

**T.C.
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜMÜ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Naile Esra SAKA

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ HUKUKİ
SORUMLULUĞU BAĞLAMINDA 2015-2021
YILLARI ARASINDA TÜRKİYE CUMHURİYETİ
DANIŞTAY BAŞKANLIĞI'NDA KARARA
BAĞLANAN TIBBİ MALPRAKTİS (TIBBİ
UYGULAMA HATASI) DAVALARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Gökhan TEMEL

TEKİRDAĞ 2022

TEŐEKKÜR

Uzmanlık eğitim sürecimde baŐtan sona yanımda olan, desteğini ve sevgisini her daim hissettiğim çok kıymetli hocam;

Sayın **Dr. Öğr. Üyesi Naile Esra SAKA**'ya,

Mesai arkadaşım ve değerli dostum;

Uz. Dr. Hasan BUDAK'a,

Eğitim sürecime katkısı olan **bütün hocalarıma**,

Manevi desteklerini her zaman hissettiğim; **annem, babam ve kardeŐime**,

Gerek uzmanlık eğitimim, gerekse tez yazım sürecimde en büyük destekçim olan değerli eŐim; **Dr. BüŐra ÖZTÜRK TEMEL**'e en içten teşekkürlerimi sunarım.

BEYAN

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi
Tıp Fakóltesi Uzmanlık Tezi Yazım
Kılavuzu'na uygun olarak hazırladığım tez
çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
çalışmada yer verdiğim bütün bilgi, doküman,
değerlendirme ve sonuçları akademik ve etik
kurallar çerçevesinde elde ettiğimi ve
oluşturduğumu, çalışmaya dahil ettiğim
verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
çalışmada yararlandığım esere uygun atıfta
bulunarak kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Dr. Gökhan TEMEL

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
TIBBİ MALPRAKTİS.....	3
BİLİRKİŞİLİK.....	15
SAĞLIK ÇALIŞANLARININ TIBBİ UYGULAMADAN DOĞAN SORUMLULUĞU.....	20
DANIŞTAY YAPISI VE GÖREVLERİ.....	43
EVRENSEL HUKUKTA İDARİ DENETİM.....	47
GEREÇ ve YÖNTEMLER	51
BULGULAR	53
TARTIŞMA	76
SONUÇ	99
ÖNERİLER	101
ÖZET	104
SUMMARY	106
KAYNAKLAR	108
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

TTB: Türk Tabipleri Birliği

NST: Non Stres Test

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ATK: Adli Tıp Kurumu

YSS: Yüksek Sağlık Şurası

HMK: Hukuk Muhakemeleri Kanunu

CMK: Ceza Muhakemeleri Kanunu

DTB: Dünya Tabipler Birliği

TBK: Türk Borçlar Kanunu

İYUK: İdari Yargılama Usulleri Kanunu

ZMSS: Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası

KDK: Kamu Denetçiliği Kurumu

ATAD: Avrupa Toplulukları Adalet Divanı

SHS: Sağlık Hizmet Sunucusu

DSP: Hekim Dışı Diğer Sağlık Personeli

TUS: Tıpta Uzmanlık Sınavı

GİRİŞ VE AMAÇ

Geçmiş yüzyıllar öncesine tarihlenen hekimlik mesleği, dünyanın en eski mesleklerinden biri olarak tanımlanmaktadır. Dolayısıyla yüzyıllardır süregelen hasta hekim ilişkisinde, bu ilişkinin dinamikleri zaman içerisinde değişmekte bulunduğu zamana göre şekillenmektedir. Özellikle 20. yüzyılda yıkıcı savaşlar sonrası, tüm dünyada insan hakları konusunda yaşanan gelişmeler, birçok alanda olduğu gibi sağlık alanında da hasta hakları temelinde, çok sayıda ulusal ve uluslararası mevzuatın ortaya çıkmasına yol açmıştır. Başta hekimler olmak üzere bütün sağlık çalışanlarının görev ve sorumluluklarının çerçevesini çizen ulusal ve uluslararası mevzuatın oluşturulması ile birlikte hasta - hekim ilişkisi; hekim temelli paternalistik yaklaşımdan, karşılıklı katılım gerektiren iş birliği temelli bir yaklaşıma evrilmiştir. Bu dönüşümün doğal sonucu olarak; tıbbi malpraktis, defansif tıp, hekim sorumluluğu gibi kavramlar daha sık tartışılmaya başlanmıştır (1, 2).

Tüm dünyada artan tıbbi malpraktis dava sayıları, hekimlerin malpraktisten korunmak için; daha fazla tetkik istemesine, gereğinden fazla ilaç yazmasına, gereğinden fazla konsültasyon istemesine ve kompleks - komplikasyonu yüksek tedavilerden kaçınmasına yol açmaktadır. Bu kaçınma davranışları da defansif tıbbi doğurmaktadır (3).

Tez çalışmamızda, T.C. Danıştay Başkanlığı'na yansıyan davalar üzerinden; sağlık çalışanlarının hukuki sorumluluğu bağlamında sunulan sağlık hizmetlerinde en sık yapıldığı iddia edilen tıbbi uygulama hataları, şikayete konu sağlık alanı ve uygulamaları, şikayetin gerçekleştiği kurumları – idari basamakları, söz konusu davalara sunulan tıbbi bilirkişi raporları ile mahkeme kararlarının dağılımı gibi dinamikler irdelenerek, ülkemizde tıbbi

malpraktis davalarının Danıştay’da yer aldığı sürece kadar geçirdiği belli aşamalar ve genel sonuçlanma şekillerini; dolayısı ile ülkemizde mevcut yasal müeyyideleri de ortaya koymayı amaçlayan geniş veri tabanlı bir çalışma oluşturmayı hedeflemekteyiz.

Tıbbi müdahale süreci, hekime ve hastanın tanı - bakım - tedavi sürecine katkı sunan bütün sağlık çalışanlarına birtakım sorumluluklar yükler. Bu süreçte, her sağlık çalışanının kişisel sorumlulukları doğrultusunda kanunlar önünde ceza sorumluluğu mevcuttur. Ayrıca çalıştıkları kuruma karşı idari bir sorumlulukları ve icra ettikleri meslek doğrultusunda ilgili meslek kuruluşuna (hekimler için Türk Tabipleri Birliği) mesleki bir sorumlulukları bulunmaktadır. Bu çalışmada üstünde duracağımız dava örnekleri üzerinden değineceğimiz bir diğer sorumluluk tipi ise sağlık çalışanına kusurlu bulunması halinde tazminat sorumluluğu yükleyen hukuki sorumluluktur (4). Bu sorumluluk kavramları bütün sağlık çalışanları için geçerli olmakla birlikte adli sürecin yürütülmesi süreci, özel hastanede çalışan ve kamu hastanesinde çalışan sağlık çalışanları için farklılık göstermektedir. Kamu hastanelerinde, kamu görevlisi statüsünde görev yapan sağlık çalışanları açısından baktığımızda, T.C. Anayasası 129/5. maddede belirtildiği üzere: “*Memurlar ve diğer kamu görevlilerinin yetkilerini kullanırken işledikleri kusurlardan doğan tazminat davaları, kendilerine rücu edilmek kaydıyla ve kanunun gösterdiği şekil ve şartlara uygun olarak, ancak idare aleyhine açılabilir*” ibaresi ile tazminat sorumluluğu devlete yüklenmektedir; yine T.C. Anayasa 40. maddede: “*Kişinin, Resmî görevliler tarafından vaki haksız işlemler sonucu uğradığı zarar da, kanuna göre, Devletçe tazmin edilir. Devletin sorumlu olan ilgili görevliye rücu hakkı saklıdır*” denilerek, kamuda çalışan sağlık çalışanları yönünden tazminat davasının yalnızca idareye açılabileceği ancak sorumlu çalışana devletin rücu hakkının bulunduğu vurgulanmıştır (5).

Çalışmamız kapsamında ülkemizde idari yargı alanında en yüksek mahkeme ve temyiz mercii niteliğindeki T.C. Danıştay Başkanlığı’nda karara bağlanan tıbbi malpraktis davaları üzerinden; idarenin hizmet sunumundaki yeri, hekimin ve diğer sağlık çalışanlarının sorumluluğu, tıbbi kötü uygulamaya ilişkin zorunlu mali sorumluluk sigortası gibi kavramların ülkemizdeki son durumuna ve diğer ülkelerin farklılıklarına değinilmeye çalışılacaktır.

GENEL BİLGİLER

TIBBİ MALPRAKTİS

Son yıllarda tüm dünyada artan dava sayıları ile birlikte gündemde daha çok yer bulan bir kavram olmakla birlikte, malpraktis teriminin kökeni çok daha eskiye dayanmaktadır. İngiliz hukukçu Sir William Blackstone 1765 yılında yayımladığı “İngiltere Hukuku Üzerine Yorumlar” adlı çalışmasında yer verdiği; “*Mala praxis*: Bir hekimin veya cerrahın ihmali veya beceriksiz yönetimi” tanımı ile modern malpraktis kelimesinin türemiş olduğu düşünülen terimi ortaya koymuştur. Hatalı tıbbi uygulama yapan hekime ceza öngören bilinen en eski yazılı kaynak ise Hammurabi Stelidir (6).

Meslek örgütlerinin *tibbi malpraktis* tanımlarına baktığımızda, Dünya Tabipler Birliği (World Medical Association): “Hekimin, hastanın tedavisi için bakım standardına uymaması veya hastanın yaralanmasının doğrudan nedeni olan beceri eksikliği veya hastaya bakım sağlamadaki ihmali” tanımını yaparken; Türk Tabipleri Birliği (TTB) ise Hekimlik Meslek Etiği Kuralları’nda: “Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi durumu, hekimliğin kötü uygulamasıdır” şeklinde tanımlamaktadır (6, 7). Her ne kadar her iki meslek örgütü tanımında da malpraktis kavramı hekim özelinde tanımlanmış olsa da bütüncül bir yaklaşım gerektiren sağlık hizmet sunumunun herhangi bir aşamasında gerçekleşen bütün hataları hekim hatası olarak nitelersek, diğer sağlık hizmet sunumu bileşenlerini, görev ve sorumlulukları açısından göz ardı etmiş oluruz. Hekim ve dış hekimleri dışındaki sağlık meslek çalışanlarının kişisel karar alarak doğrudan insan üzerinde uygulama yetkisi olmasa dahi, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına

Dair Kanun ile hekim ve diş hekiminin yönlendirmesi ile sağlık hizmet sunumuna katılan meslek grupları tanımlanmış ve görev, yetki, sorumluluklarının sınırları çizilmiştir. Bu kanun dışında; “Hemşirelik Yönetmeliği” ve “Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik” ülkemizde sağlık çalışanlarının görev, yetki, sorumluluklarını ortaya koyan diğer yasal düzenlemelerdir. Dolayısıyla birden fazla bileşeni olan sağlık hizmet sunumu sürecinde, bu sürece katkı sunan her unsur için kendi görev ve sorumlulukları dahilinde gerçekleştirdiği ihmal, beceri eksikliği ya da standart dışı tıbbi işlem sonucu oluşan zarar tıbbi malpraktis (tıbbi uygulama hatası) olarak tanımlanabilir (8, 9, 10, 11).

“Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik” ile iş ve görev tanımları düzenlenmiş olup, *sağlık meslek mensupları*; tabip ve uzman tabip, diş tabibi ve uzman diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire, klinik psikolog, fizyoterapist, fizyoterapi teknikeri, odyolog, odyometri teknikeri, diyetisyen, dil ve konuşma terapisti, podolog, sağlık fizikçisi, radyoterapi teknikeri, anestezi teknisyeni / teknikeri, tıbbi laboratuvar teknisyeni, tıbbi laboratuvar ve patoloji teknikeri, tıbbi görüntüleme teknisyeni / teknikeri, ağız ve diş sağlığı teknikeri, diş protez teknikeri, tıbbi protez ve ortez teknikeri / teknisyeni, ameliyathane teknikeri, adli tıp teknikeri, diyaliz teknikeri, perfüzyonist, eczane teknikeri, iş ve uğraşı terapisti (ergoterapist), iş ve uğraşı teknikeri (ergoterapi teknikeri), elektronörofizyoloji teknikeri, mamografi teknikeri, optisyen, acil tıp teknikeri, acil tıp teknisyeni, hemşire yardımcısı, ebe yardımcısı ve sağlık bakım teknisyenidir. Bu yönetmelik kapsamında, *iş ve görev tanımları yapılan sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensupları ise*; psikolog, biyolog, çocuk gelişimcisi, sosyal çalışmacı / sosyal hizmet uzmanı, sağlık eğitimcisi / tıbbi teknolog, sağlık idarecisi, çevre sağlığı teknisyeni / teknikeri, yaşlı bakım teknikeri / evde hasta bakım teknikeri, tıbbi sekreter ve biyomedikal cihaz teknikeri olarak sıralanmıştır (9).

Tıbbi Uygulama Hatalarını Ortaya Çıkaran Etmenler

Tıbbi malpraktis yönünden cezai şartların oluşması için sadece uygulama hatasının varlığı yeterli değildir. Gerçekleşen tıbbi uygulama hatası, bir zarara yol açmalı ve bu zarar ile söz konusu hata arasında bir illiyet (nedensellik bağı) bulunmalıdır. Zarar ortaya çıkarmayan kusur, cezai şart oluşurmaz (10,12). Tıbbi malpraktisi ortaya çıkaran sağlık

çalışanı ile ilgili etmenlere baktığımızda; bilgi ve tecrübe eksikliği, dikkat ve özen eksikliği, yetki sınırlarının aşılması, iletişim eksiklikleri ve aydınlatma yükümlülüğün ihlali olarak sıralanabilir. Bu etmenlerin yanı sıra sağlık hizmeti organizasyonu ve yürütülmesinden kaynaklanan etmenler de tıbbi malpraktis davalarının öncül nedenlerindedir (13, 14).

a. Bilgi ve tecrübe eksikliği:

Her profesyonel mesleğin icrasında olduğu gibi hekimlik mesleğinde ve diğer sağlık hizmetlerinde çalışan mesleklerin icrasında birtakım yeterlilikler aranmaktadır. Hekimlik için birincil şart 1219 sayılı kanunun 1. maddesi ile de düzenlenen tıp fakültesi diploması almaktır. Teknolojik gelişmelerin de etkisiyle bu denli hızlı gelişen tıp biliminde tıbbi uygulamalar, cerrahi prosedürler bu gelişmelerle birlikte değişmekte, gelişmektedir. Bu gelişen, dönüşen süreçler yönünden bir hekimden beklenen elbette bütün bilimsel gelişmelere tam hakimiyet değildir. Tıp fakültesinden yeni mezun bir hekimden beklenen, bir pratisyen hekim olarak görev yaptığı birimde bilgi ve tecrübeleri doğrultusunda eksiksiz sağlık hizmeti sunmasıdır. Söz konusu sağlık hizmetinin sunumunda bir pratisyen hekim ile bir profesör doktorun aynı bilgi ve tecrübe ile olaya yaklaşması beklenemez. Bu sebeple tıbbi malpraktis davalarında kusur değerlendirmesi yapılırken bu gibi subjektif farklar göz önüne alınarak değerlendirme yapılır (15).

Hekimlik öğretilerinde kullanılan, “hastalık yoktur hasta vardır” deyişi her hastanın hekim için ayrı bir tecrübe olduğunu vurgulaması açısından önemlidir. Meslekte tecrübe, şüphesiz önemli bir faktör olmakla birlikte hekimlerin performansına odaklanan bir çalışma, daha genç hekimlerin, ileri yaş hekimlere göre bilgi testleri / uygulama değerlendirmelerinde daha iyi performans gösterdiği ve daha genç hekimlerin kılavuzlara daha iyi uyduğunu göstermektedir. Tecrübeli hekim daha iyi hekimdir, tabusunu yıkan bu çalışma aslında bizi; gelişen, geliştikçe uygulamaları ve standartları değişen tıp bilimi gerçeğine götürmektedir. Bu çalışmadan, yeni mezun hekimlerin güncel tıbbi standartlara daha hakim olduğu, ilerleyen yaş ile birlikte değişen bilimsel standartları / prosedürleri / kılavuzları takip etmeyen hekimlerin güncel tıbbi bilgilerden uzak kalarak, tıbbi uygulamayı güncel tıbbi standartlar doğrultusunda yapamadığı sonucu çıkarılabilir (16). Bu arada belirtmek gerekir ki; gerçekleştirilen tıbbi uygulama eğer güncel uygulamada terk edilmiş bir uygulamaysa, bu uygulama da bir tıbbi malpraktistir. “Ben mezun olduğumda standart uygulama buydu,

yeni standart uygulamayı bilmiyorum” savunması hekimi kurtarmayacaktır. Mesleğin kaçınılmazı yılında olursa olsun hekim, güncel tıbbi uygulama standardını yakalamak zorundadır. Bu doğrultuda hekim, meslek odalarının / meslek derneklerinin düzenlediği sertifikasyon ve meslek içi yenileme eğitimlerini mevcut bilgileri korumak ve güncel bilgiye ulaşmak adına takip etmeli ve bilgi teknolojilerinin yoğun kullanımıyla birlikte ulaşımı her geçen gün daha da kolay hale gelen yazılı, görsel ve işitsel bilgi kaynaklarından yararlanmalıdır (17).

b. Dikkat ve özen eksikliği:

Hukuk normlarında, hekim hasta ilişkisi sürecinde tababette genel kabul görmüş kuralları bilmeyi ve bu kurallara uygun şekilde hekimlik sanatını icra etmeyi gerektiren bir özen yükümlülüğü olduğu kabul edilir. Bu yükümlülük kesin sınırlarla çizilmemiştir. Çünkü somut olaylarda; tıbbi uygulamanın türü, aciliyeti, tıbbi imkanların sınırlılığı, hekimin takdir yetkisinin sınırları gibi etmenler farklılık arz ettiğinden dikkat ve özen yükümlülüğü bakımından her olay özelinde ayrı değerlendirme yapmak gerekir (17). Örneğin femoral arter olası bir emboli durumunda daha ciddi komplikasyonlar oluşturacağı için arter kan gazı alımında ilk tercih edilecek damarlar, radial ve brakial arterlerdir. Sadece, radial ve brakial arter kullanımının kontrendike olduğu durumlar ya da hasta şok tablosu içindeyse femoral arter tercih edilebilir (18). Dolayısıyla serviste takip edilen bir hasta için radial ve brakial arterden kan alımında herhangi bir kontraendikasyon yok iken femoral arterden alınan kan sonrası emboli gelişirse, hekimin genel kabul görmüş kuralları uygulamaması nedeniyle özen yükümlülüğüne aykırı davrandığı söylenebilir. Ancak aynı işlem acil durumlarda; kardiyak arrestle acil servise başvuran bir hastaya uyguladığında, somut olaydaki zaman kısıtlılığı ve olayın aciliyeti değerlendirilmeli, özen yükümlülüğünün ihlali yönünden serviste takip edilen hastaya göre daha farklı bir karar almayı gerektirmektedir (19).

c. Yetki sınırlarının aşılması:

Sağlık çalışanlarının yetki ve sorumluluk sınırları, başta 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun olmak üzere birçok yasa ve yönetmelikle çizilmiştir. Tıbbi uygulamalarda bu sınırların dışına çıkıldığında meydana gelecek zarar tıbbi malpraktisi oluşturur. Örneğin, bir ebe tek başına hekimin izni ve kontrolüyle vajinal

doğumu gerçekleştirebilir ancak Non Stress Test (NST) değerlendirmesini hekim yapmalıdır. NST nonreaktif ve bu duruma bağlı gebenin sezaryene alınması gerekirken, NST sonuçlarını hekime danışmadan vajinal doğum eylemini gerçekleştiren bir ebe yetki sınırlarını aşmış ve tıbbi malpraktis yapmış olur. Uzmanlık gerektiren bir tıbbi durumda ilgili kliniğe konsültasyon yapmayan bir pratisyen hekim de aynı şekilde yetki sınırlarını aşmış olarak değerlendirilebilir (19).

d. İletişim sorunları ve aydınlatma yükümlülüğünün ihlali:

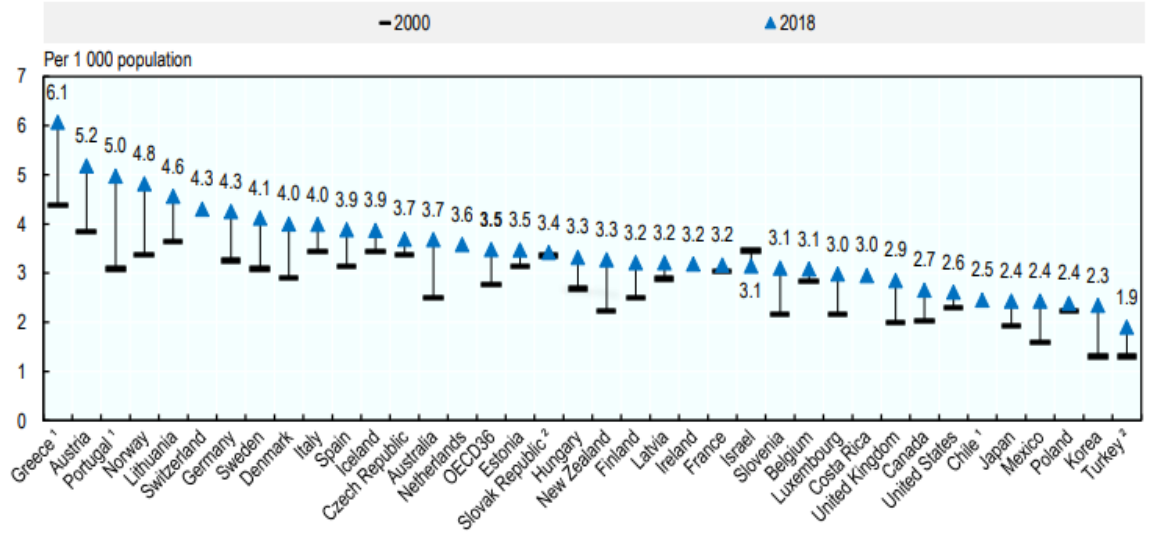
Hekim - hasta ilişkisi, hukuki normlarla sınırları çizilen bir tür hizmet ilişkisi olarak tanımlanabilir. Bu hizmet ilişkisinde; sağlık hizmet sunumunu sağlayan hekim ve diğer sağlık çalışanları iken hasta hizmet alan konumundadır. Hizmetin niteliğine baktığımızda ise söz konusu sağlık hizmetinin sıradan bir ticari ilişki olmadığı açıktır. Hasta gerçekleşen sağlık hizmeti sonucu; bedensel bütünlüğü bozulabilir, acı çekebilir ya da ruhsal bir zarar görebilir. Tüm bu zarar durumları, gerçekleştirilecek tıbbi uygulamanın öngörülebilir sonuçları olabilir. Ancak söz konusu tıbbi uygulama sonucu bu sonuçları öngördüğümüzü hastaya anlatmaz ve bu durumları açıklamazsak hekim olarak doğru iletişimi sağlamamış oluruz. Hasta, hekime bir yardım beklentisi ile başvurmaktadır ve doğru iletişim şekli kurulamazsa hasta tıbbi uygulamanın sonuçlarına dair fazladan bir beklenti içine girebilir, tıbbi uygulama sonucu hekim istediği sonucu olsa dahi beklentileri karşılanmayan hasta mutsuz olur. Bu nedenle hekim - hasta ilişkisi kurulduğu andan itibaren hekim; hastaya karşı açıklayıcı, farklı tedavi yöntemlerinin her birinin üstünlükleri ve dezavantajları konusunda bilgilendirici ve karar aşamasına hastayı dahil eden bir yaklaşım içinde olmalıdır (20).

Tıbbi uygulamanın en önemli koşullarından biri de rızadır. Rıza, tıbbi müdahaleye izin vermeye yönelik bir irade beyanıdır. Rıza alınırken hasta ya da kanuni temsilcisi gerçekleştirilecek tıbbi uygulama, bu uygulamanın riskleri, sonuçları ve söz konusu uygulama gerçekleşmezse sonuçlarının ne olacağı yönünden bilgilendirilip aydınlatılmalıdır. Aydınlatma yükümlülüğü yerine getirildikten sonra beyan edilen karar, hastaya aittir. Hasta bütün sonuçları göze alarak tıbbi uygulamayı reddedebilir. Bu durumda Hasta Hakları Yönetmeliği madde 25 kapsamında hastaya, tüm risklerin anlatıldığı ve hastanın müdahaleyi reddettiği yönünde bir belge düzenlenerek imzalatılır (21).

Bazı durumlarda aydınlatma zorunluluğu ortadan kalkabilir. Tıbbi uygulamanın aciliyeti halinde; örneğin trafik kazası ile bilinci kapalı bir şekilde acil servise başvuran hastada müdahale için bir rıza şartı beklenmez (21). Bunun dışında hastanın aydınlatılmayı istememesi halinde yine hekim bunu tutanak altına alıp aydınlatma yapmayabilir. İdrar tahlili alınması, direkt grafi çekilmesi gibi ciddi risk içermeyen hallerde de zaman ve emek israfını önlemek adına aydınlatma yapılmayabilir. Zaman ve emek israfından kaçınmak adına hastanın aynı işlemi daha önce de geçirmiş olması ve buna bağlı bir başka hekim tarafından bilgilendirilmiş olması halinde aydınlatma zorunlu olmayabilir. Buna ek olarak, hekim aydınlatma sonucu hastanın psikolojik olarak etkileneceğini düşündüğü özellikle ciddi kronik hastalık, kanser gibi hallerde aydınlatmadan kaçınabilir. Bu durum Hasta Hakları Yönetmeliği'nde, bilgi verilmesi caiz olmayan ve tedbir alınması gereken haller başlığı ile düzenlenmiştir (22).

e. Sağlık hizmeti organizasyonu ve yürütülmesinden kaynaklanan etmenler:

Sağlık hizmeti her ne kadar merkezine hekimi alan insan odaklı ve hekimin talimatları doğrultusunda yürüyen bir süreç olsa da bu süreçte teknik altyapının ve organizasyonel faktörlerin payı azımsanmayacak ölçüdedir. Kalibrasyonu yapılmayan bir laboratuvar aletinin yanlış sonuç vermesi, vakaya giden ambulansın bozulması, laporoskopi aleti olmadığı için operasyonun laporoskopik gerçekleştirilememesi sağlık hizmetini kısıtlayan teknik nedenler olarak sıralanabilir. Organizasyonel ve yönetsel nedenlere baktığımızda ise; yeterli sayıda sağlık çalışanı olmaması, buna bağlı artmış iş yükü, hastanede gerekli ilacın bulundurulmaması ve hastanede ilgili uzman hekimin bulunmaması gibi nedenler sıralanabilir (23). Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) tarafından şubat 2021'de yayınlanan "Hekimlerin OECD ülkeleri arasında uluslararası göçü ve hareketi" raporunda, 2000-2018 yılları arasında OECD ülkelerinde her bin kişilik nüfusa düşen pratisyen hekim sayısını gösteren grafikte, ilk üç sırayı oluşturan ülkeler her bin kişiye sırasıyla (Yunanistan, Avusturya ve Portekiz) 6.1, 5.2 ve 5 pratisyen hekim istihdam ederken; son sırada bulunan Türkiye'de bu sayının her bin kişi için 1.9 pratisyen hekim olduğu görülmektedir (Şekil 1). OECD ülkelerine kıyasla Ülkemizde hekimlerin artmış iş yükünün, tıbbi malpraktislerin gelişimi açısından değerlendirilmesi gereken önemli bir faktör olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır (24).



Şekil 1: 2000-2018 yılları arasında OECD ülkelerinde her bin kişilik nüfusa düşen pratisyen hekim sayısı

Tıbbi Hata Nedenleri

Yukarıda saydığımız tıbbi malpraktisi ortaya çıkaran etmenler - *bilgi ve tecrübe eksikliği, dikkat ve özen eksikliği, yetki sınırlarının aşılması, iletişim sorunları ve aydınlatma yükümlülüğünün ihlali, sağlık hizmeti organizasyonu ve yürütülmesinden kaynaklanan etmenler* - her biri bilirkişi raporlarında ve çeşitli kaynaklarda tıbbi malpraktisin bir nedeni olarak tanımlanmakla birlikte bunlara ek olarak; tanı kusurları, tedavi kusurları, tedavi sonrası yükümlülüklerin ihlali ve tıbbi uygulamanın tıbbi standartlara aykırılığı da diğer tıbbi hata nedenleri olarak sıralanabilir. *Tanı ile ilgili hatalar*; hatalı ya da geç tanı, eksik muayene, yetersiz öykü alma, gerekli tetkiklerin yapılmaması, yapılan tetkiklerin yanlış yorumlanması gibi nedenlerle ortaya çıkabilir. *Tedavi kusurlarına* baktığımızda ise; yanlış tedavi yöntemi seçme, yanlış ilaç seçimi, endikasyon dışı tedavi, cerrahilerde ortaya çıkan yanlış tarafın opere edilmesi, vücut içerisinde yabancı madde unutulması ve gecikmiş ya da hiç uygulanmamış tedaviler sayılabilir. Hasta hekim ilişkisi, hekime tedavi sonrası da birtakım sorumluluklar yüklemektedir. Hekim yan etkileri olduğu bilinen bir ilaç konusunda hastasını uyarmalı, takipte gereken tetkikler varsa bunları yapmalı, cerrahi sonrası gelişebilecek komplikasyonlar ve hastanın komplikasyon durumunda yapması gerekenler hususunda hastasını bilgilendirmelidir; tüm bu *tedavi sonrası yükümlülüklerin ihlali* tıbbi uygulama hatası olarak nitelendirilmektedir. *Hekimin standart tıbbi uygulama kurallarının dışına çıkması* malpraktis davalarında sık karşılaştığımız bir başka tıbbi malpraktis

nedenidir. Buradaki standart tıbbi uygulamadan kasıt, aynı şartlar altında aynı uzmanlık alanındaki bir hekimin göstereceği performanstır (25, 26).

Tıbbi Malpraktis - Kavramlar -

Sağlık çalışanının yaptığı işlem sonucu, tıbbi malpraktis yönünden değerlendirme yaparken; tıbbi bakım standardı, izin verilen risk (komplikasyon) ve istenmeyen sonuç gibi bazı temel kavramların bilinmesi gerekir.

a. Tıbbi bakım standardı:

Tıbbi bakım standardı; günümüzde tıbbin ulaştığı bilimsel düzey, uygulamanın yapıldığı mekânın teknik koşulları ve uygulayıcının eğitim seviyesi göz önüne alındığında, aynı mekânsal - teknik şartlarda, aynı eğitim seviyesindeki bir sağlık çalışanından beklenen performans olarak tanımlanabilir. Dolayısıyla bir işlemin tıbbi bakım standartları yönünden doğru bir işlem olup olmadığını değerlendirmek için birden fazla faktörü göz önüne almak gerekir. 10 yıl önce yapılan bir tıbbi uygulama, değerlendirme için bilirkişinin önüne geldiğinde, tıbbi bakım standardını değerlendirmek için günümüz koşullarını değil, uygulamanın yapıldığı tarihte uygulamada olan standartlar ne ise onu göz önüne alarak değerlendirme yapılmalıdır. Bunun dışında değerlendirme yapılırken mekânsal ve teknik koşullar da göz önüne alınmalıdır. Yoğun bakımda bulunan teknik imkanların bir aile sağlığı merkezinde olması beklenmeyeceğinden, bir aile sağlığı merkezindeki teknik imkanlarla yapılabilecek standart tıbbi uygulama kendi koşulları içinde değerlendirilmelidir. Tıbbi bakım standardı belirlenirken göz önüne alınacak bir diğer unsur ise uygulayıcının eğitimi ve mesleki sorumluluklarıdır. Bir myokard enfarktüsü olgusunda acil serviste görev yapan hekimden beklenen tıbbi bakım standardı; bu vakaya tanı koyabilmesi, kardiyoloji konsültasyonunu yapması ve vakayı kardiyoloğa devredene kadar hastanın stabilizasyonunu sağlamasıdır. Sonrasında bir kardiyologdan beklenen tıbbi bakım standardı ise hastaya koroner anjiyografi uygulaması, vakanın durumuna göre stent uygulaması ya da koroner bypass uygulaması için hastayı kalp damar cerrahisine devretmesidir. Görüldüğü gibi vakada, farklı uzmanlık alanları için tıbbi bakım standardını, o alanda eğitim ve mesleki sorumlulukları belirlemektedir. Bilirkişi değerlendirmelerinde de, her alana ait hekimin yapması gereken standart yaklaşımları göz önünde bulundurması gerekmektedir (26).

b. İzin verilen risk (komplikasyon):

Bir hastalık ya da hastalığın tedavisi sürecinde, hastalığın kendinden ya da gerçekleşen tıbbi uygulamadan / tedaviden kaynaklanan birtakım riskler mevcuttur. Yapılacak uygulama sonucu ortaya çıkacağı öngörülebilir riskler, uygulamanın yapılmasına engel teşkil etmez. Bu noktada yapılacak uygulama sonucu ortaya çıkacak hasta yararı ile riski kıyaslamak gerekir. Sonuç hasta yararına ise tıbbi standartlar içinde gerekli önlemler alınarak ve hastanın onamı alınarak uygulama gerçekleştirilir. Tüm özene rağmen istenmeyen sonuç ortaya çıkabilir. Ancak tıbbi standartlar dahilinde, gerekli önlemler alınarak ve öngörülebilir riskler hastaya anlatılıp onam alınarak gerçekleştirilen işlem sonucu ortaya çıkan istenmeyen sonuç; tıpta komplikasyon, hukukta ise izin verilen risk olarak adlandırılır. Bazı durumlarda istenmeyen sonuç öngörülemez, bu gibi durumlarda yine sağlık çalışanının tıbbi standartlar dahilinde hareket edip etmediği mevcut öngörülemez sonuç için doğru müdahaleleri yapıp yapmadığı, gerekli önlemleri alıp almadığı hususlarında değerlendirme yapılır. Tüm bunları yapmış ve buna rağmen istenmeyen sonuç ortaya çıkmışsa, yapılan uygulamanın sonucu komplikasyon kapsamında değerlendirilir (27, 28).

c. İstenmeyen sonuç:

İstenmeyen sonuç hastalığın seyrinde ya da uygulanan tıbbi işlem neticesinde bir komplikasyon olarak ortaya çıkabileceği gibi hatalı bir uygulama sonucunda da ortaya çıkabilir. Bu durumda, istenmeyen sonuç ortaya çıktığında değerlendirilmesi gereken nokta bu sonucun bir komplikasyon olarak mı yoksa uygulama hatası (tıbbi malpraktis) olarak mı ortaya çıktığıdır. Bazı durumlarda ise istenmeyen sonuç, bir komplikasyon olarak meydana gelse dahi sağlık çalışanının sorumluluğu gündeme gelecektir. Söz konusu sorumluluk; hastaya komplikasyon konusunda yeterli bilgilendirme yapılmamış / onam alınmamışsa, komplikasyon fark edilmemiş müdahalede geç kalınmışa ya da komplikasyon tanınmış ama doğru bir komplikasyon yönetimi (risk yönetimi) yapılmamışsa ortaya çıkacaktır. Böyle bir durumda meydana gelen istenmeyen sonuç tıbbi uygulama hatası olarak nitelenecek ve ilgili sağlık çalışanı için cezai ve hukuki sorumluluklar gündeme gelecektir (10, 29).

Defansif Tıp (Savunmacı Tıp, Çekinik Tıp)

Tıbbi uygulama hatalarına bağlı açılan dava sayıları ve hükmedilen tazminat miktarlarının artmasıyla birlikte defansif tıp kavramı 1970'lerden itibaren Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) tartışılmaya başlamıştır. Zamanla tüm dünyada sağlık hizmetlerinin kalitesini etkileyen önemli bir sorun olarak gündeme gelmiş ve gündemdeki yerini korumaktadır. Defansif tıp, sağlık çalışanlarının hukuki yaptırımlardan kaçınmak için yüksek riskli hastanın tedavisini üstlenmekten ya da tedavi için yüksek risk taşıyan tedavi yöntemlerinden kaçınması veya tam tersi olarak bir tanıyı atlayarak ilerleyen süreçte adli süreçlere maruz kalmamak için fazladan ve gereksiz tıbbi prosedür ve testlerin uygulanması olarak tanımlanabilir (30). Tanımdan da anlaşılacağı gibi defansif tıp kavramında iki farklı yaklaşım mevcuttur. Sağlık çalışanının kendisini güvenceye almak için gereksiz testler ve konsültasyonlar isteyip gereksiz prosedürler uyguladığı yaklaşım şekli; *pozitif defansif tıp* olarak adlandırılır. Sağlık çalışanının medikolegal nedenlerle (hukuki yaptırımlardan kaçınmak adına) yüksek riskli tanı ve tedavi yöntemleri uygulamaktan ya da tedaviyi üstlenmekten kaçınması ise *negatif defansif tıp* olarak adlandırılır (31).

a. Pozitif defansif tıp:

Pozitif defansif tıp uygulamaları; çok ayrıntılı kayıt tutulması, hastaya ve yakınlarına daha detaylı açıklamalar için daha fazla zaman ayrılması, gerekli olmayan ilaçların yazılması, gerekli olmayan tetkiklerin yapılması - görüntüleme tetkiklerinin istenmesi, gereksiz konsültasyon istenmesi ve gerekli olmadığı halde hasta yatışı yapılması olarak sıralanabilir (32). Medikolegal kaygılar, hekimleri defansif tıp uygulamalarına yöneltse de uygulanan her yeni gereksiz test, prosedür ve tedavinin yeni bir risk getirdiğini de unutmamak gerekir. Örneğin endikasyon dışı yazılan bir ilacın geliştirdiği yan etki sonucu hekim sorumluluktan kaçamayacaktır ya da prosedür dışı uygulanan kontrastlı BT çekiminde kontrast maddeye bağlı gelişen bir yan etkide, bunun uygulamanın sonucu olarak gelişebilecek bir komplikasyon olduğunu söylemek hekimi sorumluluktan kurtarmaz; söz konusu işlemin endikasyon dahilinde yapılıp yapılmadığı sorgulamasını getirir. Defansif tıp uygulamaları olağan dışı tıbbi yaklaşımlar olsa da detaylı kayıt tutulması, hasta ve hasta yakınlarının detaylı bilgilendirilmesi gibi uygulamaların hata riskini azaltan uygulamalar olduğu yönünde de görüşler mevcuttur. Daha çok maliyet yönüyle tartışılan pozitif defansif

tıp uygulamalarının, tanıların atlanmasını önlediği dolayısı ile erken teşhis sağlayarak hasta sağlığına olumlu etkileri olduğu yönünde görüşler olsa da bu yaklaşımları tıbbi etik yönüyle de değerlendirmek gerekir. Gereksiz uygulanan her tıbbi işlem hasta için ekstra bir yan etki, komplikasyon riski demektir. Dolayısıyla yapılan bu gereksiz tıbbi işlemler, hekimlik öğretilerinin yazılı olmayan etik ilkeleri olan “*önce zarar verme*” ve “*hekim öncelikli değil, hasta öncelikli yararlılık*” temel prensiplerine de aykırı bir yaklaşım sergilemek demektir (30, 33).

Gereksiz yapılan uygulamaların özel sektörde hastaya, kamu hastanelerinde ise devlete fazladan mali yük oluşturduğu açıktır. Bu açıdan defansif tıp maliyetlerini pozitif defansif tıp başlığı altında değerlendirmek daha doğru olacaktır. Defansif tıbbin maliyetinin ne olduğunu tam olarak ölçmek mümkün olmamakla birlikte, ABD’de 2010 yılında Mello ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, defansif tıbbin ABD’ye yıllık maliyetinin tahmini 45,6 milyar dolar olduğunu hesaplamışlardır (34). Bir başka çalışmada 1994 yılında ABD Teknoloji Değerlendirme Ofisi (Office of Technology Assessment Congress of The United States) tarafından yapılan bir çalışmada; 1991 yılında 5-24 yaş arası popülasyonda gelişen minör travmalara bağlı uygulanan gereksiz x-ray görüntülemelerin, ABD’ye yıllık maliyetinin 44 milyon doların üstünde olduğunu bulmuşlardır. Yine aynı çalışmada, 1991 yılında 30-39 yaş grubu kadınlarda gerekmediği halde medikolegal kaygılarla uygulanan sezaryen doğumların ABD’ye maliyetini 8,7 milyon dolar olarak hesaplamışlardır (35). ABD’de 2014 yılında Rothberg ve arkadaşları tarafından, defansif tıbbin maliyetini ölçmek için yapılan bir başka çalışmada; hekimlere bir önceki gün yaptığı tıbbi işlemlerin (ilaç yazma, hasta yatırma, konsültasyon isteme gibi) hangilerini defansif tıbbi yaklaşımla medikolegal nedenlerle gerçekleştirdiği sorulmuştur. Hekimlerin verdiği cevaplar ile gerçekleştirilen işlemlerin %28’inin defansif tıp yaklaşımıyla yapıldığı saptanmıştır. Bu çalışmada, defansif tıp yaklaşımı ile uygulanan gereksiz işlemlerin hasta başına maliyeti 226 dolar artırdığı hesaplanmıştır (36).

b. Negatif defansif tıp:

Negatif defansif tıbbi uygulamalar; hayati riski bulunan hastaların tedavisini üstlenmekten kaçınma, komplikasyon ihtimali yüksek tedavi prosedürlerini uygulamaktan kaçınma, invaziv tedavi yöntemlerinden kaçınma şeklinde pozitif tıptaki kendini güvenceye

alma eylemlerinin aksine hastadan kaçınma eylemleri şeklinde gerçekleşen uygulamalardır. Negatif defansif tıp değerlendirmesi yaparken sağlık kuruluşundaki imkanları da göz önüne almak gerekir. Müdahale için gerekli teknik ekipmanları olmayan ya da ilgili branş uzmanı bulunmayan bir hastaneden bir üst sağlık kuruluşuna sevk, tıbben olması gerektirir. Ancak bu sevk işlemi, müdahale için gerekli şartlar olmasına rağmen gerçekleşiyorsa oluşan zararda hekimin yasal müeyyidelerle karşılaşması olağandır (30, 37).

Defansif tıp ile ilgili yapılan çalışmalar, negatif defansif tıp eylemlerinin hekimler arasında pozitif defansif tıp eylemleri kadar sık gerçekleştirilen uygulamalar olmadığını göstermektedir. 2017 yılında Panella ve arkadaşları tarafından, İtalyan hekimler arasında defansif tıp uygulamalarının yaygınlığını ölçmek için yaptıkları çalışmada; gerekenden fazla prosedür uygulama ve gerekenden fazla laboratuvar tetkiki isteme gibi pozitif defansif tıp yaklaşımlarını, hekimlerin sırasıyla %22,7 ve %21,9'unun uyguladığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada yüksek riskli prosedürler içeren uygulamalardan kaçınma ve yüksek riskli hastanın bakımından kaçınma gibi negatif defansif tıp eylemlerini ise sırasıyla hekimlerin %5,8'i ve %4,3'ü gerçekleştirdiğini belirtmiştir (38). 2020 yılında Ankara'da yapılan bir çalışmada, hekimlere hangi defansif tıp uygulamalarını daha sık yaptıkları sorulmuş, en sık yapılan uygulamaların sırasıyla; aydınlatılmış onam belgelerine daha sık özen gösterme, daha ayrıntılı kayıt tutma, hasta - hasta yakınlarına daha detaylı bilgi verme, gereksiz konsültasyon isteme ve gereksiz laboratuvar tetkiki isteme gibi pozitif defansif tıp uygulamaları olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada, en sık gerçekleştirilen negatif defansif tıp uygulamaları; şiddet eyleminden korunmak için hastadan kaçınma, hukuki yaptırımlardan kaçınmak için hastalardan kaçınma ve hukuki yaptırımlardan kaçınmak için komplikasyon riski yüksek hastalardan kaçınma olarak sıralanmıştır (39). Yapılan çalışmalar pozitif defansif tıp yaklaşımlarının, hekimler tarafından negatif defansif tıp yaklaşımlarından daha fazla uygulandığını ortaya koymaktadır (38, 39).

Defansif tıp ile ilgili, Türkiye'de yapılan çalışmalara baktığımızda 2008, 2011, 2015 ve 2018 yıllarında, Konya, İstanbul ve İzmir şehirlerinde yapılan 4 farklı çalışmanın tamamında dünyada yapılan çalışmalara paralel olarak hekimler arasında pozitif defansif tıp uygulamalarının, negatif defansif tıp uygulamalarından daha yaygın uygulama alanı bulduğu saptanmıştır (40).

BİLİRKİŞİLİK

Temellerini Roma hukukundan alan ve şu an ülkemizde de uygulanan Kıta Avrupası hukuk sisteminde hakimler, geniş yargılama yetkilerine sahip bağımsız bir yöneten konumundadırlar. Bu geniş yargılama yetkileri, hakimleri karar verirken tek yetkili kılmakla birlikte, hukuk sistemi hakimin bilimsel ve teknik bilgiyi gerektiren konularda, konunun uzmanı kişilerden destek - görüş alması için bir bilirkişilik müessesesi oluşturmuştur. Bilirkişinin yargılamadaki rolünün tam olarak ne olduğu hukukçular tarafından tartışılmaya devam eden bir konudur. Alman hukukunda yaygın görüş, bilirkişinin hem “hakimin yardımcısı” pozisyonunda olduğu hem de delilleri değerlendirerek teknik ve bilimsel anlamda hakimi aydınlatan “delil vasıtası” konumunda olduğudur. İtalyan hukuku ise bilirkişiyi sadece “teknik danışman” olarak konumlandırır. Bilirkişinin, yargılamada takdiri delil (kesin olmayan, hakimin takdirinde olan) niteliğinde olduğu kabul edilir. Ülkemizde de Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu’nda (HUMK) bilirkişinin yargılamanın asli unsuru olmadığı, sunulan raporun hakim tarafından bir delil olarak değerlendirilerek kararın verilmesi gerektiği belirtilmiştir (41).

2016 yılında çıkarılan 6754 Sayılı Bilirkişilik Kanununda, bilirkişi; “Çözümü uzmanlığı, özel veya teknik bilgiyi gerektiren hâllerde oy ve görüşünü sözlü veya yazılı olarak vermesi için başvurulmuş gerçek veya özel hukuk tüzel kişisi” olarak tanımlanmıştır (42). Burada *teknik bilgi* olarak kastedilen maksat Hukuk Muhakemeleri Kanunu’nda (HMK); fizik, kimya, matematik gibi pozitif bilimlerin verilerini uygulamaya yeterli bilgi olarak tanımlanmaktadır. Buradaki teknik bilgiden kasıt bilimsel bilgidir. Tanımda *özel bilgi* olarak nitelenen kavram ise teknik veya bilimsel boyutu olsun olmasın, konusu uzmanlık gerektiren her tür bilgiyi içerir. Dolayısıyla özel bilgi daha geniş bir yelpazeyi kapsar. Örneğin bir sanat eserinin değerinin belirlenmesi uzmanlık gerektiren ancak bilimsel boyutu olmayan özel bilgi niteliğindedir; tıbbi bilgiye baktığımızda ise bir uzmanlık gerektiren ve fenni bilime dayanan hem teknik hem özel bilgiyi içeren bir bilgidir (41, 43).

Günümüzde teknoloji ve bilimin çok hızlı gelişimi, yargılamalarda başvurulacak özel ve teknik bilgi içeren konuları ve uzmanlık alanlarını da artırmaktadır. Tıp hukuku ise geçmişten bugüne yargılama faaliyetlerinde en sık bilirkişilik ihtiyacı duyulan alanların başında gelmeye devam etmektedir. Tıp alanında bilirkişi incelemesini gerektiren konulara baktığımızda; ceza davalarında sanığın fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama yeteneğinin değerlendirilmesi, vücuttan saç, kıl, tırnak gibi örnekler alınması, beden

muayenesi, yaralama ve ölüm orijinlerinin belirlenmesi, kan alkol değerinin ölçümü, iş göremezlik ve maluliyet oranının tespiti, vesayetin geçerli olup olmadığı hususunda adli psikiyatrik inceleme yapma ve tıbbi uygulama hatasının tespiti ve ölüme etkisinin belirlenmesi olarak sıralanabilir (44).

Bilirkişilik görevini kabul etmek, zorunlu değildir. Ancak yasa ile bilirkişilik görevini kabulle yükümlü olanlar HMK madde 270’te; a) Resmî bilirkişiler ile 268 inci maddede belirtilmiş bulunan listelerde (bilirkişilik bölge kurulu tarafından hazırlanan bilirkişilik listeleri) yer almış olanlar, b) Bilgisine başvurulacak konuyu bilmeksizin, meslek veya zanaatlarını icra etmesine olanak bulunmayanlar, c) Bilgisine başvurulacak konu hakkında, meslek veya sanat icrasına resmen yetkili kılınmış olanlar olarak belirtilmiştir. Bu madde kapsamında bakıldığında hekimler, bir meslek icrasını resmen yetkili kılınmış kişiler olduğundan, bilirkişilik görevini kabulle yükümlüdürler (41). Birçok ülkede çeşitli konularda bilirkişilik yapmak üzere resmi bilirkişilik kurumları oluşturulmuştur. Ülkemizde de Jandarma Genel Komutanlığı Kriminal Daire Başkanlığı, Polis Kriminal Daire Başkanlığı, Üniversiteler ve Adli Tıp Kurumu (ATK) resmi bilirkişilik kurumlarıdır. 2018 yılında çıkarılan "Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ile iptaline kadar Yüksek Sağlık Şurası (YSS) resmi bilirkişi olarak görev yapan bir diğer bilirkişilik kurumu olarak kabul edilenlerdendir (45, 46).

Tıp Alanında Resmi Bilirkişilik Kurumları

Ülkemizde, halihazırda tıbbi konularda bilirkişilik yapan kurum ve kuruluşlar; Adli Tıp Kurumu ve üniversitelerdir. Yüksek Sağlık Şurası ise uzun yıllar resmi bilirkişilik kurumu olarak görev yaptıktan sonra 2018 yılında kaldırılmıştır (45, 46).

a. Adli Tıp Kurumu:

Adli Tıp Kurumu’nun bilirkişilik görevi, 1982 yılında çıkarılan 2659 Sayılı Adli Tıp Kurumu Kanunu’nda: *“hâkimlikler ve savcılıklar ile Kurumun uygun gördüğü alanlarda kamu kurum ve kuruluşları tarafından gönderilen adli tıpla ilgili konularda bilimsel ve teknik görüş bildirmek”* olarak tanımlanmıştır. Yine aynı kanunda Adli Tıp Kurumu bünyesindeki yapılar; Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Adli Tıp Başkanlar Kurulu, Adli Tıp

Üst Kurulları, Adli Tıp İhtisas Kurulları, Adli Tıp İhtisas Daireleri, Adli Tıp Kurumu Grup Başkanlıkları, Adli Tıp Şube Müdürlükleri olarak sıralanmıştır (47). Tıbbi uygulama hataları özelinde baktığımızda; geçmişte 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu bünyesinde bu raporlamalar yapılırken, tıbbi uygulama hatası iddiaları ile ilgili dosyaları değerlendirmek için 2018 yılında 7. Adli Tıp İhtisas Kurulu ve 8. Adli Tıp İhtisas Kurulu oluşturulmuştur. 7. Adli Tıp İhtisas Kurulu, ölümle sonuçlanmayan, 8. Adli Tıp İhtisas Kurulu ise ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddialarına ilişkin adli mercilere görüş bildirerek bilirkişi desteği verirler (47, 48).

Adli Tıp Kurumu Kanunu'nda, diğer adli ekspertiz kurumları başlığı altında: *“Yükseköğretim Kurumları veya birimleri, adli tıp mevzuatı çerçevesinde adli tıp olaylarında ve diğer adli konularda Ceza Muhakemeleri Usulü Kanununa göre resmi bilirkişi sayılır”* ibaresi ile; 2547 Sayılı Yükseköğretim Kanunu'nda ise Kamu kuruluşları ve vakıflarda görevlendirme başlığı altında: *“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”* denilerek her iki kanunla, resmi bilirkişilik konusunda ATK'nın tek yetkili mercii olmadığı, üniversitelerin de resmi bilirkişi olarak sayılacağı vurgulanmıştır (49, 50).

b. Üniversiteler:

Üniversiteler, kanunlarla kendilerine tanınan resmi bilirkişilik görevini Tıp Fakültelerinde bulunan Adli Tıp Anabilim Dalları ve lisansüstü eğitim veren Adli Bilimler Enstitüleri aracılığı ile yürütürler (45).

Her ne kadar kanunlarla hem ATK hem üniversiteler bilirkişilik mercileri olarak görev yapsa da işleyişte hizmet yüklerinin eşit dağılmadığı görülmektedir. Adli Tıp Uzmanları Derneği'nin tespitine göre; ülkemizde adli tıp uzmanı ve asistanların %45'i üniversitelerde, %40'ı Adli Tıp Kurumu'nda çalışmaktadır. Üniversiteler, ATK'dan daha fazla insan gücüne sahip olmasına rağmen, üniversitelerin adli tıp hizmetlerine katkısı adli raporlarda %15, otopsilerde ise %5 seviyesindedir (51). Devlet Denetleme Kurulu'nun 2010 yılında hazırladığı raporda, adli makamlar tarafından ATK'nın birincil resmi bilirkişilik mercii olarak görülmesi sonucu üniversitelerden yeterli ölçüde yararlanılmadığı tespiti

yapılmıştır (52). Dünyada genellikle üniversiteler bünyesinde yürütülen adli tıbbi bilirkişilik hizmetlerinin, ülkemizde genel itibariyle ATK'ya yüklenmiş olması; üniversitelerde lisans ve lisansüstü eğitimin bir parçası olan adli tıbbi uygulamaların (özellikle ölü muayenesi ve otopsi özelinde) yeterince yapılamaması, iş gücü ve ekonomik kaynakların doğru ve etkin kullanılamaması gibi sorunları da beraberinde getirmektedir. Ayrıca ATK'nın özerk olmayan yapısı, birçok ildeki Adli Tıp Şube Müdürlüklerinin dünyadaki örneklerin aksine adliyeler içinde konumlandırılmış olması, ATK ihtisas kurulları ve genel kurulunun yapısı itibariyle farklı uzmanlar barındırıp bu uzmanların kendisi ile ilgisi olmayan konularda da söz sahibi olması gibi sorunlar da bilirkişilik açısından tartışma konusu olan hususlardır (51, 52, 53).

c. Yüksek Sağlık Şurası:

1593 Sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile kurulan YSS'nin görevi yine aynı kanunda; sağlık çalışanlarının görevini yaparken ortaya çıkan hukuki sorunlarla ilgili mahkemelere görüş bildirmek olarak tanımlanmıştır. YSS, Sağlık Bakanlığı'na bağlı 9 üyeli bir kurul yapısında iken 1983 yılında çıkarılan Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile üye sayısı 11'e çıkarılmıştır. 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 75. maddesi ile tıbbi uygulamalar ile ilgili açılan ceza davalarında, ilgili mahkemenin başka bilirkişilere başvuru hakkı saklı kalmak kaydıyla Yüksek Sağlık Şurası'nın görüşünün alınması zorunluluktadır. Ceza mahkemeleri (ağır ceza, asliye ceza) haricindeki diğer adli mercilerin ve mahkemelerin (hukuk mahkemeleri, idari yargı ve savcılık aşaması gibi) Yüksek Sağlık Şurası'ndan tıbbi bilirkişilik görüşü sormak zorunluluğu bulunmamaktaydı. YSS'nin, yılda en az bir kez toplanması yasal zorunluluktadır ancak artan dosyalar nedeniyle yılda 5-6 kez toplantılar düzenliyordu. (54).

Ceza davalarında YSS'den görüş alınmasının yasal bir zorunluluk olması nedeniyle, mahkemeler diğer bilirkişilik makamlarından görüş alabilseler dahi YSS'nin kararını beklemekte ve dolayısı ile davaların uzamasına neden oluyordu. 2010 yılında Kadirli 1. Asliye Ceza Mahkemesi bu uygulamanın, yargılama sürecini uzattığı ve dava zaman aşımı süresinin dolması nedeni ile sanık ve müştekinin makul sürede adil yargılanma hakkını engellediği gerekçesiyle, Anayasa Mahkemesi'ne başvurarak YSS'nin kaldırılmasını talep etti. Anayasa Mahkemesi başvuruyu haklı bularak kuralı iptal ederken, kararı da şu şekilde

gerekçelendirmiştir; “Ceza davasında amaç maddi gerçeğin ortaya çıkarılmasıdır. İtiraz konusu kuralla, bu amaca hizmet edecek şekilde 1930’lu yıllarda YSS’ye resmi bilirkişilik görevi verilmiştir. Söz konusu kuralda, mahkemelerin görüşünü alabileceği üniversitelerin tıp fakülteleri, eğitim veren devlet hastaneleri veya Adli Tıp Kurumu gibi donanımlı tıbbi kurumlara başvuru olanağının bulunmasına karşın, belirtilen yapısıyla faaliyet gösteren YSS’nin görüşünü almaya mahkemelerin zorlanması ve söz konusu Kurul’un görüşünün alınması için belli bir süre de öngörülmemesi davaların gereksiz yere uzamasına neden olabilecektir. Bu durumun Anayasadaki mahkemelerin bağımsızlığı ve adil yargılama ilkeleriyle bağdaşmadığı açıktır, kuralın iptali gerekir (55).”

2010 yılında ceza yargılamasında mahkemelerin Yüksek Sağlık Şurası’ndan görüş alma zorunluluğu iptal edilirken, 2018 yılında çıkarılan "Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname" ile YSS tamamen kaldırılmıştır (46).

Taraf Bilirkişiliği

Hukuk sistemi, taraflara haklılığını ispatlayabilmek için kendi seçtikleri konunun uzmanı bir kişiden alacakları bilimsel nitelikli raporları mahkemeye delil olarak sunma hakkı vermektedir. Ceza yargılamaları açısından Ceza Muhakemeleri Kanunu’nda (CMK), hukuk yargılamalarında ise Hukuk Muhakemeleri Kanunu (HMK) ile tanınan bu hak için yasa koyucu, hazırlanan raporu “*bilimsel mütalaa*”, raporu hazırlayan kişiyi ise “*uzman*” olarak adlandırmaktadır. Çeşitli kaynaklarda; *taraf bilirkişisi*, *savunma bilirkişisi*, *özel bilirkişi* gibi çeşitli isimlerle anılan bu bilirkişilik hakkı uygulanış şekliyle çeşitli eleştiriler de almaktadır. Mahkeme tarafından görevlendirilen bilirkişiden farklı olarak ücreti bilirkişiyle bilimsel mütalaa düzenlemesi için anlaşılan tarafın ödemesi ve bu raporların “sipariş” üzerine düzenlenmesi raporların objektifliğini tartışılır kılmaktadır (41). Son dönemde ülke gündeminde çok fazla yer bulan medyatik bir dava bilimsel mütalaa raporuyla da oldukça tartışılmıştır. Sanığın, “kasten öldürme, nitelikli cinsel saldırı, kişiyi hürriyetinden yoksun kılma ve suç delillerini yok etme” suçlarından yargılandığı davada, bir adli tıp uzmanı tarafından verilen bilimsel mütalaa raporu sonrası, söz konusu hekim TTB tarafından etik ihlalde bulunduğu gerekçesiyle 6 ay meslekten uzaklaştırma cezası almıştır. TTB, kararını; “*hekimlerin görüşlerini güncel bilimsel gelişmeler ışığında ve objektif kriterlere dayanarak bildirmeleri gerektiği, bilimsel mütalaanın bu kriterlerden uzaklaşarak subjektif öğelerle*

yapılmasının hekimlik değerleri ile bağdaşmayacağı” şeklinde gerekçelendirerek bilimsel mütalaanın “objektiflik” ve “güncel bilimsel gelişmelere uygun” olma kriterlerine vurgu yapmıştır (56).

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ TIBBİ UYGULAMADAN DOĞAN SORUMLULUĞU

Temel insan haklarından olan sağlık hakkı, birçok ulusal ve uluslararası metinde kendisine yer bulmuştur. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nda, “*Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir*” denilerek sağlık hakkına vurgu yapılmıştır. Yine aynı maddenin devamında; herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak için devletin düzenleyici rolünden bahsedilmiştir. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’nde ise sağlık hakkı için; “*Herkesin gerek kendisi, gerek ailesi için yiyecek, giyecek, konut, sağlıksal bakım, gerekli toplumsal hizmetler de içinde olmak üzere sağlığına ve esenliğine uygun bir yaşam düzeyine; işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılıkta ya da geçim olanaklarından kendi iradesi dışında yoksul kaldığı başka durumlarda, güvenliğe hakkı vardır*” ibaresi ile sağlık hakkının korunmasının önemi vurgulanmıştır (5, 57). Sağlık hakkının korunması kavramı, sağlık hizmet sunumuna katılan herkese birtakım sorumluluklar yükler. Bu sorumlulukların sınırı birçok ulusal ve uluslararası yasal mevzuat ile çizilmiştir. Bu yasal mevzuatlar içerisinde ülkemizde yasal sınırları belirleyen sağlık mevzuatının en önemlileri şu şekilde sıralanabilir:

- 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu
- 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu
- 4721 Sayılı Türk Medeni Kanunu
- 6098 Sayılı Türk Borçlar Kanunu
- 5013 Sayılı İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi
- 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun
- 1593 Sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu
- 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu

- 6023 Sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu
- 3224 Sayılı Türk Diş Hekimleri Birliği Kanunu
- 2659 Sayılı Adli Tıp Kurumu Kanunu
- 6283 Sayılı Hemşirelik Kanunu
- 2238 Sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılanması ve Nakli Hakkında Kanun
- 5624 Sayılı Kan ve Kan Ürünleri Kanunu
- Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi
- Türk Eczacılar Deontoloji Tüzüğü
- Özel Hastaneler Tüzüğü
- Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük
- Hasta Hakları Yönetmeliği
- Hemşirelik Yönetmeliği
- Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik
- Özel Hastaneler Yönetmeliği
- Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik
- Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği
- İlk Yardım Yönetmeliği
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği
- Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği

Sağlık çalışanları, görevlerini icra ederken yasal sınırlarını belirleyen bu yasal mevzuatlara uygun hareket etmek zorundadır. Yasalara aykırı davranan her birey gibi sağlık çalışanının da yasal mevzuatın dışına çıkan hallerde sorumluluğuna gidilecektir. Bu sorumluluk sadece cezai nitelikte olmayıp; etik sorumluluk, tazminat sorumluluğu ve idari

sorumluluk yönünden de değerlendirmek gerekir. Bu sorumluluklar birbirini bağlayıcı nitelikte değildir; ceza davasında suçsuz bulunan bir sağlık çalışanı, tazminat davasında ceza alabilir. Benzer şekilde bir ceza davasında suçsuz bulunan bir hekim, TTB tarafından etik ihlal yaptığı gerekçesiyle meslekten men cezası alabilir (2).

Etik Sorumluluk (Mesleki Sorumluluk)

Türk Dil Kurumu'nun; ödev bilimi, yükümlülükler bilimi olarak dilimize çevirdiği deontoloji, bir mesleği uygularken uyulması gereken yükümlülükleri, ahlaki kuralları ifade eder. Tarihi gelişim süreci içerisinde, tıbbi deontoloji de zamanın şartlarına uygun değişimler gösterebilir. Örneğin tarihte ilk tıbbi deontolojik belge niteliğindeki Hipokrat Yemini'nde; mesaneden taş çıkarma, ilaçla çocuk düşürme gibi günümüz tıbbi pratiğinde uygulama alanı olan işlemler yasaklanmıştır. Özellikle 20. yüzyılda yaşanan yıkıcı savaşlar ve bu savaşlarda tıbbi kullanarak işlenen insanlık suçları sonrası, tıp bilimi için de evrensel meslek ahlak kuralları oluşturma ihtiyacı gündeme gelmiştir. Bu doğrultuda, içinde TTB'nin de bulunduğu 27 ülkenin ulusal tabipler birliği bir araya gelerek 1947 yılında Dünya Tabipler Birliği'ni (DTB) oluşturmuştur. DTB, 1948 yılında Cenevre Bildirgesi ile tıp biliminde, deontolojik değerleri tanımlamıştır. DTB'nin 2014 yılında gerçekleştirdiği genel kongre sonrası Cenevre Bildirgesi'nin hekimlik andı olarak kullanılmasının sağlanması kararı alınmıştır. Cenevre Bildirgesi, günümüze kadar birçok kez değişim geçirerek yenilenmiş, 2017 yılında son halini alarak "Mesleki Bağlılık Yemini" alt başlığını almıştır. Revize edilen son metinde hekimlik andında: "*Yaş, hastalık ya da sakatlık, inanç, etnik köken, millet, politik eğilim, ırk, cinsel yönelim, sosyal duruş ya da başka herhangi bir etkenin, görevim ve hastam arasına girmesine izin vermeyeceğim*" cümlesi ile hiçbir kişisel ayrımcılığa izin verilmemesi gerektiğinin altı çizilmiştir (58, 59).

Ülkemizde, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ve Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları ile yasal olarak düzenlenen, hekimlik meslek etiği kurallarına baktığımızda, temel değerler; insan hayatına, onuruna ve kişilik haklarına saygı göstermek, önce zarar vermemek, ayrımcılık yapmamak, gerek duyan hastaya hizmet sunmak, acil müdahalede bulunmak, mesleki gizliliğe önem göstermek, bilimsel bilginin dışına çıkmamak, aldatıcı tanı - tedavi uygulamalarından kaçınmak, endikasyon dışı tedavi

yapmamak, reklam yapmamak, hastaya dikkat ve özen göstermek olarak sıralanabilir (7, 58, 60).

Etik sorumluluğun denetimi, ilgili meslek odaları tarafından yapılmaktadır. Ülkemizde hekimler için bu denetim, 6023 Sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu ile yetkilendirilen TTB tarafından yapılmaktadır. Türk Tabipleri Birliği Kanunu uyarınca hazırlanan Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği'nde, hekimlere ceza vermeyi gerektiren disiplin suçları ve bunlara uygulanacak cezalar belirlenmiştir. Bu yönetmelikte; uyarı, para cezası, geçici olarak meslekten alıkoyma ve oda bölgesinde çalışmanın yasaklanması olarak dört ayrı ceza öngörülmüştür. Geçmişte bütün hekimlerin meslek odasına üye olması yasal zorunluluk iken 1983 yılında yapılan düzenlemeyle kamuda çalışan hekimler için bu zorunluluk kaldırılmıştır. TTB'ye üye olmasa dahi TTB'nin kamu özel ayrımı olmaksızın hekimler üzerinde geniş denetim yetkisi ve sorumlulukları vardır (61).

Kamuda çalışan hekimlerin, disiplin cezasını gerektiren hallerde hem disiplin amirleri tarafından hem de meslek odası tarafından cezalandırılması; aynı eylemden dolayı şahsın mükerrer cezalar alması gibi bir duruma yol açtığı gerekçesiyle hukuken tartışılmaktadır. Kimi hukukçular ise bu disiplin cezalarını, hekimin farklı iki konumu ve sıfatı (hekimlik ve memurluk) nedeniyle aldığı gerekçesiyle, burada aynı suça mükerrer ceza olmadığını savunmaktadırlar. Bu hukukçular, kamuda çalışan hekime disiplin amiri tarafından verilen cezanın, kamu düzenini korumak için kamu görevlisine verilen ceza; TTB tarafından verilen disiplin cezasının ise tıbbi deontolojik sorumlulukları nedeniyle verilen cezalar olduğunu dolayısıyla bu farklı sıfatlar ve farklı gerekçelerle verilen cezaların bir çelişki oluşturmadığını savunmaktadırlar. 2007 yılına kadar Danıştay Daireleri TTB'nin, kamu hekimlerine verdiği cezaların iptali yönünden kararlar verirken, kararını “mevzuata aykırı davranıştan ötürü soruşturma açmaya ve disiplin cezası vermeye ancak kendi disiplin amirlerinin yetkili olduğu” şeklinde gerekçelendirmiştir. Ancak 29.11.2007 tarihinden sonra, Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu'nun aldığı 2004/762 Esas no ve 2007/2427 Karar nolu karar ile bir içtihat değişikliğine giderek, kamuda çalışan hekimler hakkında, “hekimlik mesleğinden kaynaklanan eylemleri nedeniyle” Türk Tabipleri Birliği'ne bağlı yetkili organlar tarafından soruşturma açılıp, disiplin cezası verilebileceği yönünde kararlar alınmaya başlamıştır. Danıştay İdari Dava Daireleri Kurulu, bu kararında; “*disiplin hukuku bakımından meslek mensubu olup, kamu görevlisi statüsünde olanlar ile mesleğini serbest olarak icra eden hekimler arasında kesin bir yetki alanı ayrımının olmadığı, hekimlik meslek*

mensubu olup, kamu görevlisi olan hekimlerin bağlı olduğu kamu tüzel kişiliğine karşı, mesleğini serbest icra eden hekimlerin ise kendi meslek kuruluşuna karşı disiplin hukuku açısından sorumlu olduğu, şeklinde kesin bir sonuca ulaşılmamasının mümkün olmadığı, ‘disiplin hukuku bakımından önemli olanın, disiplin cezasına konu eylemin ağırlıklı olarak hangi görevden kaynaklandığının tespiti’ olduğu” kanaati ile kamudaki hekimlere TTB tarafından ceza verilebilmesinin önünü açmıştır (62).

TTB’nin, kamu - özel ayrımı olmaksızın bütün hekimler üzerinde ve tıpta uzmanlık sınavı (TUS) yükümlülüğü ile uzman kabul edilen (tıp fakültesi mezunu olmadıkları için hekimlik sıfatı olmayan; ancak tıpta uzmanlık sınavını kazanarak mikrobiyoloji uzmanı ve biyokimya uzmanı olarak çalışan; bu nedenle yürüttükleri iş itibarıyla hekimlik mesleğinden sayılan) uzmanlar üzerinde de denetim yetkisi bulunmaktadır. Sağlık hizmet sunumunda, bunun dışında kalan meslek grupları için TTB’nin bir denetim yetkisi bulunmamaktadır. Bu meslek gruplarında çalışan bir personel hakkında tespit edilen mevzuata aykırı bir eylem nedeniyle; savcılığa, idari amirine ve ilgili meslek odasına şikayette bulunulabilir (63). Dış hekimleri için bu denetim, 3224 Sayılı Türk Dış Hekimleri Birliği Kanunu ile yetkilendirilen Türk Dış Hekimleri Birliği (TDB) tarafından yapılmaktadır. 1985 yılına kadar TTB çatısı altında faaliyet yürüten dış hekimleri, 1985 yılında çıkarılan 3224 Sayılı Türk Dış Hekimleri Birliği Kanunu ile faaliyetleri denetleyen ayrı bir meslek odasına kavuşmuştur. İlgili kanun uyarınca, eylemin niteliği ve ağırlığına göre dış hekimlerine verilebilecek cezalar; uyarma, kınama, para cezası, oda bölgesinde geçici olarak meslekten alıkoyma ve oda bölgesinde meslekten sürekli alıkoyma olarak sıralanmıştır. Eczacılar için ise denetim yetkisi, 1956 yılında çıkarılan 6643 sayılı Türk Eczacıları Birliği Kanunu ile Türk Eczacıları Birliği’ne verilmiştir. Bu kanun ile birlikte, eczacılara verilebilecek disiplin cezaları; yazılı ihtar, para cezası, geçici olarak sanat icrasından men, oda bölgesinde sanat icrasından men olarak sıralanmıştır (64, 65, 66).

Ceza Sorumluluğu (Adli Sorumluluk)

Bir suç yönünden bireyin sorumluluğundan bahsedebilmek için söz konusu eylem; kusurlu bir eylem olmalı, hukuka aykırı olmalı, bir zarar ortaya çıkmalı ve ortaya çıkan zararlar söz konusu eylem arasında illiyet (nedensellik bağı) olmalıdır. Bu unsurlardan herhangi birini taşımayan bir eylem cezai sorumluluk ortaya çıkarmaz. Ceza kanununda;

kast, olası kast, bilinçli taksir ve taksir olmak üzere dört farklı suç tipi tanımlanmaktadır. Tıbbi uygulama hatası davalarının konusu, genellikle taksirli eylemler olmakla birlikte, bazı istisna hallerde sağlık çalışanının kasıtlı eylemi yönünden de sorumluluğuna gidilmektedir. Örneğin, tıbbi endikasyon olmadığı halde sadece maddi amaçlarla ameliyat yapan hekime dava açıldığında, bu eylem kasten yaralama suçunu oluşturacaktır. Bazı ülkelerde yasal olarak uygulanan ötanazi de ülkemizde yasaklanmış bir eylem olduğundan, hekim tarafından hastasına ötanazi uygulandığında kasten adam öldürme suçunu oluşturacaktır. Taksiri kasttan ayıran durum, taksirde ortaya çıkan sonucun istenmeden oluşmasıdır. Türk Ceza Kanunu'nda taksir; dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen 'neticesi öngörülmeyle gerçekleştirilmesi', şeklinde tanımlanmıştır. Bilinçli taksir, taksir ayrımını yapmamızı sağlayan durum ise eğer istenmeyen sonuç öngörülüyor ise bilinçli taksir kapsamında, öngörülüyor ise taksir kapsamında değerlendirilir. Hastanın alerjisi olduğunu belirttiği bir ilacı, "merak etme bir şey olmaz, ben buradayım gerekli müdahaleyi yaparım" diyerek uygulayan ve uygulama sonrası anafilaktik şok sonucu ölüm gerçekleşen bir hastada hekimin eylemi, sonucu öngördüğü için bilinçli taksir kapsamında değerlendirilecektir. Taksir şikayete bağlı bir suç iken bilinçli taksirde şikayet aranmaz (2, 25, 67).

Sağlık çalışanının görevi dolayısıyla karşılaşılabileceği, TCK'da tanımlanmış suç konusu durumlar şunlardır; *insan üzerinde deney* (TCK madde 90), *organ veya doku ticareti* (TCK madde 91), *yardım veya bildirim yükümlülüğünün yerine getirilmemesi* (TCK madde 98), *çocuk düşürme* (TCK madde 99), *kısırlaştırma* (TCK madde 101), *kişisel verilerin kaydedilmesi* (TCK madde 135), *gerçeğe aykırı belge düzenleme* (TCK madde 210), *irtikap suçu* (TCK madde 250), *görevi kötüye kullanma* (TCK madde 257), *göreve ilişkin sırrın açıklanması* (TCK madde 258), *kamu görevlisinin suçu bildirmemesi* (TCK madde 279), *gizliliğin ihlali* (TCK madde 285) ve *genital muayene* (TCK madde 287) (2).

Ülkemizde sağlık hizmet sunumunu düzenlemeye yardımcı, mesleki uygulamaların sınırlarını belirleyen birçok yasal mevzuat olmakla birlikte, tıbbi uygulama hatalarından doğan sorumluluğu belirleyen özel bir ceza ya da hukuk yasası bulunmamaktadır. Bu nedenle tıbbi uygulama hatası iddiasında, sağlık çalışanları ceza yargılaması bakımından TCK kapsamında, tazminat yargılaması bakımından ise Türk Borçlar Kanunu (TBK) kapsamında yargılanmaktadır. Ülkemizde tıbbi uygulama hataları için çeşitli dönemlerde yasa tasarıları oluşturulmakla birlikte, hiçbiri meclisten geçerek yasallaşmamıştır. Meclis

gündemine getirilen tasarılar da sağlık sorunlarına çözüm üretmekten uzak, hastanın zarar görmesini önlemeye dönük eylem planları içermeyen, sadece sağlık çalışanının cezalandırılması ve oluşan zararın maddi tazminine yönelik olması nedeniyle sağlık profesyonellerinden ve meslek odalarından çeşitli eleştiriler almıştır (47, 68, 69, 70).

Tıbbi uygulama hatalarında cezai sorumlulukla ilgili güncel mevzuat:

27.05.2022 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren “7406 Sayılı Türk Ceza Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” sonrası, Sağlık Bakanlığı tarafından, bu yasaya dair uygulamaları düzenleyen 15 Haziran 2022 tarihli “Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbî İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik” yayınlanmıştır. İlgili yönetmelik öncesi, kamuda görevli sağlık çalışanı ve özel sağlık kurumunda görev yapan sağlık çalışanı açısından yargılama süreci farklı yürümekteydi. Özel sağlık kuruluşlarında görev yapan sağlık çalışanları için herhangi bir soruşturma izni olmadan doğrudan ceza davası açılabilirken kamuda çalışan sağlık çalışanları açısından mülki amirin izni gerekmekteydi (250, 71).

4483 Sayılı Kanun’a tabi kamu görevlileri açısından soruşturma izni vermeye yetkili merciler; a) İlçede görevli memurlar ve diğer kamu görevlileri hakkında kaymakam, b) İlde ve merkez ilçede görevli memurlar ve diğer kamu görevlileri ile kaymakamlar hakkında vali, c) Bölge düzeyinde teşkilatlanan kurum ve kuruluşlarda görev yapan memurlar ve diğer kamu görevlileri hakkında görev yaptıkları ilin valisi olarak tayin edilmişti. Ancak 15 Haziran 2022 tarihinde yayınlanan yönetmelik ile birlikte soruşturma izin yetkisi, Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan Mesleki Sorumluluk Kurulu’na devredilerek tek elde toplanmıştır (71, 72).

Haziran 2022’de yayımlanan yönetmelik, 2547 Sayılı Yükseköğretim Kanunu’na tabi olarak çalışan üniversite personeli için ceza soruşturması bağlamında bir yenilik getirmemiştir. 2547 Sayılı Kanun’da, “yükseköğretim kurumları yöneticilerinin, kadrolu ve sözleşmeli öğretim elemanlarının ve bu kuruluş ve kurumların 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’na tabi memurlar” açısından görevleri dolayısıyla ya da görevlerini yaptıkları sırada işledikleri ileri sürülen suçlar için ilk soruşturmacı atanır. İlk soruşturmacının raporu üzerine, üniversite yönetim kurulu üyelerinden seçilen üç kişilik kurul, son soruşturmanın açılıp

açılmamasına karar verir. Kurulun verdiği karar; lüzum-u muhakeme ya da men-i muhakeme yönünde olur. Men-i muhakeme kararları doğrudan Danıştay 2. Dairesi'ne giderek burada karara bağlanır. Lüzum-u muhakeme kararı ile ceza davası başlar ve hazırlanan rapor iddianame yerine geçer. Haziran 2022'de yayınlanan yönetmelik, Mesleki Sorumluluk Kurulu'nun görevlerini belirleyen maddede, "Yükseköğretim Kanununun 53. maddesinde yer alan soruşturma usulüne tabi olanları" kapsam dışı bırakarak, bu kanun kapsamında soruşturma usulünde bir değişikliğe gitmemiştir (25, 71).

Haziran 2022'de yayınlanan yönetmelik ile birlikte, ceza davası açısından en büyük değişiklik özel sağlık kuruluşlarında ve vakıf üniversitelerinde görev yapan sağlık çalışanları açısından gerçekleşmiştir. Yönetmelik öncesi, ilgili kuruluşlarda görev yapan sağlık çalışanları adına bir şikayet olduğunda herhangi bir ön inceleme yapılmadan doğrudan savcılık tarafından soruşturma açılıyordu. Yeni yönetmelikle birlikte artık özel sağlık kuruluşu ve vakıf üniversitelerinde çalışan sağlık çalışanları ile ilgili de Mesleki Sorumluluk Kurulu'nun bir değerlendirme yapacağı ve soruşturmaya gerek olup olmadığı hususunda karar vereceği şeklinde bir düzenleme yapılmıştır. Dolayısıyla Haziran 2022'de çıkarılan yönetmelik ile birlikte, özel sağlık kuruluşu ve vakıf üniversitelerinde çalışan sağlık çalışanları için de bir ön inceleme süreci başlatılmış, doğrudan ceza soruşturması açabilme imkanı ortadan kalkmıştır (Şekil 2) (71).



Şekil 2. "Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbî İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik" sonrası, ceza yargılamasında değişen uygulamalar

Mesleki Sorumluluk Kurulu'nun yapısı yönetmelikte, 7 (yedi) üyeden oluşacak şekilde düzenlenmiştir. Kurul yapısı, Sağlık Bakanı tarafından belirlenen; a) Bakan yardımcısı, b) Sağlık Hizmetleri, Kamu Hastaneleri, Hukuk Hizmetleri, Yönetim Hizmetleri genel müdürleri veya yardımcıları, c) Profesör veya doçent unvanlı biri dâhilî, diğeri cerrahi branştan iki hekim olacak şekilde belirlenmiştir (71).

Mesleki Sorumluluk Kurulu'nun karar süresi yönetmelikte, suçun Kurul tarafından öğrenildiği tarihten itibaren ön inceleme dâhil en geç 60 (altmış) gün olarak belirlenmiş ve zorunlu hallerde 30 (otuz) günü geçmemek şartıyla bir kez uzatılabileceği belirtilmiştir. Kurul kararlarına karar tebliğ edildikten sonra 10 (on) gün içinde itiraz edilebilir, itiraz mercii ise Ankara Bölge İdare Mahkemesi olarak belirlenmiştir (71).

İdari Sorumluluk (Disiplin Sorumluluğu)

Bütün çalışanların çalıştıkları kuruma karşı belirli sorumlulukları olduğu gibi, kamu hizmetinde çalışanların da yerine getirmek zorunda oldukları yükümlülükleri vardır. Bu yükümlülükleri yerine getirmemeleri veya mevzuatla yasaklanmış bir eylemde bulunmaları halinde, ilgili kamu çalışanının idari sorumluluğuna gidilecektir. 657 Sayılı Kanun'a tabi olarak çalışan memurlar için; disiplin cezasını gerektiren haller, bu hallerde verilecek cezalar ve disiplin cezasını vermeye yetkili amir ve kurullar, kanunun 7. bölümünde disiplin başlığı altında düzenlenmiştir. 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu'nda; uyarma, kınama, aylıktan kesme, kademe ilerlemesinin durdurulması ve devlet memurluğundan çıkarma olmak üzere beş farklı ceza ve bu cezaları gerektiren eylemler tanımlanmıştır (73).

Devlet üniversitesi veya Vakıf üniversitesinde kamu görevlisi olarak görev yapan sağlık çalışanları için ise disiplin soruşturması süreci, 2547 Sayılı Yükseköğretim Kanunu kapsamında yürütülür. Bu kanunda; disiplin cezasını gerektiren haller, bu hallerde verilecek cezalar ve soruşturma sürecinin nasıl yürüyeceği, madde 53'te Disiplin ve Ceza İşleri başlığı altında düzenlenmiştir. 2547 Sayılı Yükseköğretim Kanunu'nda; uyarma, kınama, aylıktan veya ücretten kesme, Kademe ilerlemesinin durdurulması veya birden fazla ücretten kesme, Üniversite öğretim mesleğinden çıkarma ve Kamu görevinden çıkarma olarak 6 farklı ceza ve bu cezaların hangi hallerde uygulanacağı tanımlanmıştır (50).

Bir sağlık çalışanına, soruşturma yaparak idari sorumluluk bağlamında bir disiplin cezası tesis ederken genel usul ilkelerine dikkat etmek gerekmektedir. Bu genel usul ilkeleri; suç isnat edilen çalışanın usulüne uygun savunmasının alınması, soruşturmanın gizliliğine özen gösterilmesi, soruşturma sonucunda verilecek cezanın söz konusu suç eylemiyle orantılı bir ceza olması, soruşturmanın sonunda verilen cezanın doğru bir şekilde gerekçelendirilmesi ve ceza tebliğ edildiğinde şahsa itiraz yolları doğru bir şekilde anlatılması şeklinde sıralanabilir (62).

Hukuki Sorumluluk (Tazminat sorumluluğu)

Adalet sisteminin, bir başkasının zarar görmesine neden olan kişiye, verdiği zararı maddi olarak gidermekle yükümlü tutmasına *hukuki sorumluluk* denir. Hukuki sorumluluk; *tazminat sorumluluğu* ve *mali sorumluluk* gibi farklı isimlerle de anılmaktadır. Hukuki sorumluluk, sorumluluğun ortaya çıkış şekline bağlı olarak; sözleşme sorumluluğu ve sözleşme dışı sorumluluk olarak iki başlık altında toplanabilir. Bazı kısıtlı durumlarda ise sağlık çalışanının vekaletsiz iş görmeden doğan sorumluluğuna gidilecektir. Sorumluluğun kaynağının belirlenmesi; tazminatın dayanağı, kapsamının saptanması ve zaman aşımı süreleri açısından önem taşır (29).

a. Sözleşme dışı sorumluluk:

Sözleşme dışı sorumluluk; kusur sorumluluğu ve kusursuz sorumluluk olarak ikiye ayrılır. Kusur sorumluluğu, en yaygın görülen hukuki sorumluluk türüdür (29).

1. Kusur Sorumluluğu (Haksız Fiil Sorumluluğu)

Kusur sorumluluğunda oluşan zarar, zarara yol açan kişinin kusuruna bağlı olarak ortaya çıkar. Kusur sorumluluğu; haksız fiil sorumluluğu ve subjektif sorumluluk gibi isimlerle de anılmaktadır. Haksız fiil sonucu bir başkasının zarar görmesine yol açan kişi, bu zararı tazminle yükümlüdür. Kusur sorumluluğundan bahsedebilmemiz için haksız fiilin kurucu unsurlarının; hukuka aykırı fiil, kusur, zarar ve zararlı kusur arasında bir illiyet bulunması gerekir (74).

Hukuk sistemimizde haksız fiil sorumluluğu, 6098 Sayılı Türk Borçlar Kanunu'nda (TBK) “*Haksız fiilden doğan borç ilişkileri*” başlığı altında düzenlenmiştir. TBK, zarar iddiasında; zararı ve zarar verenin kusurunu ispat yükünü zarar görene yüklemiştir. Haksız fiil sorumluluğunda zaman aşımı sürelerini ise TBK madde 72 uyarınca; “*zarar görenin zararı ve tazminat yükümlüsünü öğrendiği tarihten başlayarak iki yılın ve her hâlde fiilin işlendiği tarihten başlayarak on yılın geçmesiyle zaman aşımına uğrar*” şeklinde tanımlamıştır (75).

Zarara yol açan hukuka aykırı fiil, hem haksız fiil kapsamında hem de sözleşme sorumluluğu kapsamında faile bir sorumluluk yükleyebilir. Örneğin, sol bacak amputasyonu gerçekleştirecek bir cerrahın, ameliyatta gerekli dikkat ve özeni göstermeyerek yanlışlıkla sağ bacağı ampüte etmesi hem sözleşme sorumluluğu kapsamında hem de haksız fiil kapsamında değerlendirilir. Böyle bir durumda TBK madde 60 uyarınca, zarar görenin kazanımı hangi sorumluluk uygulandığında daha fazla olacak ise o sorumluluk sebebinin uygulanması gerektiği yönündedir (76).

Hukuk davalarında, bir zararda birden çok kişinin kusuru olması durumunda, sorumlu olan kişilerin müteselsil sorumluluğuna gidilir. Müteselsil, kelime anlamıyla zincirleme demektir. TBK madde 61 ve madde 62’de müteselsil sorumluluk ilkelerinin nasıl uygulanacağı açıklanmıştır. Aynı zararda birden fazla müteselsil sorumlu olması halinde, kişilerin kusurlarının ağırlığı ve ortaya çıkan tehlikenin yoğunluğuna bakılarak tazminat miktarları bölüştürülür (2).

2. Kusursuz Sorumluluk

Hukuki doktrinde, 20. Yüzyıla kadar “kusur yoksa sorumlulukta olmaz, sorumluluğu yaratan zarar değil kusurdur” ilkesi savunulmuştur. Ancak daha sonra zararın, yapılan iş ya da işlemler neticesinde ortaya çıktığı, bu yüzden zarar gören kişiye karşı zarar verenin (kusuru olmasa dahi) hukuki sorumluluğu olduğu tezi ortaya atılmıştır. Literatürde “kusursuz sorumluluk” olarak tanımlanan bu tez *objektif sorumluluk* adıyla da anılmaktadır (29).

Dava konusu bir olayda öncelikle kusur aranır, kusur mevcut ise kusur sorumluluğuna gidilir. Eğer kusur yoksa kusursuz sorumluluk açısından değerlendirme yapılır. Kusursuz sorumluluk durumunda, ortada bir kusur olmadığından zarar gören kişinin

kusuru ispat yükümlülüğü de yoktur. Kusursuz sorumlulukta karar verilirken bakılacak asli unsur illiyettir. İddia konusu eylemle ortaya çıkan zarar arasında bir illiyet yoksa kusursuz sorumluluk şartları oluşmaz (29, 77).

Kusursuz sorumluluğun anayasal dayanağı, T.C. Anayasa 125. Maddede; “*İdare, kendi eylem ve işlemlerinden doğan zararı ödemekle yükümlüdür*” denilerek vurgulanmıştır. Kusursuz sorumluluk, günümüzde özel hukuk ve daha sık olarak idare hukukunda uygulanmaktadır. Çok kısıtlı bir uygulama alanı olan kusursuz sorumluluk, TBK’da aynı isimli başlıkla kendine yer bulmuş ve hangi ilkeler çerçevesinde uygulanabileceği tanımlanmıştır. Bu ilkeler; *hakkaniyet sorumluluğu*, *özen sorumluluğu* ve *tehlike sorumluluğudur*. İdare hukukunda ise kusursuz sorumluluk; *özen sorumluluğu*, *tehlike (risk) sorumluluğu* ve *fedakarlığın denkleştirilmesi* (kamu külfetine karşı eşitlik) sorumluluğuna dayandırılmaktadır (5, 75, 78).

Kamu hastanesinde çalışan bir hekim yönünden baktığımızda, tıbbi uygulama hatası iddiasında soruşturma izni verildiği takdirde açılan dava öncelikle idareye açılmakta, dava sonucunda tıbbi uygulama hatası kararı çıkarsa idare, ilgili hekime rücu etmektedir. Burada idareden kasıt; devlet üniversiteleri için rektörlük, Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde doğrudan Sağlık Bakanlığı olmaktadır. Dolayısıyla bu davalar idari yargının konusu olmaktadır. Bu davalarda öncelikle kusur sorumluluğu değerlendirilmesi yapılmaktadır. Hekimin, diğer sağlık çalışanlarının ya da idarenin kusuru olup olmadığı belirlenir. Kusur tespit edilen kişi ya da kurumdan, kusuru oranında zararın tazminine gidilir. Kusur tespit edilemezse kusursuz sorumluluk hususunda değerlendirme yapılır. *Özen sorumluluğu gereğince*; tıbbi uygulamayı yapan hekim belirli bir dikkat ve özeni göstermekle mükelleftir. *Özen yükümlülüğünün* ihlaliyle meydana gelen zarar arasında uygun illiyetin bulunması sonucu, ilgili hekimin sorumluluğuna gidilecektir. *Tehlike sorumluluğu* yönünden baktığımızda, idarenin kullandığı araç gereçler nedeniyle doğan zararlar idareye sorumluluk yükler. Örneğin ameliyat sırasında bozulan bir alet nedeniyle hastada bir zarar oluşursa burada tehlike (risk) sorumluluğu gereği idarenin sorumluluğuna gidilecektir. *Fedakarlığın denkleştirilmesi sorumluluğuna* baktığımızda ise kamu, kamu yararını gerçekleştirmek amacıyla yürüttüğü hizmet sırasında, toplumun çoğunluğu bu hizmetten yararlanırken birileri zarara uğramıştır; fedakarlığın denkleştirilmesi ilkesi zarara uğrayan kişinin kusursuz sorumluluk gereği zararının karşılanması gerektiğini söyler (77, 78).

Kusursuz sorumluluğun, tıp hukukunda uygulanması hukukçular arasında tartışmalı bir konudur. Bu hukukçular tarafından, kusur olmadan verilen tıbbi malpraktis kararlarının, hekimi defansif tıbbı yönelteceği, bunun da kamu sağlığında daha büyük sorunlara yol açacağı belirtilmektedir (28).

Mahkemelerin bu hususta verdiği farklı kararlar mevcuttur. 2017 yılında Danıştay 8. Dairesi tarafından karara bağlanan bir dosyada; uygulanan enjeksiyon sonucu gelişen enjeksiyon nöropatisine bağlı gelişen siyatik sinir hasarı sonucu düşük ayak oluşmuş, ATK tarafından düzenlenen raporda sağlık personelinin kusuru ya da ihmali olmadığı belirtilmiştir. Danıştay bu dosya için verdiği kararda *“Sağlık hizmeti sunumundan kaynaklanan mağduriyetin tek başına davacı tarafından göğüslenmesinin adil ve hakkaniyetli olmayacağı, uygulamadan sonra yaşanan “düşük ayak” sendromuna bağlı acı ve üzüntünün karşılığı uğranılan manevi zararın karşılanması hukuk devleti ilkesinin tesisine yönelik uygun bir çözüm olacağı”* kanaatiyle tazminata hükmedilmiştir (78).

Danıştay 15. Dairesi tarafından 2017 yılında görülen davada; bir hastadan kan alma sırasında eline enjektör batması sonucu yaralanan ve Kırım Kongo Kanamalı Ateşi hastalığına yakalanarak ölen hemşirenin ölümü sonrası, ATK tarafından düzenlenen bilirkişi raporunda, *“uygulanan tıbbi işlemlerin önerilen tıbbi standartlara ve tıp kurallarına uygun olduğu, sağlık personeline kusur atfedilemeyeceği”* yönünde görüş bildirmiştir. İlk derece mahkeme tarafından, bilirkişi raporu doğrultusunda reddedilen dosya itiraz üzerine Danıştay 15. Dairesi’ne gelmiştir. Danıştay kararı bozmuş ve gerekçeli kararını; *“İdare kamu hizmetinin yerine getirilmesi sırasında hizmetin kuruluş ve işleyişinde kusuru olmasa bile, kamu görevlisinin kişisel kusurundan doğmamış olmak koşuluyla, çalışma gücündeki eksilme ya da ölüm durumunda ortaya çıkan maddi zararı, istihdam edenin sorumluluğu kapsamında ve kusursuz sorumluluk ilkesi uyarınca tazmin etmekle yükümlüdür”* şeklinde açıklamıştır (79).

Danıştay 10. Dairesi tarafından 2021 yılında karara bağlanan bir başka dosyada ise oral polio aşısı sonrası çocuk felci geçiren bir çocuğun zararlarının kusursuz sorumluluk çerçevesinde değerlendirilerek tazmin edilmesi istenmiştir. Dava kapsamında ATK düzenlediği bilirkişi raporunda: *“ortaya çıkan poliomyelit oral polio aşısının bir komplikasyonu olduğu yapılan işlemin tıp kurallarına uygun olduğu dolayısıyla sağlık personellerine ve idareye kusur atfedilemeyeceği”* yönünde karar vermiş; ilk derece mahkemesi ise *“uygulanan oral polio aşısının, davalı idarenin teşviki ve yönlendirmesiyle*

belli bir sıra takip edilip, aşı takvimine bağılı olarak yapılması nedeniyle davacılarda bu aşının uygulanmasının zorunluluk arz ettiğı izlenimi oluşturularak, çok düşük bir oranda da olsa felçlere neden olabildiğı konusunda bilgilendirme yapılmaması nedeniyle davacıların uğradığı manevi zararın karşılanması gerektiğı” gerekçesiyle manevi tazminata hükmetmiştir. Sağlık Bakanlığı’nın temyiz ettiğı dava Danıştay 10. Dairesi tarafından karara bağlanmıştır. Danıştay kararında: “davalı idarenin hizmet kusuru çerçevesinde tazmin yükümlülüğünün bulunmadığı, idarece önceden öngörülmesi ya da önlenmesi mümkün olmayan komplikasyonlar gelişmesi riskini içinde barındıran sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda, kusursuz sorumluluk ilkesi uygulanmak suretiyle idareye tazmin yükümlülüğü yüklenmesi mümkün bulunmadığı” şeklinde gerekçelendirerek sağlık hizmetlerinde kusursuz sorumluluk ilkelerince karar vermenin mümkün olmadığını belirtmiştir (80).

Danıştay’a yansıyan dava dosyalarında verilen farklı kararlardan görüldüğü üzere kusursuz sorumluluk ilkelerinin tıp hukukunda uygulanması konusunda, adalet sisteminin uygulayıcıları arasında da bir görüş birliğı olmadığı görülmektedir (78, 79, 80).

b. Sözleşme Sorumluluğı:

Sağlık hizmet sunumunda sözleşme sorumluluğı, TBK’da tanımlanan vekalet sözleşmesi ve eser sözleşmesini kapsamaktadır. Sözleşme sorumluluğı, özel hukukun konusu olduğu için kamuda görev yapan sağlık çalışanlarının sözleşme sorumluluğuna gidilemez. Kamu hastanelerinde ortaya çıkan bir tıbbi uygulama hatası iddiasında, sağlık çalışanının sözleşme dışı sorumluluğuna (haksız fiil sorumluluğı, kusursuz sorumluluk) gidilecektir. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları açısından da yürüttükleri kamu görevi nedeniyle aynı şekilde sözleşme sorumluluğuna gidilmez, idare hukuku hükümlerince yargılanırlar. Kendi muayenehanesinde hasta bakan bir hekimin ise hasta bakımın kabul ettiğı anda, hasta ile arasında bir sözleşme sorumluluğunun başladığı kabul edilir. Özel hastaneye başvuran hasta açısından, hastane ile arasında bir sözleşme ilişkisi olduğu, tedaviye müdahil sağlık çalışanlarının da “*ifa yardımcı*” niteliğı ile bu sözleşmenin bir parçası oldukları kabul edilir (29, 81).

Doktrinde, kamu hizmeti dışında gerçekleşen hasta - hekim ilişkisinin vekalet sözleşmesine uyduğu genel kabulü mevcuttur. Vekalet sözleşmesi TBK 502. maddede; vekilin vekâlet verenin bir işini görmeyi veya işlemi yapmayı üstlendiğı sözleşme olarak

tanımlanmaktadır. Sağlık çalışanı ile hasta arasında bu sözleşmenin kurulması için şeklen bir şart belirtilmemiştir. Hizmet talep eden hasta, başvuruyu yaptığı anda sağlık çalışanı hizmet talebini geri çevirmemesi halinde sözleşmenin zımni olarak kurulduğu kabul edilir. Sözleşme bu şekilde talebi geri çevirmeyerek (susma yoluyla) zımni olarak kurulabileceği gibi, sözlü ya da yazılı olarak da kurulabilir (29).

Vekalet sözleşmesi açısından sorumluluğa gidebilmek için belirli unsurları aramak gerekir. Bu bağlamda; ilişkinin konusunun “bir iş görme” olması, bu iş için belirli bir zaman kıstası olmaması, işin sonunda garanti edilen bir sonuç olmaması ve taraflar arasında sarih ya da zımni (açık ya da kapalı) bir anlaşmanın olması halinde vekalet sözleşmesi açısından sorumluluğa gidilebilir. Vekalet sözleşmesi, sağlık çalışanına belirli sorumluluklar yükler. Bu sorumluluklar; *hastanın çıkarlarına uygun hareket etme, sır saklama, hastayı bilgilendirme, hastanın onamına uygun hareket etme, sadakat ve özenli davranma* olarak sıralanabilir. Vekalet sözleşmesi, sonucun karşı tarafa garanti edilmediği bir sözleşme türü olsa da hekim sonuca giderken özenli davranmayarak bir zarara yol açmışsa, bu zarardan sorumlu olacaktır (29).

Hasta - hekim ilişkisinde, doktrinde kabul gören bir başka sözleşme tipi *eser sözleşmesidir*. TBK’da, yüklenicinin bir eser meydana getirmeyi, iş sahibinin de bunun karşılığında bir bedel ödemeyi üstlendiği sözleşme olarak tanımlanan eser sözleşmesi, sağlık hizmet sunumunda sadece belirli kısıtlı alanlarda varlığı kabul edilir. Estetik amaçlı yapılan estetik operasyonlar, diş protezleri, el - bacak protezi gibi işlemler eser sözleşmesi kapsamında değerlendirilir. Eser sözleşmesinin, vekalet sözleşmesinden en önemli farkı, yapılan işin sonucunun garanti edilmesidir. Bazı hukukçular yapılan işlem estetik bir işlem olsa dahi yapılan işlem sırasında birçok faktörün etkili olduğunu bu yüzden tıbbi işlemlerde sonucun hiçbir zaman garanti edilemeyeceğini, bu yüzden bu işlemlerin de vekalet sözleşmesi kapsamında değerlendirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Ancak uygulamada aksi yönde bir görüş birliği oluşmuştur. Estetik amaçlı yapılan tıbbi işlemler ile ilgili yargı kararlarında; bu işlemlerin hayatın idamesi için zorunlu işlemler olmadığı, kişinin görüntüsünden hoşlanmadığı vücut bölümüne daha iyi görünmek, ruhen ve bedenen daha iyi hissetmek için yaptırdığı işlemler olduğu, bu nedenle ortaya çıkan sonucun önemli olduğu vurgusu yapılarak, söz konusu işlemler eser sözleşmesi kapsamında değerlendirilmektedir (29, 82).

Doktrinde bazı hukukçular tarafından hasta - hekim ilişkisinin bir hizmet sözleşmesi olduğu görüşü de dile getirilmiştir. Ancak hasta - hekim ilişkisi bir iş sözleşmesi olarak kabul edilemez, çünkü iş sözleşmelerinde işverene karşı bir bağımlılık vardır. İş, işverenin denetimi altında, işverenin emir ve talimatlarıyla yürür. İşyerini ve çalışma aletlerini işveren sağlar. Hasta - hekim ilişkisinde ise hekimin hastaya böyle bir bağımlılığı yoktur. Sağlık hizmet sunumu hastanın denetimi altında gerçekleşmez, muayenehaneyi hasta temin etmez ya da hasta bu ilişkide amir pozisyonunda değildir. İşyeri hekimliği, aile hekimliği ve belirli süreli olarak özel hastane ile anlaşarak bu hastane hesabına iş yapan hekimler açısından hizmet verdiği kurum ile kurduğu ilişki, hizmet sözleşmesi kapsamında ele alınabilir. Ancak meydana gelecek bir tıbbi uygulama hatası iddiasında söz konusu olan hasta - hekim ilişkisi bu kapsamda olmadığından, hizmet sözleşmesi kapsamında hekime bir sorumluluk yüklenemeyecektir (74, 83, 84).

c. Vekaletsiz iş görme:

Hukuki sorumluluk kapsamında değinilmesi gereken, yaptığı uygulamalar sonucu hekime sorumluluk yükleyen bir başka borç ilişkisi tipi “vekaletsiz iş görme” nedeniyle gerçekleşen sorumluluktur. Vekaletsiz iş görme, yapılan işlemin arada vekalet ilişkisi olmadan gerçekleşmesi demektir, TBK 526-531. maddelerde “Vekaletsiz İş Görme” başlığı ile düzenlenmiştir. Hekim açısından baktığımızda, hastanın onamı olmadan gerçekleşen işlemleri ifade eder. Hasta onamı, tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk şartlarından biridir. Ancak bazı acil durumlar onam olmadan tıbbi müdahaleyi gerçekleştirmeyi gerektirebilir. Bilinci kapalı acil servise başvuran hasta, hekimin trafikte karşılaştığı bir kazada olay yerinde müdahale ettiği yaralı, uçakta fenalaşarak bayılan bir yolcuya uçakta bulunan hekimin yaptığı müdahale gibi onam alınamayan ancak acil müdahale edilmesi gereken durumlarda hasta ile hekim arasında bir vekalet sözleşmesi oluşmaz. Bu gibi durumlar hastanın varsayılan rızası ile hastanın üstün yararı için müdahalede bulunulması gereken hallerdir ve vekaletsiz iş görme kapsamında değerlendirilir. Sağlık çalışanının, işi vekaletsiz olarak görmesi onu kusur sorumluluğundan kurtarmaz. Vekaletli işlerde gösterdiği azami dikkat ve özeni, acil şartlarda gerçekleştirdiği vekaletsiz işlerde de göstermek zorundadır (76).

Ameliyat sırasında operasyonun genişletilmesi durumunda, vekaletsiz iş görme sözleşmesinin geçerli olabilmesi için belirli şartların gerçekleşip gerçekleşmediğine bakılır.

Onam alınarak başlanmış bir ameliyat sırasında, ameliyatı genişletmeyi gerektiren hayati bir durum ortaya çıkmışsa ve bu genişletme işlemi açısından hastanın onamını almak için geçecek süre ameliyatı genişletme riskinden daha büyük risk taşıyorsa, genişletme işlemi hastanın yüksek yararı için gerçekleştirilir ve hukuki bir zemine oturmuş olur. Bu şartlar altında gerçekleştirilen ameliyat genişletme işlemi, vekaletsiz iş görme kapsamında değerlendirilir. Bu şartların gerçekleşmediği durumlar ise hekimin haksız fiil sorumluluğunu doğurur (29). Ameliyat genişletme ile ilgili 2020 yılında Danıştay’da karara bağlanan bir davada; vajinal doğum sonrasında vajinal kanamanın durmaması üzerine gerçekleştirilen ameliyatla yumurtalıklarından birinin ve rahminin tamamen alınması üzerine hasta, hizmet kusuru bulunduğu gerekçesiyle mahkemeye başvurmuştur. İdare Mahkemesinin talebi üzerine, ATK’nın düzenlediği bilirkişi raporunda: “*doğum sonrası oluşan uterus atonisinin her türlü özene rağmen oluşabilecek öngörülemez bir durum olduğu, davacıya uygulanan muayene ve tedavilerin tıp biliminde genel kabul gören ilke ve kurallara uygun olduğu, davalı idarenin yaşanan olayda kusurlu bir eyleminin bulunmadığı*” şeklinde görüş bildirilmiştir. İdare Mahkemesinin bilirkişi raporuna uyarak hizmet kusuru olmadığı yönünde verdiği karar sonrası davacının temyiz ettiği dosya, Danıştay tarafından da onanmıştır (85).

Hukuki sorumluluğun sonuçları:

Sağlık çalışanı hukuki sorumluluğunun sonucu olarak, haksız veya hukuka aykırı eylemi nedeniyle meydana gelen zararları ödemekle yükümlüdür. Ödenen bedel (tazminat), maddi ve manevi zararları kapsar (75).

Gerçekleşen tıbbi uygulama hatası sonucu hükmedilen tazminat miktarları; ölüm ya da bedensel hasar gerçekleşmesi hallerinde farklı kalemleri kapsar. TBK madde 53’te ölüm gerçekleşmesi halinde, karşılanması gereken zararlar; 1. Cenaze giderleri, 2. Ölüm hemen gerçekleşmemişse tedavi giderleri ile çalışma gücünün azalmasından ya da yitirilmesinden doğan kayıplar, 3. Ölenin desteğinden yoksun kalan kişilerin bu sebeple uğradıkları kayıplar olarak sıralanmıştır. TBK madde 54’te ise bedensel zararlar gerçekleşmesi halinde, karşılanması gereken zararlar; 1. Tedavi giderleri, 2. Kazanç kaybı, 3. Çalışma gücünün azalmasından ya da yitirilmesinden doğan kayıplar, 4. Ekonomik geleceğin sarsılmasından doğan kayıplar olarak sıralanmıştır (75).

2016 yılında Danıştay 15. Dairesi'nde karara bağlanan dosyada; sağ ayak bileğinde talus iskemik nekrozu nedeniyle gerçekleştirilen ameliyat sonrası, yapılan operasyonun hatalı olduğu ameliyat sonrası tam iyileşmenin gerçekleşmediği gerekçesiyle dava açılmıştır. İdare Mahkemesi'nin ATK'dan talep ettiği bilirkişi raporunda; tanının ve ameliyat endikasyonunun doğru olduğu ancak ameliyat için yanlış bir teknik seçildiği, hekimin bu yönden kusurlu olduğu belirtilmiştir. Manevi tazminata hükmeden mahkeme, dava konusu olayla ilgili olarak zarara uğradığına ilişkin bilgi ve belge bulunmadığından maddi tazminat istemini reddetmiştir. Temyiz yoluyla Danıştay'a taşınan davada Danıştay, kararın maddi tazminata ilişkin kısmını bozmuştur. Danıştay kararı; *“Uzuv yitirmesine bağlı oluşan işgücü kaybından kaynaklı maddi zararının, işgücü kaybının sağlık kurulu raporu ile tespit edildikten sonra zarar tespit bilirkişi raporu ile hesaplanarak maddi tazminat istemi hakkında bir karar verilmesi gerekirken, bu yönde bir araştırma yapılmadan eksik inceleme sonucu verilen kararda hukuki isabet bulunmamaktadır”* şeklinde gerekçelendirerek, sadece tedavi giderlerinin değil çalışma gücü kaybına neden olan kayıpların da maddi tazminat yönünden karşılanması gereken zararlar olduğunu vurgulamıştır (86).

Manevi tazminat için TBK madde 56'da: *“Hâkim, bir kimsenin bedensel bütünlüğünün zedelenmesi durumunda, olayın özelliklerini göz önünde tutarak, zarar görene uygun bir miktar paranın manevi tazminat olarak ödenmesine karar verebilir”* denilmiştir. Yine aynı maddenin devamında; ağır bedensel zarar veya ölüm hâlinde, zarar görenin veya ölenin yakınlarına da manevi tazminat olarak uygun bir miktar paranın ödenmesine karar verilebileceği belirtilmiştir. Buradaki bedensel zarar, fiziksel ve ruhsal bütünlüğü ifade eder. Maddi tazminat, zarar miktarlarının hesaplanmasıyla bulunan teknik bir hesapken; manevi tazminat, hastasının acı ve ıstırap duyması, yaşama sevincinin yok olması ya da azalması nedeniyle hastanın ruhsal zararını gidermeye yönelik bir hukuki yaptırımdır (75).

2021 yılında Danıştay 15. Dairesi'nde karara bağlanan bir tıbbi malpraktis davasında; trafik kazası sonrası devlet hastanesi acil servisine başvuran hastada, femur kırığı saptanmış ve buna yönelik olarak uzun bacak atel uygulanarak ortopedi servisine yatırılıp yapılmıştır. Servise yatışından iki gün sonra aynı bacakta nabızlar alınamamış, hastanın üniversite hastanesine sevki yapılmıştır. Üniversitede çekilen doppler USG'de popliteal arterde trombüs saptanmış, hasta ameliyata alınarak femur kırığı onarımı ve fasyotomi uygulanmıştır. Bacağında fonksiyon kaybı gelişen hasta devlet hastanesinde tanı - tedavi

sürecinde gecikme olduğu iddiasıyla tıbbi malpraktis davası açmıştır. İdare Mahkemesi'nin talebi üzerine, bir üniversitenin ortopedi ve travmatoloji anabilim dalından alınan bilirkişi raporunda: *“damar yaralanması tanısının konulamaması ve acil cerrahi müdahale yapılmaması nedeniyle sunulan sağlık hizmetinde eksiklik bulunduğu şüphesi bulunmakla birlikte, bu eksikliğin davacıda meydana gelen kalıcı zarara katkısının olup olmadığının kesin olarak bilinmemesi nedeniyle, idari eylem ile işbu davada uğranıldığı ileri sürülen zarar arasında nedensellik bağı kurulamadığı”* şeklinde görüş bildirmiştir. Hasta, anne - babası ve kardeşleri için toplamda 560.000 TL manevi tazminat talep edilen davada, İdare Mahkemesi; tedavinin gerektiği gibi yürütülmesi durumunda bacağındaki kalıcı hasarın oluşup oluşmayacağı yönünde ömür boyu şüphe, endişe ve üzüntü duymalarına yol açacağı açık olduğu gerekçesiyle, toplamda 80.000 TL manevi tazminata hükmetmiştir. Temyiz yoluyla Danıştay 10. Daire'ye taşınan dosyada Danıştay, İdare Mahkemesinin kararının manevi tazminata ilişkin kısmını bozarak tazminat miktarının artırılması gerektiği yönünde karar vermiştir. Kararın gerekçesinde; manevi tazminatın, zenginleşmeye yol açmayacak şekilde belirlenmesi gerekmekte ise de, tam yargı davalarının niteliği gereği takdir edilecek manevi tazminat miktarının, olaydaki kusurun ağırlığını ortaya koyacak, hukuka aykırılığı özendirilmeyecek, bir başka ifade ile benzeri olayların bir daha yaşanmaması için caydırıcı ve aynı zamanda cezalandırıcı bir miktarda olması gerekmeyecek miktarda olması gerektiğini belirtmiştir (87).

Tıbbi uygulama hatalarında hukuki sorumlulukla ilgili güncel mevzuat:

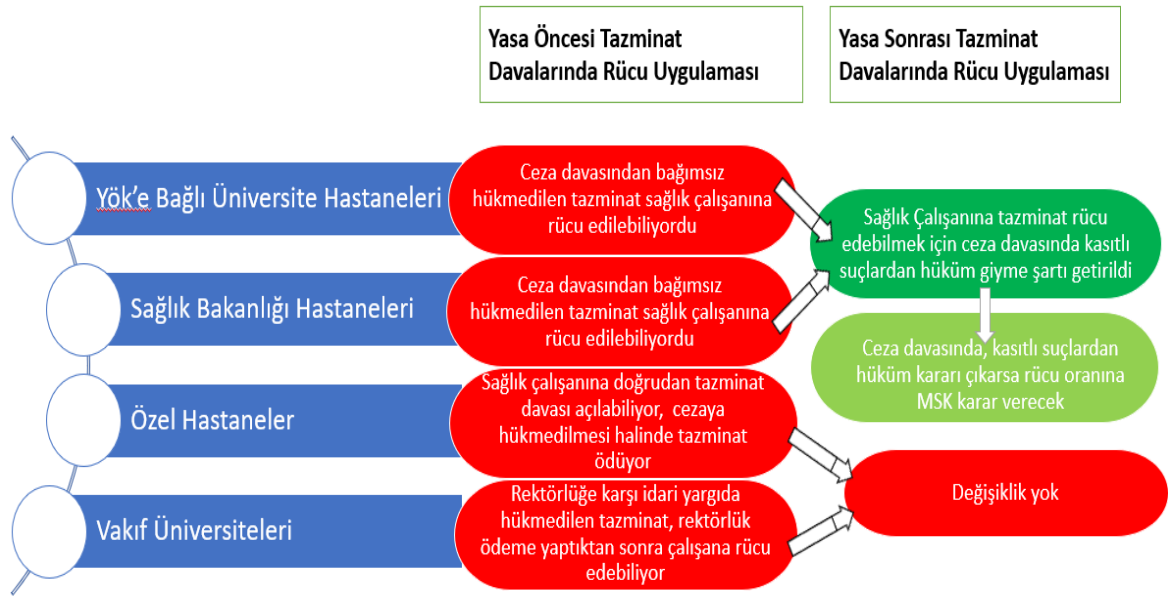
Kamuda çalışan sağlık çalışanları açısından baktığımızda, tıbbi uygulama hatası iddiasında, dava açma süreci İdari Yargılama Usulleri Kanunu'nda (İYUK) açıklanmıştır. İYUK 13. maddede dava açma süreci ve zaman aşımaları; *“İdari eylemlerden hakları ihlal edilmiş olanların idari dava açmadan önce, bu 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”* şeklinde açıklanmıştır. Bu madde doğrultusunda, bir kamu hastanesinde gerçekleştiği iddia edilen tıbbi uygulama hatasında ilk başvuru yeri ilgili idaredir. İdareye başvurmadan açılan bir yargı davası “idari merci

tecavüzü” oluşturur. Bu durumda mahkeme, ilk başvuru yerinin ilgili idare olduğu başvurunun ilgili idareye yapılması kararını verecektir. İlgili idareye yapılan başvurularda zaman aşımı geçmişte 60 gün iken 2021 yılında yapılan değişiklik ile 30 gün olarak değiştirilmiştir. Zararın karşılanması için ilgili idareye yapılan başvuruda, ilgili idare tarafından 30 gün içinde verilen olumsuz yanıt sonrası ya da 30 gün içinde yanıt verilmeyerek zımni olarak reddedilmiş sayılan dilekçe sonrası, başvuru mercii tıbbi uygulamanın gerçekleştiği mahaldeki idare mahkemesidir. Ülkemizde kamu yöneticileri zararın karşılanması amacıyla idareye yapılan başvurularda, sorumluluk almamak için mahkeme kararı olmadan herhangi bir ödeme yapmadıklarından, idareye ön başvuru süreci zaman kaybı yaratan gereksiz bir uygulama olarak sürmektedir (29, 88).

Kamu hastanelerinde gerçekleşen bir tıbbi uygulama hatası iddiasında, İYUK 13. madde uyarınca zararının karşılanması için ilgili idareye başvurulması gereken süre, bu eylemi öğrendikleri tarihten itibaren bir yıl ve her halde eylem tarihinden itibaren beş yıl olarak belirlenmiştir. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında gerçekleşen tıbbi uygulama hatası iddiasında ise TBK hükümleri uygulanacaktır. Tazminat davası haksız fiil iddiasıyla açılıyorsa TBK madde 72’de açıklandığı üzere, olayın öğrenildiği tarihten itibaren 2 yıl ve her halde eylem tarihinden itibaren 10 yıl geçmesiyle dava zaman aşımına uğrar. Eğer iddia, vekalet sözleşmesine aykırılık ya da eser sözleşmesine aykırılıksa zaman aşımı süresi TBK madde 147 uyarınca, eylem tarihinden itibaren 5 yıl olarak belirlenmiştir (29, 75).

27.05.2022 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren “7406 Sayılı Türk Ceza Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” sonrası, Sağlık Bakanlığı tarafından, bu yasaya dair uygulamaları düzenleyen 15 Haziran 2022 tarihli “Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbî İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik” yayımlanmıştır. Bu yönetmelik öncesi, idareye açılan dava sonucunda ceza davasından bağımsız olarak hukuk davasında çıkan karara göre, sağlık çalışanına tazminat rücu edilebilirken; bu yönetmelik ile birlikte rücu işleminin, sadece kasten görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle görevini kötüye kullandığı kesinleşmiş ceza mahkemesi kararı ile tespit edilmesi halinde yapılabileceği belirtilmiştir. Diğer bir ifadeyle, bu yönetmelik sonrası kamuda görev yapan sağlık çalışanları açısından tazminat sorumluluğuna gidebilmek için ceza davasında kesinleşmiş bir hüküm olmalı ve bu hüküm kasıtlı bir eylemle meydana gelmiş olmalıdır. “Görevi kötüye kullanma” gibi belirli kast suçları dışında, tıbbi kötü

uygulama iddialarının genellikle taksirli suçlar kapsamında değerlendirildiği ve hükümlerin bu yönde kurulduğu düşünüldüğünde, bu yönetmelik sonrası kamuda görev yapan sağlık çalışanları açısından tazminat rücu işlemlerinin azalacağı öngörülebilir. Haziran 2022’de yayınlanan yönetmelik, ceza davasında kasıtlı bir suçla sağlık çalışanının hüküm giymesini sonucunda rücu edilecek tazminat miktarının ise olaydaki kusur oranı gözetilerek Mesleki Sorumluluk Kurulu tarafından belirleneceğini söylemektedir. İlgili yönetmelik, özel sağlık kurum ve kuruluşlarındaki ve vakıf üniversitelerindeki hukuk yargılamaları açısından ise bir yenilik getirmemiştir; açılan hukuk davasında ilgili sağlık çalışanının bir sorumluluğu tespit edilmesi halinde tazminat ödeyecektir (Şekil 3) (71).



Şekil 3. “Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbî İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik” sonrası, hukuk davalarında değişen uygulamalar

Tıbbi kötü uygulamaya ilişkin zorunlu mali sorumluluk sigortası:

21.01.2010 tarihinde Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'a eklenen Ek-12. madde ile Kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, dış tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, tıbbi kötü uygulama nedeniyle kendilerinden talep edilebilecek zararlar ile kurumlarınca kendilerine yapılacak rüculara karşı sigorta yaptırma zorunluluğu getirilmiştir. Bu kanun doğrultusunda Türkiye’de,

21.07.2010 tarihinde; “Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ”, “Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Tarife ve Talimatı” ve “Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları” yayımlanarak Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası’na (ZMSS) ilişkin uygulama esasları belirlenmiştir (89).

ZMSS’ye ilişkin yapılan yasal düzenlemeler ile kamuda görev yapan tabipler, diş tabipleri, tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar ve aile hekimleri; sigortalarını yaptırdıktan sonra ödedikleri tutarın yarısının kurum bütçesinden ödeneceği şeklinde düzenlenmiştir. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışanlar açısından, sigortayı çalışılan kurumun yaptıracığı, prim miktarının yarısının sigorta yaptırılan çalışana yansıtılacağı belirtilmiştir. Serbest olarak çalışanlar ise sigorta primlerinin tamamını kendileri öderler (89).

ZMSS uygulamasında, sağlık uygulama alanları barındırdıkları tıbbi malpraktis riskine göre dört risk grubuna ayrılmıştır. Birinci grup, en düşük riskli grup iken dördüncü grup en yüksek riskli grup olarak belirlenmiştir. Birinci gruptan, dördüncü gruba gittikçe ödenecek prim miktarı ve sigortanın tıbbi malpraktis için belirlediği teminat miktarı artmaktadır. ZMSS kapsamında belirlenen risk gruplarında, branşların yerleri şu şekildedir:

1. Risk grubu; Adli Tıp, Anatomi, Askeri Hekimlik, Çevre Sağlığı, Epidemiyoloji, Fizyoloji, Halk Sağlığı, Histoloji ve Embriyoloji, Sitopatoloji, Temel İmmünoloji, Tıbbi Biyokimya, Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji, Tıbbi Farmakoloji, Tıbbi Mikoloji, Tıbbi Mikrobiyoloji, Tıbbi Parazitoloji, Tıbbi Patoloji, Tıbbi Viroloji.

2. Risk grubu; Pratisyen Tabip, Aile Hekimliği, Askeri Psikiyatri (kaldırılmış olan askeri hastaneler sistemi içinde idi), Çocuk Endokrinolojisi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları, Çocuk Radyolojisi, Çocuk Romatolojisi, Deri ve Zührevi Hastalıklar, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Geriatri, Hava ve Uzay Hekimliği, İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları, İş ve Meslek Hastalıkları, Klinik Nörofizyoloji, Nükleer Tıp, Çocuk Diş Hekimliği, Periodontoloji, Radyasyon Onkolojisi, Romatoloji, Spor Hekimliği, Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp, Tıbbi Genetik, Diş Hekimliği, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi, Gelişimsel Pediatri.

3. Risk grubu; Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi, Algoloji, Çocuk Cerrahisi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, Çocuk Gastroenterolojisi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, Çocuk

Hematolojisi ve Onkolojisi, Çocuk Kardiyolojisi, Çocuk Nefrolojisi, Çocuk Nörolojisi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Ürolojisi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Endodonti, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Gastroenteroloji, Göğüs Hastalıkları, Göz Hastalıkları, Harp Cerrahisi, Hematoloji, İç Hastalıkları, Kardiyoloji, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Nefroloji, Nöroloji, Ortodonti, Protetik Diş Tedavisi, Radyoloji, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Tıbbi Onkoloji, Üroloji, Restoratif Diş Tedavisi.

4. Risk grubu; Acil Tıp, Ağız, Yüz ve Çene Cerrahisi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Cerrahi Onkoloji, Çocuk Acil, Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi, Çocuk Yoğun Bakımı, El Cerrahisi, Gastroenteroloji Cerrahisi, Genel Cerrahi, Göğüs Cerrahisi, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kalp ve Damar Cerrahisi, Neonatoloji, Ortopedi ve Travmatoloji, Perinatoloji, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, Yoğun Bakım (89).

Dünyada tıbbi malpraktis sigorta uygulamalarına baktığımızda farklı uygulamalar olduğunu görmekteyiz. ABD’de, hekimlerin kendi sigorta primlerini ödediği bir sistem mevcuttur ve bu primler her geçen gün hekim gelirlerinin daha büyük bir kısmını kapsamaktadır. Amerikan Tıp Birliği, sigorta primlerinin 20 eyalette kriz seviyesine ulaştığını açıklamıştır. İngiltere’de sağlık hizmetlerinin büyük bölümü kamu aracılığıyla sağlanmaktadır ve tıbbi malpraktis iddiasında zarar, kamu hastanelerinin bağlı olduğu “Ulusal Sağlık Hizmetleri” adı verilen yapı tarafından karşılanmaktadır. Hollanda’da hekimlerin sigorta primleri meslek odaları tarafından ödenmektedir, hastaneler de o hastanede gerçekleşebilecek tıbbi malpraktis yönünden sigortalanmaktadır. İsveç’te, kamuda gerçekleşen bir tıbbi uygulama hatasında zarar, yerel yönetim birimleri olan Bölgesel İdare Meclisleri tarafından karşılanmaktadır. Bölgesel İdare Meclisleri’nin gelirinin büyük bölümünü vergiler oluşturmaktadır. Finlandiya’da, tıbbi uygulama hatası iddiasında, sağlık çalışanına maddi bir külfet yüklenmez, Ulusal Sağlık Sigortası hastanın zararını karşılar ve sorunu ortaya çıkaran nedenleri ortaya koyup çözmeye dönük araştırmalar yapar. Japonya’da, sağlık çalışanları değil kurumlar sigorta yaptırmakta ve tıbbi malpraktis iddiasında, olayın gerçekleştiği kurumun sigortası kapsamında zarar karşılanmaktadır (19, 90, 91).

DANIŞTAY YAPISI VE GÖREVLERİ

İdari yargı, devletin idari işlerini yürütmesi sırasında ortaya çıkan hak ihlalleri ve uyuşmazlıkları inceleyerek, idarenin faaliyetlerinin hukuka uygunluğunu denetleyen yargı merciidir. İdari yargı, birey ile idare arasındaki anlaşmazlıklara çözüm getirerek hem bireyin hem de kamunun haklarının korunmasını amaçlamaktadır (92).

Fransa, dünyada idari denetim mekanizmasını kurarak idare hukukunu hayata geçiren ilk ülke olarak bilinmektedir. Fransa’da bu süreç Fransız Devrimi sonrası monarşinin yıkılması ile birlikte gerçekleşmiştir. Fransız Danıştayının kuruluş yılı 1799 olarak kabul edilmektedir. Osmanlı’da Fransız teşkilat yapılanmasının etkisiyle oluşturulan Şura-yı Devlet 1868 yılında kurulmuştur. Şura’yı Devlet’in görevleri; yasa tasarıları hazırlamak, yürütme ile yargı arasındaki uyuşmazlıkları çözmek, kamu görevlilerini görevleri ile ilgili suçlardan yargılamak, devlet ile kişiler arasındaki uyuşmazlıkları çözmek olarak tanımlanmıştır. Şura-yı Devlet’in Osmanlı dönemindeki işlevselliği tartışma konusu olsa da Cumhuriyetin kurulmasıyla birlikte 20 Nisan 1924 tarihli Teşkilatı Esasiye Kanunu’nda, idari davalarda başvuru mercii olarak tayin edilmiştir. Osmanlı döneminde verilen kararların padişah onayına sunulduğu bağımsız bir kurum olmaktan uzak bir görüntü çizen Şura-yı Devlet, Cumhuriyet ile birlikte bağımsız bir yapıya kavuşmuştur (92, 93). Cumhuriyet sonrası 1927 yılında fiilen göreve başlayan Şura-yı Devlet, 1961 Anayasası ile Danıştay adını almış ve Yüksek Mahkemeler başlığı altında tanımlanmıştır (94).

Danıştay’da üye ve başkanların nasıl seçileceği, *Danıştay Kanunu*’nda tanımlanmıştır. Danıştay’da boşalan üyeliklerin dörtte üçü idari yargı hakim ve savcılığında, dörtte biri ise diğer görevliler arasından seçilir. İdari yargı hakim ve savcılar, Hakimler ve Savcılar Yüksek Kurulunca; diğer görevlerde bulunanlar ise, Cumhurbaşkanınca Danıştay üyeliğine seçilirler. Danıştay üyeleri on iki yıl için seçilir. Danıştay Başkanı, Başsavcısı, başkanvekilleri ve daire başkanları kendi üyeleri arasından Danıştay Genel Kurulunca üye tam sayısının salt çoğunluğu ile seçilirler. Danıştay Başkanı ve Başsavcısı seçilebilmek için altı yıl, başkanvekili ve daire başkanı seçilebilmek için üç yıl süre ile Danıştay üyeliği yapmış olmak zorunludur (95).

Danıştay’ın idari ve yargısal olmak üzere iki farklı görevi bulunmaktadır. Danıştay’ın idari görevleri, inceleme ve istişare görevleri olarak iki başlıkta toplanabilir. Kanun tasarıları hakkında görüş bildirmek, tüzük tasarıları imtiyaz ve sözleşmeleri

incelemek, Danıştay ile ilgili konularda Danıştay Başkanı'nın isteği üzerine düşünce bildirmek, Cumhurbaşkanlığından gönderilen işler hakkında istişari görüş bildirmek Danıştay'ın başlıca idari görevleridir (96).

Danıştay, yargısal yönüyle üç tip davayı ele almaktadır. Bunlar; tam yargı davaları, iptal davaları ve yorum davalarıdır. Tam yargı davaları, idari işlemlerden dolayı hakları ihlal edilenlerin idareye karşı açtıkları davalardır. Tıbbi malpraktis iddiasıyla idari yargıda açılan davalar tam yargı davası niteliğindedir. İptal davaları, idari işlemlerin kanunlara aykırılığı iddiasıyla açılan ve işlemin iptalini isteyen davalardır. Yorum davaları ise tanzim, telafi ve iptal gerektirmeyen, idari kararın kapsamının tespiti için açılan davalardır (96).

Danıştay'ın yargı ile ilgili görevlerine baktığımızda; ilk derece mahkemesi, temyiz mahkemesi ve uyuşmazlık mahkemesi olarak üç görevi bulunmaktadır. Kanunlarla, ilk derece mahkemelerine bırakılmayan belirli konularda ilk derece mahkemesi olarak görev yapar. Bir temyiz mahkemesi niteliği ile istinaf mahkemesinin vermiş olduğu karara karşı olarak hükümlerinin yeniden incelenmesi için yapılan başvuruları inceler ve karar verir. Bir uyuşmazlık mercii olarak ise yönetsel yargı yerleri arasında çıkan görev ve yetki uyuşmazlıklarını çözer (96).

Ülkemizde 2014 yılına kadar, itiraz ve karar düzeltme olarak işleyen idari yargı olağan kanun yolları, 2014 yılında çıkarılan 6545 sayılı Türk Ceza Kanunu ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile 2577 sayılı İdari Yargılama Usul Kanunu'nda düzenlenmiş kanun yollarında değişiklik yapılarak; itiraz yerine istinaf yolu getirilmiş, karar düzeltme yolu kaldırılmıştır. Bu kanun ile üst yargı merciielerinin yükünü hafifletmek amacıyla Bölge İdare Mahkemelerinin yapısı değiştirilerek istinaf mahkemesi olarak konumlandırılmıştır. Böylece iki dereceli yargılama sisteminden, üç dereceli yargılama sistemine geçilmiştir (97).

İstinaf başvuru şartları ile ilgili İYUK madde 45'te; İdare ve vergi mahkemelerinin kararlarına karşı, başka kanunlarda farklı bir kanun yolu öngörülmüş olsa dahi, mahkemenin bulunduğu yargı çevresindeki bölge idare mahkemesine, kararın tebliğinden itibaren otuz gün içinde istinaf yoluna başvurulabileceği ancak, konusu beş bin Türk lirasını geçmeyen vergi davaları, tam yargı davaları ve idari işlemlere karşı açılan iptal davaları hakkında idare ve vergi mahkemelerince verilen kararlar kesin olup, bunlara karşı istinaf yoluna başvurulamayacağı düzenlenmiştir. Temyize başvuru şartları ise İYUK madde 46'da;

“Danıştay dava dairelerinin nihai kararları ile bölge idare mahkemelerinin aşağıda sayılan davalar hakkında verdikleri kararlar, başka kanunlarda aksine hüküm bulursa dahi Danıştayda, kararın tebliğinden itibaren otuz gün içinde temyiz edilebilir” denilmiştir. Aşağıda sayılan maddeler içerisinde tezimizin konusu olan kısım; “b) Konusu yüz bin Türk lirasını aşan vergi davaları, *tam yargı davaları* ve idari işlemler hakkında açılan davalar” olarak tanımlanmıştır (88).

İdari yargıda hem istinaf başvuru süresi hem de temyiz başvuru süresi, mahkeme kararının tebliğinden itibaren otuz gün içerisinde olarak düzenlenmiştir. Maddi meblağlar olarak ise istinafa başvuru için konusu 5.000 TL’nin üzerinde olan davalar, temyize başvuru için konusu 100.000 TL’nin üzerinde olan davalar ile ilgili başvuru yapılabileceği şartı getirilmiştir. İYUK’a eklenen Ek madde 1 ile bu parasal sınırların her sene Maliye Bakanlığınca yeniden değerlendirilerek artırılarak yeniden tespit edileceği belirlenmiştir. 2022 yılı için idari yargıda istinafa başvuru sınırı konusu 9.000 TL’nin üzerindeki davalar, temyize başvuru sınırı ise konusu 261.000 TL’nin üzerinde olan davalar olarak belirlenmiştir (88, 98).

1927 yılında fiilen göreve başlayan Danıştay’ın üç idari ve bir dava dairesi bulunmaktaydı. Zaman içerisinde daire sayıları ihtiyaca göre şekillenerek artırılan ya da azaltılan Danıştay’ın 2022 yılı itibarıyla 11 dava dairesi bulunmaktadır. Bu dava dairelerinden; Üçüncü, Dördüncü, Yedinci ve Dokuzuncu Daireler vergi dava dairesi olarak görev yapmaktadır. İkinci, Beşinci, Altıncı, Sekizinci, Onuncu, Onikinci ve Onüçüncü daireler ise idari dava dairesi olarak görev yapmaktadır. 2019 yılına kadar Danıştay 15. Dairesi tarafından görülen, sağlık hizmetine ilişkin tam yargı uyuşmazlıklarından doğan davalar; 2019 yılında 15. Dairenin kapatılmasıyla Danıştay 10. Dairesi’nde görülmeye başlanmıştır. Sağlık hizmetine ilişkin tam yargı uyuşmazlıklarının görüldüğü Danıştay 10. Dairesi’nin görevleri şunlardır; a) 3093 sayılı Türkiye Radyo-Televizyon Kurumu Gelirleri Kanunundan, b) 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunundan, c) 4703 sayılı Ürünlerle İlişkin Teknik Mevzuatın Hazırlanması ve Uygulanmasına Dair Kanundan, ç) Mülga 3226 sayılı Finansal Kiralama Kanunundan, mülga 90 sayılı Ödünç Para Verme İşleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnameden ve 6361 sayılı Finansal Kiralama, Faktoring ve Finansman Şirketleri Kanunundan, d) Sınır ve toprak edinme mevzuatı (yabancı sermayeli şirketlerin taşınmaz mülkiyeti ve sınırlı ayni hak edinimi dahil), e) 5233 sayılı Terör ve Terörle Mücadeleden Doğan Zararların Karşılanması Hakkında Kanundan, f) Diğer idari dava

dairelerinin görevi dışında kalan sağlık mevzuatından, g) Sağlık hizmetine ilişkin tam yargı uyuşmazlıklarından, ğ) Emeklilik ve kamu görevlileri emeklilik mevzuatı hariç; sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası mevzuatından (idari para cezaları ve Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği dahil), h) Banka promosyon ödemelerine ilişkin olarak tesis edilen işlemlerden, ı) Tüketicinin korunması mevzuatından (idari para cezaları ve diğer idari yaptırımlar dahil), i) Silahlara ve bıçaklara ilişkin mevzuattan, j) Gümrük mevzuatı uyarınca gümrük müşavir ve müşavir yardımcılar hakkında tesis edilen işlemlerden, k) Vergi davalarına bakan dava daireleri hariç, diğer dava dairelerinin görevi dışında kalan uyuşmazlıklardan doğan davaları ve temyiz başvurularını çözümler (99, 100).

İdari Denetim Yolları

Hukuk devleti olarak nitelendirdiğimiz ülkelerde kamu hizmetlerinin hukuka uygun, keyfiyetten uzak, birey hak ve özgürlüklerini idareye karşı koruyacak, idare hizmetlerinin etkin ve verimli bir şekilde yürütülmesini sağlayacak idari denetim mekanizmalarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu idari denetim yargı aracılığıyla ya da yargı dışı yollarla yapılabilir. Ülkeler dahil olduğu yargı sisteminin (İdari rejim, adli rejim) kullandığı mekanizmalarla yargısal denetimi gerçekleştirir. Türkiye yargı sistemi olarak İdari Rejimi benimsemiş kurum yapılarını da bu sisteme göre oluşturmuştur. Türkiye’de idarenin yargısal denetimi; Danıştay, Bölge İdare, İdare ve Vergi Mahkemeleri aracılığıyla gerçekleştirilir. İdarenin yargı dışı denetim yollarına baktığımızda ise siyasi denetim, yönetsel denetim, kamuoyu denetimi ve ombudsman denetimi gibi yollar karşımıza çıkmaktadır (101).

Kamu denetçiliği (ombudsmanlık)

Ombudsmanlık dünyada ilk kez 1800’lerin başında İsveç’te uygulanmaya başlanan, bireylerin kamu kurumlarına karşı olan şikayetlerini inceleyip değerlendirerek kamu ile birey arasındaki sorunların yargıya gerek kalmadan çözülmesini sağlamaya çalışan bir denetim mekanizmasıdır. Dünyada yayılımı 1970’li yıllar sonrası olmuş ülkemizde ise Kamu Denetçiliği Kurumu (KDK) 2012 yılında kurulmuş, 2013 yılında faaliyete geçmiştir. Türkiye’de kurulan ombudsmanlık kurumu, idare ile ilgili tüm şikayetleri değerlendirerek inceleme yetkisine sahiptir (102).

Çeşitli ülkelerde farklı şekillerde uygulanan ombudsmanlığın bütün ülkelerde ortak olan noktaları şunlardır; yürütmeden bağımsızlık, vatandaşlar tarafından başvurulabilme ve yaptırım yetkisinin bulunmaması. Ombudsmanlar sadece tavsiye niteliğinde kararlar alarak ilgili kuruma bildirir, kamusal eleştiri ve ikna dışında herhangi bir yaptırım yetkisi yoktur (103). Sağlık ombudsmanı, basın ombudsmanı, yerel yönetim ombudsmanı, polis şikayetleri ombudsmanı, çocuk ombudsmanı, tüketici ombudsmanı gibi çeşitli konular üzerine uzmanlaşmış, ihtiyaca göre ortaya çıkmış ombudsmanlar bulunmaktadır (104).

Ombudsmanlık, doğrudan bir yaptırım gücü olmasa da demokrasilerde etkin çözüm aracı niteliğinde yapılardır. Ülkemizde KDK istatistiklerinde, diğer idarelerin ombudsmanların aldığı tavsiye kararlarına uyma oranları 2019 yılında (20.968 başvuru) %75, 2020 yılında (90.209 başvuru) %76,3 olarak gerçekleşmiştir. Yapılan başvurular birçok alanı kapsamakla birlikte en sık başvuru yapılan alanlar; ekonomi - maliye ve vergi, kamu personel rejimi, adalet - milli savunma ve güvenlik, eğitim öğretim gençlik ve spor, mahalli idarelerce yürütülen hizmetler olarak sıralanmıştır (102).

Ombudsmanlık kurumu; eğitici, önleyici, düzeltici işlevlerinin yanı sıra yargı yükünü hafifletici bir işlevi de bulunmaktadır. Yargının iş yüküyle doğru orantılı olarak uzun yıllar alan dava süreleri çözüm bekleyen vatandaş için yıpratıcı olabilmektedir. Bu noktada ombudsmanlık kurumu, idare ile çözüm bekleyen vatandaş arasında daha hızlı çözüm üretebilen bir mekanizma olabilmektedir. KDK'nın 2021 yılı yıllık raporuna göre Türkiye'de 2021 yılında sağlık alanında toplam 474 başvuru olmuştur. Hasta hakları, sağlık hizmetine ulaşım, muayene randevu sistemi, hastane poliklinik ve hekim talepleri gibi birçok alanda başvuru yapılan KDK, ilgili kuruma önerilerde bulunarak sorunun çözüme kavuşması adına yargı dışı alternatif bir yol olarak yerini almıştır. Ombudsmanlık kurumunun daha sık kullanılması ve tavsiye niteliğindeki kararlara uyumun artmasıyla birçok alanda olduğu gibi sağlık hizmet sunumunda da sorunların daha aza indirilmesi, daha hızlı çözüm sağlanması adına toplumsal bilinirliği artırılmalı etkin kullanımı sağlanmalıdır (104).

EVRENSEL HUKUKTA İDARİ DENETİM

İdari hukukun gelişimi, polis devletlerin (monarşik yapının) gücünün azalması ile olmuştur. İdarenin mutlak güç kabul edildiği dönemlerde, hukukun idare üzerinde bir yaptırım gücü de yoktu. Her toplum için farklı ihtiyaçlar doğrultusunda bu denetim

mekanizmaları farklı şekillerde gelişim gösterse de bu ihtiyaçların temel dayanağını, millet iradesine uygun şekilde idarenin hukuka uygun davranma kaygısı oluşturmuştur (105).

Günümüzde idare hukuku anlamında tüm dünyada uygulanan iki hukuk sistemi mevcuttur. Bunlardan *birincisi*, Fransa'da ortaya çıkıp kıta Avrupası ülkelerine (Almanya, Türkiye, İtalya, Yunanistan, İspanya, Belçika, İsviçre, Avusturya) ve Tunus, Fas, Cezayir gibi bazı Kuzey Avrupa ülkelerine yayılan “Kara Avrupası (Kıta Avrupası)” sistemidir. “İdari rejim” ve “İdare hukuku” isimleriyle de anılır. *İkincisi* ise İngiltere, ABD, Kanada, Avustralya, Yeni Zelanda, İsrail, Hindistan'da uygulanan Anglosakson sistemidir. “Adli idare rejimi” ve “Ortak hukuk (common law) sistemi” isimleriyle de anılır (105).

Kara Avrupası Sisteminde idareyi denetlemek için kurulmuş ayrı idari mahkemeler mevcuttur. Anglosakson sistemde ise idare için oluşturulmuş ayrı mahkemeler bulunmaz. İdari uyuşmazlıklar, “common law” denilen ortak mahkemelerde görülür. İki sistem arasındaki temel farkı, denetim yetkileri oluşturmaktadır. Kara Avrupası Sisteminde, mahkemeler hem esas hem usul yönünden değerlendirme yaparken, Anglosakson sistemde yargı mercileri yalnızca şekil (usul) yönünden değerlendirme yapmaktadırlar. Bunu Anglosakson Sistemi uygulayan ülkeler farklı şekilde gerekçelendirmektedir. İngiltere, yargısal denetimi yasa koyucunun üstünlüğü nedeniyle sadece usul yönünden yaparken; ABD, idarenin uygulamalarında uzmanlaşmış olduğu, hakimlerin ilgili konuda yeterince donanımı olmadığından, idarenin kararını doğru - yanlış olarak değerlendirmesinin yanlış olduğu gerekçesiyle, idari davalarda yalnızca usul yönünden inceleme yapmaktadır (106).

Kara Avrupası Sistemi (İdari Rejim)

İdari rejimde kamu ile bireyler eşit şartlarda değildir. Kamu hizmetlerini etkin şekilde yürütebilmek için idare kamu gücü yetkileri ile donatılmıştır. İdarenin üstün olarak kabul edildiği bu sistemde, kamu gücünün (idarenin) denetimi için ise ayrı idari yargı yerleri oluşturulmuştur. İdare ile kişiler arasında çıkan uyuşmazlıklar, Anglosakson Sistemden farklı olarak idare mahkemelerinde çözülür. Kamu hukuku - özel hukuk ayrımı vardır (107).

Fransa, “Conseil d'État” ismiyle Fransız Danıştay'ının kurulması sonrası uygulamaları ve zaman içinde yaptığı reformlarla hem modern idare hukukunun öncüsü hem de etkin bir uygulayıcısı olmuştur. Fransa'da idari davalar, bu konuda genel yetkili idari mahkemelerde görülür. Dava daireleri, idari ve vergi dava daireleri olmak üzere ikiye ayrılır.

İdare mahkemelerinin kararlarına karşı temyiz mercii Danıştay'dır. Danıştay, idare mahkemelerinin görev yetkisini aşan (Cumhurbaşkanı - Başbakan Kararnameleri gibi) davalarda ilk derece mahkemesi olarak görev yapmaktadır. İdari temyiz davalarının yoğunluğu sonrası, 1987 yılında İstinaf Mahkemelerinin kurulmasıyla, temyiz yetkileri kısıtlanan Fransız Danıştay, belediye seçimleri gibi bazı ayrıcalıklı durumlar için hala bu yetkisini korumaktadır. İptal ve tespit davaları ise yine Danıştay tarafından yürütülmektedir (108, 109).

Almanya'da ilk idari şikayet mercii olarak, "Conseil d'État" örnek alınarak 1819 yılında "Geheimer Rat (Gizli Konsey)" oluşturulmuştur. Nazi döneminde sekteye uğrayan idari yargı, 2. Dünya Savaşı sonrası 1949 yılında kurulmuştur. Alman idari yargı sistemi, idarenin hukuka uygunluğunu denetlemekten öte idarenin kişilere karşı yaptığı hak ihlallerinde etkin bir hukuksal koruma sağlamayı amaçlamıştır. Bu yaklaşımda, Nazi Dönemi Almanya'sında rejim eliyle yaşatılan yoğun insan hakları ihlalleri etkili olmuştur. Günümüzde Alman idari yargı sistemi üç aşamalı bir yapıya sahiptir. Eyalet çapında görev yapan ilk derece idare mahkemeleri, yine eyalet çapında görev yapan istinaf mahkemesi niteliğindeki yüksek idare mahkemeleri ve "Bundesverwaltungsgericht" adlı idari yargının en üstü konumundaki Federal İdare Mahkemesi bulunur (110, 111).

Hollanda'da 1935 yılına kadar, idari işlemlerde yalnızca usul yönünden değerlendirme yapılırken, gerçekleşen yıkıcı ekonomik kriz sonrası hükümetin maaşların düşürülmesini öngören bir teklifi reddederek, davaları esastan da incelemeye başlamıştır (106).

Avrupa Birliği'nde (AB) idari yargı organı olarak, gerçek ve tüzel kişilerle Topluluk hukuku arasındaki anlaşmazlıkları çözmek için Avrupa Toplulukları Adalet Divanı (ATAD) kurulmuştur. ATAD başlangıçta hem bir ilk derece mahkeme hem de temyiz mahkemesi olarak görev yaparken, artan iş yükünü hafifletmek amacıyla, 1988 yılında bir ilk derece mahkemesi kurulmuş ve ATAD bir temyiz mahkemesi olarak görevine devam etmiştir. Bünyesinde hem Anglosakson sistemi kullanan hem Kara Avrupası sistemini kullanan ülkeler barındıran Avrupa Birliği, idari hukuk yapısı olarak Kara Avrupası sistemini kullanan Fransa'yı örnek almıştır (110).

Anglosakson Sistem (Adli İdare Rejimi)

Anglosakson sistemde idareye has mahkemeler ya da idare özelinde bir hukuk sistemi mevcut değildir. İdari davalar da adli davalara bakan genel mahkemelerde görülür, bu yüzden “Common law (ortak hukuk)” şeklinde de adlandırılır. Kamu hukuku - özel hukuk ayrımı yoktur. Bu ülkelerde yargının birliği esastır (105).

1947 yılına kadar İngiltere’de yargı sistemi, adli yargıya idareyi denetleme yetkisi vermiş ancak devlet tüzel kişisini bu denetimin dışında tutmuştur. Tüm devlet çalışanları kraliyetin hizmetkarı sayıldıkları için bu çalışanların yargılanması, devletin kendi kendini yargılaması olarak düşünülmüştür. Sözleşme sorumluluğu açısından kamu görevlisinin sorumluluğuna gidilebilir ancak haksız fiil yönünden devlet mutlak sorumsuz sayılmıştır. 1947 yılında çıkarılan yasa ile bu durum değiştirilerek devletin de haksız fiillerden sorumlu olabileceği kabul edilmiştir. Sanayi Devrimi sonrası İngiltere’de iktisadi hayata daha hızlı müdahale edebilmek için ilgili alanlarda uzmanlaşmış idare kurulları oluşturulmuştur. Tam olarak yargısal niteliği olmayan idare kurulları ihtisaslaştıkları alanda idari görevler yürütmenin yanında, idare ile kişiler arasındaki ihtilaflara da çözüm getiriyorlardı. Kurulların verdiği kararlara itiraz için ise adli mahkemelere başvurulabiliyordu. 2007 yılına kadar farklı kamu kurumlarının bünyesinde bulunan idare kurulları, 2007 yılında çıkarılan yasa ile mahkemeler ile aynı çatı altında toplanmıştır. İngiltere’de idari işlemlere karşı temyiz başvurusu “High Court” denilen yüksek mahkemeye yapılır. Ancak yüksek mahkeme kararın doğruluğu yanlışlığını değil, hukuka uygunluğunu denetler. Yani yapılan denetim usul yönünden bir denetlemedir (107).

Amerika’da, Anglosakson sistem geleneğinin bir sonucu olarak içtihadi hukuk uygulanmaktadır. Diğer bir deyişle yazılı olmayan mahkeme kuralları, hukuk kurallarının önünde gelmektedir. Kıta Avrupası hukukunda da idare hukuku içtihadidir ancak yazılı hukuk geleneği de önemini korumaya devam etmektedir. Ülkemizde de uygulanan Kıta Avrupası Hukuk sisteminde, normlar hiyerarşisine göre içtihatler yazılı kanunların gerisindedir. ABD, idare hukuku başvuru mercii olarak Federal düzeyde beş özel mahkeme kurmuş, bunlardan üç tanesine içtihat yaratma yetkisi tanımıştır. Ayrıca devletin sosyal ve iktisadi alanda müdahalelerini düzenleyen bağımsız komisyonlara yargı yetkisi tanımıştır. Her ne kadar bu yaklaşımlar idari yargıya özgü gibi görünse de hukukçular bu yapılanmaların tam bir idari mercii niteliğinde olmadığını savunmaktadırlar (110).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Tez çalışmamızda, T.C. Danıştay Başkanlığı resmi karar arama sitesi <https://karararama.danistay.gov.tr/> üzerinden; “hekim hatası”, “doktor kusuru”, “hemşire hatası”, “sağlık çalışanı hatası”, “idare kusuru”, “hekim sorumluluğu”, “idare sorumluluğu” anahtar sözcükleri girilerek 2015-2021 yılları arasında Danıştay’da karar verilmiş, aşağıda belirttiğimiz koşulları içeren kararlar, çalışma kapsamına alınmıştır.

Değerlendirmeye alınan kararlarda, dosyalar; karar yılı, olay tarihi ile Danıştay’ın karar süresi arasında geçen süre, şikayete konu branş, şikayetin olduğu sağlık hizmet sunucusu (SHS), hatalı tıbbi uygulama iddiası olan işlem ve başvuru şekli, hatalı olduğu iddia edilen tıbbi uygulama neticesinde doğrudan veya dolaylı olarak ölüm meydana gelen veya vücut bütünlüğünde hasar oluşan olguların dağılımı, vücut bütünlüğünde oluşan hasarın nev’i, ilk derece mahkeme kararlarının dağılımı ve gerekçeleri, Danıştay kararları ve gerekçeleri, dosyada kaç adet bilirkişi raporu olduğu, bilirkişi raporlarının hangi kurumlar tarafından düzenlendiği ve verilen kararlar, bilirkişi raporları arasındaki çelişki durumları, bilirkişi raporunda suç isnat edilen sağlık profesyoneli ve kararın gerekçesi, talep edilen maddi ve manevi tazminat, kabul edilen maddi ve manevi tazminat miktarı, kalemleriyle kayıt altına alınmıştır.

İncelenen dava dosyası verilerimizde; hekim olmayan, sağlık bakım - uygulama alanında hizmet veren, tüm sağlık profesyonelleri için, hekim dışı diğer sağlık personeli (DSP) şeklinde genel bir tanımlama belirlenmiş, “*Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık*

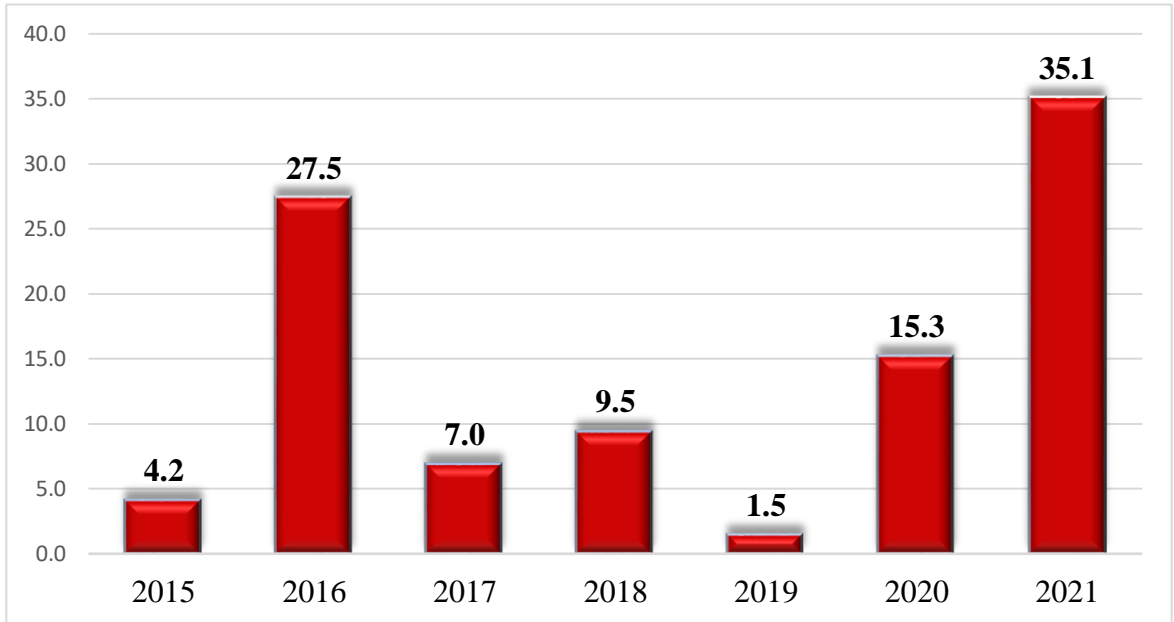
Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik” kapsamındaki tanımlamalara özen gösterilerek veriler oluşturulmuştur (9).

Analizler SPSS (Statistical Package for Social Sciences; SPSS Inc., Chicago, IL) 22 paket programında değerlendirilmiştir. Çalışmada tanımlayıcı veriler kategorik verilerde n, % değerleri, sürekli verilerde ise ortalama±standart sapma (Ort±SS) ve medyan (minimum-maksimum) değerleri ile gösterilmiştir. Gruplar arası kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare analizi (Pearson Chi-kare) uygulanmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. İki den fazla değişkenlerin karşılaştırılmasında no Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.



BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 601 vakanın 25'i (%4,2) 2015 yılında, 165'i (%27,5) 2016 yılında, 42'si (%7) 2017 yılında, 57'si (%9,5) 2018 yılında, 9'u (%1,5) 2019 yılında, 92'si (%15,3) 2020 yılında ve 211'i (%35,1) ise 2021 yılında Danıştay'da karara bağlanmıştır (Şekil 4).



Şekil 4. Danıştay'da karara bağlanan vakaların yıllara göre yüzdelerik dağılımı

Olay tarihi ile davanın Danıştay'a yansıma süresi arasında geçen zaman ortalama 9,2±3,2 yıl bulunmuştur. En uzun ortalama süre 11,6 yıl ile 2019 yılında en kısa süre ise ortalama 8 yıl ile 2016 ve 2017 yıllarında görülmüştür. Yıllar arasında dava süresi ortalaması açısından anlamlı farklılık görülmüştür (p<0,001) (Tablo 1).

Tablo 1. Olay tarihi ile Danıştay davası arasında geçen sürelerin yıllara göre dağılımı

	Davaların Danıştay'a yansıma süresi		p*
	Ort±SS	Median (min-max)	
2015	8,2±4,1	8,5 (3,0-17,0)	<0,001
2016	8,0±3,2	8,0 (1,0-17,0)	
2017	8,0±2,6	8,0 (4,0-13,0)	
2018	9,1±2,5	9,0 (1,0-15,0)	
2019	11,6±2,4	12,0 (8,0-15,0)	
2020	9,3±2,0	9,0 (6,0-16,0)	
2021	10,3±3,3	10,0 (4,0-21,0)	

*Kruskal Wallis analizi yapılmıştır.

Hatalı tıbbi uygulama iddiası ile davalara konu olan branşların dağılımlarını incelediğimizde, değerlendirmeye aldığımız 564 dosyada branş bilgisine ulaştık. Bu dosyalarda; ilk sırada 137 (%24,3) dosya ile kadın hastalıkları ve doğum, ikinci sırada 87 (% 15,4) dosya ile acil tıp, üçüncü sırada 63 (% 11,2) dosya ile genel cerrahi, dördüncü sırada 41 (%7,3) dosya ile ortopedi ve travmatoloji branşı olduğu görülmüştür (Tablo 2). Dosyalarda, dava konusu sağlık alanı çalışanlarının akademik ünvanları belirtilmediği için bu yönde bir veri elde edilememiştir. Tabloda sadece dava konusu sağlık çalışanlarının görevli buldukları alanlar gösterilmiştir.

Tablo 2. Şikayete konu branşların dağılımı

	Sayı	%
Kadın hastalıkları ve doğum	137	24,3
Acil Tıp	87	15,4
Genel cerrahi	63	11,2
Ortopedi ve Travmatoloji	41	7,3
Pediyatri	35	6,2
Göz Hastalıkları	33	5,9
Beyin cerrahi	27	4,8
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	19	3,4
Aile hekimi	19	3,4
Üroloji	16	2,8
Dahiliye	15	2,7
Plastik cerrahi	12	2,1
Anestezi	10	1,8
Kalp ve Damar Cerrahisi	9	1,6
Kardiyoloji	7	1,2
Nöroloji	5	,9
Çocuk cerrahisi	5	,9
Psikiyatri	4	,7
Göğüs hastalıkları	4	,7
Göğüs cerrahisi	3	,5
Dermatoloji	2	,4
FTR	2	,4
Diş Hekimi	2	,4
Ambulans - 112 hekimi	2	,4
Radyoloji	2	,4
Çocuk psikiyatrisi	1	,2
Patoloji	1	,2
Biyokimya	1	,2

Dava konusu olayların gerçekleştiği SHS'ye göre dağılımı incelendiğinde, 557 dava dosyasında şikayet konusu olayın gerçekleştiği sağlık kurumu bilgisine ulaştık. Bu dosyalarda, dava konusu olayların 247'si (%44,3) devlet hastanesinde, 119'u (%21,4) eğitim araştırma hastanesinde, 106'sı (%19) üniversite hastanesinde, 60'ı (%10,8) dal hastanelerinde (Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, Ruh ve sinir hastalıkları Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Hastanesi, Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi), 21'i (%3,8) Aile Sağlığı Merkezi / Sağlık ocağında ve 4 (%0,7) şikayet ise ambulans sevkine bağlı şikayetler olarak gerçekleşmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Şikayet konusu olayın gerçekleştiği SHS dağılımı

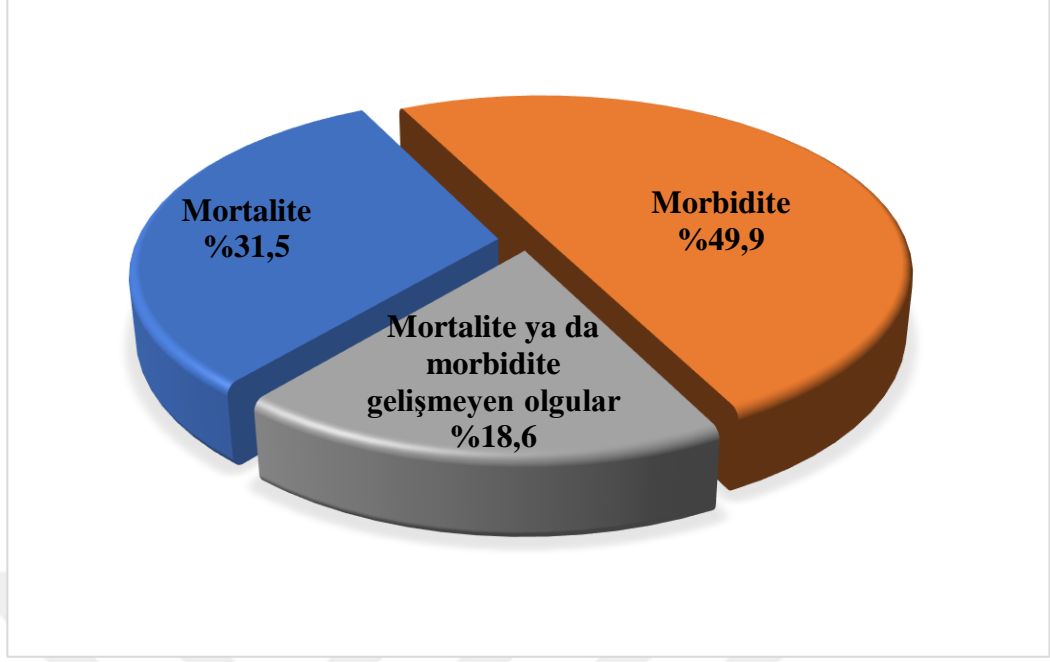
	Sayı	%
Devlet hastanesi	247	44,3
Eğitim araştırma hastanesi	119	21,4
Üniversite hastanesi	106	19,0
Dal Hastanesi	60	10,8
ASM - Sağlık ocağı	21	3,8
112 - Ambulans	4	,7

Tıbbi malpraktis iddiasına konu olan işlem şekilleri incelendiğinde, 601 dosyanın tamamında bu hususta veriye ulaşılmış olup; cerrahi girişimin 202 (%33,6) dosyada şikayet konusu olarak en sık dava konusu olan işlem olduğu, ikinci sırada 75 (%12,5) dosya ile vajinal doğum, üçüncü sırada 66 (%11) dosyada yer alan intramusküler enjeksiyon ve dördüncü sırada 52 (%8,7) dosyada hastanın servis takibi sırasında gerçekleşen hatalı işlem gerekçesiyle dava açıldığı görülmüştür (Tablo 4).

Tablo 4. Tıbbi malpraktis iddiasına konu olan işlem ve SHS'ye başvuru dağılımları

	Sayı	%
Cerrahi girişim	202	33,6
Vajinal doğum	75	12,5
İM enjeksiyon	66	11,0
Servis takibi	52	8,7
Poliklinik muayenesi	46	7,7
Acil müdahaleler	30	5,0
Girişimsel işlemler	27	4,5
İlaç tedavisi	23	3,8
Yenidoğan takibi	19	3,2
Sezaryen	15	2,5
Gebelik takibi	14	2,3
Rapor düzenlenmesi	12	2,0
İlaç dışı tedavi uygulamaları	8	1,3
Hasta sevki	5	,8
Cerrahi sonrası - Tedavi sonrası takip	4	,7
Tanı amaçlı uygulamalar	2	,3
Doku ve organ nakli	1	,2

Hatalı olduğu iddia edilen tıbbi uygulamalar sonucu gelişen zararlar incelendiğinde 593 dosyada bu yönde bilgiye ulaşılmış olup; 187'sinde (%31,5) mortalite, 296'sında (%49,9) morbidite geliştiği görüldü, 110 (%18,6) olgunun ise mortalite ya da morbidite gelişmeyen olgular olduğu görüldü (Şekil 5).



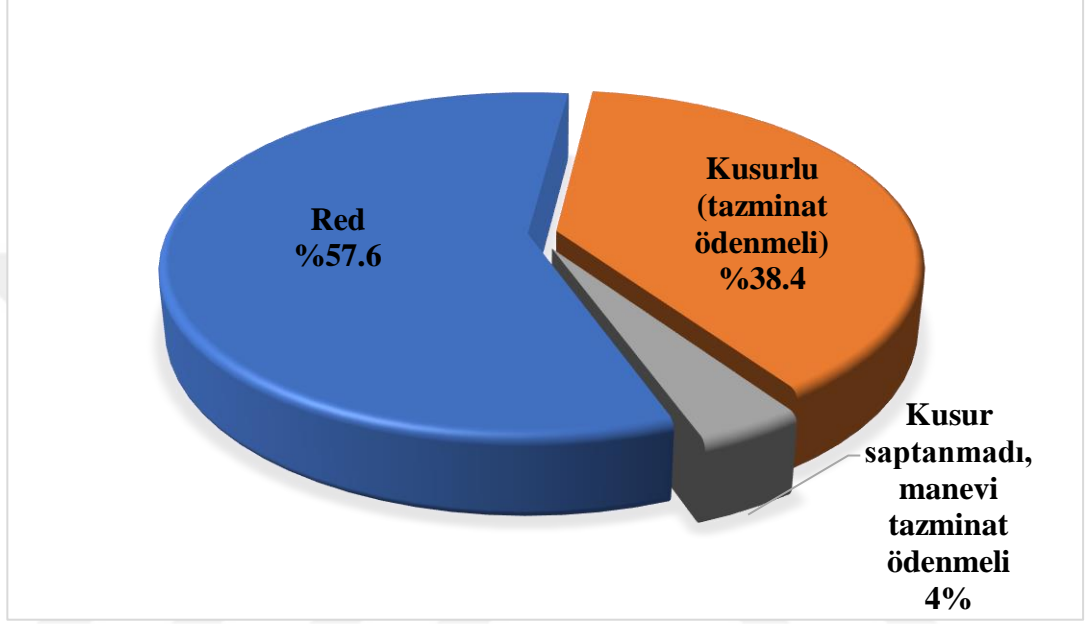
Şekil 5. Hatalı olduğu iddia edilen tıbbi uygulama sonucu gelişen zararın niteliği

Morbidite gelişen 296 olgu, morbiditenin hangi şekilde meydana geldiği yönünden incelendiğinde; 69 (%23,5) olgu ile siyatik sinir hasarı geliştiği, ikinci sırada 49 (%16,7) olgu ile diğer sinir hasarları (rekürren sinir, fasiyal sinir, ulnar sinir, median sinir, brakial sinir, vokal kord parezisi / paralizisi, üçüncü sırada 39 (%13,3) olgu ile görme kaybı ya da azalması, son sırada 35 (%11,9) olgu ile organın anatomik kaybı görülmüştür (Tablo 5).

Tablo 5. Morbidite gelişen olgularda oluşan zarar şeklinin dağılımı

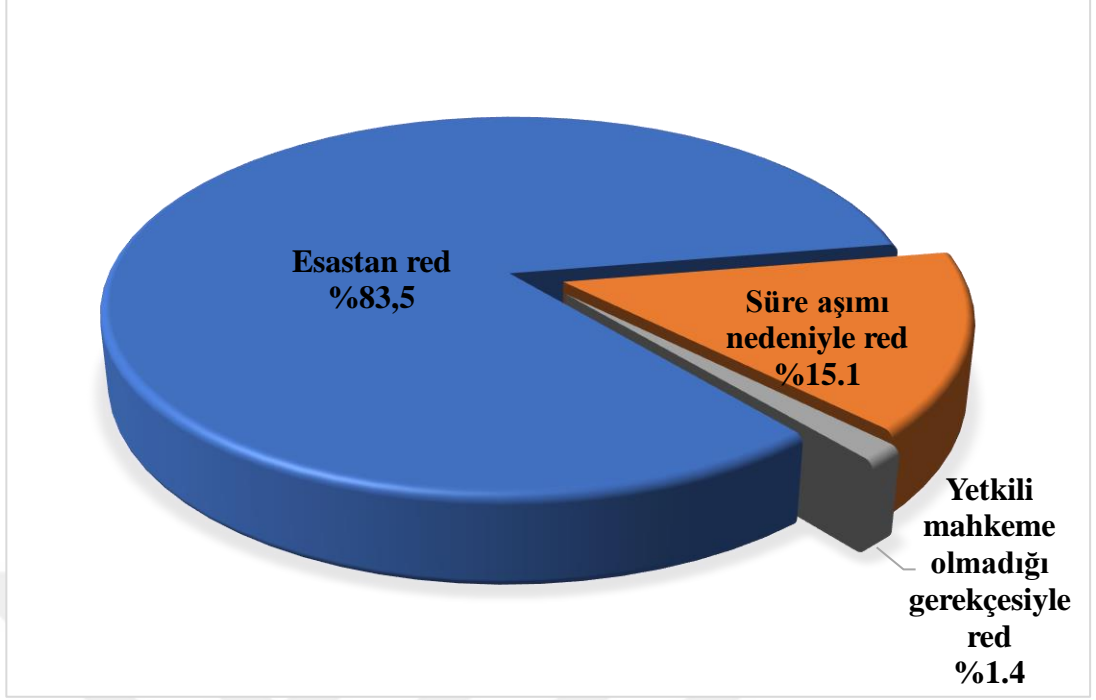
	Sayı	%
Siyatik sinir ve dallarının hasarı	69	23,3
Diğer sinir hasarları (rekürren sinir, fasiyal sinir, ulnar sinir, median sinir, brakial sinir, vokal kord parezisi / paralizisi)	49	16,6
Görme kaybı ya da azalması	39	13,2
Organın anatomik kaybı	35	11,8
Organ fonksiyon kaybı	34	11,5
Ortopedik kısıtlılık	30	10,1
Hemipleji / Parapleji / Kuadripleji	27	9,1
Engellilik oranı verilen ancak sakatlığın nevi hakkında ayrıntılı bilgi bulunmayan dosyalar	13	4,4

İlk derecede mahkeme kararları incelendiğinde; tıbbi malpraktis iddiasıyla açılan 346 (%57,6) davada red kararı verildiği, 231 (%38,4) dosyada sağlık çalışanlarının kusurlu olduğu tazminat ödenmesi gerektiği ve 24 (%4) dosyada kusur saptanmadığı ancak manevi tazminat ödenmesi gerektiği yönünde karar verildiği görülmüştür (Şekil 6).



Şekil 6. İlk derece mahkeme kararlarının dağılımı

İlk derecede mahkemelerin red kararı verdiği 346 dosyada red kararı gerekçelerinin dağılımına baktığımızda; 289 (%83,5) dosyada davayı esastan görerek sağlık çalışanlarına atfedilebilir bir kusur saptanmadığı gerekçesi ile red kararı verildiği, 52 (%15,1) dosyada davanın açılması gereken süre içerisinde açılmadığı bu nedenle süre aşımı nedeniyle reddedildiği ve 5 (%1,4) dosyada ise ilk derece mahkemenin, yetkili mahkeme / mercii olmadığı gerekçesiyle red kararı verildiği görüldü (Şekil 7).



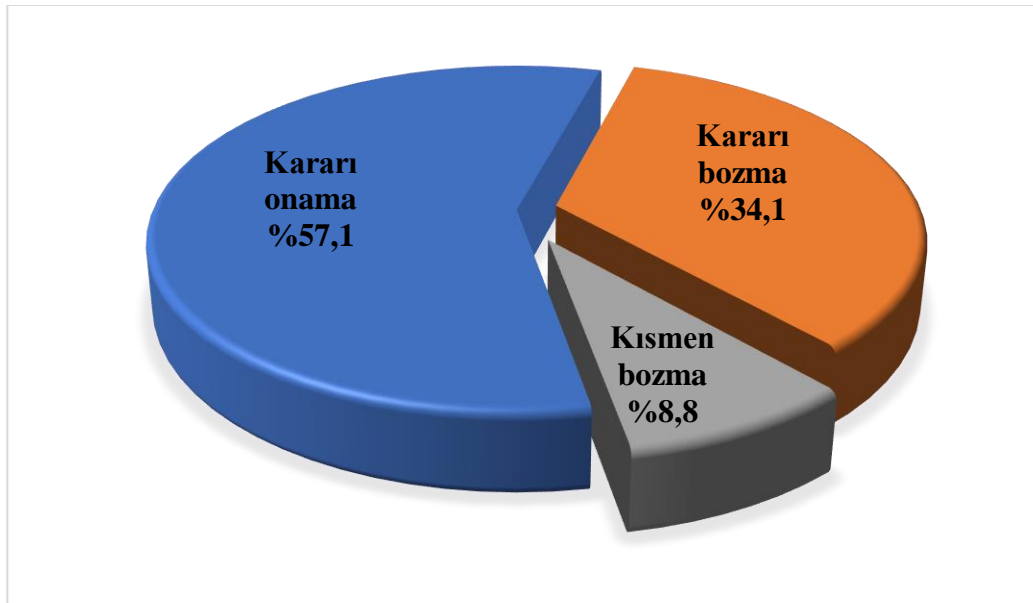
Şekil 7. İlk derece mahkeme red gerekçelerinin dağılımı

İlk derece mahkemelerin, tıbbi malpraktis olduğu yönünde karar verdiği 231 dosyanın gerekçeleri incelendiğinde, 216 dosyada kararın gerekçesine yer verildiği görülmüş olup; 43 (% 18,6) dosyada dikkat ve özen eksikliği nedeni ile, 32 (% 13,9) dosyada tıbbi uygulamanın tıbbi standartlara aykırılığı nedeni ile, 31 (% 13,4) dosyada sağlık hizmeti organizasyonundan kaynaklanan hizmet kusuru nedeniyle ve 30 (%13) dosyada ise aydınlatılmış onam sorunları (onam alınmaması, yanlış onam alınması, eksik onam alınması) nedeni ile malpraktis kararı verildiği görülmüştür (Tablo 6).

Tablo 6. İlk derece mahkemelerin tıbbi malpraktis kararı verdiği dosyaların gerekçelerinin dağılımı

	Sayı	%
Dikkat ve Özen eksikliği	43	18,6
Tıbbi uygulamanın tıbbi standartlara aykırılığı	32	13,9
Sağlık hizmeti organizasyonundan kaynaklanan hizmet kusuru	31	13,4
Aydınlatılmış onam sorunları	30	13,0
Tanı - tedavi sürecinin hatalı yürütülmesi	28	12,1
Hatalı tedavi	15	6,5
Tedavide ihmal - eksiklik - gecikme	15	6,5
Görevi ihmal (muayeneye gelmeme, konsültasyona gelmeme, eşlik etmesi gereken hastaya ambulansla eşlik etmeme)	10	4,3
Tedavi sonrası yükümlülüklerin ihlali	7	3,0
Cerrahi sonrası komplikasyon yönetiminde eksiklik	7	3,0
Geç tanı - yanlış tanı - eksik tanı	6	2,6
Tıbbi müdahalenin yetkili sağlık personeli tarafından yapılmaması	4	1,7
Endikasyon dışı tıbbi müdahale	2	,9
Bilgi ve tecrübe eksikliği	1	,4

İncelediğimiz 601 dosyada, Danıştay'ın verdiği kararları incelediğimizde; 343 (%57,1) dosyada ilk derece mahkemenin verdiği kararı onadığı, 205 (%34,1) dosyada kararı bozduğu ve 53 (%8,8) dosyada ise kararı kısmen bozduğu (sadece maddi tazminat yönünden ya da sadece manevi tazminat yönünden) görüldü (Şekil 8).



Şekil 8. Danıştay'ın verdiği kararların dağılımı

Danıştay'ın bozma / kısmen bozma kararı verdiği 258 davanın gerekçelerinin dağılımına baktığımızda; 85 (%32,9) dosya ile en sık bilirkişi raporunun eksik veya yetersiz olması nedeni ile Danıştay'ın, ilk derece mahkemelerin kararını bozduğu görüldü. İkinci en sık neden olarak, karar veya bilirkişi raporu taraflara ihbar edilmediğinden itiraz hakkının ihlal edildiği gerekçesi ile 53 (%20,5) dosyada, üçüncü en sık yeterli manevi tazminata hükmedilmediği gerekçesi ile 33 (%12,8) dosyada kararın bozulduğu görüldü. Dördüncü en sık bozma nedeni olarak ise ilk derece mahkemenin usul yönünden verdiği kararın yanlış olduğu davanın esastan görülmesi gerektiği (verilen zaman aşımı kararı yanlış vb) nedeni ile 27 (%10,5) dosyada bozma kararı verdiği görüldü (Tablo 7).

Tablo 7. Danıştay'ın bozma kararı verdiği davalarda kararın gerekçesi

	Sayı	%
Bilirkişi raporu eksik veya yetersiz	85	32,9
Karar veya bilirkişi raporu taraflara ihbar edilmediğinden itiraz hakkı ihlal edilmiş	53	20,5
Manevi tazminata hükmedilmeli - artırılmalı	33	12,8
Usul yönünden verilen karar yanlış dava esastan görülmeli	27	10,5
Verilen manevi tazminat kararı yanlış (olmamalı - azaltılmalı)	12	4,7
Hizmet kusuru mevcut, maddi - manevi tazminata hükmedilmeli	10	3,9
Üniversite bilirkişi heyetinden rapor talep edilmeli (ilk rapor ATK'dan)	7	2,7
Bilirkişi raporu ATK'dan alınmalı (ilk rapor ATK dışı bir kurumdan)	6	2,3
Bilirkişi raporları arasında çelişki (yeni bir rapor düzenlenmeli)	6	2,3
Davacının vefat etmiş olması nedeniyle*	6	2,3
Verilen maddi tazminat kararı yanlış (olmamalı - azaltılmalı)	5	1,9
Aydınlatılmış onam alınmamış tazminata hükmedilmeli	5	1,9
Maddi tazminata hükmedilmeli	3	1,2

* Davacının vefat etmiş olması ve uyuşmazlığın yalnız öleni ilgilendiren bir dava niteliğinde bulunmadığı gözetilerek, davayı takip hakkı kendisine geçen mirasçıların başvurmasına kadar dosyanın işlemden kaldırılmasına karar verilen dosyalar

Değerlendirmeye aldığımız dava dosyalarındaki bilirkişi raporlarının hangi kurumlar tarafından verildiği ve bu kurumların verdiği kararların dağılımı incelendiğinde toplam 544 bilirkişi raporu olduğu görülmüştür. Bilirkişi raporlarının 439'u (%80,6) Adli Tıp Kurumu, 44'ü (%8,1) Üniversiteler, 27'si (%5) Yüksek Sağlık Şurası tarafından verildiği, dosyalarda incelediğimiz 19 (%3,5) raporun ön inceleme raporu niteliğinde düzenlenmiş bilirkişi raporları olduğu, 15 (%2,8) bilirkişi raporunda ise dava dosyasında hangi kurum tarafından düzenlendiğinin belirtilmediği görüldü.

ATK tarafından düzenlenen 439 raporda kararların; 140'ı (%31,9) komplikasyon, 124'ü (%28,2) sağlık çalışanı kusurlu, 141'i (%32,2) sağlık çalışanında kusur saptanmadı, 34'ü (%7,7) sağlık çalışanında kusur var ancak morbidite / mortalite ile illiyet kurulamıyor şeklinde raporlanmıştır.

Üniversite tarafından düzenlenen 44 raporda kararların; 13'ü (%29,5) komplikasyon, 14'ü (%31,8) sağlık çalışanı kusurlu, 14'ü (%31,8) sağlık çalışanında kusur saptanmadı, 3'ü (%6,9) sağlık çalışanında kusur var ancak morbidite / mortalite ile illiyet kurulamıyor şeklinde raporlanmıştır.

Yüksek Sağlık Şurası tarafından düzenlenen 27 raporda kararların; 2'si (%7,4) komplikasyon, 20'si (%74,1) sağlık çalışanı kusurlu, 2'si (%7,4) sağlık çalışanında kusur saptanmadı, 3'ü (%11,1) sağlık çalışanında kusur var ancak morbidite / mortalite ile illiyet kurulamıyor şeklinde raporlanmıştır.

Mülki amirlerin soruşturma açıp açmama kararı için düzenlediği ya da Yüksek Öğretim Kurumlarında soruşturma öncesi aynı gerekçeyle düzenlenen 19 ön inceleme raporunda verilen kararların dağılımına baktığımızda; 1'i (%5,3) komplikasyon, 14'ü (%73,7) sağlık çalışanı kusurlu, 3'ü (%15,7) sağlık çalışanında kusur saptanmadı, 1'i (%5,3) sağlık çalışanında kusur var ancak morbidite / mortalite ile illiyet kurulamıyor şeklinde raporlanmıştır.

Dava dosyalarında içeriği verilen ancak hangi kuruma ait olduğu belirtilmeyen 15 raporda kararların; 3'ü (%20) komplikasyon, 6'sı (%40) sağlık çalışanı kusurlu, 5'i (%33,3) sağlık çalışanında kusur saptanmadı, 1'i (%6,7) sağlık çalışanında kusur var ancak morbidite / mortalite ile illiyet kurulamıyor şeklinde raporlanmıştır (Tablo 8).

Tablo 8. Bilirkişi raporlarının hangi kurumlar tarafından verildiği ve kurumların verdiği kararların dağılımı

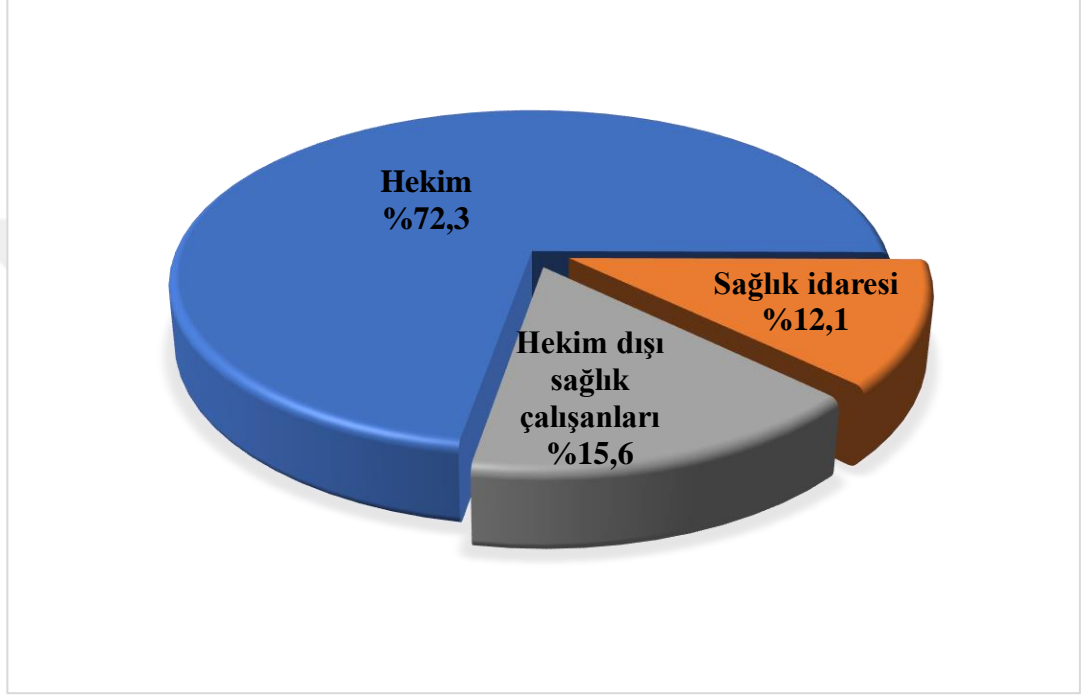
		Sayı	%
ATK		439	80,6
	Komplikasyon	140	31,9
	Kusur var	124	28,2
	Kusur yok	141	32,2
	Kusur var illiyet kurulamıyor (morbidite / mortalite ile)	34	7,7
Üniversite		44	8,1
	Komplikasyon	13	29,5
	Kusur var	14	31,8
	Kusur yok	14	31,8
	Kusur var illiyet kurulamıyor (morbidite / mortalite ile)	3	6,9
Yüksek sağlık şurası		27	5
	Komplikasyon	2	7,4
	Kusur var	20	74,1
	Kusur yok	2	7,4
	Kusur var illiyet kurulamıyor (morbidite / mortalite ile)	3	11,1
Ön İnceleme raporları		19	3,5
	Komplikasyon	1	5,3
	Kusur var	14	73,7
	Kusur yok	3	15,7
	Kusur var illiyet kurulamıyor (morbidite / mortalite ile)	1	5,3
Bilinmiyor		15	2,8
	Komplikasyon	3	20,0
	Kusur var	6	40,0
	Kusur yok	5	33,3
	Kusur var illiyet kurulamıyor (morbidite / mortalite ile)	1	6,7

Birden fazla sayıda bilirkişi raporu içeren 55 dava dosyası incelenmiş (1 dava dosyasında 3 adet ve 54 dava dosyasında 2 adet bilirkişi raporu) 28 dosyada bilirkişi raporlarının birbiriyle çeliştiği gözlenmiş 27 dosyada ise çelişki saptanmamıştır. Bu bilirkişi raporlarını veren kurumlar ve raporların dosyadaki diğer raporlar ile çelişki durumu kıyaslandığında; ATK'nın birden fazla sayıda bilirkişi raporu içeren bütün dosyalarda birer adet raporu olduğu toplamda 55 adet ATK raporu olduğu, bunların 28'inde (%50,9) dosyadaki diğer bilirkişi raporları ile çeliştiği, 27'sinde (%49,1) ise diğer raporlar ile uyumlu raporlar düzenlendiği görüldü. Çoklu sayıda bilirkişi raporu içeren dosyalarda, üniversiteler tarafından düzenlenmiş 25 bilirkişi raporu olduğu, bunların 12'sinin (%48) dosyadaki diğer raporlar ile çeliştiği, 13 (%52) raporun ise dosyalardaki diğer bilirkişi raporları ile uyumlu olduğu görüldü. Yüksek Sağlık Şurası'nın çoklu rapor içeren dosyalarda toplam 17 raporu olduğu görüldü. Bu 17 dosyanın 5'inde (%29,4) diğer bilirkişi raporları ile çeliştiği, 12'sinde (%70,6) ise dosyadaki diğer bilirkişi raporları ile uyumlu raporlar düzenlediği görüldü. Çoklu sayıda bilirkişi raporu içeren 14 dosyada ise birer adet raporun ön inceleme raporu şeklinde düzenlenen raporlar olduğu görüldü. Bu ön inceleme raporlarından 11'inin (%78,6) dosyadaki diğer raporlar ile aksi yönde kanaat gösterdiği, 3 (%21,4) rapordaki kararların ise dosyadaki diğer raporlar ile uyumlu olduğu gözlemlendi. Yüksek Sağlık Şurası raporlarının diğer raporlar ile çelişki oluşturma oranının, diğer kurumlardan anlamlı derecede düşük olduğu saptandı (p:0,042). Ön inceleme raporlarının ise diğer kurumların raporları ile çelişki oluşturma oranlarının anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü (p:0,014) (Tablo 9).

Tablo 9. Çoklu sayıda bilirkişi raporu içeren dosyalarda, düzenlenen raporların çelişki durumlarının dağılımı

	Çelişki var		Çelişki yok		p*
	Sayı	%	Sayı	%	
ATK	28	50,9	27	49,1	0,998
Üniversite	12	48	13	52	0,788
Yüksek sağlık şurası	5	29,4	12	70,6	0,042
Ön inceleme raporu	11	78,6	3	21,4	0,014

Bilirkişi tarafından kusur isnat edilen (kusur var / kusur var illiyet kurulamıyor) 220 bilirkişi raporunda, suçun hangi sağlık çalışanına isnat edildiğini incelediğimizde; 162 (%72,3) dosyada hekimlerin kusurlu bulunduğu, 27 (%12,1) dosyada Sağlık idaresine ve 35 (%15,6) dosyada ise suçun DSP'ye isnat edildiği görülmüştür. Suç isnat edilen diğer sağlık çalışanlarının; hemşire, laborant, ebe, biyolog ve anestezi teknisyeninden oluştuğu görüldü (Şekil 9).



Şekil 9. Bilirkişi tarafından kusur isnat edilen sağlık çalışanlarının dağılımı

Kusur isnat edilen bilirkişi raporlarında, kusur gerekçelerini incelediğimizde; en fazla kusur gerekçesinin 34 (%17) bilirkişi raporunda saptanan dikkat ve özen eksikliği olduğu, ikinci sırada 31 (%15,5) raporda görülen tıbbi uygulamanın tıbbi standartlara aykırılığı, üçüncü sırada 29 (%14,5) raporda görülen tanı - tedavi sürecinin hatalı yürütülmesi ve dördüncü sırada 25 (%12,5) bilirkişi raporunda belirlenen sağlık hizmeti organizasyonundan kaynaklanan hizmet kusuru olduğu görülmüştür (Tablo 10).

Tablo 50. Kusur isnat edilen bilirkişi raporlarında, kusur gerekçelerinin dağılımı

	Sayı	%
Dikkat ve Özen eksikliği	34	17,0
Tıbbi uygulamanın tıbbi standartlara aykırılığı	31	15,5
Tanı - tedavi sürecinin hatalı yürütülmesi	29	14,5
Sağlık hizmeti organizasyonundan kaynaklanan hizmet kusuru	25	12,5
Tedavide ihmal - eksiklik - gecikme	17	8,5
Hatalı tedavi	15	7,5
Geç tanı yanlış tanı - eksik tanı	12	6,0
Görevi ihmal (muayeneye gelmeme, konsültasyona gelmeme, eşlik etmesi gereken hastaya ambulansla eşlik etmeme)	11	5,5
Cerrahi sonrası komplikasyon yönetiminde eksiklik	10	5,0
Aydınlatılmış onam sorunları	7	3,5
Tedavi sonrası yükümlülüklerin ihlali	3	1,5
Tıbbi müdahalenin yetkili sağlık personeli tarafından yapılmaması	3	1,5
Endikasyon dışı tıbbi müdahale	2	1,0
Bilgi ve tecrübe eksikliği	1	,5

Danıştay'a yansıyan tıbbi malpraktis davalarında, ilk derece mahkemeler tarafından kabul edilen maddi tazminat miktarlarını incelediğimizde, kabul edilen en yüksek maddi tazminat miktarı ortalamasının 322.461 TL ile 2017 yılında, kabul edilen en düşük maddi tazminat ortalamasının ise 21.864 TL ile 2015 yılında olduğu görülmüştür. Yıllar arasında kabul edilen maddi tazminat açısından anlamlı farklılık görülmüştür (p=0,001) (Tablo 11).

Tablo 11. Kabul edilen maddi tazminat miktarları

	Ort±SS	Median (min-max)	p*
2015	21.864,0±-	21.864,0 (21.864,0-21.864,0)	0,001
2016	126.500,5 ± 146.860,8	78.650,0 (760,0-537.000,0)	
2017	322.461,5 ± 271.547,4	277.000,0 (100.000,0-1.034.000,0)	
2018	193.428,6 ± 380.356,3	30.000,0 (1000,0-1.040.000,0)	
2019	91.000,0 ± 31.796,2	86.000,0 (62000,0-125.000,0)	
2020	35.825,0 ± 47.414,5	17.500,0 (1000,0-160.000,0)	
2021	243.689,8 ± 362.604,6	105.500,0 (250,0-1.576.000,0)	

*Kruskal Wallis analizi yapılmıştır.

Danıştay'a yansıyan tıbbi malpraktis davalarında, ilk derece mahkemeler tarafından kabul edilen manevi tazminat miktarlarını incelediğimizde, kabul edilen en yüksek manevi tazminat miktarı ortalamasının 90.013 TL ile 2021 yılında, kabul edilen en düşük manevi tazminat ortalamasının ise 51.000 TL ile 2018 yılında olduğu görülmüştür. Yıllar arasında kabul edilen manevi tazminat miktarları açısından anlamlı farklılık görülmüştür (p=0,012) (Tablo 12).

Tablo 12. Kabul edilen manevi tazminat miktarları

	Ort±SS	Median (min-max)	p*
2015	80.000,0±-	80.000,0 (80.000,0-80.000,0)	0,012
2016	56.517,5 ± 80.623,7	30.000,0 (500,0-410.000,0)	
2017	83.142,9 ± 73.176,1	52.000,0 (11.000,0-280.000,0)	
2018	51.000,0 ± 55.829,1	37.500,0 (6.000,0-200.000,0)	
2019	53.750,0 ± 43.851,1	55.000,0 (5.000,0-100.000,0)	
2020	54.521,7 ± 49.565,3	35.000,0 (5.000,0-150.000,0)	
2021	90.013,4 ± 101.194,5	55.500,0 (5.000,0-550.000,0)	

*Kruskal Wallis analizi yapılmıştır.

Mortalite ve morbidite gelişen olguların, branşlara göre dağılımını incelediğimizde, ölümlerin 45 (%25,7) olgu ile en çok kadın hastalıkları ve doğum bölümünde ikinci sıklıkla 37 (%21,1) olgu ile acil tıp branşında, üçüncü en sık ölüm görülen branşın 17 (%9,7) vaka ile pediatri olduğu görülmüştür. Morbidite gelişen olguların branşlara göre dağılımını incelediğimizde; ölüm olguları ile benzer şekilde en çok vakanın 70 (%25,2) olgu ile kadın hastalıkları ve doğum bölümünde, ikinci sıklıkla 41 (%14,7) olgu ile acil branşında olduğu, üçüncü sırada ise 30 (%10,8) olgu ile göz hastalıkları ile ortopedi ve travmatoloji bölümlerinin yer aldığı görüldü (Tablo 13).

Tablo13. Mortalite ve morbidite gelişen olguların branşlara göre dağılımı

	Mortalite		Morbidite		Mortalite veya morbidite gelişmeyen olgular	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Genel cerrahi	16	9,1	24	8,6	20	19,2
Ortopedi	7	4,0	30	10,8	3	2,9
Acil	37	21,1	41	14,7	9	8,7
Kadın doğum	45	25,7	70	25,2	19	18,3
Beyin cerrahi	3	1,7	18	6,5	6	5,8
Psikiyatri	1	,6	2	,7	1	1,0
Anestezi	7	4,0	2	,7	1	1,0
KBB	3	1,7	9	3,2	7	6,7
Göz	1	,6	30	10,8	2	1,9
Pediyatri	17	9,7	16	5,8	2	1,9
Plastik cerrahi	1	,6	4	1,4	7	6,7
Patoloji	0	,0	0	,0	1	1,0
KVC	4	2,3	3	1,1	2	1,9
Göğüs cerrahisi	1	,6	1	,4	1	1,0
Üroloji	5	2,9	4	1,4	7	6,7
Dahiliye	7	4,0	1	,4	7	6,7
Biyokimya	0	,0	0	,0	1	1,0
Diş Hekimi	0	,0	1	,4	1	1,0
Aile hekimi	7	4,0	12	4,3	0	,0
Kardiyoloji	5	2,9	0	,0	2	1,9
Dermatoloji	0	,0	1	,4	1	1,0
FTR	0	,0	2	,7	0	,0
Çocuk psikiyatrisi	0	,0	1	,4	0	,0
Göğüs hastalıkları	2	1,1	1	,4	1	1,0
Nöroloji	3	1,7	2	,7	0	,0
Çocuk cerrahisi	1	,6	2	,7	2	1,9
Radyoloji	0	,0	1	,4	1	1,0
Ambulans - 112 hekimi	2	1,1	0	,0	0	,0

Mortalite ve morbidite gelişen olguların sağlık kuruluşuna göre dağılımını incelediğimizde; en fazla ölüm vakasının 73 (%39,9) olgu ile Devlet Hastanelerinde, ikinci sıklıkta 48 (%26,2) olgu ile Eğitim Araştırma Hastanelerinde, üçüncü sıklıkta ise 33 (%18) ile üniversite hastanelerinde gerçekleştiği görülmüştür. Morbidite gelişen olgulara

baktığımızda; en sık 130 (%48,7) olgu ile Devlet Hastanelerinde, ikinci sıklıkta 50 (%18,7) olgu ile Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde, üçüncü sıklıkta ise 41 (%15,4) olgu ile Üniversite Hastanelerinde gerçekleştiği görülmüştür (Tablo 14).

Tablo 14. Mortalite ve morbidite gelişen olguların sağlık kuruluşuna göre dağılımı

	Mortalite		Morbidite		Mortalite veya morbidite gelişmeyen olgular	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Devlet hastanesi	73	39,9	130	48,7	44	41,1
Eğitim araştırma hastanesi	48	26,2	50	18,7	21	19,6
Üniversite hastanesi	33	18,0	41	15,4	32	29,9
Dal Hastanesi	18	9,8	32	12,0	10	9,4
112 - Ambulans	3	1,7	1	,4	0	,0
ASM - Sağlık ocağı	8	4,4	13	4,8	0	,0

Mortalite ve morbidite gelişen olguların başvuru şekilleri ve SHS’de uygulanan işlem yönünden dağılımı incelendiğinde; en fazla ölümün 40 (%21,4) olgu ile cerrahi girişimlerde ve yine aynı sayıda olgu ile 40 (%21,4) servis takibi sırasında geliştiği, üçüncü sırada 23 (%12,3) olgu ile poliklinik muayeneleri sırasında ya da sonrasında gelişen ölümlerin yer aldığı görülmüştür. Morbidite gelişen olguların, başvuru şekilleri ve SHS’de uygulanan işlem yönünden dağılımı incelendiğinde; birinci sırada 103 (%34,8) olgu ile cerrahi girişimlerin yer aldığı, ikinci sırada 65 (%22) olgu ile intramüsküler enjeksiyon işlemlerinin yer aldığı, üçüncü sırada 47 (%15,9) olgu ile vajinal doğum eylemlerinin yer aldığı görülmüştür (Tablo 15).

Tablo 15. Mortalite ve morbidite gelişen olguların başvuru şekilleri ve SHS’de uygulanan işleme göre dağılımı

	Mortalite		Morbidite		Mortalite veya morbidite gelişmeyen olgular	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cerrahi girişim	40	21,4	103	34,8	55	50,0
İlaç tedavisi	11	5,9	8	2,7	4	3,6
Servis takibi	40	21,4	8	2,7	4	3,6
İM enjeksiyon	0	,0	65	22,0	0	,0
Vajinal doğum	22	11,8	47	15,9	4	3,6
Sezaryen	5	2,7	7	2,4	3	2,7
Poliklinik muayenesi	23	12,3	14	4,7	9	8,2
Rapor düzenlenmesi	0	,0	3	1,0	9	8,2
Cerrahi sonrası - Tedavi sonrası takip	4	2,1	0	,0	0	,0
Acil müdahaleler	20	10,7	8	2,7	2	1,8
Yenidoğan takibi	2	1,1	16	5,4	1	,9
Gebelik takibi	4	2,1	2	,7	7	6,4
İlaç dışı tedavi uygulamaları	1	,5	4	1,4	3	2,7
Girişimsel işlemler	11	5,9	10	3,4	6	5,5
Tedavi dışı ilaç uygulamaları	1	,5	0	,0	1	,9
Doku ve organ nakli	0	,0	0	,0	1	,9
Hasta sevki	3	1,6	1	,3	1	,9

Bilirkişi raporlarında verilen kararlara göre kusurlu - kusursuz olma durumunun branşlara göre dağılımını incelediğimizde; bilirkişi raporlarında kusur isnat edilen dosyalarda ilk sırayı 41 (%21,8) olgu ile kadın hastalıkları ve doğum branşının, ikinci sırayı 27 (%14,4) olgu ile acil tıp branşının, üçüncü sırayı ise 21 (%11,2) olgu ile genel cerrahi branşının aldığı görüldü. Kusur isnat edilmeyen dosyaların sıralamasına baktığımızda ilk üç sıranın benzer şekilde; 96 (%25,5) olgu ile kadın hastalıkları ve doğum, 60 (%16) olgu ile acil tıp, 42 (%11,2) olgu ile genel cerrahi branşının yer aldığı görülmüştür. Branşların kendi içinde kusurlu / kusursuz raporların dağılımı incelendiğinde; pediatri, kalp damar cerrahisi, dahiliye ve nöroloji branşlarında bilirkişi raporlarında kusur isnat edilen dosyaların, kusur isnat edilmeyen dosyalardan daha yüksek olması dikkati çekmiştir (Tablo 16).

Tablo 16. Bilirkişi raporlarında verilen kararlara göre kusurlu / kusursuz olma durumunun branşlara göre dağılımını

	Kusurlu		Kusursuz	
	Sayı	%	Sayı	%
Genel cerrahi	21	11,2	42	11,2
Ortopedi	17	9,0	24	6,4
Acil	27	14,4	60	16,0
Kadın doğum	41	21,8	96	25,5
Beyin cerrahi	6	3,2	21	5,6
Psikiyatri	1	,5	3	,8
Anestezi	4	2,1	6	1,6
KBB	5	2,7	14	3,7
Göz	12	6,4	21	5,6
Pediyatri	19	10,1	16	4,3
Plastik cerrahi	3	1,6	9	2,4
Patoloji	0	,0	1	,3
KVC	5	2,7	4	1,1
Göğüs cerrahisi	2	1,1	1	,3
Üroloji	4	2,1	12	3,2
Dahiliye	9	4,8	6	1,6
Biyokimya	1	,5	0	,0
Diş Hekimi	0	,0	2	,5
Aile hekimi	4	2,1	15	4,0
Kardiyoloji	0	,0	7	1,9
Dermatoloji	0	,0	2	,5
FTR	0	,0	2	,5
Çocuk psikiyatrisi	0	,0	1	,3
Göğüs hastalıkları	0	,0	4	1,1
Nöroloji	4	2,1	1	,3
Çocuk cerrahisi	2	1,1	3	,8
Radyoloji	1	,5	1	,3
Ambulans - 112 hekimi	0	,0	2	,5

Bilirkişi raporlarında sağlık idaresinin kusurlu olduğu yönünde verilen raporların dağılımı incelendiğinde; ilk sırada 8 (%29,6) olgu ile Devlet Hastanelerinin, ikinci sırada ise aynı sayıda aynı sayıda 7 (%25,9) olgu ile Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Üniversite Hastanelerinin yer aldığı görülmüştür (Tablo 17).

Tablo 17. Bilirkişi raporlarında sağlık idaresinin kusurlu olduğu yönünde verilen raporların, SHS'ye göre dağılımı

	İdare	
	Sayı	%
Devlet hastanesi	8	29,6
Eğitim araştırma hastanesi	7	25,9
Üniversite hastanesi	7	25,9
Dal Hastanesi	2	7,4
112 - Ambulans	1	3,7
ASM - Sağlık ocağı	2	7,4

Bilirkişi raporlarında hekime kusur isnat edilen ve DSP'ye kusur isnat edilen raporların branşlara göre dağılımını incelediğimizde; hekime kusur isnat edilen raporların, genel kusur dağılımı ile benzer şekilde ilk sırada 32 (%20,1) olgu ile kadın doğum branşı, ikinci sırada 24 (%15,1) olgu ile acil tıp branşı ve üçüncü sırada 21 (%13,2) olgu ile genel cerrahi branşının yer aldığı görülmüştür. Diğer sağlık personellerine kusur isnat edilen raporların branşlara göre dağılımı incelediğimizde; ilk sırada 12 (%36,4) olgu ile kadın hastalıkları ve doğum branşı, ikinci sırada 4 (%12,1) ile dahiliye branşı ve üçüncü sırada 3 (%9,1) olgu ile genel cerrahi branşının yer aldığı görülmektedir (Tablo 18).

Tablo 18. Bilirkişi raporlarında hekime kusur isnat edilen ve DSP'ye kusur isnat edilen raporların branşlara göre dağılımı

	Hekim		DSP	
	Sayı	%	Sayı	%
Genel cerrahi	21	13,2	3	9,1
Ortopedi	17	10,7	0	,0
Acil	24	15,1	2	6,1
Kadın doğum	32	20,1	12	36,4
Beyin cerrahi	6	3,8	2	6,1
Psikiyatri	0	,0	1	3,0
Anestezi	4	2,5	1	3,0
KBB	5	3,1	1	3,0
Göz	7	4,4	0	,0
Pediyatri	17	10,7	2	6,1
Plastik cerrahi	3	1,9	1	3,0
Patoloji	1	,6	0	,0
KVC	3	1,9	2	6,1
Göğüs cerrahisi	1	,6	0	,0
Üroloji	3	1,9	0	,0
Dahiliye	6	3,8	4	12,1
Biyokimya	0	,0	1	3,0
Diş Hekimi	0	,0	0	,0
Aile hekimi	2	1,3	0	,0
Kardiyoloji	0	,0	0	,0
Dermatoloji	1	,6	0	,0
FTR	0	,0	0	,0
Çocuk psikiyatrisi	0	,0	0	,0
Göğüs hastalıkları	0	,0	0	,0
Nöroloji	3	1,9	1	3,0
Çocuk cerrahisi	2	1,3	0	,0
Radyoloji	1	,6	0	,0
Ambulans - 112 hekimi	0	,0	0	,0

Bilirkişi raporlarında hekime kusur isnat edilen ve DSP'ye kusur isnat edilen raporların başvuru şekilleri ve SHS'de uygulanan işleme göre dağılımını incelediğimizde; hekime kusur isnat edilen rapordaki ilk sıradaki işlemin 54 (%33,3) olgu ile cerrahi girişimler olduğu, ikinci sırada 23 (%14,2) olgu ile servis takibi sırasında gerçekleşen tıbbi malpraktis vakaları olduğu, üçüncü sırada ise 22 (%13,6) olgu ile poliklinik muayenesi sırasında gerçekleşen tıbbi malpraktis vakaları olduğu görüldü. DSP'ye kusur isnat edilen dosyaların başvuru şekilleri ve uygulanan işleme göre dağılımını incelendiğinde; ilk sırada 8 (%22,9) olgu ile cerrahi girişimlerin olduğu, ikinci sırada 6 (%17,1) olgu ile vajinal doğumların olduğu ve üçüncü sırada 5 (%14,3) olgu ile ilaç tedavisinin uygulanması sırasında gerçekleşen tıbbi malpraktis vakaları olduğu görüldü (Tablo 19).

Tablo 19. Bilirkişi raporlarında hekime kusur isnat edilen ve DSP'ye kusur isnat edilen raporların başvuru şekilleri ve SHS'de uygulanan işleme göre dağılımı

	Hekim		DSP	
	Sayı	%	Sayı	%
Cerrahi girişim	54	33,3	8	22,9
İlaç tedavisi	8	4,9	5	14,3
Servis takibi	23	14,2	3	8,6
İM enjeksiyon	2	1,2	4	11,4
Vajinal doğum	11	6,8	6	17,1
Sezaryen	5	3,1	2	5,7
Poliklinik muayenesi	22	13,6	0	,0
Rapor düzenlenmesi	1	,6	2	5,7
Cerrahi sonrası - Tedavi sonrası takip	2	1,2	0	,0
Acil müdahaleler	13	8,0	0	,0
Yenidoğan takibi	7	4,3	1	2,9
Gebelik takibi	4	2,5	1	2,9
İlaç dışı tedavi uygulamaları	2	1,2	1	2,9
Girişimsel işlemler	5	3,1	1	2,9
Tedavi dışı ilaç uygulamaları	0	,0	1	2,9
Hasta sevki	3	1,9	0	,0

TARTIŞMA

Son yıllarda tüm dünyada sağlık sistemlerinin ortak sorunu haline gelen tıbbi malpraktis davaları birçok ülkede katlanarak artmaya devam etmektedir. Ülkemizde de tıbbi malpraktis konusu, sağlık çalışanlarının gündeminde oldukça fazla yer tutmaktadır. Yaptığımız tez çalışmasında, Danıştay'da 2015-2021 yılları arasında karara bağlanan tıbbi malpraktis davalarına baktığımızda, arama kriterlerimize uyan toplam 601 dava dosyası bulunmuştur. 2015 yılında tıbbi malpraktis dava sayısı 25 iken 2021 yılında %744'lük artışla tıbbi malpraktis dava sayısı 211 olarak saptanmıştır. 7 yıllık zaman dilimini kapsayan çalışmamızda, son yıl içerisinde görülen tıbbi malpraktis sayısı tüm çalışmamızın üçte birinden daha fazlasını oluşturmaktadır (Şekil 4). Ülkemizde yapılan tıbbi malpraktisle ilgili diğer çalışmalarda da benzer artışlar görmek mümkündür. Yazıcı ve arkadaşları tarafından 2000-2010 yılları arasında Adli Tıp Kurumu Genel Kurulunda karara bağlanan tıbbi malpraktis davalarının incelendiği çalışmada, 2000 yılında karara bağlanan dava sayısının 7 olduğu, 2010 yılında %685 artışla bu sayının 54 olduğu belirtilmiştir (112). Şeker'in 2006-2019 yılları arasında malpraktis davalarında aydınlatılmış onam ile ilgili Yargıtay kararlarını değerlendirdiği tez çalışmasında; 2006 yılından 2010 yılına kadar toplam 4 dava dosyası olduğu, 2019 yılında ise 10 dosya olduğu görülmüştür (113). Çin'de üçüncü basamak hastanelerde 2008-2017 yılları arasında toplam 4380 malpraktis dosyalarının incelendiği bir çalışmada, ilk 5 yılda saptanan toplam dosya sayısının 403 olduğu, çalışmanın son yılındaki dosya sayısının ise 629 olduğu bildirilmiştir (114). Farklı zaman dilimlerini kapsayan bu çalışmaların tamamında, çalışmanın son yıllarında ilk yıllarına oranla daha fazla tıbbi

malpraktis dosyası olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalar, tıbbi malpraktis sayılarının yıllar içerisinde ciddi şekilde arttığını ortaya koymaktadır.

Malpraktis dava sayılarının yıllar içerisinde ciddi artışlar göstermesi birçok etkenle açıklanabilir;

-Sağlık hizmet sunucularında teknolojik aletlerin kullanımının artması ve yenilenen altyapı imkanları ile birlikte aslında sağlık çalışanlarının elinde hasta sağaltımı için her türlü fırsatın olduğu ancak sağlık çalışanlarının gerekli uygulamayı bilmeyerek / yapmayarak / yapmakta gecikerek hastaya zarar verdikleri yönünde insan faktörünü göz ardı eden yaklaşımların artması,

-Nüfusa oranla hekim sayısı birçok Avrupa ülkesinin gerisinde olan ülkemizde, hekimin hastaya ayırması gereken süre de olması gerekenin çok altında kalmakta ve hastanın muayene / tanı / tedavi süreci için gerekli sürenin ayrılmaması,

-Yanlış sağlık politikaları sonucu getirilen sağlıkta performans sistemi, mesai dışı hizmet sunumu, randevu sürelerinin kısaltılması gibi yöntemler ile sağlık hizmet sunumunun, hastaya “bakılması” işine indirgenmesi; hekimlerin de ekonomik kaygılarla hastalara ayrılan süreyi azaltması, gelir getirmeyen işlerden kaçınması,

-Aydınlatılmış onam alınmaması / eksik alınması / doğru şekilde alınmaması şeklinde yaşanan iletişim kaynaklı sorunlar,

-Hasta ve hasta yakınlarının, tıbbi malpraktis davaları ve bu davalarda kazanılan tazminat miktarları hakkında bilgi düzeylerinin artması sonucu bu davaların bir maddi kazanç kapısı olarak görülmesi,

-Üstteki maddeye benzer şekilde, kazanılan yüksek tazminat davaları sonucu, bu davalara avukatların ve sigorta şirketlerinin ilgisinin artması,

-Yazılı, görsel ve sosyal medyada sağlık çalışanlarının yaptığı hatalara yönelik haberlerin artması ve çoğu zaman bu haberlerin abartılarak / konu hakkında bir bilirkişiden görüş almadan, yalnızca hastanın beyanlarıyla sunulması da sağlık çalışanlarına karşı olumsuz tutumu körüklemekte, ortaya çıkan istenmeyen sonuçlarda hasta ve hasta yakınlarının hesap sorma / bir bedel ödetme içgüdüğü ile tıbbi malpraktis davalarına yönelmesine neden olmaktadır (3, 6, 11, 12, 13, 19, 20, 24, 25).

Çalışmamızda, olay tarihi ile davanın Danıştay’a yansması arasında geçen süreler baktığımızda ortalama 9,2 yıl olduğu bulunmuştur. En uzun dava süresi ortalaması 2019 yılında (11,6 yıl) en kısa ise 2016 ve 2017 yıllarında (8 yıl) görülmüştür (Tablo 1). Danıştay dava dosyalarında, davanın ilk derece mahkemeye başvuru tarihi ile ilgili bir veri bulunmadığından, davanın yargıda geçen süresiyle ilgili net bir çıkarım yapılamamaktadır. İdari Yargılama Usulleri Kanunu (İYUK) 13. maddede dava açma süreleri; idari eylemden doğan kusuru öğrendiği tarihten itibaren 1 yıl içinde ve her durumda eylem tarihinden itibaren 5 yıl içinde idareye başvurulması gerektiği belirtilmiştir. Buradan çıkarımla, çalışmaya aldığımız bütün davaların azami sürelerde (5 yıl) açıldığını öngörsek dahi davanın ilk derece mahkemeye başvuru tarihinden itibaren yargıda geçen ortalama süresi 4,2 yıla denk gelmektedir. Bilir Balıkçı’nın 2019 yılında Adli Tıp Kurumu ilgili İhtisas Kurullarındaki tıbbi malpraktis dosyalarını incelediği tez çalışmasında, olay ile şikayet arasındaki süreyi incelemiş ve olguların yarısından fazlasında (%51,2) bu sürenin 1-3 yıl arasında gerçekleştiğini saptamıştır (115). Bu veriden yola çıkarak, olay ile şikayet arasında geçen sürenin ortalamasını 1-3 yıl olarak aldığımızda, tıbbi malpraktis davalarının yargıda geçen ortalama süresinin 4,2’nin çok daha üstünde olduğu söylenebilir. Ülkemizin de üyesi olduğu Avrupa Adaletin Etkinliği Komisyonu (CEPEJ) Genel Kurulu, yargılamaların belli sürede sonuçlandırılması için oluşturulan uygulama rehberinde, davaların 1-2 ve 3 yıllık sürelerde bitirilmesi gerektiği üye ülkeler için asıl hedefin davaların 1 yılda bitirilmesi olduğunu belirtmiştir (116). Danıştay’a yansıyan tıbbi malpraktis davaları özelinde, bu hedeflerin uzağında kaldığı görülmektedir. Danıştay’da karar verilen dosyaların yeniden ilk derece mahkemesine giderek yeni bir karar alınacağı da hesaba katıldığında, dosyaların yargıda geçen sürelerinin tespit ettiğimiz verilerin de üstünde bulunacağı açıktır. 2. Osmanlı Padişahı Orhan Gazi’ye refere edilen “Geç gelen adalet isabetli olsa da adalet değil zulümdür” düsturundan hareketle, davaların bu kadar uzun yıllarda sonuçlanması hem şikayetçilerde hem de sanıklarda bir mağduriyet yaratmakta, hukuk sistemine olan güveni azaltmaktadır. Hukuk sistemindeki tüm uygulayıcıların hedefinde, doğru karar vermenin yanı sıra en kısa sürede karar verme gayreti ile adaletin doğru ve hızlı işlemesinin olması gerektiği inancındayız (67, 117, 118).

Şikayet konusu davaların branşlara göre dağılımını incelediğimizde, en yüksek sayıda dava konusu olan branşlar sırasıyla; kadın hastalıkları ve doğum (%24,3), acil tıp (%15,4), genel cerrahi (%11,2) ve ortopedi (%7,3) branşları olduğu bulunmuştur (Tablo 2). Şimşeker ve arkadaşları tarafından 2018-2019 yıllarında Adli Tıp Kurumu Üçüncü Üst

Kurulunda görüş bildirilen 366 tıbbi uygulama hatası iddiası olan dosyanın incelendiği çalışmada, dosyaların şikayete konu branşlara göre dağılımına baktığımızda benzer şekilde en fazla şikayet konusu olan ilk dört branş sırasıyla; kadın hastalıkları ve doğum (%15,4), acil tıp (%13,8), genel cerrahi (8,7) ve ortopedi (%6,7) olarak bulunmuştur (119). Akbulut tarafından 2011-2013 yıllarında Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'ne yansıyan 283 soruşturma dosyasının incelendiği çalışmada, şikayetçi olunan branşlar sırasıyla; kadın hastalıkları ve doğum (%17,4), acil tıp (%13,7), genel cerrahi (%7,3), pediatri (%6,1) olarak bulunmuştur (120). 2006 yılında ABD'de Studdert ve arkadaşları tarafından 5 farklı malpraktis sigorta şirketinin 1452 malpraktis dosyası incelenerek yapılan çalışmada, en fazla şikayetçi olunan branşlar sırasıyla; kadın hastalıkları ve doğum (%19), genel cerrahi (%17), yoğun bakım (%16), ortopedi (%8) olarak bulunmuştur (121). Kahyaoğlu Khalil tarafından 2015-2020 yılları arasında Yargıtay'a yansımış 124 dava dosyasının incelendiği çalışmada, en sık şikayet edilen branşların sırasıyla; kadın hastalıkları ve doğum (%17,2), acil tıp (%10,5), genel cerrahi (%9,7), göz (%8,2) olduğu bulunmuştur (122). Ülkemizde ve yurt dışında yapılan çeşitli çalışmalarda, ilk sırayı benzer şekilde kadın doğum branşının aldığı görülmektedir. Yine bu çalışmalarda; genel cerrahi, acil tıp ve ortopedi branşları şikayet oranları yüksek branşlar olarak göze çarpmaktadır. Yaptığımız çalışmada branşların şikayet edilme oranları literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Yapılan çalışmalar, cerrahi branşların şikayet edilme oranlarının dahili branşlardan daha yüksek olduğunu göstermektedir (119, 121, 122). Çalışmamızda da en çok şikayet konusu olan ilk dört branştan üçünün cerrahi branşlar olduğu görülmektedir. İyileşme beklentisi ile sağlık kuruluşuna başvuran hasta ve hasta yakınlarında, bu beklentilerin dışında gerçekleşen istenmeyen sonuçlar, tıbbi uygulamanın hatalı gerçekleştiği iddialarını doğurmaktadır. Cerrahi branşlarda gerçekleştirilen yüksek riskli ameliyatlara ve bu ameliyatlarda ortaya çıkan vücut bütünlüğünde hasardan ölüme kadar değişen çeşitli istenmeyen sonuçların dahili branşlara göre daha fazla olmasının bu branşlarda şikayet oranlarının daha yüksek olmasına yol açtığı kanaatindeyiz (Tablo 13, Tablo 15). Hekim olarak tıbbi hataların ortaya çıkmasına yol açan diğer etkenleri göz ardı etmemekle birlikte, hastayla doğru iletişim modeli kurarak şikayet oranlarının daha aza indirgenebileceği düşüncesindeyiz. Yapılacak işlemin hastaya detaylı olarak anlatılması, risklerin / gelişebilecek komplikasyonların ve komplikasyon oluştuğu takdirde uygulanacak komplikasyon yönetiminin hastaya açıklanması ile hastanın ortaya çıkabilecek komplikasyonlar konusunda bilgilendirilmiş olması ve söz konusu komplikasyonların

işlemin öngörülebilir sonuçlarından biri olduğu, tıbbi bir hata sonucu ortaya çıkmadığı hususunda bilgi sahibi olmasının bu konuda tıbbi bir hata arama eğilimini azaltacağı kanaatindeyiz.

Malpraktis ile ilgili dava edilme kaygısının, hekimlerin yıllar içinde uzmanlık tercihlerine de etki ettiğini görmekteyiz. Geçmişte ülkemizde TUS'ta yüksek puanlarla tercih edilen kadın hastalıkları ve doğum uzmanlık alanı, son yıllarda hekimlerin tercih sıralamasında oldukça geri plana düşmüş ve hatta bazı kontenjanları tercih edilmeyerek içleri doldurulamayan araştırma görevlisi kadroları haline gelmiştir. Benzer şekilde genel cerrahi ve acil tıp branşlarında da son yıllarda TUS'da birçok kontenjan boş kalmaktadır. Gerek asistanlık eğitimi gerek ise sahada uzmanlık dönemi ağır iş yükünün yanı sıra hekimlerin tıbbi malpraktis yönünden şikayet edilme kaygısının ilgili bölümlerde tercih edilme oranını azalttığı görülmektedir. Literatüre baktığımızda yapılan çalışmalar da hekimlerin uzmanlık alanı tercihi yaparken bu faktörleri göz önünde bulundurduğunu göstermektedir. 2021 yılında Yapalak ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada İstanbul ilinde öğrenim gören tıp fakültesi öğrencilerine, uzmanlık tercihlerini etkileyen faktörler sorulmuştur. Öğrencilerin %66'sı seçeceği uzmanlık bölümünün malpraktis düzeyinin, seçiminde etkili ya da çok etkili olacağını belirtmiştir. Aynı çalışmada katılımcıların %68'i ise bölümün getirdiği iş yükü - stresin uzmanlık seçiminde etkili ya da çok etkili olacağını belirtmiştir (123). 2015 Yılında Kasap ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, tıbbi uygulama hatası riski yüksek olan uzmanlık dallarının TUS'ta tercih edilme önceliklerinin yıllara göre değişimini izlemiştir. 2009-2013 yılları arasında gerçekleştirilen 10 TUS sınavında, tıbbi kötü uygulamaya ilişkin zorunlu mali sorumluluk sigortası kapsamında risk grubu en yüksek olan 4. grupta yer alan uzmanlık alanlarındaki puan değişimi incelenmiş ve 2009 yılından 2013 yılına kadar bu alanların tercihini gösterir taban puanlarda, anlamlı derecede düşüş olduğu görülmüştür (124). Riskli branşlardaki bu düşüş trendinin hız kesmeden devam ettiğini söylemek mümkündür. Bu tezin hazırlanma sürecinde yerleştirme istatistikleri belli olan son Tıpta Uzmanlık Sınavında da (2022 TUS 1. Dönem) tıbbi malpraktis dava açılma riski yüksek branşlarda birçok kontenjanın yine doldurulamadığı görülmektedir (125). Sağlık Bakanlığı tarafından "Beyaz Reform" olarak adlandırılan dönüşüm sonrası, asistan hekimlere nöbet sonrası izin getirilerek iş yükleri azaltılmış ve tıbbi malpraktis konusunda çıkan yönetmelikle, kamuda çalışan hekimler açısından tazminat sorumluluğuna gidebilmek için eylemin kasıt içermesi gerektiği, kasıt olmayan hallerde zararın Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanarak sağlık çalışanına rücu edilmeyecek olması sağlık çalışanları arasında

olumlu karşılanan gelişmeler olmuştur (71, 126). Ancak bu gelişmelerin hekimlerin tıpta uzmanlık alanı tercihlerine nasıl yansıtacağını, uygulamaların işlerliğini gördükten sonra yakın gelecekte gerçekleşecek sınavlarla birlikte değişen talep yönelimleri izlenerek değerlendirme yapmanın daha doğru olacağı kanaatindeyiz.

Çalışmamızda dava konusu olayların gerçekleştiği SHS'ye göre dağılımı incelendiğinde; dava konusu olayların 247'si (%44,3) devlet hastanesinde, 119'u (%21,4) eğitim araştırma hastanesinde, 106'sı (%19) üniversite hastanesinde ve 60'ı (%10,8) dal hastanelerinde (Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, Ruh ve sinir hastalıkları Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Hastanesi, Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi) gerçekleştiği görülmüştür (Tablo 3). Gürbeden'in, 2010-2014 yılları arasında tıbbi uygulama hatası iddiası ile Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığı'nda otopsi yapılan olguları değerlendirdiği çalışmada, olguların iddiaya konu sağlık birimlerini sırasıyla; devlet hastanesi (%44,5), özel hastane (%19,2), eğitim araştırma hastanesi (%12,3), üniversite hastanesi (%11,6) şeklinde olduğunu bulmuştur (127). Yazıcı ve arkadaşları tarafından 2000-2010 yılları arasında Adli Tıp Kurumu Genel Kurulunda karara bağlanan tıbbi malpraktis davalarının incelendiği çalışmada, davaların sağlık kuruluşuna göre dağılımını; devlet hastanesi (%40,3), özel hastaneler (%39,1), diğer sağlık kuruluşları (%9,1), üniversite hastaneleri (%6) şeklinde saptamıştır (112). Algan'ın 2012 yılında, İstanbul'da yapılan adli otopsi tıbbi malpraktis açısından incelediği tez çalışmasında, en fazla şikayet devlet hastanelerinde (%42,16) görülmüş, ikinci sırada özel hastaneler (%40,2) olduğunu bulmuştur, üniversitelerin şikayet oranı ise bu çalışmada %2,29 olarak bulunmuştur (128). Yapılan çalışmalar en fazla şikayetin gerçekleştiği SHS'nin devlet hastaneleri olduğunu göstermektedir. Literatürdeki çalışmalarda özel hastaneler ikinci sırayı almakla birlikte, çalışmamızın evrenini Danıştay'a yansıyan davalar oluşturduğundan ve özel hastaneler ile ilgili şikayetler idari yargının alanına girmediğinden, bizim çalışmamızda sağlık hizmet sunucuları arasında özel hastaneler yer almamaktadır. Çalışma alanımıza giren hastanelerde literatürdeki oransal dağılımların, çalışmamızın Tablo 3'de gösterilen *şikayet konusu olayın gerçekleştiği sağlık kurumlarının dağılımı* ile oransal olarak uyumlu olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda ve literatürdeki çalışmalarda saptanan şikayetlerin sağlık hizmet sunucularına göre dağılımının, bu kurumlarda gerçekleştirilen muayeneler / hasta yatışları / ameliyat sayıları ile doğru orantılı olduğu kanaatindeyiz. Sağlık Bakanlığı tarafından en son

2020 yılında yayınlanan Sağlık İstatistikleri Yıllığında, yıllara göre hastanelere kişi başı müracaat sayılarını paylaşmıştır. Bu veriye göre 2020 yılında, Sağlık Bakanlığı hastanelerine kişi başı 2,9, özel hastanelere kişi başı 0,7, üniversite hastanelerine ise kişi başı 0,4 müracaat olduğu belirlenmiştir. 2020 yılında Sağlık Bakanlığı hastanelerine yapılan başvuru, özel hastanelere yapılan başvurunun yaklaşık dört katı iken üniversite hastanelerine yapılan başvurunun yaklaşık yedi katı olduğu görülmektedir. 2020 yılında bu kurumlarda yapılan ameliyat sayılarının dağılımına baktığımızda ise Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 1,6 milyon ameliyat yapılırken, özel hastanelerde 1,4 milyon ameliyat yapılmış, üniversite hastanelerinde ise bu sayı 700 binde kalmıştır (129). Bu tablolarda Sağlık Bakanlığı hastaneleri olarak nitelenen hastaneler; çalışmamızdaki devlet hastanesi - eğitim araştırma hastanesi ve dal hastanelerini bütünüyle kapsamaktadır. Dolayısıyla bu tablolar, Sağlık Bakanlığı hastaneleri arasındaki müracaat sayısı / ameliyat sayısı gibi verilerle ilgili doğrudan bir bilgi sunmasa da üniversiteye yapılan başvuruların ve üniversitelerde gerçekleştiren ameliyat sayılarının Sağlık Bakanlığı hastanelerinin çok altında kaldığını, bununla doğru orantılı olarak tıbbi malpraktis şikayet sayılarının da üniversitelerde daha düşük olduğunu açıklama yönünden anlamlı bulunmuştur.

Tıbbi malpraktis iddiasına konu olan işlem şekillerini incelediğimizde; cerrahi girişimin 202 (%33,6) dosyada şikayet konusu olarak en sık dava konusu olan işlem olduğu, ikinci sırada 75 (%12,5) dosya ile vajinal doğum, üçüncü sırada 66 (%11) dosyada yer alan intramusküler enjeksiyon ve dördüncü sırada 52 (%8,7) dosyada hastanın servis takibi sırasında gerçekleşen hatalı işlem gerekçesiyle dava açıldığını saptadık (Tablo 4). Kırtıçoğlu'nun 2010-2017 yılları arasında Yargıtay'da karara bağlanan tıbbi malpraktis davalarını incelediği tez çalışmasında, en sık tıbbi uygulama hatası iddiasına konu olan işlemleri sırasıyla; cerrahi girişim (%46,8), ilaç tedavisi (%16,1), enjeksiyon (%11) ve vajinal doğum (%6,4) olarak bulmuştur (130). Farklı temyiz mahkemelerindeki tıbbi malpraktis davalarının incelendiği her iki çalışmada da cerrahi girişime bağlı şikayet oranının diğer işlemlerin oldukça üstünde olduğu görülmektedir. Doğası gereği mortalite ve morbidite riski yüksek olan cerrahi işlemlerde ortaya çıkan zararın diğer işlemlerden yüksek olması, tıbbi hatadan bağımsız şikayet oranlarının yüksek olmasına neden olmaktadır. Algan'ın, İstanbul'da yapılan adli otopsileri tıbbi malpraktis açısından incelediği tez çalışmasında ise ilk sırada ilaç tedavisi uygulanan olgular (%46,1), ikinci sırada cerrahi operasyona (%36,9) bağlı olgular olduğunu saptamıştır (128). Temyiz mahkemelerine yansıyan davalarda ilaç tedavisine bağlı şikayetler cerrahi girişime göre çok daha düşük

kalırken otopsi yapılan olgularda ilaç tedavisine bağlı olguların daha fazla görülmesi; ilaç tedavisi sürecinde mortalite gelişmesi çok beklenen bir sonuç olmadığından, ilaç tedavisi sonucu mortalite gelişmesi halinde şikayet oranının daha yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda en sık şikayet konusu ikinci işlem olan vajinal doğum, Kırtıçoğlu'nun çalışmasında en sık dördüncü neden, Algan'ın çalışmasında şikayete konu en sık üçüncü neden olarak bulunmuştur (128, 130). Gebelik süreci ve sonucunda gerçekleşecek doğum eyleminde, insanlarda pozitif beklentilerin hasta sağaltım sürecinden daha yüksek olması; bu süreçte gerçekleşecek istenmeyen sonuçlarda yaşanan hayal kırıklığı, üzüntü, suçlu arama gibi duyguların daha yoğun olmasına yol açmaktadır. Bunun sonucu olarak hem anne hem bebek sağlığının söz konusu olduğu doğum eyleminde ortaya çıkan istenmeyen sonuçlara bağlı şikayet oranlarının yüksek olması, kendi çalışmamız ve literatürle uyumlu görülmüştür.

Dava açma sürecinde temel motivasyonlardan biri ortaya çıkan zararı telafi etme isteğidir. Tıbbi uygulama hatası davalarında zarar, mortalite ya da morbidite şeklinde ortaya çıkabilir. Çalışmamızda, tıbbi uygulama hatalarında ortaya çıkan mortalite ve morbiditeyi incelediğimizde; 187'sinde (%31,5) mortalite, 296'sında (%49,9) morbidite geliştiği görüldü, 110 (%18,6) olgunun ise mortalite ya da morbidite gelişmeyen olgular olduğu görüldü (Şekil 5). Kırtıçoğlu'nun yapmış olduğu çalışmada; 163 olguda (%41,8) organ fonksiyon azalması ya da kaybının geliştiği, 159 olguda (%40,8) ölüm meydana geldiği, 68 olguda (%17,4) ise ölüm veya organda fonksiyon azalması / kaybı gelişmemiş olduğu bulunmuştur. Çalışmalar, tıbbi uygulama hatası iddiası ile temyiz mahkemesine başvuran yaklaşık her 5 kişiden 4'ünde morbidite ya da mortalite geliştiğini göstermektedir (130).

Morbidite gelişen 296 olgu, morbiditenin hangi şekilde meydana geldiği yönünden incelendiğinde; 69 (%23,5) olgu ile en fazla görülen morbiditenin siyatik sinir hasarı olduğu, ikinci sırada 49 (%16,7) olgu ile diğer sinir hasarları (rekürren sinir, fasiyal sinir, ulnar sinir, median sinir, brakial sinir, vokal kord parezisi / paralizisi, üçüncü sırada 39 (%13,3) olgu ile görme kaybı ya da azalması olduğu bulunmuştur (Tablo 5). Bilir Balıkçı'nın 2019 yılında Adli Tıp Kurumu ilgili İhtisas Kurullarındaki tıbbi malpraktis dosyalarını incelediği tez çalışmasında, oluşan zararların bütün olgular içindeki dağılımı incelendiğinde ilk sırada %55,3 ile enjeksiyon nöropatisini, ikinci sırada ise %18,2 ile brakial pleksus hasarı olduğunu saptamıştır (115). Yaptığımız çalışmada siyatik sinir hasarının tamamına yakınının

enjeksiyon nöropatisi sonucu ortaya çıktığı görülmüştü. Birçok ilaca bağlı gelişebilen enjeksiyon nöropatisi ile ilgili yapılan çalışmalar, enjeksiyon nöropatisi şikayeti ile dava açılan olgularda en sık saptanan ajanların diklofenak grubu ağrı kesiciler olduğunu göstermektedir. Diklofenak grubu ilaçlar; baş ağrısı, bel ağrısı, boğaz ağrısı gibi sık görülen acil başvuru nedenlerine en sık uygulanan medikal ajanlardan biridir (131, 132). Hastaların basit olarak algıladığı semptomlara (baş ağrısı, bel ağrısı, boğaz ağrısı) yönelik tedavi rutininde bu kadar sık uygulanan bir yöntemin, duyu azalması / motor fonksiyon bozukluğundan, duyu / motor fonksiyon kaybına kadar değişen durumlara yol açması hasta için ne kadar yıkıcı olabileceğinin bir göstergesidir.

Adli makamların, enjeksiyon nöropatisine yol açan tıbbi malpraktis davalarında birkaç hususun üzerinde durduğu görülmektedir; 1. Enjeksiyon işleminin doğru şekilde yapılmış olması, 2. Enjeksiyon işlemi yapan kişinin bu konuda ehil yetkili bir kişi olması, 3. Yapılacak işlem ve riskleri konusunda hastanın doğru bir şekilde bilgilendirilip aydınlatılmış onam alınmış olması. Gluteal bölge enjeksiyonlarında, enjeksiyon bölgesinin tayini için en sık kullanılan yöntem, gluteal bölgenin 4 eşit parçaya bölünerek enjeksiyonun üst dış kadrandan yapılması şeklinde uygulanmasıdır (133). Ancak bu olgularda olaya bağlı bilirkişi raporu düzenlenmesi süreci olaydan çok sonra gerçekleştiği için akut bulguları saptamak (hematom, ekimoz) mümkün olmamaktadır. Enjeksiyon doğru yapılsa dahi enjeksiyona bağlı bu komplikasyonların gelişebileceği de tıbben bilinmektedir. Bu yüzden bilirkişi raporlarında enjeksiyon nöropatisi hususunda cevap da genellikle bu yönde verilmektedir. Adli Tıp Kurumu 2. Adli Tıp İhtisas Kurulunun, enjeksiyon nöropatisi ile ilgili düzenlediği bir bilirkişi raporunda; “Dava konusu olayda kişiye gluteal bölgeden intramuskuler enjeksiyon yapıldığının belirlendiği, enjekte edilen ilaçların doku içi yayılımı ile sinir hasarına neden olabileceklerinin tıbben bilindiği, bu durumun enjeksiyonların tekniğine uygun yapılması durumunda da daha önceden öngörülemeyecek ve önlenemeyecek zararlara sebep olabildiği, bu durumun her türlü özene rağmen oluşabilecek herhangi bir kusur ve ihmalden kaynaklanmayan komplikasyon olarak nitelendirildiği, enjeksiyonun yapılış tekniği ve uygulanan bölgenin uyumsuzluğu yönünden tıbbi bir delil de tanımlanmadığından, tüm bulgular bir bütün olarak değerlendirildiğinde enjeksiyonu uygulayan sağlık personeline ve enjeksiyon yapılma talimatı veren ilgili hekime herhangi bir kusur izafe edilemediği” denildiği ve benzer yaklaşımların olduğunu görmekteyiz (134).

Enjeksiyon nöropatisinin tıbbi malpraktis olarak nitelendirilmesine neden olan bir diğer husus, enjeksiyon işleminin yetkili bir sağlık çalışanı tarafından yapılmamasıdır. Stajyer hemşire tarafından uygulanan intramüsküler (im.) enjeksiyon işlemi sonrası gelişen enjeksiyon nöropatisi sonrası mahkemeye taşınan olayda, ilk derece mahkeme bilirkişi raporuna uyarak tıbbi uygulama hatası olmadığı yönünde karar vermiştir. Danıştay’a taşınan davada, Danıştay; “Her ne kadar, hükme esas alınan Adli Tıp Raporunda, davacıda oluşan arazın enjeksiyon uygulamalarının beklenebilir bir komplikasyonu olduğu belirtilerek, uygulanan tıbbi işlemlerin tıp kurallarına uygun olduğu yönünde görüş bildirilse de, doktor tarafından düzenlenen enjeksiyon (im.) uygulamasının yetkili bir sağlık personeline veya onun gözetimi ve denetimi altında yapılması gerekirken, bu uygulamanın denetim ve gözetim altında olmaksızın stajyer öğrenci tarafından yapılması ve yine uygulamayı yapan kişinin tespit edilememiş olması, sunulan sağlık hizmetinin özensiz ve denetimsiz biçimde kusurlu olarak işletildiğini göstermekte ve oluşan zararın idarece tazmin edilmesini gerekli kılmaktadır” denilerek işlemin yetkili bir sağlık personeli tarafından ya da yetkili sağlık personelinin gözetiminde yapılması gerektiği vurgulanmıştır (135).

Enjeksiyon nöropatisinde, davanın tıbbi malpraktis olarak nitelenmesine en sık neden olan durumlardan birinin aydınlatılmış onam alınmaması olduğu görülmektedir. 2018 yılında tıbbi malpraktis iddiasıyla enjeksiyon nöropatisi gelişmiş bir olgu, tıbbi malpraktis olmadığı yönünde verilen karar üzerine, davacı tarafından temyiz edilen davada Danıştay 15. Dairesi; “Enjeksiyonun sonuçlarının ve olası komplikasyonlarının davacılara anlatıldığına ve bu işleme rıza gösterildiğine dair yazılı ve imzalı aydınlatılmış onam belgesi bulunmadığı” gerekçesiyle, davayı manevi tazminat yönünden bozarak ilk derece mahkemeye göndermiştir. İlk derece mahkemenin, Danıştay’ın kararına uyarak manevi tazminata hükmetmesi üzerine bu kez davalı Sağlık Bakanlığı kararı “meydana gelen zararın komplikasyon sonucunda oluştuğunun bilirkişi raporuyla sabit olduğu ve tazminata hükmedilemeyeceği, ilgili mevzuat uyarınca sadece cerrahi operasyonlardan önce onam alınmasının gerektiği” iddiasıyla Danıştay’da temyiz etmiştir. Danıştay ise manevi tazminat kararını onayarak, bakanlığın sadece cerrahi operasyonlardan önce onam alınması gerektiği iddiasını geçerli bir bozma nedeni olarak görmemiş, diğer bir deyişle bu önermeyi doğru olarak kabul etmemiştir (136).

Tıbbi malpraktis iddiasıyla yapılan başvurularda, ilk derecede mahkemelerin verdiği kararları incelediğimizde; tıbbi malpraktis iddiasıyla açılan 346 (%57,6) davada red kararı

verildiği, 231 (%38,4) dosyada sağlık çalışanlarının kusurlu olduğu tazminat ödenmesi gerektiği ve 24 (%4) dosyada kusur saptanmadığı ancak manevi tazminat ödenmesi gerektiği yönünde karar verildiği görülmüştür (Şekil 6). Kırtısoğlu Yargıtay'a yansıyan malpraktis davalarını incelediği çalışmasında, tazminat davalarında yerel mahkeme kararlarını incelemiştir. Bu çalışmada Yargıtay'a yansıyan 32 hukuk davası tespit etmiş, bu davalardan 20'sinde (%62,5) sağlık çalışanın kusurlu olduğu yönünde karar çıkarırken, 11 (%34,4) davada red kararı (esastan red + usulden red) verildiği, 1 (%3,1) davada ise kusur tespit edilemediği ancak manevi tazminat ödenmesi gerektiği yönünde karar çıktığı görülmüştür (130). Yargıtay'a yansıyan tıbbi malpraktis ile ilgili tazminat davalarında, sağlık çalışanın kusurlu olduğu yönde verilen kararların; idari yargıda ilk derece mahkemelerde kusurlu olduğu yönünde verilen kararların oransal olarak üzerinde olduğu görülmektedir. İdari yargıda açılan davaların sağlık idaresi aleyhine, adli yargıdaki davaların ise doğrudan kişi aleyhine açıldığı düşünüldüğünde; idari yargının idare aleyhine verdiği kararların oransal olarak daha düşük kalmasının objektiflik ve tarafsızlık ilkesi bağlamında tartışmaya değer olacağı kanaatindeyiz.

Bilirkişi raporlarında sağlık çalışanına doğrudan bir kusur atfedilmese de adli makamlar manevi tazminata hükmedebilmektedir. İncelediğimiz dosyaların %4'ünde bu yönde kararlar alındığını tespit ettik. Bu kararlarını ise mahkemeler şu şekillerde gerekçelendirmektedir; “...bilirkişi raporu ile davalı idareye kusur atfedilmemiş olsa da davacılar yakınının tedavi sürecinde yaşamış olduğu olayın ölümüne etkisi ile ilgili maddi gerçeğe hiçbir zaman ulaşılamayacak ve ömür boyu şüphe duyulacak olması nedeniyle...”, “...tıbbi müdahalede açık bir hata ve kusur tespit edilememekle birlikte, oluşan zararın sonucu itibarıyla sağlık hizmetinin yeterince etkin yürütülmediğini ortaya koyduğu ve olayda manevi tazminat koşullarının gerçekleştiği, davacının bu süreçte yaşadığı manevi elem ve ızdırabın bir nebze de olsa giderilmesi bakımından manevi tazminat isteminin kabulü...” ya da “...sağlık hizmetinde tespit edilen eksiklikler ile davacının vücudunda meydana gelen zarar arasında doğrudan bir illiyet bağı kurulamamış ise de, davacıda sağlık hizmetinin gerektiği gibi yürütülmediği ve bundan dolayı mağdur olduğu yönünde şüphe, endişe ve üzüntüye yol açtığı görüldüğünden, davacının duyduğu acı ve üzüntünün kısmen de olsa hafifletilmesi amacıyla manevi tazminata hükmedilmesi gerektiği...” yönünde manevi tazminat kararları çıkmaktadır (137, 138, 139). Maddi tazminat ölüm durumunda, cenaze giderleri, ölüm hemen gerçekleşmemişse tedavi giderleri ile çalışma gücünün azalmasından ya da yitirilmesinden doğan kayıplar, ölenin desteğinden yoksun kalan kişilerin bu sebeple

uğradıkları kayıpların hesaplanmasıyla bulunan bir tazmin aracıyken; bedensel zararlar gerçekleşmesi halinde, tedavi giderleri, kazanç kaybı, çalışma gücünün azalmasından ya da yitirilmesinden doğan kayıplar ve ekonomik geleceğin sarsılmasından doğan kayıplar hesaplanarak maddi tazminat miktarı saptanır. Dolayısıyla maddi tazminat teknik bir yöntemle hesaplanarak bulunurken, manevi tazminat tamamen davacının talebi doğrultusunda hakimin takdiri ile belirlenen bir hukuki yaptırımdır (75). Dolayısıyla örnekleri verilen gerekçelendirilmiş kararlarda anlaşıldığı üzere, maddi tazminat teknik bir yöntemle hesaplanarak bulunurken, manevi tazminat tamamen davacının talebi doğrultusunda hakimin takdiri ile belirlenen bir hukuki yaptırım şekli olduğu görülmektedir.

İlk derecede mahkemelerin verdiği red kararlarının gerekçelerinin dağılımına baktığımızda; 289 (%83,5) dosyada davayı esastan görerek sağlık çalışanına atfedilebilir bir kusur saptanmadığı gerekçesi ile red kararı verdiği, 52 (%15,1) dosyada davanın açılması gereken süre içerisinde açılmadığı bu nedenle süre aşımı nedeniyle reddedildiği ve 5 (%1,4) dosyada ise ilk derece mahkemenin, yetkili mercii olmadığı gerekçesiyle red kararı verdiği görüldü (Şekil 7). İdare mahkemelerinde görülen davalarda süre aşımı İYUK 13. madde çerçevesinde belirlenmektedir; idari eylemler nedeniyle hakları ihlal edilen ilgililerin, eylemleri öğrendikleri tarihten itibaren bir yıl ve herhalde eylem tarihinden itibaren beş yıl içinde idareye başvurup haklarının yerine getirilmesini isteyebilecekleri; bu isteklerin reddi üzerine altmış günlük dava açma süresi içerisinde dava açabilecekleri hükme bağlanmıştır. İlk derece mahkemenin yetkili mercii olmadığı gerekçesiyle usulden reddettiği dosyaları incelediğimizde; “...özel hukuk tüzel kişisi olarak faaliyette bulunan kurumun sunduğu tıbbi tedavi hizmetinden dolayı ilgili kurum aleyhine adli yargı mercileri nezdinde dava açılması gerektiği...”, “...tam yargı davalarında zarar bir hizmetten veya idarenin herhangi bir eyleminden doğmuş ise hizmetin görüldüğü veya eylemin yapıldığı yer idare mahkemesinin yetkili olduğu...” ve “...zararın tazmini istemiyle ilgili idareye başvurarak ön karar tesis ettirmediği anlaşılan dosyada zararın tazmini talebiyle doğrudan mahkemede açılan bu davada dava dilekçesi ve eklerinin görevli idari merciine tevdi gerektiği...” yönünde kararlar alındığı görülmüştür (140, 141, 142).

İlk derece mahkemelerin, tıbbi malpraktis olduğu yönünde karar verdiği 231 dosyanın gerekçeleri incelendiğinde, 216 dosyada kararın gerekçesine yer verildiği görülmüş olup; 43 (%18,6) dosyada dikkat ve özen eksikliği nedeni ile, 32 (%13,9) dosyada tıbbi uygulamanın tıbbi standartlara aykırılığı nedeni ile, 31 (%13,4) dosyada sağlık hizmeti

organizasyonundan kaynaklanan hizmet kusuru nedeniyle ve 30 (%13) dosyada ise aydınlatılmış onam sorunları (onam alınmaması, yanlış onam alınması, eksik onam alınması) nedeni ile malpraktis kararı verildiği görülmüştür (Tablo 6). Mahkemeler kararlarını bilirkişi raporları doğrultusunda verdikleri için bu tabloyu kusur isnat edilen bilirkişi raporlarında kusur gerekçelerinin dağılımı ile birlikte tartışmanın daha uygun olacağı kanaatindeyiz. Kusur isnat edilen bilirkişi raporlarında, kusur gerekçelerini incelediğimizde; en fazla kusur gerekçesinin 34 (%17) bilirkişi raporunda saptanan dikkat ve özen eksikliği olduğu, ikinci sırada 31 (%15,5) raporda görülen tıbbi uygulamanın tıbbi standartlara aykırılığı, üçüncü sırada 29 (%14,5) raporda görülen tanı - tedavi sürecinin hatalı yürütülmesi ve dördüncü sırada 25 (%12,5) bilirkişi raporunda belirlenen sağlık hizmeti organizasyonundan kaynaklanan hizmet kusuru olduğu görülmüştür (Tablo 10). Bu iki tabloyu kıyasladığımızda, en büyük farkın aydınlatılmış onam sorunları ile ilgili verilen mahkeme kararlarından kaynaklandığını gördük. Bilirkişi raporlarında sadece 7 dosyada aydınlatılmış onam ile ilgili sağlık çalışanına kusur atfedilirken, ilk derece mahkemenin aydınlatılmış onam sorunları ile ilgili 30 dosyada tıbbi malpraktis kararı verdiği tespit edilmiştir.

İlk derece mahkemelerin aydınlatılmış onam konusunda kusurlu bularak tazminat kararı verdiği ancak bilirkişi raporlarında bu hususta bir kusur izafe edilmeyen raporları incelediğimizde, birçoğunun intramusküler enjeksiyon sonrası gelişen enjeksiyon nöropatisine bağlı gerçekleşen şikayetler bağlamında düzenlenen raporlar olduğunu gördük. Bahsi geçen bilirkişi raporlarını incelediğimizde; intramusküler enjeksiyonun, uygun ve doğru teknikle yapılsa bile önceden öngörülemeyecek ve önlenemeyen hasarlara sebep olabildiği, söz konusu hasarın her türlü özene rağmen oluşabileceği, bu hasarın herhangi bir ihmal ya da kusura dayanmayan komplikasyon olarak nitelendirildiği yönünde rapor düzenlenip aydınlatılmış onam hususunda herhangi bir değerlendirmeye gidilmediği tespit edilmiştir. Bu dosyalarda ilk derece mahkemelerin genel yaklaşımının, hastanın aydınlatılmış onamını aldığını ispat yükünün sağlık çalışanında olduğu, dosyada aydınlatılmış onam niteliğinde bir belgeye rastlanmaz ise onamın alınmamış kabul edildiği ve sağlık çalışanını kusurlu bulduğu görülmüştür. Sağlık Bakanlığı tarafından temyize taşınan bu dosyalarda bakanlığın iddiası “küçük ameliye (müdahale) olarak nitelendirilen enjeksiyon için yazılı rıza veya onam alınmasına ilişkin bir düzenlemenin bulunmadığı” yönünde olsa da bu dosyalarda Danıştay’ın, ilk derece mahkemenin kararını onadığı belirlenmiştir (143, 144, 145, 146). Şeker, aydınlatılmış onam ile ilgili Yargıtay kararlarında en fazla tıbbi malpraktis kararının cerrahi işlemlerden (%71), ikinci sırada ise intramusküler

enjeksiyon işlemlerinden (%9,2) gerçekleştiğini tespit etmiştir (113). Her ne kadar bilirkişi raporlarında aydınlatılmış onam konusunda yorum yapılmayarak sağlık çalışanı açısından daha korumacı bir yaklaşım sergilense de adli makamların bu hususta değerlendirmeyi mutlaka yaptıklarını görmekteyiz. Sağlık Bakanlığı'nın "küçük ameliyelerde onam alınmasına ilişkin bir düzenleme yok dolayısıyla alınmaması kusur olarak nitelenmemeli" yaklaşımının da adli makamlar nezdinde bir karşılığı olmadığı görülmektedir. Dolayısıyla çok sık ceza konusu olan aydınlatılmış onam konusunda bütün sağlık çalışanları bilgilendirilerek her işlem için komplikasyonları / riskleri anlatan aydınlatılmış onam formları düzenlenerek standardize edilmeli, mutlaka her işlem öncesi hastanın onamı alınmalıdır (113, 147, 148).

Doğrudan ilk derece mahkemelerin verdiği kararlara odaklanan bir çalışma olmamakla birlikte; tıbbi malpraktisleri gerçekleştirilen otopsilerin sonucuna bağlı hata tiplerine göre sınıflayan çalışmalar mevcuttur. Algan *İstanbul'da yapılan otopsileri malpraktis açısından incelediği* tez çalışmasında, tek alanda tıbbi uygulama hatası saptanan olguların hatalı uygulama konularını sınıflamış; en fazla %15,9 ile izleme hatalarını ilk sırada, %11,2 ile tedavi hatası / tedavi eksikliği / tedavi etmemeye bağlı tıbbi malpraktisleri ikinci sırada tespit etmiştir. Birden fazla alanda tıbbi uygulama hatası saptanan olguların hatalı uygulama konularını sınıfladığında ise %23,4 ile ilk sırada karar verilemeyen dosyaları, %11,2 ile ikinci sırada tanı ve tedavi hatalarını tespit etmiştir (128). Pakiş 2006 yılında *ölüm ya da ölü doğumla sonuçlanan tıbbi uygulama hatalarına yaklaşımda adli otopsinin rolünü* incelediği tez çalışmasında; tek alanda tıbbi uygulama hatası saptanan olguların hatalı uygulama alanlarını sınıflamış, ilk sırada %23,4 tedavi uygulamama veya tedavi hatası olduğunu, ikinci sırada %14,9 ile izleme hataları olduğunu tespit etmiştir. Birden fazla alanda tıbbi uygulama hatası saptanan olguların hatalı uygulama alanlarını sınıfladığında ise ilk sırada %16,2 ile tanı ve tedavi hatası, ikinci sırada %11,3 ile tanı - tedavide gecikme olduğunu tespit etmiştir (149). Bu çalışmalar mahkemenin verdiği karara değil dosyadaki şikayet konusu olan olaya odaklanan ve hataları tanı / tedavi / izlem ve konsültasyona bağlı hatalar olarak sınıflandıran çalışmalardır. Çalışmamızda ise doğrudan bilirkişi ve mahkemenin verdiği kararlar, kusur gerekçesi olarak tabloya işlenmiş, bu nedenle çalışmamızda literatürden farklı sonuçlar ortaya çıkmıştır. Çalışmamızda hem bilirkişi raporlarında hem ilk derece mahkemenin verdiği kararlarda ilk sırada dikkat ve özen eksikliği, ikinci sırada ise tıbbi uygulamanın tıbbi standartlara aykırılığı nedeniyle gerçekleşen tıbbi malpraktislerin yer aldığı görülmektedir.

Danıştay'ın verdiği kararları incelediğimizde; 343 (%57,1) dosyada ilk derece mahkemenin verdiği kararı onadığı, 205 (%34,1) dosyada kararı bozduğu ve 53 (%8,8) dosyada ise kararı kısmen bozduğu (sadece maddi tazminat yönünden ya da sadece manevi tazminat yönünden) görüldü (Şekil 8). Kırtıçoğlu'nun Yargıtay'a yansıyan tıbbi malpraktis dosyalarını incelediği çalışmada, hukuk davalarında yerel mahkeme kararları ile Yargıtay'ın verdiği kararları karşılaştırdığı tabloda 333 kararın 300'ünün (%90,1) Yargıtay tarafından bozulduğunu tespit etmiştir (130). Şeker'in, Yargıtay'a yansıyan aydınlatılmış onam ile ilgili tıbbi malpraktis dosyalarını incelediği çalışmasında ise ilk derece mahkemenin karara bağladığı 70 hukuk davasından 66'sının (%94,3) Yargıtay tarafından bozulduğunu saptamıştır (113). Literatürde Yargıtay'a yansıyan tıbbi malpraktis davaları ile karşılaştırıldığında, Danıştay'da görülen tıbbi malpraktis davalarında bozma oranının Yargıtay'da görülenlerden anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür. Bu veriler ışığında idari yargı karar mercilerinin tıbbi malpraktis davaları özelinde adli yargı mercilerinden daha uyumlu kararlar verdikleri söylenebilir.

Danıştay'ın bozma / kısmen bozma kararı verdiği 258 davanın gerekçelerinin dağılımına baktığımızda; 85 (%32,9) dosya ile en sık bilirkişi raporunun eksik veya yetersiz olması nedeni ile Danıştay'ın, ilk derece mahkemelerin kararını bozduğu görüldü (Tablo 7). Kırtıçoğlu yaptığı tez çalışmasında ceza ve hukuk davalarında Yargıtay'ın bozma gerekçelerini incelemiş, her iki dava tipinde de bilirkişi raporunun eksik / yetersiz olmasının en sık bozma nedeni olduğunu saptayarak; hukuk davalarının %39,8'inin, ceza davalarının ise %42,6'sının bilirkişi raporunda eksiklikler nedeniyle bozulduğunu tespit etmiştir (130). Literatürde belirlenen bozma nedeni çalışmamızla uyumlu görülmüştür. Çalışmamızda biraz daha detaylandırılarak yapılan incelemede; Danıştay'ın bilirkişi raporlarındaki eksikliklerin yol açtığı bozma nedenleri içinde; taraf iddialarına yeterince açık şekilde cevap verilmemesi, kusur oranları ve illiyet konularının eksik kalarak en sık cevap aranan hususlar olarak yer aldığı görülmüştür.

Çalışmamızda Danıştay'ın en sık ikinci karar bozma nedeni olarak, karar veya bilirkişi raporu taraflara ihbar edilmediğinden itiraz hakkının ihlal edildiği gerekçesi ile 53 (%20,5) dosyada bozma kararı verildiği tespit edildi (Tablo 7). Ülkemizde tıbbi malpraktis iddiasıyla kamu çalışanlarına doğrudan tazminat davası açılmadığından, müştekiler idareye karşı dava açarak idareden tazminat talep ederler. Davaya müdahil olan idare, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler için doğrudan Sağlık Bakanlığı, üniversite hastaneleri için ise

üniversite rektörlüğü olmaktadır. Bu süreçte idare aleyhine bir tazminat kararı çıktığında, rücu ilişkisi doğacak sağlık çalışanına dava sürecinde ihbar yapılmamış, herhangi bir savunma hakkı tanınmamış ise Danıştay yargılama usullerine uygun hareket edilmediği gerekçesiyle bozma kararı vermektedir. Bu kararını Danıştay; “6100 sayılı Hukuk Muhakemeleri Kanunu'nun 27. maddesinin birinci fıkrasında, davanın taraflarının, müdahillerin ve yargılamanın diğer ilgililerinin, kendi hakları ile bağlantılı olarak hukuki dinlenilme hakkına sahip olduğu; 61. maddesinin birinci fıkrasında, taraflardan birinin, davayı kaybettiği takdirde, üçüncü kişiye veya üçüncü kişinin kendisine rücu edeceğini düşünüyorsa, tahkikat sonuçlanıncaya kadar davayı üçüncü kişiye ihbar edebileceği; 66. maddesinde ise, üçüncü kişinin, davayı kazanmasında hukuki yararı bulunan taraf yanında ve ona yardımcı olmak amacıyla, tahkikat sona erinceye kadar, fer'i müdahil olarak davada yer alabileceği” şeklinde gerekçelendirmektedir (150).

Rücu ilişkisine benzer şekilde Danıştay, bilirkişi raporlarının da yargılama sürecinde hem davacıya hem davalıya sunularak itiraz hakkı tanınması gerektiği değerlendirmesiyle birçok dosyada bozma kararı verdiği görülmektedir. Danıştay bu kararını; “6100 sayılı Hukuk Muhakemeleri Kanunu'nun "Bilirkişi raporunun verilmesi" başlıklı 280. maddesinde, bilirkişinin, raporunu, varsa kendisine incelenmek üzere teslim edilen şeylerle birlikte bir dizi pusulasına bağlı olarak mahkemeye vereceği; raporun verildiği tarihin rapora yazılacağı ve duruşma gününden önce birer örneğinin taraflara tebliğ edileceği; "Bilirkişi raporuna itiraz" başlıklı 281. maddesinin 1. fıkrasında ise, tarafların, bilirkişi raporunun, kendilerine tebliği tarihinden itibaren iki hafta içinde, raporda eksik gördükleri hususların, bilirkişiye tamamlattırılmasını, belirsizlik gösteren hususlar hakkında ise bilirkişinin açıklama yapmasının sağlanmasını veya yeni bilirkişi atanmasını mahkemeden talep edebilecekleri” şeklinde gerekçelendirmektedir (151).

Her ne kadar 6100 sayılı Hukuk Muhakemeleri Kanunu'nda hem rücu ilişkisi doğabilecek kişilere ihbar yapılması hem de bilirkişi raporlarının taraflara tebliği hususunda düzenlemeler olsa da yargılama sürecinde ilgili düzenlemelere uygun hareket edilmemesi nedeniyle, idari yargıda temyize giden davaların %20,5'inin bu gerekçelerle bozulduğu görülmektedir (Tablo 7). 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 bu hususta da ek bir düzenlemeye gidilmiştir. Yönetmeliğin 12. maddesinde; “Tıbbî işlem ve uygulama

nedeniyle tazminat ödenmesi talebiyle aleyhine dava açılan idare, davayı sağlık meslek mensubuna; mesleki malî sorumluluk sigortası bulunan sağlık meslek mensubu da sigortacıya ihbar eder.” denilerek, idareye aleyhine dava açılan sağlık çalışanına ihbar yükümlülüğü getirmiştir. Burada dikkat edilmesi gereken bir diğer husus, sağlık çalışanına da davayı sigortacıya ihbar etme yükümlülüğü getirilmiştir. Burada aleyhine dava açılan sağlık çalışanının yapması gereken, süreç içerisinde sigorta ile arasında ihbar yükümlülüğünü yerine getirip getirmediği hususunda yaşanabilecek uyuşmazlıkları önlemek için sigortaya yazılı bildirim yapmak olmalıdır (71).

Dava dosyalarındaki bilirkişi raporlarının hangi kurumlar tarafından verildiği ve bu kurumların verdiği kararların dağılımı incelendiğinde toplam 544 bilirkişi raporu olduğu görülmüştür. Bilirkişi raporlarının 439’u (%80,6) Adli Tıp Kurumu, 44’ü (%8,1) Üniversiteler, 27’sinin (%5) Yüksek Sağlık Şurası tarafından verildiği, dosyalarda incelediğimiz 19 (%3,5) raporun ön inceleme raporu niteliğinde düzenlenmiş bilirkişi raporları olduğu, 15 (%2,8) bilirkişi raporunda ise dava dosyasında hangi kurum tarafından düzenlendiğinin belirtilmediği görüldü (Tablo 8). Günümüzde adli tıp uzmanlarının hangi kurumda ne kadar istihdam edildiği ile ilgili resmi bir veri olmamakla birlikte, 2007 yılında Adli Tıp Uzmanları Derneği tarafından yayınlanan, “Adli Tıp Hizmet Modeli ve İnsan Gücü Planlaması” adlı çalışmada adli tıp uzmanlarının yarıya yakınının üniversitelerde istihdam edildiği belirtilmiştir. Buna karşın adli hizmetlere katkısı, adli raporlarda %9–15, otopsilerde %5–8 arasında olarak belirtilmiştir. Tıbbi malpraktis davalarındaki bilirkişilik raporlarında da bu orantısız hizmete katılım açık şekilde görülmektedir (152).

Adli makamların Adli Tıp Kurumu’nu bilirkişilik konusunda bir üst mercii gibi konumlandığı görülmektedir. Dava kararlarında da bu düşüncenin izlerini görmek mümkündür. Danıştay’ın bozma kararı verdiği dosyaları incelediğimizde 6 (%2,3) dosyada, üniversitelerden alınan bilirkişi raporlarına göre verilen ilk derece mahkeme kararının rapor içeriğinden bağımsız olarak usulen yanlış bir işlem olduğu; ATK’dan bilirkişi raporu alınması gerektiği ve kararın ATK’dan alınan raporla tesis edilmesi gerektiği yönünde karar vermiştir (Tablo 7). Danıştay bu kararını şu şekilde gerekçelendirmiştir; “2659 sayılı Adli Tıp Kurumu Kanunu'nun 1.maddesinde, adalet işlerinde bilirkişilik görevi yapmak üzere Adalet Bakanlığına bağlı Adli Tıp Kurumunun kurulduğu, Kanununun 2.maddesinde, Kurumun, mahkemeler ile hâkimlikler ve savcılıklar tarafından gönderilen Adli Tıp ile ilgili konularda bilimsel ve teknik görüşlerini bildirmekle yükümlü olduğu hükme bağlanmıştır.

Dolayısıyla, esas itibariyle adalet işlerinde bilirkişilik görevi yapmak üzere kurulan Adli Tıp Kurumuna, tarafların iddiaları da dikkate alınmak suretiyle, ... Devlet Hastanesi'nde davacıya uygulanan teşhis, tetkik ve tedavide hizmet kusuru olup olmadığı hakkında Adli Tıp Kurumuna bilirkişi incelemesi yaptırıldıktan sonra karar verilmesi gerekirken, ... Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalına yaptırılan inceleme sonucu hazırlanan rapor esas alınmak suretiyle verilen İdare Mahkemesi kararında hukuka uygunluk bulunmamaktadır” (153, 154). 2010 yılında Anayasa Mahkemesi kararıyla iptal edilene kadar ceza davalarında YSS'den görüş alma zorunluluğu bulunmakla birlikte, hukuk davalarında böyle bir bağlayıcılık geçmişte olmadığı gibi günümüzde de yoktur. Buna rağmen Danıştay'ın, üniversite adli tıp anabilim dalından alınan raporu yok sayarak, ilk derece mahkemenin kararını ATK'dan bilirkişi raporu olarak tesis etmeye zorlamasının tartışmaya değer bir husus olduğu kanaatindeyiz.

Bilirkişi raporlarında verilen kararları incelediğimizde ATK ve üniversitelerin verdiği kararların [*komplikasyon* (ATK:%31,9, Ü:%29,5) - *kusur var* (ATK:%28,2, Ü:%31,8) - *kusur yok* (ATK:%32,2, Ü:%31,8) - *kusur var illiyet kurulamıyor* (ATK:%7,7, Ü:%6,9)] birbirlerine benzer oranlarda olduğu görülürken, ön inceleme raporlarında ve YSS raporlarında tıbbi malpraktis olduğu yönünde karar verilen raporların oransal olarak daha yüksek olduğu görüldü (Ön inceleme:%73,7, YSS:%74,1) (Tablo 8). Dosyalarda bulunan ön inceleme raporları, mülki amirler tarafından sağlık çalışanına dava açılıp açılmaması hususunda düzenlenen ve yüksek öğretim kurumlarında yine aynı amaçla düzenlenen raporlardır. Ön inceleme raporlarından, kusur olmadığı yönünde karar verilen incelemeler bir itiraz olmadığı sürece yargıya yansımadığından, bu raporlar içinde *tıbbi malpraktis olduğu* yönünde karar verilen ön inceleme dosyalarının Danıştay'a yansıyanlar içerisinde daha yüksek bir oranı oluşturduğu kanaatindeyiz. Çalışmamız kapsamında birden fazla bilirkişi raporu içeren dosyaları incelediğimizde, ön inceleme raporlarının diğer raporlarla anlamlı derecede daha yüksek oranda (p:0,014) çelişki oluşturduğu tespit edilmiştir (Tablo 9). Ön inceleme raporları, tek hekim tarafından, gereksiz şikayetleri eleyerek soruşturma açılıp açılmamasına karar vermek amacıyla hazırlanan raporlardır. Dolayısıyla mahkeme dosyalarına yansıyan ön inceleme raporlarını, genellikle tıbbi malpraktis olduğu yönünde verilen kararlar oluşturmaktadır. Tek hekimin kanaatiyle düzenlenen bu raporların, heyet halinde düzenlenen ve mahkemelerin karar verirken daha çok itibar ettiği kurum raporlarıyla anlamlı derecede çelişki oluşturması; bu raporların bilimsel yaklaşımdan uzak, “*ben ön inceleme sonucumda kusurlu diyeyim; kusur yoksa mahkemede ortaya çıkar, yeter ki*

sorumluluk almayayım” mantığı ile hatta iç içe geçmiş tıp ve hukuk alanı bilirkişiliğinde defansif yaklaşımın tipik bir örneği şeklinde düzenlenen raporlar olduğunu düşündürmektedir. Yeni tıbbi malpraktis yasası ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı kuruluşlarda, ön inceleme yaparak soruşturma yetkisi verilen Mesleki Sorumluluk Kurulu’nun uygulamalarına dair, çalışmamızın yazım aşamasında elimizde neredeyse hiç veri olmamakla birlikte, ön incelemelerde daha titiz davranılarak gereksiz yargılamaların önüne geçileceği ümidini korumaktayız.

Yüksek Sağlık Şurası’nın düzenlediği raporlara baktığımızda ise bu raporların birçoğunun, ceza davalarında YSS’den görüş almanın zorunlu olduğu 2010 öncesi ceza dava dosyasında yer alan raporlar olduğu ve idareye açılan tam yargı davalarında (tazminat davalarında) dosyalara eklendiği görüldü. Bu davaların genellikle; *tazminat miktarları, tazminat artırım talepleri ve bu taleplere itirazlar, tazminata faiz işlemeye başlayacak tarih, kusur oranları gibi hususlardaki uyuşmazlıklar* nedeniyle uzun yıllardır devam eden dosyalar olduğu görüldü. Bu nedenle YSS raporlarında tıbbi malpraktis olduğu yönünde verilen kararların daha yüksek olduğu kanaatindeyiz. Birden fazla bilirkişi raporu içeren dosyaları incelediğimizde, YSS raporlarının diğer raporlarla anlamlı derecede daha düşük oranda (p:0,042) çelişki oluşturduğunu tespit ettik (Tablo 9). 2010 yılında ceza davalarında rapor alma zorunluluğu iptal edilen, 2018’de ise tamamen kaldırılan YSS’nin, raporlarının genellikle uzun yıllardır devam eden, ceza davası sonuçlanmış, tazminat davasında tazminatla ilgili çeşitli itirazların (tazminat miktarları, tazminat artırım talepleri ve bu taleplere itirazlar, tazminata faiz işlemeye başlayacak tarih, kusur oranları) devam ettiği dosyalarda yer aldığı görüldü. Dolayısıyla YSS raporlarının yer aldığı ve içinde ceza davası kapsamında kusur olup olmadığı hususunda karar çıkmış olanlar; yukarıda saydığımız nedenlere bağlı itirazların devam ettiği dosyalar kapsamında olduğundan, kusurun varlığı ya da yokluğu açısından diğer kurum raporları ile anlamlı derecede daha az çelişki oluşturmasının beklenebileceği kanaatindeyiz.

Bilirkişi tarafından kusur isnat edilen (kusur var / kusur var illiyet kurulamıyor) 220 bilirkişi raporunda, suçun hangi sağlık çalışanına isnat edildiğini incelediğimizde; 162 (%72,3) dosyada hekimlerin kusurlu bulunduğu, 27 (%12,1) dosyada Sağlık idaresine ve 35 (% 15,6) dosyada ise suçun DSP’ye isnat edildiği görülmüştür. Suç isnat edilen diğer sağlık çalışanlarının; hemşire, laborant, ebe, biyolog ve anestezi teknisyeninden oluştuğu görüldü (Şekil 9). Literatürdeki diğer çalışmaları incelediğimizde, benzer şekilde en fazla kusur isnat

edilen grubun hekimler olduğu görülmektedir. Algan'ın 2012 yılında, İstanbul'da yapılan adli otopsileri tıbbi malpraktis açısından incelediği tez çalışmasında, tıbbi uygulama hatası saptanan 81 dosyada kusur dağılımını; %88,1 doktorlar, hemşire ve ebeler %5, hastane yönetimi %4,4 şeklinde saptamıştır (128). Gürbeden'in, 2010-2014 yılları arasında tıbbi uygulama hatası iddiası ile Adli Tıp Kurumu İzmir Grup Başkanlığı'nda otopsi yapılan olguları değerlendirdiği çalışmasında, hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan kişilerin görev alanlarına göre dağılımının; %78,5 hekimler, %19,3 hekim dışı sağlık çalışanları (sağlık memuru + sağlık teknikeri + hemşire + ebe + diğer) ve %2,2 hastane yönetimi şeklinde olduğunu saptamıştır (127). Literatürdeki bütün çalışmalarda, tıbbi işlemlerin tamamında karar verici ve birçoğunda uygulayan konumundaki hekimlerin, diğer gruplardan çok daha yüksek oranda kusurlu olmasının, günlük pratikle uyumlu olduğu kanaatindeyiz.

Danıştay'a yansıyan tıbbi malpraktis davalarında, ilk derece mahkemeler tarafından kabul edilen maddi tazminat miktarlarını incelediğimizde, kabul edilen en yüksek maddi tazminat miktarı ortalamasının 322.461 TL ile 2017 yılında olduğu görülmüştür (Tablo 11). Danıştay'a yansıyan tıbbi malpraktis davalarında, ilk derece mahkemeler tarafından kabul edilen manevi tazminat miktarlarını incelediğimizde, kabul edilen en yüksek manevi tazminat miktarı ortalamasının 90.013 TL ile 2021 yılında gerçekleştiği görülmüştür (Tablo 12).

Danıştay'a yansıyan, ilk derece mahkeme tarafından en yüksek maddi tazminat kararı verilen dosyayı incelediğimizde, 2012 yılında teşhis konulamayan bir beyin tümörüne bağlı olarak toplamda 1.576.000 TL maddi tazminata hükmedilen bir dava olduğu görülmüştür. Söz konusu olayda; baş ağrısı şikayetiyle bir devlet hastanesinin nöroloji polikliniğine toplamda 5 kez başvuran şahsın 6. başvurusunun görme bozukluğu şikayetiyle göz polikliniğine olduğu görülmüştür. Nöroloji polikliniklerinde migren tedavisi düzenlenen şahsa, göz polikliniğinde ise konjonktivit tanısıyla medikal tedavi düzenlenmiştir. Şikayetlerinin gerilememesi üzerine bir özel hastaneye başvuran şahısta çekilen kranial MR sonucu serebellar kitle tespit edilerek opere edilmiştir. Her iki gözde %90 görme kaybı gelişen şahıs için ATK'nın düzenlediği bilirkişi raporunda; "davacının tedavisi süresince tıbben yapılması gerekli tetkiklerin yapılmadığı anlaşıldığından davacıda görme kaybının oluşmasında, idarenin hizmet kusurunun bulunduğu" kararıyla ilk derece mahkeme tarafından maddi ve manevi tazminata hükmedildiği görülmüştür (155).

Danıştay'a yansıyan, ilk derece mahkeme tarafından en yüksek manevi tazminat kararı verilen dosyayı incelediğimizde ise 2014 yılında hatalı tedavi sonucu gerçekleşen ölüm olayına bağlı 550.000 TL manevi tazminata hükmedilen bir dava olduğu saptanmıştır. Söz konusu olayda, konjenital kalp hastalığı nedeniyle bir üniversite hastanesinin kalp damar cerrahi kliniğinde opere edilen 1 yaşındaki çocuğun, ameliyat sonrası tedavi izleminde 0,7 dz olarak order edilen enoksaparinin, hemşire tarafından 0,7 cc (7 dz) uygulanması sonrası kanamasının başladığı ve uygulamadan 3 gün sonra öldüğü görülmüştür. ATK tarafından; "ölümünün doğumsal kaynaklı kalp damar ve büyük damar gelişim bozuklukları, bu nedenle yapılan ameliyat ve 06/09/2014 tarihinde yüksek doz enoksaparinin (Clexane) yapılmasına bağlı gelişen komplikasyonlar sonucu meydana geldiği" şeklinde düzenlenen rapor sonucu, ilk derece mahkeme tarafından 550.000 TL manevi tazminata hükmedilmiştir (156).

Hükmedilen tazminat miktarlarının, sağlık çalışanı maaşlarının oldukça üzerinde olması dikkat çekmektedir. Yeni getirilen düzenleme ile kamu hastanelerinde kast olmayan suçlarda, bu tazminatların sağlık çalışanına rücu edilmeyecek olmasının olumlu bir düzenleme olduğu kanaatindeyiz. Çalışmalar tıbbi malpraktis kaygısıyla, sağlık çalışanlarının, defansif tıp davranışlarına anlamlı ölçüde daha fazla yöneldiğini göstermektedir (157, 158, 159). Tıbbi malpraktiste rücu uygulamaları ile ilgili yeni düzenleme sonrası (kast yoksa sağlık çalışanına rücu da olmayacak), sağlık çalışanlarının "tıbbi malpraktise bağlı tazminat" kaygılarında ne gibi bir değişime neden olduğunu saptamanın, ilerleyen süreçte başka araştırmaların konusu olacağı düşüncesindeyiz.

Mortalite ve morbidite gelişen olguların branşlara göre dağılımını incelediğimizde şikayet oranlarına benzer şekilde, hem en fazla mortalite görülen hem de en fazla morbidite görülen branşlarda, ilk iki sırayı kadın hastalıkları ve doğum ile acil tıp branşlarının aldığı görülmüştür. Kadın hastalıkları ve doğum branşının, mortalite gelişen olguların %25,7'sini, morbidite gelişen olguların ise %25,2'sini oluşturduğunu tespit ettik. Acil tıp branşına baktığımızda, mortalite gelişen olguların %21,1'ini, morbidite gelişen olguların ise %14,7'sini oluşturduğunu tespit ettik (Tablo 13). Bilirkişi raporlarında verilen kararlara göre kusur durumunun branşlara göre dağılımını incelediğimizde; ilk iki sırada yine %21,8 olgu ile kadın hastalıkları ve doğum branşı ile %14,4 olgu ile acil tıp branşının olduğunu saptadık (Tablo 16). Yapılan çalışmalar da bu iki branşın Tıpta Uzmanlık Sınavlarında, hekimler tarafından tercih edilirliliğinin, geçmiş yıllara kıyasla istikrarlı bir düşüş yaşadığını göstermektedir (124, 160).

Mortalite ve morbidite gelişen olayların sağlık kuruluşuna göre dağılımını incelediğimizde; en fazla ölüm vakasının 73 (%39,9) olgu ile Devlet Hastanelerinde, ikinci sıklıkta 48 (%26,2) olgu ile Eğitim Araştırma Hastanelerinde, üçüncü sıklıkta ise 33 (%18) olgu ile üniversite hastanelerinde gerçekleştiği görülmüştür. Morbidite gelişen olgulara baktığımızda; en sık 130 (%48,7) olgu ile Devlet Hastanelerinde, ikinci sıklıkta 50 (%18,7) olgu ile Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde, üçüncü sıklıkta ise 41 (%15,4) olgu ile Üniversite Hastanelerinde gerçekleştiği görülmüştür (Tablo 14). Morbidite ve mortalite gelişen olguların sağlık kuruluşlarına dağılımlarının bu hastanelerdeki vaka sayısı dağılımları ile benzer oranlar gösterdiği kanaatindeyiz.

Bilirkişi raporlarında sağlık idaresinin kusurlu olduğu yönünde verilen raporların dağılımını incelediğimizde; ilk sırada 8 (%29,6) olgu ile Devlet Hastanelerinin, ikinci sırada 7 (%25,9) olgu ile Eğitim Araştırma Hastanelerinin ve Üniversite Hastanelerinin yer aldığı görülmüştür (Tablo 17). Devlet hastanelerinde başvuru sayıları ve tıbbi malpraktise bağlı şikayet sayısı, eğitim araştırma hastaneleri ve üniversitelerin bu kadar üzerindeyken; idarenin kusurlu olduğu yönünde karar verilen bilirkişi raporlarının, bu iki kurumla yaklaşık olarak aynı oranda olduğu görülmektedir. Çalışmamızda yer alan dava dosyalarını detaylı incelediğimizde, idarenin kusurlu olduğu yönünde verilen kararların genellikle, hastanede bulunan eksiklikler ve organizasyonel hatalara bağlı kusurlar olduğu görülmektedir. Özerk yönetimleri olan üniversite hastanelerinde, idareye bağlı kusurların Devlet hastaneleri ile benzer oranlarda görülmesinin; yönetsel ve organizasyonel kusurların bireysel hatalardan mı yoksa yetersiz kaynak arzına bağlı mı gerçekleştiği hususunda yapılacak tartışmanın faydalı olacağı kanısındayız.

Mortalite gelişen olguların başvuru şekilleri ve SHS'de uygulanan işlem yönünden dağılımı incelendiğinde; en fazla ölümün 40 (%21,4) olgu ile cerrahi girişimlerde ve yine aynı sayıda olgu ile 40 (%21,4) servis takibi sırasında geliştiği görüldü (Tablo 15). Cerrahi girişimlerin doğası gereği yüksek risk içermesi nedeniyle, yüksek ölüm oranları görülmesi beklenen bir durumdur ve yapılan çalışmalar da bu kanıyı desteklemektedir (127, 128). Durumu daha ciddi ayaktan tedavi yerine servis takibi gerektiren olguların ise servis takibi sırasında ölüm oranlarının yüksek olmasına neden olduğu kanaatindeyiz.

Morbidite gelişen olguların, başvuru şekilleri ve SHS'de uygulanan işlem yönünden dağılımı incelendiğinde; birinci sırada 103 (%34,8) olgu ile cerrahi girişimlerin yer aldığı, ikinci sırada 65 (%22) olgu ile intramüsküler enjeksiyon işlemlerinin yer aldığı, üçüncü

sırada 47 (%15,9) olgu ile vajinal doğum eylemlerinin yer aldığı görülmüştür (Tablo 15). Cerrahi girişim nedeniyle tıbbi malpraktis davası açılan olguların yarısından fazlasında (202 olgudan 103'ünde) morbidite geliştiği görülmüştür. İntramusküler enjeksiyon işlemi sonucu dava açılan olguların tamamında (65 olgu) morbidite gelişmiş olması dikkati çekmiştir. Morbidite gelişen olgularda zarar şekillerini incelediğimiz tabloda, en sık zarar şekli olarak karşımıza çıkan siyatik sinir ve dallarının hasarının tamamına yakınının (69 olgudan 65'i) enjeksiyon nöropatisine bağlı ortaya çıktığını görülmektedir (Tablo 5). İntramusküler enjeksiyona bağlı tıbbi malpraktis olduğu yönünde karar verilen olguları detaylı incelediğimizde ise kararların birçoğunun aydınlatılmış onam alınmadığı gerekçesiyle alındığı görüldü.

Bilirkişi raporlarında hekime kusur atfedilen raporların, başvuru şekilleri ve uygulanan işleme göre dağılımını incelediğimizde, ilk iki sırada yine cerrahi girişim ve servis takibine bağlı tıbbi malpraktislerin yer aldığını gördük. Bilirkişi raporlarında DSP'ye kusur isnat edilen dosyaların başvuru şekilleri ve uygulanan işleme göre dağılımı incelendiğinde; ilk sırada 8 (%22,9) olgu ile cerrahi girişimler, ikinci sırada 6 (%17,1) olgu ile vajinal doğumlar ve üçüncü sırada 5 (%14,3) olgu ile ilaç tedavisi uygulanması sırasında gerçekleşen tıbbi malpraktis vakaları olduğu görüldü (Tablo 19). Cerrahi girişime bağlı verilen malpraktis kararlarını detaylı incelediğimizde, en sık kusur atfedilen hususun, hemşirenin ameliyatta kullanılan aletlerle ilgili ameliyat sonunda gerekli sayımı yapmayarak, ameliyat yerinde yabancı cisim unutulması sonucu ortaya çıkan davalar olduğu görülmüştür. Vajinal doğum sırasında ortaya çıkan hekim dışı kusurları detaylı incelediğimizde, ebelerin yanlış eylemi ya da hekime haber vermesi gerektiği durumda haber vermemesi gibi gerekçelerle ortaya çıktığı görülmüştür. İlaç tedavisi sonucu ortaya çıkan kusurlara bağlı malpraktis dosyalarını detaylı incelediğimizde ise bu kusurların genellikle hemşirelerin eylemleri nedeniyle ve yanlış ilaç verilmesi, farklı dozda ilaç verilmesi gibi nedenlerle ortaya çıktığı saptanmıştır.

SONUÇ

2015-2021 yılları arasında Türkiye Cumhuriyeti Danıştay Başkanlığı'nda karara bağlanan tıbbi malpraktis (tıbbi uygulama hatası) davalarını incelediğimiz çalışmamızda;

1. Davaların yıllara dağılımını anlamlı olarak birbirinden farklı saptandı. En fazla dava sayısı %35,1 dosya ile çalışmamızın son yılı olan 2021 yılında görüldü.

2. Olay tarihi ile davanın Danıştay'a yansıma süresi arasında geçen ortalama süreye bakıldığında 8 yıl ile 11,6 yıl arasında değiştiği görüldü. Danıştay'a yansıyan tıbbi malpraktis davaları özelinde, davaların sonuçlandırılması gereken hedef sürelerin uzağında kaldığı görüldü.

3. En sık şikayete konu olan branşların sırasıyla; kadın hastalıkları ve doğum, acil tıp, genel cerrahi ve ortopedi olduğu tespit edildi. Bu branşlarda, son yıllarda tıpta uzmanlık sınavlarında tercih edilme oranlarının gittikçe düştüğü ve riskli branşlarda birçok kontenjanın tercih edilmeyerek boş kaldığı görüldü.

4. Tıbbi malpraktis şikayetlerinin, Devlet Hastanelerinde diğer sağlık hizmet sunucularına oranla daha fazla ortaya çıktığı görüldü.

5. Tıbbi malpraktis iddiasına konu olan işlem şekilleri incelendiğinde, en sık şikayet konusu olan işlemlerin sırasıyla; cerrahi girişim, vajinal doğum, intramusküler enjeksiyon ve servis takibi sırasında gerçekleşen hatalı işlem gerekçesiyle açılan davalar olduğu görüldü.

6. Tıbbi uygulama hatası iddiasıyla açılan davaların %81,4'ünde morbidite veya mortalite geliştiği görüldü.

7. Bu davalarda en sık ortaya çıkan morbiditenin, tamamına yakını enjeksiyon nöropatisi sonucu gelişen siyatik sinir hasarı olduğu görüldü.

8. İlk derecede mahkeme kararlarında, tıbbi malpraktis iddiasıyla açılan davaların %42,4'ünde tazminat kararı (%38,4 kusurlu, %4 kusur saptanmadı ancak manevi tazminat ödenmeli) çıktığı görüldü.

9. İlk derece mahkeme kararları ve bilirkişi raporlarında, en sık tıbbi malpraktis gerekçesinin, dikkat ve özen eksikliği olduğu görüldü.

10. Bilirkişi raporları ile ilk derece mahkeme kararları arasında en fazla farklılık arz eden hususun aydınlatılmış onam alınması ile ilgili sorunlar olduğu görüldü.

11. Danıştay'ın verdiği kararların %42,9'unun (%34,1 bozma, %8,8 kısmen bozma) ilk derece mahkemenin verdiği kararı bozarak ilk derece mahkemeye yeni bir karar ihtisas etmek için ilgili mahkemeye gönderdiği görüldü.

12. Danıştay'ın bozma kararı verdiği davalarda en sık bozma gerekçesinin, bilirkişi raporlarında eksiklik olduğu, en sık ikinci bozma gerekçesinin ise karar veya bilirkişi raporu taraflara ihbar edilmediğinden itiraz hakkının ihlal edilmesi olduğu görüldü.

13. Tıbbi malpraktis davalarında adli mercilerin bilirkişi olarak daha sık olarak Adli Tıp Kurumu'nu (%80,6) tercih ettikleri görüldü.

14. Üniversitelerde ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde, soruşturma izin kararı için düzenlenen ön inceleme raporlarının, dosyalardaki diğer kurumların bilirkişi raporları ile anlamlı derecede daha yüksek oranda çelişki oluşturduğu görüldü ($p < 0,014$).

15. Bilirkişi tarafından kusur isnat edilen raporlarda en fazla suç isnat edilen sağlık çalışanlarının %72,3 ile hekimler olduğu görüldü.

16. Bilirkişi raporlarının branşlara göre dağılımında; en fazla morbidite ve en fazla mortalite gelişen branşın kadın hastalıkları ve doğum branşı olduğu görüldü.

17. Bilirkişi raporlarında hekime ve DSP'ye kusur isnat edilen raporların alan dağılımında; yine kadın hastalıkları ve doğum branşının ilk sırada yer aldığı görüldü.

ÖNERİLER

1. Sağlık sisteminde, daha çok hasta bakana daha çok ödemeyi öngören performans sistemi kaldırılarak, hekimleri ekonomik kaygıları ile kendi aralarında yarıştırmaktan uzak sadece hastaya nasıl daha yararlı olacağını düşündüğü, hekimlik ruhuna en uygun geleneksel davranım modelinin, en kısa zamanda tekrar hayata geçirilmesi sağlanmalıdır.

2. Uzun süren davaların, hem hastaları hem sanık olarak yargılanan sağlık çalışanlarını mağdur etmemesi adına hukuki sürecin doğru yöntemlerle olduğu kadar daha hızlı işletilmesi sağlanmalıdır.

3. Tıbbi uygulama hatalarının yargı öncesi değerlendirilerek dosyaların yargı önüne gidip gitmeyeceği yönünde karar vermek için kurulan Mesleki Sorumluluk Kurulu'nun, daha etkin bir şekilde işlerliği sağlanmalı, tıbbi uygulama hatası olmadığı tespit edilen dosyalar geri çevrilerek gereksiz yargılamaların önüne geçilmelidir.

4. Mesleki Sorumluluk Kurulu, bürokratik yapıdaki üyeler yerine, tıbbi malpraktis değerlendirmesini daha etkin yapabilecek hekim yoğunluklu akademik bir yapıya dönüştürülmeli; hatta MSK içerisinde olması gereken en büyük eksikliklerden olan, daimi öğretim üyesi bir adli tıp uzmanı hekim ve hekimlik meslek odaları birliği temsilcisi üyeler bulundurulmalıdır.

5. Tıbbi / cerrahi girişimler için, her girişime özel, uzmanlık derneklerince standardize edilmiş aydınlatılmış onam formları oluşturulmalı, ülke genelinde tüm sağlık hizmet sunucularınca talep edilecek bu formlar kullanılmalı ve işlemler öncesi hastanın onamı bu formlarla imzalı alınarak tıbbi dosyalara eksiksiz olarak eklenmesi sağlanmalıdır.

6. Danıştay'da her beş davadan birini bozma nedeni olarak tespit ettiğimiz; “*ihbar hakkının ihlal edilmesi*” gerekçeli bozulan davaları önlemek adına, 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*” madde 12 ile getirilen düzenlemeye istinaden, tazminat ödemesi talebiyle aleyhine dava açılan idare, ilgili davayı sağlık meslek mensubuna ihbar yükümlülüğünü hukuki süre gözetilerek özenle yerine getirmesi sağlanmalıdır.

7. 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*” madde 12 ile getirilen düzenlemeye istinaden, mesleki malî sorumluluk sigortası bulunan davalı sağlık çalışanı, sigortasına yazılı bildirimle ihbarda bulunma yükümlülüğüne dikkat etmeli, dolayısı ile süreç içerisinde sigorta ile arasında bulunan “*ihbar yükümlülüğü*”ne aykırı davranımlar hususunda yaşanabilecek anlaşmazlıkların önüne geçilmelidir.

8. Sağlık hizmet sunumunda çözüm bekleyen sorunların daha hızlı ve tarafsız bir bakış açısıyla çözümlenebilmesi adına; eğitici, önleyici, düzeltici işlevlerinin yanı sıra yargı yükünü hafifletici işlevi olan *ombudsmanlık* kurumunun, bilinirliği ve işlevselliği artırılmalı, alana özendirici ve yönlendirici farkındalık çalışmaları yapılmalıdır.

9. Üniversiteler her uzmanlık alanından bilimsel olarak donanımlı birçok akademisyeni bulunduruyor olması ve günümüzde adli tıp uzmanlarının da oldukça büyük bir kısmı üniversitelerde akademisyen - bilirkişi kimliği ile görevli olması göz önüne alındığında, adli makamların, her düzlemde yetişmiş bilim insanı gücünden faydalanabilmesinin yolu açılmalı, dolayısı ile üniversitelerden talep edilen bilirkişi rapor sayıları artırılmalıdır.

10. Tarafsız-özerk-kanıta dayalı evrensel tıbbın esas alındığı eğitimlerin öncelendiği tıbbi bilirkişilik eğitimleri, üniversitelerin tıp fakülteleri adli tıp anabilim dalları öğretim üyelerince lisans ve lisansüstü öğrencilere verilen zorunlu derslerden olmalı, mezuniyet öncesi “Ulusal Çekirdek Eğitimi Programı” ile mezuniyet sonrası “Tıpta Uzmanlık Kurullarının Çekirdek Müfredatları” eğitimlerine eklenmelidir.

11. Hukuk fakültelerinde, tıp fakültesi adli tıp anabilim dalları öğretim üyeleri tarafından verilen “adli tıp” dersleri. halihazırda bazı hukuk fakülteleri lisans eğitimi içinde

“seçmeli” olarak bulunduğu statüden çıkartılıp, tüm hukuk fakülteleri müfredatları içinde “zorunlu dersler” kategorisinde yerini almalı, adli tıbbi yaklaşım ve tıbbi bilirkişilik başlıklarına dair ders içerikleri / öğrenim amaçları ve yeterlilik çıktıları *saha* uygulama hedeflerine yönelik detaylandırılmalıdır.

12. Ön inceleme raporlarının, fiziki şeklinin standardize edildiği, içeriğinde bütün sorulara açık ve bilimsel içerikleri arttırılmış raporlar halinde “*uygun, bilimsel ve nitelikli*” olması amacıyla; meslek içi uygulamalarda değişen mevzuatları da kapsayan, bütün hekimlere yönelik tıbbi bilirkişilik eğitimleri tekrarlanarak düzenlenmelidir.

13. Bilirkişi raporlarına bağlı bozma kararlarının ve uzayan yargı süreçlerinin önüne geçmek adına günümüzde tüm raporlar; bütün sorulara açık bir şekilde cevap verir nitelikte, cevaplanamayan soruların neden cevaplandırılmadığını açıklayan, illiyet olup olmadığına açıklık getiren, aydınlatılmış onamın doğru alınıp alınmadığı hususlarında değerlendirme yapan ve dava niteliğine göre kusur oranlarını belirtir nitelikte hazırlanmalarına önem verilmelidir.

ÖZET

Tıbbi malpraktis, tüm dünyada birçok sağlık çalışanı için en büyük kaygı nedenlerinden biridir. Yapılan çalışmalar, tıpta uzmanlık alanı ve çalışma sahası seçiminde tıbbi malpraktis kaygısının önemli bir etken olduğunu ve tıbbi malpraktis riski yüksek bölümlerde çalışan sağlık çalışanlarında defansif tıp uygulamalarını daha sık gerçekleştirdiğini göstermektedir.

Çalışmamızda Danıştay'ın resmi karar arama sitesi üzerinden arama yaparak, 2015-2021 yılları arasında T.C. Danıştay Başkanlığı'nda karara bağlanan 601 tıbbi malpraktis dava dosyasına ulaşılmıştır. Verileri incelediğimizde; en fazla dava dosyasının 2021 yılında olduğu görülmüştür. Olay tarihi ile davanın Danıştay'a yansıma süresi arasında geçen zaman ortalamasının 9,2 yıl olduğu ve bunun yargıda davanın tamamlanması için öngörülen hedef sürenin çok üstünde olduğu görülmüştür.

Şikayet konusu branşları incelediğimizde sırasıyla; kadın hastalıkları ve doğum (%24,3), acil tıp (%15,4) ve genel cerrahi (%11,2) branşlarının ilk üç sırayı aldığı görülmüştür. Bu branşların, hekimler tarafından tercih edilirliliğinin azaldığının en önemli göstergesi Tıpta Uzmanlık Sınavlarında azalan puanları ve boş kalan kontenjanları olmaktadır.

En fazla tıbbi malpraktis şikayeti gerçekleşen sağlık hizmet sunucusu, Devlet Hastaneleri (%44,3) olarak saptanmıştır. Devlet Hastanelerini, %21,4 ile Eğitim Araştırma Hastaneleri ve %19 ile üniversite hastanelerinin takip ettiği görülmüştür.

Danıştay tarafından bozma kararı verilen olgular incelendiğinde en sık bozma kararının, bilirkişi raporundaki eksiklikler / yetersizlikler olduğu görülmüştür.

Bilirkişi raporları talep edilen kurumları değerlendirdiğimizde, tüm raporların %80,6'sının Adli Tıp Kurumu tarafından düzenlendiği tespit edilmiştir. Adli tıp uzmanlarının birçoğunun üniversitelerde istihdam edilmesine ve bu üniversitelerimizin birçoğu diğer branşlarda da son derece başarılı akademisyeni bünyesinde barındırmasına rağmen mahkemelerin, bilirkişi raporlarını ATK'dan talep etme eğiliminde olduğunu gördük. Akademik anlamda yetişmiş insan gücünün verimli kullanılması adına, mahkemelerin üniversitelerden talep ettiği bilirkişi rapor sayıları artırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Danıştay, Sağlık hukuku, Tazminat sorumluluğu, Tıbbi bilirkişilik, Tıbbi malpraktis

**IN THE CONTEXT OF HEALTHCARE WORKERS' CIVIL LIABILITY,
EVALUATION OF MEDICAL MALPRACTICE CASES CONCLUDED
AT TURKISH COUNCIL OF STATE BETWEEN 2015-2021**

SUMMARY

Medical malpractice is one of the biggest causes of concern for many healthcare professionals worldwide. Studies show that medical malpractice anxiety is an important factor in choosing a specialty and field of study in medicine and that healthcare professionals working in departments with a high risk of medical malpractice perform defensive medicine more frequently.

In our study, by searching through the official decision search site of the Council of State, 601 medical malpractice case files decided by the Council of State between 2015 and 2021 were accessed. When we analyzed the data; it was observed that the highest number of case files was in 2021. It was observed that the average time between the date of the incident and the time the case was submitted to the Council of State was 9.2 years, which is well above the target time for the completion of the case in the judiciary.

When we examined the fields of health application (branches) subject to complaints, it was observed that gynecology and obstetrics (24.3%), emergency medicine (15.4%) and general surgery (11.2%) took the first three places respectively. The most important indicator of the decreasing preference of these branches by physicians is their decreasing scores and vacant quotas in the Medical Specialization Exams.

The health service provider with the highest number of medical malpractice complaints was found to be State Hospitals (44.3%). State Hospitals were followed by Education and Research Hospitals with 21.4% and university hospitals with 19%.

When the cases in which the Council of State reversed the decision were analyzed, it was observed that the most frequent reversal decision was the deficiencies / inadequacies in the expert report.

When we evaluated the institutions from which expert reports were requested, we found that 80.6% of all reports were issued by the *The Ministry of Justice, Council of Forensic Medicine*. Despite the fact that most forensic medicine experts are employed at universities and many of these universities have highly successful academics in other branches, we have seen that courts tend to request expert reports from the Council of Forensic Medicine. In order to make efficient use of academically trained manpower, the number of expert reports requested by the courts from universities should be increased.

Keywords: Council of state, Health law, Indemnity liability, Medical expert witnessing, Medical malpractice

KAYNAKLAR

1. Atıcı E. Hasta - Hekim İlişkisi Kavramı. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2007; 33 (1) 45-50.
2. Saka NE, Temel G. Hekim Sorumluluğu. Saka NE (Editör). Adli Tıp ve Adli Bilimlerde Klinik Uygulamalara Bakış. İstanbul: Akademisyen Yayınevi; 2019; 321-35.
3. Özer K, Aslan Ş. Defansif tıp uygulamalarının belirlenmesi: karma yöntem araştırması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2020; 23(4): 639-64.
4. Özaslan A, Kolusayın Ö. Hekimin Yasal Sorumlulukları. Adli Tıp Ders Kitabı. İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları; 2011 (2);13-40.
5. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. <https://www.icisleri.gov.tr/kurumlar/icisleri.gov.tr/IcSite/illeridaresi/Mevzuat/Kanunlar/Anayasa.pdf>. Erişim tarihi: 16.05.2022
6. Miziara ID, Miziara CSMG. Medical Errors, Medical Negligence And Defensive Medicine: A Narrative Clinics. 2022; 77.
7. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi; 2012. https://www.ttb.org.tr/kutuphane/h_etikkural.pdf Erişim tarihi:06.12.2022
8. 27515 Sayılı Hemşirelik Yönetmeliği. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=13830&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>. Erişim tarihi: 16.05.2022
9. 29007 Sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140522-14.htm>. Erişim tarihi: 16.05.2022
10. Özkaya N, Elbuken B. Sağlık Profesyonellerinin Hatalı Tıbbi Uygulamalarından Doğan Yasal Sorumlulukları: Hekim Haricindeki Sağlık Meslekleri Özelinde. Sağlık ve Sosyal Politikalara Bakış Dergisi. 2018; 109-28.
11. Caymaz M, Sağlık Personelinin Tıbbi Uygulama Hataları Üzerine Bir Araştırma. Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2015; 2(4): 1-14.
12. Bono MJ, Wermuth HR, Hipskind JE. Medical malpractice. StatPearls [Internet]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470573/>. Erişim tarihi: 25.08.2022
13. Saka NE, Budak H. Malpraktis ve Defansif Tıp. Saka NE (Editör). Adli Tıp ve Adli Bilimlerde Klinik Uygulamalara Bakış. İstanbul: Akademisyen Yayınevi; 2019; 395-407.
14. Polat O, Pakiş I. Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. Cilt: 2011; 2(3): 119-25.

- 15.Özcan Z, Özcanoğlu AB. Yargıtay içtihatları ışığında malpraktis komplikasyon ayırımına bağlı ispat sorunları. Uyuşmazlık Mahkemesi Dergisi. 2020; 16: 289-315.
- 16.Yen W, Thakkar N. State of the Science on Risk and Support Factors to physician performance. Journal of Medical Regulation. 2019; 105(1): 6-21.
- 17.Demir M, Kirkit E. Komplikasyon – malpraktis ayırımının tıbbî özel hukuk sorumluluğuna etkisi. ÇÜHAD 2022; 1: 58-91.
- 18.Acıcan T. Arter kan gazları. Yoğun Bakım Dergisi 2003; 3(3):160-75.
- 19.Polat O. Tıbbi Uygulama Hataları. 2. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2014
- 20.Çelik F. Sağlık Kurumlarında İletişim; Hasta ile Sağlık Personelinin Üzerine Bir Araştırma (yüksek lisans tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler Bilim Dalı; 2008.
- 21.Ümit C. Hekimlerin Mesleklerinin Uygulanmasından Doğan Ceza Sorumluluğu. TAAD. 217; 32: 197-246.
- 22.Hasta Hakları Yönetmeliği.
<https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=4847&mevzuatTur=Kuru mVeKuruluyonetmeliği&mevzuatTertip=5> Erişim tarihi: 26.08.2022
- 23.Değdaş UC. Hatalı Tıbbi Uygulamadan (Malpraktis) Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk. Hukuk Fakültesi Dergisi. 2018; 1: 41-65.
- 24.Socha-Dietrich K, Dumont JC. International migration and movement of doctors to and within OECD countries – 2000 to 2018: Developments in countries of destination and impact on countries of origin. OECD Health Working Papers No. 126, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7ca8643e-en>.
- 25.Hakeri H. Tıp Hukuku. 14. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2018
- 26.Özkara Ö, Dokgöz H. Tıbbi Uygulama Hataları. Dokgöz H (Editör). Adli Tıp ve Adli Bilimler. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2019; 71-90.
- 27.Birtek F. Tıbbi Uygulama Hataları Bakımından Taksir- Bilinçli Taksir Ayırımı (Komplikasyon - İzin Verilen Risk Ayırımı Bağlamında). Erciyes Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 2015; 10(1): 63-106.
- 28.Hakeri H. Tıp hukukunda malpraktis komplikasyon ayırımı. Bulletin of Thoracic Surgery/Toraks Cerrahisi Bülteni. 2014; 5: 23-8.
- 29.Aykın AC, Çınarlı S. Sağlık Personelinin Hukuki Sorumluluğu. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2016
- 30.Yılmaz K. Defansif Tıp Hekimin Tıbbi Uygulamalarda Sorumluluktan Kaçması Durumunda Ortaya Çıkan Problemler. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2013; 133-243.
- 31.Garattini, L, Padula A. Defensive medicine in Europe: a ‘full circle’?. Eur J Health Econ. 2020; 21:165–70.

- 32.Selçuk M. Çekinik (Defansif) Tıp (Yüksek lisans tezi). İzmir: İzmir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku; 2015.
- 33.Gupta S. More treatment, more mistakes. New York Times, August 1, 2012:A21.
- 34.Mello MM, Chandra A, Gawande AA, Studdert DM. National Costs Of The Medical Liability System. Health Affairs. 2010; 29(9): 1569-77.
- 35.U.S. Congress, Office of Technology Assessment, Defensive Medicine and Medical Malpractice, OTA-H--602 (Washington, DC: U.S. Government Printing Office, July 1994: 128-32.
- 36.Rothberg MB, Class J, Bishop TF, Friderici J, Kleppel R, Lindenauer PK. The cost of defensive medicine on 3 hospital medicine services. JAMA Intern Med. 2014;174(11):1867-8.
- 37.Mansur F, Ceylan Ö. Defansif Tıp ve Defansif Tıp Konusunda Yapılan Akademik Çalışmalar Üzerine Bir Derleme. Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2021; 23(3): 721-44.
- 38.Panella M, Rinaldi C, Leigheb F, et al. Prevalence and costs of defensive medicine: a national survey of Italian physicians. Journal of Health Services Research & Policy. 2017;22(4):211-217.
- 39.Özer K, Aslan A. Defansif tıp uygulamalarının belirlenmesi: karma yöntem araştırması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2020; 23(4): 639-664.
- 40.Saka NE. Defansif Tıp. 2. Türk Adli Bilimler Kongresi - Kongre Tam Metin Bildiri Kitabı. 2019; 56-70.
- 41.Deryal Y. Türk Hukukunda Bilirkişilik. Ankara: Adalet Yayınevi, 2015
- 42.6754 Sayılı Bilirkişilik Kanunu.
<https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6754.pdf>. Erişim tarihi: 31.08.2022
- 43.6100 Sayılı Hukuk Muhakemeleri Kanunu.
<https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6100.pdf> Erişim tarihi: 01.09.2022
- 44.Yokuş Sevük H. Ceza Muhakemesi Hukukunda Bilirkişilik. Journal of Istanbul University Law Faculty. 2011; 64(1): 49-107.
- 45.Dokgöz H. Bilirkişilik. Dokgöz H (Editör). Adli Tıp ve Adli Bilimler. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2019; 31-50.
- 46.Durmuş A, Durmuş MN. Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı. Usaysad Dergisi. 2019;5(2):216-229.
- 47.Tuçcu H, Yorulmaz C, Koç S. Hekim Sorumluluğu ve Tıbbi Malpraktis. Klinik Gelişim Dergisi. 2009; 22: 6-10.
- 48.Adli Tıp Kurumu Başkanlığı. İdari Yapı - İhtisas Kurulları. İhtisas Kurullarının Genel Yapısı ve Görevleri. <https://www.atk.gov.tr/adli-tip-ih-tisas-kurulu.html> Erişim tarihi: 03.09.2022

- 49.2659 Sayılı Adli Tıp Kurumu Kanunu.
<https://rayp.adalet.gov.tr/resimler/495/dosya/adli-tip-kurumu-kanunu25-06-202009-14.pdf> Erişim tarihi: 03.09.2022
- 50.2547 Sayılı Yükseköğretim Kanunu.
<https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2547.pdf> Erişim tarihi: 03.09.2022
- 51.Balcı Y. Üniversitelerin Kurumsal Olarak Adli-Tıbbi Hizmetlere Katılımı İsteniyor Mu? Eskişehir Deneyimi. TBB Dergisi. 2004; 51: 279-285.
- 52.Doğan MB. Adli Bilimlerde Adli Tıp ve Adli Tıp Dışı Alanların Türkiye'deki Yapılanması ile İlgili Sorunlar: İki Rapor ile Değerlendirme. Adli Tıp Bülteni 2022;27(1):66-77
- 53.Koç S. Bilirkişilik ve Adli Tıp Kurumu. TBB Dergisi. 2004; 50: 144-151
- 54.Özdemir MH, Çekin N. Yüksek Sağlık Şurası'nın Yapısı ve Bilirkişilik Görevleri. Adli Tıp Bülteni. 1998; 3(3):94-7.
- 55.Anayasa Mahkemesi'nin 2009/69 Esas no, 2010/79 Karar no, 03.06.2010 günlü kararı, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/10/20101022-10.htm> Erişim tarihi: 18.11.2022
- 56.Tepki çeken Şule Çet raporunu hazırlayan doktora men cezası kesinleşti. <https://www.dha.com.tr/yerel-haberler/ankara/teпки-çeken-sule-çet-raporunu-hazırlayan-doktor-2022153> Erişim tarihi: 04.09.2022
- 57.İnsan Hakları Evrensel Beyanamesi.
<https://www.hsk.gov.tr/Eklentiler/Dosyalar/9a3bfe74-cdc4-4ae4-b876-8cb1d7eeae05.pdf> Erişim tarihi:05.09.2022
- 58.Civaner MM. Meslek Örgütlerinin Deontolojik Görevleri. Bulut N (Editör) TTB ve Tabip Odalarının Tıbbi Etik ve Deontolojiyi Koruma Sorumluluğu. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2018; 9-19.
- 59.Cenevre Bildirgesi Tüm Hekimler İçin Ortak ve Bağlayıcıdır: Hekimlik Andı Cenevre Bildirgesi'ne Uygun Okunmalıdır.
https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=1849aaa8-d597-11eb-891e-1ee00b95cb3b#:~:text=Cenevre%20Bildirgesi%20t%C3%BCm%20hekimler%20i%C3%A7in,ayr%C4%B1cal%C4%B1kl%C4%B1%20ya%20da%20azade%20g%C3%B6remez. Erişim tarihi:07.09.2022
- 60.Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi.
<https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/2.3.412578.pdf> Erişim tarihi:06.12.2022
- 61.Koç S. Yasal Düzenlemeler Çerçevesinde Hekim Sorumluluğu. Türkderm Dergisi. 2007;41: 33-8.
- 62.Taşçı Bİ. Kamuda Görevli Hekimlere Tabip Odalarınca Disiplin Cezası Verilmesi Sorunu. Ombudsman Akademik. 2022; 8(16): 257-286.

63. Bulut N, Ersoy V. Mesleki Sorumluluk ve Disiplin İşlemleri. Bulut N (Editör) TTB ve Tabip Odalarının Tıbbi Etik ve Deontolojiyi Koruma Sorumluluğu. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2018; 24.
64. Yaşar FZ Büken E. 2005-2009 tarihleri arasında Ankara Dış Hekimi Odasındaki disiplin ihlal iddialarının retrospektif analizi. Adli Tıp Bülteni, 2012;17(2):3-9.
65. 3224 Sayılı Türk Dış Hekimleri Birliği Kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.3224.pdf> Erişim tarihi:07.09.2022
66. 6643 sayılı Türk Eczacıları Birliği Kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.6643.pdf> Erişim tarihi:07.09.2022
67. Altun G, Yorulmaz AC. Yasal Değişiklikler Sonrası Hekim Sorumluluğu ve Malpraktis. Trakya Univ Tıp Fak Derg 2010; 27(1):7-12.
68. Çokar M. Türkiye’de Malpraktis (Yanlış Tedavi) Konusunda Yasal Düzenleme Girişimleri: Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Bir Çözüm Müdür? <https://www.tjod.org/turkiyede-malpraktis-yanlis-tedavi-konusunda-yasal-duzenleme-girisimleri/> Erişim tarihi:08.09.2022
69. Örnek Büken N, Büken E. Tıbbi Malpraktis Konusunda Tartışmalar. T Klin Tıp Etiği-Hukuku - Tarihi. 2003; 11:140-147.
70. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi. Yeniden ısıtılan teklif: Malpraktis Kanunu. https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=dd5336a0-d0b8-11ea-be10-6c152474dcf3 Erişim tarihi:08.09.2022
71. 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
72. 4483 Sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4483.pdf> Erişim tarihi:08.09.2022
73. 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.657.pdf> Erişim tarihi:09.09.2022
74. Özpınar B. Tıbbi Müdahalede Kötü Uygulamanın Hukuki Sonuçları. Ankara: Ankara Barosu Yayınları; 2007
75. 6098 Sayılı Türk Borçlar Kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6098.pdf> Erişim tarihi:10.09.2022
76. Özdemir H. Hekimin Hukuki Sorumluluğu. ERÜHFD. 2016; 11: 33-81.
77. Özer M. Adam Çalıştıran - İşverenin Sorumluluğu. Basa N, Uçakhan Güleç S (Editörler) Bedensel Zararlar Konusunda Yüksek Mahkeme Görüşleri. 2019; 6-16.
78. Çınarlı S, Meral O, Ermumcu F, Azak K. Tıbbi Uygulamadan Doğan İdari Yargı (Tam Yargı) Davaları. Ankara: Adalet Yayınevi; 2021; 193-99.

79. Danıştay 15. Daire Başkanlığı, Esas No: 2015/6230, Karar No: 2017/7584 içtihat metni.
81. Günday R. Tıbbi Müdahale ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki Sorumluluk. Ankara: Adalet Yayınevi; 2012; 24-41.
82. Özdemir H. Diş Hekimlerinin Hukuki Sorumluluğu. EÜHFD. 2011; 15: 177-229
83. Yördem Y. Hekimin Hatalı Tıbbi Uygulamaya Bağlı Hukuki Sorumluluğu. TAAD. 2019; 39: 129-155
84. Erçeltik E. Özel Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarının Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki Sorumluluğu (Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Özel Hukuk Anabilim Dalı; 2011
85. Danıştay 10. Daire Başkanlığı, Esas No: 2019/6383, Karar No: 2020/5896 içtihat metni.

laUGN4eU1TVENyRVEzL0IGTWswQWZmZ2czajRqUS9Rejg3U0VSRVowL21JO
UVNaDINTXpsdUI0bkpvb2U5ais4b2FpTTFVQUIYY2dkeVlpU3BzVTIly2xFamxq
Yk1PRjJDeE9VV3lhbXdxWThIK3IPQ1plajVWcENLSHdHdFYxc0pQcHduaFNadmi
dEczlTYzN1MGhUNXNJQkNad2lpblhmQkxETkZIdUhhYmFkVTZiY29TSyk=&ara
nanKelime=Ba% C5% 9Fkanl% C4% B1% C4% 9F% C4% B1% 27ndan% 20al% C4% B1 na
n% 2008/05/2014% 20tarihli% 20raporda% 20% 27% 27davac% C4% B1% 20hakk% C4%
B1nda% 20d% C3% BCzenlenmi% C5% 9F% 20adli% 20ve% 20t% C4% B1bbi% 20belgel
erde% 20bildirilen% 20veriler% 20Genel% 20Kurulca% 20tekrar% 20de% C4% 9Ferlendi
rildi% C4% 9Finde,% 20davac% C4% B1% 20ki% C5% 9Fiye Erişim tarihi:13.09.2022

87.Danıştay 10. Daire Başkanlığı, Esas No: 2020/4599, Karar No: 2021/3754 içtihat metni.
<https://karararama.danistay.gov.tr/getDokuman?id=RU5DKHBNTVlmc1RGQ1d4OTVZdWwxbm1uS2tTNmczY0dqUEtLclV2bk0VHJocFZ0THRkMHljOVNUVU5RSFlGemZiY1RpYVM4OFhhYjh2K0QxMytjL1FjV moyUFZHcTIFSHJDEl wMDJ0Yk5CUHM5U0VjTmZjeWRsTU9DbWhHc2JUN3UvRGgwWFB6SHc3U21zL1RsSzlhcGdXV1pVVMpT0V3RTRMODI4SU50eGptVVE1dVN3eIExd0FCajk2THcya3lqMCk=&arananKelime=Dekanl% C4% B1% C4% 9F% C4% B1% 20Ortopedi% 20ve% 20Travmatoloji% 20Anabilim% 20Dal% C4% B1% 20Ba% C5% 9Fkanl% C4% B1% C4% 9F% C4% B1ndan% 20al% C4% B1nan% 2028/02/2020% 20tarihli% 20raporda;% 20hastada% 20kal% C4% B1c% C4% B1% 20bir% 20hasar% 20olmakla% 20birlikte% 20bu% 20durumda% 20hekim% 20ihmalinin% 20olmad% C4% B1% C4% 9F% C4% B1> Erişim tarihi: 13.09.2022

88.2577 Sayılı İdari Yargılama Usulü Kanunu.
<https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2577.pdf> Erişim tarihi: 20.11.2022

89.Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortasında Kurum Katkısına İlişkin Usul ve Esaslara Dair Tebliğ. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Tarife ve Talimatı. Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları.
<https://www.mevzuat.gov.tr/anasayfa/MevzuatFihristDetayIframe?MevzuatTur=9&MevzuatNo=14124&MevzuatTertip=5> Erişim tarihi:15.09.2022

90.Ekmen A. Avrupa Birliği Ülkelerinde Malpraktis Sigortası Uygulamaları. T.C. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı. Ankara, 2008.

91.Güngör P, Merih YD, Kocabey MY. Farklı Ülkelerin Malpraktis Konusunda Yasal Düzenleme Girişimleri, Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 2012; 43(4), 128-138.

92.Yıldız H. İdare Hukukunun Kısa Tarihçesi. Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 2018;4: 197-223

93.Karahanoğulları O. Türkiye’de İdari Yargı Tarihi (Doçentlik Çalışması). Ankara: Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi. 2005

94.Eraslan Z. Danıştay. <https://ataturkansiklopedisi.gov.tr/bilgi/danistay/> Erişim tarihi:18.09.2022

- 95.2575 Sayılı Danıştay Kanunu.
<https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2575.doc#:~:text=%C4%B0dari%20yarg%C4%B1%20hakim%20ve%20savc%C4%B1lar%C4%B1,iki%20defa%20Dan%C4%B1%C5%9Ftay%20%C3%BCyesi%20se%C3%A7ilemez.> Erişim tarihi: 01.11.2022
- 96.Çora E. Osmanlı'dan Cumhuriyet'e Danıştay'ın Gelişim Süreci (Doktora tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tarih Ana Bilim Dalı; 2015
97. Erdolu D. Türk idari yargılama hukukunda olağan kanun yolları özelinde istinaf kanun yolu; Bölge İdare Mahkemesi teşkilatı ve uygulama analizleri (Yüksek lisans tezi). Diyarbakır: Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Hukuku Anabilim Dalı İdare Hukuku Bilim Dalı; 2019.
98. İdari yargıda parasal sınırlar. [https://kadirhukuk.com.tr/makale/idari-yargida-parasal-sinirlar-2022-yili/#:~:text=S%C4%B1n%C4%B1r%20%3A%2077.000%20TL-,%C4%B0stinaf%20S%C4%B1n%C4%B1r%20\(%C4%B0YUK%20m.%2045\),bunlara%20kar%C5%9F%C4%B1%20istinaf%20yoluna%20ba%C5%9Fvurulamaz.](https://kadirhukuk.com.tr/makale/idari-yargida-parasal-sinirlar-2022-yili/#:~:text=S%C4%B1n%C4%B1r%20%3A%2077.000%20TL-,%C4%B0stinaf%20S%C4%B1n%C4%B1r%20(%C4%B0YUK%20m.%2045),bunlara%20kar%C5%9F%C4%B1%20istinaf%20yoluna%20ba%C5%9Fvurulamaz.) Erişim tarihi: 20.11.2022
99. Danıştay Dava Daireleri Arasındaki İş Bölümü Kararı.
<https://www.danistay.gov.tr/icerik/26> Erişim tarihi: 19.09.2022
100. Danıştay'da, dairelerin iş bölümü yeniden yapıldı.
<https://www.memurlar.net/haber/814247/danistay-da-dairelerin-is-bolumu-yeniden-yapildi.html> Erişim tarihi: 19.09.2022
101. Yılmaz ŞE. 1982 Anayasası'na 2010 Anayasa Değişiklikleri ile Getirilen Kamu Denetçiliği Kurumu ve İdari Yargı Denetimi ile İlişkisi (Yüksek Lisans Tezi). Bilecik: Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi; 2014
102. Duran H. Türkiye'de İdari Denetim ve Kamu Denetçiliği Kurumu (Ombudsmanlık). Seta Analiz. 2021; 344: 7-20.
103. Kestane D. Çağdaş Bir Denetim Organizasyonu Olarak Ombudsmanlık (Kamu Denetçiliği). Maliye Dergisi. 2006; 151: 128-42.
104. Sağlam A. İdarenin yargı dışı denetim yollarından biri olan ombudsmanlık (kamu denetçiliği) kurumu ve idari yargı ile ilişkisi (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Çankaya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Hukuku Anabilim Dalı; 2012.
105. Yıldız N. İdari Rejimin Doğuşu, Tarihçesi ve Gerekçeleri.
https://www.sehahukuk.com/wp-content/uploads/2020/04/idare_hukukunun_dogusu.pdf Erişim tarihi: 20.09.2022
106. Şen M. İdarenin Yargısal Denetiminin Sınırlarına İlişkin Modeller. Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 2013; 17: 1623-41.
107. Düğür S. Anglosakson ve Kıta Avrupası Hukuk Sistemlerinde İdarenin Yargısal Denetiminin Ortaya Çıkışı ve Gelişimi. YBHD. 2019; 1: 61-88.

- 108.Akbaba A. Fransız İdari Yargı Sistemine Bir Bakış. Ankara Barosu Dergisi. 2014; 2: 433-63.
- 109.Tunceroğlu Göçgeldi E. Fransız İdare Hukuku'nun Tarihsel Gelişimi. <http://gochukuk.com/pdf/Fransiz-Idare-Hukukunun-Tarihsel.pdf> Erişim tarihi:21.09.2022
- 110.Sayhan Ş. İdari Yargı Sistemlerinin Karşılaştırmalı Analizi. İ.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi. 1996; 15: 67-74.
- 111.Üstün KT. Almanya'da İdari Yargının Tarihi Gelişimi. Prof. Dr. Metin Günday Armağanı 2. Cilt. 2020; 1443-68.
- 112.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. Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi. 2005; 21(3): 204-8.
- 113.Şeker Y. Malpraktis Davalarında Aydınlatılmış Onam ile İlgili Yargıtay Kararlarının Değerlendirilmesi (Tıpta uzmanlık tezi). Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2020.
- 114.Li H, Dong S, Liao Z, et al. Retrospective analysis of medical malpractice claims in tertiary hospitals of China: the view from patient safety. BMJ Open 2020; 10: 1-11.
- 115.Bilir Balıkcı M. Tıbbi uygulama hatası iddialarında ölümle sonuçlanan ve sonuçlanmayan olguların karşılaştırılması (Tıpta uzmanlık tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü; 2019.
- 116.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
- 117.Dırvar F, Uzun Dırvar S, Talmaç MA, Özkul B. ve Yıldırım T. Ortopedi ve travmatoloji alanındaki hatalı tıbbi uygulamalar: yargıtay dava kararlarının incelenmesi. Genel Tıp Dergisi. 2020;30(4):263-270.
- 118.Özdek R. Türklerin Altın Kitabı Cilt 2. İstanbul: Tercüman, 1990.
- 119.Şimşeker ÖF, Büyük Y, Beşkoç C. Adli Tıp Kurumu Adli Tıp Üçüncü Üst Kurulunun Kararları ile Diğer Bilirkişi Raporlarının Tıbbi Uygulama Hatası Açısından Karşılaştırılması. Adli Tıp Dergisi. 2021; 35(3): 162-75.
- 120.Dizlek G, Akbulut, Y. Sağlık Çalışanlarının Görev Kusurlarına Yönelik İdari ve Adli Soruşturmaların Analizi. Legal Hukuk Dergisi. 2017; 15 (172):1605-22.
- 121.Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Gandhi TK, Kachalia A, Yoon C. Claims, Errors, and Compensation Payments in Medical Malpractice Litigation. New England Journal Medicine 2006;354: 2024-33.

- 122.Kahyaoğlu Khalil E. 2015-2020 Yılları Arasında Yargıtay'a İntikal Etmiş Malpraktis Dosyalarının Sağlık Yönetimi Açısından Analizi (Yüksek lisans tezi). Ordu: Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı; 2022.
- 123.Balci Yapalak AN, Ucar A, Yuce S, Atac O. An evaluation of factors affecting the selection of medical specialties. J Ist Faculty Med. 2021;84(1):120-9.
- 124.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.
125. 2022-TUS 1. Dönem Yerleştirme Sonuçlarına İlişkin En Küçük ve Ek Büyük Puanlar. <https://dokuman.osym.gov.tr/pdfdokuman/2022/TUSDONEM1/minmax-gnyu28042022.pdf> Erişim tarihi: 21.10.2022
- 126.Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/09/20220903-2.htm> Erişim tarihi: 21.10.2022
- 127.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
- 128.Algan B. İstanbul'da yapılan adli otopsilerin tıbbi malpraktis açısından irdelenmesi (Tıpta uzmanlık tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı; 2012.
- 129.T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/43399,siy2020-tur-26052022pdf.pdf?0> Erişim tarihi: 23.10.2022
- 130.Kırtıçoğlu M. Yargıtay'da 2010-2017 yılları arasında karara bağlanan hatalı tıbbi uygulama (malpraktis) dava kararlarının değerlendirilmesi (Tıpta uzmanlık tezi). Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı; 2018.
- 131.Kabeloğlu V, Soysal A, Ataklı D, Şen A, Baştuğ Gül Z. Enjeksiyon Nöropatisi Olgularında Siyatik Sinir Tutulumunun ve Derecesinin Değerlendirilmesi. Dicle Tıp Dergisi. 2022; 49 (1): 125-30.
- 132.Kaya K, Deniz B. Yargıtay kararları ışığında enjeksiyon nöropatisine bakış: kesitsel araştırma. Türkiye Klinikleri Adli Tıp ve Adli Bilimler Dergisi. 2021; 18(3): 226-33.
- 133.Kaya K, Çekin N. Enjeksiyon sonrası gelişen nöropati: Komplikasyon/Malpraktis Ayrımında İnce Bir Çizgi. KSU Medical Journal. 2018;13(2): 63-6.
- 134.Danıştay 10. Daire Başkanlığı, Esas No:2019/6799, Karar No:2021/5427 içtihat metni. <https://karararama.danistay.gov.tr/getDokuman?id=RU5DKGhiWWYrSjdHMXJ6NlA1WmNBURGaTZIYjJYMnAxcIUwdUVKdWpkR3Yra3dLSHpJdHRRNVhxRGpqS210UjhXUTRBNFA0b3F6WFRJL21vb3hCUzFmbkZDSjJDUWxZQUw1SjJYeTd0Umk4NWZGTVPfYkxraVgvVGZNVtZnRXQrUllFRmg4V1J4WDVlSGhDNURLblc>

2V3ZMNnhkcE9IVFRPQXZCZHVKL2k2aURmUzNMcENIUk55TkdLdnHWWJkS
XB1VyK=&arananKelime=2021/54275427 Erişim tarihi:12.11.2022

135.Danıştay 15.Daire Başkanlığı,Esas No:2013/12447, Karar No:2018/2783 içtihat metni.
<https://karararama.danistay.gov.tr/getDokuman?id=RU5DKE1RZGhSQW1GRFJiaXh vZUE4OU1RbIVMVWc1Ny9QZWhPeWZTVmJBV2VNOTZLanZYNUxNTHV1Rl daS2pORW11YUs0b2FYy25tSzNRY01uTWE4bEVRazV2ZVZzaHYrWIZJUU1Vb FQ3NWI3VWtUZ0RaKy9HaStuMVhzYWg2Y3RKemlrM0xIRWh1TWdsL29Wc2w 4N3prK0ZYcXBNNEw2OG1zRjJHa3B0ODJUOUNwRm5jVERoQmRuc2RjaFhne mPScjAwVik=&arananKelime=2018/27832783> Erişim tarihi:12.11.2022

136.Danıştay 10. Daire Başkanlığı, Esas No:2019/10809, Karar No:2021/325 içtihat metni.
<https://karararama.danistay.gov.tr/getDokuman?id=RU5DKEsrQVN1ZXBrSUdjZDR UTy8vUjk3aUFZZzRHanEyR2pCcEZNVHBTVMlyS2ZTb3dRejFTZDRqMnpOVU RkVUhUQzRIcHZEQ1BVYXkxSEt1SnNYNlhCTmk1MFZBNmVQSm85dUh0ZStlc G9iYXdGaVRnd0dObEh6L2JzeUloYlprODJBRExVcVIIMTRyOC9YWGZzaDAxd0 FpZ25VYUuWQWplU2E5bmUzdDIwcFFWYIZHNFJsVGM3VDkrQWNnZXRyRX FVZSk=&arananKelime=2021/325325> Erişim tarihi:12.11.2022

137.Danıştay 10. Daire Başkanlığı, Esas No:2021/2919, Karar No:2021/3195 içtihat metni.
<https://karararama.danistay.gov.tr/getDokuman?id=RU5DKEs0eWRhTEpSY0dFNEh KSHgrYWYyWIR4OTUva1JQb1hTd056SjNQT05mOHNXLzRaWXh4VINCMjJHV m1QTIzMDmQ0OE40Qi9VYllsWDJETkIvVWxoU3hRK1g2Qng4VWxHdzJTNHIU aDhRYIY5ZUdCR2NEOG5UWUtZcktBL0NhKy9qUHJJWUNqdnNtTkJmVXJYbX VZQnpkN0xjMEVCNXZZWXNxYkNZMUNtYnNBRXFmSXZYUjg4YIVpOFFzW mJOSSt5ayk=&arananKelime=2021/31953195> Erişim tarihi:13.11.2022

138.Danıştay 10. Daire Başkanlığı, Esas No:2019/6893, Karar No:2021/4427 içtihat metni.
<https://karararama.danistay.gov.tr/getDokuman?id=RU5DKGtxcGRUeS9zd0NNRmR aajkvNjIzMHBUtS9Ja2U1ZkkvUTBEc2FjZGhHQmFxdit6SjN2b2JPSzVjeWxTL25 ydkFJZThMa2pVYytJN0Nsc0NMVFcyNUFnTWFwSjltQWdteTIwd2tpc21KLy9mY VI0K3ZCWjBHcHIzN1Y4RHJvUFF5ccko3WGQzZHILU0NZMGtJc3hXREtiZkdrbzI 4T1VOeEE5R2hCeUdqUnVSUIA5QIJ3Qk5rdTIUeHZWTGFjWcTneCk=&arananKel ime=2021/44274427> Erişim tarihi:13.11.2022

139.Danıştay 10. Daire Başkanlığı, Esas No:2020/6503, Karar No:2021/3614 içtihat metni.
<https://karararama.danistay.gov.tr/getDokuman?id=RU5DKFlzRHhCRHNIUUVkbH VVWm5iRnJBZfZfQjVJMjh6Vk8xYINDcHljUFRJWGlS2ozSXB4T1poVXNaVG syNkNIT2IGWnhZekNOSzZiaW9qdmxySHVQQ0dTemNBTmQ1cWZWZC84UDV KODIERDJYSkJOwG92R2E0L2YwSHRSL3RKZC93b1dsWTIOQitaMUh2T2VPQ1 o2ajRFdTfjenJvT0ZpcWhPOFcxT3hSM0ZYakxYb0gwWEgzUUQxMUhNWDhUek t5MCk=&arananKelime=2021/36143614> Erişim tarihi:13.11.2022

140.Danıştay 15. Daire Başkanlığı, Esas No:2016/1246, Karar No:2016/3024 içtihat metni.
<https://karararama.danistay.gov.tr/getDokuman?id=RU5DKDE3RUFjTTJ1SDNzc1d WUk9zNmZ4c3pxS2dWMFJsZIVQS0tuQWI4REILWDI3TnQ3UnRtRnVIVTE4VnU 0SzRUQmI2ZGRnckxCKzlGdHBjWXBHRjY5YTV6MXFVV2xoUTAYM0JteWpSU INzZGo2eVIEUjzT2ZrSENPT2JVaVNGSIErVzZwVGNtT0Z2OHBuQVZPUWhoa>

U8ybTFzVCTqRzlpSXVZYnhWRWJZUUFJa1JqOFJrcmJQd1N4aElaT1dZZHo4Wik
=&arananKelime=2016/30243024 Erişim tarihi:14.11.2022

141.Danıştay 15. Daire Başkanlığı, Esas No:2015/6165, Karar No:2015/4880 içtihat metni.
<https://karararama.danistay.gov.tr/getDokuman?id=RU5DKGxrdVpuZUhCTDErT3VtSU5vM2dGdnBONllsLzFRQmZYbDJNVUhmMSTR4UGZIODZpVWdNenViZ0xuMnArRUIJd0dKWnZ0YU9lbFhTbHBvZVZzbDM4YkVYc25DK0IUUVIVxN0xjdd0TDJHb2ZSakNaYmxtSHVIVHVSNkhwdGpvYVIXVXhGb3p2RzJhRXNZY1hfFSEsvd2hOZHVFM3hkVG1mZHIDT1kyd1pTTF11Qk4wQzNBV1ZrUjI2Z2tDdlkzb1hwOCk=&arananKelime=2015/48804880> Erişim tarihi:14.11.2022

142.Danıştay 15. Daire Başkanlığı, Esas No:2015/9912, Karar No:2016/1908 içtihat metni.
<https://karararama.danistay.gov.tr/getDokuman?id=RU5DKG5ROGpGL0ZqdFQzRjdnlduMzdUK3NTV1MrNFNJOHlzVIRVcHZaWXZUNGVuTjBBaXZESW53ZHRZMTNQbFdLMINjQzF3b2hXTlg3MDE3emMrblJ5d2lwT3UveDR4aW1DV2VBMjlKN1dzTHBnbHpENmRTc0JEeU9NY0c3MkxIYVd1RDVLaUxuQnF1VjcybTJJVW5QbDYyREhDc1Vzbnhq0JHcmQ2aGVsOEhaMUhoRktsTGcvZWx2TnRpMDFIUG9ZVCK=&arananKelime=2016/19081908> Erişim tarihi:14.11.2022

143.Danıştay 10. Daire Başkanlığı, Esas No:2020/5459, Karar No:2021/2531 içtihat metni.
<https://karararama.danistay.gov.tr/getDokuman?id=RU5DKHc2b0RXWkR3aFIZWGRqOGtQbCttQWFOTS93SWFyZTdwbGVyYtJtQUg0NmxIUUpaM3RZdW40bII5aWd4VzlfQVJhYtI2RmsrYUVJa2V3RWNCZ04yZU1uaStCNHFVK1c5aTJmOEhvSU1RRWFyWHhraW1iand2ZHBEVHh5SmFQSDVLMFA3aVZbGpwcEZkb1hFNTIBMVZxSTNuYnlJU11jNEFvd0RHU1poT1p5d21yeEtzdmQ4Wm5Gb0pjaHAxUTVZaSk=&arananKelime=2021/25312531> Erişim tarihi:14.11.2022

144.Danıştay 10. Daire Başkanlığı, Esas No:2019/4946, Karar No:2021/1542 içtihat metni.
<https://karararama.danistay.gov.tr/getDokuman?id=RU5DKGIGVU0xU084cXgwMy9DYjBBclpaZ2hrWUdEd1ITYjE4SnhveTdiKy9rWG9aYnVFd2dCd1d3eFF4eXJQME NFaklaTDI4RFFOTTVXS3lpeTJrOWxERkZEeG5seFM5RVBXWHdhcUNGbTZrb3ZaWUJxM2tMdTIxVXZoWVdyc1dOWi9uVmUxUkNsYTNrSk5yYk5TeEFDV3M3a3ZHSjdDV29ZUHJ3K0VXS0MxdysycitOTjIUEVzRm8xYS90L2RPNmRoWSk=&arananKelime=2021/15421542> Erişim tarihi:14.11.2022

145.Danıştay 10. Daire Başkanlığı, Esas No:2020/3223, Karar No:2021/1428 içtihat metni.
<https://karararama.danistay.gov.tr/getDokuman?id=RU5DKEpHTXVMSGREeCtmVGRWRXV1NEdyYUI5NHBDTWhOaTdsRkxLaFNWWXFRaHdpTHFJRvN6WFpkU1hPb1p1b0xoNXF4RjRhYjBFMkpYazBaYm12VXhwYm8vL0JJaG1PZ1R5bnZiRE0wQ1p3cFY5Rmd3T0NEOUphK1daSWMyMEM0bXdFYkhacy9FQml2VXhVYStXby80VEhnLzFoN1FMMkIGZ2NHdGs2OTB6b3JDVUVkdXR0K3RrTWg3UzhWbkV6RU94Wik=&arananKelime=2021/14281428> Erişim tarihi:14.11.2022

146.Danıştay 10. Daire Başkanlığı, Esas No:2020/1783, Karar No:2021/570 içtihat metni.
<https://karararama.danistay.gov.tr/getDokuman?id=RU5DKGtkVXVyeHpws2xRZ1VsRkIzRTIKOTM1Tys3ZkR2ajIxak1FdS9tUEptL3NwWEZtMzhHRnk4QjRPS05MaHd2bHh6MTBByc0gxUTBLTHhhV1Mydms4dUZmYjNpZDJJbnp2WDNEY0RsMHRvWmU3aGlxdzVZdVERbStpT0xQWTJSYk5maDR2OStzSHFDTUZYaGdPQXViMnZ>

rYmZLOXRhK0xpSWxjaC80SWx1SEnuUnRLV1NoeVFZN245cXFOUXJCQIEvcC
k=&arananKelime=2021/570570 Erişim tarihi:14.11.2022

- 147.Tümer AR, Karacaoğlu E, Akçan R. Cerrahide aydınlatılmış onam ile ilgili sorunlar ve çözüm önerileri. Ulusal Cerrahi Dergisi 2011; 27(4): 191-197.
- 148.Kurt MG. Tıbbi müdahalelerde aydınlatılmış onam. TBB Dergisi 2020 (146): 187-218.
- 149.Pakiş I. Ölüm ya da ölü doğumla sonuçlanan tıbbi uygulama hatalarına yaklaşımda adli otopsinin rolü (Doktora tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Adli Tıp Anabilim Dalı; 2006.
- 150.Danıştay 10. Daire Başkanlığı, Esas No:2019/5323, Karar No:2021/4416 içtihat metni. <https://karararama.danistay.gov.tr/getDokuman?id=RU5DKEtQRDIPanZjclDRVWx2VEx1VC82NzZ1b3UrdjEwc2JONHpLaUJVZXRxYVdKc01oamRQV3d5MVAvMHMvekNaL0V1U2lOTm0xOXRRQTU1VE9JN3R4ci9CT3N2N3hWRDQ0SkRXVitLcjRiZjA2a3psVGRYNHZiaDlxSDE0bnY5RTB6ZEF1a0pqeURuSIZUQTVSWnV0UWhtVlovNXJVa3UySTNvWG80UzZSRFFBdDNvTGpGK3cvU2VWd05WamFONGxUNSk=&arananKelime=2021/44164416> Erişim tarihi:17.11.2022
- 151.Danıştay 10. Daire Başkanlığı, Esas No:2019/6667, Karar No:2021/6840 içtihat metni. <https://karararama.danistay.gov.tr/getDokuman?id=RU5DKGw2S09hMEhjQmVWVEIrempiTIJDeHZCcm5uR2t3ZXVmYmxybEg5L1NrUXJ0ZUs0OTRmazJDMW1XRmVFcFV3SzMxZEMvdGhNZHI0cVVoT3ZuTmowZXVacGdZR1hxT0jiNXQxZUtiMWivOG1EdkpiR1NVclEzL04xcTJFMUNicTIQeGZKTUJU0ZDUmVEUXdaMmdqek41MTFzYIROM0IKczF2ZmdxSIIceG8wbjRQYIIXZW9sMIQ5Skx0eXV1QTZCVSk=&arananKelime=2021/68406840> Erişim tarihi:18.11.2022
- 152.Adli Tıp Hizmet Modeli ve İnsan Gücü Planlaması. Adli Tıp Uzmanları Derneği; 2007. https://www.atud.org.tr/wp-content/uploads/2016/07/hizmet_modeli.pdf Erişim tarihi:19.11.2022
- 153.Danıştay 10. Daire Başkanlığı, Esas No:2015/171, Karar No:2015/7824 içtihat metni. <https://karararama.danistay.gov.tr/getDokuman?id=RU5DKGtqZ2dOL1o0RFJoZzZzdGwrMFFKZmc4dWRIOWVhSG9pSjFoN0JnaVNPnkJXOUZzdnRXaUIFbi80SWxlcK05a2ZBQXIxbEJzbGg1WUtOeHNhQnVyMDdERGY5OTFDeUJyMjd0TXAxcjFIZDdOZVI0aWNQcUkwSUdnRFpPdy92QjRRYjQxR29VUDNyYWpuOXF5T1pITmdXM3I1QUU0amRham95Sk1GS0IJakFtSXUzNIBnbHRyL0Fia2orK0psZzN1UCk=&arananKelime=2015/78247824> Erişim tarihi:19.11.2022
- 154.Danıştay 10. Daire Başkanlığı, Esas No:2014/6162, Karar No:2016/988 içtihat metni. <https://karararama.danistay.gov.tr/getDokuman?id=RU5DKGU5ajU1cEJ4eU9JWFo2Ny9XYTEzUmJRK3gxVHR5eFFzTGdCUmFxFNmbGtVWVpQSkdDTm8zbWERUmNnQThER3dnYVJNN1Uzd0NycFp4ZW5Ca3kyMGiwTU9nNTdRSkVxTINxV3JwTzIHUHYxak8wdEIRS3ZGQkxRZnlIMThQYmNodWIIYkQxM2hxeWFBMFFjSjYyaUtRK25XVm54OHdxWmphZkxNR3ZMWVpQbGNnZnNxoVlaMnYrUE1hV0tYdS94NSk=&arananKelime=2016/988988> Erişim tarihi:19.11.2022
155. Danıştay 10. Daire Başkanlığı, Esas No:2020/4254, Karar No: 2021/3615 içtihat metni. <https://karararama.danistay.gov.tr/getDokuman?id=RU5DKG9qUE9MUjl1OURhb1U>

1eTV5MnJvajhZM2pBVTNRWUtDKzRPYVo5OW1zSjV2aS93K2x4cUxZbUhVdnJ
CZnhKZIZKYXlhaCtteW5acHgXMVFIUG95T0YwdHhEaHhrbVFnQVAwQ0dpN2h
vVXF6NjNFam9XTGc5L0tOM3U4dUFBVVNEUndENHhJL3BZalYyY3F6S3NvN0
1hYXRNYk1sY0VoYmNrZXJ4aEtpEFl5RVdiVWE4bkE5dy9GL1JNVExvRmlTeCk
=&arananKelime=2021/36153615 Erişim tarihi:19.11.2022

- 156.Danıştay 10. Daire Başkanlığı, Esas No:2019/6797, Karar No:2021/1543 içtihat metni.
<https://karararama.danistay.gov.tr/getDokuman?id=RU5DKGRxM25NQjNWR1JzUmtyR1lPMXJMeWE3VVBmSFczMkh1eWJBWEp0cHEwcnFWb1FkWHhtVjlydnBTZ3JZcUVmc1lZeFl3ZUFJQmJpWHYrVGFRUTVmd3ZKNFRyV296S0swalFSVXFEd3lLM0tdwdfNwcGFZeW9lZ1A5STdPMVdSaGt0SmcyeVJSRGhIa0VQWjhiMkFndjZCeTg5MIN6dDFZNzdXWkIKYXNIWkUvck1wSExbzdVcS9TNGFSV0lQTlU0Sik=&arananKelime=2021/15431543> Erişim tarihi:19.11.2022
- 157.Budak H. Tekirdağ ilinde görev yapan hekimlerin hekim sorumluluğu malpraktis ve defansif tıp konuları hakkında bilgi düzeylerinin belirlenmesi (Tıpta uzmanlık tezi). Tekirdağ: Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı; 2021.
- 158.Tunç T, zen Kutanis R. Doktor ve hemşirelerde kaygı nedenleri: bir niversite hastanesi rneği. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 2015; 6(13): 62-71.
- 159.Yıldırım A, Aksu M, etin İ, şahan AG. Tokat ili merkezinde çalışan hekimlerin tıbbi uygulama hataları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. Cumhuriyet Tıp Dergisi. 2009; 31: 356-66.
- 160.Kalaycıoğlu DB. 1987’den 2017’ye Hekimlerin Uzmanlık Alanı Tercih Değişimleri. Tıp Eğitimi Dünyası. 2020;19(59):158-171.

EKLER

Ek 1. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu izni

BAŞVURU BİLGİLERİ	
Araştırmanın Açık Adı	Sağlık Çalışanlarının Hukuki Sorumluluğu Bağlamında 2015-2021 Yılları Arasında Türkiye Cumhuriyeti Danıştay Başkanlığı'nda Karara Bağlanmış Tıbbi Malpraktis (Tıbbi Uygulama Hatası) Davalarının Değerlendirilmesi
Koordinatör / Sorumlu Araştırmacı	Dr. Öğr. Üyesi Naille Enza Saka / TNKÜ Tıp Fakültesi Adli Tıp
Etik Kurul Toplantı Tarihi	26.10.2021
Araştırma Protokol Numarası	2021.246.10.10
Araştırmanın Türü	Prospektif <input type="checkbox"/> Retrospektif <input checked="" type="checkbox"/> Diğer: _____
Araştırmanın Destekleyicisi	TÜBİTAK <input type="checkbox"/> TNKÜ BAP <input type="checkbox"/> Araştırmacı <input checked="" type="checkbox"/> Diğer: _____
Araştırmanın Bütçesi	290 b
Araştırmanın Merkezi	Tek Merkezli <input checked="" type="checkbox"/> Çok Merkezli <input type="checkbox"/>

KARAR BİLGİLERİ	
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgelet araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik bilimsel sakınca bulunmadığına, toplantıya katılan etik kurul üye sayısının oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Diyalojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyil Klinik Uygulamaları Kılavuzu			
Unvanı/Adı/Soyadı	Hizmetlik Alanı	Araştırma ile İlgili	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Ali Rıza KIZILIR	Biyofizik	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. M. Metin DONMA	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Savaş GÜZEL	Tıbbi Biyokimya	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yakup ALBAYRAK	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Sibel ÖZKAN GÜRDAL	Genel Cerrahi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Ayşin NALBANTOĞLU	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Aliye ÇELİKKOL	Tıbbi Biyokimya	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Berna ERDAL	Tıbbi Mikrobiyoloji	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Birol TOPÇU	Biyostatistik	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ömit ÇETİN	Ortopedi ve Travmatoloji	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Naille Enza SAKA	Adli Tıp	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sonat Pinar KARA	İç Hastalıkları	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KURTULUŞ TOSUN	İç Hastalıkları Hemşireliği	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mahtuga JAFAROVA DEMIRKAPU	Tıbbi Farmakoloji	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Ayhan ŞAHİN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

*: Toplamında bulunma.

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ali Rıza KIZILIR
İmza: