

TÜRKİYE’DE UYGULANMAKTA OLAN HEKİM MESLEKİ SORUMLULUK SİGORTALARINA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA*

A STUDY OF MEDICAL MALPRACTICE INSURANCE IN TURKEY

Elif KERÇ**
Özgür AKPINAR***

Öz

Ülkemizde sorumluluk sigortaları branşında ağırlıklı üretim kara araçlarına bağlı sorumluluk sigortalarında. Kanun koyucu toplumun ihtiyaçlarını da göz önünde bulundurarak çeşitli alanlarda zorunlu sorumluluk sigortası uygulamalarını başlatmıştır. Bu durum sorumluluk sigortaları alanında ürün çeşitliliğinin artmasını sağlamıştır. Hekim mesleki sorumluluk sigortaları da bu kapsamdaki sigorta türlerinden biridir. Dünyada tarihi eskiye dayanan hekim mesleki sorumluluk sigortaları, ülkemizde 2010 yılında zorunlu tutulmaya başlamıştır. Yıllar içinde teminat tutarlarında değişiklik olsa da primlerde değişiklik yapılmamıştır. Biriken dava sayıları ve tazminat tutarları ile başlarda kar etmekte olan bu sigorta ürünü, zarar eder hale gelmiştir. Çalışmamızda zorunlu hekim mesleki sorumluluk sigortalarının geldiği son durum incelenmek istenmiştir. Ülkemizdeki uygulamaları, zorunlu tutulan poliçe ile ilgili üretim ve hasar verileri incelenmiştir. Saha çalışması yapılarak, hekimlerin görüşleri alınmış, sigorta ve sorumluluk bilinçleri tespit edilmeye çalışılmıştır. Çalıştıkları kurum, mesleki deneyim süreleri ve uzmanlıklarına göre sigorta yaklaşımları ölçülmüştür. Analizler, hekimlerin mesleki sorumluluk sigortasının gerekliliğine inandıklarını, daha çok bilgi sahibi olmaları gerektiğini ve bu sigorta ürününün gelişmesine ihtiyaç duyduklarını göstermiştir. Görüşlerinin olumlu olduğunu bir miktar şüphe duysalar da sigortanın varlığının kendilerini

- * Makalenin Gönderim Tarihi: 29.05.2018 Kabul Tarihi: 13.06.2018. Bu çalışma; Marmara Üniversitesi, Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Sigortacılık Anabilim Dalı’nda gerçekleştirilen “Türk Sigorta Sektöründe Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortalarının İstatistiksel Analizi” isimli yüksek lisans tez çalışmasından derlenmiştir.
- ** Marmara Üniversitesi, Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Sigortacılık Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Öğrencisi. ORCID ID: 0000-0002-2555-0362
- *** Marmara Üniversitesi, Bankacılık ve Sigortacılık Meslek Yüksekokulu, Sigortacılık Bölümü, Dr. Öğr. Üyesi. Sorumlu Yazar, ORCID ID: 0000-0003-2084-2662

rahatlattığını beyan etmişlerdir. Bu sigorta türünün yaşayabilmesi için uygun prim ve teminat içeriğine sahip olması gerekmektedir. Hekimler sigorta içeriği hakkında bilgilendirilmeli, dava süreçlerinde hekimler kanuni yetkililer, meslek odaları ve sigorta şirketleri ortak çalışmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sigorta, Sorumluluk, Mesleki Sorumluluk Sigortası

JEL Sınıflaması: C10, G20, G22

Abstract

It is expected that people will assume the consequences of their defective behaviors in their responsibilities. Also, the legal systems require the compensation for damages of faulty owners. This is the scope of liability insurances. Considering the needs of society, the regulatory can implement compulsory liability insurance in various fields. Liability insurances and medical malpractice insurance are also included in this scope. Professional liability insurance provides coverages for damages that the insured can give to the third person while applying his profession. Medical Malpractice Insurance provides financial coverage for physicians against damages they may give to their patients while they are practicing their profession. Physicians are responsible for medical malpractice other than the standard medical treatments that physician is responsible for. Medical malpractice is defined as the failure of the physician to perform standard practice during treatment, the lack of skills or the loss of treatment to the patient. It is different from the situations seen during medical practice and the conditions of the physician (complication). The complication is that the adverse event which is the result of the medical intervention is not protected or prevented by known methods. Medical malpractice can be examined in three groups; diagnosis, treatment and other application errors. Before the treatment begins, the physician should examine the findings of the patient and diagnose correctly. It should be able to choose the appropriate method of diagnosis and provide the correct application through medical knowledge, skill and cure. Failure to follow the patient in the post-treatment period, incorrect dose adjustment in the drug applications, wrong or incomplete implementation of the preventive and protective applications and not keeping the patient records are considered as medical malpractice. The medical malpractice insurance of physicians based on historical documents in the world started to be compulsorily enforced in our country on 21 July 2010 by the communiqué published in the Official Gazette No. 27648. "Compulsory Financial Liability Insurance for Medical Malpractice" was established by the regulatory. These compulsory policy coverages are both claims made and occurrence basis. Although there has been some changes in the amount of coverage over the years, the premium has not been amended. For this reason, this insurance product, which is profitable at the beginning, with the accumulated number of lawsuits and compensation amounts has made loss. Direct premium production of Compulsory Financial Liability Insurance for Medical Malpractice was 48,267,453,08 TL in 2016 and the loss / premium ratio reached to 198,07%. According to the Medical Liability Insurance Tariff and Instructions, the per capita and annual coverage limits vary between 200,000-TL and 800,000-TL according to 4 different risk groups. In all cases the annual limit is limited to 1,800,000 TL. It includes both material and non-pecuniary compensation claims and costs of proceedings. Even if the risk is realized within the policy period, the amount of the annual coverage limit remains the same during the contract period. Medical malpractice insurance has different applications in the world. The most useful application is considered to be a no-fault system being applied in the Nordic countries (i.e. Finland, Norway, Denmark etc.). In this system, medical faults are done to detect and

remove the causes. The grievance of the patient is covered by the public or private insurance system. The system that is being implemented in our country is a system for the consequences of medical application errors. The medical malpractice case is examined by experts and connected to a conclusion. If it is decided that a physician is faulty, the physician will be liable to pay compensation and will be liable to professional liability insurance. These processes can destroy physicians and patients. It can be thought that a system that takes the precautions before the error has taken place is more constructive, which removes the causes of the mistakes. In our study, it’s desired to examine the latest situation of compulsory medical malpractice liability insurance in our country. The premium production and damage data related to the compulsory policy have been examined. An interview has been applied to physicians, the opinions of the physicians about the insurance and responsibility were taken consciousnesses were tried to be determined. Insurance approaches have been measured according to the institution, professional experience and expertise they have worked for. Analyzes show that physicians believe that professional liability insurance is necessary, they need to have more information, and that this insurance product needs to be developed. Although they have little doubt their opinions are positive, they have declared that the presence of the insurer has relieved them. This insurance must have the appropriate premium and coverage content to survive. Physicians should be informed about the insurance content. Physician unions, legal authorities and insurance companies should collaborate during the proceedings.

Keywords: Insurance, Liability, Professional Liability Insurance

JEL Classification: C10, G20, G22

I. GİRİŞ

İnsanların yaşam biçimleri geliştikçe ve değiştikçe, ihtiyaçları ve davranışları da değişmektedir. Yaşadıkları çevreye ve diğer kişilere karşı sorumlulukları doğmaktadır. Sorumluluk, Türk Dil Kurumu tarafından “*Kişinin kendi davranışlarını veya kendi yetki alanına giren herhangi bir olayın sonuçlarını üstlenmesi*” olarak tanımlanmaktadır (www.tdk.gov.tr).

Çeşitli risklerin gerçekleşmesi ile insanlar sadece ev araba gibi mal varlıklarının kaybı ile zarara uğramazlar. Sorumlu oldukları olayların gerçekleşmesi ve bunların doğuracağı kötü sonuçlarla da finansal kayıplara uğrayabilmektedirler. Gelişen hukuk sisteminin de teşviki ile bireylerin veya kurumların yaptıkları işler ya da sözleşmelerinden doğan sorumlulukları gündeme gelmektedir. Bu sorumlulukların olumsuz sonuçlarından dolayı tazminat yükümlülükleri doğabilmektedir. Hukuk sistemleri kusur sahiplerinin zararlarından oluşacak kayıpların giderilmesini zorunlu tutmaktadır. Bu durum Türk Borçlar Kanunu Madde 49’da şu şekilde tanımlanmıştır: “*Kusurlu ve hukuka aykırı bir fiille başkasına zarar veren, bu zararı gidermekle yükümlüdür. Zarar verici fiili yasaklayan bir hukuk kuralı bulunmasa bile, ahlaka aykırı bir fiille başkasına zarar veren de bu zararı gidermekle yükümlüdür.*” Bu aşamada sorumluluk sigortaları devreye girer.

Sorumluluk sigortaları, sigortalının faaliyeti esnasındaki bir kusuru nedeniyle üçüncü şahıslara vereceği maddi ve bedensel zararlar sonucu kendisine yüklenecek tazminat taleplerine, belirli şartlarda ve belirli tutara kadar teminat sağlayan bir sigorta türüdür (Bozer, 2007: 130-134). Sorumluluk sigortaları, zarar görenin mağduriyetinin giderilmesi, kusur sahibinin ekonomik varlığını koruyabilmesi için oldukça önemlidir. Mesleki sorumluluk sigortaları da dahil olmak üzere pek çok sorumluluk sigortası türü ülkemizde uygulanmaktadır.

Çalışmamızın ilk bölümünde mesleki sorumluluk ve hekim mesleki sorumluk sigortaları hakkında bilgi verilmiştir. Sonrasında Dünyada ve Türkiye’de hekim mesleki sorumluluk sigortalarının uygulamaları detaylandırılmıştır. Son bölümde de yapılan analiz ve analiz sonuçlarına göre değerlendirmeler ile öneriler yer almıştır. Çalışmamızda amaçlanan; Türkiye’de faaliyet gösteren diş hekimlerinin hekim mesleki sorumluluk sigortaları hakkındaki görüşlerini almak, çalıştıkları kuruma, uzmanlıklarının olup olmamasına ve mesleki deneyim sürelerine göre görüşlerinin değişip değişmediğini ölçümlemektir.

II. MESLEKİ SORUMLULUK SİGORTALARI İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

Mesleki sorumluluk sigortalarında, sigortalının mesleğini uygularken üçüncü kişilere verebileceği maddi ve bedeni zararlardan doğan tazminat talepleri teminat altına alınır. (Çeker, 2012: 265-266). Mesleki sorumluluk sigortası sahibi olan sigortalı, mesleğini ifa ederken hata, ihmal, unutmama, mesleki yetersizlik, yeterli özeni gösterememe, yeterli ekipman ve donanıma sahip olamama gibi nedenlerden dolayı üçüncü kişilere zarar verebilir. Avukatlık, hekimlik, sigorta aracılığı, mali müşavirlik gibi meslek dallarında bu tip sorumluluk sigortası kullanılmaktadır. Bu meslek dallarında eğitim düzeyleri çok yüksek olduğu için ve insan hayatı, cezai yükümlülükler, kişilerin mal varlıklarının korunması gibi büyük sorumluluklar alındığından, yüksek standartlar aranmaktadır. Buna bağlı olarak gelebilecek tazminat talepleri de yüksek olabilmektedir (Karacan, 1994: 189).

II.1. Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası Kavramı

Hekim, Türk Dil Kurumu’na göre “*İnsanlardaki hastalıkları teşhis ve onları ilaçlarla veya bazı araçlarla tedavi eden kimse, doktor, tabip*” şeklinde tanımlanmaktadır (www.tdk.gov.tr). Anayasanın 12. maddesine göre vücut bütünlüğünün korunması bireyin en temel hakkıdır. “*Herkes, kişiliğine bağlı, dokunulmaz, devredilmez, vazgeçilmez temel hak ve hürriyetlere sahiptir. Temel hak ve hürriyetler, kişinin topluma, ailesine ve diğer kişilere karşı ödev ve sorumluluklarını da ihtiva eder*”. Kişinin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkı dokunulmaz, devredilmez, vazgeçilmezdir. Hekimin yapacağı her türlü tıbbi müdahale de aslında bu kişilik hakkına hukuken bir müdahaledir. Bu müdahaleyi hukuka uygun kılan ise hastanın rızasıdır (Dural, 2008: 153-156). Hekimin en baştaki görevi; hastalıkların önlenmesini sağlamak, insan sağlığını

ve hayatını yüksek özen göstererek korumak, bilimsel gereklilikleri yerine getirerek hastalıkları iyileştirmektir. (Türk Tabipleri Birliği, Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, 1999).

Hekimin tıbbi uygulamalarını hukuka uygun hale getiren temel koşul hastanın aydınlatılmış onamıdır. Onam alınmadan yapılan tedaviler hukuka aykırıdır (Çetin, 2006: 32). Hekim hastanın anlayacağı şekilde ve düzeyde hastayı aydınlatmakla yükümlüdür. Onam belgesi hastanın sağlık durumu, konulan tanı, önerilen tedavi yöntemi ve bu yöntemin hastanın sağlık durumunda taşıdığı riskler, başarı şansı, verilecek olan ilaçlar ve bunların yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi halinde karşılaşılabilecek durumlar hakkında bilgi içerir. Hekimin yapacağı uygulamalar, ancak hasta tarafından imzalı onam belgesini alması durumunda hukuka uygun sayılabilir. Hekimin hastasını aydınlatmayı onamını almaması durumu ihmali suç niteliği taşır (Polat ve Paki, 2011: 121).

Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası, hekimler için mesleklerini icra ederken hastalarına verebilecekleri zararlara karşı maddi teminat sağlar. Hekimin sorumlu bulunduğu standart tıbbi müdahaleler haricinde yapabileceği tıbbi yanlış uygulamalar (tıbbi malpraktis) teminat altına alınmıştır. Maddi zararın karşılanmasına yönelik olan bu sigorta, hekimin cezai ya da idari sorumluluğunu ortadan kaldırmamakta ve bu yöndeki zararı karşılamamaktadır (Ersoy, 2014: 29-32).

Dünya Tabipler Birliği'nin 1992 yılında gerçekleştirdiği 44. genel kurulunda yaptığı tanıma göre tıbbi malpraktis; hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarardır. Tıbbi bakım ve tedavi sırasında görülen ve hekimin hatası olmayan durumlardan (komplikasyon) ayırt edilmesi gerektiği de ayrıca vurgulanmıştır (Ersoy, 2014: 30).

Tıbbi malpraktis; tanı, tedavi ve diğer uygulama hataları olarak üç grupta incelenebilir. Hekim tedaviye başlamadan önce hastadaki bulguları inceleyerek doğru tanıyı koymalıdır. Tanı koyma sürecinde eksik ve bilimselliğini yitirmiş eski yöntemler kullanılması veya hekimin bilgi eksikliği ile gerekli özeni göstermemesi de kusurlu davranış olarak kabul edilir. Tanıya uygun tedavi yönteminin seçilmiş olması ve hekimin becerisi ile tedavinin uygulanabilmesi hekimden beklenen tedavi uygulamasıdır. Tedavinin geciktirilmesi, tedavi sonrası (postoperatif) dönemde hastanın yeterince takip edilmemesi, ilaç uygulamalarında hatalı doz ayarlaması, hastalığı önleyici ve koruyucu uygulamaların (profilaksi) yanlış veya eksik yapılması bunlara örnektir. Bunların dışında hastane ekipmanı veya personelindeki eksiklikler de tıbbi hatalı uygulamaya yol açabilmektedir (Koç, 2014: 14-15).

Hastada bir zarar oluştuğunda bunun tıbbi uygulamadan kaynaklanıp kaynaklanmadığını, yapılan tıbbi müdahalenin kusurlu olup olmadığını tıbbi bilirkişiler belirler. Tıbbi bilirkişiler, uygulamayı yapanın eğitim düzeyini de göz önünde bulundurarak aynı ortam koşullarında aynı yetkinlik düzeyinde bir hekimin göstermesi gereken özeni gösterip göstermediğine, bakım standardına uygun olup olmadığına bakarlar (Ersoy, 2014: 30). Ülkemizde

tıbbi uygulama hatası davalarında başvuru bilirkişilik kurumları; Sağlık Bakanlığına bağlı bulunan Yüksek Sağlık Şûrası, Adalet Bakanlığına bağlı Adli Tıp Kurumu, Yüksek Öğretim Kurumları ve Tabip Odaları'dır (Yorulmaz vd., 2006: 55-59).

Tıbbi malpraktis vakalarının incelenmesinde komplikasyon kavramı önemlidir. Tıbbi müdahale sonucu gerçekleşen olumsuz durumun öngörülmemiş veya bilinen yöntemlerle önlenmemiş olması komplikasyon olarak tanımlanmaktadır (Civaner, 2011: 7). Hekimin üzerine düşen sorumluluk, oluşan veya oluşması muhtemel komplikasyonları uygun şekilde yönetmektir. Hekim komplikasyonlara karşı gerekli önlemleri almalı, oluşan komplikasyonlara göre hareket ederek hastanın en az zararlı süreci atlatmasını sağlamalıdır. Aksi halde komplikasyon hekimin ihmali sayılacağından malpraktis olarak kabul edilecektir (Koç, 2007: 36).

II.2. Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortalarının Dünyadaki Uygulamaları

Hekim mesleki sorumluluk sigortaları ile ilgili Avrupa Birliği'ne üye ülkelerde ortak bir uygulama bulunmamaktadır. Her ülke kendi yasal uygulamalarına göre bu sigortayı zorunlu tutmuş ya da serbest bırakmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008: 2). Sigortacılar açısından, hekim mesleki sorumluluk sigortası pazarındaki genel sorun, artan tazminat taleplerine bağlı olarak prim artışı yapılamaması ve dolayısıyla da üretimin kârsız olmasıdır (Koch, 2011: 623-624).

Tıbbi malpraktis davalarının en yoğun görüldüğü ülke ABD' dir. Hekimlerin ödediği prim tutarları ve buna karşılık satın aldıkları sigorta teminatları Avrupa'ya kıyasla yüksektir. Teminatlar, primler ve koşullar her eyalette farklıdır (Tümer vd., 2011: 34-41).

Almanya'da tıbbi malpraktis vakalarını Eyalet Tabip Odalarındaki Bilirkişi Komisyonları ve Uzlaştırma Büroları inceler. Hekimin tıbbi müdahalesi sonucu istenmeyen bir olay gerçekleşmesi halinde sorumlu olup olmadığına tarafsız bir şekilde karar verilir. Hasta veya hekim buradan çıkan kararda hemfikir değilse yargıya başvururlar. İsveç' teki uygulamalar tüm tıbbi malpraktis sektörüne yön verecek niteliktedir. Kusursuz Sorumluluk Sisteminde (no-fault system) hata yapan sağlık personelinin tazminat ödeme zorunluluğu söz konusu değildir. Hataya neden olan sistemin ve koşulların düzeltilmesine ve hatanın tekrarlanmamasına odaklanılmıştır (Güngör vd., 2012: 131-132).

Danimarka'da "Hasta Sigorta Kanunu" uygulanmaktadır. Tıbbi uygulama hatalarının olumsuz sonuçlarından kaynaklanan tazminatlar "Kusursuz Sorumluluk Sistemi (no-fault system)" ile sağlık personelinin kusuru aranmaksızın hastanın zararını ispatladığı oranda hükümet tarafından ödenmektedir. Tüm sağlık çalışanlarının sigorta yaptırması zorunludur. Hatalı tıbbi uygulamaların değerlendirmeleri, tazminat taleplerinin karara bağlanması sigorta şirketleri ile birlikte sağlık kurumlarının oluşturduğu Hasta Sigorta Cemiyeti tarafından yapılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008: 3).

Finlandiya'da, tıbbi hatalı uygulamalar sonucu hekime dava açılmamaktadır. Zarar ile sonuçlanan bir tıbbi müdahale sonrası kusursuz sorumluluk sigortası devreye girerek, tıbbi

müdahaleyi yapan özel veya tüzel kişilerin kusuru aranmaksızın hastaya uğradığı zararı karşılaması için, hastanın ispat ettiği zarar nispetinde tazminat ödemesi yapılır. İspanya’da hekimlerin tıbbi malpraktis sigortası yaptırması kanunen zorunlu değildir. Tıbbi malpraktis konulu bir yasa da bulunmamaktadır. Ancak hekimlerin %90-95’i mesleki sorumluluk sigortasına sahiptir. Japonya’da da hekimlerin mesleki sorumluluk sigortası yaptırması zorunlu değildir. Hastanelerin kurumsal sorumluluk sigortaları, hekimlerin de neden olacağı tıbbi hata kaynaklı zararları karşılamaktadır. (Güngör vd., 2012: 132).

İtalya’da mesleki örgütlere kayıtlı olarak çalışan sağlık personelinin mesleki sorumluluk sigortası yaptırması zorunludur. Standart bir teminat sağlanması mümkün olmamış ve yüksek hasar rakamları da pek çok sigorta şirketinin sektörden çıkmasına neden olmuştur (SwissRe, 2012: 24).

Avusturya’da tıbbi mesleki sorumluluk sosyal sigorta sistemi içinde değerlendirilmektedir. Sosyal sorumluluk sigortası dahilinde vatandaşın kişi başı günlük 0.73-EUR prim kesilmektedir. Tıbbi hatalı uygulamada eğer hastanenin kusuru var ise, hastane hastanın zararını direkt olarak ödemektedir. Hastanenin, tıbbi hatalı uygulamada direkt kusuru yoksa, hastanın zararı sosyal sigorta sisteminde bulunan havuzdan ödenmektedir (SwissRe, 2014: 8).

Her ülkenin, tıbbi malpraktis konusunda hukuki ve cezai uygulamaları farklıdır. Ancak pek çok ülkede dava süreçleri uzun sürmektedir. Pek çok malpraktis vakasının tazminat ihbarı, olayın gerçekleşmesi üzerinden zaman geçtikten sonra yapılmaktadır. Bu nedenle üzerinden zaman geçtikçe de bilirkişilerin, dava inceleyicilerinin veya sigorta şirketlerinin vakayı incelemesi zorlaşmaktadır (OECD, 2006: 30).

II.3. Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortaları İle İlgili Türkiye’deki Durum

Ülkemizde hukuk sisteminde tıbbi müdahaleden doğan hukuki sorumluluk, Almanya ve İsviçre’de olduğu gibi, kusur sorumluluğu olarak kabul edilmektedir (Zeytin ve Uluğ, 2004: 4). Hekim mesleki sorumluluk sigortaları ülkemizde 1219 sayılı Türk Tababet ve Şuaabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun’da, 1539 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu’nda, 4/12578 sayılı Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi’nde, 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu’nda, TTB Etik Kuralları ve TDB Etik Kuralları’nda geçmektedir. Bu kanun ve kurallarda hekim ve diş hekimlerinin mesleki görev ve sorumlulukları tanımlanmıştır (Koç, 2007: 33). Halk arasında “Tam Gün Yasası” olarak bilinen 5947 no’lu 30.01.2010 tarihli kanuna eklenen madde ile tıbbi kötü uygulama nedeniyle hekimlerin sigorta yaptırılmaları kanunen zorunlu hale gelmiştir.

Ülkemizde 2010 yılında zorunlu olan mesleki sorumluluk sigortasından önce hekimler ihtiyari olarak, çeşitli teminat limitleri ve sigorta şirketlerinin bu teminatlara karşılık serbestçe belirlediği primlere istinaden “Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası” satın almaktaydılar. 21 Temmuz 2010 tarihinde 27648 sayılı Resmî Gazete’ de yayınlanan “Tıbbi Kötü

Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ” ile tarife ve talimatları belli olan zorunlu bir poliçe oluşturulmuştur. 30 Temmuz 2010 tarihinde yürürlüğe giren bu “Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası” teminat olarak hem oluş esasını hem de ihbar esasını içerir (Zeytin ve Uluğ, 2004: 13). Ülkemizde uygulama tıbbi uygulama hatalarının sonuçlarına yönelik bir sistemdir. Hataların oluşma nedenlerini ortadan kaldıran, hata oluşmadan önlem alan bir sistemin daha yapıcı olduğu düşünülebilir (Koyuncuoğlu, 2011: 449-450).

Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası (TKUİZMSS) yıllık prim üretimi, Genel Sorumluluk branşının yaklaşık %5,91’lik kısmına denk gelmektedir. TKUİZMSS direkt prim üretimi 2016 yılında 48.267.453,08-TL olmuştur (T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı, 2016).

Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Mali Sorumluluk Sigortası tarife ve talimatlarına göre, olay başı ve yıllık teminat limitleri risk gruplarına göre Tablo 1’de düzenlenmiştir. Her durumda yıllık limit 1,800,000-TL ile sınırlıdır. Hem maddi hem de manevi tazminat taleplerini ve yargılama giderlerini kapsamaktadır. Poliçe süresi içinde risk gerçekleşmiş olsa dahi olay başı teminat tutarı sözleşme süresince aynı kalır.

1219 sayılı kanununun Ek 12. maddesine göre zorunlu sigortanın yaptırılmaması halinde 5,000-TL idari para cezası uygulanmaktadır. Bu konudaki kontrol mekanizması İl Sağlık Müdürlükleri’ndedir. Ancak tebliğin yürürlüğe girmesinden bu yana herhangi bir somut denetim gerçekleşmemiştir. Yeniden değerlendirme oranına göre 2014 yılından itibaren idari para cezası güncel tutarı 6,868.00-TL’dir (Türk Tabipleri Birliği, 2014).

Tablo 1: TKUİZMSS Risk Gruplarına Göre Azami Teminat Tutarları

Risk Grubu	Azami Teminat Tutarı (TL)
I. Grup	200.000
II. Grup	400.000
III. Grup	600.000
IV. Grup	800.000

Kaynak: Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ (2010/1)’de Değişiklik Yapılmasına İlişkin Tebliğ, Resmi Gazete, 28/10/2015, Sayı:29516

Tablo 2: Risk Gruplarına Göre 4. Basamak Prim Tutarları

Risk Grubu	Prim Miktarı (TL)
I. Grup	150
II. Grup	300
III. Grup	500
IV. Grup	750

Kaynak: Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ (2010/1)’de Değişiklik Yapılmasına İlişkin Tebliğ, Resmi Gazete, 26/07/2014, Sayı: 29072

Tablo 3: Yıllara Göre Poliçe Adetleri ve Prim Üretimi

	Poliçe Adedi	Prim Üretimi (TL)
2017*	15,987	6,180,151.65
2016	122,424	48,267,453.00
2015	33,813	47,897,559.00
2014	129,019	48,032,110.00
2013	131,145	48,847,946.89
2012	132,732	50,946,982.76
2011	119,437	47,613,583.08
2010	136,283.00	53,501,394.41
TOPLAM	698,416	268,389,865.79

Kaynak: Sigorta Bilgi Merkezi¹

*İlk üç ay.

Türkiye’de kayıtlı hekim sayısı 141,259’dur (Türkiye İstatistik Kurumu, 2017). Hekim ve poliçe adetleri karşılaştırıldığında zorunlu olarak uygulanmakta olan bu sigortanın, tüm hekimler tarafından yaptırılmadığı, az sayıda da olsa bazı hekimlerin sigorta yaptırmadıkları görülmektedir.

TKUİZMSS’nin zorunlu olduğu 2010 yılından itibaren hasar dosya sayıları, muallak hasarlar ve ödenen hasarlar Tablo 4’te düzenlenmiştir.

Tablo 4: Hasar Adetleri ve Tutarları

Yıl	Hasar Adedi	Muallak Hasar (TL)	Ödenen Hasar (TL)	Toplam Hasar (TL)
Toplam	3.805	249.211.777	17.311.832	266.523.608
2010	73	1.390.417,99	16.824,91	1.407.242,9
2011	323	11.517.543,46	244.227,46	11.761.770,92
2012	333	26.854.270,85	322.694,6	27.176.965,45
2013	696	39.488.062,32	2.223.498,47	41.711.560,79
2014	552	6.329.462,72	3.084.504,72	9.413.967,44
2015	685	50.049.294,33	4.105.718,39	54.155.012,72
2016	911	89.808.092,67	6.166.401,6	95.974.494,27
2017*	232	23.774.632,17	1.147.961,62	24.922.593,79

Kaynak: Sigorta Bilgi Merkezi

*İlk üç ay.

Tablo 4’te poliçenin zorunlu olmasından sonraki 5 yıl boyunca kar ettiğini daha sonra ise biriken muallak hasar tutarlarının da etkisi ile yüksek seviyede zarar etmeye başladığı görülmektedir. 2016 yılı sonundaki hasar/prim oranı %198 seviyesine ulaşmıştır.

¹ Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası (TKUİZMSS) ile ilgili veriler, T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigortacılık Genel Müdürlüğü’nün izni ile Sigorta Bilgi Merkezi’nden temin edilmiştir.

TKUİZMSS’nda sektörü rahatlatmak amacıyla Hazine Müsteşarlığı tarafından sektörde yeni bir düzenleme yapılmış, sigorta şirketlerinin prim ve hasarı paylaşımlarına yönelik esaslar belirlenmiştir. TKUİZMSS Prim ve Hasar Paylaşımı Esasları’na göre prim ve ödenen hasarların %50’si sigorta şirketleri arasında eşit bir şekilde paylaşılacaktır. Kalan %50’si ise şirketlerin son 3 yılda TKUİZMSS prim üretiminden aldıkları pay oranında paylaşılacaktır (Türkiye Sigorta Birliği, 2017).

III. LİTERATÜR TARAMASI

Tıbbi uygulama hataları ve hekim mesleki sorumluluk sigortası hakkında yazılan pek çok makalede hekimlerin mesleki sorumlulukları ile bunlardan doğan cezai ve hukuki yaptırımların farkında olmaları gerektiği belirtilmiştir. Özellikle en çok değinilen konu ise, tıbbi malpraktis vakalarında hatanın tek sorumlusunun hekim olmaması gerektiği ve malpraktisin esas sebeplerini ortadan kaldırmadan yapılan cezalandırmanın da faydasız olduğudur.

Civaner (2011), tıbbi uygulama hatalarının değerlendirilirken, tüm etmenleri dikkate almadan sadece hekimi suçlamanın doğru olmadığını, hekimleri maddi ve manevi olarak olumsuz etkilediğini belirtmiştir. “Malpraktis” in “tıbbi uygulama hatası” yerine, “sağlık hizmetlerinden kaynaklanan zarar” olarak tanımlanması gerektiğini, zararın önlenmesine yönelik çalışma yapılması gerektiğini ileri sürmüştür.

Çağlayan ve Baloş Tuncer (2013) yanlış tıbbi uygulamalar ile ilgili hukuksal girişimlerin artmakta olduğunu, doktorların da malpraktis davaları sonucu zaman, para ve itibar kaybına uğradıklarını belirtmiştir. Hekimlerin tedavi süresince olası risklere karşı tedbirli davranması ve hastayı bilgilendirmesi gerektiğini vurgulamıştır.

Güngör vd. (2012), sağlık personeli ile hasta arasında iyi bir ilişki kurulmasının hatalı işlem iddialarında etkili olduğunu belirtmiştir. Tıbbi tedavi hatalarının önlenmesi için sağlık çalışanlarının önlemler ve iyileştirme çalışmaları konusunda bilgilendirilmelerinin ve uygulamalarının önemini vurgulamıştır.

Yıldırım vd. (2009), ülkemizde tıbbi hatalarla ilgili yasal düzenlemeleri oluştururken “suçlayıcı-cezalandırıcı model” yerine; tazminat baskısı olmadan hataları azaltmaya yönelik çalışmaların desteklenmesi gerektiğini ve çekinik uygulamaların önüne geçilmesi gerektiğini belirtmiştir.

Koyuncuoğlu (2011), hastaların mağdur olmamaları için üç ayrı sigortanın birlikte çalışması gerektiğini öne sürmüştür: Sağlık sigortası, tedavi rizikosunu kapsayan hasta sigortası ve doktorun veya sağlık işletmecisinin sorumluluk sigortası. Hasta sigortası ile tedavi sürecindeki riskler-komplikasyonların olası olumsuz sonuçları sigortalanmış ve doktorun sorumluluk sigortası ile de gerçekten malpraktis vakalarının olumsuz sonuçları sigortalanmış olabilecektir.

Koç (2014), artan ve çeşitlenen malpraktis davalarında hekimlerin haklı olduğu kadar haksız davalarla da karşı karşıya kalabildiğini belirtmiştir. Bunun sonucu olarak da defansif bir hekimlik anlayışını tercih edebilmektedirler. Sağlık alanında yaşanan gelişmeler (sağlık politikaları, performans, sigorta) nedeni ile hekimlerin malpraktis açısından daha dikkatli olmaları gerektiği vurgulanmıştır.

Ersoy (2014), tıbbi uygulama hatalarının nedenlerinin ortadan kaldırılmasının asıl amaç olması gerektiğini belirtmiştir. Hekimlerin cezalandırılması, tıbbi hataların önlenmesinde öncelik verilecek bir tedbir olmamalıdır. Hata nedenlerinin araştırılması ve bu nedenlere yönelik önleyici çalışmaların sistemli bir biçimde düzenlenip uygulamaya geçirilmesi gerektiğinin altını çizmiştir.

Polat ve Pakiş (2011), tıbbi uygulama hatalarının araştırılmasında zararın olası nedenlerinin genellikle araştırılmadığını belirtmiştir. Malpraktis vakalarını inceleyen bilirkişilerin raporları, esas nedenleri ortadan kaldırmak için oldukça önemlidir. Hastayla güvene dayalı ilişki kurmanın, uygun bir aydınlatılmış onam almanın, mesleki gizliliği korumanın, kayıtlara özen göstermenin ve bilimsel dayanaklara göre tıbbi girişimlerde bulunmanın, hekimin üzerine düşen sorumlulukları olduğunu vurgulamış; hekimlerin haksız suçlamalardan korunabilmek için, hukuksal açıdan görev, yetki ve sorumluluklarını iyi bilmesi gerektiğini iletmiştir.

Özer vd. (2015), sağlık personelinin, tıbbi malpraktis davalarında meslek olarak sadece davalı değil, aynı zamanda bilirkişi ve uzman konumunda olduğunu belirtmiştir. Tıbbi hataları azaltmak için kaliteli bir tıp eğitiminin en önemli faktörlerden biri olduğunu ve mezuniyet sonrası tıp eğitimini hataları en aza indirecek şekilde organize etmek gerektiğini vurgulamıştır. Ayrıca sağlık personelinin çalışma saatlerinin ve çalışma ortamının uygun olmasının önemli olduğunu belirtmiştir.

Altun ve Yorulmaz (2010), Hasta Hakları Yönetmeliği ile hastaların hakları korunurken, sağlık personeli ile ilgili düzenlemelerin çok gerilerde kaldığını belirtmiştir. Tıbbi malpraktis davalarında tıp fakültelerinin adli tıp ve ilgili anabilim dallarından, uzmanlık derneklerinden bilimsel görüş istenmesi ve bu kurumların yapacağı yorumların hekim savunmalarında önemli yer edeceğini vurgulamıştır.

Çetin (2006), hekimlerin tıbbi malpraktis vakalarında sanık ya da davalı değil aynı zamanda bilirkişi ve uzman olduklarına da dikkat çekmiştir. Bu doğrultuda bilgisi, görgüsü, tecrübesi ve vicdanı doğrultusunda doğruyu bulmak ve hukukçuya yol göstermek üzere görüş bildirirler. Bu nedenle hekimler, tıbbi malpraktis konularında kendilerini eğitmelerini gerektiğinin altını çizmiştir.

Turla vd. (2006), tıbbi meslek örgütlerinin malpraktis vakalarının incelenmesi ve kuruluşların denetlenmesinde etkin olmaları gerektiğini, hekimlerin sağlık alanındaki yasaları ve yükümlülükleri öğrenmeleri için eğitimler düzenlemeleri gerektiğini belirtmiştir. Günümüzdeki

sigorta poliçelerinin yetersiz olmasına rağmen; hekimlerin haklarını gözetmek üzere faydası olduğunu da kabul etmektedirler.

Gökmen ve Güleç (2010) Türk Tabipleri Birliği'nin hekim mesleki sorumluluk sigortası konusunda ciddi eleştirileri olduğunu fakat bu sigortayı reddetmemiş ve kendi önerilerini getirdiğini bildirmiştir. Hastanelerde de risk yönetiminin uygulanmasını tavsiye etmiştir. Bu sayede malpraktis vakalarının nedenlerinin ve sonuçlarının azalacağını, hekimlerin de işlerine odaklanarak daha rahat çalışabileceklerini öne sürmüştür.

IV. SAHA ÇALIŞMASI VE YÖNTEM

IV.1. Saha Çalışması

TKUİZMSS ile ilgili yapılan saha çalışması ile Türkiye'de mesleğini icra etmekte olan dış hekimlerinin görüşleri alınmış, sigorta ve sorumluluklarının bilinç düzeyini ölçerek farkındalıklarını arttırmak amaçlanmıştır. TKUİZMSS ile ilgili görüşlerinin çalıştıkları kuruma, mesleki deneyim sürelerine ve titrlere göre değişkenlik gösterip göstermediği ölçümlenmiştir.

IV.2. Yöntem

Saha çalışmamızda dış hekimlerine yirmi adet soru sorulmuştur. Yanıtlar beşli likert ölçeğine göre sıralanmıştır. 246 adet anket kayda alınmıştır. Anket verilerinin ölçülmesinde 246 adet anket katılımcısının verdiği yanıtlar, SPSS (Statistical Program for Social Sciences) programında T Testi ve Welch Testi ile değerlendirilmiştir.

Katılımcıların TKUİZMSS uygulamaları hakkında olumlu görüşleri olduğu ve gelişmesi gerektiği yönündeki olumlu görüşlerinde, hekimlerin uzmanlıklarının olup olmaması ve çalıştığı kurumun özel bir kurum ya da kamu/üniversite hastanesi olup olmaması ile ilişkilendirilmiştir. Veriler T Testi ile ölçülmüştür. T Testi birbiri ile ilişkisi olmayan örneklemelerin ortalamaları arasında anlamlı fark olup olmadığını, hipotezler yolu ile test etmek için kullanılmaktadır. Çalışmamızdaki örneklemeler arasında ilişki bulunmadığı için T Testi kullanılmıştır (Büyüköztürk, 2004: 43).

Katılımcıların TKUİZMSS uygulamaları hakkındaki görüşleri ile hekimlerin mesleki deneyim süreleri de ilişkilendirilmiştir. Varyanslar homojen olmasına rağmen normal dağılım göstermemiş olması sebebiyle veriler klasik Anova Testi yerine Welch testi ile ölçülmüştür (Güriş ve Astar, 2015:262).

IV.3. Veri Seti ve Değerlendirme

Katılımcılardan uzmanlığı olmayan dış hekimi sayısı 196 iken, uzmanlığı mevcut olan dış hekimi sayısı 50'dir. 246 katılımcının 211'i (%85,8) özel bir kuruluştadır (hastane, poliklinik, muayenehane) çalıştığını beyan ederken, 35'i (%14,2) kamu ve üniversite hastanesinde

çalıştığını beyan etmiştir. Araştırmaya katılan uzmanların %26’sı (13 kişi) kamu veya üniversite hastanesinde çalıştıklarını, %74’ü (37 kişi) özelde çalıştıklarını bildirmiştir. Uzmanlığı olmayan diş hekimlerinin ise %88,8’i (174 kişi) özelde, %11,2’si (22 kişi) kamu veya üniversite hastanesinde çalıştığını beyan etmiştir.

Mesleki deneyim sürelerine göre, araştırmaya katılan hekimler sıralandığında; %31,3 oranı ile (77 kişi), ankete en çok 1 ila 10 arasında mesleki deneyimi bulunan hekimin yanıt verdiği görülmüştür. 41 ve üzeri yılda mesleki deneyimi olan 6 hekim ankete katılmıştır.

Sonuçlar değerlendirildiğinde, anket çalışmamızın tahmininden farklı olarak, katılımcıların TKUİZMSS hakkındaki görüşleri mesleki deneyim sürelerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Yaptığımız ölçümlemede diş hekimlerinin uzmanlıklarının olup olmaması, özel kurum ya da kamu veya üniversite hastanesinde çalışıp çalışmamaları ve deneyim süreleri hekim mesleki sorumluluk sigortası hakkındaki düşüncelerini değiştirmede ölçülmüştür.

Katılımcıların TKUİZMSS uygulamaları hakkında olumlu görüşleri olduğu ve gelişmesi gerektiği yönündeki görüşlerinde hekimlerin uzmanlıklarının olup olmaması ve çalıştığı kurumun özel bir kurum ya da kamu/üniversite hastanesi olup olmaması ile ilişkilendirilmiştir. Veriler T Testi ile ölçülmüştür.

Tablo 5: Uzmanlık Durumuna Göre T Testi Grup İstatistikleri

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Dr.(Uzman Dişhekim)	50	2,3726	0,48899	0,06915
Dt. (Dişhekim)	196	2,3861	0,50058	0,03576

Tablo 6: Uzmanlık Durumuna Göre T Testi Analiz Verileri

	Levene’s Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
Equal variances assumed	0,011	0,915	-0,171	244	0,864
Equal variances not assumed			-0,174	77,313	0,863

H₀: Katılımcıların TKUİZMSS hakkındaki görüşleri uzman olup olmamalarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

H₁: Katılımcıların TKUİZMSS hakkındaki görüşleri uzman olup olmamalarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Varyanslar arasında anlamlı bir fark yoktur (p=0,915). T testine göre p=0,863 p>0,05 olduğundan, katılımcıların TKUİZMSS hakkındaki görüşleri uzman olup olmamalarına göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir sonucu çıkmıştır. p<α ise H₀ rettir. 0,864(p)>0,05(α) olduğu için H₀ hipotezi kabul edilmiştir. (α= 0,05)

Tablo 7: Çalıştığı Kuruma Göre T Testi Grup İstatistikleri

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Kamu/Üniversite Hastanesi	35	2,3624	0,36593	0,06185
Özel	211	2,3869	0,51648	0,03556

Tablo 8: Çalıştığı Kuruma Göre T Testi Analiz Verileri

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means		
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)
Equal variances assumed	4,603	0,033	-0,269	244	0,788
Equal variances not assumed			-0,343	59,137	0,733

H₀: Katılımcıların TKUİZMSS hakkındaki görüşleri çalıştığı kurumun özelliğine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

H₁: Katılımcıların TKUİZMSS hakkındaki görüşleri çalıştığı kurumun özelliğine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

Varyanslar arasında anlamlı bir fark vardır (p=0,033). T testine göre p=0,788 p>0,05 olduğundan, katılımcıların TKUİZMSS hakkındaki görüşleri çalıştıkları kuruma göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir sonucuna varılmıştır. (α = 0,05)

Tablo 9: Deneyim Süresine Göre Grup İstatistikleri

Deneyim süresi	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error
11 – 20 Yıl	59	2,2908	0,55082	0,07171
21 – 30 Yıl	58	2,4492	0,39745	0,05219
31 – 40 Yıl	46	2,4474	0,46585	0,06869
41 Yıl ve Üzeri	6	2,3860	0,46204	0,18863
Toplam	246	2,3834	0,49729	0,03171

Tablo 10: Varyansların Homojenlik Testi

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Based on Mean	1,592	4	241	0,177

H₀: Katılımcıların TKUİZMSS hakkındaki görüşleri mesleki deneyim sürelerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

H₁: Katılımcıların TKUİZMSS hakkındaki görüşleri mesleki deneyim sürelerine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir.

α = 0,05p< α ise H₀ red

0,452(p)>0,05(α) = H₀ kabul

Anket çalışmamızın tahmininden farklı olarak, katılımcıların TKUİZMSS hakkındaki görüşleri mesleki deneyim sürelerine göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir. ($p = 0,452$) (Bkz. Tablo 11).

Tablo 11: Deneyim Süresine Göre Welch Testi Verileri

	Statistic ^a	df1	df2	Sig.
Welch	0,941	4	34,729	0,452

Yaptığımız ölçümlemede diğ hekimlerinin uzmanlıklarının olup olmaması, özel kurum ya da kamu veya üniversite hastanesinde çalışıp çalışmamaları ve deneyim süreleri hekim mesleki sorumluluk sigortası hakkındaki düşüncelerini değıştirmedeğı ölçülmüştür.

V. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ülkemizde zorunlu olarak 2010 yılından itibaren uygulanmakta olan “Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası” poliçe ve prim üretimleri incelenmiş, hasar dosya sayıları ile tazminat tutarları tespit edilmiştir. Prim üretimleri ile dosya hasar tutarlarına bakıldığında, sigorta ürününün yıllar içinde zarar etmekte olduğu görülmüştür.

Yapılan saha çalışması göstermiştir ki hekimler herhangi bir hatalı işlem yapmaları halinde bunun ortaya çıkma ihtimali ve zararlı sonuçları olma ihtimalini göz ardı edememektedir. Poliçenin zorunlu olmasına başta tepki gösterecekler de kendilerini bir tedbir alma ihtiyacında hissederek varlığını kabul etmişlerdir. Mesleki faaliyetleri dolayısıyla üstlendikleri sorumlulukları ve karşı karşıya kalabilecekleri sorumluluk risklerinin farkındadırlar. Sigorta yaptırmış oldukları için kendilerini güvende hissettikleri, yapılan anket çalışması ile tespit edilmiştir. Meslek odalarını otorite olarak gördüklerinden oda tarafından bilgilendirilmeye ve rahatlatılmaya ihtiyaç duymaktadırlar. Hangi uzmanlık alanında olurlarsa olsunlar, hangi kurumda ve ne kadar süreyle hizmet vermekte olurlarsa olsunlar hekim mesleki sorumluluk sigortasını reddetmemekte ve gelişmesini desteklemektedirler. Teminat kapsamının tatmin edici olmadığını düşünmekte, meslek odaları ve sigortacılar tarafından detaylı bilgi verilmesine ve ikna edilmeye ihtiyaçları vardır. Ayrıca sigortanın içeriğinin gelişmesine destek de olabileceklerdir.

Sigorta sektörü tarafından değerlendirildiğinde artan tazminat tutarları ve dosya sayıları sektörü zorlamaktadır. Dava sürelerinin ve dosya süreçlerinin uzun olması sebebiyle dosyalar için uzun süre karşılık ayırmaları gerekmektedir. Kanun koyucu teminat tutarlarını arttırmasına karşılık, prim artışlarını gerçekleştirmemektedir. Prim üretimlerinin hasarsızlık indirimi ile düşmesi ve tazminat tutarlarının yıllar itibarıyla artması sonucunda hasar prim oranları yükselmekte ve bu nedenle de sigorta ürünü zarar etmektedir. Kanun koyucu tarafından bu konuda iyileştirici bir düzenleme yapılmıştır. Prim ve hasarların sigorta şirketleri tarafından paylaşılması ile ilgili esaslar belirlenmiştir. Ancak bu durum sektörde bu ürün için toplam hasar/

prim oranını değiştirmeyecektir. TKUİZMSS ile ilgili sigorta sektörünü zarara uğratmayacak şekilde yeniden teminat ve prim hesaplamaları yapılmalıdır.

Sigorta teminatının kapsamı ve herhangi bir zarar halinde sigorta şirketlerinin nasıl yardımlarının olabileceği hekimlere anlatılmalıdır. Hekimlerin zorunlu olarak satın aldıkları sigorta hakkında daha çok bilgi sahibi olmaları sağlanmalıdır. Teminat ve prim değişiklikleri anlaşılabilirliktir. Kuzey Avrupa ülkelerindeki gibi, hataların oluşmaması için hekimlerin ve kurumların önceden risk tespitlerini yapmaları sağlanmalıdır. Hastaların tıbbi tedavi sürecine katılmaları, kendi sağlıkları için hekimler ile iletişimde bulunarak çaba sarf etmeleri, hekimlere yeterli bilgilendirme yapmaları tavsiye edilmelidir.

Meslek örgütlerinin sigortacılarla birlikte çalışması, oluşabilecek zararlardan hekimlerin ve toplumun en az zararı görmesi hedeflenmelidir. Hekimlerin uzun ve yıpratıcı dava süreçlerinde enerjisini, motivasyonunu ve repütasyonunu kaybetmesi önlenmelidir. Tıbbi dernekler, arabulucular ve sigorta şirketlerinin temsilcilerinden oluşan bir komisyonun vakaları değerlendirmesi, buradan çıkacak karara göre mağduriyetlerin giderilmesi önerilmektedir. Bu durumda hekimler ile hastalar karşı karşıya gelmemiş olacak ve uzun dava süreçleri de kısılabilecektir.

Yararlanılan Kaynaklar

- Altun, G. ve A. C. Yorulmaz. (2010). Yasal Değişiklikler Sonrası Hekim Sorumluluğu ve Malpraktis. *Trakya Univ. Tıp Fak. Dergisi*. 27(1), 7-12.
- Bozer, A. (2007). *Sigorta Hukuku: Genel Hükümler, Bazı Sigorta Türleri*. 2.Baskı, Ankara.
- Büyüköztürk, Ş. (2004). *Veri Analizi El Kitabı*. Ankara: Pegem A Yayıncılık.
- Civaner, M. (2011). “Malpraktis” Yerine “Hizmet Kaynaklı Zarar”. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Etiği Anabilim Dalı Türk Pediatri Arşivi Dergisi*. 46, 6-11.
- Çağlayan, S. ve B. B. Tuncer. (2013). Ortodontide Risk Faktörleri ve Hekimin Sorumluluğu. *Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ortodonti AD SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 4(3), 130-135.
- Çeker, M. (2012). *6102 Sayılı Türk Ticaret Kanununa Göre Sigorta Hukuku*. Adana: Karahan Yayınları.
- Çetin, G. (2-3 Şubat 2006). Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi – Tıbbi Malpraktis. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimleri Sempozyum Dizisi*. İstanbul : İ.Ü., 48, 31-42.
- Dural, M. (2008). Hekimin Sorumluluğu ve Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*. 14(4), 153-156.
- Ersoy, L.V. (2014). Tıbbi Malpraktis. *Türk Toraks Cerrahisi Bülteni*. 5(1), 29-32.

- Gökmen, H. ve S. Güleç. (2010). Tıbbi Malpraktis Riskinin Yönetiminde Bir Araç Olarak Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortaları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. 1, 9-16.
- Güngör, P., Y. D. Merih ve M. Y. Kocabey. (2012). Farklı Ülkelerin Malpraktis Konusunda Yasal Düzenleme Girişimleri, Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 43(4), 128-138.
- Güriş, S. ve M. Astar. (2015). *Bilimsel Araştırmalarda SPSS ile İstatistik*. DER Yayınları, İstanbul.
- Karacan, A. İ. (1994). *Mali Aracı Kurum Olarak Sigortacılık ve Sigorta Şirketleri*. İstanbul: Bağlam Yayınevi.
- Koch, B. (2011). Medical Liability in Europe: Comparative Analysis. *Tort and Insurance Law, De Gruyter*. 29.
- Koç, S. (2014). Adli Tıbbi Açından Malpraktis ve Hekim Sorumluluğu. *Toraks Cerrahi Bülteni*. 5, 14-22.
- Koç, S. (2007). Yasal Düzenlemeler Çerçevesinde Hekim Sorumluluğu. *Türkderm*. 41, 33-38.
- Koyuncuoğlu, T. (2011). Doktor Sigortası Mı, Hasta Sigortası Mı?. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, 92, 431-450.
- OECD (Organisation For Economic Co-Operation and Development). (2006). Policy Issues in Insurance, Medical Malpractice, Prevention, Insurance and Coverage Options, 11, 30.
- Özer, Ö., K. Taştan, T. Set, Y. Çayır ve M. T. Şener. (2015). Tıbbi Hatalı Uygulamalar Malpractice. *Dicle Tıp Dergisi*. 42, 394-397.
- Polat, O. ve I. Pakiç. (2011). Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2(3), 119-125.
- Swiss Re. (2012). The Italian Insurance Market: Opportunities in The Land of The Renaissance, Economic Research & Consulting. 24.
- SIGMA. (2014). Liability Claims Trends: Emerging Risks and Rebounding Economic Drivers. *SwissRe*. 4, 5.
- T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı. (2017). Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik Sektörleri 2016 yılı Faaliyet Raporu Özet Bilgiler. 1-8.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı. (2008). Avrupa Birliği Ülkelerinde Malpraktis Sigortası Uygulamaları. 1-6.
- Tümer, A. R., R. Akçan ve E. Karacaoğlu. (2011). Ülkemizde ve Dünyadaki Örnekleri ile Hekim Mesleki Sorumluluk Sigorta Sisteminin Değerlendirilmesi. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 42, 34-41.
- Türk Dil Kurumu. www.tdk.gov.tr Erişim tarihi: 17 Nisan 2018.
- Türk Tabipleri Birliği. (2014). Zorunlu Mesleki Sorumluluk Sigortası Uygulamasıyla İlgili Soru ve Yanıtlar. Çevrimiçi kaynak. https://www.ttb.org.tr/makale_goster.

php?Guid=64b07842-9237-11e7-b66d-1540034f819c&1534-D83A_1933715A=11d447a84ea7aa49382fee99720e7581c26add79 (Erişim tarihi: 18 Nisan 2018).

Türk Tabipleri Birliği. (1999). Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. Çevrimiçi Kaynak. http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=65&Itemid=31 (Erişim Tarihi: 20 Mart 2017).



Türkiye İstatistik Kurumu, Hekim Sayıları. (2017). Çevrimiçi Kaynak. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095 (Erişim tarihi: 25 Mart 2017).

Türkiye Sigorta Birliği. (2017). Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Hakkında Sektör Duyurusu (2017/4). Çevrimiçi Kaynak. <https://www.tsb.org.tr/images/Documents/2017-4%20Sekt%C3%B6r%20Duyurusu.pdf> (Erişim tarihi: 18 Aralık 2017).

Yıldırım, A., M. Aksu, İ. Çetin ve A. Ş. Geylani. (2009). Tokat ili merkezinde çalışan hekimlerin tıbbi uygulama hataları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*. 31, 356-366.

Yorulmaz, C., Z. Kır ve Ç. Ketenci. (2-6 Şubat 2006). Tıbbi Uygulama Hataları ve Bilirkişilik, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu. *Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi Sempozyumu*. İstanbul. 48, 55-69.

Zeytin, Z. ve İ. Uluğ. (2004). Türkiye’de Potansiyel Zorunlu Sigorta Alanları. *Reasürör Dergisi*. 51, 4-13.

	<p>Elif KERÇ (elifker@gmail.com) She was born in Ankara, Turkey in 1983. She graduated from Istanbul University, Faculty of Dentistry in 2007. During her academic training, she had the opportunity to improve herself in the fields of marketing, sales, communication, and human skills. In 2007, she started to work at SİGOR Insurance Agency as the general manager and became one of the shareholders. Since 2010 she has been working as the Deputy Manager of SGR ISTANBUL Insurance and Reinsurance Brokerage, the upgraded company of SİGOR Insurance Agency. She completed her master’s degree in Department of Insurance, Institute of Banking and Insurance of Marmara University in 2018.</p>
	<p>Özgür AKPINAR (oakpinar@marmara.edu.tr) He is an assistant professor of Insurance at Marmara University, School of Banking and Insurance. He has BA in Insurance in 2002. He received his PhD in Banking and Finance with his thesis entitled as “Customer Relationship Management in Elementary Branches in the Sector and Model Suggestion for Turkey”. Insurance and Finance are the main pillars of his interdisciplinary studies. He has many published studies about insurance.</p>