



ANKARA BAROSU

XI. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

12-13 ARALIK 2025

ANKARA

Yayın Kurulu

Avukat Melis Selin ÇETİN

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkanı

Avukat Hilal ARI

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkan Yardımcısı

Avukat Muhammed Yusuf DAMNALI

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Genel Sekreteri

Avukat Burak BİÇER

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkan Yardımcısı

Ankara - 2025

ISBN 978-605-9446-81-5

Ankara Barosu Yayınları

Ankara Barosu Başkanlığı © 2026

Tüm hakları saklıdır. Tasarımı Ankara Barosuna aittir.

Ankara Barosu kaynak gösterilerek yayımlanabilir.

Basım Tarihi, Yeri ve Adedi

Temmuz 2026, Ankara

100 adet (1. Baskı)

Ankara Barosu Başkanlığı

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

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

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

Ankara Barosu Başkanı

Av. Mustafa KÖROĞLU

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Osman Umut Karaca

Baskı ve Cilt

Poyraz Ofset Matbaacılık

Sertifika No: 49893

www.poyrazofset.com.tr

Ankara Barosu Yayın Kurulu kararı ve 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunu kapsamında yürütülen yayın süreci doğrultusunda bu kitapta, kurultay sonrasında konuşmacılar tarafından yayımlanmak üzere gönderilen makale, tebliğ ve bildiri özetlerine yer verilmiştir. Yayın Kurulu tarafından metinler üzerinde yalnızca editöryal çerçevede biçimsel, yazım ve dil yönünden düzenlemeler yapılmış, çalışmaların içeriğine yönelik herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Kitapta yer alan metinlerdeki görüş, değerlendirme ve yorumlar ile kullanılan bilgi ve kaynakların doğruluğu, araştırma ve yayın etiğine uygunluğu ve bunlardan doğabilecek hukuki sorumluluk ilgili yazarlara aittir. Bu çerçevede kitap, kurultay kapsamında ortaya konulan bilgi ve değerlendirmeleri kalıcı bir kaynağa dönüştürerek sağlık hukuku alanına katkı sunmayı amaçlamaktadır.

İÇİNDEKİLER

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

AÇILIŞ KONUŞMALARI

Av. Melis Selin ÇETİN	1
Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkanı	
Av. Mustafa KÖROĞLU	5
Ankara Barosu Başkanı	

BİRİNCİ GÜN OTURUMLARI

(12 Aralık 2025)

BİRİNCİ OTURUM

Sağlık Turizmi: Hukuk ve Tıp Perspektifinden Güncel Gelişmeler - I

Oturum Başkanı:

Av. Eda ÇABUK TÜRKERİ

Ankara Barosu Yönetim Kurulu Üyesi

Türk Ceza Hukukunda Sağlık Turizmi	11
Prof. Dr. Ezgi AYGÜN EŞİTLİ	

İKİNCİ OTURUM

Sağlık Turizmi: Hukuk ve Tıp Perspektifinden Güncel Gelişmeler - II

Oturum Başkanı:

Av. Burak BİÇER

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkan Yardımcısı

Milletlerarası Özel Hukukta Tüketici Olarak Sağlık Turistinin Korunması	37
Dr. Ranegül CAMİZ	
Global Sağlık Turizminde Ülkemizin İç Kısıtlılıkları Nelerdir?.....	41
Op. Dr. Çetin DUYGU	
Sağlık Turizminde Güncel Durum ve Uygulamalar: Acı Reçete	47
Op. Dr. Mehmet Hakan BULAM	
Sağlık Turizminde Tanıtım ve Reklam Faaliyetlerinin Güncel Mevzuat Kapsamında Değerlendirilmesi	51
Av. Tuba ÇELİK ALTIAYLIK	

ÜÇÜNCÜ OTURUM

Genetik Hastalıklar Bağlamında Tıbbi Malpraktis

Oturum Başkanı:

Av. Hilal ARI

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkan Yardımcısı

Genetik ve Tüm Branşlarda Tıbbi Malpraktis ve Genetik Hastalıkların Katkısı	65
Prof. Dr. Serdar CEYLANER	
Genler Kanıtı Dönüştüğünde: Genetik Uygulamalarda Malpraktisin Etik Boyutu	75
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KURTOĞLU	

Doğum Öncesi Genetik Hastalıkların İncelenmesi77

Dr. Öğr. Üyesi Hazal KUTLUCAN

Klasik Tıbbi Malpraktisten Genetik Tıpta Özen Borcu, Danışmanlık
Yükümlülüğü ve Modern Hukuki Doktrinlere79

Av. İlayda BAŞBUĞA

İKİNCİ GÜN OTURUMLARI

(13 Aralık 2025)

DÖRDÜNCÜ OTURUM

Sağlık mı, Pazar mı?

Oturum Başkanı:

Av. Muhammed Yusuf DAMNALI

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Genel Sekreteri

Yediğimiz Gıdalardan Neden Zehirleniyoruz? Gıdalar Güvenli mi? ...95

Gıd. Müh. Funda UYAR ÖZPINAR

Bir “Kendin Olma” Endüstrisi Olarak Yaşam Koçluğu 109

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah YILDIZ - Dr. Ebru AYDIN ÇAĞLIYAN

Takviye Edici Gıda Reklamlarının Nitel Analizi 111

Ecz. Erdal KART

Sağlık Hizmetlerinin Görünen Yüzü: Sosyal Medya

İçeriklerinin Hukuki Değerlendirilmesi 115

Av. Hilal ARI

BEŞİNCİ OTURUM - AÇIK OTURUM

Sağlık Hizmetlerinde Yolsuzlukların ve Suistimalin Önlenmesi Mümkün mü?

Oturum Başkanı:

Av. Melis Selin ÇETİN

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkanı

Prof. Dr. Alpaz AZAP 127

Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi Başkanı

Dr. Aliye Mine COŞKUN 131

Ankara Tabip Odası Yönetim Kurulu Başkanı

Dr. Aylin YAMAN..... 134

Cumhuriyet Halk Partisi Milletvekili

TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Üyesi

Dr. Cihat Erhan ÖNAL..... 138

İyi Parti Teşkilat Danışmanı – Önceki Dönem Sağlık Politikaları Koordinatörü

Av. Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU..... 148

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Önceki Başkanı

Prof. Dr. Ahmet SALTİK 152

Halk Sağlığı ve Uzmanları Derneği

Uzm. Dr. Nurşen GÜMÜŞ..... 158

Hekim Birliği Sendikası Mevzuat ve Hukuktan Sorumlu Başkan Yardımcısı

Doç. Dr. Hasan Tolga ÇELİK 160

Türk Neonatoloji Derneği

SONUÇ BİLDİRGESİ..... 169

KURULTAY POSTERLERİ 175

KURULTAY FOTOĞRAFLARI 191

ANKARA BAROSU XI. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

12 Aralık 2025 Cuma

AÇILIŞ KONUŞMALARİ

10:00 **Av. Melis Selin ÇETİN**
Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkanı
Av. Mustafa KÖROĞLU
Ankara Barosu Başkanı

BİRİNCİ OTURUM SAĞLIK TURİZMİ: HUKUK VE TIP PERSPEKTİFİNDE GÜNCEL GELİŞMELER - 1

Oturum Başkanı

Av. Eda ÇABUK TÜRKERİ

Ankara Barosu Yönetim Kurulu Üyesi

10:30 **Av. Serdar ŞENOL**
USHAŞ Genel Müdürü
Av. Cemal Can ZAFER
USHAŞ 1. Hukuk Müşaviri
Sağlık Turizminde USHAŞ'ın Rolü

10:50 **Prof. Dr. Şükrü YAZAR**
Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
Derneği Başkanı
Uluslararası Arenada Türk Plastik Cerrahinin
Güçlü Yönleri

11:10 **Prof. Dr. Ezgi AYGÜN EŞİTLİ**
Baskent Ünv. Hukuk Fak. Ceza ve Ceza
Muhakemesi Hukuku ABD Başkanı
Türk Ceza Hukukunda Sağlık Turizmi

11:30 **Prof. Dr. Hayrunnisa ÖZDEMİR**
Ankara Sosyal Bilimler Ünv. Hukuk Fak. Medeni
Hukuk ABD
Sağlık Turizminde Hekimin Hukuki
Sorumluluğu

İKİNCİ OTURUM

SAĞLIK TURİZMİ: HUKUK VE TIP PERSPEKTİFİNDE GÜNCEL GELİŞMELER - 2

Oturum Başkanı

Av. Burak BİÇER

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkan Yardımcısı

13:10 **Dr. Ranegül CAMİZ**
Erciyes Ünv. Hukuk Fak. Milletlerarası Özel
Hukuku ABD
Milletlerarası Özel Hukukta Tüketici Olarak
Sağlık Turistinin Korunması

13:30 **Op. Dr. Çetin DUYGU**
Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
Derneği
Global Sağlık Turizminde Ülkemizin İç
Kısırlılıkları Nelerdir?

13:50 **Op. Dr. Mehmet Hakan BULAM**
Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi
Derneği
Sağlık Turizminde Güncel Durum ve
Uygulamalar: Acı Reçete

14:10 **Av. Tuba ÇELİK ALTIAYLIK**
Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu
Sağlık Turizminde Tanıtım ve Reklam
Faaliyetlerinin Güncel Mevzuat Kapsamında
Değerlendirilmesi

ÜÇÜNCÜ OTURUM GENETİK HASTALIKLAR BAĞLAMINDA TIBBİ MALPRAKTİS

Oturum Başkanı

Av. Hilal ARI

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkan Yardımcısı

15:20 **Prof. Dr. Serdar CEYLANER**
İNTERGEN
Genetik ve Tüm Branşlarda Tıbbi Malpraktis
ve Genetik Hastalıkların Büyük Katkısı

15:40 **Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KURTOĞLU**
Ankara Ünv. Tıp Fak. Tıp Tarihi ve Etik ABD
Genler Kanıtı Dönüşünde: Genetik
Uygulamalarda Malpraktisin Etik Boyutları

16:00 **Dr. Öğr. Üyesi Hazal KUTLUCAN**
TOBB Ünv. Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve
Doğum ABD
Doğum Öncesi Genetik Hastalıkların
İncelenmesi

16:20 **Av. İlayda BAŞBUĞA**
Hekimsen
Av. Abdullah ŞAKAR
Hekimsen
Klinik Genetikte Malpraktis Riskleri: Vaka
Analizleri, Hatalı Raporlama ve Bilgilendirme

13 Aralık 2025 Cumartesi

DÖRDÜNCÜ OTURUM SAĞLIK MI PAZAR MI?

Oturum Başkanı

Av. Muhammed Yusuf DAMNALI

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Genel Sekreteri

10:10 **Gıda Müh. Funda UYAR ÖZPINAR**
TMMOB Gıda Mühendisleri Odası İkinci Başkanı
Yediğimiz Gıdalardan Neden Zehirleniyoruz?
Gıdalar Güvenli Mi?

10:30 **Dr. Öğr. Üyesi Abdullah YILDIZ**
Ankara Ünv. Tıp Fak. Tıp Tarihi ve Etik ABD
Dr. Ebru AYDIN ÇAĞLIYAN
Ankara Ünv. Tıp Fak. Tıp Tarihi ve Etik ABD
Bir "Kendin Olma" Endüstrisi Olarak Yaşam
Koçluğu

10:50 **Ecz. Erdal KART**
Ankara Eczacı Odası
Takviye Edici Gıda Reklamlarının Nitel Analizi

11:10 **Uzm. Dyt. Ateş ATEŞ**
Uzman Diyetisyen
Diyet Yargılaması: Mucize Diyetler, Yetkisiz
Tavsiyeler

11:30 **Av. Hilal ARI**
Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkan
Yardımcısı
Sağlık Hizmetlerinin Görünen Yüzü: Sosyal
Medya İçeriklerinin Hukuki Değerlendirmesi

AÇIK OTURUM SAĞLIK HİZMETLERİNDE YOLSUZLUKLARIN VE SUİSTİMALİN ÖNÜNE GEÇMEK MÜMKÜN MÜ?

Oturum Başkanı

Av. Melis Selin ÇETİN

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkanı

13:00 **Prof. Dr. Alpay AZAP**
Türk Tabipler Birliği Başkanı
Dr. Aliye Mine COŞKUN
Ankara Tabip Odası Başkanı
Dr. Aylin YAMAN
CHP Ankara Milletvekili
Dr. Cihat Erhan ÖNAL
İYİ Parti Teşkilat Danışmanı - Sağlık Politikaları
Koordinatörü (ÖD)
Prof. Dr. Gürkan SERT
Türkiye Biyoetik Derneği Başkanı
Doç. Dr. Azize ATLI ÖZBAŞ
Türk Hemşireler Derneği Başkanı

14:20 **Av. Berna ÖZPINAR GÜMRÜKÇÜOĞLU**
Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Önceki
Başkanı
Prof. Dr. Ahmet SALTİK
Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
Dr. Nürsen GÜMÜŞ
Hekim Birliği Sendikası
Av. Servet AKTAN
Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu
Doç. Dr. Hasan Tolga ÇELİK
Türk Neonatoloji Derneği

16:30 **KAPANIŞ**

KAYIT İÇİN



LİTAİ TBB KONUKEVİ

SAĞLIK HUKUKU KURULU



ÖNSÖZ

Hukukun en dinamik ve çok boyutlu alanlarından biri olan sağlık hukuku, günümüzde yalnızca ulusal sınırlar içinde değil, küresel ölçekte de önemini giderek artırmaktadır. Tıp bilimindeki hızlı gelişmeler, sağlık hizmetlerinin çeşitlenmesi ve sağlık turizminin yükselişi; bu alanda hukuki düzenlemelerin, etik ilkelerin ve uygulamaların yeniden değerlendirilmesini zorunlu kılmaktadır.

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu tarafından düzenlenen Ankara Barosu 11. Sağlık Hukuku Kurultayı, sağlık hukukunun güncel ve tartışmalı başlıklarını disiplinlerarası bir bakış açısıyla ele alarak önemli bir boşluğu doldurmuştur. Kurultay kapsamında; sağlık turizminin hukuki ve tıbbi boyutları, hekim sorumluluğu, uluslararası hukukta sağlık turistinin korunması, genetik hastalıklar bağlamında tıbbi malpraktis, gıda güvenliği, sağlık iletişimi ve dijitalleşmenin etkileri gibi geniş bir yelpazede konular değerlendirilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin bir kamu hizmeti mi yoksa giderek ticarileşen bir alan mı olduğu sorusu, günümüzün en önemli tartışma başlıklarından biri olarak öne çıkmaktadır. Bu çerçevede, kurultayın son oturumunda ele alınan sağlık hizmetlerinde yolsuzluk ve suistimalin önlenmesine yönelik tartışmalar, hukuk devleti ilkesinin sağlık alanındaki yansımalarına ışık tutmuştur.

Elinizdeki bu eser, kurultay süresince yapılan sunumların ve tartışmaların kalıcı hale getirilmesi amacıyla hazırlanmış olup; akademisyenler, uygulayıcılar ve tüm hukukçular için önemli bir başvuru kaynağı olma niteliği taşımaktadır. Sağlık hukuku alanında farkındalığın artırılmasına katkı sunacağına inandığımız bu çalışmanın, aynı zamanda yeni tartışmalara da zemin hazırlamasını temenni ediyoruz.

Kurultayın düzenlenmesinde emeği geçen Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu'na, katkı sunan değerli akademisyenlere ve tüm katılımcılara teşekkür eder; bu kıymetli çalışmanın hukuk dünyasına hayırlı olmasını dilerim.

**Ankara Barosu Başkanı
Av. Mustafa KÖROĞLU**

SUNUŞ

Değerli Okur,

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurultayları, 2007 yılından bu yana sağlık hukukunun güncel, tartışmalı ve farklı disiplinlerin katkısıyla ele alınması gereken konularına odaklanan köklü bir gelenek olarak sürdürülmektedir. Türkiye’de hukukçuları, akademisyenleri, hekimleri ve sağlık meslek mensuplarını sağlık hukuku çatısı altında bir araya getiren ilk kurultaylardan biri olma niteliğini taşıyan bu etkinlikler, sağlık hukuku alanındaki gelişmelere katkı sunmak ve bu gelişmeleri hem akademik çevrelerin hem de uygulayıcıların değerlendirmesine açmak amacıyla titizlikle hazırlanmaktadır.

İlk kurultaydan itibaren gerçekleştirilen toplantıların kitaplaştırılması sayesinde, kurultaylarda ortaya konulan bilgi, görüş ve değerlendirmeler yalnızca toplantı salonlarıyla sınırlı kalmamış; kalıcı ve erişilebilir birer bilgi kaynağına dönüşmüştür. Kurultay kitaplarının zaman içerisinde akademik yayınlarda, yargı kararlarında ve Anayasa Mahkemesi kararlarında dahi atıf alan eserler hâline gelmesi, bu çalışmaların sağlık hukuku alanında önemli bir ihtiyacı karşıladığını göstermektedir. Bu ilginin temelinde, güncel ve uygulamada acil yanıt bekleyen sorunların alanında yetkin isimlerce, farklı disiplinlerin bakış açılarıyla ele alınmasına gösterilen özen bulunmaktadır.

XI. Sağlık Hukuku Kurultayı’nda, sağlık hizmetlerinin günümüzde geçirdiği dönüşüm; hukuki, tıbbi, etik, ekonomik ve toplumsal boyutlarıyla değerlendirilmiştir. İki gün süren kurultayın ilk iki oturumunda “Sağlık Turizminde Hukuk ve Tıp Perspektifinde Güncel Gelişmeler” başlığı altında, yaklaşık on yıl önce de kurultay gündemine alınan sağlık turizmi alanında aradan geçen sürede yaşanan değişim ve gelişmeler ele alınmıştır. Mevzuatın, uygulamaların ve sağlık hizmeti sunum biçimlerinin hızla dönüşmesi karşısında sağlık turizminin ülkemizdeki güncel durumu hukuk ve tıp perspektifinden değerlendirilmiş; sağlık turistlerinin uluslararası düzlemdeki hakları, hekimlerin hukuki ve cezai sorumlulukları ile hakları, reklam ve tanıtım sınırlamaları ve uygulamada karşılaşılan sorunlar çok yönlü biçimde tartışılmıştır.

Sağlık hizmetlerinin sınır aşan bir nitelik kazanması; hastaların haklarının korunmasından sağlık hizmeti sunucularının sorumluluğundan uyumsuzlukların çözümüne kadar pek çok hukuki meseleyi beraberinde getirmektedir. Bu nedenle sağlık turizminin yalnızca ekonomik potansiyeli üzerinden değil; nitelikli, güvenli ve etik ilkelere uygun sağlık hizmetine erişim ile hasta haklarının korunması bakımından da değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

“Genetik Hastalıklar Bağlamında Tıbbi Malpraktis” başlıklı üçüncü oturumda ise teknolojik ve bilimsel gelişmelerin sağlık hizmetleri ve sağlık hukuku alanında doğurduğu yeni sorumluluk alanlarına odaklanılmıştır. Her geçen gün gelişen genetik testlerin daha fazla bilgi sunması, genetik hastalıkların tanısı ve değerlendirilmesi bakımından önemli olanaklar sağlamakla birlikte; test sonuçlarının yorumlanması, hastaların aydınlatılması, aydınlatılmış onamın kapsamı ve tıbbi uygulama hatalarından doğan sorumluluklar bakımından yeni hukuki ve etik tartışmaları da beraberinde getirmektedir. Bu oturumda tıbbi malpraktis, genetik hastalıklar özelinde hukuk, tıp ve etik disiplinlerinin ortak bakışıyla değerlendirilmiştir.

“Sağlık mı, Pazar mı?” başlıklı dördüncü oturumda, sağlık hizmetlerinin kamusal niteliği ile sağlık alanında giderek belirginleşen ticarileşme ve piyasa dinamikleri arasındaki ilişki tartışmaya açılmıştır. Özellikle sosyal medya aracılığıyla yaygınlaşan, yetkisiz kişilerce verilen sağlık ve beslenme tavsiyeleri, “mucizevi” olduğu iddia edilen yöntemler, gereksiz takviye gıda kullanımı ve uzmanlık dışı yönlendirmeler; bireylerin sağlığını ciddi biçimde riske atabilmekte ve sağlığı ne yazık ki bir pazar alanına dönüştürebilmektedir. Genel olarak masum veya yararlı görülebilen bu içeriklerin yetkisiz kişilerce ve bilimsel dayanaklardan yoksun biçimde sunulması, sağlık hakkı, halk sağlığı, tüketicinin korunması ve mesleki sorumluluk bakımından önemli sorunlar doğurmaktadır. Bu oturumla, sağlık hizmetlerinin ve sağlık bilgisinin ekonomik kaygılarla araçsallaştırılmasının doğurduğu risklerin görünür kılınması ve sağlığın temel bir insan hakkı olduğu gerçeğinin yeniden vurgulanması hedeflenmiştir.

Kurultayın son bölümünde gerçekleştirilen “Sağlık Hizmetlerinde Yolsuzlukların ve Suistimalin Önüne Geçmek Mümkün mü?” başlıklı açık oturumda ise sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği ve güvenilirliği odağında, sağlık sisteminde karşılaşılan yolsuzluk ve suistimallerin önüne geçmek için çözüm yolları ele alınmıştır. Sağlık hizmetleriyle ilgili kamuoyunun vicdanında yara oluşturan ve sağlık sistemine duyulan güveni zedeleyen olayların giderek daha fazla görünür hâle gelmesi, bu konunun bütün yönleriyle tartışılmasını zorunlu kılmaktadır.

Diğer taraftan sağlık profesyonellerimizin ulusal ve uluslararası düzeyde önemli başarılar ortaya koymasına rağmen sistemden giderek uzaklaşmaları ve sisteme olan güvenlerini kaybetmeleri, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği bakımından ciddi bir sorun oluşturmaktadır. En temel insan haklarından biri olan sağlık hakkının hayata geçirilmesi, ancak etkin, güvenilir, adil ve sürdürülebilir bir sağlık sistemiyle mümkündür. Bu nedenle açık oturumda mevcut sorunların tespit edilmesinin ötesine geçilerek; daha adil, şeffaf, hesap verebilir

ve etkili bir sağlık sisteminin nasıl kurulabileceği ve yolsuzluklarla suistimallerin önlenmesinde hangi hukuki, idari ve etik mekanizmalardan yararlanılabileceği tartışılmıştır.

XI. Sağlık Hukuku Kurultayı'na hukukçular, akademisyenler, hekimler, eczacılar, diğer sağlık meslek mensupları, milletvekilleri, meslek örgütlerinin, derneklerin ve sendikaların temsilcileri ile alanında uzman isimler katkı sunmuştur. Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu olarak kurultayların hazırlanmasında farklı disiplinlerin ve toplumun farklı kesimlerinin görüşlerine yer verilmesine önem vermekteyiz. Sağlık hukukunun yalnızca hukukçuların veya sağlık meslek mensuplarının kendi alanları içinde ele alabilecekleri bir çalışma alanı olmadığına; hukuki, tıbbi, etik, ekonomik ve toplumsal boyutlarıyla birlikte değerlendirilmesi gerektiğine inanıyoruz.

Uzun ve özverili bir çalışma sonucunda hazırlanan bu kitabın, kurultayda yürütölen tartışmaları daha geniş çevrelere ulaştırmasını; sağlık hukuku alanında çalışan hukukçulara, akademisyenlere, sağlık meslek mensuplarına, öğrencilere ve konuya ilgi duyan tüm okurlara yararlı bir başvuru kaynağı olmasını diliyoruz.

Sağlık Hukuku Kurultayları, Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu ile özdeşleşmiş bir etkinliktir. İlk kurultayımızdan bugüne süregelen ve kitaplaştırılan kurultaylarımıza hukuk ve sağlık dünyasından gösterilen ilgi bizleri mutlu etmektedir. Bu duygularla kurultay kitabımızı sunarken öncelikle kurultayın düzenlenmesinde özverili çalışmalarıyla emek veren Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulunun eski ve yeni tüm kurul üyelerine, kurultay düzenleme komitesi üyelerine, kurulun tüm çalışmalarına verdiği destek sebebiyle Sayın Baro Başkanımız Av. Mustafa Köroğlu'na ve Sorumlu Yönetim Kurulu Üyesi Sayın Av. Eda Çabuk Türkeri'ye, kurultayımıza tebliğleri ile ışık tutan tüm konuşmacılarımıza, Ankara Eczacı Odasına, Türk Tabipleri Birliğine, Ankara Tabip Odasına, milletvekillerimize, akademisyenlerimize, hekimlerimize, tüm sağlık meslek mensuplarına, dernek ve meslek kuruluşlarına, sendikalara, meslektaşlarımıza, büyük bir özveriyle görev yapan tüm baro çalışanlarına en içten teşekkürlerimizi sunarız.

Yayın Kurulu

Av. Melis Selin ÇETİN

Av. Hilal ARI

Av. Muhammed Yusuf DAMNALI

Av. Burak BİÇER



XI. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

12-13 ARALIK 2025

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

KURULTAY DÜZENLEME KURULU

Av. Mustafa KÖROĞLU	- Ankara Barosu Başkanı
Av. Eda ÇABUK TÜRKERİ	- Ankara Barosu Yönetim Kurulu Üyesi
Av. Melis Selin ÇETİN	- Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkanı
Av. Hilal ARI	-Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkan Yardımcısı
Av. Burak BİÇER	-Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkan Yardımcısı
Av. Muhammed Yusuf DAMNALI	- Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Genel Sekreteri
Av. Tayeçe Seda İNCİRLİ	-Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Saymanı
Av. Tuba Çelik ALTIAYLIK	- Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Üyesi
Av. Nisa GÜNEŞ	- Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Üyesi
Av. Büşra Büşra KOCA	- Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Üyesi
Av. Hande GÜLLÜ	- Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Üyesi

KURULTAY YAYIN KURULU

Av. Melis Selin ÇETİN	- Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkanı
Av. Hilal ARI	-Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkan Yardımcısı
Av. Muhammed Yusuf DAMNALI	- Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Genel Sekreteri
Av. Burak BİÇER	-Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkan Yardımcısı



ANKARA BAROSU
XI. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

BİRİNCİ GÜN OTURUMLARI
(12 ARALIK 2025)

AÇILIŞ KONUŞMALARI

AÇILIŞ KONUŞMASI

Av. Melis Selin ÇETİN

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkanı

Sayın Baro Başkanım, değerli meslektaşlarım, kıymetli konuklar Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulunca hazırlanan 11. Sağlık Hukuku Kurultayına hepiniz hoş geldiniz.

2006 senesinden itibaren baromuz çatısı altında düzenli olarak gerçekleştirdiğimiz Kurultaylarımızın 11.sini gerçekleştiriyor olmaktan büyük bir gurur ve mutluluk duyuyoruz. Kurultaylarımız sağlık hukuku alanındaki gelişmelere katkı sağlamak ve bu gelişmeleri takip ederek hem akademik çevrelere hem uygulamacılara sunmak, sadece teorik tartışmalardan ziyade, hukuki uygulamada acil yanıt gerektiren güncel ihtilaflara odaklanmak amacıyla titizlikle hazırlanmaktadır. Bundan yaklaşık 20 sene önce üstat meslektaşlarımızca başlatılan bu kurultay geleneği o günlerde alandaki büyük yayın eksikliğine dayanıyordu. Bu itibarla kurultaylarımız Türkiye’de hukukçuları, akademisyenleri ve hekimleri bir araya getiren ilk Sağlık Hukuku Kurultayı olma unvanına sahiptir. Bugüne dek gerçekleştirilen tüm kurultaylarımız, güncel konuların ele alınması ve alana sağladığı yayın niteliği bakımından son derece önemli bir konumda yer almaktadır. Kurultaylarımızın bu salonda kalmaması, daimî erişime açık bir bilgi kaynağı olması için kitaplaştırma geleneğimizi kararlılıkla sürdürüyoruz. Öyle ki, Kurultay yayınlarımıza pek çok akademik yayında, yargı kararlarında ve hatta Anayasa Mahkemesi kararlarında dahi atıflar yapılmıştır. Bu mirasın sorumluluğu ile çalışmaya devam ediyoruz.

Bugün 11’incisini düzenlediğimiz kurultayımız iki gün sürecek olup ilk gün iki oturum halinde sağlık turizmini derinlemesine inceleyeceğiz. On yıl önce de Kurultayımızda yer verdiğimiz bu konu, aradan geçen sürede kapsamlı değişikliklere sahne oldu; mevzuatlar değişti, uygulamalar gelişti ve hızla değişmeye, dönüşmeye, gelişmeye devam ediyor. Tüm bu gelişmeler ışığında; sağlık turizminin ülkemizdeki güncel durumunu hukuk ve tıp perspektifinde ele alacağız. Konuşmacılarımız, ülkemizdeki sistemi ele alırken aynı zamanda hastaların yani sağlık turistinin uluslararası düzlemde hakları, hekimlerin hukuki ve cezai sorumlulukları ve hakları, reklam ve tanıtım yasakları gibi pek çok boyutunu ele alacaklar ve böylece alana farklı bakış açılarından yaklaşma imkânı bulacağız.

Üçüncü oturumumuzda ise tıbbi malpraktisi genetik hastalıklar özelinde değerlendireceğiz. Teknolojinin ilerlemesi sağlık hizmetlerinin de büyük bir hızla gelişmesine olanak sağlıyor. Bu bağlamda genetik testler de her geçen gün gelişiyor ve bize daha fazla bilgi sunar hale geliyor. Fakat bu durum, testlerin değerlendirilmesi, hastaların aydınlatılmış onamları bakımından tartışmaları da beraberinde getiriyor. Tıbbi malpraktisi bir de genetik bağlamında etik, hukuk ve tıp düzleminde ele almak ve farklı boyutlarda multidisipliner olarak değerlendirmek istedik.

Dördüncü oturumumuzda hepimizin özellikle sosyal medya aracılığıyla sıklıkla karşılaştığı önemli bir soruna odaklanacağız: Yetkisiz kişilerin verdiği sağlık tavsiyeleri, ‘mucizevi’ diye lanse edilen beslenme tavsiyeleri ve gereksiz takviye gıda kullanımı, uzmanlık dışı yönlendirmeler ne yazık ki sağlığımızı bir pazar haline getirme tehlikesiyle karşı karşıya. Genel olarak masum görünen ancak yetkisiz ellerce sunulduğunda ciddi sağlık riskleri doğuran bu içerikleri, farklı disiplinlerden alanının uzmanlarından dinleme imkânı bulacağız.

Ve son olarak açık oturumumuzda sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini, güvenilirliğini masaya yatırma niyetindeyiz. Gün geçmiyor ki ülkemizde sağlık hizmetlerinden kaynaklı toplumun vicdanında yara oluşturacak, sağlık hizmetlerine güveni zedeleyecek bir haberle karşılaşmayalım. Fakat öte yandan hekimlerimizin başarıları ülke sınırlarını fersah fersah aşmış durumda ancak sağlık profesyonellerimiz de ülkemizdeki sistemden her geçen gün uzaklaşmakta ve güvenini kaybetmekte. Bunun sürdürülebilir bir durum olmadığının, gözümüzü kulağımızı kapatabileceğimiz bir konu olmadığının farkındayız. Zira en temel insan hakkı olan sağlık hakkının tesisinde en temel basamaklardan biridir sağlık hizmetlerinin etkinliği ve güvenilirliği. Bu oturumda; mevcut sorunları, olası çözüm yollarını ve daha adil, daha şeffaf, daha etkili bir sağlık sisteminin nasıl mümkün olabileceğini değerli konuşmacılarımızla birlikte değerlendireceğiz.

Kıymetli konuklar,

Kurultayımız için alanında uzman isimlerle dolu, yoğun ve nitelikli bir program hazırlamaya özen gösterdik. Çok kıymetli konuşmacılarımız bugün ve yarın bizlerle olacaklar. Tüm konuşmacılarımıza davetimizi kırmayarak bizimle oldukları için çok teşekkür ederim. Gazi Mustafa Kemal Atatürk’ün öğütlediği üzere *“vatanını en çok seven görevini en iyi yapandır”* sözünü düstur edinerek elimizden gelenin fazlasını ortaya koymak için uzun süredir büyük bir özveriyle çalışıyoruz. Bu gördüğünüz organizasyon buz dağının sadece görünen yüzü,

uzun zamandır emek veren, çalışan ve planlayan bir de görünmeyen yüzü var. İzninizle emeği geçenlere teşekkür etmek istiyorum.

XI. Sağlık Hukuku Kurultayımızın gerçekleşmesinde destekleri için Sayın Baro Başkanımız Avukat Mustafa Köroğlu'na, Ankara Barosu Kurulumuzdan Sorumlu Yönetim Kurulu Üyemiz Sayın Av. Eda Çabuk Türkeri'ye, değerli Ankara Barosu Yönetim Kurulu Üyelerimize, Kurulumuzun tüm üyelerine, kurultayımızın hazırlanmasında her aşamasında büyük emekleri olan Kurulumuzun Divan üyeleri Av. Hilal Arı'ya, Av. Muhammed Yusuf Damnalı'ya, Av. Burak Biçer'e, Av. Tayeçe Seda İncirli'ye, kurultayımızın düzenleme komitesi üyelerine ve tüm Baromuz çalışanlarına ve tabii ki bize her zaman ışık olmuş, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen Kurulumuz önceki başkanı Av. Berna Özpınar Gümrükçüoğlu'na teşekkürlerimi sunuyorum. Ayrıca kurultayımıza destek veren başta Türkiye Barolar Birliği olmak üzere tüm meslek kuruluşlarına, üniversitelere, hocalarımıza, kurum ve derneklere ve bugün bizim bu heyecanımıza ortak olduğunuz için siz kıymetli konuklarımıza da içtenlikle teşekkür ediyorum. 11. Sağlık Hukuku Kurultayımızın verimli ve başarılı geçmesini temenni ediyor, saygılarımı sunuyorum.

AÇILIŞ KONUŞMASI

Av. Mustafa KÖROĞLU

Ankara Barosu Başkanı

Sayın konuklar,

Değerli meslektaşlarım,

“Bizi bekleyen büyük bir sağlık krizi var: Çocuklarımıza bakacak hekim, artan tümörlere karşın o ameliyatlara yapacak hekim bulamayacaksınız.”

Bu uyarı, yakın zamanda Oksijen gazetesinde yer alan Sedat Ergin’in haberi üzerine bir hekimin atmış olduğu bir tweet değil sadece; sağlık sistemimizin yarınını anlatan çıplak gerçek.

Genç hekimler artık cerrahiye, pediatriye, acile, kadın doğuma gitmiyor. Çünkü bu branşlar yüksek risk, yüksek şiddet, yüksek dava tehdidi, düşük saygınlık ve düşük karşılık anlamına geliyor. Kontenjanlar boş kalıyor.

Bu, “tercih” değil; sistemin çöküşünün erken uyarısıdır. Bu 2 gün sürecektir kurultayda yalnızca sağlık hukukunun konuşulmayacağını anlıyorum programa bakınca Türkiye’nin sağlık hakkının geleceğini, hukukun üstlendiği koruma mekanizmasını ve toplum sağlığını de masaya yatırıyoruz.

Ve Kurultay’ın programına baktığımızda şunu görüyoruz:

- Sağlık turizmi konuşacağız; çünkü sağlık hizmeti artık kamusal bir hak ile küresel bir pazar arasında sıkışmış durumda.

- Güncel hukuki ve tıbbi sorunları konuşacağız; çünkü sistem niteliği değil, sayıyı ödüllendiriyor.

- Genetik hastalıklar bağlamında malpraktis tartışacağız; çünkü teknoloji ilerlerken hukuk aynı hızla ilerlemiyor.

- Sağlık hizmetlerinde yolsuzluk ve suistimal konuşacağız; çünkü “pazar mantığı” şeffaf olmayan bir zemini her zaman besliyor.

Ve çok kritik bir soru soracağız: Sağlık mı pazar mı? Bu ülkenin sağlık politikası hangi eksende ilerliyor?

Bu başlıkların her biri, aslında aynı gerçeğe işaret ediyor: Sağlık sisteminin sürdürülebilirliği, insan kaynağının korunması, şiddetin engellenmesi,

malpraktis yükünün azaltılması ve hukukun buna eşlik eden bir güvenlik ağı kurması zorunluluktur.

Kısacası hastası da hekimi de korunmuyorsa hukuk devreye girer. Ve biz Ankara Barosu olarak tam da bunun için buradayız. Eğer bugün Sedat Ergin'in Oksijen Gazetesi'nin son sayısında yer alan "TUS tercihleri Türkiye'yi bekleyen halk sağlığı sorununun ayak sesleri mi?" başlıklı yazısında yer alan verileri ve gerçekleri görmezden gelirsek, yarın çocuklarımızı muayene edecek pediatrist, ameliyatına güvenle teslim olacağımız cerrah, mahallesinde ulaşabileceği aile hekimi bulamayan bir toplumla karşı karşıya kalacağız.

"Görünen köy kılavuz istemez" denir. Ama biz, tam da bu köyü yeniden inşa edebilecek bilgiye, deneyime ve iradeye sahibiz. Bu kurultayın sonunda elimizde sadece sunum dosyaları değil, sağlık hukukuna ve sağlık politikasına dair somut öneriler, raporlar, ortak talepler olsun istiyoruz.

Bu amaca hizmet edeceğine yürekten inandığım bu kurultay için, baromuzun Sağlık Hukuku Kurulu'na, Sayın Başkanı Melis Selin ÇETİN şahsında tüm divanına, emeği geçen tüm hocalarımıza, konuşmacılarımıza, moderatörlerimize, katkı sunacak tüm katılımcılara şimdiden teşekkür ediyorum.

Ankara Barosu adına, XI. Sağlık Hukuku Kurultayımızın hekimler için, hastalar için, hukuk için, bu ülkenin çocukları ve geleceği için hayırlı, verimli ve cesur tartışmalara vesile olmasını diliyorum.



XI. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

Birinci Gün Oturumları

(12 Aralık 2025)

OTURUM KONULARI

1. Oturum:

Sağlık Turizmi: Hukuk ve Tıp Perspektifinden Güncel Gelişmeler – 1

2. Oturum:

Sağlık Turizmi: Hukuk ve Tıp Perspektifinden Güncel Gelişmeler – 2

3. Oturum:

Genetik Hastalıklar Bağlamında Tıbbi Malpraktis



XI. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

Birinci Oturum

(12 Aralık 2025)

SAĞLIK TURİZMİ: HUKUK VE TIP PERSPEKTİFİNDEN GÜNCEL GELİŞMELER – 1–

Oturum Başkanı

Av. Eda ÇABUK TÜRKERİ

(Ankara Barosu Yönetim Kurulu Üyesi)

Konuşmacılar

Av. Cemal Can ZAFER

(USHAŞ 1. Hukuk Müşaviri)

Prof. Dr. Şükrü YAZAR

(Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği Başkanı)

Prof. Dr. Ezgi AYGÜN EŞİTLİ

(Başkent Üniversitesi Hukuk Fakültesi Ceza ve Ceza Muhakemesi Hukuku ABD)

Prof. Dr. Hayrunnisa ÖZDEMİR

(Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi Hukuk Fakültesi Medeni Hukuk ABD)

TÜRK CEZA HUKUKUNDA SAĞLIK TURİZMİ

Prof. Dr. Ezgi AYGÜN EŞİTLİ

Başkent Üniversitesi Hukuk Fakültesi Ceza ve

Ceza Muhakemesi Hukuku ABD

Giriş

Ülkemizde sunulan nitelikli sağlık hizmetleri, geçen yıllar içinde Türkiye’yi uluslararası sağlık turizmi bakımından tercih edilen ülkeler arasına sokmuştur. Özellikle saç ekimi gibi estetik uygulamalar ile dental sağlık turizmi açısından Türkiye ön plana çıkmaktadır. Organ nakilleri gibi önemli cerrahi müdahaleleri gerektiren diğer işlemlerde de uluslararası sağlık turistlerinin Türkiye’yi tercih ettikleri görülmektedir. Türkiye’de sağlık hizmeti alan uluslararası sağlık turistlerinin hakları ise olası ihlallere karşı hukuk normlarıyla, bu kapsamda suç teşkil eden fiiller bakımından ceza hukuku normlarıyla korunmaktadır.

Sağlık tesislerinde yetkili sağlık mesleği mensubu tarafından uluslararası sağlık turistine yapılacak işlemlerin ve sonucunda ortaya çıkabilecek komplikasyonların anlatılması, bu kapsamda hastanın açık rızasının alınması gereklidir. Rızanın mevzuatta özel bir şekil şartına bağlandığı hallerde rıza bu şekil şartına uygun olarak alınmalıdır. Öte yandan ilgili işlemin yetkili sağlık tesisinde ve işlemi yapmaya yetkili sağlık mesleği mensuplarınca gerçekleştirilmesi gerekir. Aksi takdirde yapılan işlem hukuka aykırı olacak, hukuka aykırı uluslararası sağlık turizmi faaliyetinin bir suça vücut vermesi halinde ise suç fiilini gerçekleştiren kişi ya da kişilerin cezai sorumluluğu doğacaktır.

Çalışmada, takip eden başlıklarda Türk Ceza Hukuku’nda uluslararası sağlık turizmine ilişkin kavramsal çerçeveye değinilmiş, bu kapsamda işlenen suç tiplerinden başlıcaları, özellik arz eden hususlara da işaret edilmek suretiyle irdelenmiştir.

I. Kavram

A. Uluslararası Sağlık Turizmi

Uluslararası sağlık turizmi, sağlık amaçlı yurt dışından ülkemize geçici bir süreliğine gelen, Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olmayan veya Türkiye

Cumhuriyeti vatandaşı olmakla birlikte yurt dışında ikamet eden gerçek kişilerin aldıkları her türlü sağlık hizmeti ile aracılık hizmetlerini ifade eder.¹

Sağlık tesisi ve aracı kuruluşların uluslararası sağlık turizmi hizmetlerinde faaliyet yürütebilmesi için yetki belgesi alması zorunludur.

Ülkemizde toplantı, kongre, ticari veya turizm amaçlı süreli olarak kalan yabancılar, ülkemizde bulundukları sırada gelişen hastalıklarında ve acil durumlarında kamu kurum ve kuruluşları, üniversiteler veya özel sağlık kuruluşlarında sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanabilir. Ancak ani gelişen hastalık ve acil durumların sonrasında devam niteliğindeki sağlık hizmetleri yetki belgesi bulunmayan sağlık tesisinde sunulamaz.²

B. Sağlık Tesis

Özel mevzuatı uyarınca sağlık tesisi ruhsatına sahip olan ve Bakanlıkça yetki belgesi verilen kamu kurum ve kuruluşlarına, üniversitelere, gerçek ve özel hukuk tüzel kişilerine ait tesislere sağlık tesisi denir.³ Sağlık tesisinde teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri ile geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları sunulabilir.⁴ Ancak organ nakillerinin, bu kapasiteyi haiz, Sağlık Bakanlığı tarafından yetkilendirilmiş organ nakli merkezlerinde yapılması gerekir. Dolayısıyla organ nakli gerçekleştirilecek sağlık tesisinin yetkilendirilmiş organ nakli merkezi olması gereklidir.

C. Aracı kuruluş

Uluslararası sağlık turisti ile beraberindeki refakatçi ve diğer yakınlarına uluslararası sağlık turizmi hizmetleri kapsamında danışmanlık yapan, sağlık tesisi organizasyonu, konaklama, ulaşım ve transfer hizmetlerinin sağlanması faaliyetlerini yürüten ve yetki belgeli tüzel kişilerce işletilen kuruluşlara aracı kuruluş denir.⁵ Ancak yetkili sağlık tesisi, kendisine doğrudan başvuran uluslararası sağlık turistini de kabul edebilir.

¹ 26.04.2025 tarih ve 32882 sayılı “Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik” (Yönetmelik), m. 4/1, 1.

² Yönetmelik, m. 10/1.

³ Yönetmelik, m. 4/1-e.

⁴ Yönetmelik, m. 6/1-a.

⁵ Yönetmelik, m. 4/1-a.

II. Cezai Sorumluluk

Uluslararası sağlık turistinin ülkemizde bulunduğu süre içinde alacağı sağlık hizmeti ve aracılık hizmetlerinden sağlık tesisi ve aracı kuruluş, sunulan hizmetin türüne bağlı olarak hukuken sorumludur. Sunulan sağlık hizmeti sonrası ortaya çıkabilecek komplikasyon ve tıbbi kötü uygulamalar da bu sorumluluk kapsamındadır.⁶ Ancak ceza hukukunda tüzel kişi fail olamayacağından, konusu suç teşkil eden hukuka aykırı fiiller, kusurları oranında gerçek kişi olan fail ya da faillerin cezai sorumluluğuna yol açacak, yararına işlenen suçlarda özel hukuk tüzel kişileri hakkında ise iznin iptali ve müsadere güvenlik tedbirleri uygulanabilecektir.⁷

Kasten işlenen suçlarda suça iştirak söz konusu ise suç ortakları nedensel katkıları oranında sorumlu tutulabilirler. Bu kişilerin nedensel katkıları asli faillik, azmettirme ya da yardım etme düzeyinde olabilir.⁸ Ancak kişiden organ veya doku alınması suçunda olduğu gibi özgü faillik niteliği taşıyan suçlarda suça katılan diğer kişiler ancak azmettiren ya da yardım eden olabilirler.

Taksirli suçlar bakımından ise o işlemde nedensel katkısı olan kişi ya da kişiler kusurları oranında sorumlu tutulacaktır.⁹

Bu kapsamda tıbbi işlemi gerçekleştiren kişi ile varsa bu işleme katılan diğer kişilerin cezai sorumluluğu gündeme gelebileceği gibi hukuka aykırı aracılık faaliyetinin bir suça vücut vermesi ya da aracılık faaliyetinin konusu suç teşkil eden tıbbi işlemde nedensel katkı yaratması durumunda da ilgililerin kusurları oranında cezai sorumluluk doğabilecektir. Örneğin; yetki belgesi olmayan kişi ve kuruluşların uluslararası sağlık turizminde aracılık faaliyeti gerçekleştirmesi hukuka aykırıdır ve eğer şartları varsa dolandırıcılık, belgede sahtecilik gibi suçlara da konu olabilir.

Türkiye’de işlenen suçlar hakkında Türk kanunları uygulanır. Fiilin kısmen veya tamamen Türkiye’de işlenmesi veya neticenin Türkiye’de gerçekleşmesi halinde suç, Türkiye’de işlenmiş sayılır.¹⁰ Türkiye’de işlediği suçtan dolayı yabancı ülkede hakkında hüküm verilmiş olan kimse, Türkiye’de yeniden

⁶ Yönetmelik, m. 6/3.

⁷ 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu (TCK), m. 60.

⁸ TCK, m. 37-41.

⁹ TCK, m. 22/5.

¹⁰ TCK, m. 8/1.

yargılanır.¹¹ Nerede işlenmiş olursa olsun bir suçtan dolayı, yabancı ülkede gözaltında, gözlem altında, tutuklulukta veya hükümlülükte geçen süre, aynı suçtan dolayı Türkiye’de verilecek cezadan mahsup edilir.¹²

III. Sağlık Turizmi Kapsamında Suça Konu Hukuka Aykırılıklar

A. Genel Olarak

Sağlık turizmi faaliyeti dolayısıyla söz konusu olabilen suç tipleri çok çeşitlidir. Bu kapsamda dolandırıcılık, resmi evrakta sahtecilik, sağlık mesleği mensubunun suçu bildirmemesi, kamu görevlisi sağlık mesleği mensupları bakımından görevi kötüye kullanma, rüşvet ve daha pek çok suç tipi, somut olayın özellikleri dâhilinde söz konusu olabilir. Ancak bu başlık altında, özellikle arz eden hükümler ve en çok karşı karşıya kalınan suç tipleri göz önünde bulundurulmak suretiyle bir ayrıma gidilerek sağlık turizmi kapsamında suça konu hukuka aykırılıklar “Yaralama ve Öldürme Suçları,” “Organ veya Doku Ticareti Suçu”, “İnsan Ticareti Suçu” ve “Kişisel Verilerin Kaydedilmesi, Verileri Hukuka Aykırı Olarak Verme veya Ele Geçirme, Verileri Yok Etmeme” suçları ile sınırlandırılmıştır.

B. Yaralama ve Öldürme Suçlarından Doğan Cezai Sorumluluk

Tıp hukukunda müdahaleyi hukuka uygun kılan neden; “Hakkın Kullanılması (Tıp Mesleğinin İcrası)”dır.¹³ Hakkın doğabilmesi için tıbbi müdahale kendisini hukuka uygun kılan objektif şartların hepsini (yetki ve endikasyon) ve subjektif şartlardan ise somut duruma uygun düşen birisini (kural olarak rıza, şartları varsa zorunluluk hali ya da kanunun hükmünü yerine getirme) haiz olmalıdır.

Dolayısıyla uluslararası sağlık turizmi kapsamında sağlık hizmetinden yara-
lanan kişiye yönelik tıbbi girişimin yetki belgesini haiz sağlık tesisinde, o işlemi
yapmaya yetkili kılınmış sağlık mesleği mensubu tarafından ve kural olarak
hastanın o işleme ilişkin olarak usulüne uygun alınmış açık rızası ile gerçekle-
ştirilmesi gerekir. Bu şartları taşıyan bir tıbbi girişim hukuka uygun olurken, söz
konusu şartları haiz olmayan bir müdahale hukuka aykırı olacağından, hareketle

¹¹ TCK, m. 9.

¹² TCK, m. 16.

¹³ TCK, m. 26/1.

netice arasında nedensel bağ kurulabildiği ölçüde meydana gelen neticeye göre yaralama ya da öldürme suçlarından cezai sorumluluk doğuracaktır.

Öte yandan sağlık mesleği mensubu kusurlu hareket etmiş olsa dahi cezai sorumluluğun doğması için ölüm ya da yaralanma neticesinin failin hareketinden meydana geldiğinin kabulü gerekir.¹⁴ Hareketin neticeye neden olduğunun

¹⁴ YCGK, nedensellik bağını tartıştığı bir kararında; “Doktor olan sanığın eylemi ile gerçekleşen ölüm neticesi arasında nedensellik bağı bulunup bulunmadığı, buna bağlı olarak da eyleminin TCK’nun 85/1. maddesi kapsamında taksirle bir kişinin ölümüne neden olma suçunu mu, yoksa TCK’nun 257/2. maddesi kapsamında görevi ihmal suçunu mu oluşturacağının belirlenmesine ilişkindir. Olay günü saat 11.25 sıralarında inceleme dışı sanığın yönetimindeki kamyon ile kavşak çıkışına geldiğinde, sağ tarafından karşıdan karşıya geçmek üzere yola giren 76 yaşındaki yayaya çarptığı, Devlet Hastanesi acil servisine yaralı olarak getirilip ilk müdahalenin nöbetçi doktor olan sanık tarafından yapıldığı, röntgen çekilmesine, serum takılmasına ve açık olan yaralar için pansuman yapılmasına karar veren sanığın, ağrılarından şikâyetçi olan ve bir defa da kusarı serumu bittikten sonra taburcu ettiği, yakınları tarafından ayaklarından ve omuzlarından tutularak araca bindirip eve gittikten çok kısa bir süre sonra bilincini kaybetmesi üzerine tekrar hastaneye getirildiği, sanık tarafından yapılan müdahalelere rağmen hayatını kaybettiği olayda; ölümün trafik kazasına bağlı kaburga, kalça, kafatası, köprücük kemiği kırıkları ile birlikte iç organ yaralanması ve bunlara bağlı gelişen komplikasyon sonucu meydana geldiğine dair Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulunun raporu; sanığın tıbbın gereklerini yapmaması sebebiyle kusurlu olduğuna ancak bu kusurlarının kaza ile ölüm arasındaki illiyet bağı kesmediğine dair Yüksek Sağlık Şurası kararı ve kırıkların tespit edilememesinin eksiklik olduğuna ancak kişide tespit edilen travmatik değişimlerin ağırlıkları ve kişinin yaşı da dikkate alındığında, zamanında tespit edilip uygun tedaviye başlanması durumunda dahi kurtulmasının kesin olmadığına dair Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulunun raporu birlikte değerlendirildiğinde; sanığın davranışları ile meydana gelen ölüm neticesi arasında nedensellik bağının kesin olarak belirlenemediği, bu sebeple sanığın meydana gelen ölüm neticesinden sorumlu tutulamayacağı, bununla birlikte Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliğinin 24. maddesinin 2 ve 3. fıkraları gözetildiğinde sanığın, genel beden travmasına ve çoklu kemik kırıklarına maruz kalmış öleni stabilizasyonu sağlanıncaya kadar ve tıp çevrelerinde genel olarak kabul gördüğü şekilde yirmidört saat müşahade altında tutması veya başka bir sağlık kuruluşuna sevk etmesi gerekirken, beş saat sonunda taburcu ederek evine göndermesi suretiyle görevinin gereklerini yerine getirmekte ihmal gösterdiği, bu haliyle eyleminin TCK’nun 257/2. maddesinde düzenlenen görevi ihmal suçunu oluşturduğu ve bu suçtan mahkûmiyetine karar verilmesi gerektiği gözetilmeden, sanığın eyleminin taksirle bir kişinin ölümüne neden olma suçu kabul edilerek TCK’nun 85/1. maddesi gereğince cezalandırılmasına karar verilmesinde isabet bulunmamaktadır” şeklinde görüş beyan etmiştir (YCGK, E. 2017/12-271, K. 2017/278, T. 16.5.2017, <https://lib.kazanci.com.tr/>, erişim tarihi: 14.01.2026). Kanaatimizce bu karar iki açıdan eleştiriye açıktır. Birincisi; zaten her müdahale tüm dikkat ve özen gösterilse dahi komplikasyon riski içerdiğinden tıp mesleği mensubunun sorumluluktan kurtulması her türlü dikkat ve özeni gerçekleştirseydi dahi zararlı sonucun “kaçınılmaz olmasına (önlenemez olmasına)” bağlıdır. Yargıtay’ın ilgili kararında işaret edilenin aksine “uygun tedaviye başlanmış olsaydı dahi kurtulmasının kesin olmadığına” ilişkin bir rapor alınmış olması nedensellik bağını kesmez. Zira bu aynı zamanda uygun tedaviye başlanmış olsaydı hasta kurtulabilirdi

kabul edilebilmesi için netice, failin hâkimiyet alanında gerçekleşen, kendisi tarafından öngörülebilir ve önlenabilir bir netice niteliği göstermelidir.

Hukuka aykırı tıbbi müdahale, meydana gelen yaralanma neticesi dolayısıyla failin kast düzeyinde cezai sorumluluğuna yol açar.¹⁵ Kast, müdahaleyi yapan kişinin bu müdahaleye yönelik bir hak ya da yetkisi olmamasına karşın bilerek ve isteyerek mağdurun vücut bütünlüğünü ihlal etmesinden kaynaklanır. Bu kapsamda yetkisiz kişinin yetkisiz merkezde kural olarak rıza olmaksızın ya da verilen rızaya aykırı olacak şekilde bir tıbbi işlem yapması yaralanma neticesiyle failin hareketi arasında nedensel bağ kurulabildiği ölçüde doğrudan kastla sorumluluğa yol açacaktır.

Kasten yaralamanın bir komplikasyona yol açıp ölüme sebep olması halinde ise ilgili meslek mensubu kastı aşan yaralamadan sorumlu tutulacaktır.¹⁶

Buna karşın eğer yetkisiz kişi doğrudan istememekle birlikte niteliği yani kişi üzerinde gerçekleştireceği ameliyenin büyüklüğü ve taşıdığı riskler itibarıyla hareketinin ölüme yol açabileceğini öngörmüş ama bu neticeye kayıtsız kalmışsa olası kastla öldürme hükümleri uyarınca sorumlu tutulabilecektir.¹⁷

anlamına da gelmektedir. Şu durumda netice fail tarafından öngörülebilir ve önlenabilir ise nedensellik bağı da kurulmuş demektir. Eğer hekim hukuken yapmakla yükümlü olduğunu yapmamışsa kanunen neticenin öngörülebilir olduğu kabul edilir ve bu hususa ilişkin ayrı bir değerlendirme yapılması gerekmez. Ancak neticenin fail tarafından önlenilebileceğinin kanıtlanamaması halinde şüpheden sanık yararlanır kuralı gereği verilecek hüküm delil yetersizliğinden beraat olacaktır. Dolayısıyla eğer maddi gerçeğe uygun ve adil bir sonuca ulaşılacak isteniyorsa bilirkişi raporlarında değerlendirilmesi gereken esaslı nokta, yaralanma ya da ölüm neticesinin her türlü dikkat ve özen gerçekleştirilseydi dahi kaçınılmaz olup olmadığıdır. Karara ilişkin ikinci eleştirimiz ise görevi kötüye kullanma suçuna ilişkindir. Zira bir hareketin görevi kötüye kullanma suçuna vücut vermesi için hareketin bir zarara yol açması ve dolayısıyla hem bir zarar olması hem de hekimin hareketinin bu zararlar nedensel olması gerekmektedir. Yukarıdaki kararda hekimin ihmali hareketi ölüm neticesiyle nedensel kabul edilemezse, bu takdirde görevi kötüye kullanmadan cezai sorumluluğa yol açacak bir zarar da yok demektir. Öte yandan belirtmek gerekir ki görevi kötüye kullanma suçu Yargıtay kararlarında da sabit olduğu üzere (bkz., Yargıtay 15. CD., E. 2017/14316, K. 2017/7499) devlet hastanelerinde çalışan personel için söz konusu olup diğer hekimler görevi kötüye kullanma suçunun faili olamazlar (Aygün Eşitli, Ezgi: “Tıbbi Uygulama Hatalarından Doğan Cezai Sorumluluk”, Sağlık Hukuku Sempozyumları I-II, Ankara 2021, s. 32, 34, 35).

¹⁵ TCK, m. 86.

¹⁶ TCK, m. 87/4.

¹⁷ Aygün Eşitli, Tıbbi Uygulama Hatalarından Doğan Cezai Sorumluluk, s. 17.

Doğrudan kast; kişinin ölüm neticesini doğrudan doğruya istemesi ve öldürdüğünü bilmesi unsurlarının birlikte gerçekleşmesini gerektirdiğinden ve hekim yetkisiz dahi olsa kural olarak öldürmek için değil (ötenazi hariç) tedavi etmek için hareket ettiğinden, sağlık mesleğiyle bağdaşan bir kusurluluk çeşidi değildir. Sağlık mesleği mensubu olmayan bir kişinin yaptığı müdahale ise kusuruna ve meydana gelen neticeye göre cezai sorumluluğa yol açacaktır. Pek tabi herkes adam öldürme suçunu işleyebilir ve bu suçun işlenmesinde hekimlik mesleği de araç olarak kullanılabilir. Ancak bu arızı durum bu kez “tıbbi uygulama” olarak kabul edilemeyeceğinden konumuzun sınırları dışında kalmaktadır.¹⁸

Öte yandan tedavide görevli ve yetkili sağlık mesleği mensubunun ölüm neticesi ile nedensel kabul edilebilecek ve tedavi etmemek şeklinde somutlaşan bir ihmali hareketinin söz konusu olması halinde, bu kişinin kusurunun doğrudan istemese dahi neticeye kayıtsız kalmak şeklinde ortaya çıktığının tespit edilebildiği istisnai hallerde olası kastla sorumluluğu yoluna gidilebilecektir.¹⁹

Hukuka uygun bir müdahalede dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık ise meydana gelen yaralanma ya da ölüm neticesine göre taksir düzeyinde sorumluluğa yol açacak olup tıp hukukunda bu duruma tıbbi uygulama hatası (malpraktis) denilmektedir.²⁰ Hareket ile netice arasında nedensel bağ kurulabildiği ölçüce taksirli hareket icrai ya da ihmali olabilir. Yetkili sağlık mesleği mensubu eğer dikkatli ve özenli olsaydı öngörülebilir olan o neticeyi öngörmediyse basit taksirle sorumluluğu yoluna gidilirken, neticeyi öngörmüş ancak gerçekleşmeyeceği inancıyla hareket etmişse cezai sorumluluk bilinçli taksir hükümlerine göre şekillenecektir.²¹

C. Organ veya Doku Ticaretinden Doğan Cezai Sorumluluk

1. Organ Nakli Amacıyla Seyahat

“Organ Nakli Amacıyla Seyahat” kavramına yer veren ilk yazılı metin “Organ Ticareti ve Nakil Turizmi İstanbul Deklarasyonu (İstanbul Deklarasyonu)” olmuştur. İstanbul Deklarasyonu uyarınca; “organ nakli için seyahat, insanların

¹⁸ Aygün Eşitli, Tıbbi Uygulama Hatalarından Doğan Cezai Sorumluluk, s. 17.

¹⁹ Bkz., Özgeç, İzzet: “Tıbbi Müdahale Dolayısıyla Ceza Sorumluluğu: Cezai Sorumluluk”, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, S. 18, Y. 2011, s. 93.

²⁰ Hakeri, Hakan: Tıp Hukuku, C. 1, Ankara 2024, s. 185.

²¹ Bkz., T.C. Yargıtay 12. CD, E. 2014/9296, K. 2015/5790, T. 2.4.2015, <https://lib.kazanci.com.tr/>, erişim tarihi: 14.01.2026.

nakil amacıyla yetki alanları arasındaki hareketleridir. Eğer organ alımı amacıyla insan ticaretini ya da organ ticaretini içeriyorsa veya bir ülkede ikamet etmeyen hastalara nakil hizmeti sunmaya özgülünmüş kaynaklar (organlar, meslek erbapları ve nakil merkezleri), o ülkenin kendi nüfusuna nakil hizmeti sunma kapasitesini zayıflatıyorsa, nakil için seyahat etik kabul edilmeyen nakil turizmi halini alır”.²²

Türk hukukunda organ ve doku deyiminden, insan organizmasını oluşturan her türlü organ ve doku ile bunların parçaları anlaşılır. Hukuk sistemimizde Oto - grefler, saç ve deri alınması, aşılınması ve nakli ile kan transfüzyonu organ veya doku kapsamında kabul edilmemekte, bu işlemler, yürürlükte bulunan sağlık yasaları, yönetmelikleri ve tıbbi deontoloji kuralları çerçevesinde gerçekleştirilmektedir.²³ Öte yandan organ parçası olan dokuların Organ Nakli Yönetmeliği kapsamında olduğunu, buna karşın diğer dokuların Doku ve Hücre Yönetmeliği’nin esaslarına tabi olduğunu söylemek mümkündür.

Organ ve dokular mevzuata aykırı olarak ölü veya canlı vericiden alınamaz veya nakledilemez/aşıl原因amaz.

Türkiye’de organ nakli organ nakli merkezlerinde yapılabilmektedir. Organ nakli merkezi; Bakanlık tarafından yetkilendirilmiş, organ nakli yapabilmek kapasitesini haiz hastane bünyesindeki üniteyi ifade etmektedir.²⁴ Nakil merkezleri, Bakanlıktan her birisi için ayrı ayrı faaliyet izni almak koşuluyla tek bir ruhsat ile kalp, karaciğer, akciğer, kalp-akciğer, böbrek ve pankreas nakil türlerinde faaliyette bulunabilirler.²⁵

2. Canlı Vericiden Organ Bağışı ve Nakli

Organ Nakli Kanunu uyarınca; on sekiz yaşını doldurmamış ve mümeyyiz olmayan kişilerden organ ve doku alınması yasaktır.²⁶ On sekiz yaşını doldurmuş ve mümeyyiz olan bir kişiden organ ve doku alınabilmesi için vericinin en az iki tanık huzurunda açık, bilinçli ve tesirden uzak olarak önceden verilmiş

²² Bkz., ayrıntılı bilgi için; Aygün Eşitli, Ezgi: “Türk Ceza Hukukunda Organ Nakli Turizmi”, ÇÜHFD, C. 8, S. 1, Y. 2023, s. 87-137.

²³ 2238 Sayılı Organ Ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılınması ve Nakli Hakkında Kanun, m. 2.

²⁴ Organ Nakli Hizmetleri Yönetmeliği, m. 4/1-ü.

²⁵ Organ Nakli Hizmetleri Yönetmeliği, m. 17.

²⁶ Organ Nakli Kanunu, m. 5.

yazılı ve imzalı veya en az iki tanık önünde sözlü olarak beyan edip imzaladığı tutanağın bir hekim tarafından onaylanması zorunludur.²⁷

Yaşayan bir kimseden nakil amacıyla organ alınması, sadece alıcının tedaviden istifadesi için ve ölmüş bir kimseden uygun organ bulunamadığı ve karşılaştırılabilir etkinlikte başka bir tedavi yöntemi seçeneğinin olmadığı durumlarda gerçekleştirilebilir.²⁸

Canlıdan organ nakli; alıcının en az iki yıldan beri evli olduğu eşi ile dördüncü dereceye kadar (dördüncü derece dahil) kan ve kayın hısımlarından yapılabilir. Organ nakli gereken hastalığın evlilikten sonra teşhis edildiği durumlarda eşlerin en az iki yıllık evli olması şartı aranmaz. Alıcının Kanunda gösterilen yakınlarının dışında kalan canlı vericiden organ nakillerinin etik açıdan değerlendirmesi, organ nakli başvurusunun yapıldığı ilde oluşturulan Organ Nakli Değerlendirme Etik Komisyonları tarafından yapılır.²⁹

3. Ölü Vericiden Organ Bağışı ve Nakli

Bir kimse sağlığında vücudunun tamamını veya organ ve dokularını, tedavi, teşhis ve bilimsel amaçlar için bıraktığını güvenli kimlik doğrulama araçlarını kullanarak e-Devlet Kapısı veya Sağlık Bakanlığınca kurulan bilişim sistemleri üzerinden beyan etmiş ya da resmi veya yazılı bir vasiyetle belirtmiş veya bu konudaki isteğini iki tanık huzurunda açıklamış ise ölüden organ veya doku alınır. Bağışçının sağlığında açıkladığı iradesinin yakınlarının hilafına olması halinde bağışçının iradesi esas alınır.³⁰ Bu hallerin söz konusu olmaması halinde ise sırasıyla ölüm anında yanında bulunan eşi, reşit çocukları, ana veya babası veya kardeşlerinden birisinin, bunlar yoksa yanında bulunan herhangi bir yakınının muvafakatiyle ölüden organ veya doku alınır.³¹ Organları başkasına nakledilen bağışçıların eş ve birinci derece yakınlarına, organ nakline ihtiyaçları olması halinde acil hastalardan sonra gelmek üzere öncelik verilir.³²

²⁷ Organ Nakli Kanunu, m. 6.

²⁸ Organ Nakli Yönetmeliği, m. 12/1.

²⁹ Organ Nakli Yönetmeliği, m. 12/2-4.

³⁰ Organ Nakli Kanunu, m. 14/1.

³¹ Organ Nakli Kanunu, m. 14/2.

³² Organ Nakli Kanunu, m. 14/3.

Öte yandan aksine bir vasiyet ibraz edilmedikçe yoksa, kornea gibi ceset üzerinde bir değişiklik yapmayan dokular alınabilir.³³ Ayrıca kaza veya doğal afetler sonucu vücudunun uğradığı ağır harabiyet nedeniyle yaşamı sona ermiş olan bir kişinin yanında yukarıda sayılan kimseleri yoksa, sağlam doku ve organları, tıbbi ölüm halinin alınacak organlara bağlı olmadığı hekimler kurulunun raporuyla belgelenmek kaydıyla, yaşamı organ ve doku nakline bağlı olan kişilere ve naklinde ivedilik ve tıbbi zorunluluk bulunan durumlarda vasiyet ve rıza aranmaksızın organ ve doku nakli yapılabilir. Bu hallerde, adli otopsi, bu işlemler tamamlandıktan sonra yapılır ve hekimler kurulunun raporu adli muayene ve otopsi tutanağına geçirilir ve evrakına eklenir.³⁴

Ancak ölü, sağlığında kendisinden ölümünden sonra organ veya doku alınmasına karşı olduğunu belirtmişse organ ve doku alınamaz.³⁵

4. Yabancı Hastaya Organ Nakli

Ülkemizde organ nakli için gelen yabancı hastaya canlı vericiden organ nakli bakımından getirilen şartlar vatandaşlar bakımından aranan şartlarla aynıdır. Ancak Ülkemizde 6458 sayılı Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu kapsamında ikamet eden kişilerden veya bu kişilere yapılacak canlıdan organ nakilleri, başvuruçular akraba olsa dahi her halde Organ Nakli Değerlendirme Etik Komisyonu tarafından değerlendirilir.

Bakanlık, sağlık turizmi kapsamında Türkiye’de canlıdan organ nakli hizmetinden faydalanmak isteyen ve organ ticareti veya organ kaçakçılığı şüphesi bulunan riskli bölgelerden gelen kişilere, akraba olsalar dahi ülkemizde organ nakli hizmetlerinden faydalanmalarına ilişkin sınırlandırmalar getirebilir. Risk ihtiva eden bölgeler ve alınacak tedbirler Ulusal Organ Nakli Etik Kurulunun önerisi ile Bakanlık tarafından belirlenir.

Yabancı hastanın vericisiyle birlikte yurt dışından gelmesi ve vericisinin kanunda gösterilen yakınlarından biri olması halinde diğer şartlar da mevcutsa rızaya dayalı olarak organ nakli mümkünse de yabancı hastanın akraba dışı vericisiyle birlikte yurt dışından nakil için ülkede yetkilendirilmiş sağlık kuruluşuna gelmesi durumunda konunun istismara açık yapısı nedeniyle yetkili komisyon tarafından suç unsurunun oluşup oluşmadığı dikkatli bir şekilde irdelenmelidir.

³³ Organ Nakli Kanunu, m. 14/6.

³⁴ Organ Nakli Kanunu, m. 14/8.

³⁵ Organ Nakli Kanunu, m. 14/7.

Öte yandan mevzuatta ölü vericiden organ naklini yasaklayan açık bir düzenleme olmamakla birlikte ölü vericiden yabancı hastaya organ nakli mevcut kaynaklar da göz önünde bulundurulduğunda açık bir düzenleme ile sınırlandırılmalıdır. Zira yetersiz organ bağıışı oranları sebebiyle yabancıya ölü vericiden nakil hizmeti sunulması, Ülkenin kendi nüfusuna nakil hizmeti sunma kapasitesini zayıflatmaktadır. Şu kadar ki ağır ve yakın bir hayati tehlike arz eden, örneğin trafik kazası nedeniyle bir organı işlev göremez hale gelen yabancı hastalarda organ nakli insan hakkı temelinde mümkün olmalı, bu bakımdan izlenmesi gereken yolun ne olması gerektiğine yönelik açık düzenlemeler sevk edilmeli ve söz konusu durum 3. kişi lehine zorunluluk hali hukuka uygunluk nedeni bakımından da irdelenmelidir.³⁶

5. Organ veya Doku Ticareti Suçu

Organ veya doku ticareti suçları TCK'nın 91. maddesinde düzenlenmiş olup; “kişiden organ veya doku alınması suçu”, “ölüden organ veya doku alınması suçu”, “organ ve doku satın alınması, satılması, satılmasına aracılık edilmesi suçu”, “organ veya dokuyu saklama, nakletme veya aşılama suçu” ve “belli bir çıkar karşılığında organ veya doku teminine yönelik ilan veya reklam verme veya yayınlama suçu” başlıkları altında incelenebilir.³⁷ Adı geçen madde uyarınca:

Hukuken geçerli rızaya dayalı olmaksızın, kişiden organ alan kimse, beş yıldan dokuz yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Suçun konusunun doku olması halinde, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

Hukuka aykırı olarak, ölüden organ veya doku alan kimse ise bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılmaktadır.

Organ veya dokuyu satın alan, satan, satılmasına aracılık eden kişi hakkında, kişiden organ alınması kapsamında belirtilen cezalara hükmolunur.

Organ veya dokunun alınması, satın alınması, satılması, satılmasına aracılık edilmesi suçlarının bir örgütün faaliyeti çerçevesinde işlenmesi halinde, sekiz yıldan onbeş yıla kadar hapis ve on bin güne kadar adli para cezasına hükmolunur.

³⁶ Aygün Eşitli, Organ Naki Turizmi, s. 98, 99.

³⁷ Bkz., ayrıntılı bilgi için; Hafizoğulları, Zeki/Özen, Muharrem: Türk Ceza Hukuku Özel Hükümler, Kişilere Karşı Suçlar, Ankara 2015, s. 105 vd.; Özbek, Veli Özer/Doğan, Koray/Bacaksız, Pınar: Türk Ceza Hukuku Özel Hükümler, Ankara 2025, s. 265 vd.; Gökçen, Ahmet/Balcı, Murat: “Organ ve Doku Ticareti Suçları”, MÜHF-HAD, Prof. Dr. Nur Centel’e Armağan Özel Sayısı, C. 19, S. 2, Y. 2013, s. 111-151.

Hukuka aykırı yollarla elde edilmiş olan organ veya dokuyu saklayan, nakleden veya aşılayan kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.³⁸

Belli bir çıkar karşılığında organ veya doku teminine yönelik olarak ilan veya reklam veren veya yayınlayan kişi, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

Bu suçların bir tüzel kişinin faaliyeti çerçevesinde işlenmesi halinde, tüzel kişi hakkında bunlara özgü güvenlik tedbirlerine hükmolunacaktır.

Kişiden organ veya doku alınması suçunun işlenmesi sonucunda mağdurun ölmesi halinde, kasten öldürme suçuna ilişkin hükümler uygulanır.

D. İnsan Ticaretinden Doğan Cezai Sorumluluk

Türk hukukunda; Sınırışan Örgütlü Suçlara Karşı Birleşmiş Milletler Sözleşmesine Ek İnsan Ticaretinin, Özellikle Kadın ve Çocuk Ticaretinin Önlenmesine, Durdurulmasına ve Cezalandırılmasına İlişkin Protokol'ün 2003 tarihinde Kanunla onaylanmasının ardından 765 sayılı TCK'ya 201/b maddesi eklenerek, insan ticareti suç sayılmış, 5237 sayılı TCK'da ise insan ticareti uluslararası bir suç olarak 80. maddede düzenlenmiştir.³⁹

³⁸ Kanun organın veya dokunun hukuka aykırı yollarla edinilmesi halinde saklanması, nakledilmesini veya aşılanmasını bu suç kapsamında cezalandırmaktadır. Ancak hukuka uygun yollarla elde edilmiş olan organın veya dokunun hukuka aykırı olarak saklanması, nakledilmesi veya aşılanması halinde bu suçun oluşmasının mümkün olup olmadığı izaha muhtaçtır. Kanaatimizce fıkra “hukuka aykırı yollarla” ifadesiyle anlatılmak istenen organ veya dokunun elde edilmesi yöntemini değil hukuka aykırı ya da hukuka uygun yollarla elde edilmiş olan organın veya dokunun hukuka aykırı olarak saklanması, nakledilmesi ve aşılanmasıdır. Organ Nakli Kanunu’nun “Hukuka aykırı olarak organ ve doku alan, satan, satın alan, satılmasına aracılık eden, saklayan, nakleden veya aşılayan, organ veya doku teminine yönelik olarak ilan veya reklam veren veya yayınlayan kişiler hakkında 26/9/2004 tarihli ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun 91 inci maddesi hükümleri uygulanır” şeklinde sevk edilen ve TCK’nun 91. maddesine atıf yapan hükmü ile Yönetmeliğin 33. maddesinin TCK’nın 91. maddesine atıf yapan hükümleri göz önünde bulundurulduğunda, Kanunun amacının yalnızca hukuka aykırı yöntemlerle elde edilen organ veya dokuların değil, hukuka uygun yöntemlerle elde edilen organ veya dokuların hukuka aykırı olarak saklanması, nakledilmesinin ya da aşılanmasının da organ veya doku ticareti suçu kapsamında değerlendirilmesi gerektiği yönünde olduğunu göstermektedir. Ancak yorumda farklılıklara sebebiyet vermemek adına kanunun ilgili fıkrasının, daha kapsayıcı bir şekilde “organ veya dokuyu hukuka aykırı olarak saklayan, nakleden veya aşılayan kişi, ... cezalandırılır” şeklinde değiştirilmesi yerine olacaktır.

³⁹ Bkz., ayrıntılı bilgi için; Tezcan, Durmuş/Erdem, Mustafa Ruhan/Önok, R. Murat: Teorik ve Pratik Ceza Özel Hukuku, Ankara 2022; Yurtcan, Erdener: Yargıtay Kararları Işığında Göçmen Kaçakçılığı ve İnsan Ticareti, Ankara 2016; Soyaslan, Doğan: Ceza Hukuku Özel Hükümler, Ankara 2018; Değirmenci, Olgun: “Mukayeseli Hukukta ve Türk Hukukunda İnsan Ticareti Suçu”, TBBD, S. 67, Y. 2006, s. 57-96.

TCK'nın 80. maddesi uyarınca fiil; zorla çalıştırmak, hizmet ettirmek, fuhuş yaptırmak veya esarete tâbi kılmak ya da vücut organlarının verilmesini sağlamak maksadıyla tehdit, baskı, cebir veya şiddet uygulayarak, nüfuzu kötüye kullanarak, kandırarak veya kişiler üzerindeki denetim olanaklarından veya çaresizliklerinden yararlanarak rızalarını elde etmek suretiyle onları ülkeye sokmak, ülke dışına çıkarmak, tedarik etmek, kaçırmak, bir yerden başka bir yere götürmek veya sevk etmek ya da barındırmaktır.

Bu suçta suçun vücut organlarının verilmesini sağlamak maksadıyla işlenmesi hukuka aykırı organ nakli turizmi bakımından önem arz etmektedir. Vücut organlarının verilmesini sağlamak amacıyla girişilen ve suç oluşturduğu hareketler var olduğu takdirde, mağdurun rızası geçersizdir.

On sekiz yaşını doldurmamış olanların vücut organlarının verilmesini sağlamak maksadıyla tedarik edilmeleri, kaçırılmaları, bir yerden diğer bir yere götürülmeleri veya sevk edilmeleri veya barındırılmaları hallerinde suça ait araç fiillerden hiçbirine başvurulmuş olmasa da fail cezalandırılır.

E. Kişisel Sağlık Verilerinin Hukuka Aykırı Olarak İşlenmesinden Doğan Cezai Sorumluluk

1. Kişisel Sağlık Verisinin Hukuka Uygun Olarak İşlenmesi Şartları

Kişisel veri; kimliği belirli veya belirlenebilir gerçek kişiye ilişkin her türlü bilgidir. Öte yandan kişilerin sağlığına ilişkin veriler özel nitelikli kişisel veri olarak kabul edilir.⁴⁰

Kişisel verilerin tamamen veya kısmen otomatik olan ya da herhangi bir veri kayıt sisteminin parçası olmak kaydıyla otomatik olmayan yollarla elde edilmesi, kaydedilmesi, depolanması, muhafaza edilmesi, değiştirilmesi, yeniden düzenlenmesi, açıklanması, aktarılması, devralınması, elde edilebilir hâle getirilmesi, sınıflandırılması ya da kullanılmasının engellenmesi gibi veriler üzerinde gerçekleştirilen her türlü işlem kişisel verilerin işlenmesi demektir.⁴¹ Ancak TCK, hukuka aykırı olan her tür veri işleme halini değil, kişisel verilerin hukuka aykırı olarak kaydedilmesi, verilmesi, yayılması ya da ele geçirilmesi

⁴⁰ Bkz., ayrıntılı bilgi için; Aygün Eşitli, Ezgi: “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Kişisel Verilere Yönelik İhlallere Karşı Türk Ceza Kanununda Düzenlenen Suçlar”, BÜHFD, C. 10, S. 1, Y. 2024, s. 123-167.

⁴¹ KVKK, m. 3/1-e.

şeklilde sübut bulan işleme hallerini cezalandırmaktadır.⁴² Kişisel verilerin hukuka aykırı olarak işlendiği diğer haller ise “kanunsuz suç ve ceza olmaz” ilkesinden hareketle TCK m. 135 ve 136 kapsamında suç kabul edilemeyecektir.⁴³ Bilişim suçlarına ilişkin hükümler⁴⁴ ile idari⁴⁵ ve hukuki sorumluluk halleri saklıdır.

Bilgilendirme ve tanıtım faaliyeti adı altında kişisel verilerin hukuka aykırı olarak verilmesi ya da yayılması da TCK kapsamında suç kabul edilmektedir.

Kural olarak sağlık verilerinin ilgilinin açık rızası olmaksızın işlenmesi yasaktır.⁴⁶

⁴² Bkz., TCK, m. 135-136.

⁴³ Dülger, Murat Volkan: “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve Türk Ceza Kanunu Bağlamında Kişisel Verilerin Ceza Normlarıyla Korunması”, İstanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, C. 3, S. 2, Y. 2016; s. 163.

⁴⁴ Bkz., TCK, m. 243 vd.

⁴⁵ Kabahatler bakımından bkz., Kangal, Zeynel Temel: Kişisel Verilerin Ceza ve Kabahatler Hukukunda Korunması, İstanbul 2019, s. 177 vd.

⁴⁶ Kural bu olmakla birlikte, KVKK, m. 28 uyarınca aşağıda öngörülen hallerde kişisel verilerin rıza olmaksızın işlenmesi mümkündür:

(1) Bu Kanun hükümleri aşağıdaki hâllerde uygulanmaz:

a) Kişisel verilerin, üçüncü kişilere verilmemek ve veri güvenliğine ilişkin yükümlülüklerle uyulmak kaydıyla gerçek kişiler tarafından tamamen kendisiyle veya aynı konutta yaşayan aile fertleriyle ilgili faaliyetler kapsamında işlenmesi.

b) Kişisel verilerin resmi istatistik ile anonim hâle getirilmek suretiyle araştırma, planlama ve istatistik gibi amaçlarla işlenmesi.

c) Kişisel verilerin millî savunmayı, millî güvenliği, kamu güvenliğini, kamu düzenini, ekonomik güvenliği, özel hayatın gizliliğini veya kişilik haklarını ihlal etmemek ya da suç teşkil etmemek kaydıyla, sanat, tarih, edebiyat veya bilimsel amaçlarla ya da ifade özgürlüğü kapsamında işlenmesi.

ç) Kişisel verilerin millî savunmayı, millî güvenliği, kamu güvenliğini, kamu düzenini veya ekonomik güvenliği sağlamaya yönelik olarak kanunla görev ve yetki verilmiş kamu kurum ve kuruluşları tarafından yürütülen önleyici, koruyucu ve istihbari faaliyetler kapsamında işlenmesi.

d) Kişisel verilerin soruşturma, kovuşturma, yargılama veya infaz işlemlerine ilişkin olarak yargı makamları veya infaz mercileri tarafından işlenmesi.

(2) Bu Kanunun amacına ve temel ilkelerine uygun ve orantılı olmak kaydıyla veri sorumlusunun aydınlatma yükümlülüğünü düzenleyen 10 uncu, zararın giderilmesini talep etme hakkı hariç, ilgili kişinin haklarını düzenleyen 11 inci ve Veri Sorumluları Siciline kayıt yükümlülüğünü düzenleyen 16 ncı maddeleri aşağıdaki hâllerde uygulanmaz:

a) Kişisel veri işleminin suç işlenmesinin önlenmesi veya suç soruşturması için gerekli olması.

b) İlgili kişinin kendisi tarafından alenileştirilmiş kişisel verilerin işlenmesi.

Açık rıza, “belirli bir konuya ilişkin, bilgilendirilmeye dayanan ve özgür iradeyle açıklanan rıza” şeklinde tanımlanmıştır. Veri işlemek üzere verilen açık rızanın geçerli olması için, açık rızanın öncelikle belirli bir konuya ilişkin ve o konu ile sınırlı olarak verilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte, açık rıza bir irade beyanı olduğundan, kişinin özgür bir şekilde rıza gösterebilmesi için, neye rıza gösterdiğini de bilmesi gerekir. Kişinin sadece konu üzerinde değil, aynı zamanda rızasının sonuçları üzerinde de tam bir bilgi sahibi olması gerekir. Bu sebeple, bilgilendirmenin, veri işleme ile ilgili bütün konularda açık ve anlaşılır bir biçimde gerçekleştirilmesi ve mutlaka verinin işlemlerinden önce yapılması gerekir. Diğer yandan, açık rızanın geçerlilik kazanabilmesi için kişinin yaptığı davranışın bilincinde ve kendi kararı olması gerekmektedir. Açık rızanın özgür iradeyle açıklanması gerektiğinden, herhangi bir ürün ve/veya hizmetin sunumu (ya da herhangi bir üründen ve/veya hizmetten yararlandırılması) ilgili kişi tarafından açık rıza verilmesi şartına bağlanmamalı, tarafların eşit konumda olmadığı veya taraflardan birinin diğeri üzerinde etkili olduğu durumlarda rızanın özgür iradeyle verilip verilmediğinin dikkatle değerlendirilmesi gerekmektedir.

2. Hukuka Uygun Tanıtım ve Bilgilendirme Faaliyetleri

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu⁴⁷ ve Sağlık Hizmetlerinde Tanıtım ve Bilgilendirme Faaliyetleri Hakkında Yönetmelik uyarınca⁴⁸; hukuka uygun tanıtım ve bilgilendirme faaliyetleri;

- a) Sağlık tesisleri için; adres ve iletişim bilgileri, çalışma gün ve saatleri, hasta kabul edilen uzmanlık dalları, çalıştırılan sağlık meslek mensuplarının mesleki ve akademik ünvanları ve hizmet verilen sağlık alanıyla ilgili sağlığı koruyucu ve geliştirici nitelikteki bilgileri,
- b) Sağlık meslek mensupları için; ana dal ve yan dal uzmanlıkları, akademik ünvanları, hasta kabul ettikleri zaman ve mahal bilgisi ve hizmet verilen sağlık alanıyla ilgili sağlığı koruyucu ve geliştirici nitelikteki bilgileri, ifade eder.

^{c)} Kişisel veri işlemenin kanunun verdiği yetkiye dayanarak görevli ve yetkili kamu kurum ve kuruluşları ile kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarınca, denetleme veya düzenleme görevlerinin yürütülmesi ile disiplin soruşturma veya kovuşturması için gerekli olması.

^{c)} Kişisel veri işlemenin bütçe, vergi ve mali konulara ilişkin olarak Devletin ekonomik ve mali çıkarlarının korunması için gerekli olması.

⁴⁷ 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, ek madde 11/5.

⁴⁸ Bkz., ayrıntılı bilgi için, Yönetmelik, m. 5.

Tanıtım ve bilgilendirme faaliyetleri yanıltıcı ve aldatıcı olamaz, insan sağlığını tehlikeye düşüremez, talep ve haksız rekabet ortamı yaratamaz ve reklam mahiyetinde olamaz.

Öte yandan Uluslararası Sağlık Turizmi Tanıtım ve Bilgilendirme Faaliyetleri' ne ilişkin olarak 12 Kasım 2025 tarihli Sağlık Hizmetlerinde Tanıtım ve Bilgilendirme Faaliyetleri Hakkında Yönetmelik ile alanın yeniden düzenlendiği görülmektedir. İlgili Yönetmelik uyarınca Bakanlıkça verilen yetki belgesi kapsamında uluslararası sağlık hizmeti sunan sağlık tesisleri ile aracı kuruluşlar tarafından aşağıdaki ilke ve esaslara uymak kaydıyla tanıtım ve bilgilendirme faaliyetlerinde bulunulabilir⁴⁹:

- a) Uluslararası sağlık turizmi alanında tanıtım ve bilgilendirme faaliyetlerinin yurt dışına yönelik ayrı bir sosyal medya platformu veya internet sitesi üzerinden yürütülmesi ve bu platformlarda sağlık turizmi kapsamında hizmet sunulduğunun açıkça beyan edilmesi kaydıyla, Türkçe hariç diğer resmî dillerde sponsorlu tanıtım ve bilgilendirme faaliyeti yapılabilir.
- b) Sağlık turizmi yetki belgesinin, uluslararası sağlık turizmi hizmeti sunan sağlık tesisine veya aracı kuruluşa ait internet sitesinde veya sosyal medya platformunda yayınlanması zorunludur.
- c) Türkiye'de yaşayan kişiler nezdinde talep oluşturmaya yönelik tanıtım ve bilgilendirme faaliyeti gösterilmesi yasaktır. Sosyal medya platformlarında hedef kitle olarak yurt içi seçilemez ve otomatik hedef kitle tanımlamalarının devre dışı bırakılması zorunludur.
- ç) Uluslararası sağlık turizmi hizmeti sunan sağlık tesisi; yurt dışına yönelik oluşturulan internet sitesi veya sosyal medya platformunda, hasta mahremiyeti, genel ahlak kuralları ve hasta haklarına riayet etmek ve hastanın açık rızasının alındığını belgelendirmek şartıyla; tedavi gören hastaların hikâyelerine, hasta yorumlarına veya teşekkür mahiyetindeki ifadelerle yer verebilir.
- d) Uluslararası sağlık turizmi hizmeti sunan sağlık tesisi, yurt dışına yönelik oluşturulan internet sitesi veya sosyal medya platformunda hedef kitlenin yurt dışı olarak seçilmesi, genel ahlaka aykırı olmaması ve otomatik hedef kitle tanımlamalarının kapatılması kaydıyla Türkçe hariç tüm resmi dillerde sponsorlu olarak görsel içerik yayınlayabilir.

⁴⁹ Bkz., Yönetmelik, m. 8.

- e) Uluslararası sağlık turizmi hizmeti sunan sağlık tesisi; sağlık turisti ve turistin sağlığı hastasına yönelik yürütülen tanıtım ve bilgilendirme faaliyetlerinde “HealthTürkiye” logosunu tüm mecralarda kullanmakla yükümlüdür.
- f) Uluslararası sağlık turizmi hizmeti sunan sağlık tesisine ait internet sitesinde yer alan sağlık tesisi ismi ve ünvanı ile URL adresinin, sağlık tesisinin Bakanlıkça verilmiş ruhsatında yazan ünvan ve sahiplik adı ile uyumlu olması zorunludur.
- g) Aracı kuruluş; ilgili mevzuatında tanımlanan aracı kuruluş hizmetleriyle sınırlı olmak, sağlık hizmet sunumuna yönelik faaliyetleri çağrıştırmamak veya sağlık tesisi izlenimi vermemek kaydıyla sponsorlu tanıtım ve bilgilendirme yapabilir ve görsel içerik paylaşabilir.
- ğ) Aracı kuruluş, protokol imzaladığı sağlık hizmetinin ilgili sağlık tesisi tarafından verildiğini ve kendisinin sağlık tesisi olmadığını belirtmek kaydıyla aracılık ettiği sağlık hizmetini, sağlık tesisi isimlerini ve bu tesise ait resmî internet sitesini bilgi amaçlı olarak paylaşabilir.
- h) Aracı kuruluşa ait internet siteleri URL adreslerinin, ticari ünvan, işletme adı veya bunların kısaltmalarını taşıması zorunludur.
- ı) Marka tescilini URL adresinde kullanmak isteyen uluslararası sağlık turizmi hizmeti sunan sağlık tesisi ve aracı kuruluş, tescil belgelerini Bakanlığa bildirmekle yükümlüdür.

Ayrıca (a) ve (g) bentleri kapsamında, uluslararası sağlık turizmi hizmeti sunan sağlık tesisi ve aracı kuruluş tarafından indirim, kampanya ve rekabetçi fiyat duyuruları da yapılabilir.

Diğer taraftan Türkiye’de uygulanması Bakanlıkça yasaklanan veya uygulama izni bulunmayan tıbbi işlem ve tedavi yöntemlerine uluslararası sağlık turizmi tanıtım ve bilgilendirme faaliyetlerinde yer verilemez.

Belli bir çıkar karşılığında organ veya doku teminine yönelik olarak ilan veya reklam veren veya yayınlayan kişiler hakkında ise organ veya doku ticareti suçu söz konusu olacaktır.

Şüphesiz ki yönetmelik hükümleri başta Tababet Kanunu⁵⁰ olmak üzere alanı düzenleyen temel kanunların reklam yasağına ilişkin hükümlerine aykırı olmamalıdır. Öte yandan Yönetmelik hükümleri incelendiğinde sponsorlu

⁵⁰ 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, m. 24.

tanıtımın, talep yaratmaya yönelik bilgilendirme faaliyetlerinin, indirim, kampanya ve rekabetçi fiyat duyurularının belirli şartlar altında yapılabildiği görülmektedir. Bu özellikleri taşıyan bir yayın, adına ne denirse densin hukuken reklamın şartlarını taşıdığından tanıtım ve bilgilendirme değil, reklam olarak kabul edilmelidir. Sağlık alanında reklam yapmak ise yasaktır. Bu kapsamda konunun reklam yasağına ilişkin kanuni düzenlemeler de değerlendirilmek kaydıyla yeniden ele alınması yerinde olacaktır.

Öte yandan kişisel veri ihlalinin suça vücut vermemesi adına uluslararası sağlık turizmi hizmeti sunan sağlık tesisinin, yurt dışına yönelik oluşturulan internet sitesi veya sosyal medya platformunda, hasta mahremiyeti, genel ahlak kuralları ve hasta haklarına riayet etmek ve hastanın açık rızasının alındığını belgelendirmek şartıyla; tedavi gören hastaların hikâyelerine, hasta yorumlarına veya teşekkür mahiyetindeki ifadelerle yer verebileceği, aksi takdirde kişisel verileri hukuka aykırı olarak verme veya ele geçirme suçunun oluşacağı göz ardı edilmemelidir.

3. Kişisel Verilere İlişkin Suçlar

Kişisel verilere ilişkin suçlar bakımından 26/9/2004 tarihli ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun 135 ila 140 ıncı madde hükümleri uygulanır.

İnternet aracı kılınarak işlenen kişisel verilere yönelik suçlarda internet sitesine erişim engeli getirilebilir.

TCK, m. 135 uyarınca kişisel verilerin hukuka aykırı olarak kaydedilmesi, TCK, m. 136 uyarınca verileri hukuka aykırı olarak verme veya ele geçirme, TCK, m. 138 gereği ise ilgili süreler geçmiş olmasına karşın verileri yok etmeme suç olarak düzenlenmektedir.

4. Kişisel Verilerin Kaydedilmesi Suçu

Hukuka aykırı olarak kişisel verileri kaydeden kimseye bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası verilir. Kişilerin sağlık durumlarına ilişkin bilgileri kişisel veri olarak kaydeden kimse de bu hüküm uyarınca cezalandırılır.⁵¹

Kanun kişisel verilerin kayıt şekline ilişkin bir ayırım yapmamıştır. O halde kaydetmek herhangi bir yöntemle, otomatik olan ya da olmayan bir şekilde

⁵¹ TCK, m. 135

kişisel verilerin tamamen veya kısmen, sonradan ulaşılabilecek şekilde hazır tutulması olarak tanımlanabilir.⁵²

Suç tehlike suçudur.⁵³ Tehlike özel hayatın kişisel verilerin kaydı yoluyla ihlaline elverişli kabul edilebilecek makul, güncel, yakın bir tehlike olmalıdır. Basit ihtimaller tehlikeye vücut vermez.

Suç icra hareketiyle işlenebilen ani bir suçtur.⁵⁴ Bu yönüyle suç hareketin yapılmasıyla birlikte tamamlanan neticesiz suçlar arasında yer alır.

Suç doğrudan kastla işlenir.⁵⁵ Kişisel verilere karşı işlenen bu neticesiz suçlarda olası kastla suçun işlenmesi mümkün değildir.⁵⁶ Fiili hata istisnai hallerde mümkündür.⁵⁷ Hukuki hata kural olarak mazeret sayılmaz. Hukuka uygunluk nedeniyle hata mümkündür.⁵⁸ Şahısta hata esaslı hata değildir.

Kişisel Verilerin Kaydedilmesi suçunun kamu görevlisi tarafından ve görevinin verdiği yetki kötüye kullanılmak ya da belli bir meslek ve sanatın sağladığı kolaylıktan yararlanmak suretiyle işlenmesi halinde, verilecek ceza yarı oranında artırılır.⁵⁹

5. Verileri Hukuka Aykırı Olarak Verme veya Ele Geçirme Suçu

Kişisel verileri, hukuka aykırı olarak bir başkasına veren, yayan veya ele geçiren kişi, iki yıldan dört yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.⁶⁰

⁵² Yokuş Sevük, Handan: Türk Ceza Hukuku Özel Hükümler, Ankara 2018, s. 244.

⁵³ Özbek/Doğan/Bacaksız, s. 594; Yokuş Sevük, s. 245.

⁵⁴ Koca, Mahmut/Üzülmez, İlhan: Türk Ceza Hukuku Özel Hükümler, Ankara 2023, s. 611.

⁵⁵ Aydın, Sedat Erdem: AİHM İçtihatları Bağlamında Kişisel Verilerin Kaydedilmesi Suçu, İstanbul 2015, s. 140; Koca/Üzülmez, 618.

⁵⁶ Bkz., aksi yönde; Özbek/Doğan/Bacaksız, s. 598

⁵⁷ Bkz., aksi yönde, Hafizoğulları/Özen, s. 289.

⁵⁸ Hafizoğulları/Özen, s. 289.

⁵⁹ TCK, m. 137.

⁶⁰ TCK, m. 136.

Suç, icra hareketiyle işlenebilen, seçimlik hareketli bir tehlike suçudur.⁶¹ Amaçsal ve zamansal birliğin olması kaydıyla bu seçimlik hareketlerden biri ya da birkaçının yapılması halinde tek suç vardır. Suç, neticesiz suçtur.

Verme, belirli sayıda kişi veya kişilerle verinin paylaşılması iken (ör. What-sapp ya da e-posta yoluyla verinin gönderilmesi), yayma, verinin belirsiz sayıda kişilere ulaşmasıdır (ör. Verinin sosyal medya platformundan yayınlanması). Veriyi ele geçirmek, verinin failin egemenlik alanına girmesidir. (ör. bilgi teknolojileri müdürünün çalıştığı şirketin müşterilerine ait bilgileri, evindeki bilgisayara aktarması)⁶²

Suç doğrudan kastla işlenir. Şahısta hata mümkün değildir. Hukuki hata kural olarak mazeret sayılmaz. Fiili hata istisnai hallerde mümkün olabilir. Hukuka uygunluk nedeniyle hata mümkündür.⁶³

Kişisel Verilerin Kaydedilmesi suçunun kamu görevlisi tarafından ve görevinin verdiği yetki kötüye kullanılmak ya da belli bir meslek ve sanatın sağladığı kolaylıktan yararlanmak suretiyle işlenmesi halinde, verilecek ceza yarı oranında artırılır.⁶⁴

6. Verileri Yok Etmeme Suçu

Kanunların belirlediği sürelerin geçmiş olmasına karşın verileri sistem içinde yok etmekle yükümlü olanlara görevlerini yerine getirmediklerinde bir yıldan iki yıla kadar hapis cezası verilir.⁶⁵

Suçta fiil, yok edilmesi gereken verinin yok edilmemesidir. Yok etmek verinin geri döndürülemez şekilde silinmesidir.

Verileri yok etmeme, TCK'nın 138. maddesi kapsamında suç kabul edilirken, verileri şartları olduğu halde silmemek veya anonim hale getirmemek, KVKK'nın 17/2. maddesinin TCK'nın 138. maddesine yaptığı atıf gereği suç kabul edilmekte ve verileri yok etmeme suçunun cezasıyla cezalandırılmaktadır.

⁶¹ Özbeke/Doğan/Bacaksız, s. 603, 604; Yokuş Sevik, s. 251; Koca/Üzölmez, s. 611; Hafizoğulları/Özen, s. 291.

⁶² Yargıtay 15. CD., E. 2013/612, K. 2014/14715, T. 16.9.2014, <https://lib.kazanci.com.tr>, erişim tarihi: 20.04.2024.

⁶³ Hafizoğulları/Özen, s. 291.

⁶⁴ TCK, m. 137.

⁶⁵ TCK, m. 138.

KVKK'nın 17/2. maddesini; hükmü olan, ancak müeyyidesi TCK'nın 138. maddesinde ifade olunan bir eksik ceza normu (norma incompleta/imperfetta)⁶⁶ olarak tanımlamak yanlış olmayacaktır.

Suç, tehlike suçudur, zarar aranmaz. Yükümlülüğün yerine getirilmemesi şeklinde somutlaşan ihmal hareketiyle işlenir. Suça teşebbüs olmaz.⁶⁷

Mağdurun rızası fiili hukuka uygun kılmaz.⁶⁸ Zira Kanunda kişi hak ve hürriyetlerini sınırlandıran bir işlemin hangi şartlar altında gerçekleştirileceği öngörülmüşse, kural olarak rıza, kanun açıkça geçerlilik tanımadıkça o işlemde bir hukuka uygunluk nedeni olmaz.

Suç kasten işlenir, fiilde hata mümkündür. Hukuki hata kaçınılmaz olmadıkça mazeret sayılmaz.⁶⁹

Sonuç

TCK ve ceza içeren diğer kanunlarda ifade olunan suça konu fiillerin sağlık turizmi kapsamında işlenmesi halinde fail ya da failerin cezai sorumluluğu doğacaktır. Uluslararası sağlık turizmi kapsamında verilen sağlık hizmetlerinin; yetkili sağlık tesisinde, yetkili sağlık mesleği mensubunca ve kural olarak hastanın açık rızasıyla verilmesi halinde hizmet, hukuka uygundur. Aksi takdirde meydana gelen yaralama ve ölüm neticesi, cezai sorumluluk doğuracaktır. Hukuka aykırı organ nakli turizmi ise niteliğine göre organ veya doku ticareti ya da organ nakli amacıyla insan ticareti suçuna vücut verebilecektir. Diğer yandan alanda önemle üzerinde durulması gereken bir diğer konu da özel nitelikli kişisel sağlık verilerinin işlenmesi olup, işleme faaliyetlerinin mevzuata uygun olması gerekir. Hukuka aykırı olarak sağlık verilerinin kaydedilmesi, verilmesi, yayılması, yok edilmesi gereken verilerin yok edilmemesi cezai sorumluluğa yol açacaktır.

Türkiye'nin uluslararası sağlık turizmindeki önemli konumu, hukuki düzenlemelerin önemini de arttırmıştır. Her ne kadar uluslararası turizmin ülkenin ekonomik kalkınmasındaki rolü önemli ise de sağlık turistinin müşteri değil hasta

⁶⁶ Bkz., Antolisei, Francesco: Manuale di Diritto Penale, PG, Milano 2000, s. 54; Hafizoğulları, Zeki: Ceza Normu, Ankara 1996, s. 280.

⁶⁷ Özbek/Doğan/Bacaksız, s. 611; Yokuş Sevik, s. 260.

⁶⁸ Özbek/Doğan/Bacaksız, s. 612; Dülger, s. 598. Bkz. aksi yönde, Yokuş Sevik, s. 260; Koca/Üzülmez, s. 651; Yaşar, Osman/Gökcan, Hasan Tahsin/Artuç, Mustafa: Yorumlu-Uygulamalı Türk Ceza Kanunu Cilt II Madde 86-146, Ankara 2010, s. 4136.

⁶⁹ Hafizoğulları/Özen, s. 293.

olduğu, sağlık hizmetinin de bir ticari faaliyet değil bir kamusal faaliyet olduğu göz ardı edilmemelidir. Öte yandan konunun uluslararası boyutu nedeniyle de dikkatle ele alınması gereklidir. Yapılan düzenlemelerin temel insan hakları ekseninden hareketle sağlık ve turizm ikileminde söz konusu olabilen değer veya menfaatleri dengeleyici özellik taşıması önem teşkil etmektedir. Alanın dinamik yapısı sebebiyle ağırlıklı olarak alt düzenleyici işlemlere konu olduğu göz önünde bulundurulduğunda, bu düzenlemelerin yürürlükteki kanunlara aykırılık içermemesi önemlidir.

KAYNAKÇA

- Antolisei, Francesco: Manuale di Diritto Penale, PG, Milano 2000.
- Aydın, Sedat Erdem: AİHM İçtihatları Bağlamında Kişisel Verilerin Kaydedilmesi Suçu, İstanbul 2015, s. 140; Koca/Üzülmmez, 618.
- Aygün Eşitli, Ezgi: “Tıbbi Uygulama Hatalarından Doğan Cezai Sorumluluk”, Sağlık Hukuku Sempozyumları I-II, Ankara 2021, s. 12-41.
- Aygün Eşitli, Ezgi: “Türk Ceza Hukukunda Organ Nakli Turizmi”, ÇÜHFD, C. 8, S. 1, Y. 2023, s. 87-137.
- Aygün Eşitli, Ezgi: “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu Kapsamında Kişisel Verilere Yönelik İhlallere Karşı Türk Ceza Kanununda Düzenlenen Suçlar”, BÜHFD, C. 10, S. 1, Y. 2024, s. 123-167.
- Değirmenci, Olgun: “Mukayeseli Hukukta ve Türk Hukukunda İnsan Ticareti Suçu”, TBBD, S. 67, Y. 2006, s. 57-96.
- Dülger, Murat Volkan: “Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve Türk Ceza Kanunu Bağlamında Kişisel Verilerin Ceza Normlarıyla Korunması”, İstanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, C. 3, S. 2, Y. 2016; s. 101-167.
- Gökçen, Ahmet/Balcı, Murat: “Organ ve Doku Ticareti Suçları”, MÜHF-HAD, Prof. Dr. Nur Centel’e Armağan Özel Sayısı, C. 19, S. 2, Y. 2013, s. 111-151.
- Hakeri, Hakan: Tıp Hukuku, C. 1, Ankara 2024.
- Hafizoğulları, Zeki: Ceza Normu, Ankara 1996.
- Hafizoğulları, Zeki/Özen, Muharrem: Türk Ceza Hukuku Özel Hükümler, Kişilere Karşı Suçlar, Ankara 2015.

- Kangal, Zeynel Temel: Kişisel Verilerin Ceza ve Kabahatler Hukukunda Korunması, İstanbul 2019.
- Koca, Mahmut/Üzülmez, İlhan: Türk Ceza Hukuku Özel Hükümler, Ankara 2023.
- Özbek, Veli Özer/Doğan, Koray/Bacaksız, Pınar: Türk Ceza Hukuku Özel Hükümler, Ankara 2025.
- Özgenç, İzzet: “Tıbbî Müdahale Dolayısıyla Ceza Sorumluluğu: Cezai Sorumluluk”, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, S. 18, Y. 2011, s. 88-97.
- Soyaslan, Doğan: Ceza Hukuku Özel Hükümler, Ankara 2018.
- Tezcan, Durmuş/Erdem, Mustafa Ruhan/Önok, R. Murat: Teorik ve Pratik Ceza Özel Hukuku, Ankara 2022.
- Yaşar, Osman/Gökcan, Hasan Tahsin/Artuç, Mustafa: Yorumlu-Uygulamalı Türk Ceza Kanunu Cilt II Madde 86-146, Ankara 2010.
- Yokuş Sevik, Handan: Türk Ceza Hukuku Özel Hükümler, Ankara 2018.
- Yurtcan, Erdener: Yargıtay Kararları Işığında Göçmen Kaçakçılığı ve İnsan Ticareti, Ankara 2016.
- Çevrimiçi Kaynaklar:
- <https://lib.kazanci.com.tr/>,



XI. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

İkinci Oturum
(12 Aralık 2025)

SAĞLIK TURİZMİ: HUKUK VE TIP PERSPEKTİFİNDEN
GÜNCEL GELİŞMELER – 2 –

Oturum Başkanı

Av. Burak BİÇER

(Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkan Yardımcısı)

Konuşmacılar

Dr. Ranegül CAMİZ

(Erciyes Üniversitesi Hukuk Fakültesi Milletlerarası Özel Hukuk ABD)

Op. Dr. Çetin DUYGU

(Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği)

Op. Dr. Mehmet Hakan BULAM

(Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği)

Av. Tuba ÇELİK ALTIAYLIK

(Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Üyesi)

MİLLETLERARASI ÖZEL HUKUKTA TÜKETİCİ OLARAK SAĞLIK TURİSTİNİN KORUNMASI

Dr. Ranegül CAMİZ

Erciyes Üniversitesi Hukuk Fakültesi

Milletlerarası Özel Hukuk ABD

Giriş

Sağlık turizmi, bireylerin teşhis, tedavi veya rehabilitasyon amacıyla kendi ülkeleri dışındaki bir ülkeye seyahat etmeleri şeklinde tanımlanmakta olup, son yıllarda küreselleşmenin etkisiyle hızla gelişen bir sektör hâline gelmiştir. Türkiye, coğrafi konumu, gelişmiş sağlık altyapısı, nitelikli sağlık personeli ve rekabetçi fiyat avantajı sayesinde sağlık turizmi açısından önemli bir merkez konumuna gelmiştir. Bununla birlikte, sağlık turizmi faaliyetleri doğası gereği yabancılık unsuru içermekte ve bu durum, ortaya çıkan uyuşmazlıkların milletlerarası özel hukuk kuralları çerçevesinde değerlendirilmesini zorunlu kılmaktadır.

Sağlık turizmi kapsamında hasta ile sağlık hizmeti sunucusu arasında kurulan sözleşmeler, kural olarak özel hukuk sözleşmesi niteliği taşır. Bu sözleşmelerden doğan uyuşmazlıklarda uygulanacak hukukun ve yetkili mahkemenin belirlenmesi, milletlerarası özel hukukun temel meselelerinden biridir. Ayrıca bu ilişkilerde hasta çoğu zaman ekonomik ve bilgi bakımından daha zayıf konumda bulunduğundan, tüketici olarak korunması gerekliliği ön plana çıkmaktadır. Bu metinde, sağlık turisti olan hastanın tüketici sıfatıyla korunması, uygulanacak hukuk ve milletlerarası yetki boyutları çerçevesinde ele alınmıştır.

Uygulanacak Hukuk

Sağlık turizmi kapsamında kurulan sözleşmelerden doğan uyuşmazlıklarda uygulanacak hukukun belirlenmesi, milletlerarası özel hukukun en önemli konularından biridir. Türk hukukunda bu mesele, 5718 sayılı Milletlerarası Özel Hukuk ve Usul Hukuku Hakkında Kanun (MÖHUK) hükümleri çerçevesinde çözümlenmektedir. Bu bağlamda özellikle sözleşmelere uygulanacak genel kuralı düzenleyen m. 24 ile tüketici sözleşmelerine özgü düzenleme getiren m. 26 önem taşımaktadır.

Taraflar, kural olarak sözleşmeye uygulanacak hukuku serbestçe belirleyebilirler. Bu durum irade muhtariyeti ilkesinin bir yansımasıdır ve sağlık turizmi

sözleşmeleri bakımından da geçerlidir. Ancak tüketici sözleşmelerinde bu serbestî mutlak değildir. Zira hasta çoğu zaman sözleşmenin zayıf tarafını oluşturur. Bu nedenle yapılan hukuk seçimi, tüketicinin mutad mesken hukukunun sağladığı asgari korumayı ortadan kaldıramaz. Böylece hukuk seçimi yoluyla tüketicinin aleyhine sonuç doğurulmasının önüne geçilmektedir.

Taraflar arasında geçerli bir hukuk seçimi bulunmadığı takdirde, uygulanacak hukuk objektif bağlama kuralları çerçevesinde belirlenir. Bu durumda sözleşmeye en sıkı ilişkili hukuk uygulanır. Sağlık turizmi sözleşmelerinde karakteristik edim, sağlık hizmetinin sunulmasıdır. Bu nedenle karakteristik edim borçlusu olan hekim veya sağlık kuruluşunun işyerinin bulunduğu ülke hukuku, kural olarak uygulanacak hukuk olacaktır. Bu yaklaşım, hizmet sağlayıcının kendi hukukuna tabi olması sayesinde öngörülebilirlik ve uygulama kolaylığı sağlar.

Bununla birlikte sağlık turizmi sözleşmeleri çoğu zaman tüketici sözleşmesi niteliği taşımaktadır. Bu nedenle MÖHUK m. 26 hükmü devreye girebilir. Bu düzenleme, belirli şartların varlığı hâlinde tüketicinin mutad meskeni hukukunun uygulanmasını öngörerek tüketiciyi koruyucu bir sistem kurmaktadır. Özellikle sağlık hizmeti sunucusunun faaliyetlerini tüketicinin bulunduğu ülkeye yöneltmesi hâlinde, hasta kendi ülkesinin hukukî korumasından yararlanabilecektir.

Ancak bu koruma mutlak değildir. Özellikle tedavi hizmetinin tamamen yabancı bir ülkede sunulması durumunda, tüketici sözleşmelerine özgü bu özel kural uygulanmayabilir ve genel kural devreye girer. Sağlık turizmi bakımından çoğu tedavinin hizmetin sunulduğu ülkede gerçekleştirilmesi nedeniyle, uygulamada sıklıkla hizmet sağlayıcının bulunduğu ülke hukukunun uygulanması söz konusu olmaktadır. Bununla birlikte tedavi sürecinin bir kısmının hastanın mutad meskeninde gerçekleşmesi hâlinde, tüketici lehine olan koruyucu hükümlerin yeniden uygulanma imkânı doğabilir.

Bu çerçevede uygulanacak hukukun belirlenmesinde temel amaç, bir yandan hukukî öngörülebilirliği sağlamak, diğer yandan ise zayıf taraf olan tüketiciyi korumaktır. Sağlık turizmi ilişkilerinin kendine özgü yapısı, bu iki amaç arasında hassas bir denge kurulmasını gerektirmektedir.

Milletlerarası Yetki

Sağlık turizmi sözleşmelerinden doğan uyuşmazlıklarda bir diğer önemli mesele, hangi devlet mahkemelerinin yargılama yetkisine sahip olduğunun belirlenmesidir. Milletlerarası yetki, yabancılık unsuru taşıyan bir uyuşmazlıkta

bir devlet mahkemesinin yargılama yapabilme yetkisini ifade eder ve Türk hukukunda bu konu MÖHUK m. 40 ve devamı hükümleri çerçevesinde düzenlenmiştir.

Genel kural olarak Türk mahkemelerinin milletlerarası yetkisi, iç hukukta yer alan yer itibariyle yetki kurallarına göre belirlenir. Ancak tüketici sözleşmeleri bakımından özel bir düzenleme öngörülmüştür. Sağlık turisti olan hasta tüketici sıfatını taşıdığından, MÖHUK m. 45 hükmü bu bağlamda özel önem taşır.

Bu düzenleme uyarınca tüketici, davasını kendi yerleşim yeri veya mutad meskeni mahkemesinde ya da karşı tarafın yerleşim yeri veya işyerinin bulunduğu yer mahkemesinde açabilir. Böylece tüketiciye seçimlik hak tanınarak onun lehine geniş bir yetki alanı oluşturulmuştur. Buna karşılık tüketiciye karşı açılacak davalarda yetki yalnızca tüketicinin mutad meskeni mahkemesi ile sınırlandırılmıştır. Bu durum, tüketicinin yabancı ve ulaşılabilecek güç mahkemelerde dava edilmesini engelleyerek önemli bir koruma sağlamaktadır.

Tüketici sözleşmelerine ilişkin bu özel yetki kuralının uygulanmadığı durumlarda ise genel yetki kuralları devreye girer. Bu kapsamda davalının yerleşim yeri, sözleşmenin ifa yeri veya tüketicinin yerleşim yeri mahkemesi yetkili olabilir. Ancak uygulamada sağlık turizmi sözleşmelerinin çoğunlukla tüketici sözleşmesi olarak nitelendirilmesi nedeniyle, özel yetki kurallarının daha sık uygulandığı görülmektedir.

Taraflar, yabancı unsurlu sözleşmelerde yetki anlaşması yaparak belirli bir mahkemeyi yetkili kılabilirler. Ancak tüketici sözleşmelerinde bu serbesti sınırlandırılmıştır. Özellikle tüketici aleyhine sonuç doğurabilecek önceden yapılmış yetki anlaşmalarının geçerliliği kabul edilmemektedir. Buna karşılık, tüketicinin açık iradesine dayanan ve ona seçim imkânı tanıyan yetki anlaşmalarının geçerli olabileceği kabul edilmektedir.

Arabuluculuk ve tüketici hakem heyetleri bakımından da tüketicinin korunmasına yönelik önemli güvenceler öngörülmüştür. Türk hukukunda, belirli parasal sınırın altında kalan uyuşmazlıklarda tüketici hakem heyetine başvuru zorunlu olup, bu mekanizma tüketicinin hızlı, masrafsız ve kolay erişilebilir bir şekilde hakkını aramasını sağlar. Ayrıca tüketici uyuşmazlıklarında dava açılmadan önce arabuluculuğa başvuru dava şartı olarak düzenlenmiş olup, bu yol taraflar arasında daha kısa sürede ve daha düşük maliyetle çözüm sağlanmasını amaçlayarak tüketici lehine bir koruma işlevi gördüğü söylenebilir.

Bu düzenlemeler birlikte değerlendirildiğinde, milletlerarası yetki bakımından da tüketicinin korunmasının temel bir ilke olarak benimsendiği ve sağlık turisti olan hastanın adalete erişiminin kolaylaştırılmaya çalışıldığı görülmektedir.

Değerlendirme

Sağlık turizmi, yabancılık unsuru içeren sözleşmesel ilişkiler doğurması nedeniyle milletlerarası özel hukuk açısından önemli bir inceleme alanı oluşturmaktadır. Bu ilişkilerde hasta, çoğu zaman tüketici sıfatıyla zayıf taraf konumunda bulunduğundan hem uygulanacak hukuk hem de milletlerarası yetki bakımından özel olarak korunmaktadır.

Uygulanacak hukuk bakımından MÖHUK m. 26 ile getirilen tüketici lehine düzenlemeler, hastanın kendi ülkesinin hukukî korumasından yararlanabilmesini mümkün kılmaktadır. Bununla birlikte, özellikle hizmetin tamamen yabancı ülkede sunulması gibi durumlarda bu korumanın sınırlandığı görülmektedir. Bu nedenle uygulamada çoğu zaman hizmet sağlayıcının bulunduğu ülke hukukunun uygulanması söz konusu olabilmektedir.

Milletlerarası yetki bakımından ise tüketiciye geniş dava açma imkânı tanınması ve ona karşı açılacak davalarda yetkili mahkemelerin sınırlandırılması, önemli koruma mekanizmaları olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu düzenlemeler, sağlık turistinin adalete erişimini kolaylaştırmakta ve hukukî güvenliğini artırmaktadır.

Sonuç olarak, sağlık turizmi alanında tüketicinin korunmasına yönelik milletlerarası özel hukuk kuralları önemli güvenceler içermekle birlikte, bu korumanın kapsamı somut olayın özelliklerine göre değişebilmektedir. Bu nedenle tarafların sözleşme kurulurken hukuk seçimi ve yetki konularını açıkça düzenlemeleri, ileride doğabilecek uyuşmazlıkların çözümünü kolaylaştırmak bakımından büyük önem taşımaktadır.

GLOBAL SAĞLIK TURİZMİNDE ÜLKEMİZİN İÇ KISITLILIKLARI NELERDİR?

Op. Dr. Çetin DUYGU

Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği

Sağlık Turizminin Geliştirilmesi İçin Önem Arz Eden Hususlar:

1. Stratejik Planlama ve Mevzuat Altyapısı
2. Sağlık Hizmeti Sunumu ve Kalite
3. Hasta Deneyimi ve Destek Hizmetleri
4. Tanıtım ve Markalaşma
5. İş Birlikleri ve Sektörel Entegrasyon
6. Fiyatlandırma ve Finansal Sistemler
7. Ar-Ge ve İnovasyon
8. Sürdürülebilirlik ve Etik

Türkiye’de Sağlık Turizmini Etkileyen Başlıklar:

Merdiven Altı İşletmelerin Varlığı;

Bu konuda Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen denetimler ciddi oranda arttırılmalı, uygulama yetkisine sahip kuruluşlar yoğun bir biçimde denetlenirken, yetkisi olmayan bireysel girişimler veya ticari işletmeler kesinlikle yeteri kadar denetlenmemektedir. Bu konuyla ilgili ihbar hatları oluşturulmalı, sağlık asayiş birimi kurulmalı ve hızlı bir şekilde bu konuda halk sağlığı için harekete geçirilmelidir.

Denetim Mekanizması;

Gerçekleştirilen denetimler cezalandırma ve çalışma engelleme amacını değil, gelişim sağlama amacını gütmeli; optimizasyon için öneri, destek sunmalı ve hatta yardımcı ekiplerle “nasıl daha iyi olunabilir?” hedeflenmelidir.

Aracı Kurumlarının Çerçevesinin Çizilmesi, Hasta Odaklı Yaklaşım;

Aracı kurum ve kuruluşların sistem üzerindeki etkinliği kontrol altında tutulmalı, tanıtım ve organizasyon açısından destek alınmalı ancak işin teknik

boyutunda, tıbbi anlamda hekimlere operasyon sonrasında hastanın tamamen devredilmesi sağlanmalıdır. Hasta, elde tutulan para ve referans kaynağı olarak düşünülmemeli; yaşayan, canlı ve tedavisinin her aşamasında doktora ihtiyacı olan bir birey olarak düşünülmelidir.

Hizmet İçi Eğitimlerin Yaygınlaştırılması;

Tüm sağlık çalışanlarının ve aracı kuruluşların belirli bir temelde, yaklaşım prensipleri açısından hizmet içi eğitime tabi tutulması gereklidir. Ülke çapında söz konusu hizmetlerin optimizasyonunun sağlanması gerekmektedir.

Yönetmelik ve Mevzuat İhtiyaçları;

Yönetmelikler, özellikle kendi muayenehanesinde hizmet veren hekimleri sistematik olarak köşeye sıkıştırmaktadır. Halbuki, özel muayenehanede çalışan hekimler, sağlık turizmi dinamiğinin en önde gelen başvuru merkezleridir. Hastalar, öncelikli olarak ameliyat olacağı hastaneyi değil, hekimi seçmektedirler. Bu durum, günümüzde özel zincir yapıların regülasyonda daha az görev almaları ile çözüme kavuşabilecektir. Böylelikle, emek ve bilim dengesi sağlanacak, hasta güvenliği ön planda tutulmuş olacak, nihayetinde hasta ve sistemin kazandığı bir sonuç elde edilmiş olacaktır. Durumu tamamen ticari olarak algılayan, tıp mesleğinden uzak bir bakış açısı ile süreç sürdürülemez ve sağlık turizminde negatif sonuçların önüne geçilemeyecektir. Yönetmelik kaskacında arttırılmış hastane hizmet bedelleri, 6 Ekim 2022 tarihinde yürürlüğe giren Yönetmelik ile muayenehane hekimlerine getirilen kota uygulaması, şu an yeni muayenehane açmış hekimlerin sisteme entegrasyonunu engellenmekte, entegre olmak isteyen hekimlerin ise serbest çalışma ve üretme haklarını ellerinden almaktadır. Bir hastanenin “gönülsüz işçileri” olarak var olma çıkmazından kurtarılmaları gerekmektedir. Ayrıca muayenehanelerin ödemek zorunda olduğu yıllık harç bedelleri ve USHAŞ harçları sistemi, çalışılabilirlik durumundan uzaklaştırmaktadır. Muayenehanelerin çalışmasını engellemek yerine ülkemize kazandırdığı turizm değerinin önemsenmesi gerekmektedir.

Tanıtım Faaliyetleri;

Kısıtlayıcı ve ön yargılı bir bakış olan; hekimler kendini tanıtamaz, anlatamaz, cerrahi ya da tıbbi bilgisini uzun uzun paylaşamaz gibi tabuların artık geride bırakılması gerekmektedir. Ülkemizin değerleri olan hekimlerin farklı branşlarda farklı tedavi yöntemlerinde ne kadar başarılı oldukları; yaptığı işlemlerle, referanslarla, hastalar üzerinde elde ettikleri sonuçlarla, öncesi ve sonrası değişimleri göstererek ülkemize olan güven, örneklerle anlatarak, tanınırlığın arttırılması hedeflenmelidir. Bu konudaki tüm engeller hekimlerin önünden

kaldırılmalı, bir engel koyulacaksa yetkisiz ve yetersiz kişilerin tanıtım ve reklamlarına koyulmalıdır.

Hukuk Alanı;

Tıbbi malpraktis ve eser sözleşmesi değerlendirmesi; hekimler için son dönemlerde ciddi baskı oluşturmaktadır. Bir örnek vermek gerekirse; maden işçilerinin nasıl göçük altında kalma ihtimali varsa, hekimlerin de yaptığı işlemlerde her türlü önleme rağmen riski engelleyememe durumu mevcuttur. Hekimlerin mesleki faaliyetlerini sürdürebilmeleri açısından koruma altına alınmaları, her yaşadığı riskin çalışmasını engelleyen bir tuzak halinde önünde yer alması engellenmelidir. Tam da burada devlet güvencesi ve sigorta şirketlerinin hekimi korumaya alması gereklidir. Maddi ve manevi olarak sorunsuz bir şekilde mesleğin devam etmesine imkân tanınması gerekmektedir. Yoksa yakında, basit enjeksiyon işleri ile ilgilenip, minimal riskler alan, branşının etkili ve büyük ameliyatlardan kaçınan hekimlerin sayısı artacaktır. Özetle, halkın sağlığa ulaşamaması, basit tedbirlerin alınmamasından kaynaklanacaktır.

Zincirlerin Desteklenmesi;

Özel hastane yöneticileri daha organize ve destekli çalışırken, sağlık turizminin çarklarından biri olan muayenehanelerin arkasında hiçbir destek yoktur, çalışan her bir personelin gideri tek hekim tarafından karşılanmaktadır, bu konuda devlet destek ve teşvikine ihtiyaç vardır.

Harçlar ve "Haraçlar";

Bakanlık ve USHAŞ eliyle yıllık olarak alınan yüksek zorunlu ödeme bedelleri, süreci çalışılamayacak hale getirmekte, hekimleri özel hastanelerin kollarına bırakmaktadır. Alanın doğası gereği; hekimlerin üretim kapasitesini en çok arttırma imkanı buldukları alanlar olduğu için, çalışma özgürlüğün engellenmesi ile ülkenin sağlık alanındaki verimi düşürülmektedir. Harçlar ve haraçlar muayenehanelere, böylece de ülkedeki sağlık turizmine zarar vermektedir.

Sertifika Denklığı Hususu;

Sertifika ile uzmanlık eğitimlerinin hiçe sayılması, kolayca yetkisiz kişilere yetki verilerek, işlem yapma hakkının sağlanması anlamına gelmektedir. Bu durum, halk sağlığı ve güvenliğinin riske atılmasının yanında sağlık turizmi açısından da büyük bir risk oluşturmaktadır. Sağlık regülasyonu için yapıldığı iddia edilen ancak sağlık sistemine ciddi oranda zarar veren bu tür düzenlemelerden vazgeçilmelidir.

Markasızlaştırma;

Marka hekimler, marka kuruluşlar gibidir. Marka değerine sahip hekimlerin desteklenmesi, ülkenin sağlık turizminde dünya lideri olmasına imkân sağlar. Çeşitli yönetmelikler, cezalar, kotalar, harçlar, orantısız denetlenme stresi; hekimleri, üretim alanından çıkararak suni dertlerle uğraşmak zorunda olduğu bir alana sürüklemektedir. Hekimlerin üzerindeki baskılar kaldırılmalıdır.

Alan İhlalleri;

Kontrolsüzlükler içinde diğer bir kontrolsüzlük alanı; kendi branşı dışında farklı branşlarda çalışmaya zorlanan hekimlerin sayısının her geçen gün artmasıdır. Çalışma koşullarının iyileştirilmemesi, hekimlerin farklı alanlara yönelmesine sebep oluşturmaktadır. Bu durum olası komplikasyon riskini arttırmakta ve hasta güvenliğini riske atmaktadır. Genel olarak değerlendirildiğinde, ülkenin sağlık turizmindeki güvenilirliği de zarar görmektedir.

“Kara Propaganda”;

Ülkemiz hakkında özellikle İngiltere’de ciddi oranda kara propaganda yapılmaktadır, Bakanlık nezdinde her bir habere yönelik açıklama ve bilgilendirme yapılmalı, cevap hakkı kullanılmalıdır. Bu konuda bir kampanya geliştirmelidir.

Takip Başvuru Merkezlerinin Kurulması;

Yurt dışında, her bir ülkede en az bir merkez olacak şekilde, Sağlık Bakanlığının belirleyeceği takip merkezleri oluşturulmalıdır.

Ekonomik Öngörülemezlik;

Ülke ekonomisinin öngörülemezliği, sağlık turizminde de hastaların başka bir ülkeye başvurmasına sebebiyet vermektedir. Sağlık turizmi hastalarının başvuru için iki sebebi mevcuttur; ilki güvenilir hekime başvurmak, bir diğeri ise sağlık hizmetini uygun bir ücret karşılığı alabilmektir. Ülke ekonomisinin düzeltilmesi en önemli hedeflerin başında gelmelidir.

Sigorta Güvencesizliği;

Sigorta şirketlerinin malpraktis sonrası karşıladıkları bedel miktarı, poliçe bedelleri mahkemelerin takdir ettiği tazminat miktarların çok altında kalmaktadır. Bu konu, ele alınması gereken önemli konuların başında yer almaktadır, sigorta geri ödeme bedelleri artırılmalı ya da tazminat üst sınırları sigorta kapsamını aşmamalıdır.

Yeni Mezunlar;

En önemli başlıklardan biridir. Yeni mezun uzmanların sağlık turizmi konusunda eğitilmesi ve desteklenmesi ciddi öneme sahiptir. Mezuniyet sonrası sağlık turizmi yapan meslektaşlarının yanında ortalama iki yıla kadar hasta takibi ve cerrahi uygulamalar konusunda pratik yapmaları, ülkenin sağlıkta güvenilirliğini ve işlem kalitesini artacaktır.

Genel olarak özet yapmak gerekirse; Türkiye, hekim pratiği açısından yüzyıllık bir altyapıya sahiptir. Bu temel üstünden kendini geliştirmiş olan hekimlerimiz, dünyanın her yerinde saygın bir konumdadır. Ülkemizde, dünyanın her yerinden tedavi olmak için gelen hastaların sayısı; son yıllara kadar yüksek seyretmekte iken son dönemde alınan yanlış kararlar nedeniyle ciddi oranda azalış göstermektedir. Ülke güvenliğinin yeniden tesis edilmesi, ekonomik sıkıntıların ortadan kaldırılması, iç düzenlemeler, ülke dışı stratejik planlarla; sağlık turizmi eski günlerdeki başarısını tekrar sağlayacak hale gelebilecektir. Önce hasta, önce hekim, önce ülkemiz sonra ise sağlık turizminin getirdiği diğer kazanımlar ön planda tutulmalıdır.

SAĞLIK TURİZMİNDE GÜNCEL DURUM VE UYGULAMALAR: ACI REÇETE

Op. Dr. Mehmet Hakan BULAM

Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Derneği

Sağlık turizmi, son yıllarda Türkiye ekonomisinin en stratejik ve yüksek katma değerli hizmet ihracatı alanlarından biri haline gelmiştir. Özellikle plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi gibi branşlar, ülkenin uluslararası alanda tanınırlığını artıran, hasta başı gelir düzeyi yüksek ve marka değeri oluşturan alanlar olarak öne çıkmaktadır.

Türkiye’de turizm gelirleri 2024 yılı itibarıyla 61,1 milyar dolar seviyesine ulaşmıştır. Sağlık turizmi ise bu genel tablo içinde kişi başı harcama düzeyi açısından belirgin biçimde ayrılmaktadır. Klasik turistte kişi başı harcama 900–1.000 dolar civarındayken, sağlık turisti için bu rakam 3.000 ila 10.000 doların üzerine çıkabilmektedir.¹⁻² Bu durum, sağlık turizmini cari açığı dengeleyen en güçlü alt sektörlerden biri haline getirmektedir.

Küresel ölçekte bakıldığında, medikal turizm pazarı hızla büyüyen ve yoğun rekabet içeren bir alandır. Fortune Business Insights öngörülerine göre global sağlık turizmi harcamaları 2032 yılında dört kat artacaktır.³ Ülkemizin bu gelişimden faydalanması ve global harcamalardan elde ettiğimiz payını artırması en büyük dileğimizdir. Ülkelerin bu pazardaki konumu, yalnızca maliyet avantajlarıyla değil; güvenlik algısı, uluslararası akreditasyonlar, bakım kalitesi, hasta deneyimi, itibar ve kültürel/destinasyon cazibesi gibi çok sayıda kriterle belirlenmektedir. Hedefimize doğru ilerlerken bu alanlarda güçlü ülkeler arasında olmamız gerekmektedir.

Türkiye’nin medikal turizm alanındaki durumu analiz edildiğinde; güçlü yönler arasında deneyimli hekim kadrosu, uluslararası hasta tecrübesi, kültürel ve coğrafi avantajlar yer alırken; zayıf yönler arasında standardizasyon eksikliği, denetim sorunları, algı yönetimi zafiyetleri ve maliyet artışları öne çıkmaktadır. Fırsatlar, küresel sağlık turizmi talebinin artması ve nitelikli hizmet arayışı

¹ Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) – Turizm İstatistikleri, 2024 Yılı

² Dünya Bankası, Grand View Research, ülke sağlık bakanlıkları ve sektör raporları (2023–2024)

³ Fortune Business Insights

iken; tehditler ise rekabetin sertleşmesi, regülasyonlara uyumsuzluk ve olumsuz medya görünürlüğüdür.⁴

Plastik cerrahi özelinde Türkiye'nin karşı karşıya olduğu rakipler arasında Güney Kore, Hindistan, Brezilya, Tayland, Polonya ve Meksika gibi ülkeler bulunmaktadır.² Bu ülkeler; agresif tanıtım stratejileri, devlet destekli markalaşma ve nispeten istikrarlı maliyet yapılarıyla öne çıkmaktadır. Türkiye ise nitelikli insan kaynağı, coğrafi konum, kültürel cazibe ve geniş vaka deneyimi gibi önemli avantajlara sahip olmasına rağmen son yıllarda sağlık turizminde bir durağanlık eğilimiyle karşı karşıyadır.⁵

Bu durağan trendin nedenleri çok boyutludur: Öncelikle komplikasyonlar, malpraktis vakaları ve alan ihlalleri hem hasta güvenliğini hem de ülke imajını zedeleyen temel unsurlar olarak öne çıkmaktadır. Özellikle uluslararası medyada yer alan olumsuz haberler, sağlık turizmine yönelik algıyı doğrudan etkilemektedir. Dijital medya ve sosyal medya algoritmaları da dramatik, kriz içeren ve çatışmalı içerikleri öne çıkardıkları için negatif haberlerin görünürlüğü artmaktadır. Bu durum, birkaç münferit olumsuz olayın tüm sektörü temsil ediyormuş gibi algılanmasına yol açabilmektedir.

Ekonomik faktörler de sağlık turizmi üzerinde ciddi baskı oluşturmaktadır. Son beş yılda hastane ameliyathane ücretlerinin yaklaşık on kat artması, yılda iki kez yapılan ameliyathane zamları, döviz kuru dalgalanmaları ve genel pahalılık, maliyet avantajını giderek azaltmaktadır. Bunun yanı sıra, çevresel çatışmalar, bölgesel savaşlar ve jeopolitik riskler Türkiye'nin güvenli destinasyon algısını dönemsel olarak zayıflatabilmektedir. Rakip ülkelerin sayısının artması ve bu ülkelerdeki doktorların ülkemizdeki "fellowship" programlarıyla kısa sürede deneyim kazanıp ülkelere dönmesi de rekabeti daha sert hale getirmektedir.

Sağlık turisti açısından bakıldığında, harcamalar yalnızca tıbbi hizmet bedeliyle sınırlı değildir. Uçak biletleri, otel konaklaması, şehir içi ulaşım, günlük yaşam giderleri ve iş gücü kaybı gibi sağlık harcamaları dışındaki maliyetler, toplam yükü ciddi biçimde artırmaktadır. Bu unsurlar, hastanın destinasyon seçimini doğrudan etkilemekte ve fiyat hassasiyetini artırmaktadır.

⁴ Comperison of Türkiye's Medical Tourism Market with Existing and Potential Competitor Countries. Ateş A, Sunar H. Journal of Society, Economics and Management. 2024: 5,2. 342-368

⁵ USHAŞ Sağlık Turizmi Sayıları ve Gelirleri Verileri

Son dönemde, sağlık turizminin düzenleyici mekanizmaları geliştirilmiştir. Yeni yönetmelikler uygulanmaya başlanmıştır. USHAŞ ve “HealthTürkiye” çatısı altında yürütülen performans kriterleri denetimleri, saha denetimleri, zorunlu komplikasyon sigortası, TÜSKA sertifikasyonu ve performans değerlendirme sistemleri, sektörün daha kontrollü ve sürdürülebilir bir yapıya kavuşmasını hedeflemektedir. Uygulama yetki belgelerinin askıya alınması veya iptali, para cezaları gibi yaptırımlar, kaliteyi artırmaya yönelik caydırıcı araçlar olarak öne çıkmaktadır.

Uluslararası sağlık turizmi tanıtım faaliyetleri de yeni düzenlemelerle daha net bir çerçeveye oturtulmuştur.⁶ Yurt dışına yönelik tanıtımların Türkçe dışındaki resmi dillerde yapılması, yurt içi hedef kitle seçiminin yasaklanması, hasta hikâyeleri ve yorumlarının ancak açık rıza ve yurt dışına yönelik mecralarla sınırlı olarak paylaşılabilmesi, fiyat duyurularına izin verilmesi ve “HealthTürkiye” logosunun zorunlu kullanımı, sektörün daha şeffaf ve denetlenebilir hale gelmesini amaçlamaktadır.

Bu noktada, kurallara uyum sağlamaya gayret eden işletmelere kolaylık tanınması hizmet sunumunun kayıpsız devam edebilmesi için gereklidir. Aynı zamanda tamamen kuralsız ve kayıt dışı çalışan, merdiven altı olarak bilinen yerlere yönelik daha sık ve yoğun denetimler yapılmalıdır.

Sonuç olarak bu sunum, sağlık turizminin Türkiye için taşıdığı büyük potansiyele rağmen, mevcut sorunların görmezden gelinmesi halinde sürdürülebilirliğin tehlikeye gireceğini ortaya koymaktadır. “Acı reçete” olarak tanımlayabileceğimiz bu değerlendirme, kısa vadeli kazançlar yerine uzun vadeli kalite, güven ve itibar odaklı bir yaklaşımın zorunlu olduğunu vurgulamaktadır. Standartlara uyum, etkin denetim, doğru tanıtım stratejileri ve nitelikli insan kaynağına yatırım yapılmadığı sürece, sağlık turizminde rekabet avantajının korunması mümkün olmayacaktır. Bu nedenle sektör paydaşlarının, hekimlerden kurumlara ve düzenleyici otoritelere kadar, ortak bir vizyonla hareket etmesi kritik önem taşımaktadır.

⁶ Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik. Sağlık Bakanlığı 2025

SAĞLIK TURİZMİNDE TANITIM VE REKLAM FAALİYETLERİNİN GÜNCEL MEVZUAT KAPSAMINDA DEĞERLENDİRİLMESİ¹

Av. Tuba ÇELİK ALTIAYLIK

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Üyesi

GİRİŞ

Son yıllarda sosyal medya ve diğer dijital mecraların sağlık hizmetlerine erişimde daha fazla kullanılmaya başlanması, örtülü reklam yapılması ve hasta görselleri ile mahremiyetinin izinsiz kullanılması gibi ihlallere yol açmıştır. Özellikle sosyal medya temelli tanıtım faaliyetlerinin yaygınlaşması, bu süreçte, hasta memnuniyeti içeriklerinin reklam aracı hâline getirilmesi, işlem öncesi ve sonrası görsellerin yaygın biçimde paylaşılması, *influencer* kullanımı ve arama motoru optimizasyonu (SEO) tekniklerinin sağlık alanına taşınması; mevcut mevzuatın dijital uygulamalar bakımından yeterliliğini tartışmalı hâle getirmiştir.

Her ne kadar sağlık hizmetlerinde tanıtım ve bilgilendirme faaliyetlerine ilişkin olarak 2023 yılında bir düzenleme yapılmış ise de geline süreçte reklam ve tanıtım konusundaki mevcut düzenlemenin yetersiz olduğu tespit edilmiş ve yeni bir düzenlemeye ihtiyaç duyulmuştur. Bu nedenle, 12 Kasım 2025 tarihli ve 33075 sayılı Resmî Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren “Sağlık Hizmetlerinde Tanıtım ve Bilgilendirme Faaliyetleri Hakkında Yönetmeliği” yürürlüğe girmiş ve bu yeni yönetmelik 29 Temmuz 2023 tarihli önceki yönetmeliği yürürlükten kaldırmıştır.

12 Kasım 2025 tarihli yeni düzenleme, web siteleri, sosyal medya platformları, hasta görsellerinin kullanımı, arama motoru faaliyetleri ve sağlık turizmine yönelik tanıtım süreçleri dahil olmak üzere birçok alanı kapsayacak şekilde daha ayrıntılı hükümler getirmiş, bu çerçevede, sağlık alanındaki tanıtım faaliyetleri daha sıkı bir denetim rejimine tabi tutulmuş ve düzenlemelerin kapsamı genişletilmiştir.

Bununla birlikte gerek hekimler açısından gerek ise de sağlık kuruluşları ve aracı kuruluşlar açısından bilgilendirme ile reklam arasındaki sınırın nerede

¹ Konuşmacının “Sağlık Turizminde Tanıtım ve Reklam Faaliyetlerinin Güncel Mevzuat Kapsamında Değerlendirilmesi” başlıklı konuşmasının makale halidir.

başladığı ve nerede bittiği, tanıtım faaliyetlerinde nelerin serbest, nelerin yasak olduğu konusu her zamankinden daha fazla önem taşır hale gelmiştir.

Yönetmeliğin temel yaklaşımı reklam yasağı ile bilgilendirme arasındaki ayrım olarak belirlenmiş, bu kapsamda sağlık hizmetlerinde reklam yasağı devam etmekle birlikte, yasakların kapsamı genişletilmiş, bilgilendirmenin de sınırları belirlenmiştir.

1. REKLAM YASAĞININ KAPSAMI

1.1 Ticari Nitelikteki Yasak

Yönetmelik, sağlık hizmetlerinin ticari bir ürün gibi pazarlanmasını engellemek adına rekabet yaratmayı veya talebi artırmayı amaçlayan tüm tanıtım faaliyetlerini kesin olarak yasaklamış ve tanıtım alanında kullanılabilecek yöntemleri daraltmıştır.

Bu kapsamda, yeni düzenlemenin 5.maddesinin “I” ve “m” fıkralarında yer alan düzenleme ile;

- Sağlık hizmetlerinin “özendirme, çekiliş ve hediye gibi pazarlama faaliyetlerine konu edilemeyeceği” ve “bu nitelikte tanıtım ve bilgilendirme” yapılamayacağı,
- Tanıtım ve bilgilendirme faaliyetlerinde “ücret, indirim, kampanya veya promosyon bilgilerine yer verilemeyeceği” hükme bağlanmıştır.

1.2 Hastayı Yanıltan veya Üstünlük Algısı Yaratacak Tanıtımlar yasak kapsamında değerlendirilmiştir.

- Sunulan sağlık hizmetinin, kullanılan tıbbi cihazın veya ürünün diğerlerinden daha üstün, farklı ya da tercih edilmesi gereken bir seçenek olduğu izlenimini oluşturan; hastayı dolaylı veya doğrudan yönlendirme amacı taşıyan içerikler yasak kapsamındadır.

Örnekler:

- “Kliniğimizde kullandığımız X-Lazer 5.0 cihazı Türkiye’de sadece bizde var. Bu cihaz sayesinde tüm hastalar kesin sonuç alıyor.”
→ *Üstünlük algısı yaratıyor, cihaz markası üzerinden yönlendirme yapıyor.*
- “Dolgu işlemlerinde sadece Y-Brand ürününü kullanıyoruz çünkü en iyisi bu.”
→ *Açık marka tanıtımı ve üstünlük iddiası*

- “Saç ekiminde bölgemizin en yüksek başarı oranına sahibiz. Diğer merkezlerle kıyaslanamaz nitelikte bir teknoloji kullanıyoruz.”

→ *Rekabet üstünlüğü algısı yaratır.*

- “Bu cihazı kullanan kliniklerde hiç komplikasyon olmaz.

En güvenli yöntem budur.”

→ *Bilimsel gerçek dışı, hastanın bilgi eksikliğini kullanarak üstünlük algısı oluşturan bir söylemdir.*

- “Hastalarımıza son teknoloji Alman üretimi özel ultra-soğutmalı cihazlarla hizmet veriyoruz.”

(Cihazın modelini ve markasını görselde göstererek)

→ *Marka açıkça yazılmasa bile cihazı tanıtıcı görsellifade kullanmak yasaktır.*

- “Botoks uygulamalarında Z-Brand ürününü kullanıyoruz. Daha fazla bilgi için www.z-brand.com”

→ *Firma, marka tanıtımı ve internet bağlantısı vermek açıkça yasaktır.*

- Aynı şekilde, sağlık tesislerinin gerçekte hizmet vermediği uzmanlık alanlarında hasta kabul ediyormuş gibi yanıltıcı bir algı yaratacak tanımlarına da izin verilmemektedir.

Bir ortopedi ağırlıklı özel hastanenin Instagram’da:

“Kanserin Her Türüsünü Tedavi Ediyoruz! En İleri Onkoloji Merkezindeyiz!” şeklinde paylaşım yapması.

→ Gerçekte onkoloji birimi yoksa, bu halkı yanıltır ve yönetmeliğe aykırıdır.

- Kendi Hizmetini Öne Çıkarmak İçin Diğer Kuruluşları Kötüleme

Bir estetik kliniğinin web sitesinde:

“Bizim dışımızdaki merkezlerde yapılan burun estetiklerinin %80’i başarısız oluyor. En iyi sonuçları yalnızca biz veriyoruz.”

→ Bilimsel dayanağı olmayan kötüleyici kıyaslama yasaktır.

- Bir göz hastanesinin:

“Türkiye’nin *tek* başarılı lazer göz merkezi!” “En iyi, en güvenilir, en hızlı sonuç!”

→ *Yanıltıcı Üstünlük Algısı Yaratma*

- Bir kadın doğum uzmanının sosyal medyada:

“Tüm plastik cerrahi operasyonlarını yapıyoruz, detaylı bilgi için DM’den yazın.”

→ *Uzmanlık Dışı Operasyon Reklamı*

- Yetkisi Olmayan Bölüm Var Gibi Gösterme (Sağlık Turizmi İçin de Geçerli)

Turizm yetkisi olan bir hastanenin yabancı hastalara yönelik: “Her türlü organ nakli yapılır.” diye reklam vermesi,

→ *Organ nakli merkezi değilse, kesin olarak yasak kapsamına girer.*

→ *Yapılan düzenleme ile, bilimsel dayanağı bulunmayan, klinik etkinliği kanıtlanmamış, yerleşik tıp uygulaması niteliği taşımayan veya Bakanlık tarafından tanınmayan yöntemlere ilişkin açıklamalar da reklam yasağına dahildir. Daha açık bir ifade ile, özellikle alternatif veya tamamlayıcı tedavi iddialarının bilimsel temelden yoksun şekilde tanıtılması, hasta yönlendirmeye yol açabilecek ifadelerle sunulması veya tıbbi standartların dışında kalan uygulamaların “etkili tedavi” algısı yaratacak biçimde paylaşılması hukuken yasaklanmıştır.*

Ayrıca, 1219 sayılı Kanun’da düzenlenen ana dal ve yan dal uzmanlıkları dışında, sertifika veya benzeri belgeler kullanılarak *uzmanlık unvanı izlenimi* verilmesi açıkça yasaklanmıştır

Örnekler:

- Klinik ve Bilimsel Olarak Kanıtlanmamış Yöntemi “Tedavi” Gibi Sunma
“Ozon sauna ile kanser tamamen iyileşir!” “Hiperbarik ozon seansları ile MS hastalığını tedavi ediyoruz.”

- Bakanlıkça Tıbbi İşlem Olarak Tanımlanmayan Bir Uygulamayı Tıbbi Tedavi Gibi Göstermek

“Altın iğne ile şeker hastalığını tedavi ediyoruz.” “Glutasyon kürü ile tiroit hastalığı tamamen geçer.”

- Tıbbi Metot Haline Gelmemiş Popüler Uygulamaları Tedavi Olarak Pazarlamak

“Sülük tedavisi ile felç hastalarını yürütüyoruz!” “Kupa terapisi ile tüm romatizmal hastalıklar ortadan kalkıyor.”

- Klinik Etkinliği Kanıtlanmamış Gıda Takviyelerini “Tedavi” Gibi Tanıtmak

“Bu kolajen takviyesi diz kireçlenmesini tamamen tedavi eder.” “Vitamin kokteylimiz kansızlığı ortadan kaldırır.”

- Deneysel Niteliği Olan Uygulamaları Tanıtım Amacıyla Kullanmak

“Kök hücre enjeksiyonu ile Alzheimer’i tamamen iyileştiriyoruz.” “Gen tedavisi ile otizmi ortadan kaldırıyoruz.”

- Estetik İşlemlere Tedavi Etkisi Atfetmek

“Burun dolgusu ile nefes darlığını tedavi ediyoruz.” “Liposuction diyabeti düzeltir.”

→ Söz konusu yönetmelik ile, yazılı, görsel veya sosyal medya mecralarında, internet sitelerinde hasta veya hasta yakınlarının teşekkür, memnuniyet veya benzeri ifadelerinin reklam amacıyla paylaşılması kesin olarak yasak hale getirilmiştir.

Bu hüküm, uygulamada özellikle dijital pazarlama stratejilerinde yaygın şekilde kullanılan “social proof” yöntemlerini doğrudan sınırlamaktadır. Hasta yorumlarının ekran görüntüleri, teşekkür mesajları, memnuniyet ifadeleri veya benzeri geri bildirimlerin pazarlama ve tanıtım amacıyla paylaşılması, bu kapsamda hukuka aykırı kabul edilmektedir.

Örnekler:

- “Hastamız Ayşe Hanım 10 yıllık bel ağrısından bizi sayesinde kurtulduğunu söyleyerek teşekkür etti.
- Hasta görüntüsü + teşekkür notu ile tanıtım yapılması
- “Bir ay önce burun estetiği yaptığımız hastamızın mutluluğu bizi de mutlu etti. Bize güvenen tüm hastalarımıza teşekkür ederiz.”
- “Google yorumları”nı reklam gibi paylaşmak “Hastalarımızın ne düşündüğüne göz atın!
- 5 yıldız – ‘Doktor Bey hayatımı kurtardı, herkese tavsiye ederim.’ Siz de hemen randevu alın.”
- Uluslararası sağlık turizmi için bile yönlendirme barındıran paylaşım “Yurt dışından gelen hastalarımız operasyon sonrası memnuniyetlerini bizimle paylaşıyor.

Siz de Türkiye’nin en iyi kliniğinde hizmet almak için bize ulaşın.”

2. BİLGİLENDİRME FAALİYETİNİN SINIRLARI NASIL OLMALIDIR?

2.1. Sağlık tesislerinin adres ve iletişim bilgileri, çalışma saatleri, hasta kabul ettikleri uzmanlık alanları ile bünyelerinde görev yapan sağlık meslek mensuplarının mesleki ve akademik unvanlarını paylaşmaları serbesttir. Yine benzer şekilde, hekimler ve diğer sağlık profesyonelleri de; ana dal ve yan dal uzmanlıklarını, akademik unvanlarını, hasta kabul ettikleri yer ve zamanı paylaşabilecekleri gibi, sağlığın korunması ve iyileştirilmesine yönelik eğitici içerikler de sunabilirler.

Yönetmelik ile, mesleki unvan kullanımında da önemli bir çerçeve getirmiştir. Buna göre, 1219 sayılı Kanun'da yer alan ana dal ve yan dal uzmanlıkları dışında herhangi bir uzmanlık unvanı kullanılamaz. Ancak hekimler, diplomalarında belirtilen uzmanlık alanıyla ilgili olmak şartıyla:

- Bakanlık tarafından onaylanan sertifikalara,
- Aldıkları ek eğitimlere,
- Bilimsel yayınlarına,
- Katıldıkları veya düzenledikleri bilimsel toplantılara,
- Akademik ödüllere,
- Üstlendikleri idari ya da danışmanlık görevlerine,
- Yerli ve yabancı meslek örgütlerindeki üyeliklerine

ilişkin bilgileri paylaşabileceklerdir. Bu hükümler, kamuoyunun doğru bilgilendirilmesini sağlamayı ve unvan karmaşasının önüne geçmeyi amaçlamaktadır.

2.2. Önemli: Bilgilendirme Yetkisi Sadece Yetkili Sağlık Meslek Mensubundadır

Yönetmelik, sağlık hizmetine ilişkin bilgilendirmenin yalnızca ilgili alanda yetkili sağlık meslek mensubu tarafından yapılabileceğini açıkça düzenlemektedir. (Md. 5/1-b). Bu düzenleme, sağlık alanındaki tanıtım faaliyetlerinde yalnızca doğrudan reklamı değil, reklam etkisi doğurabilecek dolaylı iletişim biçimlerini de kapsam içine alacak şekilde geniş bir sorumluluk alanı öngörmektedir. Bu kapsamda, ajansların klinik çalışanlarının, sosyal medya yöneticilerinin, hekim adına tıbbi içerik üretilmesi ya da açıklama yapılması mümkün değildir. Aynı şekilde, sağlık hizmetine ilişkin değerlendirme ve tanıtım faaliyetlerinin hekim dışındaki kişiler tarafından yürütülmesi de ihlal niteliği taşımaktadır. Yine, Influencer, fenomen veya diğer içerik üreticilerinin; tavsiye, deneyim paylaşımı ya

da tanıtım adı altında bir hekim veya sağlık kuruluşuna yönlendirme yapması yasak olup yaptırıma tabi tutulmuştur.

- 2.3. Doğrudan İletişim: Kişilerin açık rızası alınmadan telefonla aranması, SMS gönderimi, e-posta ile temas kurulması veya sosyal mesajlaşma uygulamaları üzerinden tanıtım amaçlı ileti gönderilmesi yasaklanmıştır.
- 2.4. **Web Siteleri ve Arama Motorlarına İlişkin Düzenlemeler:** Sağlık kuruluşları ve sağlık meslek mensuplarının internet sitelerinde, bilgilendirme içeriklerinin son güncellenme tarihi ile site editörünün iletişim bilgilerinin açıkça belirtilmesi zorunlu hale getirilmiştir. Ayrıca arama motorlarında kullanılacak anahtar kelimelerin de Yönetmelikte yer alan ilkelere uygun olması zorunlu hale getirilmiştir.
- 2.5. Arama Motoru Kayıtları açısından: Yeni düzenlemede, sağlık kuruluşları ve sağlık meslek mensuplarının arama motorlarına kayıt yaptırmaları, site haritaları oluşturmaları ve teknik SEO uygulamaları kapsamında içeriklerini yapılandırmaları tamamen yasaklanmamış; ancak bu faaliyetlerin reklam ve hasta yönlendirme amacı taşımaması gerektiği açıkça vurgulanmıştır. Bu kapsamda, anahtar kelime kullanımının da Yönetmelikte belirlenen ilkelere uygun olması zorunlu hale getirilmiştir. Özellikle üstünlük, garanti, başarı iddiası veya rekabet avantajı ima eden ifadelerin kullanımı sınırlandırılmıştır. Sonuç olarak düzenleme, arama motorları üzerinden sağlanan görünürlüğü tamamen ortadan kaldırmamakla birlikte, bu görünürlüğü sıkı bir etik ve hukuki çerçeveye bağlayarak, sağlık hizmetlerinde dijital alanda dahi reklam-bilgilendirme ayrımının korunmasını amaçlamaktadır.
- 2.6. Yeni Açılan tesisler açısından: Burada bir istisnai durum söz konusudur. Sağlık tesisleri, açılış tarihini takip eden ilk bir ay süresince, bu Yönetmelik hükümlerine uygun olmak kaydıyla tüm platformlarda sponsorlu tanıtım ve bilgilendirme yapabilecektir. Bu süre içerisinde de **ücret, indirim, kampanya, promosyon** bilgilerine yer verilmesi mümkün değildir. Ayrıca, diğer sağlık tesisleri veya hekimler aleyhine üstünlük iddiası oluşturulamaz. Bu süre içerisinde yine örtülü reklam ve görseller konusunda tüm sıkı kurallar geçerlidir. Bakanlıkça tıbben kabul edilen yeni tıp teknolojisi ve tıbbi yöntemlere ilişkin tanıtım ve bilgilendirmelere de bu bent kapsamında izin verilmiştir.

3. GÖRSEL İÇERİKLER

- Bazı görsellerin kullanılmasına hiçbir şekilde izin verilmemiştir.

Yönetmelik ile, Tıbbi müdahale ve girişim veya ameliyat esnasındaki hasta görüntüsünün hiçbir şekilde paylaşılamayacağı düzenlenmiştir. Yine, hastanın mahrem bölgelerine ilişkin görsellerin paylaşılması mümkün değildir.

- Hastaya ilişkin görüntülerin paylaşılmasında özel bir onam prosedürü getirilmiştir.

Yeni düzenleme ile hastaya ait görsel içeriklerin kullanılabilmesi için hastanın açık rızasının yönetmelik Ek-1’de yer alan “Görsel İçerik Kaydetme ve İşleme Onam Formu” kullanılarak yazılı veya elektronik ortamda alınabileceği düzenlenmiştir.

Bu düzenleme ile;

- Hastaya ilgili görsel içeriği önceden görme imkânı tanınması gerektiği,
- Hastanın rızasını herhangi bir şarta bağlı olmaksızın, dilediği zaman geri çekebileceği açıkça belirtilmeli,
- Rızayı vermemesi halinde tanı ve tedavi süreçlerinde veya alınacak bedellerde hiçbir değişiklik olmayacağı güvencesinin sağlanması gerekmektedir.
- Yine, düzenlenen madde hükmü ile hastanın izin vermesi karşılığında hastaya herhangi bir ödeme, indirim veya hediye verilmesi hususları da açıkça yasaklanmıştır.
- Paylaşılacak görsele ilişkin olarak da birtakım teknik şartlar getirilmiştir.

İlgili yönetmelik, paylaşılacak görsellerin, tanıtım ve bilgilendirmede kullanılacak video ve fotoğraflara ait ortamların, kullanılan tekniklerin gerçeğine aykırı olmaması, yanıltıcı makyaj olmaksızın görüntülenmesini zorunlu kılmıştır. Görsel içerikler üzerinde sonradan teknolojik değişiklik veya düzeltme uygulanamaz.

Yine, tıbbi işlem öncesi ve sonrası fotoğraflara ilişkin olarak da görsellerin aynı ortam ve teknik şartlarda görüntülenmesi ve görsel içeriklerde işlem tarihi ve görselin görüntülediği tarihlerin belirtilmesi zorunlu hale gelmiştir.

Paylaşılan görsellerin ilgili sağlık meslek mensubuna ve gerçek hastaya ait veya alıntı olup olmadığının, alıntı ise kaynağının belirtilmesi zorunludur.

Görsel içeriklere ait paylaşımların yorum, beğeni ve yeniden paylaşım gibi kullanıcı etkileşimlerine kapatılması zorunludur.

Yurt içi tanıtım ve bilgilendirme faaliyetlerinde kullanılan görsel içeriklerde uyarı ve bilgilendirme amaçlı ve kolay okunabilir görünürlükteki “Her cerrahi

veya girişimsel işlemde sonuçlar kişiden kişiye değişiklik gösterebilir. İşlem öncesinde hekiminizden detaylı görüş almanız önerilir.” ifadesine yer verilmesi zorunludur.

4. ULUSLARARASI SAĞLIK TURİZMİ TANITIM VE BİLGİLENDİRME FAALİYETLERİ

Getirilen düzenleme ile uluslararası sağlık hizmeti sunan sağlık tesisleri ile aracı kuruluşlar ancak;

- Tanıtım ve bilgilendirme faaliyetlerini yurtdışına yönelik ayrı bir sosyal medya platformu veya internet sitesi üzerinden yürütülebilecektir.
- Bu mecralarda sağlık turizmi kapsamında hizmet sunulduğunun açıkça beyan edilmesi, şartıyla Türkçe hariç diğer resmi dillerde sponsorlu tanıtım ve bilgilendirme faaliyeti yapılabilecektir.
- Ancak, bu kuruluşların Türkiye’ de yaşayan kişileri hedef alacak şekilde tanıtım yapmaları yasaklanmıştır. Bu nedenle, Yönetmelik ile sosyal medya reklamlarında hedef kitle olarak Türkiye’ yi seçemeyeceği ve otomatik hedefleme özelliklerinin kapatılması zorunlu hale getirilmiştir.
- Yine, bu hüküm gereğince “HealthTürkiye” logosunun kullanılması zorunlu tutulmuş ve sağlık tesisinin resmi unvanı, sahiplik bilgisi ve URL adresi gibi unsurların Bakanlık kayıtlarıyla uyumlu olması gerektiği düzenlenmiştir.
- Aracı kuruluşlar açısından, sağlık tesisi izlenimi vermemek kaydıyla sponsorlu tanıtım-bilgilendirme ve görsel içerik paylaşımı yapabileceği, uluslararası sağlık turizmi kapsamında, belirli koşullar altında indirim, kampanya ve rekabetçi fiyat duyuruları da yapabilmesi imkânı tanınmıştır.

İstisna: Yeni düzenleme ile hasta ve yakınlarına ait teşekkür ve memnuniyet ifadelerinin reklam aracı olarak kullanılması yasaklanmış ise de uluslararası sağlık turizmi yönünden bu yasak söz konusu değildir. Daha açık bir ifade ile, yurt dışı hastalara yönelik olarak açılan sosyal medya platformları ile internet sitelerinde, hastanın da açık rızasının bulunması kaydıyla tedavi gören hastaların hikâyelerine, hasta yorumlarına veya teşekkür mahiyetindeki ifadelere yer verilmesi mümkündür.

5. RADYO VE TELEVİZYON KANALLARINDA SAĞLIK ALANINDA YAPILAN TANITIM FAALİYETLERİ

Radyo ve televizyon kanalları üzerinden gerçekleştirilen sağlıkla ilgili tanıtım ve bilgilendirme faaliyetlerine ilişkin düzenleme, bu alanın özellikle geniş

kitlelere ulaşma potansiyeli nedeniyle daha sıkı bir denetim rejimine tabi tutulduğunu göstermektedir. Bu kapsamda sağlık meslek mensuplarına programa katılımı öncesinde taahhütname imzalama yükümlülüğü getirilmiştir.

Ayrıca, resen veya şikâyet üzerine radyo ve televizyon kanallarında yapılan tanıtım ve bilgilendirme faaliyetleri ile bu kapsamda yapılan açıklama ve konuşmaların anılan Yönetmelik ile belirlenen ilke ve esaslara uygun olup olmadığı alanında uzman olan kişilerden oluşturulan bir komisyon tarafından inceleneceği düzenlenmiştir. Aykırılığın tespit edilmesi halinde ise, bu hususların gerekçeli olarak raporlanacağı ve ilgililer hakkında mevzuatta düzenlenen idari yaptırımların uygulanacağı hükme bağlanmıştır.

6. DENETİM VE YAPTIRIMLAR

Söz konusu Yönetmelik ile nasıl denetleme yapılacağı ve ihlallerin olması halinde hangi yaptırımların uygulanacağına dair geniş bir çerçeve sunmaktadır. Yönetmeliğin yaptırımlara ilişkin hükümleri incelendiğinde, çoklu bir düzenlemenin yapıldığı görülmektedir. İhlalin niteliğine göre, idari para cezalarından faaliyetin durdurulmasına kadar uzanan kademeli bir yaptırım sistemi öngörülmektedir.

- İhlalin niteliğine göre savcılığa suç duyurusu gündeme gelebilecektir.
- Sağlık tesisleri ve uluslararası sağlık turizmi aracı kuruluşları Yönetmelik ekindeki idari yaptırım formuna göre işlem yapılabilecektir.
- Serbest çalışmayan hekim ve diş hekimleri bakımından, disiplin süreçleri için ilgili kuruma, meslek odalarına bildirim yapılabilecektir.
- Tüketici boyutu içeren vakalarda, 6502 sayılı Kanun çerçevesinde Reklam Kurulu devreye girecektir.
- İnsan sağlığını tehlikeye düşüren veya tanı/tedavi sürecini olumsuz etkileyen içerikler bakımından erişimin engellenmesi talep edilebilecektir.
- Yetkisiz veya ruhsatsız sağlık hizmeti sunumunda hem Reklam Kurulu hem Cumhuriyet savcılığına suç duyurusu gündeme gelebilecektir.
- Görsel içerik ve sosyal medya paylaşımlarının kişisel sağlık verisi boyutu nedeniyle, 6698 sayılı KVKK ve Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik çerçevesinde ayrı bir idari para cezası ve cezai sorumluluk da eklenebilecektir.

Sonuç olarak 12 Kasım 2025 tarihinde yayınlanan yönetmelik ile, sağlık hizmetlerinde dijital tanıtım faaliyetlerini tamamen ortadan kaldırmak yerine;

etik, hukuki ve mesleki sınırlar içerisinde hem hasta güvenliğini hem de kamu sağlığını korumayı hedefleyen bir sistem kurulmaya çalışılmıştır.

KAYNAKÇA

- Hanyaloğlu, A. G., & Gümüş, R. B. (2025, 23 Kasım). Sağlıkta tanıtım ve bilgilendirme yönetmeliği: Hekimler ve özel sağlık kuruluşları için yeni düzenleme. Hanyaloğlu & Acar Hukuk Bürosu. <https://www.hanyaloglu-acar.av.tr/malpraktis-tazminat/saglikta-tanitim-ve-bilgilendirme-yonetmeliği-2025>
- Sağlık Bakanlığı. (2025). Sağlık Hizmetlerinde Tanıtım ve Bilgilendirme Faaliyetleri Hakkında Yönetmelik. Resmî Gazete, 12 Kasım 2025, Sayı: 33075.
- Yurtsever, A. (t.y.). Yeni Sağlık Hizmetlerinde Tanıtım Yönetmeliği yayımlandı: Doktorların sosyal medya paylaşımlarına ilişkin yeni kurallar ve hasta hakları. ASY Legal. <https://www.asylegal.com/tr/saglik-reklamcılığı-yönetmeliği-türkiye/>



XI. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

Üçüncü Oturum
(12 Aralık 2025)

GENETİK HASTALIKLAR BAĞLAMINDA TIBBİ MALPRAKTİS

Oturum Başkanı

Av. Hilal ARI

(Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkan Yardımcısı)

Konuşmacılar

Prof. Dr. Serdar CEYLANER

*(Tıbbi Genetik Uzmanı- Avrupa Tıp Uzmanları Birliği, Nadir ve Tanısız Hastalıklar
Komisyonu Başkanı)*

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KURTOĞLU

(Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik ABD)

Dr. Öğr. Üyesi Hazal KUTLUCAN

(TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD)

Av. İlayda BAŞBUĞA

(HEKİMSEN)

GENETİK VE TÜM BRANŞLARDA TIBBİ MALPRAKTİS VE GENETİK HASTALIKLARIN KATKISI

Prof. Dr. Serdar CEYLANER

Tıbbi Genetik Uzmanı

Avrupa Tıp Uzmanları Birliği, Nadir

ve Tanısız Hastalıklar Komisyonu Başkanı

Hekimin yaptığı işin anlaşılması için aslında uğraştığı dertlerinin anlaşılması gerekiyor. Genellikle böyle söylendiğinde hastanelerin yoğunluğundan bahsedilir ancak bu, hâlihazırda herkesin bildiği bir konu. Asıl büyük mesele, insanın biyolojik yapısıdır. Birbiriyle tamamen aynı olan iki kişi yoktur; tek yumurta ikizlerinde bile birçok farklılıklar bulunur. Bu durumda, hastanın muayenesinde doğru tanıyı koysanız bile birbirini taklit eden hastalıklar, tedaviye yanıt farklılıkları, beklenmeyen yan etkiler, komplikasyonlar, hastanın kişilik yapısı ve tedaviye uyumu gibi birçok faktörle her gün karşı karşıya kalıyoruz. Bu nedenle “**kişisel tıp**” uygulaması üzerinde çalışmalar yürütülmektedir (1). Kişisel tıbbın karşılığı özetle şudur: “Aynı aspirini aldığımda ben fayda görüyorum ama bir başkası yan etki yaşıyor” veya “ben hastalandığımda bu durum beni psikolojik olarak etkilemiyor ancak bir diğerinde psikiyatrik sorunları tetikliyor” veya “benim daha önce geçirdiğim bir hastalık karaciğeri eskisi kadar iyi çalışmaz hale getirmiş.” Sonuçta hepimiz aynı Covid-19 enfeksiyonunu geçirdik; kimisi oturduğu yerde film izlemeye devam etti, kimisi ise hayatını kaybetti. Bu durum; aynı tanı ve aynı tedaviyle farklı sonuçlar elde etmenin en somut örneğidir.

Diğer önemli başlık ise nadir hastalıklardır. Toplumda her on kişiden birinin nadir bir hastalığı vardır. Bu hastalıklar, hayat boyu en fazla %30 oranında tanı alabilmektedir; bazılarında ise tanı konulduğu zannedilmektedir. Eskiden “epilepsi” tek başına bir tanıydı. Şimdiye “SCN1A ilişkili, şu ilaçlara duyarlı ve diğerlerine dirençli epilepsi” şeklindeki tanımlar bir tanı olarak kabul edilmektedir. Bu hastalıkların birçoğu, zorlu koşullar ortaya çıkmadan bulgu vermemektedir. Bernard-Soulier sendromunuz varsa, bunu bir travma yaşayana kadar bilmeyebilirsiniz. İlk büyük travmada beyin kanamasından ölebilirsiniz. COL4A1 mutasyonu olan bir bebek, doğum sırasında veya doğuma yakın bir zamanda beyin kanaması geçirebilir ve hayat boyu felç kalabilir. Bu durumda, genellikle doğumu yaptıran doktor suçlanır veya travmaya müdahale eden doktor zan altında kalır. Halbuki bu genetik farklılıkları doktorun o anda anlayabilme ihtimali yoktur. Hasta, daha önce müdahale ettiğiniz ve 1000 kere

yaptığınız müdahalede işlerin yolunda gittiği bir hastalıkla karşı karşıyadır. Sizi eve gönderirsiniz. Aynı daha öncekilerde yaptığınız gibi. Ancak hasta, evde kanama geçirerek hayatını kaybedebilir. Nadir hastalıklardaki tanı zorluklarına dair yazılmış sayısız makale bulunmaktadır (2).

Peki bunları anlamanın bir yolu yok mu?

Aslında son birkaç yıla kadar birçoğunu araştırarak genetik teknikler yoktu ancak şimdi var. Bu teknikler her vakada tanı koydurmasa da bu riskleri %70-80 oranında değerlendirebiliyoruz. Fakat doktorlar bu testleri öneremiyorlar. Çünkü Sosyal Güvenlik Kurumu bu testleri ödemiyor. Ödese bile tüm toplumu taramak bir politika kararıdır ve bu görev Sağlık Bakanlığına verilmiştir. SGK, hastalığı olmayan birisinden sadece tedbir amaçlı bir test istediğinizde bunun ödemesini yapmamaktadır.

Diğer önemli bir mesele ise bu teknolojilerin faydasını bilen doktor sayısıdır. Bunlar henüz yeni bilgiler olduğu için dünya çapında konuya hâkim doktor sayısı %1'den azdır. Avrupa Tıp Uzmanları Birliği bünyesinde başkanı olduğum komitenin görevi de bu eğitimin yaygınlaştırılmasıdır fakat henüz müfredat hazırlama aşamasındayız. Bırakalım acil servise geldiğinde önceden genetik testi yapılmış bir hastanın değerlendirilmesini, kronik hastalıkların tamamı genetik olmasına rağmen genetik testi yapılmış kronik hasta oranı %1'i bile bulmamaktadır. Çünkü ülkemizde ve dünyada bunu yapacak altyapı ile eğitilmiş doktor sayısı yetersizdir. Bugün için ülkemizde 4000'den fazla genetik uzmanına ihtiyaç varken, bu sayı yalnızca 450 civarındadır.

Ayrıca olay sadece genetik de değildir. Ben, kronik kurşun zehirlenmesi şüphesi olan bir hastanın, kemikten kurşun analizi yapılması için birçok laboratuvarı araştırdım ve sadece Adli Tıp Kurumunda yapılabileceğini buldum. Adli Tıp'ta bu işlemin yapılabilmesi için savcılığa "bu adli bir olay değil ama test orada yapılınsın" diye dilekçe yazmak zorunda kaldım. Her hasta için bu kadar merasim yapılması mümkün değildir. Türkiye'de toksikoloji laboratuvarına ulaşmak çok zordur; birçok test hem ülkemizde hem de dünyada pek ulaşılabilir değildir, ulaşılsa da pahalıdır. Doktorların eğitim müfredatında da bu testler yer almamaktadır. Bir de ne test yaptırırsanız yaptırın bilemeyeceğiniz hastalıklar vardır. Örneğin; ilaç alerjileri. Bunların %90'ından fazlasını önceden bilme ihtimaliniz yoktur. Yani bir hastaya genel tıbbi kurallara göre yaklaşıyorsunuz ancak kitabı bilgilere uymayan hasta sayısı %50'nin üzerindedir. Bu durumda hastanın bir sorun yaşaması ihtimali her zaman vardır ve bunu da her zaman engelleme şansınız yoktur. İstedığınız kadar bilgilendirilmiş onam alın, aklınıza

gelmeyen sıra dışı bir sorunla karşılaşma olasılığını engelleyemezsiniz. Her şeyi de bu formlara yazamazsınız.

Diğer önemli bir konu da kalabalık hastaneler ve polikliniklerdir. Kurallara göre 5 dakikada bir hasta bakılması gereken kurumlar... Yani yukarda belirttiğimiz tüm karmaşık durumu 5 dakika içinde anlamanız, hastayı muayene etmeniz, reçeteyi yazmanız, hastaya güler yüzlü davranmanız ve onun dertlerini uzun uzun dinlemeniz gerekiyor. Bunu hem sabah erken saatlerde dinlenmiş vaziyette hem de akşam yorgunluktan perişan olduğunuzda yapmanız bekleniyor. Üstelik tüm bunları, sabahtan bu yana kapı önünde beklemekten sıkılmış, sisteme kızgın oldukları için sizi de sistemin bir parçası görüp size bağırان hastaların yarattığı kargaşa içinde yapmanız gerekiyor. Hasta bakış açısıyla, hastayken çekilen çilenin bir dışavurumudur bu ancak hekimden sistemsel sorunlarla ilgili söz hakkı dahi yokken bu karmaşayı çözmesi ve hastayı memnun etmesi beklenmektedir. Yani, davulla tokmağın bir araya gelmediği hallerde...

Hekimlerin bir kısmı özelde çalışmaktadır. Genel algı; özel sektörde alt-yapının daha iyi olduğu ve hekimlerin daha az hasta baktığı yönündedir. Bu kurumlardan SGK'dan ödeme alanlar, hasta başına o kadar az ödeme almaktadır ki devlet hastanesi gibi yoğun hasta bakmak zorunda kalmaktadırlar. Devlet hastanesinde maaşlar Maliye Bakanlığından alınan bütçeyle ödenirken, özel hastaneler yaptığı iş ve işlemlere karşılık olarak SGK'dan devlet hastanesi ile aynı parayı almakta, ek olarak personelin maaşını, binanın kirasını ve tüm giderlerini SGK'dan aldığı aynı ödenekle karşılamaktadır. En büyük maliyet personel olduğu için sınırlı sayıda personelle, aynı kalitede hasta takip tedavi beklentisi ortaya çıkmaktadır. SGK'nın bazı kalemlerde ödediği miktar, maliyetin yarısını bile karşılamamaktadır. Hastalardan fark ücreti alındığı için hastanın da hizmet beklentisi daha yüksek olmaktadır. Buna karşılık, devletin verdiği maaşlara oranla, özel sektörün verdiği maaşlar düşük kalmak zorunda kaldığı için personel bulma sorunları yaşanmaktadır.

Özel sektördeki kurumların bir kısmı SGK ile anlaşmalı değildir. Ama hastaların kendisi açısından haklı fiyat karşılaştırması nedeniyle, SGK ödemesi alan kurumlardan belirgin şekilde farklı fiyat uygulamalarını çok az kuruluş hayata geçirebilmektedir.

Bunun yanı sıra sosyal medyada hekimler hakkında sürekli paylaşımlar yapan hastalar mevcuttur. Sağlık konularında yetkin olsun ya da olmasın, yorum yapan pek çok insan profiliyle karşılaşmaktayız. Eskiden komşu tavsiyelerine kulak asan hastaları ikna etmeye çaba gösterirken şimdilerde sosyal medyadan

edindikleri bilgiler konusunda hastaları ikna etmeniz gerekmektedir. “ChatGPT” gibi yapay zekâ araçlarından öğrendiklerini hekimin söyledikleriyle kıyaslayan ve yapay zekâyâ güvenerek hekimi şikâyet eden hastalar dahi bulunmaktadır. Oysa, aynı soruyu beş ayrı şekilde sorduğunuzda beş ayrı yanıt veren yapay zekâ sistemleri ile karşı karşıyayız.

Diğer taraftan, hastanelerde hasta hakları birimleri bulunmasına rağmen personel hakları birimi yoktur. Hastalar haksız yere şikâyetlerde bulunduklarında, teorik olarak hukuki karşılığı olsa dahi, gerçek hayatta gidip doktorun hastayı şikâyet etmesi çok nadir bir durumdur. Örneğin; bir hasta beni adını bile bilmediğim birçok kamu kurumuna şikâyet etti. Yapılan incelemelerde herhangi bir kusur bulunmamasına ve hastanın tüm sorunları çözülmüş olmasına rağmen bu şikâyetlerini ısrarla sürdürdü ve sürdürmeye devam ediyor. Bir diğer hasta ise “gebelikte benim çocuğuma hastalık tanısı koydunuz, ben mutsuz oldum” diyerek hakkımda şikâyetçi oldu. Bu tür şikâyetlerde, Sağlık Müdürlüğü ya da Sağlık Bakanlığı hakkınızda inceleme başlatıyor. Bazen, ayda birkaç kez ifade vermeye gitmeniz gerekiyor. Haksız şikâyet eden kişi, ısrarla bu şikâyetlerini sürdürse bile bir ceza almıyor. Kamu kurumlarına yaptığı şikâyetten sonuç alamadıklarında bu sefer de sosyal medya üzerinden saldırıya geçmektedirler.

Bir diğer önemli konu ise uzayan davalardır. Hakkınızda bir dava açıldığında, davanın tamamlanması beş yılı, temyiz süreçleriyle birlikte neticelenmesi ise on yılı bulmaktadır. Hâkimlerle görüştüğümüzde, genel olarak mağduru koruma içgüdüsünde olduklarını ifade ediyorlar. Tıbbi bir hata olmasa bile, hastanın mağdur olduğu ve bir sorunla karşılaştığını düşünerek onun lehine karar verme eğilimlerinin fazla olduğunu görüyoruz. Halbuki bu yaklaşım, yeni bir mağdur yaratmaktadır. Yukarıda anlattığım sistemle mücadele eden doktor bir tür haksızlığa uğramış oluyor. Dört kez hekim lehine bilirkişi raporu gelen bir davada, beşinci kez aynı sorularla bilirkişi görüşü istendiğine şahit olmaktayız. Örneğin bir hasta, gebelikte tespit edilen bir hastalık durumunda gebeliği sonlandırmayacağını beyan ediyor, bebek doğduktan sonra ise tazminat almak için hukuk mücadelesi başlatıyor ve çoğu zaman da bu tazminatı alıyor. Bu durumun hekimlerde yarattığı baskı, tıp eğitimine bile yansımış durumdadır. Önceden hocalarımız bize hastanın lehine cesur kararlar almamızı öğretirlerken, artık hekimler hastanın lehine karar alma özgürlüklerini kaybetmiş durumdadırlar. Herkes birbirine “önce kendini koru” diyor. Çünkü hekim de insan ve evde bakması gereken bir ailesi var. 20 milyon TL tazminat cezasına çarptırılan bir hekimin, çoğu zaman 20 milyon lirası değil, kenara koyduğu 1 milyon lirası bile olmayabiliyor. Ülkemizdeki genelleme yaklaşımları nedeniyle, çok kazanan az

sayıda hekim örnek gösterilerek tüm hekimlerin varlıklı olduğu düşünülmektedir. Ancak, ortalama bir hekimin lüks olmayan ortalama bir ev alabilmesi; mesleğe başladıktan 15 ya da 20 yıl sonra mümkün olabiliyor. Aldıktan sonra da yıllarca kredisini ödüyor. Bir davanın sonucunda karşılaşılan tazminat, hayat boyu ödemeniz gereken bir borca dönüşmektedir. Üstelik taksitle ödeme imkanının olmadığı, doğrudan icra takibi ile karşı karşıya kalınan bir sistem içerisindeyiz. Bugün, herhalde hakkında dava açılmamış hekim sayısı oldukça kısıtlıdır. Tıptaki idealizm, benim hekimlik yaptığım süre içinde, neredeyse çevremdeki meslektaşların tamamında giderek kaybolmuştur. Eskiden doktor çocukları doktor olurken, şimdi çocuklarının doktor olmaması için mücadele etmektedirler (3).

Burada bir açmaz oluşuyor. Hasta geriliyor, doktor yukardaki sorunlar nedeniyle geriliyor. Bu ikili ilişki içinden çıkılmaz hale geliyor.

Kamu görevi yapmasına rağmen bir polis, bir avukat veya bir hâkim kaçınılmaz bir hata yaptığında, hekimler kadar ağır bir malpraktis baskısı altında kalmıyorlar. Örneğin; hakkımda açılan davalarda sekiz-on yıl boyunca yargılanıyorum, şimdiye kadar tüm bilirkişiler lehimde karar veriyor, kusur yoktur kanaatini belirtiyorlar. Ancak, aynı konuda bir bilirkişi heyeti daha görsün diyen, ısrarla tazminata hükmetmeye çalışan, dava süresini uzatan hâkime karşı ben malpraktis davası açamıyorum. Bırakın dava açmayı, bu hâkim hakkında sistemde bir işlem dahi yapılamıyor. Diğer kamu hizmeti yapan mesleklerde, bağlı oldukları kurumlar, soruşturmaları hızlı bir şekilde neticelendirirken, doktorlar çoğunlukla mahkemeye sevk edilmektedirler. Sağlık Bakanlığı yürüttüğü ön incelemelerde, özel sektördeki hekimlerin kusuru olmadığına karar verse bile “ne olur ne olmaz” düşüncesiyle mahkemeye sevk etme eğilimindedir. Kamuda çalışan doktorlara göre, özel sektörde çalışan doktorlara yaklaşımın daha olumsuz olduğu görülmektedir.

Kamu hizmeti yapan sayısız meslek grubunda, belirgin bir kasıt veya ihmal olmadığı sürece genellikle kurum içinde yapılan soruşturma ile konu karara bağlanır, kişi varsa bir ceza veya uyarı alır. Ancak hekimin yaptığı eylem, kasıt içermese veya savsaklamadan kaynaklanmasa bile, yazının başında anlattığım ve yönetemeyeceği sayısız değişken nedeniyle hasta bir sorun yaşayabilmektedir. Bir insanın zarar görmesi hekimi de derinden üzmektedir. Fakat artık emin olun ki bu üzüntünün yerini, hekimin kendi başına geleceklerin telaşı almış durumdadır. Bunu anlatmak için mahkemelere yıllarca gitmektedir. Sonunda ceza almasa bile, mahkemeye gidip gelmek ve bu sürecin uzunluğu, daha önce benzer durumlarda sayısız ceza almış meslektaş bilgisi, doktor için başlı başına bir psikolojik cezaya dönüşmektedir.

Diğer bir mesele ise zincir sorumluluk meselesidir. Ben her ne kadar çoğunlukla hasta bakan bir hekim olsam da genetikçi olarak bir laboratuvarın da sorumlusuyum. Son kararları hekim olarak bizler versek de bir hastanın örneği üzerinde işlem yapan bazen 30 ayrı kişi olabilmektedir. Genetik laboratuvarlarında, diğer laboratuvarlardaki otomasyon sistemleri yoktur. Her şey elde ve çok küçük tüplerde yapılır. Bu tüplerin üzerine yazı yazmak bile zordur, etiket sistemi yoktur. Arada temas eden 30 kişiden hangisinin hata yaptığını bilemediğiniz durumlarla karşılaşsınız. Ancak çıkan sonuçtan genetik hekimi sorumlu tutulur. Görünürde diğerlerinin de sorumlu olması ihtimali olmakla beraber, genellikle mahkemeye genetik hekimi veya diğer branşlarda laboratuvar uzmanı çıkar. Zaten az paraya çalışan personelinin şevkini kırmamak için hekimin de olayı kendi suçu olmasa bile üstlenme sıklığı oldukça fazladır. Aksi halde, çalışma ortamında çalışma barışını sağlayamazsınız.

Diğer bir konu, mesleki geçmişinizin göz önüne alınmamasıdır. Benimle aynı işi yapan ve 10.000 hasta değerlendirmiş bir hekimle durumumu karşılaştıralım: Benim hakkımda iki şikâyet varken bir diğerinin 10, bir başkasının ise 100 şikâyeti olabiliyor. 100 şikâyeti olan kişinin daha önce aldığı 15 ceza var; belli ki işini savsaklayarak yapıyor. Benim iki şikâyetimden birinde ise kasıt olmamasına rağmen bir hata bulunuyor. İkimiz aynı hatayı yaptığımızda aynı cezayı alıyoruz. Hekimin yaptığı işin doğası gereği, hastanın bazı durumlarda işlerinin yolunda gitmemesi kaçınılmazdır. Ama belli ki bir hekim kaliteyi önemserken diğeri daha az önemsemekte veya hiç umursamamaktadır. Kaliteli iş yapmak daha yüksek maliyetli bir çalışma gerektirdiği için diğer hekim bunu sağlayamıyor da olabilir. Dolayısıyla olayı sadece yaşanan vakayla sınırlı olarak değerlendirmek, bir başka adaletsizlik türüdür. Ancak bunu değerlendirmek için uygun yer mahkeme değildir; zira mahkeme somut olaya odaklanır. Konunun uzmanı olan birisine olayı anlatmakla, her ne kadar bilirkişilerden destek alsada mahkemede anlatmak aynı kolaylıkta değildir. Bilirkişilerle çoğu zaman yüz yüze gelemesiniz. Derdinizi mahkemeye ve bilirkişi heyetine kâğıt üzerinden ne kadar anlatabildiğinizden emin olamazsınız. Benim başıma gelen olaylarda, bilirkişi olarak atanan kişilerin bir kısmı, hayatında benim yaptığım işle hiç uğraşmamış ama unvanı genetikçi olan kişilerdi. Hatta tıbbi genetik uzmanı olmamasına rağmen bu unvanı kullanan hekim dışı bilirkişiler bile gördüm. Genellikle yazdığı bilirkişi raporundan kişinin ne bilip ne bilmediğini anlarsınız ancak sonuçta bilirkişi odur. Siz itiraz da etseniz mahkemenin görüşü bazı durumlarda değişmez; değişse bile yazışmalar yılları bulur. Bu ve buna benzer bilirkişi sorunları zaten yıllardır tartışılmaktadır. O yüzden detaya girmeyeceğim ancak durumu çok iyi anlatan, makalelere konu olmuş bir hadiseyi özetlemek

isterim: Radyologlara, bir davada bir radyoloğun yanlış karar verdiği iddia edilen bir MR gösteriliyor. Birçoğu “bu hata da yapılmaz!” diye söylüyor. Aynı MR, bir süre sonra onların normal olarak değerlendirdikleri hastaların arasına karıştırılıyor ve birçoğu davalı hekimin yaptığı hatayı yapıyor. “Ortalama bir hekim” veya “şu alandaki uzman” bu hatayı yapar mıydı gibi bilirkişiye yöneltilen sorular; aynı koşullarda, aynı ortamda, aynı hasta yükü altında değerlendirilmemektedir. Bilirkişi heyeti davalıyı dinlemiyor, koşulları anlamaya çalışmıyor. Bu örnek davada olduğu gibi “kör değerlendirmeler” yapılmıyor.

Diğer önemli bir konu, mahkemelerin tıptaki uygulama rehberlerini referans alması meselesidir. Ben nadir hastalıklarla uğraşıyorum ve dünyada yazılan rehberlerin çoğunu okurum. Rehberler genellikle nadir hastalıkları olan insanları yok sayar, sık görülen durumları, genel bilgiler üzerinden yorumlarlar. Ülkemizde ise birçok alanda yazılmış rehber yoktur. Oysa her ülkenin kendine has özellikleri vardır. Bizim ülkemizde de yoğun akraba evliliği nedeniyle tahmin edemeyeceğiniz genetik hastalıklar her yaşta görülebilmektedir. Bu hastalıklarla ilgili bilgiler, bırakın rehberleri kitaplarda bile yer almaz. Birçok branşta akraba evliliğini göz önüne alan bir tane bile rehber yokken, siz Amerika’nın veya Avrupa’nın yazdığı bir rehber nedeniyle mahkemede suçlu bulunabilirsiniz. Daha da kötüsü, bunun farkında olan çok az hekim tanıyorum. Dolayısıyla bu hekimler, bilirkişilik yaptıklarında bu gerçeği göz ardı etmektedirler. Ayrıca rehberler, hastaların %90’ı içindir. Yani, “bu işlemleri şu şekilde yaparsan hastaların çoğunda sorun çıkmaz” şeklinde bir tanımlama içindir. Geriye kalan %10’luk kesimde sıklıkla nadir hastalıklar vardır. Örneğin, diş çekimi sırasında ölen bir çocuğun dosyasını incelediğimde, çok nadir bir genetik hastalığı olduğunu gördüm. Ama bu, bana denk geldiği için anlaşıldı. Bir nadir hastalık uzmanına gidilmediği takdirde, o doktorun ceza alması kaçınılmaz olacaktı. Kimsenin aklına bile gelmeyen sayısız nadir hastalık vardır. Bilirkişiler, bunları bilmediği için sıkıntılar çok büyüktür. Bana sonradan danışılan dava dosyalarında, buna benzer durumlar göz önüne alınmadan alınan kararlar beni gerçekten çok üzüyor.

Bir diğer konu, bilgilendirilmiş onam konusudur. Şu anki uygulamada her hastaya sayfalarca yazıyı defalarca imzalatıyoruz ve bir tanesi bile okumuyor. Size güveniyorsa imzalıyor, güvenmiyorsa imzalamıyor. Sürekli gelişen yeni olaylar, birkaç cümle daha eklenmesine neden oluyor. Aslında bu büyük oranda “*show business*”; yani davalara karşı kendini koruma sanatıdır. Artık hastaların bir kısmını yüz yüze görmüyoruz bile. Sağlık Bakanlığının izin verdiği sistemlerle uzaktan değerlendirdiğiniz bir hastayı hangi yöntemle bilgilendireceksiniz? Üstelik kanunlara göre, bu bilgilendirme işleminin yüz yüze yapılması gerekiyor.

Hele ki bir laboratuvar hizmeti veriyorsanız, sadece hastanın doktoru ile temas halinde olduğunuz durumlar oluyor. Ancak mahkeme “Niye bilgilendirilmiş onam almadınız?” sorusunu soruyor. Bunu varsayım olarak söylemiyorum; şu anda hakkımda süren bir davada bizzat yaşadığım bir sorundur bu. Beş on dakika içinde bakmanız gereken bir hastaya, iki sayfalık onam formunu nasıl anlatacaksınız? O stres ve endişe altındaki hastalardan hangisi bunu anlayacak? Yapılan işin kısıtlılıkları ile ilgili bir sürü bilgi aktarmanız gerekiyor. Benimle ilgili şikâyetlerden bir tanesinde, kromozom analizi ile ilgili bir raporun altına bütün kısıtlılıkları niye yazmadığım soruldu. Beyin MR’ı raporunun altına, “tırnak mantarını göstermez” diye yazmak kadar anlamsız bir sürü cümleyi niye yazmadığım soruldu bana. Testin sınırlılıkları zaten tıbbın bütün kitaplarında mevcuttur. Hastaya o kısıtlı zaman içinde bunları anlatmaya çalışmak, onların stresini arttırmaktan başka bir şeye yaramıyor. Ben hastalara kısaca, “hiçbir genetik muayene ya da test tüm hastalıklara tanı koymaz” diye özetliyorum ve hasta bunu çok iyi anlıyor. Fakat hukuki bakış açısıyla bu yetersizdir. Gerçek hayatta hastanın, hastalık ortamında anlayabileceği sınır genellikle bu kadardır. Kendisi ya da çocuğuyla ilgili kötü bir şey duyma baskısı altındaki bir insan, bazen hiçbir şey anlayamaz hâle gelebilir. Bazen de yapılan işlemin doktorun bile hayal edemeyeceği kısıtlılıkları olabilir. Video onam gibi yaklaşımlar bu işi çözebilir ancak hukuk camiasında genel kabul görmemektedir. Hastaya hazırladığınız bir videoyu gönderseniz ve o dinlese, istediği zaman açıp bakıp tekrar dinlese, aklına takılanı arayıp sorsa, en etkili yol bu olur diye düşünüyorum. Ayrıca, herkesin bir avukatı yoktur. Hekimler, avukat tavsiyesiyle düzenlenmeyen onam formlarını kendi bildikleri kadarıyla yazıp hatalar yapabilmektedir. Sağlık Bakanlığının bu tür standart onamları hazırlayıp yayımlaması veya asgari bilgileri tarif etmesi en kestirme yoldur. Hastaların anlayabileceği yeni yolları mutlaka düşünüp çalışmamız gerekmektedir.

Sonuç olarak “Hasta da Hekim de İnsandır.”

- “Hasta Kırılğanlığı” ve “Hekim Tükenmişliği ve Zorlukları” gerçekleri denge içinde değerlendirilmelidir.
- Hekimin onur ve itibarı davalar sırasında ağır yara almaktadır; çünkü hakkında dava açılması bile kamu vicdanında hekimi peşinen suçlu konumuna düşürmektedir.
- Hele ki bu durum gazetelere yansıdığına sonuçlar çok daha ağır olmaktadır.

- “Haber alma hakkı” adı altında gazeteler ve sosyal medya çok tatsız sonuçlar doğurabilmektedir. Üstelik manasız yorum yapan ve hatta kişiyi doğrudan suçlu ilan eden bir gazeteciye malpraktis davası açılmamaktadır.
- Medyada çok okunan ve reyting toplayan bu tür sağlık haberlerinin sürekli gündeme getirilmesi, hasta-hekim güvenini yerle bir etmektedir.
- Kişileri orantısız cezalandırdığınızda veya bu şekilde itibarı ile oynadığınızda, hataları saklama olasılığı artmaktadır. Halbuki hatalar, ancak üzerinde konuşulduğunda çözümleri getirecektir.
- Özellikle hastanelerde, başhekimlerin ve diğer idari grupların sorumlulukları hiç tartışılmamaktadır. “Niye yazılı başvuru yapmadın?” diye sorulan o kadar çok olay duydum ki! Hastanede bu tür konularda yazılı başvuru yaptığınızda idare sizden nefret eder ve reaksiyon gösterir. Bunu sık yaptığınız takdirde size her türlü olumsuz tavır gösterirler. Sözlü olarak talep ettiğinizde ise hakkınızda açılan bir davada bunu kanıtlama şansınız yoktur ve hiçbir yönetici de çıkıp “bana geldi istedi ama ben yapmadım” demez. Bu, her gün binlerce kez yaşanan bir gerçektir.
- Amerika’daki hekimlerin zaman zaman hastalara yönelik “böyle yapmaya devam ederseniz, sizi muayene edecek hekim bulamayacaksınız” şeklinde pankartlar astıklarına şahit oluyoruz. Hukukçuların tıp kongrelerine katılmasını öneririm. Emin olun artık her kongrede bir hukuk sunumu yapılıyor ve bu toplantılardan çıkan hekimler artık “hasta lehine risk almayan” hekimler haline geliyor. Oysa risk almak, tıbbın vazgeçilmez bir gerekliliğidir.

Çözüm önerileri;

- • Şikâyetler; İsveç, Danimarka, Finlandiya ve İzlanda örneklerinde olduğu gibi mahkeme dışı, uzmanlardan oluşan idari kurullar tarafından incelenmeli ve hızla karara bağlanmalıdır.
- Sadece kasıt ve tekrarlayan savsaklama olayları mahkemeye intikal etmelidir.
- “Nerede hata yaptık, bunu düzeltmek için neler yapabiliriz?” sorusunun sorulduğu bir düzen yerine sürekli kişileri suçlama üzerine kurulu bir sistem yürütülmektedir. Asıl konu budur. Bu tür olaylarda, sistemseller sorunların çözüme kavuşmasına yönelik kararlar alınmalıdır.
- Dava dosyalarında genetik ve nadir hastalık bilincine sahip doktor bilirkişilerinde değerlendirmeleri alınmalıdır. Bilirkişilere bu alanda eğitim verilmesi vazgeçilmez bir zorunluluktur. Her on kişiden birinin

nadir hastalığı vardır. Dava dosyalarını incelediğinizde, en çok bu hasta gruplarının davalara konu olduğunu net olarak görebilirsiniz. Bu konuda bilimsel bir çalışma yapmamız ve değerlendirmemiz gerekmektedir. Komplikasyon, yan etki ve tedavi başarısızlığı hastalarının çoğunluğunu nadir hastalığı olanlar oluşturur. Bu hastalıklara hızlı ve kolay tanı konulan ortamları yaratmadığımız sürece hastalar mağdur olmaya devam edecek; hekimler de haksız davaların ve şikâyetlerin mağduru olacaktır.

- Hasta hakları yanında personel haklarının da çok etkin konuşulması, tartışılması ve sağlık personeli hakkındaki şikâyetlerde, personel hakları birimlerinin de etkin olması gereklidir.
- Tüm bunları değerlendirirken “kalite” tanımını unutmamamız gerekir. Kalite yönetimi sistemi, hataları en aza indirmeye yönelik tedbirler silsilesidir; yani sıfır hata diye bir şey yoktur (4). Soruşturmalarda, bireylerin yanı sıra sistemler de sorgulanmalı, yazıda da belirttiğim gibi hayatı boyunca çok az hata yapmış bir hekimle sürekli hata yapan kişiler ayrı değerlendirilmelidir. Aksini yapmak, gerçekten yeni bir haksızlık türüdür.

KAYNAKÇA

- Collins FS, Varmus H. A new initiative on precision medicine. *N Engl J Med*. 2015 Feb 26;372(9):793-5. doi: 10.1056/NEJMp1500523. Epub 2015 Jan 30. PMID: 25635347; PMCID: PMC5101938.
- Nguengang Wakap, S., Lambert, D.M., Olry, A. *et al*. Estimating cumulative point prevalence of rare diseases: analysis of the Orphanet database. *Eur J Hum Genet* **28**, 165–173 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41431-019-0508-0>
- Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, Brennan TA. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA*. 2005 Jun 1;293(21):2609-17. doi: 10.1001/jama.293.21.2609. PMID: 15928282.
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. PMID: 25077248.

GENLER KANITA DÖNÜŞTÜĞÜNDE: GENETİK UYGULAMALARDA MALPRAKTİSİN ETİK BOYUTU

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KURTOĞLU

*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi
ve Etik Anabilim Dalı*

Özet

Genomik tıbbın hızla ilerlemesi, genetik testlerin klinik uygulamalarda yaygınlaşmasını sağlamış; ancak bu gelişmeler beraberinde yeni ve karmaşık malpraktis sorunlarını da gündeme getirmiştir. Genetik malpraktis; sağlık hizmeti sağlayıcılarının genetik testlerin seçimi, uygulanması, yorumlanması, sonuçlarının iletilmesi ve izlenmesi süreçlerinde kabul edilen tıbbi ve mesleki standartlara uymaması sonucunda hastada zarara yol açması durumunu ifade eder ve klasik malpraktis tanımlarından daha kapsamlı bir yapıya sahiptir. Bu çalışma, genetik malpraktisin etik boyutlarını beş temel ekseninde incelemektedir. Birinci eksen, genetik bilginin olasılıksal ve değişken doğasından kaynaklanan epistemik belirsizlik ile hekimin doğruyu söyleme ve sahte kesinlik yaratmama yükümlülüğü ele alınmaktadır. İkinci eksen, genetik testlerin teknik karmaşıklığı, ailesel etkileri ve geleceğe yönelik anlamları nedeniyle standart aydınlatılmış onam prosedürlerinin yetersizliği ve özerklik ilkesinin korunması tartışılmaktadır. Üçüncü eksen, genetik bilginin ilişkisel niteliği temelinde, bireysel mahremiyet ile aile bireylerini uyarma yükümlülüğü arasındaki etik gerilim, aile içi adalet ve savunmasız bireylerin korunması değerlendirilmektedir. Dördüncü eksen, varyant sınıflandırmalarının zaman içinde değişebilmesi karşısında yeniden temasa geçme yükümlülüğü ve bu yükümlülüğün sistemsel, kurumsal, ekonomik ve psikososyal engelleri incelenmektedir. Beşinci eksen ise genetik hizmetlere erişimde coğrafi ve ekonomik eşitsizlikler, epistemik adaletsizlik, teknolojik fırsat eşitliği ve toplumsal yük dağılımındaki dengesizlikler, adalet ilkesi çerçevesinde ele alınmaktadır. Çalışma, genetik bilginin artık yalnızca bir tanı aracı olmayıp ahlaki ve hukuki sonuçlar üreten bir kanıt niteliği taşıdığını vurgulamaktadır. Genetik alanında etik yükümlülük, kesinlik iddiasında bulunmak değil; bilginin geçiciliğini kabul ederek özerkliği, adaleti ve güveni korumaktır.

DOĞUM ÖNCESİ GENETİK HASTALIKLARIN İNCELENMESİ

Dr. Öğr. Üyesi Hazal KUTLUCAN

TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi Tıp Fakültesi

Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD

Bildiri Özeti

Doğum öncesi genetik hastalıkların incelenmesi; çocuk sahibi olmak isteyen çiftlere gebelik öncesinde ve gebelik oluştuktan sonra yapılan tarama ve tanı testlerini kapsar. Bu incelenme süreci; kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, klinik genetik uzmanı, ultrason görüntülemesi ve laboratuvar çalışmalarını kapsayan takım çalışmasını gerektirir.

Genetik danışmanlığa en sık başvuru nedenlerini; önceki çocuklarda anomali varlığı, ailede kalıtsal hastalık öyküsü, ileri anne yaşı, akraba evliliği, mesleksi nedenlerle kimyasal maddeye maruz kalma, ilaç ve alkol kullanımı ve tekrarlayan gebelik kayıpları oluşturmaktadır. Doğum öncesi genetik inceleme; çiftleri hasta çocuk sahibi olma riskleri hakkında bilgilendirme, bilinen bir genetik hastalığı olan çiftlere gebelik öncesi danışmanlık sağlama, hastalıklar için tarama yapma ve uygun embriyonun anne rahmine yerleştirilmesine olanak tanıma, genetik hastalıklı fetüs tespit edildiğinde gebeliğin sonlandırılması seçeneğini sunma, fetal tedavi veya cerrahi uygulayabilme gibi olanaklar tanımaktadır. Akraba evliliklerinde genetik hastalıkların geçişi daha fazla olabilirken gebelik öncesi her çiftin akrabalıktan bağımsız genetik danışmana başvurması önerilmektedir. Tespit edilmiş bir genetik hastalığın aileden çocuklarına geçmesi, preimplantasyon genetik tanı (PGT) yöntemiyle engellenebilmektedir.

Gebelikte yapılan ikili, üçlü, dörtlü taramalar ve NIPT (Non-İnvaziv Prenatal Test) kromozomal anomaliler için kesin doğrulukta teşhis koymamaktadır. Bununla birlikte, tanı testlerinin de gebeliğin düşükle sonlanması gibi ciddi riskleri olabildiğinden, yüksek bir risk bulunmadığı sürece bu testler ilk aşamada düşünülmemektedir. Genetik hastalıkların görülme sıklığı yaşla birlikte artış göstermektedir. Yenidoğanlarda en sık görülen kromozomal anomali Down sendromu olup toplumda yaklaşık 1/800 oranında görülmektedir ve yaşamla bağdaşan, bireylerin 40'lı yaşlarına ulaşabildiği bir anomalidir. Ebeveynlere, gebelikte tespit edilebilecek Down sendromu dahil olmak üzere genetik hastalıklar

anlatılmakta ve tarama testlerinin hepsinin ihtimaller üzerinden bilgi verdiği belirtilmektedir. Kadın doğum ve tıbbi genetik hekimleri olarak ihtimaller üzerinden tarama testi yapılırken yüksek riskli bir durum tespit edildiğinde tanı testleri önerilmektedir.

Kesin tanı için uygulanan yöntemler invaziv (girişimsel) yöntemler olup ailenin onamı olmadan tıbbi gereklilik olsa dahi tanı testleri yapılmamaktadır. Anne ve baba, doğum öncesi tanı testi yaptırmalarının, bebekte bir anomali tespit edilmesi halinde gebeliği sonlandırmak zorunda oldukları anlamına gelmediğini bilmelidir.

Hekim-hasta ilişkisinin en doğru şekilde kurulduğu ortam; mevcut testlerin ve kromozomal anomali ihtimallerinin hekim tarafından anlatıldığı, tarama testlerinin kesin doğrulukta bilgi vermediğinin ve tanı testlerinin gebelikle ilgili düşük, erken doğum gibi önemli sorunlara yol açabileceğinin anlaşılabilirdiği, ebeveynlerin risk ve olasılıkları kabul ettiği ve gebeliğin devamının ya da sonlandırılmasının ebeveynlerin verdiği onamla sağlandığı ortamdır. Dolayısıyla, bu hassas doğum öncesi süreçteki olumsuzluklardan yalnızca hekimler sorumlu tutulmamalıdır.

KLASİK TIBBİ MALPRAKTİSTEN GENETİK TIPTA ÖZEN BORCU, DANIŞMANLIK YÜKÜMLÜLÜĞÜ VE MODERN HUKUKİ DOKTRİNLERE*

Av. İlayda BAŞBUĞA
HEKİMSEN

1.Giriş

Tıbbın genetik bilimle kesiştiği noktada ortaya çıkan klinik genetik uygulamaları, sağlık hizmetlerinin yalnızca tedavi edici değil, aynı zamanda öngörücü ve yönlendirici bir niteliğe bürünmesine yol açmıştır. Genetik bilginin bireyin sağlık durumunun yanı sıra aile üyeleri ve gelecek kuşaklar üzerinde de belirleyici etkiler yaratması, bu alandaki tıbbi uygulamaların hukuki sonuçlarını klasik tıbbi müdahalelerden daha karmaşık ve çok boyutlu hâle getirmiştir. Özellikle prenatal tanı, farmakogenetik, onkogenetik ve kardiyogenetik gibi alanlarda alınan kararlar, yalnızca mevcut bir hastalığın tedavisini değil, gelecekte ortaya çıkabilecek risklerin yönetimini ve üreme özgürlüğüne ilişkin tercihleri de doğrudan etkilemektedir. Bu gelişmeler, klinik genetikte yapılan tıbbi hataların yalnızca bedensel zararlar üzerinden değil; bireyin ve ailenin karar verme özgürlüğü, bilgiye dayalı seçim yapabilme hakkı ve geleceğe ilişkin öngörülerini şekillendirme imkânı üzerinden de değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır. Genetik testlerin önerilmemesi, geç yapılması, hatalı yorumlanması veya sonuçların eksik ve yanıltıcı biçimde aktarılması, klasik malpraktis anlayışının ötesinde hukuki sorunlar doğurmakta; zarar kavramı, çoğu zaman gerçekleşmiş bir sonuçtan ziyade, kaçırılmış bir imkân ya da kaybedilmiş bir karar fırsatı üzerinden tanımlanmaktadır. Bu bağlamda klinik genetik, tıbbi sorumluluk hukukunda özen borcu, bilgilendirme yükümlülüğü, illiyet bağı ve zarar kavramlarının yeniden düşünülmesini zorunlu kılan bir alan olarak öne çıkmaktadır. Genetik bilginin belirsizlik ve olasılık temelli yapısı, hekimlerin ve sağlık kuruluşlarının yükümlülüklerini daha yüksek bir dikkat standardına taşıırken, “*loss of chance*” ve “*wrongful birth*” gibi modern hukuki yaklaşımların önemini artırmaktadır. Klinik genetikte malpraktis tartışmaları, yalnızca tıbbi hataların tazmini meselesi değil, aynı zamanda bireyin üreme özerkliğinin,

* Konuşmacının “Klinik Genetik Uygulamalarında Malpraktis Sorumluluğu” başlıklı konuşmasının makale halidir.

bilgilendirilmiş karar hakkının ve insan onurunun korunmasına ilişkin daha geniş bir hukuki çerçevenin parçası hâline gelmiştir. Bu nedenle klinik genetik uygulamalarında malpraktisin ele alınması, klasik tıp hukuku sınırlarının ötesine geçen, disiplinler arası ve bütüncül bir değerlendirmeyi zorunlu kılmaktadır.

2. Klasik Malpraktis Kavramının Hukuki ve Akademik Çerçevesi

Tıbbın bilimsel ve teknolojik gelişimi, sağlık hizmetlerinin kapsamını genişletmiş; buna paralel olarak tıbbi sorumluluk hukukunun sınırlarını da yeniden şekillendirmiştir. Özellikle genetik bilginin klinik uygulamalara entegre edilmesi, klasik tıbbi malpraktis anlayışının ötesinde, öngörüye, olasılığa ve risk değerlendirmesine dayalı yeni sorumluluk alanlarının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Klinik genetik uygulamaları, yalnızca bireysel hastayı değil, biyolojik akrabaları ve hatta gelecek kuşakları etkileyen sonuçlar doğurduğundan, bu alandaki tıbbi hataların hukuki sonuçları da çok daha derin ve karmaşık bir nitelik taşımaktadır (Clayton et al., 2009; Mitchell, 2016). Tıbbi malpraktis, en genel anlamıyla, sağlık hizmeti sunan profesyonelin mesleğini icra ederken aynı uzmanlık alanında benzer bilgi, eğitim ve deneyime sahip makul bir meslektaşın göstereceği dikkat ve özen düzeyinin altında davranması ve bu davranış sonucunda hastanın zarar görmesi hâlinde ortaya çıkan hukuki sorumluluk hâlidir. Akademik literatürde, malpraktisin varlığı için dört temel unsurun birlikte gerçekleşmesi gerektiği kabul edilmektedir: hekimin bakım yükümlülüğü, bu yükümlülüğün ihlali, hastada meydana gelen zarar ve ihlal ile zarar arasında uygun nedensellik bağının bulunması (Hill, 2019; Bal, 2008). Klasik malpraktis anlayışı, çoğunlukla cerrahi müdahaleler, ilaç uygulamaları ve tanı süreçlerinde yapılan somut hatalar üzerinden şekillenmiştir. Bu bağlamda zarar ve illiyet bağı genellikle doğrudan ve açık biçimde tespit edilebilmiştir. Ancak tanınal süreçlerin karmaşıklaştığı, tıbbi kararların giderek daha fazla olasılık ve risk hesaplamasına dayandığı modern tıp uygulamalarında, malpraktis kavramı da evrilmiş; “yapılmayan”, “geç yapılan” veya “yanlış yorumlanan” tıbbi işlemler de sorumluluk alanına dâhil edilmiştir (Studdert et al., 2000; Mello & Brennan, 2002).

3. Klinik Genetik Kavramı ve Hukuki Zemin

Klinik genetik, genetik bilgiyi bireyin tanı, tedavi, izlem ve önleyici sağlık hizmetlerine entegre eden tıbbi bir uzmanlık alanıdır. Hukuki literatürde klinik genetik, yalnızca genetik testlerin yapılmasıyla sınırlı görülmemekte; testlerin önerilmesi, uygun testin seçilmesi, sonuçların bilimsel rehberlere

uygun biçimde yorumlanması ve bu bilgilerin hastaya aktarılması süreçlerinin tamamını kapsayan bir sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır (Clayton et al., 2009). Genetik bilginin paylaşılan ve öngörüsül niteliği, klinik genetiği klasik hekim-hasta ilişkisinden ayırmakta ve bu alanı tıbbi sorumluluk hukuku açısından özel bir konuma yerleştirmektedir (Dworkin, 1985).

Hukuki analiz açısından klinik genetik uygulamalarının sınıflandırılması, sorumluluk risklerinin anlaşılmasını kolaylaştırmaktadır. Prenatal genetik, fetüste olası genetik anomalilerin tespitine yönelik uygulamaları kapsarken; farmakogenetik, bireyin genetik yapısına göre ilaç seçimi ve doz ayarlamasını konu alır. Onkogenetik, kalıtsal kanser yatkınlıklarının belirlenmesi ve önleyici stratejilerin geliştirilmesine odaklanırken; kardiyogenetik, ani kardiyak ölüm gibi geri dönüşü olmayan sonuçlar doğurabilecek genetik risklerin saptanmasını amaçlar. Bu alanların tamamında ortak olan husus, genetik bilginin kesinlikten ziyade olasılık ve risk temelli olmasıdır (Evans & Rothschild, 2012).

4. Klinik Genetikte Özen Borcu ve İhlali

Klinik genetikte özen borcu, hekimin yalnızca teknik olarak doğru testleri uygulamasını değil, genetik bilginin güncel bilimsel rehberlere uygun biçimde yorumlanmasını ve hastaya anlaşılır şekilde aktarılmasını da kapsar. Mello ve Brennan'a göre özen borcu, hekimin bilinen riskleri öngörme ve bu riskleri hastaya bildirme yükümlülüğünü de içerir (Mello & Brennan, 2002). Studdert ve arkadaşları ise genetik gibi hızla gelişen alanlarda hekimin güncel bilimsel bilgileri takip etme yükümlülüğünün özen borcunun ayrılmaz bir parçası olduğunu vurgular (Studdert et al., 2000). Özen borcunun ihlali, klinik genetikte sıklıkla testin hiç önerilmemesi, yanlış testin seçilmesi, test sonucunun hatalı yorumlanması veya genetik danışmanlığın yetersiz verilmesi şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bu ihlallerin doğurduğu zarar kavramı ise klasik malpraktisten farklıdır. Prenatal tanıda zarar, ağır anomalili bir çocuğun doğumu değil; ebeveynin bilgilendirilmiş bir karar vererek gebeliği sonlandırma veya alternatif seçenekleri değerlendirme imkânını kaybetmesidir (Botkin, 1994).

5. Danışmanlık, Test ve Raporlama Hataları

Genetik danışmanlık, klasik aydınlatılmış onamdan daha geniş bir süreçtir. Botkin, prenatal genetik danışmanlığı, teknik bilginin aktarılmasının ötesinde, aileyi genetik risklerin tıbbi, etik ve psikososyal sonuçları hakkında yönlendiren bir süreç olarak tanımlamaktadır (Botkin, 1994). Wright ve Shaw, genetik

danışmanın testlerin sınırları, yanlış pozitif ve yanlış negatif olasılıkları ve alternatif test seçenekleri hakkında açık ve anlaşılır bilgi verme yükümlülüğü bulunduğunu belirtmektedir (Wright & Shaw, 1981). Test ve raporlama hataları ise genetik malpraktis davalarının merkezinde yer almaktadır. Özellikle genetik varyantların yanlış sınıflandırılması, “önemi belirsiz varyant” (VUS) kavramının hatalı aktarılması ve sonuçların bağlamından kopuk sunulması, yanlış klinik kararların alınmasına yol açabilmektedir (Evans & Rothschild, 2012; Lee et al., 2013).

6. Loss Of Chance ve Wrongful Birth Doktrinleri

6.1. Loss Of Change

Loss of chance doktrini, klasik tıbbi malpraktis hukukunda aranan kesin illiyet bağı şartının, belirli durumlarda adaletin gerçekleşmesini engellemesi üzerine geliştirilmiş modern bir sorumluluk yaklaşımıdır. Bu doktrin, hekimin ihmalinin doğrudan ve kesin bir zarara yol açtığına ispatlanamadığı hâllerde dahi, hastanın veya ilgili kişinin daha iyi bir sonuca ulaşma ihtimalinin kaybedilmesini hukuken korunan bir menfaat olarak kabul eder. Akademik literatürde loss of chance, “zararın kendisi değil, zarardan kaçınma veya daha iyi bir sonucu elde etme olasılığının ortadan kalkması” şeklinde tanımlanmakta ve bu kaybın bağımsız bir zarar kalemi olarak tazmin edilebileceği savunulmaktadır (King, 2006; Matsuyama, 2015). Özellikle genetik tıpta, sonuçların çoğu zaman kesinlikten ziyade olasılık ve risk üzerinden şekillenmesi nedeniyle, loss of chance doktrini klasik nedensellik teorilerine kıyasla çok daha işlevsel bir araç hâline gelmiştir.

Prenatal tanı süreçlerinde testlerin hiç önerilmemesi, geç yapılması veya sonuçların geç bildirilmesi sebebiyle ebeveynlerin gebeliği sonlandırma veya alternatif tıbbi ve hukuki seçenekleri değerlendirme imkânını kaybetmesi; kardiyogenetikte ise genetik riskin zamanında tespit edilememesi nedeniyle önleyici tedbirlerin uygulanamaması, loss of chance doktrininin tipik uygulama alanlarını oluşturmaktadır. Bu bağlamda zarar, ağır anomalili bir çocuğun doğumu ya da hastanın ölümü değil; söz konusu sonucun gerçekleşmesini önleyebilecek veya riskini azaltabilecek bir fırsatın hekim ihmali nedeniyle ortadan kalkmasıdır. Mahkemeler bu tür uyuşmazlıklarda, hekimin ihmalinin sonuca yüzde yüz neden olduğunu ispat etmeyi aramaksızın, kaybedilen şansın ağırlığını ve somut olayın koşullarını dikkate alarak oransal bir tazminat değerlendirmesi yapabilmektedir. Bu yönüyle loss of chance doktrini, klinik genetik gibi belirsizlik ve öngörü temelli alanlarda, özen borcu ihlalinin hukuki

sonuçlarını görünür kılmakta ve hastanın ya da ailenin karar verme özerkliğini koruyan tamamlayıcı bir sorumluluk mekanizması işlevi görmektedir.

Loss of chance doktrini, kesin zarar ispatı mümkün olmasa dahi, daha iyi bir sonuca ulaşma ihtimalinin kaybını hukuken tazmin edilebilir bir zarar olarak kabul eder. Genetik tıpta bu doktrin özellikle prenatal tanı ve kardiyogenetik alanlarında önem kazanmaktadır (King, 2006). Wrongful birth davalarında ise zarar, çocuğun varlığı değil; ebeveynin bilgilendirilmiş üreme kararını verebilme hakkının ihlalidir (Kayitana, 2011). Loss of chance ve wrongful birth doktrinlerinin klinik genetik bağlamında somutlaştığı en bilinen örneklerden biri, Fransız hukukunda dönüm noktası kabul edilen **Perruche davasıdır**. Bu davada, gebelik sırasında annenin geçirdiği kızamıkçık enfeksiyonu hekimler tarafından hatalı biçimde değerlendirilmiş, gerekli prenatal tanı ve bilgilendirme yapılmadığı için anne gebeliği sonlandırma imkânını kaybetmiş ve çocuk ağır engelli olarak dünyaya gelmiştir. Fransız Yargıtayı, zararı çocuğun engelliliği olarak değil, annenin gebeliği sonlandırma yönünde bilinçli bir karar verebilme şansının ortadan kalkması olarak nitelendirmiş; böylece klasik nedensellik anlayışının ötesine geçerek, bilgilendirme yükümlülüğünün ihlalini doğrudan tazminat sorumluluğuna bağlamıştır. Bu karar, prenatal tanıdaki ihmalin ebeveynin üreme özerkliğini ihlal ettiği gerekçesiyle, loss of chance ve wrongful birth doktrinlerinin Avrupa hukukunda yerleşmesine zemin hazırlamıştır (Kayitana, 2011; Botkin, 1994).

Amerikan hukukunda ise wrongful birth davaları çoğunlukla prenatal genetik testlerin önerilmemesi veya hatalı yorumlanması üzerinden şekillenmektedir. Washington Eyaleti'nde görülen ve literatürde sıkça atıf yapılan bir davada, Down sendromu riskine ilişkin prenatal tarama testleri hatalı yürütülmüş, test sonuçları aileye yanlış güvence verecek şekilde aktarılmış ve gebeliğin ilerleyen aşamalarında doğru tanı konulması mümkün olmamıştır. Jüri, bu durumda zararın çocuğun doğumu değil, ebeveynlerin gebeliği sonlandırma yönünde karar verebilecekleri bir zaman dilimini kaybetmeleri olduğuna hükmetmiş ve yüksek miktarda tazminata karar vermiştir. Bu davada mahkeme, kesin illiyet bağını aramadan, kaybedilen karar şansını hukuken korunması gereken bir menfaat olarak değerlendirmiştir; böylece loss of chance yaklaşımı açık biçimde uygulanmıştır (Yakren, 2017). Kanada'da görülen **R.H. v. Hunter** davası ise genetik danışmanlık eksikliğinin malpraktis sorumluluğu doğurduğu klasik örneklerdendir. Davada, ailede Duchenne musküler distrofi öyküsü bulunmasına rağmen, taşıyıcılık riski yeterince değerlendirilmemiş ve anneye uygun genetik danışmanlık verilmemiştir. Sonuç olarak ikinci çocuk da ağır genetik

hastalıkla doğmuştur. Mahkeme, hekimin ve ilgili sağlık birimlerinin, ailenin gelecekteki gebelikler açısından bilinçli karar verebilmesini sağlayacak bilgiyi sunmamasını ihmal olarak değerlendirmiş; zararın, ailenin riskten kaçınma ve gebelik planlamasını buna göre yapma şansının ortadan kalkması olduğunu kabul etmiştir. Bu karar, genetik danışmanlığın eksikliğinin bizzat malpraktisin ana unsuru olabileceğini açıkça ortaya koymuştur.

Loss of chance doktrininin prenatal tanı dışındaki bir uygulama alanı da **kardiyogenetik** davalardır. Amerika Birleşik Devletleri'nde ani kardiyak ölüm riski taşıyan genetik varyantlara ilişkin bir davada, aile öyküsüne rağmen gerekli genetik testlerin zamanında yapılmaması ve riskin hastaya bildirilmemesi sonucunda genç yaşta ani ölüm meydana gelmiştir. Mahkeme, genetik test yapılmış olsaydı ölümün kesin olarak önlenip önlenemeyeceğinin ispatlanamayacağını kabul etmekle birlikte, hastanın önleyici tedbirler alma ve yaşamını koruma şansının elinden alındığına hükmetmiş; bu nedenle hekimin sorumluluğunu loss of chance doktrini çerçevesinde değerlendirmiştir. Bu tür kararlar, genetik tıpta zararın çoğu zaman “olmuş bir sonuç”tan ziyade “önlenebilecek bir ihtimalin kaybı” olarak ele alınması gerektiğini göstermektedir (King, 2006; Matsuyama, 2015).

Bu örnek davalar birlikte değerlendirildiğinde, modern tıp hukukunda loss of chance ve wrongful birth doktrinlerinin, özellikle klinik genetik alanında, klasik nedensellik anlayışının yetersiz kaldığı durumlarda adaleti sağlamaya yönelik tamamlayıcı araçlar hâline geldiği görülmektedir. Mahkemeler, genetik bilginin belirsizlik ve olasılık temelli yapısını dikkate alarak, hekimin ihmalinin mutlak sonucu değil, bu ihmal nedeniyle kaybedilen karar, korunma veya kaçınma imkânlarını hukuken korunması gereken bir değer olarak kabul etmektedir.

6.2. Wrongful Birth

Wrongful birth, prenatal tanı ve genetik danışmanlık süreçlerindeki ihmal veya hatalar nedeniyle ebeveynlerin ağır genetik anomalili ya da ciddi doğumsal hastalığı bulunan bir çocuğun doğumunu önleyememesi durumunda ortaya çıkan tıbbi sorumluluk türünü ifade eder. Bu kavramda hukuken korunmak istenen menfaat, çocuğun doğmaması değil; ebeveynlerin, gebeliğin sürdürülmesi veya sonlandırılması konusunda **bilgilendirilmiş ve özgür bir karar verebilme hakkının** ihlal edilmemesidir. Akademik literatürde wrongful birth davalarının temelinde, genetik testlerin hiç önerilmemesi, geç yapılması, yanlış testin seçilmesi, test sonuçlarının hatalı yorumlanması ya da genetik danışmanlığın yetersiz verilmesi gibi ihlaller yer almaktadır (Botkin, 1994; Kayitana, 2011).

Bu davalarda zarar, çocuğun engelliliği veya hastalığı olarak değil; ebeveynlerin gebeliği sonlandırma, alternatif üreme seçeneklerini değerlendirme ya da gebeliği farklı biçimde yönetme imkânını kaybetmesi olarak tanımlanmaktadır. Mahkemeler, wrongful birth uyuşmazlıklarında klasik nedensellik anlayışını esneterek, hekimin ihmalinin çocuğun doğumuna kesin olarak neden olduğunu ispatlamayı aramak yerine, ebeveynlerin **karar verme özerkliğinin** ortadan kalkıp kalkmadığını değerlendirmektedir. Bu nedenle wrongful birth davaları, genetik danışmanlık ve bilgilendirme yükümlülüğünün niteliğini malpraktis sorumluluğunun merkezine yerleştirmiştir. Uluslararası içtihatlar, özellikle prenatal genetik uygulamalarda, ebeveynlere testlerin sınırları, risk olasılıkları, yanlış negatif ve yanlış pozitif ihtimalleri ile olası sonuçların aile yaşamı üzerindeki etkileri hakkında yeterli bilgi verilmemesini bağımsız bir ihmal türü olarak kabul etmekte; bu ihmalin, ebeveynlerin üreme özerkliğine yapılan bir müdahale olduğunu vurgulamaktadır (Wright & Shaw, 1981; Yakren, 2017). Bu yönüyle wrongful birth, klasik tıbbi hata kavramının ötesine geçerek, modern tıp hukukunda **bilgilendirilmiş seçim hakkının ihlali** üzerinden şekillenen özgün bir sorumluluk kategorisi hâline gelmiştir.

7. Sonuç

Klinik genetik uygulamalarında malpraktis, klasik tıbbi hata anlayışının ötesinde, özen, yorumlama ve bilgilendirme süreçlerini kapsayan çok boyutlu bir hukuki sorumluluk alanıdır. Genetik bilginin doğru yönetilmesi, yalnızca tıbbi bir gereklilik değil, bireyin ve ailenin temel haklarını koruyan hukuki bir zorunluluktur.

Tıbbi malpraktis kavramı, geleneksel olarak hekimin mesleğini icra ederken aynı uzmanlık alanında makul bir meslektaşının göstereceği dikkat ve özen düzeyinin altında davranması ve bu davranışın hastada bir zarara yol açması hâlinde ortaya çıkan hukuki sorumluluk olarak tanımlanmıştır (Hill, 2019; Mello & Brennan, 2002). Klasik malpraktis anlayışı, cerrahi hatalar, yanlış ilaç uygulamaları veya tanı gecikmeleri gibi somut ve doğrudan zararlarla ilişkilendirilmiş; illiyet bağının kurulması çoğu zaman görece kolay olmuştur. Ancak modern tıbbın tanı, öngörü ve risk temelli alanlara doğru genişlemesiyle birlikte, malpraktis hukuku da daha karmaşık, çok katmanlı ve olasılıksal bir yapıya evrilmiştir (Studdert et al., 2000).

Bu dönüşümün en belirgin yaşandığı alanlardan biri klinik genetik uygulamalarıdır. Klinik genetik, genetik bilgiyi tanı, tedavi, izlem ve önleyici sağlık hizmetlerine entegre eden; yalnızca bireyi değil, biyolojik akrabaları ve gelecek

nesilleri de etkileyen sonuçlar doğuran bir tıbbi uygulama alanıdır. Hukuki literatürde klinik genetik, salt genetik testlerin yapılmasıyla sınırlı görülmemekte; testlerin önerilmesi, uygun testin seçilmesi, sonuçların bilimsel rehberlere uygun biçimde yorumlanması ve bu sonuçların hastaya ve ailesine anlaşılır şekilde aktarılması süreçlerinin tamamını kapsayan bir sağlık hizmeti olarak ele alınmaktadır (Clayton et al., 2009; Dworkin, 1985). Genetik bilginin paylaşılan ve öngörüsül niteliği, klinik genetiği klasik hekim-hasta ilişkisinden ayırmakta ve bu alanı tıbbi sorumluluk hukuku açısından özel bir konuma yerleştirmektedir (Mitchell, 2016).

Hukuki analiz açısından genetik tıp uygulamalarının farmakogenetik, prenatal genetik, onkogenetik ve kardiyogenetik başlıkları altında sınıflandırılması, sorumluluk risklerinin anlaşılmasını kolaylaştırmaktadır. Farmakogenetikte genetik bilgi, ilaç seçimi ve doz ayarlaması üzerinde belirleyici hâle gelirken; prenatal genetik ebeveynlerin gebeliğin sürdürülmesi veya sonlandırılması gibi hayati kararlarını doğrudan etkiler. Onkogenetik, kalıtsal kanser risklerinin erken saptanması ve önleyici stratejilerin geliştirilmesini konu alırken; kardiyogenetik ani kardiyak ölüm gibi geri dönüşü olmayan sonuçların önlenmesine yöneliktir. Bu alanların ortak özelliği, genetik bilginin kesinlikten ziyade olasılık ve risk üzerinden işlem görmesi ve bu nedenle klinik kararların ciddi belirsizlikler içermesidir (Evans & Rothschild, 2012).

Klinik genetikte malpraktis sorumluluğunun değerlendirilmesinde özen borcu, klasik tıbbi uygulamalara kıyasla daha geniş bir içerik kazanır. Hekimin ve ilgili sağlık kuruluşunun yükümlülüğü, yalnızca teknik olarak doğru testleri uygulamakla sınırlı değildir; aynı zamanda güncel bilimsel gelişmeleri ve rehberleri takip etmek, genetik varyantları doğru sınıflandırmak ve bu bilgiyi hastanın anlayabileceği bir dille aktarmak da özen borcunun ayrılmaz parçasıdır (Mello & Brennan, 2002; Studdert et al., 2000). Özen borcunun ihlali, klinik genetikte çoğunlukla testin hiç önerilmemesi, yanlış testin seçilmesi, test sonucunun hatalı yorumlanması veya genetik danışmanlığın yetersiz verilmesi şeklinde ortaya çıkmaktadır.

Bu ihlallerin doğurduğu zarar kavramı da klasik malpraktisten farklılaşmaktadır. Prenatal genetikte zarar, ağır anomalili bir çocuğun doğumu değil; ebeveynin bilgilendirilmiş bir karar vererek gebeliği sonlandırma veya alternatif seçenekleri değerlendirme imkânını kaybetmesidir. Onkogenetikte zarar, önlenebilir veya erken evrede yakalanabilir bir kanser riskinin zamanında yönetilememesidir. Farmakogenetikte ise zarar, genetik metabolizma farklılıkları dikkate alınmadan yapılan ilaç uygulaması sonucu ortaya çıkan ciddi advers etkiler şeklinde tezahür

eder. Bu nedenle klinik genetikte illiyet bağı, klasik “doğrudan neden–sonuç” ilişkisiyle değil, çoğu zaman olasılık temelli ve kayıp fırsat yaklaşımıyla kurulmaktadır (Berlin, 2007; Lee et al., 2013).

Klinik genetikte malpraktis risklerinin en yoğunlaştığı alanlardan biri genetik danışmanlık ve bilgilendirme yükümlülüğüdür. Genetik danışmanlık, klasik aydınlatılmış onamdan farklı olarak, testin teknik içeriğinin ötesinde, sonuçların tıbbi, etik, psikososyal ve hukuki etkilerinin açıklanmasını gerektiren çok katmanlı bir süreçtir. Botkin, prenatal genetik danışmanlığı, aileyi yalnızca bilgilendiren değil, aynı zamanda karar sürecinde yönlendiren bir yapı olarak tanımlamaktadır (Botkin, 1994). Wright ve Shaw, genetik danışmanın testlerin sınırlarını, yanlış pozitif ve yanlış negatif olasılıklarını ve alternatif test seçeneklerini açıkça anlatma yükümlülüğü bulunduğunu vurgulamaktadır (Wright & Shaw, 1981). Literatürde genetik danışmanlığın yetersiz yapılmasının, hastanın özerk karar hakkını ihlal ettiği ve bağımsız bir ihmal türü oluşturduğu kabul edilmektedir (Yakren, 2017; Raposo, 2017).

Test ve raporlama hataları da klinik genetikte önemli bir malpraktis kaynağıdır. Özellikle genetik varyantların yanlış sınıflandırılması, “önemi belirsiz varyant” (VUS) kavramının hatalı aktarılması veya sonuçların bağlamından kopuk biçimde sunulması, yanlış klinik kararların alınmasına yol açabilmektedir. Akademik çalışmalar, genetik malpraktis dosyalarının önemli bir kısmında temel kusurun testin varlığı değil, sonucun yanlış yorumlanması veya yanlış danışmanlıkla desteklenmesi olduğunu ortaya koymaktadır (Evans & Rothschild, 2012; Lee et al., 2013). Bu noktada loss of chance doktrini ve wrongful birth kavramları, klinik genetikte malpraktis hukukunun merkezine yerleşmektedir. Loss of chance doktrini, kesin zarar ispatı mümkün olmasa bile, daha iyi bir sonuca ulaşma ihtimalinin kaybını hukuken tazmin edilebilir bir zarar olarak kabul eder. Genetik tıpta bu doktrin, özellikle prenatal tanı ve kardiyogenetik uygulamalarda, testlerin geç yapılması veya sonuçların geç bildirilmesi nedeniyle kaybedilen karar ve korunma fırsatlarını değerlendirmek için kullanılmaktadır (King, 2006; Matsuyama, 2015). Wrongful birth davalarında ise zarar, çocuğun varlığı değil; ebeveynin bilgilendirilmiş üreme kararını verebilme hakkının ihlalidir. Uluslararası içtihatlar, genetik danışmanlık ve bilgilendirme yükümlülüğünün bu davaların çekirdek unsuru olduğunu açıkça ortaya koymaktadır (Botkin, 1994; Kayitana, 2011).

Sonuç olarak klinik genetik uygulamalarında malpraktis, klasik tıbbi hata anlayışının ötesinde, özen, yorumlama, bilgilendirme ve karar süreçlerini kapsayan çok boyutlu bir hukuki sorumluluk alanını oluşturmaktadır. Genetik

bilginin doğru yönetilmesi, yalnızca tıbbi bir gereklilik değil; bireyin, ailenin ve toplumun temel haklarını koruyan bir hukuki zorunluluktur. Bu nedenle klinik genetik, modern tıp hukukunda en yüksek dikkat ve özen standardının uygulanması gereken alanlardan biri olarak değerlendirilmelidir.

KAYNAKÇA

- Bal, B. S. (2008). An introduction to medical malpractice in the United States. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 467(2), 339–347. <https://doi.org/10.1007/s11999-008-0636-2>
- Berlin, L. (2007). Radiologic errors and malpractice: A blurry distinction. *American Journal of Roentgenology*, 189(3), 517–522. <https://doi.org/10.2214/AJR.07.2403>
- Botkin, J. R. (1994). Prenatal screening: Professional standards and the limits of informed consent. *Obstetrics & Gynecology*, 84(3), 465–469.
- Capron, A. M. (1973). Informed consent in genetic counseling. *Yale Law Journal*, 83(3), 470–500. <https://doi.org/10.2307/795684>
- Clayton, E. W., Foulkes, A. L., Roberts, J. L., Chung, W. K., Evans, B. J., & Marchant, G. E. (2009). Can clinical genetics laboratories be sued for medical malpractice? *Annals of Health Law*, 18, 153–182.
- Dworkin, R. B. (1985). Legal aspects of human genetics. *Indiana Law Journal*, 60(3), 461–520.
- Evans, J. P., & Rothschild, B. B. (2012). Medical uncertainty and the role of genomic misinterpretation in malpractice. *Genetics in Medicine*, 14(5), 451–455. <https://doi.org/10.1038/gim.2012.12>
- Hill, G. Q. (2019). A primer on the elements of medical malpractice. *Missouri Medicine*, 116(1), 48–52.
- Kayitana, E. (2011). Wrongful birth and wrongful life claims in the context of prenatal genetic counselling. *Potchefstroom Electronic Law Journal*, 14(5), 156–194. <https://doi.org/10.4314/pelj.v14i5.6>
- King, J. H. (2006). Causation, valuation, and chance in personal injury torts involving preexisting conditions and future consequences. *Yale Law Journal*, 90(6), 1353–1397.
- Lee, C. S., Nagy, P. G., Weaver, S. J., & Newman-Toker, D. E. (2013). Cognitive and system factors contributing to diagnostic errors in medicine. *BMJ*

Quality & Safety, 22(Suppl 2), ii65–ii72. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001712>

- Matsuyama, Y. (2015). Loss of chance in medical malpractice law: A comparative analysis. *American Journal of Comparative Law*, 63(1), 1–34.
- Mello, M. M., & Brennan, T. A. (2002). Deterrence of medical errors: Theory and evidence for malpractice reform. *Texas Law Review*, 80, 1595–1637.
- Mitchell, C. (2016). *A duty to warn relatives in clinical genetics* (Doctoral dissertation). University of Oxford.
- Raposo, V. L. (2017). Genetic counseling malpractice: The duty to inform and the limits of liability. *European Journal of Health Law*, 24(2), 183–203. <https://doi.org/10.1163/15718093-12341416>
- Studdert, D. M., Mello, M. M., Sage, W. M., DesRoches, C. M., Peugh, J., Zapert, K., & Brennan, T. A. (2000). Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA*, 293(21), 2609–2617. <https://doi.org/10.1001/jama.293.21.2609>
- Vincent, C., Young, M., & Phillips, A. (2001). Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *The Lancet*, 357(9254), 119–124. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)03568-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)03568-7)
- Wright, C. F., & Shaw, D. (1981). Genetic screening and counselling: Legal and ethical issues. *Journal of Medical Ethics*, 7(3), 135–143. <https://doi.org/10.1136/jme.7.3.135>
- Yakren, S. (2017). Wrongful birth and informed reproductive decision-making. *Harvard Journal of Law & Gender*, 40, 31–79.



XI. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

İkinci Gün Oturumları (13 Aralık 2025)

OTURUM KONULARI

4. Oturum:

Sağlık mı Pazar mı?

5. Oturum:

Sağlık Hizmetlerinde Yolsuzlukların ve Suistimalin Önlenmesi Mümkün mü? – Açık Oturum



XI. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

Dördüncü Oturum

(13 Aralık 2025)

SAĞLIK MI PAZAR MI?

Oturum Başkanı

Av. Muhammed Yusuf DAMNALI

(Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Genel Sekreteri)

Konuşmacılar

Gıd. Müh. Funda UYAR ÖZPINAR

(TMMOB Gıda Mühendisleri Odası İkinci Başkanı)

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah YILDIZ – Dr. Ebru AYDIN ÇAĞLIYAN

(Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik ABD)

Ecz. Erdal KART

(Ankara Eczası Odası)

Uzm. Dyt. Ateş ATEŞ

(Uzman Diyetisyen)

Av. Hilal ARI

(Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkan Yardımcısı)

YEDİĞİMİZ GIDALARDAN NEDEN ZEHİRLENİYORUZ? GIDALAR GÜVENLİ Mİ?

Gıda. Müh. Funda UYAR ÖZPINAR

TMMOB Gıda Mühendisleri Odası İkinci Başkanı

Giriş

Gıda, yediğimiz ve içtiğimiz her şeydir. Daha geniş bir tanımla yenilen, içilen, işlenmemiş, kısmen işlenmiş ve işlenmiş her türlü maddedir. İnsanın temel ihtiyaçlarındandır, ötelenemez ve ertelenemez. Doğum öncesi anne karnındaki gelişimle başlayan gıda ihtiyacı, nefes aldığımız her gün devam etmektedir. Barınma, sağlık, eğitim ve ulaşım gibi temel gereksinimlerden olmasına rağmen, özellikle pandemi sonrasında ve enflasyonist dönemlerde ihtiyaç listesinin tartışılmaz lideri haline gelmiştir ve önemini uzun dönemde korumaya devam edecektir.

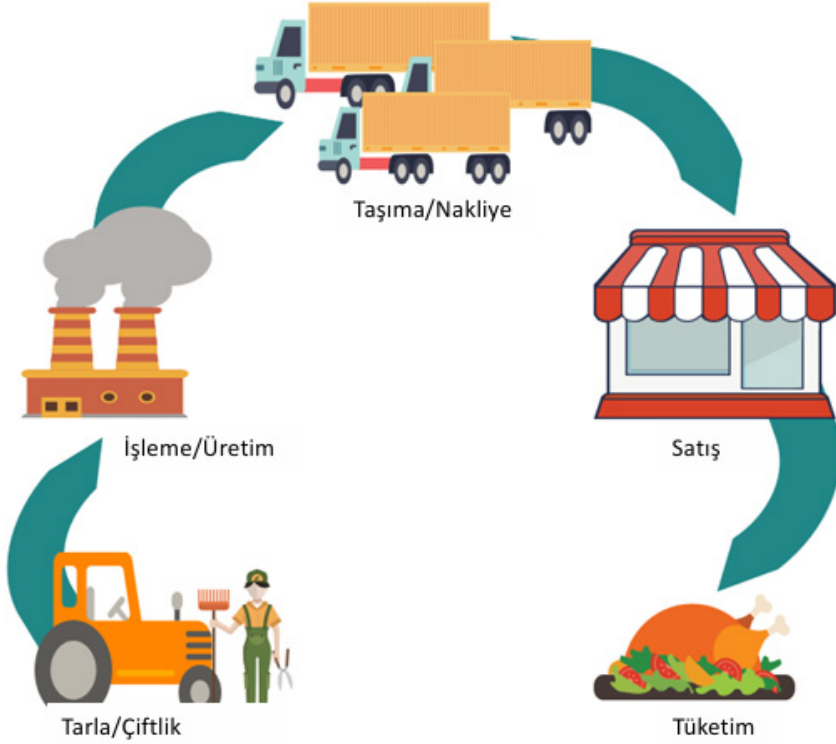
Gıda güvenliği, beslenme ve gıda güvencesi yakından ilişkilidir. Güvenli olmayan gıda, özellikle bebekleri, çocukları, yaşlıları ve kronik hastaları etkileyerek, hastalık ve yetersiz beslenme kısır döngüsü yaratır. Güvenli gıda tedariki, sağlıklı ve dengeli beslenmeye katkıda bulunmanın yanı sıra, ulusal ekonomileri, ticareti ve turizmi de destekleyerek sürdürülebilir kalkınmayı teşvik eder. Ayrıca küresel ticaret, artan dünya nüfusu, iklim değişikliği ve hızla değişen gıda sistemleri gıda güvenliğini etkilemektedir. Kamu yöneticileri, küresel ve ülke düzeyinde güvensiz gıda tüketimine bağlı halk sağlığı tehditlerini önleme, tespit etme ve bunlara müdahale etme kapasitesini artırmak zorundadır ^[1].

Türkiye’de gıda güvencesi ve gıda güvenliği konularına değinilecek bu çalışmada, temel tanımların yanı sıra somut veriler paylaşılarak farkındalık yaratılmak istenmektedir. Gelişmiş ülkelerdeki uygulamaların yanı sıra, son yıllardaki gelişmeler gözden geçirilecek, ülkemizdeki uygulamalarla karşılaştırma yapılacaktır.

Gıda Güvenliği

Gıda güvenliği, gıdaların üretim, işleme, depolama, dağıtım ve tüketim aşamalarında fiziksel, kimyasal veya biyolojik zararlardan arındırılarak insan sağlığına zarar vermeyecek şekilde tüketime sunulması için alınan tüm önlemler ve prosedürler bütünüdür. Basit anlamda, “Çiftlikten Sofraya” ya da “Tarladan Çatala” prensibiyle, güvenli hammadde ve hijyenik koşullarda üretimi kapsar

[2]. Beş ana sürecin yer aldığı Şekil-1’de, üretim aşamaları basit şekilde yer almaktadır, ancak sektöre ve ürüne bağlı olarak onlarca kişinin görev yaptığı, yüzlerce makine ve ekipmanın kullanıldığı, binlerce hammaddenin işlendiği kompleks bir yapıdan söz edilmektedir.



Şekil-1: Tarladan sofraya prensibi ve aşamaları [3].

Gıda Güvenliği Tehlikeleri

Tanım olarak “gıda güvenliği tehlikesi” gıda üretim zinciri boyunca karşılaşılan biyolojik, kimyasal ve fiziksel her türlü etkidir. Bu etkenleri içeren gıda tüketildiğinde hastalığa ve/veya zehirlenmeye sebep olabilir, uzun süreli maruz kalmaya bağlı olarak kronik rahatsızlıklar ve akut tehlikeler ortaya çıkabilir.

Tehlike etkenleri üç grupta tanımlanmaktadır (Şekil-2):

1. *Biyolojik tehlikeler*: Bakteri, virüs, parazit ve küflerin yer aldığı patojen mikroorganizmalar.

2. *Kimyasal tehlikeler*: Alerjen ve mikotoksinler gibi doğal olarak oluşan kimyasallar; pestisit, ağır metal, dezenfektan ve ambalaj gibi proseslerde kullanılan kimyasallar ve alerjenler.

3. *Fiziksel tehlikeler*: Gıdada doğal olarak bulunabilen çekirdek, kabuk, kemik parçaları gibi maddeler ile işlem sırasında kalabilecek ya da düşebilecek cam, saç, toprak ve metal parçaları.

Gıda ile ilişkili olan ve gıda tüketildiğinde zarar verme potansiyeline sahip herhangi bir ajan veya madde olarak tanımlanan gıda güvenliği tehlikeleri, gıda zinciri boyunca herhangi bir aşamada gıdaya bulaşabilir, tüketicinin sağlığını tehlikeye atabilir.



Şekil-2: Gıda güvenliği tehlikeleri ^[5].

Gıda Güvenliği Sistemleri ve HACCP

“Tehlike Analizi ve Kritik Kontrol Noktaları” olarak tanımlanan HACCP, önleyici yaklaşım ilkesine göre geliştirilmiş, gıda güvenliği için önemli olan tehlikeleri tanımlayan, değerlendiren ve kontrol eden sistemdir. Gıda işletmelerinde güvenli gıda üretiminin ve yönetiminin başarılı olabilmesi için temel ilke olan bu sistem, ön gereksinim programları ve güvenli proses dizaynının birlikte yürütüldüğü bir sistem kurmak ve uygulanabilirlikleri doğrulamaktır ^[6].

HACCP uluslararası kabul görmüş yedi prensibe dayanmaktadır ^[7]:

1- Tehlike analizi

2- Kritik kontrol noktalarının (KKN) belirlenmesi

- 3- Kritik limitlerin belirlenmesi
- 4- İzleme prosedürleri
- 5- Düzeltici eylemler
- 6- Doğrulama prosedürleri
- 7- Kayıt tutma ve dokümantasyon

Gıda işletmesi sahibi/patronu gıda güvenliği sistemine uygun üretim yapma dileğinde ise, temel olarak HACCP sistemini kurulmasını ve gerçek anlamda işletilmesini sağlamalı, her çalışan ve yöneticinin ortaklaşa çalışmasına destek verilmelidir.

Dünyada Gıda Güvenliği Sistemleri ve Uygulamaları

Gelişmiş ülkelerdeki gıda güvenliği sistemleri ve uygulamaları ışığında, hangi kurumlar ve hangi sistemler oluşturulmuş özetleyelim. Öncelikle kamuda gıdaya verilen önemin ilk göstergesi olarak bakanlık seviyesinde ele alınmasının önemli olduğunu söyleyebiliriz. Bu bağlamda aşağıda bazı Avrupa Birliği bünyesindeki ülkelerin bakanlık isimlerine yer verilmiştir:

- 1- Almanya Gıda ve Tarım Bakanlığı
- 2- Hollanda Tarım, Balıkçılık, Gıda Güvenliği ve Doğa Bakanlığı
- 3- Fransa Tarım ve Gıda Bakanlığı
- 4- İtalya Tarım, Gıda Egemenliği ve Orman Bakanlığı
- 5- İspanya Tarım, Balıkçılık ve Gıda Bakanlığı
- 6- İngiltere Tarım, Balıkçılık ve Gıda Bakanlığı

Karşımıza çıkan tablo Avrupa Birliği üyesi ülkelerinde, doğa, tarım, balıkçılık gibi birincil üretim noktalarına, egemenlik, güvenlik gibi tanımlarla da üretimin stratejik konumuna vurgu yapmaktadır. Bu bağlamda ülkemizde gıda ile ilgili konular “Tarım ve Orman Bakanlığı” bünyesinde “Gıda ve Kontrol Genel Müdürlüğü”, “Bitkisel Üretim Genel Müdürlüğü”, “Hayvancılık Genel Müdürlüğü” gibi merkez birimleri tarafından takip edilmektedir. Ancak bu birimler arasında koordinasyon sağlanması konusunda iletişim ve bilgi aktarımı sorunları olacağı da tahmin edilebilir. Son yıllarda yaşanan yüksek gıda enflasyonu ve birincil üretimde yaşanan kayıplar, çalışmaların ve koordinasyonun yeterince etkili ve verimli olmadığını düşündürmektedir.

Avrupa Birliği uygulamalarında, ülkeler farklı olmasına rağmen bakanlıkların benzer isimlerle tanımlanmasının yanı sıra, birlik bünyesinde ortak yapılan çalışmalar da bulunmaktadır. Bunlardan biri ve en bilineni RASSF alarm sistemidir.

1979 yılında ithal portakallarda yaşanan sorunlar üzerine, Avrupa ülkelerine ithal edilen gıda ürünlerinin şeffaf ve tarafsız şekilde denetlendiği sistem olan RASFF (Rapid Alert System for Food and Feed - Gıda ve Yem için Hızlı Alarm Sistemi) kurulmuştur. Kurucu ülkeler Belçika, Danimarka, Fransa, Almanya, İrlanda, İtalya, Lüksemburg, Hollanda ve İngiltere olmasına rağmen, Avrupa Birliğine daha sonra giren ülkeler de sisteme entegre olmaktadır. Kuruluş amaçlarını ülkeler arasında şeffaf bilgi paylaşımının sağlanması, hızlı reaksiyon alınması, gıda zincirinde karşılaşılabilecek sorunların ve halk sağlığı tehditlerinin önlenmesi için erken uyarı sisteminin çalıştırılması olarak özetleyebiliriz [8].

RASSF alarm istemi ile Avrupa Birliği üyesi ülkelere ithal edilen her bir ürün, sebze ve meyve sınırlarda, limanlarda ve gümrüklerde kontrol edilir, analizler yapılır, bulunan uygunsuzluklar ve riskler (En bilineni pestisit kalıntı limitleri ve mikotoksinlerdir.), bilimsel tüm detaylarla internet ortamında paylaşılır. RASSF penceresi adı verilen bu uygulama ile ilgili detaylı bilgilere Avrupa Komisyonu Gıda Güvenliği (European Commission Food Safety) ve Gıda Güvenliği Derneği internet sitelerinden ulaşılabilir [9,10].

RASFF Window									
Search	Consumers								
2025.3937	Fruits and vegetables	food	Salmonella spp. in tomatoes from Italy	11 DEC 2025	Italy	Austria	alert notification	serious	
2025.3936	Dietetic foods, food...	food	Food supplement with novel food ingredients from China	11 DEC 2025	China	Austria	information notification for attention	potential risk	
2025.3935	Feed materials	food	Salmonella Agona s. Insecte vejeten (Hagranuwanen) z Ukraine // Salmonella Agona in non-granulated soybean meal from Ukraine	11 DEC 2025	Ukraine	Poland	information notification for attention	not serious	
2025.3934	Dietetic foods, food...	food	Food supplement with novel food ingredient from the United States	11 DEC 2025	United States	Austria	information notification for attention	potential risk	
2025.3931	Fruits and vegetables	food	High results for pesticides for eggplants from the Dominican Republic.	11 DEC 2025	Dominican Republic	Switzerland	border rejection notification	potential risk	
2025.3929	Fruits and vegetables	food	Pesticides residues of acicampikil in cherry tomatoes from Italy	11 DEC 2025	Italy	Croatia	alert notification	serious	
2025.3928	Cocoa and cocoa preparations...	food	Unauthorized substance (dibutyltin) in matcha tea powder from China	11 DEC 2025	China	Czech Republic	border rejection notification	potentially serious	
2025.3925	Poultry meat and poultry meat...	food	Presencia de Salmonella spp en longaniza de pollo procedente de España/Presencia of Salmonella spp in chicken sausage from Spain	11 DEC 2025	Spain	Spain	information notification for attention	serious	
2025.3923	Cereals and bakery products	food	Toxigenic alkaloids (scopolamine) in Sorghum flour from Rwanda	11 DEC 2025	Rwanda	Belgium	information notification for attention	serious	
2025.3922	Fruits and vegetables	food	Ochratoxin A in dried figs from Turkey // Ochratoxin A in figs secchi dalla Turchia	11 DEC 2025	Türkiye	Italy	border rejection notification	serious	
2025.3916	Poultry meat and poultry	food	Salmonella Infantis in fresh broiler chicken thighs from Poland	11 DEC 2025	Poland	Lithuania	information notification for attention	not serious	
2025.3915	Fruits and vegetables	food	Ochratoxin A in dried figs from Turkey	11 DEC 2025	Türkiye	Italy	border rejection notification	serious	
2025.3911	Entrainments and products thereof	food	Nitrofurans (SEM) in shrimps from India	11 DEC 2025	India	Belgium	border rejection notification	potentially serious	
2025.3910	Cereals and bakery products	food	Chlorpyrifos in basmati rice from India	11 DEC 2025	India	Netherlands	border rejection notification	potentially serious	

Şekil-3: RASSF penceresi [8]

Avrupa Birliği ülkelerinde kamu otoritesi tarafından yürütülen çalışmalar yanında, gıda güvenliği yönetim sistemleri de küresel ekonomi gerekliliklerine paralel olarak güncellenmiş, son yıllarda yeni programlarla desteklenmiştir.

Özellikle ihracat yapan gıda işletmelerinin kurmayı tercih ettikleri gıda güvenliği yönetim sistemleri aşağıda yer almaktadır ^[11].

ISO 22000 Gıda Güvenliği Yönetim Sistemi

Dünyada güç dengelerini değiştiren ve ülkeler arası rekabeti belirleyen ana unsur, kaynakların verimli kullanılması ve tüketicilerin güvenilir ürünlere ulaşabilmesidir. Dünyada yaşanan gelişmeler geleceğin en önemli sektörünün tarım, stratejik ürünün ise gıda olacağını göstermektedir. Gıda arzını sağlayan tarımsal üretimi yönlendiren en önemli unsurda tüketici talebi olmaktadır. Tüketiciler kendilerine sunulan ürünün güvenilir olduğuna dair kanıtlar aramaktadır.

Gıda Güvenliği Yönetim Sisteminin (GGYS) benimsenmesi, bir kuruluşun gıda güvenliği konusundaki genel performansını iyileştirmeye yardımcı olabilecek stratejik bir karardır. “ISO 22000 Gıda Güvenliği Yönetim Sistemi” dünya genelinde güvenli gıda üretim zinciri kurmak amacı ile oluşturulmuş uluslararası bir standarttır.

Bu standardın uygulanması tedarikçiler, tüketiciler, kamu birimleri ve yasa koyucular dahil olmak üzere tüm ilgili taraflar arasında etkin iletişim oluşturarak üretimin her aşamasında ürün izlenebilirliğinin sağlanmasını, insan sağlığı için tehdit oluşturacak tehlikelerin kontrol edilmesini, tamamen ortadan kaldırılmasını veya kabul edilebilir limitlere çekilmesini, risklerin yönetilmesini, yasal şartlara uyulmasını, üretim sonrası doğrulamalarla kaynak optimizasyonunu sağlar. Uluslararası pazarda rekabet gücünü ve markaya duyulan güven duygusunu artırır, reaktif düşünce sistemi yerine proaktif düşünce sistemini geliştirir.

Bu yönetim sistemi,

- 1) Müşteri gerekliliklerini, geçerli yasal ve düzenleyici kuralları karşılayan güvenli gıda, ürün ve hizmetleri sürdürülebilir, tutarlı şekilde sağlar.
- 2) İşletme hedefleri ile ilişkili riskleri ele alır ve gözden geçirilmesine imkân verir.
- 3) İşletmenin GGYS gerekliliklerine uygun davranmasını temin eder.

FSSC 22000 (Food Safety System Certification)

FSSC 22000, FSSC Vakfı tarafından oluşturulan tüm gıda zincirinde yer alan gıda üreticilerinin, gıda güvenliği sistemlerinin tetkik edilmesi ve belgelendirilmesinde kullanılan uluslararası çapta kabul görmüş, ISO temelli bir belgelendirme programıdır.

FSSC 22000, gıda güvenliği konusunda dünyada söz sahibi olan ilgili birçok kuruluş ve organizasyonun geniş katılımıyla oluşturulmuş GFSI (Global Food Safety Initiative) tarafından tanınmaktadır. Ayrıca EA (European Cooperation for Accreditation) tarafından da kabul gören bir programdır. Bu program resmi makamların, gıda sektörü müşterilerinin ve tüketicilerin taleplerini karşılamak için sağlam ve etkin bir gıda güvenliği yönetim sisteminin tesis edilmiş olduğunun teyidi için gerekli şartları tanımlar. Uluslararası gıda sektörünün ihtiyaçlarına cevap olarak geliştirilen FSSC 22000, GGYS'lerinin üçüncü taraf tetkiki ve belgelendirilmesine yönelik ISO tabanlı, bağımsız bir gıda güvenliği yönetimi programı sunmaktadır.

IFS Food (International Food Standard)

IFS Food Standardı, 2002 yılında Alman Perakendeciler Federasyonu (HDE) öncülüğünde geliştirilmiş, 2003 yılında Fransız Perakendeciler ve Toptan Satışçılar Federasyonu (FCD) da sürece katılmıştır. Standart, küresel perakende zincirlerinin tedarikçilerinden ortak bir kalite güvencesi talep etme ihtiyacından doğmuştur ^[12].

IFS Food, GFSI (Global Food Safety Initiative) tarafından tanınan bir standart olup özellikle Avrupa pazarına, büyük perakendecilere ve merkezi ürünler satan marka sahiplerine ürün tedarik eden işletmeler için kritik öneme sahiptir.

IFS Food Standardı beş ana bölüm üzerine yapılandırılmıştır:

1. Kıdemli Yönetim Sorumluluğu

Üst yönetimin gıda güvenliği ve kalite yönetimine olan bağlılığı, politikaların oluşturulması, kaynakların tahsis edilmesi ve sürekli iyileştirme kültürünün yerleştirilmesi bu bölümde değerlendirilir. Yönetim gözden geçirme toplantıları ve gıda güvenliği kültürü puanlaması da bu kapsamdadır.

2. Kalite ve Gıda Güvenliği Yönetim Sistemi

HACCP tabanlı tehlike analizi, ön gereksinim programları, dökümantasyon yönetimi, iç denetimler ve yönetim gözden geçirme prosedürlerini kapsar. Bu bölüm IFS'in metodolojik iskeletini oluşturur.

3. Kaynak Yönetimi

Personel hijyeni, eğitim ve yetkinlik gereksinimleri, tesis tasarımı ve ekipman bakımı bu bölümde ele alınır. Çalışan sağlığı ve güvenliği konuları da kaynak yönetiminin bir parçasıdır.

4. Üretim Süreci

Hammadde kontrolü, ürün tasarımı ve geliştirme, üretim izleme, ambalajlama, depolama, sevkiyat ve geri çağırma prosedürleri bu bölümde değerlendirilir. Alerjen yönetimi de bu bölümdedir.

5. Ölçümler, Analizler ve İyileştirmeler

İç denetimler, uygunsuzluk yönetimi, düzeltici ve önleyici faaliyetler (CAPA), müşteri şikayetleri ve ürün güvenliği doğrulama testleri bu bölümün konularıdır.

BRCGS (Brand Reputation Compliance Global Standards)

BRCGS, gıda güvenliği, ambalajlama, depolama ve dağıtım süreçleri için küresel standartlar belirleyen, GFSI (Küresel Gıda Güvenliği Girişimi) onaylı uluslararası bir belgelendirme kuruluşudur. Yüz otuzdan fazla ülkede 30.000'den fazla tesis tarafından kullanılan bu standart, gıda güvenliği, hijyen ve kalite yönetim çerçevesiyle markaların itibarını ve tüketici güvenini korumayı amaçlar ^[13].

Bu sertifikaya sahip olmanın getirdiği avantajlar aşağıdaki gibi özetlenebilir:

Pazara Giriş: Özellikle İngiltere ve diğer ülkelerdeki büyük perakendeciler için zorunlu bir ön koşul olarak kabul edilir.

Risk Yönetimi: HACCP ve gıda güvenliği sistemlerini güçlendirerek üretim hatalarını azaltır.

İtibar: Güvenilir ve tanınan bir marka imajı sağlar.

Uluslararası Tanınırlık: 130'dan fazla ülkede geçerliliği vardır

Türkiye'de Gıda Güvenliği

2025 yılı son altı ayında, birçok gıdanın zehirlenme vakalarına sebep olduğu medya haberleri, Türkiye'de yaşayan her vatandaşımızın hafızasında yer etmiştir. Bu haberler endişe ve üzüntü yaratmanın yanı sıra, kumpirin sebep olduğu ölüm haberi ile hepimizi dehşete düşürmüştür ^[15]. “İnsan kumpirden ölür mü?” sorusu hepimizin hafızasında yer etmiş, hatta dışarda yemek tüketme sıklığını azaltmıştır.

GÜNDEM

Başkentte gıda zehirlenmesi şüphesiyle 154 kişi hastanelere başvurdu

Hastaneye başvuranlardan şu ana kadar 8'i taburcu edilirken, 142'sinin acil servislerde, 4'ünün ise yoğun bakımda takip ve tedavisinin devam ettiği öğrenildi.

Buğrahan Ayhan, Cankut Taşdan

27 Kasım 2025 • Güncelleme: 28 Kasım 2025



Ankara

Başkentte gıda zehirlenmesi şüphesiyle 154 kişi hastanelere başvurdu.

Edinilen bilgiye göre, bugün Etimesgut, Sincan ve Yenimahalle ilçelerinde bulunan inşaat şantiyelerinden ve bazı ikamet adreslerinden bulantı ve kusma şikayetleri nedeniyle 112 Acil Çağrı Merkezi'ne çok sayıda arama yapıldı.

Şekil-4: Gıda zehirlenmesi haberi örneği ^[14].

Bu haberlerin sık gündeme gelmesi ve zehirlenmeye maruz kalan kişi sayılarının yüksek olması, hepimizin aklına “Satın olduğumuz ve tükettiğimiz gıdalar güvenli mi?” sorusunu getirmiştir.

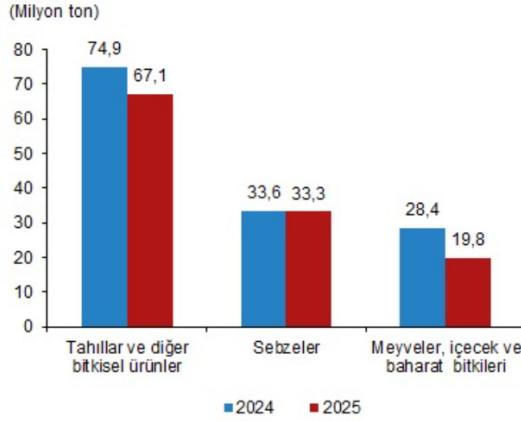
Üstüne basarak ve altını çizerek sorumuzu yineleyelim: “Gıdalar güvenli mi? Güvenli değilse neden güvenli değil? Bu durumdan kim sorumlu?”

Sorularımızı matematik ve istatistik biliminin verilerini yorumlayarak cevaplamaya çalışalım.

Şekil-5,6,7 ve 8 bu sunum hazırlandığında TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) tarafından yayınlanmış son verilerdir. Bu verileri okuduğumuzda Türkiye’de bitkisel üretimin 2025 yılında 2024 yılına göre %10,4 düştüğüne (Şekil-5), ekonomik büyüklük anlamında 2025 3.çeyreğinde tarım ve balıkçılıkta %12,7 küçülmenin gerçekleştiğine (Şekil-6), tarımda Eylül 2025 için yıllık bazda üretici fiyat artış ortalamasının %46,8 olduğuna, bazı tarım ürünlerinde bu oranın ortalamanın 2-3 katı olduğuna (Şekil-7) ve son olarak 2025 Kasım ayında

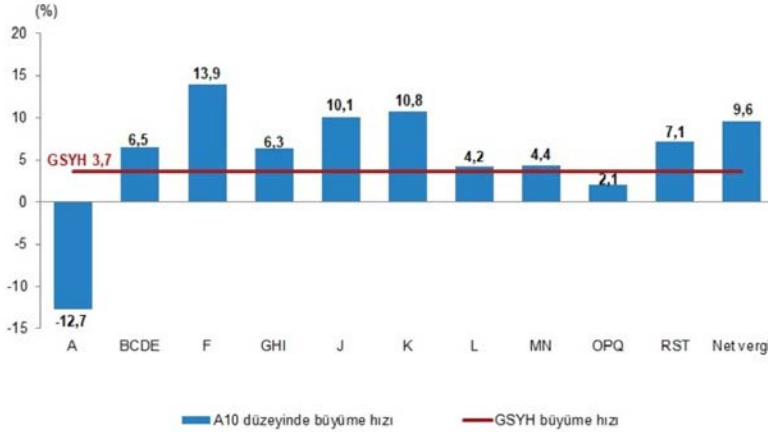
tüketici tarafında gıda enflasyonunun yıllık bazda %27.4 oranında arttığına (Şekil-8) şahit oluyoruz. Bu verilerin anlamı nedir aslında? Üretmiyoruz, üretimin azalması yüzünden birincil üretimin ekonomik değeri azalıyor, üretici girdi fiyatlarında artışlar yüzünden tarımda maliyetler yükseliyor ve tüketiciler olarak bizler de dünyanın en yüksek gıda enflasyonlarından birine maruz kalıyoruz.

Bitkisel üretim, 2024, 2025



Şekil-5: 2024 ve 2025 yıllarına ait bitkisel üretim verileri, TÜİK^[16].

GSYH, iktisadi faaliyet kollarına göre A10(1) düzeyinde büyüme hızları, III. Çeyrek: Temmuz - Eylül, 2025



(1) A-Tarım, ormancılık ve balıkçılık, BCDE-Sanayi, F-İnşaat, GHI- Ticaret, ulaştırma, konaklama ve yiyecek hizmetleri, J-Bügi ve iletişim, K-Finans ve sigorta faaliyetleri, L-Gayrimenkul faaliyetleri, MN- Mesleki, idari ve destek hizmet faaliyetleri, OPQ- Kamu yönetimi, eğitim, insan sağlığı ve sosyal hizmet faaliyetleri, RST- Diğer hizmet faaliyetleri.

Şekil-6: 2025 3.çeyrek iktisadi faaliyet büyüme hızları, TÜİK^[17].

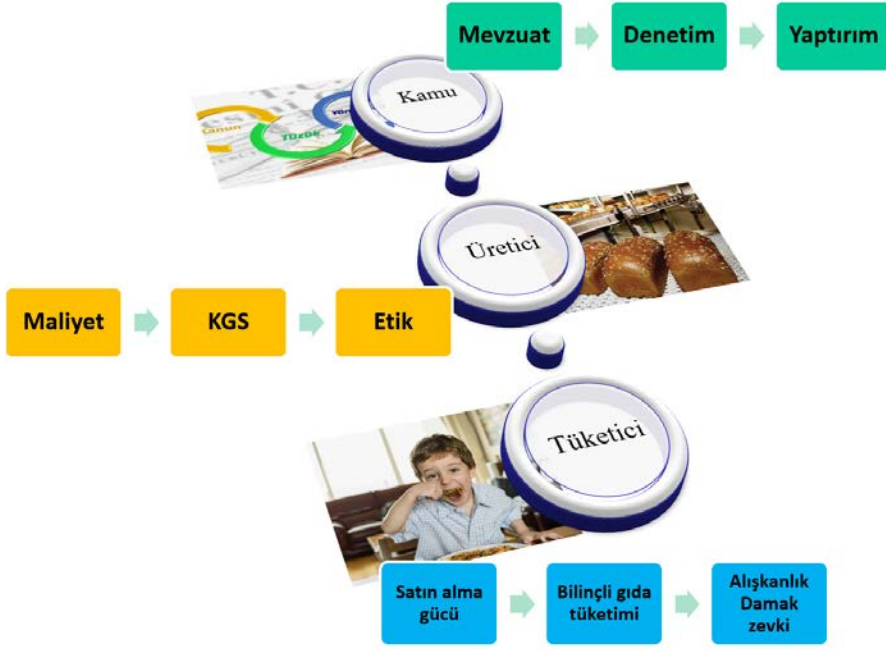
Alt gruplara göre Tarım-ÜFE yıllık değişim oranları (%), Eylül 2025

Şekil-7: ÜFE Eylül 2025, TÜİK^[18].

TÜFE ana harcama gruplarının yıllık değişim oranları ve genel endeks değişimine etkileri(%), Kasım 2025

Şekil-8: Kasım 2025 TÜFE oranları, TÜİK^[19].

Ülkemizdeki gıda güvenliği sorununu incelerken istatistiksel verilerin yanında, “Kamu, Üretici ve Tüketici” arasındaki etkileşime değinmek de büyük önem arz ediyor.



Şekil-9: Kamu, üretici ve tüketici arasındaki etkileşim.

Şekil-9'da her üç aktörün de gıda konusunda etkileri şematik olarak ifade edilmek istenmiştir.

1- Kamu mevzuatı hazırlarken doğru çalışmaları yapıyor, etkin denetim gerçekleştiriyor, kurala uymayanları tespit edip ceza ve yaptırım uyguluyor.

2- Üretici üretimini etik ve ahlaki şartlara uygun şekilde, vicdan-cüzdan ikileminde kalmadan sürdürülebilir şekilde gerçekleştiriyor, en basit ve ucuz gıda üretimini yapsa bile kalite ve güvenli gıda yönetim sistemine uygun çalışıyor.

3- Tüketiciler güvenli ve sağlıklı gıdaya ulaşıyor, sağlıklı beslenme şartlarına hâkim ve istediği gıdayı, ihtiyaç duyduğu miktarda satın alabiliyor. Ayrıca tüketimden gelen ekonomik baskı gücünü kullanarak kamu ve üretici üzerinde etkili olabiliyor.

Bu sorulara dürüstçe cevaplar verdiğimizde ülkemizde güvenli gıdaya ulaşmaya ne kadar uzak ya da ne kadar yakın olduğumuzu düşünüyorsunuz?

Sonuç

“Kendi kendine yeten, dört mevsimi yaşayan ve medeniyetler beşiği Anadolu topraklarında 2025 yılı itibari ile, güvenli gıdaya ulaştığımızı söyleyebilir miyiz?” sorusunu yönelterek farkındalığımızı artırmaya çalıştık. Gelişmiş ülkelerin bu soruna bakış açısını, çözüm ve uygulamalarını aktardık. Gelineen noktada, kısa ve net olarak söyleyebiliriz ki; ülkemizde tarımsal üretim, temiz su ve güvenli gıda üretimi ve tüketicinin güvenli gıdaya ulaşımı risk altındadır. Karar vericilerin sorunu kabul etmesini, kök nedeni tespit etmesini bekliyoruz. Bilimsel yöntemlere dayanan “Acil Eylem Planı”nın hazırlanması ve uygulanması talebimizi de yineliyoruz.

KAYNAKLAR

- [1]https://www.who.int/health-topics/food-safety#tab=tab_1
- [2]<https://arastirma.tarimorman.gov.tr/alata/Belgeler/Diger-belgeler/G%C4%B1daG%C3%BCvenli%C4%9FiZKara%C5%9Fahin.pdf>
- [3]<https://antarisconsulting.wordpress.com/2016/08/26/food-safety-from-farm-to-fork/>
- [4]<https://www.dnv.com/assurance/food-and-beverage/food-safety-hazards/>
- [5]<https://www.unileverfoodsolutions.com.ph/free-courses-academy/food-safety-and-hygiene/food-safety-introduction/the-basics-of-food-safety.html>
- [6]<https://www.tarimorman.gov.tr/ABDGM/Belgeler/%C4%B0DAR%C4%B0%20%C4%B0%C5%9ELER/2014%20temmuz/3.pdf>
- [7]<https://www.fda.gov/food/hazard-analysis-critical-control-point-haccp/haccp-principles-application-guidelines>
- [8]https://food.ec.europa.eu/food-safety/rasff_en#Learn
- [9]<https://webgate.ec.europa.eu/rasff-window/screen/search>
- [10]<https://ggd.org.tr/en/rasff-notifications/>
- [11]<https://www.tse.org.tr/>
- [12] <https://lindstromgroup.com/tr/makaleler/ifs-food-nedir-sertifikasyon-gereklilikleri/>

- [13]<https://safefoodalliance.com/food-safety-resources/what-is-brcgs/>
- [14] <https://www.aa.com.tr/tr/gundem/baskentte-gida-zehirlenmesi-suphesiyle-154-kisi-hastanelere-basvurdu/3756151>
- [15]https://www.ntv.com.tr/turkiye/kumpirden-olum-davasi-basladi-uyardim-dinleselerdi-olmeyecekti,e8t2k64M8kGl6bVh2en_zQ
- [16]<https://veriportali.tuik.gov.tr/tr/press/53939>
- [17]<https://veriportali.tuik.gov.tr/tr/press/54161>
- [18] <https://veriportali.tuik.gov.tr/tr/press/54028>
- [19]<https://veriportali.tuik.gov.tr/tr/press/54186>

BİR “KENDİN OLMA” ENDÜSTRİSİ OLARAK YAŞAM KOÇLUĞU

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah YILDIZ
Dr. Ebru AYDIN ÇAĞLIYAN

*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi
ve Etik ABD*

Bu tebliğ, son yıllarda hızla büyüyen yaşam koçluğu endüstrisini, tıp etiği ve biyoetik perspektifinden ele almakta; “sağlık mı, pazar mı?” gerilimini güven, sorumluluk ve hesap verebilirlik ilkeleri üzerinden analiz etmektedir. Yaşam koçluğu, yaşamı koçluk edilecek bir nesneye dönüştürürken, yerleşik profesyonel mesleklerin etik yapısı karşısında nerede durduğu sorusunu gündeme getirmektedir. Tıp ve biyoetik “hastanın iyiliğini” ve “güveni” öncelerken, yaşam koçluğu endüstrisi varoluşu sürekli iyileştirilmesi gereken ticari bir “proje”ye dönüştürmektedir.

Tebliğde öncelikle profesyonelliğin sınırları tartışılmaktadır. Profesyonel kimlik, bilgiyi karşısındakinin yararına kullanacağına ve zarar vermeyeceğine dair ontolojik bir söz ve güven ilişkisine dayanmaktadır. Bu ilişki, rasyonel yapıyla birlikte, acı çeken insana duyarsız kalmayan ve ona karşı sorumluluk hissedenden evrimsel bir ahlaki gelişim üzerine kuruludur. Steve Salerno’nun “SHAM” (Self-Help and Actualization Movement) olarak adlandırdığı yapı ise terapötik eylemleri taklit ederken mesleki sorumluluktan kaçınmaktadır.

Tebliğin bir diğer odağı, pozitif düşünce ideolojisinin tarihsel arka planıdır. 1980-90’lardaki kurumsal küçülmeler ve işten çıkarmalar sırasında çalışan öfkelerini dindirmek için “motivasyon koçları” devreye girmiştir. Bu süreçte sistem sorunları bireysel başarısızlık olarak yeniden çerçevelenmiş; işsizlik ve krizler “kariyer fırsatı” ya da “yeterince pozitif olamama” olarak sunulmuştur. Böylece sömürü ve artan iş yükü “pozitif kalarak” kabullendirilebilir hale getirilmiştir.

Koçluk endüstrisinin varoluşu bir performans ölçüsüne indirgemesi de tebliğin önemli eleştirisi noktalarından birini oluşturmaktadır. Yaşam; optimize edilmesi, verimli kılınması ve yönetilmesi gereken bir şirket projesi gibi ele alınmaktadır. Yas, hüznün veya kararsızlık gibi varoluşsal deneyimler, yaşanması gereken doğal süreçler yerine “aşılması gereken blokajlar” ya da “performans düşüklüğü” olarak etiketlenmektedir. Bu perspektifte insan, kendi hayatının öznesi olmaktan çıkıp dışsal motivasyon tüketicisine dönüşmektedir.

Tebliğde ayrıca sosyal medyanın yaşam koçluğundaki rolü sorgulanmaktadır. Yaşam koçluğu bir pratikten ziyade, “iyi yaşamı” estetik kodlarla sergileyen bir performans dönüşmüştür. Meşruiyet kaynağı, bilgisel ve eylemsel emeğe dayalı yetkinliğin yerini alan takipçi sayıları ile beğeni performansıdır. Bu durum, etik bir mesele olmanın yanı sıra epistemik bir sorun olarak değerlendirilmektedir. Benzer şekilde, koçların “Gölge”, “Arketip” ve “Yaralı Şifacı” gibi Jungiye kavramları kullanarak pratiklerine yapay bir akademik derinlik katmaları, bilimsel otoritenin taklidi olarak eleştirilmektedir.

Profesyonel erozyon bağlamında iki boyutlu bir sorun tespit edilmektedir. Dışsal erozyon, hafta sonu kurslarıyla alınan sertifikalarla “travma temizliği” ve “bilinçaltı temizliği” gibi bilim dışı yöntemlerin pazarlanmasını kapsamaktadır. İçsel erozyon ise hekimlerin malpraktis riski ve ağır epistemolojik yükten kaçarak “Bütüncül Tıp Koçluğu” veya “Wellness Danışmanlığı” gibi daha az denetlenen gri alanlara yönelmesiyle ilişkilidir. Bu durum, tıbbi otoritenin sağladığı güveni kullanırken sorumluluktan kaçma tehlikesi ya da bir konfor alanına göç etmeyi temsil etmektedir.

Tebliğde yetki ve sorumluluk asimetrisi de vurgulanmaktadır. Tıpta yetki (teşhis/tedavi) ile sorumluluk (malpraktis/etik kodlar) birlikte işlerken, koçlukta örtük iyileşme vaadi ile sorumsuzluk bir arada bulunmaktadır. Başarıyı danışanın “istemesine”, başarısızlığı ise danışanın yetersizliğine bağlayan bu paradigma, riski minimize edip kazancı maksimize etmektedir. Bu durum, örtük iyileşme vaadi ile yapılan bir güven istismarı ve umut ticareti olarak değerlendirilmektedir.

Son olarak tebliğde, yaşamın tıbbileştirilmesine yönelik eleştirilerin haklılığı kabul edilmekle birlikte, yaşamın “psikolojikleştirilmesi”ne de dikkat çekilmektedir. Ekonomik ve toplumsal sorunların yalnızca bireysel duygu yönetimi sorununa indirgenmesinin en az tıbbileştirme kadar tehlikeli olduğu savunulmaktadır.

Sonuç ve öneriler bağlamında: tıp ve hukuk için yaşam, bir “proje” sınırlarını aşan bir “varoluş” sürecidir. Dolayısıyla “iyileşme” vaadinin yalnızca bu alandaki yetkin profesyonellerce verilebileceği vurgulanmalıdır. Koçluk adı altında yapılan örtük psikoterapilerin “yetkisiz müdahale” veya “yanıltma” kapsamında değerlendirilmesi gerekmektedir. Hekimlerin pazarın “sorumsuz yetki” cazibesine kapılmaması ve hasta ile kurulan güven ilişkisinin profesyonelliğin özü olduğunun unutulmaması çağrısında bulunmaktadır. Ruh Sağlığı Yasası tartışmalarında ise meslek gruplarının taleplerinin “hasta çıkarı” mı yoksa “pazar kapma” talebi mi olduğunun iyi ayırt edilmesi gerektiği önerilmektedir.

TAKVİYE EDİCİ GIDA REKLAMLARININ NİTEL ANALİZİ

Ecz. Erdal KART

Ankara Eczacı Odası

Bir eczacı olarak meslek pratiğimde en sık karşılaştığım sorunlardan biri, takviye edici gıdaların toplum tarafından ilaç gibi algılanması, ancak hukuki statü bakımından ilaç olarak değerlendirilmemesidir. Literatürde bu ürünlerin “ilaç olmadığı” sıklıkla vurgulanmakta; buna karşılık doğru kişi tarafından, uygun dozda ve gerekli durumda kullanıldığında fayda sağlayabileceği belirtilmektedir. Ancak aynı ifadeyi tersinden okuduğumuzda şu gerçek ortaya çıkmaktadır: Sağlık profesyoneli önerisi olmadan ve bilinçsizce kullanılan takviye edici gıdalar ciddi sağlık riskleri doğurabilmektedir. Özellikle kronik hastalığı olan bireylerin, reçeteli ilaçlarla birlikte takviye edici gıdaları kullanma oranı giderek artmaktadır. Oysa bu ürünlerin içerdiği etken maddeler -bitkisel kaynaklı dahi olsalar- farmakolojik aktivite gösterebilmekte ve ilaçlarla etkileşime girebilmektedir. Bu etkileşimler; ilacın etkisini artırma, azaltma, toksisite oluşturma veya beklenmeyen advers etkilere yol açma potansiyeline sahiptir. Avrupa Birliği verilerine göre advers ilaç reaksiyonlarının her yıl ciddi mortalite ve milyarlarca avroluk ekonomik kayba neden olduğu bilinmektedir. Türkiye’de ilaçlara ilişkin advers etki bildirimleri Türkiye Farmakovijilans Merkezi aracılığıyla yapılabilmektedir. Ancak takviye edici gıdalara özgü sistematik bir yan etki bildirim mekanizmasının bulunmaması, bu alandaki en önemli yapısal sorunlardan biridir. Bu ürünler “gıda” statüsünde değerlendirildiği için advers etki verileri düzenli olarak toplanmamakta; dolayısıyla risk profilleri bütüncül biçimde ortaya konulamamaktadır. Diğer yandan denetimlerde bazı takviye edici gıdaların içerisinde beşerî tıbbi ürün etken maddelerinin tespit edilmiş olması, kategorik ayırımın ne kadar problemliliğini göstermektedir. Aynı etken maddeye ve benzer dozlara sahip bir ürün “ilaç” olarak ruhsatlandırılırken, benzer içerikteki başka bir ürün “takviye edici gıda” statüsünde piyasaya sunulabilmekte ve reklamı yapılabilmektedir. Farmakolojik açıdan bakıldığında bu ayırımın bilimsel değil, daha çok idari ve hukuki bir ayırım olduğu görülmektedir.

Türkiye’de takviye edici gıda reklamları mevzuat çerçevesinde denetlenmektedir. 2023 yılı verilerine göre Reklam Kurulu tarafından çok sayıda gıda ve takviye edici gıda reklamı incelenmiş ve önemli bir kısmı mevzuata aykırı bulunmuştur. Ancak mevcut yaklaşım, çoğunlukla reklamların “yanıltıcı olup olmadığı” üzerinden değerlendirilmekte; bu ürünlerin reklamının yapılmasının

halk sağlığı açısından uygunluğu ise yeterince tartışılmamaktadır. Oysa farmakolojik etkisi bulunan ve ilaçlarla etkileşime girebilen ürünlerin reklam yoluyla teşvik edilmesi, gereksiz ve bilinçsiz tüketimi artırma riski taşımaktadır. Bu çalışmada Türkiye’de görsel-işitsel medya ve sosyal medyada yayımlanan 15 takviye edici gıda reklamı niteliksel içerik analizi yöntemiyle incelenmiştir. Amaç; takviye edici gıda–reklam ilişkisini yalnızca iletişim perspektifiyle değil, aynı zamanda farmakoloji ve halk sağlığı bağlamında eleştirel bir çerçevede değerlendirmektir.

İncelenen reklamlarda belirgin hedef kitle stratejileri tespit edilmiştir. Çocuklara yönelik ürünlerde ebeveynler -özellikle anneler- “iyi ebeveynlik” sorumluluğu üzerinden satın almaya teşvik edilmektedir. Çocuğunun bağımsızlığını güçlendiren, okul başarısını artıran, enerjisini destekleyen anne figürü idealize edilmekte; böylece ürün tüketimi ebeveynlik sorumluluğunun bir parçası gibi sunulmaktadır. Sağlık çalışanlarına veya yoğun tempoda çalışan yetişkinlere yönelik reklamlarda ise yorgunluk, tükenmişlik, yetişememe kaygısı gibi temalar işlenmekte; çözüm olarak ilgili takviye edici gıda gösterilmektedir. Sürekli bir hareket, hız ve performans vurgusu dikkat çekmektedir. Oysa yaşamın zorlukları yalnızca fizyolojik değildir ve her yorgunluk ya da performans düşüşü farmakolojik destek gerektirmez.

Reklamlarda renk ve görsel tercihleri stratejik biçimde kullanılmaktadır. Enerji ve performans ürünlerinde canlı ve parlak renkler; sakinleştirici veya rahatlatıcı ürünlerde ise mavi ve yeşil tonlar tercih edilmektedir. Bu tercihler, tüketicide bilinçaltı düzeyde güven ve etki algısı oluşturmayı hedeflemektedir. Bazı reklamlarda ülke isimleri ve bayrak sembollerinin kullanıldığı görülmüştür. Örneğin Norveç bayrağı veya “Avrupa teknolojisi” gibi ifadelerle kalite ve güven algısı yaratılmaktadır. “Yeni nesil üç katmanlı sistem”, “özel formül”, “ileri teknoloji üretim” gibi terminolojik ifadeler de bilimsel bir dayanak varmış izlenimi oluşturmaktadır. Ancak bu söylemler çoğu zaman somut ve bağımsız bilimsel kanıtla desteklenmemektedir. En dikkat çekici bulgulardan biri, örtük endikasyon kullanımıdır. Mevzuat gereği açıkça hastalık belirtilememesine rağmen; “bağımsızlığı güçlendirir”, “yorgunluğa karşı”, “odaklanmayı artırır” gibi ifadelerle belirli sağlık durumlarına gönderme yapılmaktadır. Bu durum, ürünlerin ilaç gibi konumlandırılmasına yol açmaktadır. Buna karşın aynı reklamlarda “ilaç değildir” vurgusunun yapılması çelişkili bir iletişim stratejisi ortaya koymaktadır.

Zorunlu bilgilendirme metinlerinin okunamayacak hızda, küçük puntolarla ve dikkat çekmeyecek renklerle verilmesi de etik açıdan sorunludur. Bu durum,

bilgilendirme yükümlülüğünün şeklen yerine getirilmesi; ancak fiilen tüketiciye ulaşmaması anlamına gelmektedir. Reklamlarda C vitamini, D vitamini, çinko, omega-3, ginseng gibi içeriklerin olumlu etkileri vurgulanırken; yanlış doz, aşırı kullanım, ilaç etkileşimi veya özel risk gruplarına ilişkin hiçbir uyarıya yer verilmemektedir. Oysa eczane pratiğinde bu maddelerin bilinçsiz kullanımına bağlı pek çok sorunla karşılaşmaktadır.

Sonuç ve Değerlendirme

Bu çalışma, takviye edici gıda reklamlarının yalnızca ticari bir iletişim faaliyeti olarak değerlendirilemeyeceğini ortaya koymaktadır. Söz konusu ürünler farmakolojik etki potansiyeline sahiptir ve ilaçlarla etkileşime girebilmektedir. Buna rağmen “gıda” kategorisinde yer aldıkları için reklamlarının serbest olması; tüketimi artırıcı bir piyasa dinamiği yaratmaktadır.

Bir eczacı olarak açıkça ifade etmek isterim ki; farmakolojik aktivite gösterebilen ürünlerin reklam yoluyla teşvik edilmesini doğru bulmuyorum. Reklamın temel amacı satış artırmaktır; oysa sağlık alanında temel ilke gereklilik, bireysel değerlendirme ve profesyonel danışmanlıktır. Sağlıkla ilişkili ürünlerin pazarlama diliyle yaygınlaştırılması, özellikle çocuklar, yaşlılar ve kronik hastalar açısından risk oluşturmaktadır. Mevcut düzenlemelerin daha sıkı uygulanması, örtük endikasyon içeren ifadelerin engellenmesi ve takviye edici gıdalar için farmakovijilansa benzer bir bildirim sisteminin kurulması gerekmektedir. Ancak bundan daha önemlisi, bu ürünlerin reklam serbestisinin yeniden tartışmaya açılmasıdır.

Sağlık alanında mesele yalnızca tüketici hakkı değil, toplum sağlığıdır. Reklam özgürlüğü ile halk sağlığı karşı karşıya geldiğinde öncelik her zaman halk sağlığından yana olmalıdır. Takviye edici gıdaların reklamının yapılabirliği konusu, yalnızca iletişim ve ticaret hukuku bağlamında değil; farmakoloji, etik ve halk sağlığı perspektifinden yeniden değerlendirilmelidir. Bir eczacı olarak kanaatim nettir: Sağlıkla doğrudan ilişkili, farmakolojik etki potansiyeli taşıyan ürünlerin reklamı serbest bir piyasa meselesi değil; kamusal sorumluluk meselesidir.

SAĞLIK HİZMETLERİNİN GÖRÜNEN YÜZÜ: SOSYAL MEDYA İÇERİKLERİNİN HUKUKİ DEĞERLENDİRİLMESİ

Av. Hilal ARI

*Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu
Başkan Yardımcısı*

Özet

Dijitalleşme ile sağlık hizmetlerinin sunum biçimi önemli ölçüde dönüşmüş, sağlıkla ilgili ilk temas noktası geleneksel sağlık kuruluşlarından sosyal medya platformlarına kaymıştır. Bu durum, bilgiye erişimi kolaylaştırmakla birlikte hukuki ve etik sınırların belirsizleştiği yeni risk alanları yaratmıştır. Bu çalışmada, sosyal medyada sağlık içeriklerinin hukuki boyutu; sağlık meslek mensupları, influencer'lar ve koçluk meslekleri olmak üzere üç temel aktör üzerinden incelenmektedir. Sağlık hizmetinin ticari bir meta gibi sunulmasını engellemeye yönelik yasal sınırlamalar, aldatıcı ticari uygulamalar ve yetkisiz sağlık faaliyeti bağlamında değerlendirilmiş; etik riskler ve somut vakalar ışığında çözüm önerileri sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hukuku, Sosyal Medya, Influencer Sorumluluğu, Yetkisiz Sağlık Faaliyeti, Tıbbi Etik.

Abstract

The Visible Face of Healthcare Services: A Legal Evaluation of Social Media Content

The digitalization of healthcare has significantly transformed the way health services are presented and perceived. Social media platforms have increasingly become the first point of contact for individuals seeking health-related information. While this transformation facilitates access to information, it also creates new areas of legal and ethical uncertainty. This study examines the legal aspects of health-related content shared on social media through three main actors: healthcare professionals, social media influencers, and coaching professions. It highlights the blurred boundary between providing information and creating demand, and emphasizes a multi-layered liability regime under Turkish law. Ethical risks such as information asymmetry and the vulnerability of certain groups are also discussed. The study concludes that strengthening

the implementation of existing regulations is more critical than introducing new legal norms.

Keywords: Health Law, Social Media, Influencer Liability, Unauthorized Medical Practice, Medical Ethics.

1. Giriş

Dijitalleşme ile sağlık hizmetlerinin sunum biçimi yalnızca teknik anlamda değil, algısal düzeyde de dönüşmüştür. Geleneksel modelde sağlık hizmeti, belirli bir mekânda ve uzmanlık ilişkisi içinde sunulurken; günümüzde bu ilişki giderek dijital ortama taşınmaktadır. Artık birçok birey için sağlıkla ilgili ilk temas noktası bir hastane ya da hekim değil, sosyal medya platformlarında karşılaşılan içeriklerdir.

Bu durum, sağlık alanında bilgiye erişimi demokratikleştiren bir gelişme olarak görülebilse de aynı zamanda ciddi bir kontrolsüzlük alanı yaratmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sosyal medyada görünür hale gelmesi, yalnızca bir iletişim meselesi değil; hizmetin niteliğini ve güven ilişkisini dönüştüren bir olgudur. Nitekim dijital ortamda yayılan yanlış sağlık bilgilerinin bireylerin davranışlarını doğrudan etkileyebildiği çeşitli çalışmalar ve raporlarda da vurgulanmaktadır.

Bu bağlamda, sosyal medyada sunulan sağlık içeriklerinin bilgi verme amacı ile sağlık hizmeti sunumu arasındaki sınırı bulanıklaştırdığı ve bu ayrımın hukuki sorumluluğun belirlenmesinde temel bir rol oynadığı görülmektedir.

2. Sağlık Hizmetinin Dijital Temsili ve “Görünürlük” Sorunu

Sosyal medya, sağlık alanında giderek bir “ilk temas alanı” haline gelmiştir. Bireyler, bir tanı ya da tedavi sürecine girmeden önce sosyal medya içerikleri üzerinden kendilerine bir “ön bilgi” oluşturmakta ve bu doğrultuda kararlar almaktadır.

Bu noktada görünürlük kavramı kritik hale gelmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlık okuryazarlığı açısından fırsatlar barındıran bu durum, yetki ve sorumlulukla dengelenmediğinde, bilgilendirme sınırını aşarak yönlendirme ve talep yaratma işlevi görmeye başlamaktadır. Bu kırılma noktası, sağlık hukukunun temel problem alanını oluşturmaktadır.

3. Üç Aktör – Ortak Sorun

Sosyal medyada sağlık içerikleri üç temel aktör üzerinden şekillenmektedir:

- Sağlık meslek mensupları
- Sağlık profesyoneli olmayan influencer'lar
- Koçluk meslekleri

Bu aktörler farklı hukuki statülere sahip olsa da ortak sorun; sunulan içeriğin ne ölçüde tarafsız bilgi ne ölçüde bir hizmete yönlendirme (talep yaratma) olduğunun ayırt edilememesidir.

4. Sağlık Meslek Mensupları Açısından Hukuki Sınırlar

Sağlık meslek mensuplarının sosyal medya kullanımı tamamen yasaklanmamış, ancak sıkı sınırlar içine alınmıştır. Bu sınırların odağında, sağlık hizmetinin ticari bir faaliyet gibi sunulmasının engellenmesi yer alır.

Hasta-hekim ilişkisindeki bilgi asimetrisi ve hastanın incinebilirliği, bu meslek grubuna ağır bir sorumluluk yüklemektedir. Bu durum, sağlık alanında var olan yapısal bilgi asimetrisinin dijital ortamda yeniden üretilmesine ve hatta derinleşmesine yol açabilmektedir.

Temel Mevzuat:

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 24. maddesi uyarınca, tabiplerin ilan ve reklam niteliği taşıyan faaliyetlerde bulunmaları yasaklanmıştır (1219 sayılı Kanun, m. 24). Benzer şekilde, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinin 8 ve 9. maddeleri ile Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kurallarının 11. maddesi, hekimlerin mesleklerini ticari bir görünümünden uzak şekilde icra etmelerini ve reklam niteliği taşıyan davranışlardan kaçınmalarını öngörmektedir (Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, m. 8-9; TTB, 2018, m. 11). Bu düzenlemeler birlikte değerlendirildiğinde, sağlık hizmetinin reklam ve ticari faaliyetlerden ayrıştırılmasının hem etik hem de hukuki bir zorunluluk olduğu ortaya çıkmaktadır.

Güncel Düzenleme:

12.11.2025 tarihli ve 33075 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan *Sağlık Hizmetlerinde Tanıtım ve Bilgilendirme Faaliyetleri Hakkında Yönetmelik* uyarınca, sağlık hizmetlerine ilişkin görsel içeriklerin kullanımı tamamen yasaklanmamış olmakla birlikte, sıkı ilke ve esaslara bağlanmıştır. Yönetmeliğin 7. maddesi kapsamında; hasta görsellerinin paylaşılabilmesi için açık rıza alınması, paylaşılan içeriklerin gerçeğe aykırı veya yanıltıcı olmaması, görseller üzerinde sonradan değişiklik yapılmaması ve içeriklerin reklam ya da talep yaratıcı nitelik

taşınamaması gerekmektedir. Ayrıca, hasta memnuniyetine dayalı ifadelerin görsel içeriklerle birlikte reklam amacıyla kullanılması yasaklanmış; sponsorlu içerik, ücretli tanıtım ve yönlendirici paylaşımlar da açıkça sınırlandırılmıştır. Bu düzenleme, özellikle “öncesi ve sonrası” görsellerinin serbest bir tanıtım aracı olarak kullanılmasını engellemekte; sağlık hizmetinin ticari bir meta gibi sunulmasının önüne geçmeyi amaçlamaktadır (Sağlık Hizmetlerinde Tanıtım ve Bilgilendirme Faaliyetleri Hakkında Yönetmelik, 2025, m. 7).

Bu bağlamda, sosyal medya kaynaklı sağlık içeriklerine ilişkin ihlaller tek bir suç tipi altında toplanmamakta; aksine ceza hukuku, tüketici hukuku ve idari yaptırımların birlikte devreye girdiği çok katmanlı bir sorumluluk rejimi ortaya çıkmaktadır. Bu yönüyle Yönetmelik, görsel içeriklerin bilgilendirme sınırını aşarak yönlendirme ve talep yaratma aracına dönüşmesini engellemeye yönelik koruyucu bir mekanizma işlevi görmektedir.

5. Influencer İçerikleri ve Çok Katmanlı Sorumluluk Rejimi

“Influencer”lar, tıbbi eğitimleri olmaksızın beslenme, ruh sağlığı ve doğum gibi hassas alanlarda milyonlarca kişiye ulaşan içerikler üretmektedir. Bu içerikler “kişisel deneyim” olarak sunulsa da takipçiler üzerinde güçlü bir yönlendirme etkisi yaratmaktadır.

Türk hukukunda bu alan için “çok katmanlı bir sorumluluk rejimi” söz konusudur:

Yetkisiz Sağlık Faaliyeti:

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 25. maddesi uyarınca, diploması olmadığı hâlde hasta tedavi eden veya tabip unvanını kullanan kişilere, menfaat temin etme amacı bulunmasa dahi hapis ve adli para cezası öngörülmektedir (1219 sayılı Kanun, m. 25). Bu düzenleme, sağlık alanında yetkisiz müdahalelerin yalnızca etik değil, doğrudan ceza hukuku kapsamında değerlendirilen ağır bir ihlal olduğunu ortaya koymaktadır.

Aldatıcı Ticari Uygulamalar:

6502 sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanunun 61. maddesi uyarınca ticari reklam; bir mal veya hizmetin satışını ya da kiralanmasını sağlamak veya hedef kitleyi bilgilendirmek ve ikna etmek amacıyla gerçekleştirilen pazarlama iletişimidir. Anılan hükümde, ticari reklamların doğru ve dürüst olması, tüketiciyi aldatıcı veya bilgi eksikliğini istismar edici nitelik taşınamaması gerektiği açıkça

düzenlenmiş; ayrıca reklam olduğu açıkça belirtilmeksizin yapılan tanıtımlar “örtülü reklam” olarak kabul edilerek yasaklanmıştır (6502 sayılı Kanun, m. 61).

Bu bağlamda, sosyal medya içeriklerine ilişkin ihlaller tek bir suç tipi altında toplanmamakta; aksine ceza hukuku, tüketici hukuku ve idari yaptırımların birlikte devreye girdiği çok katmanlı bir sorumluluk rejimi ortaya çıkmaktadır. Ticaret Bakanlığı tarafından yayımlanan *Sosyal Medya Etkileyicileri Tarafından Yapılan Ticari Reklam ve Haksız Ticari Uygulamalar Hakkında Kılavuz* da sosyal medya içeriklerinde örtülü reklam yapılmasını yasaklamakta ve reklam içeriklerinin açık, anlaşılır ve ayırt edilebilir biçimde sunulmasını zorunlu kılmaktadır. Bu kapsamda, influencerların reklam ilişkisini gizleyerek paylaşım yapmaları, deneyimlemedikleri ürünler hakkında yönlendirici içerik üretmeleri veya sağlık beyanında bulunmaları açıkça yasaklanmıştır (Ticaret Bakanlığı, 2021).

Ceza ve Tazminat Sorumluluğu:

İçeriğin bir zarara yol açması halinde, failin kusuruna bağlı olarak taksirle yaralama veya öldürme suçları kapsamında cezai sorumluluğu (TCK m. 85-89) ile haksız fiil hükümleri uyarınca maddi ve manevi tazminat sorumluluğu da doğabilmektedir (TBK m. 49). Bu yönüyle, sosyal medya içerikleri yalnızca idari yaptırımlara değil, somut zararın varlığı halinde ceza ve özel hukuk sorumluluğuna da konu olabilmektedir.

6. Vaka Örnekleri ve Etik Riskler

Sosyal medyadaki kontrolsüzlüğün olası sonuçları çeşitli vakalar üzerinden de tartışılmaktadır:

· *Dmitry Nuyanzin (Fitness Influencer Vakası):* 30 yaşındaki eğitmenin hızlı kilo alma deneyi (“dirty bulking”) sırasında hayatını kaybetmesi, “kişisel deneyim” olarak sunulan uygulamaların takipçiler üzerinde güçlü ve potansiyel olarak riskli bir yönlendirici etki yaratabildiğini ortaya koymaktadır (NDTV, 2025).

· *Fruitarian (Meyve Diyeti) Örnekleri:* Sosyal medyada “doğal arınma” söylemiyle sunulan aşırı mono-diyet uygulamalarının, bazı vakalarda ciddi sağlık sorunlarıyla ilişkilendirildiği ve ölümle sonuçlandığına ilişkin haberler basına yansımıştır (Sözcü, 2025).

· *Ankara Doğum Koçu Vakası:* Evde “doğum koçu” eşliğinde planlanan bir doğumda tıbbi müdahalenin gecikmesi sonucu yaşanan ölüm vakası, yetki sınırlarının aşılmasının ağır sonuçlar doğurabileceğini göstermektedir (Şimşek, 2022).

· *Sözde Yaşam Koçu Vakası:* Kendisini yaşam koçu olarak tanıtan bir kişinin, uyuşturucu etkili kimyasal maddeler kullanarak bireylere “tedavi” uyguladığına ilişkin haberler, sağlık alanında yetki sınırlarının ne ölçüde ihlal edilebildiğini göstermektedir. Bu tür uygulamalar, hem yetkisiz sağlık faaliyeti kapsamında değerlendirilmekte hem de bireylerin yaşam ve sağlık hakkı bakımından ciddi riskler doğurabilecek nitelik taşımaktadır (Ulaş, 2020).

Bu örnekler birlikte değerlendirildiğinde, sosyal medya kaynaklı sağlık içeriklerinin üç temel risk alanında yoğunlaştığı görülmektedir:

- Kişisel deneyimlerin normatif etki yaratması
- Bilimsel temelden yoksun uygulamaların yaygınlaşması
- Yetki sınırlarının ihlali

Bu vakalar, Türk hukukunda yetkisiz sağlık faaliyeti, aldatıcı ticari uygulama ve taksirle sorumluluk hükümlerinin somut karşılıklarını oluşturmaktadır. Ayrıca, bu vakalar sosyal medya temelli sağlık içeriklerinin yalnızca bireysel riskler üretmekle kalmayıp, sağlık hizmetlerinin bütünlüğü ve güvenilirliği üzerinde sistematik etkiler doğurabilecek bir yapıya sahip olduğu görülmektedir.

7. Sağlık Alanında Profesyonellik, Yetki Sınırları ve Koçluk Meslekleri

Sağlık profesyonelliğine ilişkin tartışmaların farklı boyutlarda sürdüğü bir dönemde, özellikle ABD’de yükseköğretim ve finansman politikaları bağlamında bazı sağlık mesleklerinin profesyonel statüsü ve meslek tanımı üzerine tartışmaların gündeme geldiği görülmektedir. Uluslararası basına da yansıyan bu tartışmalar, hemşirelik ve benzeri alanlarda eğitim süreçleri ile mesleki statü arasındaki ilişkinin yeniden değerlendirilmesine yol açmakta; profesyonel kimlik ve yetki sınırlarının sabit ve değişmez olmadığını ortaya koymaktadır (Hancı, 2025).

Bu çerçevede, akademik temeli, etik kodları ve kurumsal denetim mekanizmaları bulunan sağlık mesleklerinin dahi farklı boyutlarda tartışıldığı bir ortamda; koçluk gibi kurumsal ve akademik denetim mekanizmaları sınırlı olan yapıların sağlıklı doğrudan ilişkili alanlarda etkin rol üstlenmesi dikkat çekici bir durumdur. Bu durum, koçluk, terapi ve tıbbi uygulama arasındaki sınırların bulanıklaşmasına ve rol karmaşasına yol açmaktadır.

Mesleki Yeterlilik Kurumu tarafından belirlenen “Koç (Seviye 6)” ulusal yeterlilik standartları, koçluk faaliyetinin kapsamını bireylerin kişisel gelişim süreçleriyle sınırlı olarak tanımlamış olsa da dijital platformlarda bu sınırların sıklıkla aşıldığı görülmektedir (Mesleki Yeterlilik Kurumu, 2022).

Bu bağlamda, herhangi bir tıbbi yetkinliği bulunmayan kişilerin doğum süreci yönetimi, beslenme yönlendirmesi veya “tedavi” iddiası içeren uygulamalarla sağlık alanına müdahil olması, yalnızca etik açıdan değil, aynı zamanda hukuki sorumluluk bakımından da önemli riskler doğurabilecek bir alan olarak değerlendirilmektedir. Özellikle gebeler, ruhsal sorunlar yaşayan bireyler ve yeme bozukluğu riski taşıyan gruplar açısından bu tür müdahalelerin etkisi çok daha ağır sonuçlar doğurabilmektedir.

8. Değerlendirme ve Sonuç

Çözüm, yeni yasal normların ihdasından ziyade mevcut denetim kapasitesinin güçlendirilmesinde yatmaktadır. Bu kapsamda, düzenleyici kurumlar arasında etkin bir koordinasyon sağlanması ve dijital ortama özgü etik rehberlerin geliştirilmesi önem taşımaktadır. Sosyal medya platformları ile meslek örgütlerinin içerikleri daha aktif biçimde denetlemesi, sağlıkla ilgili paylaşımların güvenirliliğini artıracak bir diğer unsurdur.

Bunun yanı sıra, içerik üreticilerinin yetki sınırlarını açık biçimde ortaya koymaları (“lütfen hekiminize başvurun, tıbbi tavsiye içermemektedir” gibi beyanlar) ve kullanıcıların yanıtılmasının önüne geçilmesi gerekmektedir. Bireylerin bu içerikleri eleştirel bir süzgeçten geçirebilmesini sağlamak amacıyla dijital sağlık okuryazarlığı çalışmalarının yaygınlaştırılması da bu sürecin önemli bir parçasıdır.

Sağlık hizmetlerinin görünen yüzü büyürken sorumluluk alanları da genişlemektedir. Hukuk ihlal sonrası yaptırım mekanizmalarıyla devreye girerken, etik ise zarar ortaya çıkmadan önce önleyici bir rol üstlenmektedir. Profesyonel disiplinlerin dahi farklı boyutlarda tartışıldığı bir dönemde, denetimsiz faaliyetlerin sağlık alanındaki varlığı, daha etkin ve bütüncül bir hukuki denetim ihtiyacını ortaya koymaktadır. Sağlık hizmeti görünür hale gelebilir; ancak bu görünürlük, onun ticari bir meta olarak sunulmasını meşrulaştırmaz. Bu nedenle, dijital sağlık içeriklerinin denetlenmesi yalnızca bireysel sorumluluğa bırakılmayıp, kamu otoriteleri tarafından bütüncül ve proaktif bir yaklaşımla ele alınmalıdır.

KAYNAKÇA

- 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. (1928).
<https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1219.pdf>
- 6502 sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun. (2013).
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=6502>
- 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu.
<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5237>
- Hancı, İ. H. (2025). Dünya hemşireleri siyah alarında: Hemşirelik meslek değil mi? N Gazete.
<https://www.ngazete.com/dunya-hemsireleri-siyah-alarinda-hemsirelik-meslek-degil-mi-229129h.htm>
- Mesleki Yeterlilik Kurumu (MYK). (2022). *Koç (Seviye 6) Mesleki Yeterlilik Belgesi*.
<https://tyc.gov.tr/yeterlilik/koc-seviye-6-myk-mesleki-yeterlilik-belgesi-TR00101060.html>
- NDTV. (2025, November 27). Fitness influencer dies after binge-eating junk food ahead of weight loss challenge. <https://www.ndtv.com/food/fitness-influencer-dies-after-binge-eating-junk-food-ahead-of-weight-loss-challenge-9711568>
- Sağlık Hizmetlerinde Tanıtım ve Bilgilendirme Faaliyetleri Hakkında Yönetmelik. (2025).
- 12 Kasım 2025 tarihli ve 33075 sayılı Resmî Gazete.
<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2025/11/20251112-2.htm>
- Sözcü. (2025). Meyve diyetiyle 20 kiloya kadar düşen sosyal medya fenomeni hayatını kaybetti.
<https://www.sozcu.com.tr/meyve-diyetiyle-20-kiloya-kadar-dusen-sosyal-medya-fenomeni-hayatini-kaybetti-p239216>
- Şimşek, D. (2022, January 13). Doğum koçu ile doğan bebek yaşamını yitirdi. BirGün.
<https://www.birgun.net/haber/dogum-kocu-ile-dogan-bebek-yasamini-yitirdi-372973>

Tibbi Deontoloji Nizamnamesi. (1960).

<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/2.3.412578.pdf>

Ticaret Bakanlığı. (2021). Sosyal medya etkileyicileri tarafından yapılan ticari reklam ve haksız ticari uygulamalar hakkında kılavuz.

<https://tuketici.ticaret.gov.tr/duyurular/sosyal-medya-etkileyicileri-tarafından-yapılan-ticari-reklam-ve-haksız-ticari-uyg>

Türk Tabipleri Birliği. (2018). Hekimlik Meslek Etiği Kuralları.

https://ttb.org.tr/mevzuat_goster.php?Guid=5755966a-a285-11e7-9205-300896da83fe



XI. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

Beşinci Oturum

(13 Aralık 2025)

Açık Oturum

SAĞLIK HİZMETLERİNDE YOLSUZLUKLARIN VE SUİSTİMALİN ÖNLENMESİ MÜMKÜN MÜ?

Oturum Başkanı

Av. Melis Selin ÇETİN

(Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Başkanı)

Konuşmacılar

Prof. Dr. Alpaz AZAP

*(Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi
Başkanı)*

Dr. Aliye Mine COŞKUN

*(Ankara Tabip Odası Yönetim Kurulu
Başkanı)*

Dr. Aylin YAMAN

*(Cumhuriyet Halk Partisi Milletvekili -
TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler
Komisyonu Üyesi)*

Dr. Cihat Erhan ÖNAL

*(İyi Parti Teşkilat Danışmanı – Önceki
Dönem Sağlık Politikaları Koordinatörü)*

Prof. Dr. Gürkan SERT

(Türkiye Biyoetik Derneği Başkanı)

Doç. Dr. Azize ATLI ÖZBAŞ

(Türk Hemşireler Derneği Başkanı)

Av. Berna ÖZPINAR

GÜMRÜKÇÜOĞLU

*(Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu
Önceki Başkanı)*

Prof. Dr. Ahmet SALTİK

(Halk Sağlığı ve Uzmanları Derneği)

Uzm. Dr. Nurşen GÜMÜŞ

*(Hekim Birliği Sendikası Mevzuat ve
Hukuktan Sorumlu Başkan Yardımcısı)*

Doç. Dr. Hasan Tolga ÇELİK

(Türk Neonatoloji Derneği)

Prof. Dr. Alpay AZAP

Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi Başkanı

Sağlık alanında yolsuzluk ve suistimal önlenabilir mi? sorusuna baştan kestirme bir cevap vereyim; Önlenemez! Tartışmaları ve aslında düşüncüyü provoke etmek için böyle söylemiş olsam da gerçekten tam olarak önleyebilmek mevcut sağlık sisteminin işleyişi içerisinde mümkün değil, çünkü bu bir sistem sorunu aslında. Ülkemizde 1986 yılında teorik hazırlıkları başlayıp 2002 yılından itibaren uygulamaya geçirilmeye başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı 2012 yılından itibaren tam olarak hayata geçmiş oldu. 2012'den beri tüm boyutlarıyla uygulanmakta olan bu sistemin temel bazı özellikleri var. Bu sistemin felsefesine göre sağlık temel bir hak değil, esas olarak para kazanılabilecek (alınıp satılabilen) bir meta. Bu felsefenin uygulamadaki sonucu ise sağlığın ticarileşmesi, piyasalaşması ve özelleştirmeler olarak karşımıza çıkıyor. Çok uzatmadan kısaca özetlemek gerekirse;

- 1) Kamu sağlık kurumları ticarethane gibi yönetiliyor: Birinci basamaktan 3. basamağa kadar tüm kamu kurumları işletme haline geldiğinden aile hekimleri kamu hastanelerinin başhekimleri işletme sahibi gibi gelir gider hesabı yapmak zorundalar.
- 2) Sağlık piyasa koşullarına terkedildi. O kadar ki Sağlık Bakanlığı bile bir piyasa aktörü olmaya çalışıyor, USHAŞ adı altında bir şirket kuruyor.
- 3) Hizmetlerin özelleştirilmesi ve özel sağlık sektörünün kamu kaynakları ile desteklenmesi söz konusu. Kamu hastanelerinde pek çok destek hizmetinin (temizlik, yemek vb) yanı sıra laboratuvar ve radyoloji gibi hizmetlerin özelleştirilerek taşeron şirketlerce sağlandığı bir sistemle karşı karşıyayız. SGK'nın özel hastanelerden hizmet almaya başlamasıyla özel hastane yatak sayısı, girişim ve ameliyat sayılarında ciddi artışlar ortaya çıktı. 2002-2023 arasında özel hastane yatak sayısı 4,6 kat, ayaktan başvuru 8 kat, yatan hasta sayısı 6,7 kat ve ameliyat sayısı 6,9 kat artarken aynı oranlar kamu kurumları için sırasıyla 1,3, 2,9, 1,9 ve 3 olarak gerçekleşti. Hepimizi derinden sarsan Yenidoğan Skandalında gördüğümüz gibi bazı özellikli hizmetler (yenidoğan yoğun bakım hizmetleri gibi) kamudan çok özel hastanelerde verilir oldu. Yenidoğan yoğun bakım yataklarının %52'si özel sektörde bulunmakta.

Piyasa kuralları ile yönetilen, ticari bir alan haline getirilmiş sağlık ortamından, Sağlık Bakanlığının ticari şirket kurduğu bir sistemden bahsediyoruz. Yani Anayasa'da görevi; sağlık hizmetini planlamak olarak tarif edilmiş olan Bakanlık,

kendisi sağlık alanının bu kadar ticarileşmesi karşısında, “bir pay da ben nasıl alırım/dağıtırım” diye düşünerek olsa gerek, bir piyasa oyuncusu olacak şekilde USHAŞ adında bir şirket kurmuş durumda. Bu kadar piyasalaşma ortamında hakikaten suistimleri, yolsuzlukları önlemek mümkün değil.

Sağlık alanında suistimal, yolsuzluk denince akla ilk olarak sağlık hizmeti sunumu için gerekli malzeme, cihaz, laboratuvar kiti, ilaç ve taşerona verilmiş hizmetlerin alımında yapılabilecek usulsüzlükler ve yolsuzluklar geliyor. Ama sağlık alanındaki suistimal ve yolsuzluklar bu birinci grup yolsuzluklarla sınırlı değil. İkinci bir grup var; hastadan ve/veya SGK’dan daha fazla para alabilmek için yapılmamış işlem, tetkik veya tedavileri yapılmış gibi göstermek, gereksiz tetkikler, gereksiz ameliyatlar, gereksiz yatışlar, fazla uzun yatış süreleri, gereksiz tedaviler gibi usulsüzlük veya suistimler söz konusu. Genel anlamda her tür suistimal ve usulsüzlüğü önlemek için önerilen en etkili yöntem denetimlerdir, denetim mekanizmalarının etkili bir şekilde işletilmesidir. Ancak sağlık alanında suistimal ve yolsuzlukları önlemenin zorluğu da tam burada başlıyor. Çünkü ikinci grup olarak tanımladığım başlıklarda denetleme, sağlık hizmetinin doğası gereği neredeyse imkânsız.

Bunun sağlık hizmetinin özelliğinden kaynaklanan iki nedeni var:

Birincisi; sağlıkta tek yönlü bir bilgi olması. Yani hizmeti alanlar, hastalar kendisine önerilen sağlık hizmeti, tedavi yöntemi, tanı yöntemi ile ilgili hiç bilgi sahibi değiller. Hekim veya tedavi ekibi tarafından kendilerine önerilen yaklaşımın gerekliliği, gereksizliği veya en son tıbbi bilgilerle uyumlu olup olmadığını değerlendirebilmeleri mümkün değil. O yüzden bir denetim yapma şansları da yok. Başka hekimlere başvurup ikinci görüş, üçüncü görüş olarak bunları yapmaya çalışıyorlar. Yine de o aldıkları görüşler de tek taraflı oluyor, bir hekim tarafından onlara bilgi verilmiş oluyor. Dolayısıyla bir hekim, bir hastaya örneğin “size MR çekmemiz lazım”, “size biyopsi yapmamız lazım”, “size şu ilacı başlarmamız lazım” ya da “sizin bu ameliyatı olmanız lazım” gibi bir öneride bulunduğu, yeni doğan skandalında olduğu gibi “sizin bebeğinizin yoğun bakıma yatması lazım”, “bir gün daha kalması lazım”, “beş gün daha kalması lazım”, “şu ilacı kullanması lazım” vb. gibi bir öneride bulunduğu hasta mutlak olarak o öneriye güvenmek zorunda. Buna güvenebilmek için de arada hiçbir para ilişkisi olmaması gerekir. “Acaba doktor bu öneriyi benim sağlığım için mi, benim iyiliğim için mi yapıyor, yoksa hastanesi para kazansın diye, kendisi para kazansın diye mi yapıyor?” gibi bir soru işareti oluşmaması gerekir. Mutlak güvene dayanan, hizmeti alanların denetleyemeyeceği bir hizmetten bahsediyoruz. Sistem sorunu tam da burada devreye giriyor. Hekimle

hasta arasında hiçbir para ilişkisinin olmadığı bir sistem kurulamadığı sürece suistimal ve yolsuzluk önlemeyecektir.

İkincisi; sağıkta verilen kararların kesinlik taşımaması. Şunu kastediyorum; herhangi bir hastanın tanı veya tedavisi için farklı yöntemler, yollar olabilir. Üstelik hekimlerin üzerinde tamamen uzlaştığı tek bir yaklaşım, sanılanın aksine, tıpta çok fazla değildir. Gri alanlar çok fazladır. Hastaya yapılan işlemlerin gerekliliğini Bakanlık veya başka bir kurulun, hatta bilimsel kurulların denetlemesi hiç kolay değildir. Bir hastayla ilgili, -yeni doğandan örnek vereyim.- yenidoğan uzmanı bir hekim, bir hastanın bir gün daha, bir gece daha yoğun bakımda kalmasının gerekli olduğunu, hasta için, bebek için iyi olduğunu birtakım veriler üzerinden söyleyip savunabilir. Yine bir başka yeni doğan uzmanı hekim ise aynı veriler üzerinden tersini savunabilir. Diyebilir ki; “Hayır bu bebek çıkabilir durumda bir gece daha kalmasın yoğun bakımda”. Ve ikisi de haklı olabilir. Çünkü gri alanlar var hekimlikte. Ölçölüp biçilip mühendislik alanlarında olduğu gibi, pek çok alanda olduğu gibi, 2 kere 2’nin her zaman her koşulda 4’e eşit olduğu bir meslekten bahsetmiyoruz. Tıpta 2 kere 2 bazen 1 ediyor, bazen 8 edebiliyor. Hasta faktörü var. Hastaya göre çok değişiyor. Gri alanları azaltmak için standart tanı ve tedavi rehberleri yayımlanıyor. Uzmanlık derneklerinin de rolleri var tabii ki. Onlar bilimsel tedavi algoritmaları, tanı algoritmaları hazırlıyorlar. Olabildiğince bu suistimalleri azaltmak, hasta bakımının kalitesini artırmak için uğraşıyorlar ama her seferinde tek bir hasta karşımızda ve o hastaya bakarak biz bir karar vermek zorunda oluyoruz. Tıpta “*Hastalık yok, hasta vardır.*” kuralı geçerli. Bazen o algoritmaların çok tersine kararlar vermek hasta için daha iyi olabiliyor. Dolayısıyla bunu nasıl denetleyeceksiniz? Kim bunu denetleyecek? Yani gelip o hasta dosyasına bakıp, evet bu bebek burada 1 gün fazla kalmış, 2 gün fazla kalmış diyebilmek mümkün değil. Şu ilaca ihtiyacı yoktu aslında diyebilmek pek çok durumda mümkün değil. Elbette bazı suistimaller çok açık, çok net. Hastaya bir ilacı vermiş gibi gösterip vermemek örneğin. Ancak orada bile hasta dosyası takipleri yanıltıcı şekilde hazırlanmış ise, tedavi ekibindeki kötü niyetliler söz birliği ediyorlarsa o ilacın verilmediğini kanıtlayamazsınız.

Denetimlerin bağımsız ve doğru şekilde yapılıp yapılamadığı ise apayrı bir sorun. Yenidoğan skandalı sırasında hepimiz televizyonlarda izledik. Anadolu’da küçük bir ildeki bir özel hastanede yoğun bakım yatakları boşken sistemde tüm yataklar dolu görünüyor, hasta yatıyormuş gibi SGK yatak başında o hastaneye ödeme yapmaya devam ediyordu. Basit bir denetimle yatakların boş olduğu

görülebilecekken kimse o yoğun bakıma girip denetlemiyordu. Denetlemiyordu, çünkü iddiaya göre hastane çok nüfuzlu bir tarikatın hastanesi idi.

Sonuç olarak sağlık hizmetinin doğası gereği suistimal ve yolsuzlukları önlemek çok kolay değil. Elbette denetimler önemli, bağımsız bilimsel denetim, sağlık müdürlüklerinin, SGK'nın gerçekleştireceği idari mali denetim çok kritik. Başı boşluğa izin vermemek çok değerli. Ama denetimler yoluyla suistimleri, yolsuzlukları ortadan kaldırmak mümkün değil. Oysa, şimdi tersten ifade edeyim, aslında suistimleri yolsuzlukları tamamen ortadan kaldırmak pek ala mümkün. Ancak başka bir sistemde mümkün, başka bir sağlık sisteminde ve başka bir Türkiye'de mümkün. İhtiyacımız olan başka bir bakış açısı, sağlığın temel bir hak olarak görüldüğü, sağlık hizmetlerinin herkese eşit, ücretsiz, ulaşılabilir ve nitelikli bir şekilde kamu tarafından verildiği bir sağlık sistemidir.

KAYNAKLAR

Hamzoğlu O. Dünyada Sağlık Reformu Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm: Gerçekler ve Belgeleri. Toplum ve Hekim, 2013;28(3):172-180

https://ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=74f69b94-d3fe-11ef-b436-6c70ed54dc54

<https://www.ttb.org.tr/905yl45>

<https://www.yenicaggazetesi.com/devleti-100-milyon-soyan-tarikat-hastanesi-828635h.htm>

Dr. Aliye Mine COŞKUN

Ankara Tabip Odası Yönetim Kurulu Başkanı

Paranın olduğu yerde suç, kuralsızlaşmanın arttığı yerde yasadışılık kaçınılmazdır. Sağlıkta Dönüşüm Programı, sadece sağlık hizmet sunumunun mantığını değiştirmekle kalmamış, sistemi bir taraftan özelleştirilirken, diğer taraftan kuralsızlaştırmıştır.

Sağlık hizmeti sunumunun tüm bileşenleri -sabit yatırımlardan ücretlere dek- kâr-zarar hesaplarına uyumlu hale getirilerek hem yabancı sermayenin girişi hem de sağlık alanında özel sektörün yoğunlaşması hızlandırılmıştır.

Sağlıkta özelleştirme politikaları çerçevesinde sağlık harcamaları finansallaştırılmış, özel sağlık sermayesinin birikimi hızlandırılmış, sağlık hizmeti ihracatının önü açılmıştır. Diğer taraftan, Kamu - Özel İş Birliği (KOİ) Projeleri ile kamu bütçesinden özel sektöre doğrudan kaynak transferinin altyapısı ve hukuki zemini oluşturulmuştur.

1990’lardan 2010’lara, “GATS” olarak bilinen Hizmet Ticareti Genel Anlaşması’ndan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın ikinci fazının sonuna kadar Türkiye’de sağlık sisteminin piyasalaşması ve gerekli teknik ve idari düzenlemeler için harcanan para 900 milyon doları bulmuştur. Şu anda KOİ Projelerini de eklediğimizde 1 milyar dolarlık bir özelleştirme maliyetinden bahsederek yanlış olmaz. Hatırlanacağı gibi Sağlık Eski Bakanı Fahrettin Koca görevi teslim ederken itiraf etmişti: Şehir Hastanelerinin bütçe üzerindeki yükü 27,5 milyar avroda sabitlendi.

Türkiye sağlık sisteminin altyapısının üçte birinden fazlası doğrudan özel sektörün kontrolündedir. Bu da sistemin paraya endeksli hale gelmesine yol açmıştır. Sadece paraya endeksli böylesi bir sistemin yolsuzluk, rüşvet, ihaleye fesat karıştırma, nepotizm, çeteleşme üretmesi kaçınılmazdır.

Ankara Tabip Odası olarak, Sağlıkta Dönüşümün yarattığı hukuksuzluğa uzun zamandır tanığız ve takip ediyoruz.

2011 yılında “hiçbir üniversitede bir saat ders vermeden rektör olan profesör, tıp fakültesi dekanı, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü, İl Sağlık Müdürü ve başhekim olanların listesini” yayımlamıştık. O günlerde “hülle profesörler” olarak gündem olmuş, kamuoyunda tepki toplamıştı.

Şimdi ise hukuksuzluklara ve usulsüz kaynak transferlerine başka türlü “resmi” kılıflar buldular. Milyarlarca liralık kamu zararına yol açan Şehir Hastaneleriyle ilgili sorulara “ticari sır” gerekçesiyle yanıt verilmiyor.

Türkiye'nin en büyük iki şehir hastanesi Ankara'da. Bilkent Şehir Hastanesinde 18 bin kişi, Etlik Şehir Hastanesinde 14 bin kişi çalışıyor. Şehir Hastanelerinin yüklenici şirketleri olan IC İçtaş-CNN Holding ile Astaldi-Türkerler'e milyarlarca lira kaynak transferi yapıldı. Ne var ki, hastane komplekslerinde sorunlar ve usulsüzlükler devam ediyor.

Sayıştay Raporları hemen her yol Ankara'daki Şehir Hastanelerinde gerçekleşen usulsüzlükleri maddeler halinde derliyor:

- Muhasebe işlemleri mevzuata uygun şekilde yapılmıyor.
- Şehir hastanelerine ait bazı varlık ve yükümlülükler hatalı kaydedildi.
- Kira ödemeleri hatalı muhasebeleştiriliyor ve muhasebe içi envanter işlemleri yapılmıyor.
- Finansal kiralama işlemlerinden doğan mali borçlara ve borçlanma maliyetlerine ilişkin değerlendirme yapılmıyor.
- Şirketler ihale dokümanlarında belirlenen ticari alanlardan fazlasını kullanıyorlar.

Öte yandan devlet hastanelerinin yapım ve ihale işlerinde de sorunlar bitmiyor:

- Kahramankazan'da 150 yataklı Devlet Hastanesinin yapımında zemin araştırması, numune alımı teknik açıdan usulüne uygun yapılmadığı için iş artışına gidildi, bütçede maliyeti arttı.
- Dışkapı Eğitim ve Araştırma ile Dr. Sami Ulus Çocuk Hastalıkları Hastanelerinin “depreme dayanıksız” olduğu gerekçesiyle yıkılmasının üzerinden 2 yıl geçti ancak kent açısından değerli bu iki hastanenin arazi hala koca bir şantiye!
- Cumhurbaşkanlığı Yatırım Planlarında yapım için yeterli ödenek ayrılmayan bu hastanelerin yıkımı sağlık organizasyonu da olumsuz etkileri: Hekimleri dağıtıldı, hastalar kendilerine tedavi olabileceği yeni yerler bulmaya çalıştı. Emekliye ayrılmak durumunda kalan hekimler, işsiz kalan sağlık çalışanları oldu.

KÖİ modeliyle yapılan Şehir Hastaneleri için 2025 yılında bütçeden ayrılan ödenek aşıldı ve 111,1 milyar TL ödendi. İllerin ve ilçelerin demografisi, kentsel altyapısı ve ulaşım gibi özellikleri göz önüne alınarak 111 milyar 100 Milyon TL ile 100 yataklı en az 111 devlet hastanesi açılabilir veya kapatılan hastaneler modernleştirilerek yeniden ve yerinde halkın hizmetine sunulabilirdi.

Kamu zararına neden olan Şehir Hastaneleri için yapılan sözleşmeler feshedilmeli, kira ve hizmet bedeli ödemeleri sonlandırılmalıdır. Şehir Hastaneleri ödemeleri “tiksindirici borç” kabul edilerek, şirketlere herhangi bir ödeme yapılmamalıdır.

Dr. Aylin YAMAN

Cumhuriyet Halk Partisi Ankara Milletvekili

TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler

Komisyonu Üyesi

SAĞLIK BİR HAKTIR!

Sağlık, evrensel bir insan hakkıdır. Bu çerçevede, son dönemde medyada yer alan yolsuzluk ve usulsüzlük iddiaları, yalnızca güncel sorunlar olarak değil; son 23 yıldır uygulanan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile birlikte sağlık hizmetlerinin piyasalaşması ve ticarileşmesi süreçlerinin bir sonucu olarak değerlendirilmelidir. Bu süreçler, giderek artan bir ivmeyle hem kamu bütçesi üzerinde ciddi kayıplara yol açmakta, hem de sağlık hakkının doğrudan ihlaline neden olmaktadır. Dolayısıyla söz konusu yolsuzluk ve usulsüzlükler, yalnızca bütçe hakkının değil, toplumun sağlık hakkının da gaspı anlamına gelmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda temel ilkeler belirleyici olmalıdır. Öncelikle, hizmet sunumunda şeffaflık sağlanmalı; kamu kaynaklarının nerelere ve nasıl harcandığı açık biçimde izlenebilmelidir. Bunun yanı sıra, sağlık hizmetlerinin sunumu ulusal ve uluslararası göstergeler ışığında düzenli olarak değerlendirilmelidir. Hesap verebilirlik bu sürecin temel unsurlarından biridir. Tüm kurumlar ve yetkililer, topluma karşı sorumlu olmalı ve kamuoyuna hesap verebilmelidir. Kamu yararı ilkesi, sağlık alanında ticari kârın değil, toplum sağlığının önceliklendirilmesini esas alır. Eşitlik ilkesi ise yolsuzluk ve usulsüzlüklerin en çok yoksulları, engellileri, yaşlıları ve diğer kırılgan grupları olumsuz etkilediğini dikkate alarak, sağlık politikalarının bu grupları koruyacak biçimde şekillendirilmesini gerektirir. Son olarak katılımcılık, vatandaşların, hastaların ve sağlık çalışanlarının sağlık sisteminin pasif tüketicileri değil, aktif ortakları olarak karar alma ve uygulama süreçlerine dâhil edilmesini ifade eder.

Şeffaflık ilkesi açısından değerlendirildiğinde, sağlık alanındaki verilerin düzenli, erişilebilir ve karşılaştırılabilir biçimde kamuoyuyla paylaşılması büyük önem taşımaktadır. Bu kapsamda, Sağlık İstatistikleri Yıllıkları, sağlık hizmetlerinin mevcut durumunun izlenebilmesi açısından temel bir referans niteliği taşımaktadır. Oysa iki yıl geriden gelen yayın prensibi ile bu ilke maalesef göz ardı edilmektedir.

Hesap verebilirlik bağlamında, 2016 yılında Yenidoğan Branş Komisyonu’nun kurulmuş olmasına rağmen, 2017 yılında özel hastanelerin yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde ciddi sorunların ortaya çıkması, bu sorunların kayıt altına

alınmasına rağmen, denetim ve sorumluluk mekanizmalarının etkinliğinin sorgulanmasını gerekli kılmaktadır.

Kamu yararı ilkesi çerçevesinde ise, tipik bir örnek olan, Türkiye’de manyetik rezonans (MR) görüntüleme sayılarının oldukça yüksek olması, sağlık hizmetlerinin gereklilik, etkinlik ve kaynak kullanımının toplum sağlığı açısından yeniden değerlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Kamu yararı ilkesinin çiğnendiğinin bir diğer göstergesi, yıllar içinde koruyucu hizmetlere ayrılan paydır. 2023’de %28,6 olan koruyucu hizmet payı, 2024’de %27,6, 2015’te %26,8 olarak tedrici olarak azaltılmış, oysa tedavi edici hizmetlere ayrılan pay, yıllar içinde artırılmıştır.

Yıllar içinde koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan payın düzenli olarak azalmasına karşın, tedavi edici hizmetlere ayrılan payın artış göstermesi, sağlık politikalarında önleyici yaklaşımlar yerine tedavi odaklı bir yönelimin güçlendiğini ve kamu yararı açısından kaynak dağılımının yeniden değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Eşitlik ilkesi açısından, 2002–2022 döneminde özel hastane ve özel yatak sayılarındaki artışın kamuya ait sağlık kapasitesindeki artışın çok üzerinde gerçekleşmiştir. Sağlık Bakanlığı’na ait hastane sayısı %18 artar iken, özel hastane sayısı %111 artmış; yatak sayısı ise, kamuda %52 artar iken, özelde %345 artmıştır. Ayrıca bölgesel eşitsizlikler de aynı dönemde derinleşmiş, 10 bin kişiye düşen hastane yatağı sayısı, Doğu Karadeniz’de 26,1 iken, Güney Doğu Anadolu’da ise 16,9 olarak kaydedilmiştir.

Dahası, yoğun bakım yataklarının özellikle yenidoğan alanında önemli bir bölümünün özel sektörde yoğunlaşması ise (%52), erişimde sosyoekonomik farklılıkları derinleştirirken; bebek ölüm hızlarının bölgeler arasında belirgin biçimde farklılaşması (Doğu Karadeniz’de binde 5,8; Güneydoğu Anadolu’da binde 13,6), sağlık hizmetlerine erişimdeki yapısal ve bölgesel eşitsizliklerin hayati sonuçlar doğurduğunu açıkça ortaya koymaktadır.

Sorun Alanları

Yolsuzluk ve suiistimallerin önüne geçilebilmesi için mutlaka öncelikle, sorun alanlarının doğru tespiti gerekir. Sağlığa ayrılan payın yetersizliği, bütçenin dağıtım hataları, verimsiz sistem ve adil olmayan vergilendirme, yolsuzluk açısından özel dikkat gerektiren alanlardır.

Sağlığa ayrılan pay 2026 yılı için %7,8’e yükselmiş olsa da (2025’te %6,9), artışın reel karşılığı enflasyondan arındırıldığında yalnızca %6,0 düzeyinde

kalmıştır. Bütçe dağılımında, kaynakların %58'inin tedavi edici hizmetlere ayrılması, OECD ortalaması olan %39'un oldukça üzerindedir ve yapısal bir dağıtım sorununa işaret etmektedir. Verimlilik açısından bakıldığında, Türkiye'de yatak doluluk oranının %58'de kalması, OECD ortalaması olan %71'in gerisinde olunduğunu göstermektedir. Kısıktılmış talep sorunu ise kişi başına yıllık hekime müracaat sayısının 12,2 ile OECD ortalaması olan 6,4'ün neredeyse iki katına ulaşmasıyla somutlaşmaktadır. Vergilendirme yapısında ise adalet sorunu dikkat çekmektedir; 2025'te %56 olan emekçi üzerindeki vergi yükünün 2026'da %67'ye yükselmesine karşın, işveren payı aynı dönemde %44'ten %33'e düşmektedir.

Sağlık sisteminde sorun alanları arasında, Sayıştay raporlarına da yansıyan usulsüz alımlar, gereksiz tetkikler nedeniyle artan ve şişen faturalar, ilaç ve tıbbi cihaz tedarikinde ortaya çıkan çıkar ilişkileri, performans sistemi kaynaklı gereksiz işlem baskısı ile etkili ve düzenli denetim mekanizmalarının yetersizliği öne çıkmaktadır.

Çözüm Önerileri

Birinci olarak, sağlığa ayrılan payın ve bu payın dağılımının yeniden yapılandırılması gerekmektedir. Sağlık bütçesinin en az %10 düzeyine çıkarılması, kaynak dağılımının koruyucu hekimlik lehine düzenlenmesi ve büyük ölçekli şehir hastaneleri yatırımlarının sonlandırılması bu sürecin temel unsurlarıdır.

Ayrıca, Aile Sağlığı Merkezlerinde hizmet verilen nüfusun azaltılması, kamu binalarında ve kamu kadrolarıyla hizmet sunumunun güçlendirilmesi ve basamaklandırma sisteminin etkin biçimde uygulanması, kısıktılmış sağlık hizmeti talebinin dengelenmesine katkı sağlayacaktır.

Bu çerçevede, sağlık çalışanlarının özlük haklarında iyileştirme yapılması da sistemin sürdürülebilirliği açısından kritik önemdedir.

İkinci olarak, kapsamlı bir şeffaflık reformu hayata geçirilmelidir. İhale süreçlerinde tam şeffaflık sağlanması, tıbbi malzeme hareketlerinin uçtan uca izlenebilir hâle getirilmesi ve sağlık harcamalarının aylık periyotlarla kamuoyuna açıklanması, halkın ödediği vergilerin nasıl kullanıldığını görmesini mümkün kılacaktır. Şeffaflık, yolsuzluğun önlenmesinde en düşük maliyetli ve en etkili yöntem olarak değerlendirilmelidir.

Üçüncü olarak, güçlü ve etkili bir kamu denetimi mekanizması oluşturulmalıdır. Risk odaklı denetim yaklaşımının benimsenmesi, Sosyal Güvenlik Kurumu, Sayıştay ve Kamu Denetçiliği Kurumu arasında eşgüdüm sağlanması

ve yolsuzlukla mücadele birimlerinin güçlendirilmesi bu sürecin temel bileşenleridir. Aynı zamanda sağlık çalışanlarını koruyan güvenlik ve hukuki mekanizmaların geliştirilmesi gerekmektedir. Denetim, cezalandırıcı bir araçtan ziyade, önleyici bir süreç olarak ele alınmalıdır.

Dördüncü olarak, etik yapının güçlendirilmesi ve sağlık çalışanlarının desteklenmesi öncelikli alanlardandır. Sağlık çalışanlarının baskı altında çalıştığı ortamlarda suistimal riskinin arttığı göz önünde bulundurulduğunda, çalışanların güçlendirilmesi toplum sağlığının da güçlendirilmesi anlamına gelmektedir. Bu kapsamda etik eğitimlerin yaygınlaştırılması, aktif çalışan etik komisyonlarının oluşturulması, mobbing ve performans baskısına karşı yapısal önlemlerin alınması ve sendikal örgütlenme özgürlüğünün güvence altına alınması gerekmektedir.

Son olarak, adil ve kamu yararını esas alan bir finansal teşvik sistemi oluşturulmalıdır. Yanlış tasarlanmış teşvik mekanizmaları yolsuzluk riskini artırmakta; bu nedenle miktar odaklı değil, nitelik ve sonuç odaklı ödeme modelleri benimsenmelidir. Gereksiz tetkikleri ödüllendirmeyen, sağlık çıktıları ve hasta yararını esas alan bir sistem kurulmalı; kamu-özel işbirliği projelerinde sözleşmeler tam şeffaflıkla düzenlenmeli ve fiyatlandırma politikaları hem topluma hem de sağlık çalışanlarına karşı sorumluluk anlayışıyla belirlenmelidir. Nihai amaç, kâr maksimizasyonu değil, toplum sağlığının en üst düzeye çıkarılmasıdır.

Genel değerlendirme

Önerilen reform, cezalandırıcı yaklaşımlardan ziyade yapısal, kamucu ve eşitlikçi bir yaklaşımı esas almaktadır. Yolsuzluk ortadan kalktığında, kaynak doğrudan yurttaşlara ulaşacak, sağlık çalışanı baskıdan kurtulacak ve engelli, yaşlı ve yoksul vatandaşlar daha kaliteli ve eşit hizmet alacaktır. Bu süreç, aynı zamanda kamu güveninin yeniden tesis edilmesini sağlayacaktır.

Adil bir sağlık sistemi, adil bir toplum demektir. Sonuç olarak, sosyal devlet; kaynakları adil bir şekilde dağıtan, halkın sağlığını önceliklendiren ve hiçbir yurttaşın hakkının suistimal edilmesine göz yummayan bir devlettir. Sağlıkta yolsuzlukla mücadele, yalnızca teknik bir mesele değil, aynı zamanda demokratik bir sorumluluk olarak değerlendirilmelidir.

Dr. Cihat Erhan ÖNAL

İyi Parti Teşkilat Danışmanı –

Önceki Dönem Sağlık Politikaları Koordinatörü

Takdim ve Giriş

Anayasa'mızın 56. maddesini hatırlatarak sözlerime başlamak istiyorum. Yasanın 194 maddesinden 179 maddesi çeşitli düzenlemelerle etkilenmiş ve hatta %70'inden fazlası revize edilmiş olmakla beraber hâlâ düzenlenmesi konuşulmaktadır. Ayrıca ilgili kurumların, kişilerin uymakta sorun yaşadığı da bilinmektedir.

Anayasa'nın 56. Maddesi şudur: “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.” Madde; devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir, demektir.

Anayasa'nın bu maddesini hatırlatarak söze başlamamın nedeni bugün tartıştığımız sağlık hizmetlerinde usulsüzlük, yolsuzluk suistimallerinin önlenmesi için temel teşkil edebilecek “tasarruf, verimlilik, tek elden sağlık hizmeti sunma ve denetlemek” gibi kavramların Anayasa'mızın 56. maddesinin amir hükmünde yer almasına dikkat çekmek içindir.

Kamu gücünün özel çıkarlar doğrultusunda kötüye kullanılması olarak tanımlanan yolsuzluk tüm sektörlerin çok önemli bir sorunudur. Sağlık hizmetleri ise kendisine özgü özellikleri nedeniyle yolsuzluk, usulsüzlük ve suistimallere daha açık ve daha duyarlıdır.

Sağlık hizmetlerinin genel olarak özellikleri nelerdir, bakacak olursak (Aktan ve Işık, 2012);

- Sağlık hizmetleri toplumsal bir özelliğe sahiptir ve toplumun bütününe kapsar.
- Tüketim talebi ortaya çıkmadan talep öngörülememektedir (hizmet-talep ilişkisi).
- Sağlık hizmetlerinin ikamesi söz konusu değildir (Yerine başka bir hizmet konulamaz).
- Sağlık hizmetleri ertelenemez.

- Sağlık hizmetlerinin kapsam ve boyutunu hizmeti alan değil, hizmeti veren (doktor) belirlemektedir.
- Sağlık hizmetinin çıktısı doğrudan paraya çevrilememektedir. Hizmetin yeterliliği bireylerin ve halkın sağlık düzeyini yükseltmekle ölçülebilir.
- Sağlık hizmetlerinin bedeli pazarlık konusu yapılamaz.
- Sağlık hizmetlerinde fiyat, maliyeti yansıtmayabilir.

Bu saydığımız özellikler, sağlık hizmetlerinin ne kadar hayati öneme haiz olduklarını ortaya koyması açısından önemlidir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin sunumunun tamamıyla piyasaya, özel sektöre bırakılması ciddi sakıncalar doğurabilir, nitekim doğurmuştur da. Yarı kamusal hizmet-mal niteliğinde olması ve toplumun tamamının bu hizmetlerden faydalanması açısından sağlık hizmetlerine devletin müdahalesi şarttır, gereklidir. Bu müdahale elbette direkt hizmetin sunumu, organizasyon, planlama, denetim alanlarında olabilmektedir.

Sağlık hizmetlerini 3 ana başlıkta sıralayabiliriz:

- Koruyucu Sağlık Hizmetleri (Birinci Basamak, Aile Hekimleri),
- Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri (2 ve 3. Basamak),
- Rehabilitasyon Hizmetleri

Sağlık sektöründe özellikle gelişmekte olan ülkelerde kamunun ağırlığı vardır, bu ülkemizde de böyledir. Sağlık hizmetlerinde çok geniş bir kitleyi ilgilendiren, bölünemeyen bazı hizmetler vardır ki bu hizmetler kârlı olmadığı gibi, bu hizmetin sunumundan hemen sonra çıktısı, sonucu alınmaz. Ama eksikliğinin hem yakın hem uzun vadede hizmet sunucularına da bir katkısı ve motivasyonu yoktur. Bu nedenle bu hizmetler özel sektör-piyasa tarafından verilmez. Nedir bunlar?

Çevre sağlığı hizmetleri, salgın hastalıklarla mücadele, gebe-bebek takibi, bağışıklama-aşılama hizmetleri ve sair birinci basamak sağlık hizmetleridir ki bu hizmetlerin hemen tamamı kamu tarafından verilmektedir. Bu alanda usulsüzlükler, yolsuzluklar yok denecek kadar azdır (Tabii malzeme, ekipman, aşılardan alım ihaleleri bunun dışında tutulabilir). Bununla beraber birinci basamak hizmetlerinde suistimallerle, usulsüzlüklerle karşılaşmak mümkündür.

Örneğin aile hekimlerine Sağlık Bakanlığı tarafından gönderilen giderlerin karşılanma kalemi cetveli var. Bu ücretten kira, stopaj sarf malzemesi, elektrik, su, doğalgaz, telefon, dijital giderler aile hekimleri tarafından ödenmektedir.

Bu harcamalarda usulsüzlük olma ihtimalleri direkt hizmete yansiyarak suistimallere yol açabilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde usulsüzlük, yolsuzlukların daha çok görüldüğü alan ikinci ve üçüncü basamak dediğimiz tedavi edici, rehabilite edici alanlarda, ödeme sistemlerinde ortaya çıkmaktadır.

Yolsuzluk bir halk sağlığı sorunu olarak da tanımlanmaktadır.

Sağlık sektörü; belirsizlikler, asimetrik bilgi (Hausman, 2011) ve sair birçok varlığın nedeniyle yolsuzluğa açık bir sektördür.

- Belirsizlik-Risk: Tıbbi tedavilerin etkili olup olmadığı, kimin ne zaman hasta olacağının bilinmemesi,
- Asimetrik bilgi: Tedarikçilerin hizmet sunanlardan (doktorlardan) daha fazla bilgiye sahip olması: (alet, ekipman, ilaç vb.),
- Sağlık hizmetlerinin sunumunun tesadüfi ortaya çıkması, düzensiz, öngörülemez olması.

Genel olarak sağlık hizmetlerinin öngörülemez, ertelenemez, ihale edilemez olması bu mal ve hizmetlerin miktarı, fiyatı piyasada olduğu gibi olmasını engellemektedir.

İnsan hayatı ile ilgili acil kararların verilmesi durumlarında, zeminde yolsuzlukların artma potansiyeli oluşmaktadır.

Sorunların kökenindeki yaygınlığa gelince sıklıkla rüşvet, gereksiz tetkikler, ameliyatlar, usulsüz reçeteler, usulsüz yoğun bakım yatışları, ihaleler, sözleşmeler ile milyonlarca lira kayıp oluşmaktadır.

Sistemsel faktörler, hasta garantili şehir hastaneleri, performans dayalı ödemeler, özel sektörde hekim olmayan ticaret erbabının hastane sahibi olabilmesi gibi uygulamalar hastayı müşteri gibi gören bir piyasa düzeni meydana getirmiştir. Yine kamuda ve özelde; zimmet, rüşvet, kayırmalar, liyakatsizlik, önemli görevlere bu işlerde faydalı olabilecek personel (kullanılabilir) atamalar, bireysel ve sistemsel sorunlar, kayıt dışı işlemler kamu zararını 100 milyarlarca çıkarıyor.

Sağlık sektöründeki bu sorunlar sistemsel nitelikte olup yetersiz ve etkisiz denetim performans odaklı ödemeler, özel hastanelerin hâkimiyeti ve elbette sorunların temelini oluşturan siyasi bağlantılar, korumalar, yenidoğan çetesi skandalı bu sorunların derinliği açısından önemli bir örnektir. Hastane sahibi

Sağlık Bakanı, tur şirketi sahibi Turizm Bakanı, özel okul sahibi MEB Bakanı, siyasi irade eksikliğinin ve cesaretlendirici tavrın örnekleri.

Gereksiz yoğun bakım yatışları, sahte şişirilen faturalar, SGK ödemelerinde usulsüzlükler en çok tartışılan konulardır.

Bu bağlamda 2023'te SGK'nın özel hastanelere ödediği para 95 milyar tedavi ücreti, 178 milyar ilaç parasıdır.

Sağlıkta dönüşüm programı ile piyasa odaklı hâle gelen tedavi edici sağlık hizmetleri, hasta garantili hastaneler, performansla dayalı ödemeleri artırdı. Şehir hastanelerindeki KÖO ihaleleri sözleşmeleri yolsuzluk iddialarını da beraberinde getirdi.

Şehir hastaneleri %70 doluluk garantisi ile işletiliyor. Doluluk düşerse kamu farkı dövizle ödeniyor. 25 yıllık sözleşmelerle ortalama 30 milyar dolar yük getirmektedir. Firmalar işlettiği hastaneleri başlıca firmaya devretse de şeffaflık olmadığı için sözleşme farklılıkları tespit edilemiyor. 6639 sayılı Yasa ile yabancı mahkemelerin; yetkili olması kamu denetimini zayıflatıyor. (Tahkim Londra). Yapılmayan ameliyatlara sisteme giriliyor (Marmara Tıp, 2025).

Sayıştay'ın "Usulsüzlük Batağı" raporu var. 2025'te 19 başlıklı, 39 sayfalık rapor. İddialar şunlardır:

- Türkiye'de KÖO modeli ile inşa edilen şehir hastaneleri hasta garantili ödemeler, yüksek kira bedelleri, ihale süreçlerinde proje değişiklikleri nedeniyle yolsuzluk iddialarının merkezinde bulunuyor. Sayıştay raporları, meclis araştırmaları ve basının araştırmalarına göre; şehir hastaneleri kamu kaynaklarını israf etmekle kalmıyor aynı zamanda tıbbi malzeme hırsızlığı, sahte faturalama, sözleşme usulsüzlükleri gibi somut suçlara da neden oluyor.
- 2025 itibarı ile 18 şehir hastanesinden 7'sine ödenen kira hizmet bedeli 71 milyonu aşmış durumda. Bu para ile 78 tane 100 yataklı devlet hastanesi yapılabileceği belirtiliyor.
- Dünya Bankası raporlarında KÖO geliştirmekte olan ülkelerdeki yolsuzluk riskini %20-30 oranında artırdığı belirtiliyor.
- KÖO'da yolsuzluk 3 aşamada ortaya çıkıyor:
- Karar verme sürecinde gereksiz projeler, ihale süreçleri, maliyet şişirme vs. Dünya Bankası da KÖO da Tahkimin Londra gibi yabancı mahkemelerde olmasını risk olarak görüyor. Bu denetim de kamu gücünü zayıflatıyor.

- Dünya Bankası “Anti-Corruption Action Plan” öneriyor. Projelerin baştan denetlenmesi Sayıştay’da 6639 sayılı Yasa ile tahkimin Londra olmasını eleştiriyor.
- Maliyet şişirme: Proje maliyetleri öngörülerin 2-4 katına çıkarılabiliyor (Sakarya Şehir Hastanesi, Sayıştay).
- Ticari kullanım: Hastanelerdeki kafe, otopark ve hatta görüntüleme ünitelerinin özel firmalara işletmesi veriliyor. Bu da kamu hastanelerini ticari komplekse çeviriyor.
- Şehir hastaneleri koruyucu sağlık hizmetlerini de ihmal ettiriyor, olumsuz etkiliyor. Birinci basamak sağlık hizmetlerine ayrılan pay yaklaşık %15 azalıyor.
- Akademik bir çalışmada yolsuzlukların bebek ölüm oranını %0,5-1 arttırdığını ve sağlık harcamalarını %20-30 oranında da şişirdiğini ortaya koyuyor (Researchgate.net, DergiPak)
- Güncel örnekler: Bir elimizde (Hakkâri) yurt dışında yaşayan sağlık çalışanının ambulans onarımı kisvesi altında özel araç temini (80 bin TL kamu zararı).
- Türkiye küresel yolsuzluk endeksinde 180 ülke arasında 2024’te 107. sırada, 2023’te 115. sıradaydı. Bir yılda 8 basamak iyileşme var görünse de puan aynı 34!
- Sağlık sektöründe yolsuzluk algı endeksinde Türkiye 3.2/5 gibi oldukça yüksek bir oranda gösterilmektedir.
- OECD, Türkiye’nin yolsuzlukla mücadelede yetersiz kaldığını, özellikle rüşvet ve uygulama eksiklikleri olduğunu açıkladı.
- TTB, 2025’te yolsuzlukların sağlık sistemini çöküşe sürüklediğini açıkladı.

Ülkemizde sağlık hizmetlerine yolsuzlukların usulsüzlüklerin görüldüğü en önemli alanlardan biri de özel sektör, özel hastanelerdir.

Plansız, programsız bir şekilde tüm toplumun hizmetine açılan özel hastanelerin verdiği hizmetlerde ve SGK ödemelerinde sorunlar katlanarak arttı. Faturalandırılmalar, fatura şişirmeler, paket hizmetlere ödenen paralar, gereksiz yatışlar, ameliyatlar sadece kâr amacı güden ticarethane mantığı; sağlığı ticarileştirdi, piyasalaştırdı bu alanda.

2024'te hepimizin malumu “Yenidoğan Bebek Ölümleri Skandalı” kâr amacını önceleyen ticari işletme mantığına hizmet eden (kötü bir ticari işletme mantığı) özel hastanelerin prematüre bebekleri “sadece daha fazla kâr elde edebilmek” amacı ile endikasyon olmadan gereksiz şekilde yoğun bakıma almaları, yoğun bakım süresini uzatmaları, daha fazla ilaç, malzeme ve daha fazla işlem yapılmış göstermesi ile SGK ödemelerini suistimal etmesi sonucu 10 bebeğimiz hayatını kaybetti ve onlarca sağlık çalışanı yargılanıyor.

Burada şuna dikkat çekeceğim: Bir hadisede eski sağlık bakanının sahibi olduğu özel hastanenin de bu dramatik ve usulsüz yolsuzluk olaylarının içinde olması... Biz de bugün burada sağlık hizmetlerinde usulsüzlük, yolsuzluk önenebilir mi, onu konuşuyoruz değil mi? Önenebilir mi? Koku baştan başlamışsa, artık tuzun kendisi de kokmaya başlamışsa! Bu konuda karşımıza çıkan önenebilir tek eksiklik kamu denetiminin, yerinde ve zamanında etkin yapılmamasıdır. O gün kamunun bu gücünü kullanması gereken irade bugün Sağlık Bakanlığı koltuğunda oturmaktadır.

Bu ve benzeri skandallar kamu zararı, hayatların kaybının yanında sağlık sistemine olan güveni de derinden sarsmaktadır.

SCTK denetimlerinde 2024'te 8382 denetim yapılmış. Bunların 7983'ünde usulsüzlük tespit edilmiştir. 607,9 milyon TL ceza uygulanmıştır. Yine 2025'in ilk yarısında 5094 denetimi yapılmış 4781 usulsüzlük tespit edilmiş ve 333,9 milyon TL ceza uygulanmıştır. Toplamda 1 milyar TL ceza caydırıcılık sağlamış mıdır? Tartışma konusu olan bu durumların son bulması için tekrarlayan yolsuzluk tespitlerinin devamında ruhsat iptaline gidilmesiyle daha caydırıcı olunmasını sağlayacaktır.

Bu örnekteki denetim ve usulsüzlük tespiti sayılarına dikkat edildiğinde neredeyse her denetimde usulsüzlük tespiti vardır. Bu da hiç vakit geçirmeden radikal ve caydırıcı, önleyici tedbirlere ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Evet! Ülkemizde sağlık hizmetlerinde usulsüzlükleri, suiistimalleri ve yolsuzlukları önlemek mümkündür. Ancak bugün geldiğimiz noktada son 20-25 yılda neredeyse kurumsallaşan bu işler oldukça karmaşık bir hâl almıştır (ahtapotun kolları) ve uzun bir süre ve kararlılık gerektirmektedir. Zira düzeltilmesi, rehabilite edilmesi, ortadan kaldırılması ve yine yeni bu yolsuzluklara yol açmayacak, engelleyecek yeni düzenlemeler oluşturulması gerekmektedir.

“Her usulsüzlük, yolsuzluk değildir elbette ama her yolsuzluk usulsüzlük ile başlar.”

Peki, ülkemizde gittikçe kronikleşen bu ciddi sorun neden önlenemiyor?

- Yabancı raporlara göre sağlık sektörü, konuşmamızın başında belirttiğimiz sebepler nedeniyle yolsuzluğa en açık alandır.
- Yasal çerçeve yetersizliği: Ülkemizde rüşvet ve yolsuzlukla ilgili genel hükümler cezai maddeler var (TCK’de rüşvet suçu gibi). Ancak sağlık sektörüne özel “Anti-korupşın” bir şemsiye yasası, sağlığa özel düzenlemeler yok. Uygulamalar zayıf, cezalar caydırıcı değil ve elbette ülkemizdeki en önemli nedenlerden siyasi müdahaleler engel teşkil etmekte.
- Siyasi-ekonomik faktörler, yakın çevrecilik, nepotizm.
- Şeffaflık eksikliği: İhaleler, ilaç alımları şeffaf değil. Personel atamalarında liyakatsizlikler mevcut.

Türkiye’de usulsüzlükler, suistimaller ve yolsuzluklar önlenebilir mi? Evet Önlenebilir! Peki nasıl önlenebilir?

Benzer durumda olan ülkelerde (Ön Neoliberal sağlık modelli ülkelerde) etik kurumlar, şeffaf ve bağımsız denetimlerle ilerleme kaydedilebilmiş. Biz neden yapamayalım? Bunun için ilk ihtiyaç iradedir. Güçlü bir siyasi irade, sistemsel, yapısal reformlar, şeffaflık, etkili uygulama sonuç alan denetim mekanizmaları gerekmektedir.

Bu hâliyle ülkenin mevcut durumunda çok etkili olan siyasi iradenin bugüne kadar bu alandaki karnesine baktığımızda iyimser olmak maalesef oldukça zor. Ama bu konuda ülkemizin, toplum sağlığı açısından süratle kontrol altına alınması gereken önleyici, sürdürülebilir tedbirlere ihtiyaç duyduğu hayati bir halk sağlığı sorunu vardır.

Türkiye’de sağlık sektörü özellikle mevcut iktidar döneminde ve özellikle şehir hastaneleri olmak üzere plansız, programsız, nicelik açısından büyük yatırımlarla genişledi ve bu süreçte de yolsuzluk iddiaları arttı.

Usulsüzlük, yolsuzluk, suistimalleri önlemek mümkün mü? Elbette mümkün! Başta siyasi iradenin bu işe inanıp, isteyip arkasında durması şerhi ile neler yapabiliriz?

- Yasal kurumlara, reformlara, yargısal tedbirlere ihtiyaç var.
- Bağımsız Anti-korupşın kurumları inşa etmeli ve güçlendirmeliyiz. Örneğin Birleşmiş Milletler’in yoksullukla mücadele sözleşmesi (UNCAC) gibi, uluslararası standartları etkin uygulamalıyız.

- Önleyici reformlar yapılmalı, hasta ve çalışan güvenliği kurulları güçlendirilmeli.
- Sıkı yaptırım uygulanmalı ve “4483 sayılı Memurların Yargılanması ile İlgili Kanun” güçlendirilmeli. Usulsüzlük, yolsuzluk soruşturmalarında “soruşturma izni” kaldırılarak soruşturma izni zorunlu kılınmalı.
- Sağlık Bakanlığına bağlı bağımsız denetim birimleri kurulmalı, denetimler bağımsız birimler eliyle yapılmalı.
- İlaç şirketleri-hekim ilişkileri hatta yemekler bile denetime, izlemeye tabi tutulmalı.
- Şeffaflık, dijitalleşme ve etkin denetim mekanizmaları uygulamaya alınmalı.
- Sayıştay ve SGK denetimleri “performans odaklı” yapılabilir.
- Mevcut uygunluk denetimleri hizmet verimliliği ve kaynakların düzgün kullanılmasını ölçen sistemler olarak uygulanabilir (Avrupa Yolsuzluk ağının israf matrisi)
- Dijital takip, biyometrik kimlik doğrulama, e-faturalama uygulamaları ile bu sahtelikler %30-40 oranında azaltılabilir.
- İhale ve ödemeler dijital platformlarda yapılmalı ve teknolojik olarak takip edilmelidir. Bu uygulama insan müdahalesini azaltacak ve rüşveti zorlaştıracaktır.
- Güçlü denetim ve ceza uygulanmalıdır. SGK ile hastaneler arası sözleşmelerde usulsüzlük tespitlerinde ve tekrarlarında ağır cezalar uygulanmalıdır.
- Bu cezalar suçun mahiyeti, tekrarı ve kastı dikkate alınarak ruhsat iptaline ve hatta özel hastanenin kamuya geçmesine kadar varabilmelidir.
- Rüşvet vereni/alanı, ağır cezalandıran yasalar güçlendirilmelidir. Sağlık çalışanlarına yolsuzlukla mücadele eğitimleri zorunlu olmalıdır.
- Yolsuzluk riski olanları ve alanları belirleyen stratejiler geliştirilerek kamu yönetiminde adalet, liyakat temelli kültürel altyapı oluşturulmalıdır.
- Toplumsal duyarlılığın, sivil toplum ve kamu denetimlerinin, sağlık alanında olan STK’lerin, medyanın yolsuzlukla mücadelede daha aktif rol alması sağlanmalıdır.
- Anonim ihbar hatları oluşturulmalı, vatandaşın ihbarları CİMER, SGK gibi kurumlarca dikkate alınmalıdır.

- Tıp fakültelerine etik müfredatı ilave edilmeli, dürüst vatandaşlık ilkeleri ilk-orta-liselerde müfredata konulmalı.
- Uluslararası iş birliği geliştirilmeli. OECD ve AB standartlarına uyum, yabancı yatırımı artırırken yolsuzluğu azaltabilir.
- Performans primleri şeffaflaştırılmalı, sağlık çalışanları ücretleri iyileştirilmeli, ilaç firmaları-tedarikçiler-sağlıkçılar ağı böylece kırılabilir.

Son olarak da; Genel anlamda yolsuzluk Türkiye'nin genel ciddi bir sorunudur. Sağlık sektörü de bundan nasibini almıştır. Giderek kökleşen suiistimaller, usulsüzlükler ve yolsuzluk sağlık sektörünü güncel ve moda terminoloji ile ahtapot gibi sarmıştır.

Sağlıkta usulsüzlükleri, suiistimleri ve yolsuzlukları önlemek mümkündür. Burada en önemli belirleyici faktör siyasi irade, iktidardır. Eğer ki siyasi irade kararlı ve ciddi olursa önümüzdeki 5-10 yılda önemli ilerleme kaydedebiliriz. Fakat gördüğümüz kadarıyla bu da mevcut siyasi irade ve iktidar ile çok zordur. Zira mevcut siyasi iradenin bu konuda bugüne kadarki karnesi ve güvenilirliği çok zayıftır.

Hepimizin hafızasındadır ki mevcut iktidar göreve geldiği ilk zamanlarda teftiş kurullarını lağvetme girişiminde bulunmuştur. Gelen tepkiler neticesinde geri adım atmıştır. Ama bugün teftiş kurullarını işlevsiz kılmıştır. Onları da harcırah, barınma kırtasiye ve sair üzerinden etkin çalışamaz hâle getirmiştir.

Bugün sadece sağlık sektöründe değil, diğer tüm alanlarda ülkemizin yaşadığı sorunların temelinde 16 Nisan 2017 Referandumu ile kabul edilen ve 9 Temmuz 2018 tarihinden itibaren uygulanmaya başlanan sözde kuvvetler ayrılığına dayalı başkanlık tipi bir yönetim tarzıdır ki hükümet sekreteryası işlevinde olup her şeye cumhurbaşkanının karar verdiği bir sistemdir. Bakanlıkların, kurumların yapısı değişmiştir. Köklü devlet yönetme geleneğimizde olan bakanlıklarda müsteşarlık makamı kaldırılmıştır. Müsteşar yardımcılıkları lağvedilmiştir. Sağlık Bakanlığı örneği üzerinden gidersek müsteşar ve yardımcıları genelde hekimlerden oluşurdu. Sağlık sisteminin içinden gelen, sistemi tanıyan, bilen, risklerini yönetimini iyi bilen liyakatli insanlardı.

Müsteşarlık makamında, müsteşarlar o kurumun hafızalarıydı. Bakanlıkların hafızaları yok edilmiştir. Teftiş kurulları yetki devriyle müsteşara bağlı da çalışabilirdi. Bu da siyasi baskının kısmen de olsa önüne geçebilirdi.

Yerinde inşa edilen yönetim tarzında bakanın yanına muhtelif sayıda bakan yardımcılarını, bakan yardımcılıkları ihlas edildi. Bakan yardımcılıklarına yapılan

atamalar hep siyasiler, siyasi atamalar. Eski milletvekili, eski belediye başkanı, eski il başkanı ve sair Bakanlıklardaki farklı görüşteki bu kişiler, üst düzey yönetici yardımcıları ve bakan ile beraber hepsinin farklı siyasi kimlikleri, görüşleri oluştu. Bu da doğal olarak kendi aralarında siyasi gelecek açısından sorunları beraberinde getirdi. Bakan yardımcıları hiç tanımadıkları kurumlarda karar verici ve uygulayıcı konumunda oldular. Bunlar bakanlıkların işleyişine olumsuz etki ettiler.

Yolsuzlukları önlemede etkili bir irade koyamadılar, koyamazlar da.

Buraya kadar konuştuğumuz yolsuzlukların, usulsüzlüklerin önlenmesi için yapılması ve olması gerekenlerdi. Bir de bunları uygulayacak kararlı kadrolara, siyasi iradeye ve yönetime ihtiyaç vardır. Eksik olan budur. O hâlde önce bu maddeyi tesis etmemiz gerekiyor. Evet, yolsuzlukları ve usulsüzlükleri önleyebilecek bir irade lazım bize.

İşte bu da radikal bir kararla olacaktır. İnşallah bu kararı da büyük Türk milleti önüne gelecek ilk seçimde sandıkta verecektir. Yolsuzlukların, usulsüzlüklerin, suistimallerin giderek azaldığı ve bittiği, bebek ölümlerinin olmadığı, ulaşılabilir kaliteli sağlık hizmetinin alındığı, bedenlen-ruhen sağlıklı yaşanacak refah bir Türkiye için mevcut siyasi iradeyi iktidarı evine gönderecek iyi, cesur, kararlı kadroları da iş başına getirecektir.

“Zira sorunun sebebi olanlar çözümün adresi olamazlar.”

Kurultayınızın, ülkemiz ve milletimiz için iyi, güzel sonuçlara, yol göstermelere vesile olmasını temenni eder, hepinizi saygıyla selamlarım. Davetiniz için partimiz adına teşekkür ederim.

Av. Berna ÖZPINAR
GÜMRÜKÇÜOĞLU

*Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Önceki
Başkanı*

Sağlık dünyası (sektör sözünü kullanmamayı tercih ederek), hem yerel hem global ölçekteki sosyal, kültürel, teknolojik ve hukuksal tüm gelişmelerden doğrudan etkilenir. Sağlıkla ilgili alanda sadece bilimsel bilginin takip edilmesi ve uygulanması, bu konuda bilgili olmak yetmez. Etik ve şeffaf olmak, hesap verilebilir olmak da gerekir. Üzerinde konuştuğumuz sağlık hizmetlerinde yolsuzluk konusunda yolsuzluğun türü ve boyutunun tespiti çok büyük önem arz eder. Yolsuzluğun belirlenmesinde “sektörel hile ağaçlarından” bahsedilir. Yani bir alanda başlayan hile büyür ağaç olur ve o ağaç dallandıkça çeşitlenir ve artar.

Size Seyyidhan Kömürcü’nün “Kendinin Ağacı” isimli şiirinin dizelerinden çağrışımla

İstmeden büyümüş bir ağaçtan bahsediyorum

İstemeye istemeye büyüyen ağaçlardan...

Böyle hilelerle büyüyen bir ağaçtan bahsetmek istiyorum. Üzerinde çalıştığım, sorunun değişik boyutlarıyla karşılaştığım “ilaç-ilaç benzeri, sahte ilaç” konularından örneklemem gerekiyor.

İlgi kurmak yönünden: Uluslararası Yolsuzluk İnceleme Uzmanları Birliği’nin 2016 yılı raporuna göre sağlık yolsuzluktan etkilenen sektörler arasında 5. sırada olarak belirtilmiş. Ülkemizde bu konudaki ulaştığım ilk çalışma bu raporu esas alarak ülkemiz yönünden Trakya Üniv. Kıymet Tunca Caliyurt ve Tolga Erdoğan tarafından hazırlanmış (Kaynak). Raporda tespitler ve öneriler yer almakta. Sağlık Yolsuzluğu türleri tespitleri arasında ikinci sırada “sağlığa zararlı ilaç-ilaç benzeri ürünler” gösterilmiş durumda.

Ben bu alanda ülkemizdeki yolsuzlukların, suistimalin geçmişten gelen bir örneğine yer vereceğim: 2011 yılında günün değişik saatlerinde Meltem TV ve Ulusal Kanal, TGRT televizyonlarında yayımlanan programlarda Doktor Mustafa Eraslan ve farmakognozi bilim dalı uzmanı olduğu bildirilen Eczacı Mustafa Ekin tarafından formülize edildiği; Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı’nın izni ile Ankara Gimat’ta üretildiği duyurulan “Dr. Mustafa Eraslan Ürünleri” olarak tanımlanan ilaçlar, günün ve akşamın değişik saatlerinde, gerek ulusal gerekse yerel pek çok televizyon kanalı ve internet siteleri üzerinden reklâm

yapılmak suretiyle tanıtılmakta ve satışı yapılmaktaydı. Görsel, yazılı ve internet siteleri üzerinden yapılan bu yayımlar; hastaların modern tıp ve bilimsel yöntemlere güvenini sarsacak içerikteydi ve yayınlar yoluyla çok geniş kitlelere tanıtılan ve satılan ilaçlar, toplumun sağlığı için ciddi bir tehdit oluşturmuştu.

“Doktorunuz Sizinle” isimli programlarda aslında hem açık hem de örtülü şekilde “mucize nitelikli ilaç” vasfı yüklenerek Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı(eski adı) ruhsatlı, gıda maddelerinin reklâmları hukuka aykırı olarak yapılabildiğini söylemek yanlış olmayacaktır.

Bu yayınlarda; ürettikleri bitkisel ürünlerin toplumda en sık, yaygın görülen kronik hastalıkları tamamen iyileştirdiği iddia edilmekte, hatta bunun bir iddia değil gerçek olduğu söylenmiştir. Yine yayınlarda “Panax Clavis” adlı ürünüyle damarlardaki tıkanıklıkları açtığını, damar içindeki plakları erittiğini, bunun sonucunda koroner kalp damarlarını ve şah damarını açtığını; ayak damarlarını açarak ayak yaralarını tamamen iyileştirdiğini, ayak amputasyonlarını önlediğini; görme bozukluklarını düzelttiğini, multiple skleroz-parkinson-alzheimer hastalıklarını iyileştirdiğini; cinsel iktidarsızlığı ve kısırlığı düzelttiğini; safra kesesi taşlarını erittiğini söylenmektedir. Benzer şekilde diğer ürünleriyle romatizmal-eklem hastalıklarını tamamen iyileştirdiğini, diyabette kan şekerini düzenlediğini, tüm kanser çeşitlerini iyileştirdiğini vs. belirtmektedir.

Bu şekilde, çağımızın tüm kronik hastalıklarını birkaç ay içinde tamamen iyileştirdiklerini söylerlerken diğer taraftan modern tıbbın insanları ömür boyu ilaç kullanmaya mahkûm ettiğini belirtmek suretiyle hastaları modern tıptan uzaklaştırılmıştır.

Anımsadığım kadarıyla bu ürünler için Reklam Kurumu, Cumhuriyet Başsavcılığı gibi değişik türde birimlerde suç duyurusu ve başvurular oldu. Sağlık Bakanlığı bünyesinde ve hatta Tarım Bakanlığı bünyesinde toplantılar çalışmalar yapıldı.

İşin cezai şikâyet boyutunda halen de geçerli olan mevzuatımıza göre Türk Ceza kanunu 158 ve 187 maddeleri kapsamındaki müracaatlarımız takipsizlikle sonuçlandı.

Türk Ceza kanunu 157. maddesi şöyledir: Hileli davranışlarla bir kimseyi aldatıp, onun veya başkasının zararına olarak, kendisine veya başkasına bir yarar sağlayan kişiye bir yıldan beş yıla kadar hapis ve beşbin güne kadar adli para cezası verilir.

Türk Ceza kanunu 187. maddesi ise şöyledir: Kişilerin hayatını ve sağlığını tehlikeye sokacak biçimde ilaç üreten veya satan kimseye bir yıldan beş yıla kadar hapis ve adli para cezası verilir. Bu suçun tabip veya eczacı tarafından ya da resmi izne dayalı olarak yürütülen bir meslek ve sanatın icrası kapsamında işlenmesi halinde, verilecek ceza üçte bir oranında artırılır.

Özetle bir özendirme faaliyeti olarak besin takviyesi ruhsatı ile halen pek çok pazarlama faaliyeti devam etmektedir. Zira, yukarıda verdiğim örnekteki gibi fiiller cezasızdır. Bu cezasızlık bugün sahte ilaç konusunda da söz konusudur. 2025 yılının başında gazeteci Murat Ağirel'in kamuoyuna sunduğu haberlerle öğrenildiği üzere çok büyük miktarlarda sahte kanser ilacı üretilip satılmıştır, bilgisi verilmiştir. Daha dün bu kurultayın ilk gününde, Ankara'da jandarmanın operasyonunda bu kez 127 bin 600 adet cinsel içerikli ürün ve 7 bin adet sahte etiket ele geçirilmiştir.

Tüm bu fiillerin sebep olduğu zarar, sayısını bilmediğimiz sayıda kanser hastasının tedavisiz kalmasıdır. Failleri için hazırlanan iddianamede belirtilen suç ise 1-5 yıl hapis cezası öngören TCK 187. maddedir.

Günümüzde, ülkemizdeki son sosyal tabloyu bütün olarak okuduğumuzda hukukun siyasallaştırılması büyük bir tehlikedir. Kamu sağlığını açıkça tehdit eden sahte ilaç, ilaç gibi pazarlanan ürünler karşısında susmak da sessiz kalmak da tehlikelidir. Kanımca, bu konuda hukuksal boşluk bulunmaktadır. Özetlemem gerekirse;

- Sağlıkla ilgili olarak yolsuzluk türü ve boyutunun tespiti elzemdir.
- Bunlar içinde “sağlığa zararlı ilaç” olarak tarifleyebileceğim dolandırıcılık, hileli eylem ve fevkalade yanıltıcı netice sebepleriyle zararlı sonuçları önemli boyutta olduğu tahmin edilmekte ama tam bilinmemektedir.
- Son 15 yıllık dönemde buna ilişkin en başta belirttiğim şekilde konu ağaç olarak dallanmış, çeşitlenmiştir.
- Tanıtım yönetmelerindeki gelişmeler ve kontrol edilemezlik, yasal düzenlemedeki açıklık ve sebep olunan cezasızlık istenmeyen her türlü sonucu ağırlaştırmaktadır. Kanun boşluğu giderilmelidir.
- İlaça ilişkin geri ödeme politikalarını değerlendirdiğimizde de kısa adıyla SUT'un bireyi tabiri caizse hastalıkla tarif etmek prensibi üzerine kurguludur. Yani hekim bir ilacı reçete edebilmek için esasen bireyde teşhis edilmemiş/yok olan bir hastalığı peşin kabulle hastasına reçete

edebilmektedir. SUT yani yasal düzenleme olarak bir anlamda hatalı/ olmayan bir teşhise hukuk alet edilmiş durumdadır.

- Denetim önemli bir gerekliliktir. Sağlık hizmetlerine ilişkin halen uygulanan “ Medula sisteminin dış denetimini düzenli” şekilde sağlayan bir mekanizma yoktur. Bu anlamda da sistem hata ve suistimallerinin tespitini güçleştirir şekilde olup değişiklik önerilir.

Buğday Derneği Başkanı Victor Anias’ın sözleriyle bitirmek istiyorum:

“Ekilecek çok toprak, atılacak çok tohum ve zannettiğimizden çok fazla umutla çarpan yürek var.”

Bu kadar olumsuz şeyden bahsettikten sonra Baromuzca yapılan bu çalışma önemlidir, umutla çarpan yüreklerin değmesi olup ülkemiz kamu sağlığı önceliğinde olumlu sonuçlara vesile olmasını dilerim, emeği geçenlere teşekkür ederim.

Prof. Dr. Ahmet SALTİK

Halk Sağlığı ve Uzmanları Derneği

Giriş: Sağlık Sistemine Yönelik Sessiz Tehdit

Halk Sağlığı Bakış Açısı: Sağlıkta yolsuzluk, salt bütçeyi değil halkın sağlığını, yaşamını ve sisteme olan güvenini doğrudan tehdit eden, sistemin bağışıklığını çökerten *bir tür virüstür*. Bilimsel sorumluluğumuz, bu “*virüsün*” yayılmasını önleyecek güçlü, sistemik *aşılar geliştirmektir*... (Metaforik yaklaşım)

Temel Tez: Evet, sağlık hizmetlerinde yolsuzluk ve kötüye kullanımın (*suistimalin*) önüne geçmek olanaklıdır ancak bu sürecin veriye dayalı, çok katmanlı, sürekli ve sıfır hoşgörü ilkesine dayalı bir savaşımdır.

Tanım: Sağlıkta yolsuzluk, salt ekonomik yitlik değil; kaynakların

adaletsiz dağıtılması (*Kamu Yönetimi*), sağlık hakkı çiğnemi (*ihlali*) (*Sağlık Hukuku*) ve sonuç olarak toplumun sağlık düzeyinin kötüleşmesi (*Halk Sağlığı*) demektir.

Temel Soru: Yolsuzluğu önlemek olanaklı mıdır? Evet, önleyici adalet ve kapsamlı hesap verebilirlik ilkeleriyle olanaklıdır.

1. Yolsuzluk ve Kötüye Kullanımın Türkiye’deki Yapısal Kaynakları

A. Ödeme Modellerinden Kaynaklanan Riskler:

Hizmet Başı Ödeme (*Fee-for-Service*) Çelişkisi: Türkiye’deki sağlık ödeme sistemi, özellikle özel sektör için gereksiz hizmet verme, yani hizmet şişirmeciliği (*over-servicing*) güdüsü yaratır. Bu model, niceliği niteliğin önüne geçirir. Ne var ki, ülkemizde sağlık çalışanlarına “*performansa dayalı*” ödeme yapılıyor.

Risk Alanları: İlaç, tıp aygıtları (*tıbbi cihaz*) ve tüketim gereçleri (*sarf malzemesi*) sağlama zinciri (*ihale yolsuzlukları*) ve yüksek bedelli hizmetler (Yoğun Bakım, diyaliz, fizik tedavi vb.).

B. Yönetmel ve Politik Zayıflıklar:

Yönetmel Saydamlık Eksikliği: Özellikle *Kamu İhale Yasası* kapsamında

sağlık mal-hizmet alımlarında, teknik koşulların yandaş firmaya-kişiyeye özel hazırlanması ve yüksek bedellerle mal-hizmet alımı. (*Kamu Yönetimi açısından çürüme; bu Yasa son 23 yılda 200’e yakın kez değiştirildi; tarihsel bir dünya rekoru olduğu rahatça söylenebilir!*).

Siyasal karışma: Sağlık yöneticisi atama-yükseltmelerinde yaraşırılık (*liyakat, meritokrasi*) yerine siyasi sadakat-biatın öne çıkarılması, nitelik ve denetimi felç etmektedir. Hesap verebilirlik yok, cezasızlık var! Oysa Anayasa m. 56, kamuya açıkça denetim yükümü veriyor.

C. Somut olgu örneği: Yenidoğan Çetesi YBB ve Yargısal Yansımaları

Gereksiz yenidoğan yatışları, salt tıbbi kötüye kullanıma değil; halk sağlığı kaynaklarının örgülü biçimde zimmete geçirilmesi suçudur. Bu suçlar, sağlık hizmetlerine erişimi hak olmaktan çıkarıp ticari fırsata dönüştürüyor ki; kabulü ve sürdürülmesi olanaksızdır.

Sağlık emekçileri olarak, kötüye kullanımın etik ayrıntılarını vurgulamalıyız.

Gereksiz yere YBB'ne yatırılan her bir sağlıklı bebek, salt SGK'dan haksız bedel ödetmekle kalmaz;

Yaşamsal risk: Bebeği potansiyel hastane enfeksiyonu riskine gereksiz tıbbi girişime ve anneden ayrılma travmasına sokar.

Kaynak zorlamı (*gaspı*): Gerçekten yoğun bakıma gereksinimi olan başka bir bebeğin yatağını işgal ederek, yaşam hakkına dolaylı olarak müdahale eder.

Yolsuzluğun boyutları:

İlaç ve tedarikte: Ussal-akılcı (*rasyonel*) olmayan ilaç kullanımı ve ihale süreçlerindeki usulsüzlükler.

Hizmet Sunumunda (*Over treatment*): Yoğun bakım, pahalı görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerinin kazanç (kâr) için aşırı kullanımı.

Bu kötüye kullanımlar, sağlık hizmetinin toplumsal bedelini artırmakta ve sağlık için ayrılan kamu kaynaklarını israf etmektedir.

2. Yolsuzluğu Önleme İçin Bilimsel ve Bütünsel (*Sistemli*) Yaklaşımlar”

Önleme, cezalandırmadan daha önemlidir:

“*Prevention is always better than cure.*” (İngiliz atasözü)

Halk Sağlığı biliminin araçlarını kullanarak çözüm önerileri sunabiliriz. Sağlık Hizmetlerinin bilimsel yönetiminde, dolayısıyla yolsuzlukları en aza çekmede ***Epidemiyoloji*** bilimi yaşamsal önemdedir.

A. Veri ve Analiz Temelli Saydamlık (*Şeffaflık, Öngelen - Proaktif Denetim*)

Hizmet sunumu standartlarının sanal ortamda yönlendiriciliği:

Eylem: Her bir tıbbi işlem için net, bilimsel ve klinik rehberlere (*guideline*) dayalı endikasyon kurallarının tanımlanması.

Örnek: Yeni doğan YBB'ne kabul için salt uzman görüşüne değil, zorunlu laboratuvar ve klinik ölçütlere (*parametrelere*) dayalı sanal onay düzeneği zorunluluğu getirilmelidir.

Süreç: KDT- Kanıta Dayalı Tıp (*Evidence Based Medicine-EBM*)

Anomali Saptanması:

Eylem: SGK'nın ödeme verilerini kullanarak, kurum/hekim özelinde beklenen normal dağılımın dışındaki sapmaların (Yüksek yatak doluluk oranı, kısa yatış süresi, kimi ilaçların aşırı yazılması vb.) sürekli ve otomatik olarak izlenmeli.

Araç: Büyük veri (Big Data) analizi ve *makine öğrenmesi* algoritmaları bu anormallikleri anında işaretlemelidir.

Bu, tepkisel (*reaktif*) değil, öngelen (*proaktif*) bir denetimdir.

B. Sağlık Sisteminin Yapısal Reformu (Risk Azaltma)

Birinci Basamağın güçlendirilmesi:

Eylem: Bütçenin koruyucu ve Birinci Basamak hizmetlere ağırlık verilerek yeniden dengelenmesi. Sağlık giderlerinin odak noktasını hastalık sağaltımı (*tedavisi*) yerine sağlığın korunması yaparak, hastane merkezli kötüye kullanım (*suistimal*) kaynağını azaltmak.

Farklı ödeme yöntemleri:

Eylem: Özellikle özel sektörde “*ne denli hizmet, o denli ödeme*”

(“*fee for service*”) modelinin yerine, hizmet niteliğini ve sağlık çıktılarını (*value-based payment*) ödüllendiren ödeme modellerine aşamalı geçiş.

Bu, hastaneleri gereksiz işlem yapmaktan caydırır.

C. Etik ve hukuksal sorumluluğun artırılması

Saydamlık ve hesap verebilirlik: Hastanelerin ve sağlık kuruluşlarının finansal ayrıntıları kamuoyu denetimine daha açık duruma getirilmelidir.

TBMM, Sayıştay (AY m.160), Devlet Denetleme Kurulu (AY m.108),

Sağlık Bakanlığı, İçişleri Maliye Bakanlıkları denetleme birimleri ve kamu dışı bağımsız – yeminli denetleme birimleri, sağlık emekçilerinin meslek örgütleri

– sendikaları eliyle etkin-saydam-bilimsel *halktan katılımcılarla* denetim ve sonuçlarının kamuoyu ile paylaşılması.

Yineleme : Anayasa m. 56, devlete açıkça *denetim yükümü* veriyor.

Kişisel Sorumluluk: Kanıtlanmış kötüye kullanım (*suistimal*) olaylarında, kurumsal cezaların yanı sıra, suça karışan sağlık çalışanı hakkında meslekten alıkoyma dahil, ağır hukuk yaptırımı uygulanması (TCK m.53, TTB yasası), kararlılıkla *sıfır hoşgörü*.

Tüm sağlık çalışanlarının örgün lisans-lisans üstü eğitiminin uluslararası standartlara uygun verilmesi; *kredili sürekli eğitiminin* kamu – özel sektör ve meslek kuruluşları ortaklığıyla sağlanması (STE-CME). Deontoloji – Meslek etiği kurallarının sıkı sıkıya içselleştirilmesi.

Tüm yurttaşlara aile içinden başlanarak temel felsefe – ahlak eğitimi ve *evrensel temel etik değerlerin* davranışsal düzeyde benimsetilmesi.

Kanıt Temelli Standartların Hukuksallaştırılması: Tüm kritik işlemler için (YBB yatışı, ilaç endikasyon dışı kullanımı vb.) uluslararası ve ulusal klinik rehberlerin hukuksal bağlayıcılığının artırılması.

Salt Yönerge değil, *yasal metinlerle* desteklenmiş standartlar gereklidir.

Yatırım Kararlarında Saydamlık: Yeni sağlık kurumları ve YBB yatak sayısı planlamalarının, bölgesel Epidemiyolojik verilere dayanması ve planlama ayrıntılarının saydamlıkla yayımlanması.

Yargısal İçtihatlarla Denetim:

Yargıtay Kararları Işığında Kötüye Kullanım: Sağlık sektöründeki dolandırıcılık davalarında Yargıtay'ın, kamu zararı kavramını geniş yorumlayarak TCK 158/1-e (*Nitelikli Dolandırıcılık*) hükmünü uygulaması, yolsuzlukla savaşım için kritik önemde.

Yönetmelik Yargı ve Kamu Zararı: Yönetmelik yargının, SGK'ya kesilen fatura bedellerinin geri alınması sürecinde, salt biçimsel uygunluğu değil, hizmetin gerçekten gerekli olup olmadığına ilişkin tıbbi ayrıntılara girmesi gerekir. (*AY m.40, rücu hakkı ve AY m.125; zararı ödeme*)

Ancak Türkiye'de, Yargının siyaset kurumunca araçsallaştırılması çok ciddi ve hızla çözülmesi gereken stratejik bir sorunsaldı

3. Halk Sağlığı ve Yönetim Bilimi ile Kalıcı Çözümler

Bu önlemler, çözümün geleceğe dönük, bütünsel ve kalıcı olmasını hedefler.

A. Dijital Denetim ve Yönetim (Kamu Yönetimi)

Büyük Veri (*Big Data*) Tabanlı Risk Yönetimi: SGK / Sağlık Bakanlığı veri tabanlarının, makine öğrenmesi ile anlık olarak, hekim / kurum / coğrafya bölgesi temelinde anormallikleri (tanı kodlarının yoğunlaşması, anormal uzun / kısa yatışlar) saptanması... Bu dizge (*sistem*), denetçiyi riskin en yoğun olduğu noktaya yönlendirir.

Sayısal saydamlık: Tüm ihalelerin açık blok zinciri (*blockchain*) tabanlı bir ortama (*platforma*) taşınması. Bu, verinin değiştirilemezliğini güvenceler ve saydamlığı önemli ölçüde artırır. (*Bilişim çağında dijital dönüşüm gereği!*)

B. Önleyici Politikalar ve Değer Temelli Sağlık (Halk Sağlığı)

Koruyucu Sağlığa Yatırım: Bütçe ağırlığının, sağaltıcı (*tedavi edici*) hizmetlerden sağlıklı yaşam ve koruyucu hekimliğe kaydırılması. Sağlıklı bir toplum, kötüye kullanım için daha az “*fırsat*” demektir.

Değer Temelli Ödeme (*Value-Based Payment*): Hizmet başına ödeme modelinden, hastanın sağaltım (*tedavi*) çıktılarına ve sağlığının iyileşme derecesine göre ödeme yapılan sistemlere geçişin öncül (*pilot*) uygulamaları teşvik edilmelidir. Bu, niteliği ödüllendirir. Makro ölçekte, *ulusun sağlık düzeyi göstergeleri* iyileştirilmelidir.

4. Sonuç

Sağlık hizmetlerinde yolsuzluğun ve kötüye kullanımın önlenmesi, salt ceza hukuku sorunu değil, üç ayaklı bir masadır:

- Bilimsel standartlar ve halk Sağlığı etik değerleri,
- Sarsılmaz hukuk devleti norm ve ilkeleri; Sağlık Hukuku
- Saydam yönetim; Kamu Yönetimi..

Özet: Yolsuzlukla savaşım, teknik ayrıntılarda gizlidir. Sistem *akıllı veri, güçlü 1.Basamak* ve *sarsılmaz etik temeller* gereksinimlidir. *HASUDER - Türkiye Halk Sağlığı Uzmanları Derneği* adına konuşan bir hekim- sağlık hukukçusu- kamu yöneticisi olarak;

Tüm karar alıcıları; güncel-güvenilir bilimsel veriye dayalı, etik ve hukuksal sorumluluk bilinciyle davranmaya çağırıyoruz. Sağlık hakkının çiğnenmesine sıfır hoşgörü göstermek, toplumumuza olan borcumuzdur.

Çağrı: *HASUDER - Türkiye Halk Sağlığı Uzmanları Derneği* olarak, bu bilimsel ve bütünsel (*sistemik*) dönüşümün öncüsü olmaya hazırız. Sağlıkta adaleti-eşitliği sağlamak için örgütlü ve kararlılıkla çalışmalıyız. Bu savaşım, salt sektörel olarak halk sağlığı için değil, ülkemizin geleceği için de stratejik bir öncelik olup, vazgeçilmezdir. *Küresel dayanışma* anahtardır. Tüm bunlar ancak politik kararlılıkla, *kamucu siyasal tercihlerle* yaşama geçirilebilir. İnsanlar, özelleştirilmiş-ticarileştirilmiş, kar odaklı sağlık piyasasının müşterileri değildir. *Sağlık, gebelik öncesinden ölüme dek tüm insanlar için temel hak, devlete ödevdir.* Sorun özünde *neo-liberal küreselci emperyal politikalar* kökenlidir; iktidar sorunudur! Halkı ve sağlık emekçilerini bu yönde eğiterek politik bilinç ve duyarlılık geliştirilmelidir.

Teşekkür ederim. (12 Aralık 2025, Ankara Barosu, Ankara)

Kaynaklar

- Transparency International. (2019). Global Corruption Report: Health. (Sağlık sektöründeki küresel yolsuzluk istatistikleri ve finansal model eleştirileri için).
- Laurell, AC. (2004). “Public health in a time of neoliberalism.” International Journal of Health Services. (Neo-liberal politikaların sağlık hizmeti sunumu ve eşitsizlikler üzerindeki etkisine ilişkin kuramsal analiz).
- World Bank. (2011). The Costs of Corruption in Healthcare: A Discussion Paper. (Özellikle tedarik zinciri ve ihale süreçlerinde yolsuzluk ayrıntıları ve ekonomik maliyet analizi).
- Özbek, VÖ. (2021). Türk Ceza Hukuku Özel Hükümler. Seçkin Yayıncılık. (TCK md.158’deki Nitelikli Dolandırıcılık ve sağlık hizmetlerindeki uygulamasına ilişkin hukuksal kaynak).
- WHO (World Health Organization). (2018). Preventing Corruption in the Health Sector. (Uluslararası standartlar, öngelen/proaktif denetim gerekliliği ve etik önderlik önerileri için).
- ILO (International Labour Organization). (Yıllık Raporlar). Working Conditions and Wages in the Health Sector. (Sağlık çalışanlarının düşük ücret ve performans baskısının yolsuzlukla ilişkisine ilişkin sosyoekonomik analiz)

Uzm. Dr. Nurşen GÜMÜŞ

*Hekim Birliği Sendikası- Mevzuat ve
Hukuktan Sorumlu Başkan Yardımcısı*

Sağlıkta yolsuzluk vicdanları kanatan insanların ve doktorların canına mal olan “Sosyal Devlet” ilkesini tehdit eden bir meseledir. Bu meseleyi sağlık sektöründe çalışan birkaç çürük elmanın işlediği münferit suçlar olarak göremeyiz. Bu yıllardır “sağlıkta dönüşüm” adıyla başlatılan, sağlığı bir insan hakkı olmaktan çıkarılıp piyasa malına dönüştüren yanlış politikaların kaçınılmaz ve öngörülebilir sistematik bir sonucudur. Sağlık piyasa malına, biz hekimler halkın gözünde tüccara, hastaneler de büyük şehir ticarethanelerine dönüştürüldü.

Sağlıkta yolsuzluğun asıl altında yatan neden performans dayalı ek ödeme sistemidir. Ben bir kamu hastanesi hekimi, aslında bir devlet memuruyum ama ülkemizde hekimlerden başka hiçbir memur gelirini karmakarışık formüller üzerinden (aslında biraz da hekime en az performans gelir payını verme politikası) performans adı altında hesaplarla parça parça almamaktadır. Bu sistem hekimi mantıksızca köleleştirmekte ve emeğini ucuzlatıp ortaya çıkan kafa karışıklığı ile sahada hesap soramaz hale getirmektedir. Bu ek ödeme sistemi içerisinde size verilecek performans teşvik ödemesini hak etmek için MHRS randevularınız dolacak, belli baraj kriterler aşılabacak, bu klinik olan 3. basamak da daha da komplike hale gelmektedir. Bu sistemde geçiminizi sağlayacak geliri elde edeceğiz diye sistem içinde köleşmek çok acı.

Performans sistemi içinde dayatılan yüksek hasta MHRS randevu sayıları hastaya ayrılan zamanın azlığına bu da gereksiz laboratuvar ve görüntüleme tetkiklerine yol açmakta ve aslında sağlık daha çok zarara uğratılmaktadır. Fazla miktarda istenilen tetkikler aslında performans ek geliri için değil aksine sistemin getirdiği zaman kısıtlılığı ve malpraktis davalarının bir sonucudur.

Özel sektörde de durum çok farklı değil. Orada da asıl kazanan pek çoğu hekim de olmayan özel hastane sahibi iş insanları. Özel sektörde de yine emeği sömürülen ucuzlaştırılan kalifiye eleman hekim olmaktadır.

Hekimler ülkemiz de bir de SUT ile mücadele vermektedir. Kısıtlı zamanda hastayı değerlendirdin teşhisini koydun tedavini de düzenleyeceksin bir de bunu SUT’a uydur ki hasta planladığın tedaviyi alabilsin.

İşte tüm bu çarpıklıklar maalesef ki sağlıkta yolsuzluk ve usulsüzlüklere yol açmakta. “Yeni Doğan Çetesi” olarak da çokça konuşulan skandal aslında bu

performans ve SUT’a uydurma politikaların doğurduğu sistemsel bir durum. Vicdani olarak asla kabul edilemez bu durum, sistemdeki kontrolsüzlük ve bu işi denetleme yetkisine sahip kişilerin sahada deneyimsiz masa başı ve performans rakam uygunluğu olarak kâğıt üzerinde her şeyi düzgün görüp gerçek hekimlik pratiğinin doğrularından bir haber üst makamlar nedeniyle olabilmektedir.

Hekim Birliği Sendikası Çözüm Manifestosu;

Bizler, bu enkazın altında kalmayı reddediyoruz. Hekim Birliği Sendikası olarak, çözüm için şu 5 acil adımı öneriyoruz:

- Performans sistemi kaldırılmalıdır. Hekime, emekliliğe yansıyan, performanstan bağımsız, yoksulluk sınırının en az 3 katı “Tek Kalem Maaş” verilmelidir. Hekim, faturayı değil hastasını düşünmelidir.
- Yenidoğan, KVC ve Onkoloji gibi hayati branşlarda özel sektörün kâr odaklı “hizmet alımı” modeline son verilmelidir.
- Denetim, insan inisiyatifinden çıkarılmalıdır. SGK verileri ve 112 sevkleri anlık izlenmeli; anomalilerde sistem otomatik “Kırmızı Alarm” vermelidir.
- Sağlık İhtisas Mahkemeleri kurulmalıdır. Hekimi defansif tıbbı iten baskı, ancak uzmanlaşmış hukuk kurullarıyla çözülebilir.
- Sendikal temsiliyet artırılmalıdır. Sağlık politikaları belirlenirken masada şirket patronları değil; sahadaki hekimleri temsil eden sendikalar ve meslek odaları olmalıdır.

“Sağlık hizmetlerinde yolsuzluğun önüne geçmek mümkün mü?” sorusunun cevabı, güçlü bir siyasi irade ve sistem değişikliği ile EVET’tir.

Sağlıkta yolsuzluk çeteleri bir sonuçtur; bataklık ise “sağlıkta piyasalaşma”dır. Hekim Birliği Sendikası olarak, insanların yaşam hakkı ve mesleğimizin onuru için bu yolsuzlukların hem hukuki hem de vicdani takipçisi olacağız. Sağlığın ticaret, hastanın müşteri olmadığı bir gelecek için mücadelemiz sürecektir.

Saygılarımla.

Doç. Dr. Hasan Tolga ÇELİK

Türk Neonatoloji Derneği

Sağlık hizmetlerinde yolsuzluk ve suistimal toplumumuzun en temel hakkı olan sağlık hakkını doğrudan tehdit eden önemli bir sorundur.

Sağlık hizmetlerinde yolsuzlukların ve suistimalin önüne geçmek mümkündür. Ancak bu, sadece yasa koyucunun, adli mercilerin değil, Tabip Odaları, sivil toplum örgütleri, uzmanlık/yan dal uzmanlık dernekleri başta olmak üzere tüm paydaşların ve toplumun ortak, kararlı ve çok yönlü mücadelesiyle mümkün olabilir.

1. Sorunun Kapsamı: Türkiye Sağlık Sisteminde Risk Alanları

1.1. Yolsuzluk ve Suistimalin Tanımı ve Etkileri

Yolsuzluk: Güvenin kötüye kullanılmasıyla elde edilen yasa dışı kazanç (rüşvet, zimmet, kayırmacılık, nüfuzunu çıkar için kullanma).

Suistimal: Sağlık sisteminin kurallarının, yasal sınırları zorlayarak, kişisel çıkar sağlamak amacıyla kötüye kullanılması (gereksiz tedavi/tetkik, sahte faturalandırma).

Etkileri:

Mali Kayıp: Kamu kaynaklarının israfı.

Sağlık Hizmeti Kalitesinde Düşüş: Gereksiz işlemler, hatalı teşhisler. Bunun sonucunda hastalar zarar görür.

Sağlık hizmeti sunumunda yapılması gerekenlere aykırı çıkar amaçlı olağandışı uygulamalar: Hastalar zarar görür.

Hizmete Erişimde Eşitsizlik: Kaynakların ihtiyacı olanlara eşit olanakta sunulmamasına neden olur.

Toplumsal Güvenin Zedelenmesi: Sisteme olan inancın sarsılmasına neden olur.

1.2. Türkiye Sağlık Sistemindeki Temel Risk Alanları

Türkiye’de yolsuzluk ve suistimalin en yoğunlaştığı alanlar, maliyetin ve işlem hacminin yüksek olduğu noktalar:

İlaç ve Tıbbi Cihaz Tedarik Süreçleri: İhale ve alım süreçlerindeki spekülatif fiyatlandırma, şartname manipülasyonu.

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) İstismarı:

- Gereksiz (endikasyon dışı) tetkik ve tedavi talepleri (özellikle laboratuvar ve görüntüleme).
- Performans puanı getirisi gerekçesiyle bir doktorun yapabileceğinden fazla sayıda hasta bakmasının, tetkik istemesinin normalleştirilmesi
- Hayali hasta/hayali işlem faturalandırılması.
- SGK'ya yüksek bedelden faturalandırmak için işlem kodlarının yanlış bildirilmesi (kod şişirme).

Özel Sağlık Kuruluşları ve SGK İlişkisi: Kurumlar arasında yapılan sözleşmelerdeki denetim boşlukları ve usulsüzlükler.

Raporlama Süreçleri: Usulsüz engellilik/sağlık kurulu raporları, haksız ilaç raporları.

Sevk Sisteminin Olmaması / Sevk Sisteminin Usulüne Uygun Şekilde Kullanılmaması: Ülkemizde hastalar istedikleri anda herhangi bir sevk yönlendirmesi/kısıtlaması olmaksızın istedikleri 3. basamak sağlık kuruluşuna (Eğitim-Araştırma Hastaneleri, Üniversite Hastaneleri gibi) veya SGK anlaşmalı özel hastanelere acil servisler yoluyla veya randevu alarak doğrudan başvurabilmektedirler. Bu durum temel sağlık hizmetleri veya 3. basamak öncesi sağlık hizmetleri düzeyinde giderilebilecek sağlık sorunlarının yükünün üst basamak sağlık kuruluşlarına yüklenmesine/yığılmasına ve kamu hastaneleri yerine özel hastanelere hastaların yönlendirilmesine yol açmaktadır. Kapasitenin üstünde hasta yükü ile karşı karşıya kalınması randevu sürelerinin uzamasına ve hasta önceliklendirmesinde tıbbi durumun göz önüne alınması gerekirken suistimallerin ortaya çıkabilmesine zemin hazırlamaktadır.

2. Yasal ve Kurumsal Çerçeve: Türkiye Mevzuatı Ne Diyor?

2.1. Ceza Hukuku

Türk Ceza Kanunu (TCK), yolsuzlukla mücadelede temel araçtır. Sağlık sektöründeki usulsüzlükler sıklıkla şu suç tipleri kapsamına girer:

- Rüşvet (TCK m. 252): Kamu görevlisi olan/olmayan sağlık çalışanının görevini yapmasıyla ilgili menfaat sağlaması.
- Zimmet (TCK m. 247): Kamu hastanelerinde görevli personelin görevi nedeniyle zilyetliğinde bulunan parayı veya malları zimmetine geçirmesi.

- Görevi Kötüye Kullanma (TCK m. 257): Haksız kazanç sağlama niyetiyle kanunun emrettiği veya yasakladığı işlemleri yapmamak.
- Dolandırıcılık (TCK m. 157-158): SGK'yı veya hastaları aldatıcı işlemlerle haksız menfaat sağlamak (özellikle nitelikli dolandırıcılık).
- Sahtecilik (TCK m. 204-207): Resmî belge, reçete veya raporlarda sahtecilik yapmak.

2.2. İdari Hukuk Boyutu: SGK ve Sağlık Bakanlığı Mevzuatı

Türkiye’de suistimalle mücadelede en etkin mekanizma Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve Sağlık Bakanlığı’nın idari denetimleridir.

SGK Sağlık Uygulama Tebliği (SUT): Kurum ile sağlık hizmet sunucuları arasındaki ilişkinin çerçevesi ve faturalandırma kuralları. SUT ihlalleri, idari para cezaları ve sözleşme fesihlerine yol açar.

SGK Denetim Sistemi: Geriye dönük fatura incelemeleri, yerinde denetimler, Medula/e-Reçete sistemlerindeki veri analizi.

Cezalar: Haksız ödemelerin faiziyle geri alınması, belirli bir süre sözleşme yapmama, para cezaları.

Sağlık Bakanlığı Denetimi: Özel ve kamu hastanelerinin ruhsatlandırma ve hizmet standartlarına uygunluğunun denetimi.

Hekimlere bilgilendirilmiş onam formu hazırlama konusunda hukuksal destek sağlanması: Son zamanlarda hekimlere açılan davalardaki artışların etkisiyle hekimler hastalara yapılması gereken riskli/yüksek riskli işlem/girişim/ameliyat/tedavi gibi tıbbi uygulamalardan kaçınabilmektedirler, bu da sağlık hizmeti görevini hakkıyla yapmama anlamına geldiği için bir tür suistimal olarak kabul edilebilir. Son zamanlarda artış gösteren sağlık hizmeti memnuniyetsizliği ile ilgili olarak hekimlere açılan davalarda malpraktis olmasa bile çoğunlukla hukuka uygun şekilde bilgilendirilmiş onam alınamadığı veya arşivleme yetersizliği nedeniyle belgelendirilemediği için hekimler manevi tazminata mahkûm edilmektedir. Bu konuda Türk Tabipleri Birliği, ilgili uzmanlık/yan dal uzmanlığı dernekleri ve avukatlardan oluşan çalışma grupları tarafından yasal mevzuata uygun bilgilendirilmiş onam formların hazırlanması ve onam alma usullerinin belirlenmesi gerekmektedir.

2.3. Etik ve Disiplin Hukuku

Türk Tabipleri Birliği (TTB) Etik Kuralları: Hekimin mesleki etik sınırları ve hastanın menfaatini her şeyin üstünde tutma zorunluluğu.

Disiplin Sorumluluğu: Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının meslek odaları ve çalıştıkları kurumlar nezdinde sorumlu tutulması.

3. Mücadele Stratejileri: 3 Basamaklı Çözüm Modeli Uygulanabilir

Mücadele, ancak Önleme, Tespit ve Cezalandırma üzerine kurulu bütünleşik bir modelle mümkündür.

3.1. Basamak: Önleme ve Şeffaflık

Yolsuzluk, fırsatçı bir suçtur. Fırsatları ortadan kaldırmak en etkili yöntemdir.

A. Dijitalleşme ve Yapay Zekâ Destekli Sistemler

Medula Sistemi: Veri analizi yeteneği artırılmalıdır. Rutin dışı harcama ve faturalandırma desenlerini (belirli bir hekimin ortalamadan çok daha fazla tetkik istemesi gibi) otomatik olarak tespit eden risk skorlama algoritmaları kullanılmalıdır.

E-Reçete ve e-Rapor: Bu sistemlerin zorunlu kullanımı ve geriye dönük izlenebilirliği, sahteciliği büyük ölçüde önlemiştir. Sistemin güvenliği ve bütünlüğü sürekli güçlendirilmelidir.

İhale Takip Sistemi: İlaç ve cihaz alımlarında elektronik ihale zorunluluğu ve ihalelerin sonuçlarının tam şeffaflıkla yayımlanması.

Hastanelerde yatarak tedavi gören hastaların tıbbi durumlarının anlık bildirilmesi: Yoğun Bakım Servisleri gibi özellikli servislerde tedavi gören hastaların klinik durumlarının (yoğun bakım seviyesi ve sair) saydam bir şekilde doğrudan Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu'nun ilgili birimlerine anlık olarak bildirilmesine/izlenmesine olanak sağlayan bilişim altyapısının kurulması.

B. Kurumsal Etik ve Yönetişim

Döner Sermaye ve Performans Sistemi Reformu: Hekimlerin ve hastanelerin gelirlerinin tamamen işlem sayısı ile ilişkilendirilmesi, gereksiz işlem yapma motivasyonunu artırmaktadır. Bu sistem, hasta odaklı kaliteyi ve etik davranışı ödüllendirecek şekilde mevcut performans sisteminde köklü bir reform yapılmalıdır. Hekimlerin ve sağlık çalışanlarının özlük hakları iyileştirilmeli, mesleki riskler ve sorumluluklar ile doğru orantılı bir düzenleme yapılmalıdır.

Çıkar Çatışması Beyanı: Sağlık yöneticileri, satın alma komisyonu üyeleri ve klinisyenlerin, ilaç/tıbbi cihaz firmalarıyla olan mali ilişkilerini düzenli olarak beyan etme zorunluluğu.

Mesleki sorumluluk sigortalarının kapsamı yeniden düzenlenmelidir.

Tıp Kongrelerine Katılım: Hekimlerin kongre katılım desteği (sponsorluk) ve sair amaçlarla ilaç-tıbbi cihaz firmaları ile doğrudan iletişim kurmaları çıkar ilişkisine zemin hazırlayabilmektedir. Hekimlerin, kongre katılım desteği (sponsorluk) ve sair amaçlarla ilaç-tıbbi cihaz firmaları ile doğrudan iletişim kurmadan, etik kurallar çerçevesinde, adaletli ve bilimsel amaca uygun şekilde bilimsel kongre katılımları desteklenmelidir. Bilimsel amaçlı tıp kongrelerine katılım ve erişimin kolaylaştırılması, fiziki ve online katılım seçeneklerinin olması gerekmektedir.

C. Eğitim ve Bilinçlendirme

Tıp Etiği Eğitimi: Tıp ve Hukuk fakültelerinde etik ve yolsuzlukla mücadele derslerinin ağırlığının artırılması.

Hasta Hakları Eğitimi: Hastaların kendi dosyalarına ve faturalandırılan işlemlere kolayca ulaşma ve itiraz etme hakkının bilinçlendirilmesi.

Hekim / Sağlık Çalışanı Hakları Eğitimi ve Bilinçlendirme: Yasal mevzuat konusunda bilgilendirme yapılmalıdır.

D. Sevk Kurallarının Yeniden Belirlenmesi, Düzenlenmesi ve Uygulanması

Sevk zincirine uyumun sağlanması, uyulmadığı takdirde sağlık hizmeti bedelinin bir kısmının veya tamamının bu kurala uymayan kişilerden ve sağlık kuruluşundan tahsil edilmesi.

Özellikle kamu hastanelerinden özel hastanelere sevk sürecinin denetlenmesi

Üst basamak sağlık kuruluşlarında tanı-tedavi hizmeti tamamlanan hastaların diğer hastaların da bu hizmetten yararlanabilmeleri amacıyla bulundukları/ yaşadıkları yerdeki hastanelere geri nakillerinin sağlanması.

3.2. Basamak: Tespit ve Etkin Denetim

Tespit, sadece evrak üzerinde değil, sahada ve veride de yapılmalıdır.

A. Hedef Odaklı Denetim

Rastgele Denetim Yerine Risk Odaklı Denetim: Yapay zekâ analizleri ile belirlenen yüksek riskli hastane, poliklinik, hekim veya işlem gruplarına yoğunlaşmak.

Bağımsız Denetçi Havuzu: Denetimi yapan kurumların (SGK, Sağlık Bakanlığı) dışından, uzmanlardan oluşan (hekim, avukat, mali müşavir) bağımsız bir havuzun denetim sürecine dahil edilmesi.

B. Şikâyet ve İhbar Mekanizmaları

İhbarda Bulunanı Koruma: Usulsüzlükleri ihbar eden sağlık çalışanlarının mesleki ve hukuki olarak korunması, kimliklerinin gizlenmesi ve misillemeye karşı güvence altına alınması zorunludur. Türkiye’de bu konuda yasal düzenlemeye ihtiyaç vardır.

Açık İhbar Hatları: Hastaların ve çalışanların kolayca ve güvenle ulaşabileceği merkezi, tek bir ihbar hattı (etik hat) kurulması.

Kötü Niyetli/Suç-İftira Atma Amaçlı İhbarların Ayıklanması Gereklidir: Öncelikle ihbarın/bilginin geçerliliği/güvenilirliği araştırılmalı/doğrulanmalı, yasa ve yönetmeliklere uyan işini hakkıyla yapan hekimlere ve sağlık çalışanlarına suç/iftira atma önlenmeli, bu konuda koruyucu mekanizmalar geliştirilmelidir.

C. Kurumlar Arası Koordinasyon

Sağlık Bakanlığı- SGK- Maliye (Gelir İdaresi) İşbirliği: Veri paylaşımını ve ortak denetim planlarını zorunlu kılmak. Örneğin, bir hastanenin SGK’ya bildirdiği işlem hacmi ile maliye kayıtlarındaki cirosu arasındaki tutarsızlıkların otomatik olarak incelenmesi.

3.3. Basamak: Caydırıcı Cezalandırma

Cezalar, elde edilen haksız kazancın çok üzerinde olmalı ve hızla uygulanmalıdır.

Hukuki Yaptırımların Hızlandırılması:

- Yolsuzluk davalarının özel yetkili mahkemelerde öncelikli olarak görülmesi.
- Haksız kazancın hızla ve etkin bir şekilde geri alınması (faiziyle ve tazminatla birlikte).
- İdari Yaptırımların Güçlendirilmesi:
- Suistimalin tekrarı halinde sözleşme feshinin süresiz olması.
- Suça karışan sağlık profesyonellerine getirilen meslekten men cezalarının etkinleştirilmesi ve meslek odalarıyla iş birliği içinde uygulanması.

Kamuoyuna Açıklama: Suistimali yapan kurum ve kişilerin kamuoyuna açıklanması (kişisel verilerin korunması kanununa uygun olarak), caydırıcılığı artırır.

4. Paydaşların Roller: Ortak Sorumluluk

4.1. Hekimler ve Sağlık Çalışanlarının Rolü

Klinik Bağımsızlık ve Etik Durum: “Hastaya değil, sisteme faturalandırıyorum” yanılgısından uzak durulmalıdır. Her işlemde etik ve endikasyon zorunluluğu önceliklidir.

Mesleki Onur: Usulsüzlük yapan meslektaşlarını uyarmak ve gerekli yerlere bildirmek, meslek onurunu korumanın temel şartıdır.

4.2. Avukatların Rolü

Savunuculuk: Sağlık sistemindeki yolsuzluk davalarında kamu zararı ve hasta hakları odaklı etkin savunuculuk yapılması.

Mevzuat Analizi: Mevzuattaki boşlukları tespit etmek ve iyileştirilmesi için öneriler sunmak (örneğin ısıklık çalanı koruma yasası teklifi).

Hukuki Destek: Dürüst sağlık çalışanlarına ve mağdur hastalara hukuki destek sağlamak.

4.3. Sivil Toplum Kuruluşlarının Rolü

Toplumsal Denetim ve Gözetim: Hasta ve tüketici dernekleri, sağlık bütçelerinin izlenmesi ve denetlenmesinde aktif rol almalıdır.

Eğitim: Hasta hakları ve etik bilincinin yaygınlaştırılması.

Veri Analizi ve Raporlama: Bağımsız raporlar hazırlayarak kamuoyu baskısı oluşturmak.

Yasalara saygılı ve dürüst insanların korunması, yasalara uymayanların caydırıcı ölçüde cezalandırılması kadar önemlidir. Ancak bu şekilde toplumsal özdenetim ve ahlakın-erdemlerin yüceltilmesi ile her alanda suistimal ve yolsuzluklar önlenabilir. Her sektörde çürük elmaların ayıklanması için dürüst insanların tepki göstermelerinin cesaretlendirilmesi ve yasaların tam olarak uygulanabilmesi gerekir.

Kaynaklar

1. Türkiye Cumhuriyeti Yasal Mevzuatı (Yasal Çerçeve)

Türk Ceza Kanunu (TCK): Özellikle Rüşvet (m. 252), Zimmet (m. 247), Görevi Kötüye Kullanma (m. 257), Dolandırıcılık (m. 157-158) ve Sahtecilik (m. 204 vd.) hükümleri.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (5510 Sayılı Kanun): SGK'nın hizmet sunucularıyla ilişkilerini düzenleyen ve idari yaptırımları belirleyen hükümler.

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT): SGK tarafından yayımlanan ve sağlık hizmetlerinin kapsamını, fiyatlandırmasını ve faturalandırma kurallarını belirleyen güncel tebliğler.

4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu ve İlgili Mevzuat: İlaç, tıbbi cihaz ve hizmet alım ihalelerindeki şeffaflık ve denetim kuralları.

Hasta Hakları Yönetmeliği: Hastanın bilgilendirilme ve şeffaf hizmet alma hakkını düzenleyen hükümler.

6086 Sayılı Sayıştay Kanunu: Kamu hastaneleri ve SGK harcamalarının denetimi.

2. Kurumsal ve İdari Kaynaklar

Sağlık Bakanlığı Stratejik Planları ve Denetim Raporları: Bakanlığın sağlık hizmeti sunumunda kalite ve denetim yaklaşımları.

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Denetim Raporları ve Veri Analizleri: SGK'nın yolsuzluk ve suistimale mücadelede yürüttüğü geriye dönük incelemeler ve uyguladığı yaptırımlara ilişkin resmi veriler.

Kamu Denetçiliği Kurumu (Ombudsmanlık) Raporları: Sağlık hizmetlerinde karşılaşılan sorunlar ve idarenin uygulamalarına ilişkin tavsiye kararları.

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) Mevzuatı: İlaç ve tıbbi cihazların ruhsatlandırma, fiyatlandırma ve piyasa gözetim kuralları.

3. Mesleki Etik ve Rehberler

Türk Tabipleri Birliği (TTB) Hekimlik Meslek Etiği Kuralları: Hekimin mesleki sorumlulukları ve çıkar çatışmalarına ilişkin etik ilkeler.

Diğer İlgili Meslek Odaları Etik Kuralları: Diş Hekimleri, Eczacılar vb. meslek odalarının etik yönetmelikleri.

4. Uluslararası Kaynaklar ve Sivil Toplum Raporları

Transparency International (Uluslararası Şeffaflık Örgütü) Raporları: Global ve ulusal sağlık sektöründe yolsuzluk riskleri ve önerilen çözümler.

OECD (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü) Sağlık Çalışmaları: Sağlık sistemlerinde iyi yönetim ve yolsuzlukla mücadele uygulamalarına ilişkin yayınlar.

Sağlık Alanında Çalışan Sivil Toplum Kuruluşlarının (STK) Raporları: Tüketici/Hasta hakları dernekleri tarafından hazırlanan saha çalışmaları ve usulsüzlüklere ilişkin gözlem raporları.



XI. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

SONUÇ BİLDİRGESİ

(12-13 Aralık 2025)

Tıbbın olağanüstü bir ivmeyle geliştiği, hukukun ise bu gelişim temposuna yetişmekte zorlandığı, sağlığın en temel insan hakkı olmaktan çıkarılıp küresel bir pazarın dişlileri arasında ticari bir ürüne dönüştürülmeye çalışıldığı bu dönemde; **Ankara Barosu 11. Sağlık Hukuku Kurultayı**, hukukçuların, hekimlerin, akademisyenlerin, meslek odası temsilcilerinin ve sağlık hizmetinde yer alan paydaşların geniş katılımıyla gerçekleştirilmiş; sağlık sistemimizin karşı karşıya kaldığı yapısal krizleri, etik erozyonu ve hukuki açmazları tüm boyutlarıyla tartışmaya açmıştır. *“Sağlık Turizmi: Hukuk ve Tıp Perspektifinde Güncel Gelişmeler”*, *“Genetik Hastalıklar Bağlamında Tıbbi Malpraktis”*, *“Sağlık mı Pazar mı?”* ve *“Sağlık Hizmetlerinde Yolsuzlukların ve Suistimalin Önüne Geçmek Mümkün mü?”* başlıkları altında düzenlenen oturumlar, tıbbın ve hukukun kesişim noktasında biriken sorunların artık geçici çözümlerle geçiştirilemeyecek bir noktaya evrildiğini göstermiştir. Kurultay boyunca dile getirilen bilimsel veriler ve saha deneyimleri, sağlık alanında hak temelinden çıkılıp *piyasalaşmanın* öncelenmesinin yarattığı ağır tahribatı gözler önüne sermiştir.

Ülkemiz, sağlık turizmi faaliyetleri gerçekleştiren tıp alanlarında dünya sıralamasında üst basamaklarda yer alarak almaktadır. Buna karşın sağlık hizmetlerinin sunumunda yaşanan “merdiven altı” uygulamalar ve denetimsizlik, bu başarıyı gölgelemektedir. Kurultay’da gerçekleştirilen sağlık turizmi tartışmaları, Türkiye’nin bu alandaki potansiyelinin kontrolsüz bir ticarileşme ile nasıl tehdit edildiğini ortaya koymuştur. Özellikle sağlık turizmi yetki belgesine sahip olmayan kuruluşların ve yetkisiz kişilerin gerçekleştirdiği tıbbi işlemler, yalnızca halk sağlığını tehdit etmekle kalmamakta, aynı zamanda Türkiye’nin uluslararası arenadaki güvenilirliğine de onarılmaz zararlar vermektedir. Tanıtım ve bilgilendirme adı altında yürütülen, ancak özünde agresif bir pazarlama stratejisi barındıran reklam faaliyetleri, hasta mahremiyetini ihlal eden “öncesi-sonrası” görselleri ve tıbbi gerçeklikle bağdaşmayan “garanti sonuç” vaatleri ile hekimlik mesleğinin onurunu zedelemektedir.

Yabancı hastaların taraf olduğu uyuşmazlıklarda, milletlerarası özel hukuk kurallarının (MÖHUK) uygulanmasındaki belirsizlikler, yetkili mahkemenin tespiti ve uygulanacak hukukun tayini konusundaki karmaşa, hukuki öngörülebilirliği ortadan kaldırmaktadır. Komplikasyon sigortasının kapsamının dar tutulması ise hem öngörülebilir risklerin gerçekleşmesi durumunda hastaları mağdur etmekte hem de hekimleri ve sağlık kuruluşlarını büyük mali yükler altında bırakmaktadır. Bu tablo, sağlık turizminin bir ticari faaliyet olarak görülmesinin yarattığı hukuki ve etik boşlukların acilen doldurulması gerektiğini açıkça ortaya koymaktadır.

Tıbbın teknoloji ile bütünleştiği en kritik alanlardan biri olan genetik bilimindeki gelişmeler, “*Genetik Hastalıklar Bağlamında Tıbbi Malpraktis*” oturumunda derinlemesine irdelenmiştir. Genetik verilerin kendine özgü yapısı, klasik tıbbi uygulama hatası (malpraktis) kavramının sınırlarını zorlamakta ve hukuki sorumluluk rejiminde yeni tanımlamalara ihtiyaç duyulmasına neden olmaktadır. Klasik tıbbın aksine, genetik alandaki tanı ve tedavilerde “epistemik belirsizlik” (bilgi eksikliği ve değişkenliği) hâkimdir ve bu durum, hekimin özen borcunun kapsamını belirlemeyi güçleştirmektedir. Özellikle prenatal tanı süreçlerinde aydınlatma yükümlülüğünün ihlali sonucunda gündeme gelen “Wrongful Birth” (Haksız Doğum) ve “Loss of Chance” (Şansın Kaybı) doktrinleridir. Türk hukukunda bu kavramlara ilişkin bir içtihat birliğinin sağlanamamış olması, yargı kararları arasında tutarsızlıklara yol açmakta, hekimleri tazminat baskısı altında “savunmacı tıp” uygulamalarına iterken, ailelerin hak arama mücadelesini de belirsizliğe sürüklemektedir. Ayrıca genetik bilginin “ailevi” niteliği, hekimin hastasına karşı olan sır saklama yükümlülüğü ile risk altındaki diğer aile bireylerini uyarma sorumluluğu arasında ciddi bir etik ikilem yaratmaktadır. Bu teknik ve çok katmanlı uyuşmazlıkların çözümü için genel mahkemelerin ve klasik bilirkişilik mekanizmasının yetersiz kaldığı, sağlık alanında ihtisas mahkemelerinin kurulmasının ve bu alanda özel eğitim almış hukukçu ve bilirkişilerin sisteme dâhil edilmesinin bir zorunluluk olduğu net bir şekilde görülmüştür.

Sağlık hizmetlerinin piyasalaşmasının bir diğer boyutu ise “*Sağlık mı Pazar mı?*” oturumunda ele alınan, gıda güvenliğine ilişkin sorunlar, gıda takviyeleri pazarındaki denetimsizlik, sosyal medya aracılığı ile tıp bilimi yerine “*wellness*” “*longevity*” kavramlarının ön plana çıkarılmasıdır. İlaç formunda olmayan ancak tedavi edici etkilerle pazarlanan takviye edici gıdaların, sosyal medya fenomenleri, yaşam koçları ve yetkisiz kişilerce halka sunulması, toplum sağlığı üzerinde ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Bilimsel dayanaktan yoksun, “*mucizevi*” etkiler vadeden bu ürünlerin kontrolsüzce reklamının yapılması, sağlık okuryazarlığının düşük olduğu toplumlarda sağlık tavsiyesi adı altında yanıltıcı yönlendirmelere ve maddi-manevi sömürüye kapı aralamaktadır. Hekim, eczacı, diyetisyen gibi sağlık profesyonellerinin danışmanlığının devre dışı bırakıldığı, sağlığın “*tık alma*” uğruna metalaştırıldığı bu dijital pazar, idarenin etkin denetim mekanizmalarından yoksun olması nedeniyle her geçen gün büyüyen bir kayıt dışı ekonomi ve halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. İnsan sağlığının, ticari kaygılarla hareket eden ve hiçbir tıbbi yetkinliği olmayan kişilerin inisiyatifine bırakılması, devletin vatandaşının sağlığını koruma ödevini gerekli şekilde yerine getiremediğinin acı bir göstergesidir.

Öte yandan ekonomik krizin derinleştiği ve enflasyonist baskının hayatın her alanını kuşattığı bu dönemde, gıda güvenliği sorunu da ne yazık ki bir “geçim” meselesine indirgenmiştir. Yükselen hammadde fiyatları ve artan işletme maliyetleri, gıda sektöründe hizmet verenleri, kendi ekonomik bekalari ile kamuya sundukları ürünün kalitesi ve güvenliği arasında acımasız bir tercihe zorlamaktadır. Ağırlaşan geçim kaygısı ve piyasa koşullarının yarattığı maliyet baskısı, terazinin sıklıkla “kalitesiz, hileli ve güvenliksiz gıda” yönünün ağır basmasına neden olmaktadır. Maliyetleri düşürme adına standartlardan verilen her taviz, halkın sofrasına potansiyel bir hastalık riski olarak dönmektedir. İdarenin denetim mekanizmalarını etkin ve caydırıcı şekilde işletmemesi bu suistimali kolaylaştırmakta, halk sağlığını işletmelerin kar-zarar hesaplarına ve piyasanın insafına terk etmektedir. Gıda güvenliğinin sağlanması, ekonomik dalgalanmalardan etkilenmemesi gereken hayati bir kamu hizmetidir ve devletin asli sorumluluk alanındadır.

Tüm bu sorunların temelinde yatan sistemsel çürüme ise Kurultayımızın kapanışındaki *“Sağlık Hizmetlerinde Yolsuzlukların ve Suistimalin Önüne Geçmek Mümkün mü?”* başlıklı açık oturumda en net ifadelerle dile getirilmiştir. *Sağlıkta Dönüşüm Programı* ile hayata geçirilen neoliberal politikalar, sağlığı bir hak olmaktan çıkarıp, piyasa dinamiklerine tabi bir hizmet haline getirmiştir. Sağlık Bakanlığı’nın USHAŞ gibi yapılar aracılığıyla sağlık hizmetlerinde düzenleyici ve denetleyici bir otorite olmak yerine, “bir tacir gibi konumlanması” sistemin karakterini bozmaktadır. Sağlık çalışanlarını ve kurumları “daha çok işlem, daha çok puan, daha çok ciro” döngüsüne hapseden Performans Sistemi, hekimleri tıbbi gerekliliklerden ziyade puan getiren işlemlere yöneltmekte; gereksiz cerrahi müdahaleleri, endikasyon dışı yoğun bakım yatışlarını ve tetkik enflasyonunu körükleyerek yolsuzluk ve suistimallere zemin hazırlamaktadır. Bu sistem, hekimlik mesleğinin bağımsızlığını zedelemekte, hasta ile hekim arasındaki güven ilişkisini “hizmet sağlayıcı-müşteri” eksenine kaydırmaktadır. Öte yandan, “Yap-İşlet-Devret” modeliyle işletilen ve bütçede büyük kara delikler oluşturan Şehir Hastaneleri, kamu kaynaklarının verimsiz kullanımının ve erişilebilir sağlık hizmetinin önündeki engellerin sembolü haline gelmiştir. Söz konusu suistimallerin etkin bir idari ve adli soruşturmaya konu edilmemesi, sistemdeki cezasızlık kültürünü beslemekte ve usulsüzlükleri sıradanlaştırmaktadır.

Sonuç olarak, Ankara Barosu 11. Sağlık Hukuku Kurultayı’nda ortaya konulan tablo, sağlık sisteminin alarm verdiğini göstermektedir. Genetik verilerin mahremiyetinden sağlık turizmindeki etik ihlallere, gıda güvenliğinden sistemik usulsüzlüklere kadar uzanan bu sorunlar yumağı, münferit hataların değil,

bilinçli bir politikanın ürünüdür. Bir başka deyişle, sağlık hizmeti sunumunda yaşanan yolsuzluk ve suistimaller, münferit vakalar veya “çürük elma” sorunu değil sağlığın bir hak olmaktan çıkarılıp alınıp satılan bir meta haline getirilmesinin doğal ve kaçınılmaz bir sonucudur. Çözüm; sağlığın piyasalaştırılmasından vazgeçilerek, insan onurunu ve yaşam hakkını merkeze alan, eşit, ücretsiz, ulaşılabilir ve nitelikli bir sağlık sisteminin yeniden inşa edilmesidir. Sağlık hizmeti sunumunda şeffaflığın, liyakatin ve hesap verilebilirliğin sağlanması, performans sisteminin kaldırılarak hekimlere güvenceli bir gelecek sunulması ve denetim mekanizmalarının bağımsızlaştırılması elzemdir. Hukuk devleti ilkesi gereği, sağlık alanı ticari hırsların insafına terk edilemez. Bu bildirge, sadece bir durum tespiti değil, aynı zamanda yetkilileri anayasal sorumluluklarını yerine getirmeye, yargı organlarını sağlık hakkı temelli uyuşmazlıklarda daha donanımlı olmaya ve kamuoyunu en temel hakkı olan sağlığa sahip çıkmaya davet eden tarihi bir çağrıdır.

Saygılarımızla.

Ankara Barosu

XI. Sağlık Hukuku Kurultayı Düzenleme Kurulu



XI. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

KURULTAY POSTERLERİ

(12-13 Aralık 2025)

Yapay Rahim Teknolojisi (Ectogenesis) ve Sağlık Hukuku Boyutu

Av. Nisa GÜNEŞ

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Üyesi –

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hukuku Tezsiz Yüksek Lisans Öğrencisi

Bir Doğal Afet Olan Depremde Hastane Yönetiminin İdari Sorumluluğu

Av. Birsen Büşra KOCA, LL.M.

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Üyesi –

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İdare Hukuku Bilim Uzmanı

Yargıtay Kararları Işığında Down Sendromu Davalarında Hekimin Aydınlatma Yükümlülüğünün Kapsamı ve İspatı

Av. Tuba ÇELİK ALTIAYLIK

Ankara Barosu Sağlık Hukuku Kurulu Üyesi



YAPAY RAHİM TEKNOLOJİSİ VE SAĞLIK HUKUKU

GİRİŞ

Ektogenez terimi, bir embriyo veya fetüsün insan vücudu dışında, tamamen ya da kısmen gelişimini sürdürmesi sürecini ifade etmektedir. Bu kavram, literatürde “*ektogestasyon*”, “*ekstrakorporeal gebelik*” veya “*yapay rahim teknolojisi*” adlarıyla da anılmaktadır.

Tam ektogenez, döllenmeden doğuma kadar tüm gebelik sürecinin yapay bir ortamda gerçekleştiği durumu ifade ederken **kısmi ektogenez**, rahim içinde belirli bir gelişim aşamasına ulaşan fetüsün, gebeliğin geri kalan kısmının tamamlanması amacıyla yapay bir rahim ortamına transfer edilmesini tanımlar.[1]

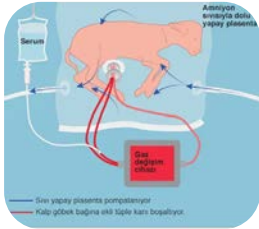
EKTOGENEZ TEKNOLOJİSİNİN BİLİMSEL GELİŞİMİ

Ektogenez teknolojisine ilişkin ilk ciddi deneysel başarı, 2017 yılında Philadelphia Çocuk Hastanesinde gerçekleştirilen “*Biobag*” adlı yapay rahim projesiyle elde edilmiştir. Çalışmada, anne karnında gelişimini tamamlayamayan kuzu fetüsleri, steril koşullarda hazırlanmış, amniyon sıvısı ile doldurulmuş şeffaf polietilen keseler içinde haftalarca canlı tutulmuştur.

Bu keselerin sıcaklık kontrolü sağlanmış ve fetüslerin göbek kordonları, kendi kalp atışlarıyla oksijen pompalayan pompasız bir oksijenatör makineye bağlanmıştır. Sekiz fetüs, bu koşullar altında dört hafta boyunca hayatta kalmış ve bu süre, insan gelişiminde yaklaşık 22–23. gebelik haftasına denk gelmektedir.

Araştırmacılar, yapay rahimde gelişen bu kuzuların hareket edebilme, gözlerini açabilme ve yutkunma refleksi gösterdiklerini, ayrıca Biobag’lerden çıkarıldıklarında da normal şekilde doğmuş olduklarını bildirmiştir. Bu deney, kısmi ektogenez teknolojisinin prematüre bebeklerin yaşama şansını artırabileceğini göstermesi bakımından tıp tarihinde önemli bir dönüm noktası olmuştur.

Bu araştırmalar, insan fetüsleri üzerinde değil; hayvan modelleri ve simülasyon teknolojileri kullanılarak yürütülmektedir. Ayrıca ektogenez, yalnızca prematüre doğan bebekleri yaşatmayı değil, gelecekte tam yapay gebeliğe yönelik bir temel oluşturmayı da amaçlayan uzun vadeli bir bilimsel çalışmadır.[2]



WEIZMANN BİLİM ENSTİTÜSÜ (İSRAİL – 2021)

İsrail’deki Weizmann Bilim Enstitüsü, 2021 yılında mekanik bir rahim dışı silindirik kültür sistemi (Extra-uterine cylinder culture system) geliştirdi. Bu sistem, fare embriyolarını birkaç gün boyunca rahim dışında büyütme ve yapay rahim ortamı aracılığıyla besin ve yaşam desteği sağlamak amacıyla kullanıldı. 2022 yılında ise aynı sistem, fare kök hücrelerini bir haftadan uzun süre beslemek ve kök hücrelerden sentetik embriyolar üretmek için uygulandı.

BCNATAL ÇALIŞMASI: AVRUPA’DA YAPAY PLASENTA DENEMELERİ (İSPANYA, 2023)

Avrupa’nın ilk yapay plaseenta prototipi, 2023’te Barselona’daki BCNatal ekibi tarafından kuzu modelleri üzerinde başarıyla denendi. Fetüsler, amniyotik sıvıya benzer özel bir ortamda, göbek kordonu üzerinden yapay plaseenta sistemine bağlanarak 12 gün boyunca sağlıklı bir gelişim gösterdi. Anne rahmini yüksek doğrulukla taklit eden bu biyomühendislik ürünü sistem, kanı oksijenlendiren ve dolaşımı sağlayan gelişmiş bir düzenden oluşuyordu. Deneyler sırasında fetüslerde stabil bir gelişim, özellikle de beyin ve akciğerlerde olumlu ilerlemeler kaydedildi. Bu sistemin en büyük avantajı, prematüre bebeklerin gelişmemiş akciğerlerini korurken diğer hayati organların olgunlaşması için kritik bir zaman kazandırmasıdır.

KAYNAKLAR

- [1] Future Of Human Reproduction. Ectogenesis. Alındığı Tarih: 12.10.2025. Alındığı Yer: [Future Of Human Reproduction](#)
- [2] Candaş Deniz, Yapay Rahimde Yaşam, 21.06.2017
- [3] Dede İsmail, [Çocuğun Velayet İlişkisinde Doğan Kişi Varlığı Zararlarının Tazmini](#), On İki Levha Yayıncılık, Nisan 2019

JAPC

2025 yılında boyunca ca (rahim dışı)

İlk başında sağlama ve çalışabilirli

ÇİN’

Son yıllarda projesi gün tarafında

İddialara g ve yönetm gerekli bes sürülmekte

YAPAY VE H

Türk Med rahmine kişiliğin b

Gelecekte durumda, kazandığı

Hakim gö haklardan embriyo, kazanıldığı sürdürülm

Bununla b gerçekleşt değer bir v

- [4]E
- [5]H
- [6]H

DOLOJİSİ (ECTOGENESIS) HUKUKU BOYUTU



YAZARLAR

Hazırlayan: Nisa Güneş

Avukat, Başkent Üniversitesi Hukuk Fakültesi

Mezunu, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hukuku Tezsiz

Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

DÜNYA'DAKİ YAPAY RAHİM ÇALIŞMALARI (2025)

da Juntendo Üniversitesi liderliğindeki Japon araştırmacılar, 'biobag' olarak da bilinen şeffaf bir biyo-kapsül kullanarak keçi embriyolarını haftalar boyunca canlı şekilde tutmayı başardı. Bu yapıda oksijenlendirilmiş yapay amniyotik sıvı ve dış destekli göbek kordonu entegrasyonu yer aldı. Bu, ectogenesis (dış gelişim) alanında önemli bir kavram kanıtı olarak değerlendirilmektedir.

an sonra Japon araştırmacılar, sürecin daha uzun süreli ve güvenilir hâle getirilmesi yönünde araştırmalar yürütüyor. Bu çabalar; oksijenleme, besin ve metabolik atıkların uzaklaştırılması gibi işlevlerin optimize edilmesini kapsıyor. Fakat biyouyumluluk, enfeksiyon riski ve sistemin uzun süre stabil çalışması gibi teknik zorluklar hâlâ çözülmeyi bekliyor.

İN “GEBELİK ROBOTU” PROJESİ

da Çinli araştırmacıların geliştirdiği ve kamuoyunda “gebelik robotu” olarak adlandırılan yapay rahim projesi adanmaktadır. Projenin Guangzhou merkezli Kaiwa Technology şirketi ve kurucusu Dr. Zhang Qifeng tarafından yürütüldüğü öne sürülmektedir.

öze sistem, yapay zekâ destekli bir robot aracılığıyla embriyo gelişimini laboratuvar ortamında izlemeyi amaçlamaktadır. Amniyotik sıvı ile doldurulmuş bir yapay rahim modülünde, fetüsün gelişimi için gerekli olan özel tüpler aracılığıyla sağlanacağı belirtilmektedir. İlk prototipin 2026 yılında tanıtılacağı ileri sürülmektedir.



YAPAY RAHİMDE GELİŞEN CENİN AÇISINDAN KİŞİLİĞİN BAŞLANGICI HAK EHLİYETİ

eni Kanunu'nun 28. maddesi, **kişiliğin çocuğun sağ ve tam doğumuyla başladığını** öngörmekte; ancak çocuğun, **sağ doğmak koşuluyla ana rahimden doğmadan önce hak ehliyetini kazandığını** belirterek doğum öncesi dönemi de hukuki koruma alanı tanımaktadır. Bu düzenleme ile doğum öncesi dönemde doğum anına, hak ehliyetinin başlangıcını ise döllenme anına bağlamaktadır.

yapay rahim (ektogenez) teknolojisi ile embriyonun kadın bedenine hiç yerleştirilmeden gelişimini tamamlayabilmesini mümkün kılınabilecektir. Bu teknoloji, TMK m. 28'deki “ana rahmine düşme” şartı fiilen imkânsız hale gelmekte; dolayısıyla yapay rahimde büyüyen ceninin hak ehliyetini ne zaman kazanacağı sorunu ortaya çıkmaktadır.

rüş tüp bebek çalışmaları da kişiliğin başlangıcının döllenme anına kadar geriye yürütülmesi gerektiğini, aksi hâlde embriyonun mirasçılık gibi hukuki mahrum kalacağını savunmaktadır. Bu yaklaşım, yapay rahim teknolojisi açısından da kapsamlı bir çözüm sunmaktadır. Zira yapay rahimde gelişen cenin, “ana rahmine düşmeden de doğabilecek” bir varlık olduğundan, hak ehliyeti döllenme anında başlatılmalı, kişiliğin ise tam ve sağ doğumla başlatılmalıdır. Böylece TMK m. 28'in koruyucu amacı -doğmamış çocuğun menfaatlerinin korunması- biyoteknolojik koşullarda da sağlanabilir.

birlikte, doğum öncesi dönemdeki bu hak ehliyeti “potansiyel” niteliktedir; cenine geçmişe etkili olarak kişilik tanınmasını sağlar ancak doğum anından itibaren “tam bir kişilik” yaratmaz. Dolayısıyla yapay rahimde gelişen cenin de doğmadan tam anlamıyla kişi sayılamaz fakat hukuken korunmaya değer bir varlık olarak değerlendirilmelidir. [3]



EKTOGENEZ VE MİRASÇILIK HAKKI

Günümüzde teknolojinin geldiği seviye dikkate alındığında ceninin ana rahmi dışında dünyaya gelmesi olanaklı değildir. Ancak tıp biliminin gelişmesiyle anne ve babadan alınan üreme hücrelerinin birleştirilerek yapay rahime yerleştirilmesi ve çocuğun dünyaya gelmesi olası gözükmemektedir. Yapay rahime yerleştirilen ceninin varlığının da mirasın paylaşılmasına engel olması gerekir. [4]

YAPAY RAHİMDEKİ CENİN VE YAŞAM HAKKI SORUNU

Yapay rahim teknolojisiyle birlikte cenin artık anne bedeninden bağımsız bir ortamda gelişebilmekte, bu da yaşam hakkı tartışmalarını farklı bir zemine taşımaktadır. Bu durumda, kadının bedeni üzerindeki hakkı ile ceninin yaşam hakkı arasında yıllardır süregelen çatışma ortadan kalkmakta ancak bu kez üreme hakkı ile yaşam hakkı arasında yeni bir denge sorunu doğmaktadır.

Doktrinde, yapay rahimde gelişmekte olan ceninin, dondurulmuş embriyodan farklı olarak fiilen yaşatılabilir bir varlık olduğu kabul edilmekte ve bu nedenle yaşam hakkına üstünlük tanınması gerektiği savunulmaktadır. Bu yaklaşım, ceninin yaşam hakkının yaşatılabilir evreden itibaren başlaması gerektiği yönündeki görüşlerle de paraleldir. [5]



YAPAY RAHİMDEKİ CENİN VE ÇOCUK DÜŞÜRME SUÇU

Türk Ceza Kanunu'nun 99. maddesi, gebeliğin kadının bedeni içinde sonlandırılmasını cezalandırır. Ancak yapay rahimde (ektogenez) gelişen cenin, artık anne bedeninde bulunmadığından, bu suç tipi doğrudan uygulanabilir değildir. Bu durumda yapay rahimde cenine zarar verilmesi, mevcut kanun kapsamında açıkça suç teşkil etmez.

Sonuç olarak yapay rahimde cenini korumak için gereken kanun maddelerini geliştirmek veya bu konuya ilişkin olarak yeni bir kanun maddesi tahsis etmek olmalıdır.



KAYNAKLAR

[7]The Pros and Cons of Artificial Wombs. News-Medical, 10 April 2024.

[8]Yılmaz, Hasan. "Yapay Rahimlerde Yetiştirilen Bebekler Acı Çektikleri Bir 'Araf'ın İçinde Olabilirler mi?"

[9]Büken Örnek. , Nüket, Feminist Biyoetik, Geleneksel Biyoetiğe Karşı. Hacettepe Üniversitesi Biyoetik Eğitim, Uygulama ve Araştırma Merkezi, 2019.

[10]Pateman, Carole. Feminist Bir Devlet Kuramına Doğru. (Çev. Şirin Tekeli). İstanbul: İletişim Yayınları, 1998.

YAPAY RAHİM ETİK MİDİR?

Yapay rahim teknolojisi, prematüre bebeklerin hayatta kalma oranlarını artırma potansiyeli taşıran etik açıdan birçok soruyu gündeme getirmektedir. Avantajlar arasında anne sağlığının korunması, yoğun bakım maliyetlerinin azalması ve gebeliğin yol açtığı risklerin düşürülmesi örnek olarak verilebilir.

Buna karşılık, etik açıdan duyulan endişeler arasında sayılabilecekler; Fetüs, henüz yeterince test edilmemiş sistemlere maruz kalabilir; “denek” olma riski yüksektir, cihaz başarısız olursa fetüs acı çekerek zarar görebilir; bu durum etik ikilem doğurur, gebelik süreçlerinin makinelerce yönetilmesi, kadınların biyolojik rolüne ilişkin toplumsal ve etik değişimleri tetikleyebilir, teknolojinin suistimal edilmesi (örneğin kürtaj alternatifine dönüşmesi, kadınlara zorunlu kullanım dayatılması) olasılığı söz konusu olabilir.

FEMİNİST BİYOETİK PERSPEKTİFİ



Feminist biyoetikçiler, yapay rahim teknolojisinin kadınlar açısından bedensel özerklik ve toplumsal eşitlik bakımından yeni bir imkân yaratabileceğini savunmaktadır. Bu görüşe göre, gebelik sürecinin yapay rahim aracılığıyla sürdürülebilmesi, kadınların hormonal ve fiziksel değişimlere maruz kalmadan annelik deneyimini yaşayabilmesine olanak tanır. Böylece kadınlar, gebelik nedeniyle iş yaşamından veya sosyal rollerinden uzak kalmak zorunda kalmazlar; bu da toplumsal cinsiyet eşitliğine katkı sağlayan bir gelişme olarak değerlendirilmektedir.

Bu yaklaşıma göre, gebelik sürecinin yapay rahim aracılığıyla sürdürülmesi, kadınların bedenleri üzerindeki biyolojik yükü azaltabilir, hormonal ve fiziksel değişimlere maruz kalmadan annelik deneyimini yaşamalarına olanak tanıyabilir. Bu durum, kadınların iş yaşamından ve toplumsal rollerinden uzak kalmadan anne olabilmelerini sağlayarak toplumsal cinsiyet eşitliğini güçlendirebilir.

Bununla birlikte, karşıt görüşte olan etikçiler, doğumun yalnızca biyolojik değil, duygusal ve sosyal bir süreç olduğunu; bu sürecin yapay ortamlara aktarılmasının, anne-çocuk bağı üzerinde yabancılaştırıcı etkiler yaratabileceğini ileri sürmektedir.

Dolayısıyla, yapay rahim teknolojisi hem kadın özgürlüğü hem de insan ilişkilerinin doğası açısından yeniden düşünülmesi gereken bir alandır. [9]

SONUÇ

Yapay rahim, tıbbın insan yaşamını yeniden şekillendirdiği en farklı gelişmelerden birisidir. Bu teknoloji, prematüre bebeklerin yaşama şansını artırma potansiyeli taşıran kişiliğin başlangıcı, yaşam hakkı, mirasçılık ve ceza hukuku sorumluluğu gibi temel hukuk kavramlarının yeniden şekillenmesi gerekliliğini zorunlu kılmaktadır.

Mevcut kanunlar, insan yaşamının yalnızca biyolojik doğuma dayalı olarak tanımlandığı bir dönemin eseridir. Oysa yapay rahimde gelişen cenin, anne bedeninden bağımsız bir varlık olarak hukukun koruma alanına girmektedir. Bu nedenle, hem etik hem de hukuki düzlemde yeni düzenlemelere ihtiyaç vardır.

Sonuç olarak yapay rahim teknolojisi yalnızca bilimsel bir yenilik değil; aynı zamanda insan yaşamının, ebeveynliğin ve kadın bedeninin anlamını sorgulayan çok katmanlı bir konudur. Hukukun görevi, bu dönüşümü insan onurunu ve yaşam hakkını koruyacak biçimde yönlendirmektir.





BİR DOĞAL AFET HASTANE YÖN SORUM

GİRİŞ

Günümüz dünyası aslında her an yeni doğal afetlerin yaşanabileceği ve jeolojik hareketleri içinde barındıran bir gezegendir. Deprem ise bu doğal afetler içerisinde tahmin edilemezliği ve önlenme olasılığının düşüklüğü ile en çok ön hazırlık yapılması gerekenlerdendir. Bir doğal afet olarak depremde, idarelerin sorumluluğunun farklı koşulları gündeme gelmektedir. Sağlık hizmetinin ayrılmaz bir parçası olan hastanelerde de deprem öncesi ve sonrasında hastane yönetiminin idare olarak farklı sorumlulukları ortaya çıkmaktadır. Kamu ve özel ayrımı başta olmak üzere birçok açıdan farklı sınıflandırmalara tabii olan hastanelerde deprem hususunda da farklı sorumluluklar gündeme gelmektedir.

Bu çalışmada bir doğal afet olan depremde, idare olarak hastane yönetiminin sorumluluğu incelenmektedir. Çalışmada hastane yönetiminin idari sorumluluğu hastane türlerine göre sınıflandırılmaktadır.

1.HASTANE TÜRLERİ VE YÖNETİMİ



Arslan Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Meslek Yüksekokulu'nda hazırlanmış olduğu ders notunda hastaneleri altı farklı kategoride sınıflandırmaktadır:

- 1.Mülkiyet Esasına Göre Hastaneler
- 2.İşlevlerine Göre Hastaneler
- 3.Büyükliklerine Göre Hastaneler
- 4.Hastaların Kalış Sürelerine Göre Hastaneler
- 5.Akreditasyon durumuna Göre Hastaneler
- 6.Dikey Entegrasyona Göre Hastaneler (ARSLAN tarih yok)¹

Mülkiyet Esasına Göre Hastaneler

Mülkiyetine göre ise hastaneleri kamu ve özel olmak üzere iki alt başlığa

¹file:///C:/Users/umpg02948/Downloads/Hastanelerin%20S%C4%B1n%C4%B1fland%C4%B1r%C4%B1lmas%C4%B1.pdf erişim tarihi:14/03/2023.

OLAN DEPREMDE ETİMİNİN İDARİ LULUĞU



YAZARLAR
Av. Birsen Büşra KOCA

ayırıştır. Kamu alt başlığında Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler, Milli Savunma Bakanlığı ve Belediyeler yer alırken; özel alt başlığında özel kişi ve kuruluşlar, dernek ve vakıflar, yabancılar, azınlıklar yer almaktadır. (ARSLAN tarih yok)²

2.HASTANE YÖNETİMİNİN BİR DOĞAL AFET OLAN DEPREMDE İDARİ SORUMLULUĞU



Hastane yönetiminin depremde yıkılan hastanelerde çalışan sağlık personeline karşı sorumluluğunu incelediğimizde bu durumu ilk olarak T.C. Anayasası'nın 125. Maddesi kapsamında değerlendirmek gereklidir.

T.C. Anayasası Madde 125 - İdarenin her türlü eylem ve işlemlerine karşı yargı yolu açıktır. (Ek 2 adet cümle: 13.08.1999 - 4446 S.Kanun/Madde 2) Kamu hizmetleri ile ilgili imtiyaz şartlaşma ve sözleşmelerinde bunlardan doğan uyuşmazlıkların milli veya milletlerarası tahkim yoluyla çözülmesi öngörülebilir. Milletlerarası tahkime ancak yabancılik unsuru taşıyan uyuşmazlıklar için gidilebilir.

(...) (Ek cümle: 07.05.2010 - 5982 S.K/Madde 11) (...) Yüksek Askeri Şuranın terfi işlemleri ile kadrosuzluk nedeniyle emekliye ayırma hariç her türlü ilişik kesme kararlarına karşı yargı yolu açıktır.

İdari işlemlere karşı açılacak davalarda süre, yazılı bildirim tarihinden başlar. (Değişik cümle: 07.05.2010 - 5982 S.K/Madde 11) Yargı yetkisi, idari eylem ve işlemlerin hukuka uygunluğunun denetimi ile sınırlı olup, hiçbir surette yerindelik denetimi şeklinde kullanılamaz. Yürütme görevinin kanunlarda

²file:///C:/Users/umpg02948/Downloads/Hastanelerin%20S%C4%B1n%C4%B1fıand%C4%B1r%C4%B1lması%20C4%B1.pdf erişim tarihi:14/03/2023.



BİR DOĞAL AFET HASTANE YÖN SORUM

gösterilen şekil ve esaslara uygun olarak yerine getirilmesini kısıtlayacak, idari eylem ve işlem niteliğinde veya takdir yetkisini kaldırarak biçimde yargı kararı verilemez.

İdari işlemin uygulanması halinde telafisi güç veya imkansız zararların doğması ve idari işlemin açıkça hukuka aykırı olması şartlarının birlikte gerçekleşmesi durumunda gerekçe gösterilerek yürütmenin durdurulmasına karar verilebilir.

Kanun, olağanüstü hallerde, (...) seferberlik ve savaş halinde ayrıca millî güvenlik, kamu düzeni, genel sağlık nedenleri ile yürütmenin durdurulması kararı verilmesini sınırlayabilir.

İdare, kendi eylem ve işlemlerinden doğan zararı ödemekle yükümlüdür. (TÜRKİYE CUMHURİYETİ ANAYASASI tarih yok)³

Çelik “Sosyal Haklar Ve Devletin Yükümlülükleri Bağlamında AİHM’in Doğal Afetlerden Doğan Zararlara İlişkin Yaklaşımı” başlıklı makalesinde Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi kapsamında doğal afetlerden kaynaklanan zararların tazmininde Devletin rolünü ve ilgili AİHM kararlarını incelemiştir. (ÇELİK 2018)⁴

Çelik “17 Ağustos 1999’da Türkiye’de gerçekleşen en büyük depremlerden birinde hayatını kaybeden kişilerin yakınları olan başvuruçuların risk bölgesi olarak bilinen Çınarcık’ta V.G. Arsa Ofisi tarafından yapılan binalarda özellikle kullanılan malzemeler nedeniyle meydana gelen çökmenin ölümlere sebep olduğu iddiası AİHM’e taşınmıştı. AİHM, şirket yetkilileri hakkında başlatılan yargılama sürecinin 12 yıl sürmesi, bu süre sonunda iki kişi hakkında mahkumiyet kararı verilirken diğer üç kişi hakkında zamanaşımı nedeniyle açılan davanın düşmesi ve binalara izin veren devlet yetkilileri hakkında ise soruşturma izni verilmemesi nedeniyle yaşam hakkı bağlamında etkin soruşturma yürütme yükümlülüğünün ihlal edildiğine karar verdi.” İfadesine yer vermiştir. (ÇELİK 2018, 179)⁵

Ayrıca Çelik devletin insan hakları bağlamında negatif ve pozitif yükümlülükleri ile sosyal devlet anlayışının dayanağı olan ekonomik ve sosyal insan haklarından bahsetmiştir. (ÇELİK 2018)⁶

Bucaktepe ise “DEPREMDEN DOLAYI İDARENİN SORUMLULUĞU” başlıklı makalesinde idarenin sorumluluğunu idare hukukuna göre siyasi sorumluluk, cezai sorumluluk ve mali sorumluluk olmak üzere üçe ayırmıştır. Bucaktepe “İdare hukukunda idari sorumluluğun iki alt başlığı bulunmaktadır. Bunlar “kusurlu sorumluluk” ve “kusursuz sorumluluk”tur. Kusurlu sorumluluk, “hizmet kusuru” kavramına dayanılarak açıklanmaktadır. Hizmet kusuru “idarenin kuruluşunda, düzenlenmesinde ve işleyişinde ortaya çıkan bir ‘bozukluk’, ‘aksaklık’ veya ‘boşluk’ olarak tarif edilmektedir. Hukukumuzda hizmetin “hiç işlememesi”, “geç işlemesi” veya “kötü işlemesi” hizmet kusuru

³ <https://www.mevzuat.gov.tr/#anayasa> erişim tarihi:12/06/2023.

⁴ ÇELİK SEYDİ, “SOSYAL HAKLAR VE DEVLETİN YÜKÜMLÜLÜKLERİ BAĞLAMINDA AİHM’İN DOĞAL AFETLERDEN DOĞAN ZARARLARA İLİŞKİN YAKLAŞIMI”, ULUSLARARASI SOSYAL & HUKUK KONGRESİ, 2018, LEGAL YAYINCILIK, İSTANBUL, s.169-190.

⁵ ÇELİK SEYDİ, “SOSYAL HAKLAR VE DEVLETİN YÜKÜMLÜLÜKLERİ BAĞLAMINDA AİHM’İN DOĞAL AFETLERDEN DOĞAN ZARARLARA İLİŞKİN YAKLAŞIMI”, ULUSLARARASI SOSYAL & HUKUK KONGRESİ, 2018, LEGAL YAYINCILIK, İSTANBUL, s.179.

OLAN DEPREMDE ETİMİNİN İDARİ LULUĞU



YAZARLAR
Av. Birsen Büşra KOCA

olarak değerlendirilmekte idarenin ortaya çıkan zararı tazmin etmesi gerekmektedir. (Bucaktepe, s.96) Bucaktepe İdarenin Sorumluluğunu Azaltan ya da Ortadan Kaldıran Haller ve Deprem başlığı altında idarenin sorumluluğunu azaltan sebepler olarak mücbir sebep, beklenmeyen durum, zarar gören kişinin davranışı ve üçüncü kişinin davranışını incelemiştir. Ayrıca İmar Kanunu m.21 ve m.32'ye değinmiştir. (BUCAKTEPE 2012-2013)⁷

İmar Kanunu Madde 21 - Bu Kanunun kapsamına giren bütün yapılar için 26 ncı maddede belirtilen istisna dışında belediye veya valiliklerden (...) yapı ruhsatıyesisi alınması mecburidir.

Ruhsat alınmış yapılarda herhangi bir değişiklik yapılması da yeniden ruhsat alınmasına bağlıdır. Bu durumda; bağımsız bölümlerin brüt alanı artmıyorsa ve nitelik değişmiyorsa ruhsat, hiçbir vergi, resim ve harca tabi olmaz.

Ancak; derz, iç ve dış sıva, boya, badana, oluk, dere, doğrama, döşeme ve tavan kaplamaları, elektrik ve sıhhi tesisat tamirleri ile çatı onarımı ve kiremit aktarılması ve yönetmeliğe uygun olarak mahallin hususiyetine göre belediyelerce hazırlanacak imar yönetmeliklerinde belirtilecek taşıyıcı unsur etkilemeyen diğer tadilatlar ve tamiratlar ruhsata tabi değildir.

Belediyeler veya valilikler mahallin ve çevrenin özelliklerine göre yapılar arasında uyum sağlamak, güzel bir görünüm elde etmek amacıyla dış cephe boya ve kaplamaları ile çatının malzemesini ve rengini tayin etmeye yetkilidir. Bu Kanunun yürürlüğe girmesinden önce yapılmış olan yapılar da bu hükme tabidir. (İMAR KANUNU tarih yok)⁸

İmar Kanunu Madde 32 - Bu Kanun hükümlerine göre (...); ruhsat alınmadan yapıya başlandığı veya ruhsat ve eklerine veya ruhsat alınmadan yapılabilecek yapılarda projelerine ve ilgili mevzuatına aykırı yapı yapıldığı ilgili idarece tespiti, fenni mesulce (...) tespiti ve ihbarı veya herhangi bir şekilde bu duruma muttali olunması üzerine, belediye veya valiliklerce o andaki inşaat durumu tespit edilir. Yapı mühürlenerek inşaat derhal durdurulur. (Ek 3. cümle: 14.02.2020 - 7221 S.K/Madde 10) Yapının imar mevzuatına aykırı olduğuna dair bilgi, tapu kayıtlarının beyanlar hanesine kaydedilmek üzere ilgili idaresince tapu dairesine en geç yedi gün içinde yazılı olarak bildirilir.(Ek 4. cümle: 14.02.2020 - 7221 S.K/Madde 10) Aykırılığın giderildiğine dair ilgili idaresince tapu dairesine bildirim yapılmadan beyanlar hanesindeki kayıt kaldırılmaz.

Durdurma, yapı tatil zaptının yapı yerine asılmasıyla yapı sahibine tebliğ edilmiş sayılır. (Değişik 2. cümle: 14.02.2020 - 7221 S.K/Madde 10) Bu tebligatın bir nüshası muhtara bırakılır, bir nüshası da Çevre ve Şehircilik İl Müdürlüğüne gönderilir.

Bu tarihten itibaren en çok bir ay içinde yapı sahibi, yapısını ruhsata uygun hale getirerek veya ruhsat alarak, belediyeden veya valilikten mühürün

⁶ ÇELİK SEYDİ, " SOSYAL HAKLAR VE DEVLETİN YÜKÜMLÜLÜKLERİ BAĞLAMINDA AİHM'İN DOĞAL AFETLERDEN DOĞAN ZARARLARA İLİŞKİN YAKLAŞIMI", ULUSLARARASI SOSYAL & HUKUK KONGRESİ, 2018, LEGAL YAYINCILIK, İSTANBUL,s.169-190.

⁷ BUCAKTEPE ADIL, "DEPREMDEN DOLAYI İDARENİN SORUMLULUĞU", DICLE ÜNİVERSİTESİ HUKUK FAKÜLTESİ DERGİSİ, Cilt: 17-18, Sayı: 26-27-28-29, Yıl: 2012-2013, s.93-122.

⁸ <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=3194&MevzuatTuru=1&MevzuatTertip=5> erişim tarihi: 12/06/2023



BİR DOĞAL AFET HASTANE YÖN SORUM

kaldırılmasını ister.

Ruhsata aykırılık olan yapıda, bu aykırılığın giderilmiş olduğu veya ruhsat alındığı ve yapının bu ruhsata uygunluğu, inceleme sonunda anlaşılırsa, mühür, belediye veya valilikçe kaldırılır ve inşaatın devamına izin verilir.

Aksi takdirde, ruhsat iptal edilir, ruhsata aykırı veya ruhsatsız yapılan bina, belediye encümeni veya il idare kurulu kararını müteakip, belediye veya valilikçe yıktırılır ve masrafı yapı sahibinden tahsil edilir. (Ek 2. cümle: 14.02.2020 - 7221 S.K/Madde 10) Yapı tatil tutanağının düzenlendiği tarihten itibaren bir ay içinde yapı sahibi tarafından yapının ruhsata uygun hale getirilmediğinin veya ruhsat alınmadığının ilgili idaresince tespit edilmesine rağmen iki ay içinde hakkında yıkım kararı alınmayan yapılar ile hakkında yıkım kararı alınmış olmasına rağmen altı ay içinde ilgili idaresince yıkılmayan yapılar, yıkım maliyetleri döner sermaye işletmesi gelirlerinden karşılanmak üzere Bakanlıkça yıkılabilir veya yıktırılabilir. (Ek 3. cümle: 14.02.2020 - 7221 S.K/Madde 10) Yıkım maliyetleri %100 fazlası ile ilgili idaresinden tahsil edilir. (Ek 4. cümle: 14.02.2020 - 7221 S.K/Madde 10) Bu şekilde tahsil edilememesi halinde ilgili idarenin 5779 sayılı Kanun gereğince aktarılan paylarından kesilerek tahsil olunur. (Ek 5. cümle: 14.02.2020 - 7221 S.K/Madde 10) Tahsil olunan tutarlar, Bakanlığın döner sermaye işletmesi hesabına gelir olarak kaydedilir.

(Ek 6. fıkra: 29.11.2018 - 7153 S.K/Madde 15) İdare tarafından ruhsata bağlanamayacağı veya aykırılıkların giderilemeyeceği tespit edilen yapıların ruhsatı üçüncü fıkra düzenlenene bir aylık süre beklenmeden iptal edilir ve mevzuata aykırı imalatlar hakkında beşinci fıkra hükümleri uygulanır. (İMAR KANUNU tarih yok)⁹

Azimli Çilingir “İdarenin Sorumluluğu İlkesi Kapsamında Afetlerin Değerlendirilmesi” başlıklı makalesinde İdare, gerçekleşme ihtimali olan tehlikeleri önceden belirleyip gerekli önlemleri almakla yükümlüdür. İdarenin dinamik ve fonksiyonel olabilmesi, öncelikle topluma ilişkin olarak genel hayatı etkileyen tehlikelerden korunmaya ve kaçınmaya ilişkin pratik çözümler üretmiş olmasına bağlıdır. Bunun yanında kendi yapısı ve işleyişini de afetlerin etkileriyle baş edebilecek biçimde düzenlemesi gerekmektedir.” İfadesine yer vermiştir. (AZİMLİ ÇİLİNGİR 2019, 172)¹⁰

Devletin, negatif bir yükümlülük olarak, yetki alanında bulunan hiçbir bireyin yaşamına kasıtlı ve hukuka aykırı olarak son vermeme, bunun yanı sıra, pozitif bir yükümlülük olarak, yine yetki alanında bulunan tüm bireylerin yaşam hakkını gerek kamusal makamların, gerek diğer bireylerin, gerekse kişinin kendisinin eylemlerinden kaynaklanabilecek risklere karşı koruma yükümlülüğü bulunmaktadır. Bu bağlamda, devlet doğal afet nedeniyle oluşan riskleri bertaraf etmek için gerekli ve yeterli önlemleri almak ve doğal afet riski nedeniyle vatandaşların yaşamını korumak hususunda da pozitif bir

⁹ <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=3194&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5> erişim tarihi: 12/06/2023.

¹⁰ GÜLCAN AZİMLİ ÇİLİNGİR, “İDARENİN SORUMLULUĞU İLKESİ KAPSAMINDA AFETLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ”, VAN YÜ İİBF DERGİSİ 4(8), 18/12/2019, s.172.

¹¹ GÜLCAN AZİMLİ ÇİLİNGİR, “İDARENİN SORUMLULUĞU İLKESİ KAPSAMINDA AFETLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ”, VAN YÜ İİBF DERGİSİ 4(8), 18/12/2019, s.175-176.

OLAN DEPREMDE ETİMİNİN İDARİ LULUĞU



YAZARLAR
Av. Birsen Bışra KOCA

yükümlölük altındadır. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin (AİHS) 2. maddesi'nde güvence altına alınmış olan yaşam hakkı en temel insan hakkıdır ve yaşam hakkını koruma yükümlölüğünün derecesi, yaşam hakkına yönelik risklerin kamusal makamlarca ne derece öngöröllebilip öngöröllemeyeceğı ile doğrudan bağlantılıdır. Afetin meydana gelmesi durumunda, yaşam hakkı ve mülkiyet hakkı bağlamında devletin sorumluluğunun kapsamını tayin edecek ölçütler Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi (AİHM)'nin özellikle "Budayeva" kararında ortaya konulmuştur. (AZİMLİ ÇİLİNGİR 2019, 175-176)¹¹

Bayra "Anayasa Mahkemesi ve AİHM kararları ışığında Yaşam Hakkı ve Deprem" başlıklı Deprem Sempozyumu Bildiri Kitabında yer alan makalesinde AİHM'in Budayeva ve diğerleri kararını incelemiştir. (BAYRA 2021)¹²

Azimli Çilingir ise çalışmasında T.C. Anayasası m.56, m.57, m.65, m.5 ve m.23'e konu kapsamında yer vermiştir. (AZİMLİ ÇİLİNGİR 2019)¹³

Mülkiyet esasına göre hastaneler incelendiğinde kamu hastanelerinin yanı sıra özel hastanelerde bulunmaktadır. Burada da öncelikle TBK m.69 kapsamında hastane yönetiminin sorumluluğuna gidilebilir.

TBK Madde 69 - Bir binanın veya diğer yapı eserlerinin maliki, bunların yapımındaki bozukluklardan veya bakımındaki eksikliklerden doğan zararı gidermekle yükümlüdür.

İntifa ve oturma hakkı sahipleri de, binanın bakımındaki eksikliklerden doğan zararlardan, malikle birlikte müteselsilen sorumludurlar.

Sorumluların, bu sebeplerle kendilerine karşı sorumlu olan diğer kişilere rücu hakkı saklıdır. (TÜRK BORÇLAR KANUNU tarih yok)¹⁴

Hakeri'nin "Sağlık Çalışanı Güvenliğı ve Hukuksal Sorumluluk" başlıklı makalesine göre Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ'in 19.maddesi afetler ve olağan dışı durumlarda alınacak tedbirleri düzenlemektedir:

(1) Afetlerde (deprem, yangın, sel) ve olağan dışı durumlarda tedbir alınması için yapılacak işlemler şunlardır:

- a) Kurum bir afet planı oluşturur.
- b) Afet planının tatbikatları yılda en az bir kere yapılır. 1.derece deprem bölgesinde olan kurumlar yılda en az iki kez deprem tatbikatı yapar.
- c) Afet planında insanların toplanma alanları belirlenir ve tatbikatlar bu toplanma alanları üzerinde gerçekleştirilir.
- ç) Toplanma alanında o gün kurumda yatan hastaların ve o gün kurumda görev yapan tüm personelin listesi kontrol edilerek kişiler, mekândan tahliye edilir.
- d) Özürlü ve yatan hastaların tahliyesini sağlayacak araçlar, kurumda hazır

¹² [https://www.medipol.edu.tr/sites/default/files/2022-11/2021_24605_UNV_Deprem_Sempozyumu_Bildiri_Kitabi%20\(1\).pdf#page=83](https://www.medipol.edu.tr/sites/default/files/2022-11/2021_24605_UNV_Deprem_Sempozyumu_Bildiri_Kitabi%20(1).pdf#page=83) BAYRA ADEM ERSİN, "ANAYASA MAHKEMESİ VE AİHM KARARLARI IŞIĞINDA YAŞAM HAKKI VE DEPREM", 24-25/05/2021, s.67-88, erişim tarihi: 12/06/2023

¹³ GÜLCAN AZİMLİ ÇİLİNGİR, "İDARENİN SORUMLULUĞU İLKESİ KAPSAMINDA AFETLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ", VAN YÜ İİBF DERGİSİ 4(8), 18/12/2019.

¹⁴ <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=6098&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5> erişim tarihi: 12/06/2023.



BİR DOĞAL AFET HASTANE YÖNETİMİ SORUMLULUĞU

bulundurulur.

e) Yangın söndürme araçlarının her an kullanıma hazır olması sağlanır.

f) Tüm personel yangın söndürme teknikleri ve söndürme cihazlarının kullanımı

konusunda eğitilir.

g) Yangın söndürme tesisatı beş sene bir genel kontrolden geçirilir.

Bunun yanı sıra özel hastanelerde sağlık çalışanları ve hastane yönetimi arasındaki ilişkiyi iş hukuku, borçlar hukuku kapsamında da değerlendirmek gereklidir. Burada da işveren olarak hastane yönetimine hasıl olan sorumluluklar söz konusu olacaktır. Ancak depremin öngörülemezliği ve önlenemezliği işveren lehine de değerlendirilebilmektedir. (HAKERİ tarih yok)¹⁵

TBK Madde 138 - Sözleşmenin yapıldığı sırada taraflarca öngörülmeyen ve öngörülmesi de beklenmeyen olağanüstü bir durum, borçludan kaynaklanmayan bir sebeple ortaya çıkar ve sözleşmenin yapıldığı sırada mevcut olguları, kendisinden ifanın istenmesini dürüstlük kurallarına aykırı düşecek derecede borçlu aleyhine değiştirir ve borçlu da borcunu henüz ifa etmemiş veya ifanın aşırı ölçüde güçleşmesinden doğan haklarını saklı tutarak ifa etmiş olursa borçlu, hakimden sözleşmenin yeni koşullara uyarlanmasını isteme, bu mümkün olmadığı takdirde sözleşmeden dönme hakkına sahiptir. Sürekli edimli sözleşmelerde borçlu, kural olarak dönme hakkının yerine fesih hakkını kullanır.

Bu madde hükmü yabancı para borçlarında da uygulanır. (TÜRK BORÇLAR KANUNU tarih yok)¹⁶

İŞIKLAR “Danıştay Kararlarında İdarenin Kusursuz Sorumluluğunu Kaldıran Ve Azaltan Hâller” (İŞIKLAR 2019)¹⁷ , Çınar Can Evren “İdarenin Sorumluluğunu Etkileyen Neden Olarak Mücbir Sebep” (EVREN 2010)¹⁸ ve Turan Yıldırım “Danıştay Kararlarında Mücbir Sebep Kavramı” (YILDIRIM 2019)¹⁹ başlıklı makalelerinde idarenin sorumluluğunu etkileyen faktörleri incelemişlerdir. Bu çalışmalarda doğal afetin bir mücbir sebep olarak sayılıp sayılamayacağı ve bu durumun idarenin sorumluluğuna etkisi analiz edilmiştir.

SONUÇ

Sonuç olarak bu çalışmada bir doğal afet olan depremde hastane yönetiminin idari sorumluluğu incelenmiştir. Çalışmada hastane yönetiminin hastane türlerine göre ayrımı ve bu ayrıma göre hastane yönetiminin bir doğal afet olan depremdeki idari sorumluluğu incelenmiştir. Hastane yönetiminin deprem öncesinde sağlık çalışanlarına ve sağlık hizmetlerinin devam ettirildiği kuruma dair almaları gereken tedbirlere yer verilmiştir. Çalışmaya göre mücbir sebep olarak tanımlanan ve idarenin sorumluluğunu etkileyen durumlar dışında hastane yönetimi idare olarak depremde sorumluluğu olan bir statüdedir.

¹⁵ HAKERİ HAKAN, “SAĞLIK ÇALIŞANI GÜVENLİĞİ VE HUKUKSAL SORUMLULUK”, SAĞLIK ÇALIŞANI GÜVENLİĞİ VE HUKUKSAL SORUMLULUK DERGİSİ, s. 53-59.

¹⁶ <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=6098&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5> erişim tarihi: 12/06/2023.

¹⁷ İŞIKLAR CELAL, “DANIŞTAY KARARLARINDA İDARENİN KUSURSUZ SORUMLULUĞUNU KALDIRAN VE AZALTAN HALLER”, YBHD • Yıl 4 • Sayı 2019/1, s.115-158.

¹⁸ EVREN ÇINAR CAN, “İDARENİN SORUMLULUĞUNU ETKİLEYEN NEDEN OLARAK MÜCBİR SEBEP”, Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi C. XIV, Y. 2010, Sa. 1, s.263-297.

OLAN DEPREMDE ETİMİNİN İDARİ LULUĞU



YAZARLAR
Av. Birsen Büşra KOCA





YARGITAY KARARLARI SENDROMU DAVALARI AYDINLATMA YÜKÜMLÜLÜĞÜ KAPSAMI

GİRİŞ

Down sendromlu doğum nedeniyle, hekimlerin karşı karşıya kaldığı tazminat davaları, son yıllarda sağlık hukukunun en tartışmalı konularından biri haline gelmiştir. Down sendromu gibi genetik anomalilerde dava konuları çoğunlukla “gebelik takibi sırasında ailenin, down sendromlu bebek sahibi olma ihtimali ve ileri tanı tetkikleri konusunda yeterince aydınlatılmamış oldukları” iddialarına dayanmaktadır. Bu nedenle, gebelik takibi sürecinde hekimin aydınlatma yükümlülüğünün kapsamının Yargıtay kararları kapsamında değerlendirilmesi önem arz etmektedir.

GENEL OLARAK HASTANIN AYDINLATILMASI NASIL OLMALIDIR?

Malpraktis davalarında, hekimlerin en zorlandığı konulardan birisi de hastanın yasalara uygun şekilde aydınlatılıp aydınlatılmadığı ve hastanın aydınlatılabilecektir. Ancak, son yıllarda down sendromu nedeni ile kadın doğum uzmanları aleyhine açılan malpraktis davalarında

Öncelikle, genel olarak hasta, uygulanan ve diğer tanı ve tedavi yöntemleri ve bu yöntemlerin getireceği fayda ve riskler ile hasta sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri, komplikasyonları ve reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri konusundaki bilgilendirilmelidir. Aydınlatma her hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde yapılmalıdır.

AYDINLATMANIN ŞEKLİ NASIL OLMALIDIR?

Aydınlatmanın yazılı olarak yapılması gerektiğine ilişkin bir düzenleme mevcut olmayıp, hasta sözlü ya da yazılı olarak aydınlatılabilecektir. Ancak, son yıllarda down sendromu nedeni ile kadın doğum uzmanları aleyhine açılan malpraktis davalarında gebelik takibi sırasında hastanın yeterli olarak aydınlatıldığının yazılı olarak ispat edilemediği gerekçesi ile hekim aleyhine kararlar verilmiştir. Bu durum kadın doğum uzmanları açısından birçok tartışmayı da beraberinde getirmiştir.

Hal böyle olduğundan, Yargıtay Hukuk Genel Kurulu 22.03.2022 tarihinde vermiş olduğu 2020/11-592 E., 2022/356 K. nolu kararı ile aydınlatmanın ispatı konusunda emsal olacak bir karara imza atmıştır.



Söz konusu kararda şu hususlara yer verilmiştir:

- Türk hukukunda aydınlatma yükümlülüğünün yazılı olarak yapılması gerektiğine ilişkin bir düzenleme yer almamaktadır, bu kapsamda, hastanın aydınlatılması sözlü ya da yazılı şekilde gerçekleştirilebilir.
- Aydınlatma yükümlülüğünün yerine getirildiği hususu hekim tarafından her türlü delille ispatlanabilir. Aydınlatma yükümlülüğünün yerine getirilip getirilmediği hususu somut olay özelinde hastanın eğitimi, yaşı, kültürel seviyesi ve hekim veya hastane tarafından tutulan kayıtlar serbestçe değerlendirilerek tespit edilmelidir.

·Öte yandan protokol defterinde yer alan amniosentez ve down sendromu konusunda bilgi verildiğine ilişkin kayıtların aksinin davacı tarafca ispatlanmadığı anlaşılmaktadır.

Özetle, hastanın yazılı olarak aydınlatılması zorunluluğu bulunmayıp, hekim, hastasını sözlü veya yazılı olarak aydınlatabilecektir. Yine, protokol defterini de bir ispat aracı olarak kullanabilecektir. Somut olayın özelliğine göre sözlü ya da yazılı olarak aydınlatma yaptığını ispat ettiği takdirde hekim sorumlu tutulmayacaktır.



DÜŞÜNÜLÜ

YARGITAY KARARLARI
Davacı aleyhine karar verilmesi, alternatif olarak, kalktığı

İLK DERECE

İlk derece mahkemesi, Davacı aleyhine karar vermiş, beklenmemiş, Gebelik takibi, Bu nedenle, hakkında, Güncel tıbbi hareket etme yönünde, Yargıtay kararları, ihmalinin bulunmadığı, İSTİNAF MAHKEMESİ, Davanın

Hasta kayıtları, Dosyada, Davacı aleyhine, ile bunları, Ancak, sözlü de düzenlenmiş, şeklinde g

YARGITAY KARARLARI

Yargıtay kararları, olan Adli Tıp Kurumu, Hekimlerin, Davacı aleyhine, bulunmadığı, kanaatine

Yargıtay kararları, sorumluluğu, bulunmuştur. Özetle; Yargıtay kararları

SONUÇ

Kadın Doğum Hastanının Gebelik takibi, bulunmadığı

Av. Tuba ÇELİK ALTIAYLIK

lığını, söylemek mümkündür.



XI. SAĞLIK HUKUKU KURULTAYI

KURULTAY FOTOĞRAFLARI

(12-13 Aralık 2025)









KURULTAY FOTOĞRAFLARI





