

ZORUNLU MESLEKİ SORUMLULUK SİGORTASI

İSTANBUL TABİP ODASI



Zorunlu Mesleki Sorumluluk Sigortası



2005 yılında Hazine Müsteşarlığı tarafından, mesleki sorumluluk sigortasına ilişkin düzenleme yapmak amacıyla Türk Tabipleri Birliği temsilcilerinin de yer aldığı bir dizi toplantı yapılmıştır. Bu toplantılara TTB'nin yanı sıra; avukat, mimar-mühendis, muhasebeci-mali müşavir mesleklerinin temsilcisi olan meslek örgütleri de katılmıştır. Belirtmek gerekir ki söz konusu çalışmalara kadar, mesleki sorumluluk sigortalarına ilişkin genel nitelikte bir düzenleme bulunmamaktaydı.

Toplantıların ardından, **tüm meslekleri kapsayacak biçimde** “*Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları*” adlı düzenleme yapılmış ve 16.03.2006 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Ardından ise 21.09.2006 tarihli Resmi Gazete’de “*Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası Klozu*” yayımlanmış ve yürürlüğe konulmuştur.

Bu süreçte TTB tarafından “*Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları*”nda yer alan ve

hekimleri olumsuz etkileyecek bir dizi düzenlemeye karşı çıkmıştır. Bu karşı çıkış sebebiyle, “Genel Şartlar”ın “C.10. Klozlar ve Özel Şartlar” maddesine “Bu genel şartların eki niteliğindeki klozlar genel şartlara göre özel düzenlemeler içerebilir. Taraf-lar sigorta ettiren ve sigortalı-nın aleyhine olmamak üzere özel şartlar kararlaştırılabilir.” hükümleri eklenmiş ve hekimler lehine bazı özel düzenlemelere yer verilmesi sağlanmıştır.

“Genel Şartlar” ve “Kloz”un yayımlanmasının ardından, yani 2006 yılının sonundan itibaren de sigorta şirketleri tarafından hekim mesleki sorumluluk sigortası poliçeleri hazırlanarak hekimler sigortalıanmaya başlanmıştır.

Ancak bu noktada TTB’nin Sağlık Bakanlığı’na ve diğer ilgili kurumlara ilettiği önerilerin yeterince karşılanmadığını belirtmek gerekir. TTB bu süreçte hastaların zararını karşılayacak, hekimleri yalnızca hastanın yararını gözeterek uygulama yapmaya özendirerek ve giderek hataları en aza indirecek zorunlu kamusal bir sigorta sistemini savunmuştur.

Zorunlu Mesleki Sorumluluk Sigortası Tarihçesi



30 Ocak 2010 tarih, 5947 sayılı ‘Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına Ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun.

5947 sayılı ‘Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına Ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun’, kısaca Tam Gün Kanunu 30.01.2010 günlü Resmi Gazetede yayımlandı.

Kanun’un 8. Maddesi ile 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atla-

rının Tarzı İcrasına Dair Kanuna ek madde ekleniyordu.

*MADDE 8 – Kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, dış tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, tıbbi kötü uygulamaya nedeniyle kendilerinden talep edilebilecek zararlar ile kurumlarınca kendilerine yapılacak rüculara karşı **sigorta yaptırmak zorundadır.** Bu sigorta priminin yarısı kendileri tarafından, diğer yarısı döner sermayesi bulunan kurumlar-*

da döner sermayeden, döner sermayesi bulunmayan kurumlarda kurum bütçelerinden ödenir.

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan veya mesleklerini serbest olarak icra

eden tabip, diş tabibi ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, tıbbi kötü uygulama sebebi ile kişilere verebilecekleri zararlar ile bu sebeple kendilerine yapılacak rücuları karşılamak üzere mesleki malî sorumluluk sigortası yaptırmak zorundadır.

Zorunlu mesleki malî sorumluluk sigortası, mesleklerini serbest olarak icra edenlerin kendileri, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışanlar için ilgili özel sağlık kurum ve kuruluşları tarafından yaptırılır.

Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışanların sigorta primlerinin yarısı kendileri tarafından, yarısı istihdam edenlerce ödenir. İstihdam edenlerce ilgili sağlık çalışanı için ödenen sigorta primi, hiçbir isim altında ve hiçbir şekilde çalışanın maaş ve sair malî haklarını

dan kesilemez, buna ilişkin hüküm ihtiva eden sözleşme yapılamaz.

Zorunlu sigortalara ilişkin teminat tutarları ile uygulama usul ve esasları Sağlık Bakanlığının görüşü alınarak Hazine Müsteşarlığınca belirlenir.

Bu maddedeki zorunlu sigortalı yaptırmayanlara, mülki idare amirince sigortası yaptırılmayan her kişi için beşbin Türk Lirası idari para cezası verilir."

Aynı Kanun'un 20. maddesi gereğince, bu düzenleme 6 ay sonra yürürlüğe girecekti.

Anamuhalefet partisi tarafından söz konusu düzenlemenin tamamı değil, sadece kamu ve özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlere getirilen "primlerin yarısını kendilerinin ödemeleri zorunluluğu" Anayasa Mahkemesi'ne taşındı ve yalnızca maddenin bu kısmının iptali talep edildi.

Anayasa Mahkemesi "primlerin yarısını kendilerinin ödemeleri zorunluluğu" ibaresini

hukuka aykırı bulmadı ve yürütmesini durdurmadi. Böylece madde bu haliyle yani 30.07.2010 tarihinde yürürlüğe girdi.

Böylece 5947 sayılı Kanun'un 8. maddesi ile tüm hekimlere, *"tıbbi kötü uygulama nedeniyle kendilerinden talep edilebilecek zararlar ile kurumlarınca kendilerine yapılacak rüculara karşı sigorta yaptırmak zorunluluğu"* getirilmiş oldu.

21 Temmuz 2010 yürürlük tarihli tebliğ.

8. maddenin 5. fıkrasında zorunlu sigortalara ilişkin teminat tutarları ile uygulama usul ve esaslarının Sağlık Bakanlığı'nun görüşü alınarak Hazine Müsteşarlığı'nca belirleneceği düzenlenmiştir. Bu hüküm uyarınca *Tıbbi Kötü Uygulamalarına İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigorta-*

sında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ, 21.07.2010 gün ve 27648 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Tebliğ ile;

1) Tebliğin Genel Şartlar bölümünde sigortanın konusu düzenlenmiş ve bu çerçevede hekimlerin "poliçede belirtilen" mesleki faaliyeti ifa ederken meydana gelen zararların sözleşme kapsamında karşılanacağı ifade edilmiştir.

2) Kamu çalışanı hekimlerin sözleşmeyi kendilerinin yaptıracağı düzenlenirken¹, özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimler yönünden "yetki" özel sağlık kuruluşuna devredilmiştir².

Oysa sözleşme yapma yetkisinin kuruma değil hekimlere verilmesi ve hekimlerin sigortayı kendileri adına yaptırabilmeleri doğru ve adil olmalıdır.

1) "Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, dış tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, yaptıracakları sigorta sözleşmesinin primlerini sigortacıya veya sigorta acentesine ödedikten sonra, ödedikleri prim tutarının yarısını döner sermayesi bulunan kurumlarda döner sermayeden, döner sermayesi bulunmayan kurumlarda kurum bütçesinden geri alır.

2) "Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, dış tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olan sigortalılar için yapılacak sigorta sözleşmesinin primleri kurum ve kuruluşları tarafından sigortacıya veya sigorta acentesine ödenir. Ödenen primin yarısı sigortalıya yansılır."

3) Mesleklerini serbest olarak icra eden hekimler ile aile hekimlerinin sigorta primlerinin tamamının kendileri tarafından ödeneceği düzenlenmiştir.

Bu düzenlemeyle aile hekimleri ile Sağlık Bakanlığı arasındaki organik bağ görmezden gelinmiş, idarenin aile hekimlerinin de işvereni olduğu dikkate alınmamıştır. Oysaki 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun'un, "Personelin statüsü ve mali hakları" başlıklı 3. maddede Sağlık Bakanlığı'nın hekimlerle sözleşme imzalayarak aile hekimi olarak çalıştıracağı, çalışmalarını karşılığında Bakanlıkça ödeme yapılacağı ifade edilmiştir.

Görüldüğü gibi idare sözleşme ilişkisine dayanarak aile hekimlerinin çalışma koşulları ve işyerlerini, sunulacak hizmetin niteliğini tespit etmektedir. Bu anlamıyla aile hekimi ile idare arasında bir çalışan-çalıştıran ilişkisinin varlığının kabulü zorunludur.

Özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimler yönünden böyle bir

iş akdi dikkate alınarak sigorta primlerinin yarısının işveren tarafından ödenmesi öngörülürken aile hekimleri ile idare arasında iş akdinin tüm unsurlarını taşıyan sözleşmenin dikkate alınmaması Anayasa'nın 10. maddesinde düzenlenen eşitlik ilkesine aykırıdır.

4) Risk grupları ile buna bağlı olarak teminat tutarları ve prim miktarları; uzmanlık dallarına göre belirlenmiştir.

Tebliğ'in Tarife ve Talimatlar bölümünde yer alan çizelge ile tıpta ana ve yan dal uzmanlık alanlarına göre dört risk grubu belirlenmiş ve her bir gruba göre prim tutarları tespit edilmiştir. Her bir olay başı toplam azami teminat tutarı ise tüm gruplar için 300.000 TL olarak saptanmıştır.

Uzmanlık alanlarına göre belirlenen risk gruplarının hangi gerekçelerle oluşturulduğu bilinmemektedir. Risk grupları belirlenirken herhangi bir nesnel ölçüt üzerinden değerlendirme yapılmamış, keza risk gruplarına karşılık gelen sigorta primleri de somut bilgi ve

belgelere dayanılarak tespit edilmiştir.

Örneğin bir toplum sağlığı merkezinde çalışan pratisyen hekim ile bir hastanenin acil servisinde çalışan hekimin riski bir birinden çok farklıdır. Yine uzman bir hekimin tek başına bir ilçe devlet hastanesinde çalışırken meslek icrasına etki eden koşullarla, gelişmiş bir eğitim araştırma hastanesinde etki eden koşullar dolayısıyla risk oranları farklıdır. Bu unsurların göz ardı edilerek hekimlerin hangi alanda uzman olduklarına göre risk gruplarına yerleştirilmeleri ve bunlara göre teminatın ve ödeyecekleri primlerin belirlenmesi de bu alanın gereklerine uygun değildir.

5) Risk gruplarına gösterir çizelgelerde, asistanlar yönünden ayrıca bir düzenleme yapılmamış, böylece asistan hekimlerin de tıpkı uzman hekimler gibi prim ödemesi planlanmıştır.

Oysa ihtisası esnasında eğiticileri izleyen ve tıbbi işlemleri ancak eğiticilerin nezaret ve gözetiminde yapabilen asistanların, “uzmanmış” gibi kabul edilmesi anlaşılabilir

değildir. Üstelik ilgili mevzuat eğitim süresince, mesleğin başka bir yerde icrasını da yasakladığından, durum asistanların aylık geliri yönünden de adaletsizdir.

6) 300.000-TL olarak belirlenen teminat tutarının maddi, manevi tazminat ve yargılama giderlerini kapsayacağı düzenlenmiştir. Ancak idarî ve adlî para cezaları dahil her tür ceza ve cezai şartlar, kapsam dışındadır.

7) Prim artışının yargı kararı sonucu tazminat ödenmesi halinde takip eden yılda bir olay nedeniyle tazminat ödenmişse %15, iki olay nedeniyle tazminat ödenmişse %30 üç veya daha fazla tazminat ödenmişse %50 zamlı prim ödeneceği düzenlenmiştir.

8) Tebliğde rizikonun gerçekleşmesi hali sözleşmenin bitiminden itibaren iki yıl ile sınırlandırılmıştır. Böylece sigorta süresi içinde yapılan mesleki faaliyetlerden dolayı gerçekleşen zararın karşılanması için en geç sözleşme süresinin bitimden itibaren iki yıllık süre içinde rizikonun gerçekleşmesi yani hekimin sigorta şirketine ih-

barda bulunması gerekmektedir.

Oysa tıbbi uygulama hataları nedeniyle hekimler aleyhine maddi ve manevi tazminat istemli davalar, taksirle yaralama ve öldürme gerekçesiyle ceza davaları açılabilirdiği gibi, disiplin cezası uygulanması isteminde de bulunulabilmektedir. Tüm bu süreçler çok uzun sürdüğü gibi ceza ve hukuk davalarında uzun zamanaşımı süreleri bulunmaktadır.

Tıbbi uygulama hataları nedeniyle hastalar belirtilen bu süreler içerisinde hekim aleyhine mahkemeye başvurabilecek ancak eylemin gerçekleştiği tarihteki sigorta poliçesi hastanın zararını karşılamayacaktır. Dahası zamanaşımı sürelerinin uzunluğu ve poliçelerin ancak toplamda 3 yıllık bir süreyi güvence altına aldığı dikkate alındığında rizikonun herhangi bir poliçe kapsamında kalması da söz konusu olamayabilecektir.

9) Hekimlerin rizikonun gerçekleşmesi halinde sigortacının olay ve zararın tespitine yönelik olarak talep ettiği tüm belgeleri vereceği düzenlenmiştir.

Bu haliyle söz konusu düzenleme Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 4. maddesi ve Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın 9. maddesinde düzenlenen hekimlerin sır saklama yükümlülüğü ile Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 21. maddesinde düzenlenen hastanın mahremiyet hakkının ihlali sonucunu yaratmaktadır³.

Dünya Tabipler Birliği Amsterdam Bildirgesinin 4. maddesinde, Bali Bildirgesinin 8. maddesinde ve Lizbon Bildirgesinin 4. maddesinde hastanın tıbbi durumu, tanısı, prognozu, tedavisi hakkındaki ve kişiye özel diğer tüm bilgilerin sır sayılması gerektiğini belirtmiş ve bunların hastanın rıza gösterdiği haller dışında ancak kesin bir mahkeme kararıyla açıklanabile-

3) Belirtelim ki hastaya ait kayıtlar, kimliğine ve sağlık durumuna ilişkin bilgi ve belgeler Türk Ceza Kanununun 135. maddesinde tanımlandığı üzere hem iç hukukta hem de uluslararası düzenlemelerde kişisel veri kavramı içinde değerlendirilmekte ve özel hayatın ayrılmaz parçası olarak kabul edilmektedir.

ceğini düzenlemiştir.

Oysa hastanın onayı koşuluna yer vermeksizin hasta bilgilerinin paylaşılmasını zorunlu kılan bu düzenleme, hekimlerin sır saklama yükümlülüklerini ve hastanın mahremiyet hakkını ihlal etmektedir.

19 Temmuz 2011 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanarak

yürürlüğe giren bazı talimat değişiklikleri

Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları ile Tarife ve Talimatında Yapılan Değişiklikler, 19 Temmuz 2011 günü Resmi Gazete yayımlanarak 30 Temmuz 2011 tarihinden geçerli olmak üzere yürürlüğe konmuştur. Bu değişikliklerle;

1) Her bir olay için belirlenen toplam azami teminat tutarı 300.000)TL’den, 400.000) TL’ye çıkarılmıştır.

2) Daha önce toplam teminat tutarında bir üst sınır bulunmazken, “her durumda sözleşme kapsamında ödenecek tazminat miktarı 1.800.000)TL’yi aşamaz.” düzenlemesi ile üst sınır getirilmiştir.

3) Önceki düzenlemede sözleşme süresi içinde herhangi bir ihbar ya da tazminat ödemesi yapılmaması durumunda, sonraki sigorta sözleşmesinde prim indirimi uygulanacağı düzenlenmişti. (Üç ve daha fazla tazminat ödemesi için azami zamlı prim % 50, üç ya da daha fazla yıl tazminat ödenmemesi durumunda azami indirim % 20’ydi.) Ancak son düzenleme ile hekim şikayet veya dava

sürecinin sonunda kusurlu bulunmasa bile, sadece ihbarın gerçekleşmesi yeterli bulunmuş ve “ihbarın gerçekleştiği ancak tazminatın ödenmediği durumlarda herhangi bir indirim veya zam” uygulanmayacağı düzenlenmiştir.

4) Sigortalıya bir yıllık sözleşme süresi içinde veya sözleşme döneminden önceki 10 yıllık dönemde yapılan tıbbi uygulamalarla ilgili tazminat taleplerine karşı teminat sağlanmıştır. Ancak on yıllık sürenin başlangıcı 30 Temmuz 2009 olarak belirlenmiştir. Dolayısı bu düzenleme ancak 2019 yılında, gerçek bir korumaya dönüşecektir.

5) Bu değişiklik ile ilk kez, “bir aydan fazla sigortasız kalınan dönemlerde meydana gelen olaylar için sigorta koruması yoktur.” düzenlemesi getirilmiştir. Böylece sigortanın kesintisiz yaptırılması öngörülmüştür.

6) Hekimlik mesleğinin bırakılması halinde; (geriye dönük 10 yıllık teminata ek olarak), son sigorta sözleşmesi dönemindeki mesleki faaliyetinden kaynaklanan tazminat talepleri, sözleşmeyi takip eden 2 yıl süresince teminat altına alınmıştır. Oysa önceki düzenlemede sözleşmenin bitiş tarihinden sonraki iki yıllık süreden, mesleğin bırakılması koşuluna bakılmaksızın, bütün hekimler yararlanabiliyordu.

7) Daha önce teminat içinde olan “her türlü deneyden kaynaklanan tazminat talepleri”, sigorta teminatı dışında

kalan haller içinde sayılmıştır.

8) Önceki düzenlemede “davanın veya hukuki takibin öğrenilmesi” ya da mahkeme tarafından hekimin kusurlu olduğuna dair bir karar verilmiş olması halinde riziko gerçekleşmiş sayılıyor ve hekimin sigortacıya bu durum beş gün içinde bildirim yükümlülüğü doğuyordu.

Son düzenleme ile “sigortalının kendisine tazminat talebinde bulunduğu öğrenildiği anda” riziko gerçekleşmiş sayılmış ve böylece hekimin ihbar yükümlülüğü başlatılmıştır.

Uygulamada sıkıntılara yol açacağı kuşku götürmeyen bu maddenin dikkate alınması ve örneğin tazminat talebini içeren bir ihtarnamenin ulaşması, dava dilekçesinin tebliğ edilmesi gibi hallerde, 5 günlük bildirim yükümlülüğünün başladığının unutulmaması gerekir.

9) Risk Grupları Tablosunda ise; “Pedodonti” uzmanlık dalının adı “Çocuk Diş Hekimliği” olarak değiştirilmiş, “Sitoloji (Sitopatoloji)” uzmanlık dalının risk grubu 1. Grup olarak değiştirilmiş, “Tıbbi Parazitoloji (Parazitoloji)” uzmanlık dalının risk grubu 1. Grup olarak değiştirilmiş, 2. Risk Grubunda yer almak üzere “Restoratif Diş Tedavisi”, “Ağız Diş ve Çene Radyolojisi”, “Gelişimsel Pediatri” uzmanlık dahi eklenmiştir.

Genel Değerlendirme



5947 sayılı Yasa'nın 8. maddesi ile getirilen ZMSS zorunlu kılan somut nedenler bulunmamaktadır.

130.000 civarında hekim ve dış hekiminin zorunlu sigorta için özel sigorta kuruluşlarına ödemek zorunda kalacağı prim miktarı ile sigorta edilen risk arasında açık bir orantısızlık söz konusudur.

Öyle ki Tebliğ'deki sigorta primleri dikkate alındığında sigorta şirketlerine yıllık yaklaşık 80 milyon civarından sigorta primi

ödenecektir. Bu haliyle kamusal kaynaklar, sigorta şirketlerine prim adı altında aktarılmakta, Kanun bir halk sağlığı sorunu olan hatalı tıbbi uygulamaların ortadan kaldırılması ve parasal kaynakların bu önceliğe göre harcanması işlevini yerine getirmemektedir.

Kanun'un getiriliş gerekçesi; zarar görenlerin haklarına daha çabuk ve tam olarak kavuşmaları olarak ifade edilmektedir. Ne var ki Kanun maddesinde zarar görenlerin

bir an önce zararlarının karşılanmasına ilişkin bir yöntem bulunmamaktadır. Öngörülen; zarar görenlerin yine mahkemeye gitmesi ve mahkeme kararı ile zararını tespit ettirip tahsil etmesidir. Oysa sağlık hizmetinin kusurlu verilmesinden kaynaklı tazminat davaları ortalama 4-7 yıl arasında sonuçlanmaktadır.

Tazminat davalarının baskısı ve giderek yükselecek primler nedeniyle hekimler riskli hastalara gerekli tıbbi girişimlerde bulunmaktan kaçınacaklardır. Nitekim mesleki sorumluluk sigortasının, ortaya çıkan mesleki uygulama hatalarını azaltıcı, sağlık hizmetinin niteliğini arttırıcı bir etkisinin olmadığı, sağlık hizmet sunumu sonrasında açılan davaları sayısal olarak arttırdığı, primlerin yüksekliği sebebiyle hekimlerin gelirlerini azaltıcı etkisinin yanı sıra, hekimleri riskli hizmetleri sunmaktan kaçınmaya sevk ettiği, olası riskin azaltılması amacıyla çok sayıda tetkike başvurulması eğiliminin artması sebebiyle hizmetin pahallaşması-

na sebep olduğu, bu nedenle toplumsal yarar açısından uygun olmadığı yapılan çalışmalarla tespit edilmiştir.

Keza bilimsel araştırmalar, tıbbi uygulama hatalarının büyük çoğunluğunun kişisel ihmalden değil; sağlık sistemindeki problemlerden kaynaklandığına dikkat çekmektedir. Bu çerçevede zorunlu sigorta uygulamasını gerektiren nedenler olmaksızın bireylerin Anayasa'nın 48. maddesinde düzenlenen sözleşme hürriyetine sınır getirilmesi ve bunun sonucunda prim ödemekle yükümlü kınmaları Anayasa'nın 2. maddesinde düzenlenen sosyal devlet ilkesine açıkça aykırıdır.

Meslek örgütü olarak görüşümüz odur ki 5947 sayılı "Tam Gün" Kanunu ile getirilen 8. Maddenin yürürlükten kaldırılması gerekir.

En Çok Sorulan 20 Soru

**1**

SİGORTA POLİÇESİ YAPTIRMAYA KİM YETKİLİDİR?

- a) Kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar için, sigorta ettiren sıfatıyla kendileri tarafından,
- b) Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanların her biri için ayrı ayrı, sigorta ettiren sıfatıyla kurumları tarafından,
- c) Mesleklerini serbest olarak icra eden tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar ile sözleşmeli aile hekimleri için kendileri tarafından, yaptırılır.

2

ASİSTANLARA YÖNELİK DÜZENLEMELER NELERDİR. PRİM ORANLARI NASIL BELİRLENİR. KİM TARAFINDAN ÖDENİR?

Tebliğin genelinde de, risk gruplarına gösterir çizelgelerde de, asistanlar yönünden ayrıca bir düzenleme yapılmamıştır. Bu nedenle asistan hekimlerin de, uzman hekimler gibi prim ödemesi gerekmektedir. Aynı şekilde primin yarısı hekim tarafından, yarısı döner sermaye havuzundan karşılanmaktadır.

Oysa ihtisası esnasında eğiticileri izleyen ve tıbbi işlemleri ancak eğiticilerin nezaret ve gözetiminde yapabilen asistanların, “uzmanmış” gibi kabul edilmesi anlaşılabilir değildir. Üstelik ilgili mevzuat ihtisas süresince, mesleğin başka bir yerde icrasını da yasakladığından, durum aylık gelir ve maddi olanaklar yönünden de adaletsizdir.

3

SİGORTA POLİÇESİ HANGİ ZARARLARI KARŞILAR?

Sigorta sözleşmesi ile 1219 sayılı Kanunun Ek 12. maddesi çerçevesinde, serbest ya da kamu veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, dış tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanların; poliçede belirtilen mesleki faaliyeti ifa ederken;

- sözleşme tarihinden önceki on yıllık dönemdeki veya sözleşme süresi içindeki mesleki faaliyeti nedeniyle verdiği zararlara bağlı olarak
- sözleşme süresi içinde kendisine yapılan tazminat taleplerine ve

- bu taleple bağlantılı yargılama giderleri ile
- hükmolunacak faize karşı,

poliçede belirlenen limitler dahilinde teminat sağlar. Ancak on yıllık dönemin başlangıcı 30 Temmuz 2009'u geçemez.

4

SİGORTA POLİÇESİ HANGİ RİSKLERİ KARŞILAMAZ?

- a) Sigortalının, poliçede belirlenmiş ve sınırları hukuk kuralları veya etik kurallar ile tespit edilen mesleki faaliyeti dışındaki faaliyetlerinden kaynaklanan tazminat talepleri,
- b) Mesleki faaliyetin ifası sırasında sigortalı tarafından kasten sebep olunan her tür olay ile davranışları,
- c) Sigortalı veya çalıştırdığı kişilerin, poliçede belirtilen mesleki faaliyeti ifa ederken alkol, uyuşturucu ya da narkotik maddelerin tesiri altında bulunması sonucunda meydana gelen olaylar,
- ç) İdarî ve adlî para cezaları dahil her tür ceza ve ceza-i şartlar;
- d) Her türlü deneyden kaynaklanan tazminat taleplerini karşılamıyor.

5

SİGORTA SÖZLEŞMESİ, SİGORTALI OLUNDUĞU SÜRECE ZAMAN SINIRI OLMASIZIN BÜTÜN ZARARLARI KARŞILAR MI?

Sigortalıya bir yıllık sözleşme süresi içinde veya sözleşme dö-

neminden önceki 10 yıllık dönemde yapılan tıbbi uygulamalarla ilgili tazminat taleplerine karşı teminat sağlanmıştır. Ancak on yıllık sürenin başlangıcı 30 Temmuz 2009 olarak belirlenmiştir. Dolayısı bu düzenleme ancak 2019 yılında, gerçek bir korumaya dönüşecektir.

6

TEMİNAT TUTARI NE KADAR?

Son değişiklik ile her bir olay için belirlenen toplam azami teminat tutarı 300.000-TL'den, 400.000- TL'ye çıkarılmıştır.

7

TEMİNATTA ÜST SINIR VAR MI?

Daha önce toplam teminat tutarında bir üst sınır bulunmazken, "her durumda sözleşme kapsamında ödenecek tazminat miktarı 1.800.000-TL'yi aşamaz." düzenlemesi ile üst sınır getirilmiştir.

8

PRİMLER NASIL ÖDENİR?

a) Kamuda çalışan hekimler; yaptıracakları sigorta sözleşmesinin primlerini sigortacıya veya sigorta acentesine ödedikten sonra, ödedikleri prim tutarının yarısını döner sermayesi bulunan kurumlarda döner sermayeden, döner sermayesi bulunmayan kurumlarda kurum bütçesinden geri alır.

Geri ödemeler, sigortaya ilişkin poliçe veya sigorta şirketi ya da sigorta acentesinin kaşesini taşıyan prim ödeme makbuzunun bir örneğinin ibrazı üzerine ilgili kurum tarafından en geç otuz gün içinde yapılır.

10

AYNI ZAMAN DİLİMİNDE BİRDEN FAZLA SAĞLIK KURULUŞUNDA ÇALIŞAN HEKİMLER YÖNÜNDE SİGORTA PRİMİ KİM TARAFINDAN, NE ORANDA ÖDENECEKTİR?

Yayınlanan düzenlemelerde; aynı zaman diliminde birden fazla sağlık kuruluşunda çalışan hekimler için, çalıştıkları kurumların sigortacıya yapacakları primi ödeme yükümlülükleri konusundaki bir düzenleme yapılmamıştır. Ancak 1219 Sayılı Kanun'a eklenen Ek 12'nci madde ile hekimlere her yaptıkları iş için ayrı ayrı değil, bir bütün olarak mesleklerinin icrası için zorunlu sigorta yaptırılması öngörülmüştür. Bir başka ifadeyle Kanun, mesleğin icra edildiği yere göre değil, doğrudan mesleğin icrası nedeniyle sigorta zorunluluğu getirdiği için, tek sigorta yaptırılması gerekir.

11

SİGORTACIYA NE ZAMAN VE NASIL BİLDİRİM YAPILIR?/RİZİKO NE ZAMAN GERÇEKLEŞMİŞ SAYILIR?

Önceki düzenlemede “davanın veya hukuki takibin öğrenilmesi” ya da mahkeme tarafından hekimin kusurlu olduğuna dair bir karar verilmiş olması halinde riziko gerçekleşmiş sayılıyor ve hekimin sigortacıya bu durum beş gün içinde bildirim yükümlülüğü doğuyordu.

Son düzenleme ile “sigortalının kendisine tazminat talebinde bulunulduğunu öğrendiği anda” riziko gerçekleşmiş sayılmış ve böylece hekimin ihbar yükümlülüğü başlatılmıştır.

Uygulamada sıkıntılara yol açacağı kuşku götürmeyen bu

maddenin dikkate alınması ve örneğin tazminat talebini içeren bir ihtarnamenin ulaşması, dava dilekçesinin tebliğ edilmesi gibi hallerde, 5 günlük bildirim yükümlülüğünün başladığının unutulmaması gerekir.

12

SİGORTACI TAZMİNATI NE ZAMAN ÖDER?

Sigortacı, talep edilen tazminat ve giderleri, hak sahibinin tazminata konu olay ve zarara ilişkin tespit tutanağını veya birliktesi raporunu ve poliçe ekinde de yer alan diğer gerekli belgeleri eksiksiz olarak şirketin merkez veya kuruluşlarına iletmiş tarihinden itibaren on beş iş günü içinde gerekli incelemeleri tamamlayıp sözleşmeye aykırı olmayan zararlara ilişkin tazminatı ödemekle yükümlüdür.

13

EKİP ÜYELERİNİN OLASI “HATALARI”NDA ZARAR NASIL VE KİM TARAFINDAN KARŞILANACAKTIR?

Sağlık hizmeti bir ekip hizmetidir ve sağlık hizmetinin niteliğini doğrudan ülkede uygulanan sağlık sistemi belirlemektedir. Yapılan araştırmalarda tıbbi uygulama hatalarının büyük çoğunluğunun kişisel ihmalden değil; sağlık sistemindeki problemlerden kaynaklandığına dikkat çekilmektedir. Bu durumun bir yansıması olarak Sağlık Bakanlığı'na karşı tazminat istemli açılan davaların bir kısmı, organizasyon kusurları veya hekim dışındaki diğer sağlık personelinin kusurları nedeniyle açılmaktadır. Buna rağmen ekip üyeleri, sigorta kapsamına alınmamıştır.

14

ZARARA UĞRAYANLARIN BAŞVURABİLECEĞİ MEKANİZMALAR ve HEKİM HAKKINDA YAPILABİLECEK OLASI İŞLEMLER NELERDİR?

Tıbbi uygulama hataları nedeniyle hekimler aleyhine maddi ve manevi tazminat istemli davalar, taksirle yaralama ve öldürme gerekçesiyle ceza davaları açılabileceği gibi, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na ve/veya 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu'na tabi çalışanlar yönünden disiplin soruşturması yürütülebilir ve tüm hekimler yönünden deontolojik ihlaller nedeniyle meslek odasına şikayette bulunulabilir. Dolayısıyla hekim aynı olay nedeniyle, birden fazla hukuki işlem ve yaptırım ile karşı karşıya kalabilir.

Hem hastalar, hem hekimler yönünden Mahkeme dışında başkaca bir mekanizma neden yaratılmamıştır. Davaların ortalama 4-7 yıl arasında tamamlandığı dikate alındığında, Mahkeme dışında başkaca mekanizmalara örneğin meslek odası temsilcilerinin de yer aldığı uzlaşma kurullarına ihtiyaç olduğu açıktır.

15

GRUP SİGORTASI YAPTIRILABİLİR Mİ? TABİP ODALARININ HEKİM YERİNE SÖZLEŞME AKTETMESİ MÜMKÜN MÜDÜR?

Grup sigortası ile menfaati benzer olan kişiler yönünden ortak bir poliçenin hazırlanması ve böylece poliçede hekimler yönünden daha lehe koşulların düzenlenmesi mümkün olabilir. Bu durumun tabip odalarının üyelerinin hak ve menfaatlerini koruma göreviyle de uyumlu olacağı açıktır. Ancak Tebliğ, anlaşılabilir bir şekilde grup sigortası yaptırılmasını yasak-

lamıştır! Meslek odasının da, hekimler adına sözleşem aktetmesi mümkün görünmemektedir.

16

HEKİMİN ÖRNEĞİN ACİL SERVİS NÖBETİ TUTARAK, KENDİ BRANŞI DIŞINDA GÖREV YAPMASI HALİNDE ORTAYA ÇIKACAK ZARAR SİGORTA KAPSAMINDA MIDIR?

Hazine Müsteşarlığı'nın B.02.1.HZN.0.10.01.01 sayılı yazısı ile açıkça ifade edildiği gibi; 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanununun Ek 12 nci maddesinin birinci fıkrası hükmü uyarınca sigortanın kapsamı “..tbbi kötü uygulama nedeniyle kendilerinden talep edilebilecek zararlar ile kurumlarınca kendilerine yapılacak rücular...” olarak tanımlandığından, hekimlerin mesleki faaliyetlerine ilişkin doğabilecek tüm zararlar Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası kapsamındadır.

17

HEKİM BİR DEN FAZLA ALANDA UZMAN UNVANINA SAHİPSE, HANGİ UZMANLIK ALANI ÜZERİNDEN SİGORTA YAPILACAKTIR?

Birden fazla uzmanlığı olan hekimler, riski en yüksek olan uzmanlık alanına göre sigorta yaptırılacaktır.

18

ÖZEL SAĞLIK KURULUŞUNDA MAKBUZ YA DA FATURA KESEREK ÇALIŞAN BİR HEKİMİN SİGORTASI KİM TARAFINDAN KARŞILANIR /KARŞILANMALIDIR?

Önemli olan hekimin hangi sosyal güvenlik şemsiyesine tabi olduğu (eski isimleriyle SSK veya Bağ-Kur!?) değil, çalışma biçimidir. Tüm mesaisini özel sağlık kuruluşuna hasreden, işverenin emir ve talimatları doğrultusunda ve belirli bir ücret karşılığında çalışan bir hekim; makbuz veya fatura kesiyor olsa da, bu özel sağlık kuruluşunun çalışanıdır. Dolayısıyla sigorta priminin yarı yarıya ödenmesi gerekir.

19

ACİL SERVİSTE ÇALIŞAN BİR PRATİSYEN HEKİMİN SİGORTASI HANGİ RİSK GRUBUNA GÖRE YAPILIR?

Uzmanlık alanı acil tıp olan tüm hekimler 4. risk grubunda yer almaktadır. Ancak söz konusu olan pratisyen hekimse, nerede görev yaptığına bakılmaksızın 2. risk grubundan polişe düzenlenmektedir.

20

ZORUNLU SİGORTAYA İLİŞKİN GENEL ŞARTLAR, TARİFE VE TALİMATINDA BELİRTİLEN ŞARTLARI HEKİM LEHİNE İYİLEŞTİRMEK MÜMKÜN MÜDÜR?

Evet