

**T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI**

**2018-2022 YILLARI ARASINDA DANIŞTAY'IN
MALPRAKTİS DAVALARINA İLİŞKİN
KARARLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Süleyman UĞUR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

KONYA-2025

**T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI**

**2018-2022 YILLARI ARASINDA DANIŞTAY’IN
MALPRAKTİS DAVALARINA İLİŞKİN
KARARLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Süleyman UĞUR

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Şerafettin DEMİRCİ

Bu çalışmada Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu onayı alınmıştır.

KONYA-2025

TEŐEKKÖR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam boyunca desteğini hep hissettiğim, kıymetli önerileriyle bana yol gösteren, engin mesleki bilgisinden faydalandığım, titiz ve disiplinli yaklaşımıyla örnek oluşturan tez danışmanım, kıymetli hocam Prof. Dr. Şerafettin DEMİRCİ'ye ve hayatımın her anında sevgi ve desteğini benden esirgemeyen değerli aileme şükranlarımı sunarım.

Konya, 2025

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, tıbbi uygulama hataları (malpraktis) nedeniyle idari yargıya taşınan ve Danıştay tarafından karara bağlanan davaların; tıbbi, hukuki ve demografik özelliklerini incelemek, yargılama sürecindeki aksaklıkları tespit etmek ve çözüm önerileri geliştirmektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmada, 2018-2022 yılları arasında Danıştay tarafından tıbbi malpraktis iddialarına ilişkin verilmiş kararlar geriye dönük olarak taranmıştır. Ulaşılan 305 dava dosyası; olayın gerçekleştiği tarih, dava süresi, ilgili tıbbi branş, bilirkişi raporlarının niteliği, Danıştay'ın bozma gerekçeleri ve tazminat durumları açısından incelenmiştir. Veriler SPSS programı kullanılarak tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerle analiz edilmiştir.

Bulgular: İncelenen davalarda, olayın meydana geldiği tarih ile Danıştay aşamasında karar verilmesi arasında geçen ortalama sürenin 9 yıl 10 ay olduğu saptanmıştır. Malpraktis iddialarının en sık Kadın Hastalıkları ve Doğum (%20,5), Acil Tıp (%16) ve Genel Cerrahi (%10,6) branşlarında yoğunlaştığı görülmüştür. Danıştay, incelenen dosyaların %49,8'inde ilk derece mahkemesi kararlarını bozmuştur. Bozma gerekçeleri arasında ilk sırayı "bilirkişi raporlarının eksik veya yetersiz bulunması" (%32,9) alırken, ikinci sırada "davalı idarenin davayı ilgili sağlık personeline ihbar etmemesi/savunma hakkı tanınmaması" (%20,5) yer almıştır. Bilirkişi raporlarının büyük çoğunluğunun (%79,7) Adli Tıp Kurumu'ndan alındığı tespit edilmiştir.

Sonuç: Tıbbi malpraktis davalarında yargılama sürelerinin makul süreyi aştığı ve uluslararası standartların gerisinde kaldığı belirlenmiştir. Yargılamanın uzamasındaki temel etkenlerin; bilirkişi raporlarının hüküm kurmaya elverişsiz olması ve idare tarafından hekime rücu ihtimali bulunan davaların hekime zamanında bildirilmemesi olduğu sonucuna varılmıştır. Adil ve hızlı bir yargılama için, bilirkişilik kurumunun ilgili branş uzmanlarını kapsayacak şekilde güçlendirilmesi ve yargılama usullerine riayet edilerek sağlık çalışanlarının savunma haklarının korunması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi Malpraktis, Danıştay Kararları, Sağlık Hukuku, Bilirkişi Raporu, Hukuki Sorumluluk.

ABSTRACT

Evaluation of Council of State Decisions Regarding Malpractice Cases Between 2018-2022

Objective: The aim of this study is to examine the medical, legal, and demographic characteristics of lawsuits brought to administrative jurisdiction due to medical malpractice and concluded by the Council of State (Danıştay), to identify disruptions in the judicial process, and to develop solution proposals.

Materials and Methods: In this study, decisions rendered by the Council of State regarding medical malpractice claims between 2018 and 2022 were retrospectively screened. A total of 305 case files were analyzed in terms of the date of the incident, duration of the litigation, involved medical branch, quality of expert witness reports, grounds for reversal by the Council of State, and compensation status. Data were analyzed using descriptive statistical methods with SPSS software.

Results: It was determined that the average duration between the occurrence of the incident and the decision at the Council of State level was 9 years and 10 months. Malpractice claims were most frequently concentrated in Obstetrics and Gynecology (20.5%), Emergency Medicine (16%), and General Surgery (10.6%). The Council of State overturned the decisions of the first-instance courts in 49.8% of the examined files. While "incomplete or insufficient expert reports" (32.9%) took the first place among the reasons for reversal, "failure of the defendant administration to notify the relevant healthcare personnel of the lawsuit/denial of the right to defense" (20.5%) ranked second. It was found that the vast majority of expert reports (79.7%) were obtained from the Council of Forensic Medicine.

Conclusion: It has been determined that the duration of trials in medical malpractice cases exceeds reasonable time limits and falls behind international standards. It was concluded that the primary factors prolonging the litigation are expert reports being unsuitable for establishing a judgment and the failure to notify physicians in a timely manner in cases where the administration has the potential for recourse against the physician. For a fair and swift trial, it is necessary to strengthen the expert witness institution to include specialists from relevant branches and to protect the defense rights of healthcare professionals by adhering to procedural rules.

Keywords: Medical Malpractice, Council of State Decisions, Health Law, Expert Witness Report, Legal Liability.

İÇİNDEKİLER TABLOSU

ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
KISALTMALAR	vii
TABLolar LİSTESİ	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
GİRİŞ	1
AMAÇ	2
GEREÇ ve YÖNTEM	3
MALPRAKTİS KAVRAMI	5
1. Tıbbi Uygulama (Müdahale) Kavramı	5
1.1. Tıbbi Uygulamaya Yetkili Kişiler	7
1.2. Hasta ve Hekim İlişkisinin Hukuki Niteliği	9
1.3. Tıbbi Bakım Standardı	10
1.4. Endikasyon	
1.5. Aydınlatılmış Onam	
TIBBİ UYGULAMA HATALARI	12
2. Malpraktis (Tıbbi Uygulama Hataları)	12
2.1. Malpraktisin Tanımı ve Kapsamı	12
2.2. Malpraktis-Komplikasyon (İzin Verilen Risk) Ayrımı	15
2.3. Malpraktis Türleri	17
2.3.1. Aydınlatılmış Onam	18
2.3.2. Tanı Hataları	21
2.3.3. Tedavi Hataları	22

2.3.4.	Takip Hataları	24
2.3.5.	Tıbbi Organizasyon Kusurları	24
2.4.	Malpraktisin Nedenleri	25
MALPRAKTİSTE HUKUKİ SORUMLULUK		27
3.	Malpraktiste Sorumluluk	27
3.1.	Hekimlerin Mesleki Sorumluluğu	27
3.2.	Hekimlerin İdare Hukuku Bağlamında Sorumluluğu	28
3.3.	Hekimlerin Ceza Hukuku Bağlamında Sorumluluğu	30
3.4.	Malpraktis Davalarında Ceza ve Hukuk Muhakemesi	32
3.5.	Malpraktis Davalarında Zamanaşımı	33
3.6.	Malpraktis Davalarının Danıştayda Görülme Usulü	35
3.7.	Malpraktis Davalarında Bilirkişi	36
3.7.1.	Malpraktis Davalarında Bilirkişi Tanımı ve Kapsamı	37
3.7.2.	Bilirkişi Görevlendirilmesi ve Taşınması Gereken Şartlar	38
3.7.3.	Bilirkişi Raporu Alınabilecek Kurumlar	40
3.7.3.1.	Adli Tıp Kurumu	40
3.7.3.2.	Yükseköğretim Kurumları (Üniversiteler)	41
3.7.3.3.	Tabip Odaları Onur Kurulları	41
3.7.3.4.	Bilirkişi Heyetleri	42
3.7.3.5.	Yüksek Sağlık Şurası	
3.8.	Malpraktise Özel Yasal Düzenlemeler	43
3.8.1.	Hasta Hakları Yönetmeliği	43
3.8.2.	Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası	44
5.	BULGULAR	60
6.	TARTIŞMA	63
SONUÇ		70
KAYNAKÇA		73

KISALTMALAR

CMK	Ceza Muhakemeleri Kanunu
DMK	Devlet Memurları Kanunu
HMK	Hukuk Muhakemeleri Kanunu
İYUK	İdari Yargılama Usulü Kanunu
Md	Madde
TBK	Türk Borçlar Kanunu
TCK	Türk Ceza Kanunu
TDK	Türk Dil Kurumu
TTB	Türk Tabipleri Birliği
vd	Ve Diğerleri
vs	Ve saire

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: Komplikasyon-Malpraktis Ayrımı	17
Tablo 2: Olay ile Danıştay Kararı Arası Geçen Süre	46
Tablo 3: Malpraktis İddiasına Konu Olan Hekimlerin Uzmanlık Alanlarına İlişkin Dağılımları	47
Tablo 4: Kurumlara İlişkin Dağılımlar	48
Tablo 5: Şikâyet Sebebine İlişkin Dağılımlar	49
Tablo 6: Gelişen Duruma İlişkin Dağılımlar	49
Tablo 7: Doku ve/veya Organ Fonksiyon Azalması/Kayıbı Gerçekleşen Durumlardaki Morbidite Şekli	50
Tablo 8: Uygulanan İşlem	51
Tablo 9: İdare Mahkemesi Kararlarının Durumu	51
Tablo 10: Rektörlük Kararı	52
Tablo 11: Danıştay'ın Başvurulan İlk Mercî Kurumun Kararını İnceleme Sonucu	53
Tablo 12: Danıştay Başvurulan İlk Mercî Kurumu Kararını Bozma Sebepleri	53
Tablo 13: Danıştayın Bilirkişi Görüşüne Uyuma Durumu	54
Tablo 14: Danıştay tarafından Bilirkişi Raporlarının Kabul Edilmeme Sebepleri	55
Tablo 15: Bilirkişi Raporları Arasındaki Çelişki Durumu	56
Tablo 16: Çelişki Olmayan Bilirkişi Raporlarında Verilen Karar	56
Tablo 17: Bilirkişi Raporlarında İlişkin Tespit Edilen Hata Sebepleri	57
Tablo 18: Danıştay Kararı ile İlk Derece Mahkeme Kararının İncelenmesi	58
Tablo 19: Rektörlük Kurulu Kararı ile İlk Derece Mahkeme Kararının İncelenmesi	58
Tablo 20: Bilirkişi Raporlarının Alındığı Kurumlar	59
Tablo 21: Danıştayca Onanan Kararların Tazminat Durumlarına İlişkin Dağılımlar	60

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Malpraktis İddiası Bulunan Bölümler Cerrahi, Dahili ve Diğer Adı Altında Gruplandırıldığında 48

GİRİŞ

Sağlık hizmetleri, bireylerin yaşam hakkı, beden ve ruh bütünlüğü ile doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle tıbbi müdahaleler, yalnızca teknik bir işlem değil aynı zamanda etik, hukuki ve toplumsal sorumlulukları barındıran bir süreçtir. Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının sundukları hizmet hastaların yaşam kalitesini doğrudan etkilerken yapılan hatalar bireylerin telafisi mümkün olmayan zararlara uğramasına yol açabilmektedir. Bu noktada “malpraktis” kavramı, sağlık hizmetleriyle hukuk arasındaki en kritik kesişim noktalarından birini oluşturmaktadır.

Malpraktis kavramı, tarihsel süreçte çeşitli kültür ve hukuk sistemlerinde farklı şekillerde ele alınmıştır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması, hasta haklarının anayasal ve yasal düzeyde güvence altına alınması ve bireylerin sağlık bilincinin artmasıyla birlikte malpraktis davaları son yıllarda önemli ölçüde artış göstermiştir. Özellikle yüksek riskli tıbbi müdahalelerin yoğun olduğu kadın doğum, acil tıp ve genel cerrahi gibi branşlarda malpraktis iddialarının sıkça gündeme geldiği görülmektedir. Bu durum hem hasta haklarının korunması hem de sağlık çalışanlarının hukuki güvenliklerinin sağlanması açısından önemli bir tartışma alanı yaratmıştır.

Malpraktis, çoğu zaman “komplikasyon” ile karıştırılmaktadır. Komplikasyon, öngörülen risklerin ve tıbbi standartlara uygun müdahalelerin doğal bir sonucu iken malpraktis, özen ve dikkat yükümlülüğüne aykırılıkla ortaya çıkan hatalı uygulamaları ifade etmektedir. Bu ayrımın yargısal süreçlerde net bir biçimde yapılması hem adaletin sağlanması hem de sağlık çalışanlarının mesleki risklerinin doğru değerlendirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Türkiye’de malpraktis davaları, idare hukuku ve özel hukuk boyutlarının yanı sıra ceza hukuku alanında da sonuç doğurmaktadır. Kamu hastanelerinde görev yapan hekimlerin eylemleri genellikle “hizmet kusuru” kapsamında idareye atfedilirken, özel sağlık kuruluşlarında çalışan hekimler doğrudan bireysel sorumlulukla karşı karşıya kalabilmektedir. Ayrıca Türk Ceza Kanunu’nda taksir ve kast kavramları çerçevesinde hekimlerin cezai sorumluluğu da gündeme gelmektedir. Bu çok boyutlu sorumluluk alanı, malpraktis davalarının yalnızca tıbbi bir sorun değil aynı zamanda toplumsal, hukuki ve etik bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır.

Son yıllarda Danıştay’ın malpraktis davalarına ilişkin verdiği kararlar hem hukuk uygulayıcıları hem de sağlık çalışanları açısından yol gösterici olmuştur. Danıştay

kararlarında özellikle aydınlatılmış onam, bilirkişi raporlarının güvenilirliği, zamanaşımı süreleri ve hizmet kusuru kavramı öne çıkan konular olmuştur. Ancak kararların incelenmesi, bilirkişi raporlarının çoğu zaman yetersiz kaldığını, davaların uzun yıllara yayıldığını ve hasta-hekim ilişkisinde güven zedelenmesine yol açtığını göstermektedir.

Bu bağlamda malpraktis, yalnızca bireysel düzeyde hataların önlenmesiyle çözülebilecek bir sorun değildir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda sistemsel reformlar, sağlık çalışanlarının sürekli eğitimi, hasta-hekim iletişiminin güçlendirilmesi ve etkin bir hukuki denetim mekanizması geliştirilmesi gerekmektedir. Bu tez, söz konusu çok boyutlu sorunun hukuki çerçevede incelenmesini, Danıştay kararları üzerinden somut verilerle analiz edilmesini ve çözüm önerilerinin geliştirilmesini amaçlamaktadır.

AMAÇ

Bu tez çalışmasının amacı, tıbbi malpraktis olgusunu hukuki sorumluluk bağlamında incelemek, özellikle Danıştay kararları üzerinden malpraktis davalarının yargısal boyutunu ortaya koymak ve uygulamadaki sorunlara çözüm önerileri geliştirmektir. Bu bağlamda:

- Malpraktis türleri ve nedenlerinin belirlenmesi,
- Malpraktis–komplikasyon ayrımının hukuki açıdan değerlendirilmesi,
- Hekimlerin mesleki, idari ve cezai sorumluluklarının incelenmesi,
- Bilirkişilik kurumunun dava süreçlerindeki rolünün analiz edilmesi,
- Danıştay kararları ışığında eğilimlerin tespit edilmesi

amaçlanmıştır. Ayrıca, bu bulguların sağlık sisteminde hasta güvenliğini artıracak politika önerilerine dönüştürülmesi hedeflenmiştir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu araştırmada, karma yöntem yaklaşımı benimsenmiş hem nitel hem de nicel analiz tekniklerinden birlikte yararlanılmıştır. Çalışmanın temel materyalini Danıştay tarafından 2018-2022 yılları arasında neticelendirilen tıbbi malpraktis (hatalı tıbbi uygulama) davaları oluşturmaktadır.

Araştırmanın Tasarımı

Araştırma, doküman analizi yöntemiyle gerçekleştirilmiş olup, davaların içerikleri incelenerek malpraktis olgusunun hukuki sorumluluk bağlamındaki yansımaları ortaya konmuştur. Bu kapsamda, Danıştay kararları sistematik biçimde sınıflandırılmış, dava konuları, taraf iddiaları, bilirkişi raporlarının içeriği, mahkeme gerekçeleri ve nihai karar sonuçları karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir.

Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini 2018–2022 yılları arasında sonuçlandırılmış 412 Danıştay malpraktis davası oluşturmaktadır. Ancak erişim kısıtlılıkları nedeniyle yalnızca Danıştay arşivlerinde kamuya açık hale getirilen ve ulaşılabilen dosyalar inceleme kapsamına alınmıştır. Bu bağlamda toplam 305 adet karar araştırmaya dahil edilmiş, eksik veya içerik açısından yetersiz görülen dosyalar kapsam dışı bırakılmıştır.

Veri Toplama Süreci

Çalışmada, Danıştay Başkanlığı'nın çevrimiçi karar arama sistemi üzerinden doğrudan ulaşılan birincil veriler tarafımızca analiz edilmiştir.

Kararlar, elektronik ortamda derlenerek sistematik hale getirilmiştir. Her dava için dosya numarası, karar tarihi, taraf bilgileri, uzmanlık alanı, iddia konusu, bilirkişi raporu varlığı ve niteliği, mahkemenin hukuki gerekçesi, dava sonucu ve dava süresi gibi değişkenler kayıt altına alınmıştır.

Veri Analizi

Dava türleri, uzmanlık alanlarına göre dağılımlar, dava sonuçları, karar süreleri ve tazminat miktarları istatistiksel olarak sınıflandırılarak nicel analiz yapılmıştır. Verilerin analizi için temel tanımlayıcı istatistiklerden yararlanılmıştır.

Karar metinleri içerik analizi tekniğiyle değerlendirilmiş, özellikle “aydınlatılmış onam”, “bilirkişi raporlarının güvenilirliği”, “hizmet kusuru”, “organizasyon kusuru” ve “zamanaşımı” gibi temalar üzerinde yoğunlaşmıştır. Bulgular karşılaştırmalı tablolar ve grafikler ile desteklenerek nitel analiz yapılmıştır.

Elde edilen malpraktisle ilgili veriler, farklı Danıştay kararlarıyla karşılaştırılarak farklılıklar ve benzerlikler ortaya konmuştur.

Çalışmanın Sınırlılıkları

- Çalışma yalnızca 2018-2022 yılları arasındaki Danıştay kararlarıyla sınırlıdır; Yargıtay, istinaf veya ilk derece mahkemeleri kapsam dışıdır.
- Danıştay arşivlerinde yayımlanmayan veya erişime kapalı dosyalar analiz dışı bırakılmıştır.
- Kararlarda yer alan bazı bilirkişi raporlarının detaylı içeriklerine ulaşamamış, bazı veriler özet bilgi düzeyinde kalmıştır.
- Bireysel başvuru yolu olarak AİHM veya Anayasa Mahkemesine giden ve yeniden yargılama kararı verilen kararlara ulaşamamıştır.

MALPRAKTİS KAVRAMI

1. Tıbbi Uygulama (Müdahale) Kavramı

Tıbbi müdahale ve malpraktis (tıbbi hata) kavramlarının tarihsel gelişimi, sağlık hizmetlerinin etik, yasal ve bilimsel temellerinin şekillenmesinde önemli bir rol oynamıştır. Bu süreç, antik dönemlerden günümüze kadar uzanan bir evrim göstermiştir. Antik Yunan'da Hipokrat, hekimlerin hastalarına zarar vermemeleri gerektiğini vurgulamış ve bu yaklaşım, tıbbın etik temellerini atmıştır. Ayrıca, Roma Hukuku'nda da tıbbi malpraktis, yasal bir yanlış olarak kabul edilmiştir. Bu anlayış, 1200'lü yıllarda Roma Hukuku'nun Avrupa'ya yayılmasıyla birlikte daha da güçlenmiştir.[1] 20. yüzyılda tıbbi malpraktis davalarının artışı, malpraktis hukukunun gelişimine önemli katkılarda bulunmuştur.[2] Amerika Birleşik Devletleri'nde, 1972 yılında verilen Canterbury v. Spence kararı, "bilgilendirilmiş onam" ilkesini hukuki bir zorunluluk olarak kabul etmiştir.[3] Bu karar, hekimlerin hastalarına tıbbi prosedürler hakkında yeterli ve anlaşılır bilgi sunma yükümlülüğünü vurgulamıştır.

Bireyler, sağlık hizmeti sunan kurumlara başvurularında çeşitli motivasyonlar ve gereksinimlere göre hareket etmektedirler. Öncelikli olarak başvurunun amacı mevcut fiziksel veya ruhsal sorunların belirlenmesi ve uygun tedavi yöntemleriyle giderilmesidir ve bu bağlamda hastalar semptomların azaltılmasını veya tamamen ortadan kaldırılmasını arzular.[4] Bununla birlikte, hastalıkların ortaya çıkmasını engellemek ve genel sağlık durumunu korumak amacıyla koruyucu sağlık hizmetleri ve düzenli periyodik taramalar için de başvuru yapılabilmektedir.[5] Acil vakalarda ise kazalar, travmalar veya ani gelişen hastalıklar bireyleri hızlı ve uzman müdahale arayışına yönlendirmektedir. Başvurular yalnızca bedensel sağlıkla sınırlı kalmayıp hastalar alternatif tedavi seçenekleri, ilaç kullanımı ve yaşam biçimi düzenlemeleri konusunda bilgilendirme ve danışmanlık almak amacıyla da sağlık kurumlarına yönelmektedir. Ayrıca, psikososyal destek ihtiyacı örneğin depresyon, anksiyete veya aile danışmanlığı gereksinimi bireylerin sağlık hizmetlerine başvurmalarını teşvik eden önemli faktörlerden biridir.[6] Gebelik izlemleri, yaşa özgü rutin kontroller, diş ve göz muayeneleri gibi periyodik sağlık uygulamaları ise hem hastalık risklerini minimize etmek hem de bireylerin genel sağlık durumunu sürdürülebilir kılmak için gerçekleştirilmektedir.[7] Bu kapsamda sağlık kuruluşlarına başvurular tedavi, önleyici

hizmetler ve bilgilendirme-danışmanlık ihtiyaçlarını karşılayan çok boyutlu bir süreç olarak değerlendirilebilir.

Sağlık kuruluşlarına çeşitli nedenlerle başvuran hastalar sağlık kuruluşlarında yetkili personelden tıbbi müdahale talebinde bulunabilmektedir. Bu başvuru bazen zorunluluk arz ederken bazen isteğe bağlı, bazen rıza ile bazen de rıza dışında gerçekleştirilmektedir.

Hasta Hakları Yönetmeliğinin 4'üncü maddesinde tanımlanan tıbbi müdahale *“tıp mesleğini icraya yetkili kişiler tarafından uygulanan, sağlığı koruma, hastalıkların teşhis ve tedavisi için ilgili meslekî yükümlülükler ve standartlara uygun olarak tıbbın sınırları içinde gerçekleştirilen fizikî ve ruhî girişim”* olarak tanımlanmıştır. Tıbbi müdahale, *“gerçekleştirilen müdahale bakımından yetkili kılınmış kişilerce, hukuken öngörölmüş amaçlara yönelik olarak, tıp bilimince genel kabul görmüş kurallar ışığında, müdahalenin yöneldiği kişinin bilgilendirilmiş rızası ve/veya diğer hukuka uygunluk sebeplerinin varlığı şartıyla gerçekleştirilen her türlü müdahale”* olarak tanımlanır.[8]

Tıbbi müdahale, yetkili sağlık personeli tarafından hastanın şikayetleri ile ilgili her türlü tedbirin alınmasını, tanının konulmasını ve tedavi sürecinin gerçekleştirilmesini kapsayan bir süreçtir.[9] Tıbbi müdahale, bireyleri hastalık, sakatlık ya da diğer olumsuz sağlık koşullarından korunma amacıyla tanının konulması, tedavinin uygulanması ve sonrasında toplumsal iyilik halinin sürdürülebilmesi için yapılan eylemler olarak ifade edilebilir. Tıbbi müdahaleler alanında yetkin ve gerekli eğitimi almış kişilerce tıp bilimi ve tekniğinin gereklerine uygun biçimde hastanın rızası dahilinde gerçekleştirilen ve bireyin bedeni ile ruhsal bütünlüğünü etkileyen faaliyetlerdir.[10] Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık tedavi başvurusundan itibaren gerçekleştirilen tanı, tıbbi, cerrahi, ruh sağlığı, birincil bakım, müttefik sağlık, işlevsel destek, rehabilitasyon, geleneksel tıp ve halk sağlığı gibi tüm müdahaleleri kapsamaktadır.[11] Sağlık çalışanlarının yapacağı tıbbi müdahalelerin, yasal düzenlemelere uygun biçimde ve gerekli özen ile titizlik içerisinde uygulanması zorunludur. Bu ilkelere uyulmaması durumunda sağlık kuruluşu veya ilgili sağlık personeli hem idare hukuku bağlamında hem de ceza hukuku bağlamında sorumlulukla karşı karşıya kalır.

Tıbbi müdahaleler, sağlık hizmetleri sürecinde hastaların iyileşmesini hedeflerken, çeşitli faktörlerin etkisiyle hataya dönüşebilir. Bu dönüşüm, genellikle sistemsel eksiklikler, iletişim kopuklukları, eğitim yetersizlikleri ve insan faktörleri gibi etmenlerin

bir araya gelmesiyle gerçekleşir. Örneğin, intravenöz ilaç uygulamalarında yapılan hataların %10'a kadar çıkabileceği ve bu hataların çoğunun önlenebilir olduğu bildirilmiştir. Bu tür hataların önlenmesi için, hastanelerde uygulanan kontrol listeleri ve hata bildirim sistemlerinin etkinliği üzerine yapılan çalışmalar, hasta güvenliğini artırmada önemli bir rol oynamaktadır.[12]

Tıbbi hataların tarihsel gelişimi, erken dönemlerde tıbbi sorumluluğun hukuki temellerinin atılmasına kadar uzanır. Örneğin, Roma hukukunda tıbbi malpraktis, hukuki bir yanlış olarak kabul edilmiştir ve bu anlayış 1200'lü yıllarda kıta avrupasına taşınmıştır.[13] Amerika Birleşik Devletleri'nde ise 1972 yılında verilen Canterbury v. Spence kararı, "*bilgilendirilmiş onam*" ilkesini yerleştirerek hekimlerin hastalarına prosedürler hakkında yeterli bilgi vermeleri gerektiğini vurgulamıştır.[14]

Tıbbi müdahalelerin hataya (malpraktis) dönüşmesini önlemek için sağlık hizmetlerinde sürekli ve nitelikli eğitim, etkili iletişim, sistemsel iyileştirmeler ve hasta merkezli yaklaşımlar gerekmektedir. Bu unsurların birlikte entegrasyonu, tıbbi hataların azaltılmasına ve hasta güvenliğinin artırılmasına katkı sağlar.[15]

1.1.Tıbbi Uygulamaya Yetkili Kişiler

Tıbbi uygulamalar, sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmakta olup bu müdahalelerin gerçekleştirilmesi belirli bir mesleki yeterlilik ve yetkinlik gerekmektedir.Hatalı tıbbi müdahale açısından değerlendirildiğinde, hangi kişilerin tıbbi müdahalelerde bulunabileceği konusu hem hukuki sorumluluk hem de etik açıdan önemlidir.[16] Tıbbi uygulama yapma yetkisi, Türk hukukunda hekimler ve belirli sağlık personelleri ile sınırlandırılmıştır. Hekimler, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile tanımlanan eğitim ve mesleki yeterliliğe sahip kişiler olarak kabul edilir.[17] Mezkûr Kanuna göre bu kişilerin hastalarla ilgili, teşhis koyma, tedavi planlama, cerrahi müdahale yapma ve reçete yazma gibi geniş kapsamlı tıbbi yetkileri bulunmaktadır.

Tıbbi müdahalelerin belirli kişilerce yapılmasına yetki ve izin verilmesinde nihai olarak halkın sağlığının korunması amaçlanmıştır. Çünkü bazı tıbbi müdahaleler bilinçli veya bilinçsiz olsa bile bireyler ve hatta toplum üzerinde ciddi sağlık sorunlarına neden olabilmektedir.

1219 sayılı mezkûr Kanunun 1. Maddesine göre; *“Türkiye Cumhuriyeti dâhilinde tababet icra ve herhangi surette olursa olsun hasta tedavi edebilmek için tıp fakültesinden diploma sahibi olmak şarttır.”* ve Kanunun 2. maddesinde de diplomanın geçerli olabilmesi için zorunlu hizmetin yapılmış olması ve tasdik ettirilmiş olması gerektiği belirtilmiştir. Kanunun 3. maddesinde de *“Yukarki maddelerde zikredilen tabip diplomasını ve fenni, cerrahi veya şubatında ihtisas sahibi olduğuna dair işbu kanunun tarifleri dairesinde vesai ki lazimeyi haiz olmıyan hiçbir kimse hiçbir ameliyei cerrahiye icra edemez.”* denilmek suretiyle yetkili olmayan hiç kimsenin tıbbi müdahale yapamayacağı yasal olarak güvence altına alınmıştır.

1219 sayılı mezkûr Kanun kapsamında tıbbi müdahale yapmaya yetkili kimseler şunlardır:[16]

- Hekimler,
- Diş Hekimleri,
- Hastabakıcılar,
- Sünnetçiler,
- Yetkili Sağlık Memurlar (acil tıp teknikerleri, fizyoterapist vs)

1219 sayılı mezkûr Kanunda özel durumlara ilişkin tıbbi müdahale yetkisi verilen istisnai durumlar mevcuttur. Örneğin Türk Silahlı Kuvvetlerinin sıhhiye sınıfına mensup er ve erbaşlar, Emniyet Genel Müdürlüğünde gerekli ihtisas eğitimi almış personeller sağlık personellerinin yokluğu durumunda acil tıbbi müdahale yapması yetkisine sahiptir.

Ancak özellikle kırsal bölgelerde yer alan ve sağlık kuruluşlarına erişimin zor olduğu bölgelerde yetkisiz kişilerce doğum sürecinin yönetilmesi veya iğne (enjeksiyon) uygulamak suretiyle doğan hatalı tıbbi müdahaleler ceza hukuku bağlamında bu kişilerin sorumlu tutulmasına neden olmaktadır.[18]

1.2.Hasta ve Hekim İlişkisinin Hukuki Niteliği

Öğretide kişiler veya kurumlar arası bir işin görülmesi karşılığında karşılıklı edimlere dayalı birçok sözleşme türü bulunmaktadır. Ancak hasta ve hekim ilişkisi üzerine herhangi bir özel düzenleme yapılmamıştır. Yargıtay içtihatları çerçevesinde hasta ve hekim ilişkisi Türk Borçlar Kanunu kapsamında genel hükümlere göre vekalet sözleşmesi

olarak kabul edilir. Vekalet sözleşmesi, “*vekilin vekâlet verenin bir işini görmeyi veya işlemini yapmayı üstlendiği sözleşme*” olarak tanımlanmıştır.[19]

Bundan dolayı hasta ve hekim arasındaki hukuksal ilişkinin Türk Borçlar Kanunu kapsamında ele alınması gerektiği kabul edilmelidir. Dolayısıyla bu hukuksal ilişkinin niteliği vekalet sözleşmesi olarak taraflar arasında ortaya çıkan anlaşmazlıkların belirlenmesinde rol oynayacaktır.[20]

Kural olarak hasta müdahale talebinde bulunduğu kurum ve sağlık personeli tarafından yapılan her türlü müdahale ile iyileşeceğini veya sağlık şikâyetlerinin azalacağını varsayar ve bu süreçte hekimin isteklerini yerine getirir. Dolayısıyla bu sözleşmede hekimlerin görevi hastanın sağlık şikâyetlerini azaltmak veya ortadan kaldırmaktır. Ancak başvuru sürecinden itibaren hatalı bir tıbbi müdahale iddiası ortaya atarsa bu sözleşmeye aykırılık kapsamında ele alınır.[21]

Hasta ve hekim ilişkisinde hastanın hekim seçme hakkını gözetmeksizin bir sağlık kuruluşuna ya da belirli bir hekime başvurması veya sağlık kuruluşunun özel ya da kamu kurumu olması bu vekalet sözleşmesi açısından önemli olup kusur sorumluluğu bağlamında uyuşmazlıkların çözümünde belirleyici bir rol oynamaktadır.

Örneğin, hasta tıbbi müdahale için özel bir sağlık kuruluşuna başvuru yaparsa hastanın sağlık kuruluşuna girmesi ile sözleşme kurulmuş olacaktır. Bu durumda sözleşme kurulmuş olacaktır ve hekim kendi adına değil sağlık kuruluşu adına müdahalede bulunduğundan hekim kapsamında yardımcı kişi pozisyonunda olur ve uyuşmazlıklarda hekimden ziyade sağlık kuruluşu sorumludur.[16]

Yine, hasta tıbbi müdahale için özel bir sağlık kuruluşuna başvuru yaparsa hasta açısından bir kamu hizmetinden faydalanma hakkı kullanılmış olur. Bu durumda hekim ve hasta arasında doğrudan bir ilişkiden söz edilemez. Hekim tedavi sürecini hastane adına üstlenmiş olacaktır. Bu durumda tıbbi müdahaleden zarar gören hasta hekimi değil hekimin bağlı olduğu sağlık kuruluşunu hizmet kusuru gerekçesiyle dava edebilir. Kamu hastaneleri ile bu kurumlarda görev yapan sağlık çalışanlarının sorumlulukları, genel olarak hizmet kusuru kapsamında değerlendirilir. Ancak, söz konusu personel kamu görevlisi statüsünde olduğundan (657 sayılı Kanun’un 36/3. maddesi ve Anayasa’nın 40/2. maddesi uyarınca) doğrudan kendilerine dava açılamaz. Bu durumda, Anayasa’nın 129/5. maddesi gereği, yalnızca ilgili kamu kurumuna karşı hukuki işlem başlatılması mümkündür.[16]

Özetle sağlık personelleri risk alarak hastalıkların tedavi sürecinde rol oynamaktadır. Bu durumda da sürekli bir hukuki sorumluluk baskısı altında çalışmaktadır. Bilinçli olmasa da bazen çeşitli hatalı uygulamalarla hastaların mağduriyetine yol açabilmektedirler. Bu durumda mevcut yasal düzenlemeler hekimlerin yaptığı hatalı uygulamalardan dolayı sağlık kuruluşlarının sorunlu olması gerektiği üzerinde yoğunlaşmıştır.[20]

1.3.Tıbbi Bakım Standardı

Tıbbi müdahale hatalarının belirlenmesinde bakım standartları belirleyici kriterlerden birisidir. Bakım standardı tıp dünyasının ulaştığı bilimsel ve teknik gelişmeler, belirli bir yetkinlik düzeyinde, belirli bir ortam koşulları altında bir hekimin göstermesi gereken özen tıbbi bakım standardı olarak ifade edilebilir. İşte hekimlerin bu standarttan çeşitli gerekçelerle sapma göstermesi durumunda hukuki sorumluluk ortaya çıkacaktır.[22]

Fakat hekimlik mesleği niteliği itibari ile çok fazla riski barındıran hızlı karar alıp hızlı uygulama gerektiren çok özel bir meslek olduğundan bakım standartlarından sapma olması da muhtemeldir. Dolayısı uygulamada hekimlere bu açıdan bir esneklik sağlandığını söylemek mümkündür. Diğer bir ifade ile hekimler tıbbi müdahale sırasında bazı durumlarda risk alarak standartların dışına çıkabilmektedir.[22] Bundan dolayı hekimlerle ilgili aşırı baskı hekimlerin sorumluluk ve risk almasının da önüne geçebilir. Bu durum da tedavi süreçlerinin uzamasına standart tıbbi bakım uygulamalarının bozulmasına neden olabilir.[23]

Hekimlerin tıbbi bakım standardında sapma durumunda dikkatsizlik ve ihmal açısından değerlendirmek gereklidir. Dikkatsizlik hekimlerin yapmaması gereken bir müdahaleyi yapmaması, ihmal ise yapması gereken bir müdahaleyi yapmaması olarak ifade edilebilir.

Tıbbi bakım standartları sağlık personellerini veya kuruluşlarının mesleki bilgi, özen ve etik ilkeleri içerir. Tıbbi bakım standartları sağlık çalışanının mesleki bilgi, yetkinlik, dikkat ve etik ilkelere uygun hareket etmesini, güncel gelişmeleri takip etmesini, kurumsal işleyişe riayet etmesini ve hasta–hekim iletişimini gözetmesini kapsar. Malpraktis ise bu standartların ihlaliyle ortaya çıkar.Yanlıı tanı veya tedavi uygulamaları, gerekli konsültasyonların yapılmaması ya da organizasyondaki aksaklıklar malpraktis kapsamında değerlendirilir.[24]

Malpraktis ile ilgili yargıya intikal etmiş davalarda mahkemelerin en fazla üzerinde durduğu hususların başında tıbbi bakım standartlarına uygun bir müdahalenin gerçekleşip gerçekleşmediğidir.[25]

TIBBİ UYGULAMA HATALARI

2. Malpraktis (Tıbbi Uygulama Hataları)

Tıbbi uygulama hataları 20. Yüzyıldan itibaren dünya genelinde etik, hukuki, tıbbi, eğitimsel ve idari boyutlarıyla ele alınan çok yönlü bir mesele haline gelmiştir. Bu hatalar olaya dahil olan taraflar, ortaya çıkışında rol oynayan unsurlar, sağlık personelinin ve sistemin yükümlülükleri açısından çok boyutlu bir sorun niteliği taşımaktadır. Genellikle insan kaynaklı faktörler, çevresel koşullar ve kullanılan tıbbi cihazlar gibi risk faktörleri bir araya gelerek hata oluşumunu artırıcı etki göstermektedir.[22]

Malpraktisin meydana gelmesi çoğunlukla sağlık hizmeti sunumunda gerekli özenin gösterilmemesinden kaynaklanır. Hekimin tanı sürecinde, tedavi planında ya da uygulama aşamalarında mesleki bilgi, beceri ve dikkat ölçütlerini yerine getirmemesi veyahut ihtiyaç duyulan konsültasyonların yapılmaması, tıptaki güncel gelişmelerin izlenmemesi veya hasta ile yeterli iletişimin kurulmaması bu durumu tetikleyebilir. Bunun yanı sıra sağlık kurumlarında yaşanan idari yetersizlikler, ağır iş yükü, teknolojik donanım eksiklikleri ve çevresel koşullar da malpraktisin ortaya çıkmasına katkıda bulunur. Dolayısıyla malpraktis sadece bireysel hataların değil, aynı zamanda kurumsal ve sistemsel sorunların da etkisiyle şekillenen çok boyutlu bir olgu olarak görülmektedir.[26]

Aşağıda malpraktisin tanımı, kapsamı, türleri ve nedenleri açıklanmaktadır:

2.1.Malpraktisin Tanımı ve Kapsamı

Kelime olarak kökenini Latince'den alan malpraktis kavramı “*mala*” ve “*praxis*” kelimelerinden türemiş olup hatalı veya kötü uygulama anlamına gelmektedir. Türkçe kelime karşılığı olarak da kötü tıbbi uygulama olarak kabul edilmiştir.[25]

Bireylerin bedensel, ruhsal veya psikolojik rahatsızlıklarının ya da eksikliklerinin teşhisi ve tedavisi amacıyla tedavinin mümkün olmadığı hallerde ise hastalığın etkilerini azaltmak, acıyı hafifletmek, kişileri hastalıklardan korumak veya nüfus planlamasını sağlamak için yalnızca kanunen tıp mesleğini icra etmeye yetkili kişiler tarafından tıp biliminin kabul ettiği ilke ve kurallara uygun biçimde gerçekleştirilen her türlü uygulama olağan tıbbi müdahaleyi ifade ederken tıbbi uygulama hatası olarak ifade edilen malpraktis

(medical malpractice) Dünya Tabipler Birliğine göre “*hekimin standart tedaviyi sağlamaması, beceri eksikliği göstermesi veya hastaya gereken tedaviyi vermemesi nedeniyle ortaya çıkan zarar*” olarak tanımlanmaktadır.[27, 28]

Malpraktis sağlık hizmetinin her aşamasında ortaya çıkabilir ve “*sağlık hizmeti sunumu sırasında hatalı veya etik dışı davranış, yetersizlik, dikkatsizlik, ilgisizlik, deneyim eksikliği ya da yanlış tedavi uygulaması sonucunda hastanın zarara uğraması*” durumunu ifade eder. Tıbbi uygulama hataları ihmale, yanlış uygulamaya ya da tedavi sürecindeki eksikliklere bağlı olarak tanı, tedavi, koruyucu sağlık hizmetleri, ilaç kullanımı ya da cerrahi müdahaleler kapsamında farklı gruplar altında ele alınabilir.[14]

Malpraktis durumu sağlık personellerinin uygun zaman ve koşullarda yapmaması gereken müdahaleyi yapmaması ya da yapmaması gereken bir müdahaleyi yapması sonucunda istenmeyen sonuçların ortaya çıkarak hastaların zarar görmesi olarak ifade edilebilir. Tıbbi uygulamanın hukuki olarak doğru kabul edilebilmesi için aşağıdaki kriterlerin varlığı gereklidir:[26]

- Yapılan işlemin yasalarda yasaklanmamış olması (kürtaj, deney gibi)
- İşlemin daha önce kabul görmüş tıbbi kurallara uygun olması,
- Hastanın yapılan işleme rıza vermiş olması,
- Tıbbi müdahalenin yetkili kişilerce yapılması,
- Tıbbi endikasyon varlığı.

Görüldüğü gibi tıbbi uygulamanın hukuki olarak doğruluğunun kabulü için birçok kriterin varlığı gereklidir.

Hekimlerin hastalarına yönelik tutum ve davranışları, bu konudaki beklentiler ile yapılması gerekenler çeşitli uluslararası sözleşmeler, kanun ve yönetmelik gibi yazılı düzenlemelerle ortaya konulmuştur. Hekimler ve diğer sağlık personeli tıbbi müdahaleleri sırasında hukuka aykırı bir fiil ile hastaya zarar verdiklerinde farklı hukuk alanlarında sorumlulukla karşılaşmakta ve meydana gelen zararı gidermekle yükümlü olmaktadır. Türk hukuk sisteminde ise hekimlerin sorumluluğunu özel olarak düzenleyen bağımsız kurallar bulunmamaktadır.[22]

Türk Ceza Kanuna göre kast, bir eylemin sonuçlarını bilerek ve isteyerek yapmaktır. (TCK) Tıbbi hata olarak ifade edilen durum görevli sağlık personelinin

yapması gereken bir müdahaleyi bilerek veya isteyerek yapmaması veya yapmaması gerekene bir müdahaleyi bilerek veya isteyerek yapması durumun kastın varlığından söz edilebilir. Tedavi sözleşmesi sürecinde malpraktisin bilinçli ve istekli yapılması durumunda cezai ve hukuki sorumluluklar söz konusu olacaktır. Tıbbi müdahale sırasında bilinçli hatalı müdahale sonrasında hastanın ölümü veya zarar görmesi halinde kastın varlığı kabul edilmelidir. Sağlık personelinin sonuçlarını bilmesi ve öngörmesine rağmen kasıtlı hatalı tedaviye yönlendirmesi, bilerek yanlış tanı konularak tedavinin aksatılması gibi durumlarda kasten yaralama açısından ceza hukuku bağlamında sorumluluk doğacağı kuşkusuzdur.[14]

Türk Ceza Kanunu'na göre taksir ise bir eylemin özen ve dikkat yükümlüğüne aykırılık dolayısıyla eylemin sonuçlarının öngörülmeden gerçekleştirilmesi durumunda ortaya çıkar. (TCK) Malpraktisin uygulamada görülen en sık şeklinin taksirle olduğu kabul edilir. Uygulamada tanı ve tedavi sürecine yönelik istenmeden yapılan tıbbi müdahalelerin hastaların ölümüne, yaralanmasına veya tedavi süresinin geciktirilmesine neden olduğu durumlarda taksirin varlığından söz edilir.[14]

TCK'ya göre malpraktis açısından kasten yaralamaların takibi şikâyete bağlı olmayıp re'sen savcılık makamlarınca başlatılırken taksirle yaralama şikâyete bağlı bir suçtur ve hastanın şikâyeti olmadan (bilinçli taksir hariç) re'sen soruşturma konusu yapılamaz. Gerek kasten öldürme gerekse taksirle ölüme sebebiyet verme de ise suçun tabiki re'sen yapılır ve şikâyet aranmaz.

Hatanın olduğu durumda taksirden bahsetmek gerekir. Türk Dil Kurumu sözlüğüne göre hata, "*istemeyerek ve bilmeyerek yapılan yanlış*" olarak ifade edilmekte olup (TDK) malpraktisin tanımının tıbbi hata olması karşısında, istenmeden ve bilmeden yapılan bir eylem dolayısıyla sorumluluk doğmaktadır.[16]

Malpraktis kavramından bahsedilebilmesi için hatalı tıbbi uygulama yapan kimselerin tıbbi uygulama yapmaya yetkili hekimler olması gereklidir. Yetkisiz kişilerce yapılan tıbbi müdahale sonrasında hastaların zarar görmesi durumunda malpraktisten değil doğrudan kasten suçtan bahsetmek gerekir. Örneğin cerrahi müdahale yetkisi olmayan hastane çalışanının ameliyata girmesi veya tıp diploması gerçek olmayan kişinin sağlık kuruluşunda bir şekilde çalışarak hastaların tanı ve tedavi süreçlerine müdahil olarak zarar görmeleri durumunda tamamen ceza hukuku bağlamında sorumluluk söz konusu olacaktır.[29]

Tanı sürecinde yapılan hatalar, tedavi planlamasında alınan yanlış kararlar, cerrahi uygulamalarda görülen ihmal, ilaç kullanımındaki hatalar, koruyucu sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan eksiklikler ve hastanın yeterince bilgilendirilmemesi veya aydınlatılmış onam prosedürünün uygulanmaması gibi durumlar malpraktisin kapsamına girer.[30]

Ayrıca, malpraktis yalnızca bireysel hatalardan kaynaklanmaz aynı zamanda sağlık kurumlarındaki organizasyonel yetersizlikler, teknik ekipman eksiklikleri, yoğun iş yükü, iletişim aksaklıkları ve sistemsal problemlerle de bağlantılıdır.[25]

Bu nedenle, malpraktis tıbbi hataların en ağır boyutunu ifade eder ve hem etik hem de hukuki bakış açısıyla ele alındığında hukuki ve cezai sorumluluk doğuran sonuçların ortaya çıkmasına yol açar.[31] Sonuç olarak, tıbbi malpraktis yalnızca doğrudan yapılan hatalarla sınırlı değildir.Sağlık hizmetlerindeki yapısal ve organizasyonel eksikliklerden kaynaklanan olumsuz sonuçları da kapsar. Örneğin sağlık kuruluşundaki personel sayısının yetersizliği, tıbbi cihazların arızalı veya eksik olması, iletişim ve koordinasyon aksaklıkları gibi eksiklikler hatalı tıbbi uygulamalara yol açabilir. Bu bağlamda, malpraktis hem bireysel hem de kurumsal sorumluluk boyutlarıyla ele alınmalı ve kapsamı çok yönlü bir bakış açısıyla değerlendirilmelidir.[8]

2.2.Malpraktis-Komplikasyon (İzin Verilen Risk) Ayrımı

Malpraktis bu çalışmanın önceki bölümünde açıklandığı sonuçları istenmeyen ve bilmeden yapılan tıbbi bakım standartlarına aykırı tıbbi müdahale hatalarıdır. Malpraktis-komplikasyon (izin verilen risk) ayrımının daha anlaşılır kılınması için öncelikle komplikasyon kavramının tanımının yapılması yerinde olacaktır.

TDK Sözlüğüne göre kelime anlamı olarak komplikasyon“*hastalık, hastalık sırasında ortaya çıkan ve hastalığın temel özellikleriyle ilişkili olmayan her türlü olumsuz sağlık olayı veya süreci*” olarak tanımlanmıştır.[32]

Komplikasyon, bir hastalıkla ilişkili olarak beklenen seyrin dışına çıkılan sapma durumu olarak ifade edilmektedir.[33] Başka bir tanıma göre komplikasyon, “*bir hastalığın seyri veya tedavisi sırasında ortaya çıkan, hastalığın kendinden veya tıbbi müdahaleden kaynaklanan, tedbir alınmasına rağmen önlenemeyen, ortaya çıkabileceği o konu ile ilgili çevrelerde ve literatürde belirlenmiş ve kabul edilen, diğer hastalıklar veya bozukluklar*” olarak tanımlanmaktadır.[34]

Tıbbi müdahale hatalarında yargı mercilerince araştırılan ve hukuki sorumluluk kapsamında belirleyici olan hususlardan birisi de malpraktis-komplikasyon ayrımının önemidir. Tıbbi müdahaleler sırasında olumsuzluklar yaşanabilir ancak bu olumsuzluk genel kabul görmüş ilke ve standartlara göre normal kabul edilebilir mi? Bu açıdan komplikasyon tıbbi müdahaleler sırasında izin verilen ve tıbbi bakım standartlarından sapma oranı normal olan bir kavramı ifade eder.[35]

Tıbbi bir müdahale sırasında meydana gelen sapmanın malpraktis olarak mı komplikasyon olarak mı tanımlanacağı subjektif olup her olaya özgü ayrı ayrı içinde bulunulan koşullar dikkate alınarak bilirkişiler aracılığı ile belirlenebilir.[36] Hekimlerin komplikasyon konusunda hastaları bilgilendirme yükümlülüğüne riayet etmesi ve sözlü veya yazılı olarak onam alınması halinde hukuki olarak sorumlu tutulması söz konusu olamaz. Fakat müdahale sırasında komplikasyona karşı tedbir alınmaması ve komplikasyon sürecinin doğru yönetilemediği durumlarda malpraktis iddiaları gündeme gelecektir.[25]

Malpraktiste özen ve dikkat yükümlüğü, hasta bilgilendirme ve onam gibi temel kavramlar gündeme gelirken komplikasyonda bu genel şartlara uyulmuş olsa dahi meydana gelen sapmadan dolayı hekim kusur sorumluluğu bağlamında suçlanamayacaktır. Çünkü komplikasyon tıbbi müdahalenin doğasında vardır ve bundan dolayı hekimlerin sorumlu tutulması doğru olmayacaktır.

Tıbbi açıdan hekimler, kusuru bulunmadığı durumlarda meydana gelen zararlardan sorumlu tutulamaz. Tıbbi müdahale sırasında hekim, her türlü tedbiri almasına rağmen bir zarar ortaya çıkarsa bu komplikasyon olarak ifade edilir. Öngörülemeyen bir neticeden dolayı hekimin sorumlu tutulması kabul edilemez. Özetle hekimler malpraktis-komplikasyon ayrımında şanssızlıklarından değil haksız eylemlerinden sorumlu tutulur.[36]

Aşağıda komplikasyon-malpraktis ayrımı tablo halinde gösterilmiştir:[25]

Kriter	Komplikasyon	Malpraktis
Tanım	Tıbbi müdahale sırasında her türlü tedbir alınmasına rağmen ortaya çıkan zarar	Tıbbi bakım standartlarına kusurlu olarak aykırı eylem
Önlenebilirlik	Genelde önlenemez, öngörülemez sonuç vardır.	Gerekli tedbirlerle önlenir.
Standarta Uygunluk	Tıbbi standarduygunluğu vardır.	Tıbbi standartlardan sapma söz konusudur.
Aydınlatılmış Onam	Riskler önceden açıklanmış ve hasta bilgilendirilmiştir.	Risklerin açıklanmaması veya eksik bilgilendirme söz konusudur.
Hukuki Sonuç	Kusur sorumluluğu olabilir.	Kusur sorumluluğu vardır.

Tablo1: Komplikasyon-Malpraktis Ayrımı

Hekimin hukuki sorumluluğunun belirlenmesinde malpraktis ile komplikasyonun açık bir şekilde birbirinden ayrılması yalnızca tıbbi açıdan değil, aynı zamanda hukuki bakımdan da büyük önem taşımaktadır. Benzer koşullarda, aynı mesleki bilgi, eğitim ve deneyim düzeyine sahip bir hekimin göstermesi gereken özenin somut olayda gösterilmemesi halinde malpraktis meydana gelir ve bu durum tıbbi meslek kusuru kapsamında değerlendirilir. Bu nedenle söz konusu ayrımın her olayın özellikleri dikkate alınarak hukuk kuralları ve tıp biliminin ilkeleri ışığında yapılması gerekmektedir.[8]

2.3.Malpraktis Türleri

Günümüzde hasta-hekim ilişkisi giderek daha az güvene dayalı bir nitelik taşımakta ve resmi bir yapıya bürünmektedir. Bu gelişme, hekimlerin uygulamalarının daha fazla denetlenmesine olanak tanımakta ve hasta hakları ile malpraktis konularının gündemde daha sık yer almasına yol açmaktadır. Malpraktis davaları hekimlerde kaygı, mesleki

tatminsizlik ve tükenmişlik gibi olumsuz psikolojik etkiler yaratmakta ve bu durum ise gereksiz tetkik ve işlemleri kapsayan defansif tıp uygulamalarını artırmaktadır.[40]

Malpraktis türleri tıbbi hataların ortaya çıkış şekillerini açıklamada kullanılır. Aşağıda genel kabul görmüş malpraktis türleri açıklanmıştır.

2.3.1. Aydınlatılmış Onam

Hekimlik müessesesi gerek toplumsal gerekse de teknolojik gelişmelere bağlı olarak zamanla tıbbi tedavi süreçlerine hastaların da aktif katılımını öngören modern bir yapıya kavuşmuştur. Bu anlayış hastaların kendilerine yapılacak tıbbi müdahalelerde karar verme aşamasına aktif katılımını öngören ve hastaların onamlarının alınmasını ve bilgilendirilmesini kabul eden bir yaklaşımı doğurmuştur.[37]

Günümüzde gerek hasta hakları gerekse de klinik etik açısından hastaların hekimler tarafından bilgilendirilmesi önem kazanmıştır. Hasta ile hekim arasındaki güvene dayalı rıza, anayasal bir hak olarak kişinin vücut dokunulmazlığı, yaşama hakkı ve bilgilendirilme hakkının bir yansımasıdır.

Bireyin kişilik haklarına saygının en önemli göstergesi olan aydınlatılmış onam öğretisi bireyin kendi yaşamı ile ilgili karar vermesi açısından seçimlik hak tanınması anlamına gelmektedir.[38]

Aydınlatılmış onam, *“riskleri, yararları ile alternatifleri ve onların da risk ve yararlarını kapsayan tedavi uygulamasının, hekim tarafından yeterli düzeyde ve uygun şekilde açıklanmasından ve hasta tarafından hiçbir tereddüde yer kalmayacak şekilde anlaşılmasından sonra, tıbbi tedavinin, uygulamanın hasta tarafından gönüllülikle kabulü”* şeklinde tanımlanır.[37] Aydınlatılmış onam; karar verme ehliyetine sahip kişilerin, kendilerine önerilen tanı ve tedavi yöntemleri ile bunların alternatiflerinin olası yararları ve riskleri hakkında bilgilendirildikten, bu bilgileri anlayıp değerlendirdikten sonra, hiçbir dış baskı altında kalmaksızın özgür iradeleriyle kararlarını açıklamaları süreci olarak ifade edilmektedir.[39]

Anayasanın 17 nci maddesi tıbbi zorunluluklar hariç olmak üzere bireylerin vücut bütünlüğüne dokunulamayacağını ve bireylerin maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğunu belirtmektedir.

Hasta Hakları Yönetmeliğın 31 inci maddesinde bireyin rıza ve rıza aranmayacak durum şu şekilde açıklanmıştır:

“Rıza alınırken hastanın veya kanuni temsilcisinin tıbbi müdahalenin konusu ve sonuçları hakkında bilgilendirilip aydınlatılması esastır.

Hastanın verdiği rıza, tıbbi müdahalenin gerektirdiği sürecin devamı olan ve zorunlu sayılabilecek rutin işlemleri de kapsar.

Tıbbi müdahale, hasta tarafından verilen rızanın sınırları içerisinde olması gerekir.

Hastaya tıbbi müdahalede bulunulurken yapılan işlemin genişletilmesi gereği doğduğunda müdahale genişletilmediği takdirde hastanın bir organının kaybına veya fonksiyonunu ifa edemez hale gelmesine yol açabilecek tıbbi zaruret hâlinde rıza aranmaksızın tıbbi müdahale genişletilebilir.”

Hastanın karar verme yeterliliğine sahip olması ve uygulanacak her türlü tıbbi girişim hakkında hekim tarafından hastaya açık ve anlaşılır bilgilendirme yapılması, tedavide gönüllülük ilkesinin gözetilmesi, uygulanacak tıbbi işlemin tüm yarar ve sakıncalarının açıklanması, kararın bizzat hasta tarafından verilmesi, olası risklerin anlaşılır biçimde aktarılması ve hastanın dilediği anda işlemi reddetme ve sonlandırma hakkına sahip olması aydınlatılmış onamın temel unsurları arasında yer almaktadır.[34]

Aydınlatılmış onam temel olarak hekimlerce yapılan tıbbi müdahalelerde hastanın tıbbi müdahalenin sonuçları konusunda bilgilendirmesi ve yapılacak işleme rızasının alınması esasına dayanır. Fakat her tıbbi müdahalede hastanın rızasının alınmasının mümkün olmadığı gerçeğini de kabul etmek gerekir. Örneğin hastanın çocuk olması, psikiyatri hastası olması veya hastanın bilinçsiz olması gibi durumlar hekimleri etik değerler konusunda ikileme bırakan durumlar olarak yansımaktadır.[38]

Hekim- hasta ilişkisi bir vekalet sözleşmesi olarak nitelendirildiğinden (Kara, 2019) hasta-hekim arasında karşılıklı bir edim söz konusudur. Bu ilişkide hasta tedavi karşılığında hekime veya onun bağılı olduğu sağlık kuruluşuna bir hizmet bedeli öderken hekim de hastaya yapılacak tıbbi işlemlerle ilgili bilgilendirilmesini (aydınlatma yükümlülüğü) sağlamakla yükümlüdür. Çünkü hekimin hastanın vücut bütünlüğü üzerinde tıbbi girişim yetkisi hastanın onamı ve verdiği izin ölçüsünde geçerlidir.[27]

Hastanın onamı kişinin yaşam hakkını ortadan kaldırmaya yönelik olamayacağı gibi genel ahlaka ve hukuka aykırı da olamayacaktır. Bu durumda onam olsa dahi

müdahalede bulunan hekim hukuken sorumlu tutulacaktır. Yeterli bilgilendirme sonrasında hastanın müdahaleyi reddetme hakkı olduğu gibi reddeden hastaya müdahalede bulunan hekim de hukuken sorumlu tutulacaktır.[37] Yine toplumsal kamu yararı gözetilen durumlarda (salgın hastalıklar, pandemi vs) aydınlatma yükümlülüğünün yerine getirilmesi şartıyla onam alınmaksızın bazı tıbbi müdahaleler hukuka aykırılık doğurmayacaktır. [37]

Hastanın rızasının alınmadığı durumlarda hastanın yakınlarının da rızasının alınması suretiyle tıbbi müdahalenin gerçekleştirilmesi mümkün olup bu durumda hekimin müdahaleyi hukuka uygun kabul edilecektir. Aydınlatılmış onamın geçerli olabilmesi için bilgilendirilen veya onamı alınan hasta ya da hasta yakınının fiil ehliyetini haiz ve temyiz kudretine sahip kişiler olması gerekir.[27]

Bilgilendirilme hakkı kapsamında Hasta Hakları Yönetmeliğinin 15'inci maddesine göre hastaya öncelikle rahatsızlığının olası nedenleri ve bu hastalığın nasıl bir süreç izleyebileceği konusunda bilgi verilmeli ve tıbbi müdahalenin hangi sağlık personeli tarafından nerede, hangi yöntemle ve yaklaşık ne kadar sürede gerçekleştirileceği açıklanmalıdır. Ayrıca mevcut tanı ve tedavi seçenekleri, bu seçeneklerin sağlayabileceği yararlar ile beraber doğurabileceği riskler ve hastanın genel sağlık durumu üzerindeki olası etkileri hastaya anlatılmalıdır. Müdahale sırasında ortaya çıkabilecek muhtemel komplikasyonlar belirtilmeli, hastanın tedaviyi reddetmesi hâlinde karşılaşılabileceği olası yarar ve sakıncalar konusunda da bilgilendirme yapılmalıdır. Bunun yanı sıra kullanılacak ilaçların nitelikleri hakkında hastaya bilgi sunulur ve hastanın sağlığını koruması açısından dikkat etmesi gereken yaşam tarzı önerileri anlatılır. Son olarak, gerektiğinde aynı konuda yeniden tıbbi yardım alabilmesi için başvurabileceği yollar ve imkânlar hastaya anlatılır.

Hastanın aydınlatılması her zaman mümkün olmayabilir. Bu durumlarda hekimlerin müdahalesi ilişkin kapsam Hasta Hakları Yönetmeliği ile belirlenmiştir. Yönetmeliğin 24'üncü maddesine göre hayati tehlike söz konusu olduğunda ve hastanın bilincinin kapalı olması sebebiyle rızasının alınmadığı acil hallerde ya da organın işlevini yitirmesine neden olacak bir durumun varlığında hastaya yapılacak tıbbi müdahale için onay şartı aranmayacağı belirtilmiştir. Mezkûr Yönetmeliğin 31'inci maddesinde de hastaya uygulanan tıbbi işlemin kapsamının genişletilmesi zorunlu hale geldiğinde ve bu genişletme yapılmadığı takdirde hastanın organ kaybına uğraması ihtimali mevcutsa tıbbi zorunluluk kapsamında müdahale hastanın rızası aranmaksızın genişletilebileceği belirtilmiştir. Dolayısıyla bazı istisnai durumlarda hastanın rızası aranmadan hekimlik mesleğini etik değerleri üzerinden hekimlere inisiyatif alma hakkı verildiği söylenebilir.

2.3.2. Tanı Hataları

Bir tıbbi müdahale talebiyle hekime veya sağlık kuruluşuna başvuran hasta bazı durumlarda şikâyeti ile ilgili bir tanı konulması gerekir ve bu tanı çerçevesinde tedavi sürecinin yönetilmesi gerekir. [22] Tanının doğru ve zamanında konulması hastaların şikayetlerinin azaltılması veya ortadan kaldırılması için çok önemli bir aşamadır. Bu aşamada tıbbi hata yapılması malpraktisin bir türü olarak kabul edilir.[34]

Tanı hataları şu şekilde ortaya çıkabilir:[41]

- Hekimin tetkikleri hatalı yorumlaması,
- Hatalı tanı konulması,
- Hasta muayenesinin eksik yapılması

Tanı aşaması hastalıkla ilgili tedavi sürecini de yönlendiren en önemli aşamalardan birisidir. Tanı, hastaya yapılan testler ve fiziksel değerlendirmeyi takiben laboratuvar testleri, görüntüleme yöntemleri (mr, tomografi, röntgen vs) ve benzeri incelemelerin uygulanıp sonuçlarının değerlendirilmesiyle bireyin sahip olduğu hastalığın ortaya konulması süreci olarak ifade edilebilir.

Tanı aşamasında bir malpraktis meydana gelmiş ise hekimlerin sorumluluğu mutlaka tartışılabilir ancak hastalıkla ilgili her türlü tanı hatasında hekimlerin sorumlu tutulması çözülmesi gereken sorunların bir çoğunun gözden kaçması anlamına gelir. Hekim tanı konulma süresince eksiklik olarak bir hekimden beklenen testleri uygulamış, standart bir tıbbi bakım prosedürünü yerine getirmiş ve tanıyı bu çerçevede belirlemiş ise hekimin sorumluluğundan bahsedilmeyecektir. Fakat, tanı aşamasında hekim bilgisizlik, deneyimsizlik ve uygulaması gereken tıbbi bakım prosedürünü uygulamamış ise hukuki sorumluluğu doğacaktır.[42]

Tanı hatalarında hekimlerin sorumluluğunu bir bütün olarak ele almak gereklidir. Örneğin şehir merkezinde tam donanımlı bir hastanede tanı tespitine yönelik tüm ekipman ve modern cihazların var olduğu koşullarda çalışan bir hekim ile kırsal bölgede küçük bir hastanede yoğun nüfuslu bir yerde bulunan tanı tespitine yönelik cihaz ve ekipmanları kısıtlı olduğu bir hastanede çalışan hekimin hukuki sorumluluğu da aynı olmayacaktır. Önemli olan mevcut koşullar altında bir hekimden beklenen dikkat ve özen yükümlüğünün yerine getirilip getirilmediğidir.[43]

Tanı sürecindeki hatalar malpraktis davalarının önemli bir bölümünü oluşturmakta ve hem etik hem de hukuki açıdan ciddi sonuçlara yol açmaktadır. Yanlış ya da geç konulan tanılar hastanın tedavi olasılığını düşürmekte, iyileşme sürecini geciktirmekte ve kalıcı sağlık sorunlarına neden olabilmektedir. Bu nedenle hekimlerin tanı sürecinde kapsamlı bir hasta öyküsü almaları, klinik verileri değerlendirmeleri ve gerekli incelemeleri eksiksiz gerçekleştirmeleri hasta güvenliği açısından büyük önem taşır. Tanı hatalarının önlenmesi için yalnızca bireysel dikkat yeterli olmayıp sağlık alanında iş yükünü azaltmaya yönelik düzenlemeler sürekli mesleki gelişim programları ve etkili denetim mekanizmalarının uygulanması da gereklidir.[44]

2.3.3. Tedavi Hataları

Hekimlerin sorumluluğu hastaların hastalığına yönelik tanının konulmasının akabinde tedavi sürecinin belirlenmesi ve hastalığın gereklerine uygun bir tedavi yönteminin belirlenmesi açısından da devam etmektedir. Hekim tedavi sürecini tıbbi standartların gereklerine uygun medikal veya cerrahi yöntemleri belirlemeli ve hastayı yönlendirmelidir. Tecrübe veya bilgi eksikliği ya da dikkat ve özen yükümlülüklerine aykırı olarak uygulanan tedavi hataları malpraktis kapsamına girmektedir. Tedavi hataları ihmalen olabileceği gibi icrai nitelikte de olabilir.[43]

Tıbbi müdahalelerde hekimin tercih ettiği tedavi yönteminin güncel deneyim ve kabul görmüş tıbbi standartlar çerçevesinde değerlendirilmesi gerekmektedir. Hekim tanıyı doğru yapmış olsa bile belirlediği tedavi yönteminin bilimsel verilerle uyumlu olmaması, yetersiz kalması ya da tamamen hatalı olması muhtemeldir. Bunun yanında, uygulanan tedavi mevcut seçenekler arasında yer alsaydı bile, hastanın özel koşulları dikkate alındığında başka bir tedavi yönteminin daha uygun veya öncelikli olduğu durumlar da söz konusu olabilir. Hekim tedavide bu tür özel nitelikli durumları dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırı olarak dikkate almadan tedavi yöntemi belirlerse malpraktisin olduğu kabul edilir.[44]

Örneğin, normal sağlıklı bireyler için kullanılan bazı ilaçlar hamile bireyler için özel bir dikkat ile kullanılmalı veya hiç kullanılmamalıdır. Hekim tedavi sırasında bireyin hamile olduğunu bildiği halde hamileler için kullanılması yasak olan ilaçları hastanın tedavisinde uyguladığı durumda malpraktis meydana gelecektir. Ancak, hastanın o anda

hamile olduğunu bilmiyorsa ve hasta da bunu hekime bildirmemiş ise malpraktisten bahsedilemeyeceği açıktır.

Tedavi sürecine ilişkin malpraktis tıbbi müdahalenin hiç yapılmaması, olması gerekenden geç ya da erken uygulanması durumlarında ortaya çıkabileceği gibi, cerrahi müdahale sırasında hastanın vücudunda yabancı cisim unutulması, yanlış tedavi yönteminin tercih edilmesi, işlem öncesinde gerekli tıbbi incelemelerin yapılmaması, kullanılan ilacın uygulanma biçiminde veya dozajında hata yapılması ya da çift organlardan yanlış olana müdahalede bulunulması gibi durumlarda da gündeme gelmektedir. Bu tür olaylarda, hastada meydana gelen zararın hekimin kusurundan kaynaklanıp kaynaklanmadığı her somut olayda hekimin içinde bulunduğu koşullar dikkate alınarak belirlenmelidir.[42]

Tıbbi uygulamalarda tedavi hataları tanı hatalarına göre daha hızlı fark edilmektedir. Hekimler hastalarına bir kontrol takvimi belirleyerek tedavi sürecini kontrollü bir şekilde ilerletmekte ve varsa herhangi bir olumsuzluk daha hızlı tespit edebilmektedir.

Yine ani gelişen ve hasta açısından hayati öneme sahip cerrahi müdahaleler sırasında operasyonel hatalar da tedavi hatası olarak malpraktisin kapsamındadır. Tedavi hataları daha erken tespit edilebilmesine karşın hasta açısından daha riskli sonuçların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.[43]

2.3.4. Takip Hataları

Tanı ve tedavi süreci devam ederken gerçekleşen diğer hatalar takip hataları olarak tanımlanır. Uygulamada en sık karşılaşılan takip hataları hastaların sedyelerden düşürülmesi, enfeksiyon kapması, ekipman eksikliği, yetersiz izlem, kayıtların hatalı tutulması gibi sıralanabilir.[43]

Yine tedavi sonrasında hekimlerin hastalara vermesi gereken uyarı ve tavsiyeleri vermemesi veya yanlış bilgi vermesi de takip sürecinde hekimlerin sorumluluğundadır.[44]

Tedavi sonrasında hastaların belirli rutinlerle kontrollere çağrılması, ilaç kullanımını izlemesi, gerektiği durumlarda hastanın şikayetlerine göre ilaç dozunu artırma, azaltma ya da uygulanan medical ilacın türünü değiştirme gibi uygulamalarda hekimlerin dikkat ve özen yükümlülüğü devam etmektedir.[42]

Bu süreçte hekimlerin ihmali veya icrai hatasının olması durumu malpraktis olarak değerlendirilir ve hekimleri hukuken sorumlu tutar.

2.3.5. Tıbbi Organizasyon Kusurları

Sağlık hizmetleri organizasyon içerisinde teknik bilgi ve uzmanlık gerektiren birimlerin bir araya getirilip etkili bir şekilde yönetilmesini zorunlu kılar. Bu çok karmaşık süreçte hastane yönetiminin sorumluluğu öncelikle genel organizasyon yükümlülüklerini kapsamaktadır.[44] Tıbbi uygulamalarda kullanılan malzemelerin hijyenik olması, organizasyon içerisinde koordinasyonun sağlanması, hizmet sunumunun iyileştirilmesi için gerekli adımları atılması, ekipman ve cihazların doğru ölçüm yapması vb hususlar sağlık organizasyonu sunucusunun sorumluluğunda bulunmaktadır.[45]

Tıbbi organizasyon eksikleri hekimlerin sorumluluğundan bağımsız olarak ortaya çıkan uygulama hatalarıdır.[42]Tıbbi standartlar açısından organizasyonların yükümlülüklerini şu şekilde sıralamak mümkündür:[46]

- Hastanedeki yetkili kişiler ve sorumluların görev tanımları ile temsil yetkilerinin sınırlarının net bir biçimde belirlenmesi önemlidir. Örneğin gece nöbet düzenlemeleri düzenli planlanmalıdır Ayrıca, hastaların bilgilendirilmesi ve ilk yardım müdahaleleri özel bir yönlendirme ve planlama gerektirmektedir.
- Hekimlerle birlikte çalışan yardımcı diğer sağlık personelinin seçimi, eğitimi ve denetimine önem gösterilmelidir. Tedavinin tüm aşamalarında gerekli tedbirleri alabilecek ve yapılan uygulamaları kontrol edebilecek yeterlilikte hekimlerin hazır bulunması zorunludur.
- Hastane olanakları, tedavi ve bakım kalitesi, personel yetkinliği ve yeterliliği,sayısı ve cihaz bakım durumu açısından her zaman uygun tıbbi bakım standartlarına riayet edilmelidir.
- Hastaların güvenliği ve sürdürülebilir sağlık hizmeti sağlanmalıdır. Özellikle çocuklar gibi beklenmedik davranışlar sergileyebilecek bireyler veya kendine zarar verme riski taşıyan kişiler özel tedbirler alınmalıdır. Ayrıca tüm tıbbi cihaz

ve gereçler hijyen standartlarına uygun, sağlıklı ve kullanıma hazır durumda bulundurulması gerekmektedir.

2.4.Malpraktisin Nedenleri

Malpraktisin nedenleri tıbbi hataların hangi nedenlerle ortaya çıktığını ifade ederken malpraktisin türleri bu hataların ortaya çıktığı alanların sınıflandırılmasını kapsamaktadır. Aslında bu iki kavram birbirini tamamlamaktadır.

Tıbbi hata, hekime bağlı veya hekimden bağımsız her zaman gerçekleşebilir ve her tıbbi hata malpraktis olarak nitelendirilemez. Hekim tıbbi bakım standartlarını uyguladığı sürece malpraktis kapsamında sorumlu tutulamaz.

Malpraktisin nedenleri hangi sebepten kaynaklandığı ile doğrudan ilişkilidir. Malpraktis üç nedenden kaynaklanabilir. Birincisi hedeflenen amaca ulaşamamasından kaynaklanan hatalardır örneğin hastaya 1 mg doz uygulanması gerekirken 10 mg doz uygulanmasıdır. İkincisi tedavide bir bilginin sehven unutulmasıdır. Üçüncüsü ise bilgi eksikliğinden dolayı hasta tedavisine yönelik eylemde hata bulunmasıdır.[25]

Tıbbi hatalar, birçok farklı etmene bağlı olarak meydana gelebilmektedir. Genel olarak tıbbi hatalar üç ana kategori altında değerlendirilmektedir Bunlar bireysel, kurumsal ve teknik etkenler olarak ifade edilebilir. Bireysel etkenler arasında aşırı yorgunluk, yetersiz bilgi ve deneyim, gerekli özenin gösterilmemesi, önleyici adımların atılmaması, dikkatsizlik, iletişim eksiklikleri, güç ve kontrol sorunları, zaman yönetimindeki aksaklıklar, hatalı karar alma, mantıksal düşünme hataları ve çatışmacı kişilik yapısı yer almaktadır.Kurumsal nedenler olarak kurumun yapısal düzeni, mevcut politikalar, idari ve mali işleyiş, liderlik eksiklikleri, geri bildirim mekanizmalarının yetersizliği ve personel dağılımındaki dengesizlik gibi unsurlar sıralanabilir. Teknik kaynaklı problemler ise otomasyon sistemlerinin yetersizliği, donanım eksiklikleri, karar destek sistemlerinin bulunmaması ve teknolojik sistemler arasındaki uyumsuzluklar gibi durumları kapsamaktadır.[47]

Malpraktisin nedenleri genel olarak insandan kaynaklı, organizasyondan kaynaklı ve teknik nedenlerden kaynaklı olarak ortaya çıkabilir.

Hekim veya sağlık personelinden kaynaklanan yetersiz eğitim, yorgunluk gibi sorunlar, iletişim eksiklikleri, zaman baskısı ya da yanlış kararlar tıbbi hatalara yol açabilir.

Öte yandan organizasyonun yapısı, uygulanan politikalar, idari organizasyon, personel dağılımındaki hatalar gibi faktörler kurumsal nedenler arasında yer alır. Ayrıca, otomasyon sistemlerinin eksikliği, cihazların yetersizliği veya teknik altyapının noksanlığı gibi etkenler de hataların ortaya çıkmasına katkıda bulunabilir. Tıbbi hataların temel nedeni olarak genellikle bireysel faktörler öne çıksa da sistemsel eksiklikler ve organizasyonel yetersizlikler de hatalara sebep olmaktadır.[15]

MALPRAKTİSTE HUKUKİ SORUMLULUK

3. Malpraktiste Sorumluluk

Hekimlerin hastalarına yönelik tutum ve davranışlarına ilişkin tıbbi standartlar ulusal ve uluslararası düzeyde kabul görmüş tıbbi etik ilkeler, çeşitli sözleşmeler, bildirimler, yasal düzenlemeler ve yönetmeliklerle açık biçimde tanımlanmıştır. Bunun yanında, toplumun kültürel yapısından kaynaklanan genel ahlak kuralları, gelenekler ve görenekler gibi yazılı olmayan normatif düzenlemeler de hekim-hasta ilişkisinde belirleyici olmaktadır.[48]

Günümüz tıp uygulamalarında özellikle geri kalmış ülkelerde hastalar sağlık çalışanları karşısında daha zayıf konumda olduğundan hasta hekim ilişkisinde güç dengesinin sağlanmasına yönelik fikirler gelişmeye devam etmektedir. Fakat bu hastaları koruyucu yaklaşım hekimleri defansif tıp uygulamalarına yöneltmekte ve mesleki risk almalarını minimize etmektedir. Bu ise hekimlerin kendilerini yasal sorumluluklardan korumak amacıyla risklerden kaçınmalarına neden olmaktadır.[48, 34]

Hekimler hastaların sağlık hizmeti talebi ile kendilerine veya sağlık kuruluşuna başvurusunun ardından şikayetleri azalana veya tamamen ortadan kalkana kadar hekimler bu sürecin her aşamasında çeşitli sorumluluklar üstlenmektedir.

3.1.Hekimlerin Mesleki Sorumluluğu

Hekimler mesleki açıdan hem kendisine hem hastalara hem de topluma karşı sorumludur. Örneğin gelişen tıp ilmi karşısında kendisi sürekli geliştirmek, modern gelişmelere uyum sağlamak, teknolojik gelişmeleri mesleki gelişimine entegre edebilmek hekimlerin başlıca mesleki sorumluluklarıdır.[25]

Hekimlerin kanunlarına göre suç oluşturmayan bazı eylemleri mesleki sorumlulukları gereğidir. Mesleki sorumluluk kapsamında sağlık çalışanlarının bazı eylemleri kusurlu kabul edilmekte ve disiplin soruşturmalarına konu olabilmektedir. Bu eylemler şu şekilde sıralanabilir:[49]

- Hasta haklarının ihlal edilmesi,
- Haksız çıkar sağlanması,

- Mevzuata aykırı işlem yapılması,
- Mesleki etik ve ahlaki kurallara aykırı davranmak.

Sağlık çalışanlarının yukarıda sayılan hukuka aykırı eylemlerine karşı oda bölgesinde çalışmanın yasaklanması, meslekten geçici olarak men edilme, para cezası ve uyarı cezası verilebilmektedir.[48] Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliğinde sağlık çalışanların mesleki sorumluluklarına ve bu sorumlulukların yerine getirilmemesi halinde uygulanacak yaptırımlara yer verilmiştir.

Hekimlerin mesleki sorumluluğu yalnızca hasta-hekim ilişkisi ile sınırlı olmayıp aynı zamanda toplum sağlığının korunması ve sağlık hizmetlerinin güvenilirliğinin teminat altına alınması bakımından önemlidir. Hukuki, cezai ve etik sorumluluk alanları birbirini tamamlayan unsurlar olarak işlev görmektedir ve bu sayede hem bireylerin temel hak ve özgürlükleri korunmakta hem de sağlık hizmetlerine duyulan toplumsal güvenin sürekliliği sağlanmaktadır.[50]

3.2.Hekimlerin İdare Hukuku Bağlamında Sorumluluğu

Hekimlerin yürüttüğü mesleki görevler niteliği itibari ile kamu hizmeti karakterini haiz sağlık hizmetlerinin icrası ile doğrudan ilişkilidir. Bu sebeple hekimlerin sorumluluğu yalnızca özel hukuk ya da ceza hukuku kapsamında değil aynı zamanda idare hukuku perspektifinden de incelenmelidir. Özellikle kamu kurumlarında çalışan hekimlerin eylem ve işlemleri idarenin yerine getirdiği sağlık hizmetinin bir parçası olarak kabul edilmekte ve bu çerçevede ortaya çıkan zararların giderilmesi idare hukukunun temel ilkeleri uyarınca değerlendirilmektedir.[51]

Anayasal sosyal devlet ilkesi ve sağlık hakkı kapsamında idare kamusal hizmetlerin sunumunda kusursuz sorumluluk ilkesi üzerine odaklanmıştır. Bu kapsamda idare kusuru bulunmasa da sorumluluğu bulunmaktadır. Kusursuz sorumluluk için kusur olmasa dahi eylemle nedensellik bağlantısı kurulduğu durumda sorumlu tutulacaktır.[52]

Vatandaşların sağlık hakkı ekonomik, sosyal ve kültürel haklar kategorisinde değerlendirilen temel bir insan hakkıdır ve devlet bu hakkı sahip oldukları ekonomik imkânlar ölçüsünde yerine getirmekle yükümlüdür. İdarenin sağlık hizmetlerine ilişkin sorumluluğu hizmetin niteliği ve erişilebilirliği ile doğrudan bağlantılıdır. Toplumun sağlık hizmetlerine duyduğu güvenin sağlanması ve tıbbi standartların korunması idarenin başlıca

görevleri arasında yer almaktadır. Bu sorumluluk sağlık hizmetlerinin sunulması ve denetlenmesi, tıbbi uygulamalara ilişkin usul ve esasların düzenlenmesi ve hekimlerin mesleki standartlara uygun biçimde çalışmasının temini gibi çeşitli alanlarda belirginleşmektedir. Sağlık hizmetlerinin idare tarafından etkin ve sistemli bir biçimde sunulması hem toplum sağlığının korunması hem de bireylerin anayasal sağlık hakkının güvence altına alınması açısından büyük önem taşımaktadır. Dolayısıyla idarenin sağlık alanındaki yetki ve görevlerinin bir sonucu olarak sorumluluk söz konusudur.[53]

1982 Anayasasının 56. Maddesinde idareni göre ve sorumlulukları şu şekilde açıkça belirtilmiştir:

“Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.

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.

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.”

Anayasa'nın 125 nci maddesinde ifade edilen *“İdare, kendi eylem ve işlemlerinden doğan zararı ödemekle yükümlüdür.”* hükmü gereğince idare, kanunlarla kendisine verilen görevleri yerine getirirken yürüttüğü kamu hizmetleri sırasında ortaya çıkan zararların yanı sıra bu hizmetlerin sunulduğu tesislerin her türlü işleyişinden kaynaklanan zararların tazmini sorumluluğunu da üstlenmektedir. İdarenin sorumluluğu temel olarak hizmet kusuruna dayalı sorumluluk ve kusursuz sorumluluk olmak üzere iki ana başlık altında ele alınabilir.[54] Hizmet kusuru, idarenin kamu hizmetini geç veya hatalı yürütmesi ya da hiç yürütmemesi durumunda gündeme gelirken kusursuz sorumluluk, idarenin doğrudan kusuru aranmaksızın ortaya çıkan tehlikeler veya sosyal risk ilkeleri temelinde oluşan zararlar için söz konusu olmaktadır. Bu kapsamda idarenin sorumluluğu, vatandaşların uğradığı zararların giderilmesini sağlayarak hukuk devleti ilkesinin uygulanabilirliğini güvence altına alarak kamu hizmetlerine olan toplumsal güvenin sürdürülmesini sağlamaktır.[53]

Özel sağlık kuruluşlarında görev yapan sağlık çalışanlarının sorumluluğu özel hukuk düzenlemeleri çerçevesinde ele alınırken kamu kurumlarında hizmet veren sağlık çalışanlarının sorumluluğu doğrudan idare hukuku kapsamında değerlendirilmektedir.[51] Kamu kurumlarında çalışan sağlık çalışanlarının hukuka aykırı eylemleri Memurlar ve

Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun kapsamında doğrudan soruşturulabilir olmadığından öncelikle idare tarafından soruşturma başlatılması gerekmekte ve idare hukuku kapsamında bu soruşturmaya göre sorumluluk yüklenmektedir. İdare ise sağlık çalışanın eylemlerinden doğan zararı ilgili sağlık çalışanlarından tazmin edebilmektedir.[34]

3.3.Hekimlerin Ceza Hukuku Bağlamında Sorumluluğu

Malpraktis kelime anlamı olarak tıbbi hata anlamına geldiğinden sağlık çalışanlarının hatalı davranışları ile Türk Ceza Hukuku'nda yer alan taksir tanımları birbirini çağrıştırmaktadır. Her ne kadar idare hukukunda hizmet kusuru veya kusursuz sorumluluk ilkeler geçerli ise de ceza kanunları açısından eylemlerin niteliği önemlidir ve ceza sorumluluğu şahsidir.

Ceza hukuku açısından tıbbi bir müdahale hata meydana gelmiş ise suçun manevi unsurlarından kast ve taksir durumlarının varlığı araştırılır ve cezalandırma bu çerçevede yapılır. İdare hukuku açısından sağlık çalışanlarının hatalı eylemleri dolayısıyla doğrudan sağlık personeli yerine ilgili kurumun sorumluluğu söz konusu iken ceza hukuku bağlamında hatalı eylemin varlığı durumunda sorumluluk sağlık personelinin bizzat kendisindedir.

Ceza kanunları açısından cezaların şahsiliği ilkesi geçerlidir ve bir kimsenin eylemlerinden dolayı başka birisi cezalandırılmaz. Bir suç kastla işlenmiş ise cezalandırılır. Taksirle işlenen suçların kanunda sayılmış olması gerekir.

Türk Ceza Kanunu 21 nci maddesine göre; *“(1) Suçun oluşması kastın varlığına bağlıdır. Kast, suçun kanuni tanımındaki unsurların bilerek ve istenerek gerçekleştirilmesidir.*

(2) Kişinin, suçun kanuni tanımındaki unsurların gerçekleşebileceğini öngörmesine rağmen, fiili işlemesi halinde olası kast vardır.” Olası kastla işlenen suçlarda kasten işlenen suçlara göre daha az ceza öngörülmüştür. Bunun nedeni eylemlerin fail tarafından bilerek ve istenerek işlenmemiş olmasıdır. Çünkü olası kast durumunda fail eylemi bilerek işler ancak sonuçlarını önemsememe durumu söz konusudur. Sağlık çalışanlarının kasten veya olası kastla suç işlemesi ve bundan dolayı ceza yargılamasına konu olması mümkündür.

Taksir ise TCK'nin 22 nci maddesinde şu şekilde belirtilmiştir:

“(1) Taksirle işlenen fiiller, kanunun açıkça belirttiği hallerde cezalandırılır.

(2) Taksir, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeyle gerçekleştirilmesidir.

(3) Kişinin öngördüğü neticeyi istememesine karşın, neticenin meydana gelmesi halinde bilinçli taksir vardır; bu halde taksirli suça ilişkin ceza üçte birden yarısına kadar artırılır.

(4) Taksirle işlenen suçtan dolayı verilecek olan ceza failin kusuruna göre belirlenir.

(5) Birden fazla kişinin taksirle işlediği suçlarda, herkes kendi kusurundan dolayı sorumlu olur. Her failin cezası kusuruna göre ayrı ayrı belirlenir.”

Taksir, failin özen ve dikkat yükümlülüklerine uymayarak eylemlerinin sonuçlarını istememesine rağmen kusurlu eylemlerinden dolayı cezalandırılmasıdır. Sağlık çalışanları açısından ceza yargılamalarında en sık karşılaşılan eylemler taksirle yaralama fiilleridir.

Sağlık çalışanları açısından ceza yargılamalarında sıkça karşılaşılan suçlama da ihmali ölüme sebebiyet vermektir. TCK'nin 83 üncü maddesinde Kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi şu şekilde düzenlenmiştir:

“(1) Kişinin yükümlü olduğu belli bir icrai davranışı gerçekleştirmemesi dolayısıyla meydana gelen ölüm neticesinden sorumlu tutulabilmesi için, bu neticenin oluşumuna sebebiyet veren yükümlülük ihmalinin icrai davranışa eşdeğer olması gerekir.

(2) İhmali ve icrai davranışın eşdeğer kabul edilebilmesi için, kişinin;

a) Belli bir icrai davranışta bulunmak hususunda kanuni düzenlemelerden veya sözleşmeden kaynaklanan bir yükümlülüğünün bulunması,

b) Önceden gerçekleştirdiği davranışın başkalarının hayatı ile ilgili olarak tehlikeli bir durum oluşturması gerekir.

(3) Belli bir yükümlülüğün ihmali ile ölüme neden olan kişi hakkında, temel ceza olarak, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmi yıldan yirmi beş yıla kadar, müebbet hapis cezası yerine onbeş yıldan yirmi yıla kadar, diğer hallerde ise on yıldan onbeş yıla kadar hapis cezasına hükmolunabileceği gibi, cezada indirim de yapılmayabilir.”

Genel olarak ceza kanunları bireylerin eylemlerinde icrai nitelik ararken özellikle sağlık çalışanları gibi özel yetkili çalışanların ihmali davranışları ile de suç işlemesi mümkündür. Dolayısıyla ceza kanunları ihmali davranışı da cezalandıran özel bir yasa maddesi ihdas etmiştir.[34]

3.4.Malpraktis Davalarında Ceza ve Hukuk Muhakemesi

Sağlık çalışanları tarafından yapılan hatalı tıbbi müdahaleler hasta-hekim ilişkisini idari veya adli boyutta mahkemeler nezdinde karşı karşıya getirmektedir. Uygulamada sağlık çalışanları ile ilgili davalarda özel yasal düzenlemeler bulunmadığından genel yasalar kapsamında cezai ve hukuki sorumluluklar söz konusu olacaktır.

Malpraktis davalarında yetkili ve görevli mahkemenin belirlenmesinde birçok kriter önem arz etmektedir. Hasta hekim ilişkisinin özel hukuk veya kamu hukuku bağlamında ele alınıp alınmayacağı, tazminat hukuku açısından yetkili ve görevli mahkeme, suçun işlendiği yer ve zaman bakımından da yine genel ceza kanunları kapsamında değerlendirme yapılacaktır.

TCK 8. maddeye göre; *“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.”*

5271 sayılı CMK’ya göre bir suça ilgili görevli mahkeme şu şekilde düzenlenmiştir:

“1) Davaya bakmak yetkisi, suçun işlendiği yer mahkemesine aittir.

(2) Teşebbüste son icra hareketinin yapıldığı, kesintisiz suçlarda kesintinin gerçekleştiği ve zincirleme suçlarda son suçun işlendiği yer mahkemesi yetkilidir.

(4) Soruşturulması ve kovuşturulması şikâyete bağlı olan hakaret suçunda eser, mağdurun yerleşim yerinde veya oturduğu yerde dağıtılmışsa, o yer mahkemesi de yetkilidir. Mağdur, suçun işlendiği yer dışında tutuklu veya hükümlü bulunuyorsa, o yer mahkemesi de yetkilidir.”

Malpraktis davalarında yetkili mahkeme ise CMK gereğince davalı hekimin veya hastanenin yerleşim yeri mahkemesidir.

Kamu çalışanı olan sağlık personelinin işlediği suçlar bakımından 657 sayılı DMK hükümlerinde belirtilen usullerde ceza yargılaması söz konusu olacaktır. Örneğin bir sağlık çalışanı suç işlerse soruşturma makamları öncelikle Sağlık Bakanlığında soruşturma izni almak zorundadır.

Ceza yargılamaları suçun niteliğine göre Asliye Ceza Mahkemesi veya Ağır Ceza Mahkemesinde görülecektir. Tam yargı davaları açısından ise görevli mahkeme yargılamaya konu olan eylemin gerçekleştirildiği yer idare mahkemeleridir.

Yine, hekimin bağımsız çalışması veya özel bir sağlık kurumunda çalışması durumunda özel hukuk ilişkisinden doğan yükümlülüklerin ihlali söz konusu olacaktır. Bu çerçevede ceza yargılamalarında CMK hükümleri gereğince belirtilen usul uygulanırken tazminat davaları açısından görevli mahkeme hatalı tıbbi müdahalenin gerçekleştiği yer Asliye Hukuk Mahkemeleridir.

3.5.Malpraktis Davalarında Zamanaşımı

Kamuya ait sağlık kurumlarında görev yapan hekimler, serbest çalışan hekimlerle aynı şekilde hastaların tedavisi için gerekli her türlü tıbbi müdahaleyi gerçekleştirmekle yükümlüdür. Hatalı tıbbi uygulama nedeniyle zarar gördüğünü ileri süren hasta veya hasta yakınının kamu hastanesinde görev yapan hekimler bakımından doğrudan hekime değil idareye karşı başvuru yapması gerekir. (İYUK)

Bu çerçevede, 2577 sayılı İdari Yargılama Usulü Kanunu hükümleri uyarınca, olay tarihinden itibaren beş yıllık zamanaşımı süresi içinde ilgili idareye tazminat talebiyle başvurulabilir. İdarenin bu başvuruyu reddetmesi halinde, ret kararının tebliğini izleyen günden itibaren altmış gün içinde; idarenin herhangi bir cevap vermemesi durumunda ise zımni ret ilkesi gereğince altmış günlük başvuru süresinin sona erdiği tarihten itibaren yine altmış gün içinde idari yargıda dava açma imkânı bulunmaktadır.[55]

Hukuki sorumluluk bakımından hasta ve hekim ilişkisinin bir sözleşmeden kaynaklandığı durumlarda (özel sağlık kuruluşu-hasta ilişkisi) Türk Borçlar Kanunu hükümleri uygulanacaktır. Bu kapsamda TBK'nın 72 inci maddesinde düzenlenen zamanaşımı hükümleri uygulanacaktır: *“Tazminat istemi, zarar görenin zararı ve tazminat yükümlüsünü öğrendiği tarihten başlayarak iki yılın ve herhâlde fiilin işlendiği tarihten başlayarak on yılın geçmesiyle zamanaşımına uğrar. Ancak, tazminat ceza kanunlarının*

daha uzun bir zamanaşımı öngördüğü cezayı gerektiren bir fiilden doğmuşsa, bu zamanaşımı uygulanır. Haksız fiil dolayısıyla zarar gören bakımından bir borç doğmuşsa zarar gören, haksız fiilden doğan tazminat istemi zamanaşımına uğramış olsa bile, her zaman bu borcu ifadan kaçınabilir.”

Kamu sağlık kuruluşu-hasta ilişkisi açısından ise durum farklıdır. Kusurlu sağlık çalışanı memur ise idare kendi kusurundan doğan zararlardan sorumludur. İYUK 13. madde kapsamında “*İdari eylemlerden hakları ihlal edilmiş olanların idari dava açmadan önce, bu eylemleri yazılı bildirim üzerine veya başka suretle öğrendikleri tarihten itibaren bir yıl ve her halde eylem tarihinden itibaren beş yıl içinde ilgili idareye başvurarak haklarının yerine getirilmesini istemeleri gereklidir. Bu isteklerin kısmen veya tamamen reddi halinde, bu konudaki işlemin tebliğini izleyen günden itibaren veya istek hakkında otuz gün içinde cevap verilmediği takdirde bu sürenin bittiği tarihten itibaren, dava süresi içinde dava açılabilir.”*

Cezai sorumluluk açısından TCK 66 madde hükümleri gereğince zaman aşımı tıbbi hatanın meydana geldiği tarihten itibaren taksirle yaralamada 8 yıl, ihmalen ölüme sebebiyet vermede ise 15 yıldır.

3.6.Malpraktis Davalarının Danıştay’da Görülme Usulü

Türkiye’de kamuya ait sağlık kuruluşlarında görev yapan hekimlerin hatalı tıbbi müdahaleleri sonucu ortaya çıkan zararlar hukuki açıdan idarenin hizmet kusuru kapsamında değerlendirilmektedir. Bu nedenle malpraktis iddialarında davanın tarafı doğrudan hekim değil ilgili kamu tüzel kişiliğidir. Diğer bir ifadeyle hekimin bağlı olduğu Sağlık Bakanlığı veya üniversite hastanesi gibi kurumlar olmaktadır. Kamu idaresine karşı açılan bu tür davalar tam yargı davası niteliği taşımakta ve idari yargı organlarının görev alanına girmektedir. Ancak özel sağlık kuruluşlarında çalışan sağlık çalışanları hakkında tıbbi hata iddialarına karşı Danıştay’da dava açılması mümkün değildir.[56]

Malpraktisle ilgili iddialarda öncelikle ilk derece mahkemesi sıfatıyla İdare Mahkemeleri davaları incelemekte ve verilen kararlar, uyuşmazlığın özelliğine bağlı olarak istinaf denetiminden geçmektedir. Temyiz mercii olarak Danıştay devreye girmekte ve temyiz yoluyla idare mahkemelerinin kararlarının hukuka uygunluğunu denetlemektedir. Böylece Danıştay, malpraktis uyuşmazlıklarında iç hukuk yolu olarak nihai denetim mercii işlevini görmektedir.

Danıştay nihai aşamada idare mahkemesi ve istinaf mahkemeleri kararları ile ilgili hukuka uygunluk denetimi yapmakta ve idare mahkemesi kararlarının yerindeliğini de ğil hukuka uygunluğunu incelemektedir.

Malpraktis davalarının yargısal süreçleri di ğer idari davalardan ayrı şan belirli özellikler taşımaktadır. Mahkemeler, öncelikle tıbbi müdahalenin standartlara uygun olup olmadığını ve ortaya çıkan zararlar bu müdahale arasında illiyet bağının bulunup bulunmadığını belirleyebilmek amacıyla genelde bilirkişi incelemesine başvurmaktadır. Bu çerçevede Yüksek Sağlık Şûrası, Adli Tıp Kurumu, üniversitelerin tıp fakülteleri veya alanında uzman kişilerden görüş alınmaktadır. Hâkim, sunulan raporların bilimsel yeterliliğini değerlendirerek kararını vermekte ve raporlar arasında çelişki olması hâlinde ise ek rapor talep ederek delilleri değerlendirmektedir.[57]

Bunun yanı sıra yargılamalarda dikkate alınan en kritik konulardan biri hizmet kusuru ile şahsi kusurun ayrıştırılmasıdır. Müdahalenin tamamen hekimden kaynaklanan bir hata içermesi durumunda idarenin sorumluluğu gündeme gelmekte ancak kusurun ağırlıklı olarak hekimin kişisel davranışlarından doğdu ğu hallerde idare tazminatı ödedikten sonra ilgili hekime rücu etme hakkına sahip olmaktadır. Bu yaklaşım, Danıştay'ın yerleşik içtihatlarında da açıkça vurgulanmaktadır. Ayrıca, davalarda nedensellik bağının kesilmesi olasılığı, yani zararın başka etkenlerden meydana gelmiş olabilece ği ihtimali de mahkemeler tarafından özenle değerlendirilen unsurlar arasında yer almaktadır.[58]

Danıştay önüne gelen davalarda tarafların dava açmaya yetkili olup olmadıkları, uyuşmazlığın yetkili ve görevli mahkemelerce görülüp görülmedi ğine, dava açma sürelerinin tıbbi hatanın gerçekleşti ği tarihten itibaren zamanaşımı ve yasal süreler içerisinde açılıp açılmadığına bakmaktadır.

Yine malpraktis davalarında mahkemelerin tek başına karar vermesi çok zordur. Çünkü teknik bilgi gerektiren bir uzmanlık alanıyla ilgili uyuşmazlık söz konusudur. Bundan dolayı mahkemeler bilirkişi ataması yaparak mahkemeye sunulan bilirkişi raporu doğrultusunda karar vermektedir.[59]

3.7.Malpraktis Davalarında Bilirkişi

Malpraktis davalarında bilirkişi, davanın doğru şekilde aydınlatılması ve hukuki sonucun isabetli bir biçimde belirlenmesinde kritik öneme sahiptir.Malpraktis davalarında yalnızca hukuki sorumluluk değil sağlık çalışanının gerçekleştirdiği tıbbi işlemin bilimsel doğruluk derecesi, tıp standartlarına uygunluğu ve mesleki özen yükümlölüklerine riayet edilip edilmediği gibi teknik ve uzmanlık gerektiren unsurlar da değerlendirilmelidir.

Bundan dolayı mahkemeler, hukuki bilgileriyle doğrudan çözümlenemeyecekleri tıbbi ve teknik konuları açıklığa kavuşturmak, tıbbi kusurun varlığını ve zarar ile müdahale arasındaki nedensellik ilişkisini objektif bir biçimde delillendirebilmek için alanında uzman bilirkişilere başvurmaktadır. Bilirkişilerin sahip olduğu tıbbi analiz ve yorumlama yetenekleri, karmaşık tıbbi olguların mahkeme önünde net biçimde ortaya konmasını mümkün kılarak mahkemeye maddi ve manevi tazminatın takdirinde güvenilir bir bilimsel dayanak teşkil etmektedir.

Aşağıda bilirkişi müessesesi, kapsamı ve şartları açıklanmıştır.

3.7.1. Malpraktis Davalarında Bilirkişi Tanımı ve Kapsamı

Tıbbi malpraktis davaları yalnızca hukuk alanındaki bilgilerle çözüme kavuşturulamayacak özel tıp terminolojisi ve mesleki teknik bilgi gerektiren karmaşık konular içermektedir. Bundan dolayı yargı organları söz konusu davaları daha doğru ve ayrıntılı biçimde değerlendirebilmek amacıyla olayın teknik ve tıbbi boyutunu açıklayan bilirkişi raporlarına başvurmaktadır.[25]

Modern yargı sistemlerinde hakimler tarafsız ve bağımsız olarak kararlarını verirler. Ancak hakimler uzmanlık gerektiren konularda kararlarını alanında uzman tarafsız bilirkişilerden destek alarak kararlarını bu çerçevede verirler.[43] Bu çerçevede bilirkişilik müessesesi ile ilgili yaygın görüş bilirkişinin hâkim yardımcısı olduğu ya da delilleri ve olayları değerlendirerek hâkimi aydınlatan bir delil vasıtası olduğudur.[48] Bilirkişi teknik danışman pozisyonunda görüşleri hâkimi kesin olarak bağlamayan, takdiri hâkimde olan görüşlerini mahkemeye sunan kişilerdir.[56] 6754 sayılı Bilirkişilik Kanununda bilirkişi, “çözümü uzmanlığı, özel veya teknik bilgiyi gerektiren hâllerde oy ve görüşünü sözlü veya yazılı olarak vermesi için başvurulan gerçek veya özel hukuk tüzel kişisi” olarak tanımlanmıştır.

Bilirkişilik ile ilgili yasal düzenlemelere Hukuk Muhakemeleri Kanununda sıkça vurgu yapılmıştır. Hukuk Muhakemeleri Kanununa göre bilirkişi raporları delil niteliğindedir.

Malpraktis davalarında bilirkişilik müessesesinin amacı tıbbi müdahalenin mesleki standartlara uygunluğunu, hekimin yerine getirmesi gereken özen yükümlülüklerini ve olası hataları belirlemek amacıyla mahkemeye bilimsel görüş sunmaktır. Mahkeme, tıp alanındaki teknik detaylardan dolayı kararını büyük ölçüde bilirkişinin hazırladığı rapor ve değerlendirmelere dayanarak verme imkanına kavuşmaktadır.[56]

Malpraktis davalarında davacının uğradığı zararın tıbbi müdahaleden kaynaklanıp kaynaklanmadığı ve uygulamanın kusurlu olup olmadığı konusunda mahkemeler sıklıkla bilirkişi görüşüne başvurur. Bilirkişiler gerek bireysel uzmanlar gerekse kurumsal yapılar şeklinde görev alabilirler. Bilirkişi tarafların ifadeleri, sağlık kuruluşlarının kayıtları, hasta dosyaları, laboratuvar bulguları, görüntüleme materyalleri ve mevcut ise otopsi sonuçlarını incelemekte ve bu veriler ışığında tıbbi uygulamada herhangi bir hata olup olmadığı yönünde ayrıntılı raporlar hazırlayarak mahkemelere görüşlerini sunmaktadır.[34]

3.7.2. Bilirkişi Görevlendirilmesi ve Taşınması Gereken Şartlar

HMK'nın 266 ncı maddesinde "*Mahkeme, çözümü hukuk dışında, özel veya teknik bilgiyi gerektiren hâllerde, taraflardan birinin talebi üzerine yahut kendiliğinden, bilirkişinin oy ve görüşünün alınmasına karar verir.*" hükmü gereğince malpraktis davalarında bilirkişi görevlendirilmesi re'sen mahkeme tarafından yapılabileceği gibi tarafların talebi üzerine de mahkeme tarafından yapılabilmektedir.

Mahkeme tarafından görevlendirilen bilirkişi alanında uzman 1 kişi olabileceği gibi gerekçesi belirtilmek şartıyla tekil sayıdan oluşmak üzere birden fazla kişi de bilirkişi olarak tayin edilebilir.

Bilirkişinin görevlendirilmesi HMK 268 nci maddesinde şu şekilde düzenlenmiştir:

"(1) Bilirkişiler, bölge adliye mahkemelerinin yargı çevreleri esas alınmak suretiyle bilirkişilik bölge kurulu tarafından hazırlanan listede yer alan kişiler arasından seçilir. Ancak kendi bölge listesinde ilgili uzmanlık alanında bilirkişi olmasına rağmen diğer bir

bölgedeki bilirkişinin, görevlendirme yapılan yere daha yakın bir mesafede bulunması durumunda, bu listeden de görevlendirme yapılabilir.

(2) Bölge kurulunun hazırladığı listede bilgisine başvurulacak uzmanlık dalında bilirkişi bulunmaması hâlinde, diğer bölge kurullarının listelerinden; burada da bulunmaması hâlinde, Bilirkişilik Kanununun 10 uncu maddesinin (d), (e) ve (f) bentleri hariç birinci fıkrasında yer alan şartları da taşımak kaydıyla listelerin dışından bilirkişi görevlendirilebilir. Listelerin dışından görevlendirilen bilirkişiler, bölge kuruluna bildirilir.

(3) Kanunların görüş bildirmekle yükümlü kıldığı kişi ve kuruluşlara görevlendirildikleri konularda bilirkişi olarak öncelikle başvurulur. Ancak kamu görevlilerine, bağlı buldukları kurumlarla ilgili dava ve işlerde, bilirkişi olarak görev verilemez.”

Bilirkişinin taşınması gereken şartlar şu şekilde sıralanabilir: (Bilirkişilik Kanunu, md 10)

- Bilirkişilik faaliyetinde bulunacak kişinin yürürlükteki mevzuatın öngördüğü nitelikleri taşınması ve mesleğini icra edebilmek için gerekli diploma, uzmanlık belgesi, mesleki yeterlilik sertifikası veya eşdeğer bir belgeye sahip olması,
- Bilirkişi adayının kamu görevinden veya mensubu bulunduğu meslekten disiplin cezası ile çıkarılmamış olması, ayrıca meslek icrasından ya da sanatsal faaliyetten geçici veya kalıcı şekilde men edilmemiş olması,
- Kişinin affa uğramış olsa dahi devlet güvenliğine karşı işlenen suçlar, anayasal düzeni veya bu düzenin işleyişini hedef alan suçlar ile zimmet, irtikap, rüşvet, hırsızlık, dolandırıcılık, sahtecilik, güveni kötüye kullanma, hileli iflas, ihaleye fesat karıştırma, edimin ifasına fesat karıştırma, suçtan elde edilen malvarlığı değerlerini aklama, kaçakçılık, gerçeğe aykırı bilirkişilik veya tercümanlık, yalan tanıklık ve yalan yere yemin gibi suçlardan hüküm giymemiş olması gerekir.
- Kasten işlenen herhangi bir suçtan dolayı bir yıldan fazla hapis cezasına mahkûm edilmemiş olması,

- Bilirkişilik yapılacak uzmanlık alanında en az beş yıl fiilen çalışmış olmak ya da ilgili düzenlemelerle öngörülmüşse daha uzun süre fiili mesleki tecrübeye sahip olmak,
- Daha önce kendi iradesi dışında bilirkişilik sicilinden çıkarılmamış olmak,
- Aynı anda birden fazla bölge kurulu bilirkişi listesinde kayıtlı bulunmamak,
- Başvuru sahibinin bilirkişilik temel eğitim programını başarıyla tamamlamış olması,
- Kişinin herhangi bir terör örgütüyle organik bağı bulunmaması ve irtibat veya iltisak içinde olmaması,
- Belirlenen bilirkişilik temel ve alt uzmanlık alanlarına ilişkin özel niteliklerin ve yeterlilik ölçütlerini taşınması,

3.7.3. Bilirkişi Raporu Alınabilecek Kurumlar

Malpraktis davalarında bilirkişi olarak rapor düzenleme yetkisi olan kurumlar Adli Tıp Kurumu, Yüksek Öğretim Kurumları, Tabip Odaları Onur Kurulları ve Bilirkişi Heyetleridir. Aşağıda bu kurumlar bilirkişilik müessesesi açısından açıklanmıştır.

3.7.3.1. Adli Tıp Kurumu

2659 sayılı Kanunla 1982 yılında kurulan Adli Tıp Kurumu bünyesinde, sekiz ayrı ihtisas kurulu görev yapmaktadır. Bu kurullar fizik ve trafik ihtisas dairelerinin tıpla bağlantısı bulunmayan raporları dışında adli tabipler, adli tıp uzmanları veya ilgili ihtisas dairelerince hazırlanmış olup mahkemeler, savcılıklar ya da hâkimlikler tarafından kanaat oluşturmak açısından yetersiz görülen ve aralarında çelişki bulunduğu tespit edilen raporları değerlendirmektedir. Söz konusu kurullar bu raporlar üzerinde bilimsel temellere dayalı incelemelerde bulunarak teknik nitelikte görüş sunmaktadır.[60]

Adli Tıp Kurumu bünyesinde yer alan 7. ve 8. İhtisas Kurulu malpraktis davalarına ilişkin görüş bildirmekle görevli kurullardır. Adli Tıp Kurumu bünyesinde yer alan 7. İhtisas Kurulu genel cerrahi, iç hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, anesteziyoloji ve reanimasyon, beyin ve sinir cerrahisi, ortopedi ve travmatoloji, göz hastalıkları, kardiyoloji, kulak burun boğaz, tıbbî onkoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, üroloji, kalp-damar cerrahisi, diş hekimliği ile deri ve zührevi hastalıklar alanlarında uzman hekimlerden oluşmaktadır. Bu kurulun temel görevi ölümle sonuçlanmamış tıbbî müdahale hatalarına ilişkin uyuşmazlıkların incelenmesi ve bilimsel görüş sunulmasıdır.[49]

Adli Tıp Kurumu 8. İhtisas Kurulu ise genel cerrahi, iç hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, anesteziyoloji ve reanimasyon, kardiyoloji, beyin ve sinir cerrahisi, acil tıp ile enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji dallarındaki uzmanlardan oluşmakta olup görevi, ölümle neticelenen tıbbî uygulama hatalarına dair olayların değerlendirilmesi ve bu konularda bilimsel-teknik görüş sunulmasıdır.[60]

3.7.3.2.Yükseköğretim Kurumları (Üniversiteler)

2659 sayılı Adli Tıp Kurumu ile İlgili Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanunun 31 inci maddesinde “*Yükseköğretim Kurumları veya birimleri, adli tıp mevzuatı çerçevesinde adli tıp olaylarında ve diğer adli konularda Ceza Muhakemeleri Usulü Kanununa göre resmi bilirkişi sayılır. Bu birim ve kliniklerde tetkik edilecek adli tıp ile ilgili işler yönetmelikte belirlenir*” denilmek suretiyle üniversitelerin ve bağlı birimlerin bilirkişi olarak görevlendirilebileceği hüküm altına alınmıştır.

2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 37. maddesinde “*Yükseköğretim kurumları dışındaki kuruluş veya kişilerce, üniversite içinde veya hizmetin gerektirdiği yerde, üniversiteler ve bağlı birimlerden istenecek, bilimsel görüş proje, araştırma ve benzeri hizmetler ile üniversitede ve üniversiteye bağlı kurumlarda, hasta muayene ve tedavisi ve bunlarla ilgili tahliller ve araştırmalar üniversite yönetim kurulunca kabul edilecek esaslara bağlı olmak üzere yapılabilir.*” Aynı Kanunun 38/2 maddesinde “*Yükseköğretim Kurulunun isteği ve ilgili kamu kuruluşunun onayı ile yükseköğretim kurumları veya birimleri, ilgili adli mercilerin talebi ile adli tıp mevzuatı çerçevesinde adli tıp olaylarında ve diğer adli konularda resmi bilirkişi olarak görevlendirilebilirler.*” hükmü gereğince

yükseköğretim kurumlarında görevli çalışanların bilirkişi olarak görevlendirilebileceği belirtilmiştir.

3.7.3.3.Tabip Odaları Onur Kurulları

6023 sayılı Kanun uyarınca kurulan Türk Tabipleri Birliği (TTB), kamu yararına hizmet eden ve meslek örgütü niteliği taşıyan bir sivil toplum kuruluşudur. Birlik ve bağlı tabip odaları, toplum sağlığını koruyucu ve geliştirici faaliyetlerde bulunmanın yanı sıra hekimlik mesleğinin menfaatlerini her düzeyde savunmakta ve üyelerinin maddi ile manevi haklarını korumaktadır.[61] Bununla birlikte, tıbbi uygulama hatalarına ilişkin iddialar, etik ve mesleki boyutuyla Tabip Odaları Onur Kurulları ile TTB Yüksek Onur Kurulu tarafından incelenmektedir.[51]

Hekimlerin mesleki uygulamalarına ilişkin disiplin süreçlerinde özellikle Onur Kurulları, tabip odalarının yönetim kurullarıyla birlikte aktif rol üstlenmektedir. Bu kurullar, 28 Nisan 2004 tarihli ve 25446 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan TTB Disiplin Yönetmeliği uyarınca faaliyet göstermektedir. Başvuruların değerlendirilmesinde ve kararların alınmasında ise öncelikli olarak Tıbbi Deontoloji Tüzüğü olmak üzere ilgili kanunlar, yönetmelikler ve mesleki etik kurallar esas alınmaktadır.[48]

Tabip Odaları bünyesinde faaliyet gösteren Onur Kurulları, bilirkişilik kurumunun bir parçası olmasına karşın yeterince tanınmamaktadır. Bu kurulların malpraktis iddialarına ilişkin yürüttükleri inceleme ve değerlendirme süreçleri, esasen cezalandırma amacı taşımaktan ziyade gerçekleştirilen tıbbi müdahalelerin kalitesini gözden geçirme ve bu kaliteyi yükseltmeye yönelik bir iç denetim işlevi üstlenmektedir.[49]

3.7.3.4.Bilirkişi Heyetleri

Türk hukuk sisteminde taraflara kendi belirledikleri uzman kişilerden bilimsel içerikli rapor temin ederek bunları mahkemeye sunma imkânı tanınmıştır. Ceza yargılamalarında bu yetki Ceza Muhakemesi Kanunu’nda (CMK), hukuk yargılamalarında ise Hukuk Muhakemeleri Kanunu’nda (HMK) düzenlenmiştir. Kanun koyucu tarafların bu çerçevede sunduğu raporları bilimsel mütalaa olarak kabul etmektedir.[44]

Tıbbi malpraktis iddialarına dayalı davalarda adli merciler yalnızca Adli Tıp Kurumu veya üniversitelerden değil aynı zamanda Bilirkişilik Bölge Kurulları tarafından

her yıl yayımlanan bilirkişi listelerinde yer alan uzmanlardan da görüş talep edebilmektedir.[60]

Ancak ilgili uzmanlık alanında listede yer alan bir bilirkişinin bulunmaması halinde öncelikle diğer bölge kurullarının listelerine başvurulmakta ve bu listelerde uygun bilirkişi bulunmaması durumunda ise gerekli niteliklere sahip olmak koşuluyla liste dışından bilirkişinin görevlendirilmesi mümkün olmaktadır. Bununla birlikte liste dışında görevlendirilen bilirkişilerin ilgili bölge kuruluna bildirilmesi zorunludur.[43]

3.8.Malpraktise Özel Yasal Düzenlemeler

3.8.1. Hasta Hakları Yönetmeliği

01.08.1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği, sağlık hizmetlerinin sunumunda temel insan haklarının sağlık alanına yansımaları düzenleyen bir çerçeve niteliğindedir. Bu yönetmelik, özellikle malpraktis bağlamında hastaların korunmasını, bilgilendirilmesini ve tıbbi müdahalelere rızalarının alınmasını zorunlu kılarak sağlık çalışanlarının hukuki sorumluluklarını açıkça ortaya koymaktadır.

Yönetmelik, hastanın vücut bütünlüğünün korunmasını ve tıbbi müdahalelerin yalnızca hastanın rızası ile yapılmasını zorunlu kılar. Rıza dışı tıbbi uygulamaların yalnızca kanuni istisnalar ve tıbbi zorunluluk hallerinde mümkün olacağı belirtilmiştir. Bu düzenlemeler, malpraktis davalarında en sık karşılaşılan “rıza dışı müdahale” sorununa doğrudan ilişkindir.(Md. 5, 6, 22-24)

Hasta, sağlık durumu, tanı, uygulanacak tedavi yöntemleri, muhtemel komplikasyonlar ve tedaviyi reddetmesi halinde doğabilecek sonuçlar hakkında ayrıntılı şekilde bilgilendirilmelidir. Bilgilendirme yükümlülüğünün eksik veya hatalı yerine getirilmesi malpraktis iddialarında hekimin sorumluluğunu artıran temel nedenlerden biridir.(Md. 15-20)

Hastanın kendi sağlık dosyasını inceleme, kopyalama ve ikinci görüş alma hakkı bulunmaktadır. Tıbbi kayıtların düzenli tutulması, olası malpraktis yargılamalarında delil niteliği taşımaktadır.(Md. 16, 21, 24)

Standart dışı veya deneysel tedavi yöntemleri, yalnızca yetkili kurulların onayı ve hastanın bilgilendirilmiş rızası ile uygulanabilir. Bu hüküm, standart dışı uygulamalardan doğabilecek malpraktis sorumluluğunu önlemeyi amaçlamaktadır.(Md. 26)

Hasta, bilgilendirildikten sonra tedaviyi reddedebilir veya durdurulmasını talep edebilir. Bu durumda sorumluluk hekimin değil bilgilendirilmiş şekilde karar veren hastanın iradesine bağlanmıştır.(Md. 25)

Hastanın özel hayatı ve kişisel verilerinin gizliliği korunmak zorundadır. Bu yükümlülük, yalnızca etik bir ilke değil, aynı zamanda malpraktis davalarında sorumluluğu doğurabilecek ihlallerden biridir.(Md. 23)

3.8.2. Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası

2010 yılında 5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun 8 inci maddesi ile hekimlere zorunlu mali sorumluluk sigortası yaptırma yükümlülüğü getirilmiştir. Hekimlerin malpraktis davalarına karşı kendilerini sigortalatması da böylece yasal güvence altına alınmıştır.

Kanunla, kamuya bağlı sağlık kuruluşlarında görev yapan tabipler, diş hekimleri ve ilgili mevzuat çerçevesinde uzmanlık belgesine sahip hekimler, tıbbi uygulama hataları nedeniyle ortaya çıkabilecek zararların kendilerinden talep edilmesi ya da kurumları tarafından rücu edilmesi ihtimaline karşı zorunlu olarak mesleki mali sorumluluk sigortası yaptırmakla yükümlü tutulmuştur. Bu sigortanın prim ödemesi, yarısı ilgili sağlık çalışanı tarafından, diğer yarısı ise döner sermayesi olan kurumlarda döner sermaye bütçesinden, döner sermayesi bulunmayan kurumlarda ise kurumun genel bütçesinden karşılanacağı belirtilmiştir.

Özel sağlık kuruluşlarında görev yapan veya mesleklerini bağımsız şekilde icra eden tabipler, diş hekimleri ve uzman hekimler açısından da benzer bir yükümlülük söz konusudur. Bu kişilerin mesleki uygulamaları sırasında meydana gelebilecek zararlar ve bu kapsamda kendilerine yöneltilebilecek rücu taleplerine karşı mali sorumluluk sigortası yaptırmaları zorunlu tutulmaktadır.

Serbest çalışan hekimler sigortalarını kendileri yaptırırken özel sağlık kuruluşlarında çalışanlar için sigorta işlemleri işveren sağlık kuruluşu tarafından

yapılmaktadır. Bu durumda sigorta primlerinin yarısı çalışan tarafından ödenmekte, diğer yarısı ise işveren tarafından karşılanmaktadır. Ayrıca, işveren tarafından ödenen sigorta priminin hiçbir şekilde çalışanın maaş veya diğer mali haklarından kesinti yoluyla tahsil edilemeyeceği açıkça hükme bağlanmış olup bu yönde bir sözleşme yapılması da geçersiz sayılacaktır.

Zorunlu sigortalara ilişkin teminat limitleri ile uygulamaya dair usul ve esaslar, Sağlık Bakanlığı'nın görüşü alınarak Hazine Müsteşarlığınca belirlenecektir. Anılan sigortaları yaptırma yükümlülüğünü yerine getirmeyenler hakkında ise mülki idare amirleri tarafından sigortası bulunmayan her bir sağlık çalışanı için 2010 yılı için beş bin Türk Lirası idari para cezası uygulanmaktadır.

4. BULGULAR

Aşağıda malpraktis ile ilgili yargı tarafından verilen kararların analiz edilmesi ile elde edilen sonuçlar tablolar halinde gösterilerek yorumlanmıştır. Söz konusu yargı kararlarına <https://karararama.danistay.gov.tr/> adresinden ulaşılmıştır.[62]

Tablo 2:Olay ile Danıştay Kararı Arası Geçen Süre

Aylar	Sayı	Yüzde
0-36	15	5,6
36-72	17	6,3
72-108	74	27,4
108-144	95	35,2
144-180	40	14,8
180+	29	10,7
Toplam	270	100,0

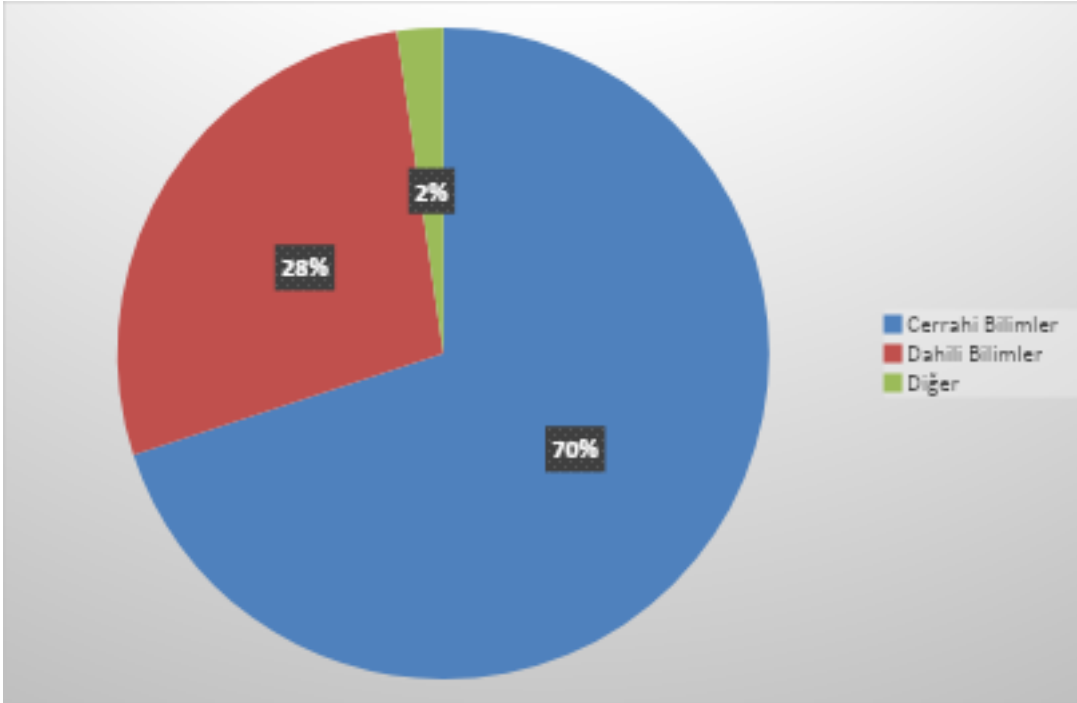
Tablo 2, malpraktis iddialarıyla ilgili davalarda olay ile Danıştay kararı arasında geçen sürelerin dağılımlarını ve bu sürelerin yüzdesel oranlarını sunmaktadır. Veri bulunan ve analiz edilen dosya sayısı 270 olarak belirlenmiştir. Verilere göre, olay ile Danıştay kararı arasında 108-144 ay (9-12 yıl) geçen davalar 95 dava (%35,2) ile en yüksek oranda temsil edilmektedir. Bunu, 72-108 ay (6-9 yıl) süren davalar 74 dava (%27,4) ve 144-180 ay (12-15 yıl) süren davalar 40 dava (%14,8) takip etmektedir. 180 aydan (15 yıl) fazla süren davalar 29 dava (%10,7), 36-72 ay (3-6 yıl) süren davalar 17 dava (%6,3) ve 0-36 ay (0-3 yıl) süren davalar ise 15 dava (%5,6) ile daha düşük oranlarda yer almaktadır. Bu dağılım, malpraktis davalarında olay ile Danıştay kararı arasında geçen sürenin genellikle 6 ila 12 yıl arasında yoğunlaştığını, daha kısa veya daha uzun sürelerin ise daha az sıklıkta olduğunu göstermektedir.

Tablo 3:Malpraktis İddiasına Konu Olan Hekimlerin Uzmanlık Alanlarına İlişkin Dağılımları

Branş	Sayı	Yüzde
Kadın hastalıkları ve doğum	54	20,5
Acil tıp	42	16,0
Genel cerrahi	28	10,6
Ortopedi ve travmatoloji	17	6,5
Göz hastalıkları	29	11,0
Diş hekimliği	4	1,5
Beyin cerrahi	15	5,7
Çocuk Hastalıkları	6	2,3
Plastik cerrahi	5	1,9
Kardiyoloji	9	3,4
Kardiyovasküler cerrahi	4	1,5
Üroloji	14	5,3
Dahiliye	7	2,7
Kulak burun boğaz	14	5,3
Anestezi ve reanimasyon	1	0,4
Göğüs cerrahisi	4	1,5
Nöroloji	4	1,5
Göğüs hastalıkları	1	0,4
Aile hekimliği	2	0,8
Psikiyatri	1	0,4
Enfeksiyon hastalıkları	1	0,4
Nükleer tıp	1	0,4
Toplam	263	100,0

Tablo 3, malpraktis iddialarıyla ilgili dava açılan hekimlerin uzmanlık alanlarına göre dağılımlarını ve bu dağılımların yüzdesel oranlarını sunmaktadır. Verilere göre, kadın hastalıkları ve doğum uzmanları, toplam 263 dava içinde 54 dava (%20,5) ile en yüksek oranda temsil edilen branş olarak öne çıkmaktadır. Bu branşı, 42 dava (%16,0) ile acil tıp uzmanları takip etmektedir. Genel cerrahi uzmanları ise 28 dava (%10,6) ile üçüncü sırada yer almaktadır. Diğer branşlar arasında, göz hastalıkları 29 dava (%11,0), ortopedi ve travmatoloji 17 dava (%6,5), beyin cerrahisi 15 dava (%5,7), üroloji ve kulak burun boğaz branşları ise her biri 14 dava (%5,3) ile dikkat çekmektedir. Daha düşük oranlarda temsil edilen branşlar arasında diş hekimliği, kardiyovasküler cerrahi, göğüs cerrahisi, nöroloji, aile hekimliği, psikiyatri, enfeksiyon hastalıkları, göğüs hastalıkları ve nükleer tıp yer almakta olup, bu branşların her biri %1,5 veya daha düşük oranlarla temsil edilmektedir. Anestezi ve reanimasyon branşı ise yalnızca 1 dava (%0,4) ile en düşük orana sahiptir.

Şekil 1: Malpraktis İddiası Bulunan Bölümler Cerrahi, Dahili ve Diğer Adı Altında Gruplandırıldığında



Tablo 4: Kurumlara İlişkin Dağılımlar

Kurum	Sayı	Yüzde
Üniversite Hastanesi	71	24,6
Devlet Hastanesi	137	47,4
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	76	26,3
Diğer*	5	1,7
Toplam	295	100,0

*Aile sağlık merkezi, 112 ambulans, dış hastanesi

Tablo 4, malpraktis iddialarıyla ilgili dava açılan hekimlerin çalıştıkları kurumlara göre dağılımlarını ve bu dağılımların yüzdesel oranlarını sunmaktadır. Analiz edilen veri bulunan dosya sayısı 295 olarak belirlenmiştir. Bu verilere göre, devlet hastaneleri 137 dava (%47,4) ile en yüksek oranda temsil edilen kurum türü olarak öne çıkmaktadır. Bunu, 76 dava (%26,3) ile eğitim ve araştırma hastaneleri ve 71 dava (%24,6) ile üniversite hastaneleri izlemektedir. Diğer kurumlar (aile sağlık merkezi, 112 ambulans ve dış hastanesi) ise 5 dava ile toplamın yalnızca %1,7'sini oluşturmaktadır. Bu dağılım, malpraktis davalarının ağırlıklı olarak devlet hastanelerinde yoğunlaştığını, diğer kurum türlerinin ise daha düşük oranlarda temsil edildiğini ortaya koymaktadır.

Tablo 5:Şikâyet Sebebine İlişkin Dağılımlar

Sebeup	Sayı	Yüzde
Tanı	48	16,3
Takip	22	7,5
Tedavi	158	53,6
İlgisizlik/Özensizlik	60	20,4
Onamla ilgili hatalar	7	2,4
Toplam	295	100,0

Tablo 5, malpraktis iddialarıyla ilgili dava açılan hekimlere yönelik şikâyet sebeplerinin dağılımlarını ve bu sebeplerin yüzdesel oranlarını sunmaktadır. Analiz edilen veri bulunan dosya sayısı 295 olarak belirlenmiştir. Verilere göre, tedaviyle ilgili şikâyetler 158 dava (%53,6) ile en yüksek oranda temsil edilen sebep olarak öne çıkmaktadır. Bunu, 60 dava (%20,4) ile ilgisizlik/özensizlik iddiaları ve 48 dava (%16,3) ile tanı hataları takip etmektedir. Takip süreçleriyle ilgili şikâyetler 22 dava (%7,5) ile dördüncü sırada yer alırken, onamla ilgili hatalar 7 dava (%2,4) ile en düşük orana sahiptir. Bu dağılım, malpraktis davalarının büyük ölçüde tedavi süreçlerine odaklandığını, diğer şikâyet sebeplerinin ise daha düşük oranlarda temsil edildiğini göstermektedir.

Tablo 6: Gelişen Duruma İlişkin Dağılımlar

SebeP	Sayı	Yüzde
Ölüm	71	30,1
Doku ve/veya organ fonksiyon azalması/kaybı	113	47,9
Kalıcı bulgu yok	52	22,0
Toplam	236	100,0

Tablo 6, malpraktis iddialarıyla ilgili davalarda gelişen durumlara ilişkin dağılımları ve bu durumların yüzdesel oranlarını sunmaktadır. Analiz edilen veri bulunan dosya sayısı 236 olarak belirlenmiştir. Verilere göre, doku ve/veya organ fonksiyon azalması/kaybı 113 dava (%47,9) ile en yüksek oranda temsil edilen durum olarak öne çıkmaktadır. Bunu, 71 dava (%30,1) ile ölüm vakaları takip etmektedir. Kalıcı bulgu olmayan durumlar ise 52 dava (%22,0) ile en düşük orana sahiptir. Bu dağılım, malpraktis davalarında en sık karşılaşılan sonucun doku ve/veya organ fonksiyon kaybı olduğunu, kalıcı bulgu olmamasının ise daha az sıklıkta gözlemlendiğini göstermektedir.

Tablo 7:Doku ve/veya Organ Fonksiyon Azalması/Kaybı Gerçekleşen Durumlardaki Morbidite Şekli

Morbidite Şekli	Sayı	Yüzde
Organın anatomik kaybı	13	12,5
Organ fonksiyon kaybı	11	10,6
Ortopedik kısıtlılık	16	15,4
Hemipleji/Parapleji/Kuadripleji	10	9,6
Görme kaybı veya azalması	19	18,3
Sinir yaralanması	20	19,2
Engellilik oranı verilen ancak sakatlığın şekli hakkında bilgi verilmeyen	15	14,4
Toplam	104	100,0

Tablo 7, malpraktis iddialarıyla ilgili davalarda doku ve/veya organ fonksiyon azalması/kaybı gerçekleşen durumlardaki morbidite şekillerinin dağılımlarını ve bu dağılımların yüzdesel oranlarını sunmaktadır. Analiz edilen veri bulunan dosya sayısı 104 olarak belirlenmiştir. Verilere göre, sinir yaralanması 20 dava (%19,2) ile en yüksek oranda temsil edilen morbidite şekli olarak öne çıkmaktadır. Bunu, 19 dava (%18,3) ile görme kaybı veya azalması ve 16 dava (%15,4) ile ortopedik kısıtlılık takip etmektedir. Engellilik oranı verilen ancak sakatlığın şekli hakkında bilgi verilmeyen durumlar 15 dava (%14,4), organın anatomik kaybı 13 dava (%12,5), organ fonksiyon kaybı 11 dava (%10,6) ve hemipleji, parapleji, kuadripleji 10 dava (%9,6) ile daha düşük oranlarda yer almaktadır. Bu dağılım, doku ve/veya organ fonksiyon kaybı vakalarında sinir yaralanması ve görme kaybı veya azalmasının en sık görülen morbidite türleri olduğunu, hemipleji, parapleji, kuadripleji gibi durumların ise daha az karşılaşıldığını göstermektedir.

Tablo 8: Uygulanan İşlem

Uygulanan İşlem	Sayı	Yüzde
Cerrahi girişim	120	42,3
İlaç tedavisi (Oral, IV, İnhaler, topikal)	26	9,2
Enjeksiyon	15	5,3
Girişimsel işlemler*	14	4,9
Doğum	45	15,8
Diğer**	9	3,2
Tanısal Süreç	55	19,4
Toplam	284	100,0

* *Anjiyo, endoskopi, kolonoskopi, ERCP*

***Diş çekimi, Diş implant uygulaması, Lazertedavisi, Embriyo transferi*

Tablo 8, malpraktis iddialarıyla ilgili davalarda uygulanan işlemlere ilişkin dağılımları ve bu işlemlerin yüzdesel oranlarını sunmaktadır. Analiz edilen veri bulunan dosya sayısı 284 olarak belirlenmiştir. Verilere göre, cerrahi girişimler 120 dava (%42,3) ile en yüksek oranda temsil edilen işlem türü olarak öne çıkmaktadır. Bunu, 55 dava (%19,4) ile tanısal süreçler ve 45 dava (%15,8) ile doğum işlemleri takip etmektedir. İlaç tedavisi (oral, IV, inhaler, topikal) 26 dava (%9,2), enjeksiyon 15 dava (%5,3) ve girişimsel işlemler (anjiyo, endoskopi, kolonoskopi, ERCP) 14 dava (%4,9) ile daha düşük oranlarda yer almaktadır. Diğer işlemler (diş çekimi, diş implant uygulaması, lazer tedavisi, embriyo transferi) ise 9 dava (%3,2) ile en düşük orana sahiptir. Bu dağılım, malpraktis davalarının büyük ölçüde cerrahi girişimler etrafında yoğunlaştığını, diğer işlem türlerinin ise daha az sıklıkta temsil edildiğini göstermektedir.

Tablo 9: İdare Mahkemesi Kararlarının Durumu

Mahkeme Kararı	Sayı	Yüzde
Uygulama güncel tıbbi verilere uygun	169	59,9
Uygulama güncel tıbbi verilere uygun değil	66	23,4
Gerekli işlemler yapılsa da sonuç değişmezdi	7	2,5
Kısmen kabulü kısmen reddi	18	6,4
Usulden reddi	22	7,8
Toplam	282	100,0

Tablo 9, malpraktis iddialarıyla ilgili davalarda idare mahkemesi kararlarının dağılımlarını ve bu kararların yüzdesel oranlarını sunmaktadır. Analiz edilen veri bulunan dosya sayısı 282 olarak belirlenmiştir. Verilere göre, mahkeme kararlarının çoğunluğu, 169 dava (%59,9) ile uygulamanın güncel tıbbi verilere uygun olduğu yönünde sonuçlanmıştır. Bunu, 66 dava (%23,4) ile uygulamanın güncel tıbbi verilere uygun olmadığı kararları takip etmektedir. Kısmen kabulü kısmen reddi kararları 18 dava (%6,4), usulden reddi kararları ise 22 dava (%7,8) ile temsil edilmektedir. Gerekli işlemler yapılsa da sonucun değişmeyeceği kararlar ise 7 dava (%2,5) ile en düşük orana sahiptir. Bu dağılım, malpraktis davalarının çoğunda mahkemelerin uygulamanın tıbbi standartlara uygun olduğuna hükmettiğini, ancak yaklaşık dörtte birinde uygunsuzluk tespit edildiğini göstermektedir.

Tablo 10: Rektörlük Kararı

Rektörlük Kararı	Sayı	Yüzde
Men-i muhakeme	23	100,0
Lüzum-u muhakeme	0	0
Toplam	23	100,0

Tablo 10, malpraktis iddialarıyla ilgili davalarda rektörlük kararlarının dağılımlarını ve bu kararların yüzdesel oranlarını sunmaktadır. Analiz edilen veri bulunan dosya sayısı 23 olarak belirlenmiştir. Verilere göre, tüm kararlar, yani 23 dava (%100,0), men-i muhakeme (yargılama yapılmasına gerek olmadığı) yönünde sonuçlanmıştır. Lüzum-u muhakeme (yargılama yapılması gerektiği) kararı ise hiçbir davada alınmamıştır. Bu dağılım, rektörlük kararlarının tamamının yargılama yapılmasına gerek olmadığı yönünde olduğunu göstermektedir.

Tablo 11: Danıştay’ın Başvurulan İlk Mercii Kurumun Kararını İnceleme Sonucu

Sonuç	Sayı	Yüzde
Danıştay kararı onamış	95	31,1
Danıştay kararı bozmuş	152	49,8
Danıştay kararı düzelterek onamış	25	8,2
Danıştay kararı kısmen bozmuş	33	10,8
Toplam	305	100,0

Tablo 11, malpraktis iddialarıyla ilgili davalarda Danıştay’ın başvurulan ilk mercii kurumun kararını inceleme sonuçlarının dağılımlarını ve bu sonuçların yüzdesel oranlarını sunmaktadır. Analiz edilen veri bulunan dosya sayısı 305 olarak belirlenmiştir. Verilere göre, Danıştay’ın kararı bozduğu durumlar 152 dava (%49,8) ile en yüksek oranda temsil edilen sonuç olarak öne çıkmaktadır. Bunu, 95 dava (%31,1) ile kararı onayan sonuçlar takip etmektedir. Danıştay’ın kararı kısmen bozduğu durumlar 33 dava (%10,8), kararı düzelterek onadığı durumlar ise 25 dava (%8,2) ile daha düşük oranlarda yer almaktadır. Bu dağılım, Danıştay incelemelerinde kararların yaklaşık yarısının bozulduğunu, onama oranının ise daha düşük olduğunu göstermektedir.

Tablo 12: Danıştay Başvurulan İlk Mercı Kurumu Kararını Bozma Sebepleri

Sebepl	Sayı	Yüzde
Bilirkişi raporu eksik/yetersiz	77	44,5
Bilirkişi raporları çelişkili	1	0,6
Onam formu eksik ya da aydınlatma yetersiz	12	6,9
Mahkeme davayı esastan değerlendirmeyip usulden reddettiği için	3	1,7
Diğer usul hataları	20	11,6
Manevi veya maddi tazminat hatalı tespit edilmiş	15	8,7
Tüm tıbbi evraklar toplanmamış	9	5,2
Bilirkişi görüşüne uyulmamış	5	2,9
Bilirkişi raporu yok	9	5,2
Davanın ilgililere ihbar edilmemesi	22	12,7
Toplam	173	100,0

Tablo 12, malpraktis iddialarıyla ilgili davalarda Danıştay'ın başvurulan ilk merci kurumu kararını bozma sebeplerinin dağılımlarını ve bu sebeplerin yüzdesel oranlarını sunmaktadır. Analiz edilen veri bulunan dosya sayısı 173 olarak belirlenmiştir. Verilere göre, bilirkişi raporunun eksik veya yetersiz olması 77 dava (%44,5) ile en yüksek oranda temsil edilen bozma sebebi olarak öne çıkmaktadır. Bunu, 22 dava (%12,7) ile davanın ilgililere ihbar edilmemesi ve 20 dava (%11,6) ile diğer usul hataları takip etmektedir. Manevi veya maddi tazminatın hatalı tespit edilmesi 15 dava (%8,7), onam formunun eksik ya da aydınlatmanın yetersiz olması 12 dava (%6,9), tüm tıbbi evrakların toplanmamış olması ve bilirkişi raporunun olmaması her biri 9 dava (%5,2) ile daha düşük oranlarda yer almaktadır. Bilirkişi görüşüne uyulmaması 5 dava (%2,9), mahkemenin davayı esastan değerlendirmeyip usulden reddetmesi 3 dava (%1,7) ve bilirkişi raporlarının çelişkili olması 1 dava (%0,6) ile en düşük oranlara sahiptir. Bu dağılım, Danıştay'ın karar bozma

sebeplerinin ağırlıklı olarak bilirkişi raporlarının eksikliği veya yetersizliği etrafında yoğunlaştığını, diğer sebeplerin ise daha az sıklıkta olduğunu göstermektedir.

Tablo 13: Danıştayın Bilirkişi Görüşüne Uyuma Durumu

Durum	Sayı	Yüzde
Bilirkişi görüşünü kabul etmiş, Uyumlu karar	81	50,3
Bilirkişi görüşünü kabul etmemiş, Uyumsuz karar	17	10,6
Bilirkişi raporunun yetersiz bulunup yeniden rapor istenmesi	60	37,3
Bilirkişi raporları çelişkili olması sebebiyle yeniden rapor istenilmesi	3	1,9
Toplam	161	100,0

Tablo 13, malpraktis iddialarıyla ilgili davalarda Danıştay'ın bilirkişi görüşüne uyma durumlarının dağılımlarını ve bu durumların yüzdesel oranlarını sunmaktadır. Analiz edilen veri bulunan dosya sayısı 161 olarak belirlenmiştir. Verilere göre, Danıştay'ın bilirkişi görüşünü kabul ederek uyumlu karar verdiği durumlar 81 dava (%50,3) ile en yüksek oranda temsil edilmektedir. Bunu, 60 dava (%37,3) ile bilirkişi raporunun yetersiz bulunarak yeniden rapor istenmesi durumu takip etmektedir. Bilirkişi görüşünün kabul edilmediği ve uyumsuz karar verilen durumlar 17 dava (%10,6), bilirkişi raporlarının çelişkili olması sebebiyle yeniden rapor istenmesi ise 3 dava (%1,9) ile daha düşük oranlarda yer almaktadır. Bu dağılım, Danıştay'ın bilirkişi görüşlerini büyük ölçüde kabul ettiğini, ancak önemli bir oranda raporların yetersiz bulunarak yeniden rapor talep edildiğini göstermektedir.

Tablo 14: Danıştay tarafından Bilirkişi Raporlarının Kabul Edilmeme Sebepleri

SebeP	Sayı	Yüzde
Yeterince açıklayıcı olmaması, tüm yönleri ile ele almaması	56	48,2
Raporda yaralanma ile ilgili uzman hekimin olmaması	25	21,6
Onamın uygun olup olmadığı değerlendirilmemesi	1	0,9
Raporlar arası çelişki bulunması	2	1,7
Tüm tıbbi evrakların toplanmaması	6	5,2
Eser sözleşmesi kapsamında kusur var	2	1,7
Sonuç ile tıbbi hata arasında illiyet bağı olup olmadığına değinilmemesi	24	20,7
Toplam	116	100,0

Tablo 14, malpraktis iddialarıyla ilgili davalarda Danıştay tarafından bilirkişi raporlarının kabul edilmeme sebeplerinin dağılımlarını ve bu sebeplerin yüzdesel oranlarını sunmaktadır. Analiz edilen veri bulunan dosya sayısı 116 olarak belirlenmiştir. Verilere göre, bilirkişi raporlarının yeterince açıklayıcı olmaması ve tüm yönleriyle ele alınmaması 56 dava (%48,2) ile en yüksek oranda temsil edilen kabul edilmeme sebebi olarak öne çıkmaktadır. Bunu, 25 dava (%21,6) ile raporda yaralanma ile ilgili uzman hekimin olmaması ve 24 dava (%20,7) ile sonuç ile tıbbi hata arasında illiyet bağına değinilmemesi takip etmektedir. Tüm tıbbi evrakların toplanmaması 6 dava (%5,2),

raporlar arası çelişki bulunması ve eser sözleşmesi kapsamında kusur bulunması her biri 2 dava (%1,7), onamın uygun olup olmadığının değerlendirilmemesi ise 1 dava (%0,9) ile daha düşük oranlarda yer almaktadır. Bu dağılım, Danıştay'ın bilirkişi raporlarını kabul etmeme kararlarının ağırlıklı olarak raporların yeterince açıklayıcı olmaması, uzman hekim eksikliği ve illiyet bağına değinilmemesi gibi sebepler etrafında yoğunlaştığını göstermektedir.

Tablo 15: Bilirkişi Raporları Arasındaki Çelişki Durumu

Çelişki Durumu	Sayı	Yüzde
Var	4	3
Yok	11	24,5
Tek rapor	194	72,5
Toplam	209	100,0

Tablo 15, malpraktis iddialarıyla ilgili davalarda bilirkişi raporları arasındaki çelişki durumlarının dağılımlarını ve bu durumların yüzdesel oranlarını sunmaktadır. Analiz edilen veri bulunan dosya sayısı 209 olarak belirlenmiştir. Verilere göre, tek rapor sunulan durumlar 194 dava (%72,5) ile en yüksek oranda temsil edilmektedir. Bilirkişi raporları arasında çelişki bulunmayan durumlar 11 dava (%24,5), çelişki bulunan durumlar ise 4 dava (%3,0) ile daha düşük oranlarda yer almaktadır. Bu dağılım, malpraktis davalarının büyük çoğunluğunda tek bir bilirkişi raporu sunulduğunu, raporlar arasında çelişki bulunmasının ise nadir olduğunu göstermektedir.

Tablo 16: Çelişki Olmayan Bilirkişi Raporlarında Verilen Karar

Karar	Sayı	Yüzde
Uygulamanın güncel tıbbi literatüre uygun olduğu	97	63,4
Uygulamanın güncel tıbbi literatüre uygun olmadığı	35	22,9
Uygulama güncel tıbbi literatüre uygun olarak yapılsa da sonuç değişmezdi	21	13,7
Toplam	153	100,0

Tablo 16, malpraktis iddialarıyla ilgili davalarda çelişki olmayan bilirkişi raporlarına dayanılarak verilen kararların dağılımlarını ve bu kararların yüzdesel oranlarını sunmaktadır. Analiz edilen veri bulunan dosya sayısı 153 olarak belirlenmiştir. Verilere göre, uygulamanın güncel tıbbi literatüre uygun olduğu kararlar 97 dava (%63,4) ile en yüksek oranda temsil edilmektedir. Bunu, 35 dava (%22,9) ile uygulamanın güncel tıbbi literatüre uygun olmadığı kararlar takip etmektedir. Uygulamanın güncel tıbbi literatüre uygun olarak yapılsa da sonucun değişmeyeceği kararlar ise 21 dava (%13,7) ile daha düşük oranda yer almaktadır. Bu dağılım, çelişki olmayan bilirkişi raporlarına dayalı kararların büyük çoğunluğunun uygulamanın tıbbi standartlara uygun bulunduğu yönünde olduğunu, ancak yaklaşık dörtte birinde uygunsuzluk tespit edildiğini göstermektedir.

Tablo 17: Bilirkişi Raporlarında İlişkin Tespit Edilen Hata Sebepleri

Hata sebebi	Sayı	Yüzde
Tanı	7	15,2
Tedavi	20	43,5
Takip	15	32,6
Onam	2	4,4
Diğer	2	4,4
Toplam	46	100,0

Tablo 17, malpraktis iddialarıyla ilgili davalarda bilirkişi raporlarında tespit edilen hata sebeplerinin dağılımlarını ve bu sebeplerin yüzdesel oranlarını sunmaktadır. Analiz edilen veri bulunan dosya sayısı 46 olarak belirlenmiştir. Verilere göre, tedaviyle ilgili hatalar 20 dava (%43,5) ile en yüksek oranda temsil edilen hata sebebi olarak öne çıkmaktadır. Bunu, 15 dava (%32,6) ile takip süreçlerindeki hatalar ve 7 dava (%15,2) ile tanı hataları takip etmektedir. Onamla ilgili hatalar ve diğer sebepler ise her biri 2 dava (%4,4) ile en düşük oranlarda yer almaktadır. Bu dağılım, bilirkişi raporlarında tespit edilen hataların büyük ölçüde tedavi ve takip süreçlerine odaklandığını, onam ve diğer sebeplerin ise daha az sıklıkta olduğunu göstermektedir.

Tablo 18: Danıştay Kararı ile İlk Derece Mahkeme Kararının İncelenmesi

		İlk Derece Mahkemesi Kararı				Toplam
		Hekim lehine	%	Hekim aleyhine	%	
Danıştay Kararı	Onama	83	0,46	37	0,35	120
	Bozma	95	0,54	67	0,65	162
Toplam		178	100,00	104	100,00	282

Tablo 18, malpraktis iddialarıyla ilgili davalarda Danıştay kararları ile ilk derece mahkemesi kararlarının karşılaştırmalı dağılımlarını sunmaktadır. Analiz edilen veri bulunan dosya sayısı 282 olarak belirlenmiştir. Verilere göre, ilk derece mahkemesi kararlarının 178'i (%63,1) hakim lehine, 104'ü (%36,9) ise hakim aleyhine sonuçlanmıştır.

Danıştay kararlarına bakıldığında, 120 dava (%42,6) onama, 162 dava (%57,4) ise bozma yönünde sonuçlanmıştır. Hekim lehine verilen ilk derece mahkemesi kararlarının 83'ü (%46,6) Danıştay tarafından onanmış, 95'i (%53,4) ise bozulmuştur. Hekim aleyhine verilen kararların ise 37'si (%35,6) onanmış, 67'si (%64,4) bozulmuştur. Danıştay ve ilk derece mahkemesi kararları arasındaki ilişkiyi değerlendiren istatistiksel analizde p-değeri 0,097 olarak bulunmuş ve bu sonuç istatistiki olarak anlamsız kabul edilmiştir. Bu dağılım, Danıştay'ın ilk derece mahkemesi kararlarını daha sık bozma eğiliminde olduğunu, özellikle hekim aleyhine kararların bozulma oranının daha yüksek olduğunu, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermektedir.

Tablo 19: Rektörlük Kurulu Kararı ile İlk Derece Mahkeme Kararının İncelenmesi

		Rektörlük Kurul Kararı		Toplam
		Hekim lehine	Hekim aleyhine	
Danıştay Kararı	Onama	0	0	0
	Bozma	23	0	23
Toplam		23	0	

Tablo 19, malpraktis iddialarıyla ilgili davalarda Rektörlük Kurulu kararları ile ilk derece mahkemesi kararlarının karşılaştırmalı dağılımlarını sunmaktadır. Analiz edilen veri bulunan dosya sayısı 23 olarak belirlenmiştir. Verilere göre, Rektörlük Kurulu kararlarının tamamı (23 dava) hekim lehine sonuçlanmıştır ve bu kararların tümü Danıştay tarafından bozulmuştur. İlk derece mahkemesi kararlarına ilişkin Danıştay tarafından onama kararı alınmamıştır. Bu dağılım, Rektörlük Kurulu'nun hekim lehine verdiği kararların Danıştay tarafından bozulduğunu göstermektedir.

Tablo 20: Bilirkişi Raporlarının Alındığı Kurumlar

Bilirkişi Kurumu	Sayı	Yüzde
Adli Tıp Kurumu	185	79,7
Üniversite	31	13,4
Özel mütalaa	5	1,6
Yüksek Sağlık Şûrası	5	1,6
Kamu Hastaneleri	2	0,7
Toplam	232	100,0

Tablo 20, malpraktis iddialarıyla ilgili davalarda bilirkişi raporlarının alındığı kurumların dağılımlarını ve bu kurumların yüzdesel oranlarını sunmaktadır. Analiz edilen veri bulunan dosya sayısı 232 olarak belirlenmiştir. Verilere göre, Adli Tıp Kurumu 185 dava (%79,7) ile bilirkişi raporlarının alındığı en yaygın kurum olarak öne çıkmaktadır. Bunu, 31 dava (%13,4) ile üniversiteler takip etmektedir. Özel mütalaa ve Yüksek Sağlık Şûrası her biri 5 dava (%1,6), kamu hastaneleri ise 2 dava (%0,7) ile daha düşük oranlarda yer almaktadır. Bu dağılım, malpraktis davalarında bilirkişi raporlarının büyük ölçüde Adli Tıp Kurumu'ndan alındığını, diğer kurumların ise daha az sıklıkta tercih edildiğini göstermektedir.

Tablo 21: Danıştay'ca Onanan Kararların Tazminat Durumlarına İlişkin Dağılımlar

Durum	Sayı	Yüzde
Maddi ve Manevi tazminata hükmedilmiş	32	27,8
Tazminat hükmedilmemiş	70	60,9
Sadece manevi tazminata hükmedilmiş	13	11,3
Toplam	115	100,0

Tablo 21, malpraktis iddialarıyla ilgili davalarda Danıştay tarafından onanan kararların tazminat durumlarına ilişkin dağılımlarını ve bu durumların yüzdesel oranlarını sunmaktadır. Analiz edilen veri bulunan dosya sayısı 115 olarak belirlenmiştir. Verilere göre, tazminat hükmedilmemiş kararlar 70 dava (%60,9) ile en yüksek oranda temsil edilmektedir. Bunu, 32 dava (%27,8) ile maddi ve manevi tazminata hükmedilmiş kararlar ve 13 dava (%11,3) ile sadece manevi tazminata hükmedilmiş kararlar takip etmektedir. Bu dağılım, Danıştay tarafından onanan kararların büyük çoğunluğunda tazminat hükmedilmediğini, tazminat hükmedilen durumlarda ise maddi ve manevi tazminatın birlikte daha sık tercih edildiğini göstermektedir.

5. TARTIŞMA

Tıbbi uygulama hatası davalarının sonuçlanma süreleri, davanın karmaşıklığı, delil toplama süreci, uzman görüşü ihtiyacı, yargılama aşamaları ve mahkemelerin iş yükü gibi çeşitli faktörlere bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışma, malpraktis olayının meydana geldiği tarih ile davanın sonuçlandığı tarih arasında ortalama 45,5 aylık bir süre geçtiğini (30,6 ila 69,9 ay arasında değiştiğini) rapor etmiştir.[69] Türkiye'de yapılan bir başka araştırma ise, malpraktis iddialarının ortaya çıkışından Yargıtay'ın temyiz kararını vermesine kadar geçen sürenin ortalama 131,06 ay olduğunu ortaya koymuştur.[70] Avrupa Adaletlik Etkinlik Komisyonu (CEPEJ) Genel Kurulu, yargılamaların belirli bir zaman diliminde tamamlanmasını sağlamak amacıyla yayımladığı rehberde, davaların 1, 2 veya en geç 3 yıl içinde sonuçlandırılması hedefini belirlemiş, üye ülkeler için ideal sürenin ise 1 yıl olduğunu vurgulamıştır. Kendi çalışmamızdan elde edilen verilere göre, olayın gerçekleştiği tarih ile Danıştay aşamasında karar verilmesi arasında geçen sürenin ortalama 9 yıl 10 ay olduğu ve davaların %10,7'sinin 15 yıldan uzun sürdüğü hesaplanmıştır. Bu bulgular, tıbbi malpraktis davaları özelinde, CEPEJ tarafından belirlenen hedeflere ulaşılamadığını ve yargılama sürelerinin hedeflenenin oldukça üzerinde seyrettiğini göstermektedir. Danıştay'da karara bağlanan dosyaların, yeniden ilk derece mahkemesine gönderilip yeni bir karar alınması gerektiği düşünüldüğünde, bu davaların yargı sürecinde geçireceği toplam sürenin, çalışmamızda tespit edilen sürelerden daha da uzun olacağı açıktır. Davaların bu denli uzun yıllara yayılması, hem şikayetçiler hem de davalılar açısından ciddi mağduriyetlere yol açmakta ve hukuk sistemine olan genel güveni sarsmaktadır.[71] Kanaatimizce, hukuk sisteminin tüm

paydaşları, sadece doğru ve hakkaniyetli kararlar vermeyi değil; aynı zamanda adaletin hızlı ve etkin bir şekilde gerçekleşmesi için en kısa sürede hüküm tesis etme gayreti içinde olmalıdır.

Can ve arkadaşlarının çalışmasında, tıbbi uygulama hatası nedeniyle şikayet edilen hekim branşları incelenen 30 vakadan 10'unda genel cerrahi, 6'sında kadın hastalıkları ve doğum, dörder vakada ise anestezi ve reanimasyon, pediatri ile ortopedi ve travmatolojinin öne çıktığı belirtilmiştir.[10] Yazıcı ve arkadaşlarının araştırmasında ise malpraktis iddialarına konu olan hekimlerin 94'ünün kadın hastalıkları ve doğum, 60'ının genel cerrahi, 41'inin ortopedi ve travmatoloji, 22'sinin kulak burun boğaz hastalıkları ve 21'inin anestezi ve reanimasyon uzmanı olduğu saptanmıştır.[63] Köse'nin TTB Yüksek Onur Kurulu'nda incelenen 320 malpraktis vakasında, şikayet edilen hekimlerin %26,9'unun (86 kişi) kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, %17,2'sinin (55 kişi) acil serviste görevli pratisyen hekim, %13,8'inin (44 kişi) genel cerrahi uzmanı olduğu bildirilmiştir. Beyin cerrahisi (%5,6), göz hastalıkları (%5,3), kulak burun boğaz hastalıkları (%4,1) ile ortopedi ve travmatoloji ve dahiliye (%3,8) uzmanları da listede yer almıştır.[72] Kaya ve arkadaşlarının araştırmasında ise tıbbi malpraktis davalarına konu olan uygulamaların %77,9'unun (558 hekim) cerrahi branşlarda, %14,8'inin (106 hekim) dahili branşlarda ve %7,3'ünün (52 hekim) birinci basamakta görev yapan hekimler tarafından gerçekleştirildiği belirlenmiştir.[42]

Kendi çalışmamızda incelenen tıbbi uygulama hatası iddialarına konu olan branşlar literatürle paralellik göstermekte olup, cerrahi branş uygulamalarının dahili branşlara göre daha sık malpraktis davasına konu olduğu gözlemlenmiştir. İncelenen 263 dava içinde en yüksek oranda kadın hastalıkları ve doğum uzmanları (54 dava ile %20,5), acil tıp uzmanları (42 dava ile %16) ve genel cerrahi uzmanları (28 dava ile %10,6) yer almıştır. Yapılan çalışmada branşların tıbbi malpraktis iddiasına konu olma oranları literatürdeki verilerle uyumlu bulunmuştur. Yüksek malpraktis riski taşıyan kadın hastalıkları ve doğum, genel cerrahi, pediatri gibi branşların son yıllarda hekimler tarafından daha az tercih edildiği görülmektedir. Buna karşılık, dermatoloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon gibi malpraktis iddiasının çok daha düşük olduğu branşlar daha fazla rağbet görmektedir. Son yıllardaki tıpta uzmanlık sınavı yerleştirme puanlarının branşlara göre dağılımı, bu eğilimi açıkça ortaya koymaktadır.

Kadın hastalıkları ve doğum, biyolojik yapısı gereği anne ve bebek ölümlerinin yaşanabileceği bir alan olması nedeniyle, hatalı tıbbi uygulama iddialarının en sık

görüldüğü branşlardan biridir. Hem ulusal hem de uluslararası alanda anne ve bebek ölüm oranlarını azaltmaya yönelik önemli çabalar sarf edilmekte olup, bu oranların düşüklüğü bir ülkenin kalkınmışlık seviyesinin göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Ayrıca, bu branşta genellikle olumlu sonuçlara yönelik yüksek beklentiler bulunması, beklenmedik olumsuz durumlarla karşılaşıldığında verilen tepkilerin de şiddetlenmesine neden olmaktadır. Gelişen tıbbi teknolojiler ise gebelik takibinde yapılan tetkik, test ve radyolojik görüntülemelerin zamanında yapılması, doğru yorumlanması ve erken teşhis konulması yönündeki talepleri artırmıştır. Bu gibi çeşitli etkenler, kadın hastalıkları ve doğum branşında malpraktis iddialarının sayısının yükselmesinde etkili olmaktadır.

Malpraktis iddialarının sıkça yaşandığı bir başka önemli alan da acil servislerdir. Acil servislerin getirdiği yoğun çalışma ortamı, anlık karar alma ve uygulama zorunluluğu, hastaların başvuru şikayetlerinin (hastalık veya travma) taşıdığı potansiyel ciddiyet ve bunun yarattığı baskı, hasta ve yakınlarıyla yeterli iletişim kurma zorlukları, ayrıca elektif koşullarda mümkün olan detaylı hazırlık ve tetkik süreçlerinin uygulanamaması gibi faktörler, malpraktis iddialarının ortaya çıkışıyla doğrudan ilişkilidir. Çeşitli araştırmalar ve gözlemler, bulantı-kusma, epigastrik ağrı, baş ağrısı gibi spesifik olmayan şikayetlerle başvuran hastaların hızlıca değerlendirilip ilk birkaç saat içinde taburcu edilmesi ile malpraktis başvuru veya iddiaları arasında belirgin bir bağlantı olduğunu göstermektedir. Bu tür spesifik olmayan şikayetlerle veya travma sonrası başvuran ve taburcu edilmesi düşünülen vakaların, olası klinik değişiklikler açısından taburculuk öncesinde belirli bir süre gözlem altında tutulması tavsiye edilmektedir. Bununla birlikte, izlenmek üzere hastaneye yatırılan bazı hastalarda, klinik değişimleri takip etmek için net kriterler belirlenmeksizin yatış yapıldığı ve hastanın yeterince takip edilmediği durumlar da gözlemlenmektedir. Bu gibi hallerde hekimin sorumluluğu gündeme gelmektedir..

Hekimlerin tıbbi uygulama hatası kaynaklı dava edilme endişeleri ve bu davaların uzun süren hukuki süreçleri, zaman içinde uzmanlık alanlarının tercih edilme biçimini etkilemiştir. 2010 yılında yürürlüğe giren "Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası" düzenlemesi, uzmanlık alanlarını risk gruplarına ayırmıştır. En yüksek riskli 4. Grup, anesteziyoloji ve reanimasyon, acil tıp, beyin ve sinir cerrahisi, göğüs cerrahisi, genel cerrahi, kalp damar cerrahisi, kadın hastalıkları ve doğum, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, ortopedi ve travmatoloji gibi branşları

içermektedir. En düşük riskli 1. Grup ise genellikle Temel Bilimler uzmanlık alanlarından oluşmaktadır.[73] 2009-2013 yılları arasındaki Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) yerleştirme sonuçlarını inceleyen bir çalışma, bu dönemde 2. grubun taban puanlarında artış, 3. grubun puanlarında istikrar ve 4. grubun puanlarında ise belirgin bir düşüş olduğunu göstermiştir.[74] Kendi çalışmamızda tıbbi uygulama iddialarıyla ilgili davaların çoğunlukla 4. gruptaki uzmanlık dallarını içermesi, hekimlerin uzmanlık tercihlerinde tıbbi uygulama hatalarından dolayı dava edilme kaygısının önemli bir faktör olduğu varsayımını güçlendirmektedir.

Çalışmamızda tıbbi malpraktis iddialarına konu olan olayların meydana geldiği sağlık hizmeti sunucuları incelendiğinde, bu olayların %47'sinin (137 olay) devlet hastanelerinde, %26'sının (76 olay) eğitim ve araştırma hastanelerinde, %24,6'sının (71 olay) üniversite hastanelerinde ve %1,7'sinin (5 olay) diğer birimlerde (aile sağlığı merkezi, 112 ambulans ve diş hastanesi) gerçekleştiği belirlenmiştir. Temel ve arkadaşlarının 2015-2021 yılları arasında Danıştay'da karara bağlanan malpraktis davalarını değerlendirdiği çalışmada da benzer bir dağılım saptanmış; olguların iddiaya konu sağlık birimleri sırasıyla devlet hastaneleri (%44,3), eğitim araştırma hastaneleri (%21,4), üniversite hastaneleri (%19) ve dal hastaneleri (%10,8) olarak belirtilmiştir.[56] Gürbeden'in 2010-2014 yıllarındaki Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığı'ndaki otopsi vakalarını incelediği çalışmasında ise bu dağılım, devlet hastaneleri (%44,5), özel hastaneler (%19,2), eğitim araştırma hastaneleri (%12,3) ve üniversite hastaneleri (%11,6) şeklinde olmuştur.[75] Yazıcı ve arkadaşlarının 2000-2010 yılları arasında Adli Tıp Kurumu Genel Kurulu'ndaki malpraktis davalarını incelemesi sonucunda, davaların sağlık kuruluşlarına göre dağılımı devlet hastaneleri (%40,3), özel hastaneler (%39,1), diğer sağlık kuruluşları (%9,1) ve üniversite hastaneleri (%6) olarak tespit edilmiştir.[63] Algan'ın 2012 yılında İstanbul'da adli otopsileri malpraktis açısından incelediği tez çalışmasında da en fazla şikayetin devlet hastanelerinde (%42,16) olduğu, özel hastanelerin (%40,2) ikinci sırada yer aldığı ve üniversitelerin şikayet oranının %2,29 olduğu bulunmuştur.[48]Yapılan bu çalışmalar genel olarak, en fazla şikayetin devlet hastanelerinde gerçekleştiğini göstermektedir. Literatürdeki diğer çalışmalarda özel hastaneler ikinci sırada yer alsa da, bizim çalışmamızın kapsamı Danıştay'a yansıyan davalarla sınırlı olduğundan ve özel hastanelerle ilgili şikayetler idari yargının yetki alanına girmediğinden, çalışmamızda özel hastaneler sağlık hizmet sunucuları arasında yer almamıştır.

Hasta veya hasta yakınları, dava dilekçelerinde çeşitli gerekçelerle tıbbi uygulama hatası iddiasında bulunmaktadır. Schaffer ve arkadaşlarının 22 yıllık verileri kapsayan kapsamlı çalışmasında, incelenen vakaların %31,8'inde tanı hatası, %26,9'unda cerrahi hata ve %24,5'inde ilaç tedavisi hatası belirlenmiştir.[76] Yazıcı ve arkadaşlarının 2000-2011 yılları arasında Adli Tıp Kurumu (ATK) Genel Kurulu'na gelen 330 malpraktis vakasını inceledikleri çalışmada ise, malpraktis olarak değerlendirilen vakaların %14,2'sinde tedavide kusur, %9,7'sinde tanı hatası ve %8,8'inde özen eksikliği tespit edilmiştir.[63] 2010-2017 yılları arasında Yargıtay'da karara bağlanan malpraktis vakalarının incelendiği bir diğer çalışmada, vakaların %13,9'unda tanı safhasında hata, %13,9'unda tedavide özensizlik veya eksiklik, %12,7'sinde tıbbi işlemin gerçekleştirilmesinde kusur ve %9,7'sinde tedavi takibinde eksiklik bulunduğu saptanmıştır. Bilir Balıkcı'nın 2013-2014 yıllarında ATK 1. ve 2. Adli Tıp İhtisas Kurullarında malpraktis iddiasıyla incelenen vakaları değerlendirdiği tez çalışmasında ise, şikayet nedenleri arasında en yüksek oranı hatalı veya eksik tedavi uygulandığı iddiası oluşturmuştur.[67]

Kendi çalışmamızda incelenen tıbbi malpraktis iddialarının temel gerekçeleri arasında ilk sırada tedavi sürecinde yapılan hatalar (%53,6), ikinci sırada ilgisizlik veya özensizlik (%20,4) ve üçüncü sırada tanı ve teşhis hataları (%16,3) yer almaktadır. Birlikte raporlarında güncel tıp bilimine uygun olmadığı belirtilen vakaların %43,5'inde tedavide, %32'sinde takipte ve %7'sinde tanı aşamalarında hata yapıldığı ifade edilmektedir. Bu bulgular, sağlık alanında malpraktisi azaltmak için en kritik odak noktasının tedavi süreçleri olduğunu göstermekle birlikte, ilgisizlik ve özensizlik iddialarının da önemli bir şikayet konusu olduğunu ortaya koymaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışma, malpraktis geçmişi olan hekimlerin hasta muayene sürelerinin diğer hekimlere göre daha kısa olduğunu göstermiştir.[77] Başka bir araştırma ise, malpraktis davasına konu olan hekimlerin hasta başına ortalama 15,0 dakika ayırırken, diğer hekimlerin 18,3 dakika ayırdığını belirtmiştir.[78] Türkiye'de TTB tarafından yapılan açıklamalarda ise, bazı hastanelerde muayene sürelerinin 5 dakikaya kadar düştüğü ifade edilmektedir.[79] Hekim başına düşen başvuru sayısının yüksekliği, uzun çalışma saatleri ve idare tarafından hekimin hasta başına ayırabileceği sürenin 5-10 dakika gibi oldukça kısa sürelerle indirilmesi gibi faktörlerin, malpraktis iddialarının artmasına yol açan önemli nedenler arasında olduğu düşünülmektedir.

Tıbbi uygulama hatası iddialarına konu olan olayların sonuçlarını ölüm, morbidite (hastalık/sakatlık) ve kalıcı bulgu oluşmaması olarak üç ana kategoriye ayırmak mümkündür. Temel'in çalışmasında, açılan davalarda %49,9 oranında morbidite, %31,5 oranında ölüm ve %18,6 oranında kalıcı araz gelişmediği saptanmıştır.[56] Eyigün'ün çalışmasında ise %59,5 ile morbidite, %31,5 ile ölüm ve %9 ile kalıcı bulgu gelişmediği belirtilmiştir.[44] Savaş'ın çalışmasında, yargıya yansıyan tıbbi müdahale hataları sonucunda vakaların %33'ünde uzuvda işlev azalması/kaybı, %26,4'ünde ise ölüm meydana geldiği tespit edilmiştir.[80] Kendi çalışmamızda ise bu oranlar, %30 ölüm, %47,9 morbidite ve %22 kalıcı bulgu görülmemesi şeklinde olup, bulgularımız literatürdeki benzer çalışmalarla tutarlı bir ilişki sergilemektedir.

Studdert ve arkadaşlarının çalışmasında, hatalı tıbbi uygulama iddialarının %31'inin cerrahi girişimlerle, %17'sinin ise medikal tedaviyle bağlantılı olduğu belirlenmiştir.[65] Algan'ın tez çalışmasında ise, ilaç tedavisi uygulanan vaka sayısının (%46,1), cerrahi işlem uygulanan vaka sayısından daha fazla olduğu tespit edilmiştir.[48] Buna karşılık, Gürbeden'in tez çalışmasında cerrahi tedavi yapılan vaka sayısının ilaç tedavisi yapılan vaka sayısından fazla olduğu görülmüştür.[81] Kırtısoğlu'nun çalışmasında ise cerrahi girişim yapılan vakaların oranı %46,8 iken, ilaç tedavisi yapılan vakaların oranı %16,1, enjeksiyon %11 ve vajinal doğum %6,4 olarak bulunmuştur.[34] Kendi çalışmamızda, cerrahi girişim olan vakaların %42,3, tanısal süreçte hata tespit edilen vakaların %19,4, doğumla ilişkili vaka oranının %15,8 ve ilaç tedavisi yapılan vaka oranının %9,2 olduğu tespit edilmiş olup, literatürle uyumlu sonuçlar elde edilmiştir. Cerrahi işlemlerin, diğer tıbbi müdahalelere göre daha karmaşık ve yüksek risk taşıması, sadece tıbbi bilgi birikimi değil aynı zamanda ileri düzeyde el becerisi gerektirmesi ve medikal tedavilere kıyasla en küçük bir hatanın bile geri döndürülemez ve kalıcı zararlara yol açma potansiyelinin daha yüksek olması gibi faktörlerin, bu uygulamaların şikayet konusu olaylar arasında ilk sırada yer almasının başlıca nedenleri arasında olduğu düşünülmektedir.

Balıkçı'nın 2019 yılında Adli Tıp Kurumu'nun ilgili İhtisas Kurullarındaki tıbbi malpraktis dosyalarını incelediği tez çalışmasına göre, oluşan zararlar değerlendirildiğinde; amputasyon, brakial pleksus hasarı, enjeksiyon nöropatisi, görme kusuru/kaybı, şekil bozukluğu ve yabancı cisim unutulması olmak üzere en sık görülen altı zarar türü saptanmıştır. Bu zarar türleri arasında enjeksiyon nöropatisinin %55,33

oranıyla birinci sırada, brakiyal pleksus hasarının ise %18,27 oranıyla ikinci sırada yer aldığı belirtilmiştir.[67] Temel'in 2015-2021 yılları arasında Danıştay'da karara bağlanan tıbbi malpraktis davalarını incelediği tez çalışmasında ise, meydana gelen morbiditeler içinde %23,5 ile siyatik sinir hasarının en yaygın morbidite sebebi olduğu, bunu %16,7 ile diğer sinir hasarları (fasiyal, ulnar, median, brakiyal sinir) ve %13,3 ile görme kaybının takip ettiği ifade edilmiştir.[56] Kaya'nın tez çalışmasında morbidite gelişen vakalar arasında %14,1 ile enjeksiyon nöropatisinin ilk sırada, %12,3 ile mevcut hastalığın ilerlemesinin ikinci sırada ve %10,3 ile görme kaybı veya azalmasının üçüncü sırada olduğu belirtilmiştir.[42] Kendi çalışmamızda morbidite tespit edilen vakalarda sinir yaralanması sıklığının %19,2 görme kaybı veya azalması gelişen vakaların sıklığının %18,3 ve ortopedik kısıtlılık gelişen vakaların %15,4 olduğu tespit edilmiş olup, elde edilen sonuçlar literatürdeki verilerle uyumludur.

Temel'in Danıştay kararları üzerine yaptığı çalışmada, bilirkişi raporlarının %80,6'sının Adli Tıp Kurumu (ATK)'ndan, %8,1'inin üniversitelerden ve %5'inin Yüksek Sağlık Şurası (YSS)'nden alındığı belirtilmiştir.[56] Kırtıçoğlu'nun 2010-2017 yılları arasındaki Yargıtay kararlarını incelediği çalışmasında ise ilk sırada ATK raporları (%64,2), ikinci sırada YYS raporları (%11,9) ve üçüncü sırada üniversite raporları (%8,4) yer almıştır.[34] Eyigün'ün 2018-2022 yılları arasındaki Yargıtay kararlarını incelediği çalışmasında da benzer şekilde, raporların %61,3'ünün ATK'dan, %10,5'inin üniversitelerden ve %8,9'unun YYS'den alındığı tespit edilmiştir.[44] Kendi çalışmamızda ise bilirkişi raporlarının %79,7'sinin ATK'dan, %13,4'ünün üniversitelerden ve sadece %1,6'sının Yüksek Sağlık Şurası'ndan alındığı görülmüştür. Yüksek Sağlık Şurası'ndan rapor almanın zorunlu olmaması nedeniyle bu oranın düşük seyrettiği düşünülmektedir. Elde ettiğimiz bu bulgular, diğer çalışmalarla tutarlılık göstermektedir.

Temel'in tıbbi malpraktis başvurularında ilk derece mahkemelerinin kararlarını incelediği çalışmada, açılan 346 davanın %57,6'sının reddedildiği, 231 dosyada (%38,4) sağlık çalışanlarının kusurlu bulunarak tazminat ödenmesine karar verildiği ve 24 dosyada (%4) kusur saptanmamasına rağmen manevi tazminat ödenmesi yönünde hüküm kurulduğu gözlemlenmiştir.[56] Kırtıçoğlu'nun Yargıtay'a yansıyan malpraktis davalarını incelediği çalışmasında ise, 32 hukuk davasının 20'sinde (%62,5) sağlık çalışanının kusurlu olduğu yönünde karar verilirken, 11 davanın (%34,4) reddedildiği ve 1 davada (%3,1) kusur tespit edilememesine rağmen manevi tazminat ödenmesi

gerektiği yönünde hüküm kurulduğu belirlenmiştir.[34] Kendi çalışmamızda Danıştay tarafından karara bağlanan 115 malpraktis davasının 70'inde (%60,9) tazminata hükmedilmediği, 32'sinde (%27,8) maddi ve manevi tazminata hükmedildiği ve 13'ünde (%11,3) kusur saptanmamasına rağmen manevi tazminat ödenmesi gerektiği yönünde karar verildiği tespit edilmiştir.

Danıştay'a yansıyan tıbbi malpraktis davalarında sağlık çalışanının kusurlu olduğuna dair verilen kararların oranının, idari yargıda ilk derece mahkemelerinde verilen kararlara göre oransal olarak daha yüksek olduğu gözlenmektedir. İdari yargıda davaların sağlık idaresi aleyhine, adli yargıda ise doğrudan kişi aleyhine açıldığı düşünüldüğünde; idari yargının idare aleyhine verdiği kararların oransal olarak daha düşük kalması, objektiflik ve tarafsızlık ilkesi bağlamında tartışılması gereken bir konu olduğu kanaatindeyiz.

Gerçekleştirdiğimiz çalışmada, idari yargıdaki Danıştay'ın tıbbi malpraktis davalarına dair kararları incelendiğinde, 152 dosyada (%49,8) ilk merci kararlarının bozulduğu, 95 dosyada (%31,1) onaylandığı, 25 dosyada (%8,2) düzeltilerek onaylandığı ve 33 dosyada (%10,8) kısmen bozulduğu saptanmıştır. Temel'in çalışması da bu bulgularla örtüşerek, değerlendirilen 601 dosyanın 343'ünde (%57,1) ilk derece mahkeme kararlarının onaylandığını, 205'inde (%34,1) bozulduğunu ve 53'ünde (%8,8) kısmen bozulduğunu (örneğin yalnızca maddi veya manevi tazminat yönünden) ortaya koymaktadır.[56] Buna karşın, adli yargıda durum farklılık göstermektedir; Kırtıçoğlu'nun Yargıtay'a taşınan tıbbi malpraktis davalarını incelediği araştırmasında, yerel mahkeme kararlarının 333'ünden 300'ünün (%90,1) Yargıtay tarafından bozulduğu belirlenmiştir. Şeker'in aydınlatılmış onamla ilgili malpraktis davalarına odaklandığı çalışmasında da benzer bir tablo izlenmiş; ilk derece mahkemelerince karara bağlanan 70 hukuk davasının 66'sının (%94,3) Yargıtay tarafından bozulduğu tespit edilmiştir.[34] Bu sonuçlar ışığında, Danıştay'da görülen tıbbi malpraktis davalarındaki bozma oranının Yargıtay'daki oranlara kıyasla önemli ölçüde düşük olduğu dikkat çekmektedir. Bu durum, idari yargı makamlarının tıbbi malpraktis meselelerinde adli yargı makamlarına göre daha uyumlu kararlar verdiğini düşündürmektedir.

2018-2022 dönemini kapsayan çalışmamızda, Danıştay incelemesine konu olan 23 adet Rektörlük Yetkili Kurul kararı analiz edilmiştir. İncelenen dosyaların tamamında (%100) Kurul tarafından verilen 'men-i muhakeme' kararlarının Danıştay tarafından bozulduğu tespit edilmiştir. Her ne kadar bu keskin tezat dikkat çekici olsa da, örneklem

büyükliğünün (n=23) sayısal açıdan sınırlı olması nedeniyle, elde edilen bulgunun genellenebilmesi adına daha geniş kapsamlı çalışmalarla desteklenmesi gerektiği değerlendirilmektedir. Bu nedenle, söz konusu eğilimin daha geniş veri setleri içeren ileri araştırmalarla incelenmesinin uygun olacağı kanaatine varılmıştır.

Danıştay'ın 258 davada verdiği bozma veya kısmen bozma kararlarının gerekçeleri incelendiğinde, en yaygın nedenin 85 dosyada (%32,9) bilirkişi raporlarının eksik veya yetersiz bulunması olduğu gözlemlenmiştir. Bu bulgu, Kırtıçoğlu'nun Yargıtay'ın ceza ve hukuk davalarındaki bozma gerekçelerini incelediği teziyle paralellik göstermektedir; zira Kırtıçoğlu da her iki dava türünde bilirkişi raporlarındaki eksiklik/yetersizliğin en sık bozma gerekçesi olduğunu belirlemiş, bu oranın hukuk davalarında %39,8 ve ceza davalarında %42,6 olduğunu tespit etmiştir. Kendi çalışmamızda yapılan detaylı incelemede ise, Danıştay'ın bilirkişi raporlarındaki eksikliklerden kaynaklanan bozma gerekçeleri arasında özellikle taraf iddialarına yeterince açıklık getirilmemesi, kusur oranlarının ve illiyet bağının eksik değerlendirilmesi gibi konuların ön planda olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızın bulgularına göre, Danıştay'ın en sık başvurduğu ikinci bozma gerekçesi, 53 dosyada (%20,5) tespit edildiği üzere, karar veya bilirkişi raporunun taraflara usulüne uygun bildirilmemesi nedeniyle itiraz hakkının ihlal edilmesidir. Türkiye'de, tıbbi malpraktis iddiasıyla kamu görevlilerine doğrudan tazminat davası açılması mümkün olmadığından, mağdurlar idare aleyhine dava açarak tazminat talep etmektedirler. Davanın tarafı olan idare, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde Sağlık Bakanlığı, üniversite hastanelerinde ise üniversite rektörlüğüdür. İdare aleyhine bir tazminat kararı verildiğinde, sorumluluğun sağlık çalışanına rücu etmesi söz konusu olabilir. Ancak, bu durumda ilgili sağlık çalışanına dava sürecinde bildirimde bulunulmamış ve savunma hakkı tanınmamışsa, Danıştay, yargılama usullerine uyulmadığı gerekçesiyle kararı bozmaktadır. Danıştay bu kararını, 6100 sayılı Hukuk Muhakemeleri Kanunu'nun ilgili maddelerine dayandırmaktadır. Kanununun 27. maddesi hukuki dinlenilme hakkını güvence altına alırken, 61. maddesi bir tarafın davayı kaybetmesi durumunda üçüncü bir kişiye rücu edebileceği düşüncesiyle tahkikat sonuçlanmadan üçüncü kişiye davayı ihbar etme imkanı sunar. Ayrıca 66. madde, üçüncü kişinin, davayı kazanan tarafın yanında ve ona yardımcı olmak amacıyla tahkikat sonuna kadar fer'i müdahil olarak davada yer alabileceğini belirtir.

Danıştay, rücu ilişkisine benzer bir yaklaşımla, bilirkişi raporlarının da yargılama sürecinde hem davacıya hem de davalıya sunularak itiraz hakkının tanınması gerektiğini vurgulayarak pek çok davada bozma kararı vermiştir. Danıştay bu tutumunu, 6100 sayılı Hukuk Muhakemeleri Kanunu'nun ilgili maddelerine dayandırmaktadır. Kanunun "Bilirkişi raporunun verilmesi" başlıklı 280. maddesi, bilirkişi raporunun mahkemeye sunulduğu tarihi belirtmesini ve duruşma öncesinde birer örneğinin taraflara tebliğ edilmesini zorunlu kılar. Ayrıca, "Bilirkişi raporuna itiraz" başlıklı 281. maddenin birinci fıkrası, taraflara, raporun tebliğ tarihinden itibaren iki hafta içinde, raporda eksik buldukları noktaların tamamlanması, belirsiz kısımların açıklanması veya yeni bir bilirkişi atanması talebinde bulunma hakkı tanımaktadır .[82]

6100 sayılı Hukuk Muhakemeleri Kanunu, rücu ilişkisi doğurabilecek kişilere bildirim yapılmasını ve bilirkişi raporlarının taraflara tebliğ edilmesini düzenlemesine rağmen, yargılama süreçlerinde bu kurallara uyulmaması, idari yargıda temyize taşınan davaların %12,7'sinin bu nedenlerle bozulmasına yol açmaktadır. Bu konudaki eksiklikleri gidermek amacıyla, 15 Haziran 2022 tarihinde yürürlüğe giren "Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbî İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik" ile ek düzenlemeler getirilmiştir. Yönetmeliğin 12. maddesi, tıbbi işlem veya uygulama nedeniyle aleyhine dava açılan idareye, bu davayı ilgili sağlık meslek mensubuna bildirme yükümlülüğü getirirken, mesleki mali sorumluluk sigortası olan sağlık meslek mensubuna da davayı sigortacısına ihbar etme zorunluluğu getirmiştir. Bu noktada, dava edilen sağlık çalışanının, ileride sigorta ile arasında doğabilecek anlaşmazlıkları engellemek adına, sigorta şirketine yazılı bildirimde bulunması önem arz etmektedir.[83]

Can ve arkadaşlarının 1978-2006 yılları arasında Yargıtay'da sonuçlanan malpraktis dosyalarını inceledikleri çalışmada, yargılama sürecinde sunulan 25 bilirkişi raporundan yalnızca ikisinin (%8) Yargıtay tarafından kabul edildiği ortaya konmuştur. Eyigün'ün çalışması ise Yargıtay'ın bilirkişi görüşlerini yeterli bulma oranını hukuk davalarında %25,4, ceza davalarında ise %77,7 olarak saptamıştır. Kendi çalışmamızda ise Danıştay'ın bilirkişi görüşlerini yeterli bulma oranının %50,3 olduğu belirlenmiştir. Bu orandaki artışın, yüksek yargı organının bilirkişi raporlarındaki eksiklikleri bozma kararlarında açıkça belirtmesiyle ilişkili olduğunu düşünmekteyiz. Bu durumun,

zamanla sonraki davalar için hazırlanan raporlarda daha önceki eksikliklerin giderilmesini sağlayarak rapor kalitesini artırdığı yorumunu yapmaktayız.

Çalışmamızda yetersiz bulunan bilirkişi raporlarındaki eleştiri konularını incelediğimizde, en sık rastlanan sorunun (%48,2) raporların taraf itiraz ve taleplerini karşılamaması, yeterince açıklayıcı olmaması, tüm yönleri ile ele almaması, bir diğer sorunun (%20,7) raporlarda sonuç ile tıbbi hata arasındaki illiyet bağına değinilmediği olduğu görülmüştür. Özellikle hukuk davalarında talebe bağlılık ilkesi esastır; bu nedenle bilirkişi raporları hazırlanırken tarafların iddiaları, itiraz ettikleri noktalar ve aydınlatılmasını istedikleri süreçler bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmeli ve mümkün olduğunca tüm bu unsurlar açıklığa kavuşturulmalıdır. Ek olarak, raporlarda ele alınan durum bir komplikasyon ise, sadece komplikasyon olduğunun belirtilmesi yeterli değildir; aynı zamanda komplikasyonun yönetiminin doğru ve eksiksiz yapıp yapılmadığı ayrıntılı olarak incelenmeli, söz konusu hastaya uygulanması gereken tıbbi standardın ne olduğu ve buna uygun işlemlerin gerçekleştirilip gerçekleştirilmediği açıkça ifade edilmelidir.

Bilirkişi raporlarına yönelik en sık karşılaşılan ikinci eleştiri konusu ise, raporun incelenen işlemle ilgili uzmanlık branşından bir hekimin imzasını taşıyamamasıdır (%21,6). Örneğin, bir katarakt ameliyatı davasında, göz hastalıkları uzmanı içermeyen bir heyet tarafından hazırlanan bir raporun Danıştay tarafından kabul edilmeme olasılığı oldukça yüksektir. Bu durum, bilirkişi raporlarında dava konusuyla doğrudan ilgili uzmanlık alanından en az bir uzman hekimin yer almasının kritik önem taşıdığını göstermektedir.

SONUÇ

Çalışmamızda; karar yılı 2018 ile 2022 yılları arasında olan ve Danıştay tarafından karara bağlanan tıbbi uygulama hatalarına ilişkin davalar incelenmiştir. Tıbbi malpraktis iddiasıyla açılan bu idari davalarda, olayın meydana geldiği tarih ile Danıştay aşamasında nihai kararın verilmesi arasında geçen sürenin ortalama 9 yıl 10 ay olduğu, davaların %10,7'sinin ise 15 yıldan uzun sürdüğü saptanmıştır. Yargılama sürelerinin bu denli uzun olması, Avrupa Adaletinin Etkinliği Komisyonu (CEPEJ) tarafından belirlenen hedeflerin oldukça gerisinde kaldığını göstermektedir.

İdari yargıya yansıyan malpraktis iddialarında en sık şikâyet edilen branşlar incelendiğinde; %20,5 ile Kadın Hastalıkları ve Doğum ilk sırada yer almakta, bunu %16 ile Acil Tıp ve %10,6 ile Genel Cerrahi izlemektedir. Cerrahi branşların ve acil müdahale gerektiren alanların, dahili branşlara göre daha yüksek risk altında olduğu görülmüştür. Bu risk dağılımı, Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) tercihlerinde hekimlerin daha az riskli branşlara yönelmesi (defansif tıp) eğilimiyle paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda, malpraktis iddialarının yüksek riskli cerrahi branşlarda yoğunlaşmasının bir sonucu olarak, sağlık sisteminde 'defansif (savunmacı) tıp' uygulamalarının giderek yaygınlaştığı anlaşılmaktadır. Hekimlerin, dava edilme ve tazminat ödeme endişesiyle tıbbi gereklilikten ziyade kendilerini hukuki güvenceye alma saikiyle hareket etmeleri; gereksiz tetkik ve konsültasyonlara başvurmaları veya komplikasyon riski yüksek hastalara müdahale etmekten kaçınmaları sonucunu doğurmaktadır. Bu durum, yalnızca sağlık harcamalarını artırmakla kalmamakta, aynı zamanda çalışmamızda da işaret edildiği üzere, hekimlerin uzmanlık tercihlerini hayati risk taşıyan branşlardan uzaklaştırarak sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir.

İncelenen davalarda hatalı tıbbi uygulama iddialarının temel gerekçeleri arasında; %53,6 ile tedavi sürecinde yapılan hatalar birinci sırada, %20,4 ile ilgisizlik ve özensizlik ikinci sırada, %16,3 ile tanı hataları üçüncü sırada yer almaktadır. Özellikle acil servislerdeki yoğunluk ve polikliniklerdeki hasta yükü göz önüne alındığında, "özensizlik" ve "zaman ayırmama" iddialarının sistemsel sorunlardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Danıştay'ın incelediği dosyaların %49,8'inde ilk derece mahkemesi kararlarının bozulduğu tespit edilmiştir. Bozma kararlarının en sık görülen gerekçesi (%32,9) bilirkişi raporlarının eksik veya yetersiz bulunmasıdır. Yargılamanın uzamasının önüne geçebilmek adına; bilirkişi heyetlerinde mutlaka dava konusu tıbbi işlemin ait olduğu uzmanlık dalından bir hekimin yer alması sağlanmalı ve raporlar, komplikasyon yönetiminin tıbbi standartlara uygun olup olmadığını net bir şekilde ortaya koyacak detayda hazırlanmalıdır.

Danıştay tarafından verilen bozma kararlarında öne çıkan ikinci önemli gerekçe (%20,5), davalı idarenin (Bakanlık veya Üniversite) davayı ilgili sağlık personeline zamanında ihbar etmemesidir. İdari yargıda dava kuruma açılrsa da, tazminatın rücu edilmesi ihtimali nedeniyle süreç hekimi doğrudan ilgilendirmektedir. Hekimlere davaya

müdahil olma ve savunma yapma hakkının tanınmaması, "hukuki dinlenme hakkının" ihlali olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle, idareler kendilerine tebliğ edilen davaları gecikmeksizin ilgili personele ve varsa sigorta şirketine bildirmeli, böylece yargılamanın usul hataları nedeniyle yıllarca uzamasının önüne geçilmelidir.

Çalışmamızda morbidite gelişen vakalarda sinir yaralanmaları ve görme kayıpları ön plana çıkarken, ölümlü sonuçlanan vakaların oranı %30 olarak bulunmuştur. Tıbbi işlemlerin doğası gereği taşıdığı riskler ve komplikasyon ihtimalleri, bilirkişi raporlarında "hata" ile "komplikasyon" ayrımının net yapılmasını zorunlu kılmaktadır. Mahkemeler, bilirkişilerden rapor isterken taraf iddialarını spesifik sorularla yönlendirmeli, genel ifadeler yerine somut olaya özgü değerlendirmeler talep etmelidir.

Sağlık sisteminde tıbbi uygulama hatalarına bağlı dava dosyalarının incelenmesi, sadece hekimin bireysel eylemlerine odaklanmak yerine, daha geniş bir perspektif içermelidir. Çalışmamızda vurgulanan "özensizlik" ve "tanı hatası" iddialarının azaltılabilmesi için; hekimlerin üzerindeki hasta yükünün hafifletilmesi, 5-10 dakika gibi kısa muayene sürelerinin dünya standartlarına çekilmesi ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi gerekmektedir. Adil bir yargılama ve güvenli bir sağlık hizmeti için, hem hukuki prosedürlerin (ihbar, bilirkişi seçimi) hem de tıbbi çalışma ortamının sistematik olarak iyileştirilmesi elzemdir.

KAYNAKÇA

- [1]. Kass JS, Rose RV, Medical malpractice reform—Historical approaches, alternativemodels, and communication and resolutionprograms, *AMA J Ethics*, 2016; 18(3): 299-310.
- [2]. De Ville K, Medical malpractice in twentiethcentury United States: The interaction of technology, law, and culture, *Int J TechnolAssess Health Care*, 1998; 14(2): 196-211.
- [3]. *Canterbury v. Spence*, United States Court of Appeals, District of Columbia Circuit, Jerry W. Canterbury, Appellant, v. William Thornton Spence and the Washington Hospital Center, Appellees.
- [4]. Limin L, Fu L, Li H, Liu T, Sun J, Emergingtrends and patterns in healthcare-seekingbehavior: A systematicreview, *Medicine (Baltimore)*, 2024; 103(8).
- [5]. Taber JM, Leyva B, Persoskie A, Why do people avoid medical care? A qualitative study using national data, *J Gen InternMed*, 2015; 30(3): 290-297.
- [6].Khomkham, P, Kaewmanee, P. Patientmotivation: A conceptanalysis , *Belitung Nursing Journal* Volume 10(5), 490-497.
- [7]. Zhang L, Patientpreference and choice of healthcareproviders in Shanghai, China: A cross-sectional study, *BMJ Open*, 2020; 7(10).
- [8]. Demir M, Kirkit E, Komplikasyon malpraktis ayırımının tıbbî özel hukuk sorumluluğuna etkisi, *ÇÜHAD*, 2022; 1: 58-91.
- [9]. Nasrat Q, Tıbbi müdahalelerde hukuka uygunluk şartları, *İbn Haldun Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 2023; 2.
- [10]. Can İ.Ö, Özkara E, Can M, Yargıtayda karara bağlanan tıbbi uygulama hatası dosyalarının değerlendirilmesi, *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2011; 25(2): 69-76.
- [11]. Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Sağlık Müdahale Sınıflaması ICHI, Erişim adresi: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-health-interventions>.
- [12]. Sameera V, Bindra A, Rath GP, Human errors and their prevention in healthcare, *J AnaesthesiolClinPharmacol*, 2021; 37(3): 328-335.

- [13]. Aksaray B, Roma hukuku ve Türk hukukunda hekimin hukuki sorumluluğu bakımından kusur, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Özel Hukuk Anabilim Dalı, 2017.
- [14]. Şahbaz G, Yücesoy H, Akın Ö, Erbil N, Malpraktis ve sağlık profesyonellerinin sorumlulukları, University of Health Sciences Journal of Nursing, 2022; 4(2).
- [15]. Karataş M, Yakıncı C, Tıbbi hata nedenleri ve çözüm yolları, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2010; 17(3): 233-236.
- [16]. Değdaş UC, Hatalı tıbbi uygulamadan malpraktis doğan hukuki ve cezai sorumluluk, Hukuk Fakültesi Dergisi, 2018; 1(6).
- [17]. Danıştay Onbeşinci Dairesi, Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin Ek 5. Maddesinin 1. Fıkrasının (e) Bendinin 1 Numaralı Alt Bendinde, 25.08.2016 Tarihli ve 29812 Sayılı Resmî Gazete'de Yayımlanan Değişikliğin İptali İstemine Dair Karar, E. 2016/9849, K. 2018/6803, Erişim adresi: <https://karararama.danistay.gov.tr/getDokuman?id=479547200&arananKelime=>.
- [18]. Dizdar E, Yetkisiz hekimlik suçu 1219 sayılı Kanun m.25, TAAD, 2019; 11(38): 29.
- [19]. Kara D, Vekâlet sözleşmesine uygulanacak hukuk, Public and Private IntLawBull, 2019; 39(1): 145-188.
- [20]. Arslan F, Hekimin sorumluluğunun belirlenmesi bakımından hekim ile hasta arasındaki ilişkinin hukuki mahiyeti, Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi, 2020; 26(1): 400-422.
- [21]. Atıcı E, Hasta-hekim ilişkisi kavramı, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2007; 33(1): 45-50.
- [22]. Polat O, Tıbbi uygulama hataları: Klinik- sosyal- hukuksal- etik boyutları, Seçkin, Ankara, 2005.
- [23]. Sungur C, Hekimlerde tıbbi hata suçlamalarına karşı savunmacı tıp davranışları, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2019; 22(1): 191-206.
- [24]. Güngör P, Doğan Merih Y, Yaşar Kocabey M, Farklı ülkelerin malpraktis konusunda yasal düzenleme girişimleri, zorunlu mali sorumluluk sigortası, Zeynep Kâmil Tıp Bülteni, 2012; 43(4).

- [25]. Yasdı A, Tıbbi malpraktis: Ulusal Tez Merkezi'ndeki lisansüstü tezler üzerinde bir inceleme, Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, 2025.
- [26]. Er Alat, Aslım G, Veteriner hekimliğinde malpraktis, Farmakoloji Toksikoloji Derneği Bülteni, 2021; 12(2): 89-104.
- [27]. Kurt MG, Tıbbî müdahalelerde aydınlatılmış onam, TBB Dergisi, 2020; 146.
- [28]. Hagraş AM, Medical responsibility and medical malpractice, Suez Canal UnivMed J, 2011; 14(1): 1-4.
- [29]. Oral R, Erdoğan M, Etik ve dezenformasyon yönüyle bir sağlık haberinin söylem analizi, TRT Akademi, 2024; 10(23): 238-265.
- [30]. Balogh EP, Improving diagnosis in health care, Washington DC: The National Academies Press, 2015.
- [31]. Rodziewicz TL, Houseman B, Vaqar S, Hipkind JE, Medical Error Reduction and Prevention, StatPearls, 2024.
- [32]. TDK, Türk Dil Kurumu, Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/>.
- [33]. Jacobs JP, Jacobs ML, Mavroudis C, Maruszewski B, Tchervenkov CI, The improvement of care for paediatric and congenital cardiac disease across the world: A challenge for the World Society for Pediatric and Congenital Heart Surgery, Cardiol Young, 2008; 18(Suppl 2): 38-62.
- [34]. Kırtıçoğlu M, Yargıtay'da 2010-2017 yılları arasında karara bağlanan hatalı tıbbi uygulama malpraktis dava kararlarının değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, 2018.
- [35]. Dindo D, Demartines N, Clavien PA, Classification of surgical complications: A new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey, Ann Surg, 2004; 240(2), 205-213.
- [36]. Hakeri H, Tıp hukukunda malpraktis komplikasyon ayrımı, Toraks Cerrahisi Bülteni, 2014; 5(1): 23-28.
- [37]. Okyay RA, Akbaba M, Kirkit E, Aydınlatılmış onam ve aşılama, Turk J Public Health, 2015; 13(2).
- [38]. Ersoy NE, Aydınlatılmış onam öğretisinin gelişimi, Tıbbi Etik, 1995; 1: 1-5.

- [39]. Ay A, Çınar S, Boztepe H, Çocuklarda aydınlatılmış onam, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2019; 6(2): 120-125.
- [40]. Üstü Y, Dağcıoğlu BF, Tanı hatalarını nasıl azaltalım? Ankara Medical Journal, 2020; 20(1): 251-253.
- [41]. Ovalı F, Hasta güvenliği yaklaşımları, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 2010; 1(1): 33-43.
- [42]. Kaya MK, T.C. Yargıtay Başkanlığı'nda 2016-2022 yılları arasında karara bağlanan tıbbi uygulama hatası tıbbi malpraktis davalarının irdelenmesi, Uzmanlık Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, 2023.
- [43]. Demir MF, 2005-2021 yılları arasında Yargıtay'da karara bağlanan tıbbi uygulama hatası dava dosyalarında bilirkişi raporlarının içeriklerinin ve kararlara etkisinin adli tıbbî açıdan değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, 2024.
- [44]. Eyigün MB, 2018-2022 yılları arasında Yargıtay tarafından malpraktis davaları hakkında verilen kararların değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, 2024.
- [45]. Eroğlu Durkal M, Üşenmez H, Yargı kararları ışığında Türk hukukunda sağlık hizmetinin yürütülmesinde ortaya çıkan organizasyon kusurları, Erciyes Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 2023; 18(2): 858-930.
- [46]. Özel Ç, Leblebici DN, Organizasyon kusurundan doğan zarar açısından özel hastane ve hekimlerin sorumluluklarına kısa bir bakış, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2007; 10(2).
- [47]. Caymaz M, Sağlık personelinin tıbbi uygulama hataları üzerine bir araştırma, Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2015; 2(4), 45-58.
- [48]. Algan B, İstanbul'da yapılan adli otopsilerin tıbbi malpraktis açısından irdelenmesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, 2012.
- [49]. Öner S, Estetik ve kozmetik amaçlı girişimler ve medikal uygulamalara bağlı tıbbi uygulama hatası iddiası olgularının değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2013.
- [50]. Özkıdık D, Hekimin mesleki sorumluluk sigortası, Ankara Barosu Dergisi, 2016; 4.

- [51]. Ersöz AK, Anayasa Mahkemesi'nin idarenin sağlık hizmetlerinden kaynaklanan sorumluluğuna ilişkin bireysel başvuruya konu kararlarının değerlendirilmesi, Akdeniz Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 2022; 12(2): 457-478.
- [52]. Çelik M, İdarenin sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden kaynaklanan kusursuz sorumluluğu, In: Günday M, editor, Prof. Dr. Metin Günday Armağanı, 1st ed, 2015, 93-113.
- [53]. Dağdemir MG, Çelik S, İdare hukukunda hekimlere rücu sorunu, Uluslararası İnsan Çalışmaları Dergisi, 2024; 7(14), 45-68.
- [54]. Can H, Sağlık hizmetlerinde idarenin organizasyon sorumluluğu, TBB Dergisi, 2022; 161: 184-224.
- [55]. Khalil E, 2015-2020 yılları arasında Yargıtay'a intikal etmiş malpraktis dosyalarının sağlık yönetimi açısından analizi, Yüksek Lisans Tezi, Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, 2022.
- [56]. Temel G, Sağlık çalışanlarının hukuki sorumluluğu bağlamında 2015-2021 yılları arasında Türkiye Cumhuriyeti Danıştay Başkanlığı'nda karara bağlanan tıbbi malpraktis tıbbi uygulama hatası davalarının değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Tekirdağ, 2022.
- [57]. Dağlı G, Danıştay kararları ışığında sağlık kamu hizmetinden kaynaklanan tam yargı davaları, Danıştay Dergisi, 2022; 154.
- [58]. Kılan S, Hizmet kusurundan kaynaklanan hatalı tıbbi uygulama davalarının Danıştay kararları ışığında analizi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir Bakırçay Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2022.
- [59]. Tuğcu H, Yorulmaz C, Koç S, Hekim sorumluluğu ve tıbbi malpraktis, Klinik Gelişim Dergisi, 2009; 22: 6-10.
- [60]. Adli Tıp Kurumu, Adli Tıp İhtisas Kurulu, Erişim adresi: <https://www.atk.gov.tr/adli-tip-ih-tisas-kurulu.html>.
- [61]. Örnek Büken N, Büken E, Tıbbi malpraktis konusunda tartışmalar, Klinik Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi, 2003; 11: 140-147.
- [62]. Danıştay Karar Arama, Erişim: <https://karararama.danistay.gov.tr/> Erişim Tarihi: 01.01.2025-01.10.2025

- [63]. Yazıcı AY, Şen H, Aliustaoğlu S, Sezer Y, İnce CH, Evaluation of the medical malpractice cases concluded in the General Assembly of Council of Forensic Medicine, *Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi*, 2015; 21(3): 204-208.
- [64]. Şeker Z, Malpraktis davalarında aydınlatılmış onam ile ilgili Yargıtay kararlarının değerlendirilmesi, *Tıpta Uzmanlık Tezi*, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, 2020.
- [65]. Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Gandhi TK, Kachalia A, Yoon C, Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation, *New England Journal of Medicine*, 2006; 354: 2024-2033.
- [66]. Dizlek G, Akbulut Y, Sağlık çalışanlarının görev kusurlarına yönelik idari ve adli soruşturmaların analizi, *Legal Hukuk Dergisi*, 2017: 15(172), 1605-1622.
- [67]. Balıkçı MB, Tıbbi uygulama hatası iddialarında ölümlerle sonuçlanan ve sonuçlanmayan olguların karşılaştırılması, *Doktora Tezi*, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü, Tıp Bilimleri Anabilim Dalı, 2019.
- [68]. Gündoğmuş UN, Erdoğan MS, Sehiralti M, Kurtuş O, A descriptive study of medical malpractice cases in Turkey, *Annals of Saudi Medicine*, 2005; 25(5): 404-408.
- [69]. Cohen D, Chan SB, Dorfman M. Malpractice Claims on Emergency Physicians: Time and Money. *The Journal of Emergency Medicine*. 2012;42(1):22-27.
- [70]. Toraldo DM, Vergari U, Toraldo M. Medical Malpractice, Defensive Medicine and Role of the “Media” in Italy. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*. 2015;10(12):1-7.
- [71]. Yargıda Hedef Süre Uygulaması Başladı. <https://sgb.adalet.gov.tr/Home/SayfaDetay/yargida-hedef-sure-uygulamasi-baslamistir#:~:text=Yarg%C4%B1da%20Hedef%20S%C3%BCre%20Uygulamas%C4%B1%3B%20her,ama%C3%A7layan%20bir%20dava%20y%C3%B6netim%20sistemidir>. Erişim tarihi: 01.10.2022
- [72]. Köse Ç. Türk Tabipleri Birliği Yüksek Onur Kurulu Tıbbi Uygulama Hatası İddiası Dosyalarının Değerlendirilmesi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı; 2016.
- [73]. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ. Resmi Gazete Tarih: 21. 07. 2010. Resmi Gazete Sayı: 27648.

[74]. Kasap H, Akar T, Demirel B, Dursun AZ, Sarı S, Özkök A, Aydemir Ö. Tıbbi uygulama hatası riski yüksek olan uzmanlık dallarının tıpta uzmanlık sınavında tercih edilme önceliklerinin yıllara göre değişimi. Adli Tıp Bülteni Dergisi. 2015; 20 (1):34-7.

[75]. Gürbeden B. 2010-2014 yılları arasında tıbbi uygulama hatası iddiası ile Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığı'nda otopsi yapılan olguları değerlendirilmesi (Tıpta uzmanlık tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı; 2016

[76]. Schaffer AC, Jena AB, Seabury SA, Singh H, Chalasani V, Kachalia A. Rates and characteristics of paid malpractice claims among US physicians by specialty, 1992-2014. JAMA internal medicine 2017;177:710-8.

[77]. Hickson GB, Clayton EW, Entman SS, Miller CS, Githens PB, Whetten-Goldstein K, et al. Obstetricians' Prior Malpractice Experience and Patients' Satisfaction With Care. JAMA. 1994;272(20):1583-1587.

[78]. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-Patient Communication. The Relationship With Malpractice Claims Among Primary Care Physicians and Surgeons. JAMA. 1997;277(7):553-559.

[79]. TTB ve Tabip Odaları İşyerlerinden Seslendi: 5 Dakikada Hekimlik Yapılmaz, Sağlık 5 Dakikaya Sığmaz! [İnternet]. [E.T. 22.05.2024]. Erişim: <https://www.ttb.org.tr/245yis8>

[80]. Savaş H. Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları, 1. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2009.

[81]. Gürbeden B. 2010-2014 yılları arasında tıbbi uygulama hatası iddiası ile Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığı'nda otopsi yapılan olguları değerlendirilmesi (Tıpta uzmanlık tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı; 2016

[82]. Danıştay 10. Daire Başkanlığı, Esas No:2019/6667, Karar No:2021/6840 içtihat metni.

<https://karararama.danistay.gov.tr/getDokuman?id=RU5DKGw2S09hMEhjQmVWVEIrempiTIJDeHZCcm5uR2t3ZXVmYmxybEg5L1NrUXJ0ZUs0OTRmazJDMW1XRmVFcFV3SzMxZEMvdGhNZHI0cVV0T3ZuTmowZXVacGdZR1hxT0JiNXQxZUtiM>

WivOG1EdkpiR1NVclEzL04xcTJFMUNicTIQeGZKTUJU0ZDUmVEUXdaMmdq
ek41MTFzYIROM0IKczF2ZmdxSllCeG8wbjRQYllxZW9sMIQ5Skx0eXV1QTZCV
Sk=&arananKelime=2021/68406840 Erişim tarihi:18.11.2022

[83]. Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbî İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle
Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar
Hakkında Yönetmelik. https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/06/20220615_14.htm
Erişim tarihi:08.09.2022