T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

2018-2022 YILLARI ARASINDA YARGITAY TARAFINDAN MALPRAKTİS DAVALARI HAKKINDA VERİLEN KARARLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Murat Bahadır EYİGÜN

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Sadık TOPRAK

İKİNCİ TEZ DANIŞMANI

Öğr. Gör. Dr. Mehmet Ali MALKOÇ

İSTANBUL

2024



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI

2018-2022 YILLARI ARASINDA YARGITAY TARAFINDAN MALPRAKTİS DAVALARI HAKKINDA VERİLEN KARARLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Murat Bahadır EYİGÜN

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Sadık TOPRAK

İKİNCİ TEZ DANIŞMANI

Öğr. Gör. Dr. Mehmet Ali MALKOÇ

İSTANBUL

2024

TEŞEKKÜR

Asistanlığım boyunca tecrübelerini ve bilgi birikimini benden esirgemeyen, her zaman bana destek olan danışman hocam Prof. Dr. Sadık TOPRAK'a, tezimin yazımında, sonuçlandırılmasında desteğini esirgemeyen ikinci tez danışmanım Öğr. Gör. Dr. Mehmet Ali MALKOÇ'a,

Uzmanlık eğitimimde bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren değerli hocalarım Prof. Dr. Nadir ARICAN, Prof. Dr. İmdat ELMAS, Prof. Dr. Nevzat ALKAN ve Prof. Dr. Ayşen Ufuk SEZGİN'e, eğitimim süresince beraber çalıştığım ve meslek hayatıma katkılarından dolayı Uzm. Dr. Cüneyt Destan CENGER ve Dr. Öğr. Üyesi Birgül TÜZÜN'e,

Arkadaşlıkları ve destekleri için Dr. Zarif Asucan ŞENBAŞ, Dr. Aybike AVGÖREN KAPOĞLU, Dr. İrem KILIÇ HYSENI, Dr. İlayda ŞAM, Dr. Melis Begüm KAPTANOĞLU ARI ve Dr. Yusuf KALEM'e, tezim hakkında hukuki konulardaki sorularıma sıkılmadan cevap veren fahri tez danışmanım Dr. Oğuz Can ERTAŞ'a, her zaman yaptığı güzel yemekleri benimle paylaşan Dr. Kübra KÖRBIÇAK DURMUŞ'a, bildiklerimi paylaşırken mutluluk duyduğum meslektaşlarım Dr. Halime GEÇGİL AHAT ve Dr. Adil Han DOĞAN'a, çalışma ortamımızı güzelleştiren ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen Uzm. Hem. Dilber ERDOĞDU DEMİRAL, İnci TAN, Gülay ÇİL ve Emine ÖZKURT'a,

Sadece tez yazım sürecinde değil her daim yanımda olan değerli arkadaşım Burak DEMİR'e, bilim ve teknoloji konusundaki engin bilgisiyle her soruna çözüm bulan Pro arkadaşım Alperen KABAN'a,

Doğumumdan bugüne kadar her zaman yanımda olan, beni destekleyen, manevi desteğini mütemadiyen hissettiğim anneme ve anneanneme teşekkür ederim.

Dr. Murat Bahadır EYİGÜN

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR……...I

İÇİNDEKİLER ……II

KISALTMALAR/SEMBOLLER LİSTESİ ……IV

TABLOLAR LİSTESİ……V

ŞEKİLLER LİSTESİ ……VI

ÖZET……..1

ABSTRACT……...2

I. GİRİŞ VE AMAÇ……..3

II. GENEL BİLGİLER……5

A. Genel Tanım ……5

B. Sağlık Mesleği Mensuplarının Sorumlulukları……5

1. Mesleki Sorumluluk ...……6

2. İdari Sorumluluk……..7

3. Hukuki Sorumluluk ...……..7

a. Vekâlet Sözleşmesinden Doğan Sorumluluk..……...7

b. Eser Sözleşmesinden Doğan Sorumluluk……..8

c. Vekâletsiz İş Görme İlişkisinden Doğan Sorumluluk……8

d. Haksız Fiil İlişkisinden Doğan Sorumluluk ……..….9

4. Cezai Sorumluluk……...…….9

a. Kasten Öldürme veya Yaralama……...10

b. Taksirle Öldürme veya Yaralama ...…….10

c. Görevi Kötüye Kullanma……11

d. Sağlık Mesleği Mensupları Tarafından İşlenebilecek Diğer Suçlar……11

C. Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluğu……..11

1. Endikasyon (Müdahale Gerekliliği) ……..12

2. Ehil Kişi Tarafından Tıbbi Müdahalenin Gerçekleştirilmesi……12

3. Aydınlatılmış Onam ……..12

4. Özenli Tıbbi Müdahale……..12

D. Tıbbi Uygulama Hatası / Tıbbi Malpraktis ve Sebepleri ……13

1. Aydınlatılmış Onam ……..13
2. Tanı Hataları…….....14
3. Tedavi Hataları……...……...14
4. Takip Hataları……...…….14
5. Tıbbi Organizasyon Kusuru……...14
E. Komplikasyon…….15
F. Komplikasyon - Malpraktis Ayrımı……...……..15
G. Tıbbi Uygulama Hatalarında Bilirkişilik ve Bilirkişilik Kurumları……15
1. Adli Tıp Kurumu……...16
2. Üniversiteler……..16
3. Yüksek Sağlık Şûrası…….16
5. Tabip Odaları Onur Kurulları……16
4. Taraf Bilirkişiliği……...16
H. Hukuk ve Ceza Davaların İşleyiş Süreci ve Mesleki Sorumluluk Kurulu…….17

III. GEREÇ VE YÖNTEM…….18

IV. BULGULAR……..19

V. TARTIŞMA…….……34

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER……..43

KAYNAKLAR ……45

ÖZGEÇMİŞ…….……51

KISALTMALAR/SEMBOLLER LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ATK: Adli Tıp Kurumu

BİM: Bölge İdare Mahkemesi

CMK: Ceza Muhakemesi Kanunu

HMK: Hukuk Muhakemeleri Kanunu

MSK: Mesleki Sorumluluk Kurulu

TBK: Türk Borçlar Kanunu

TCK: Türk Ceza Kanunu

TDB: Türk Dişhekimleri Birliği

TTB: Türk Tabipleri Birliği

Yargıtay C. D.: Yargıtay Ceza Dairesi

Yargıtay H. D.: Yargıtay Hukuk Dairesi

YSŞ: Yüksek Sağlık Şûrası

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. TCK'da Kast ve Taksir Kavramları……..…10

Tablo 2. Şikâyete konu olan hekimlerin uzmanlık alanları……21

Tablo 3. Başvuru Yapılan Sağlık Kurumları…….22

Tablo 4. Yargıtay Dairelerinin Temyiz Kararları……..26

Tablo 5. Yargıtay H.D. Bozma Sebepleri …….26

Tablo 6. Yargıtay C.D. Bozma Sebepleri……..27

Tablo 7. Hukuk Mahkemesi Kararları ile Yargıtay H. D. Kararlarının Karşılaştırılması…….28

Tablo 8. Ceza Mahkemesi Kararları ile Yargıtay C. D. Kararlarının Karşılaştırılması……28

Tablo 9. Yargıtay'ın Bilirkişi Raporlarını Eleştirdiği Konular…….29

Tablo 10. Bilirkişi Raporları Arasında Çelişki Bulunan Olgularda Kararların Dağılımı……...33

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Olay ile Yargıtay Kararı Arasında Geçen Süre……19

Şekil 2. Yargıtay'ın Karar Verme Sürelerinin Dağılımı……..……..20

Şekil 3. Şikâyet Edilen Sağlık Mesleği Mensuplarının Dağılımı……...20

Şekil 4. Malpraktis İddiasının Gerekçelerinin Dağılımı……22

Şekil 5. Gelişen Zararların Niteliğinin Dağılımı……23

Şekil 6. Şikâyet Konusu Tıbbi İşlemlerin Dağılımı……..23

Şekil 7. Dava Açılan İlk Derece Mahkemelerinin Dağılımı……..24

Şekil 8. Hukuk Mahkemelerinin Kararları…….……25

Şekil 9. Ceza Mahkemelerinin Kararları ……...…25

Şekil 10. Yargıtay Kararlarında Tekrar Bilirkişi Raporu Talep Edilme Durumu……..…….29

Şekil 11. Bilirkişi Raporlarının Alındığı Kurumlar……..…….30

Şekil 12. Bilirkişi Raporları Arasındaki Çelişki Durumu ……..31

Şekil 13. Bilirkişi Raporları Arası Çelişki Olmayan Dosyalarda Malpraktis İddiası Olan İşlem Hakkında Bilirkişi İncelemesi Sonucu ……..31

Şekil 14. Bilirkişi Raporlarında Tespit Edilen Hata Sebepleri ……..32

ÖZET

2018-2022 Yılları Arasında Yargıtay Tarafından Malpraktis Davaları Hakkında Verilen Kararların Değerlendirilmesi

Amaç: Son yıllarda tıbbi uygulama hatası iddiasıyla açılan malpraktis davalarında önemli bir artış gözlenmektedir. Bu durum dünya genelinde ve ülkemizde sağlık hukuku alanında önemli tartışmaları beraberinde getirmektedir. Çalışmamızda adli yargının son karar mercii olan Yargıtay'ın vermiş olduğu kararlar üzerinden tıbbi malpraktis olarak değerlendirilen durumların açıklığa kavuşturulması, hekim ve diğer sağlık çalışanlarının karşılaştığı iddiaların belirlenmesi, bilirkişi raporlarında yargı tarafından eleştirilen hususların tespit edilmesi ve bu sorunların çözümüne yönelik somut öneriler geliştirilmesi hedeflenmektedir.

Gereç ve Yöntem: Yargıtay Başkanlığı'nın karar arama bankası ve içtihat programları kullanılarak 2018 ile 2022 yılları arasında verilmiş temyiz kararları araştırılarak belirlediğimiz koşullara uygun 362 karar çalışmamıza alınmıştır.

Bulgular: Tıbbi malpraktis iddiasıyla açılan davaların olay tarihinden itibaren ortalama 9,52 yıl sürdüğü, şikâyet edilen sağlık mesleği mensuplarının %81,7'sinin hekim olduğu, en sık kadın hastalıkları ve doğum branşında çalışan hekimleri şikâyet edildiği, davacıların en sık tedavi hataları ve ilgisizlik/özensizlik iddiasında bulundukları, en sık dava konusu tıbbi uygulamaların cerrahi müdahaleler olduğu, hukuk davalarının %24,2'sinin ceza davalarının %33,9'unun sağlık mesleği mensupları aleyhine sonuçlandığı, alınan bilirkişi raporlarının %70,7'sinde tıbbi uygulama hatası bulunmadığı yönünde görüş bildirildiği, hukuk davalarının %85,3'ünün ceza davalarının ise %47,2'sinin Yargıtay tarafından bozulduğu ve bilirkişi raporlarının yetersiz veya eksik olmasının en sık bozma gerekçesi olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç: Sağlık mesleği mensuplarının tıbbi malpraktis davaları sebebiyle ceza almamaları için bu konuda bilgilendirilmeleri ve hasta ile etkili bir iletişim kurmaları gerekmektedir. Davaların sonuçlandırılmasında bilirkişi raporları çok büyük öneme sahiptir. Bu sebeple hazırlanan bilirkişi raporlarının tarafların iddia ve itirazlarına olabildiğince açık cevaplar vermesi dava süreçlerini hızlandıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi malpraktis, bilirkişi raporları, Yargıtay kararları

ABSTRACT

An Evaluation of Decisions on Malpractice Cases Rendered by the Court of Cassation Between 2018 and 2022

Objective: In recent years, there has been a significant increase in malpractice lawsuits filed based on allegations of medical malpractice. This situation has led to important discussions in the field of health law both worldwide and in our country. In our study, it is aimed to shed light on the cases evaluated as malpractice through the decisions of the Court of Cassation, the ultimate court of justice, to determine the allegations faced by physicians and other healthcare professionals, to identify the issues criticized by the courts in expert reports, and to develop concrete proposals for solving these problems.

Materials and Methods: Using the decision search bank and case law programs of the Presidency of the Court of Cassation, 362 appeal decisions rendered between 2018 and 2022 were investigated and included in our study in accordance with the criteria we determined.

Results: It was determined that malpractice lawsuits filed lasted an average of 9,52 years from the date of the incident, 81,7% of the healthcare professionals complained of were physicians, the most frequently complained-of physicians were those working in the obstetrics and gynecology branch, the most frequent allegations were treatment errors and negligence/carelessness, the most frequent medical applications that were the subject of lawsuits were surgical interventions, 24,2% of civil lawsuits and 33,9% of criminal lawsuits resulted against healthcare professionals, 85,3% of civil lawsuits and 47,2% of criminal lawsuits were overturned by the Court of Cassation, and the most common reason for overturning was the inadequacy or incompleteness of expert reports, and 70,7% of the expert reports obtained stated that there was no medical malpractice.

Conclusions: Healthcare professionals should be informed about this issue and establish effective communication with patients in order to avoid being punished in malpractice lawsuits. Expert reports are of great importance in bringing the lawsuits to a conclusion. For this reason, it is thought that the preparation of expert reports that provide open answers to the allegations and objections of the parties will accelerate the trial processes.

Key Words: Malpractice, medical expert reports, Supreme Court decisions

I. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanlık var oluşundan itibaren hastalıklarla mücadele etmektedir. Tarih boyunca insanlar, çeşitli hastalıklara karşı koymak ve sağlıklarını korumak için farklı yöntemler geliştirmişlerdir. Farklı uygarlıklar, kendi kültürel ve bilimsel bilgilerini kullanarak hastalıkların nedenlerini ve tedavi yöntemlerini araştırmışlardır (1).

Örneğin, Eski Mısır'da mumyalama teknikleri ve anatomi bilgisi, Mezopotamya'da astrolojiye dayalı tedavi yöntemleri, Eski Yunan'da Hipokrat'ın bilimsel tıbba katkıları, Hindistan'da Ayurveda tıbbı, Çin'de akupunktur ve bitkisel tedavi yöntemlerinin gelişimi gibi örnekler, tıbbi bilginin tarih boyunca nasıl evrimleştiğini ve çeşitlendiğini göstermektedir (2).

Hastalıkların tedavi yöntemlerinde olduğu gibi hekim hasta ilişkisi de farklı toplumlarda ve farklı çağlarda değişkenlik göstermektedir. Eski Mısır, Eski Yunan ile Orta Çağ Avrupa'sında, hasta-hekim ilişkisi çoğunlukla "etkinlik-edilgenlik" modeliyle karakterize edilirdi (3). Paternalistik olarak da adlandırılan etkinlik-edilgenlik modelinde, tıpkı ebeveyn-çocuk ilişkisindeki gibi asimetrik bir güç dinamiği gözlenmektedir. Hekim, tıbbi bilgisine dayanarak hastanın "üstün yararına" olduğuna inandığı kararları alırken, hasta bu kararlara uymakla yetinirdi. Bu model, hekimin iyi niyetli olduğu varsayımına dayanır ancak bu durum hastanın özerkliğini ve karar alma sürecine katılımını sınırlamaktaydı (4).

Rönesans ve reform hareketleri, Avrupa'da bilimsel düşüncenin yeniden canlanarak büyük bir ivme kazanmasıyla sonuçlanmıştır. Bu bilimsel atılımlar, tıp alanında da kendini göstermiştir. 20. yüzyılda tıp bilimi benzeri görülmemiş bir hızla ilerlemiştir. Yeni teşhis ve tedavi yöntemlerinin keşfi, geleneksel tıp anlayışını ve uygulamalarını temelden değiştirmiştir (5). Yirminci yüzyılda tıp biliminde kaydedilen ilerlemeler, hasta hakları konusunda büyük bir dönüşüm başlatmıştır. Özellikle 20. yüzyılın sonlarına doğru “kolektif haklar” veya “uzlaşma hakları” olarak da tarif edilen dayanışma, birlikte yaşama ortamına dair hakları tanımlayan üçüncü kuşak haklar arasında yerini alan hasta hakları kavramı, uluslararası toplum tarafından kabul görmüştür. Bunun sonucu olarak, hastalar tıbbi müdahaleler ve tedaviler hakkında bilgi edinme ve karar verme süreçlerine aktif bir şekilde katılabilme hakkına sahip olmuşlardır (6).

Tarihsel süreçte hasta-hekim arasındaki ilişki, hekimin mutlak otoritesine dayalı geleneksel modelden karşılıklı olarak karar alma ile iş birliğine dayalı modern bir modele evrim geçirmiştir. Bu değişim, tıbbi uygulama hataları, hekim sorumluluğu ve defansif tıp uygulamaları gibi konuların daha fazla önem kazanması ile sonuçlanmıştır. Günümüzde, bilgiye erişim olanaklarının artması, hastaların karşılaştıkları olumsuz tıbbi sonuçlar sonrasında

avukatlar tarafından tazminat davaları açmaya teşvik edilmesi, tıbbi uygulama hatalarına ilişkin yasal düzenlemelerin yetersiz kalması ve yazılı ve görsel medyanın bu tür iddialara büyük ilgi göstermesi gibi sebepler dünya genelinde ve Türkiye'de tıbbi uygulama hatası iddialarının sayısında dikkat çekici bir artışa yol açmaktadır (7).

1992 yılında düzenlenen 44. Dünya Tabipler Birliği Genel Kurulu'nda kabul edilen bildirge, tıbbi malpraktis (hatalı tıbbi uygulama) kavramına açıklık getirmiştir. Bildirgeye göre, malpraktis, hekimin tedavi esnasında standart tıbbi uygulamaları yerine getirmemesinin, yeterli beceriye sahip olmamasının veya hastaya gerekli tedaviyi sunmamasının sonucu olarak ortaya çıkan zararı ifade etmektedir. Bildirgede ayrıca, hekimin hatasından kaynaklanmayan durumlar (komplikasyon) ile malpraktisin birbirinden ayrılması gerektiği hususuna özellikle dikkat çekilmiştir (8).

Tez çalışmamızda, Yargıtay'a taşınan tıbbi uygulama hatası davalarının incelenmesi üzerinden, hekim ve diğer sağlık mesleği mensuplarının hukuki ve cezai sorumlulukları bağlamında, tıbbi uygulama hatalarına ilişkin kapsamlı bir analiz sunulmaktadır. Çalışma kapsamında, sık karşılaşılan tıbbi uygulama hatalarının neler olduğu, hangi tıp branşlarında ve uygulamalarında daha fazla şikâyet yapıldığı, bu şikâyetlerin hangi sağlık kurumlarında yoğunlaştığı, tıbbi bilirkişi raporlarının hangi kurumlardan alındığı ve ne gibi sonuçlara vardığı, bilirkişi raporları arasındaki çelişkiler, bilirkişi raporları ile mahkeme kararların arasındaki ilişki gibi önemli parametreler incelenmiştir.

Çalışmamızın temel amacı hekim ve diğer sağlık mesleği mensuplarının yaptığı hatalı tıbbi uygulamaların sıklığı ve türleri ile bilirkişi raporları arasındaki çelişkiler hakkında kapsamlı bir tablo sunarak; bu alanda hayati önem taşıyan önleyici ve düzeltici tedbirlerin alınmasına rehberlik etmektir.

II. GENEL BİLGİLER

A. Genel Tanım

Malpraktis kavramı, etimolojik olarak Latince "Mala Praxis" sözcüklerinden türetilmiştir ve tıbbi bakımın tüm aşamalarında meydana gelebilecek, hastaya zarar veren tıbbi kusurları veya hataları kapsayan geniş bir anlama sahiptir. Malpraktis, yanlış ilaç kullanımı, cerrahi hatalar, teşhis hataları, hastane enfeksiyonları gibi çeşitli formlarda kendini gösterebilir (9).

Dünya Tabipler Birliği, malpraktis olgusunu, hekimin tedavi esnasında standart tıbbi prosedürleri takip etmediği, yeterli tıbbi uzmanlığa sahip olmadığı veya hastaya gerekli tıbbi müdahaleyi gerçekleştirmediği durumlarda meydana gelen zarar olarak tanımlamıştır (8).

Türk Tabipleri Birliği (TTB) tarafından yayımlanan Meslek Etiği Kuralları Tüzüğü'nde ise ilgisizlik, bilgisizlik ya da deneyimsizlik neticesiyle hastanın zarara uğraması malpraktis olarak tanımlanmıştır (10).

B. Sağlık Mesleği Mensuplarının Sorumlulukları

Türk hukuk sisteminde hekimlerin mesleki sorumluluklarını düzenleyen spesifik bir yasal düzenleme mevcut değildir. Hekimler, yaptıkları işlemlerden dolayı medeni hukuk, ceza hukuku ile idare hukuku kapsamındaki farklı yasal düzenlemelere göre sorumlu tutulabilmektedir (11).

Ülkemizde hekimlerin sorumluluklarının sınırları hem ulusal hem de uluslararası düzeyde çeşitli yasal düzenlemelerle belirlenmiştir. Sağlık alanındaki yasal çerçeveyi belirleyen ve hekimlerin sorumluluklarını tanımlayan en önemli mevzuatlar şu şekilde sıralanabilir:

- 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu
- 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu
- 4721 Sayılı Türk Medenî Kanunu
- 6098 Sayılı Türk Borçlar Kanunu
- 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun
- 5013 Sayılı İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi
- 1593 Sayılı Umumî Hıfzısıhha Kanunu
- 6283 Sayılı Hemşirelik Kanunu
- 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu

- 2659 Sayılı Adli Tıp Kurumu Kanunu
- 6023 Sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu
- 3224 Sayılı Türk Diş Hekimleri Birliği Kanunu
- Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi
- Özel Hastaneler Tüzüğü
- Türk Eczacılar Deontoloji Tüzüğü
- Hasta Hakları Yönetmeliği
- Hemşirelik Yönetmeliği
- Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği
- Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği
- Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbî İşlem ve Uygulamalar Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik

Sağlık mesleği mensupları, görevlerini yerine getirirken belirtilen yasal düzenlemelerin çizdiği sınırlar içerisinde hareket etmek ve bu düzenlemelere uygun davranmakla yükümlüdür. Yasal mevzuatın dışına çıkıldığı durumlarda sağlık mesleği mensuplarının sorumluluğu kavramı gündeme gelecektir. Mevzu bahis sorumluluk mesleki, idari, hukuki ve cezai sorumluluk olarak dört farklı başlıkta toplanmaktadır. Bu sorumluluk alanları farklı yargılama süreçlerine tabi olup birinin sonucu diğerine karşı bağlayıcı veya sınırlayıcı değildir. Her biri kendi çerçevesi içerisinde ele alınmaktadır. Örneğin bir hekimin tazminat davasında suçsuz bulunması, ceza davasında da suçsuz olacağı anlamına gelmez. Benzer şekilde, TTB tarafından mesleki etik ihlâl yaptığı gerekçesiyle meslekten men cezası alan bir hekim, ceza mahkemesi yargılamasında suç unsuru bulunmadığı gerekçesiyle beraat edebilir (12).

1. Mesleki Sorumluluk

Sağlık hizmetlerinde görev alan tüm meslek mensupları, bulundukları pozisyon veya unvanlarından bağımsız olarak, mesleki faaliyetlerini etik ilkelere uygun bir şekilde yürütmekle sorumludurlar.

Hekimlerin mesleki etik kurallarına uyup uymadığını denetleme, etik ihlal iddialarını bağımsız bir yapı içerisinde soruşturma ve gerektiğinde disiplin cezası uygulama yetkisi, yasal olarak TTB'ye verilmiştir.

TTB Disiplin Yönetmeliği, etik ilkelere aykırı hareket eden hekimler için kademeli bir disiplin sistemi öngörmektedir. Yönetmelik çerçevesinde, etik ihlalin niteliğine göre uyarı, para

cezası, geçici süreyle meslekten menedilme veya oda bölgesinde çalışmanın yasaklanması olmak üzere dört farklı disiplin cezası verilebilir (13). Bu denetim diş hekimleri için Türk Diş Hekimleri Birliği, eczacılar için ise Türk Eczacıları Birliği tarafından yapılmaktadır (14).

2. İdari Sorumluluk

Kamu hastanelerinde istihdam edilen sağlık mesleği mensupları, memuriyet statüsü gereği çalıştıkları kamu kurumuna karşı yükümlülük taşımaktadırlar (15).

657 Sayılı Kanunu'na tabi olan memurlar için, disiplin cezası gerektiren hâller, bu hâllerde verilebilecek cezaların türleri ve disiplin cezası verme yetkisine sahip amirler ile kurullar, kanunun 7. bölümünde ayrıntılı bir şekilde düzenlenmiştir. Kanun çerçevesinde, görevlerini ihmâl eden, belirlenen kurallara uymayan veya yasaklanmış faaliyetlerde bulunan memurlara, eylemlerinin niteliğine ve ciddiyetine göre uyarı, kınama, maaştan kesinti, kademe ilerlemesinin durdurulması veya kamu görevinden çıkarma gibi disiplin cezaları uygulanabilir (16).

Kamu görevlisi statüsünde devlet veya vakıf üniversitelerinde görev yapan sağlık mesleği mensuplarının disiplin soruşturmaları 2547 Sayılı Yükseköğretim Kanunu'nda belirtilen usul ve esaslar çerçevesinde gerçekleştirilir. Bu kanuna göre verilebilecek cezalar; kınama, uyarma, ücretten veya aylıktan kesme, birden fazla ücretten kesme veya kademe ilerlemesinin durdurulması, üniversite öğretim mesleğinden çıkarma ile kamu görevinden çıkarma olarak sıralanmaktadır (17).

3. Hukuki Sorumluluk

Hukuka aykırı bir eylem sonucunda zarar gören kişinin, zararını gidermek için zarar verene karşı hukuki yollara başvurma ve tazminat talep etme hakkı, "hukuki sorumluluk" başka bir ifade ile "tazminat sorumluluğu" olarak tanımlanmaktadır. Hukuki sorumluluk, nasıl ortaya çıktığına bağlı olarak dört ana başlık altında incelenebilir. Sorumluluğun kaynağının doğru bir şekilde belirlenmesi, tazminatın hangi hukuki temele dayandırılacağını, kapsamının nasıl belirleneceğini ve zaman aşımı sürelerinin ne olacağını belirleme açısından büyük önem taşımaktadır (18).

a. Vekâlet Sözleşmesinden Doğan Sorumluluk

Genel olarak, eser sözleşmesi kapsamında değerlendirilen estetik amaçlı tıbbi müdahaleler haricinde, hekim ile hasta arasındaki hukuki ilişkinin vekâlet sözleşmesi hükümlerine dayandığı kabul edilir. Yargıtay kararları da bu yöndedir (19).

Türk Borçlar Kanunu (TBK)'nun 502. maddesinde vekâlet sözleşmesi tanımlanmaktadır. Vekâlet sözleşmesi, bir tarafın (vekil) diğer tarafın (vekâlet veren) işini görmeyi veya işlemlerini yapmayı üstlendiği bir sözleşme türüdür (20). Vekâlet sözleşmesinin temel konusu, vekil tarafından vekâlet verenin adına belirli bir işin görülmesi veya işlemin yapılmasıdır. Vekilin bu işi görme veya işlemi yapma borcu, herhangi bir zaman sınırlaması olmaksızın ve sonucun elde edileceğinin garantisi verilmeksizin üstlenilir. Vekâlet sözleşmesi hekimin tedavi veya ameliyatın mutlak başarısını taahhüt etmesini içermez. Hekimin yükümlülüğü, tıbbi bilgi ve becerisini kullanarak hastanın iyiliği için azami çabayı göstermektir. Tedavinin hekimin kusuru olmaksızın başarısızlıkla sonuçlanması durumunda, hekim hukuki sorumluluk üstlenmez (18).

b. Eser Sözleşmesinden Doğan Sorumluluk

Eser sözleşmesi, TBK'nın 470. maddesinde tanımlanmış olup, bir tarafın (yüklenici) belirli bir ücret karşılığında diğer taraf (iş sahibi) için bir eser meydana getirmesini konu alan bir sözleşme türüdür (20). Tedavi hizmetlerinin niteliği gereği, sonucun garanti edilmesinin mümkün olmaması sebebiyle hekimlik sözleşmesinin eser sözleşmesi kapsamında değerlendirilmesi mümkün görünmemektedir (18). Ancak Yargıtay, estetik amaçlı yapılan tıbbi müdahalelerde sonucun garanti edilmesi unsurunun ön plana çıktığını kabul ederek bu tür tıbbi müdahaleler sonucunda ortaya çıkan hukuki ilişkiyi eser sözleşmesi kapsamında değerlendirmekte ve eser sözleşmesi hükümlerini uygulamaktadır (21).

c. Vekâletsiz İş Görme İlişkisinden Doğan Sorumluluk

Vekâletsiz iş görme, hukuken geçerli bir vekâlet ilişkisi olmaksızın bir kişinin başkası adına işlem yapması olarak tanımlanabilir. Bu durum, TBK'nın 10. bölümünde, "Vekâletsiz İş Görme" başlığı altında düzenlenmiştir (20).

Hukuki açıdan tıbbi müdahalenin uygun kabul edilmesinin temel şartlarından biri, hastanın onamının alınmış olmasıdır. Ancak bazı acil durumlarda hastanın onamının alınması mümkün olmayabilir ve hekimin hastanın sağlığını korumak amacıyla acilen müdahale etmesi gerekebilir. Bir otobüste aniden fenalaşıp bayılan bir yolcuya otobüste bulunan bir hekimin ilk yardımda bulunması veya bilinci kapalı durumda acil servise getirilen bir hastaya hekimin müdahale etmesi gibi durumlar, hastanın onamının alınamadığı ancak acil müdahalenin zorunlu olduğu durumlara örnek olarak sayılabilir. Bunun gibi acil müdahale durumlarında, hasta ile hekim arasında hukuki açıdan geçerli bir vekâlet sözleşmesi oluşmaz.

Acil müdahale gerektiren durumlarda, hastanın bilinçsiz olması veya hayati tehlikesinin bulunması gibi onam alınmasını imkânsız kılan özel koşullar nedeniyle, hekim, hastanın varsayılan rızası ve üstün yararı doğrultusunda tıbbi müdahalede bulunabilir. Bu tür müdahaleler, hukuki olarak "vekâletsiz iş görme" kapsamında değerlendirilir. Ancak vekâletsiz iş görme durumu, sağlık çalışanını kusurlu davranışlardan doğabilecek sorumluluktan muaf tutmaz. Hekim, acil durumlarda gerçekleştirdiği vekâletsiz işlerde de normal şartlarda göstermesi gereken azami derecede dikkat ile özeni göstermekle yükümlüdür (22).

d. Haksız Fiil İlişkisinden Doğan Sorumluluk

TBK'nın 49. maddesinde haksız fiil sorumluluğu tanımlanmıştır. Bir kişinin kusurlu ve hukuka uygun olmayan bir eylemi sonucunda başka bir kişiye zarar vermesi hâlinde zararı veren kişi verdiği zararı tazmin etme yükümlülüğü altına girer (20). Hukuk sistemimizde "kusur sorumluluğu" kavramı dört temel unsurun bir arada bulunması hâlinde ortaya çıkar. Bu unsurlar; hukuka uygun olmayan bir fiilin işlenmesi, fiili işleyen kişinin kusurlu olması, somut bir zararın oluşması ve son olarak bu zarar ile kusurlu fiil arasında açık bir nedensellik bağının kurulabilmesi olarak sıralanmaktadır (23).

Hukuka uygun olmayan bir fiilin meydana getirdiği zarar, hâkim tarafından hem sözleşme sorumluluğu hem de haksız fiil kapsamında zarara sebep olan faile bir sorumluluk yüklenmesiyle sonuçlanabilir. Örneğin, karaciğer ameliyatı yapan bir genel cerrahi uzmanının ameliyat sürecinde gerekli dikkat ve özeni göstermemesi sonucu batın içerisinde gazlı bez unutması hem sözleşme sorumluluğu hem de haksız fiil kapsamında değerlendirilmektedir. Sorumluluk birden çok sebebe dayandırılabiliyorsa TBK'nın 60. maddesi, zarar görenin menfaatlerini koruyacak ve mümkün olan en yüksek tazminatı elde etmesini sağlayacak sorumluluk türünün seçilmesini konusunda hâkime takdir yetkisi tanımaktadır (22).

4. Cezai Sorumluluk

TCK'da hekimlere özel bir cezai sorumluluk maddesi bulunmamaktadır. Ancak, hekimlerin mesleki faaliyetleri sırasında genel ceza hukuku kurallarındaki tanımlar çerçevesinde cezai sorumlulukları ortaya çıkmaktadır. Cezai sorumluluğun varlığını belirlemek için dört temel unsur birlikte ele alınmalıdır. İlk olarak, eylemin kusurlu olması gerekir; yani bireyin, bilerek veya bilmeyerek eyleminin sonuçlarını öngörebilmesi ve kontrol edebilmesi gerekir. İkinci olarak, eylem hukuka aykırı olmalıdır, yani yasalar tarafından yasaklanan bir eylem veya eylemsizlik olmalıdır. Üçüncüsü, eylemin zarar oluşturması gerekir; yani bireyin bir hak veya menfaatine zarar vermesi gerekir. Son olarak, zarar ile eylem arasında illiyet bağı

bulunmalıdır; eylemin, zarara doğrudan neden olmuş olması gerekir. Tıbbi uygulama hatalarına dayalı ceza davaları, çoğunlukla taksirle işlenen eylemleri konu edinmekle birlikte bazı özel durumlarda sağlık mesleği mensuplarının kasıtlı eyleminden kaynaklanan sorumluluğu da yargısal incelemeye tabi tutulabilmektedir (24).

Tablo 1. TCK'da Kast ve Taksir Kavramları.

	Davranış	Sonuç
Basit Taksir	Öngörülmemekte	İstenmemekte
Bilinçli Taksir	Öngörülmekte	İstenmemekte
İhmâli Davranış	Öngörülmekte	Olursa olsun
Kast	Öngörülmekte	İstenmekte

a. Kasten Öldürme veya Yaralama

Yaşam hakkı, insanın vazgeçilemez ve devredilemez nitelikteki, doğuştan sahip olduğu en temel haktır. Türk hukuk sisteminde yaşam hakkı Anayasa'nın 17. maddesiyle güvence altına alınmıştır (25).

Hekimler ve diğer sağlık mesleği mensuplarına karşı açılan ceza davaları genellikle taksirle işlenen suçlar etrafında şekillenirken, ötanazi veya yasadışı organ nakli gibi istisnai durumlarda kasıtlı suçlardan dolayı yargılanmaları söz konusu olabilmektedir (26).

Sağlık mesleği mensubunun mesleki yükümlülükleri çerçevesinde yapması gereken bir işlemi yerine getirmemesi, neticesinde ölüme veya yaralanmaya sebebiyet vermesi hâlinde, bu durum kasten öldürme veya yaralama suçunun ihmâli davranışla işlenmesi suçunu oluşturur. Nöbetçi olduğu hastanede acil tıbbi müdahale gerektiren bir hastaya, olası ölüm riskini öngörmesine rağmen bilinçli bir şekilde müdahale etmeyen ve "ölürse ölsün" şeklinde bir yaklaşım sergileyen hekimin eylemi buna örnek verilebilir (24).

b. Taksirle Öldürme veya Yaralama

Taksir, bir eylemi eksik veya hatalı bir şekilde gerçekleştirme ya da gerçekleştirilmesi mümkünken yapmama şeklinde tanımlanabilir. Temel olarak kusurlu bir davranış biçimini ifade eder. Taksiri kasıttan ayıran temel unsur, eylemin sonucunun fail tarafından istenmemiş olmasıdır (27). Taksir, hukuki bağlamda basit taksir ve bilinçli taksir olarak iki kategori altında incelenir. Basit taksir, failin gerekli özen ve dikkati göstermediği ve kanunda belirtilen suçun sonucunu öngöremediği durumlarda ortaya çıkmaktadır. Bilinçli taksir ise, failin suçun olası

sonucunu öngörmesine rağmen gerçekleşmesini istemediği ve gerçekleşmeyeceğini umduğu durumlarda söz konusudur (28).

Bir hekimin böbrek fonksiyonları bozuk olduğunu bildiği bir hastaya "bir şey olmaz" düşüncesiyle nefrotoksik bir ilaç vermesi sonucu hastanın böbrek yetmezliğine girmesi bilinçli taksire, herhangi bir ek hastalığı olmayan kişiye kolonoskopi işlemi sırasında bağırsak perforasyonu gelişmesi ve gerekli tıbbi müdahalenin zamanında ve yeterli şekilde yapılmaması nedeniyle hastanın ölmesi ise basit taksire örnek verilebilir.

c. Görevi Kötüye Kullanma

Bir kamu görevlisinin görevinin getirdiği yükümlülüklere uygun hareket etmemek suretiyle kamu kaynaklarının zarar görmesine yol açması, kişilerin mağduriyetine sebep olması ya da haksız menfaat sağlanmasına imkân vermek görevi kötüye kullanma suçu olarak tanımlanmış ve TCK'nın 257. maddesinde düzenlenmiştir (29).

Kanunun çizdiği çerçevede görevi kötüye kullanma suçunun cezai yaptırıma tabi tutulabilmesi için, failin kamu görevlisi olması ve eyleminin neticesinin başka bir suç teşkil etmemesi gerekmektedir (27).

d. Sağlık Mesleği Mensupları Tarafından İşlenebilecek Diğer Suçlar

Sağlık mesleği mensuplarının görevlerini icra ederken karşı karşıya kalabilecekleri Türk Ceza Kanunu (TCK)'da tanımlanan diğer suç konusu durumlar şunlardır; rüşvet (madde 252), irtikap (madde 250), resmî belge üzerinde sahtecilik (madde 210), gizliliğin ihlâli (madde 285), suçu bildirmemek (madde 279), doku veya organ ticareti yapmak (madde 91), insanlar üzerinde deney yapmak (madde 90), çocuk düşürtmek (madde 99), hâkim veya savcı talebi olmaksınız genital muayene yapmak (madde 287), çocuğun soy bağını değiştirmek (madde 231), bildirim ya da yardım yükümlülüğünü yerine getirmemek (madde 98), rızası olmayan kişiyi kısırlaştırmak (madde 101), kişisel verilerin hukuka uygun olmayan şekilde kaydedilmesi (madde 135), göreve ilişkin sırrın açıklanması (madde 258) (29).

C. Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluğu

Anayasa'nın 17. maddesi, kanunla belirlenmiş istisna hâller ile tıbbi zorunluluklar haricinde, kişinin bedensel bütünlüğünün dokunulmaz olduğunu güvence altına almaktadır (25).

Bir tıbbi müdahalenin hukuken meşru kabul edilebilmesi için müdahaleyi gerektiren tıbbi bir zorunluluğun (endikasyon) mevcut olması, hastanın müdahale hakkında yeterli bilgiye sahip olması ve özgür iradesiyle rıza göstermesi, müdahalenin tıbbi yeterlilik sahibi kişiler tarafından gerçekleştirilmesi ve müdahalenin güncel tıp biliminin verilerine uygun olacak şekilde gerçekleştirilmiş olması şartları aranmaktadır (30).

1. Endikasyon (Müdahale Gerekliliği)

Bir tıbbi müdahalenin hukuki meşruiyete sahip olabilmesi için tıbben zorunlu bir hâlin varlığı esastır. Tıbbi endikasyon, hekimin gerçekleştireceği müdahalenin hukuki meşruiyetini tesis eden temel dayanak noktasını teşkil eder. Bununla birlikte, sünnet veya estetik cerrahi gibi tıbbi bir zorunluluk (endikasyon) taşımayan ancak sosyal, psikolojik veya benzeri gerekçelerle gerçekleştirilen tıbbi müdahaleler de hukuken meşru kabul edilmektedir (27,30).

2. Ehil Kişi Tarafından Tıbbi Müdahalenin Gerçekleştirilmesi

Bir tıbbi müdahalenin hukuken geçerli kabul edilebilmesi için, müdahalenin yetkili ve resmî olarak ehliyetli bir sağlık mesleği mensubu tarafından gerçekleştirilmiş olması şarttır. 1219 sayılı Kanun'da tıbbi müdahaleye yetkili kişiler hekim, diş hekimleri, hastabakıcı hemşireler, ebeler, sağlık memurları ve sünnetçiler olarak belirtilmiştir (31).

3. Aydınlatılmış Onam

Ülkemizin de taraf olduğu Biyotıp Sözleşmesinin 5. maddesinde gerçekleştirilecek herhangi bir müdahalenin, ancak ilgili kişinin müdahaleye özgür iradesiyle ve bilgilendirilmiş bir şekilde onam vermesi hâlinde yapılabileceği, bu bağlamda müdahalenin amacı, niteliği, olası riskleri ve potansiyel faydaları hakkında kişiye açık ve anlaşılır bilgiler sunulması gerektiği, kişinin vermiş olduğu onamı her zaman geri çekebilme hakkına sahip olduğu belirtilmiştir (32). Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, Hasta Hakları Yönetmeliği ve TTB Meslek Etiği Kuralları gibi düzenleyici metinlerde de hastanın tıbbi müdahaleler konusunda aydınlatılmasının ve onamının alınmasının zorunlu olduğu açıkça vurgulanmaktadır.

4. Özenli Tıbbi Müdahale

Bir hekimin, tıbbi müdahalelerini gerçekleştirirken güncel tıp standartlarına uygun hareket etmesi ve mesleki sorumluluklarını yerine getirirken azami özen göstermesi beklenir. Hekimin, benzer koşullar altında ortalama bir meslektaşından beklenen dikkat ve özeni göstermesi hukuki ve etik bir yükümlülüktür. Özenli davranış sınırlarının belirlenmesinde,

hekimin uzmanlık alanı ve mesleki deneyimi ile birlikte genel kabul görmüş tıp uygulamaları ve standartları da dikkate alınır (33).

D. Tıbbi Uygulama Hatası / Tıbbi Malpraktis ve Sebepleri

Kötü uygulama anlamına gelen malpraktis terimi tıp alanında sıkça kullanılmasına rağmen, yalnızca bu meslekle sınırlı olmayıp başka meslekleri de kapsamaktadır. Pilotluk, mali müşavirlik, avukatlık gibi farklı meslek dallarında da hatalı uygulama görülebilir (9).

Tıbbi uygulama hatalarına yönelik sorumluluk, hekimin mesleki özen yükümlülüklerini yerine getirememesi durumunda ortaya çıkar. Bu yükümlülükler, hastalığa doğru tanı konulması, hastanın konulmuş olan tanı uygulanacak tedavi ve bu tedavinin olası riskleri hakkında bilgilendirilmesi, uygun tedavi planının oluşturulması, doğru tedavinin uygulanması, ameliyatın gerçekleştirilmesi, hastanın izlenmesi ve tedavi sürecinin sonlandırılması gibi geniş bir yelpazeyi kapsar. Hekim, her aşamada mevcut koşullara uygun özeni göstermek zorundadır. Ancak tıbbi uygulama hatası yalnızca hekimin ihmaliyle sınırlı değildir. Yardımcı sağlık personelinin hataları, hastane yönetiminin uygun çalışma ortamı, ekipman veya organizasyon sağlamaması da tıbbi uygulama hatasına yol açabilir. Dolayısıyla, tıbbi uygulama hatasının belirlenmesi, yalnızca hekimin davranışını değil, aynı zamanda sağlık hizmetinin sunulduğu tüm unsurları ele almayı gerektirir (34).

1. Aydınlatılmış Onam

Aydınlatılmış onam, tıbbi müdahale öncesinde hastanın kendisine uygulanacak tedavi ve tanı yöntemleri hakkında anlaşılabilir ve kapsamlı bir şekilde bilgilendirilmesi, olası riskler ve faydalar hakkında aydınlatılması ve bu bilgilerin ışığında bilinçli olarak rıza göstermesidir. Onam alma sürecinde güncel yaklaşım, hastanın birincil hekiminin aydınlatmayı yapması ve onamı almasıdır. Aydınlatılmış onam, hastanın kendi bedenine ilişkin haklarını ve otonom karar alma yetkisini koruma amacıyla tıbbi müdahalelerin olmazsa olmaz ön koşuludur. Kişinin vücudu üzerindeki hakları göz önüne alındığında, tıbbi müdahaleye başlamadan önce hastanın rızasının alınması hukuki açıdan zorunlu bir ilkedir. Mevcut yasal düzenlemeler, hastanın aydınlatılması ile rızasının alınması için belirli bir şekil şartı öngörmemektedir. Kural olarak, bu süreçte şekil serbestliği esas alınmaktadır. Ancak uygulamada ispat yükümlülüğü hekim üzerinde olduğundan, ispat kolaylığı sağlamak ve hastanın aydınlatılmış onamının belgelendiği bir kayıt oluşturmak amacıyla, daha önceden hazırlanmış ve tıbbi müdahaleye yönelik bilgileri açıklayan matbu bir form kullanımı tercih edilmektedir (31).

Bilinci kapalı bir hastaya acil bir tıbbi müdahalenin gerekliliği hâlinde, hastanın aydınlatılmayı istememesi hâlinde, hekimin ölümcül, tedavisi olmayan bir hastalık teşhisi koyarken hastanın aydınlatılmasının ağır bir psikolojik etkiye yol açabileceğini düşündüğü vaziyette, hastaya tıbbi müdahalede bulunulduğu sırada yapılan işlemin genişletilmesinin tıbben zorunlu olduğu durumlarda, aydınlatılmış onam zorunluluğu aranmaz (35).

2. Tanı Hataları

Tanı, hastanın tıbbi geçmişinin incelenmesi, fiziksel muayenesi, görüntüleme yöntemleri ve laboratuvar testleri gibi yöntemlerle elde edilen bilgilerin değerlendirilmesi sonucu, hastalığın belirlenmesi işlemidir. Hekimlerin her vakada kesin bir tanı koyması her zaman mümkün olmayabilir. Tıbbi uygulamada, mevcut olan olanaklar ve bilgi birikimiyle tanı konulabilecek bir hastalığın teşhis edilmemesi, tıbbi uygulama hatası olarak değerlendirilmektedir (36,37).

3. Tedavi Hataları

Tıbbi uygulamada, hekimin tedavi seçimi, mevcut bilgi ve uygulama standartları çerçevesinde değerlendirilmelidir. Hekim, doğru bir teşhis koymasına rağmen, uyguladığı tedavinin geçerli tıbbi bilgi ve uygulama standartlarına uygun olmaması, yetersiz kalması veya tamamen yanlış olması mümkündür. Ayrıca, uygulanan tedavi, seçenekler arasında yer alsa bile, hastanın bireysel durumuna göre başka bir tedavi daha öncelikli olabilir. Bu gibi durumlarda tıbbi uygulama hatası söz konusu olmaktadır (36).

Belirli bir hastalığa karşı risk taşıyan bireylere yönelik olarak koruyucu tedbirlerin eksik veya yanlış alınması ya da profilaksi tedbirlerinin uygulanmaması da tedavi hatası sınıfında kabul edilmektedir (38).

4. Takip Hataları

Tıbbi müdahalelerde özen yükümlülüğü sadece tanı ve tedavi sürecinde değil tedavi sonrasında da geçerlidir. Hekimin tedavi sonrasında hastaya vereceği tavsiyeler ve uyarılar hastalığın iyileşmesi ve olası komplikasyonların önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu yükümlülüğün yerine getirilmemesi tıbbi uygulama hatası kapsamına girmektedir (39).

5. Tıbbi Organizasyon Kusuru

Hangi personele ve tıbbi donanıma sahip olmaları gerektiği, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği ile Hususi Hastaneler Kanunu tarafından sağlık kuruluşları için belirlenen

bir zorunluluktur. Bu düzenlemeler, hastanenin büyüklüğü ve türü de göz önünde bulundurularak, sunulacak sağlık hizmetlerinin kapsamını ve kalitesini belirlemeyi amaçlar (40,41). Hastanede gerçekleşen tıbbi müdahalelerden birinci derece sorumlu olan hastane yönetimi, hastalığın teşhis ile tedavisi için yeterli uzman kadrosu, donanımlı ameliyathaneler, teknik cihazlar, hastanın başka bir kuruma naklini sağlayacak ulaşım altyapısı gibi temel hizmetlerin hastane bünyesinde mevcut olmasını sağlamak zorundadır (37).

E. Komplikasyon

Güncel tıbbi standartlara uygun olacak şekilde bir müdahale gerçekleştirilmesine ve güncel tıp uygulamasında kabul gören ve her türlü önlemin alınmasına rağmen kaçınılmaz şekilde ortaya çıkan zarar komplikasyon kapsamında değerlendirilmektedir. Hekim sadece kendi kusuru veya ihmali sonucu ortaya çıkan olumsuz sonuçlar nedeniyle sorumlu tutulabilir. Komplikasyonlar, tıbbi müdahale sırasında beklenmedik ve önlenemeyen durumlar olarak kabul edildiğinden, ceza hukuku açısından kaza-tesadüf olarak değerlendirilir ve hekimin cezai sorumluluğunu doğurmaz (34).

F. Komplikasyon-Malpraktis Ayrımı

Tıbbi uygulamanın sonucunda meydana gelen olumsuz durumun malpraktis mi yoksa komplikasyon mu olduğunun belirlenmesi hekimin sorumluluğu ve doğabilecek sonuçlar açısından büyük önem taşır. Tıbbi uygulamaların çeşitli riskler içerdiği bilinen bir gerçektir. Bu nedenle, hekimin sorumluluğunun tespitinde belirleyici olan, tıbbi uygulamada kusurunun olup olmadığının tespitidir. Tıbbi müdahale sonrasında ortaya çıkan durum komplikasyon olsa bile, komplikasyonun zamanında tespit edilmemesi veya tespit edilmesine rağmen gerekli tıbbi önlemlerin zamanında alınmaması ya da hiç alınmaması komplikasyon yönetiminin yetersizliğine işaret eder ve bu durumda hekimin malpraktis sorumluluğu gündeme gelecektir (21).

G. Tıbbi Uygulama Hatalarında Bilirkişilik ve Bilirkişilik Kurumları

Bilirkişi incelemesinin temel amacı, hâkimlere hukuk alanının dışında kalan tıp, mühendislik, finans gibi özel veya teknik konularda bilgi sağlayarak, hâkimin karar verme sürecine katkı sağlamaktır. Ceza Muhakemesi Kanunu'nun (CMK) "Bilirkişi İncelemesi" başlıklı bölümünde ve yine benzer şekilde Hukuk Muhakemeleri Kanunu'nun (HMK) "Bilirkişi İncelemesi" başlıklı bölümünde bilirkişi incelemesinin esasları belirlenmiştir (42). Hasta-hekim ilişkisi çerçevesinde ortaya çıkan bir zararda, zararın tıbbi uygulama hatası sonucu mu yoksa

başka bir nedenden mi kaynaklandığını belirlemek ve uygulamanın kusurlu olup olmadığını tespit etmek için bilirkişi görüşü talep edilmektedir (34). Ülkemizde bilirkişilik yapma yetkisi bulunan kurumlar arasında Adli Tıp Kurumu (ATK), üniversitelerde bulunan adli tıp anabilim dalları ve tabip odalarının onur kurulları yer almaktadır. Bunun dışında CMK ve HMK kapsamında taraf bilirkişiliği de yapılabilmektedir. Yüksek Sağlık Şûrası tarafından bilirkişilik hizmeti sunulması uygulamasına 2018 yılında son verilmiştir (43).

1. Adli Tıp Kurumu

14.04.1982 tarihli Adli Tıp Kurumu ile İlgili Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun ile kurulmuştur. Kanunda 15.07.2018 tarihli Bakanlıklara Bağlı, İlgili, İlişkili Kurum ve Kuruluşlar ile Diğer Kurum ve Kuruluşların Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile kanunda büyük değişiklikler yapılmıştır. Kanuna göre ATK'nın görevlerinden biri adalet işlerinde bilirkişilik görevi yapmaktır. Malpraktis iddiaları ile ilgili olarak ATK'nın yedinci ve sekizinci kurulları görev almaktadır (44,45).

2. Üniversiteler

14.04.1982 tarihli Adli Tıp Kurumu ile İlgili Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanunun 31. Maddesine göre üniversitelerin resmi bilirkişi kurumları olarak kabul edildiği belirtilmiştir. Bununla birlikte Yüksek Öğrenim Kanunu'nun 37. ve 38. maddelerinde üniversitelerde görev yapan kişilerin bilirkişilik yapması konusu düzenlenmiştir.

3. Yüksek Sağlık Şûrası

YSŞ 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile kurulmuş olup sağlık mesleği mensuplarının görevleri dolayısıyla yaşanan hukuki problemlere ilişkin olarak mahkemelere bilirkişilik hizmeti sunmaktaydı. 2018 yılında tamamen kaldırılmıştır (46).

4. Tabip Odaları Onur Kurulları

TTB'nin merkezi birimlerinden biri olan TTB Yüksek Onur Kurulu TTB'nin yayımladığı Disiplin Yönetmeliği'ne göre faaliyet göstermektedir. TTB Disiplin Yönetmeliği'nde hekimlere verilebilecek disiplin cezaları ve bu cezaların uygulanma şartları belirtilmiştir. Bu cezalar işlenen suçun ağırlığına göre uyarma, para cezası, geçici meslekten uzaklaştırma, oda bölgesinde çalışmasının yasaklanması olarak sıralanmaktadır (13).

5. Taraf Bilirkişiliği

Türk hukuk sistemi, tarafların kendi seçtikleri uzmanlık alanında bilgili kişilerden, bilimsel nitelikte raporlar alarak mahkemeye sunma hakkını tanır. Bu hak, ceza yargılamaları için CMK, hukuk yargılamaları için ise HMK'da yer almaktadır. Yasa koyucu, bu hak kapsamında hazırlanan raporlara "bilimsel mütalaa" adını vermiştir.

H. Hukuk ve Ceza Davaların İşleyiş Süreci ve Mesleki Sorumluluk Kurulu

MSK'nın kurulmasını öngören kanuni düzenleme, 27 Mayıs 2022 tarihinde Resmî Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. 15 Haziran 2022 tarihinde ise, MSK'nın uygulamalarını düzenleyen yönetmelik Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanmıştır (47). MSK, Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak faaliyet gösteren ve sağlık mesleği mensuplarının tıbbi uygulamaları esnasında işledikleri suçlar ile ilgili soruşturmalara ilişkin izin sürecinde görev alan bir kuruldur. Ayrıca, sağlık meslek mensuplarının görevleri sırasında verdikleri zararlar nedeniyle idarenin ödediği tazminatın ilgili sağlık çalışanına rücûsu sürecinde de görev almaktadır. Kurulun yapısı bakan yardımcısı, Hukuk Hizmetleri, Yönetim Hizmetleri, Kamu Hastaneleri, Sağlık Hizmetleri genel müdürleri veya yardımcıları, dahili branşlardan bir hekim, cerrahi branşlardan ise bir hekim olacak şekilde toplam 7 üyeden oluşmaktadır (48,49).

Hukuk davalarında, hakkında tazminat davası açılan sağlık mesleği mensubu devlet üniversitelerinde ya da Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde görev yapıyorsa ve idare tarafından davacıya ödenmiş bir tazminat söz konusu ise bu tazminatın rücu edilebilmesi için sağlık çalışanı hakkında ceza davasında kasıtlı suçlardan hüküm verilmiş olması ve bu karar sonucunda MSK'nın rücu oranına karar vermesi gerekmektedir. Sağlık mesleği mensubu özel hastanelerde ya da vakıf üniversitelerinde görev yapıyorsa doğrudan tazminat davası açılması ve dava sonucunda davacıya tazminat ödemesi kararı çıkabilir.

Ceza davalarında hakkında şikâyette bulunulan sağlık mesleği mensubu devlet üniversitelerinde çalışıyorsa üniversite yönetim kurulu tarafından belirlenen kurul tarafından soruşturma izni verilmesi hâlinde ceza soruşturması açılabilmektedir. Sağlık Bakanlığı hastaneleri, vakıf üniversiteleri ya da özel hastanelerde görev alan sağlık mesleği mensupları için soruşturma izni MSK tarafından verilmektedir. Taraflara tebliğinden itibaren MSK kararlarına 10 gün içerisinde Ankara BİM'e itirazda bulunulabilir (47, 49).

III. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada, Sinerji ve Legalbank içtihat programları ile T.C. Yargıtay Başkanlığının resmî internet sitesi olan Karar Arama Bankası kullanılarak "malpraktis", "tıbbi uygulama hatası", "doktor hatası", "hekim sorumluluğu", "yanlış tedavi" ve "yanlış tanı" anahtar kelimeleri ile yapılan arama sonucunda ulaşılan karar tarihi 2018 ilâ 2022 yılları olan Yargıtay kararları incelenerek, Yargıtay'ın ilgili dairesine gelmediği için dosyanın ilgili daireye gönderilmesine ilişkin kararlar, bölge adliye mahkemelerinde istinaf incelemesi yapılmadan doğrudan Yargıtay'a temyiz için yollanan dosyaların istinaf incelemesi yapılmak üzere iadesine ilişkin kararlar ile rücu davaları ile ilgili kararlar dışlanarak geriye kalan kararlar çalışma kapsamına alınmıştır.

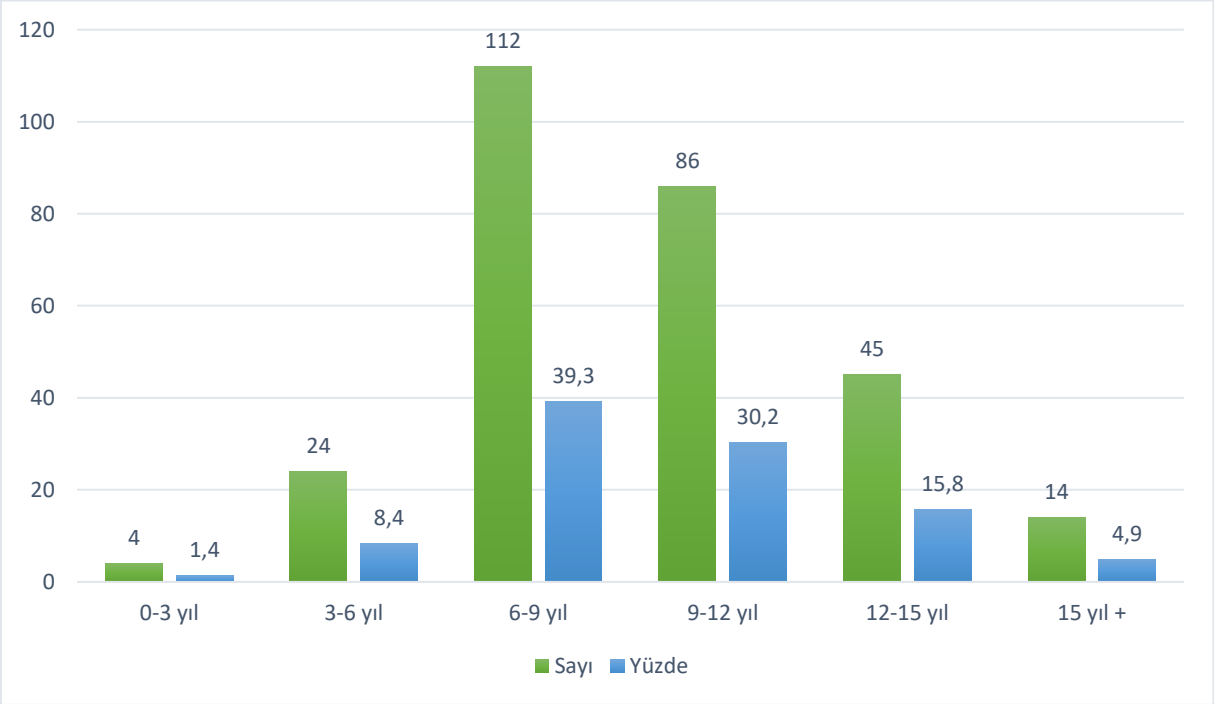
Karar metinleri içerisinde bulunan verilerden yararlanarak; şikâyet konusu olay ile Yargıtay kararı arasında geçen süre, dosyanın Yargıtay'a ulaştıktan sonra Yargıtay tarafından karara bağlanma süresi, şikâyetçi olunan kişinin görev alanı, şikâyetçi olunan kişi hekim ise uzmanlık alanı, sağlık kuruluşlarının niteliği, davaya konu şikâyet sebebi ve şikâyet konusu tıbbi işlem, şikâyete konu olan kişinin son durumu, dava açılan mahkemenin türü ve kararı, dosya kapsamında aldırılan bilirkişi raporlarının alındığı kurum ve verilen kararlar, birden fazla bilirkişi görüşünün olduğu dosyalarda raporlar arasında çelişkinin varlığı, Yargıtayın temyiz kararları ve yerel mahkeme kararlarını bozmuşsa bozma sebebi, Yargıtay kararlarının bilirkişi raporlarındaki görüşü kabul edip etmemesi ve bilirkişi raporların hakkındaki görüşleri incelenmiştir.

Toplanan veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences, SPSS Inc., Chicago, IL) 22 (İstanbul Üniversitesi lisansı ile) programına yüklenerek verilerin analizi ve karşılaştırması yapıldı. Elde edilen bulgular, tablo ve grafikler aracılığıyla görselleştirilerek olguların özellikleri ayrıntılı bir şekilde incelendi. Kategorik değişkenler Ki-kare analizi ile test edilmiş olup $p<0,05$ anlamlılık düzeyi seçilmiştir.

Çalışmamız insan katılımcılarla doğrudan veya dolaylı herhangi bir temas içermeden Yargıtay'ın kamuya açık olarak sunduğu kararlar kullanılarak ve Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak yürütülmüştür.

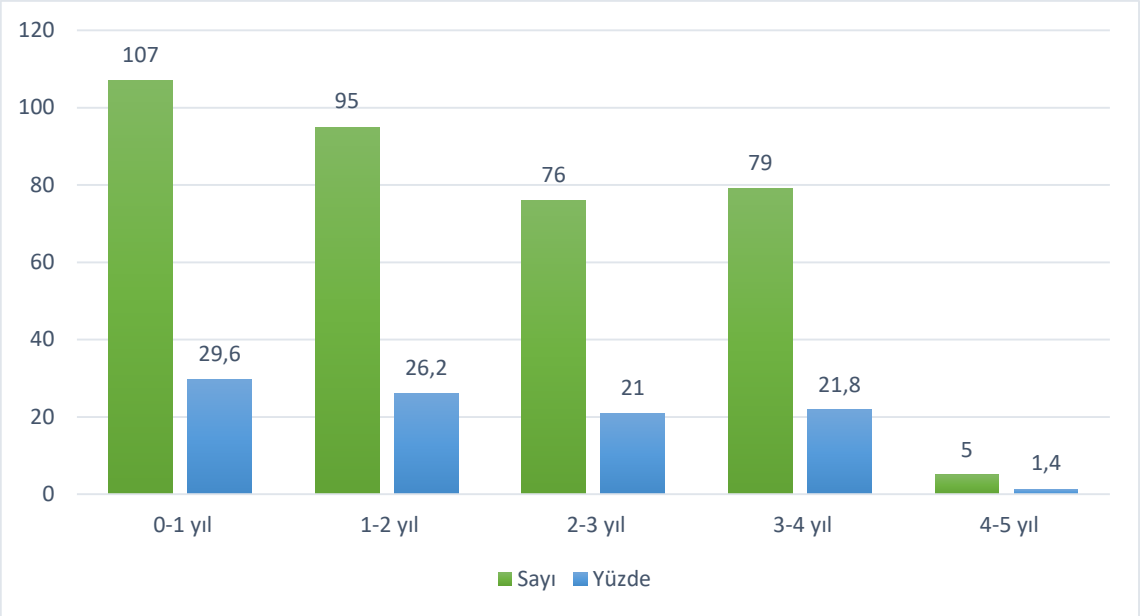
IV. BULGULAR

Çalışmamızda; belirlediğimiz kriterlere uygun olan 2018 ile 2022 yılları arasında karara bağlanan 362 temyiz dosyası incelenmiş olup, incelenen kararlardan 235 tanesi hukuk, 127 tanesi ceza dairelerine ait kararlardı. Dava konusu olay tarihi ile Yargıtay'ın vermiş olduğu karar tarihi arası geçen süre hesaplandı. 285 karar metninde olay tarihi bilgisine rastlandı. Ortalama geçen süre 9,52 yıl olarak hesaplandı. Değerlendirilen dosyaların 112'sinde (%39,3) davaların 6 ile 9 yıl arasında sonuçlandığı, davaların 14'ünde (%4,9) ise olay tarihi üzerinden 15 yıldan fazla zaman geçtikten sonra karar verildiği görülmüştür (Şekil 1).



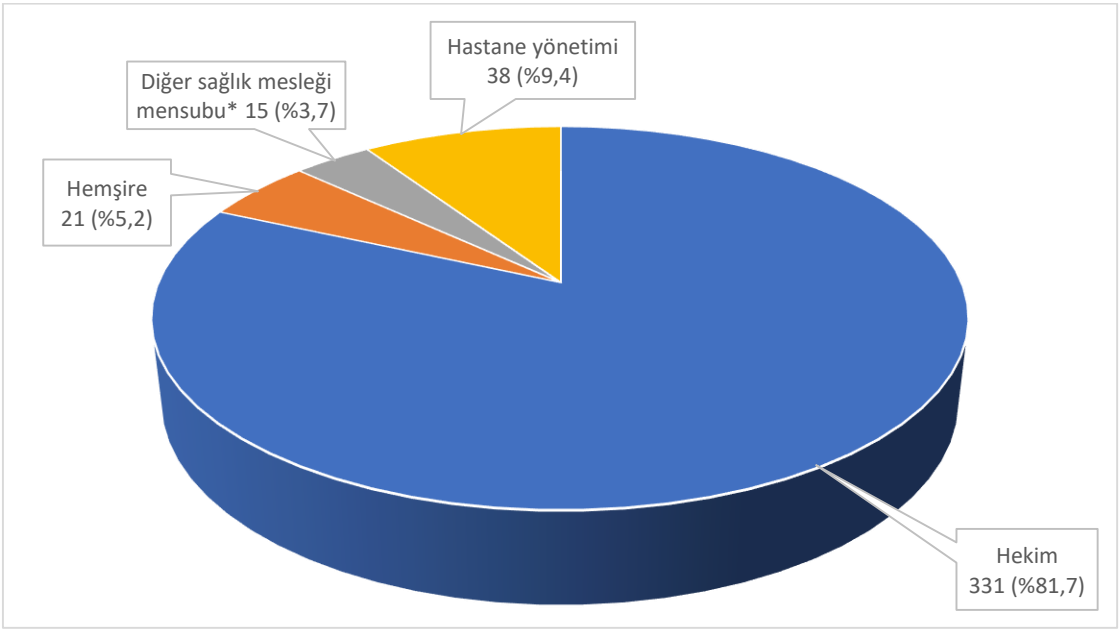
Şekil 1. Olay ile Yargıtay Kararı Arasında Geçen Süre.

İlk derece mahkemesi tarafından yargılaması tamamlandıktan sonra Yargıtay'a temyiz incelemesi için gelen dosyaların Yargıtay tarafından karara bağlanma süreleri incelendiğinde ortalama sürenin 2,39 yıl olduğu hesaplandı. Dosyaların %29,6'sının ilk bir yıl içerisinde, %76,8'inin ise ilk üç yıl içerisinde karara bağlandığı tespit edilmiştir (Şekil 2).



Şekil 2. Yargıtay'ın Karar Verme Sürelerinin Dağılımı.

Hasta ya da hasta yakınları tarafından şikâyet edilen sağlık mesleği mensuplarının görev alanlarına dair 338 dosyada bilgiye rastlandı. Bu dosyalarda şikâyet konusu olan 405 sağlık mesleği mensubunun 331 (%81,7) kişi ile büyük bir çoğunluğunu hekimlerin oluşturduğu, dosya bazlı olarak incelendiğinde 338 dosyanın 331'inde (%97,9) hekimlerin dava edildiği görülmüştür (Şekil 3).



Şekil 3. Şikâyet Edilen Sağlık Mesleği Mensuplarının Dağılımı.

Ebe, sağlık meslek lisesi öğrencisi, güzellik uzmanı, diş protez teknikeri, radyoloji teknikeri, anestezi teknikeri, acil tıp teknisyeni, tıbbi protez teknikeri.

Tablo 2'de malpraktis iddiasıyla dava açılmış hekimlerin uzmanlık alanlarının dağılımı sunulmaktadır. Verilere göre, kadın hastalıkları ve doğum uzmanları 69 (%21,6) dava ile en yüksek oranda dava açılan grup olarak öne çıkmaktadır. Acil servis doktorları 51 (%15,9) dava ile ikinci sırada yer alırken, genel cerrahi uzmanları ise 30 (%9,4) dava ile üçüncü sırada yer almaktadır. Acil tıp uzmanları ve acil servislerde çalışan pratisyen hekimler arasında karar metinlerinde ayrım yapılmadığı için, bu iki grup analizlerde birlikte ele alınmıştır.

Tablo 2. Şikâyete konu olan hekimlerin uzmanlık alanları.

Branş	**Sayı**	**Yüzde**
Kadın Hastalıkları ve Doğum	69	%21,6
Acil Tıp	51	%15,9
Genel Cerrahi	30	%9,4
Ortopedi ve Travmatoloji	26	%8,1
Çocuk Hastalıkları	21	%6,6
Beyin Cerrahi	19	%5,9
Göz Hastalıkları	16	%5
Üroloji	13	%4,1
Diş Hekimliği	10	%3,1
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	10	%3,1
Kardiyovasküler Cerrahi	8	%2,5
Anestezi ve Reanimasyon	8	%2,5
Nöroloji	7	%2,2
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	6	%1,9
Kardiyoloji	5	%1,6
İç Hastalıkları	5	%1,6
Radyasyon Onkolojisi	4	%1,3
Çocuk Cerrahisi	3	%0,9
Radyoloji	3	%0,9
Göğüs Hastalıkları	2	%0,6
Patoloji	2	%0,6
Göğüs Cerrahisi	1	%0,3
Dermatoloji	1	%0,3
Toplam	320	

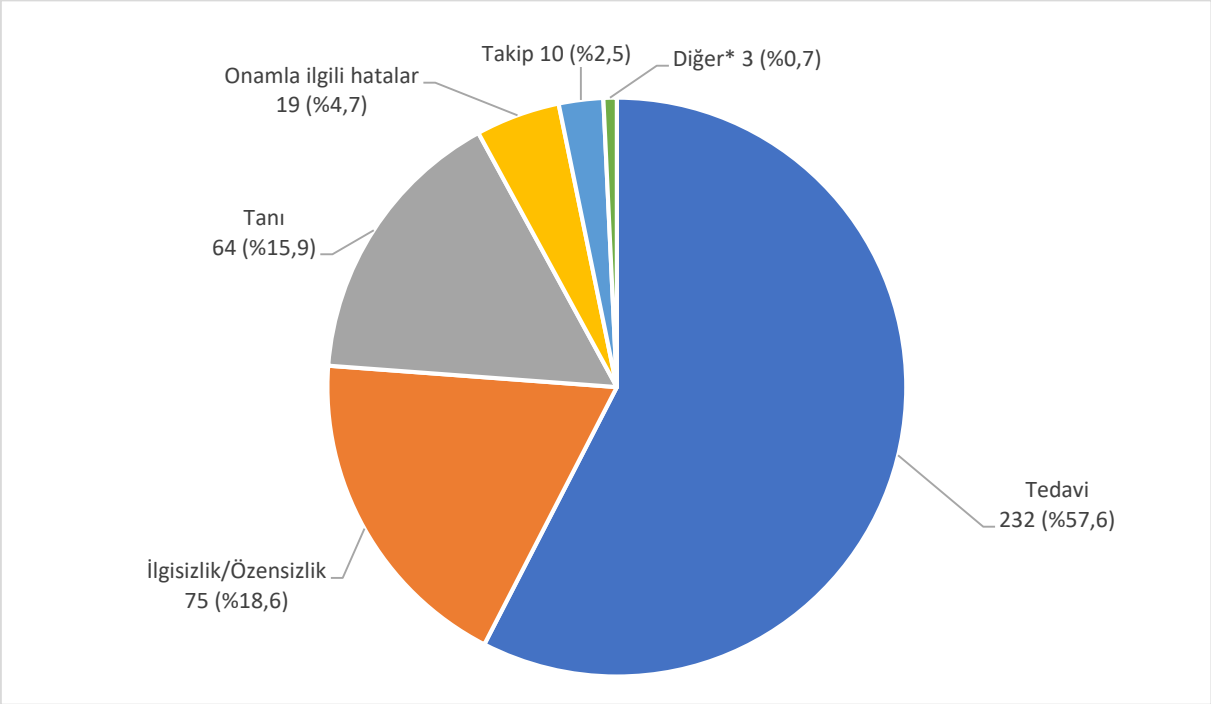
280 karar metninde, şikâyete konu olan olaylarda başvuru yapılan sağlık kurumlarının bilgisinin olduğu görüldü. Tablo 3'te başvuru yapılan sağlık kurumlarının dağılımı görülmektedir. En büyük grubu 186 (%66,4) başvuru ile özel hastane veya klinikler oluştururken, ikinci büyük grubu 59 (%21,1) başvuru ile devlet hastanelerinin oluşturduğu tespit edilmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Başvuru Yapılan Sağlık Kurumları.

Kurum	Sayı	Yüzde
Özel Hastane/Klinik	186	%66,42
Devlet Hastanesi	59	%21,07
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	17	%6,07
Üniversite Hastanesi	13	%4,64
Şehir Hastanesi	1	%0,35
Diğer*	4	%1,42
Toplam	280	

112 ambulans, asker hastanesi, ev, toplum sağlığı merkezi.

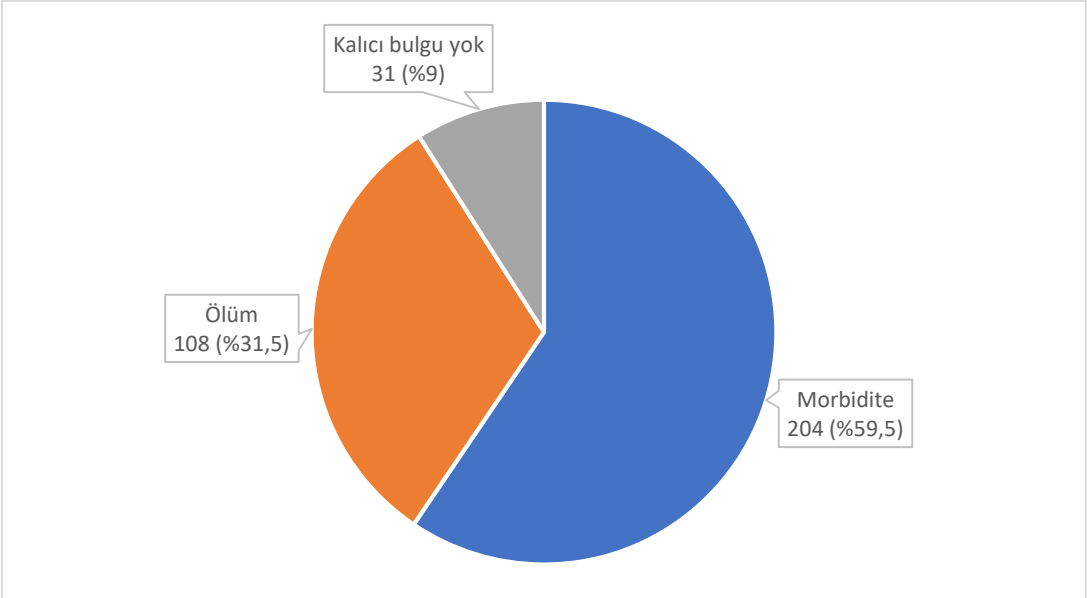
Davacıların tıbbi malpraktis iddiasını hangi gerekçelerle ileri sürdükleri incelendiğinde, en sık karşılaşılan gerekçe 232 olguyla (%57,6) tedavi sürecinde yapılan hata iddiaları iken, ikinci sırada 75 olguyla (%18,61) ilgisizlik veya özensizlik iddiaları gelmektedir (Şekil 4).



Şekil 4. Malpraktis İddiasının Gerekçelerinin Dağılımı.

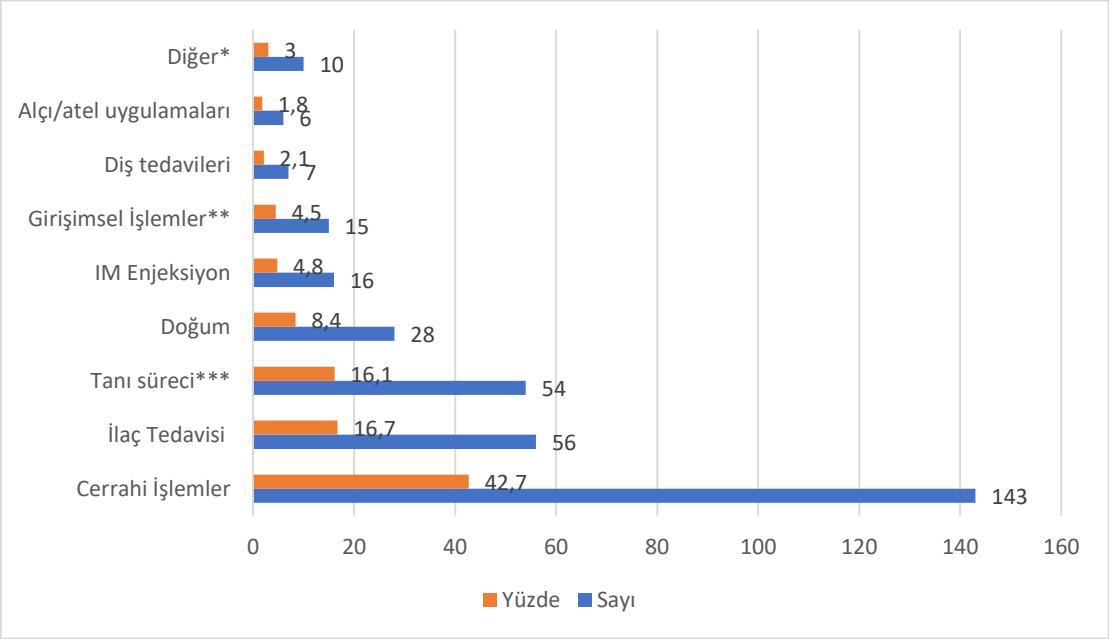
**** İrtikap, kasten yaralama.***

Hatalı olduğu iddiasıyla dava edilen tıbbi uygulamaların sonucunda gelişen zararlara ait 343 karar metninde bilgiye ulaşıldı. 204 (%59,5) olguda morbidite, 108 (%31,5) olguda ölüm görülürken 31 (%9) olguda kalıcı bulgu gelişmediği saptanmıştır (Şekil 5).



Şekil 5. Gelişen Zararların Niteliğinin Dağılımı.

Davacılar tarafından şikâyete konu olan tıbbi işlemlerin dağılımı incelendiğinde 331 dosyada bu konuyla ilgili bilgi olduğu, en büyük grubu cerrahi işlemlerin (143 olgu, %42,7) oluşturduğu bu grubu ikinci sırada ilaç tedavisinin (56 olgu, %16,7) üçüncü sırada tanı sürecinde yapılan hataların (54 olgu %16,1) takip ettiği tespit edilmiştir (Şekil 6).



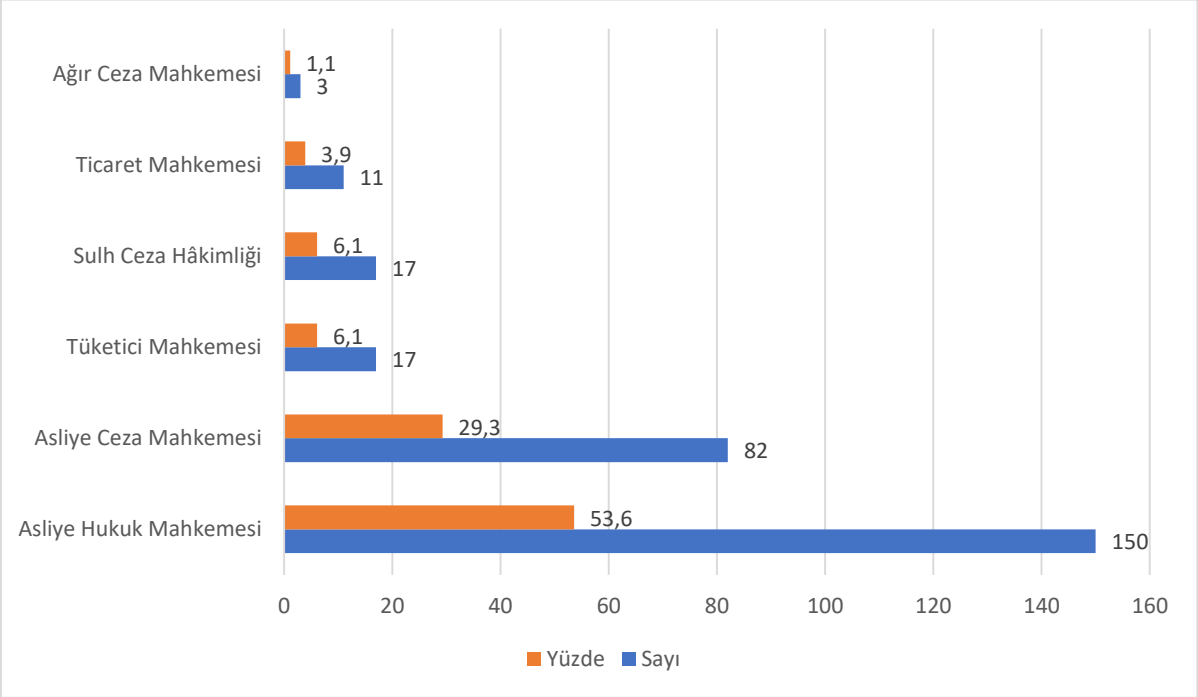
Şekil 6. Şikâyet Konusu Tıbbi İşlemlerin Dağılımı.

**** Lazer epilasyon, kan nakli, radyoterapi, dikiş atma, kulak tıkacı yaptırma.***

***** Anjio, endoskopi, kolonoskopi vd.***

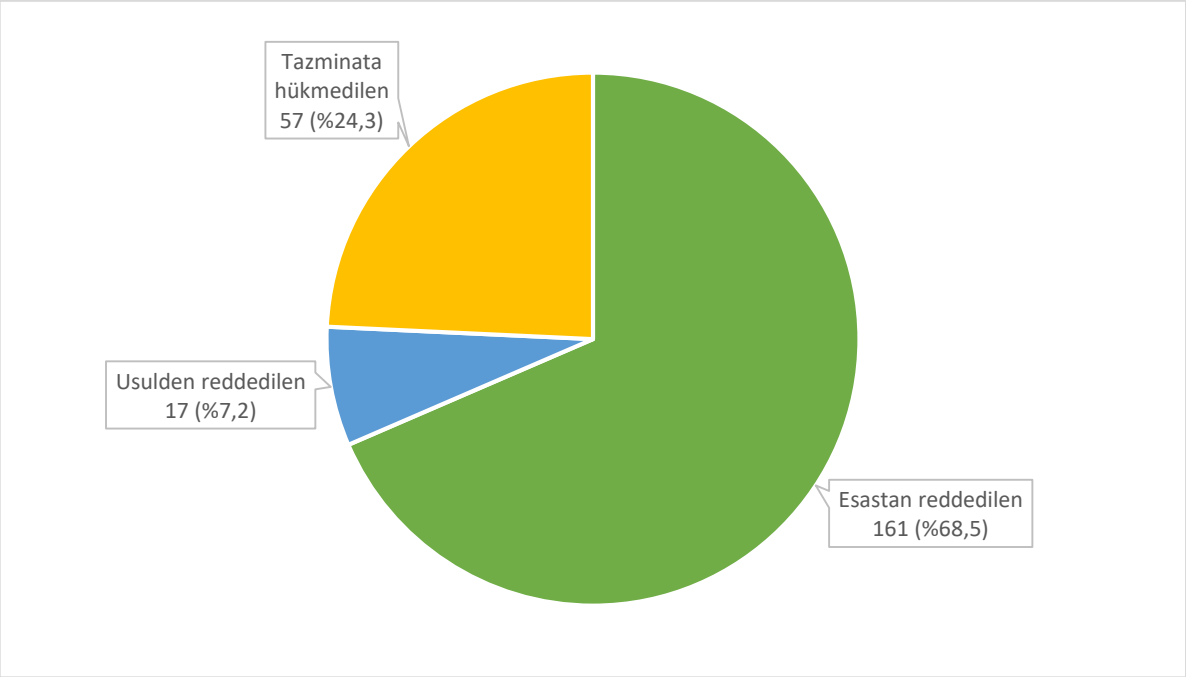
****** Hastalığın tanısını koyamama, hatalı veya geç tanı koyma.***

Davacıların tıbbi malpraktis iddiasıyla sağlık mesleği mensupları hakkında dava açtıkları mahkemelerin dağılımı incelendiğinde 280 karar metninde bu konuda bilgi olduğu görüldü. En sık dava açılan mahkemenin 150 olgu (%53,6) ile asliye hukuk mahkemeleri olduğu, bunu sırasıyla 82 olgu (%29,3) ile asliye ceza mahkemeleri, 17'şer olgu (%6,1) ile tüketici mahkemeleri ve sulh ceza hâkimliklerinin takip ettiği görüldü (Şekil 7).



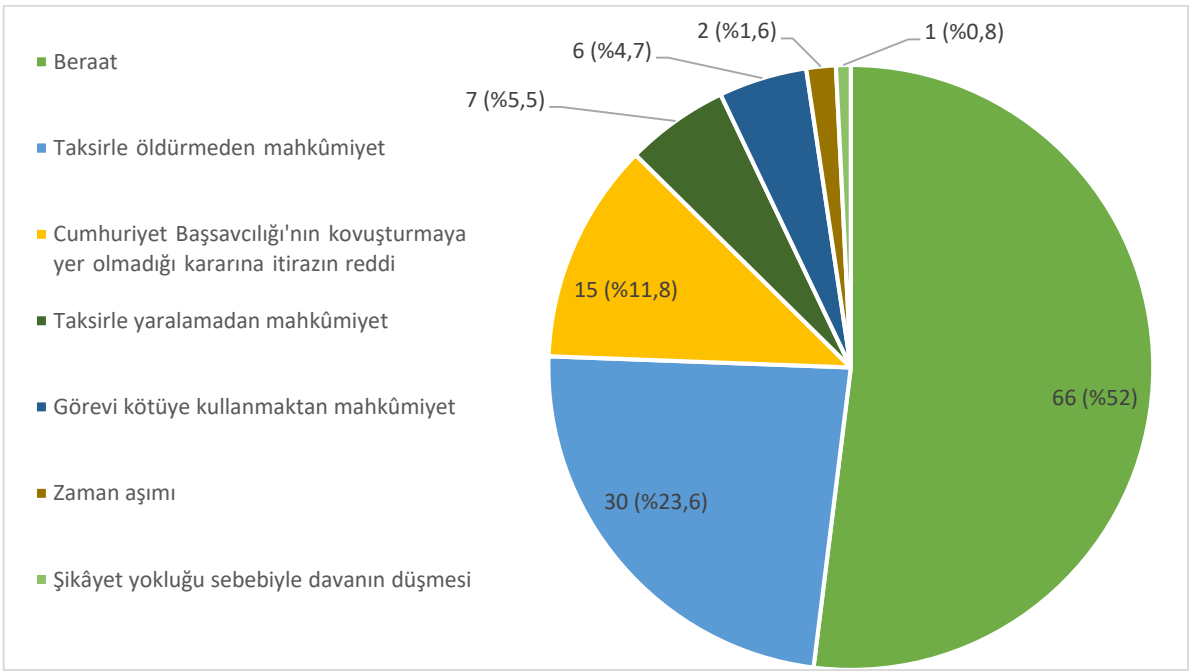
Şekil 7. Dava Açılan İlk Derece Mahkemelerinin Dağılımı.

Açılan davalar sonucunda hukuk mahkemelerinin vermiş olduğu kararlar değerlendirme kapsamına alındığında, 235 davanın 161'inde (%68,5) davalıların kusurlu olmadığı gerekçesiyle davanın esastan reddine karar verildiği, 17'sinde (%7,2) davaların usulden reddedildiği, 57'sinde (%24,2) ise davalıların tıbbi malpraktis yaptığı gerekçesiyle tazminat ödemesine karar verdiği saptanmıştır (Şekil 8).



Şekil 8. Hukuk Mahkemelerinin Kararları.

Açılan davalar sonucunda ceza mahkemelerinin kararları incelendiğinde, 127 davadan 66'sında (%52) davalıların beraat ettikleri, diğer sebeplerle birlikte ele alındığında toplam 84 (%66,1) davanın davalıların lehine sonuçlandığı, 21 (%16,5) davada taksirli suçlardan, 30 (%23,6) davada görevi kötüye kullanma suçundan davalılar hakkında hüküm verildiği gözlemlenmiştir (Şekil 9).



Şekil 9. Ceza Mahkemelerinin Kararları.

Yargıtay'ın hukuk ve ceza dairelerinin temyiz incelemesi yapmış olduğu dosyalara ait vermiş olduğu kararlar incelendiğinde, Yargıtay H.D.'nin 198 (%85,3) dosyada bozma, 30 dosyada (%12,8) onama kararı verirken; Yargıtay C.D.'nin 60 dosyada (%47,2) bozma, 53 dosyada (%41,7) onama kararı verdiği tespit edilmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Yargıtay Dairelerinin Temyiz Kararları.

	Sonuç	**Sayı**	**Yüzde**
Yargıtay H.D. İnceleme Sonucu	Bozma kararı	198	%85,3
	Onama kararı	30	%12,8
	Düzelterek onama kararı	7	%3
	Toplam	**235**	
Yargıtay C.D. İnceleme Sonucu	Bozma kararı	60	%47,2
	Onama kararı	53	%41,7
	Düzelterek onama kararı	13	%10,2
	İade kararı	1	%0,8
	Toplam	**127**	

Yargıtay H.D.'nin yerel mahkemelerinin vermiş olduğu kararları bozma gerekçeleri tablo 5'te görülmektedir. Tarafların itirazlarını karşılamadığı, söz konusu olayda doğru müdahalenin ne olduğunun açıklanmadığı, meydana gelen sonuç komplikasyon ise yönetiminin doğru yapılıp yapılmadığının irdelenmediği gibi konular işaret edilerek bilirkişi raporlarının eksik veya yetersiz olması 95 (%44,2) olguda en sık bozma gerekçesi olurken, ikinci sırada 17 (%7,9) olguyla tazminatın tespit edilmesi aşamasında yapılan hataların, üçüncü sırada 16 (%7,4) olgu ile onam formunun ya da aydınlatmanın olmaması veya yapılan aydınlatmanın yetersiz olmasının bozma gerekçesi olduğu görülmüştür.

Tablo 5. Yargıtay H.D. Bozma Sebepleri.

Sebep	**Sayı**	**Yüzde**
Bilirkişi raporlarının eksik/yetersiz olması	95	%44,2
Manevi veya maddi tazminat tespitinde yapılan hatalar	17	%7,9
Onam formunun olmaması ya da aydınlatmanın yetersiz olması	16	%7,4
Bilirkişi raporları arasında çelişki bulunması	15	%7
Yerel mahkemenin yetkisiz olması	12	%5,6
Kişiye husumet yöneltilemeyeceği, davanın kuruma açılması gerektiği	11	%5,1
Eser sözleşmesi kapsamında değerlendirilmeden karar verilmesi	9	%4,2
Yerel mahkemenin davayı esastan değerlendirmeyip usulden reddetmesi	6	%2,8
Tüm tıbbi evraklar toplanmadan hüküm verilmesi	6	%2,8
Bilirkişi görüşüne uygun karar verilmemesi	4	%1,9
Yargılama usulüne ilişkin diğer hatalar	19	%8,8
Dosya esasına ilişkin diğer hatalar	5	%2,3
Toplam	215	

İncelenen temyiz karar metinlerinde Yargıtay C.D.'nin bozma kararlarının gerekçeleri tablo 6'da sıralanmıştır. Taksirle öldürme ya da yaralama suçunun oluşabilmesi için doğru tıbbi uygulama yapılmış olması durumunda müdahale edilen kişinin sıhhatine kavuşup kavuşmayacağının irdelenmesi yapılarak sonucunda sıhhatine kavuşacağı kanaatine varılması gerektiği, eğer aradaki illiyet bağı kesin olarak bilinemiyorsa taksirli suçlardan değil görevi ihmâl suçuyla hüküm verilmesinin gerektiği belirtilen kararlar 19 (%30,6) olguyla ilk sırada yer almaktadır. Bozma sebepleri arasında ikinci sırada 12 (%19,4) olgu ile raporların yetersiz veya eksik olması, üçüncü sırada 7 (%11,3) olgu ile raporlar arasında çelişki bulunması gelmektedir.

Tablo 6. Yargıtay C.D. Bozma Sebepleri.

Sebep	**Sayı**	**Yüzde**
Görevi ihmal suçuyla hüküm verilmeli	19	%30,6
Bilirkişi raporlarının eksik/yetersiz olması	12	%19,4
Bilirkişi raporları arasında çelişki bulunması	7	%11,3
Suçun niteliğine uygun olan kanun maddesine göre hüküm kurulmaması	5	%8,1
Tıbbi belge ve ifadeler çelişkili ya da hepsi toplanmamış olması	4	%6,5
Bilirkişi görüşüne uygun karar verilmemesi	3	%4,8
Bilirkişi görüşü alınmadan hüküm kurulması	2	%3,2
Yargılama usulüne ilişkin diğer hatalar	10	%16,1
Toplam	62	

Yerel mahkemeler ile Yargıtay H.D. kararları karşılaştırıldığında, Yargıtay'ın hukuk mahkemesi kararlarının 37'sini (%15,7) onadığı, 198'ini (%84,3) ise bozduğu görülmektedir. Yargıtay'ın, sağlık mesleği mensupları lehine verilen 178 karardan 25'ine (%14) onama, 153'üne (%86) bozma kararı; aleyhine verilen 57 karardan ise 12'sine (%21,1) onama, 45'ine (%78,9) bozma kararı verdiği tespit edilmiştir. Tüm onama ve bozma kararları ki-kare yöntemi ile analiz edildiğinde; verilen kararlar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Hukuk Mahkemesi Kararları ile Yargıtay H. D. Kararlarının Karşılaştırılması.

		İlk Derece Mahkemesi Kararı				p
		Lehe karar	%	Aleyhe karar	%	
Yargıtay Kararı	Onama	25	14	12	21,1	0,206
	Bozma	153	86	45	78,9	
Toplam		178		57		

$\chi^2(1)=1,6$ p=0,206

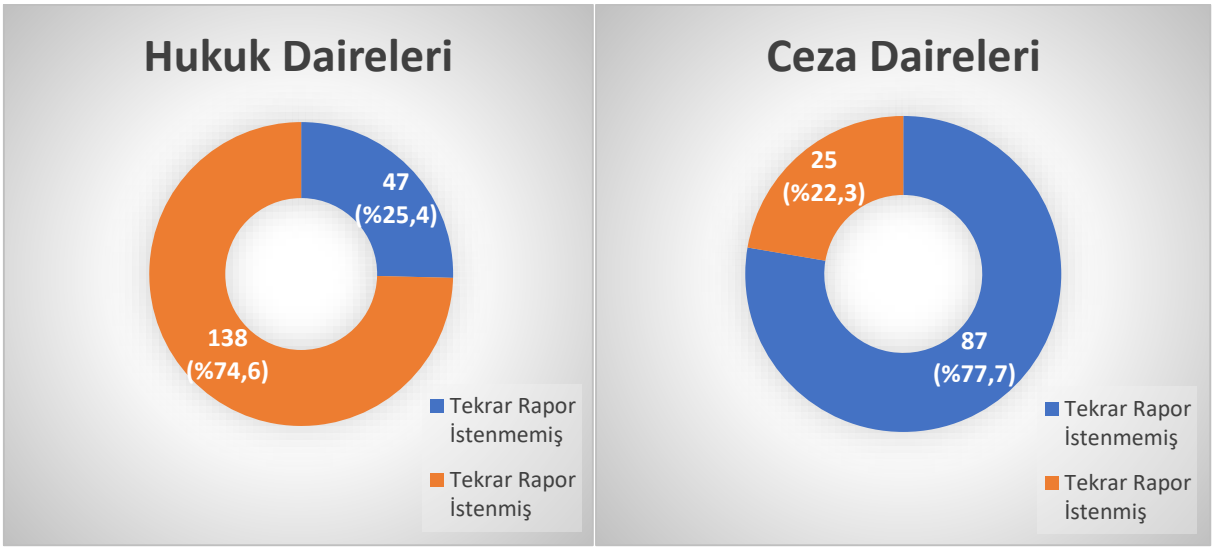
Yargıtay C.D. kararları ile yerel mahkemelerin kararlarının karşılaştırılması tablo 8'de gösterilmiştir. Yargıtay'ın ceza mahkemesi kararlarının 66'sını (%52) onamış, 61'ini (%48) ise bozmuş olduğu tespit edilmiştir. Yargıtay'ın, sağlık mesleği mensupları lehine verilen 84 karardan 54'üne (%64,3) onama, 30'una (%35,7) bozma kararı; aleyhine verilen 43 karardan ise 12'sine (%27,9) onama, 31'ine (%72,1) bozma kararı verdiği görülmüştür. Yargıtay'ın vermiş olduğu kararlar ki-kare yöntemi kullanılarak analiz edildiğinde; lehe verilmiş olan kararların onanma oranının, aleyhe verilmiş kararların onanma oranından anlamlı derecede yüksek olduğu hesaplanmıştır. Aleyhe verilmiş olan kararların bozulma oranı ise, lehe verilmiş kararların bozulma oranından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Tablo 8. Ceza Mahkemesi Kararları ile Yargıtay C. D. Kararlarının Karşılaştırılması.

		İlk Derece Mahkemesi Kararı				p
		Lehe karar	%	Aleyhe karar	%	
Yargıtay Kararı	Onama	54	64,3	12	27,9	<0,001
	Bozma	30	35,7	31	72,1	
Toplam		84		43		

$\chi^2(1)=15,07$ p<0,001

Alınan bilirkişi raporlarında tıbbi malpraktis konusunda yapılan tespitinin kabul edilip edilmediği incelendiğinde; hukuk dairelerinin 185 bilirkişi raporundan 47'sinin (%25,4) tespitini kabul ederek tekrar rapor istemediği, 138'inin (74,6) tespitini ise farklı gerekçelerle kabul etmeyerek yeniden rapor alınmasına karar verdiği saptanmıştır. Ceza dairelerinin ise daha yüksek bir oranla 112 bilirkişi raporundan 87'sinin (%77,7) tespitini kabul ettiği ve tekrar rapor istemediği görülmüştür.



Şekil 10. Yargıtay Kararlarında Tekrar Bilirkişi Raporu Talep Edilme Durumu.

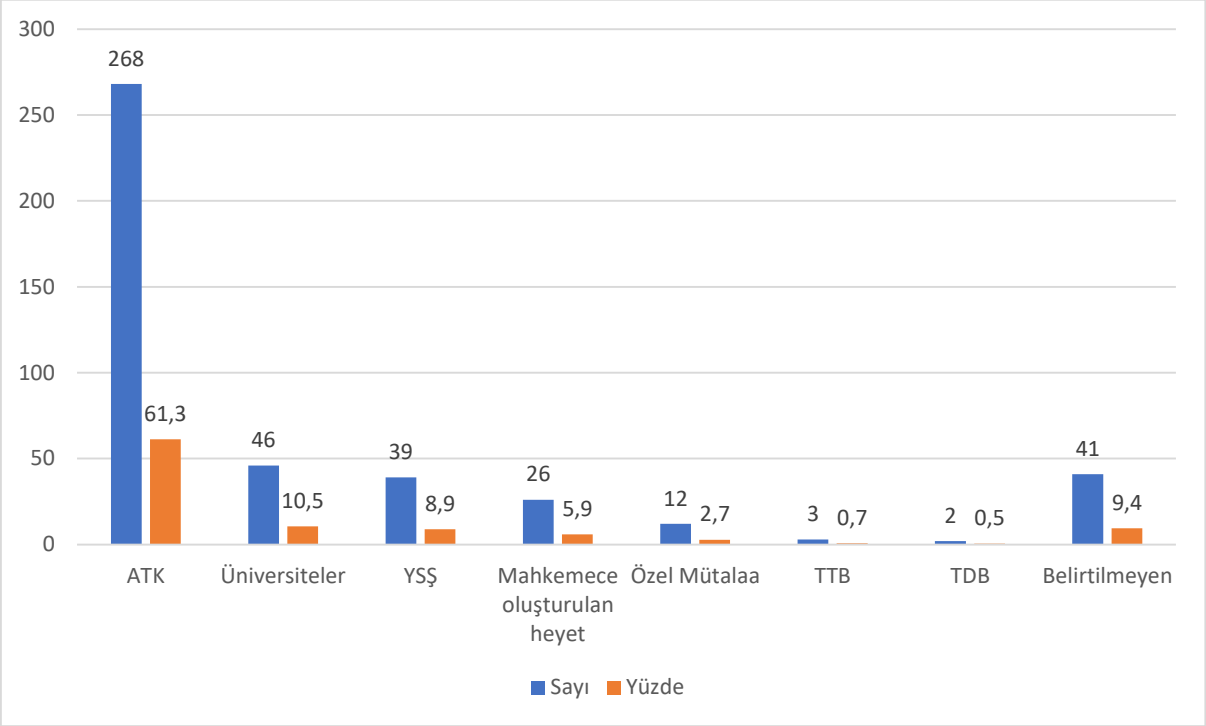
Yargıtay tarafından bilirkişi raporlarının kabul edilmediği dosyalarda, raporlara yöneltilen eleştiriler tablo 9'da sıralanmıştır. En sık eleştiri konusu olan noktanın 92 (%63) olgu ile raporların tarafların talep ve itirazlarını kapsayıcı, durumu ve olması gerekeni ayrıntılarıyla açıklayıcı olmamasının belirtildiği saptanmıştır.

Tablo 9. Yargıtay'ın Bilirkişi Raporlarını Eleştirdiği Konular.

Sebep	Sayı	Yüzde
Taraf itirazlarını ve taleplerini kapsayıcı, sebep sonuç ilişkisi açıklayıcı, olması gerekenin ne olduğu gibi unsurları açıklayıcı değil	92	%63
Tıbbi uygulama hatası olmadığı belirtilse de aydınlatılmış onam yok veya yeterli değil	17	%11,6
Raporda şikâyet konusu işlemi yapan uzmanlık dalında görev yapan bir hekimin imzası bulunmamakta	10	%6,9
Olgu eser sözleşmesi kapsamına alınarak değerlendirilmemiş	9	%6,2
Sonuç ile tıbbi hata arasında illiyet tespiti yapılmamış	6	%4,1
Tüm tıbbi evraklar toplanmadan bilirkişi incelemesi yapılmış	5	%3,4
Hekim sadece ağır değil hafif kusurlarından da sorumludur	3	%2,1
Diğer	4	%2,7
Toplam	146	

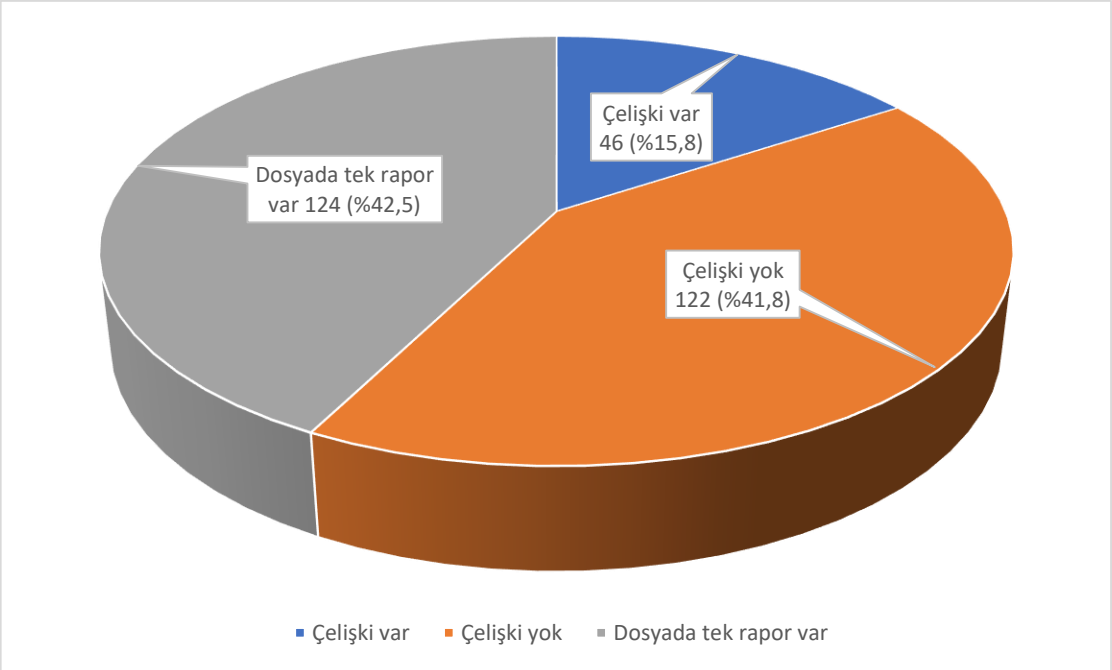
Tıbbi uygulama hatalarının değerlendirilmesi için alınan bilirkişi raporlarının alındığı kurumlar irdelendiğinde; 268 (%61,3) rapor ile ATK'dan rapor alındığı, bunu 46(%10,5) rapor

ile ikinci sırada üniversiteler, 39 (%8,9) rapor ile üçüncü sırada YSŞ'nın takip ettiği görülmüştür (Şekil 11).



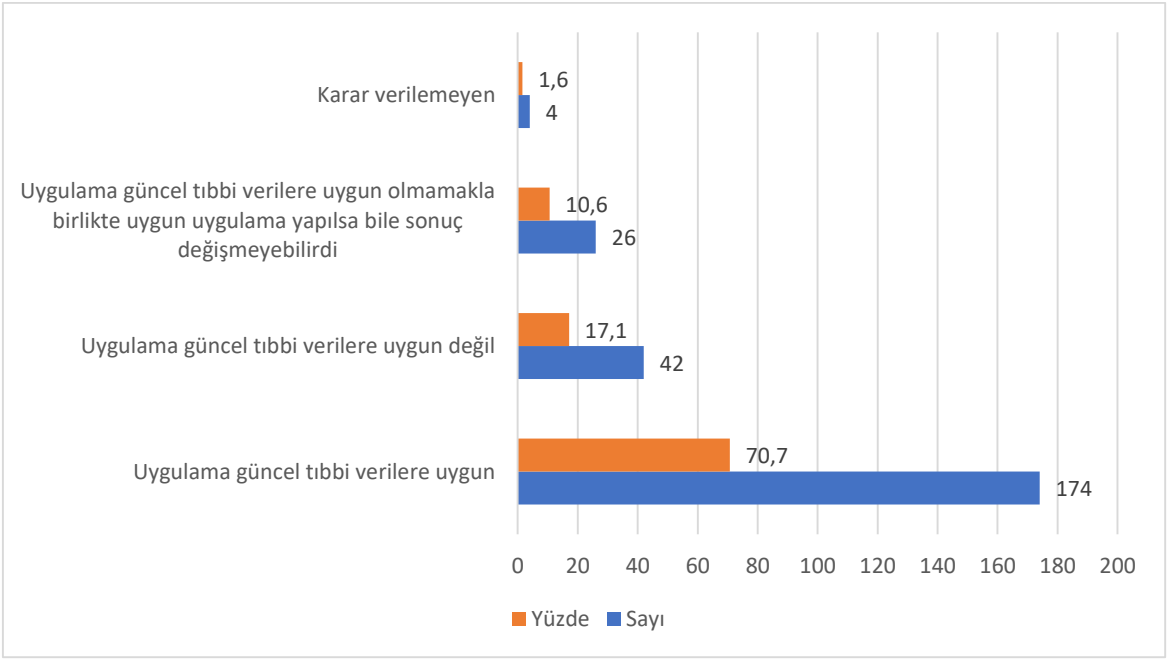
Şekil 11. Bilirkişi Raporlarının Alındığı Kurumlar.

Alınan raporların varmış oldukları sonuçlar değerlendirildiğinde; 124 (%42,5) dosyada tek rapor bulunduğu için herhangi bir çelişkinin söz konusu olmadığı, 168 (%57,5) dosyada ise birden fazla rapor alınmış olduğu tespit edildiği, 168 dosyanın 46'sında (%15,8) çelişki bulunduğu, 122'sinde (%41,8) ise çelişki bulunmadığı tespit edilmiştir (Şekil 12).



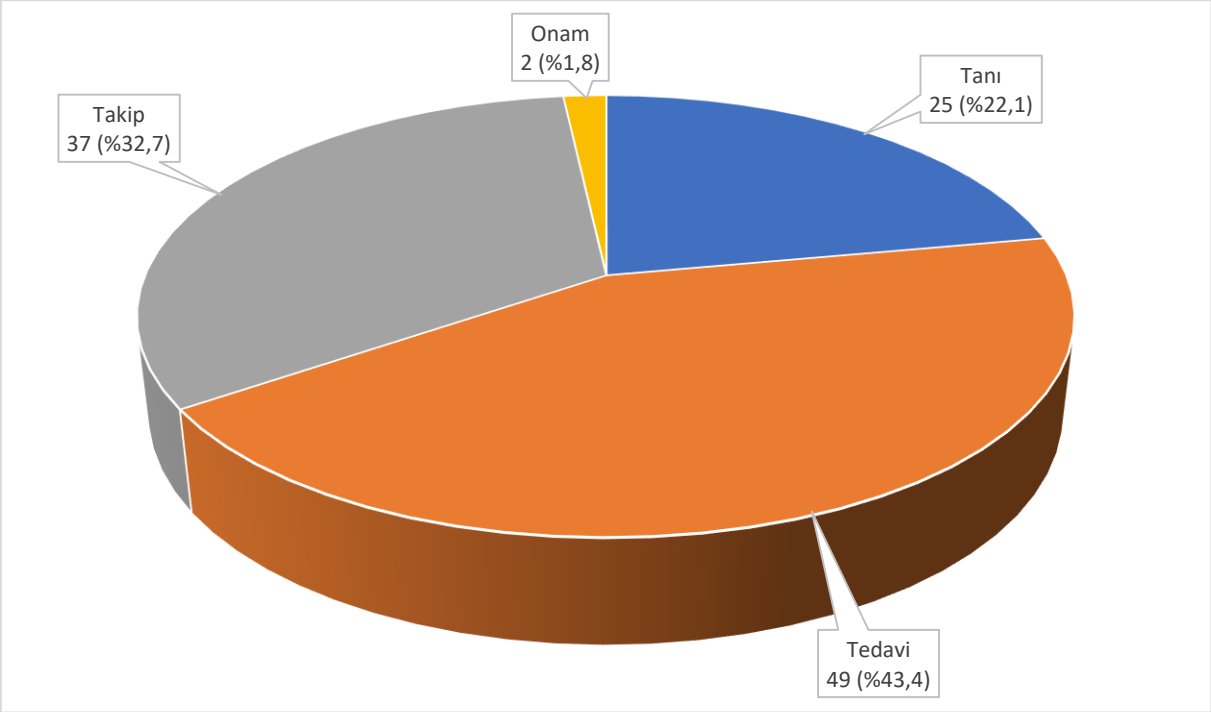
Şekil 12. Bilirkişi Raporları Arasındaki Çelişki Durumu.

Bilirkişi raporları arasında çelişki bulunan dosyalar dışında kalan olgularda bilirkişi raporlarında varılan kararlar incelendiğinde; raporların 174'ünde (%70,7) uygulanan işlemin güncel tıbbi veriler ile uyumlu olduğu, 4'ünde (%1,6) ise karar verilemediği tespit edilmiştir (Şekil 13).



Şekil 13. Bilirkişi Raporları Arası Çelişki Olmayan Dosyalarda Malpraktis İddiası Olan İşlem Hakkında Bilirkişi İncelemesi Sonucu.

Dava konusu tıbbi uygulamalardan bilirkişi raporlarında güncel tıbbi verilere uygun olmadığı tespiti yapılan olguların, tıbbi uygulamanın hangi aşamasında hata yapıldığının belirtildiği incelendiğinde; 49 (%43,4) olgunun tedavi, 37 (%32,7) olgunun takip 25 (%22,1) olgunun ise tanı aşamasında hata yapıldığının belirtildiği saptanmıştır (Şekil 14).



Şekil 14. Bilirkişi Raporlarında Tespit Edilen Hata Sebepleri.

Bilirkişi raporları arasında karar açısından uyumsuzluk görülen olgulardaki bilirkişi kararları karşılaştırmalı olarak tablo 10'da gösterilmiştir. ATK ile üniversitelerden görüş alınan 5 dosyada karar açısından uyumsuzluk olduğu, ATK'nın hata tespit etmediği 3 olguda üniversitelerin hata tespit ettiği, ATK'nın hata tespit etmediği 2 olguda ise üniversitelerin hata tespit ettiği, benzer şekilde ATK'nın hata tespit etmediği 3 olguda YSŞ'nin hata tespit ettiği, ATK'nın hata tespit ettiği 1 olguda ise YSŞ'nin hata tespit etmediği görülmüştür. ATK'nın vermiş olduğu raporlar kendi arasında irdelendiğinde, rapor vermiş olduğu 268 dosyanın 10'unda kendi raporları arasında çelişki olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 10. Bilirkişi Raporları Arasında Çelişki Bulunan Olgularda Kararların Dağılımı.

	ATK		Üniversite		Özel		YSŞ		MOH *		TTB		TDB		Sayı
	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	
ATK-Üniversite	3	2	2	3											5
ATK-YSŞ	3	1					1	3							4
ATK-MOH	2	3							3	2					5
ATK-Özel	0	1			1	0									1
YSŞ-Özel					1	0	0	1							1
ATK-Üniversite-MOH	2	1	1	2					3	0					3
ATK-Üniversite- Özel	0	1	1	0	1	0									1
ATK-Özel-TDB	1	0			0	1							0	1	1
ATK-Özel-YSŞ	1	3			3	1	2	2							4
ATK-Üniversite-TTB	1	0	0	1							0	1			1
Toplam	13	12	4	6	6	2	3	6	6	2	0	1	0	1	26

**** Mahkemece oluşturulan heyet.***

"+" Hata tespit edilmeyen, "-" Hata tespit edilen dosyalar.

V. TARTIŞMA

Tıbbi uygulama hatası davalarının sonuca ulaşma süresi, davaya konu olan durumun karmaşıklığı, delillerin toplanması, uzman görüşlerinin alınması, yargılama aşamaları ve mahkemelerin yoğunluğu gibi faktörlere bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir. Konuyla ilgili olarak ABD'de yapılan bir çalışmada malpraktis iddiasında bulunulan olay ile davanın sonuçlanma tarihi arasında geçen sürenin 45,5 ay (30,6 ay–69,9 ay) olduğu bildirilmiştir (50). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise malpraktis olduğu iddia edilen olay tarihi ile Yargıtay temyiz kararı arasında geçen ortalama sürenin 131,06 ay olduğu tespit edilmiştir (58). Çalışmamızda Yargıtay dairelerinin karar tarihleri ile şikâyet konusu olay tarihi arasında geçen ortalama sürenin 9,52 yıl olduğu hesaplandı. Yargıtay kararlarında davanın açılma tarihiyle ilgili bilgi bulunmamakla birlikte Bilir Balıkçı'nın ölümle sonuçlanan ve sonuçlanmayan malpraktis olgularını karşılaştırdığı doktora tezinde olay ile şikâyet arasında geçen sürenin olguların %50'sinde 0-12 ay arasında, %19,8'inde 13-24 ay arasında %16'sının ise 25-36 ay arasında olduğu belirlenmiştir (51). Olay ile şikâyet tarihi arasında geçen süre göz önünde alındığında yargılama aşamasının oldukça uzun sürdüğü görülmektedir. Ülkemizde malpraktis iddiası ile açılan davaların sonuçlanmasının uzun yıllar almasının birçok farklı nedeni bulunmaktadır. Bu davalar, hâkimlerin hukuk alanının dışında kalan ve teknik ile uzmanlık gerektiren bir konuda karar vermesini gerektirmektedir. Bu sebeple hâkimlerin bilirkişi incelemesi talep ederek dava konusu olayın aydınlatılmasını sağlamaları gerekmektedir. Bilirkişi raporlarında tarafların itiraz ettiği noktaların açıklığa kavuşturulmaması ya da mahkemenin sormuş olduğu sorulara tam olarak cevap verilmemesi gibi durumlarda yeniden bilirkişi incelemesi talep edilmektedir. Birden çok sayıda rapor alınan davalarda raporlar arasında çelişki bulunması durumunda bu çelişkinin giderilmesi amacıyla tekrar rapor alınması talep edilmekte ve bu da yargılama sürecini oldukça uzatmaktadır. Bunun dışında şikâyet konusu tıbbi uygulama ile ilgili olarak mahkeme tarafından talep edilen epikrizler, radyoloji raporları, hemşire gözlem notları gibi tıbbi belgelerin idare tarafından eksik gönderilmesi, mahkemelerdeki dosya yükü ve iş yoğunluğu, taraf avukatlarının davayı kasıtlı olarak uzatma girişimleri de yargılama sürecinin uzamasına sebep olan faktörler olarak sıralanabilir.

Çalışmamızda yerel mahkemelerinin kararları sonrasında dosyaların karara bağlanmaları için temyiz sürecinde Yargıtay'da geçen süreyi ortalama 2,39 yıl olarak tespit ettik. Adalet Bakanlığı tarafından yayımlanan 2020 yılı adli istatistiklerde; açılan tüm davalar için Yargıtay H. D.'de dosyaların görülme süresinin ortalama 259 gün, karara bağlanma süresinin ortalama 459 gün olduğu; Yargıtay C.D.'de dosyaların Cumhuriyet Başsavcılığı'nda

ortalama 526 gün, görülme aşamasında ortalama 343 gün, karara bağlanma aşamasında ortalama 424 gün geçirdiği belirtilmiştir (52). Bu süreleri topladığımızda dosyaların sonuçlanmasının Yargıtay H.D.'de ortalama 718 gün (1,96 yıl), Yargıtay C.D.' de ise 1293 gün (3,54 yıl) sürdüğü anlaşılmaktadır. Malpraktis iddiası ile açılan davaların ilk derece mahkemelerindeki yargılama sürelerinin aksine, Yargıtay aşamasında sonuçlanma süresi ile diğer konularda açılan davaların sonuçlanma sürelerinin birbirine oldukça yakın olduğu görülmektedir. CMK Madde 288'de temyiz incelemesinin bir hukuk kuralının uygulanmaması veya yanlış uygulanmasına dayanması gerektiği vurgulanmıştır (43). İlk derece mahkemesi ile Yargıtay arasındaki sorumluluk dağılımı ile iş bölümü, temyiz incelemesinin maddi olay yönünden değil, sadece hukuki yönden yapılmasını gerektirir. Temyiz yargılamasında sadece hukuki denetim yapıldığı için, temyiz mahkemesi, ilk derece mahkemesi ve bölge adliye mahkemesinin tespitleri ile delil değerlendirmesine bağlıdır. Bu nedenle, temyiz yargılamasında kural olarak, olayın gerçekleşip gerçekleşmediği konusunda yeni delil sunulması mümkün değildir (53). Çalışmamızda da Yargıtay tarafından temyiz aşamasında bilirkişi raporu talep edilmediği, ek delil toplanmadığı görülmüştür. Deliller veya bilirkişi raporlarında bir eksiklik olması durumunda bu eksiklik belirtilerek dosya eksikliklerin giderilmesi için ilk derece mahkemesine geri gönderilmiştir. Yargıtay aşamasında malpraktis davalarının sonuçlanma süresinin diğer davalarla yakın olmasını bu farklılığa bağlamaktayız.

Tıbbi uygulama hatası iddialasıyla açılan davaların sağlık mesleği mensuplarına göre dağılımında hekimler büyük bir farkla ilk sırada yer almaktadır. Farklı ülkeleri kapsayan bir çalışmada hekimlerin suçlanma oranı Danimarka'da %89, Almanya'da %86 ve Meksika'da %90 olarak saptanmıştır (54). Ülkemizde bu oran Kırtışoğlu'nun tez çalışmasında %82 olarak saptanmıştır (55). Algan'ın çalışmasında hatalı tıbbi uygulama iddiası olan dava dosyalarında en büyük grubu %84,2 ile hekimlerin oluşturduğu belirtilmiştir (56). Çalışmamızda hatalı tıbbi uygulama iddiasıyla dava açılan sağlık mesleği mensuplarının görev alanları irdelendiğinde; ilk sırada %81,7 ile hekimlerin sorumlu tutulduğu görülmektedir. Çalışmamızda elde edilen sonuçlar, şikâyet edilen sağlık çalışanlarının görev alanlarının dağılımı açısından literatürle uyumlu bulunmuştur. Hekimler, sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli rol oynamakta ve hastaların sağlığı üzerinde büyük bir etkiye sahiptirler. Tanı koyma, tedavi planlama ve cerrahi işlemler gibi önemli kararları hekimler almaktadır. Bu nedenle, tıbbi uygulama hatalarından doğabilecek sorumluluk büyük oranda hekimlere yüklenmekte ve şikâyet konusu olmaktadır.

Malpraktis iddiasıyla suçlanan hekimlerin, uzmanlık alanlarına göre dağılımı, farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda değişiklik göstermekle birlikte, genel olarak cerrahi branşların

ön planda olduğu gözlemlenmektedir. Amerika'da 2005-2014 yılları arasında açılmış davaları değerlendiren bir çalışmada ilk üç grubu iç hastalıkları (%15), kadın hastalıkları ve doğum (%13) ile genel cerrahi (%12) uzmanlıkları uluşturmaktadır (57). Gülmez'in tez çalışmasında; Almanya'da açılan malpraktis davalarının %37'sinin ortopedi ve travmatoloji, %11'inin genel cerrahi, %9'unun ise kadın hastalıkları ve doğum uzmanlıklarını kapsadığı; Meksika'da açılan davalar içerisinde %18 ile ilk sırada ortopedi ve travmatolojinin, ikinci sırada %14 ile acil tıp branşının geldiği belirtilmiştir (54). İtalya için yapılan başka bir çalışmada ise sırasıyla ortopedi ve travmatoloji (%18), onkoloji (%13,1), genel cerrahi (%12,5), kadın hastalıkları ve doğum (%13) uzmanlıklarının dava konusu olduğu gösterilmiştir (58). Türkiye'de, Kırtışoğlu'nun 2010-2017 yılları arasında Yargıtay kararlarını inceleyen tez çalışmasında, tıbbi malpraktis davalarında en sık dava açılan uzmanlık alanları sırasıyla kadın hastalıkları ve doğum (%20,7), acil tıp (%20,1) ve genel cerrahi (%11,5) olarak belirlenmiştir (55). 2021 yılını kapsayan başka bir çalışmada ülkemizde en sık dava açılan uzmanlık alanının %20,92 ile kadın hastalıkları ve doğum olduğu, bunu %12,09 ile acil tıp ve %8,06 ile genel cerrahi branşlarının takip ettiği tespit edilmiştir (59). Çalışmamızda literatüre uygun olarak ilk sırada %21,6 ile kadın hastalıkları ve doğum, ikinci sırada %15,9 ile acil tıp ve üçüncü sırada %9,4 ile genel cerrahi gelmektedir.

Çalışmamızda kadın hastalıkları ve doğum branşı ile ilgili olan 69 şikâyetin 28'inin (%40,6) doğumla ilgili şikâyetler olduğu görüldü. Doğası gereği hem anne hem de bebek ölümlerinin yaşanabileceği, mutlu haber beklentisinin yüksek olduğu bir alan olan kadın hastalıkları ve doğum branşı, tıbbi teknolojinin gelişmesiyle beraber tanı ve tedavi sürecinin karmaşıklaştığı yüksek risk taşıyan bir uzmanlık dalıdır. Devletler bebek ve anne ölümlerini düşürmek amacıyla büyük bir çaba sarf etmekte ve ölüm oranının düşük olması ülkeler için gelişmişlik göstergesi kabul edilmektedir. Ancak, yüksek beklentiler ve gelişmiş teknolojinin getirdiği sorumluluklar nedeniyle bu alanda olumsuz sonuçlara karşı tepkiler de oldukça yüksek olmaktadır. Bu faktörlerin bir araya gelmesi kadın hastalıkları ve doğum branşında malpraktis iddialarının yükselmesine sebep olmaktadır. Acil servislerde, çalışma ortamı ve koşulları, hızlı hareket etme zorunluluğu, acile servislere başvurma sebebi olan hastalık veya travmanın bazı durumlarda çok ağır olması, hatta bazı travmaların yaşamla bağdaşmayacak düzeyde olması, hasta veya yakınları ile sağlıklı iletişim kurma imkanlarının sınırlılığı, elektif şartlarda yapılması mümkün olan tetkik ve hazırlık süreçlerinin acil şartlarda gerçekleştirilememesi gibi faktörler, malpraktis iddialarıyla ilişkilendirilen durumlardır. Özellikle müphem şikâyetlerle acil servise başvuran hastalarda, durumun ciddiyetinin anlaşılamaması ve erkenden taburcu edilmesi sonucunda mortalite veya morbidite gelişmesi de malpraktis iddialarını artırmaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan 2022 Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nın verilerine göre; bakanlığa bağlı hastane sayısı 915, üniversite hastanelerinin sayısı 68 ve özel hastanelerin sayısı ise 572 olarak belirtilmiştir. Kişi başına hekime müracaat sayıları ise Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 4,4, üniversite hastanelerinde 0,5, özel hastanelerde ise 0,9 olarak tespit edilmiştir. Malpraktis davası açılan sağlık mesleği mensuplarının çalıştığı kurumlarla ilgili olarak, bir çalışmada devlet hastaneleri %42,16 ile ilk sırayı oluştururken özel hastaneler %40,2 ile ikinci sırada gelmektedir (60). Kırtışoğlu'nun çalışmasında ise ilk sırada özel hastaneler (%47,8) ikinci sırada devlet hastaneleri (%38,7) gelmektedir (55). Bizim çalışmamızda %66,42 ile ilk sırada özel hastaneler ikinci sırada ise %21,07 ile devlet hastaneleri gelmektedir. Özel hastanelere yapılan başvuru sayısının yüksek olmasını üniversitelere ve Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde çalışanlar için açılan tazminat davalarının temyiz incelemelerinin Danıştay tarafından yapılması ve bu davaların Yargıtaya yansımamasına ayrıca özel hastanelerde yüksek miktarlarda ödeme yapan hasta veya hasta yakınlarının beklentilerinin daha yüksek olmasına bağlamaktayız.

Hasta veya hasta yakınları dava dilekçelerinde çeşitli gerekçeleri öne sürerek tıbbi uygulama hatası iddiasında bulunmaktadırlar. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ilk sırada yanlış tedavi (%47) ikinci sırada özen-dikkat eksiklikleri (%33) olgularının geldiği, diğer bir çalışmada ise yine ilk sırada tedavideki eksiklik veya yanlışlıklar (%44,6) ikinci sırada ilgi/özen eksiklikleri (%39,9) iddiaları gelmektedir (55,61). Çalışmamızda tıbbi malpraktis iddialarının dayandırıldığı gerekçeler içerisinde ilk sırada tedavi sürecinde yapılan hatalar (%57,6), ikinci sırada ilgisizlik veya özensizlik (%18,61) gelmektedir. Bilirkişi raporlarında güncel tıp bilimine uygun olmadığı belirtilen olguların %43,4'ünde tedavi, %32,7'sinde takip, %22,1'inde ise tanı aşamalarında hata yapıldığı belirtilmektedir. Bu sonuçlar bize sağlık alanında malpraktisi azaltmak için odaklanılması gereken en önemli aşamanın tedavi süreçleri olduğunu göstermekle birlikte ilgisizlik özensizlik iddialarının da önemli bir şikâyet konusu olduğunu göstermektedir. ABD'de yapılan bir çalışmada malpraktis geçmişi olan hekimlerin muayene sürelerinin diğer hekimlerden daha kısa olduğu gösterilmiştir. (62) Başka bir çalışmada hasta başına ayrılan sürenin malpraktis davası açılan hekimlerde 15,0, diğer hekimlerde 18,3 dakika olduğu belirtilmiştir (63). Ülkemizde TTB tarafından muayene sürelerinin bazı hastanelerde 5 dakikaya kadar indirildiği belirtilmektedir. (64) Hekim başına düşen başvuru sayısının yüksek olması, uzun çalışma süreleri, idare tarafından hasta başına hekimin ayırabileceği sürenin 5-10 dakika gibi oldukça kısa sürelere indirilmesi gibi faktörlerin malpraktis iddialarının yüksek olmasına sebep olduğunu düşünmekteyiz.

Tıbbi uygulama hatası iddiasıyla şikâyet konusu edilen olay sonucunda meydana gelen durumları ölüm, morbidite ve herhangi bir kalıcı bulgu oluşmaması olarak üç grupta toplayabiliriz. Temel'in çalışmasında açılan davalarda %49,9 oranında morbidite, %31,5 oranında ölüm ve %18,6 oranında ise kalıcı araz gelişmemiş olduğu gösterilmiştir (60). Çalışmamızda birinci sırada %59,5'lik bir oranda morbidite görülürken, bunu %31,5 ile ölüm, %9 ile kalıcı bulgu gelişmeyen olgular takip etmektedir. Bu oranlar Temel'in çalışmasındaki bulgularla uyumlu olarak ilişkilendirilmiştir.

Almanya'daki malpraktis iddialarını kapsayan bir çalışmada 3656 vaka ile cerrahi işlemlerin ilk sırada, 1194 vaka ile tanı, anamnez, fizik muayene işlemlerinin ikinci sırada geldiği bildirilmiştir (65). Kırtışoğlu'nun çalışmasında şikâyet konusu tıbbi uygulamanın en sık cerrahi işlemler (%46,8) olduğu, ilaç tedavisinin (%16,1) ikinci sırada geldiği gösterilmiştir (55). Çalışmamızda cerrahi müdahalelerin %42,7 ile ilk sırada, ilaç tedavilerinin %16,7 ile ikinci sırada, tanı sürecinde yapılan hataların %16,1 ile üçüncü sırada geldiği tespit edilmiş olup literatürle uyumlu sonuçlar elde edilmiştir. Cerrahi işlemlerin diğer tıbbi müdahalelere göre daha karmaşık ve riskli olması, sadece tıbbi bilgi değil el becerisini de gerektirmesi, medikal tedavilere nazaran en küçük bir hatanın bile geri döndürülemez kalıcı zararlara yol açma potansiyelinin daha yüksek olması gibi faktörlerin şikâyet konusu uygulamalarda ilk sırada olmasının sebepleri arasında olduğunu düşünmekteyiz.

Hatalı tıbbi uygulama iddiası neticesinde sağlık mesleği mensuplarına hem tazminat hem de ceza davası açılmaktadır. Bu bağlamda Aktürk ve arkadaşlarının 2021 yılı Yargıtay kararlarını analiz ettiği çalışmasında ilk derece mahkemeleri tarafından malpraktis davalarında %66,7 oranında davalı taraf lehine, %33,3 oranında ise davalı taraf aleyhine karar verildiği ifade edilmektedir (59). Yüksek yargı kararlarının irdelendiği başka bir çalışmada ise Yargıtay'a yansıyan 136 tazminat davasının %16,9'sının, 17 ceza davasının %23,5'inin sağlık çalışanlarının aleyhine sonuçlandığı gösterilmiştir (66). Çalışmamızda hatalı tıbbi uygulama iddiası ile yerel mahkemelerde açılan tazminat davalarının %24,2'sinde, ceza davalarının ise %33,9'unda sağlık mesleği mensuplarının aleyhine karar verildiği tespit edilmiştir. Bulgularımız bu konuda yapılan diğer çalışmalarla uyumludur.

Kırtışoğlu çalışmasında, Yargıtay'ın bozduğu hukuk davalarının %39,8'inde, ceza davalarının ise %42,6'sında ilk sebep olarak bilirkişi raporlarının yetersiz/eksik olmasının gerekçe gösterildiğini saptamıştır (55). Çalışmamızda Yargıtay'ın vermiş olduğu bozma kararları incelendiğinde; en sık bozma sebebi olarak hukuk davalarında %44,2 ile yetersiz bilirkişi raporları, ceza davalarında %30,6 ile görevi ihmal suçuyla hüküm verilmemesi; ikinci

sırada gelen bozma sebebi olarak hukuk davalarında %7,9 ile tazminatın tespitinde yapılan hatalar, ceza davalarında %19,4 ile yetersiz bilirkişi raporlarının gösterildiği saptanmıştır.

Kırtışoğlu, Yargıtay'ın ceza davalarında verilmiş olan kararların %41'ini, hukuk davalarında verilmiş olan kararların ise %9,6'sının onandığını tespit etmiştir. Ayrıca ceza davalarında onama oranının hukuk davalarından yaklaşık 4 kat fazla olduğu belirtmiştir (55). Çalışmamızda Yargıtay H.D.'nin yerel mahkeme kararlarının %15,7'sini onadığı, Yargıtay C.D.'nin ise yerel mahkeme kararlarının %52'sini onadığı görülmüştür. Çalışmamızdaki bulgular Kırtışoğlu'nun çalışmasındaki bulgularla benzer sonuçlar vermiştir. Hukuk ve ceza dairelerinin vermiş olduğu onama ve bozma kararları arasında anlamlı fark analizi yapmak amacıyla ki kare testi uygulandığında hukuk dairelerinin vermiş olduğu kararlarda anlamlı bir fark bulunamazken (p=0,206), ceza dairelerinin sağlık çalışanları lehine verilmiş olan kararların onanma oranının, aleyhine verilmiş kararların onanma oranından anlamlı derecede yüksek olduğu, sağlık çalışanlarının aleyhine verilmiş olan kararları bozma oranının ise, lehine verilmiş kararları bozma oranından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Hukuk perspektifinde her somut olgu bağımsız olarak ve başlı başına ele alınmaktadır. Suç türlerinin farklı olması, her davada koşulların kendine özgü dinamiklerinin bulunması, yargılama usullerinin hukuk ve ceza davalarında farklı işlemesi gibi unsurlar tespit ettiğimiz anlamlılık üzerinden bir yorum yapmamızı mümkün kılmamaktadır. Ceza dairelerinde tespit etmiş olduğumuz bu tabloya ilişkin sebeplerin irdeleneceği ileri çalışmaların yapılması gerektiği, öte yandan MSK'nın kurulması sonrası bu tablonun nasıl bir hâl alacağının ayrıca incelenmesi gerektiği kanaatindeyiz.

Can ve arkadaşlarının 1978 ile 2006 yılları arasını kapsayan Yargıtay'da karara bağlanan malpraktis dosyalarını değerlendirdiği çalışmada; yargılama sürecinde alınan 25 rapordan 2'sinde (%8) Yargıtay'ın bilirkişi raporu görüşlerini kabul ettiği gösterilmiştir (61). Çalışmamızda; Yargıtay'ın bilirkişi görüşlerini yeterli bulma oranını hukuk davalarında %25,4 ceza davalarında ise %77,7 olarak tespit ettik. Bu artışın sebebinin yüksek yargının bilirkişi raporlarında eksik buldukları noktaları bozma kararlarında belirtmesi, zamanla sonraki davalar için alınan raporlarda ise daha önceki raporlarda belirtilen eksikliklerin bulunmadığı raporlar hazırlanması olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda ceza dairelerinin tekrar bilirkişi raporu talep etmeme oranının hukuk dairelerine göre yaklaşık 3 kat fazla (%77,7 - %25,4) olduğunu, hukuk dairelerinin en sık bozma gerekçesi olarak bilirkişi raporlarının eksik veya yetersiz olmasını (%44,2) gösterdiğini, bilirkişi raporlarında raporun taraf itirazlarını ve taleplerini açıklayıcı olmamasının (%63) en

sık eleştiri konusu olduğunu tespit ettik. Hukuk davalarının safahatinde taleple bağlılık ilkesi öne çıkmaktadır. Dava tarafların talep ve itirazları doğrultusunda ilerlemek zorundadır. Ceza davalarında ise hâkim "maddi gerçek" olarak isimlendirilen "Aslında olan nedir?" sorusuna delil, bulgu ve raporlar ile ulaşmaya çalışmakta olup talep ve itirazlara bağlı değildir. Bu sebeple bilirkişi raporlarının taraf itirazlarını açıklayıcı olmamasının ceza dairelerinde hukuk dairelerinde olduğu kadar bozma sebebi yapılmaması ve yeniden bilirkişi raporu istememe oranının yüksek olduğu kanaatindeyiz.

Çalışmamızda yetersiz bulunan bilirkişi raporlarında eleştirilen konuları araştırdığımızda; birinci sırada raporların taraf itirazlarını ve taleplerini karşılamaması, sebep sonuç ilişkisi açıklayıcı, olması gereken standardın ne olduğu gibi unsurları açıklamaması (%63) gelmektedir. Özellikle hukuk davalarında taleple bağlılık ilkesi esas olduğundan bilirkişi raporları düzenlenirken tarafların iddialarının neler olduğu, hangi konulara itiraz ettikleri, aydınlatılmasını talep ettikleri süreçlerin bütünü dikkate alınarak mümkünse tüm bu unsurların açıklanması gerekmektedir. Ayrıca raporlarda dava konusu durum eğer bir komplikasyon ise sadece durumun komplikasyon olduğu belirtilmekte kalmayıp aynı zamanda komplikasyon yönetiminin doğru ve tam olarak yapılıp yapılmadığı irdelenmeli, söz konusu hastada uygulanması gereken tıbbi standardın ne olduğu ve buna uygun işlemlerin yapılıp yapılmadığı ayrıca belirtilmelidir.

Eleştirilen konular arasında ikinci sırada raporlarda malpraktis olmadığı belirtilmesine rağmen aydınlatılmış onamın olmaması ya da yeterli bulunmaması (%11,6) gelmektedir. Yargıtayın bozma kararlarının sebeplerinin irdelendiği bir çalışmada tüm bozma sebepleri içerisinde aydınlatılmış onamın olmaması veya yetersiz olması %11, başka bir çalışmada %4,9 olarak tespit edilmiştir (55-66). Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk unsurlarından biri aydınlatılmış onamdır. Bu sebeple aydınlatılmış onam hekimler ve diğer sağlık mesleği mensupların için en büyük öncelikler arasında yer almalıdır. Onam alırken tanı, önerilen tedavi yöntemi ve başarı şansı, tedavi süresi, tedavi yönteminin bulundurduğu riskler, kullanılan ilaçlar ve olası yan etkileri hakkında detaylı bir şekilde bilgi verilmelidir. Ayrıca, tedavinin reddedilmesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, alternatif tedavi seçenekleri ve bunların riskleri de açıklanmalıdır. Aydınlatılmış onamın amacı, hastanın tüm bu bilgileri anlayarak kendi sağlık kararını özgürce verebilmesini sağlamaktır. Bu nedenle, karmaşık tıbbi terimler yerine hastanın sosyokültürel seviyesine uygun anlaşılır bir dil kullanmak, görsel materyallerden yararlanmak ve hastanın sorularını sabırla yanıtlamak büyük önem taşımaktadır. Hastanın dil ve kültür farklılıkları nedeniyle anlaşılmada zorluk çektiği

durumlarda, bir tercümandan yardım almak da gerekli olabilir. Bilirkişi raporlarında da malpraktis değerlendirilmesi yapılırken; onamın alınıp alınmadığı, alındı ise onamın uygun şartları taşıyıp taşımadığı raporlarda mutlaka açıklanmalıdır.

Bilirkişi raporlarında şikâyet konusu işlemle ilgili uzmanlık branşında uzman bir hekimin imzasının olmaması (%6,9) ise en sık üçüncü eleştiri konusudur. Örneğin katarakt ameliyatı ile ilgili bir davada içesinde göz hastalıkları uzmanı bulunmayan bir heyet tarafından düzenlenmiş bir raporun Yargıtay tarafından kabul görmeme ihtimâli yüksektir. Bu sebeple bilirkişi raporlarında dava konusu ile ilgili branşta alanında uzman en az bir hekimin bulunması önem arz etmektedir.

Estetik amaçlı tıbbi müdahalelerin hukuki kapsamı konusunda farklı görüşler mevcuttur. İnsanın canlı ve dinamik bir organizma olması ve tıbbi müdahaleye her hastanın farklı tepkiler verebilmesi sebebiyle hekimin herhangi bir sonucu garanti etmesinin etik açıdan ve hukuken mantıklı olmadığını bu sebeple estetik amaçlı müdahalelerin de vekâlet sözleşmesi kapsamında değerlendirilmesi gerektiğini savunan görüşler olduğu gibi salt güzelleştirme amacıyla kişinin dış görünüşüne istediği şekli vermesine ilişkin yapılan müdahalelerin bir eser meydana getirme kapsamına girdiği ve eser sözleşmesi kapsamında değerlendirilmesi gerektiğini savunan görüşler de bulunmaktadır (67-68-69). Eser sözleşmesini savunan görüşe göre; estetik cerrahların bu tür müdahalelerde standardın üzerinde bir özen göstermesi yeterli olmayıp cerrahtan kusursuz bir sonuç ortaya çıkarması beklenmektedir (67). Tıp ve hukuk fakültelerinde okuyan son sınıf öğrencilerinin malpraktis konusundaki görüşleri üzerine yapılan bir çalışmada; hukuk ve tıp fakültesi öğrencilerine 10 senaryodan oluşan bir anket verilmiş ve 6 senaryoda malpraktis-komplikasyon ayrımında tıp ve hukuk fakültesi öğrencilerinin cevapları arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir (70). Bu farklılığın yansımaları Yargıtay ile bilirkişi görüşleri arasında da görülmektedir. Çalışmamızda estetik amacıyla yapılan tıbbi müdahalelerin eser sözleşmesi kapsamında değerlendirilmemesi (%6,2) en sık dördüncü eleştiri sebebi olarak tespit edilmiştir. Yargıtay, estetik amaçlı müdahaleleri, belirli bir işin veya hizmetin tamamlanmasının taahhüt edildiği ve karşılığında ücret alındığı bir sözleşme türü olan eser sözleşmesi kapsamında değerlendirmekte ve yapılan müdahale doğru olsa dahi sonuç beklenen gibi olmadığında müdahaleyi gerçekleştiren hekimi kusurlu görmektedir. Tıbbi açıdan bakıldığında her bireyin vücut yapısı, cilt tipi, yara iyileşme süresi, genetik yatkınlıkları ve metabolizması farklıdır. Hekim tıbbın tüm gerekliliklerine uyarak aynı işlemi, aynı şekilde, aynı sürede gerçekleştirse de farklı kişilerde sonuçların farklı olması mümkündür. Ayrıca tüm tıbbi müdahalelerde olduğu gibi estetik amaçlı müdahalelerde de komplikasyon riskini sıfıra

indirmek olanaksızdır. Bu görüş farklılığının giderilmesi için tıp ve hukuk camiasının bir araya gelerek bu konuda fikir birliğine varması gerektiğini düşünmekteyiz.

Temel'in Danıştay kararlarına yönelik çalışmasında; bilirkişi raporlarının %80,6'nın ATK'dan, %8,1'inin üniversitelerden, %5'inin YSŞ'den alındığı gösterilmiştir (60). Kırtışoğlu'nun 2010-2017 arası Yargıtay kararlarını irdelediği çalışmasında; ATK tarafından verilen raporların (%64,2) ilk sırada, YSŞ raporlarının (%11,9) ikinci sırada, üniversite raporlarının (%8,4) ise üçüncü sırada geldiği belirtilmiştir (55). Çalışmamızda alınan 396 rapordan %61,3'ünün ATK'dan, %10,5'inin üniversitelerden, %8,9'unun YSŞ'den alındığı tespit edilmiştir. Bulgularımız diğer çalışmalarla uyumludur.

Yapılan farklı çalışmalarda; tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan davalar kapsamında alınan bilirkişi raporlarında sağlık mesleği mensuplarının hatalı bulunma oranı Algan'ın çalışmasında %26,5, Kırtışoğlu'nun çalışmasında %30,8 olarak bildirilmiştir (55-56). Çalışmamızda ise bilirkişi raporları arası çelişki olmayan dosyaların %27,7'sinde tıbbi uygulama hatası olduğuna dair görüş bildirdiği tespit edilmiştir.

Farklı kurumlardan alınan raporlardaki çelişki durumunu incelediğimizde çalışmamızda; En sık 5 vaka ile ATK ve üniversiteler arasında görüş ayrılığı yaşandığı, bunu 4 vaka ile ATK ve YSŞ arasındaki görüş ayrılığının takip ettiği görüldü. ATK'nın tıbbi uygulama hatası tespit etmediği 3 vakada üniversitelerin hata tespit ettiği, ATK'nın tıbbi uygulama hatası tespit ettiği 2 vakada ise üniversitelerin hata tespit etmediği tespit edilmiştir.

Bazı davalarda birden fazla bilirkişi görüşü alınmasına ihtiyaç duyulabilmektedir. Kırtışoğlu çalışmasında; birden fazla bilirkişi raporu alınmış 133 dosyanın %43'ünde bilirkişi raporları arasında çelişki olduğunu göstermiştir. Kıvrak çalışmasında; raporların %23,2'sinin birbiriyle çelişen raporlar olduğunu ifade etmiştir (71). Çalışmamızda birden fazla bilirkişi raporu alınmış dosyalar incelendiğinde; 168 dosyada birden fazla bilirkişi raporu olduğu, bu dosyaların 46'sında (%27,4) raporlar arasında çelişki bulunduğu saptanmıştır. Temel'in çalışmasında tek hekim tarafından düzenlenen raporların diğer raporlarla anlamlı derecede yüksek oranda çelişki oluşturduğu tespit edilmiştir (60). Başka bir çalışmada raporlar arası çelişkilere raporlarda ilgili branştan uzman olmaması ya da adli tıp uzmanı olmaması gerekçe gösterilmiştir (55). Bilirkişi raporları hazırlanırken ilgili branştan en az bir uzmanın bulunmasının yanında davaya konu olayın hukuki sorumluluk perspektifinde daha etkin değerlendirilebilmesi için, bilirkişi heyetinde en az bir adli tıp uzmanının da bulunmasının raporlar arasındaki çelişkileri azaltacağını öngörmekteyiz.

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

1- 2018-2022 yılları arasında Yargıtay tarafından malpraktis davaları hakkında verilen kararları incelediğimiz tez çalışmamızda; açılan davalarda olay tarihi ile Yargıtay'ın karar vermesi arasında geçen sürenin ortalama 9,52 yıl olduğu, şikâyet edilen sağlık mesleği mensupları içerisinde en büyük grubu hekimlerin ve uzmanlık alanlarına baktığımızda ise en büyük grubu kadın hastalıkları ve doğum branşının oluşturduğu, cerrahi müdahalelerin dava konusu tıbbi uygulamalar arasında birinci sırada yer aldığı, hasta veya hasta yakınlarının en sık tedavi hataları veya ilgisizlik/özensizlik iddiasıyla dava açtıkları, hukuk davalarının %24,2'sinin ceza davalarının %33,9'unun sağlık mesleği mensupları aleyhine sonuçlandığı, ceza davalarında Yargıtay'ın sağlık mesleği mensupları lehine verilen kararları onama oranının aleyhine verilen kararları onama ihtimalinden, aleyhe verilen kararların bozma oranının ise lehine verilen kararları bozma ihtimalinden anlamlı derecede yüksek olduğu, Yargıtay tarafından en sık bozma gerekçesi olarak bilirkişi raporlarının eksik/yetersiz olmasının gösterildiği tespit edilmiştir.

2- Mahkeme süreçlerinin uzun sürmesinde payı büyük olan bilirkişi incelemesi aşamasının kısaltılabilmesi adına, bilirkişi heyetine sorulacak soruların mümkün olduğunca net ve ayrıntılı sorulması ve olabildiğince az bilirkişi raporu alınarak dava süreçlerinin tamamlanması sağlanmalıdır.

3- Tıbbi işlemler öncesinde aydınlatılmış onam alınması hem hukuki hem de etik bir yükümlülüktür. Tedavi yönteminin ne olduğu, başarı şansı, tedavi süresi ve taşıdığı riskler hakkında detaylı bilgilendirmenin yapıldığı, önerilen tedavinin reddedilmesi durumunda hastalığın ilerleyişinin sonuçları, farklı tedavi seçenekleri ve bu tedavilerin de risklerinin açıklandığı aydınlatılmış onam yazılı olarak alınmalıdır. Ayrıca onam alındıktan sonra bu onamların saklanması ileride açılma potansiyeli olan davalarda ispat olması açısından büyük önem taşımaktadır.

4- Dikkat ve özen eksikliği iddialarının azaltılabilmesi için yoğun çalışma sürelerinin düşürülmesi, sağlık çalışanları üzerindeki iş yükünün hafifletilmesi, 5-10 dakika gibi oldukça kısa aralıklarla randevu oluşturulması uygulamasının kaldırılması gerekmektedir.

5- Bilirkişi raporlarının mahkemeler tarafından yetersiz bulunarak reddedilmesinin önüne geçmek için rapor düzenleyecek heyette dava konusu ilgili uzmanlık alanından ve adli tıp alanından en az bir uzmanın bulunması, bilirkişi raporlarında; uygulanması gereken standardın ne olduğu ve bundan sapma olup olmadığı, tıbbi uygulamada hata yapılıp

yapılmadığı, eğer bir hata varsa sonucunda bir zarar oluşup oluşmadığı, zarar varsa derecesinin ne düzeyde olduğu, zararla hata arasında illiyet bağının bulunup bulunmadığı, ortaya çıkan zarar bir komplikasyon sonucu meydana geldiyse komplikasyonun yönetiminin doğru yapılıp yapılmadığı, aydınlatılmış onamın alınıp alınmadığı ve onamın uygun şartları taşıyıp taşımadığı, bunların dışında mümkünse tarafların iddia ve itirazlarında değindikleri noktaların sonuca kavuşturulması noktasında açıklamalar içermesi büyük önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Ertekin C. Tıbbın Öyküsü. 3. Baskı. İstanbul: İş Bankası Kültür Yayınları; 2019.
2. Budak D. İlkçağlardan günümüze hekimliğin gelişimi. Yeni Yüzyıl Journal of Medical Sciences. 2021;2(2):6-10.
3. Örs Y. Geçmişte ve Günümüzde Hekim-Hasta İlişkisi. Tıp Dünyası. 1975;48(6):224-230.
4. Atıcı E. Hasta-Hekim İlişkisi Kavramı. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2007;33(1):45-50.
5. Kök AN. İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi'nin Uygulanmasında Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu. Türkiye İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu Akademik Dergisi. 2018;1(1):147-162.
6. Önal G. Hasta Haklarının Anatomisi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;3(1):7-14
7. Aşırdizer M, Ekiz A. Tıbbi Malpraktis İddialarında Çözüm Önerileri. Adli Tıp Bülteni. 2022;27(3):288-294
8. Değdaş UC. Hatalı Tıbbi Uygulamadan (Malpraktis) Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk. Anadolu Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 2018;4(6):41-65.
9. Polat O. Tıbbi Uygulama Hataları. 3. Baskı. Ankara: Seçkin Yayınları; 2019.
10. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları [İnternet]. [E.T. 14.05.2024] Erişim adresi: https://ttb.org.tr/mevzuat_goster.php?Guid=5755966a-a285-11e7-9205-300896da83fe
11. Umut İE. Hekimin Malpraktisten Doğan Cezai Sorumluluğunun Belirlenmesi ve İspata İlişkin Sorunlar. KTO Karatay Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2021.
12. Saka NE, Temel G. Hekim Sorumluluğu. Saka NE, editör. Adli Tıp ve Adli Bilimlerde Klinik Uygulamalara Bakış. 1. Baskı. İstanbul: Akademisyen Yayınevi; 2019. s. 321-335.
13. Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği [İnternet]. [E.T. 14.05.2024]. Erişim: https://www.ttb.org.tr/mevzuat_goster.php?Guid=59fbfe54-a285-11e7-9205-300896da83fe
14. Bulut N, Ersoy V. Mesleki Sorumluluk ve Disiplin İşlemleri. Bulut N, editör. TTB ve Tabip Odalarının Tıbbi Etik ve Deontolojiyi Koruma Sorumluluğu. 1. Baskı. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2018. s. 20-49.
15. Bayındır MS. Sağlık Hizmetlerinde İdarenin ve Hekimlerin Sorumluluğu. Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 2007;11(1):551-590.

16. Devlet Memurları Kanunu [İnternet]. [E.T. 14.05.2024]. Erişim: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=657&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5
17. Yükseköğretim Kanunu [İnternet]. [E.T. 14.05.2024]. Erişim: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2547&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5
18. Yördem Y. Hekimin Hatalı Tıbbi Uygulamaya Bağlı Hukuki Sorumluluğu. Türkiye Adalet Akademisi Dergisi. 2019; 39:129-156.
19. Yargıtay Kararı [İnternet]. [E.T. 14.05.2024]. Erişim: https://mevzuat.sinerjias.com.tr/ictihat/yuksek-mahkeme/yargitay%20karari/U2U5NG10V2VwK3F5QXEyMmZvcEI4UT09?s=1991%2F8375&alternatif=
20. Türk Borçlar Kanunu [İnternet]. [E.T. 14.05.2024]. Erişim: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=6098&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5
21. Özcan Z, Özcanoğlu AB. Yargıtay İçtihatları Işığında Malpraktis Komplikasyon Ayrımına Bağlı İspat Sorunları. Uyuşmazlık Mahkemesi Dergisi. 2020; 16:289-315.
22. Özdemir H. Hekimin Hukuki Sorumluluğu. Erciyes Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 2016;11(1):33-81.
23. Kurtulan G. Haksız Fiilde Hukuka Aykırılık Unsuru. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi. 2017;23(1):465-504.
24. Altun G, Yorulmaz AC. Yasal Değişiklikler Sonrası Hekim Sorumluluğu ve Malpraktis. Balkan Medical Journal. 2010; 1:7-12.
25. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası [İnternet]. [E.T. 15.05.2024]. Erişim: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2709&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5
26. Farzaliyeva G. Tıp Hukuku Bakımından Hekimin Cezai Sorumluluğu. İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2019.
27. Hakeri H. Tıp Hukuku. 26.Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2024.
28. Çiftcioğlu CT. Türk Ceza Kanunu'nda Taksir. Ankara Barosu Dergisi. 2013; 3:317-338.
29. Türk Ceza Kanunu [İnternet]. [E.T. 15.05.2024]. Erişim: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5237&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5

30. Kılıç EM. Temel Tıp Bilimleri Alanında Çalışan Hekimlerin Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası. İstanbul Bilgi Üniversitesi Lisansüstü Programlar Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2020.
31. Kahraman Z. Medeni Hukuk Bakımından Tıbbi Müdahaleye Hastanın Rızası. İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 2016;7(1):479-510.
32. Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun [İnternet]. [E.T. 15.05.2024]. Erişim: https://www5.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5013.html
33. Demir M. Hekimin Sözleşmeden Doğan Sorumluluğu. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 2008;57(3):225-252.
34. Hakeri H. Tıp Hukukunda Malpraktis Komplikasyon Ayrımı. Toraks Cerrahisi Bülteni. 2014;5(1):23-28.
35. Hasta Hakları Yönetmeliği Kanunu [İnternet]. [E.T. 16.05.2024]. Erişim: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5
36. Polat O, Pakiş I. Tıbbi Uygulama Hatalarında Hekim Sorumluluğu. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2011;2(3):119-125.
37. Değdaş UC. Hatalı Tıbbi Uygulamadan (Malpraktis) Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk. Anadolu Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 2018;4(6):41-65.
38. Koç S. Adli Tıbbi Açıdan Malpraktis ve Hekim Sorumluluğu. Toraks Cerrahisi Bülteni. 2014;5(1):14-22.
39. Dizlek G, Akbulut Y. Sağlık Çalışanlarının Görev Kusurlarına Yönelik İdari ve Adli Soruşturmaların Analizi. Legal Hukuk Dergisi. 2017;15(172):1605-1622.
40. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği [İnternet]. [E.T. 16.05.2024]. Erişim: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=85319&MevzuatTur=3&MevzuatTertip=5
41. Hususi Hastaneler Kanunu [İnternet]. [E.T. 16.05.2024]. Erişim: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2219&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=3
42. Erdoğan E, Üçüncü SH. Bilirkişilik Kurumu ve Bilirkişi Raporunun Delil Değerine İlişkin Bazı Sorunlar. Hacettepe Hukuk Fakültesi Dergisi. 2020;10(1):354-387.

43. Ceza Muhakemeleri Kanunu [İnternet]. [E.T. 16.05.2024]. Erişim: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5271&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5
44. Adli Tıp Kurumu ile İlgili Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun [İnternet]. [E.T. 16.05.2024]. Erişim: https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=2659&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5
45. Bakanlıklara Bağlı, İlgili, İlişkili Kurum ve Kuruluşlar ile Diğer Kurum ve Kuruluşların Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi [İnternet]. [E.T. 16.05.2024]. Erişim: https://mevzuat.gov.tr/anasayfa/MevzuatFihristDetayIframe?MevzuatTur=19&MevzuatNo=4&MevzuatTertip=5
46. Anayasada Yapılan Değişikliklere Uyum Sağlanması Amacıyla Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname [İnternet]. [E.T. 16.05.2024]. Erişim: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/07/20180709M3.htm
47. Türk Ceza Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun [İnternet]. [E.T. 20.05.2024]. Erişim: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/05/20220527-7.htm
48. Kaygusuz S.7406 Sayılı Kanun'un Sağlık Çalışanları Bakımından Getirdiği Yeni Düzenlemeler. Türkiye Adalet Akademisi Dergisi 2023; 53:247-284.
49. Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbî İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik [İnternet]. [E.T. 20.05.2024]. Erişim: https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/06/20220615-14.htm
50. Cohen D, Chan SB, Dorfman M. Malpractice Claims on Emergency Physicians: Time and Money. The Journal of Emergency Medicine. 2012;42(1):22-27.
51. Bilir Balıkçı M. Tıbbi Uygulama Hatası İddialarında Ölümle Sonuçlanan ve Sonuçlanmayan Olguların Karşılaştırılması. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi. 2019.
52. Adli İstatistikler 2020 [İnternet]. [E.T. 21.05.2024]. Erişim: https://adlisicil.adalet.gov.tr/Home/SayfaDetay/adl-istatistikler-yayin-arsivi
53. Erdem MR, Kavlak C. Ceza Muhakemesinde Temyiz İncelemesinin Kapsamı ve Sınırları. Yargıtay Dergisi. 2018;44(4):1419-1478.

54. Gülmez S. Çeşitli Ülkelerin Tıbbi Malpraktis Olguları ile Bazı Gelişmişlik Göstergeleri Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi. 2022.
55. Kırtışoğlu M. Yargıtay'da 2010-2017 Yılları Arasında Karara Bağlanan Hatalı Tıbbi Uygulama (Malpraktis) Dava Kararlarının Değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi. 2018.
56. Algan B. İstanbul'da Yapılan Adli Otopsilerin Malpraktis Açısından İrdelenmesi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi. 2012.
57. Studdert DM, Bismark MM, Mello MM, Singh H, Spittal MJ. Prevalence and Characteristics of Physicians Prone to Malpractice Claims. The New England Journal of Medicine. 2016;374(4):354-362
58. Toraldo DM, Vergari U, Toraldo M. Medical Malpractice, Defensive Medicine and Role of the "Media" in Italy. Multidisciplinary Respiratory Medicine. 2015;10(12):1-7.
59. Aktürk G, Özesen TA. 2021 Yılında Yargıtay Tarafından Karara Bağlanan Hatalı Tıbbi Uygulama İddiası Olgularının Değerlendirilmesi. Adli Tıp Dergisi. 2023;37(1):19-25.
60. Temel G. Sağlık Çalışanlarının Hukuki Sorumluluğu Bağlamında 2015-2021 Yılları Arasında Türkiye Cumhuriyeti Danıştay Başkanlığı'nda Karara Bağlanan Tıbbi Malpraktis (Tıbbi Uygulama Hatası) Davalarının Değerlendirilmesi. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi. 2022
61. Can İÖ, Özkara E, Can M. Yargıtayda Karara Bağlanan Tıbbi Uygulama Hatası Dosyalarının Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Dergisi. 2011;25(2):69-76.
62. Hickson GB, Clayton EW, Entman SS, Miller CS, Githens PB, Whetten-Goldstein K, et al. Obstetricians' Prior Malpractice Experience and Patients' Satisfaction With Care. JAMA. 1994;272(20):1583-1587.
63. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-Patient Communication. The Relationship With Malpractice Claims Among Primary Care Physicians and Surgeons. JAMA. 1997;277(7):553-559.
64. TTB ve Tabip Odaları İşyerlerinden Seslendi: 5 Dakikada Hekimlik Yapılmaz, Sağlık 5 Dakikaya Sığmaz! [İnternet]. [E.T. 22.05.2024]. Erişim: https://www.ttb.org.tr/245yis8
65. Madea B. Medical Malpractice. Madea B, editör. Handbook of Forensic Medicine. 1st Edition. New York: John Wiley & Sons, Ltd; 2014. s. 545–561.
66. Durur F, Günaltay MM, Özler G, Işıkçelik F. Tıbbi Hatalar Konusunda Verilen Yargıtay ve Danıştay Kararlarının İncelenmesi: İçerik Analizi. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History. 2023;31(1):44-52.

67. Törenli Çakıroğlu M. Güzelleştirme Amaçlı Estetik Müdahaleler Hakkında Hukuki Bir Değerlendirme. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2024;7(1):69-110.
68. Doğramacı YG. Yargıtay Kararlarında Estetik Cerrahi. II. Uluslararası Tıp Hukuku Kongresi Bildiriler Kitabı. Ankara: Adalet Yayınevi: 2018. s. 267-291.
69. Aral F, Ayrancı, H. Borçlar Hukuku Özel Borç İlişkileri. Ankara: Yetkin Yayınları; 2015
70. Arıkan M, Kalkan E, Erdi F, Deniz, M, İzci E. Tıp Hukukunda Olgularla Malpraktis-Komplikasyon Ayrımı: Tıp Fakültesi ve Hukuk Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Konuya Bakış Açısı, Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Türk Nöroşirurji Dergisi, 2016;26(1):40-48.
71. Kıvrak S. Kayseri Ölçeğinde Tıbbi Uygulama Hatası İddialarının Değerlendirilmesi. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi. 2014.