesini esas almaktadır. Sır saklama yükümlülüğü, tüm bu yükümlülüklerin gereği olarak kişisel bilgilerin ve sağlık verilerinin kişinin kendi tasarrufu ve izni olmaksızın üçüncü bir kişiyle paylaşılmasını engellemektedir. Türk Ceza Kanunu 134. Madde ve devamında “kişisel verilerin hukuka aykırı olarak kaydedilmesi ve paylaşılmasını suç olarak nitelendirmiştir.

AİHM⁴³, Hasta ve hekim arasında gizli kalması zorunlu bilgilerin üçüncü kişi ya da kurumlara aktarılabilmesi için her bir somut olay yönünden “bu müdahalenin demokratik bir toplumda gerekli olması, yapılan müdahalenin kanunla öngörülmesi, müdahalenin kapsamının müdahale amacı ile orantılı olması ve kişinin onayının varlığı” unsurlarını dikkate almaktadır. “Bu unsurlara aykırı davranılması halinde, bir kimsenin fiziksel bütünlüğüne yönelik bir saldırı gerçekleştirilmiş olacak ve gözaltındaki bir kimse, keyfi fiillere karşı yasal garantilerden mahrum kalacaktır.”

AİHM yasal düzenleme ve gerekliliğe atf yapmakla birlikte kişinin onam vermesini temel unsurlar arasında değerlendirmektedir. Anayasa’da kişisel haklarla ilgili düzenlemeler ile uluslararası sözleşmelerde yer alan yükümlülüklerin yasalar ve uygulama yönünden bağlayıcı olduğu dikkate alındığında kişinin onam vermemesi halinde kişisel sırların ve sağlığa ilişkin verilerin paylaşılamayacağı açıktır. Bu kapsamda hekimin, tanık ya da bilirkişi olarak mahkemeye çağrıldığında olayın meslek sırrı olduğunu ileri sürerek bu görevinden çekinme hakkı bulunmaktadır. Ceza Muhakemesi Kanunu’nun “Meslek ve sürekli uğraşları sebebiyle tanıklıktan çekinme” başlığını taşıyan 46 ıncı maddesi, Hukuk Muhakemeleri Kanunu’nun ‘Sır nedeniyle tanıklıktan çekinme’ başlıklı 249 uncu maddesi hekimlerin meslek sırrı nedeniyle tanıklıktan çekinme haklarını düzenlemektedir.

G. İkili Yükümlülük/Bağlılık

Hekimler yasal merciler veya ikinci bir kurum ya da kişi tarafından görevlendirildiği durumlarda, hukuksal olarak çerçevesi çizilmiş sorumluluklar ile hastasına karşı duyması beklenen sorumluluk ve bağlılığı sürdürme yükümlülüğü arasında

⁴²Türk Tabipleri Birliği Özel Yaşama Saygı ve Mesleki Gizliliğin Korunması Bildirgesi. 4-5 Nisan 2008 tarihlerinde Ankara’da düzenlenen “Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeler Çalıştayı”nda kabul edilmiştir. 20 Haziran 2009 tarihinde Ankara’da düzenlenen “Türk Tabipleri Birliği II. Etik Bildirgeler Çalıştayı”nda güncellenmiştir.

⁴³Y.F. / Türkiye, AİHM (22 Temmuz 2003, Başvuru no:24209/94)

tercih yapmak durumunda kalmaktadır. “İkili bağlılık” veya “ikili sadakat” (dual loyalty) olarak adlandırılan durumlarla karşılaşması durumunda da etik yükümlülükler yönünden öncelik, hastasına karşı bağlılığı ve sorumluluğudur⁴⁴.

Adli rapor düzenlemekle görevlendirilmiş olan hekim; görev tanımı, yeri, bağlı olduğu kurum ne olursa olsun; savaş, silahlı çatışma, olağanüstü hal durumları dahil hiçbir durumda tıbbi etik ilkelere aykırı davranamaz. Hekimlik yeminine ve etik ilkelere uymalı ve her durumda hastasına karşı sorumluluğu ve bağlılığının öncelikli olduğunu hatırlamalıdır.

H. Hekimlerin işkence ve insan hakları ihlalleri karşısında ödev ve yükümlülükleri

Sağlık çalışanları, uğraşı alanları nedeniyle işkence ve insan hakları ihlalleri ile en sık karşılaşan meslek gruplarından biridir. Hekimlerin ve sağlık çalışanlarının da “mesleklerinin ve meslek bilgilerinin insana karşı suç işlenmesine veya alet edilmesine hiçbir koşulda destek olmama ve yalnızca kendi ülkelerinde değil, dünyanın her yerinde insan hakları ihlallerine karşı mücadele etme” yükümlülüğü bulunmaktadır.

“Tutuklulara Karşı Muamelelerin Standart Asgari Kuralları⁴⁵” ile “BM Mahkum ve Tutukluların İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı veya Aşağılayıcı Muamele ve Cezalardan Korunmasında Sağlık Çalışanlarının özellikle Doktorların Rolü için Geçerli Tıbbi Etik İlkeler⁴⁶” de göz altındakilerin fiziki ve ruhsal sağlığını korumanın sağlık çalışanlarının ahlaki bir görevi olduğu, sağlık çalışanlarının tıbbi bilgi ve yeteneklerini kişilerin temel haklarını çiğneyecek bir şekilde kullanmalarının işkenceye göz yummak anlamına geleceği, işkenceye aktif veya pasif bir biçimde katılmalarının tıbbi etikle tamamen çeliştiğini açıkça belirtilir.

İşkence ve kötü muameleyle tabi tutulmama hakkı, tüm insanlığın, dolayısıyla uluslararası toplumun ortak hakkıdır. Çünkü bu hak, bir yandan kişinin onurunu, ruh ve vücut bütünlüğünü koruduğu için tek tek bireylerin ama aynı zamanda insanlığın ortak değeri olarak tüm insanlığın onurunu korumaktadır.”

İşkence, bireylerin fiziksel ve duygusal yapılarına zarar vermenin yanı sıra, kimi durumlarda bütün bir toplumun iradesini, onurunu ve gelecek hayallerini yok etmeye yönelik bir saldırıdır. İnsan olarak varoluşumuzun anlamına ters düştüğü ve daha aydınlık bir gelecek umutlarımıza gölge düşürdüğü için işkence, insanlık ailesinin bütün üyelerini ilgilendirir.

“İşkence yasağı” ve “işkence görmeme hakkı” uluslararası hukukun temel standartlarından. Uluslararası insan hakları hukuku ve uluslararası insancıl hukuk;

⁴⁴ Dual Loyalty & Human Rights In Health Professional Practice-Proposed Guidelines & Institutional Mechanisms (A Project of the International Dual Loyalty Working Group: A Collaborative Initiative of Physicians for Human Rights and the School of Public Health and Primary Health Care University of Cape Town, Health Sciences Faculty; 2002)

⁴⁵ Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners, UN 1955

⁴⁶ Procedures for the effective implementation of the Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners. UN Economic and Social Council 1984/47 on 25 May 1984.

işkence uygulamasını mutlak biçimde yasaklar. Devletler her durum ve süreçte işkence yasağına uymak durumundadırlar. Savaş, silahlı çatışma ve olağanüstü hal dönemleri dahil hiçbir durumda istisna getirilemez, devletlerin bu konudaki yükümlülükleri askıya alınamaz⁴⁷.

Uluslararası ve bölgesel sözleşmeler, bildirgeler ve kararlarla işkence ve diğer kötü muamelelere ilişkin Devletlerin yükümlülükleri açıkça tanımlanmıştır:

- İşkence yapmama/yaptırmama, göz yummama yükümlülüğü,
- İşkenceyi önlemeye ilişkin yükümlülükler (etkin yasal, idari, hukuki ve diğer tedbirleri alma; işkencenin suç haline getirilmesi; eğitim vb yollara ilişkin yükümlülükleri içerir),
- İhlale ilişkin yükümlülükler (işkence iddialarının ve/veya kuşku içeren durumların etkin bir şekilde soruşturulması; sorumluların saptanması; yargılaması ve cezalandırılması; işkence görenlere uygun telafi ve onarım sağlanmasını içerir),

Gözaltı ve cezaevi süreçlerinde işkence ve diğer kötü muamele uygulamaları karşısında Devletlerin yükümlülükleri ile tıbbi değerlendirme, araştırma ve belgelemenin nasıl yapılması gerektiği yer almaktadır. Türkiye’de de gözaltında veya cezaevinde tutulan kişilerle ilgili hukuki mevzuat uluslararası belgelerde tanımlanan ilkelere uygun olarak düzenlenme yoluna gidilmiştir.

Uluslararası standartlara göre⁴⁸:

Gözaltına alınanlar; alınma işlemi sonrası derhal, gözaltında birim değiştirmelerde, periyodik olarak ve gözaltından çıkarken sağlık muayenesinden geçirilmek zorundadır. Kişilerin cezaevlerine alınmaları halinde; cezaevi girişinden hemen sonra bir hekim tarafından muayeneleri zorunludur. Bu muayenelerde kişinin genel sağlık özellikleri ve ihtiyaçlarının saptanmasının yanı sıra kişinin daha önce görmüş olabileceği işkence ve kötü muamelelere ilişkin tıbbi değerlendirme ve belgeleme amacını da taşımaktadır. (Ayrıca, cezaevinde tutulan kişinin alıkonulduğu tüm süreçte tıbbi muayenelerinin ve sağlık kontrollerinin yapılması gerekmektedir. Bu muayeneler sırasında da hekimlerin kişinin herhangi bir şiddete maruz kalıp kalmadığına yönelik değerlendirme yapması gerektiği belirtilmektedir.)

Özgürlüğünden yoksun bırakılan kişilerde tıbbi değerlendirme ve belgelemede amaç; kişiye uygulanmış olabilecek işkence ve kötü muamelelerinin belirlenme-

⁴⁷(BM-1848 Cenevre Sözleşmeleri ve 1977 Ek protokolleri; BM-İnsan Hakları Bildirgesi (md.5); BM-Medeni ve Siyasal Haklara İlişkin Sözleşme (md. 7-10); BM-İşkenceye Karşı Sözleşme; BM-Çocuk Hakları Sözleşmesi (md.37); BM-Göçmen İşçiler Sözleşmesi (md.10); BM-Engelli Hakları Sözleşmesi (md.15); Avrupa Konseyi-İşkenceyi Önleme Sözleşmesi)

⁴⁸ BM İşkence Özel Raportörü Aralık 2003 tarihli raporu; BM Mahpuslara Muamelelere İlişkin Standart Asgari Kurallar-Mandela Kuralları, 2015; BM Herhangi bir Biçimde Tutulan veya Hapsedilen Kişilerin Korunması için Prensipler Bütünü A/RES/43/173, 1988; Avrupa İşkenceyi Önleme Komitesi, 12 no.lu Genel Rapor; Özel Raportörün İşkence Raporu (A/56/156, Tem. 2001); Özel Raportörün İşkence Sorunu Raporu [E/CN.4/2003/68], Aralık 2002

sidir⁴⁹. Devletlerin işkenceyi önleme ve soruşturma yükümlüğü, özgürlüğünden yoksun bırakılan kişilerin gözaltı giriş/çıkış, cezaevi giriş sırasında tıbbi değerlendirilmelerinin yapılarak “işkence ve diğer kötü muamelelerin etkin tıbbi araştırılması ve belgelenmesi”ni gerektirmektedir. Bürokratik, yüzeysel bir uygulamaya dönüşen belgeleme süreçleri devletin yanı sıra hekimler açısından da sorumluluk doğuracak etik ve yasal ihlallere yol açmaktadır.

Gözaltında ve cezaevinde bulunduranların tıbbi ve adli-tıbbi değerlendirmelerini gerçekleştiren hekimlerin işkence ve diğer kötü muamelelere ilişkin etik yükümlülüklerine ve uluslararası standartlara mutlak uyumları kritik önemdedir.

Tıp etiği bildireleri, ulusal ve uluslararası belgelerde, hekimlerin hiçbir durumda, işkence veya diğer zalimane, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamelelere katılımı, onaylaması, hoş görmesi veya göz yummasının kabul edilemez olduğu tekrarlanmaktadır. Hekimin böylesi bir süreçte aktif rol alması gibi pasif olarak bu uygulamalara göz yumması da benzer biçimde ağır etik ihlal olarak değerlendirilmektedir^{50,51,52}. Hekimlerin işkence ve diğer kötü muameleleri fark ettiklerinde veya böyle bir iddiayla karşılaştıklarında mesleki bilgi ve becerilerini gerçeğin ortaya çıkarılması için kullanmaları etik bir zorunluluktur⁵³. Adli tıbbi değerlendirme yapan hekimler başta olmak üzere hiçbir hekim işkenceye aktif ya da pasif destek veremez. Hekimlerin, işkence ya da zalimce, insanlık dışı ve aşağılayıcı öteki işlemlerin uygulandığı ya da böyle bir gözdağının verildiği yerlerde bulunması yasaktır⁵⁴. İşkence ve diğer kötü muamele davranışı ile karşılaştığında işkenceye göz yummayacak, önlemek için çaba harcayacak, belgeleme, raporlandırma ve bildirimde bulunma yükümlülüklerini yerine getirecektir. Hekimlerin; silahlı çatışma ya da sivil kavgalar da dahil olmak üzere, herhangi bir durumda işkenceyi ve zalimce insanlık dışı ya da aşağılayıcı herhangi bir işlemi onaylaması, hoş görmesi ve bunlara katılması ağır bir etik ihaldir.

Dünya Hekimler Birliği başta olmak üzere sağlık alanında var olan uzmanlık kuruluşları, temel metinlerinde işkence ve insan hakları ihlalleri karşısında he-

⁴⁹ BM Mahpuslara Muamelelere İlişkin Standart Asgari Kurallar (Mandela Kuralları); BM Genel Kurulu kararı 70/175, annex, 17 December 2015

⁵⁰ Birleşmiş Milletler-“Alınkonulan ve Mahpusların İşkenceden ve Diğer Zalimane İnsanlık Dışı veya Aşağılayıcı Muamele veya Cezalandırmalardan Korunmasında, Sağlık Çalışanlarının, özellikle Hekimlerin Rollerine İlişkin Tıp Etiği İlkeleri” (“Principles of Medical Ethics Relevant to The Role of Health Personnel, Particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees Against Torture and Other Cruel, inhuman or Degrading Treatment or Punishment”, Birleşmiş Milletler-Genel Kurulu, 37/194 sayılı, 18 Aralık 1982 tarihli kararı)

⁵¹ WMA Tokyo, 1975

⁵² Dünya Hekimler Birliği, Hamburg Bildirgesi: “Hekimlerin İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı veya Aşağılayıcı Muamelelerin Uygulanmasına Katılmayı veya Göz Yummayı Reddetmesinin Desteklenmesine İlişkin Bildirge” (Dünya Hekimler Birliği’nin Kasım 1997’de Hamburg’da yapılan 49. Genel Kurulu’nda kabul edilmiştir)

⁵³ TTB, Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, 1999, Md.34

⁵⁴ TTB Hekimlik ve İnsan Hakları Bildirgesi-Madde 8)

kimlerin sorumlulukları ve yükümlülüklerinin neler olduğunu tanımlamıştır^{55, 56, 57}.

Dünya Tabipler Birliği, Helsinki Bildirgesi⁵⁸: Hekimlerin işkence veya zalimane veya insanlık dışı ve aşağılayıcı muameleleri belgeleme ve hakkında suç duyurusunda bulunma sorumluluğu

“1-İşkence vakalarının ve sorumlularının hekimler tarafından dikkatle ve tutarlı biçimde belgelenmesi ve bildirimde bulunmasının mağdurların fiziksel ve zihinsel bütünlüğünün korunmasına ve genel olarak insan onurunun aşağılanmasına karşı mücadeleye katkıda bulunacağı”

“19-İşkence fiillerinin belgelenmemesi ve bildirilmemesinin işkencenin hoş görülmesinin ve mağdurlara yardım edilmemesinin bir biçimi sayılabileceği” kabul edilmiştir.

DTB-Malta Bildirgesi-İlkeler-3. Madde: Etik davranma ödevi⁵⁹

Tedavi işlemlerinde yer almasalar bile tüm hekimler güç durumdaki insanlarla olan mesleki temaslarında tıp etiğine bağlı kalmak zorundadır. Üstlenmiş oldukları rol ne olursa olsun hekimler tutuklu kişilere zor uygulanmasını ve bu kişilere kötü davranılmasını önlemeye çalışmalı, böyle durumların gerçekleşmesi halinde ise protesto etmelidir

DTB-Tokyo Bildirgesi-(1975-son rev. 2016)

1-Hekim, mağdur kişinin kuşkulandığı, suçlandığı ya da suçlu bulunduğu fiil, inançları ya da amaçları ne olursa olsun, silahlı çatışma ve iç huzursuzluk, ortamları dahil her durumda, bu kişiye yönelik işkence ya da insanlık dışı, zalimane veya aşağılayıcı işlemlere izin vermeyecek, görmezden gelmeyecek ve bu işlemlerde yer almayacaktır.

2. Hekim, işkence ya da zalimane, insanlık dışı veya aşağılayıcı uygulamaları kolaylaştıracak ya da mağdurun bu tür işlemlere karşı direncini azaltacak herhangi bir imkân, araç, madde ya da bilgi sağlamayacaktır.

4. İşkence ya da Zalimane, İnsanlık Dışı veya Aşağılayıcı Uygulamaların Belgelenmesinde ve Kınanmasında Hekimlerin Yükümlülüğü ile ilgili DTB Tutum Belgesi'nde belirtildiği gibi ve mesleki gizlilik ilkesine istisna oluşturmak üzere,

⁵⁵Dünya Hekimler Birliği, Tokyo Bildirgesi 1975

⁵⁶Dünya Psikiyatri Birliği, Hawaii Bildirgesi 1977

⁵⁷Uluslararası Hemşireler Konseyi, Gözetimdeki ve Tutukluların Bakımında Hemşirelerin Rolü Yönergesi' 1975

⁵⁸ Dünya Tabipler Birliği, Helsinki Bildirgesi: “Hekimlerin İşkence veya Zalimane veya İnsanlık Dışı ve Aşağılayıcı Muameleleri Belgeleme ve Hakkında Suç Duyurusunda Bulunma Sorumluluğu Hakkında Kararı” (Dünya Hekimler Birliği'nin 2003 Helsinki'de yapılan Genel Kurulu'nda kabul edilmiş, 2007'de Kopenhag'ta yapılan Genel Kurulu'nda tadil edilmiştir)

⁵⁹Açlık Grevi Eylemleriyle İlgili Dtb Malta Bildirgesi Kasım 1991'de St. Julians, Malta'da yapılan 43. DTB Genel Kurulu'nda benimsenmiş, Eylül 1992'de Marbella, İspanya'da yapılan 44., Ekim 2006'da Pilsberg, Güney Afrika'da yapılan 57. ve Ekim 2017'de Chicago, ABD'de yapılan 68. DTB Genel Kurullarında gözden geçirilmiştir.

hekimlerin, mümkün olduğunda ilgili kişinin de onamı alınarak, ancak mağdurun kendini özgürce ifade edemeyeceği belirli durumlarda böyle açık bir onam olmaksızın istismar vakalarını bildirme gibi etik bir yükümlülükleri vardır.

DTB-Hamburg Bildirgesi (1997-Hamburg)

Madde 4.1; Tıp Mesleğini icra edenlerin onay Tıp mesleğini icra edenlerin onayladığı uluslararası etik bildiregelere ve kılavuzlara dayanılarak, dünya genelinde hekimlerin işkence veya diğer zalimane, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamelelerin herhangi bir nedenle uygulanmasını onaylaması, buna **göz yumması** veya katılması yasaklanmıştır.

Madde 4.4(DTB, tabip örgütlerini) ,hekimleri, fark ettikleri, işkence ve diğer zalimane, insanlıkdışı veya aşağılayıcı muamele veya cezalandırmayı içeren her tür uygulamayı; raporlama ve belgelemeye cesaretlendirir.

Madde 5.4: (DTB üyesi tabipler birliklerini) hekimlerin, işkence ve diğer zalimane, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele veya cezalandırma eylemlerine katılımları/işbirlikleri (complicity) durumlarında, hukuk karşısında sorumlu tutulmalarını sağlamak üzere gerekli adımları atmaya (take actions) cesaretlendirir

BM-İstanbul Protokolü:

Para. 126-..Hiçbir koşul altında tıbbi raporların örneği kolluk kuvvetlerine verilmemelidir... Eğer, adli tıbbi muayene işkence iddialarını destekliyorsa, alıkonulan, alıkonulduğu yere geri gönderilmemeli, bunun yerine alıkonulanın yasal durumun belirlemek üzere savcının ya da hakimın karşısına çıkarılmalıdır.

TTB-Hekimlik Meslek Etiği Kuralları-2012: İşkenceye Yardım Yasağı Madde 34:

Hekim, tıbbi bilgi ve becerisiyle, işkence ve benzeri uygulamalara katılamaz, yardımcı olamaz, gerçeğe aykırı rapor düzenleyemez. İşkence iddiası olan olgularla karşılaşan hekim, mesleki bilgi ve becerilerini gerçeğin ortaya çıkarılması için kullanır.

Sağlık Bakanlığı-‘Adli Tabiplik Hizmetlerinin Yürütülmesinde Uyulacak Esaslar’-Genelge-2005/143: Muayenede dikkat edilecek hususlar ve muayene koşulları 3.2.4.

f) Muayeneyi yapan tabip, bütün adli vakalarda ve özellikle gözaltına alınmış kişilerin muayenesi esnasında TCK’da yer alan işkence (Madde 94), neticesi sebebiyle ağırlaşmış işkence (Madde 95) ve eziyet (Madde 96) suçlarının işlendiği yolunda herhangi bir bulguya rastlaması hâlinde, durumu derhâl Cumhuriyet savcısına bildirecektir. Bu durumda Ceza Muhakemesinde Beden Muayenesi, Genetik İncelemeler ve Fizik Kimliğin Tespiti Hakkında Yönetmeliğin 7’nci ve 8’inci maddesine göre işlem yapılacaktır.

Hekimlik Meslek Etiği Kuralları Madde 45’de;

“...her hekimin, Uluslararası Sözleşmelere, başta İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi olmak üzere tüm insan hakları belgelerine ve hekimlikle ilgili ortak kurallara uymakla yükümlü olduğu vurgulanır⁶⁰. Hekimlik Meslek Etiği Kurallarında yer almayan durumlarla karşılaşıldığında da; hekim, genel etik ilkelere, ulusal düzenlemelere, uluslararası düzeydeki bildirge ve sözleşme hükümlerine uymak durumundadır⁶¹.

TTB-Hekimlik ve İnsan Hakları Bildirgesi’nde de tüm mesleki uygulamalarında hekimlerin insan haklarını temel alacakları belirtilmektedir. Hekimin mesleğini uygularken insan yaşamına saygı duyma yükümlülüğünü her durumda aklında tutması gerekmektedir⁶².

İ. İstanbul Protokolü

İşkence ve insan hakları ihlali iddiası olduğunda devletlerin temel görevi etkili bir soruşturma yapmak, iddiaları araştırmak, kanıtların belgelenmesini ve yargıya ulaşmasını sağlamak, suçluları ortaya çıkartmak ve adaletin yerine getirilmesini sağlamaktır.

Dünyanın farklı ülkelerinden İşkencenin önlenmesi, etkin bir şekilde soruşturulması ve kanıtların saptanabilmesi amacıyla bir araya gelen, Türk Tabipleri Birliği (TTB), Türkiye İnsan Hakları Vakfı (TİHV), Adli Tıp Uzmanları Derneği’nin de (ATUD) yer aldığı uluslararası tıp ve hukuk meslek örgütleri, insan hakları savunucuları, bilim insanları; “işkence ve insan hakları ile ilgili hukuksal standartlar, etik değer ve normlar, soruşturma, görüşme, fiziksel ve ruhsal değerlendirme” başlıkları altında uluslararası sözleşmelerde, bildirge ve belgelerde yer alan asgari standartları ve temel ilkeleri “İstanbul Protokolü⁶³” ile (İP) bütüncül bir yapıya ve kavuşturarak uluslararası bir kılavuz oluşturmuştur. İstanbul Protokolü, Birleşmiş Milletler tarafından 1999 yılı sonunda onaylanmasıyla, bu konularda asgari standartları içeren temel başvuru kaynağı ve uluslararası bir kılavuz olmuştur. Kabulünden bugüne geçen yaklaşık yirmi yıllık sürede, hukuk ve tıp alanında ulusal ve uluslararası kuruluşlarca (BM, AIHM, Inter-Amerikan İnsan Hakları Mahkemesi, Afrika İnsan ve Halkların Hakları Mahkemesi, Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Dünya Hekimler Birliği (WMA) vb.), işkence ve insan hakları ihlalleri ile ilgili değerlendirmeler için temel başvuru kaynağı olarak benimsenmiştir.

Özgürlüğünden alıkonulan kişilerle ilgili tıbbi işlemlerde ve adli değerlendirme süreçlerinde yer alan hekimlerin uymakla yükümlü bulunduğu hukuki, etik ve tıbbi standartlar İP’nde yer almaktadır.

“Ne şekilde ifade edilirse edilsin, sağlık hizmeti etik kurallarının ana kuralı, kısıtlamalar, baskılar ve yasal sözleşmelere bağlı yükümlülüklerden bağımsız olarak,

⁶⁰Hekimlik Meslek Etiği Kuralları-Madde 33: (Türk Tabipler Birliği Büyük Kongresi’nde 10-11 Ekim 1998’de kabul edilmiş, 01.02.1999 tarihinde yayınlanmıştır)

⁶¹Hekimlik Meslek Etiği Kuralları-Madde 45: (Türk Tabipler Birliği Büyük Kongresi’nde 10-11 Ekim 1998’de kabul edilmiş, 01.02.1999 tarihinde yayınlanmıştır)

⁶²Uluslararası tıbbi etik kodlar...

⁶³Birleşmiş Milletler, İstanbul Protokolü,

sağlık hizmeti veren kişinin daima hastanın iyiliğini gözeterek ve yararını düşünerek davranmakla görevli olduğudur.”

“Ulusal hukukun parçası olmasa bile, bütün sağlık çalışanları ahlaki olarak profesyonel meslek kuruluşlarının koyduğu standartlara uymakla yükümlüdürler, ahlaken bu kurullarla bağlıdırlar. Makul bir mazeretleri olmadan, mesleki standartlara uymaz, bu standartlardan saparlarsa yetkililerini kötüye kullanmaktan suçlu bulunurlar.”

İP; “*Müşfik Bakım ve Tedavi Sağlama Görevi*”nin; tutuklular ve suçlu olduğu iddia edilen kimseler de dahil olmak üzere doktorların daima hastaları için en iyi olanı yapmakla yükümlü olduğu ve bu görevin "*mesleki ve ahlaki bağımsızlık içinde, şefkatle ve insan onuruna saygılı*" biçimde tıbbi bakım vererek sağlanacağı vurgulamaktadır. Tıbbi bakımın sınırlanması veya engellenmesi durumunda hastalarının sağlık gereksinimlerini savunacak veya temsil edecek profesyonel bağımsızlık içinde davranmasını, bu hakları garanti altına almak ya da bu hakların verilmesini sağlamak için gerekli yollara başvurması önerilir. Her tür değerlendirme ve müdahalenin ancak hastasının rızasıyla gerçekleştirileceği, kişinin rızasının alınmadığı durumlarda sağlık çalışanının kişinin avukatı gibi hareket etmesi gerektiğini bildirir.

Avrupa İnsan hakları Mahkemesi temel insan hakları ihlalleri ile işkence yasağı hakkında yapılan başvurularda ihlal iddialarını İstanbul Protokolü ilkelerini esas alarak değerlendirmektedir.

Türkiye'nin tazminat ödemesi kararı ile sonuçlanan davalarda karar gerekçesinde hekimlerin İP ilkelerine aykırı tutum ve davranışlarına yapılan atıflar, tazminatın hekimlere rücu edilmesi ile sonuçlanabilecektir.

Görüşme Ortamı ve Muayene

Adli tıbbi değerlendirme, kişinin yakınması ile başlayan, tıbbi öyküsü, soy geçmişi, olay öyküsü, ruhsal yakınmalar ve bulgular, yardımcı psikolojik testler, psikiyatri ve diğer gerekli konsültasyonlar, tetkikler ve fotoğraflama gibi incelemeler sonucu hazırlanacak raporla tamamlanan bir süreçtir.

J. Tıbbi değerlendirmenin; mahremiyet ve hekim-hasta ilişkisinin gizliliği koşullarını taşıyan bir sağlık ortamında gerçekleştirilmesi zorunluluğu:

Görüşme ve muayene; hastanın mahremiyetinin korunabildiği, yakınmalarını ve sırlarını paylaşabileceği, inceleme ve değerlendirmelerin yapılabileceği sağlık hizmeti vermeye uygun ve hekimin uygun gördüğü bir ortamda yapılmalıdır^{64,65}. Görüşme ve muayenenin engellenmemesi için görüşme öncesinde gere-

⁶⁴Birleşmiş Milletler. *İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı ve Aşağılayıcı Muamele veya Cezaların Etkin Biçimde Soruşturulması ve Belgelendirilmesine İlişkin İlkeler (İstanbul Protokolü) 1999: (para. 124).*

⁶⁵TTB, ATUD, TİHV. *İnsan Hakları İhlalleri İle İlgili Hekim Tutumu 09.08.2016*

ken önlemler alınarak güvenli bir ortam hazırlanmalıdır. Etik bildirelerde görüşme ve görüşme ortamına dair ilkelere yer verilmiştir⁶⁶.

Bu ilkeler adli tıbbi amaçlı yapılacak değerlendirmelerde de önceliklidir. Adli tıbbi değerlendirme, hekimin ve hastanın kendini özgür ve bağımsız hissedeceği bir ortamda yapılır. Kişilerin gözetiminde tutulduğu birimlerde veya kişiyi özgürlüğünden yoksun bırakan güvenlik güçlerinin kontrolünde olan mekanlarda adli tıbbi değerlendirme yapılamaz. Güvenlik, personel yetersizliği, vb. nedenler değerlendirmenin sağlık kuruluşu dışında yapılmasının gerekçesi olarak kabul edilemez.

Uygun muayene ortamı ve bağımsız çalışma koşulları bulunmadığında; hekim çalıştığı kurum sorumlularına durumu bildirerek uygun ortam sağlanmasını talep etmelidir. Uygun koşullar sağlanmadığında; değerlendirmeyi yapan hekim, muayene ortamına ait kısıtlılıklar ile muayene yapılamamasının gerekçesini genel adli muayene rapor formuna kaydetmeli ve bir tutanak ile yargı organlarına iletmelidir.

Gözetim süreçleri ile ilişkili yapılacak tıbbi değerlendirmelerde İstanbul Protokolü ilkelerine uyulması gerekmektedir. İP ve CPT standartları kolluk güçlerinin muayene ortamında olmaması gerektiğini, hekim ile muayene edilen kişinin yalnız kalması ve muayenenin hekim-hasta ilişkisi çerçevesi içinde yapılmasının esas olduğunu vurgulamaktadır. İşkence ve diğer kötü muamelelere ilişkin iddialar veya riskli durum veya riskli koşullar olan durumlarla karşılaşan bir hekim; güvenlik güçlerini odadan çıkartmalı, hasta-hekim güven ilişkisini sağlamak için azami gayret göstermeli, kişiyi tıbbi değerlendirme ve belgeleme süreçleri ile ilgili bilgilendirerek onamını almalıdır.

Sağlık çalışanı olmayan kişilerin muayene ortamında bulunması durumunda ise; hekim muayeneyi diğer kişilerin göremeyeceği ve duyamayacağı bir şekilde gerçekleştirmek zorundadır.

Eğer muayeneyi yapan hekim, özgürlüğünden alıkonulmuş kişinin sağlık personeline karşı ciddi bir güvenlik riski oluşturduğuna ilişkin ikna edici bir kanıt olduğunu düşünüyorsa bir meslektaşı, sağlık çalışanı veya sağlık kuruluşunun güvenlik görevlerinin görüşme ortamında bulunmasını talep edebilir. Yakalama, Gözetim Alma ve İfade Alma Yönetmeliği⁶⁷ ile Adli Tabiplik Hizmetlerinin Yürütülmesinde Uyulacak Esaslar⁶⁸ başlıklı genelgede muayene sırasında güvenlik

⁶⁶DTB-Uluslararası Tıbbi Etik Kuralları (1949 Londra, 1968 Sydney, 1983 Venedik, 2006-Pilanesburg); DTB Tokyo Bildirgesi (1975-Tokyo; 2005, 2006-Divonne-les Bains); DTB-Hasta Hakları Bildirgesi (1981-Lizbon; 1995-Bali, 2005-Santiago); Hasta Hakları Yönetmeliği Md 21; TTB Aralık 1994 Bildirgesi; Yataklı tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Md. 7; Birleşmiş Milletler-İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı ve Aşağılayıcı Muamele veya Cezaların Etkin Bilişimde Soruşturulması ve Belgelendirilmesine İlişkin İlkeler (İstanbul Protokolü-EK-1); Sağlık Bakanlığı-Adli Tabiplik Hizmetlerinin Yürütülmesinde Uyulacak Esaslar'-Genelge-2005: Avrupa İşkenceyi Önleme Komitesi-2. Genel Rapor-1991).

⁶⁷Yakalama, Gözetim Alma ve İfade Alma Yönetmeliği⁶⁷ (2005/25832)

⁶⁸Adli Tabiplik Hizmetlerinin Yürütülmesinde Uyulacak Esaslar”

görevlilerinin bulunması halinde kişinin avukatının da muayene ortamında yer alabileceği düzenlenmiştir. Bu durumda dahi güvenlik nedeniyle ortamda yer alan kişiler görüşmeyi görmemeli ve duymamalıdır. Aksi hallerde mahremiyet ilkesi çiğnenecek ve hasta özgürce yakınmalarını hekime anlatamayabileceği için sağlık hakkına erişim engellenmiş olacaktır. Hiçbir koşulda kişinin gözaltında tutulduğu birim görevlilerinden güvenlik desteği istenmemelidir.

Hekim güvenlik endişesi nedeniyle güvenlik talebinde bulunduğu talebini ve gerekçesini ayrıntılı biçimde belgelemekle yükümlüdür. AİHM, Mehmet Ali Okur/Türkiye⁶⁹ davasında hekimin bu tür bir belgeleme yapmaması ve polis muayene ortamında bulunmasını ihlal gerekçesi olarak değerlendirmiştir.

Hekim sağlıkla ilgili konularda değerlendirme yapmakla yükümlü olduğunu, ulaştığı bilgileri veya talepleri yargı organlarına iletmek durumunda olduğunu açık ve anlaşılır biçimde hastasıyla paylaşmalıdır. Bu konularda hekim aydınlatılmış onam konusunda aktarılan etik ilke ve yükümlülükleri dikkate alarak hareket etmelidir.

Muayenenin nerede yapıldığı, muayene ortamında kimlerin bulunduğu, gibi görüşme ortamına ait bilgiler adli rapor formlarına kaydedilmelidir.

K. Muayene sürecinde kelepçe vb. kısıtlama araçlarının kullanımı, bulundurulması yasağı:

Hastanın muayene ortamına “kelepçe, gözbağı ve zincir gibi kısıtlayıcılar” ile girmesine engel olmak ve muayeneleri herhangi bir kısıtlayıcı olmaksızın gerçekleştirmek hekimin sorumluluğundadır.

BM-Tıbbi Etik İlkeler⁷⁰’inde; sağlık çalışanlarının, özellikle hekimlerin, gözaltında veya cezaevinde tutulan bir kişinin kısıtlanması prosedürüne herhangi bir biçimde katılmasının tıbbi etik ihlali olduğu belirtilir.

“Tıbbi görevlilerin, kısıtlama aracı uygulanmış (kelepçe dahil) mahpuslar üzerinde herhangi bir tıbbi müdahalede bulunmamaları gerekmektedir”⁷¹.

Hastayı kelepçeli olarak muayene girişiminde bulunmak, tıbbi müdahalelerin kelepçeli olarak yapılmasına göz yummak; hekimin hastaları arasında ayırım yapma yasağının; her hastanın insan onuruna, haklarına ve özgürlüklerine saygı gösterilerek tıbbi hizmet sunulmasını zorunlu tutan temel tıp etiği ilkelerinin; hekimin, hastasının sağlığını en önde tutacağı, birincil önceliğinin her zaman hastasının sağlık gereksinimleri olması gerektiği temel kuralının; hekimliğin he-

⁶⁹ Mehmet Ali Okur/Türkiye (Başvuru no:... 12.01.2012)

⁷⁰ BM-Cezaevinde ve Gözaltında Tutulanların İşkenceye ve Diğer Zalimane, İnsanıkdışı veya Aşağılayıcı Muamele veya Cezalandırmalara Karşı Korunmasında Sağlık Çalışanlarının, özellikle Hekimlerin, Rolüyle ilgili Tıbbi Etik İlkeler (BM-Genel Kurulu tarafından kabul edilmiş karar (resolution) 37/194, 18 Aralık 1982) 5. İlke

⁷¹ Restellini, J.P&Restellini, R. (2014); “Prison-specific ethical and clinical problems” in Prisons and Health Edited by: Stefan Enggist, Lars Møller, Gauden Galea and Caroline Udesen, WHO Regional Office for Europe, (pg11-16)
(http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf)

kimlik sanatını uygulamaya elverişli koşullarda yapılmasına özen gösterme ilkesinin ciddi ihlali anlamına gelmektedir.

Türk Tabipler Birliği'nin Aralık 1994 bildirgesinde⁷² kelepçe sorununa ilişkin zorunlu etik yaklaşım net biçimde özetlenmiştir: *“Muayeneler sırasında hastaların kelepçeleri açtırılmalı, klinik özgürlük koşullarına ve hasta haklarına uygun tam bir ortam sağlanmalıdır. Mahkumların hasta yataklarına zincirlenmesi, kelepçelenmesi veya birtakım tıbbi girişimlerin bunların eşliğinde gerçekleştirilmesi mutlaka engellenmelidir. Hasta-hekim ilişkisini zedeleyen ve insanlık onuruyla bağdaşmayan bu gibi uygulamalarda hekim tavrı benimsenmelidir. Bu uygulamada diretildiği koşullarda, durum yazılı olarak kurum amirliği ve ilgili Tabip Odası'na bildirilmelidir.”*

Hekim görevlilerden bu kısıtlayıcıların çıkarılmasını talep etmeli, talep yerine getirilmediğinde ise bildirmede aktarıldığı şekilde tutanak tutularak sağlık kuruluşu yöneticileri yargı organları ile meslek odası durumdan haberdar edilmelidir.

L. Eşit, adil, insan onuruna yakışır muamele zorunluluğu

Etik normlar, uluslararası sözleşmeler tutuklu veya hükümlülerin, ayrıma uğramaksızın, eşit, adil, insan onuruna yakışır bir biçimde sağlık hizmetine ulaşma hakkına sahip olmalarına özel vurgu yapmaktadırlar. Hasta hakları açısından da durum aynıdır. Özgürlüğünden alıkonulmuş olan kişiler, isnat edilen suç ve yasal durumları ne olursa olsun hastaneye girdikleri ve/veya hekimle karşılaştıkları andan itibaren, diğer hastalarla eşit ve benzer koşullarda değerlendirilmelidir. Hekimin, tutuklu ve hükümlü olan hastalarına karşı etik yükümlülükleri ve tutumu diğer hastalardan farklı olamaz. Tıbbi destek ve tedaviyi özenli sağlık hizmet koşullarında ve aynı nitelikte sunmak yükümlülüğündedir.

Özgürlüğünden alıkonulmuş kişilerle karşılaşan hekim ilk karşılaşma anından görüşmenin sonuna kadar, hastasına karşı ilgili olmalı, hastasını kabullenmeli ve empati duymalı, esnek olmakla birlikte sorumluluğu ve sınırlarına özen göstermelidir. Sorumluluk ve sınırlar, mesleğin etik ilkeleri, asgari bilgi birikimi ve standartları tarafından çizilmektedir. Adli amaçlı değerlendirmelerde de hekimlerin temel etik ve mesleki ödevleri değişmemektedir.

Adli tıbbi amaçlı değerlendirmelerde hekim kendini tanıtarak görevi, sorumlulukları, sınırları, muayene ve yapacağı girişimler konusunda kişiyi aydınlatmalı, değerlendirme sonucu hazırlanacak raporun adli mercilerle paylaşılacağı bilgisini paylaşmalıdır. Onam vermemesi ve görüşmeyi reddetmesi halinde bunun hukuکی sonuçlarının neler olabileceği konusunda hastayı bilgilendirerek onamını her zaman geri alabileceği hatırlatılmalıdır.

Uygun onam alındıktan sonra öykü ve yakınmalar öğrenilmelidir. Görüşmede hastanın anlayacağı, uygun bir dille açıklama yapılmalı, iletişim konusunda bir

⁷²TTB Hastaneye Getirilen Mahkumlara Yönelik Hekim Tutumu” Türk Tabipleri Birliği Bildirgesi, Aralık 1994

engel söz konusu olduğunda görüşmenin mahremiyetine saygılı, objektif bir tercüman seçilmelidir.

M. Aydınlatılmış Onam

Aydınlatılmış onam; karar verme yeterliğine sahip bir bireyin, kendisine uygulananacak tanı, tedavi yöntemleri ve diğer uygulamalar konusundaki tüm seçenekleri, bu yöntemlerin olası olumlu ya da olumsuz sonuçlarına ilişkin bilgileri aldıktan ve anladıktan sonra, yapılacak işlemlere izin verme, kabul etme sürecidir.

İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi, DTB, Hasta Hakları Bildirgesi, Lizbon Deklarasyonu, İstanbul Protokolü TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın yanı sıra Adli Tabiplik Hizmetlerinin Yürütülmesinde Uyulacak Esaslar başlıklı genelgede de aydınlatılmış onamın muayene öncesi gerekli bilgileri net ve detaylı bir biçimde hastaya açıklaması ve bilginin hasta tarafından anlaşılması sonrasında hastanın özgür ve gönüllü iradesiyle verilmesi gerektiğine yer vermiş, değerlendirme ve tedavi yükümlülüğünün ancak hastadan onam aldıktan sonra geçerli olduğu” vurgulanmıştır.

Bu uygulamanın temel amacı, bireyin kendisi hakkında karar verme hakkını korumak ve her tür tıbbi uygulama sürecinde sorumluluğu paylaşmaktır. Kişinin vücut bütünlüğü Anayasa ile korunan temel bir haktır. Hekimlerin tıbbi amaçlı girişimlerde bulunabilmesinin yolu ise Anayasa'nın 17. Maddesinde⁷³“...*Tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbî deneylere tâbi tutulamaz.*” hükmü ile rıza vermesi koşuluna bağlanmıştır. Sadece işkence ve kötü muamele iddiaları ile ilgili olan tıbbi değerlendirmeler değil, tüm tıbbi değerlendirmelerde aydınlatılmış onam alınması; etik ilkeler, mesleki standartlar hem de Türkiye'deki hukuki mevzuat açısından zorunludur.

Türkiye'deki hukuki mevzuatta konu “*Sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat etmesinden sonra yapılabilir. Bu kişiye, önceden, müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında uygun bilgiler verilecektir. İlgili kişi, muvafakatini her zaman serbestçe geri alabilir.*” şeklinde yer almaktadır.

Hekimin değerlendirme ve tedavi yükümlülüğü hastasından onam aldıktan sonra geçerli olmakta, hukuksal bir çerçeveye oturmaktadır. Uluslararası ve ulusal belgelerde ve hukuksal metinlerde doktorların, karar verme yeterliliği olan hastalarından herhangi bir muayene veya tıbbi işlem için baskı altında olmadan ve bilgilendirilmiş onam almakla görevli oldukları ifade edilmektedir. Mevcut hukuk sistemi, “hasta onamının alınmış olmasını, hekimin tıbbi uygulamalardaki eylemlerinin hukuka uygunluğunun ana unsuru olarak” benimsemektedir.

⁷³ <https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa82.htm>

TTB Aydınlatılmış Onam Bildirgesi⁷⁴Hekimlik Meslek Etiği Kuralları⁷⁵’nda temel ilkelere yer verilmiştir.

Hekim hastasını, hastanın sağlık 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.

Hasta vermiş olduğu aydınlatılmış onamı dilediği zaman geri alabilir.

Her tıbbi uygulama için ayrı ayrı aydınlatılmış onam alınmalıdır.

*Hekimler herhangi bir **muayene ve değerlendirmeye geçmeden önce** bilgi vererek kişinin/hastanın gönüllü, aydınlatılmış onamını almak zorundadır^{76;77;78}.*

Yapılacak aydınlatma hastanın toplumsal ve ruhsal durumuna uygun olmalı, bilgiler, hasta tarafından anlaşılabilir biçimde verilmelidir.

Tıbbi işlemler; kişinin vücut dokunulmazlığı ve vücut bütünlüğünü, sağlığını, özerkliği, mahremiyeti ve onurunu ilgilendirdiğinden, bu sorumluluk hekimler veya başkaları tarafından üstlenemez. Hekimlerin sorumluluğu; hastalarına tıbbi tedaviyi kabul veya reddetmeleri halinde ortaya çıkabilecek durumların neler olabileceğini açık ve anlayacakları bir dille aktarmasıdır. Baskı altında ya da yanlış bilgilendirme sonucu alınan onam geçerli değildir. Özgürlüğünden yoksun bırakılan kişilerle ilgili adli değerlendirmelerde “aydınlatma ve onam alma yükümlülüğü”nün ihlal edilmesi etik ilkelere aykırı olmasının yanında “kişinin varlığına, vücut bütünlüğüne ve özgür iradesine yönelik” ciddi bir insan hakkı ihlalidir.

İP⁷⁹’de işkence veya kötü muamele soruşturmasında görev alan tıp uzmanlarının, her zaman en yüksek etik ve mesleki standartlara uygun davranacakları ve

⁷⁴ Türk Tabipleri Birliği Aydınlatılmış Onam Bildirgesi, 4-5 Nisan 2008 tarihlerinde Ankara’da düzenlenen “Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri Çalıştayı”nda kabul edilmiştir. 20 Haziran 2009 tarihinde Ankara’da düzenlenen “Türk Tabipleri Birliği II. Etik Bildirgeleri Çalıştayı”nda güncellenmiştir.

⁷⁵ Hekimlik Meslek Etiği Kuralları: Aydınlatılmış Onam (Madde 26) (Türk Tabipleri Birliği Büyük Kongresi’nde kabul edilmiş, 01.02.1999 tarihinde yayınlanmıştır)

⁷⁶Dünya Hekimler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi-Lizbon Bildirgesi (Dünya Hekimler Birliği’nin 1981’de Lizbon’da yapılan 34. Genel Kurulu’nda kabul edilmiş, 1995 Bali, 2005’te Santiago’da gözden geçirilerek düzenlenmiştir)

⁷⁷ İstanbul Protokolü

⁷⁸ Hasta Hakları Yönetmeliği (Sağlık Bakanlığı, Resmi Gazete Yayın tarihi: 01.08.1998, Sayı: 23420)

özellikle her muayeneden önce kişiye bilgi vererek, onun aydınlatılmış onamını alacağı yer almıştır.

Alıkonulan ve mahkumların muayenesine geçmeden önce alınacak aydınlatılmış onam için yapılacak bilgilendirmenin;

- Hastanın anlayabileceği açık ve netlikte olması;
- Hekimin kimliği ve tıbbi değerlendirmedeki rolü
- Tıbbi değerlendirmenin amacı, kapsamı, yöntemi
- Görüşme ve tıbbi değerlendirme sürecindeki hekim-hasta ilişkisindeki gizlilik ilkesindeki sınırlılıkları; tıbbi değerlendirme sürecinde elde edilen bilgilerin nasıl kullanılacağı, kimlere verileceği
- Tıbbi değerlendirme sürecinde sağlığı ile ilgili edindiği bilgileri, bulguları ve yorumlarını rapora yansıtmakla ilgili yükümlülüğü
- Muayeneyi kabul ederse ve muayeneyi kabul etmezse olası sonuçları içermesi

gerektiğini belirtmektedir.

Hasta gerekli aydınlatma sonrasında görüşme ve muayenelerin tümüne onay verebileceği gibi tamamını veya belli bir kısmını da reddedebilir. Hekim hastasıyla ilgili karar alırken “bilgilenme hakkı, aydınlatılmış onam hakkı, tedaviyi kabul ya da ret hakkı, vb. hasta haklarına” saygı göstermek zorundadır⁸⁰.

İstanbul Protokolü⁸¹ hastanın görüşme ve muayenenin bir bölümünü veya tamamını reddetmesi halinde, hekimin; hastanın muayene ve değerlendirmeyi reddetme gerekçesini yazılı olarak belgelemesinin önemli olduğuna vurgu yapmaktadır. Bu durumda belgenin alıkonulan kişi, diğer bir sağlık görevlisi ve mümkünse kişinin avukatı tarafından imzalanmasının gerekli olduğunun altını çizmektedir. Adli değerlendirme süreçlerinde aydınlatılmış onamla ilgili bilgiler düzenlenecek rapora kaydedilmelidir. Raporlarda “kişi onay vermediği için tıbbi muayene gerçekleştirilememiştir” şeklinde hekim tarafından yazılan notların tehdit altında olduğu ve işkence, diğer kötü muamele iddiaları şüphesinin varlığında; inandırıcı olmayıp ihlalin sürmesine yol açmaktadır.

Aydınlatılmış onam veya ret hakkı, tıbbi uygulamalar için insan onuru ve bütünlüğüne saygının bir ifadesi olarak değerlendirilmektedir⁸². Aydınlatılmış onamın nasıl alınması gerektiğine hasta hakları ile ilgili ulusal belgelerde yer verilmiştir.

⁷⁹İstanbul Protokolü, para. 64, para. 165.

⁸⁰ TTB-Hekimlik Meslek Etiği Kuralları-2012: Hasta Haklarına Saygı, Madde 21

⁸¹İstanbul Protokolü, para. 165

⁸² Türk Tabipleri Birliği Hasta Hakları Bildirgesi, 4-5 Nisan 2008 tarihlerinde Ankara’da düzenlenen “Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeler Çalıştayı”nda kabul edilmiştir. 20 Haziran 2009 tarihinde Ankara’da düzenlenen “Türk Tabipleri Birliği II. Etik Bildirgeler Çalıştayı”nda güncellenmiştir.

Hasta Hakları Yönetmeliği:**Bilgi Vermenin Usulü Madde 18**

Bilgi, mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde verilir...

Bilgilendirme uygun ortamda ve hastanın mahremiyeti korunarak yapılır.

Rızanın Şekli ve Geçerliliği Madde 28

Mevzuatın öngördüğü istisnalar dışında, rıza herhangi bir şekle bağlı değildir. Hukuka ve ahlaka aykırı olarak alınan rıza hükümsüzdür ve bu şekilde alınan rızaya dayanılarak müdahalede bulunulamaz.

Sağlık Bakanlığı-'Adli Tabiplik Hizmetlerinin Yürütülmesinde Uygulacak Esaslar'-Genelge-2005/143:

3.2.2. Muayene edilenin, tabip tarafından muayene ve yapılacak işlemler konusunda bilgilendirilmesi esastır. İlginin, buna rağmen muayene yapılmasına ve vücudundan örnek alınmasına rıza göstermemesi halinde, bu durum tutanakla tespit edilerek ilgili adli makama bildirilecek ve gerekli tedbirlerin alınması istenecektir.

N. Zorla Muayene

Hekimlerin öncelikli görevi, hastalıkları önlemek, hastalarının yaşamını ve sağlığını korumaktır. Hekimlik mesleği, hekim ile hasta arasında kurulan güven ilişkisine dayanmaktadır. “Zarar vermeme, yararlı olma, adalete uygun olma ve hastanın özerkliğine saygı” bu güveni oluşturan etik ilkelerdir.

Güven ilişkisinin zedelenmesi, toplumun hekimliğe ve hekimlere güvenini yitirmesi, yaşam hakkını tehdit edebilecek boyutlarda tıbbi ve hukuki yönden onarılması güç sorunlara yol açabilmektedir. Karar verme yeterliliği olan bir hastanın muayenesi sırasında hekimin herhangi bir biçimde zora başvurusu, zor uygulanan bir hastayı değerlendirmesi hekimlik uygulaması ile bağdaşmamakta, evrensel tıbbi etik ilkelerden “zarar vermeme ilkesine” de aykırılık oluşturmaktadır. Muayeneyi kabul etmeyen bir hastayı, zorla muayene etmeye çalışmak hastanın beden ve ruh sağlığı açısından ciddi tehlikelere yol açabileceği gibi, hekimlik mesleğine ve hekimlere duyulan güveni sarsacaktır.

Kendisi hakkında karar verme yeterliliği olan bir hastada hekim aydınlatma yükümlülüğünü yerine getirdikten sonra hastasının kararı doğrultusunda tutum almalıdır. Bu hakkı dikkate almayan, hastanın özerkliğini ihlal eden her tür davranış ciddi bir etik ihlale ve hukuki anlamda haksız müdahale suçuna neden olmaktadır.

Tıp öğretisi ve eğitimi içerisinde “zorla hasta muayenesi” diye bir uygulama yer almamaktadır. Kişinin onam vermemesine rağmen muayene edilmeleri, vücutlarından biyolojik örnek alınması, bu işlemler için zor kullanılması tıp etiğine ve

hukuka aykırıdır. Yasal merciler tarafından muayene ve örnek alınması talep edildiğinde, hekim talep konusunda kişiyi aydınlatmalıdır. Onay vermemesi durumunda kişiden doku, kan, idrar vb. örnekleri almayıp durumu tutanak altına alarak bildirimde bulunacaktır. Yasal mercilerin ısrarcı davranması halinde ise bu durumun etik ve mesleki ilkelere aykırı, hukuk dışı bir davranış olduğu konusunda bilgilendirilmelidir. Hekim hukuk dışı bir davranışa zorlanması halinde ise bunu reddetmeli, meslek odasını bilgilendirmeli ve yasal girişimlerde bulunmalıdır.

Gözetiminde tutulan kişilerde, hekimler özellikle de adli tıp uzmanlarının bu tür uygulamalar içine girmesi “hekimin işkenceye katılımı” anlamına gelmektedir. AİHM kararlarında “kişinin fizik bütünlüğüne yapılan her türlü müdahalenin kanunla öngörülmesi ve söz konusu kişinin onayını gerektirdiği” belirtilmiştir.

Yaşamdan yana tutum alırken hekimler her durumda insan onurunu gözetmeli, hastasının haklarını öncelikle ve kendisi hakkında verdiği kararlara saygı duyarak müdahalede bulunmalıdır. Anayasa her bireyin; maddi, manevi varlığını koruma ve geliştirme konusunda özgürce karar almasını ve geleceği hakkında dilediği tasarrufla bulunmasını güvence altına almaktadır.

Hekim; hekimliğin gerektirdiği nedenler dışında kişiye dokunmamalı, tıbbi amaçlı olmayan üst arama, iç organ araması vb taleplerini reddetmelidir.

O. Fiziksel, ruhsal değerlendirme ve sistem muayeneleri

Muayenede kişinin mahremiyet duygusuna hassasiyet gösterilerek her bölge ayrı ayrı ve tüm giysiler çıkartılarak incelenmeli, vital bulgular, vücudun tamamı ve tüm sistemler, fiziksel ve ruhsal bulgular yönünden değerlendirilmeli, klinik inceleme ve testlere yer verilmeli, muayenede saptanan pozitif ve negatif bulgular rapora kaydedilerek süreç sonlandırılmalıdır.

İstanbul Protokolü ve genelgede; kişinin tüm vücut muayenesinin soyarak eksiksiz biçimde yapılması ve tüm ayrıntılarıyla kaydedilmesi, lezyonların ve bulguların yer, boyut, renk ve özelliklerini içerecek biçimde ayrıntılı tanımının yapılması, vücut diyagramında dikkat çekecek şekilde işaretlenmesi, mümkünse fotoğrafının çekilmesi; muayene edilen travmaya konu olan vücut bölgelerinde lezyon saptanmamışsa bu durumun raporda belirtilmesi ve kişinin ruhsal değerlendirmesinin mutlaka yapılması gerekliliği yer almaktadır.

Adli olgularda temel psikiyatrik/ruhsal durum muayenesi yapılmalı ve değerlendirilmelidir. İstanbul Protokolü’ne göre; işkence ve kötü muamele iddiası veya kuşkusu olan tüm durumlarda hastanın ruhsal yakınmalarının ayrıntılı sorgulanması, ruhsal değerlendirmenin yapılması gerektiği, ruhsal değerlendirmenin bu alandaki tıbbi değerlendirmelerin ayrılmaz bir parçası olması gerektiği belirtilmektedir.

Hekim tanı ve tedavi süresince klinik kanaati doğrultusunda özgürce hareket etmelidir. Bir muayene veya tedavi için farklı bir bilgi veya deneyime ihtiyaç duyduğu, araştırma, saptama ve yorumlama yönünden kendisini yetersiz hisset-

tiği durumlarda; gerekli yetkinliğe sahip başka bir hekime danışmalı veya hastasını ilgili hekime yönlendirmelidir⁸³. Kişinin özgürlüğünden alıkonulmuş olması herhangi bir biçimde tanı ve tedavi sürecinin gerektirdiği standartlardan uzaklaşılmasının gerekçesi olamaz. Hekim istek ve sevk taleplerini tarih ve saat içerecek biçimde kaydetmelidir,

İstanbul Protokolü⁸⁴’nde, hekimin işkence ve kötü muamele iddiaları ile ilgili bir bulgu saptaması durumunda kişinin alıkonulduğu yere geri gönderilmemesi için gerekli girişimlerde bulunma yükümlülüğü olduğu vurgulanmaktadır. Adli tıbbi rapor düzenleyen hekimler, işkenceyi önleme sorumlulukları nedeniyle; diğer durumlarda davranıldığı şekilde sevk esnasında hastanın güvenlik ve sağlık durumunun gerektirdiği gerekli önlemleri (kendisinin veya sağlık personelinin refakati, tıbbi sandalye veya sedye kullanımı, damar yolu açılması vb. önlemler, başka bir sağlık birimine sevk edilecekse ambulansla sevkini sağlanması gibi) almalıdır.

P. Cinsel Saldırı, Cinsel İstismar Durumlarında Değerlendirme

Cinsel saldırı; saldırganın fiziksel zorlama, vücuda zarar verme ya da kişinin ruhsal hastalık, zihinsel gerilik ve ilaç etkisi nedeniyle rıza gösterme yetisinin olmadığı durumlarda cinsel dürtüler ile bedensel dokunulmazlığının ihlal edildiği bir şiddet eylemidir. Cinsel saldırı aynı zamanda kişide yoğun korku, dehşet ve çaresizlik oluşturan, tüm yaşam boyu etkileri görülebilen, toplumsal ve hukuksal sonuçları olan bir davranıştır. Cinsel istismar ise bir yetişkinin psikososyal gelişimini tamamlamamış olan çocuğa karşı cinsel uyarılma amacıyla uyguladığı her tür davranış olarak tanımlanmaktadır.

Cinsel saldırı/istismar olaylarında kadınlar ve çocuklar tıbbi mahremiyetle ilgili ihlallerden dolayı kişisel zararlara veya ayrımcılığa karşı özellikle savunmasızdır. Cinsel saldırı/istismar olaylarında mahremiyetin korunması özel ve ek bir çabayı gerektirmektedir. Mahremiyetin ihlali, kişisel güvenlik ve sağlığa erişim yönünden ciddi sorunlara yol açacağından, sağlık çalışanları değerlendirme, belgeleme ve kayıtların korunması süreçlerinde ciddi önlemler almalıdır. Özerklik ilkesi, cinsel saldırı/istismar olaylarında da kişilerin kendi sağlıkları hakkında karar vermesini öncelemektedir. Hekimlerin görevi bilgilendirme sonrasında hastasının görüşleri ve talepleri doğrultusunda özenli, saygılı bir tutumla harekete geçmek ve kişinin savunmasızlığını düzeltmek için gayret etmektir.

Cinsel saldırı/istismar muayeneleri için hakim veya savcı kararı gerekmektedir. Başka bir kurum veya kişi cinsel saldırı muayene talebinde bulunamaz. Yetkili hakim veya savcı kararı olmaksızın cinsel saldırı/istismar amaçlı genital muayene yapılması suçtur. Hekimler tıbbi gereklilikler dışında genital muayene yapmamalı ve üçüncü kişilerle hiçbir şekilde muayene sonuçlarını paylaşmamalıdır.

⁸³DTB Uluslararası Tıbbi Etik Kurallar
⁸⁴ BM, İstanbul Protokolü para.126)

Muayenede amaç cinsel bir saldırının gerçekleşip gerçekleşmediğini saptamak ve sanığa ait biyolojik delilleri saptamaktır. Tıbbi ve hukuki olmayan bir talebi hekimlerin yerine getirmesi, hukuki bir değerlendirme konusu olmayan “bekaretle” ilgili soruları yanıtlaması temel insan haklarına, ayrımcılık yasağına aykırı bir suç ve ciddi bir etik ihlaldir. Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi Aydın-Türkiye Davasında savcı tarafından yapılması istenen tıbbi muayenenin olayın ciddiyetinin gerektirdiği biçimde ve dürüstçe yapılmadığı, muayenenin tecavüzü belirlemek amacıyla değil, bekaretin kaybedilip kaybedilmediğine yönelik olmasını eleştirmiştir⁸⁵. Hakim veya savcı tarafından bu tür talepler geldiğinde, ilgili kişiler uyarılarak talebin hukuk ve etik yönünden ciddi bir ihlal olduğu hatırlatılmalıdır.

Cinsel saldırı/istismar muayeneleri için geçerli ve yeterli aydınlatma yapılarak hukuki ve tıbbi sonuçlar kişiye veya vasisine aktarılmalıdır. Çocuk Hakları Sözleşmesi 18 yaş altı çocukların kendisi hakkında karar verebilme yeterliliği bulunması halinde görüşlerinin alınmasını önerdiğinden bu durumda olan çocuklarda muayene için çocuğun da onamı alınmalıdır. Kişi veya vasisinin onam vermemesi durumunda kişi muayeneye zorlanmamalı, tutanak tutulmalı ve tutanak talepte bulunan hakim veya savcıya iletilerek muayenenin yapılmadığı bildirilmelidir.

Adli tıbbi değerlendirilme için cinsel saldırı/istismar olguları disiplinler arası yaklaşımın sağlanabileceği ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına gönderilmelidir. Böyle bir olanak olmadığı ve acil değerlendirme yapılması gereken durumlarda ise adli tıp birimleriyle ilişkiye geçilerek yapılacak değerlendirme, incelemeler ve alınması gereken örnekler konusunda bilgi alınmalıdır.

Cinsel saldırı/istismar kişide ruhsal düzeyde etkilenmeye ve bozulmaya yol açan ağır bir şiddet türüdür. Cinsel saldırı/istismar eylemlerinde adli amaçlı yapılacak belgelemenin yanı sıra tedavi, koruyucu ve onarıcı tıbbi destek planlanmalı, uygulanma için ilgili birimler bilgilendirilerek gerekli destek istenmelidir.

Muayeneler istemi hâlinde ve olanaklar elverdiğinde bir kadın hekim tarafından yapılmalıdır. Kadın hekim bulunmadığı durumlarda; muayene sırasında hekim ile birlikte bir başka kadın sağlık çalışanının bulundurulmasına özen gösterilmelidir.

Ruhsal değerlendirme, cinsel saldırı/istismar olaylarında adli değerlendirmenin asla atlanmaması gereken temel basamaklarından biridir. Fiziksel bulguların kaybolduğu veya saptanamadığı durumlarda ruhsal değerlendirme tanı koydurucu olabilmektedir. Ruhsal değerlendirmenin belgelemenin yanı sıra daha sonra ortaya çıkabilecek ruhsal bozuklukları önleyebilmek için de gerekli bir süreç olduğu unutulmamalıdır. Hekim ruhsal değerlendirme konusunda kendisini yetersiz hissetmesi durumunda uzman görüşü istemeli, uzman görüşü olmaksızın karar vermemelidir.

⁸⁵Ünal Şeref, “Avrupa İnsan Hakları Mahkemesinin Aydın-Türkiye Davasına İlişkin 25 Eylül 1997 Tarihli Kararı”, *Yargıtay Dergisi XXIV, S.1-2, Ocak-Nisan 1998*, s.209-212.

Değerlendirme cinsel saldırı muayene standartlarına uygun olarak gerçekleştirilmelidir. Öykü ve yakınma sonrasında fizik muayeneye genital bölge ile başlanmamalı, giysilerde ve vücudun diğer bölgelerinde yer alabilecek cinsel saldırı bulguları araştırılmalıdır. Sistematik muayene yapılmalı, genital muayene sırasında anatomik yapılar ve lezyonlar, yerleşimleri, özellikleri (renk, boyut, vb.) ayrıntılı olarak kaydedilmeli; tüm ayrıntıların, pozitif ve negatif bulguların önemli olduğu unutulmamalıdır. Örnekler protokollere uygun olarak alınmalı ve inceleme yapılacak birime veya mahkemeye ulaştırılincaya kadar uygun şekilde korunmalıdır. Aksi takdirde delillerin uygun şekilde korunmaması veya kaybolmasından hekim ve sağlık kuruluşu sorumlu olacaktır.

Kişi gebelik ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bilgilendirilmeli, ilgili disiplinlerden konsültasyon istenerek değerlendirmeler tamamlanmalıdır. Değerlendirmeler sırasında “**Cinsel Saldırı Muayene Rapor Formu**” ve diyagramlar kullanılmalıdır.

Hekim, cinsel saldırı/istismara maruz kalan kişilere tüm tıbbi ve hukuki olasılıkları açıklamalı ve talepleri doğrultusunda hareket etmelidir. Şiddetin sürececek olması, üçüncü kişilerin sağlığını tehdit etmesi durumunda, hekim durumu hastasıyla paylaşarak uygun çözümü bulmak ve hastasının da sağlığının tehdit altına girmesini engellemek için kişinin gizlilik hakkını ihlal etmeden, hukuksal mekanizmalar içinde çözüm yolları araştırılmalı, meslektaşlarından, uzmanlık derneklerinden, tabip odası etik kurulları, sivil toplum kuruluşlarından tavsiye ve destek alınmalıdır.

Adli Rapor

Adli tıbbi değerlendirme süreçlerinde hekimlerden değerlendirmeye tabi tutulan kişiye destek ve tedaviden ziyade; karar-verme yapıları için delil toplama ve sunmada devlete destek olmaları beklenmektedir⁸⁶. Bununla birlikte hekimler, şiddet, işkence ve diğer kötü muamele konusunda kuşkulu bir durum veya iddiası ile karşılaştığında; değerlendirdiği insanın insan haklarına saygı görevi ile değerlendirmenin mahiyeti ve amacı konusunda bilgilendirilme hakkı da dahil olmak üzere mesleki etik standartlara bağlı kalmalı, muayene ve değerlendirme sonuçlarını tarafsız, objektif ve açık biçimde rapora yansıtmalıdır.

Adli tıp uzmanları veya adli değerlendirme yapan hekimler, özgürlüğünden alın konulan kişilerde işkence yasağı ihlali veya kuşkulu bir durumla karşılaştığında İstanbul Protokolü ilkelerine uygun olarak gerekli tüm adımları atmalı, değerlendirme sonrasında muayenede saptadığı bulguları ve yorumunu ayrıntılı bir rapor hazırlayarak yasal mercilere iletmelidir. Adli tıbbi rapor veya genel anlamda bilirkişi raporu olarak tanımlanan belgeler, işkence ve diğer kötü muamele iddialarının aydınlatılması açısından kritik öneme sahip olduğundan; hiçbir koşulda hekimlerin etik ilkelerden ödün vermesi düşünülemez.

⁸⁶Adli Tıbbi Değerlendirmelerde Çalışan Sağlık Çalışanları için Yönlendirici İlkeler

Bildirim yükümlülüğü; kişinin sonraki süreçte benzer muamelelerle karşılaşması için hekimin elinden gelen gayreti göstererek, gerekli hukuki ve idari başvuruları yapmasını da gerektirmektedir. Hekimler, tanımlanmış görevleri ne olursa olsun, nerede ve hangi durumda görev yapıyor olurlarsa olsunlar; -acil serviste veya poliklinikte, birinci basamakta veya hastanelerde, kamu veya özel sağlık birimlerinde, genel sağlık taramalarında veya tedavi amacıyla yönlendirilmeler dahil- bu yükümlülükten muaf değildirler.

Hekimlerin bildirim yükümlülüğü, mahremiyet ilkesi ile çelişeceğinden adli değerlendirme yapan hekimler mahremiyet ilkesi yönünden sınırlılıkları; tıbbi değerlendirme sürecinde elde edilen bilgilerin nasıl kullanılacağı ve kimlere verileceği bilgisini hastasına aktarmalı ve onamını almalıdır. İP'nde bu konularda detaylı, açık bir bilgilendirme yapılmadan alınan onayın geçerli kabul edilemeyeceği yer almaktadır. DTB'nin Uluslararası Tıbbi Etik Kuralları⁸⁷ ile TTB İnsan Hakları ve Hekimlik Bildirgesi⁸⁸'nde ise; "bildirim yükümlülüğü söz konusu olduğunda, hekimin hastasının yararını öncelikle görmesi gerektiği, sağlık çalışanlarının tıbbi etiğe ve vicdanlarına aykırı davranmaya zorlanamayacağı" bildirilmiştir.

Adli raporda, yer verilmesi gereken başlıklar ve kapsamı İP⁸⁹ ile "Adli Tabiplik Hizmetlerinin Yürütülmesinde Uyulacak Esaslar"⁹⁰ başlıklı genelgede tanımlanmıştır. Bu belgelerde standart rapor formlarının kullanılması önerilmektedir. Standart form kullanımı uygulama birlikteliğinin yanı sıra değerlendirmeler sırasında herhangi bir basamağın unutulması ve eksik bırakılmasını önleyerek, adli olayın aydınlatılmasına katkı sağlayacak, hekimin ve muayene edilen kişinin süreçten dolayı zarar görme riskini azaltacaktır.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı "*etkili eylem (darp), trafik kazası, iş kazası, diğer kazalar, gözaltı işlemleri, insan hakları ihlali iddiası, intihar girişimi, zehirlenmeler ve benzeri durumlarda yapılan adli muayenelerde*" **Genel Adli Muayene Rapor Formu**'nun; cinsel saldırı niteliği taşıyan olaylarda ise **Cinsel Saldırı Muayene Rapor Formu**'nun kullanılmasını önermektedir.

Adli rapor formları üç nüsha ve eksiksiz olarak doldurulmalı; olayın öyküsü, kişiye ait özgeçmiş ve fizik muayene bulguları muayene tarihi ile saati ve varsa yapılan konsültasyon değerlendirmeleri açıkça belirtilmelidir. Raporunda saptanan bulgulara, varsa travmatik lezyonlara ve yapılmışsa tetkik sonuçlarına ayrıntılı olarak yer verilmelidir.

Görüşme Koşulları:

Rapora konu olan kişinin adı ve muayene sırasında muayene ortamında yer alan kişilerin adları, aralarındaki bağlantı; muayenenin tam saati ve tarihi, yeri, mua-

⁸⁷ DTB, Uluslararası Tıbbi Etik Kuralları

⁸⁸ TTB İnsan Hakları ve Hekimlik Bildirgesi

⁸⁹ BM. İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı ve Aşağılayıcı Muamele veya Cezaların Etkin Biçimde Sürdürülmesi ve Belgelendirilmesine İlişkin İlkeleri Md. 6 (İstanbul Protokolü-EK-1)

⁹⁰ Sağlık Bakanlığı- Adli Tabiplik Hizmetlerinin Yürütülmesinde Uyulacak Esaslar' genelgesi - 2005/143

yenenin yapıldığı kurumun niteliği ve (muayenenin yapıldığı oda da belirtilerek) adresi; kişinin muayene edildiği sıradaki durumu (örn. muayeneye getirilirken veya muayene esnasında kişinin herhangi bir kısıtlamaya tabi olup olmadığı, muayene sırasında güvenlik güçlerinin var olup olmadığı, tutuklu ya da hükümlüye eşlik edenlerin tutum ve tavırları, muayene yapan kişiye yönelik tehdit edici ifadeler vs.) ve konuyla ilgili diğer bilgiler;

Öykü:

Kişinin muayene sırasında alınan öyküsü; olası travmatik sürecin başlama anından itibaren görüşmeye kadar olan öyküsü ayrıntılı biçimde alınıp kaydedilmelidir. Bu öykü; maruz kaldığını belirttiği travmanın ve/veya yapıldığını belirttiği işkence ve kötü muamelelerin tüm boyutlarını; zamanı, biçimi, süresi, nasıl, ne şekilde gerçekleştiği gibi ayrıntıları da içermelidir. Bu süreçte yaşadığı ruhsal ve fiziksel yakınmaları ve zamansal ilişkilerini de içeren ayrıntılı öykü muayene edilenin ifadelerine göre doldurulmalıdır. Öykü kişinin yaşadığı tıbbi süreçlere dair bilgi içermeli, bunun dışında yer alan bilgilere tıbbi öyküde yer verilmemelidir.

Fiziksel ve psikolojik muayene:

Muayeneye başlama ve bitiş zamanı, klinik muayenede gözlemlenen, gerekli tanı koyucu testler ve mümkün olduğu durumlarda tüm yaraların renkli fotoğraflarını da içeren tüm fiziksel ve psikolojik bulguların kaydı;

Sağlık Bakanlığı 2005 Genelgesi'nde ve İstanbul Protokolü'nde; kişinin tüm vücut muayenesinin soyarak eksiksiz biçimde yapılması, tüm ayrıntılarıyla kaydedilmesi, lezyonların ve bulguların yer, boyut, renk ve özelliklerini içerecek biçimde ayrıntılı tanımının yapılması, vücut diyagramında dikkat çekecek şekilde işaretlenmesi, mümkünse fotoğrafının çekilmesi; muayene edilen travmaya konu olan vücut bölgelerinde lezyon saptanmamışsa bu durumun da raporda belirtilmesi ve kişinin ruhsal değerlendirmesinin mutlaka yapılması gerekliliği belirtilmektedir.

İşkence ve kötü muamele iddiası veya kuşkusu olan tüm durumlarda ruhsal yakınmalar ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır. Ruhsal değerlendirme tüm adli vakalarda genel tababet bilgilerine göre temel psikiyatrik/ruhsal durum muayenesi yapılması, değerlendirme ve sonucunun rapora kaydedilmesi gerektiği belirtilmiştir. Ruhsal değerlendirme adli tıbbi değerlendirmelerin ayrılmaz bir parçasıdır.

Gerekli tetkik ve konsültasyonlar istenmeli veya başka bir sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir. İstek ve sevk tarih ve saat belirterek kayıt altına alınmalı, raporda da belirtilmelidir. Konsültasyon ve tetkik sonuçlarının yanı sıra çekilen fotoğraflar ve diyagramlar da rapora eklemelidir. Herhangi bir muayene, konsültasyon veya tetkikin yapılamaması durumunda; neden yapılamadığı gerekçesi ile kaydedilmelidir.

Cinsel Saldırı Muayeneleri

Cinsel saldırı olgularının muayenesi, adli muayeneler içinde özellik arzeden bir durum olduğundan, bu muayenelerin adli tıp uzmanı veya kadınlar için kadın hastalıkları-doğum uzmanı tarafından yapılması önerilir. Ancak, zorunluluk hallerinde her tabip tarafından Genelge, Rehber ve formda yer alan açıklamalar dikkate alınarak yapılmalıdır.

Genital, Anal ve Perianal Muayene {Mutlaka doldurulacaktır}:

Kadın ve erkek için düzenlenen formlarda cinsiyete özgü farklılıklar bulunan bu bölümde, muayeneye esas olayın mahiyetine ve iddiaya göre yapılan muayene ve lezyon bulunan bölge işaretlenecek ve bulgular tanımlanacaktır. Varsa lezyonlar dördüncü sayfada bulunan diyagramda da işaretlenerek gösterilecektir.

Diğer Vücut Bölgeleri:

Cinsel saldırı olayında, kişinin diğer vücut bölgelerinde travmaya veya zor kullanmaya bağlı lezyon(lar) meydana gelmişse, ilgili vücut bölgesi işaretlenerek lezyon(lar) tanımlanacak ve diyagramda gösterilecektir.

Psikiyatrik Muayene:

Cinsel saldırı olgularında psikiyatrik muayenenin daha özenle yapılması gerekir.

Alınan Materyal:

Olayın mahiyetine göre muayene edilen kişinin vücudundan alınan örnekler işaretlenecek ve sonuçlarına raporun sonuç kısmında yer verilecektir.

Görüş ve Yorum:

Fiziksel ve psikolojik bulguların olası işkence ve kötü muameleyle muhtemel ilişkisinin yorumlanmasıdır. Bulgu ve semptomların öyküde aktarılan iddia ile zamansal uyumu, nedensellik bağı değerlendirilmelidir. Hekim bulguları değerlendirme ve yorumlama konusunda yetersizlik hissettiğinde, adli tıp uzmanlarından veya ilgili uzmanlardan görüş istemelidir. Yorum bölümü yazılmamış bir rapor tamamlanmış bir rapor değildir.

Gerekli tüm tıbbi ve psikolojik tedavi ve/veya daha sonra muayene yapılması için öneriler de ayrıca verilir.

Hazırlayan kişinin kaydı:

Raporda, muayeneyi yapanların kimlikleri açıkça belirtilir ve rapor bu kişiler tarafından imzalanır.

Rapor:

Rapor gizli tutulur ve kişiye ya da kişinin atadığı temsilcisine iletir. Kişinin ve temsilcisinin muayene süreciyle ilgili görüşleri talep edilir ve rapora yansıtılır. Rapor, uygun olduğu durumlarda, işkence ya da kötü muamele iddialarını soruşturmakla sorumlu yetkili makama yazılı olarak sunulur. Raporun bu kişilere

güvenli bir biçimde ulaştırılmasını sağlamak Devletin sorumluluğudur. Rapor, kişinin onayı ya da böyle bir transfer emri verme yetkisi bulunan bir mahkemenin yetki vermesi istisna olmak koşuluyla, başka hiç kimseye sunulmaz.

BM⁹¹, TTB⁹² belgeleri Hasta Hakları Yönetmeliği⁹³ hastanın, sağlık durumu ile ilgili bilgiler bulunan dosyayı ve kayıtları, doğrudan veya vekili veya kanuni temsilcisi vasıtası ile inceleyebileceği ve kayıtlarını alabileceğine ve kayıtların sadece hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olanlar tarafından görülebileceğine yer vermektedir.

Bilirkişiliğin doğası gereği adli raporlar objektif, alanının bilimsel ve teknik görüşünü içerecek yetkinlikte olmalıdır. Değerlendirmelerde standart muayene formlarındaki akış izlenmeli, muayeneye ait bulgular ile sorulan sorulara ilişkin kanaatler adli muayene formlarında yer almalıdır. Değerlendirme ile raporların bir örneği sağlık birimlerinde saklanmalıdır. Muayeneye ait sonuçlar uygun bir biçimde savcı veya hakime iletilmelidir. Rapor örneğinin hiçbir koşul altında kişiyi özgürlüğünden yoksun bırakan kurum temsilcilerine verilmemesi gerekmektedir.

Eğer adli tıbbi muayene ve rapor işkence iddialarını destekliyorsa, kişinin alıkonulduğu yere gönderilmemesi, bunun yerine yasal durumun belirlenmesi için savcı ya da hakim karşısına çıkarılması gerekmektedir.

Q. Gerçeğe Aykırı Rapor Düzenleme

Hekimler yaptıkları inceleme ve değerlendirme sonucu hazırladıkları belgelerde, incelemelerine ait objektif bulguların yanı sıra bilimsel kanaatlerine de yer verirler. Hekimler ve diğer sağlık çalışanları, kamu görevlisi olarak çalışmasalar dahi gerçeğe aykırı belge düzenleyemez. Gerçeğe aykırı belge düzenlenmesi TCK⁹⁴’da suç olarak tanımlanmıştır. Düzenlenen belge nedeniyle menfaat sağlanması, kamu veya kişilerin zararına sonuç doğurması ise resmi belgede sahtecilik suçu olarak nitelendirilmektedir.

Hekimler adli rapor sürecinde de etik ilkelere, mesleki standartlara ve yasal çerçeveye özen göstermeli hiçbir koşulda gerçeğe aykırı olarak belge düzenlememelidir. Adli raporlarda, öykü, bulgu ve sonuç bölümlerini doldurma sırasında “standart kaşe” kullanımı özen yükümlülüğü başta olmak üzere tüm etik ve bilimsel standartların açık biçimde ihlali anlamına gelir. Hekimlerin adli tıbbi değerlendirmelerde kişiyi muayene etmeksizin, gerekli incelemeleri yapmaksızın eksik ve hatalı olarak rapor düzenlemesi etik ihlallerin yanı sıra resmi belgede sahtecilik ve ortaya çıkan zararın niteliğine göre de farklı suçlarla karşı karşıya kalmalarına yol açmaktadır. DTB, işkence veya diğer kötü muameleleri belgelememe, rapor düzenlememe, eksik veya hatalı rapor düzenlenmesini; işkenceye

⁹¹ BM, *Herhangi bir Şekilde Tutulan veya Alıkonulanla Kişilerin Korunmasına İlişkin İlkeler Bütünü*’nün 26. İlkesi

⁹² TTB-Hekimlik Meslek Etiği Kuralları-2012-Tutuklu ve Hükümlülere Verilecek Tıbbi Yardım Madde 35

⁹³ Hasta Hakları Yönetmeliği (Resmi Gazete Tarihi: 01.08.1998 Resmi Gazete Sayısı: 23420)

⁹⁴ TCK madde 204, 210

göz yumma, işkence fiilinin saptanmasını engelleme kapsamında ele almaktadır⁹⁵. TTB⁹⁶, kaçınma davranışının aynı zamanda bir kötü hekimlik uygulaması (Malpraktis) olduğunu bildirmiştir.

Kimi zaman hekimler, olağan çalışmalarını sürdürürken şiddet, işkence ve diğer kötü muamelelere maruz kalan veya kuşkulu durumlarda adli rapor verme yükümlülükleri olmadığını, adli bir sorumlulukları olmadığını belirterek değerlendirme, belgeleme ve bildirimden kaçınmaktadır. Hekimlerin kaçınma davranışı etik ilkelerin ihlali ve suç olarak nitelendirilmektedir.

⁹⁵ DTB-Helsinki Bildirgesi, Md. 19

⁹⁶ TTB-Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, Malpraktis md. 13

HASTA SIRRI VE MAHREMİYETİ

Dr. M. Cumhuri İZGİ

Giriş

Mahremiyet kavramının irdelenmesi, güven değeri üzerine yapılandırılmış hasta hekim ilişkisine dayanan sağlık hizmetleri açısından çok daha fazla önem taşımaktadır. Öncelikle söz konusu terimin başta sağlık çalışanları olmak üzere toplumca kavramsal olarak içselleştirilmesi hem tıp kurumunun tüm bileşenlerine yönelik güvenin oluşturulmasını gerçekleştirebilecek hem de sağlık çalışanlarının mahremiyetin örselenmemesine yönelik tutumlarının temelini oluşturacaktır.

İnsan hakları ve mahremiyet kavramı

Tarihsel açıdan incelendiğinde insan hakları kavramının yaşama yansımalarının uzun ve zorlu mücadeleler gerektirdiği görülmektedir. Hukuki koruma olmaksızın bile insan olarak doğmuş olmak nedeniyle varlığını ve kabul edilirliliğini gerçekleştirmesi gereken kavram, tüm bu hak arama süreçleri sonunda, ancak geçen yüzyılda toplumlar tarafından kabul edilerek benimsenmiş ve normatif hukuku şekillendirmiştir. Böylece yaşamın öznelinin, hak öznesi olarak "birey" kabul edilmesinin olanağı sağlanmıştır. Birey kavramının, kendi eyleminin tek belirleyicisi olma özelliğiyle kendi dışındaki dünyayı kontrol etme gücünü kendisinde taşımayı ifade etmesi, birey olabilmenin varoluşsal temelini özerkliğin gerçekleşebilmesinin sağladığını ortaya koyar. Özerkliğin, insanın kendisiyle ilgili konularda, değerlerine, istencine dayanarak kararlar vermesi ve bu kararlar doğrultusunda uygulamalarda bulunması şeklindeki tanımı (1) söz konusu temel olmanın kanıtıdır. Özerkliğin gerçekleşebilmesi ise mahremiyetin sağlanması ile olanaklı olabilecektir. Görüldüğü gibi mahremiyetin birey olabilmek ile doğrudan ilintisi temel insan haklarından olmasının gerekliliğini sağlamaktadır.

Dönemin yeni teknolojisi fotoğraf makinesi ile izinsiz olarak bir kişinin fotoğrafının çekilmesi ile ilgili bir davanın kararında, 1890 yılında, yargıç Brandeis mahremiyet kavramını ilk kez "yalnız bırakılma hakkı; hakların en kapsamlısı ve özgür insanlar tarafından en çok değer verilen hak" olarak tanımlamış (2,3) ve kavramın özgür birey ile doğrudan ilişkisini ortaya koymuştur. Görüldüğü gibi mahremiyet kavramı felsefi anlamını bireyin bağımsız, tikel bir varoluşa –tüm diğer bireyler karşısında sahip olunan dokunulamaz ve bağımsız varlık alanına-sahip olduğu anlayışında bulur. Özerklik gereği benliğin bilincine sahip olma, tikel varoluşun onaylanmasını sağlayarak mahremiyet kavramının temellendirilmesini sağlar. Bunun yanında insanın toplumsal varoluşunun öteki ile ilişkiye dayanması aleniyet kavramını ortaya çıkarır. Mahremiyet ve aleniyetin oluşturduğu kavram çifti bireyin yaşamdaki varoluş biçimleridir. Her iki durumda da, varoluşu için ötekinin belirlenimine gereksinim duymama olarak tanımlanan

mahremiyet, bireyin özgürlük alanında yer almaktadır. Mahremiyetin gerçekleştirilmesi, toplumdan soyutlanmayı değil, ötekiyle paylaşılan bilginin içeriğini ve derinliğini değiştirerek bireyin sosyal ilişkilerinin çeşitliliğini ve özel yaşamını sağlayabilmektedir (4).

Giz, sır, mülkiyet, özel yaşam, beden, cinsellik gibi birçok kavramla birlikte değerlendirilen mahremiyet kavramı, Türk Dil Kurumu tarafından “gizlilik” olarak tanımlanmaktadır (5). Ancak yaşamın her zaman gizlemek amacıyla ötekenden saklanmadığı, sadece ötekinin istenmeyen yaklaşımlarından korunmak için göz önüne açılmadığı da dikkate alınmalıdır. Bu durumda gizliliğin sadece mahremiyetin sağlanabilmesi için bir araç olduğu genel kabul görecektir. Mahremiyet sadece saklanacak şeyi ifade etmek için değil, birlikte ele alındığı tüm kavramları aşan ve hepsini içinde barındıran bir şekilde ve yaşam niteliğini belirlemek için bir gereksinim, kişinin kendini gerçekleştirme olarak ele alınmalıdır (6,7,8). Görüldüğü gibi mahremiyet, merkezde olan birey için her şeyin paylaşımının sınırının, ben ile öteki sınırının belirlenmesi ve kontrol edilmesidir.

Sonuç olarak bireyin özgürlük alanına dahil bir kavram olarak ele alınması gereken mahremiyetin, birey için özgür ve bağımsız var oluş halinin ve kendi kendini belirleme gücünün ifadesi olduğu görülmektedir. Bu nokta insanın ahlaksal özne oluşunu, değerle olan ilintisini işaret eder ki bu durum da bireyin kendi eylemlerinin belirleyicisi olma ve bir diğerkinin belirleniminden muaf olma hali olarak mahremiyetin, bireyin maddi varoluşunun ihtiyaçlarına indirgenemeyecek olan bir nitelik olarak kabulünü sağlar. Böylesine bir kabulleniş özerkliğe ve insana olan saygı nedeniyle mahremiyetin korunmasının gerekliliğini getirecektir (9). Bununla birlikte mahremiyet ve özerklik kavramlarının iççeliği mahremiyetin kişi eylemlerinin ilk, temel ve başlangıç kaynağı olmasını ve yaşamın sonlanımına kadar bireyle birlikte olacağı gerçeğini gerektirerek bu hakkın her zaman korunmasının zorunluluğunu oluşturur (10).

Bilişim ve mahremiyet

Tarih boyunca tehlikeden kaçınmak, ötekinin yaptıklarını öğrenmek, kendi gücünü artırmak gibi nedenlerle kişilere ait bilgilere gereksinim duyulmuş ve elde etmek için kişiler ve/veya örgütler diğer kişi ve/veya örgütleri izlemişler, gözetlemişlerdir. Bu amaç doğrultusunda geliştirilmiş birçok araç bulunmakla birlikte teknolojik gelişmelerle daha etkili düzey elde edilebilmiştir. Mısır mitolojisindeki Horus'un gözü toplumsal piramidin tepesindeki güneş diskidir ve toplumsal hiyerarşiyi ve insanın içindeki her niyeti ve her davranışı gözden kaçırmamayı ifade eder (11). Görüldüğü gibi iktidarlar varlıklarını sürdürmek için her zaman bedeni kontrol altında tutmak istemiş ve bunun için de bilgiye gereksinim duymuştur. Foucault da bu durum için “iktidarın bilgiye, bilginin de iktidara sürekli eklemeliğini” belirtmekte ve değişim gösteren politikalar ve uygulamalar ile bedenin hep kontrol altına alınmaya çalışıldığını ortaya koymaktadır (12).

Günümüz koşullarında bilgi, ekonominin de bel kemiğidir. Şirketler de iktidarlar gibi kendi güçlerini artırmak için tüketici tercihleri temellendirmesiyle benzer bilgiye ulaşmak istemektedirler (13). Tüketicilerden firmalara, hükümetlere dek

pek çok ekonomik aktör, daha iyi kararlar vermek ve ekonomik faydayı artırmak için veri kullanmakta ve kendi veri tabanlarını oluşturmaktadır. Bu çağda yenilik, verimlilik, etkinlik ve büyüme veriye dayalı gerçekleşmektedir. Bu kavramların kapitalizmin kar maksimizasyonunun sağlanması ile uyumu, neoliberal politikalar ile sermayenin küreselleşmesi, kapitalizmin sermayenin iktidarını sağlaması hep birlikte ele alındığında bilgiye sahip olmanın ve böylece bireyin şeffaflaşmasının hem ekonomik hem de siyasal olarak önemi ortaya çıkmaktadır. Bilginin kişisel özerklik gelişimindeki önemli rolü, bireysel özerklik ile toplumsal özerklik kazanma arasındaki benzerlikler bilgiye ahlaki önem yüklemektedir (14).

Yazının icat edilmesi ile verilerin kayıt altına alınabilmesi ve anlık uçup gitmeleri engellenebilmiştir. Fakat bunların sonsuza dek saklanabilmesi 1950'li yıllarla birlikte başlayan bilgisayar teknolojisi ile gerçekleşebilmiştir. Söz konusu teknolojinin 1980'lerle birlikte kurumsal alan yanında bireysel alanda da kullanımı yaygınlığını artırmıştır. Fakat bu noktada kaçınılmaz olarak bireyler ve kurumlar arasında teknik bilgi ve beceri bağlamında uçurum yaratacak asimetri gerçekleşmiş, birey çok zayıf bir konumda kalmıştır. Bireyler, teknolojinin yaşam kalitesini artırma kapasitesi, teknolojinin mahremiyeti de koruyacak tedbirleri oluşturabileceği algısı, “ben niye izleneyim ki?” veya “benim saklayacak neyim var ki” gibi temellendirmelerin yarattığı yanılısma ile teknoloji kullanımını içselleştirmişlerdir. Bilgi teknolojisinin aynı zamanlarda gelişen iletişim teknolojisi ile birleşerek “bilişim” kavramının oluşması, etkinliğinin de artmasını sağlamıştır. Artık bilgi çok daha rahat toplanabilmekte, depolanabilmekte, işlenebilmekte ve ilelebilmektedir. Ayrıca işlemlerin internet üzerinden gerçekleştirilmesi, depolanmanın da internete açık sistemler olması bilgilere uzaktan erişime de olanak sağlamaktadır. Bunun yanı sıra internet üzerinden yapılan her hareket de bıraktığı izle yine yeni bir bilgi olarak kaydedilebilmektedir. Amerikan Ulusal Güvenlik Kurumu çalışanı Edward Snowden'ın yaptığı açıklamalar demokratik hukuk devleti olarak değerlendirilen ülkelerin iktidarlarının da mahremiyet hakkına saygı göstermediklerini, bilgiyi güç aracı olarak kullandıklarını açığa çıkarmıştır (13). Bunun yanında teknoloji ile ötekinin izlenebilirliğinin iktidarların izlenmesini de sağlayarak bireysel özgürlüğü artırdığı savı kurumlarla bireyler arasındaki teknoloji uçurumu nedeniyle geçersiz kalmaktadır. Ayrıca devletin şeffaflığı demokratik hukuk devleti kavramı kapsamında bir gereklilik iken bireyin şeffaflaştırılmasının onun özerkliğine, mahremiyetine saldırı olduğu unutulmamalıdır. Şeffaflaşan, basit bir veri haline dönüşen bireyin onurunun zedeleneceği, kişiliğini özgürce gerçekleştirme olanağını kaybedeceği açıktır.

Bireylerin kendi istemleriyle internet kullanıcısı olmalarının, web sitelerine üye olabilmek için bilgilerini vermelerinin bireylerin rızası olarak kabul edilmesi gerektiği belirtilmektedir. Oysa bu noktada, bireylerin söz konusu bilgilerin nasıl ve ne kadar süreyle depolanacağı, kullanılacağı, yaygınlaşacağı, ileride nasıl kullanılacağı hakkında farkındalığının olup olmadığı, konuyla ilgili yeterli bilgilendirilmenin yapıp yapılmadığı dikkate alınmamakta, aydınlatılmış onamın aydınlatma bileşeni göz ardı edilmektedir. Ayrıca bireyin ilk kez kendi istemiyle bilgilerini vermesi nedeniyle rızaya dayandığı düşünülse bile, bu verilerin daha sonra

toplanma amacı dışında amaçlarla işlenmesinin rızaya dayanmadığı son derece açıktır.

Gözetim ve mahremiyet

Kapitalizmin gelişmesi ile birey üzerindeki iktidar baskısının artması ve modern devletin periferden gelen bilgiyle merkezi yönetime dayanan yapısı her türlü bilgiye gereksinimi artırmıştır. Bu süreçte Bentham'ın ortaya attığı panoptikon modelinin sağladığı görünmezlik, gözetimin toplumsal yaşama yaygınlaşmasının, kültür haline gelerek meşrulaşmasının ve içselleştirilerek gözetlenenin, kendini gözetleyen konuma dönüşümüyle korkunun heryerdeliğinin olanağını gerçekleştirmiştiir.

Bentham'ın metinlerinde belirtildiği gibi gözetim, çalışma yaşamının düzenlenmesinin, üretimin artırılmasının sağlanması için başlamış olmakla birlikte kapitalizmin emekçilerin tüm yaşamlarını denetleme gereksinimi nedeniyle yaygınlaşmıştır. Bu süreçte gelişen teknoloji söz konusu gereksinimin rahatlıkla karşılanmasını sağlayarak gardiyan işçilerden “teknolojik panoptikon”a evrilmiştir. Panoptikon siyasal bir teknoloji biçimi olarak ideal iktidar mekanizmasının somutlaşmasıdır. Çünkü mutlak güç “gözetmen locası”ndadır (15).

Günümüzde gözetim kavramını merkezi önem haline getiren Foucault, konuyu irdelerken yine Bentham'ın Panoptikon hapisane modelini⁹⁷metafor olarak kullanmaktadır. Bu hapisane modelinde güç kullanılmaksızın, birey edilgen ve sürekli kontrol edilebilir durumda, bilginin nesnesi konumundadır ancak gözetleyen ile kurulmuş olan iletişimin öznesi konumuna gelememektedir. Yaşanan kontrol hissi bireyin istenen davranış kalıplarını göstermesini de sağlamaktadır. Genel olarak baktığımızda söz konusu gözetimin iki başlık altında, verimlilik ve güvenlik, temellendirildiği görülmektedir. Toplumsal meşruiyet ise daha çok güvenlik kavramı üzerinden sağlanmaktadır (15). Böylece Doroty Nelkin'in de önemle vurguladığı gibi gözetim, toplum yaşamının içine olağan bir şeymiş gibi yerleşmektedir (16).

Toplum üzerindeki denetimin olanağı olan gözetim toplumsal bedenin iktidar için disiplinize edilmesine katkı sunarak kutsal iktidarın dünyevileşmesini sağlamıştır. Gözetim aracılığıyla görünmeden görebilmenin sağlanması toplumun tahakküm altına alınarak iktidarın güçlenmesini gerçekleştirmektedir. Birincil olarak güvenlik temellendirmesi yanında yaşam kalitesinin yükseltilmesi gereğiyle gözetimin süreğenliği sağlanırken gerçekte baskıcı yaşam hem doğallaştırılmakta hem de tek gerçeklik olarak algılanabilmektedir. Gözetim, bir taraftan yarattığı itaatkâr bedenlerle işgücünün istenildiği şekilde eğitilmesi ve yönetimini gerçekleştirerek iktidarın pekişmesini sağlarken diğer taraftan gözetleyenin nesneleşmemesi nedeniyle kişilerde yaşamın özgürlük alanını kısıtlamadığı yanıl-

⁹⁷Panoptikon tipi hapisanelerde halka biçimindeki çevre binanın ortasında bir kule inşa edilir.Sonra çevre bina hücrelere bölünür ve her hücrenin bir penceresi kuleye, diğer penceresi de dışarı bakar.Dışarı bakan pencereden giren ışık ile hücredeki kişinin silueti kuledeki tek bir görevli tarafından takip edilebilmektedir.Kişiler tamamen bireyselleşmiştir ve sürekli görülebilir durumdadırlar, ancak gözetleyen görülememektedir (9).

masını oluşturabilmektedir. Önemli iktidar organı haline gelen gözetim, heryerdelikle ve görünürlüğüne asimetrisini sağlayarak gerçekte yaşamı hapishaneleştirir. Böylece kapitalizm teknolojinin olanaklarından yararlanarak herkesi gözaltına alırken, iktidarı ile birlikte egemenlik olmaksızın kendisini küreselleştirmekte ve toplumun üyelerinin sistem içinde tutulabilmesini sağlamaktadır. Gözetimin, hem doğrudan elde ettiği bilgilerin etkisi hem de kişilerin kendilerinin gözetlendiğine inandırması algısının yarattığı benimseme ile sürekliliğinin sağlanması iktidarı fetişleştirerek kutsallığını korumakta ve gözetimi gerçekleştiren kurumun amaçlarının gerçekleştirilmesi olanağını sağlamaktadır. Hem bedenlerin hem de bilincin baskı ve denetim altına alınması insanı tüketerek, toplumu teslim alarak şiddet gösteren bir iktidar yaratmaktadır. Sosyal yapıya olan uyumun bu şekilde denetlenmesi ile gözetim sosyal denetim aracı görevini yerine getirmektedir. Bunun da iktidarla birey arasında gerilim yaratması kaçınılmazdır. Canetti'nin belirttiği gibi gizlilik iktidarın özünde yatar ve böylece varoluşunu garantiler. Varoluşun sürdürülebilmesi için toplumsal güvenlik temellendirmesi ile tüm toplum olağan şüpheli haline getirilerek süregelenleştirilen gözetim aslında hak ve özgürlüklerin örselenmesi ile temelde iktidarın güvenliğini sağlamaktadır. Bunun sonucu olarak öznelerin görünür olması için kimlik tespitinin zorunluluğu ortaya çıkmaktadır. Böylece kimse iktidarın gözünden kaçmamakta, bir başkasının yerine geçmemektedir (15). Gözetimin teknolojik boyutu ile artık birey dijital bir kod haline gelmektedir. Mahremiyet ile bireyin sosyal ilişkilerinin çeşitlendiği göz önüne alındığında gözetim ile mahremiyetin örselenmesi samimiyet, güven, dostluk gibi değerleri zedeleyerek söz konusu ilişkilerin de olumsuz etkilenmesine neden olacaktır. Elde edilen bilgiler ile bireyin denetim altına girmesi onurunun zedelenmesine de yol açacaktır.

Bu bağlamda veri tabanlarına mahremiyeti örselleyecek miktarda bilginin verilmeyeceği ileri sürülebilir. Ancak günlük yaşantıda bireyin yaşam kalitesinin, konforunun artması için kendi isteğiyle verdikleri, elektronik ortamda gerçekleştirdiklerinin bıraktığı izler, iktidarın ve kurumların bilgi toplama amaçlı çabaları ve gözetim ile elde edilenlerin hepsi düşünüldüğünde mahremiyet hakkının zarar görmesi kaçınılmazdır.

Gözetim sistemlerini kullanan yapılar gözetim kavramı gereği kişiye ait detaylara ulaşmak için bireye sormak yerine Rule'un belirttiği gibi kendi kendisinden beslenerek veri tabanlarından ona ait bilgilere ulaşmayı tercih etmektedir (17) ve bu da kişisel bilgilerin meta haline gelmesine neden olmaktadır. Bilginin metalaşması ise bilginin bağlı olduğu kişinin metalaşmasını getirerek etik ihlale neden olacaktır.

Sağlık hizmeti, bilgi ve hasta sırrı

İnsanın varoluşu ile birlikte diğer canlılar gibi başlangıçta içgüdüsel yöntemlerle olmak üzere acısını dindirme çabası, yaşamını sürdürmek için sağlığını korumanın yollarını araması sağlık uygulamaları tarihinin insanlık tarihi ile özdeş olmasını ve sağlığın beslenme, barınma gibi temel gereksinimler içinde kabul görmesini sağlamıştır. Bu bağlamda Victor Robinson, ilk insanın duyduğu acıya tepki

olarak vahşi ormanlarda yankılanan çığlığı hekime yollanan ilk çağrı olarak kabul edilmesi gerektiğini belirtir (18). Bu durumda bu çağrıya karşılıksız olarak yanıt veren ilk kişi de ilk hekim olarak kabul edilebilir. Başlangıçta kişisel uğraş olarak kabul edilebilecek girişimler insanın toplumsallaşması ile birlikte bir meslek grubunun hizmet alanı haline gelmiştir.

Bireylerin nitelikli sağlık hizmeti olarak sağlık hakkını elde edebilmek, doğru tanı ve tedaviye ulaşabilmek için kendilerine dair bilgileri hekime vermeleri gerekmektedir. Bununla birlikte hekim de sağlık hizmeti sunma sürecinde hastaya dair o ana dek hastanın dahi bilmediği bilgileri tespit edebilmektedir. Bunlar özellikli bir hizmet süreci olarak kabul edilen sağlık hizmetlerindeki hasta hekim ilişkisinin karşılıklı ve bilinçli olarak kurulan güven değeri üzerinden sürdürülmesini gerektirmektedir. Bu değer toplumla-hekim hatta kurumsal olarak toplumla-tıp arasındaki ilişkinin temel dayanaklarından biridir. Güven değerinin yaşama yansımaları, güvenilir olmakla ve bu tutumun her an yeniden üretilmesiyle; söz konusu ilişkinin temelini oluşturan bu değer sürekli üretilebilmesi ise hekimlerin sır saklama, mahremiyeti koruma ödevini yerine getirmesi ile olanaklıdır. Bu güven nedeniyle kişiler kendilerine ait bilgilerin kendi istemleri dışında paylaşılmayacağını kabulü ile hekime başvurmakta ve kendilerine ait bilgileri ona sunmaktadırlar. Tıp kurumu bağlamında güven değerinin önemi yasal metinleri de etkilemiş ve Ceza Muhakemeleri Kanununun 46. maddesi ile sağlık çalışanlarına meslekleri nedeniyle hastalar ve yakınları hakkında öğrendikleri bilgiler hakkında tanıklıktan çekinme hakkı tanınmıştır. Söz konusu maddenin gerekçesinde yer alan *“Tanıklıktan çekinme, hizmet sunulan kişilere güven verdikleri takdirde hizmet verebilecek meslek grupları bakımından kabul edilmiştir Bu hususta göz önünde tutulan ölçüt, “güven ilişkisi”dir; “orantılılık” ilkesi gereğince maddi gerçeğin ortaya çıkarılması hedefi ile güven ilişkisinin korunmasından doğan yarar tartılmış ve maddede kabul edilen hâllerde güven ilişkisinin daha ağır bastığı kabul edilmiştir.”*(19) ifadeleri değer korunmasına verilen önemi açıkça ortaya koymaktadır.

“Sahibinin açıklanmamasında yarar gördüğü ve başkaları tarafından daha önce bilinmeyen husus” olarak tanımlanan sır kavramı özel (kişinin kendisine ait bilgilerin başkaları tarafından bilinmemesini istemesi) ve nesnel (bilgilerin başkalarının önceden bilinmemesi) özellikleri bir arada taşır (20). Bunun sonucu olarak sırrın açıklanması kişinin maddi ve değersel zararlanımını getirerek ahlaki ve hukuki sorumluluk doğuracaktır. Çağdaş hukuk anlayışında bileşenlerinden birisinin de sır olduğu mahremiyet, kişiliğin korunması amacıyla kişisel değer olarak kabul edilerek ve kaynağını anayasalardan alarak kişi hakkı kavramı altında korumaya alınmıştır. Böylece özel yaşamın parçası kabul edilen sırrın korunması ile bireyin özgürlüğü sağlanabilmektedir. Sağlık verilerinin özellikli kişisel veriler olarak kabul edildiği de göz önüne alındığında hasta bilgilerinin hasta sırrı olarak ele alınıp korunması, açıklanmasının ise kişi haklarına müdahale kabul edilmesi gerekliliği genel kabul görecektir. Görüldüğü gibi kişisel verilerin korunmasını sağlayan hukuksal değer “sır” değil, verinin ilgilisi olan kişinin “kişilik hakları”dır. Hastanın tedavisinin bitmesi, hastanın ölmesi, hekimin muayene-

si sonucu öğrenilmesi, hasta tarafından önceden bilinmemesi tüm bu bilgilerin o kişiye ait olduğu ve bir sır niteliği taşıdığı anlamını değiştirmedigi için hekimin sorumluluğunu sonlandırmayacaktır (21).

Toplumsal kültürel farklılıklar mesleğin uğraş alanı olan hastalık ve sağlık kavramlarında değişiklikler yaratmakla birlikte, hasta sırrının saklanması gerektiği ve bunun hekimin ödevi olduğu bilinci yer ve zamandan etkilenmeksizin evrenselleşmiştir. Tüm kültürle ait hekimlik meslek antlarında söz konusu değer ortak özellik olarak yerini alması evrenselliğin en önemli göstergelerindedir. Mesleğin yazısız kanunları olarak nitelenen ve mesleğin ruhunu ortaya koyan Hint tıbbının ‘veda’larından Imhotep ve Hipokrat Andına kadar hep hekimlere sır saklama ve susma görevi yüklenmiştir. Imhotep Andında “... *evlere alındığım zaman, gözlerim orada olup bitenleri görmeyecektir; bana aktarılan sırları saklayacağım gibi törelere zarar verecek ya da suça yardımcı olacak bir biçimde davranmayacağım*”; Hipokrat Andında “.... *Uğraşım sırasında yada onun dışında, sanatımla ilgili görüp işittiklerimi bir sır olarak saklayacağım ve kimseye açmayacağım..*” (22) ve günümüzde Dünya Hekimler Birliği (DHB)’nin Hekimlik Meslek Andı olan Cenevre Bildirgesinde ise “*Hastamın bana açtığı sırları, yaşamını yitirdikten sonra bile gizli tutacağım,*” (23) ifadeleri yer alır. Her geçen gün önemi ve gerekliliği güçlenen bu yaklaşım, mesleğin evrensel etik ilkelerine yansması yanı sıra Roma Dönemi Vespasien, Cassiodere, Justinien Kanunlarında, günümüz toplumlarının anayasalarında, Biyotıp Sözleşmesi gibi uluslararası metinlerinde de yer alarak hukuksal güvenceyi de elde etmiştir.

Hekimlik uygulamaları, insan haklarının gerçekleşebilmesini sağlayan girişimlerden kabul edilir. Hem yaşam hakkının elde edilmesindeki doğrudan katkısı hem de birey olabilmenin olanağı olan ve hastalık nedeniyle sınırlandırılmış özerkliğin yeniden sağlanması sağlık hizmetlerinin insan hakları ile bağlantısını açıkça ortaya koymaktadır. Mahremiyet hakkının kabulünün güven değerinin oluşturulmasındaki katkısı yanında özerkliğin gerçekleşebilirliğindeki etkisi de göz önüne alındığında mahremiyetin korunması ile sağlık hizmetlerinin ilişkisi de ortaya çıkmaktadır. Görüldüğü gibi sağlık hizmetleri sunumunda mahremiyetin korunması sağlanarak bireyin, kişiliğinin, onurunun korunmasına da katkı sunulmaktadır.

Günümüzde sağlık tanımının sosyal belirleyenleri de kapsayacak şekilde genişletildiği göz önüne alındığında sırrın açıklanarak mahremiyet hakkının örselenmesinin birey özgürlüğünün engellenmesine, haklara erişmemeye, bireyin zarar görmesine, etiketlenerek onurunun zedelenmesine neden olabileceği genel kabul görmektedir.

Kişisel veriler

Tarihsel süreç irdelendiğinde Aydınlanma ile kişinin “kul” konumundan “birey”e evrilerek hak öznesi haline geldiği görülmektedir. Sonrasında yükselen emek mücadelelerinin ve yakın tarihli yaşanan dünya savaşlarının yarattığı yıkımın etkisiyle geçen yüzyılın en önemli değersel değişimi “insan hakları” kavramı yaşama yansmıştır. Bu değişimin etkisiyle demokratik hukuk sistemleri içinde

kişi, merkezi konuma yerleşerek tüm karar mekanizmalarına katılan özerk birey olarak kabul edilmiştir. İnsan hakları kavramının içselleştirilmesi, özerk bireyin merkezi konumu ve mahremiyet hakkının birey olabilmenin olanaklarından olması kişinin kendisine dair bilgiler üzerindeki hakkını, mülkiyet ve denetim yetkisini ortaya koymaktadır. Bireyin bu veriler üzerindeki denetim yetkisini kaybetmesi ise bireyin özgürlüğünün, özerkliğinin, mahremiyetinin kısaca “ben” olma özelliğinin kaybedilmesini getirecektir. Bu durum, kişisel verilerin korunması gerekliliğinin özünde bireyin korunmasıyla doğrudan bağıntısını temellendirmektedir (24).

Kişisel verilerin korunması kavramının özel yaşamın gizliliğinin ihlalini aşan boyutları olduğu ve mahremiyetin zedelenmesiyle ilişkisi aşıkârdır. Günümüzde genel anlamda bilginin güç olduğu kabul görünürken; kişisel verilerinin toplanması, gözetim altında olmak bilginin nesnesi konumundaki birey için mahremiyetinin örselenmesi nedeniyle güçsüzlük anlamına gelmektedir. İnsan onuruna saygı, insan varoluşunun özel ahlaki değerlere sahip olduğunu ve kişinin kendi ilgileri, amaçları ve seçimlerine göre davranması ve mahremiyetinin korunması gerektiğini kabul etmeyi getirir.

Kişisel verilerle ilgili ortaya konan ekonomik temelli düşüncelerde söz konusu bilgilerin sadece mülkiyet kavramı bağlamıyla ele alınması gerektiği vurgulanır. Bu düşüncede mülk sahibi olarak bireyin istediği pazarlık şansını elde ettiği belirtilir. Ancak burada da mülkleştirilen bilgi yine metalaştırılmış hale gelmekte, birey olmaktan uzaklaşarak alıcı/satıcı rolü üstlenilmekte ve pazarlıkta tarafların eşit olmaması nedeniyle bireyin mülkiyet hakkından vazgeçmesi söz konusu olabilmektedir (25).

Mahremiyet hakkının birey olma ile doğrudan bağlantısı kişisel verilerin açıklanmasında da birey onamını esas hale getirir. İnsan hakları kavramının kabulü, bireylerin temel haklara erişimi için zorunluluklarla karşılaşmamasının gerekliliğini yaratır. Çünkü tersten baktığımızda söz konusu zorunlulukların varlığı bireyin hakka erişimine engel oluşturabilecektir. Kişisel verilerin korunması mahremiyet kavramının gizlilik, özel hayatın korunması bileşenlerini yaşama yansıtarak bireyin mahremiyet hakkının gerçekleşmesini sağlamakta ve onurunu korumaktadır. Kişisel verilerin elde edilmesi, kendi istemi dışında birey hakkında bilgi toplanması yanı sıra toplanan bilgilerin işlenmesiyle yaşamına müdahale etme olasılığı da yaratacaktır. Kişisel verilerin korunması kavramı, herhangi bir gereksinim ve/veya gerekçe ile elde edilmiş bu bilgilerin gizliliğinin sağlanması yanında bireyin kendisine ait verilere istediği zaman ulaşabilmesini, gerekli değişiklikleri ve/veya düzeltmeleri yapabilmesini de kapsmalıdır.

Kişisel veri, Avrupa Konseyi'nin 108 nolu Kişisel Nitelikteki Verilerin Otomatik İşleme Tabi Tutulması Karşısında Şahısların Korunmasına Dair Sözleşmesi'nde “kimliği belirli veya belirlenebilir bir gerçek kişi (“ilgili kişi”) hakkındaki tüm bilgiler” (26) olarak tanımlanırken Avrupa Birliği Konseyi ve Avrupa Parlamentosu'nun Kişisel Verilerin İşlenmesi ve Bu Tür Verilerin Serbest Dolaşımına Dair Bireylerin Korunması hakkındaki 95/46/EC sayılı direktifinde ise “fiziksel, fizyo-

lojik, zihinsel, ekonomik, kültürel veya sosyal kimliğine özel bir veya daha fazla faktöre veya bir kimlik numarasına atıf başta olmak üzere doğrudan veya dolaylı olarak tespit edilebilen bir tespit edilebilir kişi; tespit edilmiş veya tespit edilebilir gerçek kişiye (“veri öznesi) ilişkin herhangi bir bilgi” (27) olarak ifade edilmiştir. Benzer şekilde Kişisel Verilerin Korunması Kanunu’nda da kişisel veri, “kimliği belirli veya belirlenebilir gerçek kişiye ilişkin her türlü bilgi” (28) olarak tanımlanmaktadır. Görüldüğü gibi tanımın kişiye ilişkin olma ve kişinin belirlenebilir olması olarak iki bileşeni söz konusudur. Kısaca “ben”e dair ve “ben”i “ben” yapan her şeyle, bireyin kimliğiyle ilintili bir kavramdır (24).

Kişisel sağlık verileri

Kişisel Verilerin Korunması Kanunu’nda “kişilerin ırkı, etnik kökeni, siyasi düşüncesi, felsefi inancı, dini, mezhebi veya diğer inançları, kılık ve kıyafeti, dernek, vakıf ya da sendika üyeliği, sağlığı, cinsel hayatı, ceza mahkûmiyeti ve güvenlik tedbirleriyle ilgili verileri ile biyometrik ve genetik verileri **özel nitelikli kişisel veri**” (28) olarak belirtilmiştir. Söz konusu kanuna dayanarak yürürlüğe konan Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik’te ise kişisel sağlık verisi, “kimliği belirli veya belirlenebilir gerçek kişiye ilişkin her türlü sağlık bilgisi” (29) olarak tanımlanmıştır. Görüldüğü gibi bireylerin sır alanlarına ait olduğu kabul edilen cinsel yaşam, dinsel tercihler, ırksal köken, sağlık bilgileri, genetik bilgi gibi konular hassas kişisel veri olarak kabul edilmektedir. Genetik bilgi ise biyolojik olarak bireyi “ben” yapan tüm bilgileri içermesi yanında o bireyle biyolojik bağı olan diğer bireyler hakkında da bilgi içermesi açısından farklı bir öneme sahiptir. Kişisel sağlık verileri gibi hassas verilerin korunması ile yaşam ve sağlık hakkının ve ayrımcılık yasağının yaşama geçirilebilmesi sağlanmaktadır. Söz konusu hassas verilerin daha özel korunmasına yönelik olarak 108 nolu Kişisel Nitelikteki Verilerin Otomatik İşleme Tabi Tutulması Karşısında Şahısların Korunmasına Dair Sözleşme’nin özel veri kategorileri başlıklı 6. Maddesinde “iç hukukta uygun güvenceler sağlanmadıkça, ırksal kökeni, siyasi düşünceleri, dini veya diğer inançları ortaya koyan kişisel veriler ile sağlık veya cinsel hayatla ilgili kişisel veriler, otomatik işleme tabi tutulamaz” (26) ifadesi yer almaktadır.

Hasta hekim ilişkisi kapsamında, elde edilen kişisel verilerin mülkiyetinin bireyin kendisinde olduğu, sağlık çalışanına koruyacağına olan güven içinde emaneten ve onam verilen tıbbi müdahale için verildiği her an hatırlanmalıdır. Güvenin sarsılması sağlık hakkına erişimi engelleyen, alternatif sağlık hizmeti alma yollarına yönelten önemli gerekçelerdendir. Kişisel sağlık verilerinin toplanmasının gerekliliği sağlık hizmetinin niteliğinin ve veriminin artırılması, sağlık politikalarının oluşturulması, nitelikli sağlık hizmetinin örgütlenmesinin sağlanması, nitelikli arşiv oluşturulması gibi temellendirmeler ile rasyonalize edilmektedir. Söz konusu temellendirmeler genel olarak kabul görse de mahremiyet hakkının ve onunun zedelenmesi hatta ortadan kalkmasının doğrudan birey olabilmeyi örselediği göz ardı edilmemelidir. Söz konusu verilerin kullanımı birey’i koruyarak gerçekleştirilmelidir. Verilerin hangi amaçla toplanacağı, nasıl kullanılacağı konusunda bireyin aydınlatılmış onamının alınması mahremiyetin ve özerkliğin korunması

açısından zorunluluktur. Kısaca gerçekte amaç veriyi değil, bireyi korumak olmalıdır. Yeterlilikleri tam olmadığı için özerklikleri sınırlandırılmış kişiler açısından da mahremiyetin korunmasının gerekliliği söz konusu kişilerin de bilgilerinin, insan olmaktan kaynaklanan haklarının tam sahipleri oldukları ve bunları kullanma ve koruma olanaklarına erişmeleri gerektiği unutulmamalıdır.

Hasta hekim ilişkisinin tek boyutlu olduğu dönemlerde hasta mahremiyetinin korunması, hekimin sır saklama ödevini yerine getirmesi kolaylıkla sağlanabilmekteydi. Sağlıkın hak olarak kabul edilmesiyle ulaşılabilir sağlık hizmeti örgütlenmesinin oluşturulması, sağlık hizmetlerinin çeşitliliğinin artması, teknolojinin sağlık hizmetleri içinde hızla yer alması, sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlanması gibi nedenler hasta hekim ilişkisini çok boyutlu hale getirmiştir. Bunun yanında insan haklarının gereği olarak kişisel sağlık verilerinin daha özenli koruma gerektirmesi ile nitelikli sağlık hizmeti sunabilmek amacıyla kişisel sağlık verilerine ulaşım gereksiniminin artması, sağlık hizmetlerinin piyasalaşması arasında çelişki mahremiyetin korunması ödevinin yerine getirilmesini zorlaştırmaktadır. Fakat bireyin sağlık hakkını gerçekleştirebilmesi, etiketlenmesinin, sosyal ayrımcılığa uğramasının önlenmesi, onurunun zedelenmemesi için bu ödevin yerine getirilmesi bir zorunluluktur.

Kişisel verilerin korunması ile ilgili yasal boyut

Mahremiyet hakkı ile ilgili dünya ölçeğinde genel kabul gören düzenlemeler İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (İHEB)'ne⁹⁸ dayanır. Benzer şekilde Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi (AİHS)⁹⁹ ve Birleşmiş Milletler (BM) Medeni ve Siyasi Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşmesi¹⁰⁰ de söz konusu hakka vurgu yapmaktadır. Ulusal düzeyde ele alındığında ise Anayasa'nın Temel Hak ve Özgürlükler başlığı altında toplanan maddeler mahremiyet hakkının bileşenleriyle ilgilidir ve 20. madde¹⁰¹ özel hayatın gizliliğini ele alır. Özel hayat bağlamında oluşan suçlara ilişkin cezalar da Türk Ceza Yasası'nın dokuzuncu bölümünde (30) belirtilmiştir. Ayrıca Anayasa'nın 90. maddesiyle¹⁰² İHEB, AİHS gibi birçok

⁹⁸Madde 12:

Hiç kimse özel hayatı, ailesi, meskeni veya yazışması hususlarında keyfi karışmalara, şeref ve şöhretine karşı tecavüzlere maruz bırakılamaz. Herkesin bu karışma ve tecavüzlere karşı kanun ile korunmaya hakkı vardır (https://www.unicef.org/turkey/udhr/_gi17.html).

⁹⁹Madde 8:

Özel ve aile hayatına saygı hakkı

- i. Herkes özel ve aile hayatına, konutuna ve yazışmasına saygı gösterilmesi hakkına sahiptir (<http://www.danistay.gov.tr/upload/avrupainsanhaklarisozlesmesi.pdf>).

¹⁰⁰Madde 17:

- i. Hiç kimsenin özel hayatına, ailesine, evine ya da haberleşmesine keyfi ya da yasadışı olarak müdahale edilemez; hiç kimsenin şeref ve itibarına yasal olmayan tecavüzlere bulunamaz.
- ii. Herkesin, bu gibi müdahalelere ya da tecavüzlere karşı yasalarca korunma hakkı vardır (<http://tihv.org.tr/bm-siyasi-ve-medeni-haklar-uluslararası-sozlesmesi/>).

¹⁰¹MADDE 20.

Herkes, özel hayatına ve aile hayatına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahiptir. Özel hayatın ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz (<https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa82.htm>).

¹⁰²Madde 90:

uluslararası belge yasal mevzuatın içine ve mevzuat hiyerarşisinin en üstüne yerleştirilerek mahremiyet hakkının yasal dayanakları oluşturulmuştur.

En tipik örneğini hekim hasta ilişkisinde gördüğümüz üzere, geçen yüzyıla kadar güvene dayanan, mahremiyet hakkının temel bileşenlerinden kişisel verilerin korunması ilk kez 1970’te Almanya’nın Hessen Eyalet Veri Koruma Kanunu ile hukuksal düzenlemelerin gündemine girmiştir. Avrupa Konseyi’nin 1973 ve 1974 tarihli kişisel verilerin korunmasındaki standartların belirlenmesine yönelik kararları konu ile ilgili diğer düzenlemelerin kaynağını oluşturmuştur. Bunu 1973 tarihli İsveç ve 1978 tarihli Fransa veri koruması kanunları izlemiştir. Yasal düzenlemeyi gerçekleştirerek devletler, ellerindeki veri tabanlarının şeffaflaşmasını ve kendi lehlerine gelişen gücün dengelenmesini sağlamayı amaçlamışlardır. Avrupa Konseyi (AK) bünyesinde kabul edilen 1981 tarih ve 108 sayılı “Kişisel Verilerin Otomatik İşleme Tabi Tutulması Karşısında Şahısların Korunmasına Dair Sözleşme” ise geniş kapsamlı ilk uluslararası düzenleme olmuştur. Türkiye’nin de iç hukukun parçası haline getirdiği bu düzenlemeyle bireylerin bilgilerinin işlenmesine karşın özel yaşamları koruma altına alınmıştır. Avrupa Birliği (AB)’nin 1995’te kabul ettiği 95/46/EC Sayılı Direktifi de üye ülkelerin ulusal mevzuatının düzenlemesine temel oluşturmuştur. Söz konusu direktifin 8. maddesinde istisnai durumlarını ayrıca belirtmek şartıyla “Üye Devletler, sağlık durumuna veya cinsel yaşama ilişkin verilerin işlenmesini ve sendika üyeliğini, dini veya felsefi inançları, siyasi görüşleri, ırk veya etnik kökeni açıklayan kişisel verilerin işlenmesini yasaklayacaktır.” ifadesini kullanarak kişisel verilerin korunması gerekliliğine vurgu yapmıştır (27). AK tarafından bu direktifin yerine 2018’de yürürlüğe girecek yeni bir tüzük çalışması halen sürdürülmektedir. Ayrıca 1980 tarihli OECD’nin “Özel Yaşamın Korunması ve Kişisel Verilerin Sınırlanması Akışına İlişkin Rehber İlkeleri” ve BM’in 1990 tarihli “Bilgisayarla İşlenen Kişisel Veri Dosyalarına İlişkin Rehber İlkeleri” konu ile ilgili düzenlemeler arasında yer almaktadır (31,32). Günümüzde bilişim dünyasındaki değişimler, genel insan hakları söylemi yerine birey haklarına vurgunun artması, küreselleşen sermaye ve dünya, neoliberal politikalar sonucu her şeyin metalaşmasıyla birlikte kişisel verilerin de piyasanın ürünü olması söz konusu düzenlemelerin yapılmasını etkilemiştir.

Ulusal düzeyde, doğrudan kişisel verilerin korunmasının hak olarak tanınmasına dair ilk düzenleme Anayasa’nın özel hayata vurgu yapan 20. maddesine 2010 yılında yeni bir fıkranın eklenmesiyle¹⁰³ gerçekleşmiştir. Bu değişiklik gereksiy-

Usulüne göre yürürlüğe konulmuş milletlerarası andlaşmalar kanun hükmündedir. Bunlar hakkında Anayasaya aykırılık iddiası ile Anayasa Mahkemesine başvurulamaz. Usulüne göre yürürlüğe konulmuş temel hak ve özgürlüklere ilişkin milletlerarası andlaşmalarla kanunların aynı konuda farklı hükümler içermesi nedeniyle çıkabilecek uyuşmazlıklarda milletlerarası andlaşma hükümleri esas alınır (<https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa82.htm>).

¹⁰³**Madde 20:**

Herkes, kendisiyle ilgili kişisel verilerin korunmasını isteme hakkına sahiptir. Bu hak; kişinin kendisiyle ilgili kişisel veriler hakkında bilgilendirilme, bu verilere erişme, bunların düzeltilmesini veya silinmesini talep etme ve amaçları doğrultusunda kullanılıp kullanılmadığını öğrenmeyi de kapsar. Kişisel veriler, ancak kanunda öngörülen hallerde veya kişinin açık rızasıyla işlenebilir. Kişisel verilerin

le hazırlanan Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, birinci maddesinde belirtildiği üzere “*kişisel verilerin işlenmesinde başta özel hayatın gizliliği olmak üzere kişilerin temel hak ve özgürlüklerini korumak..*” (28) amacıyla ancak 2016 yılında yayınlanarak yürürlüğe girebilmiştir.

Kişisel sağlık verilerinin korunmasına, hem taşıdığı değer yükü hem de bu verilerin doğrudan muhatabı hekimler açısından mesleklerinin binlerce yıllık evrensel ilkeleri gereği çok daha fazla özen gösterilmesi gerekmektedir. Bu gerekliliğin yaşama yansımaları ise konuyla ilgili ifadelerin yasal metinler yanı sıra hekimlik antlarında ve etik bildirgelerde yer almasıyla gerçekleşmektedir. Ulusal özgür tıp birliklerinin konfederasyonu olan DHB'nin, güç birliğinin verdiği yetkiye sahip bildirgeleri, sağlık ortamı ve hekimler üzerinde geniş etkiye sahiptir. Cenevre Bildirgesinden Sağlık Veri Tabanları ve Biyobankalarla İlgili Etik Kaygıları Üzerine Taipei Bildirgesine, Hekimlik Ahlakı Uluslararası Yasasından Bilgisayarların Tıpta Kullanışına İlişkin Duyurusuna kadar neredeyse tüm bildirgelerde sağlık hakkının, hekim-hasta ilişkisindeki güvenin sağlanması için hasta sırrının ve mahremiyetinin korunmasına yönelik ifadeler yer almaktadır (23). Temel kabul edilen uluslararası metinlerden DHB'nin Hasta Hakları Bildirgesinde¹⁰⁴, Dünya Sağlık Örgütü'nün Amsterdam Bildirgesinde¹⁰⁵, AB Hasta Hakları Statüsünde¹⁰⁶, İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinde¹⁰⁷ sağlık verilerinin gizliliği ve bu gizlili-

korunmasına ilişkin esas ve usuller kanunla düzenlenir

(<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.aspx?MevzuatKod=1.5.2709&MevzuatIstiski=0&sourceXmlSearch=&Tur=1&Tertip=5&No=2709>).

¹⁰⁴**8. Gizlilik hakkı**

a. Hastanın sağlık durumu, tıbbi durumu, tanısı, prognozu, tedavisi ve kişiye özel diğer tüm bilgiler ölümden sonra bile gizli olarak korunmalıdır.

¹⁰⁵**4. Mahremiyet ve özel hayat**

4.1. Hastanın sağlık durumu, tıbbi durumu, tanısı, prognozu, tedavisi hakkındaki ve kişiye özel diğer tüm bilgiler, ölümden sonra bile gizli olarak korunmalıdır.

4.3. Hastanın kimliğine dair bilgiler korunmalıdır. Bu bilgilerin korunması usulüne uygun yapılmalıdır.

4.4. Hastalar, tanıları, tedavileri ve bakımları ile ilgili kayıtlara, diğer dosyalara, teknik kayıtlara ve tıbbi dosyalarına bakabilme ve kendi dosyalarının ve kayıtlarının kopyesini alabilme hakkına sahiptir. Bu hak üçüncü kişilerin bilgilerine bakabilmeyi içermez.

4.5. Hastalar, kendileriyle ilgili tıbbi ve kişisel bilgilerin uygunsuz, eksik, çift anlamlı, eski olması veya tanı, tedavi ve bakım amacıyla ilgili olmaması durumunda bu bilgileri yenileme, daha açık hale getirme, bazı kısımlarını çıkarma, tamamlama, düzeltme hakkına sahiptir.

4.6. Hastanın tanı, tedavi ve bakımı için gerekli olmadıkça ve ek olarak hasta izin vermedikçe hastanın özel ve aile hayatına girilemez.

4.7. Tıbbi girişimler ancak kişinin özel hayatına saygı gösterilmesi durumunda yapılabilir.

¹⁰⁶**6. Özel ve Gizlilik Hakkı**

Her birey kişisel bilgilerinin; sağlık durumu, yapılan teşhis ve tedavi konularında bilginin yanı sıra teşhis ve tedavi yapılırken veya özel ziyaretlerinin gizliliğinin muhafazası hususunda, gizli tutulmasını talep etme hakkına sahiptir.

Bir bireyin sağlık durumuna veya ona uygulanan tıbbi/cerrahi tedaviye ilişkin bilgi ve veriler gizli olmalı ve öyle muhafaza(korunmalıdır) edilmelidir. Tıbbi/cerrahi müdahale sırasında bile kişisel gizliliğe saygı gösterilmeli, yani uygun ortamda yapılmalı ve gerçekten orada bulunması gerekli olan kişiler (hastanın onayı veya özel bir talebi olması durumları hariç) nezdinde yapılmalıdır.

¹⁰⁷**Madde 10:** Özel yaşam ve bilgilendirme hakkı

1. Herkes, kendi sağlığıyla ilgili bilgiler bakımından, özel yaşamına saygı gösterilmesini isteme hakkı-

ğin korunması özel olarak ele alınmıştır. Bu durum ulusal metinler bağlamında ise Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinde¹⁰⁸, Hekimlik Meslek Etiği Kurallarında (HMEK)¹⁰⁹, Hasta Hakları Yönetmeliğinde¹¹⁰ de yer almaktadır.

Tüm belgeler genel olarak değerlendirildiğinde; gereklilik durumlarında kişisel verilerin hukuka uygun olarak işlenmesi, toplanma amacının belirli ve meşru olması, amacı aşan toplama olmaması, gereklilik süresince güncellenmesi ve amacın gerektirdiğinden daha uzun tutulmaması kriterlerinde ortaklaşıldığı gö-

na sahiptir.

2. Herkes, kendi sağlığı hakkında toplanmış herhangi bir bilgiyi öğrenme hakkına sahiptir.

¹⁰⁸**MADDE 4:** Tabip ve dış tabibi, meslek ve sanatının icrası vesilesiyle muttali olduğu sırları, kanuni mecburiyet olmadıkça, ifşa edemez.

Tıbbi toplantılarda takdim edilen veya yayınlarda bahis konusu olan vakalarda, hastanın hüviyeti açıklanamaz.

¹⁰⁹**Madde 9:**

Sır Saklama Yükümlülüğü

Hekim, hastasından mesleğini uygularken öğrendiği sırları açıklayamaz. Hastanın ölmesi ya da o hekimle ilişkisinin sona ermesi, hekimin bu yükümlülüğünü ortadan kaldırmaz.

Hastanın onam vermesi ya da sırrın saklanması hasta ya da öteki insanların yaşamını tehlikeye sokması durumunda, hastanın kişilik haklarının zedelenmemesi koşuluyla, hekim bu sırrı saklamakla yükümlü değildir.

Yasal zorunluluk durumlarında hekimin rapor düzenlemesi de, meslek sırrının açıklanması anlamına gelmez.

Hekim, tanık ya da bilirkişi olarak mahkemeye çağrıldığında olayın meslek sırrı olduğunu ileri sürerek bu görevlerinden çekilebilir.

¹¹⁰**Madde 21:**

Mahremiyete Saygı Gösterilmesi Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep de edebilir. Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir.

Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu istemek hakkı;

- Hastanın, sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini,
- Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesini,
- Tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesini,
- Tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını,
- Hastalığın mahiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini,
- Sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını, kapsar.

Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez.

Eğitim verilen sağlık kurum ve kuruluşlarında, hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olmayanların tıbbi müdahale sırasında bulunması gerekli ise; önceden veya tedavi sırasında bunun için hastanın ayrıca rızası alınır.

Madde 23:

Bilgilerin Gizli Tutulması

Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiçbir şekilde açıklanamaz.

Kişinin rızasına dayansa bile, kişilik haklarından bütünüyle vazgeçilmesi, bu hakların başkalarına devri veya aşırı şekilde sınırlanması neticesini doğuran hallerde bilginin açıklanması, bunları açıklamanın hukuki sorumluluğunu kaldırmaz.

Araştırma ve eğitim amacı ile yapılan faaliyetlerde de hastanın kimlik bilgileri, rızası olmaksızın açıklanamaz

(<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatTliski=0&sourceXmlSearch=hasta%20haklar%C4%B1>).

rılmaktadır. Bunlara ilaveten günümüzdeki metinler bireylere, kişisel verileri toplama ve işleme süreçlerinde bilgilendirilme, verilere erişim, verilerin düzeltilmesini isteme, işlenmesini istememe gibi hakları da tanımaktadır. Kişisel sağlık verileri bağlamında ise ancak hastaların açık onamı veya yasa ile zorunluluğun belirtilmesi durumlarında sınırları çizilerek paylaşılabilceği, aksinin yükümlülük doğuracağı belirtilir

Türk Tabipleri Birliği (TTB) ve hasta mahremiyeti

TTB, yasasında belirtildiği üzere hekimlerin hak ve yararlarını korumak, hekimlik mesleğinin kamu ve kişi yararına uygulanmasını sağlamak yanında halk sağlığını korumak, meslek gelenekleri olarak ifade edilen evrensel etik ilkeleri korumak ve geliştirmek ödevleri de kendisine verilmiş kamu kurumu niteliğinde bir meslek örgütüdür (33).

Onurun, özerkliğin, mahremiyetin korunması ve evrensel sır saklama ödevinin kabulü ile TTB'nin kamusal güç kullanarak mesleğin nitelikli sürdürülmesi ve sağlık ortamının düzenlenmesine yönelik ödevleri birlikte değerlendirildiğinde, Onur Kurullarının mahremiyet hakkının örselenmesine yönelik dosyalar ile sıklıkla karşılaşmasını kaçınılmaz kılar. Bu süreçte verilerin değil bireyin korunması amacının özünün, bunu öncelemeğe yönelik niyet sorunu olduğu da unutulmalıdır (34).

Mesleğin yarar sağlama temelli yapısı gereği hekimler bu değeri önceleyen yaklaşımlara daha yatkındır. Bunun sonucu olarak sağlık hizmetleri sürecindeki hasta hekim ilişkisi içinde mahremiyet kavramının bileşenlerinin ikincil olarak ele alınması kolaylaşır. Tüm bunlar bireyin mahremiyet alanına müdahaleyi kolaylaştırabilmekte ve yarar-mahremiyet ikileminde mahremiyet değerinin harcanmasının tercih edilmesiyle (35) hasta-hekim ilişkilerinde soruşturma konusu olabilmektedir.

Bilginin güç olarak kabul edilmesi ve metalaşmasının gereği ve sonucu, başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere iktidarca teknolojiyen yararlanarak özel nitelikli kabul edilmesine karşın tüm kişisel sağlık verileri Medulla, Sağlık-Net, e-Nabız gibi uygulamalar ile toplanmaktadır. Mahremiyet hakkının zedelenmesine yol açan bu durumun TTB'nin gündemine girmesi kaçınılmazdır.

Genel olarak değerlendirildiğinde, konuyla ilgili olarak sır saklama, mahremiyetin ve özerkliğin korunması ile yarar sağlama, zarar vermeme ilkeleri arasında yaşanan ikilemler bazı sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bu bağlamda hastaya ait bilgilerin hangi koşullar altında açıklanabileceği tartışması temel sorun kümelerinden birisini oluşturmaktadır. HMEK'da belirtildiği gibi yasal zorunluluklar dışında hasta bilgilerinin paylaşılabilmesinin olanağı, hastanın onamının varlığına ve/veya üçüncü kişilerin yaşam hakkını tehlikeye soğan durumların söz konusu olmasına bağlıdır. DHB'nin Uluslararası Hekimlik Etiği başlıklı bildirdesinde de hasta veya diğer kimseler için gerçek ve olası tehlikenin varlığında ve tehdidin ancak gizliliğin bozulması ile ortadan kaldırılabilmesi şartıyla bilgi paylaşımının etik olarak kabul edilebileceği belirtilir. DHB Sağlık Veri-

tabanları İle İlgili Etik Düşünceler Bildirgesi'nde ise ciddi zarar veya ölüm riskini önleme zorunluluğu gibi istisnai durumlar dışında hasta gizliliğinin korunması vurgulanmıştır. Bulaşıcı hastalığın varlığı ve hastanın herhangi bir nedenle tedavisi söz konusu olduğunda ise DHB'nin birçok bildirgesinde ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Amsterdam Bildirgesi'nde (36) belirtildiği gibi hasta bilgisine erişimin, hastaya yardım etmek veya hasta ile yakından ilgili sağlığını korumak konusunda yasal hakka sahip sağlık personelleriyle sınırlı olması gerektiğinin belirtildiği unutulmamalıdır. Genetik hastalıklar açısından konu ele alındığında da temelde gizliliğin sağlanması öncelenmelidir. Ancak riskli akrabalar söz konusu olduğu durumlarda tespit edilen hastalığın veya hastalık olasılığının korunulabilir, tedavi edilebilir ya da erken tanımlama ile genetik risk azaltılabilir ise bu bilginin açıklanması etik açıdan kabul edilebilir. Kısacası, bilginin açıklanması ile karşılaşılabilecek yarar zarar dengesinin yarar lehine olması durumunda riskli akrabalarla sınırlı olarak bilgi paylaşımı yapılabilir (23).

Yasal zorunluluk açısından ise bilgi paylaşımının, bilirkişilik boyutuyla ve sadece bilirkişilik yapılan konunun aydınlatılmasıyla bağlantılı bilgi ile sınırlı kalması gerektiği ve ayrıca hekim olarak tanıklıktan çekinme hakkına sahip olduğu unutulmamalıdır.

Kişisel sağlık bilgilerinin paylaşımının yarattığı ikilemlerle tanıtım ve reklam uygulamaları kapsamında da karşılaşılabilmektedir. Sağlıkın hak olduğu gerçeğinde ortaklaşıldığında sağlık hizmetlerinin gerçekleşmesinin isteğe bağlı olmadığı, tüketim malzemesi gibi kullanımının keyfiyete dayanmadığı da kabul edilmiş demektir. Bu nedenle, abartılı içeriklerle kişileri koşullandırmanın, tüketime yönlendirmenin hâkim olduğu reklam çalışmalarının sağlık alanında hizmetten yararlanacak olana yönelik olarak yeri yoktur ve yasaklanmıştır. Sadece sağlık çalışanına yönelik, bilimsel bilgiye dayalı, yanlılık yaratma amaçlı olmayan, bilgilendirme amaçlı tanıtım faaliyetleri etik açıdan kabul edilebilir uygulamalardır. TTB'nin Hekim ve İlaç Tanıtım İlkeleri, Türkiye İlaç Sanayi Derneği tarafından hazırlanan Tıbbi İlaç Tanıtım İlkeleri Kılavuzu, Sağlık Bakanlığınca yürürlüğe konan Beşeri Tıbbi Ürünlerin Tanıtım Faaliyetleri Hakkında Yönetmelik ve Tıbbi Cihaz Satış, Reklam ve Tanıtım Yönetmeliğince tanıtım faaliyetlerinin etik ve yasal sınırları belirlenmiştir. Reklam ve tanıtım faaliyetlerinde kişisel sağlık verilerinin kullanılması için hastanın onamının olması, söz konusu sınırların aşılmasında etik açıdan bir gerekçe olamaz. Bu durumda hasta hekim ilişkisinin eşitler arası bir ilişki olmadığı, ilişkinin tarafları arasında dengeden söz edilemeyeceği kısacası hastanın özerkliğinin sınırlandırılmış olması ve tedavisinin devam edebilmesi amacıyla onam vermiş olabileceği göz ardı edilmemelidir. Böylesi durumda bireyin mahremiyetinin korunmasına yönelik hekim sorumluluğu öncelenmelidir.

Bunlarla birlikte toplum için kanaat önderi olarak kabul edilen veya tanınmış kişilerin hastalık süreçlerinin halka açıklanması söz konusu olduğunda da bireyin aydınlatılmış onamına, konu ile ilgili önceden belirtmiş olduğu isteklere saygı gösterilmesi gereklidir. Hastanın onamının alınması olanaklı değilse ve konuya ilişkin vasiyeti yoksa bireyin değerlerini bilen, onları koruyan kanuni temsilcinin

aydınlatılmış onamı kişisel sağlık verilerinin paylaşılabilmesinin etik temelini oluşturur.

Mahremiyet kavramının boyutlarının ve kişisel sağlık verileri paylaşımının yaşama yansımaları irdelemek amacıyla Yüksek Onur Kurulu'na iletilmiş, anonimleştirilmiş ve özetlenmiş dosyalar incelendiğinde aşağıdaki örneklerle ulaşılmıştır:

1. Muayenehanesinde takip ettiği hastanın muayene dosyasını ve vasilik ile ilgili kanaatini mahkemeye ileten hekimin hasta tarafından sırrını açıkladığı gerekçesiyle 2008 yılında tabip odasına şikayet edilmesi üzerine yürütülen soruşturmada onur kurulunca kovuşturmaya gerek olmadığı kararı alınmıştır. Karara hasta tarafından itiraz edilmesi üzerine Yüksek Onur Kurulunda değerlendirilen dosya ile ilgili olarak hasta sırrının korunmasına dair etik ilkelere uygun olmadığı gerekçesiyle tabip odası onur kurulu kararının bozulmasına oy birliği ile karar verilmiştir.
2. Özel bir merkezde hastaya verilen sağlık hizmetlerine ilişkin ödemenin yapılmaması üzerine hekim, ücretini almak amacıyla hastanın işyerine şikayette bulunmuştur. Hasta, şikayete bağlı olarak işyerindeki itibarının sarsılması nedeniyle iş akdinin feshedildiği, şikayet dilekçesinde ödemiş olduğu bazı girişim bedellerinin ve kendisine uygulanmayan bazı işlemlerin de yer aldığı iddiasıyla tabip odasına başvurmuştur. Tabip odası onur kurulu tarafından hasta sırrının şikayet dilekçesi ile açıklanmış olduğu kabulüyle hekime iki ay meslekten men cezası verilmiştir. Yapılan itiraz sonucu Yüksek Onur Kurulu da söz konusu kararı onaylamıştır.
3. Kız kardeşine yapılan bir girişimin ardından kendisine de aynı girişimin uygulanması sonucu zarar gördüğü iddiası ile tazminat davası açan ablanın duruşmasında hekim, kendisini savunmak amacıyla kız kardeşe ait girişim öncesi ve sonrası fotoğrafları gizli zarf içinde mahkemeye sunmuştur. Hastadan izin alınmadan fotoğrafların paylaşılması nedeniyle tabip odasına şikayet edilen hekime hasta sırrı kapsamındaki bilginin açığa çıkarılması nedeniyle ceza verilmesi kararlaştırılmıştır. Ancak hastaların kardeş olmaları, birbirlerinin sağlık durumlarını bilmeleri, hekimin kendisini savunmak amacıyla ve kapalı zarf içinde fotoğrafları vererek aleniyeti önlemeye çalıştığı düşüncesiyle verilen cezanın bir kademe düşürülmesi de karara eklenmiştir. Yüksek Onur Kuruluna yapılan itiraz sonucu bu gerekçelerin eylemin ağırlığını kaldırmayacağı düşüncesiyle cezanın düşürülmesi kararı bozulmuştur. Tabip odasının kararında direnmesi üzerine Yüksek Onur Kurulunca tekrar değerlendirilerek hasta onamı alınmadan bilgi paylaşımı ile mahremiyetin korunmadığı gerekçesiyle hekime 15 gün meslekten men cezası verilmiştir.
4. Eşlerin birlikte katıldığı aile terapisi sürecindeki bilgilerin boşanma davasında delil olarak ibraz edilmek amacıyla eşlerden birisi tarafından hekimden istenmesi ve hekimin bu isteme yanıt vererek antetli kağıdına yazıp imzalaması üzerine hasta sırrının paylaşıldığı gerekçesiyle hekim diğer eş tarafından şikayet edilmiştir. Birlikte sürdürülen tedavi sürecine ait bilgiler olduğu için mahremiyetin ihlalinin söz konusu olamayacağı-

na dair hekim savunmasına karşın tabip odasının verdiği 15 günlük meslekten geçici men cezası Yüksek Onur Kurulunca da onanmıştır.

Örneklere de görüldüğü gibi hekimlik uygulamalarının mahremiyet hakkı bağlamında değerlendirilmesi sürecinde, sağlık hizmetlerinde kurulan ilişkilerde mahremiyet ve bunun etkisiyle gerçekleşen hekime güvenin binlerce yıldır sağlık hizmetlerinin temelini oluşturarak önemini koruduğunun; bu sayede hastaların, hiçbir kaygı taşımadan bütün açıklığıyla kendilerini ifade edebildiklerinin; sır saklama yükümlülüğünün esas olarak hastaya olan saygı ve hasta-hekim ilişkisindeki güvenin üretilebilmesi için varlığını sürdürdüğünün; kişisel sağlık verilerinin gerçek sahibinin sağlık hizmeti sunucularının değil kişinin kendisinin olduğunun; tüm kişisel verilerin korunması hakkının onurun, mahremiyetin korunmasının ve kişinin özgürce gerçekleştirilmesinin bileşeni olduğunun bilinciyle tutum alınmalıdır. Kişisel sağlık verilerinin bireyin kişisel hakları ile doğrudan ilişkisi, kullanım sürecinde hem hasta hem de hekimlik mesleği açısından ele alınarak etik temellendirilmesini zorunlu kılmaktadır. Söz konusu verilerin kullanımı amacıyla teknolojiye yararlanım da bu etik temellendirmeye örtüşebildiği sınırdadır. Bunu aşan kullanımlar, paylaşımlar ile mahremiyet hakkının örselelenmesinin getirdiği bireyin maddi, manevi ve sosyal zararlanımı, özel yaşamına müdahale kabul edilemez durumlardır.

Bu bağlamda ele alındığında tüm TTB örgütü yöneticilerinin, özellikle kamusal gücü kullanma yetkisini kendinde taşıyan onur kurulları ve yüksek onur kurulu üyelerinin mahremiyet hakkının korunmasına yönelik çok daha özenli ve dikkatli olmaları gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bu noktada en temelde mahremiyet hakkının kavramsal olarak içselleştirilmesi gerekmektedir.

Hastanın yararlanımının artırılması, daha nitelikli sağlık hizmetinin sunulabilmesi, ulaşılabilir sağlık örgütlenmesinin sağlanması, sınırlı kaynakların akılcı kullanımının sağlanması, etkin sağlık politikalarının belirlenebilmesi gibi birçok nedenle sağlık çalışanlarının sağlık verilerine ulaşımının gerekliliği yadsınamaz. Ancak olumlu amaca yönelik eylemlerin bile önemli değer kayıplarına neden olması, o amacın değer yükünü tartışmalı duruma getirerek amaç uğruna her araç kullanılabilir düşüncesinin etik geçerliliğini kuşkulu duruma sokar. Bu nedenle araç kullanımı etik açıdan tutarlı bir biçimde temellendirilmelidir (37). Hekimin hem mesleki hem de aydın kimliği bireylerin hakları konusunda yeterince aydınlatılmasında ve mahremiyet hakkına yönelik farkındalıklarının artırılmasında taraf olmasını zorunlu kılmaktadır. Mahremiyet örselemeden söz konusu verilerin kullanımının sağlanabilmesinin temel yolu, kişisel veri kavramının tanımında yer alan kişinin belirlenebilirliğinin, “ben” olma özelliğinin kaldırılmasıdır. Böylece 6698 sayılı yasada da tanımlandığı¹¹¹ üzere verinin anonimleşti-

¹¹¹Tanımlar

MADDE 3:

b) Anonim hâle getirme: Kişisel verilerin, başka verilerle eşleştirilerek dahi hiçbir surette kimliği belirli veya

belirlenebilir bir gerçek kişiyle ilişkilendirilemeyecek hâle getirilmesi

(<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6698.pdf>).

rilmesi gerçekleştirilebilecek ve bilgilerin kişisellik niteliğinin ortadan kaldırılarak sadece veri özelliğinin kalması sağlanmış olacaktır.

Sonuç

İzinsiz bir fotoğraflama nedeniyle tanımı yapılan “mahremiyet” kavramına sahip çıkmak, teknolojik panaptikonu yaşadığımız günümüzde ironik bir yaklaşım, toplumsal ütopya olarak değerlendirilebilir. Ancak hekim olmanın merkeze insanı, insan haklarını koymayı gerektirmesi bu ütopyayı yaşama yansıtmayı, teknolojinin etikle buluşmasının gerekliliğini zorunlu kılar.

Günümüz toplumlarında temelde güvenlik olmak üzere verimlilik, kamu sağlığı, kamu düzeni gibi gerekçeler ile temel hak ve özgürlüklerin sınırlandırılması ile karşılaşmaktayız. Ancak Benjamin Franklin’in belirttiği gibi temel özgürlüklerden geçici güvenlik için vazgeçmek hem özgürlüğümüzü hem de güvenliği kaybetmemize neden olacaktır (25). Önemli olan, mahremiyetin, özerkliğin korunarak söz konusu gerekçelerin gerçekleşmesinin sağlanmasıdır. Bunu yaşama yansıtmanın olanakları mevcuttur ve bu kavramların aslında birbirleriyle çelişen değil birbirini besleyen kavramlar olduğu unutulmamalıdır. Anayasa ile yaşam, sağlık, maddi ve manevi varlığın geliştirilmesi, özel hayatın gizliliği gibi temel hakların korunması sağlanırken, Anayasa’nın 13. maddesi¹¹² ile de zorunlulukta temel hak ve özgürlüklerin özerkliğine dokunulmaksızın, orantılı ölçüde sınırlandırılması gerektiği belirtilir. Hekim olmak, mesleki olarak bireyin özerkliğini sınırlayan hastalıklarla mücadele etmeyi, aydın olarak da insan hakları içindeki mahremiyet hakkına, özerk bireye sahip çıkmayı gerektirir. Görüldüğü gibi hem etik hem yasal olarak mahremiyet hakkını yaşama yansıtma mesleki ödevdir. Bireyin yaşama dair değerleriyle tıp mesleğinin bilgilerinin çelişmesi durumu yarar temelli uygulamalara engel yaratabilir ancak Siegler’in belirttiği gibi mahremiyet tıpta, hastanın kişisellik ve gizlilik düşüncesine saygının gelişmesi ile birlikte sağlık bakımının geliştirilmesi amacının gerçekleşmesini sağlar (38).

Bilginin merkezi olarak toplanmadan hasta-hekim ilişkisi içinde kalmasının mahremiyetin korunmasına, bu ilişkinin temeli güven değerinin üretilmesine destek olacağı genel kabul görecektir. Gereklilik durumlarında kişisel verilerin anonimleştirilerek kullanılması mahremiyetin örselenmesini engelleyecektir. Kişisel verilerin ne’liğin tek tek durumlara göre değişiklik gösterebileceği de unutulmamalıdır.

¹¹² II. Temel hak ve hürriyetlerin sınırlanması

Madde 13:

Temel hak ve hürriyetler, özerkliğine dokunulmaksızın yalnızca Anayasanın ilgili maddelerinde belirtilen sebeplere bağlı olarak ve ancak kanunla sınırlanabilir. Bu sınırlamalar, Anayasanın sözüne ve ruhuna, demokratik toplum düzeninin ve lâik Cumhuriyetin gereklerine ve ölçülülük ilkesine aykırı olmaz.

<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.aspx?MevzuatKod=1.5.2709&MevzuatIlski=0&sourceXmlSearch=&Tur=1&Tertip=5&No=2709>

Kişisel verilerinin korunmasına dair gerçek anlamda özerk bir kurulun oluşturulması ve denetiminin sağlanması, hastanın mahremiyet hakkına ilişkin önemli bir ilk adım olacaktır.

Sağlık alanında mahremiyetin korunması için sadece sağlık çalışanlarının duyarlılığı yeterli değildir, kavram yalnızca sağlık çalışanları üzerinden temellendirilmemelidir. Sağlık hakkının sağlanması ödevinin devletin sorumluluğunda olduğu göz önüne alınarak konu ile ilgili tüm yükümlülüklerin etik duyarlılıkla yerine getirilmesi önemlidir.

Toplumsal bilinç üzerindeki hegemonya var olduğu sürece gözetimin iktidarı kendini üretebilecektir. Toplum, gözetimi içselleştirdiği ölçüde gözetlenmeyi arzu eder konumda olacaktır. Unutulmamalıdır ki; şu an için var olan yaşam koşullarını verili kabul etmek bireyi körleştirecektir. Ancak bilinç özgürleştirilebildikçe iktidar körleşecektir (15).

KAYNAKLAR

1. Oğuz YN, Tepe H, Örnek Büken N, Kırımsoy Kucur D. Biyoetik Terimleri Sözlüğü. Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları, Ankara, 2005.
2. Berman J, Bruening P. Is privacy possible in the twenty – first century, EFF Publishing, Washington, 2003.
3. Diffie W, Landau S. Privacy on the Line: The Politics of Wiretapping and Encryption, Cambridge, Massachusetts, The MIT Pres, 1998.
4. Rachels J. Why privacy is important, Computers, Ethics, and Society, ed., M. Ermann D. Williams, M.B. Shauf, Oxford University Press, Inc. 1997.
5. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.52a9fe5e09a762.06529287 Erişim Tarihi 24 Ekim 2017.
6. Akgüç Ö. Mahremiyet açısından elektronik gözetim ve denetim: Tüketicinin denetimi, gözetimi ve online alışveriş siteleri üzerine bir uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2004.
7. Newell PB. Perspectives on Privacy, Journal of Environmental Psychology, 1995, 15(2): 87-104.
8. Beauchamp TL., Childress Jf. Principles of Biomedical Ethics, 2nd edition, Oxford university press, New York, 1983
9. İzgi MC, Etik Açısından Yaşlı Mahremiyeti: Huzurevi Örneğinde Hizmet Alanlar ve Verenler Açısından Bir Değerlendirme. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2009.
<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/SearchTez>
10. İzgi MC. Yaşlı Bakımevlerinde Mahremiyet Sorunu. Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi, 2016, 2(2):61-8
11. Gündüz A. Mezopotamya ve Eski Mısır. Büke Yayınları, İstanbul, 2002.
12. Foucault M. İktidarın Gözü. Ayrıntı Yayınları, İstanbul, 2007.

13. Kırılıdoğ M. Kişisel Verilerde Teknoloji Kullanımı: Kimin İçin İyi, Kimin İçin Kötü? Kişisel Sağlık Verileri Ulusal Kongresi 19-20 Aralık 2015 Kitabı, TTB Yayınları, s: 40-51
14. Alfino M, Pierce L. The Social Nature of Information. Library Trends, 2001, 49 (3): p.471
15. Çoban B, Özarslan Z. Panaptikon Gözün İktidarı. Su Yayınları. İstanbul, 2008.
16. Dedeoğlu G. Gözetleme, Mahremiyet ve İnsan Onuru. TBD Bilişim Dergisi, 2004(89) <http://okul.selyam.net/docs/index-43267.html> Erişim Tarihi 13.12.2013
17. Rule JB, Mcadam D, Stearns L, Uglow D. Documentary identification and mass surveillance in the United States. Social Problems, 1983, 31 (2): 222-234
18. Ersoy T. Tıp Tarih Metafor. Öteki Yayınevi. 2. Baskı, Ankara, 1996
19. [Ceza Muhakemeleri Kanununun Gerekçesi www.ceza-bb.adalet.gov.tr/makale/127-1.doc](http://www.ceza-bb.adalet.gov.tr/makale/127-1.doc)
20. Gürkan S. Sağlık Hizmetlerinde Meslek Sırrı ve Tanıklıktan Çekinme, Uluslararası Katılımlı 3. Ulusal Tıp Etiği Kongresi Kongre Kitabı, Bursa 2003, s 851-862
21. İzgi MC, Oğuz NY. Türk Ceza Kanunu 280. Madde: Sağlık Hakkı mı? Güvenlik mi? Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi, 2008:16(1)19-28
22. Şahinoğlu Pelin S. Hekim Andının Tarihsel Kökenleri. Toplum ve Hekim, 1993, 8(57):39-42
23. Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler. TTB Yayınları, İkinci Baskı, Ankara, 2009.
24. İzgi MC. Mahremiyet Kavramı Bağlamında Kişisel Sağlık Verileri. Türkiye Biyoetik Dergisi, 2014, 1(1):25-37
25. Küzenci E. Kişisel Verilerin Korunması. Turhan Kitabevi, Ankara, 2010
26. Avrupa Konseyi'nin 108 nolu Kişisel Nitelikteki Verilerin Otomatik İşleme Tabi Tutulması Karşısında Şahısların Korunmasına Dair Sözleşme <http://www2.tbmm.gov.tr/d26/1/1-0320.pdf>
27. Avrupa Birliği Konseyi ve Avrupa Parlamentosu'nun Kişisel Verilerin İşlenmesi ve Bu Tür Verilerin Serbest Dolaşımına Dair Bireylerin Korunması hakkındaki 95/46/EC Sayılı Direktifi <http://panel.stgm.org.tr/vera/app/var/files/e/c/ec-directive-95-46-kisisel-veriler.pdf>
28. Kişisel Verilerin Korunması Kanunu <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6698.pdf>
29. Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/10/20161020-1.htm>
30. Türk Ceza Kanunu <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf>
31. Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve Uygulaması <http://www.kvkk.gov.tr/yayinlar/K%C4%B0%C5%9E%C4%B0SEL%20>

- [VER%C4%B0LER%C4%B0N%20KORUNMASI%20KANUNU%20VE%20UYGULAMASI.pdf](#)
32. Küzeci E. Türkiye’de Sağlık Verilerinin Korunması: Hukuksal Çerçeve. Kişisel Sağlık Verileri Ulusal Kongresi 19-20 Aralık 2015 Kitabı, TTB Yayınları, s:14-20
 33. Türk Tabipleri Birliği Kanunu
http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=14:tk-tablerblkanunu-6023-&catid=1:yasa&Itemid=28
 34. Şen Ü. Çocuk Sağlığında Kişisel Verilerin Özelliği. Kişisel Sağlık Verileri Ulusal Kongresi 19-20 Aralık 2015 Kitabı, TTB Yayınları, s:116-21
 35. İzgi MC. Yaşlı Mahremiyeti Gözardı Edilebilir mi? Antalya’da Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlılar Üzerine Niteliksel Bir Araştırma. Türk Geriatri Dergisi, 2012, 15(3):319-26
 36. Amsterdam Bildirgesi
<https://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/amsterdam.htm>
 37. Oğuz NY. Psikiyatride onam ve aydınlatılmış onam: Etik, hukuk ve bilim açısından. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1994
 38. Siegler M. Confidentiality in Medicine – A Decrepit Concept.,N.Engl. J. of Med. 1982, 307 (24):1518 – 1521

TIPTA ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ

Dr. Hafize ÖZTÜRK TÜRKMEN

“Bilim tarihi,

cehalet ve hurafenin miskinliğine, ikiyüzlülük ve yalana, aldatma ve aldanmaya; kısaca, karanlığın tüm güçlerine karşı sürüp gelen, ama bir türlü bitmeyen bir savaşımın öyküsüdür.”

George Sarton

İnsanlık tarihinde ve uygarlığın gelişiminde ateşin ve yazının keşfinin kilometre taşları olduğu öteden beri kabul edilen bir söylemdir. Bilimin kaynağında ise, yaşamı güvenilir ve rahat kılma gereksinimi ile doğayı anlama gereksinimi yer almaktadır. Bu bağlamda doğaya egemen olma istek ve çabasının öncelikli olduğu ilk çağlarda, yaşam deneyimleri ve becerilere dayalı teknik gelenele, duygu, inanç ve düşünceler toplamı olan kültürel geleneğin büyü ve efsaneyi yarattığı, olup biteni açıklamakta büyük ölçüde mistik dünya tasarımının geçerli olduğu bilinmektedir. İÖ yedinci yüzyıldan başlayarak doğayı denetim altına alma yerine, onu anlama ve gözlem verileriyle açıklama arayışı ile bilme tutkusu ve merakın öne geçtiği, mitolojik düşünceden akılcı düşünceye geçişin ve materyalist geleneğin egemen olmaya başladığı bilim tarihçileri tarafından dile getirilmektedir (1). Bu süreçte Antikçağ felsefecilerinin temel sorularının doğayı ve insanı açıklamaya yönelik olması; “evrenin yapıtaşı nedir?”, “ bu evrende insanın yeri ve anlamı nedir?” ve “iyi insan nasıl olunur?” sorularına yanıt araması şaşırtıcı olmasa gerektir. Buradan yola çıkarak denilebilir ki; bilim ve etiğin el ele vermesi gerekliliği, evreni açıklama çabalarının başlangıcından beri gündemdedir.

Gerçeğin peşinde sürdürülen bu yolculukta bilim insanları, başta din ve iktidar aygıtları olmak üzere çeşitli çevrelerden gelen sayısız engelle karşılaşmış, yaşamlarından olmak pahasına bilim insanının özgürlüğü ve gerçeğin ortaya çıkarılması yolunda uğraşlarını sürdürme ve sözlerini söyleme kararlılığından vazgeçmemişlerdir. Bu noktada, bilimin gelişmesindeki öncü rolleriyle günümüze ışık tutan, ancak trajik sonlarıyla tarihe geçmiş olan birkaç bilim insanını anmak yerinde olacaktır.

Sorgulanmamış yaşamın, yaşanmaya değmediğini ve kötülüğün kaynağında bilgisizliğin olduğunu savunarak Atina sokaklarında halkı aydınlatmaya ve insanın erdemini anlatmaya çalışan, bu gerekçeyle “devletin tanrılarını yok sayarak yeni tanrılar uydurmak” ve “gençleri saptırmak” suçlamalarıyla ölüme mahkum edilen ve zindanda zehir içirilerek öldürülen **Sokrates** (İÖ.469-399)'in ünlü savunmasından; “*Mahkûm olmamın nedeni, sözlerimden değil, atılğanlığımdan, aldırışsızlığımdan, saygısızlığımdan ötürü, sizin hoşunuza gitsin diye, başkaların-*

dan işitmeye alıştığınız gibi ağlayıp sızlamadığım için, kendime yakıştıramadığım bu ve benzeri şeyleri yapmadığım içindir. Özgür bir adama yakışmayacak aşağılıklara katlanarak yaşamaktansa, kendimi savunarak ölmeyi seçerim. Savaşlarda çok kez görüldüğü gibi, bir kimse silahlarını bırakmakla, düşmanlarının önünde diz çökmekle ölümden kurtulabilir; her türlü tehlike karşısında her şeyi söylemeyi, her şeyi yapmayı kabul eden bir kimse için ölümden kurtulmanın daha birçok yolları vardır. Güç olan ölümden kaçınmak değil Atinalılar, kötülükten kaçınmaktır.” (2).

Aydınlanma felsefecisi Voltaire’in, “bağnazlığın masum bir kurbanıdır; öldürülmesi ise Yunan tanrılarıyla birlikte sorgulama özgürlüğünün de ortadan kalktığına simgesidir” sözleriyle betimlediği **Hypathia** (370-415), İskenderiye Okulunda bir kadın olarak felsefe, astronomi ve matematik alanındaki başarılı çalışmaları ile tanınmıştı. İnanmak ve boyun eğmek yerine sorgulama, bildiklerini savunma ve öğrencileriyle paylaşma konusundaki dirençli tutumu gerekçe gösterilerek dönemin egemen gerici zihniyeti tarafından önce linç edilerek öldürülmüş, sonra da yakılmıştı. Hypathia’nın öldürülmesi, tarihteki bilim ve kadın düşmanı politikaların ilk bilinen örneği olma özelliği taşımaktadır.

Rönesansın ve çağdaş bilimin öncülerinden **Giordano Bruno** (1548-1600), evrenin sonsuzluğu ve birliği ile güneş merkezli evren tasarımını savunduğu için din karşıtlığı gerekçesiyle Kilise’nin hedefi haline getirilmiş, görüşlerini terk etmesi durumunda affedileceği yönündeki baskılar karşısında pişmanlık duymaması ve sözlerini geri almaması sonucunda Engizisyon tarafından ölüme mahkum edilmiş, Roma’da Campo di Fiori meydanında kazığa bağlanarak diri diri yakılmıştı. Bruno, “Ne gördüğüm hakikati gizlemekten hoşlanırım, ne de bunu açıkça ifade etmekten korkarım. Aydınlık ve karanlık arasındaki, bilim ve cehalet arasındaki savaşa her yerde katıldım. Bundan dolayı her yerde zorlukla karşılaştım ve cehaletin babaları olan resmî akademisyenlerin yanı sıra kalın kafalı çoğunluğun öfkesinde hedef olarak yaşadım” sözleriyle bilimde düşünce özgürlüğünün simgesi olarak anılmaktadır.

Son örneğimiz, modern bilim tarihinde teleskopu geliştirmesi, evrenin dilinin matematiksel sembollerden oluştuğunu öne sürmesi, düşen cisimlerin hareketine ilişkin araştırmaları ve dünyanın döndüğünü kanıtlayan astronomideki buluşlarıyla tanınan **Galileo Galilei** (1564-1642)’dir. Engizisyon tarafından “şiddetli din karşıtlığı” gerekçesiyle hakkında yapılan usulsüz yargılamalar ve baskılarla tarihe geçen Galilei’nin, sürecin sonunda ilerlemiş yaşında kazıkta yakılmaktan bir derece aşağı olan yaşam boyu ev hapsi cezasına çarptırıldığı bilinmektedir. Yargılama sonrası parmağını yere dokundurarak “Eppur si muove” (Yine de dönüyor) dediği, bu sözlerin bir kanıtı olarak orta parmak kemiklerinin Floransa’daki Bilim Tarihi Müzesi’nde sergilendiği de dile getirilenler arasındadır (3).

Çağdaş bilimin gelişmesinde temel dinamikler:

Batıda Ortaçağ’ın bütün karanlığına karşın; onuncu yüzyıldan başlayarak üniversitelerin kurulması ve tıp eğitiminin sistematikleştirilmesi, modern tıbbın gelişiminde önemli bir dönüm noktasıdır. Onaltıncı yüzyıl ortalarında başlayan ve

ondokuzuncu yüzyılın ortalarına kadar kesintisiz devam eden değişim/dönüşüm süreci bir bütün olarak bugün egemen olan modern bilim anlayışının gelişiminde belirleyici etkiye bulunmuştur. Birbirini tetikleyen bu değişimleri kısaca özetleyecek olursak; Kopernik'in güneş merkezli evren tasarımının bir sonucu olarak "dünya evrenin merkezidir" savının yıkılması, matbaanın keşfedilmesi, dinde reformasyonla Kilise'nin toplumsal yaşam üzerindeki egemenliğinin kırılması ve doğal hukukun yaşama geçirilmesi, F.Bacon'un öncülüğünde bilimsel yöntemin geliştirilmesi, A.Vesalius'un tıpta gözleme dayalı modern anatomiye geliştirmesi, fizikte Newton'un mekanik dünya tasarımı ve yerçekimi yasasının geçerli kılması, bir yönetim biçimi olarak monarşilerin yıkılması, buharlı geminin keşfiyle birlikte sömürgecilik uygulamalarının ve ticaret olanaklarının artması, teknolojik uygulamaya elverişli bilgi birikiminin sağlanması, bankaların kurulmasıyla sermaye birikiminin geliştirilmesi, üretim biçimlerinin feodaliteden kapitalizme değişimi ile birlikte üretim araçlarının mülkiyetinde ve toplumsal sınıfların yapısında dönüşümün gerçekleştirilmesi, akli merkeze alan Aydınlanma felsefesinin de etkisiyle Amerika, İngiltere ve Fransa'da gerçekleştirilen burjuva devrimlerinin başarıya ulaşması, elektriğin keşfedilmesi ve fabrikasyon üretimin artması, C.Bernard'ın öncülüğünde tıpta bilimsel yöntem kullanımının başlatılması, Pasteur ve Koch'un geliştirdiği mikrop kuramı ile Lister'in keşfettiği antisepsi sayesinde hastalıklarla mücadelede büyük başarıların sağlanması, bir bütün olarak tıpta çağdaş bilimsel-deneysel yönetime dayalı paradigmatik değişimin gerçekleştirilmesi, genetik biliminin temellerinin atılması, bunlara ek olarak Darwin'in evrim kuramı ve Freud'un psikanalitik kuramıyla birlikte bilim dünyasında epistemolojik bir dönüşümün gerçekleştirilmesi biçiminde sıralayabiliriz. Söz konusu tarihsel gelişmeler yanı sıra, tıpta ve öteki mesleklerde uzmanlaşmanın artması ve bilim-sanayi işbirliğinin kurulması bilimsel çalışmaların yaygınlaşmasına yol açtı. Bu büyük dönüşüm kuşkusuz toplumlarda ilerlemeye olan inanç ve güvenle birlikte, bilime olan saygı ve ilgiyi de arttırdı.

Tıpta bilimsel-deneysel yöntem ve araştırma gerekliliği:

Bilimin dinden bağımsızlaşması sürecinin başlangıcında felsefeci Francis Bacon (1561-1626) tarafından temelleri atılan bilimsel yöntem, sonraki dönemlerde yapılan katkılarla geliştirilmiştir. Bilimsel çalışmalarda günümüzde geçerli olan yaklaşımla "*bilimsel yöntemin aşamaları*" şu şekilde sıralanmaktadır;

1. *Metodik gözlem* (araştırma sorusuna uygun verilerin toplanması)
2. *Veri analizi* (toplanan verilerin araştırma sorusu çerçevesinde ilişkilerinin belirlenmesi ve açıklanması)
3. *Varsayım oluşturma* (veriler ışığında araştırma sorusuna yönelik açıklayıcı hipotezin kurulması)
4. *Kontrollü gözlem-deney* (araştırmacı denetiminde oluşturulan koşullarda deneylerin yapılarak varsayımın sınanması)

5. *Sistematizasyon ve genelleme* (varsayım doğrulandı ise ulaşılan sonucun sistematik yaklaşım içinde genelleştirilebilir bilgi olarak bilim dünyasıyla paylaşılması)

Tıpta çağdaş bilimsel-deneysel yöntemin kurucusu ise fizyoloji alanındaki çalışmalarıyla da tanınan *Claude Bernard* (1813-1878)'dir. Bernard'ın "*Tıpta deneysel-mantıksal yöntem*" olarak adlandırdığı bu yöntem, yukarıda dile getirilen bilimsel yöntemin aşamalarıyla birebir aynılık göstermese de, içerik açısından ona uygun biçimde ve kendisi tarafından "*denetli gözlem - varsayım kurma - denetli deney ve uygulama ile yanlışları düzeltme - genelleştirme*" olarak formüle edilmiştir (4). Buradan yola çıkılarak söylenebilir ki; yaklaşık olarak ondokuzuncu yüzyılın ortalarından başlayarak *hekimlik mesleğinde ve tıpta geçerli olan bilgi, çağdaş bilimsel-deneysel yöntemle dayalı olarak üretilen bilimsel bilgidir*. Bir başka deyişle; fizik, kimya, biyoloji gibi bir temel bilim olmamakla birlikte, bir uygulamalı bilim alanı olarak tıpta ve hekimlik uygulamalarında, temel bilimlerde ve klinik araştırmalarda yapılan araştırmalarla elde edilen bilimsel bilgi kullanılmaktadır.

Günümüzde evrensel olarak *tıpta ve hekimlik mesleğinde bilimsel bilgi kullanımı, hem bir yasal sorumluluk ve zorunluluk hem de bir etik yükümlülüktür*. Bilimsel bilgi kullanımının yasal ve etik açıdan temel gerekçeleri ise; üzerinde ulaşılan biyo-psiko-sosyal bir varlık olarak insana ilişkin güncel "sağlık" ve "hastalık" tanımları, sağlığın korunması, hastalıkların tanı ve tedavisinde geçerli olan tıbbi paradigma ile buna ilişkin bilgi-deneyim birikimi, tıbbın amacına ulaşması için gereken geçerli ve güvenilir bilginin ancak bilimsel yöntemle üretilebiliyor olması gerçeği, insan hakları kavramını gündeme getiren toplumsal dinamikler ile hekimlik meslek etiğinin geleneksel/güncel değerleridir. Tıp ve hekimlik uygulamalarının genel çerçevesi ve ilkesel temeli bu şekilde çizildiği için, *tıbbi bilgilerin elde edilmesi sürecinde temel bilim ve klinik araştırmaların yapılması kaçınılmaz bir gereklilik* olmaktadır. Bu bağlamda, ondokuzuncu yüzyıl ortalarından başlayarak hastalıklardan korunma, tanı ve tedavi ile esenlendirici hizmetlere ilişkin *tıbbi bilgideki ve klinik uygulama olanaklarındaki artışın, büyük ölçüde tıbbi araştırmalara bağlı olduğu gerçeği* de gözden ırak tutulmamalıdır.

Tıpta ve hekimlik mesleğinde bilimsel bilgi kullanma gerekliliği ve tıbbi araştırmaların yaşamsal önem kazanması çözüm bulunması gereken bazı başka sorunları gündeme getirmektedir. Bilindiği üzere tıbbi araştırmalar, temel bilim ve klinik araştırmalar olmak üzere iki ana aşamada gerçekleştirilmektedir. Bunlardan *temel bilim araştırmaları* invitro çalışmalar yanı sıra hayvan deneylerini kapsamaktadır. *Klinik araştırmalar* ise, temel bilim araştırmalarını içeren literatür bilgisine dayalı olarak insanlar üzerinde yürütülmektedir. İnsanlar üzerinde yapılan tıbbi araştırmalara ilişkin etik ilkelerin yer aldığı *Dünya Hekimler Birliği (DHB) Helsinki Bildirgesi*'nin son güncellemesinde klinik araştırmaların "*başlıca amacının hastalıkların nedenlerini, gelişimini ve etkilerini anlamak, önleme, tanı ve tedaviye yönelik girişimleri (yöntemler, işlemler ve uygulamalar) geliştirmek*" olduğu dile getirilmekte, "*geçerliliği en fazla kanıtlanmış girişimlerin bile güvenli*

lik, etkililik, etkinlik, erişilebilirlik ve niteliklilik açısından sürekli olarak değerlendirilmesi gerektiği” vurgulanmaktadır (5). İnsanlar üzerinde tıbbi araştırma yapılmasının temel gerekçesi ise, tıbbi bilginin artması ve daha iyi tıbbi bakım sağlanabilmesi için laboratuvar çalışmalarında elde edilen bulguların insanlara uygulanması gerekliliğidir. Temel bilim araştırmalarında hayvanların kullanılması ve klinik araştırmaların insanlar üzerinde yapılıyor olması, en geniş anlamda canlılık etiğine ilişkin kimi sorunları karşımıza çıkarmaktadır. Sorunun çözümü yönünde geride bıraktığımız yüzyılın ortalarından başlayarak deney hayvanları etiği ve insanlar üzerindeki tıbbi araştırmalara ilişkin yol gösterici etik ilkeler ve tarafları bağlayıcı yasal düzenlemeler evrensel ve ulusal düzeylerde geliştirilmiştir. Gerek sinimler ve uygulamada karşılaşılan kimi güçlükler göz önünde tutularak sürekli güncellenen bu ilke ve kurallardan hayvan deneyleri ile ilgili olanlar, yazının kapsamı dışında olduğundan burada ele alınmayacaktır. Konumuz çerçevesinde insanlar üzerindeki tıbbi araştırmalara ilişkin yaşanan sorunlara ise tarihsel ve güncel birkaç örnekle odaklanabiliriz.

Mançurya'nın 1931'de Japonya tarafından işgali sonrası İmparator Hirohito'nun kurduduğu Birim 731'in temel işlevi, aralarında şarbon, dizanteri, vebanın bulunduğu birçok enfeksiyon etkeninin üretilmesi çalışmalarını yürütmektir. Kayıtlara göre, bu çalışmada dönemin dünya nüfusunu birkaç kez öldürecek miktarda üretim yapıldığı belgelenmiştir. Birim komutanı Shiro Ishii'nin sorumluluğunda yörenin yerli halkı Marutaslar üzerinde yapılan denemelerde kişiler, enfeksiyon etkenleriyle karşılaştırılmış ve hiçbir tıbbi müdahale yapılmaksızın hastalıkların nasıl bir seyir izledikleri gözlemlenmiştir. Bugün Ping Fan'da bu çalışmada ölenler anısına yapılmış bir anıt bulunmaktadır (6).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde 1932'de başlatılıp 1972'ye kadar kırk yıl boyunca sürdürülen ve literatürde “Amerika'nın Kirli Küçük Sırrı” ya da barındırdığı ırkçı yapı nedeniyle “Amerika'nın Nuremberg'i” olarak anılan Tuskegee çalışmasında, tedavi edilmeyen sifilizin seyrini izlemek amaçlanmıştır. Çalışma Alabama Eyaleti'nde 399 zenci erkek hasta ve 200 zenci erkek kontrol grubunun katılımıyla yürütülmüş, 1947 yılında sifiliz tedavisinde penicillin kullanımı başlamasına karşın, çalışma grubu bu tedaviden yoksun bırakılarak araştırma başlangıç protokolleriyle sürdürülmüştür. Çalışmaya katılan zenci ve yoksul kişilerden onam alınmamış, hastalıkları saklanmış, katılımları için son derece teşvik edici öneriler sunulmuştur (6). Çalışma süresince katılımcılardan çoğu ölmüş, bir kısmı kalıcı hasarlara uğramış, bir kısmının sifilizli çocukları doğmuştur.

Almanya'da Naziler Döneminde iktidarın programı doğrultusunda hekimlerin katılımı ve hatta Berlin Tıp Fakültesi akademisyenlerinin “her bir hekimin Volk'un hekimi, biyolojik asker, genlerin terbiye edicisi olması gerekir... Ben bir hekimim ve elbette yaşamı korumak isterim. Ve insan yaşamına saygının gereği olarak hastalanmış bir vücuttan gangrene olmuş bir apendiksi alırım. Yahudiler insanlığın bedenindeki gangrene apendikstir.” şeklindeki ırkçı söylemleri eşliğinde sürdürülen çalışmalar tarihe geçmiştir. Toplama kamplarında çoğunluğu Yahudiler ve Çingeneler olmak üzere binlerce kişi üzerinde yürütülen Ari ırk

yaratma amaçlı çalışmalarda, insanın açlığa, susuzluğa, yüksek basınca ve farklı ısı değişimlerine dayanma düzeyleri test edilmiş, sterilizasyon, ötanazi, ikiz deneyleri ve antropolojik çalışmalar da içinde olmak üzere çeşitli programlar uygulanmıştır.

ABD’de NewYork’daki Willowbrook Devlet Okulu 5000 mental retarde çocuğun yerleştirildiği bir kurumdur. Çocuklar arasında yaygın görülen viral hepatit hastalığının kliniğine ilişkin bilginin artırılması ve bağışıklık sağlanması amacıyla başlatılan çalışmada, okula yeni kabul edilen ve önceden hepatit hastalığı geçirmemiş olan çocuklar, okulda kalanlardan ayrı bir üniteye yerleştirilmiş, hasta çocuklardan elde edilen ve virüs içeren materyalle kasıtlı olarak enfekte edilmişlerdir. Çocukların bu çalışmaya katılması için izin vermeleri konusunda ana-babalara baskı yapıldığı, çalışmanın yapıldığı dönemde okula girişlerin sınırlandırıldığı, çocuklarının bu çalışmaya katılmasına izin veren ailelerin çocuklarının kuruma kaydedildiği saptanmıştır. Çalışmanın sonucunda hastalığın klinik gidişi hakkında bazı bilgiler elde edildiğini dile getiren rapor yayımlandığında çok ciddi tartışmalara yol açmıştır (7).

Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Yenidoğan Kliniğinde Respiratuar Distres Sendromu tanısı alan 57 prematüre üzerinde yapılan bir çalışmada hastalar, biri kontrol üçü tedavi grubu olmak üzere dört gruba ayrılmıştır. İlk gruba (15 hasta) herhangi bir ilaç verilmemiş, ikinci gruba (14 hasta) aminofilin, üçüncü gruba (13 hasta) deksametazon, dördüncü gruba (15 hasta) aminofilin ve deksametazon verilmiştir. Çalışma sonunda hastaların üçü intra ventriküler kanama, ikisi sepsis, biri pulmoner kanama, biri böbrek yetmezliğinden kaybedilmiştir. Ölen yenidoğanların beşi kontrol grubu olan ilk grupta, öteki ikisi ikinci ve üçüncü gruplarda yer almaktadır. Dördüncü grupta ise hiç ölen olmamış ve önemli bir yan etki görülmemiştir (8). Surfaktan tedavisine seçenek ilaç tedavilerinin morbidite ve mortalite üzerindeki etkisini karşılaştırma amaçlı bu çalışmada kontrol grubundaki yenidoğanların 1/3’ünün ölmüş olması, geri dönüşsüz zarar olasılığının yüksek olduğu bu hastalar üzerindeki çalışmada kontrol grubunun neden oluşturulduğu sorusunu haklı kılmaktadır (9).

Yukarıda dile getirilen örneklerde ilk göze çarpan sorun alanları; gönüllülerin seçiminde etnik köken, ırk, ulusal kimlik, yoksulluk, özgürlükten ve karar verme yeterliğinden yoksunluk hali gibi özellikler açısından ayrımcılık yapılması, araştırmaların toplumsal gereksinimler yerine devlet otoritesinin siyasal yaklaşımları ya da kurum yöneticilerinin inisiyatifleri çerçevesinde planlanması ve yürütülmesi, gönüllülerden gerçeğin saklanması ve araştırmaya katılım konusunda izin alınmaması, gönüllülerin gereksindikleri tedavilerden yoksun bırakılarak yaşamsal zararlar verilmesi, gönüllülere araştırmaya katılım konusunda özendirici teşviklerin yapılması, araştırmaya katılımı reddedenlerin kimi hizmetlerden yararlanmalarının engellenmesi şeklinde özetlenebilir. Günümüzde genel anlamda insan hakları ihlalleri kapsamında değerlendirilen bu ve benzeri sorunlar, tıp ve hekimlik meslek etiğini de doğrudan ilgilendiren sorunlar olarak karşımıza çıkmakta; araştırma ve yayın etiğinin temel konu başlıklarını oluşturmaktadır. Çağımızda gerek tıpta bilgi üretimi gerekse insan yaşamının değeri ve hakları bağ-

lamında tartışılmaz öneme sahip olan tıpta araştırma ve yayın etiğine ilişkin sorunların çözüme kavuşturulması amacıyla süreç içinde geniş kapsamlı bir kavramsal çerçeve belirlenmiş, bir dizi ilke, kural ve yasal düzenleme oluşturulmuştur.

Tıpta araştırma ve yayın etiği ilkelerine ilişkin süreç:

Geçmişte tıp araştırmalarında geçerli olan, büyük ölçüde bilimin ve hekimlik mesleğinin geleneğinden kaynaklanan iç denetimin sağladığı güven ortamı, geçtiğimiz yüzyılın ortalarından başlayarak tıbbi araştırmaların hızla endüstrinin kontrolüne girmesi, tıpta teknoloji kullanımının yoğunlaşması ve toplumsal değişimlerin de etkisiyle sorgulanır duruma gelmiş, genel olarak bilim ve tıp ortamına duyulan güven zedelenmiştir. Kuşkusuz bu güven bunalımında, yukarıda örneklerini paylaştığımız dünyanın çeşitli yerlerinde yürütülmüş araştırmaların büyük etkisi olmuş, tıbbi araştırmaların etik ve yasal çerçevesinin oluşturulması yaşamsal bir gereklilik halini almıştır. Yazının bu bölümünde, tıpta araştırma ve yayın etiğine ilişkin süreçte belirleyici önem taşıyan, günümüzde de geçerliliğini koruyan Nuremberg Kodu, DHB Helsinki Bildirgesi ve Belmont Raporu adlı üç belge ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

İkinci Dünya Savaşı sonrası Nazi savaş suçlularının yargılandığı Nuremberg Uluslararası Askeri Mahkemesi'nde Nazi deneylerini planlayan ve yürüten hekimlerin "insanlığa karşı işlenen suçlar" kapsamında yargılanması ve cezalandırılması bu sürecin başlangıç noktasını oluşturmuştur. Mahkeme sürecinde Nazilere hizmet etmiş meslek gruplarının eylemlerini yargılayan oniki ek dava daha görülmüştü. Bunlardan ilki, 21 Kasım 1946'dan 21 Ağustos 1947'ye kadar süren, hekimlerin ve sağlık örgütlenmesinde üst düzey yetkililerin yer aldığı dava olmuştu. Amerikalılardan oluşan yargılama heyeti, sanıklardan yedisini idam, yedisini ömür boyu hapisle cezalandırırken; ikisini 10-20 yıl arasında hapse mahkum etmiş, yedisini de serbest bırakmıştı. Davanın "kasıtlı adam öldürme" ve "bedene kasten zarar verme" gerekçesi ile açılması söz konusu iken, verilen zarar "bilimsel araştırma" adı altında gerçekleştiğinden, davalılar "izinli tıbbi deney" gerekçesine sığınmışlardı. Oysa savaş tutsakları üzerinde yapılan bu insanlık dışı deneylerde, denek olan tutsaklardan nasıl izin alındığı sorusu yeterince kuşku uyandırmıştı. "Bir yanda cezalandırılması gereken bedene zarar verme eylemi, öte yanda izin alındığı öne sürülen deneyler" biçiminde dile getirilebilecek iki sav arasında kalan mahkeme, kararına dayanak oluşturmak amacıyla 1947 sonlarında "**Nuremberg Kodu**" olarak adlandırılan ve on ilkedен oluşan kurallar dizgesini belirlemişti (10).

"Yaşananların, bir daha yinelenmemesi için unutulmaması gerektiği" biçimindeki anlayışın uygulamaya geçirilmesinde bir araç niteliği taşıyan ve insanlar üzerindeki tıbbi araştırmalara ilişkin temel ve ilk yazılı düzenleme olan bu kurallar, yazının sonraki bölümünde yapacağımız değerlendirmelere ışık tutması açısından tam metin olarak aşağıda yer almaktadır.

"İnsanlar üzerindeki tıbbi deneylerin, genellikle tıp meslek etiğinin korunduğu ve iyi belirlenmiş sınırlar içinde yürütüldüğü zaman güvenilir sonuçların ortaya

çıkmasına yol açtığı kanıtlanmıştır. İnsan deneyleri uygulamasının öncüleri, görüşlerinin temelinde öteki yöntem ve çalışmalarla elde edilemeyen ve toplumun iyiliğini amaçlayan deneylerin yapılması düşüncesinin bulunduğunu dile getirmektedirler. Bununla birlikte moral, etik ve sosyal çerçevenin oluşturulmasında ve uygulamaya geçirilmesinde güvenilir temel ilkelere gereksinim olduğu konusunda uzlaşma sağlanmıştır.

1. **Deneğin gönüllü onamı kesinlikle gereklidir. Bu, söz konusu kişinin aydınlatılmış onamını, yasaların gerektirdiği yeterliğe sahip olarak, zor, aldatmaca, hile, baskı, kandırma, etkileme ya da zorlamanın herhangi bir türü olmadan özgür karar verebilecek bir durumda, ilgili alanın öğeleri hakkında yeterli bilgi ve anlayışla vermesini gerektirir. Bu son koşul, deneğin onamı alınmadan önce deneyin özelliği, süresi, nedeni, aynı zamanda kullanılacak yöntem ve gereçler, katılımından ötürü sağlığına ve kişiliğine yönelik hangi tehlike ve sorunların oluşabileceği konusunda aydınlatılmasını gerektirir. Onamın geçerliğini değerlendirme yükümlülüğü ve sorumluluğu, deneyi düzenleyen, yöneten ya da uygulayan herkese aittir. Bunlar cezadan başışık kalınacak şekilde başkalarına yüklenemeyecek kişisel yükümlülükler ve sorumluluklardır.**
2. **Deney, sonuçları bakımından toplumun iyiliğine hizmet etmeli, başka araştırma gereçleri ya da yöntemleri ile ulaşılamayacak nitelikte olmalı, deneyin uygulanması gereksiz ve gerçekdışı olmalıdır.**
3. **Deney, hayvan deneylerinin sonuçlarına ve hastalık ya da başka bir sorun hakkındaki bilgilere dayandırılmış ve planlanmış olmalıdır ki, beklenen sonuçlar deneyin uygulanmasını haklı kılabilsin.**
4. **Deney, bütün gereksiz fiziksel ve ruhsal acı ve zararları önleyecek biçimde uygulanmalıdır.**
5. **Araştırmacı hekimlerin aynı zamanda denek olduğu durumlar dışında, ölüm ya da kalıcı bedensel zarar ortaya çıkacağına ilişkin varsayımaya yol açacak a priori bir neden belirirse bu tür bir deney uygulanmamalıdır.**
6. **Risk derecesi, hiçbir zaman deneyin çözeceği sorunun insancıl önemini sınırını aşmamalıdır.**
7. **Deneği en küçük zarar olasılığından, sağlığının kalıcı zarara uğramasından ya da ölümden korumak için gerekli hazırlıklar yapılmalı ve yeterli önlemler alınmalıdır.**
8. **Deney, ancak bilimsel eğitim görmüş kişilerce yürütülebilir. Deneyi yöneten ve uygulayanlarca deneyin bütün aşamalarında en yüksek derecede beceri ve özen gösterilmelidir.**

- 9. Deney süresince denek, fiziksel ve ruhsal durumunun deneyi sürdürmesini olanaksız kıldığına inandığı bir noktaya gelirse, deneyin sonlandırılmasına karar verebilme özgürlüğü taşımalıdır.**
- 10. Deneyin uygulanışı sırasında araştırmacı, gösterilen iyi niyet, özel beceri ve özene karşı deneyin sürdürülmesinde denek zarar görmesi, sağlığının kalıcı olarak bozulması ya da ölümünün söz konusu olacağı kanısına varırsa, deneyi herhangi bir aşamasında sonlandırma kararı verebilmelidir.” (9).**

Metinde görüldüğü üzere insanlar üzerinde yürütülen tıbbi araştırmalarda “gönüllülük”, araştırma etiğinin temel ilkesidir. İnsan deneylerinde etik konusunda uzman olan Prof. J.Katz 1991’de yayımlanan “Nuremberg Kodu Gönüllülük İlkesi: Önce ve Şimdi” başlıklı yazısında bu ilkenin önemini şu sözlerle dile getirmektedir: “Nuremberg Mahkemesi, bilimin amaçları ile bireylerin zarar görmeleri arasında süregelen çekişmeden haberdardı.....bunlar arasında denge sağlamanın gerekli olduğunu öngörüyordu. Mahkeme bu sorunun farkında olmasına karşın, umarım onun ilk ilkesi değiştirilmez; ‘insan denekğin gönüllü olması mutlak koşuldur’. Nuremberg Kodunun o zaman da şimdi de önemli sayılmasının nedeni budur. Bu ilke duyarlılıkla yerine getirildiğinde bilimin amacı ve toplumun bilimden beklediği yararın sağlanmasından söz edilebilir. Ancak o zaman her ikisi de eşit ağırlıkta olan iki ilkedden birini ötekine üstün kılma tehlikesinden korunulabilir. Yalnızca, gönüllü olmaya öncelik veren biri, bu ilkeye çok açık ve yeterli nedenlerle istisna getirilmesi söz konusu olduğunda gerekli önlemleri alabilir.” (11).

Nuremberg Kodu, insanlar üzerinde yapılacak araştırmalara ilişkin daha sonra geliştirilecek pek çok etik ve yasal düzenlemeye dayanak oluşturmuştur. Günümüzde tüm dünyada araştırmacılar için etik açıdan yol gösterici ilkeler bütünü olarak nitelendirilebileceğimiz **DHB Helsinki Bildirgesi**, bunlardan en kapsamlı olanıdır ve araştırmaların yürütülmesinde araştırmacıların yasal açıdan uymakla yükümlü olduğu en temel belgedir. DHB’nin 1964 yılında Helsinki’de yapılan 18. Genel Kurulunda kabul edilen “İnsan Denekler Üzerindeki Biyomedikal Araştırmalar İçin Hekimlere Yol Gösterici Öneriler” başlıklı bildirme ile Nuremberg Kodunun özü korunarak insan gönüllüler üzerinde yapılan tıbbi araştırmalardaki etik ilkeler geliştirilmiştir. Bildirmede tıbbi araştırmaların amacı tanımlanmış, hastanın tanı ve tedavisine yönelik araştırmalarla, amacı saf bilgi üretmek olan araştırmaların ayrımı yapılarak genel araştırma etiği ilkeleri yanı sıra her iki tür araştırma için geçerli olabilecek ilkeler belirlenmiş, araştırmalarda kullanılan hayvanların esenliğine saygı ve doğal çevreye özen gösterilmesi gerektiği vurgulanmıştır. DHB’nin 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2002, 2004, 2008 ve son olarak 2013 yıllarında yapılan Genel Kurullarında güncellenmiş olan Helsinki Bildirgesinin ilk metnindeki temel ilkeler özetle şunlardır:

1. Tıbbi araştırmalar bağımsız bir kurul tarafından değerlendirilen protokol çerçevesinde bilimsel ilkelere uygun olarak yapılmalı; yeterli laboratuvar ve hayvan deneyleri ile geçerli bilimsel bilgiye dayanmalıdır.

2. Tıbbi araştırmalar bilimsel yönden eğitimi, klinik açıdan deneyimli kişilerin gözetiminde ve sorumluluğunda yürütülmeli, gönüllünün onamı olsa bile bu sorumluluk gönüllüye yüklenmemelidir.
3. Gönüllüler ve toplum için araştırmadan beklenen yarar ile öngörülebilir riskler özenle değerlendirilmeli; beklenen yarar, gönüllünün karşılaşacağı risklerden daha önemli olmalıdır. Hekimler gönüllüler için risklerin öngörülemediği araştırmalardan kaçınmalı, başlayan araştırmada risklerin olası yarara ağır bastığı durumda araştırmayı durdurmalıdır.
4. Gönüllünün bedensel, ruhsal ve kişisel bütünlüğünü koruma hakkı ve özel yaşamına saygı gösterilmeli, araştırmanın gönüllünün bütünlüğüne yapacağı etkiler en aza indirilmelidir.
5. Gönüllü adayları araştırmanın amacı, yöntemi, beklenen yararlar, olası riskler ve zararlar konusunda yeterince bilgilendirilmeli, araştırmaya katılmayı kabul ya da reddetme konusunda zgr olduğu, herhangi bir anda katılmaya verdiği onamı geri çekebileceği bildirilmeli, zgr iradeyle verilen karar yazılı onam olarak alınmalıdır. Onam sürecinde hekim, gönüllünün kendisiyle bağımlılık ilişkisi içinde olup olmadığı, baskı altında olup olmadığı konusunda özellikle dikkatli olmalıdır.
6. Gönüllü fiziksel ve ruhsal açıdan onam vermeye yeterli değilse yasal vasiden onam alınmalı, gönüllü ocuk ve onam verebilecek durumda ise yasal koruyucu yanı sıra çocuğun onamı da alınmalıdır.
7. Hekim araştırma sonuçlarını yayımlarken, sonuçların doğrulunu korumak zorundadır. Bildirgede belirlenmiş ilkelere uymayan araştırma raporları yayın için kabul edilmemelidir.
8. İnsanlar zerindeki araştırmalarda bilimin ve toplumun çıkarları, hiçbir zaman gönüllünün sağlıklılığına ilişkin kaygılardan üstün tutulmamalıdır (12).

H. Beecher'in, Tuskegee alışması başta olmak üzere ABD niversitelerinde ve tıp merkezlerinde yapılan pek çok çalışmada insan gönüllülerin istismar edildiğini dile getiren yazısı 1966 yılında yayımlandığında araştırma etiğine ilişkin tartışmaların alevlenmesine yol açmıştır. Söz konusu yayında araştırmaya katılan hastalara standart tedavi şansı verilmediği, aydınlatılmış onamlarının alınmadığı, haberleri olmaksızın araştırma deneği haline getirildikleri bildirilmektedir. Tartışmalar konunun ABD Kongresi'ne taşınmasını sağlamış, Kongre 285 gönüllünün öldüğü, 127 kişinin hayatta kaldığı Tuskegee çalışmasında insanların kötüye kullanıldığı kararıyla çalışmayı sonlandırmıştır. Süreç ABD'de insanlar üzerinde yapılan araştırmaların bilim ve etik standartlara uygun olarak yürütülmesini, gönüllülerin esenliğini ve haklarını koruyacak şekilde yapılandırılmasını sağlamak üzere ulusal bir komisyonun kurulması kararıyla ilerlemiştir. 1974'de kurulan "*Biyomedikal ve Davranış Araştırmalarında İnsan Deneklerin Korunması Hakkında Ulusal Komisyon*", 1976'da Belmont'ta yapılan konferansta yayımlandığı rapor yanı sıra uzun süren çalışmalarında rutin tıbbi uygulama ile tıbbi araştırmalar arasındaki ilişkilere, araştırmaların uygunluğunun belirlenmesinde risk-yarar değerlendirmesinin işlevine, gönüllülerin seçiminde uyulacak kurallara, aydınlatılmış onamın yapısı ve tanımına odaklanmıştır. Komisyon çalışmalarının sonucu olarak Nisan 1979'da yayımlanan **Belmont Raporu** ile insanlar ze-

rindeki bütün tıbbi araştırmalarda geçerli olması gereken genel etik ilkeler belirlenmiştir (13).

Belmont Raporunda belirlenmiş olan ilkeler *kişinin özerkliğine saygı, yarar sağlama ve adalet ilkeleridir*; bu üç genel ilkenin yaşama geçirilmesinde *aydınlatılmış onamın alınması, risk-yarar değerlendirmesi ve gönüllülerin seçiminde adaletin gözetilmesi süreçleri* temel alınmıştır. Komisyon tıbbi araştırma süreçlerinde ve ilkelerin yaşama geçirilmesinde çıkabilecek değerlendirme ve ilkelerin denetlenmesi sorunlarına ilişkin hazır reçeteler sunmamakla birlikte, her araştırma biriminde araştırmalardan sorumlu kurumsal araştırma kurullarının (IRB-Institutional Review Boards) oluşturulmasını önererek yol göstermiştir (11).

Raporda, ilkelerin klinik araştırma süreçlerinde uygulanmasına ilişkin öneriler ise özetle şu şekilde dile getirilmiştir:

1. Geçerli bilimsel dayanağı olmayan araştırmalar etik açısından asla uygun değerdir; çalışma araştırma sorusuna bilimsel yönden geçerli bir yanıt verecek şekilde tasarlanmalıdır.
2. Araştırma, gönüllülerin karşılaşabilecekleri riskleri haklı çıkartabilecek şekilde planlanmalı, gönüllüler için en düşük riskler de içinde olmak üzere tüm olası riskler geçerli gerekçelerle açıklanmalıdır.
3. Çalışma, araştırmacının sorumluluğunda, etik ilkelere uygun olarak, dürüstlük temelinde ve protokolda belirtildiği şekilde yürütülmelidir.
4. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular, gecikmeden ve geeğe uygun olarak rapor edilmelidir (13).

Nuremberg Kodu, Helsinki Bildirgesi ve Belmont Raporu'nda belirlenen etik ilkelerin evrensel düzeyde uygulamaya geçirilmesi konusunda ilk alışma, Dünya Sağlık rgt (WHO) ve Tıp Bilimleri rgtleri Uluslararası Konseyi (CIOMS) işbirliğinde 1982'de gerçekleştirilen rehber kuralların oluşturulmasıdır. 1992'de yeniden gözden geçirilen ve 1993'de yayımlanan ***İnsan Denekler zerindeki Biyomedikal Araştırmalar İçin Uluslar arası Etik Kurallar (WHO-CIOMS)***, aydınlatılmış onam, araştırma gönüllülerin seçimi, veri güvenliği, gönüllülerin araştırmadan kaynaklı risk ve zararlarının karşılanması, yayın süreçleri ve etik kurulların sorumlulukları ile araştırmalara yapılan parasal destekler başlıklarında belirlenen kuralları içermektedir (14).

Eşzamanlı yürütülen bir başka alışma ***İyi Klinik Uygulama*** (İKU-GCP) ve ***İyi Laboratuvar Uygulama*** (İLU-GLP) ***Klavuzları***'nın geliştirilmesi sürecidir. 1991'de toplanan *Uluslar arası Uyumlaştırma Konferansı* (ICH- International Conference on Harmonisation)'nda, ilaçların ruhsatlandırılmasına ilişkin teknik konularla birlikte klinik ilaç araştırmalarında araştırmacı, bağımsız etik kurul, çalışmayı destekleyen kuruluş ve araştırma kurumlarından oluşan tarafların sorumlulukları belirlenmiştir. 1996 yılında sorumluluklar konusu yeniden düzenlenmiş ve insanların yer aldığı çalışmaların planlanması, yürütülmesi, kayıtlanması ve raporlanmasına ilişkin uluslar arası etik ve bilimsel kalite standartları oluşturulmuştur. Standartların oluşturulması sonrası hazırlanan İKU Klavuzlarının amacı "insanlar üzerinde yapılan araştırmalarda gönüllülerin haklarının, onurla-

rının ve mahremiyetlerinin korunmasını ve araştırmanın verimli, güvenilir, doğru ve uluslararası standartlara uygun nitelikte yapılmasını sağlamak” biçiminde belirtilmiştir (13).

ABD’de *Ulusal Biyoetik Tavsiye Komisyonu* (National Bioethics Advisory Commission) tarafından 2001’de yayımlanan **Uluslar arası Araştırmalarda Etik ve Politik Konular** adlı rapor, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yürütülen ve giderek artan çok merkezli çalışmalara ilişkin sorunlara odaklanmış; bu bağlamda gönüllülere sağlanan olanakların gelişmiş ülkelerin koşulları temel alınarak yapılandırılması gerektiğini dile getirmiştir (13).

UNESCO tarafından 2005 yılında hazırlanmış olan **Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi**, tıp, yaşam bilimleri ve insanlar üzerinde uygulanan teknolojilere ilişkin etik konuları kapsamaktadır. Özellikle 2.,3.,4.,6.,7.,8.,15.,19., ve 21. Maddeleri araştırmalara ilişkindir. Bildirgede tıbbi araştırmaların insan onuruna ve haklarına saygı temelinde planlanması ve yürütülmesi gerektiği vurgulanmış; bu bağlamda yarar-zarar değerlendirmesi, kişilerin özerkliğine saygı, onam, insanın savunmasızlığına ve kişisel bütünlüğüne saygı, mahremiyet ve gizliliğin korunması, eşitlik, adalet ve hakkaniyet, ayrımcılık yapmama, kültürel çeşitliliğe saygı, dayanışma ve işbirliği, sosyal sorumluluk ve sağlık, yararların paylaşılması, gelecek kuşakların korunması, çevrenin ve biyolojik çeşitliliğin korunması ilkeleri dile getirilmiştir (15).

İnsanlar üzerinde yürütülen tıbbi araştırmaların bilimsel standartlara ve süreç içinde geliştirilen etik ilkelere uygunluğunun sağlanmasında **Araştırma Etik Kurullarının** (AEK) belirleyici işlevi ve sorumluluğu bulunmaktadır. Söz konusu kurullar, araştırmanın bilime ve topluma katkısı, araştırma tasarımının bilimsel yöneme uygunluğu, araştırmanın gönüllülere getireceği riskler ve yararlar, bir bütün olarak araştırmaya ilişkin yarar ve zararların dengelenmesi, gönüllülerin seçimindeki ölçütler, aydınlatılmış onam alma süreci, araştırmacıların yetkinliği, araştırma kurumunun teknik ve insan gücü olanakları, destekleyici kuruluşların sorumlulukları gibi konularda özenli değerlendirme yapan, yol gösterici öneriler geliştiren ve karar veren bağımsız kurumsal yapılardır. Araştırma etik kurullarının oluşturulması, üye yapısı, görevleri ve karar alma düzeneklerine ilişkin kurullar, uluslar arası düzeyde yapılan bir dizi çalışma sonucunda belirlenmiştir. Bunlar arasında **UNESCO Uluslar arası Biyoetik Komitesi** (IBC) tarafından hazırlanan ve araştırma etik kurulları da içinde olmak üzere farklı biyoetik kurulları ayrıntılı olarak ele alan **üç rehber**, içerik ve güncellik açısından önem taşımaktadır. UNESCO Türkiye Milli Komisyonu sorumluluğunda 2008 ve 2010 yıllarında Türkçeye çevrilen bu rehberler ve AEK’na ilişkin içerikleri şunlardır:

1. **Biyoetik Kurulların Oluşturulması** (2005): Kurulun amacı, gerekçesi, işlevleri, üye yapısı ve büyüklüğü, üyelerin belirlenmesi yöntemi, maddi kaynakları, araştırma etiğinde temel ikilemler, çok merkezli çalışmalarda ilgili devletlerin sorumlulukları, araştırmalara katılan gönüllülerin korunmasına ilişkin yönerge (16).

2. **Biyoetik Kurullar İşbaşında: Çalışma Biçimleri ve Politikalar** (2006): Tartışma ve öneri platformları olarak AEK, araştırmalarda güvenilirliği sağlamak, AEK'nın bilimsel ve klinik araştırmalar sonucu geliştirilen biyoteknolojik ilerlemeler için önerileri, AEK'nın genel ve özgün yöntem ve politikaları, AEK'nın çalışma yöntem ve yönergeleri, seçilmiş ve atanmış yöneticilerle ilişkiler, danışmanlık, bilim insanları ve sağlık çalışanları ile ilişkiler, kamuoyu ve medya ile ilişkiler, araştırma protokollü inceleme formları ve ilgili tüzükler (17).
3. **Biyoetik Kurulların Eğitimi** (2007): Eğitim yöntemleri ve genel ilkeler, kurul üyelerinin bilmesi gerekenler, biyoetik ikilemler, risk içeren araştırmaları kolaylaştırırken gönüllülerin korunması, araştırmacılar ve gönüllüler için temel biyoetik sorunlar, hekim ve asıl araştırmacının çift rolleri, bu rollerin birleştirilmesi için uygun zaman, araştırma bütünlüğünün korunması, araştırma bütünlüğünün toplumun bilim insanları ve klinisyenlere olan güveni üzerindeki etkisi, bilimde kötüye kullanım ve klinik araştırmada toplumun güveninin ihlal edilmesi, bilimde uydurma, tahrifat ve hilenin önlenmesi stratejileri (18).

AEK çalışmaları konusunda yol gösterici bir başka güncel temel belge **Avrupa Konseyi Biyoetik Yürütme Kurulu** (CDBI) tarafından Şubat 2011'de yayımlanan **Araştırma Etik Kurulu Üyeleri Klavuzu**'dur. Klavuzda Avrupa'da biyomedikal araştırmalara yön veren yapılar tarafından belirlenmiş olan ilkelerin etik temelleri ve bu ilkelerin yaşama geçirilmesini kolaylaştırıcı çalışma yöntemleri ele alınmış; bu bağlamda etik ilkeler, bağımsız bilimsel ve etik değerlendirme, hukuksal durum, hukuksal bağlayıcılığı olan ve olmayan belgeler, AEK'nın tanımı, çalışma yöntemleri, araştırma projelerinin AEK tarafından değerlendirilmesi süreci, onam verme yeterliği olmayan kişilerin araştırmadaki konumu, klinik aciller, gebelik, emzirme, toplu randomize çalışmalar gibi özel durumlarda araştırma konularına ve çok merkezli çalışmalara ilişkin sorunlar kapsamlı olarak incelenmiştir (19).

Tıpta araştırma etiğine ilişkin yukarıda sayılan uluslar arası metinler yanı sıra evrensel, bölgesel ve ulusal düzeyde bağlayıcılığı olan hukuksal belgeler de oluşturulmuştur. Biyomedikal araştırmalar ve etik kurulların işlevleri Avrupa düzeyinde üç yasal düzenlemeye göre yürütülmektedir. Bunlardan ilki dünya çapında hukuksal bağlayıcılığı olan tek belge niteliğindeki, 1966 tarihli **BM Uluslararası Sivil ve Siyasal Haklar Sözleşmesi**'dir ve 7. Maddesinde hiç kimsenin özgür iradesiyle izin ve onam vermeden tıbbi ve bilimsel deneylere tabi tutulmayacağı dile getirilmektedir. İkinci belge, 1997'de hazırlanan, ancak 1999'da yürürlüğe giren **Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (Oviedo Sözleşmesi)** ile bu sözleşmenin **Biyomedikal Araştırmalarla İlgili Ek Protokolü**'dür ve Sözleşmeyi onaylayan, aralarında Türkiye'nin de bulunduğu ülkeler için bağlayıcı niteliktedir. Üçüncü grup belge ise, 2001/20/EC ve 2005/28/EC sayılı **Avrupa Konseyi ve Avrupa Parlamentosu Yönergeleri**'dir; tıbbi ürünlerin insanda kullanımına yönelik araştırma ve deneylerin yürü-

tülmesinde iyi klinik uygulamalara ilişkin yasaları, düzenlemeleri ve üye devletlerin yönetsel hükümlerini uyumlulaştırma amacını taşımaktadır (19).

Tıpta araştırma ve yayın etiğine ilişkin yukarıda sözü edilen uluslar arası sözleşmeler, etik bildirgeler ve rehber kurallar pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de konuyla ilgili yasal ve etik düzenlemelere temel oluşturmuştur. Bu bağlamda 1990'lı yıllarda başlayan çalışmalar sonucu Sağlık Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK), Türk Tabipleri Birliği (TTB) gibi farklı kurumlar tarafından hazırlanan ulusal ölçekte geçerli başlıca yasal ve etik metinler şu şekilde sıralanabilir:

1. İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (1993)
2. Farmasötik Müstahzarların Biyoyararlanım ve Biyoeşdeğerliğinin Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik (1994)
3. İyi Klinik Uygulamalar Klavuzu (1995)
4. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik (2008'de yayımlanan Yönetmelik hakkında TTB tarafından açılan hukuk davaları sonucunda 2010, 2011, 2013 ve 2014 yıllarında köklü değişiklikler yapılmıştır)
5. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (2015)
6. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (2016)
7. Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği (2014)
8. Kozmetik Ürün ve ya Hammaddelerinin Etkinlik ve Güvenlilik Çalışmaları ile Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (2015)
9. Tıbbi Deontoloji Tüzüğü / Madde 10 ve 11 (1960)
10. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları / 6. Bölüm (1998)
11. TTB Disiplin Yönetmeliği / Madde 5/i (2004)
12. TTB Araştırma Etiği Bildirgesi / TTB Etik Bildirgeleri (2009)
13. TTB Yayın Etiği Bildirgesi / TTB Etik Bildirgeleri (2009)
14. TTB-UDEK Uzmanlık Dernekleri İçin Etik Klavuzlar (2010)
15. YÖK Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi (2012)

Tıpta araştırma ve yayın etiği ilkeleri:

Tıpta araştırma etiğine ilişkin süreçte geliştirilen *özerkliğe saygı, yararlı olma-zarar vermeme ve adalet ilkeleri*, ilgili pek çok etik ve yasal düzenlemede “*temel etik ilkeler*” olarak yer almaktadır. Hekimlik meslek etiğinde de geçerli olan bu ilkeler, araştırmaların kendine özgü doğası nedeniyle klinik uygulama etiğinden farklı kimi özellikler içermektedir. Araştırma etiğinin temel ilkelerinin yaşama geçirilmesinde başta araştırmacılar olmak üzere, süreçte yer alan araştırma kurumları, destekleyici kuruluşlar, araştırmayı izleyen kurumlar, araştırmaya izin veren ve denetleyen yasal otoriteler sorumludur. Bağımsız AEK, araştırma projesini temel etik ilkeler çerçevesinde değerlendirme sorumluluğunu taşımaktadır. Bu noktada söz konusu ilkelerin araştırma süreçlerindeki bağlamına ve bilimsel araştırmada belirleyici önem taşıyan *dürüstlük* ilkesine kısaca değinmek yararlı olacaktır.

Özerkliğe saygı: İnsan hakları kavramının tıpta yansımaları olarak değerlendirilebilecek olan bu ilke özünde, kişinin insan olmanın varoluşsal bir özelliği olarak özerklik kapasitesine sahip olduğu, dolayısıyla kendisi hakkında karar verebileceği varsayımına dayanmakta, başkalarının buna saygı göstermesi gerektiğini dile getirmektedir. Bu yaklaşımın tıptaki karşılığı yeterli olan kişinin kendisiyle ilgili tıbbi kararları alma hakkına sahip olduğudur; günümüz hekimlik uygulamalarında etik bir hak olarak kabul edilmekte ve yasalarca güvence altına alınmaktadır. Onam verme yeterliğine sahip olmayan kişiler (çocuklar, ağır psikotik hastalar gibi) için yasal temsilcilerinden onam alınmaktadır. Özerkliğe saygı ilkesinin yaşama geçirilmesinde aydınlatılmış onam uygulaması, hem bir yöntem hem de bir araç olarak işlevsel nitelik taşımaktadır.

Klinik uygulamalarda da geçerli olan, aydınlatılmış onamın “kişinin özgür istencine ve aydınlatılmasına dayalı olması” koşulu tıbbi araştırmalarda belirleyici önem kazanmaktadır. Çünkü herhangi bir tıbbi uygulama kişinin sağlığına yönelik bir yarar amacı taşımakta iken, tıbbi araştırmada doğası gereği temel amaç o araştırmadan kişinin doğrudan yarar sağlanması değildir ya da kişinin yarar sağlayıp sağlamayacağı kesin olarak belli değildir. Bu nedenle kişi, araştırmaya katılıp katılmamaya ilişkin görüşü alınmadan önce araştırma projesi konusunda açık, doğru ve anlaşılır biçimde aydınlatılmalı; araştırmacının amacı, aşamaları, beklenen yarar ve öngörülen riskler konusunda açık ifadelerle bilgilendirilmelidir. Araştırmaya katılımda gönüllülüğün sağlanabilmesi için onam alma sürecinde zorlayıcı, baskılayıcı, tehdit, ikna ya da teşvik edici, belirsizlik yaratıcı ifadeler kullanılmamalı; beklenen yarar abartıcı ya da öngörülen riskleri hafifletici ifadelerle etkilemekten, parasal çıkar ya da ödül vaadi ile özgür istencini yönlendirmekten kaçınılmalıdır. Benzer biçimde araştırmaya katılımın tedaviye erişim için koz olarak kullanılması kabul edilemez; özellikle çok merkezli çalışmalarda kişinin gereksinimi olan sağlık hizmetine erişimin tek yolunun araştırmaya katılmak olduğu durumlarda özenli davranmak, hastanın içinde bulunduğu seçeneksizlik halini kötüye kullanmamak gereklidir.

Örselenebilir ve savunmasız gruplardan kişiler üzerinde yürütülecek çalışmalar için genel kural, katılımcıların en az incinebilir olanlardan seçilmesi ve araştırma hedefinin gerçekleştirilmesinde katılımcıların karşılaşacağı risklerin en aza indirilmesidir. Bu genel kural, onam alma sürecinde araştırmaya katılmalarının gerekçelerinin ve risklere karşı alınan önlemlerin doğru ve özenle açıklanmasını gerektirir. İnsan kökenli biyolojik maddelerin kullanıldığı araştırmalarda aydınlatılmış onam özgün bir yere sahiptir; örnek alımında bedensel bütünlüğe verilecek zararlar ve örneklerin kullanılması ya da korunması/saklanması sürecine ilişkin doğru bilgilendirmeye dayalı onam alınması, uygun onamla materyal kullanımının güvenceye kavuşturulması esastır.

Özerkliğe saygı ilkesinin bir gereği olarak, gönüllülerin araştırma sonucunda elde edilen kişisel bilgilerine erişimlerinin sağlanması, bilgilerin her türlü uygunsuz açıklama ve kullanıma karşı korunması ve uygun koşullarda saklanması gerekmektedir (19).

Yararlı olma-zarar vermeme: Tıbbın amacında içerilen bu ilke, hekimlik uygulamalarında kişiye sağlanan yararı en yüksek düzeyde tutma ve karşılaşılabileceği riskleri en aza indirme yükümlülüğünü dile getirir. Araştırmanın bilimsel nitelik taşıması, mesleki yükümlülükler ve standartlar çerçevesinde yürütülmesi, katılımcıların haklarının ve esenliklerinin korunması söz konusu ilkenin araştırma boyutunu oluşturmaktadır.

Reçete yazmaktan cerrahi girişimlere kadar bütün tıbbi uygulamaların belirli ölçülerde risk içerdiği, sıfır riskin ancak eylemsizlik durumunda geçerli olduğu, gerektiği halde hiçbir şey yapmamanın hastaya zarar verebileceği, bu nedenle hekimlerin yarar-zarar dengesini sağlamaya dönük risk değerlendirmesi temelinde uygulama yaptıkları bir gerçektir. Araştırmalarda ise, doğal olarak katılımcıların yararı sınırlı olabilmekte ya da hiç olmamaktadır. Araştırmaların bir tıbbi uygulama olarak katılımcılar için doğrudan risk içermesi, buna karşılık yarar beklentisinin sınırlı olması, ancak “üretilecek bilgi için başka seçenek olmadığı durumlarda insanlar üzerindeki tıbbi araştırmalara başvurulması” gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Bu nedenle risk değerlendirmesinin tam olarak yapılması, yarar-zarar dengesinin kurulması ve katılımcıların risklere karşı uygun önlemlerle korunması araştırma etiği açısından belirleyici önem taşımaktadır. Risk değerlendirmesinde kişiye yüklenen bedensel ve ruhsal zararlar yanı sıra özel yaşamın etkilenmesi, toplumsal ve ekonomik zararlar da göz önünde bulundurulmalıdır. *Bir araştırmayı etik açıdan haklı kılan temel gerekçe, beklenen yararın, öngörülebilir risk ve zararlardan fazla olmasıdır.*

Projede öngörülen yararın olası risklerden fazla olduğu durumlarda katılımcı onam vermiş olsa bile, ciddi zararın ortaya çıkma olasılığı yüksek ise araştırmanın yürütülmesi haklı çıkarılamaz. Tüm sayılan nedenlerle araştırmalarda risklerin en aza indirilmesi esastır; özellikle onam verme yeterliliğine sahip olmayan kişileri kapsayan ya da savunmasız gruplarda yer alan kişilerin katılımını gerektiren ve katılımcının doğrudan yararının söz konusu olmadığı durumlarda “en düşük risk-en düşük yük” kuralı gözetilmelidir (19).

Adalet: Hekimlik meslek etiğinin geleneksel ilkelerinden biri olan *ayrımcılık yapmama* ilkesi ile birlikte *eşitlik* ve *hak* kavramlarını da içeren adalet ilkesi, geniş kavramsal çerçevesiyle günümüz klinik uygulamalarında giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Kuşkusuz bunda en belirleyici etken, insan ömrünün uzamasıyla birlikte sağlık hizmetlerine olan gereksinimin artması ve teknolojiye dayalı sağlık hizmetlerinin pahalı olması sonucu kaynakların sınırlı hale gelmesidir.

Araştırma etiği bağlamında adalet ilkesi, araştırmalardan kimlerin yarar sağlayacağı, risk ve zararların kimler tarafından üstlenileceği gibi konular yanı sıra gönüllülerin seçimi açısından da işlevsel ve geçerli olan bir ilkedir. Adalet ilkesi gereği öncelikle, kısıtlı kaynaklara sahip ülkelerin ucuz ve kolay yoldan “denek cenneti” ne dönüştürülmesi stratejileri, gerçekçi ve etik bir yaklaşımla sorgulanmalıdır. Bu tür stratejilerle, söz konusu ülke insanların, özellikle çok merkezli çalışmaların “haklarını talep etme konusunda dilsiz katılımcıları” haline getiril-

mesi kabul edilemez. Bu bağlamda araştırmaların o ülkenin sağlık gereksinimleri göz önünde bulundurularak planlanması ve sonuçlarının ilgili topluma yarar sağlaması, öncelikli amaç olmalıdır. Aynı etik kaygı, onam verme yeterliği olmayan ya da savunmasız durumda olan kişiler üzerinde yürütülecek araştırmalar için de geçerlidir.

Adalet ilkesine uygun bir araştırma için, katılımcıların seçim ölçütleri araştırmanın amacıyla tutarlı bir şekilde ilişkilendirilmeli; gönüllülerin seçiminde araştırmadan yarar görmesi olası grupların dışlanmaması konusunda özen gösterilmeli ve yukarıda dile getirilen Willowbrook örneğine benzer şekilde onam alınması görece kolay olan grupların seçilmesi gibi etiğe aykırı yaklaşımlardan kaçınılmalıdır (19).

Dürüstlük: Biyomedikal etiğin temel ilkeleri arasında sayılmayan, ancak tüm bilimsel ilişkilerin özünü oluşturan dürüstlük ilkesi, temelinde güven ögesinin yer aldığı bir ilkedir. Doğrudan araştırmacılar için söz konusu edilebilecek bu ilke, özellikle yayın etiği açısından ön plana çıksa da aslında araştırma konusunun seçiminden tasarlanmasına, katılımcılarla ilişkilerden verilerin toplanmasına, sonuçların yorumlanmasından makalenin yazılmasına kadar tüm aşamalarda korunması gereken bir değer ve yaşama geçirilmesi gereken bir ilkedir. Benzer olarak bilimsel doğruların peşinde koşan araştırmacıların, dürüstlük ilkesinden saparak doğruya ihanet etmelerinin “eşyanın doğasına aykırı” olduğu, yapılan işle bağdaşır yanının olmadığı apaçık ortadadır (20). Araştırmaların başta araştırma ekibi, katılımcılar, destekleyiciler, denetleyici kurullar olmak üzere çeşitli çevreden insanların görev aldığı, en geniş ölçekte toplumun sağlığını hedeflediği süreçler olarak, aynı zamanda bir kişiler arası ilişkiler ağı olduğu düşünülürse dürüstlük ilkesinin taşıdığı anlam daha net olarak anlaşılmaktadır. Bu geniş kavramsal çerçevesiyle söz konusu ilkenin, pek çok etiğe aykırı davranış ve ihlal için etkili bir panzehir olduğunu söylemek abartı sayılmayacaktır. Dürüstlük ilkesiyle bağlantılı olarak araştırmacılar, çalışmanın bütün aşamalarında açıklık, doğruluk ve özeleştirel yaklaşım sergilemek, başka araştırmacıların katkılarına saygılı olmak sorumluluğu taşımaktadırlar.

Yasal düzenlemeler, etik ilkeler ve gerçekler: “Quo vadis?”

Tıpta araştırma ve yayın etiğine ilişkin tarihsel süreçte geliştirilen, asıl amacı insanlar üzerindeki araştırmalar aracılığıyla bilgi üretiminin gönüllülerin haklarını ve esenliklerini güvenceye alacak şekilde yürütülmesi olan etik ilkeler, rehber kurallar, ilke ve kuralları uygulanabilir kılmak için oluşturulan yasal düzenlemeler, denetleyici kurullar..... Bütün bu çabalar, günümüzde araştırma ve yayın süreçlerinde çok çeşitli etik ihlallerin ortaya çıkmasını ve giderek artışını önlemede ne yazık ki yetersiz kalmaktadır. Önce editörleri dinleyelim.

Tıp bilgilerinin yanlışlığında araştırma ve yayın sisteminin sorumluluğunu sorgulayan ilk editörlerden biri olan A.Relman, 2002 yılında New England Journal of Medicine (NEJM)’da yayımlanan “Sponsorship, autorship and accountability” adlı makalesinde şunları dile getirmektedir; “Klinik araştırma sistemi tümünden kazanç elde etmek amacını gütmektedir. Son on yıldır çok talihsiz bir duruma

tanıklık ediyoruz.; ilaç endüstrisinden sponsor yardımı alan kurumlarda kabul edilmesi olanaksız çıkar çatışmaları söz konusudur...bir zamanlar yüce idealleri olan ve açıkça kamunun çıkarlarını gözeten araştırma sistemi giderek yozlaşmıştır...tıp araştırmalarının kazandığı ticari boyut hastaların esenliğine ve hasta hekim arasındaki özel ilişkiye gölge düşürmektedir. Bu ilişki günümüzde her yandan paranın saldırısına uğramaktadır...”

Lancet'in editörü R.Horton'un 2004 tarihli yazısında sorun şu çarpıcı ifadeyle belirtilmektedir; “Dergiler ilaç firmalarının kirli çamaşırlarını yıkadıkları makalelerle dolu”.

NEJM eski editörlerinden Dr.J.P.Kassirer, 2005 yılındaki bir makalesinde “ilaç endüstrisi pek çok hekimin ahlaki değerlerini saptırmıştır” derken, bir yıl sonraki bir başka yazısında klinik çalışmalarda FDA'e yapılan yan etki bildirimlerinin “hatalı, bazen ciddi biçimde eksik ve açıkça aldatıcı” olduğunu bildirmiştir.

Science'in editörü Dr.D.Kennedy 2006 yılında yazdığı makalesinde “Bilim adamları endüstri ürünleri aleyhine yayın yaptıklarında kişisel olarak saldırıya uğrayacaklarından, araştırma desteklerini kaybedeceklerinden hatta haklarında ticari kayba yol açmaktan davalar açılmasından korkmaktadırlar” uyarısını yapmaktadır.

Saygın tıp dergilerinden NEJM'in yirmi yıllık editörü Dr.M.Angell'in 2008 yılında JAMA'da yayımlanan “Industry-sponsored clinical research: a broken system” başlıklı makalesinin sonuç cümlesi şöyledir; “Resmin bütününe bakarsak, yanlılığın (“bias”) sadece birkaç izole durum için söz konusu olduğunu söylemek saflık olur. Yanlılık tüm sisteme sızmıştır. Hekimler geçerli ve güvenilir bilgi için tıbbi literatüre güvenemezler. Son yirmi yılın New England Journal of Medicine editörü olarak, ne yazık ki ulaştığım son fikir budur ve son yıllarda daha da kuvvetlenmiştir...” (21)

Günümüzde tıbbi yayın sektörünün amiral gemisi durumundaki dergilerin editörlerinin tıp araştırmaları ve yayınlarına ilişkin çarpıcı saptamalarını içeren yuvarıdaki seçki, Prof.Dr.Cem Terzi'nin 2010 yılında “Toplum ve Hekim” dergisinde yayımlanan “Hekimler Geçerli ve Güvenilir Bilgi İçin Tıbbi Literatüre Güvenemezler” başlıklı kapsamlı dosya derlemesinden alınmıştır. Söz konusu çalışmada, tıbbi yayın politikaları ve süreçlerinin arka planı, konuyu en iyi bilenlerin diliyle ayrıntılı olarak sergilenmekte ve BMJ'nin eski editörü R.Smith'in 2006 yılında yayımlanan “The Trouble with Medical Journals” adlı kitabı bir “başucu” kitabı olarak önerilmektedir. Yayının bize gösterdiği örnekler ışığında, tıpta araştırma ve yayın etiğine ilişkin stratejik önem taşıyan başlıca sorun alanları özetle şöyle sıralanabilir:

- Yaklaşık 10.000-20.000 derginin yer aldığı tıp yayın sektörü yüksek karlılık oranlarına sahiptir. Küçük dergilerin yıllık gelirleri yaklaşık 1 milyon sterlin iken, NEJM gibi “top ten” dergiler bastıkları her bir ilaç çalışması için ilgili firmadan 1 milyon dolar ayrı basım (reprint) ücreti almaktadır. Klinik çalışmaların saygın dergilerde basılma oranının artması, bu dergi-

lerin impakt faktörlerinin artmasında belirleyici rol oynamaktadır. Bu dergilerde yayımlanan randomize çalışmaların $\frac{3}{4}$ 'ü endüstri desteğinde yapılmakta, dergiler reprint gelirlerinden çok büyük ticari kazanç elde etmektedir.

- Geçmişte klinik araştırmaların tasarlanması, sonuçların yorumlanması, makalenin yazılması ve yayımlanması süreçlerinde araştırmacılar sorumlu ve karar verici iken, günümüzde çoğunlukla endüstrinin karar verici olması, çok merkezli çalışmalarda araştırmacıların kendi verilerine ulaşımının engellenmesi araştırmalardaki kontrolün kar amaçlı endüstrinin tekeline geçtiğinin göstergesidir.
- Endüstri destekli çalışmalarda sonuçların destekleyen firma ve ürün lehine çarpıtılarak yayımlanması ya da ürün aleyhine çıkan sonuçların yayımlanmaması sık görülen bir durumdur. Endüstrinin yanlılık oluşturuca etkisini inceleyen çalışmalar göstermektedir ki, özellikle ilaç kullanımını ve satışını arttırmaya yönelik pazarlama sonrası çalışmalarda firmalar kendi ürünleri lehine istedikleri sonucu elde etmektedirler. Rakip firmanın ilaç dozlarını düşük ya da yüksek tutarak kendi ürünleri lehine sonuçlar üretmek, çok sayıda sonlanım ya da merkez belirleyerek, desteklenen ürün lehine çıkan sonuçları yayımlatmak, aleyhte sonuçları araştırma ve yayın dışı bırakmak bu amaçla geliştirilen stratejilerden biridir.
- İlaç firmaları tarafından yoğun kampanyalar eşliğinde piyasaya sürülen ilaçların kullanımı sürecinde ortaya çıkan yan etkilerin gizlenmesi, kamu destekli çalışmalarla yan etkilerin varlığının doğrulanmasına karşın endüstri destekli çalışmaların aksi sonuçlar üretmesi finansman etkisinin bir göstergesidir.
- Finansal ilişkinin araştırma sonucunu belirleyen en önemli etken olduğunu gösteren bir başka örnek durum, desteklenen ürün lehine sonuçlanan araştırmalarda, yazarlarla ilaç firmaları arasında parasal ilişki olduğunun saptanmasıdır.
- Saygın dergilerin endüstri desteğinde basılması, editör ve hakem kurullarında endüstri destekli bilim insanlarının yer alması yayıncılık ve endüstri ilişkisinin en çarpıcı göstergelerinden olsa gerektir.
- Hekimlik uygulamalarında yaygın olarak kullanılan, ulusal sağlık otoriteleri ve uzmanlık dernekleri tarafından yayımlanan klinik klavuzları (guideline) ile tanı ve tedavi rehberlerinde yanlılığa yol açan çıkar ilişkilerinin varlığı bir başka etik sorundur (incelenen 200 klinik klavuzda yazarların $\frac{1}{3}$ 'ünden fazlasının, önerdikleri ilaçları üreten firmalarla parasal ilişki içinde olduğu belirlenmiştir). Bu durum özellikle hastanın tedaviyle birlikte yürütülen araştırmalar açısından önem taşımaktadır.
- Tıbbi yayınlar için önem taşıyan ve bilimsel üretimin merkezinde yer alan akran denetimi (peer review) sistemi içerdiği sorunlar (akran denetimi koşulları, hakemlerin kimler olacağı, nasıl seçileceği, kaç kişi olacağı, yazarların hakemleri bilip bilmeyeceği gibi) nedeniyle işlevselliği tartışılan, hileli yayınları ayırt etmekten uzak, yüksek maliyetli ve zaman

kaybettiren bir sistemdir. Yayınlarda yanlılık yaratan asıl belirleyici, endüstri ile ilişkilere bağlı olarak yürürlükte tutulan seçici yayın politikalarıdır.

- Dergilerin bilimsel niteliğinin göstergesi olması gereken etkileme-ağırlık katsayısı (impakt faktör), yayıncılığın ticarileşmesi sonucu editörler ve yayınevi sahipleri tarafından kötüye kullanılan, atf alma oranlarını yükseltmek için çeşitli manipülasyonların geliştirildiği, yanlılık politikalarıyla eşgüdümlü olarak uygulamaya geçirilen bir sistem haline almıştır.
- Endüstri tarafından planlanan çalışmaların, yine endüstri tarafından belirlenen ve çalışmanın hiçbir aşamasında yer almayan hayalet yazarlarca endüstrinin çıkarları lehine sonuçlar üretecek şekilde makaleye dönüştürülmesi ya da makalelerin profesyonel şirketlere yazdırılması tıpta yayın etiği ihlalinin sistemleştiğinin en tipik göstergelerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bağlamda firmaların para karşılığında çalışma sipariş etmeleri, ürün lehine derleme makale yazdırtmaları, çıkarlarına aykırı makale yazarlarına karşı araştırmanın bilimselliğine yönelik haksız ve gayri meşru yöntemlerle saldırarak değersizleştirme ve dışlama girişiminde bulunmaları, araştırmacılar hakkında sözleşmeye uymamak ya da ticari kayba yol açmak iddialarıyla dava açmaları sık karşılaşılan örneklerdir (21).

Araştırma ve yayın etiği sorunları:

Yayın sistemine ilişkin yukarıda dile getirilen etik sorunlar yanı sıra araştırmacılar tarafından gerçekleştirilen etiğe uygunsuz davranışlar da araştırma ve yayın etiği sorunları kapsamında önemli bir yer tutmaktadır. Çoğunlukla idari, disiplin ve yargısal işlemlere de konu olan bu tür ihlallerin ortaya çıkmasında; araştırma desteklerine ve kamusal kaynaklara olan gereksinimin artması, destek arayışlarının yarışmaya yol açması, son yıllarda başarı ölçütü olarak yayınların aşırı önem kazanması ve araştırmacılar üzerinde baskı yaratması, akademik yükselme ve kabul görme eğilimlerinin aşırı hırsla dönüşmesi, bilimsel araştırma yöntemleri ve araştırma etiği konusunda eğitimin yetersiz olması, bilimde geçerli olan “yayınla ya da yok ol” ilkesinin belirleyici etkisi ve fazla sayıda yayının saygınlığı arttıracağı yanılgısı başlıca etkenler olarak dile getirilmektedir.

Araştırma kurumlarının sorumluluk alanına giren konularda karşılaşılan kimi eksiklikler, araştırmacıların etik ihlal yapmasında zemin hazırlayıcı ya da kolaylaştırıcı bir etken olabilmektedir. Bu bağlamda kurumsal işleyişe ilişkin belirlenen yetersizlik alanları genel olarak şu şekilde özetlenebilir; nitelikli bilimsel araştırma için uygun ortamın hazırlanması ve elverişli kuralların geliştirilmesi, etiğe aykırı davranışlar karşısında duyarlılık oluşturulması, araştırma etiğine ilişkin yapısal ve düzenleyici önlemlerin alınması, etik kurulların bağımsız ve etkin çalışması için gerekli koşulların sağlanması, toplumun gereksinimlerinin saptanması ve uygun araştırma planlarının yapılması için sivil toplum kuruluşları ile işbirliği olanaklarının yaratılması (22).

Tıbbi araştırmalarla ilgili etik sorunlar, araştırmanın planlanmasından yayınlanmasına kadar olan sürecin değişik aşamalarında ve farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Söz konusu sorunlar ana hatlarıyla iki grupta toplanabilir;

1. Araştırmanın planlanması ve uygulanmasına ilişkin etik sorunlar,
2. Araştırmanın yorumlanması ve yayınlanmasına ilişkin sorunlar (yayın etiği ihlalleri).

Araştırmanın planlanması ve uygulanmasına ilişkin etik sorunlar: Bu kapsamda araştırma sorusunun seçimi, yöntemin yer, zaman, araştırmaya katılanlar ve bilimsellik açısından etik ilkelere uygunluğu ve araştırmanın finansmanına ilişkin sorunlar ele alınmaktadır.

Yapılacak araştırmanın bilimsel ve toplumsal gereksinimlere ne ölçüde yanıt verdiği, araştırma sorusunun seçiminde belirleyici etkenlerin neler olduğu ve önceliklerin hangi dinamiklere göre belirlendiği önemli etik sorunlar arasında sayılmaktadır. Örneğin AIDS açısı geliştirmeye yönelik araştırmalar için ayrılan kaynaklar, bu hastalığın tedavisine yönelik ilaç geliştirme projelerine ayrılan kaynakların ancak %1'ini oluşturmaktadır. Benzer biçimde tüberkülozun tedavisi için uzun yıllardır yeni ilaç geliştirilmemiş olması, dirençli olgularda tedavinin yetersiz kalmasına ve hastalığın hızla artmasına yol açmaktadır. Bu örnekler, araştırma sorusunun seçiminde ve önceliklerin belirlenmesinde toplumsal gereksinimlerin göz önünde bulundurulmasının etik bir yükümlülük olduğunu göstermektedir. Ancak geğmişten farklı olarak, günümüzde araştırmalar bağımsız araştırmacılar değil, endüstri tarafından planlandığı için, araştırma sorusu da endüstrinin istekleri doğrultusunda oluşturulmaktadır (23).

Araştırma yönteminin yer, zaman, araştırmaya katılanlar ve bilimsellik açısından etik ilkelere uygunluğu bir başka sorun alanıdır. Bu bağlamda klinik araştırmaların temel amacının “tanı koyucu, tedavi edici ve koruyucu yöntemleri geliştirmek ve/veya iyileştirmek ya da hastalığın etiyolojisi ve patogenezi açıklığa kavuşturmak” olduğu, başka hiçbir amacın ya da gerekçenin insanlar üzerindeki araştırmaları haklı kılamayacağı vurgulanmalıdır. Ancak tıbbın gelişimi ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi amacına yönelik araştırma zorunluluğu, toplumsal yarar adına tek tek insan yaşamlarının önemsiz olduğu anlamına gelmemelidir. Araştırmaların belirlenen amaç doğrultusunda bilimsel yöntemlere uygun olarak planlanması, gönüllülerin seçiminde araştırmanın doğasından kaynaklı ölçütlerin esas alınması, çok merkezli çalışmalar başta olmak üzere tüm araştırmalarda ayrımcılık yaratan uygulamalardan kaçınılması ve tarihsel süreçte geliştirilen araştırma etiği ilkelerine uygun olarak yürütülmesi gerekmektedir. Yazının önceki bölümlerinde paylaşılan ve bilim etiğinde “kara sayfalar” olarak tarihe geçen Mançurya, Nazi ve Tuskegee deneyleri bu kapsamda değerlendirilebilecek örneklerin başında gelmektedir.

Araştırmanın finansmanı ile ilgili etik sorunların kaynağında yer alan en önemli etken, temel amacı bilim üretmek olan üniversitelerle tek amacı kar etmek olan tıbbi endüstri arasındaki parasal ilişkilere dir. Örneğin 90'lı yıllarda yapılan araştırmalar, ABD'de yaşam bilimleri alanında çalışan şirketlerin % 90'ının üniversi-

telerle bağlantısı olduğunu göstermektedir (23). Günümüzde bu oranın daha da artmış olması şaşırtıcı olmasa gerektir. Yazının tıbbi yayın sektörünün içinde bulunduğu duruma ilişkin bölümünde, endüstri desteklerinin yönlendirici etkisinin araştırmacılar, araştırma süreci ve bilgi üretimi açısından nasıl sonuçlar yarattığı önemli saptamalarla dile getirilmiştir.

Bu kapsamda ele alınabilecek bir başka sorun, ülkemizde de sıkça gündeme gelen “**şarlatanlık**” tır ve “yerleşik bilimsel yöntemlerin hiçe sayılarak ve sistimli bir araştırma çabası gösterilmeksizin saf ve bilgisiz insanların yanıltılması” olarak tanımlanmaktadır. Bilgi düzeyinin çok düşük hatta hiç olmadığı bir konuda, ilgili uzmanların eleştirisi ve uyarılarına karşın “çığır açıcı” olduğu savıyla iddialar öne süren şarlatanlar, sağlık alanında da kendilerine yer bulmaktadır. Kendisini “deha” olarak görmek ve göstermek, saplantı derecesinde tek bir konuya odaklanmak, özellikle bir icat söz konusu ise tam bir gizlilik içinde ve yalnız başına çalışmak, açıklama ve belgeleme yükümlülüğü taşımamak, yerleşik bilim gruplarının yeni fikirlere kapalı olduğunu öne sürmek ve paranoid tutumlar sergilemek şarlatanların ortak özellikleri olarak sıralanmaktadır (24). Ülkemizde 1980’lerin sonlarında Dr. Ziya Özel tarafından gündeme getirilen ve kamuoyunda uzun süre tartışılan “NO ekstreminin kansere iyi geldiği” iddiaları tıpta şarlatanlığın bilinen örneklerinden biri olsa gerektir.

Araştırmanın yorumlanması ve yayınlanmasına ilişkin etik sorunlar

(**yayın etiği ihlalleri**): Araştırma ve yayın etiği konusunda yapılan ihlallere geçmeden önce, ilgili iki kategorik durumun açıklığa kavuşturulması yararlı olacaktır. Bir insan etkinliği olması nedeniyle araştırmalarda da bilim insanlarının hatalı davranışlar sergileyebilecekleri genel olarak kabul edilmektedir. “**Bilimde hatalı davranış**” olarak nitelendirilen bu durum, *deneylemlerin ve çalışmaların dikkatli uygulanması, dürüst ve açık olarak sunulması koşuluyla* bilimde yanlış yapmanın suç sayılmayacağı anlayışını dile getirmektedir. Bilim insanlarının hatayı ortaya koyma ve kabullenme işini açıkça ve hızla yapmalarının bilim insanının saygınlığının korunmasında önemli olduğu öne sürülmektedir. Ancak dikkatsizlik, acelecilik ve özensizlik sonucu ortaya çıkan hataların bilimin gerektirdiği standartlarla bağdaşmadığı, bu nedenle anlayışla karşılanamayacağı vurgulanmaktadır. Aynı kapsamda değerlendirilebilecek bir başka durum olan “**disiplinsiz ve düzensiz araştırma**” (sloppy research), araştırmacının planlama, yöntem seçimi, sonuçların analizi ve yorumlama sürecini bilmemesi nedeniyle yanlış sonuçlar üretmesi ve yaptığı yanlış fark etmemesi anlamına gelmektedir. Kasıtlı olmayan bu yanlışların genellikle düzeltilmesi olanaklı ve bilime büyük zarar vermeyen eylemler olduğu kabul edilmektedir (22).

Bilimde hatalı davranış ve disiplinsiz araştırma kategorilerinden farklı olarak “**yayın etiği ihlali**” kapsamında değerlendirilen, “*bilimde aldatmaca ya da dolandırıcılık*” terimleriyle de ifade edilen “**bilimde etik dışı ya da kusurlu davranış**” (scientific misconduct) ise, araştırmacının bilinçli ve amaçlı olarak çalışmanın yöntem ve sonuçlarını saptırması, değiştirmesi, kasıtlı yanıltma eyleminde bulunması anlamını taşımaktadır. *ABD Sağlık Bakanlığı Sağlık ve İnsan*

Servisleri Bölümü (DHHS) 1989’da ilk kez “scientific misconduct” terimini kullanmış ve şöyle tanımlamıştır: “Bilimsel bir ortam içinde araştırmanın amaçlanması, tasarımı, iletilmesi ya da rapor edilmesi için genel olarak kabul edilen kuralardan ciddi şekilde sapma; yalan söyleme ve uydurma, tahrif veya taklit etme ya da değiştirme; aşırı macilik veya benzer uygulamalara bilimde etik dışı, uygun-suz ya da kusurlu davranış adı verilir.” Her ne kadar duruma ilişkin tanımın çevirisinde “bilimde etik dışı davranış” terimi kullanılmışsa da söz konusu edilenin “**bilimde etiğe aykırı davranış**” olarak adlandırılması daha uygun görünmektedir; zira durum insan davranışına ilişkin olması nedeniyle etiğin dışında değil içinde, ama ona aykırılığı işaret etmektedir (22).

Yinelenen yayın (duplication): Araştırmanın birden çok dergiye gönderilerek yayımlanması anlamına gelen yinelenen yayın, çeşitli şekillerde karşımıza çıkmaktadır. Araştırma makalesinin tümünün hiçbir değişiklik içermeksizin birden fazla dergide yayımlanması, araştırma planında ve bulgularda yapılacak az sayıda değişiklikle ya da gereksiz yere ve araştırmanın bütünlüğünü bozacak şekilde bölünerek birbirine atf yapmadan fazla sayıda yayına dönüştürülmesi sıklıkla başvurulan yöntemlerdir. Mizahi bir terimle “**dilimleme**” (salamizasyon-salami slicing) olarak adlandırılan şekli en sık karşılaşılan durumdur. Bir başka deyişle, yinelenen yayının dilimleme yoluyla gerçekleştirilmekte, aynı amaca yönelik aynı yöntemle yapılan uygulamalarda vaka sayısı eklenerek birden çok yayın yapılabilmektedir. Bu noktada hangi tür eylemlerin yinelenen yayın kapsamında değerlendirileceği konusunda kimi tartışmalı alanların bulunması da gözden ırak tutulmamalı ve açıklığa kavuşturulmalıdır. Örneğin uluslar arası dergide yayımlanmış bir makalenin ulusal yayına dönüştürülmesi yinelenen yayın mıdır? Değilse editörün bilgilendirilmesi yeterli bir gerekçe olabilir mi? Çok disiplinli katılımı yapılan çalışmanın ilgili alanların dergilerinde ayrı ayrı yayımlanması yinelenen yayın mıdır? Öyle ise, uzmanlık alanlarındaki okurların bilgiye erişimi sınırlandırılmış olmayacak mıdır???? Dergi editörlerinin sıklıkla şikayetçi olduğu bu kapsamdaki ihlalleri önleyici yöntemler arasında başka dergide yayımlanmayacağına ilişkin yazarlardan “yazılı söz” almak, başka dergide yayımlandı ise durumu açıklamak ya da ihlali yapanların kara listeye alınması sayılabilir (22, 25).

Sahtecilik, saptırma ve aldatmaca (falsification): Bu grupta yer alan etik ihlaller, temelde araştırma sonuçlarının varsayımı destekleyecek şekilde yorumlanmasını içeren eylemlerdir. Hüseyin Batuhan’ın “**sahtekarlık**” olarak tanımladığı bu durum, bilimsel yöntemlere ve etik ilkelere uyuyormuş gibi görünüp, öteki bilim çalışanlarının aldatılması anlamına gelmektedir (24). Araştırma verileri üzerinde bazı istatistik manipulasyonlar yapmak, araştırmada kullanılmayan yöntem, cihaz ve materyalleri kullanılmış gibi göstermek, ortaya çıkan bulguların varsayımı uygun olanlarını değerlendirmeye almak, uygun olmayanlarını araştırma dışına atmak, sonuçları destek alınan kişi ve kuruluşların çıkarları doğrultusunda çarpıtarak yorumlamak, bu yollarla etiğe aykırı biçimde varsayımları güçlendirmeye çalışmak söz konusudur. Bu tür sahtecilik olgularının ortaya çıkarılması oldukça güçtür, bu nedenle o kadar sık karşılaşılan ihlaller haline gelmiştir

ki, örneğin ABD’de soruna çözüm bulmak için “Bilimsel Doğruluğu Değerlendirme Büroları” kurulması gereği ortaya çıkmıştır. Editoryal etik konusunda özen gösteren ciddi dergiler, araştırma verileri ve kullanılan istatistiksel yöntemlere ilişkin ayrıntılı açıklama istemektedirler (22, 25).

Uydurmacılık (fabrication): Bu gruptaki ihlalleri adlandırmak için “*kuru laboratuvarcılık*” (dry labbing), “*masa başı araştırma*” (desk research) gibi terimler de kullanılmaktadır. Hiç araştırma yapılmadan ya da eksik ve yanlış verilerle çok uygun yöntemler kullanmış ve çok uygun sonuçlar elde edilmiş gibi “sözde bilimsel” bir makalenin yazılması uydurmacılık olarak tanımlanmaktadır. Bilim insanında olması beklenen sorgulama yeteneğine neredeyse yakın önem taşıyan yaratıcılık ve yüksek hayal gücü gibi niteliklerin kötüye kullanımının göstergesi olan bu tutumun, bilimsel ve ekonomik destekler alabiliyor olması oldukça düşündürücüdür ve elbette sorgulanması gerekmektedir. Para karşılığı makale basılan dergilerde sık karşılaşılan bu tür ihlaller, etkinlik ve ağırlık katsayısı ile makale reddetme oranı yüksek dergilerde daha az görülmektedir (22).

Aşırımcılık (plagiarism): “Eser hırsızlığı”, “yağmacılık”, “korsanlık”, haksız kullanım”, “intihal” terimleriyle de bilinen aşırımcılık; başkalarına ait fikir, buluş, yöntem, uygulama, yazı, şekil ve eserlerin, araştırma verisi ve sonuçlarının bir bölümünün ya da tümünün olduğu gibi, kaynak belirtilmeksizin, kendi üretimi olarak yayımlanmasıdır. Benzer biçimde başkalarına ait kitapların istemli olarak kaynak bildirilmeden kopya ya da çevirisinin yapılması, hakemlerin değerlendirilmek üzere kendisine gönderilen makaledeki yeni yöntem, veri ya da bilgiyi kaynak göstermeden kendi yayınlarında kullanması aşırımcılık kapsamında yer almaktadır. Aşırımcılık açısından bilimsel yayınlara popülar-eğitsel yayın arasında ayırım yapılması tartışılmasında popülar yayınlarda yazarın daha serbest ve özgür bırakılması gerektiğini öne sürerler bulunmaktadır. Çok taraftar bulmayan bu görüşe karşı, bilimsel buluş ve özgün araştırma sonuçlarının toplumla paylaşılması sürecinde dürüstlük ilkesi ve bilim üretene saygının bir göstergesi olarak popülar-eğitsel yazılarda çok daha özenli olmak gerektiği dile getirilmektedir (22, 25).

Yayın etiği ihlalleri konusunda iyi bilinen örneklerden biri, Harvard Tıp Fakültesi’nden Dr. Darsee’nin üç yılda yaptığı 100’ü aşkın yayın içinde 18 araştırmada, birinde 39’dan fazla olmak üzere her birinde ortalama 12 bilimsel hata ve uyumsuzluğun saptanmış olmasıdır (23). Bu saptama, Dr.Darsee’nin çalışmalarının, yukarıda dile getirilen farklı türde yayın etiği ihlallerini barındırdığı düşüncesini oluşturmaktadır.

Yazarlık ve ilgili etik sorunlar:

Bilimsel makaleler, okuyucuların araştırmanın amacı, yöntemi, bulguları ve sonuçlarını anlamalarına, deneyleri tekrarlamalarına ve tartışmada öne sürülen görüşlerin elde edilen verilerle desteklenip desteklenmediğini görmelerine olanak sağlayan metinlerdir. Bu nedenle belirli kurallara uygun olarak yazılmalarının önemi açıktır. Tıbbi makalelerin yazımına ilişkin kuralları belirlemek amacıyla ilk kez 1978’de Vancouver’de toplanan önemli dergilerin editörleri, görüşlerini

1979 yılında “**Vancouver kararları**” adı altında yayımlanmışlardır. Daha sonraki yıllarda yapılan güncellemelerle geliştirilen bu kararlarda yazar olma ölçütleri belirlenmiş, dolayısıyla araştırmaya katkı sağlamakla birlikte kimlerin yazar olarak kabul edilemeyeceği sorusuna da açıklık getirilmiştir. Vancouver kararlarına göre bir makalede yazar olabilmek ve yazarlık haklarından söz edebilmek için, şu üç koşulun bir arada gerçekleşmesi gerekmektedir;

1. Çalışmanın tasarlanmasına ve planlanmasına katkıda bulunmak
2. Verilerin analizi ve değerlendirilmesine katkıda bulunmak
3. Makalenin düzenlenmesine ve yazılmasına katkıda bulunmak, içeriğini onaylamak

Bu koşullar, yazarlar arasında yer alabilmek için araştırmanın tasarımından yürütülmesine, verilerin toplanmasından analizine, sonuçların yorumlanmasından makalenin yazılmasına kadar çalışmanın ve yayına dönüştürmenin bütün aşamalarında aktif olarak düşünsel, eylemsel ve yazınsal katkı vermek gerektiğini dile getirmektedir. Yazar olmaya ilişkin bu çerçeve göz önünde bulundurulduğunda, sık karşılaşılan ve etik tartışmalara konu olan bölüm sorumlusu olmak, veri toplanmasına katkıda bulunmak, istatistiksel değerlendirme yapmak, laboratuvar ya da radyolojik incelemeye katkı sunmak, maddi kaynak ya da teknik destek sağlamak gibi araştırmanın farklı aşamalarında yapılan katkıların yazar olma ölçütlerini karşılamaya yetmediği açıkça ortaya çıkmaktadır. Çalışmaya bu türden katkıda bulunan, ancak yukarıdaki üç koşulu yerine getirmeyen kişilere makalenin sonunda teşekkür edilmesi gerekmektedir (26, 27, 28).

Klinik araştırmaların makaleye dönüştürülmesine yönelik ikinci çalışma, “CONSORT” (Consolidated Standards of Reporting Trials) grubunun hazırladığı standartları içermektedir. 1993-1994 yıllarında oluşturulan grup, çalışmalarını sonunda kontrollü klinik çalışmaları konu alan **CONSORT kurallarını** yayımlamıştır. 1997 yılından başlayarak JAMA, NEJM, Lancet, BMJ, AIM gibi önde gelen tıp dergileri içinde olmak üzere pek çok dergi, kontrollü klinik çalışma makalelerini CONSORT kurallarına uygun olarak yazılması koşuluyla değerlendirmeye almaktadır. Bu kurallara göre, makale hazırlanırken Vancouver kararlarına da uyulması gerekmektedir. Söz konusu yazım kuralları makalede bulunan en az 21 maddeyi içerecek şekilde; özet, yöntem, protokolün tanımı, gönüllülerin çalışmaya alınışı ve gruplandırılması, maskelemenin nasıl sağlandığı, çalışma şeması, analizler, tartışma, sonuçlar, kaynaklar, çalışma sonuçlarını etkileyebilecek çıkar çatışmaları, yazarlar gibi başlıklar sıralanabilir (26).

Yayın etiğinde yazarlıkla ilgili sorunlar, genellikle yazarların sıralanması, haksız yazarlık, hayali yazarlık ve armağan yazarlık olarak karşımıza çıkmaktadır. Tıbbi araştırmalarda yazarlıkla ilgili etik sorunların giderek arttığı gözlemlenmektedir. Günümüzde araştırmaların bir ekip çalışması olarak sürdürülmesi ve çok merkezli çalışmaların önem kazanması birden çok yazarın sürecin içinde yer almasına ve etik sorunların ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Örneğin, yüz yıl önce NEJM dergisine gelen yazıların %98'i tek yazarlı iken, günümüzde bu oran %5'in altına düşmüştür. Aynı dergide 1993 yılında yayımlanan bir makalede

972 yazarın olduğu ve her bir yazara yaklaşık iki sözcük düştüğü saptanmıştır. Yayın zorunluluğunun araştırmacılar için baskılayıcı bir öğeye dönüşmesi yalnızca yayın sayılarında artışa yol açmakla kalmamakta, bilimde emeğe saygı bağlamındaki etik sorunları da arttıran bir etki yapmaktadır. Yapılan bir çalışma göstermektedir ki, birinci isim dışındaki yazarların %30'dan fazlasının çalışmaya temel bir katkısı olmamıştır (23).

Araştırma makalesinin yazımında **yazar sıralaması** sürecin en kolay işi gibi görünmekle birlikte, en çok tartışmaya konu olma özelliğini korumaktadır. Yazar olmanın sağladığı akademik ve bilimsel olanaklar, yazar olma ölçütlerinin yeterince bilinmemesi ya da içselleştirilememiş olması, araştırma planlaması aşamasında bu konunun karara bağlanmamış olması, araştırmacılar arasındaki hiyerarşik ilişkiler, kişisel anlaşmazlıklar, araştırma süresinin uzunluğundan kaynaklı ekipte yer alanların zorunlu değişimi (uzmanlık eğitiminin başlaması ya da tamamlanmış olması) gibi nedenlerle yazar sıralaması, araştırma ekibinde şiddetli tartışmalara yol açmakta ve etiğe aykırılık açısından şikayete konu olmaktadır. Şikayet konusu olmaktan söz etmişken, Yüksek Öğretim Kurulu Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi'nde "dayanaksız, yersiz ve kastlı etik ihlal suçlamasında bulunmak" eyleminin etik ihlal türleri arasında sayıldığını dile getirmiş olalım. Yayımlanmamış tez projeleri nedeniyle tez danışmanlarına verilecek maddi desteklerin sınırlandırılmasına yönelik kurumsal düzenlemeler, tamamlanmış tezlerin yayına dönüştürülmesi aşamasında uzmanlığını alıp kurumdan ayrılmış araştırmacıların tezin sahibi olarak çeşitli gerekçelerle yayına onay vermemesi, danışman başta olmak üzere sürece emek veren tüm araştırmacılar için sorun oluşturmaktadır. Tezin çalışmayı yapan kişiye ait olduğu, tezden üretilen yayınlarda tez sahibinin ilk isim olması gerektiği, danışman ve katkı veren kişilerin katkıları oranında yazar sıralamasında yer almalarının etiğe uygun olduğu kabul edilmektedir. Bu sorunların en aza indirilmesinde araştırma ve yayın etiğinin genel ilkelerine uygun davranmak, etik bildirgeler ve Vancouver kararları çerçevesinde yazarları belirlemek, katkı vermeyen kişileri yazar olarak göstermemek, çalışmaya katkı sağlayan kişileri dışlamamak, isim sıralamasında her aşamada araştırmaya verilen emeği ve katkıyı temel alan adil bir yaklaşımı ortaya koymak, araştırmacının başlangıcında sıralamanın nasıl yapılacağını belirlemek ve etik kurula bildirmek, özellikle araştırmacıların eşdeğer katkılarının olduğu çalışmalarda alfabetik sıralama yapmak gibi ilke ve yöntemler önerilmektedir (22, 25, 27).

YÖK'ün ilgili Yönergesi'nde "**haksız yazarlık**" şöyledile getirilmektedir: "Aktif katkısı olmayan kişileri yazarlar arasına almak, aktif katkısı olan kişileri almamak, yazar sıralamasını gerekçesiz ve uygun olmayan biçimde değiştirmek, aktif katkısı olanların isimlerini yayım sırasında veya sonraki baskılarda eserden çıkarmak, aktif katkısı olmadığı halde nüfuzunu kullanarak ismini yazarlar arasına aldır-mak." (25). Görüldüğü gibi çerçeve yukarıda ele alınan yazar sıralamasını da içermektedir, hayali yazarlık ve armağan yazarlık konularına ise burada değinilecektir.

Hayali yazarlık (Ghost authorship): “Onursal yazarlık” ya da “gölge yazarlık” olarak da adlandırılan bu etik ihlal türü, makalenin yayınlanmasını kolaylaştırmak ya da sağlamak amacıyla, çalışmaya hiç katkısı olmayan tanınmış bir bilim insanının yazarlar listesine alınmasıdır. Çalışmaya katılanların emeğine, saygınlığına ve güvenilirliğine gölge düşüren bu uygulama, çoğunlukla tıbbi endüstri tarafından tasarlanan ve desteklenen araştırmalarda, firmanın araştırma konusunda isim yapmış bir bilim insanını para karşılığında yazarlar listesinin göze çarpan bir yerine yerleştirmesi şeklinde uygulanmaktadır. Etik açısından asla kabul edilemez olan bu durum, endüstrinin araştırmalar üzerindeki belirleyiciliğine koşut olarak gittikçe artmaktadır.

Armağan yazarlık (Gift authorship): Sorumlu araştırmacının, çalışmaya katkısı olmayan ya da çok az katkısı olan kişileri yazarlar listesine eklemesidir. Ülkemizde sıklıkla görüldüğü gibi genç bir araştırmacının bazı hocalarını yazarlar arasına alması ya da almaya zorlanması, akademik yükseltmelerde yayına olan gereksinim nedeniyle aynı ya da farklı bölümlerden araştırmacıların gruplar oluşturarak yazar listelerine eklenmesi bu kapsamda değerlendirilen uygulamalardır. Günümüzde pek çok dergi armağan yazarlığa karşı çeşitli önlemler almaktadır; yazarlar listesindeki her yazarın çalışmaya olan katkısının ayrıntılı açıklanması, yazarlar listesine sadece temel ve doğrudan katkı sağlayanların alınması, tüm yazarlardan makale içeriği hakkında fikir birliği içinde olduklarına ilişkin imzalı yazı istenmesi en çok uygulanan önlemler arasındadır (22).

Yayımlanmama: Yayın etiğine ilişkin sorunların farklı yönleriyle ele alındığı bu yazıda bir çalışmanın yayımlanmamasının ya da geciktirilerek yayımlanmasının da bir etik sorun olduğunu vurgulamak gerekmektedir. Bilimsel ve etik eksiklikler nedeniyle yayın olarak kabul edilmemesi, elbette bu konunun dışında ele alınmaktadır. Makale reddetme oranlarının yüksekliğinin derginin ciddiyetinin göstergesi olarak değerlendirildiği günümüzde, reddetme gerekçelerinin ne olduğu sorusu önem kazanmaktadır. Örneğin, makale reddetme oranı yüksek dergilerden biri olan JAMA'nın toplumsal sınıflar arasında ölüm farklılıklarını inceleyen bir yayını reddetme gerekçesi etik tartışmayı gerektiren bir içerik taşımaktadır: “her ne kadar makale işçi sınıfında kalp hastalıklarından ölümün fazla olduğunu göstermiş olsa da, kalp hastası olanların işçi olma olasılığına açıklık getirmediği...”. Aynı makale daha sonra Lancet'te editörlerin “Amerika sınıflı bir toplum değildir” başlıklı imalı bir yazısı ile yayımlanmıştır. Bir ilacın pahalı formuyla daha ucuz olan eşdeğerinin aynı düzeyde etkili olduğunu gösteren bir çalışmanın, pahalı ilacı üreten firmanın baskısı nedeniyle yedi yıl boyunca yayınlanamamış olması da bir başka çarpıcı örnektir (23).

Yazının son bölümünde araştırma ve yayın etiği konusunun, TTB Disiplin Yönetmeliği çerçevesinde açılan soruşturmalar bağlamında nasıl bir görünüm sergilediğine bir örnek üzerinden değinmek yararlı olacaktır. Ankara Tabip Odası Onur Kurulu tarafından 1998-2012 yılları arasında soruşturulan araştırma-yayın etiği ihlallerine ilişkin çalışmada karara bağlanan toplam 31 dosyadan 11'inin yayın etiği ihlali konusunda olduğu; 8 dosyanın intihal, 1 dosyanın intihal/korsanlık, 1 dosyanın dilimleme, 1 dosyanın haksız yazarlık gerekçesiyle

oluşturulduğu belirlenmiştir. Yapılan inceleme sonucunda 5 dosya için soruşturmaya gerek olmadığı kararının verildiği, 2 dosya için ceza verilmediği, 4 dosya içinse uyarı cezasının verildiği saptanmıştır (29). Görünen o ki, çok tartışılmasına karşın araştırma ve yayın etiği sorunları disiplin süreçlerine henüz yeterince yansıtılmamaktadır.

Sonuç:

Tüm dünyada 1970’li yıllarda başlayan, adım adım gerçekleştirilen politikalarla 90’lı yıllarda hız kazanan ve günümüzde egemen sistem haline gelen sağlığın metalaştırılması süreci, yalnızca hekimlik uygulamalarını belirlemekle kalmamış, aynı zamanda bu uygulamaların temelinde yer alan tıbbi bilginin oluşturulması, geliştirilmesi ve paylaşılması süreçlerinin de ticarileşmesine yol açmıştır. Kuşkusuz bu süreçte en önemli etken, tıbbi bilgi üretiminin lokomotifi olan üniversiteler ve araştırma enstitülerinin büyük ölçüde tıbbi teknoloji ve ilaç endüstrisinin kontrolüne geçmesidir. Bu büyük değişim, planlanmasından yayımlanmasına kadar her aşamasında tıbbi araştırmaların, tek amacı sermayesini arttırmak olan endüstri tarafından biçimlendirilmesine ve yönlendirilmesine neden olmuştur. Yukarıda genel çerçevesi çizilen tablo, tıbbi araştırma ve yayın sektörünün içinde bulunduğu ciddi krizin “çürüme” olarak nitelendirilebilecek duruma geldiğini göstermektedir. Sağlığın metalaştırılması sürecinden ve endüstri ile kurulan ilişkilerden bağımsız düşünülemez olan bu tablo, araştırma ve yayın etiği ihlallerinin değerlendirilmesinde sistematik bir yaklaşımın gerektiğini işaret etmektedir. Bir başka deyişle; tıbbi araştırma ve yayın dinamiklerini oluşturan, egemen kılan ve destekleyen yapısal iklimi gözden ırak tutarak, yalnızca araştırmacıların yaptığı aşırma, dilimleme, yinelenen yayın, yazar sıralamasında usulsüzlük, haksız yazarlık.....olarak sıralanan ihlallere odaklanmak eksik bir değerlendirme yapma yanı sıra gerçeğin üstünün örtülmesine de katkıda bulunan bir yaklaşım olma tehlikesi taşımaktadır. Elbette araştırmacıların ve makale yazarlarının süreçteki sorumlulukları etik ve yasal boyutlarıyla özenle değerlendirilmelidir. Ancak burada tıpkı hekimlik uygulamasında hizmet kaynaklı zarara benzer şekilde, yalnızca kişiyi cezalandırmaya yönelik olan, sorun çözücü olmayan “kim yaptı?” sorusu etrafında şekillenen birey odaklı yaklaşım yerine, aynı zamanda “ne oldu?”, “neden oldu?”, “nasıl oldu?” sorularına yanıt bulmaya çalışan sistem odaklı bir yaklaşımın temel alınması uygun olacaktır. Araştırmanın katılımcıları, araştırmacılar, AEK ve benzeri yapılar, kamusal kaynaklar ve toplum sağlığı açısından barındırdığı hak ihlalleriyle yarar yerine zarar üreten, şirket karlarını arttırmaktan başka işlev taşımayan ve giderek “gangren”e dönüşen tıbbi araştırma ve yayın alanına ilişkin sorunlar, ancak bu tür bir yaklaşımla en aza indirilebilir. Elbette bu yaklaşım, kaçınılmaz olarak temelinde insan hakları olmak üzere tıpta akademik özerklik, sorgulama, araştırma ve bilim özgürlüğü ile toplumun sağlık hakkı kapsamında hasta ve gönüllü hakları savunuculuğunu içermek zorundadır.

KAYNAKLAR:

1. Yıldırım C. *Bilim Tarihi*. Remzi Kitabevi, 4. Basım, İstanbul, 1994: 13-15.
2. Platon. Sokrates'in Savunması (çev.T.Aktürel). *Diyaloglar 1* içinde. Remzi Kitabevi, 4.Basım, 1996: 35-36.
3. McClellan III JE, Dorn H. *Dünya Tarihinde Bilim ve Teknoloji* (çev.H.Yalçın). Akılçelen Kitaplar, 3. Baskı, Ankara, 2013: 272.
4. Örs Y. Tıp evrimi. *Ege Ü. Tıp Fak. Dergisi*, 1980; 19(3):531-42.
5. *Dünya Hekimler Birliği Helsinki Bildirgesi*. DHB 64. Genel Kurulu, Ekim 2013, Fortaleza /Brezilya.
6. Arda B. Etik Kurul-Kurallar ve Hasta Onamı: Hipokrat Yemininden Helsinki Deklarasyonuna. *Tıpta Araştırma Tipleri, Etik Kurallar ve Eser Oluşturma İlkeleri Sempozyum Kitabı* (Ed.N.Sarıfakıoğlu), Baskı Matbaacılık, Ankara,2004:74-82.
7. Miller J. *Reflection on Research Involving Children*. National Council on Bioethics in Human Research, Canada, 1993: 15.
8. Kaya S ve ark. Respiratuvar Distres Sendromunda alternatif tedavi yaklaşımları. *Yeni Tıp Dergisi*, 13; 6: 370-72.
9. Öztürk H. *Çocuklar Üzerindeki Tıbbi Araştırmaların Etik Açısından Değerlendirilmesi*. Ankara Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü -Deontoloji ve Tıp Tarihi- Yayınlanmamış doktora tezi, Ankara, 2000: 309-10, 431.
10. Namal A. Etikten soyutlanmış bilim insanlığa hizmet edemez. *Nurnberg Mahkemelerinin 50.Yılında Tıpta ve Biyoteknolojide Etik Kodlar Birinci Dünya Konferansı (Ekim 1997- Freiburg/Almanya) İzlenimlerden Özetler*, 1997: 7.
11. Örnek Büken N, Büken E. Denek ve hasta hakları açısından klinik ilaç araştırmaları. *FABAD J.Farm. Sci.*, 2002; 27: 173-85.
12. Fidaner C, Fidaner H. *Dünya Hekimler Birliği Bildirgeleri*. Ankara Tıp Odası Yayınları, Ankara, 1987: 21-25.
13. Ersoy N. Araştırma Etiği. *Çağdaş Tıp Etiği* (Ed. A.Demirhan Erdemir ve ark), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2003: 483-505.
14. CIOMS. *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. Geneva, 1993.
15. UNESCO Uluslararası Biyoetik Komitesi. *İnsanın Savunmasızlığı ve Kişisel Bütünlüğüne Saygı İlkesi*. UNESCO Türkiye Milli Komisyonu Yayını, 2013: 41-48
16. UNESCO Türkiye Milli Komisyonu. *Biyoetik Kurulların Oluşturulması* (Ed.YI. Ülman), 2008.
17. UNESCO Türkiye Milli Komisyonu.*Biyoetik Kurullar İşbaşında: Çalışma Biçimleri ve Politikalar*. (Ed.YI. Ülman), 2008.
18. UNESCO Türkiye Milli Komisyonu. *Biyoetik Kurulların Eğitimi*, 2010.

19. Avrupa Konseyi Biyoetik Yürütme Kurulu. *Araştırma Etik Kurulu Üyeleri Klavuzu* (Cev. YI. Ülman), Türkiye Biyoetik Derneği Yayını, İstanbul, 2011.
20. Arda B. Sağlık bilimlerinde yayın etiği. *Bilim Etiği ve Bilim Tarihi* (Ed. B Arda ve ark.), Ankara Ü. Basımevi, Genişletilmiş 2. Baskı, Ankara, 2002: 235-46.
21. Terzi C. Hekimler geçerli ve güvenilir bilgi için tıbbi literatüre güvenemezler. *Toplum ve Hekim*, 2010; 25(5): 346-79.
22. Türkiye Bilimler Akademisi Bilim Etiği Komitesi. *Bilimsel Araştırmada Etik ve Sorunları*. TÜBA Yayınları, Ankara, 2002.
23. Şemin S. Bilimsel araştırmalarda etik sorunlar. *Toplum ve Hekim*, 1997; 12(80):45-48.
24. Batuhan H. Bilimde aldatmacalar. *Dünya'da ve Türkiye'de Bilim, Etik ve Üniversite*. TÜBA Yayını, 200, Ankara: 77-82.
25. YÖK Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi. YÖK Genel Kurulu'nun 29.08.2012 tarih ve 2012.18.946 sayılı kararı.
26. Hamuryudan V. Klinik araştırma makalelerinin yazılması. Klinik Araştırmaların Tasarım, Yürütme, Sunum İlkeleri ve Kalite Kontrolü (Ed. H.Gökçora-Y.Gökçe Kutsal) TÜBİTAK-TTB Yayını, 1998, Ankara: 67-73.
27. TTB Etik Kurulu. TTB Yayın Etiği Bildirgesi. *Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri*, TTB Yayınları, 1. Baskı, 2010, Ankara: 43-44
28. Kansu E, Ruacan Ş. Bilimsel yayıncılık ve editörlük etiği. *Biyoetikten Seçmeler*. Biyoetik Derneği Yayını No:1, Ankara, 1996: 46-47.
29. Gökçay B, Arda B. A Review of the scientific misconduct inquiry process, Ankara Chamber of Medicine, Turkey. *Science and Engineering Ethics*. 2017; 23(4):1097-1112

GELENEKSELDEN TAMAMLAYICIYA BİLİMDİŞİ SAĞLIK UYGULAMALARI

Dr.Hafize ÖZTÜRK TÜRKMEN

"Kanseri yenen mucize adam; pankreas kanserine yakalanan ve hastalığı karaciğerine sıçradığı için birkaç ay ömür biçilen, kimyasal ilaç ve doğal bitkisel desteklerden oluşan tedaviyle şifa buldu."

"Ameliyat olamayan ileri evre kalın barsak kanserinde başarılı bilimsel ilaç ve doğal bitkisel destek uygulaması"

"..... Derneği adına reklam panolarına verilen ilanlarda "FMF ve romatizmada bitkisel tedavinin yeri nedir? Çölyak tedavisinde neler yapılmaktadır? Huzursuz Bacak Sendromu nasıl tedavi edilir?" soruları ile birlikte ve fitoterapi, hacamat, sülük, ozon ve manyetik alan uygulaması gibi işlemlere başvuru için internet adreslerinin gösterilmesi."

"Anemisi ve trombositopenisi olan kanama ve sepsis riski taşıyan prematüre yenidoğanda, ayakta gelişen dolaşım bozukluğu için etyopatogenezi aydınlatmaya yönelik tetkikler yapıp tedavi düzenlemek yerine, prematürelere uygulamasına ilişkin araştırma verisi ve literatür bilgisi olmayan hacamat ve sülük uygulanması, sonuçta bebeğin ayak parmaklarında amputasyon zorunluluğunun ortaya çıkması."

"Retinitis pigmentosa tedavisinde akupunkturun uygulanmasına yönelik gerekli, yeterli ve güvenilir bilgi olmamasına karşın, konuyla ilgili Faz I düzeyindeki tek çalışmanın kanıt gösterilerek bilimsel olduğu iddiasıyla umut yaratılması ve bu yolla yüksek ücret alınması."

"Pratisyen hekimin panik atak, depresyon, stres bozukluğu, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk, cinsel işlev bozukluğu, sınav ve performans kaygısı gibi ruhsal bozukluklarda hipnoterapi, psikoterapi uygulaması, tanıtımda kullanılan yöntemin hızlı ve % 95 başarılı olduğunun ifade edilmesi, uzmanlık dışı faaliyet yürütülmesi."

"DM ve ITP tanısı olan hastaya Merkezi'nde elektrotlar yardımıyla cihaza bağlanarak tanı konulması, tedavi ve destek tedavi protokolleri düzenlenerek aynı binada bulunan ve anlaşmalı oldukları öne sürülenadlı kuruluşun gıda takviyesi ürün almaya yönlendirilmesi."

Yukarıda dile getirilenler, roman, öykü ya da film senaryosundan alınmış pasajlar değil son yıllarda hekimlik pratiğine ilişkin yazılı, görsel ve sosyal medya ortamında sıkça karşılaşılan, yer yer soruşturma konusu olan örneklerden bir seç-

kidir. Sorun içerdiği apaçık olan bu ve benzeri durumlarda hekimler olarak karşımızda duran ve yanıtlanmayı bekleyen sorular şunlar olsa gerektir;

“Sorun nedir?”

“ Soruna nasıl yaklaşmalıdır?”

“Çözüm için ne yapılmalıdır?”

İnsanda hastalık-sağlık süreçlerine ilişkin bilginin hızla arttığı, tanı ve tedavide yoğun teknoloji kullanımına bağlı olarak tıbbi uygulama olanaklarının çeşitlendiği günümüzde sağlık hizmet üretimi ve sunumunda da köklü dönüşümler yaşanmaktadır. Hekimlik uygulamalarını ve toplum sağlığını doğrudan ilgilendiren bu tablo içinde kanıta dayalı tıp, kişiye özel tıp, geleneksel- alternatif- tamamlayıcı sağlık uygulamaları gibi konular yanı sıra pek çok ülkede uygulamaya konulan sağlıkta dönüşüm projeleri ile gündeme gelen sağlığın metalaştırılması süreci başlıca tartışma alanları olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu tartışmaların arka planında bir yanda geçtiğimiz yüzyılın toplumsal dinamikleriyle gelişen hasta hakları kavramı ve uygulamaya dönük sonuçlarının, öte yanda tıbbi endüstrinin ve seçilen neoliberal sağlık politikalarının hekimlik uygulamaları üzerindeki belirleyici etkisinin olduğu kuşkusuz gözden ırak tutulmamalıdır.

Son on yıllarda dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek artan ölçüde kamuoyunun sağlık gündeminde yer alan ve “geleneksel- alternatif- tamamlayıcı tıp” adı altında yaşama geçirilen sağlık uygulamaları bu makalenin konusunu oluşturmaktadır. Yazı çerçevesinde söz konusu uygulamaların karmaşık kavramsal yönü, bilimsel olup olmadıkları, kullanım sıklığı ve bu uygulamalara yönelimi etkileyen temel faktörler, toplum sağlığı açısından önemi, hekimlik uygulamaları ve meslek etiği bağlamındaki yeri ile ortaya çıkan sorunlara ilişkin geliştirilen çözüm önerileri başlıca değerlendirme noktaları olarak seçilmiştir.

Kavramlar ve tanımlar:

Modern tıp dışında yer alan ve giderek popülerleşen sağlık uygulamaları “geleneksel tıp”, “alternatif tıp”, “tamamlayıcı tıp”, “integratif tıp”, “holistik tıp”, “doğal tıp” gibi farklı tanımlamalarla karşımıza çıkmaktadır. Bu kavramsallaştırmalardan ilk üçü yaygın olarak kullanılmakta ve tartışmalar genellikle “geleneksel/ alternatif/ tamamlayıcı tıp” olarak adlandırılan sağlık uygulamaları üzerinde yoğunlaşmaktadır. Öncelikle kamuoyunda sıklıkla ve yanlış olarak birbirleri yerine de kullanılabilen bu tanımlamaların taşıdığı anlam farklılıklarına açıklık getirmek yararlı olacaktır.

Geleneksel sağlık uygulamaları: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) web sayfasında “geleneksel tıp”, “açıklanabilir olsun ya da olmasın, sağlığın sürdürülmesi yanı sıra, fiziksel ve ruhsal hastalıkların önlenmesi, tanı konması, iyileştirilmesi ya da tedavisinde kullanılan; farklı kültürlere özgü kuram, inanç ve deneyimlere dayalı bilgi, beceri ve uygulamalar bütünü” olarak tanımlanmaktadır (1). UNESCO Uluslararası Biyoetik Komitesi’nin 2013 tarihli Geleneksel Tıp Sistemleri ve Etik Yönleri Raporu’nda da geleneksel uygulayıcıların bir pratiği olarak

tibbin, fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini içeren sağlık standartlarını geliştirme beklentisi ile binlerce yıl önce başlayan güvenli, etkili, nitelikli uygulamalar olduğu vurgulanmaktadır (2).

“*Halk hekimliği*” ya da “*folklorik tıp*” olarak da bilinen geleneksel sağlık uygulamaları, genel olarak toplumların hastalık ve sağlık konusundaki görüş, inanç, tutum, davranış ve uygulamalarının tümünü tanımlamak için kullanılmaktadır. Geleneksel toplumlarda sosyal sistemin vazgeçilmez bileşeni olan bu uygulamaların kökeninde, insanların doğa olayları karşısında takındıkları tavır ve ilişki biçimleri bulunmaktadır. Hastalıklardan korunma ya da tedaviye yönelik uygulamaları, insanlık tarihinin başlangıcından beri yaşamın içinde neredeyse kendiliğinden ortaya çıkmış, deneme-yanılma yoluyla gelişmesini sürdürmüş sistematazize birikimler olarak değerlendirmek olanaklıdır. Doğayı ve insanı açıklama ve öğrendiklerini sistemleştirme çabası içinde olan düşünce yapısı, hastalıklarla mücadelede de nesnel arasındaki benzerlik ve zıtlıklara dayalı benzetmeci düşünce sistemini temas büyüğü ve taklit büyüğü olarak uygulamaya geçirmiştir (3). Toplumdaki kültür kodlarından, mitlerden, inançlardan ve deneyimlerden kaynaklanan, geleneklerle kuşaklar boyu aktarılan bu uygulamalar arasında soğuk algınlığında kaynatılmış nane-limon karışımının içilmesi gibi zararsız uygulamalar yanı sıra kanayan yaraya tütün basılması gibi zararlı uygulamalar da yer almaktadır (4).

Özetle geleneksel sağlık uygulamalarının toplumsal ve tarihsel nitelik taşıdığı söylenebilir. Bu pratiklerin bir düşünce ve inançlar bütünü olarak ortaya konulması, bu bilincin uygulamayı da içermesi ve toplumda yaygın olarak kabul görmesi konuya ilişkin bilişsel ve davranışsal süreçlerin toplumsal niteliğini göstermektedir. Söz konusu düşünce ve uygulamaların, modern tıp bilgisi karşısındaki direncinin ve günümüzde de yaşayabilirliğinin buradan kaynaklandığı, bu bağlamda yüzyılların birikimini içinde taşıyan ve farklı toplumlarda çeşitli biçimleriyle varlığını sürdüren uygulamaların aynı zamanda tarihsel niteliğinin de kanıtı olsa gerektir (5).

Alternatif sağlık uygulamaları: Kendisi de bir alternatif sağlık uygulayıcısı olan Stanway, “*alternatif tıp*” adı altında topladığı uygulamaları “günümüzde hekimlerin çoğunluğu tarafından uygulanan Batı tıbbının ana akımı dışında kalan herhangi bir tıp biçimi” olarak tanımlamaktadır. Doksanlı yıllarda yayımlanan kitabında aralarında akupunktur, antropozofik tıp, aromaterapi, ayurveda, Bach ilaçları, bitkisel tıp, biyo-feed back, hidroterapi, hipnoz, homeopati, kiropatik, natüropati, negatif iyon tedavisi, osteopati, psionik tıp, radyestezi, reflexoloji, renk tedavisi, shiatzu, şifacılık, yoganın da bulunduğu farklı uygulamalar “alternatif tıp” adı altında tanıtılmaktadır. Yayımlandıktan sonra büyük tartışma yaratan ve temelde “tıbbın alternatifi olmaz” eleştirisine konu olan kitabında Stanway, modern Ortodoks tıbbın üçyüz yıllık ömrü olmasına karşın, onun ötediği kenar tıp ekollerinin binlerce yıl önce de var olduğunu, dolayısıyla aslında Batı tıbbının kendisinin tarihsel açıdan bir alternatif tıp olduğunu ve tesisatçılık anlamına geldiğini öne sürmektedir. Stanway’e göre hastalıklar kendiliğinden iyileşenler, kronik olanlar, psikojenik kökenli olanlar ve akut hastalıklar olmak

üzere dört gruba ayrılmaktadır. Modern tıbbın yapabildiği yalnızca bazı akut hastalıkları ve enfeksiyonları tedavi etmektir ki, hastaların %20'sinden azı bu grupta yer almaktadır. Geriye kalan ve büyük grubu oluşturan hastalarda ise Batı tıbbi ile ancak belirtiler ortadan kaldırılmaktadır (6).

Modern tıbbın bir seçenek olma savıyla ortaya çıkan “alternatif tıp”, bu sav doğrultusunda sistemleşme ve kurumsallaşma çabaları göstermektedir; bu bağlamda pek çok ülkede enstitülerin kurulması, tıp eğitimi ve yürürlükteki sağlık sistemi içinde yer alma girişimleri sayılabilir. Söz konusu yöntemler topluluğunun bilimsel dayanak ve uygulama biçimleri açısından benzerlikler taşımakla birlikte farklılıklar da barındırdığı bilinmektedir; bir kısmı her tür hastalığa çözüm olduğunu öne sürerken bir kısmı belirli hastalıklar üzerinde yoğunlaşmakta, bir kısmı da yardımcı tedavi yöntemi olarak sunulmaktadır (7).

Görüldüğü gibi “alternatif tıp” olarak adlandırılan yaklaşım, yöntemlerin yapısı, özellikleri yanı sıra taşıdığı iddia bakımından da geleneksel uygulamalardan farklılaşmaktadır. Alternatif yöntemler geleneksele göre daha sistematik, ayrıntılı bir metodolojiye sahiptir ve genellikle kendi uzmanlarınca uygulanmaktadır. Alternatif tıp” ayrıca, adı üzerinde, modern tıp yöntemlerinin ‘yerine’, en az onun kadar ya da genellikle ondan daha etkin ve güvenli biçimde kullanılabilceği iddiasındadır. Bu özelliğiyle “alternatif tıp” anlayışının, ötekilere göre modern tıbbın en uzak noktada, hatta karşısında konumlandığı söylenebilir (4).

Tamamlayıcı sağlık uygulamaları: DSÖ ve UNESCO Uluslararası Biyoetik Komitesi tarafından yapılan “genel anlamda bir ülkenin yürürlükte olan sağlık sistemi içinde yer almayan, geleneklerinin ya da modern tıbbın bir parçası olmayan bir grup sağlık hizmeti uygulaması” biçimindeki “tamamlayıcı tıp” tanım-laması günümüzde konuyla ilgili çevrelerde yaygın kabul görmektedir (1,2). Ancak tanımın başında “tamamlayıcı tıp ya da alternatif tıp” terimlerine yer verildiği için, bu kavramın aslında, hastalık nedenlerini ortaya çıkarmak konusunda somut verileri olmadığı yada kanıtlanmış bir tedavi yöntemi olarak belirlenmediği halde, modern tıp tedavilerinin yanında, onları destekleyici olarak hastanın rahatlaması, bağışıklık sisteminin güçlenmesi, psikolojisinin düzelmesi gibi amaçlarla uygulanabilen alternatif yöntemleri dile getirdiğini söylemek yanlış olmayacaktır. Bu dönüşümde kuşkusuz “alternatif tıp” terimine yönelik ciddi eleştiriler sonucunda DSÖ başta olmak üzere uluslar arası kuruluşlarca ve bizzat bu yöntemleri uygulayanlarca terimin kullanılmasından vazgeçilmesi belirleyici etken olmuştur.

Yaygın olarak kabul gören yukarıdaki tanımlamalara ek olarak, son dönemde gündeme gelen “**integratif tıp**” kavramına da değinmek yararlı olacaktır. Modern tıp ve tamamlayıcı uygulamaların belirli bir koordinasyon içinde birlikte kullanılmasını dile getiren bu yaklaşımın, “müşterilerin istekleri” üzerine oluşturulduğu belirtilmekte; hastanın bir bütün olarak değerlendirilmesi ile hekim-hasta ilişkisinin geliştirilmesine odaklandığı öne sürülmektedir. Kişinin yaşam biçiminin diyet, egzersiz, stres yönetimi, ruhsal iyilik durumu gibi öğelerine önem verilerek

sağlığının korunmasının amaçlandığı integratif tıp yaklaşımında bireyin sağlığı konusundaki kararlara katılımının önemi vurgulanmaktadır (8) .

Kullanım sıklığı ve yaygınlık:

Dünya genelinde geleneksel ve tamamlayıcı sağlık uygulamalarının yaygın olarak kullanıldığı görülmektedir. DSÖ 2000 yılı verilerine göre uygulamaların kullanım sıklığı Afrika'da %80, Kanada'da %70, Fransa'da %49, ABD'de %42, Belçika'da %38'dir (9). ABD Ulusal Sağlık İstatistikleri raporlarına göre, 18 yaş üzerinde herhangi bir tamamlayıcı sağlık uygulaması kullanma prevalansı %34, 4 yaş üzerinde kullanım oranı ise %20'dir. En sık kullanılan yöntemler ise vitamin ve mineral dışı besin destekleri, nefes egzersizleri, yoga, tai chi, qi gong, kayropraksi ve osteopatidir. Raporda söz konusu uygulamalar için cepten yapılan harcamaların yıllık yaklaşık 30 milyar doları bulunduğu ve toplam sağlık harcamalarının %1'ni oluşturduğu bildirilmiştir (7). Başka bir çalışmada bitkisel ürünlere yapılan harcamanın yıllık 60 milyar dolar olduğu, bu rakamın dünya ilaç pazarının %15-20'sine karşılık geldiği dile getirilmiştir. Ekonomi analisti San Jose'nin raporuna göre tıbbi bitkisel ürün ve ilaçların küresel pazarının 2017'de 107 milyar dolar olacağı öngörülmüştür (8). Kanada'da yapılan toplum tabanlı bir çalışmada 12 yaş üzerindeki kişilerin %12.4'ünün yıl içinde en az bir kez tamamlayıcı/alternatif uygulayıcısına başvurduğu, en sık kullanılan yöntemlerin masaj terapisi, akupunktur, homeopati, kayropraksi,, bitkisel tıp ve refleksoloji olduğu saptanmıştır. *Avrupa Birliği Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Araştırma Ağı Raporu'nda* AB ülkelerinde kullanım prevalansının bazı ülkelerde veri elde edilememesi, aşırı heterojenite ve raporlardaki düşük kalite nedeniyle %0.3-86 gibi geniş bir aralığa sahip olduğu dile getirilmiştir. Avrupa'da en sık kullanılan yöntemler bitkisel tıp, homeopati, kayropraksi,, akupunktur ve refleksolojidir. Avustralya'da yapılan toplum tabanlı bir çalışmada; vitamin desteği, Batı masaj terapisi, meditasyon, Batı bitkisel tıbbi, aromaterapi, kayropraksi, yoga, natüropati, akupunktur, Çin bitkisel tıbbi, Çin tıbbi diyet, enerji terapisi, homeopati, osteopati, refleksoloji, dövüş sanatları gibi uygulamalardan herhangi birini kullanmaların oranı %68.9 olarak saptanmıştır. Çarpıcı bir başka veri, Avustralya'da herhangi bir tamamlayıcı/alternatif uygulayıcısına başvuran nüfusun yaklaşık 69.2 milyon, aynı yıl içinde hekime başvuran nüfusun ise 69.3 milyon olmasıdır (8).

Türkiye'de modern tıp dışı uygulamaların yaygın olarak kullanılmasına karşın, ulusal düzlemde bir çalışma henüz yayımlanmamıştır. Yapılan sınırlı sayıda kesitsel çalışmada kullanım sıklığının %42.29-%70 gibi geniş bir aralıkta olduğu bildirilmiştir. Bursa'da yapılan bir çalışmada Uludağ Üniversitesi Hastanesi'ne başvuran annelerin çocuklarına %42.29 oranında söz konusu yöntemleri uyguladıkları saptanmıştır. Bir başka veri, modern tıp dışı yöntemleri kullanan hastaların %60-80'inin bunu hekimlerinden gizlediklerini göstermektedir (9). Bazı hastalık gruplarında kullanımına ilişkin yapılan çalışmalardan elde edilen verilere göre bu oranlar; onkoloji hastalarında %22-61, dermatoloji hastalarında %13-52, lomber disk hernisinde %58, romatoid artrit %47, psikiyatri hastalarında %22, KOAH'da %72, astımda %63, kronik böbrek yetmezliğinde %25, diabetes mellitusta %35-41, alerjik hastalıklarda %31, infertilitede %82'dir (8).

Türkiye’de geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı sağlık uygulamaları konusunda yapılan harcamaların miktarı konusunda bilgiler sınırlıdır. İnternet üzerinden yapılan satışlara ilişkin maliyet bilinmemekle birlikte bitkisel ilaçların ülkedeki pazar büyüklüğünün 100 milyon dolar olduğu dile getirilmektedir (9).

DSÖ’nün 2001 tarihli “*Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review*” adlı yayımında farklı ülkelerin konuyla ilgili yasal durumları ele alınmıştır. Söz konusu yayında Japonya’da 80 tıp fakültesinin 18’inde geleneksel ve tamamlayıcı tıp eğitimi verildiği, 46 fakültede 4 yıllık alternatif tıp programı yürütülmekte olduğu, 11 AB ülkesinde tamamlayıcı tıp mevzuatı bulunduğu, 6 ülkede bu mevzuatın sağlık yasası içinde yer aldığı, en yaygın uygulamanın homeopati, uygulayıcıların da hekim olduğu, Küba’da 1992’de homeopati ve akupunktur uygulamalarının yasallaştığı, 1995’de geleneksel tıp enstitüsü kurularak eğitime başlandığı bildirilmiştir. Bir başka çalışmada ise, Çin’de hastanelerin %95’inde geleneksel ve modern tıbbın birlikte uygulandığı, akupunktur ön planda olmak üzere 2500’den fazla hastane ve 350 000’den fazla geleneksel tıp uygulayıcısının bulunduğu dile getirilmiştir (10).

Türkiye’de yasal süreç:

Modern tıp dışı uygulamalara ilişkin olarak ülkemizde daha önce sınırlı kapsamda düzenlemeler yapılmışsa da, tarihsel olarak bu uygulamaların yaygınlaşmasını ve endüstrileşmesini sağlayan yasal dayanakların Sağlıkta Dönüşüm Programı’na paralel ya da doğrudan onun bir alt bileşeni olarak geliştirildiklerini saptamak yanlış olmayacaktır. Bu anlamda ilk düzenleme, Sağlık Bakanlığı’nca 6 Ekim 2010 tarihinde yayımlanan ve “insan sağlığını koruyucu, tedavi edici etkileri olan” bitkisel ürünlerin nasıl ruhsatlandırılacağını belirleyen *Geleneksel Bitkisel Tıbbi Ürünler Yönetmeliği*’dir. Modern tıp dışı yöntemlerin yasallaşma sürecini asıl olarak belirleyen ise, Sağlık Bakanlığı’nın yapısını ve temel işlevlerini önemli derecede dönüşüme uğratan, onu gereksinim temelli hizmet örgütleme ve sunumundan iyice uzaklaştırarak “denetleyici” bir kuruma indirgeyen 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname olmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nı finanse eden Dünya Bankası’nın proje takım lideri Rekha Menon, 2012 yılında hazırladığı ilerleme raporunda, 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname’nin neyi “başardığını” şöyle açıklamıştı: “Sağlık Bakanlığı’nı yeniden yapılandıran düzenleme ile; Bakanlık’ın rolü hizmet sunucu konumundan uzaklaşmış, politika geliştirme, düzenleme, izleme ve değerlendirmeye odaklanan bir sektör görevlisi biçiminde yeniden tanımlanmıştır.” (4).

Bu düzenlemenin ruhu, yayımlandıktan sonra geçen beş yıllık süre içinde Türkiye’nin sağlık ortamını hemen her alanda etkisi altına almıştı. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, modern tıp dışında kalan uygulamalara yönelik olarak da benzer bir yaklaşım içeriyor, ‘Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne, “*Geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları ile ilgili düzenleme yapmak ve sağlık beyanı ile yapılacak her türlü uygulamalara izin vermek ve denetlemek, düzenleme ve*

izinlere aykırı faaliyetleri ve tanıtımları durdurmak” görevlerini veriyordu. Hemen ardından, 17 Mayıs 2012 tarihinde, ‘Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun’da değişiklik yapılarak eczanelere “ruhsatlı geleneksel bitkisel tıbbi ürünler” ve “homeopatik tıbbi ürünler”i satma izni verilmişti. Böylece Türkiye’de ilk kez bu “ürün”lerin modern ilaçları topluma ulaştırın ve yine bir modern tıp kurumu olan eczaneler aracılığıyla ticaretinin yapılmasına izin verilmiş oldu. Türk Tabipleri Birliği ve çok sayıda uzmanlık derneğinin eleştirilerine karşın son olarak, 27 Ekim 2014 tarihinde yayımlanan *Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği* ile onbeş yöntemin uygulanması yasallaştırılarak kimler tarafından, hangi koşullarda uygulanabilecekleri belirlenmiş oldu. Böylece modern tıp dışı sağlık uygulamalarının pazarlanması, dağıtımı, satışı ve kullanımıyla ilgili belli bir çerçeve çizilmiş oldu. Daha önce sadece aktarlar, kansere karşı zakkum ya da zayıflama ilaçları gibi başlıklarla gündeme gelen konu, bu gelişmelerle popülerleşti. Geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinin modern tıp eğitimi alan, modern tıp uygulamaya yetkili ve yükümlü olan hekimlerin uygulama alanları arasına resmi olarak yerleştirilmesi, bu yöntemlerin bilimselliği üzerine tartışmaların sonra erdiği, etkili ve güvenli olduklarının artık kabul edildiği biçiminde güçlü bir algı yarattı. Hekimler arasında bu algı ile birlikte “yasalsa meslek ahlakı açısından da uygundur” düşüncesinin yayılması, her zaman bilimsel yaklaşımın rehber alınması gerektiğini savunanlarca kaygıyla karşılandı. Yasal düzenlemeleri dayanak alan sektörün çabalarıyla üniversitelerde enstitülerin açılması, konuya ilişkin uygulama birimlerinin oluşturulması, kongre ve sempozyumların düzenlenmesi söz konusu uygulamalara “bilimsellik” görünümü kazandırmanın bir başka yöntemi olarak kamuoyu gündemine getirildi ve yaratılan algıyı güçlendirdi. Öte yandan söz konusu yöntemlerin etkililiği ve güvenliliği üzerine yürütülen tartışmalarda toptancı bir reddiyenin benimsenmesi, tarafların anlaşmasını oldukça güçleştirmekle kalmadı, aynı zamanda bilimsellikle sürece katılım olanaklarının da önünü tıkamış oldu. Böylesi bir ortamda kuşkusuz hekimlerin söz konusu yöntemlerin kullanımına ilişkin yaklaşım ve tutumlarında çok boyutluluğu temel alan yapıcı tartışmalar önem kazanmaktadır (4).

Modern tıp dışı uygulamalara yönelimin nedenleri ve etkenleri:

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de 1990’lardan sonra modern tıp dışı uygulamalara yönelim hızla artmıştır. Aklın ve bilimin reddedilerek toplum sağlığını ve hekimlik uygulamalarını doğrudan ilgilendiren bu yönelimin nedenlerinin ve dramatik denilebilecek artışı tetikleyen etkenlerin ele alınması gerekmektedir. Bu bağlamda ekonomik yetersizlik, kapitalist sömürü, sağlık hizmetlerinin paylaşımında ve hizmetlere erişimde eşitsizlik, insan faktörü, modernite karşıtlığı ve tıbbın insana yabancılaşması, doğal olanın zararsız olacağı düşüncesiyle doğaya dönüş eğiliminin güçlenmesi ve medyanın etkileri günümüzde hemen herkesin dile getirdiği ana başlıklar olarak öne sürülmektedir (8).

Yalnızca bugün değil, yıllar önce, ülkemizde modern tıp dışı uygulamaların bu kadar yaygınlaşmadığı, hacamat, sülük uygulamalarının gündem oluşturmadığı, çoğunlukla akupunktur ve bitkisel ürün kullanımının öne çıktığı ve uygulamaların henüz bir “pazar” haline gelmediği 1996 yılında, bu makalenin yazarının da

içinde bulunduğu bir grup araştırmacı tarafından yapılan, toplumda bir kesimin tıp dışı uygulamalar konusundaki görüşlerine ilişkin niteliksel araştırmada da ayrıntılarda farklılıklar olmakla birlikte büyük ölçüde benzer sonuçlar ortaya çıkmıştı. Çoğunluğu yüksek okul mezunu katılımcı ile 20 grupta yapılan odak grup görüşmesinde katılımcılar bitkisel tıp, şifacılık, kırık-çıkıkcılık, halk tıbbı, akupunktur, meditasyon, hipnoz, hidroterapi ve yogayı tıp dışı uygulama kapsamında gördüklerini dile getirmişlerdi. Bu uygulamalara başvuru nedenlerini ise tıbbi tedavinin sonuçsuz kalması, ekonomik olanaksızlık, hizmet sunumunda yetersizlik, düşük eğitim düzeyi, kişisel inançlar, sağlık çalışanlarının tutumu, hekime güvensizlik, uygulamalardan yarar görme, geleneklerin etkisi, medyanın yönlendirmesi ve merak olarak sıralamışlardı (11).

Geride bıraktığımız yüzyılın ikinci yarısında geçerli olan sosyal devlet paradigması içinde vergi ve primlerle devlet tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerinde kullanım artışı ve teknoloji yoğun tıbbi uygulamalar sağlık hizmetlerinin maliyetinde de artışa yol açmıştı. 1990'ların başından itibaren uygulamaya geçirilen neoliberal piyasa ekonomisi koşullarında Dünya Bankası öncülüğünde gerçekleştirilen sağlıkta dönüşüm projeleriyle hem vergi ve prim dışı finansman seçeneği olarak katkı payları uygulamaya geçirilmiş hem de kamu fonlarıyla finanse edilen sağlık hizmeti paketinin kapsamı daraltılarak maliyet sınırlayıcı önlemler geliştirilmişti. Böylece pek çok tıbbi girişim ve ilaç kamu güvencesi dışına çıkarılmış, sağlık hizmetlerinin finansmanında kişilerin sorumluluğu ve katılımı zorunlu hale getirilmişti. Sağlık hizmetlerine ayrılan kamusal kaynakların kısıtlanması halkın sağlık hizmetlerine ulaşımında var olan sıkıntılarının ve sisteme ilişkin memnuniyetsizliğinin daha da artmasına yol açarak toplumda modern dışında bir "alternatif" arayışına zemin hazırlanmış oldu (12).

Maliyet sınırlayıcı önlemlerle eş zamanlı olarak gündeme getirilen geleneksel/alternatif/tamamlayıcı sağlık uygulamaları, popüler dergilerde konuya geniş yer verilmesi, internet ortamından satış olanakları ile yaygın olarak dolaşıma sokuldu ve devletin aktif desteğiyle uygulamaya konuldu. Bu süreçte tıbbi bilgi ve hekimlik uygulamalarının giderek artan oranda tıbbi endüstrinin kontrolüne girmesi, sağlığın metalaşması, teknolojiye dayalı hekimlik uygulamalarının da etkisiyle tıbbın insancılıktan uzaklaşması, yabancılaşmanın artmasına yol açtı (12).

Sağlıkta dönüşüm programlarının bir parçası olarak dayatılan performans, verimlilik gibi parametrelerle hekimin hastaya ayırdığı sürenin kısılması yabancılaşmayı etkileyen bir başka faktör oldu. Sağlık hakkı kapsamında savunulan hastanın özerkliğine saygı, hastanın seçme hakkı gibi hak kategorilerinin içlerinin boşaltılarak sağlığın devletin değil bireyin sorumluluğunda olduğu bilincinin oluşturulması, bir başka deyişle kişisel hakların kişisel sorumluluklara dönüştürülmesi yönünde güçlü bir algı yaratılması insanın anlam arayışında da güdüleyici bir etken olarak işlevselleştirildi. Özetle yalnızca kendi bedenine, beslenmesine, yaşam biçimine odaklanan, bu yolla kendine anlam katan, sağlığını korumakla yükümlü kılınan, tedavi için ekonomik durumuna göre her tür harcamayı yapmaya hazır kişiler yaratıldı.

Moderniteye getirilen post modern eleştirilere ek olarak son dönemde yoğunlaşan Aydınlanma karşıtı düşünce, söylem ve politikalar, sağlık alanında yaşanan sorunların kaynağında modern bilimin olduğu algısının oluşturulmasına, Aydınlanma-kapitalizm-bilim arasında kurulan bağlantının araçsallaştırılarak bilim ve modern tıp karşıtı tutumların yaygınlaşmasına katkıda bulundu (12).

Yukarıda dile getirilen ve modern tıp dışı yöntemlere yönelimi besleyen sosyo ekonomik ve sosyo politik ortamın yanı sıra, toplumsal eğilimlerin pek çok faktörün etkisiyle belirlendiği göz önüne alındığında; sağlığın piyasalaşması ile birlikte mesleki değerlerde artan yozlaşma, tıbbi endüstri ile girilen çıkar ilişkilerinin modern tıba güveni azaltması, hastaya paternal yaklaşımın büyük oranda egemenliğini sürdürüyor olması, tıbbın kendine özgü kapalı kurumsal yapısı ve hekim-hasta ilişkisindeki iletişim sorunları yönelimi etkileyen faktörler arasında sayılabilir. Tarihin sonunun ilan edildiği günümüzde, mutlak değerlerin bulunmadığı ve hatta bilgilerin görel olduğu iddiasıyla akılcılığın hor görülmesi, aklın inanç karşısında gerilemesi, bilginin değil malumatın önemsenmesini içeren *Tersine Rönesans* olarak adlandırılacak bu büyük epistemolojik dönüşüm, toplumda yalnızca eğitimsiz değil eğitilmiş insanların da akıl tutulmalarını açıklıyor olabilir. Medyanın tümüyle denetimsiz biçimde bir pazarlama aracına dönüşmesi, toplumun bir taraftan "doğal / zararsız" söylemiyle yanıltılırken öte taraftan "sağlıklı yaşam" söylemiyle sağlığın toplumsal belirleyicilerinin gizlenmesi eleştirel yaklaşmayı çok güçleştiriyor olabilir. Elektronik alışverişin artması güvenilirliğe fazla önem vermeden, çoğu kez spotların çekici vaatlerine inanarak hızlıca karar verilmesine neden oluyor olabilir. Nihayet, bu yöntemlerin 'yasal-öyleyse-güvenli' diye algılanan alışveriş alanına devlet eliyle sokulması ve devletin piyasa denetçisine indirgenmesi bireylerin son soru işaretlerini de ortadan kaldırıyor olabilir. Bunlar ve başka nedenlerin varlığı araştırılmalıdır. Tüm bu devasa belirleyicileri gözden kaçırarak bireysel seçimleri yargılamanın hem iletişim kurmayı güçleştireceği, hem de modern tıptan uzaklaştırıcı bir etki yaratacağı öngörülebilir (4).

Modern tıp dışı uygulamalar neden bilim dışıdır?

Bilindiği üzere en az 19. Yüzyıldan bugüne tıpta ve hekimlik mesleğinde kullanılan bilgi, pozitif bilim paradigması ve bilimsel yöntemle uygun olarak yapılan temel bilim ve klinik araştırmalarıyla üretilen bilimsel bilgidir. Hekimlik uygulamalarında bilimsel bilgi kullanmanın iki temel gerekçesinden ilki, mesleğin doğasından kaynaklanmaktadır; tıbbın temel bilimlere dayalı bir uygulamalı bilim olması bilimsel bilgi kullanmayı gerektirmektedir. İkincisi ise, meslek etiğinin bir gereği olarak toplum sağlığının korunması, hastaya zarar verilmemesi, beklenen yararın sağlanması ve insan onuruna saygıyı temel alan bir mesleki uygulama için geçerli ve güvenilir bilgiye olan gereksinimdir.

Bilimsel düşünce özünde bir anlama, bulma ve doğrulama yöntemidir; olgusal dünya hakkında güvenilir bilgiye ancak bu yolla erişilebilir. Bu bağlamda "olgusal gerçekliğin sistematik bir çabayla açıklığa kavuşturulması" olarak tanımlanan bilim, dinamik bir etkinliktir ve temel olarak olguları saptamaya yönelik gözlem,

deney, ölçme, varsayım, kavramsal çıkarım gibi işlemleri içeren eylemsel ve düşünsel süreçler bütünüdür. Bilimin konusu da zaman boyutunda gerçekleşen tekil değişiklik anlamına gelen “olay”lar değil, birçok kez yinelenen özdeş olaylar kategorisi anlamına gelen “olgu”lardır.

“Bilim, gözlem ve gözleme dayalı uslamlama yoluyla önce olguları, sonra bu olguları birbirine bağlayan yasaları bulma çabasıdır.” B. Russell

“Bilim, her türlü düzenden yoksun duyu verileri ile mantıksal olarak düzenli düşünme arasında uygunluk sağlama çabasıdır.” A. Einstein

Bilimin nitelikleri: Bilim çevrelerinde yaygın kabul gören ve titizlikle uygulamaya geçirilen yaklaşım, bir insan etkinliğinin “bilimsel” sayılabilmesi için temel bazı nitelikleri taşıması gerektiğidir. Bilim felsefesi çerçevesinde bilimin temel nitelikleri *olgusalılık*, *mantıksallık*, *nesnellik*, *eleştirelilik*, *genelleyicilik*, *seçicilik* ve *sistematiklık* olarak sıralanmaktadır. Bu noktada sayılan niteliklerin ne anlama geldiğine kısaca değinmek yararlı olacaktır.

Olgusalılık: Bilimsel önermeler doğrudan ya da dolaylı olarak gözlenebilen, deneysel olarak kanıtlanabilen olguları dile getirir; bir başka deyişle deney ve gözlemle doğruluğu kanıtlanamayan önermeler bilimsel değildir. Örneğin “dünya yuvarlaktır” biçimindeki önerme, deney ve gözlemle kanıtlanabilecek bir gerçeği dile getirdiği için olgusalılık niteliğine uygun bir önermedir. Buna karşılık örneğin “Tanrı vardır” ya da “Tanrı yoktur” biçimindeki bir ifade, Tanrı’nın varlığı ya da yokluğu deney ve gözlemle kanıtlanamayacağı için bilimsel bir önerme olarak nitelendirilemez.

Mantıksallık: Bilimin ulaştığı sonuçlar çelişkiden uzak ve tutarlıdır, çelişen önermeler doğru olarak kabul edilemez. Olgusal gerçekliğe ilişkin varsayım ya da kuramın doğrulanmasında insanda doğuştan var olan mantıksal düşünme ve çıkarsama yetilerine ilişkin kurallar geçerlidir.

Nesnellik: Bilimsel düşünme, gözlem ve sonuçları yorumlama süreci kişisel eğilim, istek, inanç, ve önyargılardan olabildiğince bağımsız gelişen bir süreçtir. Bu noktada bilim etkinliğinin sonuç olarak bir insan uğraşı olduğu, mutlak bir nesnellikten söz edilemeyeceği, dolayısıyla “olabildiğince” nesnel bir sürecin kast edildiği vurgulanmalıdır. Bilimsel araştırma sürecinin ve elde edilen sonuçların güvenilirliği bilimin nesnellik niteliğine bağlıdır.

Eleştirelilik: Bilimsel çalışmalarla ulaşılan hiçbir “doğru”, değişmez değildir; bilimsel önermeler ve bilimsel araştırmanın tüm aşamaları herkes tarafından sınanmaya ve eleştiriye açıktır. Eleştirel sürecin sonunda gözlem verileri ve deneyle doğrulanamayan görüşler terk edilir. Bu bağlamda bilim çevresinin eleştirisine kapalı kişisel deneyimler ve başarılar, bilimsel nitelik taşımaz.

Genelleyicilik: Bilimsel önermeler, açıklanması beklenen doğa gerçeğine ilişkin tikel olguları değil, olgu kümelerini konu edinir; bir başka deyişle söz konusu olgular arasındaki ilişkileri ve onların ortak özelliklerini dile getirir, onları araştırmaya odaklanır.

Eleştirelilik ve genelleyicilik bilimin önde gelen temel nitelikleridir; bilgi üretimi, sonuçların uygulamaya geçirilmesi ve bilimin gelişmesi büyük ölçüde bu niteliklerine bağlıdır.

Seçicilik: Bilimsel araştırma konusu olarak belirlenen olgular ya açıklığa kavuşturulamamış ve çözümlenememiş bir soruna ilişkindir ya da bir varsayımın ya da kuramın test edilmesinde kanıt değeri taşıma özelliğine sahiptir. Bu nedenle bilim insanı da gelişigüzel olgu istifi yapan bir “koleksiyoncu” değil, yanıtını aradığı sorularla ilgili seçici davranan ve onları açıklamaya çalışan kişidir.

Sistematiçlik: Bilimsel yöntemle uygun olarak yürütölen gözlem ve sonuçları yorumlama süreci, bir bütün olarak her aşamasında sınıflandırma ve akılcı yaklaşım gibi sistematik düşünme öğelerine dayanır. Bu bağlamda sistematizasyonu, olgulardan yola çıkarak yasa düzeyinde genellemelere ulaşma çabası biçiminde tanımlamak olanaklıdır (13).

Tıp alanında yukarıda dile getirilen temel niteliklere uygun bilimsel bilgi üretiminin en tipik örneklerinden biri bitki, hayvan ve maden kaynaklı moleküllerden tedavi amaçlı ürün ya da ilaç geliştirme süreçleri olsa gerektir. Bitkisel ürünlerin “ilaç” adı altında denetimsiz koşullarda aktarlarda ya da pazarlarda satışından, yönlendirici reklam kampanyaları eşliğinde ve aynı denetimsizlik içinde internet ortamında pazarlanmasına geçildiğı günümüzde bitkiden ilaca olan yolculuğı kısaca anımsamak yararlı olacaktır.

AR-GE süreci olarak bilinen bu meşakkatli ve 10-15 yıl süren uzun yolculuk her aşamasında farklı pek çok aktörün ve kurumun (araştırmacı, deney hayvanı, insan gönüllü, hasta, destekleyici kuruluş, araştırmacı kurum ve araştırma ortamı, etik kurul, denetleyici, yasal otorite.... vb) katılımı ve sorumluluğunda yürütölmektedir. İlaç geliştirme süreci konuyla ilgili ulusal/uluslararası yasal ve etik düzenlemelerle kontrol edilmektedir. Öncelikle vurgulanması gereken, bitkisel ürünlerin “doğal” olmasının onlara ilaç niteliğı kazandırmadığı, kaynağı doğal ya da sentetik olsun bir molekölü ilaç haline getirenin araştırma ve geliştirme sürecindeki düzenlemelere uygun işlemler ve ruhsatlandırma olduğudur (14). İkinci önemli nokta “doğal olanın zararsız olduğu” yönündeki yanlış algıdır. Hangi bitkisel ürünün, hangi dozda, ne ölçüde, hangi hastalıkta, nasıl ve neden yararlı ya da zararlı olduğuna ilişkin araştırma yapılmadığı sürece zararsız, güvenli ve etkili olduğunun söylenemeyeceğidir.

İlaçlar için olmazsa olmaz, ancak bitkisel ürünler için henüz geçerli olmayan AR-Ge süreci, prelinik ve klinik araştırmalar olmak üzere iki ana aşamada yürütölmektedir. Bu süreçte baraj niteliğı taşıyan ve deney hayvanları üzerinde yapılan prelinik çalışmalar, henüz “ilaç aday adayı” olan molekölün etkililiğı, güvenliliğı ve toksisitesi hakkında bilgi üretilen aşamadır. Barajı geçebilen ve insan sağılığı için yüksek risk taşımadığı saptanan molekölün insanlar üzerinde incelendiğı klinik araştırmalar ise dört fazda gerçekleştirilmektedir. Faz çalışmalarında “ilaç adayı” molekölün insanda güvenle test edilmesi için, klinik protokollere ve klinik etik düzenlemelere uygunluk zorunludur. Az sayıda sağılıklı gönüllü üzerinde yapılan Faz I, farmakokinetik, toksik özelliklerin araştırıldığı, doz sınırlarının belir-

lendiği aşamadır. Etkililik ve güvenilirliğin test edildiği, etkili terapötik doz aralığının belirlendiği Faz II ise, az sayıda hasta gönüllüler üzerinde yapılan çalışmalarıdır. Faz III çalışmaları genellikle çok merkezli olarak ve yeterli sayıda hasta gönüllü katılımıyla yürütülen etkililik ve güvenilirlik çalışmalarıdır. Bu aşamadan sonra ancak ruhsatlandırılabilen ve kullanılmaya başlanan ilaç, Faz IV çalışmalarıyla etkililik, güvenilirlik ve yan etkiler açısından geniş toplum kesimlerinde test edilir. Klinik aşamaların tümünü tamamlayan ve ruhsatlanan ilaç oranı, başlangıçtaki ancak %10'dur (14).

Bu noktada şu soru anlam kazanmaktadır; sözü edilen AR-GE aşamalarında test edilmeyen, bilimsel nitelikte hiçbir çalışmanın yapılmadığı, kontrollü gözlem ve deneye dayalı bilgi değil deneme-sınamaya dayalı malumatın esas alındığı, Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı'ndan ruhsatlı bitkisel ürünlerin insanlar için etkili ve güvenli kullanımından söz edilebilir mi?

Benzer olarak söz konusu yöntemlerin bazılarının etkililik ve güvenilirliği hakkındaki bilginin yeterli olmadığı, bazılarının etkililiği ve güvenilirliğinin bilinmediği, bazılarının ise etkin ve/veya güvenli olmadığı bilindiği görülmektedir. “*The Desktop Guide to Complementary and Alternative Medicine*” adlı kitapta yer alan 685 modern tıp dışı yöntemle ilişkin kanıtların incelendiği bir çalışmada; bu uygulamaların sadece %7.4'ü hakkında bir dereceye kadar güvenilir bilgi olduğu, bunların yaklaşık üçte birinin egzersiz, diyet, domates, lifli gıda, masaj ve grup terapisi gibi klasik önerilerden oluştuğu dile getirilmiştir. *Homeopati* üzerine Britanya Parlamentosu'nca kurulan Bilim ve Teknoloji Komitesi'nin hazırladığı raporda; bu yöntem üzerine yapılan araştırmaların yeterli düzeyde olduğu, homeopati uygulamanın bilimsel olarak haklı çıkarılmadığı, çünkü etkisinin plasebodan daha fazla olmadığı saptanmıştır. Raporda bu bilgilere dayanarak hükümete şu önerilerde bulunulmaktadır: “*Hükümet, bu ürünlere lisans verip eczane raflarında bulunmalarını sağlayarak, homeopatinin etkili bir tıbbi yöntem olduğunu onaylamış olmaktadır. Hastaların güvenini tesis etmek, güvenliğini sağlamak ve seçim hakkının gereğini yerine getirmek için hükümet homeopati de dahil olmak üzere hiçbir plasebo yöntemin kullanımını desteklememelidir. Hükümet homeopati ürünlerinin geri ödemesini durdurmalı, bu ürünlerin lisansları yenilenmemelidir.*” Bu örnekler modern tıp dışı ve bazıları oldukça popüler yöntemlerin aslında bilimsel açıdan zayıf temellere dayandığını ve bu yöntemlerin kullanılmaması gerektiğini göstermektedir (4).

Geleneksel/ alternatif/ tamamlayıcı sağlık uygulamalarının tanım farklılıklarını gözden ırak tutmaksızın, onların aşağıda sıralanan ortak özellikleri ve yukarıda dile getirilen bilimin nitelikleri, uygulamadaki örneği ve haklarındaki bilgi eksikliği temel alınarak yapılacak bir değerlendirme, söz konusu uygulamaların “*bilim içi mi bilim dışı mı*” olduğu sorusuna yanıt verme sürecinde yararlı olacaktır.

Geleneksel/ alternatif/ tamamlayıcı uygulamaların ortak özellikleri:

- Büyük çoğunluğunda mistik öğeler, gizemli inançlar ve sezgisel bilgi belirleyici önem taşımaktadır.

- Bilimde geçerli olan doğal nedensellik ilkesi yerine “doğüstü nedensellik anlayışı”, deneysel yöntem yerine “deneycilik” egemen kılınmaktadır.
- Açıklamalarla uğraşmaz, temel dayanağı açıklanamazlığın gizemidir. Tanımlar değil, tarifler vardır; veriler, istatistiksel yöntemler, sınıflandırmalar önemsizdir. Bilim açıklanamaz olanı açıklamaya çalıştığı için başarısızdır.
- Güvenilir bilgi üretmek amacı ve kaygısı yoktur. Yöntemlerin denenebilir, sınamamaz oluşu uygulayıcılar için bir eksiklik değil, aksine bir üstünlüktür. Uygulayıcının gücü başarının sırrıdır.
- Olgularla değil, tek tek olaylarla ilgilenir. Uygulayıcının kendisi ya da çevresi tarafından yayılan söylencelerde, “bilimsel tıbbın çaresiz kaldığı bir durumda hastanın son bir umutla başvurduğu ve tümüyle iyileştiği” vurgulanır ancak ortaya çıkan zarar ve olumsuz sonuçlardan hiç söz edilmez.
- İnanç, iyileştirme ya da tedavi için önkoşuldur ve her yöntem için farklı biçimde adlandırılır; ruhsal enerji, esir vücut, etkin güç vb.
- Etkin öğelerin ölçülemez ve saptanamaz oluşu, uygulayıcılara göre bir eksiklik değil, bilimsel tıba üstünlük özelliğidir.
- Hastalıkla değil, tedaviyle ilgilenir; pek çok yöntemin genellikle her tür hastalıkta kullanılabileceği kabul edilir, ancak etki mekanizması söz konusu edilmez.
- Alternatif grubunda yer alan uygulamalar arasında herhangi bir anlamlı bağ, ortak özellik yoktur. Tek ölçüt Batı tıbbının ana akımı içinde yer almamasıdır (7, 15).

Etik yaklaşım ve hekim tutumu:

Sağlık hizmetlerinin metalaştırıldığı, tedavi seçeneklerinin pahalı, yetersiz ve ulaşılamaz olduğu, hekim-hasta ilişkisinde güven ve iletişim sorunlarının yaşandığı, sağlığın bireyselleştirilerek sorumluluk ve çözümün bireyin tercihlerine terk edildiği, aklın ve bilimin şeytanlaştırıldığı, gelenek ve göreneklerin egemenliğini sürdürdüğü, doğal olana ilginin popülerleştiği, medyanın yönlendirici etkisinin arttığı, sermayenin tıp dışı uygulamalara önemli ölçüde yatırım yaptığı ve yasal düzenlemelerle uygun ortamın hazırlandığı günümüz koşullarında, hızla yaygınlaşan tıp dışı uygulamalara ilişkin hekim tutumunun belirlenmesi önemli bir sorun olarak karşımızdadır. Sorunun çözümünde kuşkusuz evrensel hekimlik meslek etiği ilkeleri ve mesleki sorumlulukların yasal çerçevesi temel yol gösterici olacaktır.

Etik yaklaşımın genel çerçevesini belirlemek açısından yol gösterici belgelerden kronolojik olarak ilki Türk Tabipleri Birliği (TTB) öncülüğünde, İstanbul Tabip Odası koordinatörlüğünde, ilgili meslek örgütleri ve uzmanlık demeklerinin katkı-

lımıyla oluşturulan Bitkisel Ürünler Çalışma Grubu'nun 2012 yılında hazırladığı **“Bitkisel Ürünler ve Sağlık-Bilimsel Çerçeve ve Etik Açısından Yaklaşım”** adlı kapsamlı rapordur. Konuyla ilgili tanımlamaların, dünyada ve Türkiye’de kullanım durumunun, kullanım artışına neden olan dinamiklerin, sağlık açısından risklerin, hukuksal çerçevenin, toplumsal sorumlulukların ve önerilerin ele alındığı raporun “Etik Açısından Yaklaşım” başlıklı V. Bölümünde şunlar dile getirilmiştir;

- ‘Gereksinilen sağlık hizmetine erişim hakkı’; her durumda korunması / gereğinin yerine getirilmesi gereken bir hak olarak, bitkilerin tıbbi amaçlı kullanımına ilişkin oluşturulacak tutumların odağındaki değer olmalıdır.
- İnsan yaşamına, sağlığına, kişiliğine ve onuruna saygı göstermeyi birincil ödev sayan meslek ahlakı kuralı; politika üretenler, karar vericiler, yasal yetkileri olanlar, sağlık çalışanları ve bilim insanları için temel yükümlülüğü ifade etmektedir.
- Her koşulda hasta (ya da sağlıklı kişi) yararını öncelemek, çıkar çatışmalarını önlemek ya da çözmek için yol göstericidir.
- Sadece bireyleri işaret etmek yerine kişisel tercihleri büyük oranda belirleyen toplumsal, ekonomik ve politik dinamikleri dikkate almak, her türlü saptama ve önerinin gerçekçi olması için önkoşuldur.
- Toplum yararını gözetmek ve öncelemek için var edilen devletin yükümlülüklerine vurgu yapmak, daha adil bir talep yaratılmasını sağlar. Bu bağlamda; söz konusu yöntemlerin bilimselliğinin değerlendirilmesi sağlamak, hakkında bilimsel bilgi bulunmayan yöntemlerin tanıtılmasını, satışını ve kullanılmasını engellemek, ilgili düzenlemelerin sağlık hizmetlerine erişim hakkıyla ve bilimsel bilgiyle uyumlu olmasını sağlamak, modern ilaçlara erişimi kısıtlayan, tıbbi insana yabancılaştıran her türlü politikayı reddetmek devletin ödevleri arasında sayılmalıdır.
- Temel olarak yanıtlanması gereken soru, tıbbi bitkilerin/ürünlerin; modern tıbbın yetersiz kaldığı alanlarda, dolayısıyla “yerine başkası konulmaz” özellikli; etkili, güvenli, ilaç etkileşimleri, uzun dönem etkileri sağlam kanıtlarla bilinen maddeler olup olmadığıdır.
- Bu niteliklere sahip maddeler; pazar güdümüyle değil toplum sağlığı kaygısıyla üretilip dağıtılmalı, alternatif / yerine değil, tamamlayıcı / yanına maddeler olarak kullanılmalıdır.
- Etkililiği ve geçerliliği bilimsel yöntemle gösterilmemiş uygulamalar, hakkında ‘yeterince bilgimiz olmadığı için’ kullanılmamalıdır. Aksi durumda yaşam ve sağlık, haklı çıkarılamayacak bir gerekçeyle riske atılmış olur.
- İnsanların umutlarını, çaresizliklerini, bilgisizliklerini kullanarak maddi çıkar sağlamak; sadece onları maddi kayba uğrattığı için değil, esasen yaşam ve sağlıklarını tehlikeye attığı için, temelsiz umutlar yaratarak değerli zamanlarını yararsız ve hatta zararlı olabilecek şeylerle harcamalarına neden olduğu için yanlıştır.
- Kişiler ve şirketlerle çıkar ilişkisi kurmaktan kaçınılmalıdır (16).

Rapor Ek'inde ise, etik yaklaşım çerçevesinin yasal dayanaklarından biri olarak Tıbbi Deontoloji Tüzüğü (TDT) ve TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları (HMEK)'nin ilgili maddeleri yer almaktadır. Özetle bu maddeler ve ana temaları şu şekilde sıralanmıştır; (16)

- Birincil görev olarak, insanın, yaşamı, sağlığı, kişiliği ve onuruna saygı ve özen göstermek TDT madde 2, HMEK madde 5
- Bilimsel bilgi kullanmak....TDT madde 13, HMEK madde 12
- Bilimsel - aldatıcı tanı ve tedavi uygulamamak TDT madde 13, HMEK madde 12
- Ticari görünüm vermemek, reklam yapmamak TDT madde 8, 9, HMEK madde 11
- Çıkar ilişkisi kurmamak TDT madde 13, HMEK madde 14, 15
- Toplumun yanlış yönlendirmemek HMEK madde 11.

Konuya ilişkin hekim tutumu ve etik yaklaşımın belirlenmesi bağlamında yararlanacağımız ikinci belge, TTB'nin ortak üye statüsünde üyesi olduğu Avrupalı Hekimler Daimi Komitesi (CPME) tarafından hazırlanan ve 2015'te kabul edilen **“Avrupalı Hekimler Daimi Komitesi Tamamlayıcı ve Alternatif Uygulamalar Üzerine Tutum belgesi”** adlı belgedir. Metnin durum saptaması ve gerekçelerin yer aldığı başlangıç bölümünde; hastaların sorunlarına çözüm aramak için geleneksel, alternatif ve tamamlayıcı uygulamalara başvurabildiği, söz konusu yöntemleri uygulayanların plasebo etkisinden yararlandığı, hekimlerin bu yöntemleri ve ürünleri kullanan hastalarla karşılaştıklarında onları en iyi klinik sonuçları sağlayan tedavi seçenekleri ve geleneksel, alternatif, tamamlayıcı uygulamaların riskleri hakkında aydınlatmaları gerektiği dile getirilmektedir. Ayrıca pek çok AB ülkesinde bu uygulamaların çoğuna ilişkin yasal düzenleme olmamasının hastaların sağlık ve güvenliğini önemli ölçüde riske attığı, bilimsel kanıtı dayandırmayan uygulama ve ürünlere ilişkin reklamların hastaları yönlendirdiği, bunun tanı ve tedavide gecikmeye yol açarak hastalara ölümcül zararlar verebildiği belirtilmekte; alternatif uygulamalarda bulunanların temelsiz iddialar öne sürmelerini ve yanıltıcı reklam yapmalarını engellemek için yasal önlemler alınması gerektiği uyarısı yapılmaktadır. Belgenin son bölümünde ise aşağıdaki görüş ve öneriler yer almaktadır;

- Her hasta bilimsel kanıtı dayanan olası en iyi tedaviyi hak eder.
- Tüm tıbbi girişimlerin etkililiği ve güvenliliği sürekli olarak yeniden değerlendirilmeli, yeni tanı-tedavi yöntemleri bilimsel yöntem ve DHB Helsinki Bildirgesi etik ilkeleri dikkate alınarak sınanmalıdır.
- Hekimlerine bilimsel tıbbi alternatif aradıklarını bildiren hastalar alternatif yöntemlerin doğası hakkında yansız biçimde aydınlatılmalıdır. Hekimler, özellikle çocuklar, psikiyatrik hastalar, kanser hastaları, şiddetli kronik hastalığı olan grupların alternatif uygulamaların risklerine karşı savunmasız olduklarının bilincinde olmalı, bu tür durumlarda tıbbi tedavi yanında bu uygulamaların kullanımı konusunu hastalarıyla tartışmalıdır.

- Hekimler uygulayacakları herhangi bir yöntem için bilimsel kanıt olup olmadığını dikkate almalıdır.
- Toplum geleneksel, alternatif ya da tamamlayıcı uygulamaların bir uzmanlık alanı olmadığı, bu alanlardaki sertifikalı eğitimlerin uzmanlık eğitime karşılık gelmediği konusunda bilgilendirilmelidir.
- AB, bu uygulamaları kullanan hastaların güvenliğini sağlamaya yönelik yasal düzenlemelerin sıkılaştırılması konusunda üye ülkelere ısrarcı olmalı, toplum sağlığını korumak için zararlı olduğu anlaşılan uygulamaların durdurulması ya da sınırlandırılmasını sağlayacak bir mekanizma oluşturulmalı, uygulamaların etkililiği üzerine yanıltıcı bilgilerle hastaların /yurttaşların güveninin kötüye kullanılmaması için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
- Toplum sağlığı hizmetlerine ayrılan bütçeler sadece etkili ve güvenli girişimler için harcanmalıdır (17).

Meslek etiği açısından yol gösterici nitelikteki son belge, meslek örgütümüzün hekimlik mesleğini ve toplum sağlığını etkileyen soruna yönelik çalışmalarının devamı niteliğinde olan ve TTB Halk Sağlığı Kolu tarafından 28-29 Mayıs 2016 tarihlerinde İstanbul'da düzenlenen sempozyum sonucunda hazırlanan **“TTB Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarına Hekim Yaklaşımı Sempozyumu Sonuç Bildirgesi”** dir. Bildirge'nin sempozyumda yapılan saptamaları içeren giriş bölümünde; kamusal hizmetlerin daralması, sağlık hizmetlerinin piyasalaşma süreci ve bu süreçte yaygınlaştırılan kamusal hizmetlerle ilgili olumsuz söylemlerin modern tıbbı olan güveni zedelediği, son yıllarda sağlık algısında ortaya çıkan değişimin, bedeninin fetişleştirilmesi ve sağlığın bireyselleşmesinin alternatif arayışlarla ilişkili olduğu, dünyada her üç kişiden birinin geleneksel, alternatif, tamamlayıcı tıp (GATT) uygulamalarını kullanmakta olduğu, GATT'ın bir 'pazar' haline dönüştüğü, sık kullanılan bitkisel ürünlerin ilaç geliştirme süreçlerinden geçmedikleri için güvenilir olmadığı, bu ürünlerin “doğal” olmasının zararsız oldukları anlamına gelmediği, aksine öteki ilaçlarla etkileşimleri sonucu kişilerin sağlığını tehdit eden klinik tablolara neden olabildikleri dile getirilmektedir. Bu saptamalar ışığında geliştirilen öneriler ise şunlardır:

- Sağlık Bakanlığı GATT ile ilgili alanı düzenlemeli ve denetlemelidir. Konuyla ilgili oluşturulan mevzuat kanıta dayalı bilgilere dayanarak gözden geçirilmeli ve temel yaklaşım olarak tedbir ilkesi esas alınmalıdır.
- GATT uygulamalarından çok azının sınırlı endikasyonlarda etkililik ve güvenliliği kanıtlanmıştır. Bu gerçeğin hekimlerle ve toplumla güçlü bir şekilde paylaşılması önemlidir.
- Etkililiği ve güvenliliği bilimsel yöntemlerle gösterilmemiş ya da etkili ve güvenli olmadığı gösterilmiş GATT uygulamaları yasaklanmalı, Yönetmelik dahil ilgili düzenlemeler revize edilmeli, bu tür ürünler piyasadan çekilmelidir.

- Bitkisel ürünlerin ruhsat izin sürecinde Sağlık Bakanlığı'nın ağırlığı artırılmalıdır.
- Dünya Sağlık Örgütü bitkisel ürünlerin ilaç olmadığını, güvenlik sorunu olduğu konusunda sürekli bültenler yayınlamaktadır; Sağlık Bakanlığı'nın da bu yönde bir bakış açısı ve uygulaması olmalıdır.
- Türkiye'de aktarlar yeterince denetlenmemektedir; aktarlar ile ilgili geniş kapsamlı mevzuat hayata geçirilmelidir.
- GATT reklamlarındaki yasaklar sıkı bir biçimde denetlenmelidir. Medya bu konuda sorumlu davranmalıdır.
- Sağlığı tehdit eden GATT uygulamalarının yetkililere bildirilmesi için farkındalık oluşturulmalı, bu bildirim sağlık çalışanları için mesleki bir yükümlülük olarak görülmelidir. Meslek örgütü bilimsel olmayan ya da bilimselliği gösterilmemiş uygulamalarda bulunan hekimlere yaptırım uygulayarak kendisine verilen toplum sağlığını koruma görevini yerine getirmelidir.
- Hekimler, tbbi öykü alırken GATT konusunu özel olarak sorgulamalıdır. Bu sorgulamada hastada yargılanma yada suçlanma gibi bir algı oluşmamasına özen gösterilmelidir.
- GATT konusunda pek çok tıp disiplinin yer aldığı bağımsız ve özerk bilimsel bir yapı oluşturulmalıdır. Bu yapı GATT uygulamalarının bilimselliğinin araştırılması için bir politika oluşturulması, GATT uygulamalarının bilimselliğine dair, özelliklede sık kullanılan fitoterapi ürünlerinin ilaçlarla etkileşimi konusunda kılavuz oluşturulması, toplumun bilgilendirilmesi, ilgili düzenlemelere yön verilmesi ve benzeri konularda yetki sahibi kılınmalıdır (18).

Sonuç:

Geleneksel, alternatif, tamamlayıcı sağlık uygulamalarının çeşitli yönleriyle ele alındığı bu makalede sonuç olarak, konuyla ilgili yapılan tartışmalar, elde edilen bilgiler ve yukarıda sunulan belgeler göz önünde bulundurularak etik yaklaşım ve hekim tutumuna ilişkin temel bazı noktalar ve öneriler anlamında şunlar söylenebilir:

- Geleneksel/ alternatif/ tamamlayıcı sağlık uygulamalarına ilişkin var olan kavram karışıklığı, tanımlamalardaki bulanıklık, uygulama alanları arasındaki geçişlilik nedeniyle farklılıkların gözden kaçırılması ve toptan reddedilmesi yerine, uygulamaların birer yöntem olarak etkililik- güvenlilik zemini üzerinden sistematik yaklaşımla değerlendirilmesi uygun olacaktır.
- Hastaların nitelikli sağlık hizmeti alma, gereksindikleri sağlık hizmetine fırsat eşitliği temelinde erişme, hizmetlerden adil yararlanma, kendilerine uygulanacak tedavi konusunda bilgilendirilme ve karar sürecine ka-

tilma haklarının yaşama geçirilmesi, tanı-tedavi süreçlerinde zarar görmemesi ve toplum sağlığının riske atılmaması açısından; öncelikle etkililiği ve güvenilirliği bilinmeyen, güvenli olmadığı bilinen, plasebodan farklı bir etkisinin olmadığı belirlenen, “alternatif tıp” iddiasıyla sunulan ve şarlatanlık kapsamına giren uygulamalara karşı etkin tutum alınması gerekmektedir.

- Yöntemlerin etkili ve güvenli olup olmadıklarının bilimsel kuşkuçulukla sorgulanması; kullanılmalarına karşı çıkış nedeninin etkili ve güvenli olduklarına ilişkin yeterli bilgi olmamasına dayandırılması, bu bağlamda uygulamalar hakkında bilimsel araştırmaların yapılması gerektiğinin, etkililik ve güvenilirliğin ancak bu yolla kanıtlanabileceğinin vurgulanması, tıpta bilimsel bilgi üretiminin dinamik bir süreç olduğunun ve bilgilerin sürekli yenilediğinin göz önünde bulundurulması yönünde çaba gösterilmelidir.
- Toplumda modern tıptan uzaklaşmanın ve tıp dışı uygulamalara yönelimin nedenlerinin, sağlık hizmeti üretimini belirleyen farklı dinamikler dikkate alınarak çok boyutlu sorgulanması; bu bağlamda sağlık politikaları, hekim-hasta ilişkileri, hekim-tıbbi endüstri ilişkileri, meslek etiği, dönemin sağlık-hastalık algısını belirleyen toplumsal dinamiklerin akılcı, eleştirel ve çözümleyici yaklaşımla değerlendirilmesi gündemde tutulmalıdır.
- Hekimlik mesleğinde bilimsel bilgi kullanma yükümlülüğünün meslek etiğinin bir gereği olduğu bilinciyle; hastaya uygulanacak girişimlerin zarar vermeme- yarar sağlama ilkelerini yaşama geçirmek üzere risk değerlendirmesi temelinde planlanması, zarar verme olasılığı fazla olan girişimlerden uzak durulması önerilmelidir.
- Çağımızda modern tıp uygulamalarına erişimin sağlık hakkı kapsamında değerlendirilmesi, sağlık hizmetlerinde “mümkün olanın en iyisi”nden daha azının kabul edilemez bulunması ve bunun hekimin bilimsel bilgi kullanma yükümlülüğü ile sağlanabileceğinin belirlenmiş olması hatırlatılmalıdır.
- Bilimsel bilgi kullanma yükümlülüğünün yalnızca hekimlik etiğiyle değil sağlık hakkıyla da gerekçelendirilmiş olması nedeniyle, bu yükümlülüğün bütün sağlık uygulayıcıları için geçerli olması gerektiği görüşü yaygınlaştırılmalıdır.
- Herhangi bir uygulamanın etkili ve güvenli olduğu bilimsel yöntemle gösterilmemişse ya da tersi gösterilmişse o uygulamanın kullanılmasının etik açısından haklı çıkarılamayacağı kabul edilmelidir (4).
- Modern tıp dışı uygulamaların yaygınlaşması ve adeta sağlık hizmet sunumunun bir parçası haline gelmesi sürecinde; bu süreci destekleyen, yönlendiren, hızlandıran dinamiklerin ve hasta isteklerinin de etkisiyle sertifikalı eğitimlere dayanarak bu yöntemleri uygulayan hekimlerin has-

talarına, topluma ve meslektaşlarına karşı yasal ve etik yükümlülüklerinin bilincinde olması; bu bağlamda hangi motivasyonla olursa olsun kendilerine başvuran hastaların modern tıbbı ve hekimlik mesleğine duydukları güveni zedeleyecek tutumlardan kaçınması, hastaların içinde buldukları durumu kötüye kullanmaması, toplum sağlığının korunması konusundaki sorumluluklarını gözden ırak tutmaması, mesleki dayanışma yerine rekabeti önceleyen ve uzmanlık dışı faaliyet kapsamına girebilecek uygulamalar konusunda farkındalık taşıması için meslek örgütü ve uzmanlık derneklerinin işbirliğinde meslek içi eğitim de içinde olmak üzere gerekli mekanizmalar oluşturulmalıdır.

KAYNAKLAR:

1. World Health Organization. Traditional medicine. <http://www.who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/about/en/>(Son erişim tarihi: 20.03.2018)
2. UNESCO International Bioethics Committee. Report of the IBC on Traditional Medicine Systems and Their Ethical Implications (2013). <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002174/217457e.pdf>
3. Ceylan S. Anadolu'da halk hekimliği. *Sağlık ve Toplum*, 2000; 10 (2): 3-7.
4. Civaner M. Hekimin modern tıp dışı yöntemlere yaklaşımı nasıl olmalı? *Toplum ve Hekim*, 2017;32(1):9-13.
5. Belek İ. *Yaşayan Geleneksel Sağlık Uygulamaları İçinde İlkel Bilinç Yapılanmalarının İrdelenmesi*. Yayımlanmamış uzmanlık tezi. HÜTF Halk Sağlığı AD, Ankara, 1990; s.66-69.
6. Stanway A. *Alternatif Tıp El Kitabı* (Çev.A.Aker ve ark), İnsan Yayınları, 2.Baskı, İstanbul, 1992: 14-22.
7. Öztürk H. Postmodernist şifa dağıtımı. *Bilim ve Ütopya*, 1996; 29: 24-25
8. Taneri P.E-Akiş N. Geleneksel, Alternatif, Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri. *Tıbbın Alternatifi Olmaz! Geleneksel Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları*. TTB Halk Sağlığı Kolu. TTB Yayınları, 2017: 55-97.
9. Tütüncü S. Geleneksel, Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarına Genel Bir Bakış. *Tıbbın Alternatifi Olmaz! Geleneksel Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları*. TTB Halk Sağlığı Kolu. TTB Yayınları, 2017: 11-53.
10. Karahancı O.N. ve ark. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği ile Yönetmelik Taslağı'nın karşılaştırılması, *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 2015;2(2): 117-26 .
11. Büken N ve ark. Toplumda bir kesimin tıp dışı uygulamalar konusunda görüşleri. *T Klin Tıbbi Etik*, 1996; 4: 118-21.
12. Belek İ. Gericilik döneminde tıbbı "alternatif" dayatması. *Toplum ve Hekim*, 2017;32(1):5-8.

13. Yıldırım C. *Bilim Felsefesi*. Remzi Kitabevi, 5. Basım, İstanbul, 1996: 19-23.
14. Yarış E. Molekülde ilaca ama bitkiden nereye? *Toplum ve Hekim*, 2017;32(1):14-17.
15. Oğuz NY. Alternatif tıp-Tıbbın alternatifi olabilir mi? *T Klin Tıbbi Etik*, 1994; 2 (1): 8-11.
16. TTB Merkez Konseyi, İstanbul Tabip Odası. *Bitkisel Ürünler ve Sağlık - Bilimsel Çerçeve ve Etik Açısından Yaklaşım*. TTB Yayınları, Ankara, 2012: 21-23, 34.
17. Avrupalı Hekimler Daimi Komitesi (CPME) Tamamlayıcı ve Alternatif Uygulamalar Üzerine Tutum Belgesi (Çev. M.Civaner). *Toplum ve Hekim*, 2017; 32 (1): 51-52.
18. TTB Halk Sağlığı Kolu. *Tıbbın Alternatifi Olmaz! Geleneksel Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları*, TTB Yayınları, Ankara, 2017: 301-303.

EKLER

TIBBİ DEONTOLOJİ TÜZÜĞÜ

Yürürlüğe Koyan Bakanlar Kurulu Karamamesi: No.4/12578 - 13 Ocak 1960

(Resmi Gazete ile neşir ve îlânı: 19 Şubat 1960 - Sayı: 10436)

3.t. Düstur, c.41 - s.164

MADDE 1 - Tabip ve dış tabiplerinin, deontoloji bakımından riayetle mükellef oldukları kaide ve esaslar bu Nizamnamede gösterilmiştir.

6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanununun 7 nci maddesi mucibince tabip odalarına kayıtlı bulunan tabip ve dıştabipleri, bu Nizamname hükümlerine tabidirler.

BİRİNCİ KISIM

UMUMİ KAİDE VE ESASLAR

MADDE 2 - Tabip ve dış tabibinin başta gelen vazifesi, insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermektir.

Tabip ve dış tabibi; hastanın cinsiyeti, ırkı, milliyeti, dini ve mezhebi, ahlâki düşünceleri, karakter ve şahsiyeti, içtimai seviyesi, mevki ve siyasi kanaatı ne olursa olsun, muayene ve tedavi hususunda âzami dikkat ve ihtimamı göstermekle mükelleftir.

MADDE 3 - Tabip, vazifesi ve ihtisası ne olursa olsun, gerekli bakımın sağlanamadığı âcil vakalarda, mücbir sebep olmadıkça, ilk yardımda bulunur.

Dış tabibi de, kendi sahasında, aynı mükellefiyete tabidir.

MADDE 4 - Tabip ve dış tabibi, meslek ve sanatının icrası veslesıyla muttali olduğu sırları, kanuni mecburiyet olmadıkça, ifşa edemez.

Tıbbi toplantılarda takdim edilen veya yayınlarda bahis konusu olan vakalarda, hastanın hüviyeti açıklanamaz.

MADDE 5 - Sağlık müesseselerinde tatbik olunan usul ve kaideler mahfuz olmak üzere, hasta; tabibini ve dış tabibini serbestçe seçer.

MADDE 6 - Tabip ve dış tabibi, sanat ve mesleğini icra ederken, hiç bir tesir ve nüfuza kapılmaksızın, vicdanî ve meslekî kanaatına göre hareket eder.

Tabip ve dış tabibi, tatbik edeceği tedaviye tâyinde serbesttir.

MADDE 7 - Tabip ve dış tabibi sanat ve mesleğinin icrası dışında dahi olsa, meslek ahlâk ve adabı ile telif edilemeyen hareketlerden kaçınır.

MADDE 8 - Tabiplik ve dış tabipliği mesleklerine ve tedavi müesseselerine, ticari bir veçhe verilemez.

Tabip ve dış tabibi, yapacağı yayınlarda tababet mesleğinin şerefini üstün tutmaya mecbur olup, ne suretle olursa olsun, yazıların da kendi reklâmını yapamaz.

Tabip ve dış tabibi, gazetelerde ve diğer neşri vasıtalarında, reklâm mahiyetinde teşekkür ilânları yazdıramaz.

MADDE 9 - Tabip ve dış tabibi, gazete ve sair neşir vasıtaları ile yapacağı ilânlarda ve reçete kâğıtlarında, ancak ad ve soyadı ile adresini, Tababet İhtisas Nizamnamesine göre kabul edilmiş olan ihtisas şubesini, akademik ünvanını ve muayene gün ve saatlarını yazabilir.

Muayenehane kapılarına veya binaların dışına asılacak tabebâların ebadı ve adedi, mahalli tabip odaları tarafından tesbit edilebilir. Tabipler ve dış tabipleri, tabip odalarının bu husustaki kararlarına riayet etmekle mükelleftirler.

Tabelâlarda en çok iki renk kullanılabilir. Işık verici vasıtalarla tabelâları süslemek yasaktır

MADDE 10 - Araştırma yapmakta olan tabip ve dış tabibi, bulduğu teşhis ve tedavi usulünü, yeter derecede tecrübe ederek faydalı olduğuna veya zararlı neticeler tevhit etmeyeceğine kanaat getirmediğçe, tatbik veya tavsiye edemez. ancak, yeter derecede tecrübe edilmemiş olan yeni bir keşfin tatbikatı sırasında alınacak tedbirler hakkında ilgililerin dikkatini celbetmek ve henüz tecrübe safhasında olduğunu ilâve etmek şartı ile, bu keşif tavsiye edebilir.

Bir keşif hakkında yalnız kanaat uyandıracak ifadeler kullanılması yasaktır.

MADDE 11 - Tecrübe maksadı ile insanlar üzerinde hiç bir cerrahi müdahale yapılamıyacağı gibi aynı maksatla kimyevî, fizikî veya biyolojik şekilde herhangi bir tedavi de tatbik edilemez.

Klâsik medotların bir hastaya fayda vermeyeceği klinik veya lâboratuvar muayeneleri neticesinde sabit olduğu takdirde daha önce, mûtat tecrübe hayvanları üzerinde kâfi derecede denenmek suretiyle faydalı tesirleri anlaşılmiş olan bir tedavi usulünün tatbikî caizdir. Şu kadar ki, bu tedaviinin tatbik edilebilmesi için, hastaya faydalı olacağını ve muvaffakiyet elde edilmemesi halinde ise mûtat tedavi usullerinden daha elverişsiz bir netice alınmayacağını muhtemel bulunması şarttır.

Evvelce tecrübe edilmiş olmamakla beraber, zarar vermesine ihtimal bulunmayan ve hastayı kurtarması kati görülen bir müdahale yapılabilir.

MADDE 12 - Tabip ve dış tabiplerinin:

A) Hastalara, herhangi bir suretle olursa olsun, haksız bir menfaat temini istihdaf eden fiil ve hareketlerde bulunanları;

B) Birbirlerine, muayene ve tedavi için hasta göndermeleri mukabilinde ücret alıp vermeleri;

C) Kendilerine hasta temini maksadiyle, eczacı, yardımcı tıbbi personel ve diğer her hangi bir şahsa tavassut ücreti ödemeleri;

D) Şahsi bir menfaat düşüncesi veya gayrimeşru bir gaye ile ilâç, tıbbi alet veya vasıtalar tavsiye etmeleri yahut sağlık müesseselerine hasta sevketmeleri veya yatırmaları;

E) Muayene ve tedavi ücretinin tesbiti ve bunun ödenmesi hususunda, üçüncü şahısların tavassutunu kabul etmeleri;

caiz değildir.

İKİNCİ KISIM

MESLEKDAŞLARIN HASTALARI İLE MÜNASEBETLERİ

MADDE 13 - Tabip ve dış tabibi, ilmî icaplara uygun olarak teşhis koyar ve gereken tedaviyi tatbik eder. Bu faaliyetlerinin mutlak surette şifa ile neticelenmemesinden dolayı, deontoloji bakımından muaheze edilemez.

Tababet prensip ve kaidelerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yasaktır.

Tabip ve dış tabibi; teşhis, tedavi veya korunmak gayesi olmaksızın hastanın arzusuna uyarak veya diğer sebeplerle, akli veya bendeni mukavemetini azaltacak her hangi bir şey yapamaz.

MADDE 14 - Tabip ve dış tabibi, hastanın vaziyetinin icabettirdiği sıhhi ihtimamı gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak ve sıhhatini korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmakla mükelleftir.

Tabip ve dış tabibi, hastasına ümit vererek teselli eder. Hastanın maneviyatı üzerine fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimali bulunmadığı takdirde, teşhise göre alınması gereken tedbirlerin hastaya açıkça söylenmesi lâzımdır. Ancak, hastalığın, vahim görülen akibet ve seyrinin saklanması uygundur.

Maş'um bir pronostik hastanın kendisine çok büyük bir ihtiyatla ihsas edilebilir. Hasta tarafından, böyle bir pronostiğin ailesine açıklanmaması istenilmemiş veya açıklanacağı şahıs tâyin olunmamış ise, durum ailesine bildirilir.

MADDE 15 - Hastaya bakmak üzere bir aile nezdinde veya herhangi bir müesseseye çağrılan tabip, korunmayı da sağlamaya çalışır. Tabip hastalara ve onlarla birlikte yaşayanlara, kendilerine ve muhitlerine karşı mesuliyetlerini bildirir.

Tabib icabında, tedaviye devamı reddetmek pahasına da olsa hijyen ve korunma kaidelerine riayeti temin için gayret sarfeder.

MADDE 16 - Tabip ve dış tabibi bir kimsenin sıhhi durumu hakkında, ilmî metodları tatbik suretiyle bizzat yaptığı muayene neticesinde edindiği vicdani ve fennî kanaata ve şahsi müşahadesine göre rapor verir.

Hususi bir maksakta veya hatır için rapor veya herhangi bir vesika verilmez.

MADDE 17 - Tabip ve dış tabibi, hastanın hususi veya ailevi işlerine karışamaz. Ancak, hayati ehemmiyeti haiz bulunan veya sağlık bakımından zaruri görülen hallerde, mümkün olan kolaylığı ve mânevi yardımı sağlar.

MADDE 18 - Tabip ve dış tabibi, âcil yardım, resmî veya insani vazifenin ifası halleri hariç olmak üzere, mesleki veya şahsi sebeplerle hastaya bakmayı reddedebilir.

MADDE 19 - Tabip ve dış tabibi mesleki veya şahsi sebeplerle, tedaviyi bitirmeden hastasını bırakabilir.

Ancak, bu gibi hallerde, diğer bir meslektaşın tedavi veya müdahalesine imkân verecek zamanı evvelden hesaplayarak hastayı vaktinde haberdar etmesi şarttır. Hastanın bırakılması halinde hayatının tehlikeye düşmesi veya sıhhatinin zarara uğraması muhtemel ise, diğer bir meslektaş temin edilmedikçe, hastayı terkedemez.

Hastayı bu suretle terkeden tabip ve dış tabibi, lüzum gördüğü veya hasta tarafından talep edildiği takdirde, tedavi zamanına ait müşahade notlarını verir.

MADDE 20 - Tabip ve dış tabibi, faydasızlığını bildiği bir ilâcı, hastaya veremez. Ancak, esaslı bir tedavi yapamaması mümkün olmayan hallerde, teselli bakımından bazı ilâçlar tavsiye edebilir.

Mali vaziyetleri müsait olmayan hastalara, mutlak zaruret olmadıkça, pahalı teselli ilâçları verilmesi caiz değildir.

Tabip ve dış tabibi, hastaya lüzumsuz veya fuzulî masraflar yaptırmıyacağı gibi faydası olmayacağına ve hastanın malî kudretinin kâfi gelmeyeceğini bildiği bir tedaviyi tavsiye edemez.

MADDE 21 - Başkalarının yardımı ile yapılacak cerrahî ameliyeler ile diğer tedavilerde, operatör, müdavi tabip ve dış tabibi, beraber çalışacağı elamanları seçmekte serbesttir.

Götürü ücret şartı müstesna olmak üzere, yardımcı tıbbi personelin ücretleri hasta tarafından ödenir.

Hasta tarafından çağrılmamış olan müdavi tabip veya dış tabibi, ameliyatta hazır bulunmaktan dolayı ayrıca ücret isteyemez.

Umumi, mülhak ve hususi bütçeli daireler ile belediyelere, iktisadi Devlet teşekküllerine veya bunlara bağlı müesseselere ait sağlık tesislerinde olan usul ve esaslar mahfuzdur.

MADDE 22 - Ananın hayatını kurtarmak için yeğâne çare teşkil ettiği takdirde, avortman yapılması caizdir. Ciddi bir tehlikede bulunan ananın hayatı, cerrahi müdahaleyi veya gebeliğe son verebilecek bir tedaviyi zaruri kılıyorsa, hastalığın taallük ettiği tıp şubesinde mütehasıs iki tabibin ve bu iki mütehasıs temin edilemediği takdirde iki tabibin objektif ve katî delillere dayanan raporları

alınmadıkça bu müdahale veya tedavi yapılamaz. Bu raporların aslı müdahaleyi veya tedaviyi yapan tabib tarafından mühafaza olunur ve kendisi tarafından tasdikli ve hastanın ismini ihtiva edmeyen bir örneği, mensup olduğu tabib odasına taahhütlü olarak gönderilir.

Raporun tasdik şerhinde, avortmanın yapıldığı tarih ve mahal gösterilir. Ağır ve âcil vakalarda, yukarıki fıkra mucibince tabip raporu alınması mümkün olmadığı takdirde, tabib re'sen hareket eder ve keyfiyeti derhal taahhütlü bir mektupla mensup olduğu tabip odasına bildirir.

Avortmanlarda, hastanın ve varsa veli veya vasisinin yazılı olarak muvafakatının alınması şarttır.

Bu nizamnamenin yirmi birinci maddesinde yazılı sağlık tesislerinde yapılacak avortmanlarda, bu tesislerde cari olan usul ve esaslar mahfuzdur.

MADDE 23 - Güç doğumlarda tabip, anayı ve çocuğu kurtarmaya gayret eder.

Bu gibi hallerde tabip, ailevi, mülâhazaralar vesair tesirlere kapılmaksızın, ilmin ve fennin icaplarını yerine getirir.

MADDE 24 - Hasta, konsültasyon yapılmasını arzu ederse, müdavi tabip veya dış tabibi bu talebi kabul eder.

Müdavi tabip veya dış tabibi, konsültasyon yapılmasına lüzum gördüğü takdirde, keyfiyeti hastaya bildirir. Bu teklifin kabul edilmemesi halinde, müdavi tabip veya dış tabibi, hastasını bırakabilir.

Bu Nizamnamenin yirmi birinci maddesinde yazılı sağlık tesislerinde, konsültasyonun hangi hallerde ve ne suretle yapılacağı, hastahaneler talimatnamelerinde gösterilir.

MADDE 25 - Konsültasyonlarda münakaşa ve müşavareler hasta ile etrafındakilerin duyup anılamıyacakları şekilde yapılır.

Münakaşa ve müşavare esnasında, meslek vekarının mühafaza edilmesine dikkat olunur.

Konsültasyona iştirak eden tabip veya dış tabibinin, bir meslektaşını himaye maksadı ile veya başka bir hissi sebeple, lüzumsuz medihlerden kaçınarak kaanaatını açıkça söylemesi lâzımdır.

MADDE 26 - Konsültasyonda varılan neticeler, bir konsültasyon zaptı ile tespit ve bu zabıt müşterek imza olunur.

Konsültasyon neticesi, ayrıca en yaşlı tabip veya dış tabibi tarafından hastaya bildirilir. Netice bildirilirken hastanın veya yakınlarının maneviyatını bozacak veya kendilerini tereddüt ve şüpheye düşürecek müphem ve imalı sözler sarfedilmesi caiz değildir.

MADDE 27 - Konsültan tabip veya dış tabibi, yapılan tedaviyi uygun görmediği takdirde, kanaatını konsültasyon zaptına yazmakla iktifa eder. Yapılan tedaviye müdahalede bulunamaz.

MADDE 28 - Konsültan tabip veya dış tabibi ile müdavi tabibin kanaatları arasında aykırılık hasıl olur ve hasta, konsültan tabip veya dış tabibin kanaatını tercih eder ise, müdavi tabip kendi görüşünde ısrar ettiği takdirde hastayı terk edebilir.

MADDE 29 - Konsültan tabip veya dış tabibi hastanın ısrarlı talebi olmadıkça hastayı tedavi edemez.

Konsültan tabip veya dış tabibin konsültasyonu icabettirmiş olan hastalığın devamı müddetince, müdavi tabibin muvafakatı olmadan, hastanın yanına aynı hastalık için mesleki bir maksatla sonradan girmesi caizdir.

MADDE 30 - Yapılan konsültasyonda her tabip veya dış tabibi, ücretini ayrı ayrı alır. Ücretin bir elden alınarak taksimi caiz değildir.

Konsültasyon, müdavi tabibe, konsültan tabip veya dış tabibi gibi, ücret almak hakkını verir.

MADDE 31 - Asgari ücret tarifesi tatbik olunan yerlerde tabip veya dış tabibi rekabet veya propaganda maksadı ile, tarifede yazılı asgari miktardan aşağı ücret kabul edemez.

MADDE 32 - Tabip ve dış tabibinin kendi meslekdaşları ile bunların bakmakla mükellef oldukları usul ve furuunun ve karı ve kocalarının muayene ve tedavileri için ücret almaması uygundur. Bu hallerde, zaruri masraflarını isteyebilir.

MADDE 33 - Her çeşit cerrahî müdahale, doğum, fizikoterapi, radyoterapi, dış tababeti tedavileri ve tabibin sıkı nezaretini gerektiren sürekli kürler için hastalardan maktu bir ücret istenebilir.

Bir kür evinde veya bakım ve tedavi müessesinde, tedavi için maktu bir ücret alınabilir.

Diğer hallerde maktu ücretle hasta tedavisi yapılamaz.

Bu Nizamnamenin yirmi birinci maddesinde yazılı sağlık tesislerinde cari olan usul ve esaslar mahfuzdur.

MADDE 34 - Götürü ücreti alınması caiz olan hallerde, tedavi tamamlanmadan herhangi bir sebeple bırakılırsa, müdavi tabip o zamana kadar sarfettiği mesai ile masraflarına tekabül eden ücreti alır ve peşin ücret almış ise bakiyesini iade eder.

MADDE 35 - Acil vakalarda müdahale eden tabip veya dış tabibi, bu müdahaleden dolayı, ücretini sonradan isteyebilir.

MADDE 36 - Bu Nizamnamenin yirmi birinci maddesinde yazılı sağlık tesislerinde çalışan tabip ve dış tabibi, bu daire ve müesseselere ait sağlık ku-

rullarına başvurmuş olan hastaları muayenehane veya lâboratuvarına celbederek ücretle tedavi edemez.

ÜÇÜNCÜ KISIM

MESLEKTAŞLARIN BİRBİRİ İLE VE PARAMEDİKAL

MESLEK MENSUPLARI İLE MÜNASABETLERİ

MADDE 37 - Tabip ve dış tabipleri, kendi aralarında iyi meslektaşlık münasebetlerini idame ettirmeli ve mânevi bakımından birbirine yardım etmelidirler. Meslekle ilgili anlaşmazlıklarını, evvelâ kendi aralarında halletmeğe çalışmalı ve bunda muvaffak olamadıkları takdirde mensup oldukları tabip odalarına haber vermelişlerdir.

MADDE 38 - Tabip ve dış tabibi meslektaşlarını zemmedemiyeceği gibi onları küçük düşürecek diğer tavır ve hareketlerde de bulunamaz.

Tabip ve dış tabibi, herhangi bir şahsın haysiyet kırıcı hücumlarına karşı meslektaşlarını korur.

MADDE 39 - Tabip ve dış tabibi meslektaşlarının hastalarını elde etmeğe mâtuf hareket ve teşebbüslerde bulunamaz.

MADDE 40 - Tabip ve dış tabibi, paramedikal meslek mensupları ile mesleki münasebetlerinde, onların bağımsızlığını ihlâl etmemeli, kendilerine nazaket göstermeli, onları hastalarına karşı müşkül bir duruma koyabilecek hareketlerden sakınmalıdır.

DÖRDÜNCÜ KISIM

ÇEŞİTLİ HÜKÜMLER

MADDE 41 - Tabip odaları her yıl Ocak ayı başında, odalarda kayıtlı bulunan tabip ve dış tabiplerinin ad ve soyadları ile ihtisas ve adreslerini gösteren levhayı hazırlamakla mükelleftir.

MADDE 42 - Muayenehane veya lâboratuvar açan tabip ve dış tabibi, hasta kabulüne veya lâboratuvarında faaliyete başladığı tarihten ve muayenehane veya lâboratuvarlarını kapatması veya nakletmesi halinde de, kapatma veya naklin vukuubulduğu tarihten itibaren en çok bir hafta içinde, keyfiyeti, yazılı olarak mensup olduğu tabip odasına bildirir.

MADDE 43 - Tabip ve dış tabibi, muayenehane veya lâboratuvarlarında, kendi namına diğer bir meslektaşı çalıştıramaz. Ancak, muvakkat bir müddet için bizzat bulunmadığı takdirde, diğer bir meslektaşı yerine bırakabilir. Bu müddet bir aydan fazla devam ederse, mensup olduğu tabip odasını haberdar eder.

MADDE 44 - Tabip ve dış tabipleri, bu Nizamname hükümlerine aykırı hareket ettikleri takdirde, 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanununun 30 uncu maddesine tevkiyen mensup oldukları Tabip Odaları İdare Heyetleri tarafından Haysiyet Divanına sevk edilirler.

Tabip ve diş tabiplerinin inzibati ceza ile teciye edilmeleri, haklarında ayrıca hukuki veya cezai takibat yapılmasına mâni değildir.

MUVAKKAT MADDE - Bu Nizamname hükümleri, sanatlarını icra den permili dişçiler hakkında da tatbik olunur.

MADDE 45 - 6023 sayılı Kanunun 59 uncu maddesinin (g) bendine müsteniden hazırlanmış ve Şûrayı Devletçe tetkik edilmiş olan bu Nizamname hükümleri, Resmî Gazete ile neşri tarihinden iki ay sonra yürürlüğe grier.

MADDE 46 - Bu Nizamname hükümlerini icraya, Adliye ve Sihat ve İçtimai Muavenet Vekilleri memurdur.

HEKİMLİK MESLEK ETİĞİ KURALLARI

TTB 47. Büyük Kongresi'nde (10-11 Ekim 1998) kabul edilmiş ve 01.02.1998 tarihinde yayınlanmıştır.

Kendilerini her zaman dünya hekimliğinin bir parçası olarak gören; Türkiye Cumhuriyeti toprakları üzerinde ulusal, evrensel ve çağdaş bir sorumluluk ve hizmet anlayışına sahip bulunan, hekimlik mesleğinin, içinde yer aldığı toplumsal ve kültürel koşullardan soyutlanmayacağını bilinci ile insanın sahip olduğu olanakları geliştirebilmesinin en temel koşulunun onun bedensel ve ruhsal sağlığı olduğunun bilincini taşıyan bu ülkenin hekimleri; dünyadaki ve Türkiye'deki toplumsal ve bilimsel değişimler göz önünde bulundurularak ve çeşitli platformlarda tartışılarak oluşturulan Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'na bağlılıklarını bildirmekle, insana insan olarak hizmet etmenin yüce onurunu taşırlar.

BİRİNCİ BÖLÜM

(Amaç, Kapsam ve Tanımlar)

Amaç

Madde 1-Bu kuralların amacı, hekimlerin mesleklerinin gereklerini yerine getirirken uymaları zorunlu olan hekimlik meslek etiği kurallarını belirlemektir.

Kapsam

Madde 2-Türkiye'de hekimlik yapma hakkını kazanmış olup mesleğini uygulayan tüm hekimler bu kurallar kapsamındadır.

Dayanak

Madde 3-Bu kurallar bütünü 6023 sayılı yasanın 59/g maddesine dayanılarak **hazırlanmıştır.**

Tanımlar

Madde 4-Bu metinde geçen;

- a)Bakanlık deyimi; Sağlık Bakanlığı'nı
- b)Hekim deyimi; tıp doktorlarını,
- c)Hekim örgütü deyimi; Türk Tabipleri Birliği'ni ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM

(Genel Kural ve İlkeler)

Hekimin Görev ve Ödevleri

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

Etik İlkeler

Madde 6-Görevlerini yerine getirirken, hekimin uyması gereken evrensel tıbbi etik ilkeleri yararlılık, zarar vermeme, adalet ve özerklik ilkeleridir.

Hekimin Yansızlığı

Madde 7-Hekim görevlerini her durumda hastaları arasındaki siyasal görüş, sosyal durum, dini inanç, milliyet, etnik köken, ırk, cinsiyet, **(Ek ibare:4.7.2015) "cinsiyet kimliği ve cinsel yönelim"**, yaş, toplumsal ve ekonomik durum ve benzeri farklılıkları gözetmeksizin yerine getirmekle yükümlüdür.

Vicdani ve Mesleki Kani

Madde 8-Hekim, mesleğini uygularken vicdani ve mesleki bilimsel kanaatine göre hareket eder.

Sır Saklama Yükümlülüğü

Madde 9-Hekim, hastasından mesleğini uygularken öğrendiği sırları açıklamaz. Hastanın ölmesi ya da o hekimle ilişkisinin sona ermesi, hekimin bu yükümlülüğünü ortadan kaldırmaz.

Hastanın onam vermesi ya da sırrın saklanması hasta ya da öteki insanların yaşamını tehlikeye sokması durumunda, hastanın kişilik haklarının zedelenmesi koşuluyla, hekim bu sırrı saklamakla yükümlü değildir.

Yasal zorunluluk durumlarında hekimin rapor düzenlemesi de, meslek sırrının açıklanması anlamına gelmez.

Hekim, tanık ya da bilirkişi olarak mahkemeye çağrıldığında olayın meslek sırrı olduğunu ileri sürerek bu görevlerinden çekilebilir.

Acil Yardım

Madde 10-Hekim, görevi ve uzmanlığı ne olursa olsun, gerekli tıbbi girişimlerin yapılmadığı acil durumlarda, ilk yardımda bulunur.

Ticari Amaç ve Reklam Yasağı

Madde 11-Hekim, mesleğini uygularken reklam yapamaz, ticari reklamlara araç olamaz, çalışmalarına ticari bir görünüm veremez; insanları yanıltıcı, paniğe düşürücü, yanlış yönlendirici, meslektaşlar arasında haksız rekabete yol açıcı davranışlarda bulunamaz. Hekim, yayın araçlarıyla yapacağı duyurularda varsa, Tababet Uzmanlık Tüzüğü'ne göre kabul edilmiş olan uzmanlık alanını, çalışma gün ve saatlerini bildirebilir. Tabela ve benzeri tanıtım araçlarının biçim ve boyutları yerel tabip odası tarafından saptanır.

Meşru ve Yasak Yöntemler

Madde 12-Hekim mesleğini yerine getirirken, bilimsel ve çağdaş tanı ve tedavi yöntemleriyle koruyucu hekimlik ilkelerini göz önünde bulundurur; hastalarının tanı ve tedavisinde bilimsel olmayan yöntemleri uygulayamaz. Hekim, gerekli bilimsel aşamalardan geçip ruhsatlandırılmamış kimyasal, farmakolojik, biyolojik maddeleri ilaç olarak kullanamaz.

Hekimliğin Kötü Uygulanması (Malpractice)

Madde 13-Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi "hekimliğin kötü uygulanması" anlamına gelir.

Aracılık Etme ve Aracıdan Yararlanma Yasağı

Madde 14-Hekim öteki hekimlere veya tetkik-tedavi kuruluşlarına maddi çıkar karşılığı hasta gönderemez. Hekim, hasta sağlamak amacıyla aracı kişilerden yararlanamaz.

Endüstri ile İlişkilerde Çıkar Sağlama Yasağı

Madde 15-Hekimler endüstri kuruluşları ile hiçbir çıkar ilişkisi kuramazlar. Bilimsel araştırmalar ve eğitime yönelik ilişkiler ise, şeffaf ve kurumsal olmalıdır. Bu ilişkilerde Türk Tabipleri Birliği'nin hazırladığı "Hekim ve İlaç Tanıtım İlkeleri" geçerlidir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

(Hekimler Arası İlişkiler)

Meslektaşlar Arasında Saygı

Madde 16-Hekim, kendi meslektaşları ve insan sağlığı ile uğraşan öteki meslek mensupları ile iyi ilişkiler kurar, meslektaşlarına veya tedavi ekibinin bir başka üyesine karşı küçük düşürücü davranışlarda bulunamaz.

Mesleki Dayanışma

Madde 17-Hekim, meslektaşlarını mesleki yönden onur kırıcı ve haksız saldırılara karşı korur.

Eğitim Hakkının Korunması

Madde 18/A-(Ek madde:1.11.2014) Tıp eğitimi, meslekte gerekli yetkinliğe erişme süreci olarak mesleğin değerlerinin korunmasının temel bir bileşenidir. Eğitimden konumundaki her hekim sorumluluğundaki bir meslektaşının kazanılmış eğitim hakkını engelleyen ve niteliğini düşüren davranışlardan kaçınır, bu tür uygulamaların parçası olmaktan sakınır.

Yetkinlik Dışı Faaliyet Yasağı

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

Danışım(Konsültasyon) ve Ekip Çalışması

Madde 19-Danışım ve ekip çalışması sürecinin düzenli işleyebilmesi ve bir hekim hakkı olarak yaşama geçirilebilmesi için;

a)Hasta izlemi sırasında, değişik uzmanlık alanlarının görüş ve uygulamalarına gereksinim doğduğunda, tedaviyi yürüten hekim durumu hasta ve/veya yakınlarına bildirmelidir. Konsültasyonu hastanın tedaviyi yürüten hekimi yazılı olarak ister. Yazılı istemde hastanın özellikleri, konsültasyon isteğinin nedenleri açık ve anlaşılır biçimde belirtilir.

b)Konsültasyon sürecinde konsültan hekim de, hastanın sürekli hekimi gibi hastadan sorumludur.

c)Konsültan hekim, alanında bilimsel ve teknik bilgiye sahip olmalıdır.

d)Konsültasyon sonucunda, konsültasyonun gerekçesi ve sonuçları, açık ve anlaşılır biçimde bir tutanak ile belgelenir.

e)Konsültasyonun sonuçlarından hastalar da yeterli ölçüde bilgilendirilir.

f)Konsültasyonun sonucunda hastanın tedaviyi yürüten hekimi ile konsültan hekimin görüş ve kanaatleri arasında fark olur ve hasta konsültan hekimin önerilerini kabul ederse, hastanın tedaviyi yürüten hekimi tedaviyi bırakabilir.

g)Konsültasyon istenen hekim davete uymak zorundadır.

Odaya Bildirme Yükümlülüğü

Madde 20-Hekim meslektaşları ile meslek uygulaması konusunda uzlaşmaz bir anlaşmazlığa düştüğünde ya da tıp etiği açısından yanlış davranan bir meslektaşının bu davranışını kasıtlı bir biçimde sürdürmesi durumunda yerel tabip odasına konuyla ilgili bildirimde bulunur.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

(Hekim-Hasta İlişkileri)

Hasta Haklarına Saygı

Madde 21-Hekim hastasının sağlığı ile ilgili kararlar alırken; bilgilendirme hakkı, aydınlatılmış onam hakkı, tedaviyi kabul ya da red hakkı , vb. hasta haklarına saygı göstermek zorundadır.

Hekim Seçme Özgürlüğü

Madde 22-Hasta, mevzuatın belirlediği kurallara, tıbbi uygulamanın özelliklerine ve kurumun koşullarına göre hekimini seçmekte özgürdür.

Muayenesiz Tedavi Yasağı

Madde 23-Hekim, acil vakalar gibi zorunlu durumlar dışında, hastasını bizzat muayene etmeden tedavisine başlayamaz.

Hasta Üzerindeki Etkinin Kullanımı

Madde 24-Hekim hasta üzerindeki etkisini tıbbi amaçlar dışında kullanamaz.

Tedaviyi Üstlenmeme veya Yarıda Bırakma

Madde 25-Hekim, ancak tıbbi bilgisini gerektiği gibi uygulayamayacağına karar verdiğinde ve hastasının başvurabileceği başka bir hekim bulunduğu durumlarda, hastanın bakımını ve tedavisini üstlenmeyebilir veya tedaviyi yarım bırakabilir. Yukarıdaki koşullarda tedaviyi bırakacak hekim, bu durumu ve hastanın sağlığının tehlikeye düşmeyeceğini hastaya veya yakınlarına anlatır ve onları tıbbi yardımla ilgili başka olanaklar konusunda bilgilendirir. İkinci hekim bulunmadan hekim hastasını bırakamaz. Hekim, tedaviyi üstlenen meslektaşına hasta hakkındaki tüm bilgileri aktarmakla yükümlüdür.

Aydınlatılmış Onam

Madde 26-Hekim hastasını, hastanın sağlık 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. Hekim temsilcinin izin vermemesinin kötü niyete dayandığını düşünüyor ve bu durum hastanın yaşamını tehdit ediyorsa, durum adli mercilere bildirilerek izin alınmalıdır. Bu-

nun mümkün olmaması durumunda, hekim başka bir meslektaşına danışmaya çalışır ya da yalnızca yaşamı kurtarmaya yönelik girişimlerde bulunur. Acil durumlarda müdahale etmek hekimin takdirindedir. Tedavisi yasalarla zorunlu kılınan hastalıklar toplum sağlığını tehdit ettiği için hasta veya yasal temsilcisinin aydınlatılmış onamı alınmasa da gerekli tedavi yapılır.

Hasta vermiş olduğu aydınlatılmış onamı dilediği zaman geri alabilir.

Bilgilendirilmeme Hakkı

Madde 27-Hasta hastalığı konusunda bilgilendirilmek istemediğini belirtmişse, hekimin bilgi vermesi gerekmez. Ailenin haberdar edilmesi hastayla görüş birliğine varılarak yapılmalıdır. Bilinçsiz durumdaki hastalar için, yakınlarının bilgilendirilip bilgilendirilmemesine hekim karar verir.

Terminal Hastalara Yardım

Madde 28-Hekim, terminal dönemdeki hastalara her türlü insani yardımı yapmaya, insan onuruna yaraşır koşulları sağlamaya ve çekilen acıyı olabildiğince azaltmaya çalışır.

Ücret

Madde 29-Hasta ücret konusunda önceden hekimden bilgi alabilir. Hekim, tüm muayene, tetkik, tıbbi ve cerrahi girişimlerde meslek örgütünün belirlediği taban ücretin altında bir ücret alamaz. Hekimin, meslektaşları ile meslektaşlarının eşleri ve bakmakla yükümlü olduklarından muayene ve tedavi için –masraflar dışında– ücret almaması uygundur.

Gereksiz Harcama Yaptırma Yasağı

Madde 30-Hekim, hastasının parasal durumu ne olursa olsun, kesin zorunluluk olmadıkça pahalı ilaçlar ve yöntemler öneremez, hastaya gereksiz harcamalar yaptıramaz ve yararı olmayacağını bildiği bir tedaviyi veremez.

Hastayla İlgili Bilgilerin Hastaya Verilmesi ve Kullanımı

Madde 31-Hasta dosyalarındaki bilgilerin geniş bir özeti ile bilgi ve belgelerin örnekleri, isteği durumunda hastaya verilir. Hekim, yasal zorunluluk olmadıkça, bu bilgileri başkasına veremez. Hekim, hastanın kimlik bilgilerini saklı tutmak koşuluyla, bu bilgileri dosya üzerinden yapacağı araştırmalarda kullanabilir.

Rapor Düzenleme

Madde 32-Hekim, bizzat muayene ve tedavi ettiği hastasına gerekli gördüğünde hastalıkla ilgili rapor verir. Bu raporda tıbbi gerekçelere bağlı olarak istirahat, tedavi şekli, diyet, çalışma koşulları gibi hasta için gerekli geçici ya da kalıcı bilgiler ve hekimin önerileri bulunur.

BEŞİNCİ BÖLÜM

(Hekim ve İnsan Hakları)

Uluslararası Sözleşmelere Uyma Zorunluluğu

Madde 33-Her hekim, başta İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi olmak üzere tüm insan hakları belgelerine ve hekimlikle ilgili ortak kurallara uymakla yükümlüdür.

İşkenceye Yardım Yasağı

Madde 34-Hekim, tıbbi bilgi ve becerisiyle, işkence ve benzeri uygulamalara katılamaz, yardımcı olamaz, gerçeğe aykırı rapor düzenleyemez. İşkence iddiası olan olgularla karşılaşan hekim, mesleki bilgi ve becerilerini gerçeğin ortaya çıkarılması için kullanır.

Tutuklu ve Hükümlülere Verilecek Tıbbi Yardım

Madde 35-Tutuklu ve hükümlülerin muayenesi de öteki hastalarinki gibi, kişilik haklarına saygılı, hekimlik sanatını uygulamaya elverişli koşullarda yapılır ve onların gizlilik hakları korunur. Hekimin, bu koşulların sağlanması için ilgililerden istekte bulunma hakkı ve sorumluluğu vardır. Muayene sonucu düzenlenecek belge veya raporlarda hekimin adı, soyadı, diploma numarası ve imzası mutlaka bulunur. Belge ve raporun bir örneği kişiye verilir. Belge ve rapor baskı altında yazılmış ise, hekim bu durumu en kısa zamanda meslek örgütüne bildirir.

Tutuklu ve Hükümlülerin Tıbbi Yardımı Reddetmesi

Madde 36-Hekim, muayene ve tedavi olanaklarını bilinçli olarak reddeden tutuklu ve hükümlülere bu davranışlarının sonuçlarının neler olabileceğini açıklar. Zorla muayene ve tedavi yolunu deneyemez, öneremez.

Ölüm Cezasına Etkin Katılım Yasağı

Madde 37-Hekim, hiçbir zaman ölüm cezasının infazında bulunamaz, infaza yardımcı olamaz, ölüm cezası uygulamasında tıbbi hizmet veremez.

Olağanüstü Durumlar ve Savaş

Madde 38-Hekim, olağanüstü durumlar ve savaşta, evrensel nitelikteki tıbbi etik kurallarını yansızlıkla uygular. Hasta ve yaralı sayısının çokluğu nedeniyle, her-kese gerekli tıbbi yardımın verilemediği koşullarda, hekim, tedavi olasılığı yüksek olan ağır vakalara öncelik verir.

Cinsel İlişki Muayeneleri

Madde 39-Hekim, savcılıklar ve mahkemeler dışında kalan kişi ve kurumlardan gelen cinsel ilişki muayene istemlerini dikkate alamaz. Hekim ilgilinin veya ilgili reşit değilse, veli veya vasisinin aydınlatılmış onamı olmadıkça cinsel ilişki muayenesi yapamaz.

ALTINCI BÖLÜM

(Tıbbi Araştırmalar ve Yayın Etiği)

İnsan Üzerinde Araştırma

Madde 40-İnsan üzerinde yapılacak klinik, deneysel ya da epidemiyolojik araştırmalar, gerek ilaç gerek cerrahi yöntem araştırmaları olsun, bilimsel bilgi birikimine katkıda bulunabilmek amacıyla yerel etik kurullardan geçmek koşuluyla yapılır. İnsan üzerinde yapılan tüm araştırmalar, bilimsel ve mesleki yönden yeterli ve yetkin kişiler tarafından yürütülür. Araştırmanın sorumluluğu tümüyle araştırmacıya aittir.

Deneğin Bilgilenmesi ve Aydınlatılmış Onamı

Madde 41-İnsan üzerinde yapılan araştırmalarda her deneğe araştırmanın amacı, yöntemleri, beklenen yarar ve olası yan etkileri hakkında, deneğin anlayabileceği dilde ve biçimde yeterli bilgi verilmesi zorunludur. Deneğe, çalışma başladıktan sonra isterse araştırmaya katılmaktan vazgeçebileceği ve onamını geri alabileceği, ancak bu nedenle daha sonraki tedavisinin ve takibinin aksamayaacağı anlatılır. Bilgilendirme sonrasında deneğin konuyu yeterince anlayıp anlamadığı değerlendirilir.

Araştırma hakkında yeterli bilgilendirme sağlandıktan sonra, deneğin yazılı onamı alınır. Bu onam, deneğin özgür iradesine dayanmalıdır.

Reşit ve Mümeyyiz Olmayanların Durumu

Madde 42-Reşit ve/veya mümeyyiz olmayan kişiler yönünden veli veya vasisinin aydınlatılmış onamı gerekir.

Deneğin Korunması

Madde 43-İnsan üzerinde yapılan tıbbi araştırmalarda deneğin yaşamı, bedensel ve zihinsel bütünlüğü ile sağlığı her zaman toplumsal veya bilimsel çıkarların üzerinde tutulur.

Deneğin özel yaşamına saygı gösterilmesi ve kişisel bilgilerin gizliliği sağlanır. Bilimsel araştırma ve yayınlar ile akademik-bilimsel amaçlı sunuşlarda deneğin kimliği gizli tutulur.

Bir tıbbi araştırmada, beklenen katkı ne olursa olsun, denek için ciddi bir tehlike şüphesi doğduğunda araştırma durdurulur.

Araştırmanın giderleri deneğe, yakınlarına ya da sosyal güvenlik kurumuna yansıtılamaz.

Yayın Etiği

Madde 44-Hekim, araştırma verilerini değerlendirirken ve yayına hazırlarken bilimsel gerçekleri yansıtmalıdır. Çalışmaya fiilen katılmamış kişilerin adları o yayında yer alamaz. Kaynak göstermeden ve izin almadan başkalarına ait veriler, olgular ve yazılı eserler kullanılamaz.

YEDİNCİ BÖLÜM

(Çeşitli Hükümler)

Hüküm Bulunmayan Durumlar

Madde 45-Bu kurallarda yer almayan durumlarla karşılaşıldığında, hekim, genel etik ilkelere, ulusal düzenlemelere, uluslararası düzeydeki bildirge ve sözleşme hükümlerine uyar.

Disiplin Kovuşturması

Madde 46-Hekimler bu kurallar bütünü hükümlerine aykırı davranışlarda bulduklarında, 6023 Sayılı Türk Tabipleri Birliği Yasası'na göre tabip odaları yönetim kurulları tarafından onur kurullarına sevk edilirler. Hekimlerin disiplin soruşturmasına uğraması, haklarında ayrıca hukuki veya cezai takibat yapılmasına engel değildir.

Yürürlük

Madde 47-Bu kurallar bütünü Türk Tabipleri Birliği Büyük Kongresi'nde kabul edilip, Türk Tabipleri Birliği yayın organlarından birinde yayımlandıktan bir ay sonra yürürlüğe girer ve Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi ve tabip odaları tarafından yürütülür.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ DİSİPLİN YÖNETMELİĞİ

Resmi Gazete: 28.4.2004 - 25446

BİRİNCİ BÖLÜM

Genel Hükümler

Amaç ve Dayanak

Madde 1 - Bu Yönetmelik, 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu uyarınca disiplin cezası verilecek kişileri ve durumları belirlemek ve disiplin cezası verilmesinde uyulması gereken usul ve esasları saptamak amacıyla, 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanununun 59 uncu maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Kapsam

Madde 2 - Bu Yönetmelik;

- İlgili hukuksal düzenlemeler gereğince hekim unvanını kazanmış olup da Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde mesleğini uygulayanları,
- İlgili hukuksal düzenlemelere göre yürüttükleri mesleki faaliyet gereğince hekimlik mesleğinden sayılanları,
- Özel kanunları gereğince odaya üye olması yasaklananlardan yukarıdaki bentlerin kapsamında bulunanları,

kapsar.

İKİNCİ BÖLÜM

Disiplin Suçları ve Cezaları

Uyarma Cezası

Madde 3 - Uyarma (yazılı ihtar) cezası, hekime ve bu Yönetmelik kapsamındaki kişilere mesleğini uygularken ve/veya meslektaşları ile olan ilişkilerinde daha özenli tutum ve davranışlar içinde olması gerektiğinin yazı ile bildirilmesidir.

Uyarma cezası verilmesini gerektiren haller aşağıda gösterilmiştir:

- Tabip odası veya Birlik organlarına seçilmiş olup da yasa ve yönetmeliklerin kendisine yüklediği görevleri yapmamak,
- Tabip odasına kayıtlı olup da mesleki faaliyetinde ortaya çıkan değişiklikleri, değişiklik tarihinden itibaren 15 gün içinde bildirmemek,
- Meslektaşlarına ve diğer sağlık meslek mensuplarına karşı küçük düşürücü davranışlarda bulunmak veya kötülemek,

- d) Hasta üzerindeki mesleki etkisini tıbbi amaçlar dışında kullanmak,
- e) Hasta haklarına saygı göstermemek,
- f) Hasta kayıtlarını usulüne uygun olarak tutmamak,
- g) Hekimlik mesleğine ilişkin hukuksal düzenlemelere aykırı olmakla birlikte aşağıda belirtilen diğer disiplin suçları arasında sayılmış haller dışında kalan, nitelik ve ağırlık itibarıyla diğer disiplin suçları arasına dahil edilemeyen bir eylemde bulunmak.

Para Cezası

Madde 4 - Para cezası, 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanununun 39 uncu maddesinin (b) bendinde belirtilen sınırlar dahilindeki paranın odaya ödenmesine dair verilecek cezadır.

Para cezasını gerektiren haller şunlardır:

- a) Resmi görevi dışında hekimlik faaliyetini yürüttüğü yerin bağlı bulunduğu odaya 30 gün içinde kayıt olmamak,
- b) Tanıtım kurallarına aykırı davranmak,
- c) Her türlü iletişim mecrasında reklam amacına yönelik yazılar yazmak, yazdırmak veya açıklamada bulunmak yahut ortağı olduğu kuruluş veya şirket aracılığıyla bu anlamda reklam yapılmasını sağlamak,
- d) Bireysel olarak veya yöneticisi oldukları dernekler ya da çalıştıkları kurumlar aracılığıyla ticari ürün veya hizmetin tanıtımında yer almak veya reklamına aracılık etmek,
- e) El ilanları, tabelalar, basın ve benzeri yollarla meslektaşlararası haksız, tıp dışı rekabete yol açacak duyurular yapmak,
- f) Meslek uygulaması sırasında veya tabip odası ile ilişkilerinde herhangi bir şekilde haksız kazanç teminine yönelik davranışlarda bulunmak,
- g) Tıpta Uzmanlık Tüzüğüne göre alınmış bir uzmanlık belgesi olmadan herhangi bir biçimde uzmanmış gibi tanıtım yapmak,
- h) Bilimsel araştırmalar ve eğitime yönelik şeffaf kurumsal ilişkiler dışında, endüstri kuruluşları ile çıkar ilişkileri kurmak, Türk Tabipleri Birliği Hekim ve İlaç Tanıtım İlkeleri'ne aykırı davranmak,
- i) Meslektaşlara maddi çıkar karşılığı muayene ve tedavi için hasta göndermek, kendisine hasta sağlaması için aracı kullanmak veya herhangi bir kişiye bu nedenle çıkar sağlamak, hastaları zorunlu durumlar dışında kendisine, yakınına veya ortağına ait özel sağlık kuruluşlarına yönlendirici tavır ve davranışlarda bulunmak,
- j) Türk Tabipleri Birliği veya odalarca saptanmış tabela ile ilgili kurallara uymamak,

- k) Türk Tabipleri Birliği veya odalarca saptanmış asgari ücret tarifeleri altında ücret almak,
- l) Türk Tabipleri Birliği Kanununun 5 inci maddesine uygun izin almadan çalışmak,
- m) Aidatını ve oda veya Birlik Genel Kurulu tarafından belirlenen ödentileri haklı gerekçe olmaksızın süresinde ödememek,
- n) Türk Tabipleri Birliği Kanunu'nun 10 uncu maddesinde belirtilen görevi ilgili yıl sonuna kadar yerine getirmemek,
- o) Oda veya Birlik organlarına seçilmiş üyelerin görev yapmasını engelleyici davranışta bulunmak,
- p) Hasta sevkleri, rapor, reçete vb. belgelerde usulsüz uygulamalar yapmak, sevk belgelerine el koymak,
- r) Acil durumlar dışında özel bilgi ve beceri gerektiren girişimlerde bulunarak hastaya zarar vermek,
- s) Hastanın aydınlatılmış onamını usulüne uygun olmaksızın tıbbi girişimde bulunmak,
- t) Sonuçta hastanın ölümüne, sakatlığına sebep olmayıp da sağlığının kısa süreli geçici bozulmasına yol açan tıbbi hata ve ihmalde bulunmak,
- u) Adli vakaların muayenesinde ve rapor tanziminde gerekli özeni göstermemek,
- v) Sorumlusu olduğu sağlık kuruluşunda hekimleri ve diğer personeli sağlık alanı ile ilgili görev ve yetki alanı dışında çalıştırmak,

Geçici Olarak Meslekten Alıkoyma Cezası

Madde 5 - Geçici olarak meslekten alıkoyma cezası, meslek uygulamasından 15 günden 6 aya kadar süreyle alıkonulmadır.

Meslekten geçici olarak alıkoyma cezası alanlar, bu süre dolmadan Türkiye'nin hiçbir yerinde özel sağlık kuruluşu açamaz ve resmi veya özel herhangi bir yerde mesleğini uygulayamaz.

Geçici olarak meslekten alıkoyma cezasını gerektiren haller şunlardır:

- a) Meslektaşlara, diğer sağlık meslek mensuplarına veya hastalara fiili saldırıda bulunmak,
- b) Meslektaşlara, diğer sağlık meslek mensuplarına veya hastalara cinsel tacizde bulunmak,
- c) Mesleğin uygulanması sırasında ve meslek sebebiyle öğrenilen hastalara ait sırları yasal zorunluluk dışında açıklamak,
- d) Birden fazla yerde muayenehane açmak veya çalıştırmak,

- e) Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'ne göre alınmış bir uzmanlık belgesi olmadan herhangi bir biçimde uzmanmış gibi davranmak veya tanıtım yapmak suretiyle meslek uygulamasında bulunmak,
- f) Kamu kurum ve kuruluşlarının dolandırılmasına yönelik eylemlerde bulunmak; bu amaca yönelik olarak sahte belge veya reçete düzenlemek, reçete ve belgeler üzerinde tahrifat yapmak,
- g) Gerçeğe uymayan rapor ve/veya belge vermek,
- h) Hasta kayıtlarında tahrifat yapmak,
- i) Bilimsel araştırma verilerini değerlendirirken ve yayına hazırlarken bilimsel gerçekleri yansıtmamak; çalışmaya fiilen katılmamış kişilerin adlarına yayında yer vermek, kaynak göstermeden veya izin almadan başkalarına ait verileri, olguları veya yazılı eserleri kullanmak ve benzeri suretle bilimsel yayınlarda yayın etiğine aykırı davranmak,
- j) Muayene ve tedavi sırasında hastaların cinsiyet, ırk, milliyet, etnik köken, din ve mezhep, ahlaki ve siyasi düşünce, kişilik, ekonomik ve sosyal durumuna göre ayrıcalıklı uygulama yapmak,
- k) Kendisine başvuran veya çalıştığı kuruma gelen acil hastaların gerekli tıbbi tedavi veya girişimlerini başlatmamak, yapmamak ya da ilgili kuruluşlara sevkini geciktirmek veya yapmamak,
- l) Hastalıkların tanı ve tedavisinde bilimselliği henüz kanıtlanmamış ya da bilim dışı yöntemleri uygulamak veya önermek,
- m) Usulüne uygun olarak ruhsatlandırılmamış maddeleri ilaç olarak önermek,
- n) İlgili hukuksal düzenlemelere aykırı olarak canlılar üzerinde deneyler yapmak, yapılmasına destek olmak,
- o) İlgili hukuksal düzenlemelerdeki sınırlar haricinde gebeliği küretaj veya herhangi bir yöntem ile sonlandırmak veya usule aykırı organ nakline katılmak,
- p) Meslekte bilgi ve beceri yetersizliği, özen eksikliği, dikkatsizlik ve benzeri kusurlardan dolayı eksik ya da yanlış tanı ve tedavide bulunarak hastaya kalıcı zarar vermek,
- r) Savcılıklar ve mahkemeler dışında kalan kişi ve kurumlardan gelen cinsel ilişki muayene istemlerini yerine getirmek; savcılık ya da mahkeme istemi olsa dahi ilgilinin, veli ya da vasisinin aydınlatılmış onamı olmaksızın cinsel ilişki muayenesi yapmak,
- s) Mesleki bilgi ve becerilerini insan onuruna ters düşecek amaçlarla kullanmak, işkence yapmak, işkenceye katılmak veya işkence olarak nitelendirilebilecek işlem ve davranışlarda bulunmak, işkence bulgularının tespitinde gerçeğe aykırı rapor düzenlemek,

t) Belirlenmiş tıbbi etik değerler ile Türk Tabipleri Birliği ve/veya Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından benimsenen uluslararası belgeler ve kurallar dışında davranışta bulunmak.

Oda Bölgesinde alışmanın Yasaklanması

Madde 6 - Oda bölgesinde çalışmanın yasaklanması, bir oda bölgesinde üç defa meslek uygulamasından alıkoyma cezası alanların, meslek uygulamasından oda bölgesinde sürekli olarak alıkonulmasıdır.

Hekimlerden, oda bölgesinde üç defa meslek uygulamasından alıkoyma cezası almış olanların geçici olarak meslekten alıkoyma cezası verilecek bir durumun tespitinde, oda bölgesinde çalışmaktan sürekli olarak alıkonulmalarına karar verilir.

Bu ceza Merkez Konseyi tarafından bütün tabip odalarına bildirilir.

Onur Kurullarının Takdir Hakkı

Madde 7 - Yukarıda sayılan ve disiplin cezası verilmesini gerektiren eylem ve durumlara nitelik ve ağırlık itibariyle benzer eylemlerde bulunanlara da aynı türden disiplin cezaları verilir.

Benzer suçun tekrarında bir üst ceza verilebilir.

Disiplin cezalarının verilmesinde eylemin veya yarattığı sonucun ağırlığına göre onur kurulları geniş takdir hakkını kullanmakta serbesttir.

Kararların Bildirilmesi

Madde 8 - Merkez Konseyi, geçici olarak meslekten alıkoyma ve oda bölgesinde çalışmanın yasaklanması cezalarını içeren kararları, kesinleştikten sonra, cezanın uygulanması için Sağlık Bakanlığına bildirir.

Kesinleşen disiplin cezası kararları, gerekçeleriyle birlikte ilęilinin çalıştığı kuruma bildirilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Disiplin Soruşturması

Soruşturmada Yetki

Madde 9 - Oda onur kurullarının yetki alanı bölgeleriyle sınırlıdır. Bölgeleri dışında oluşan olaylardan bilgi edinen odalar, soruşturma açılmasına ilişkin görüşlerini Merkez Konseyi'ne ve ilgili odaya iletmekle görevlidir.

Merkez Konseyi kendiliğinden veya kendisine ulaşan bildirim veya yakınmaları değerlendirerek ilgili bölgedeki oda yönetim kuruluna bildirir. İlęili oda organları Merkez Konseyi'nin soruşturma açılmasına ilişkin isteğini geciktirmeden gündemine alır.

Soruşturma Zamanaşımı

Madde 10 - Meslekten alıkoyma cezası verilmesini gerektiren eylemlerin işlenmesinden itibaren beş yıl, diğer cezaların verilmesini gerektiren eylemlerin işlenmesinden itibaren iki yıl içinde soruşturma açılmasına dair yönetim kurulu kararı verilmemiş ise bu suçlarla ilgili disiplin işlemi yapılamaz.

Disiplin cezası gerektiren eylem, aynı zamanda bir suç oluşturuyor ve bu suç için, yasa daha uzun bir zamanaşımı süresi koymuş bulunuyorsa, bu zamanaşımı süresi uygulanır.

Genel Kurallar

Madde 11 - Disiplin işlemleri, disiplin soruşturması ve disiplin kovuşturması olarak iki bölümdür. Disiplin soruşturması oda yönetim kurulu, disiplin kovuşturması ise onur kurulu ve yüksek onur kurulu tarafından yürütülür. Disiplin kovuşturmasının açılmasına veya açılmasına yer olmadığına karar verilebilmesi için oda yönetim kurulu tarafından soruşturmanın yapılmış olması gerekir.

Disiplin soruşturmalarında ilgiliye, üzerine atılı bulunan suç açık ve yazılı olarak bildirilir. Yazılı savunması istenir. Savunma için tebliğden itibaren en az 15 gün süre tanınması şarttır.

Soruşturma dosyası taraflar açısından alenidir.

Soruşturmanın Açılması

Madde 12 - İlgili hakkında soruşturma, bildirim veya yakınma üzerine, Merkez Konseyi'nin istemi üzerine yahut oda yönetim kurulunun gerek görmesi üzerine bildirim veya yakınma aranmaksızın re'sen açılabilir.

Merkez Konseyi, mesleğin, meslektaşların, odaların veya Birliğin onur ve itibarını sarsıcı nitelikte bulunduğu eylemde bulunanlar ile ilgili olarak soruşturma açılmasını ilgili oda veya haklı bir sebep olması durumunda başka bir odadan isteyebilir. Konseyin bu istemi derhal ve ivedilikle yerine getirilir.

İlk İnceleme ve Soruşturmacı Atanması

Madde 13 - Oda yönetim kurulu, bildirim veya yakınmanın yapılmasından sonra bir ay içinde konuyu inceler.

Yönetim kurulu bildirim veya yakınmayı değersiz görürse, soruşturma açılmasına yer olmadığına dair kararını şikayet eden tarafa bildirir.

Bildirim veya yakınma soruşturmaya değer görüldüğünde ise yönetim kurulu aşağıdaki yollardan birini izler:

a)Yönetim kurulu, ilgiliye yakınma veya bildirim konusunu yazılı olarak bildirek tebliğinden itibaren en geç 15 gün içinde savunmasını ve varsa kanıtlarını bildirmesini ister. Bu sürenin geçmesi veya süresinde gelen yanıt ile birlikte toplanan kanıtlardan oluşan dosyayı inceleyerek soruşturulan kişinin onur kuruluna sevk edilip edilmeyeceğine karar verir.

b)Yönetim kurulu, bildirim veya yakınmayı inceleyerek gerekli gördüğü durumlarda oda üyelerinden birini veya birkaçını soruşturmacı olarak atar. Soruşturmacı yönetim kurulu kararı ile atanır. Soruşturmacı, bu kararın örneğini veya tarih ve sayısını, hakkında suçlamada bulunulan kişiye bildirir. Soruşturmacı olarak atanan hekim haklı sebeplerle görevi kabul etmeyebilir. Yönetim kurulu tarafından tabip odası sınırları içinden soruşturmacı atanması uygun görülmediği takdirde soruşturmacı belirlenmesi Merkez Konseyi'nden istenebilir.

Soruşturmanın Yapılış Biçimi

Madde 14 - Soruşturmacı, hakkında soruşturma açılan kişiye suçlamayı açık ve anlaşılır bir biçimde yazılı ve "gizli" ibareli olarak tebliğ ederek, tebliğden itibaren 15 gün içinde savunma yapılmasını ister. Bu süre içinde savunmasını vermeyen kişi, savunma hakkından vazgeçmiş sayılır. Gerekli görülen durumlarda suçlanan kişinin sözlü savunması da istenebilir.

Soruşturmacı, kişinin leh ve aleyhindeki bütün kanıtları toplamakla yükümlüdür. Bu nedenle olayla ilgili tüm kişilerin ya da kuruluş yöneticilerinin bilgilerine başvurabilir, resmi makamlardan belge isteyebilir, tanıkların sözlü anlatımlarına da başvurabilir. Soruşturmacı, ilgili birimlerle yazışmasını "gizli" ibareli olarak yapar.

Soruşturmacı her türlü ifade ve benzeri tutanağı kendisi yazabileceği gibi, tabip odası yönetim kurulunca görevlendirilecek bir yeminli sekretere de yazdırabilir.

Soruşturmacı, suçlanan kişinin beyanının alınmasından veya bunun için öngörülen sürenin dolmasından ve delillerin toplanmasından itibaren 20 gün içinde soruşturma dosyasını tamamlayarak fezlekesi ile birlikte yönetim kuruluna sunar.

Gerekli ifadeleri ve belgeleri toparlayan soruşturmacı, bir fezleke düzenler. Fezlekede suçlama konusu olay ile lehte ve aleyhteki tüm belge ve ifadeler tartışılır. Soruşturmacı fezlekenin sonuç bölümüne, kişinin kusurlu olup olmadığı ve verilmesini uygun gördüğü ceza konusunda kendi kişisel yargısını da ekler. Ancak bu yargı yönetim kurulu ve onur kurulu açısından bağlayıcı değildir.

Yönetim kurulu, soruşturma raporunu eksik görürse, eksikliği en çok iki ay içinde tamamlar.

Soruşturmacının ilk inceleme sırasında yapacağı tüm harcamalar belge ile kanıtlanmak koşuluyla tabip odası bütçesinden ödenir, gerektiğinde avans da verilebilir. Soruşturmacıya mesaisi ile orantılı olarak oda bölgesinde geçerli asgari muayene ücretinin bir ila beş katı tutarında; soruşturma öncesinde veya soruşturma sürecinde görevlendirilen bilirkişilere, verdikleri emek ve raporun kapsamına göre, asgari muayene ücretinin bir ila üç katı tutarında bir ücret, yönetim kurulunca takdir edilebilir.

Soruşturmanın en kısa süre içinde tamamlanması için yönetim kurulu her türlü önlemi almak, gerektiğinde soruşturmacıyı görevden alarak yeni bir soruşturmacı ile soruşturmayı yürütmek zorundadır.

Disiplin Kovuşturmasına Yer Olmadığı Kararı

Madde 15 - Yönetim kurulu, dosyayı ve raporu inceleyerek, bildirim veya yakınmada bulunan kişi hakkında disiplin kovuşturması açılmasını gerektirecek bir nedenin olmadığını saptadığı takdirde, disiplin kovuşturması açılmasına yer olmadığına gerekçeli olarak karar verir. Bu kararda bildirim veya yakınmada bulunanın adı ve adresi, suçlananın kimliği, üzerine atılan eylem, inceleme ve kanıtlar belirtilir.

Karar, hakkında soruşturma açılmış bulunan kişiye ve varsa yakınmacıya bildirilir.

Bildirim, Tebligat Kanunu hükümlerine göre yapılır. Kararın ilgiliye elden verilerek bildirilmesi durumunda bildirim günü, bildirilen ilgilinin adı ve soyadı bir tutanakla saptanarak ilgili memur ve bildirimde bulunulan tarafından imzalanır. Tebligatın yapıldığını gösteren belgeler soruşturma dosyasında saklanır.

Soruşturma veya Kovuşturma Açılmaması Kararlarına Karşı İtirazlar

Madde 16 - Oda yönetim kurulunun disiplin soruşturması veya kovuşturması açılmasına yer olmadığına ilişkin kararlarına karşı ilgililer, bildirim tarihinden itibaren 15 gün içinde, oda onur kuruluna itiraz edebilirler. İtiraz dilekçesi oda yönetim kurulu aracılığı ile oda onur kuruluna gönderilir.

Oda onur kurulu tarafından dosya üzerinde yapılacak inceleme sonunda, yakınma, bildirim veya istem konusu incelemeye değer nitelikte görülürse, oda yönetim kurulunun kararı kaldırılır. Oda yönetim kurulu bu karara uymak ve soruşturmayı tamamlayarak onur kuruluna sunmak zorundadır.

Onur Kurulu Kararlarına Karşı İtiraz

Madde 17 - Oda onur kurulunun ceza verilmesine yer olmadığına ilişkin kararlarına karşı, oda yönetim kurulu veya ilgili kişi Yüksek Onur Kurulu'na itiraz edebilir.

Onur kurulu tarafından verilen her türlü karar aleyhine, kararın bildiriminden itibaren 15 gün içinde yazılı olarak taraflarca itiraz edilebilir. Yönetim kurulu bakımından itiraz süresi onur kurulu kararının yönetim kuruluna tevdiinden itibaren başlar. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi de, onur kurullarının kararlarına karşı, kararı öğrendiği tarihten itibaren 15 gün içinde Yüksek Onur Kurulu'na başvurma hakkına sahiptir.

İtiraz dilekçesi, Yüksek Onur Kurulu'na gönderilmek üzere oda yönetim kurulu başkanlığına verilir. Dosyanın Yüksek Onur Kurulu'na gidiş ve dönüş posta ücreti itiraz edenden alınır.

Onur kurulu kararına yapılan itiraz üzerine yönetim kurulu, öncelikle itirazın süresinde olup olmadığını kontrol eder. İtiraz süresinde değil ise kararın kesinleşmiş olduğu ilgililere bildirilir ve karar gereği yerine getirilir. İtiraz süresinde ise veya karar resen Yüksek Onur Kurulu denetimine tabi ise karar ve ekleri en kısa zamanda Yüksek Onur Kuruluna gönderilir.

Bozma Kararı Üzerine Yapılması Gereken İşlemler

Madde 18 - Oda onur kurulu kararının Yüksek Onur Kurulu tarafından bozulması halinde bozma kararı, gerekçe ve gerekçeye esas ek belgelerle birlikte odaya gönderilir. Oda yönetim kurulu bozma kararını, kararın ilgililerine (hekim, şikayet eden, vb.) tebliğ eder ve bozma kararına karşı diyeceklerini bildirmeleri için 15 günlük süre verir. Sürenin geçmesi veya ilgililerinin beyanlarını sunmalarından sonra dosya oda onur kurulu tarafından incelenip bozmaya uyularak yeni bir karar verilir ya da eski kararda direnme kararı verilir.

Oda onur kurulu tarafından bozma kararına uyulması halinde bozma kararında belirtilen bozma sebeplerinin ortadan kaldırılmasından sonra esas hakkında yeni bir karar verilir. Bozma kararına karşı direnilmesi halinde, direnme gerekçelerini içeren karar verilir.

Karar ilgililere tebliğ edilir. Karara süresinde itiraz edilmesi veya kararın kendiliğinden Yüksek Onur Kurulu incelemesine tabi kararlardan olması halinde karar, bozmadan sonra yapılan işlemlere ilişkin evrak ile birlikte Yüksek Onur Kurulu'na gönderilir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Onur Kurulu

Onur Kurulu Çalışmalarının Düzenlenmesi

Madde 19 - Kurul çalışmalarının düzenli yürütülmesi onur kurulu başkanı tarafından sağlanır.

Oda Onur Kurulunun Görevleri ve Toplantıları

Madde 20 - Onur kurulunun görevi, yönetim kurulunun disiplin kovuşturması açılmasına ilişkin kararı üzerine gerekli incelemeyi yaparak disiplinle ilgili kararları vermek ve hukuksal düzenlemelerle verilen diğer görevleri yapmaktır.

Oda onur kurulu toplantıya, yönetim kurulu veya onur kurulu başkanı tarafından asıl üyelere toplantı tarihinden en az bir hafta önceden taahhütlü mektup gönderilmek suretiyle veya imza karşılığı bildirim yoluyla çağrılır. Geçerli bir mazeret nedeni ile toplantıya katılamayacak üyelerin, toplantıdan en az üç gün önce durumlarını belirtmeleri üzerine, yerleri yedek üyelerle doldurulur. Onur kurulu, yaptığı toplantıda bir sonraki toplantı gününü belirlerse, ayrıca çağrı gerekmez.

Onur kurulu toplantılarını onur kurulu başkanı, bulunmazsa ikinci başkanı, o da bulunmazsa kurul sözcüsü yönetir.

Yeter Çoğunluk ve Görüşme Yöntemi

Madde 21 - Oda onur kurulu, varsa mazeretli üyelerin yerinin yedeklerle tamamlanmasıyla beş üye ile toplanır. Karar salt çoğunlukla, en az üç üyenin kabulüyle alınır.

Kurulda raportörün açıklamaları dinlendikten sonra, konunun görüşülmesine geçilir. Kurul gerek görürse, soruşturmacı ve ilgilileri de dinler. Konunun aydınlandığı ve görüşmelerin yeterliliği sonucuna varıldığında, oylamaya geçilir. Çekimser oy kullanılmaz. Oylamada, başkan oyunu en son kullanır. Onur kurulu, bu Yönetmelikte bulunan cezalardan birini sıra izlemeden verebilir.

Karar, ilgili yasa, tüzük ve yönetmelik maddelerini ve gerekçeyi kapsayacak biçimde kaleme alınıp imzalanır. Karara karşı olanlar, bunun nedenlerini belirten yazılı bir açıklamayı karara eklemek zorundadırlar.

Onur kurulu, toplanması gereken başka bir kanıt bulunmaması durumunda, kovuşturma dosyasının kendisine sunumundan itibaren üç ay içinde kararını verir.

Oda Onur Kurulu Üyelerinin Kurula Katılamayacağı Durumlar

Madde 22 - Aşağıdaki durumlarda onur kurulu üyeleri, ilgili konunun görüşüldüğü toplantıya katılamaz ve yeteri kadar yedek üyeye çağrı yapılır:

- a) Görüşülen konu ile doğrudan ilgili olması,
- b) Görüşülen konuda soruşturmacı, tanık veya yakınmacı olması,
- c) Görüşülen konudaki ilgilinin anne, baba, çocuk, öz veya üvey kardeş, amca, dayı, hala veya teyze yakınlığında akrabası olması,
- d) Görüşülen konudaki ilgilinin evlilik son bulmuş olsa bile karı-koca ve bunların birinci derecede akrabası olması,
- e) Görüşülen konudaki ilgilinin yönetsel veya sicil yönünden amiri olması,
- f) Görüşülen konuda ilgili ile ekonomik ilişki içinde olması,
- g) Görüşülen konuda ilgili ile evlatlık ilişkisi olması.

BEŞİNCİ BÖLÜM

Yüksek Onur Kurulu

Yüksek Onur Kurulu Çalışmalarının Düzenlenmesi

Madde 23 - Yüksek Onur Kurulu çalışmalarının düzenli yürütülmesi başkan tarafından sağlanır. Başkan bir sonraki oturuma kadar bu sıfatı taşıy ve gelecek toplantı için yapılması gereken hazırlıklar ile alınan kararların takibinden sorumludur.

Raportör üye, Yüksek Onur Kurulu'na havale edilen dosyaların incelenmesini öngörülen toplantı tarihinden en az bir ay önce tamamlayarak gelecek toplantının gündemini başkana sunar. Raportör, dosyalardaki, oda ile yapılacak yazışmayla tamamlanabilecek noksanlıkları Merkez Konseyi Genel Sekreteri aracılığı ile tamamlatmaya çalışır.

Yüksek Onur Kurulu'nun sekreteryaya, arşivleme hizmetleri Merkez Konseyi Genel Sekreterliğince yürütülür.

Yüksek Onur Kurulunun Görevleri

Madde 24 - Yüksek Onur Kurulu'nun görevleri şunlardır:

- a) Oda Onur Kurulu kararlarına karşı yapılan itirazlar ile itiraz edilmese dahi onur kurulları tarafından verilen meslekten alıkoyma cezalarını inceler ve onur kurulu kararları hakkında karar verir.
- b) Bozma kararından sonra verilen ısrar kararlarının uygun bulunmaması durumunda onur kurulu yerine geçerek karar verir. Yüksek Onur Kurulu'nun bu şekilde verdiği karara karşı ilgililer ancak idari yargıya başvurabilirler.
- c) Merkez Konseyi'nin kendisine ileteceği konuları görüşür ve sonuçlandırır.
- d) Yasalarla kendisine verilmiş diğer görevleri yürütür.

Toplantı Usulü

Madde 25 - Bu Yönetmeliğin 22 nci maddesinde öngörülen yasaklar Yüksek Onur Kurulu üyeleri için de geçerlidir.

Kurul en az altı üyenin katılımı ile toplanır ve mevcudun üçte iki çoğunluğu ile karar verebilir.

Kurul, önceden saptanan gündemdeki, itiraz ve konuları o toplantısında görüşüp karara bağlar. Gündemdeki konularda ve disiplin dosyalarında eksiklik görüldüğü takdirde, eksikliğin tamamlanması ilgili odadan istenebilir. Bu dosyalar bir sonraki toplantıda öncelikle ele alınır.

Toplantının yönetimi yetkisi başkana aittir. Dosyanın yeterince görüşüldüğü ve konunun aydınlandığı kanaatine varıldığında oylamaya geçilir. Oylamada başkan oyunu en son kullanır. Çekimser oy kullanılamaz.

Karar verilebilmesi için yeterli oy sayısına ulaşamaz ise dosyanın yeniden görüşmeye açılması veya bir sonraki toplantı gündemine bırakılması konusu oylanır. Bu konuda da karar yeter sayısı sağlanamaz ise dosya bir sonraki toplantıya bırakılmış sayılır.

Kararlar gerekçeli şekilde ve karara muhalif kalanların gerekçelerini de içerecek şekilde yazılıp imzalanır.

Her toplantı sonunda bir sonraki toplantının tarihine ilişkin görüşme açılır. Toplantı tarihi kararlaştırılmaz ise yeni toplantı tarihi Merkez Konsey tarafından saptanarak üyelere tebliğ edilir.

ALTINCI BÖLÜM

Çeşitli Hükümler

Kayıtların Tutulması

Madde 26 - Açılan disiplin soruşturmaları sonunda verilen kararlar, sayfaları önceden numaralanmış ve noterlikçe onaylanmış olan defterlere, yıllar itibarıyla sıra numarası da verilerek, düzenli bir biçimde yazılır.

Odalar, Yüksek Onur Kurulu'nda görüşülecek disiplin dosyalarının fotokopilerini bir dizi pusulası da yaparak Merkez Konseyi'ne gönderir. Dosya içinde bulunan kararların el yazısı ile yazılmış olması halinde daktilo veya bilgisayar ile yazılıp aslının aynı olduğu onaylanmış bir örneğin de dosya içine konulması gereklidir.

Oda onur kurulu kararlarının onaylı fotokopileri o yılın sonunda Merkez Konseyi'ne gönderilir ve Merkez Konseyi tarafından arşivlenir.

Yazışma Şekli

Madde 27 - Kişi ve kurumlarla yazışmalar, kime ne zaman tebliğ edildiği tebellüğ edenin imzasını da taşıyan belgeyle ispatlanabilecek bir yöntemle (iadeli taahhütlü mektup, özel kurye ve benzeri) yapılır. Evrakın elden verilmesi halinde alınacak imzalı belge dosyada saklanır.

Kararların Uygulanması

Madde 28 - Süresi içinde itiraz edilmeyen disiplin cezalarından uyarma ve para cezaları kesinleşir ve derhal uygulanır.

Meslekten alıkoyma cezaları ise, itiraz edilmese bile, Yüksek Onur Kurulu'nun onama kararı ile kesinleşir ve Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanır.

Süresi ne olursa olsun, meslekten alıkoyma cezası alan ve bu cezası kesinleşen oda veya Birlik yönetim organlarında görevli üyenin bu üyeliği düşer.

Sicil Dosyasına İşleme ve Sicilden Silinme

Madde 29 - Disiplin cezaları sicil dosyasına işlenir. Aynı veya benzer konuda yeniden ceza alınmamış olması koşuluyla uyarı ve para cezaları 2 yıl sonunda sicilden silinir. Aynı veya benzer bir eylem sebebiyle ceza alınması durumunda, ikinci verilen cezadan sonra 4 yıl geçmedikçe ceza silinmez.

Kaldırılan Yönetmelik

Madde 30 - Türk Tabipleri Birliği Soruşturma ve Yargılama Yönetmeliği yürürlükten kaldırılmıştır.

Geçici Madde - Halen yürütülen soruşturmalarda bu Yönetmelik'te belirtilen usul hükümleri uygulanır. Mevcut soruşturmada isnat edilen eylem bu Yönetmelik ile daha ağır bir cezayı gerektirir hale gelmiş ise önceki yönetmeliğe uygun olarak hafif olan ceza verilir.

Yürürlük

Madde 31 - Bu Yönetmelik yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

Madde 32 - Bu Yönetmelik hükümlerini Türk Tabipleri Birliği yürütür.

BİYOLOJİ VE TIBBIN UYGULANMASI BAKIMINDAN İNSAN HAKLARI VE İNSAN HAYSİYETİNİN KORUNMASI SÖZLEŞMESİ:İNSAN HAKLARI VE BİYOTIP SÖZLEŞMESİ

BAŞLANGIÇ

Bu Sözleşmeyi imzalayan, Avrupa Konseyi Üyesi Devletler, diğer Devletler ve Avrupa Topluluğu,

10 Aralık 1948 tarihinde Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından ilan edilen İnsan Hakları Evrensel Beyannamesini;

4 Kasım 1950 tarihli İnsan Hakları ve Temel Özgürlüklerin Korunması Sözleşmesini;

18 Ekim 1961 tarihli Avrupa Sosyal Şartı'nı;

16 Aralık 1966 tarihli Uluslararası Medeni ve Siyasi Haklar Sözleşmesini ve Uluslararası Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesini;

28 Ocak 1981 tarihli Kişisel Verilerin Otomatik İşlenmesine Karşı Bireylerin Korunması Sözleşmesini;

20 Kasım 1989 tarihli Çocuk Hakları Sözleşmesini göz önünde bulundurarak;

Avrupa Konseyi'nin amacının, üyeleri arasında daha büyük bir birliğe ulaşılması olduğunu ve bu amacın izlenmesinde kullanılacak yöntemlerden birinin, insan hakları ve temel özgürlüklerin idamesi ve daha da gerçekleştirilmesi olduğunu dikkate alarak;

Biyoloji ve tıp alanında gittikçe artan bir hızla ortaya çıkan gelişmelerin bilinciy-le;

İnsana, hem birey, hem de insan türünün bir üyesi olarak saygı gösterilmesi ihtiyacına inanarak ve insan onurunu güvence altına almanın önemini kabul ederek;

Biyoloji ve tıbbın kötüye kullanılmasının, insan onurunu tehlikeye sokacak eylemlere neden olacağına bilinciy-le;

Biyoloji ve tıptaki ilerlemenin, , şimdiki ve gelecek kuşakların yararı için kullanılması gerektiği fikrini onaylayarak;

Biyoloji ve tıbbın yararlarından tüm insanlığın faydalanabilmesi için uluslararası işbirliğine ihtiyaç duyulduğunu vurgulayarak;

Biyoloji ve tıbbın uygulanmasında ortaya çıkan sorular vs bunlara verilecek cevaplar üzerinde bir kamuoyu tartışması açılmasının teşvik edilmesinin önemini kabul ederek;

Toplumun tüm üyelerine, hakları ve sorumluluklarını hatırlatma arzusuyla;

Bir Biyoetik Sözleşmesi hazırlanmasına ilişkin 1160 (1991) sayılı Tavsiye Kararı dahil, Parlamenterler Meclisin bu alandaki çalışmalarını göz önüne alarak;

Biyoloji ve tıbbın uygulanmasında, insan onuru ve bireyin temel hak ve özgürlüklerinin korunması için gerekli bu tedbirlerin alınması kararına vararak;

Aşağıdaki hususları kabul etmişlerdir:

BÖLÜM I

Genel Hükümler

Madde 1- Amaç ve Konu

Bu Sözleşmenin Tarafları, tüm insanların haysiyetini ve kimliğini koruyacak ve biyoloji ve tıbbın uygulanmasında, ayırım yapmadan herkesin, bütünlüğüne ve diğer hak ve özgürlüklerine saygı gösterilmesini güvence altına alacaklardır.

Tarafların her biri, bu Sözleşme hükümlerinin yürürlüğe sokulması bakımından kendi iç hukuklarında gerekli tedbirleri alacaklardır.

Madde 2- İnsanın önceliği

İnsanın menfaatleri ve refahı, bilim veya toplumun menfaatlerinin üstünde tutulacaktır.

Madde 3- Sağlık hizmetlerinden adil şekilde yararlanma

Taraflar, sağlığa duyulan ihtiyaçları ve kullanılabilir kaynakları göz önüne alarak, kendi egemenlik alanlarında, uygun nitelikteki sağlık hizmetlerinden adil bir şekilde yararlanılmasını saylayacak uygun önlemleri alacaklardır.

Madde 4- Mesleki standartlar

Araştırma dahil, sağlık alanında herhangi bir müdahalenin, ilgili mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak yapılması gerekir.

BÖLÜM II

Muvafakat

Madde 5- Genel kural

Sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat etmesinden sonra yapılabilir.

Bu kişiye, önceden, müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında uygun bilgiler verilecektir.

İlgili kişi, muvafakatini her zaman, serbestçe geri alabilir.

Madde 6- Muvafakat verme yeteneği bulunmayan kişilerin korunması

1. Aşağıda, 17 ve 20. Maddelere tabi olmak koşuluyla, muvafakat verme yeteneği bulunmayan bir kimse üzerinde tıbbi müdahale, sadece onun doğrudan yararı için yapılabilir.

2. Kanuna göre bir müdahaleye muvafakatini verme yeteneği bulunmayan bir küçüğe, sadece temsilcisinin veya kanun tarafından belirlenen makam, kişi veya kuruluşun izni ile müdahalede bulunulabilir.

Küçüğün görüşü, yaşı ve olgunluk derecesiyle orantılı bir şekilde, gittikçe daha belirleyici bir etken olarak göz önüne alınacaktır.

3. Kanuna göre, akıl hastalığı, bir hastalık veya benzer nedenlerden dolayı müdahaleye muvafakat etme yeteneği bulunmayan bir yetişkine, ancak temsilcisinin veya kanun tarafından belirlenen kişi veya makamin izni ile müdahalede bulunulabilir.

İlgili kişi mümkün olduğu ölçüde izin verme sürecine katılacaktır.

4. Yukarıda 2 ve 3. Fıkralarda belirtilen temsilci, makam, kişi veya kuruluşa, aynı şartlarda, Madde 5'de belirtilen bilgi verilecektir.

5. Yukarıda 2 ve 3. Fıkralarda belirtilen izin, ilgili kişinin en fazla yararı bakımından her zaman geri çekilebilir.

Madde 7 - Akıl hastalığı olan kişilerin korunması

Gözetim, denetim ve başka bir makama başvurma süreçleri dahil, kanun tarafından öngörülen koruyucu şartlarla bağlı olmak üzere, ciddi nitelikli bir akıl hastalığı olan kişi, yalnızca böyle bir tedavi yapılmadığı takdirde sağlığına ciddi bir zarar gelmesinin muhtemel olduğu durumlarda, muvafakati olmaksızın akıl hastalığının tedavi edilmesini amaçlayan bir müdahaleye tabi tutulabilir.

Madde 8- Acil durum

Acil bir durum nedeniyle uygun muvafakatin alınamaması halinde, ilgili bireyin sağlığı için tıbbi bakımdan gerekli olan herhangi bir müdahale derhal yapılabilir.

Madde 9 - Önceden açıklanmış istek

Müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek bir durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbi müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekler göz önüne alınacaktır.

BÖLÜM III

Özel yaşam ve bilgilendirilme hakkı

Madde 10- Özel yaşam ve bilgilendirilme hakkı

1. Herkes, kendi sağlığıyla ilgili bilgiler bakımından, özel yaşamına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahiptir.
2. Herkes, kendi sağlığı hakkında toplanmış herhangi bir bilgiyi öğrenme hakkına sahiptir. Bununla beraber, bireylerin, bilgilendirilmeme istekleri de gözetilecektir.
3. İstisnai durumlarda, 2. Fıkra belirtilen hakların kullanılmasında, hastanın yararları bakımından kanun tarafından kısıtlamalar öngörülebilir.

BÖLÜM IV

İnsan genomu

Madde 11 - Ayırım yapmama

Bir kimseye, genetik kalıtımı nedeniyle herhangi bir ayırımcılık uygulanması yasaktır.

Madde 12 - Genetik teşhise yönelik testler

Genetik hastalıkları teşhise yönelik veya ya kişinin bir hastalığa neden olan bir geni taşıdığını belirlemeye ya da genetik bir yatkınlığı veya bir hastalığa eğilimi ortaya çıkarmaya yönelik testler, sadece sağlık amaçlarıyla veya sağlık amaçlı bilimsel araştırma için ve uygun genetik danışmada bulunmak şartıyla yapılabilir.

Madde 13- İnsan genomu üzerine müdahaleler

İnsan genomunu değiştirmeye yönelik bir müdahale, yalnızca, önleme, teşhis ve tedavi gayeleriyle ve sadece, amacının, herhangi bir altsoyun genomunda değişiklik yapılması olmaması halinde yapılabilir.

Madde 14- Cinsiyet seçememe

Cinsiyetle ilgili ciddi bir kalıtsal hastalıktan kaçınma hali hariç, doğacak çocuğun cinsiyetini seçmek amacıyla tıbben destekli dölleme tekniklerinin kullanımından kaçınılacaktır.

BÖLÜM V

Bilimsel araştırma

Madde 15 - Genel kural

Biyoloji ve tıp alanında bilimsel araştırma, bu Sözleşme hükümlerine ve insan varlığının korunmasını güvence altına alan diğer yasal hükümlere bağlı kalmak kaydıyla, serbestçe yapılabilir.

Madde 16- Üzerinde araştırma yapılan kişilerin korunması

Bir kimse üzerinde araştırma, ancak aşağıdaki şartların tümünün yerine getirilmesi halinde yapılabilir:

I İnsanlar üzerindeki araştırmayla karşılaştırılabilir etkinlikte başka bir seçeneğin bulunmaması;

II araştırmaya konu olan şahsın maruz kalabileceği tehlikelerin, araştırmanın beklenen yararlarıyla oransız olmaması;

III araştırma projesinin bilimsel değerinin, araştırma amacının öneminin değerlendirilmesi ve etik bakımdan kabul edilebilirliğinin çok disiplinli bir gözden geçirmeye tabi tutulması dahil, yetkili bir kurum tarafından bağımsız bir şekilde incelenmeden sonra onaylanmış olması;

IV üzerinde araştırma yapılan kişilerin, korunmaları için kanun tarafından öngörülen hakları ve güvenceleri hakkında bilgilendirilmiş olmaları;

V 5. Maddede öngörülmüş bulunan muvafakatin açıkça ve belirli bir şekilde verilmiş olması ve bunun belgelendirilmiş bulunması. Bu muvafakat her zaman serbestçe geri alınabilir.

Madde 17 - Araştırmaya muvafakat etme yeteneği olmayan kişilerin korunması

1. 5. Maddede belirtildiği şekilde muvafakatini açıklama yeteneği bulunmayan bir kimse üzerinde araştırma, ancak, aşağıdaki şartların tümünün yerine getirilmesi halinde yapılabilir:

I Madde 16 alt fıkra (i)'den (v)'e kadar olan şartların gerçekleşmiş olması;

II Araştırmanın sonuçlarının ilgilinin sağlığı üzerinde gerçek ve doğrudan yarar sağlama beklentisinin bulunması;

III Muvafakat etme yeteneği bulunan bireyler üzerinde karşılaştırılabilir nitelikte bir etkinlik doğuracak bir araştırmanın yapılamaması;

IV Madde 6'da öngörülen gerekli iznin belirli ve yazılı olarak verilmiş bulunması ve

V İlgili kişinin itirazda bulunmaması.

2. Araştırmanın ilgilinin sağlığı üzerinde doğrudan yararlı sonuçlar sağlayacağı beklentisinin bulunmadığı durumlarda, istisnai olarak ve kanun tarafından öngörülen koruyucu şartlar altında, söz konusu araştırmaya, yukarıda 1. Fıkra ve alt fıkra (i), (iii), (iv) ve (v)'de öngörülen şartlarla birlikte aşağıdaki ek şartların da bulunması halinde izin verilebilir:

I araştırmanın, hastanın sağlık durumu, hastalığı veya rahatsızlığı hakkındaki bilimsel bilginin önemli derecede geliştirmesine katkıda bulunma yoluyla, ilgili kişiye veya aynı yaş grubunda olan veya aynı hastalık ya da rahatsızlığa yakalanmış bulunan veya aynı durumda olan diğer kimselere yarar sağlamaya elverişli nihai sonuçlara ulaşılması amacını taşıması;

II araştırmanın, ilgili kişi bakımından sadece asgari bir tehlike ve asgari bir külfeti gerektirmesi.

Madde 18 - Tüpte embriyonlar üzerinde araştırma

- 1.** Hukukun embriyon üzerinde tüpte araştırmaya izin verilmesi halinde, embriyon için uygun koruma sağlanacaktır.
- 2.** Sadece araştırma amaçlarıyla insan embriyonlarının yaratılması yasaktır.

BÖLÜM VI

Nakil amaçlarıyla canlı vericilerden organ ve doku alınması

Madde 19- Genel kural

- 1.** Yaşayan bir kimseden nakil amaçlarıyla organ veya doku alınması, sadece alıcının tedaviye ilişkin istifadesi için ve ölmüş bir kimseden uygun organ veya doku bulunmadığı ve karşılaştırılabilir etkinlikte başka bir tedavi yönteminin olmadığı durumlarda gerçekleştirilebilir.
- 2.** Gerekli muvafakat, Madde 5'de öngörüldüğü üzere, açıkça ve belirli bir şekilde, yazılı olarak veya resmi bir makam önünde verilmiş olmalıdır.

Madde 20 - Organ alınmasına muvafakat verme yeteneği olmayan kişilerin korunması

- 1.** 5. Maddeye göre muvafakatini açıklama yeteneği bulunmayan bir kimseden organ veya doku alınamaz.
- 2.** İstisnai olarak ve kanun tarafından öngörölmüş koruyucu şartlar altında, muvafakat verme yeteneği olmayan bir kimseden kendisini yenileyen dokuların alınmasına aşağıdaki şartların gerçekleşmesi halinde izin verilebilir:

I muvafakat verme yeteneği bulunan uygun bir vericinin bulunmaması;

II alıcı şahsın, vericinin erkek veya kız kardeşi olması;

III başışın, alıcı bakımından hayat kurtarıcı olma beklentisinin bulunması;

IV 6. Maddenin 2 ve 3. Fıkralarında öngörülen yetkinin, kanuna uygun olarak yetkili kurum tarafından onaylanan şekilde, belirli ve yazılı olarak verilmiş olması;

V muhtemel vericinin buna itirazda bulunmaması.

BÖLÜM VII

Ticari kazanç yasağı ve insan vücudundan alınmış parçalar üzerinde tasarruf

Madde 21- Ticari kazanç yasağı

İnsan vücudu ve onun parçaları, bu nitelikleri dolayısıyla, ticari kazanç sağlanmasına konu olmayacaktır.

Madde 22 - insan vücudundan alınmış parçalar üzerinde tasarruf

Bir müdahale sırasında insan vücudunun herhangi bir parçası alındığında, çıkarılan parça, yalnızca uygun bilgi verme ve muvafakat alma usullerine uyulduğu takdirde, çıkarılma amacından başka bir amaç için saklanabilir ve kullanılabilir.

BÖLÜM VIII

Sözleşme hükümlerinin ihlali

Madde 23- Hakların veya ilkelerin ihlali

Taraflar, bu Sözleşmede öngörülen hakların ve ilkelerin hukuka aykırı bir şekilde ihlalinin en kısa sürede önlenmesi veya durdurulması için uygun yargısal korumayı sağlayacaklardır.

Madde 24- Uygun olmayan zararın tazmini

Tıbbi bir müdahale sonucunda, uygun olmayan bir zarara uğrayan kişinin, kanun tarafından öngörülen koşullar ve usuller uyarınca, adil bir tazminat isteme hakkı vardır.

Madde 25- Yaptırımlar

Taraflar, bu Sözleşmede yer alan hükümlerin ihlal edilmesi halinde uygulanacak uygun yaptırımları sağlayacaklardır.

BÖLÜM IX

Bu Sözleşme ve diğer hükümler arasındaki ilişki

Madde 26- Hakların kullanılmasının kısıtlanması

1. Bu Sözleşmede yer alan haklar ve koruyucu hükümlerin kullanılmasında, kamu güvenliği, suçun önlenmesi, kamu sağlığının korunması veya başkalarının hak ve özgürlüklerinin korunması için kanun tarafından öngörülen ve demokratik bir toplumda gerekli olanlardan başka kısıtlama konulmayacaktır.

2. Yukarıdaki fıkrata sözü edilen kısıtlamalar, Madde 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20 ve 21'e uygulanmayacaktır.

Madde 27- Daha geniş koruma

Bu Sözleşmedeki hükümlerden hiçbiri, Tarafların, biyoloji ve tıbbın uygulanmasında bu Sözleşmede belirtilenden daha geniş bir koruma sağlama imkanını kısıtlayacak veya etkileyecek şekilde yorumlanmayacaktır.

BÖLÜM X

Kamuoyu tartışması

Madde 28- Kamuya açık tartışma

Bu Sözleşmenin Tarafları, biyoloji ve tıp alanındaki gelişmelerin doğurduğu temel soruların, özellikle ilgili tıbbi, sosyal, ekonomik, ahlaki ve hukuki yansımaların ışığında, uygun şekilde kamusal tartışmaya konu olmasını ve bunların muhtemel uygulamalarının, uygun istişarelere konu olmasını sağlayacaklardır.

BÖLÜM XI

Sözleşmenin yorumu ve izlenmesi

Madde 29 - Sözleşmenin yorumu

Avrupa insan Hakları Divanı,

- Taraflardan birinin, diğer Tarafalara bilgi verdikten

Sonra iletceği,

- 32. Maddeye göre, Sözleşme Taraflarının Temsilcileriyle kısıtlı bir şekilde oluşturulan Komitenin, kullanılan oyların üçte iki çoğunluğuyla alacağı karara dayalı

Talepler üzerine, bir mahkemede görülmekte olan herhangi belirli bir davaya doğrudan atıfta bulunulmaksızın, bu Sözleşmenin yorumuna ilişkin hukuki sorunlar hakkında istişari nitelikte görüş bildirebilir.

Madde 30- Sözleşmenin uygulanması hakkında raporlar

Avrupa Konseyi Genel Sekreterinden alınan bir talep üzerine, Taraflardan herhangi biri, iç hukukunun, Sözleşme hükümlerinden herhangi birinin etkin şekilde uygulanmasını sağlama tarzı hakkında açıklamada bulunacaktır.

BÖLÜM XII

Protokoller

Madde 31- Protokoller

Bu Sözleşmede yer alan ilkelerin geliştirilmesi amacıyla, belirli alanlarda, 32. Madde uyarınca protokoller akdedilebilir.

Protokoller, Sözleşmeyi imzalayan Devletlerin imzasına açılacaktır. Protokoller, onay, kabul veya uygun bulmaya tabi olacaktır. İmzacı bir Devlet, önceden veya aynı anda Sözleşmeyi onaylamadan, kabul etmeden ya da uygun bulmadan, Protokolleri onaylamayabilir, kabul etmeyebilir ya da uygunluk vermeyebilir.

BÖLÜM XIII

Sözleşmede değişiklik yapılması

Madde 32- Sözleşmede değişiklik yapılması

- 1.** Bu Madde ve 29. Madde ile "Komiteye verilen görevler, Biyoetik Yürütme Kurulu (CDBİ) veya Bakanlar Komitesi tarafından tayin edilecek herhangi başka bir komite tarafından yerine getirilecektir.
- 2.** 29. Maddenin özel hükümlerine zarar gelmeksizin, Avrupa Konseyine üye Devletlerden her biri ve bu Sözleşmenin Avrupa Konseyi üyesi olmayan Taraflarının her biri, Komite bu Sözleşme tarafından verilen görevleri yerine getirirken, Komitede temsil edilebilecek ve bir oy hakkına sahip olacaktır.
- 3.** 33. Maddede atıfta bulunulan veya bu Sözleşmeye taraf olmayıp, 34. Madde hükümleri uyarınca Sözleşmeye katılmaya davet olunan herhangi bir Devlet Komitede bir gözlemci ile temsil edilebilecektir. Avrupa Topluluğu, Taraf değilse, Komitede bir gözlemci ile temsil edilebilecektir.
- 4.** Bilimsel gelişmelerin izlenmesi amacıyla, bu Sözleşme, yürürlüğe girdiği tarihten itibaren beş yılı aşmayacak bir süre içinde, ve müteakiben Komite tarafından belirlenebilecek aralarla, Komite tarafından gözden geçirilecektir.
- 5.** Taraflardan herhangi biri, Komite veya Bakanlar Komitesinin, bu Sözleşmeye bir değişiklik getirilmesi, herhangi bir Protokol akdedilmesi veya Protokollerden birine bir değişiklik getirilmesi önerileri, Avrupa Konseyi Genel Sekreterine iletilecek ve onun tarafından Avrupa Konseyine üye Devletler, Avrupa Topluluğu,

herhangi bir İmzacı Devlet, herhangi bir Taraf, 33 Madde hükümleri uyarınca bu Sözleşmeyi imza etmeğe davet edilen herhangi bir Devlet ve 34. Madde hükümleri uyarınca bu Sözleşmeye katılmaya davet olunan herhangi bir Devlete gönderilecektir.

6. Komite, öneriyi, 5. Fıkra uyarınca Genel Sekreter tarafından iletiildiği tarih üzerinden iki aydan az olmayan bir süre geçtikten sonra inceleyecektir. Komite, kullanılan oyların üçte iki çoğunluğuyla kabul edilen metni, onay için Bakanlar Komitesine sunacaktır. Bakanlar Komitesinin onayından sonra, metin, onay, kabul veya uygun bulma için Taraf'lara iletilecektir.

7. Herhangi bir değişiklik, değişikliği kabul eden Taraf'lardan bakımından, en az dördü Avrupa Konseyi üyesi olmak üzere, beş Tarafın değişikliği kabul etmiş olduklarını Genel Sekretere bildirdikleri tarihi izleyen bir aylık sürenin geçmesinden sonra gelen ayın ilk günü yürürlüğe girecektir.

Sonradan kabul eden Taraf bakımından değişiklik, bu Tarafın, kabul keyfiyetini Genel Sekretere bildirdiği tarihi izleyen bir aylık sürenin geçmesinden sonraki ayın ilk günü yürürlüğe girecektir.

BÖLÜM XIV

Son hükümler

Madde 33- İmza, onay ve yürürlüğe girme

1. Bu Sözleşme, Avrupa Konseyine üye Devletler, Sözleşmenin oluşumuna katkıda bulunan üye olmayan Devletler ve Avrupa Topluluğunun imzasına açık olacaktır.

2. Bu Sözleşme, onay, kabul veya uygun bulmaya tabidir. Onay, kabul veya uygun bulma belgeleri, Avrupa Konseyi Genel Sekreterine tevdi edilecektir.

3. Bu Sözleşme, en azından dördü Avrupa Konseyi üyesi olmak üzere beş Devletin, bu Maddenin 2. Fıkrası hükümleri uyarınca Sözleşme ile bağlı oldukları iradesini beyan ettikleri tarihi izleyen üç aylık sürenin geçmesinden sonra gelen ayın ilk günü yürürlüğe girecektir.

4. Sözleşmeyle bağlılık iradesini sonradan açıklayan herhangi bir İmzacı Devlet bakımından Sözleşme, bu devletin, onay, kabul veya uygun bulma belgesini tevdi tarihini izleyen üç aylık sürenin geçmesinden sonra gelen ayın ilk günü yürürlüğe girecektir.

Madde 34- Üye olmayan Devletler

1. Bu Sözleşmenin yürürlüğe girmesinden sonra, Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesi, Taraf'lara danıştıktan sonra, Avrupa Konseyi Statüsünün 20. Maddesi (d) alt fıkrasında belirlenen çoğunlukla ve Bakanlar Komitesine katılmaya yetkili olan Akit Devletler temsilcilerinin oybirliğiyle Avrupa Konseyine üye olmayan herhangi bir Devleti bu Sözleşmeye katılmaya davet edebilir.

2. Katılan herhangi bir Devlet bakımından Sözleşme, katılma belgesinin Avrupa Konseyi Genel Sekreterine tevdi tarihini izleyen üç aylık sürenin geçmesinden sonra gelen ayın ilk günü yürürlüğe girecektir.

Madde 35- Bölgeler

1. Herhangi bir imzacı Devlet, Sözleşmeyi imzalama aşamasında veya onay, kabul veya uygun bulma belgelerini tevdi ettiği sırada, bu Sözleşmenin uygulanacağı bölge veya bölgeleri belirleyebilir. Diğer herhangi bir Devlet, katılma belgesini tevdi ettiği zaman aynı beyanda bulunabilir.

2. Herhangi bir Taraf, daha sonraki bir tarihte, Avrupa Konseyi Genel Sekreterine yönelik bir beyan ile, bu Sözleşmenin uygulama alanını, beyanda belirtilen diğer bir bölgeye teşmil edebilir ve kimin uluslararası ilişkilerinde sorumlu olduğunu veya kimin yararına taahhütte bulunmaya yetkilendirilmiş bulunduğunu belirtebilir. Söz konusu bölge bakımından, Sözleşme, sözü geçen beyanın Genel Sekreter tarafından alındığı tarihi izleyen üç aylık sürenin geçmesinden sonra gelen ayın ilk günü yürürlüğe girecektir`.

3. Yukarıdaki iki fıkraya istinaden yapılmış herhangi bir beyan, söz konusu beyanda belirtilen bölge bakımından, Genel Sekretere yönelik bir bildirimle geri alınabilir. Geri alma, söz konusu bildirim Genel Sekreter tarafından alındığı tarihi izleyen üç aylık sürenin geçmesinden sonra gelen ayın ilk günü yürürlüğe girer.

Madde 36- Çekinceler

1. Herhangi bir Devlet ve Avrupa Topluluğu, imza aşamasında veya onay, kabul veya uygun bulma belgesini tevdi ederken, o sırada ülkesinde yürürlükte bulunan herhangi bir kanunun, bu Sözleşmenin herhangi bir hükmü ile uyum halinde olmaması nedeniyle, herhangi bir hüküm için çekince koyabilir. Genel nitelikteki çekincelere, bu madde uyarınca izin verilmeyecektir.

2. Bu madde uyarınca konulacak çekince, ilgili kanun hakkında kısa bir açıklama içerecektir.

3. Bu Sözleşmenin uygulanma alanını 35. Maddenin 2. Fıkrasında belirtilen bildirmede sözü edilen bir bölgeye teşmil eden herhangi bir Taraf, söz konusu bölge bakımından yukarıdaki fıkralar hükümleri uyarınca çekince koyabilir.

4. Bu maddede zikredilen çekinceyi koyan herhangi bir Taraf, Avrupa Konseyi Genel Sekreterine muhatap bir beyanla çekinceyi geri alabilir. Geri alma, söz konusu beyanın Genel Sekreter tarafından alındığı tarihi izleyen bir aylık sürenin geçmesinden sonra gelen ayın ilk günü yürürlüğe girer.

Madde 37- Fesih

1. Herhangi bir Taraf, Avrupa Konseyi Genel Sekreterine yönelik bir bildirimde bulunmak suretiyle, her zaman, bu Sözleşmeden ayrılabilir.

2. Söz konusu fesih, buna ilişkin bildirim Genel Sekreter tarafından alındığı tarihi izleyen üç aylık sürenin geçmesinden sonra gelen ayın ilk günü yürürlüğe girer.

Madde 38- Bildirimler

1. Avrupa Konseyi Genel Sekreteri, Konsey üyesi Devletlere, Avrupa Topluluğuna, herhangi bir İmzacı Devlete, herhangi bir Tarafa ve bu Sözleşmeye katılmaya davet edilmiş diğer herhangi bir Devlete:

A herhangi bir imza;

B herhangi bir onay, kabul veya uygun bulma belgesinin tevdii;

C 33 veya 34. Maddeler uyarınca bu Sözleşmenin yürürlüğe girdiği herhangi bir tarih;

D 32. Madde uyarınca kabul edilmiş herhangi bir değişikliyi veya Protokolü ve bu değişiklik veya Protokolün yürürlüğe girdiği tarih;

E 35. Madde uyarınca yapılmış herhangi bir beyan;

F 36. Madde hükümleri uyarınca konulmuş herhangi bir çekince ve çekincenin geri alınışı;

G bu Sözleşmeyle ilgili diğer herhangi bir fiil, bildirim veya bilgi iletimi;

Hakkında bildirimde bulunacaktır.

Usulüne göre yetkili kılınmış olan, aşağıda imzaları bulunan temsilciler bu Sözleşmeyi imzalamışlardır.

Avrupa Konseyi arşivinde saklanacak her iki metin de aynı derecede geçerli olmak üzere, İngilizce ve Fransızca dillerinde 4 Nisan 1997' de Oviedo' da imzalanmış olup onaylanmış kopyalar Avrupa Konseyi Genel Sekreteri tarafından her bir üye devlete, bu Sözleşmenin hazırlanmasına iştirak eden üye olmayan devletlere ve bu Sözleşmeyi onaylamak üzere davet edilmiş olan herhangi bir devlete gönderilecektir.