

**“MESLEKİ SORUMLULUK  
SİGORTALANMALIDIR”  
EVET AMA NASIL ?**

**“HEKİM-HASTA-TOPLUM İÇİN  
TIBBİ ZARARLARI  
(NASIL) KARŞILAYALIM ?”**



TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ

Türk Tabipleri Birliği, tıbbi uygulama hatalarının, hekimlerin, sağlık personelinin ve hastaların sorunu olmaktan çıkarılmasını istiyor. 2004 yılından bu yana öneriler oluşturuyor, bu alandaki düzenlemelerin hasta, hekim, sağlık personeli ve toplum yararını gözetererek çıkarılması için çalışıyor.

“Tam Gün” olara bilinen tasarıda zorunlu mesleki sorumluluk sigortasına ilişkin hükümler var. Yasalaştırılması düşünölen taslakta;

- Bütün hekimlere mesleki sorumluluk sigortası yaptırılmaları,
- Sigorta priminin yarısını hekimin, diğer yarısını ise özel kuruluşlarda işveren, kamu sağlık kuruluşlarında ise döner sermaye gelirlerinden ödenmesi,
- Kamuda yardımcı sağlık personelinin kusurlarına yönelik teminatın da hekimin sigortası ile sağlanması,
- Zorunlu sigorta koşullarının yalnızca Sağlık Bakanlığı ve Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenmesi düşünölmektedir.

Bilinmektedir ki hekimler giderek artan bir biçimde her gün saldırıya uğramakta, şikayet, soruşturma ve dava tehdidi altında mesleklerini yerine getirmeye çalışmaktadır. Bu ortamın topluma verilen sağlık hizmetini iyileştirmeyeceği açıktır. Bu nedenle Türk Tabipleri Birliği nedenleri göz ardı etmeden çözümlerin hızla hayata geçirilmesini istemektedir.

Getirilen sistemle sağlık hizmeti sırasında zarar gören hastaların zararının hemen karşılanması düşünölmemektedir. Hekimler ise kapsamı belli olmayan, kapsamının belirlenmesinde kendilerinin söz sahibi olmadığı, koşulları Sağlık Bakanlığı ve Hazine Müsteşarlığının tek başına belirlediği, ancak giderek artacak primleri kendilerinin ödemek zorunda kalacağı, üstelik hastalarla karşı karşıya bırakılacakları bir sigorta sistemine zorlanmaktadır.

Taslakta yapılması düşünölen sorumluluk sigortası sistemi ABD'ni temel almaktadır. Oysa ABD'de uygulanan sistemin toplumsal olarak hem sağlık hizmetine hem hastalara hem de hekimlere zararları ortaya konulmuştur.

Ölkemizde de 2006 yılından buyana uygulanan gönüllü mesleki sorumluluk sigortasının uygulama sonuçlarından getirilen sistemin toplum sağlığına ve hekimlere yararlı sonuçları ortaya çıkmamıştır. Hekimler giderek sağlık problemlerinin çözümü zor hastalara müdahale ederken endişe etmekte,

hastalar sağlık hizmeti sırasında zarar gördüklerinde zararlarını hemen karşılayacak bir kurum olmadığı için pek çoğu zarara katlanmakta ya da uzun dava süreçleri ile yıllarca uğraşmaktadır. ABD sisteminin toplum ve sağlık personeli yararına olmadığını gören diğer ülkeler gibi lkemizde de insancıl ve kamu yararına bir sorumluluk ve zarar karşılama sistemi derhal getirilmelidir.

Sağlık hizmeti sunumu nedeniyle ortaya çıkan tıbbi uygulama hatalarına öncelikle bir halk sağlığı sorunu olarak bakılmalıdır. Bu alanda yapılacak düzenlemelerde, tıbbi uygulama hatalarının ortadan kaldırılması öncelikli amaç olarak belirlenmelidir. Bu kapsamda tıbbi uygulama hatalarından zarar gören hastaların zararlarının kısa sürede ve bütünüyle karşılanması, hata nedenlerinin araştırılması ve bu nedenlere yönelik önleyici çalışmaların sistemli bir biçimde düzenlenip uygulamaya geçirilmesi sorunlarımızın çözümü için temel noktalardır.

Hastaların ve yakınlarının tıbbi uygulama hatalarından kaynaklanan zararlarının karşılanması da bu alanda yapılacak düzenlemenin önemli unsurlarındandır. Bu nedenle Dünya'da tıbbi uygulama hatalarından kaynaklı zararların karşılanmasına yönelik kabul edilen sistemler ile sonuçlarını lkemizde yapılacak düzenlemelerin hangi sonuçları doğur ışık tutması açısından göz atmakta yarar bulunmaktadır.

*Sağlık hizmeti nedeniyle doğan zararların, tazmininde kusurun aranıp aranmamasına göre farklı uygulamalar.*

<b>Kusura dayalı tazmin</b>	<b>Kusura dayanmayan tazmin</b>	<b>Karma sistemler</b>
ABD	İSVEÇ	FRANSA
ALMANYA	YENİ ZELANDA	AVUSTRALYA
İTALYA	İNGİLTERE	

Kusura dayalı tazmin sisteminin benimsendiği ülkelerde tıbbi uygulama hatalarından kaynaklanmayan komplikasyon vb. nedenlerle zarar gören hastaların zararlarının karşılanması söz konusu olmamakta sosyal açıdan desteklenmesi gereken insanlar desteksiz bırakılmaktadır.

Kusur karşılığı olmayan tazmin sistemlerinde ise bir sağlık hizmetinin verilışı sırasında zarara uğrayan hastaların zararları giderilerek sosyal devlet ilkesi hayata geçirilmektedir.

### Zararı karşılayan kuruluşlar yönünden farklı uygulamalar

<b>Özel Sigortacılık</b>	<b>Kamu Kuruluşları</b>	<b>Karma Sistemler</b>
ABD	İNGİLTERE	AVUSTRALYA
	YENİ ZELANDA	FRANSA
	İSVEÇ	

*Tıbbi hatalardan doğan zararların finansmanın nereden karşılandığına göre farklı uygulamalar.*

<b>Hekimlerin mesleki sigorta prim ödemeleri ile finanse edilen sistemler</b>	<b>Sağlık kurumlarının katkıları ve kamusal fonlarla finanse edilen sistemler</b>	<b>Sağlık hizmet sunucularının(sağlık kuruluşları, bağımsız çalışan sağlık çalışanları) ödemeleri ile finanse edilen sistemler</b>	<b>Genel vergiler vb. kamusal kaynaklardan finanse edilen sistemler</b>
ABD	İNGİLTERE	JAPONYA	YENİ ZELANDA
	İSVEÇ	FRANSA	

Kusur karşılığı tazminat sisteminin işlediği, hekimler ve sağlık kuruluşlarının ödedikleri sigorta primleri ile tıbbi uygulama hatalarının tazmin edildiği ve mesleki sorumluluk sigortasının zorunlu olduğu ülkelerin başında ABD gelmektedir.

Bu sistemin 30 yılı aşkın uygulamasında ortaya çıkan belli başlı sonuçlar şunlardır:

- Hastaneler ve hekimler aleyhine açılan davalarda önemli bir artış gözlenmektedir.
- Ciddi zarara uğradığı belirlenen 14 hastadan ancak birinin zararı tam olarak karşılanmaktadır <sup>(1)</sup>.
- Sigorta sistemindeki paranın %50'si hastalar yerine avukatlık ve diğer hukuki giderlere ayrılmaktadır <sup>(2)</sup>.
- Malpraktis davalarının karara bağlanması ortalama 3 ila 5 yıl almakta ve böylece zarar görenlerin zararının karşılanması da çok uzun zaman almaktadır <sup>(3)</sup>.
- 1999 yılında yapılan bir çalışmada A.B.D. de her yıl 98.000 kişinin hastanelerdeki tıbbi hatalardan ötürü ölmüş olduğu bildirilmiştir. Bu bildiri, ayrıca tıbbi uygulama hatalarının büyük çoğunluğunun kişisel ihmalden değil; sağlık sistemindeki problemlerden kaynaklandığına da dikkat

çekmektedir <sup>(4)</sup>. Ayrıca mevcut sistem tıbbi uygulama hatalarının azaltılmasına katkı sunmamaktadır. ABD'de tıbbi uygulama hataları ölüm nedenleri arasında 5. sırada yer almaktadır.

- Sistemdeki hataları en aza indirebilmek için hastaların karşılaştıkları her türlü olumsuz sonucun rapor edilmesi gerekmektedir. Ancak bu durumda hataya götüren uygulamalar saptanabilir ve bir sonraki olguda zarara neden olmadan önlem alınabilir. Mevcut sigorta sistemi ve bunun sonucu dava açılma korkusu, bu tip olguların hekimler tarafından rapor edilmesini engellemektedir. Bunun sonucunda da gereksiz abartılı temkinli tıp anlayışı “defansif tıp” gelişmektedir. Yapılan gereksiz uygulamalar çok yüksek maliyetler getirdiği gibi riskli hastaları tedavi alamama durumu ile karşı karşıya getirebilmektedir <sup>(5)</sup>.

-Sigorta primlerinin yüksek tutarı hekimler ve dolayısıyla hastaların büyük bir yük altına girmesine neden olmaktadır. Amerikan Tıp Birliği tıbbi uygulama hatası sigortalarının 20 eyalette kriz noktasına geldiğini açıklamıştır.

Örneğin 2004 yılında ABD Newhampsafire eyaletinde bir beyin cerrahı yıllık 84.151 dolar sigorta primi ödediğini belirtmektedir. Fransa Tabipler Birliğinin 2005 yılı için bildirdiğine göre anestezi ve jinekoloji uzmanlarının özel sigorta için ödediği yıllık prim tutarı 7.000 Euro civarındadır.

Dünyadaki uygulama örnekleri ve sonuçlarından yola çıkarak tıbbi uygulama hataları ile ilgili olarak tasarıda mutlaka olması gereken temel yaklaşımlar içinde ;

- 1- Kötü sağlık hizmetinden dolayı oluşacak zararlar, hastaların zararlarının kısa sürede tespit edip karşılayacak bir kamusal fon vb. yapının oluşturulması, hasta ile sağlık personelinin karşı karşıya getirilmeksizin ve kusur karşılığı olmaksızın zararın karşılanması,
- 2- Sağlık hizmetinin kötü işlemeden dolayı doğacak bütün zararların bu kamusal fon tarafından karşılanması, kamu hizmetlerinde kesinlikle özel sigorta kuruluşları aracılığı ile sigortacılığın söz konusu edilmemesi,
- 3- Kamusal fonun gelir kaynaklarının hekimlerden ya da diğer sağlık personelinin ücretlerinden değil, sağlık kuruluşlarının ödeyeceği bir biçimde oluşturulması, kişilerin değil kurumların risklerinin güvence altına alınması,
- 4- Kamusal fonun yanı sıra kötü işleyen sağlık hizmetlerinin nedenlerini

araştırarak tekrar etmemesi için gerekli tedbirlerin alınmasını sağlayıcı ulusal bir organizasyonun yapılması,

5- Kast ve ağır kusur halleri dışında sağlık personeline yönelik tazminatın vb. benzeri yaptırımların ortadan kaldırılması ,

6- Hekimlerin ve diğer sağlık personelinin yetiştirilmesinde ihtiyaca yönelik nitelikli mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim sisteminde bulunan sorunların hızla çözülmesi, sürekli mesleki gelişim/egitim olanaklarının kamusal bir fon üzerinden, meslek örgütünün düzenlemesinde güvence altına alınması ve geliştirilmesi,

7- Hekimlerin ve diğer sağlık personelinin fazla çalışma ve dinlenme koşullarının sağlık hizmetinde hataya sevk etmeyecek bir biçimde yeniden düzenlenmesi,

8- Hekimlerin Türk Tabipleri Birliği ve Tabip Odaları Onur Kurulları tarafından mesleki denetleme etkinliklerinin, mesleki bağımsızlığın, kendi kendini yönetme görevinin, nitelikli bir hizmetin ve hastanın korunması gereken çıkarlarının vazgeçilmez bir parçası olduğu kabul edilerek, verilen kararların kamu özel farkı olmaksızın uygulanma kararlılığının ortaya konması ve ayrıca hekimlerin sağlık hizmetindeki diğer denetim mekanizmalarına sürekli etkin katılımının sağlanması yer almalıdır.

## **HATA YAPAN İNSANI CEZALANDIRMAK İÇİN DEĞİL HATAYA ÖNLEYEN SAĞLIK SİSTEMİNİ KURMAK İÇİN TOPLUM İÇİN DAHA GÜVENLİ SAĞLIK HİZMETİNİ, SAĞLIK ÇALIŞANLARI İÇİN DAHA İNSANİ ÇALIŞMA KOŞULLARINI, YARATMAK İÇİN BİRLİKTE ÇALIŞALIM,**

1. Russell, L.A., et al. Relation Between Malpractice Claims and Adverse Events Due to Negligence: Results of the Harvard Medical Practice Study III, op. cit./aktaran Yorulmaz, C. 24 NİSAN 2006
2. U.S. Tort Costs (2003) Update, Trends and Findings on the Costs of the U.S. Tort Systems, p. 3 Tillinghast-Towers Perrin. /aktaran Yorulmaz, C. 24 NİSAN 2006
3. Janet, K.L. (2004) Medical Malpractice: Massachusetts' Reform Initiative," Office of Legislative Research Report, Connecticut General Assembly, Sept., 16.
4. Sage, W. (2003) Medical liability and patient safety, Health Aff (Millwood), 22: 2636.
5. Ransom, S.B., Studdert, D.M., Dombrowski, M.P., Mello, M.M., Brennan, T.A. (2003) Reduced medicolegal risk by compliance with obstetric clinical pathways: a case-control study, Obstet. Gynecol., 101: 751755. Studdert, D.M., Thomas, E.J., Burstin, H.R., Zbar, B.I., Orav, E.J., Brennan, T.A. (2000) Negligent care and malpractice claiming behavior in Utah and Colorado, Med. Care., 38: 247249, Hyams, A.L., Brandenburg, J.A., Lipsitz, S.R., Shapiro, D.W., Brennan, T.A. (1995) Practice guidelines and malpractice litigation: a two-way street, Ann Intern Med., 122: 450455.