

T.C.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
TIP HUKUKU ANABİLİM DALI

KARDİYOLOJİ VE KALP DAMAR CERRAHİSİ HEKİMLERİNDE
MALPRAKTİS DAVALARI İLE DEFANSİF TİPA YÖNELİM ARASINDAKİ
İLİŞKİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
PROF. DR. VEDAT ERENTUĞ

NİSAN 2022

T.C. 1

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

TIP HUKUKU ANABİLİM DALI

**KARDİYOLOJİ VE KALP DAMAR CERRAHİSİ HEKİMLERİNDE
MALPRAKTİK DAVALARI İLE DEFANSİF TİPA YÖNELİM ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

PROF. DR. VEDAT ERENTUĞ

DANIŞMAN

PROF. DR. İBRAHİM SUBAŞI

NİSAN 2022

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu, akademik ve etik kuralları gözeterek çalıştığımı ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim.

Prof. DR. Vedat ERENTUĞ

Danışmanlığını yaptığım işbu tezin tamamen öğrencinin çalışması olduğunu, akademik ve etik kuralları gözeterek çalıştığını taahhüt ederim.

Prof. DR. İbrahim SUBAŞI

İMZA SAYFASI

Prof. Dr. Vedat ERENTUĞ tarafından hazırlanan ‘Kardiyoloji ve Kalp, Damar Cerrahisi Hekimlerinde Malpraktis Davaları ile Defansif Tıpa Yönelim Arasındaki İlişki’ başlıklı bu yüksek lisans tezi, Tıp Hukuku Anabilim Dalında hazırlanmış ve jürimiz tarafından oybirliği ile edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

İMZA

Tez Danışmanı:

Prof. Dr. İbrahim SUBAŞI
Medeniyet Üniversitesi

Üyeler:

Prof. Dr. Murat Bülent RABUŞ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Doç. Dr. Hacı KARA
Medeniyet Üniversitesi

Tez Savunma Tarihi: 29 Nisan 2022

ÖZET

Prof. Dr. Vedat ERENTUĞ

Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tıp Hukuku Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. İbrahim SUBAŞI

Nisan 2022, 84 Sayfa.

Malpraktis davalarının esas nedeni tıbbi uygulama hatalarıdır. Bu tıbbi hataların hekimler tarafından ne derece algılandığına dair çalışmalar bulunmakla birlikte, “Kardiyoloji ve Kalp, Damar Cerrahisi” bağlamında akademik çalışmaların yetersizliği bu çalışmanın yapılmasının ana nedenidir. Bu çalışma ile, “Kardiyoloji ve Kalp, Damar Cerrahisi” hekimlerinin hata algılarının ve bu algının tutumlara yansımalarının ortaya konması amaçlanmıştır. Ayrıca, çalışmada, Kardiyoloji ve Kalp, Damar Cerrahisi Hekimlerinin malpraktis korkusunun, ilerleyen süreçte diğer hastalara yaklaşımları açısından meydana gelen olumsuz etkilerin incelenmesi de hedeflenmiştir. Hekimlerin tıbbi hata yapma algısının gerek hastalar için gerekse hekimler için düzenlenecek güvenlik ve sağlık politikalarına yol gösterici olabileceği düşünülmektedir. Hekimlerin tıbbi hata yapma endişeleri, defansif tıba yönelimi artırdığından, ilerleyen süreçlerde yapılması artık zaruri hale gelen yasal düzenlemeler hastaların tedavi süreçlerine doğrudan etkileyecektir. Kalp ve Damar Cerrahisinde tıbbi hata endişesinin ortaya konması ve defansif tıba yönelimin gerçek nedenlerine inilmesi hekim-hasta ilişkileri açısından faydalı sonuçlar ortaya çıkartabilir. Malpraktis korkusunun toplum sağlığına etkisinin minimize edilmesi ve hekimlerin defansif tıba yönelimlerinin azaltılması amacıyla akademik çalışmalarla ortaya konulması Türkiye’de sağlık sorunlarının giderilmesi açısından oldukça önemli bir etki ortaya çıkaracaktır.

Anahtar Kelimeler: Malpraktis, Defansif Tıp, Kardiyoloji, Kalp Damar Cerrahisi, Malpraktis Korkusu.

ABSTRACT

Prof. Dr. Vedat ERENTUĞ

M.S. Thesis, Graduate School of Social Sciences, Medical Law Department

Supervisor: Prof. Dr. İbrahim SUBAŞI

April 2022, 84 Pages.

The main cause of malpractice lawsuits is medical malpractice. Although there are studies on how these medical errors are perceived by physicians, the lack of academic studies in the context of "Cardiology and Cardiovascular Surgery" is the main reason for this study. With this study, it is aimed to reveal the perception of errors of "Cardiovascular Surgery" physicians and the reflection of this perception on attitudes. In addition, the study also aimed to examine the negative effects of Cardiovascular Surgery Physicians' fear of malpractice in terms of their approach to other patients in the future. It is thought that the perception of physicians to make medical mistakes can guide the safety and health policies to be prepared for both patients and physicians. As physicians' concerns about making medical mistakes increase the orientation towards defensive medicine, legal regulations that have become essential in the future will directly affect the treatment processes of patients. Revealing the concern of medical errors in Cardiovascular Surgery and getting down to the real reasons for the tendency to defensive medicine may produce beneficial results in terms of physician-patient relations. Minimizing the effect of fear of malpractice on public health and revealing it through academic studies in order to reduce physicians' tendency to defensive medicine will have a very important effect in terms of eliminating health problems in Turkey.

Keywords: Malpractice, Defensive Medicine, Cardiology, Cardiovascular Surgery, Fear of Malpractice.

İÇİNDEKİLER

BİLDİRİM	i
ABSTRACT	iv
TABLOLAR LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
KISALTMALAR.....	x
GİRİŞ	1
BÖLÜM I	5
ÇALIŞMADA KULLANILAN; KAVRAMLAR, TANIMLAR, TIBBİ	
MÜDAHALE VE HEKİMİN HUKUKİ SORUMLULUKLARI	5
1. Kavramlar ve Tanımlar	5
1.1. Tıp.....	5
1.2. Hukuk.....	5
1.3. Tıp Hukuku	6
1.4. Tıbbi Müdahale.....	6
1.5. Hasta Hakları Yönetmeliği	6
1.6. Malpraktis	7
1.7. Komplikasyon	7
1.8. Malpraktis Korkusu	7
1.9. Defansif Tıp	8
1.10. Pozitif Defansif Tıp	9
1.11. Negatif Defansif Tıp	9

1.12. Hekimlik Sözleşmesi, Hastaneye Kabul Sözleşmesi ve Hukuki Sorumluluk	10
2. Tıbbi Müdahalelerde Hukuka Uygunluk Şartları.....	11
3. Hekimlik Sözleşmesi Ve Hekimin Hukuki Sorumluluğu	13
BÖLÜM II	16
HASTA HAKLARI, TÜRKİYEDE KARDİYOLOJİ VE KALP DAMAR CERRAHİSİ ALANINDA ÖRNEK MALPRAKTİS DAVALARI VE VAKA DEĞERLENDİRMELERİ	16
1. Hasta Hakları Yönetmeliği ve Hasta Haklarına Yönelik Yasal Düzenlemeler.....	16
2. Türk Ceza Kanunu’na Göre Malpraktis Davaları	19
3. Borçlar Kanunu’na Göre Malpraktis Davaları	22
4. Tıp Hukuku Açısından Malpraktis.....	23
5. Dünyada ve Türkiye’de Malpraktis	24
6. Nedenseler Bakımından Tıbbi Hatalar	27
7. Türkiye’de Malpraktis Davaları Ve Emsal Kararlar	29
7.1. Adli Vaka Örneği 1	32
7.2. Adli Vaka Örneği 2.....	32
7.3. Adli Vaka Örneği 3	34
7.4. Adli Vaka Örneği 4.....	35
7.5. Adli Vaka Örneği 5	37
7.6. Adli Vaka Örneği 6.....	39
7.7. Adli Vaka Örneği 7	40
7.8. Adli Vaka Örneği 8.....	42
7.9. Emsal Davaların Genel Değerlendirmesi	43
BÖLÜM III.....	45

MALPRAKTİS DAVALARI VE DEFANSİF TİPA YÖNELİM	45
1. Defansif Tıbbi Yönelimde Malpraktis-Komplikasyon Ayırımının Önemi	45
2. Sağlık Sistemindeki Aksaklıkların Malpraktis Durumunun Oluşumuna Etkisi ...	46
2.1. Sağlık ve Hayat Sigortası Sistemine Dünya'dan Örnekler.....	47
3. Malpraktis Davalarının Hekimlerinin Endişe Durumuna Tesiri.....	49
3.1. Hekime Karşı Hukuki Yaptırımlar Ve Yaptırımların Defansif Tıbbi Yönelime Tesiri	51
4. Farkında Olmadan Defansif Tıbbi Öğretme Ve Öğrenme Problemi.....	52
5. Defansif Tıbbi Yönelimi Engelleyici Bir Sistem Önerisi: Hasta Tazminat Sistemi (Hts)	53
6. Tbm'm'e Malpraktisten Kaynaklı Sorunları Çözmek Amacıyla Sunulan Yasa Tasarıları ve Gerekçeleri	58
SONUÇ	60
KAYNAKÇA	64
ÖZGEÇMİŞ:.....	69

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: Sağlık Personelinin, Mesleği Uygulama Kaidelerini, Yaşanan Olumsuzlukların Değerlendirilmesi Hususlarını Belirten Kanun, Yönetmelik, Tüzük Ve Yönergeler	19
Tablo 2: 1995–2000; Yüksek Sağlık Şurasına ceza hukuku ile ilgili gönderilen dosyaların branşlara göre dağılımı ve dosya sayısının yüzdelik oranları.	25
Tablo 3: Tayvan’da 2002 - 2013 Yılları Arasında Miyokard İnfarktüslerini İçeren 36 Adet Malpraktis Davası”	26
Tablo 4: Tıbbi Hataların Sınıflandırılmasına Yönelik Tablo.....	29
Tablo 5 : Gelişmiş Bazı Ülkelerde Sağlık Alanında Sigorta ve Dava Sistemi Örnekleri.	49
Tablo 6 : Kardiyologların mesleki risk algılarının uygulamalarına etkisini gösterir tablo.	57

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: 2010-2017 Yılları Arasında Yargıtay Tarafından Yürütülen 165 Malpraktis....30

Şekil 2: Ceza davalarında yerel mahkeme kararlarının dağılımı.....31



KISALTMALAR

a.g.e:	Adı Geçen Eser.
a.g.m.:	Adı Geçen Makale.
a.g.y.:	Adı Geçen Yazar.
a.y.:	Adı Geçen Yerde
AHA:	Amerikan Kalp Cemiyeti
AİHM:	Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi
BK:	Borçlar Kanunu
Bs:	Basım
C:	Cilt
Çev:	Çeviren.
Dğr:	Diğerleri.
ESC:	Avrupa Kardiyoloji Derneği
HGK:	Hukuk Genel Kurulu.
HHY:	Hasta hakları Yönetmeliği
HMEK:	Türk Tabipler Birliği, Hekimlik Meslek Etiği Kuralları
HTS:	Hasta Takip Sistemi.
s:	Sayfa
S:	Sayı
TBMM:	Türkiye Büyük Millet Meclisi.
TCK :	Türk Ceza Kanunu.

TDK:	Türk Dil Kurumu
TMK:	Türk Medeni Kanunu.
TTB:	Türk Tabipler Birliği.
Vd:	Ve Diğerleri



GİRİŞ

Hekimler, mesleklerini icra etmeye başlamadan önce, “Hipokrat Yemini” yaparak tedavi edecekleri hastaya zarar vermeyeceklerini belirtmekledirler. Hipokrat yemininin temel ilkelerinden olan hastaya zarar vermeme ilkesine karşın, tıbbi müdahalelerin tamamen kusursuz olması durumu her tedavide mümkün olamamaktadır¹. Bu durum, tıp biliminde malpraktis olarak bilinen terimin oluşmasına neden olmuştur. Malpraktis, Türkiye’de görev yapan hekimler nezdinde son yıllarda daha yaygın konuşulur hale gelmiş olsa da, bu terimi oluşturan etkenler, tarihsel süreçte tüm Dünya’da önemini her daim hissettirmiştir.

Binlerce yıl önce yaşamış uygarlıklarda dahi, hasta hekim ilişkisi ve hekimlerin hatası durumunda uygulanacak cezalar yazılı metinlerle belirlenmiştir. Buna en önemli örneklerden birisi, Babil Kralı Hammurabi’nin yazılı hale getirdiği kanundur. Babil kralı tarafından yayınlanan kanunda, “hekimin kusurlu olması halinde, kusura ve kime karşı işlendiğine bağlı olarak hekimin elinin kesilmesine veya hastasına tazminat ödemesine hükmedileceği” belirtilmiştir. Tıbbi uygulama hataları, köklü bir tarihe sahip olan Mısır uygarlıklarında da papirüsler üzerinde yazılmak kaydıyla yazılı hale getirilmiştir. Papirüslerde yer alan metinlerden elde edilen bilgilerde, “klasik tanı ve tedaviyi uygulayan hekimin kusurlu olmayacağı, ancak yeni bir tedavi yöntemi uyguladığında hasta ölür veya iyileşmez ise, bunu yapan hekimin ölüm cezasına çarptırılacağı” ifadesi mevcuttur.

Yine benzer şekilde, Roma İmparatorluğunun hukuk kurallarında da hekimin tedavi yöntemi ve sorumlulukları yazılı olarak kayıt altına alınmış ve hekimin hukuksal sorumluluğu ele alınmıştır. Roma Hukuku’nda ise hekimin yaptığı hatalar, ağır suçlar kapsamında değerlendirilmiştir. Binlerce yıllık tarihsel süreçte, pek çok uygarlık, gerek yazılı gerekse yazılı olmayan hukuk kurallarında, hekimlik uygulamalarına ve uygulamalarından doğan zararlara değinmişlerdir. Günümüzün “Modern Hukuk Sistemi”nde de hekimlerin yasal sorumlulukları, kanun yönetmelik ve diğer yazılı

¹ Uğur Uğrak, “Hekimlerin Tıbbi Hata Algı ve Tutumları İle Malpraktis Korkuları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi”, (Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi Programı, 2019), s.20.

metinlerde yer almaktadır². Modern çağda, hekimin kanun kapsamında denetlenmesi tatbiki bir zorunluluk olarak ön plana çıkmaktadır. Bunun birlikte, malpraktis konusunda asıl sorgulanması gereken; sağlık personelinin yetiştiren eğitim sistemi, sağlık hizmeti veren kurumların tedavi için uygunluk şartlarıdır. Belirtilen hususlar, hatayı yaptıran unsurları ortadan kaldırmayı ve hem hekimin zarar görmesinin hem de toplumun sağlığının tehlikeye girmesini önlemeyi hedeflemektedir.

Tedavi sırasında yapılan tıbbi hata, hem hekimin özgüven kaybı ve toplum sağlığı açısından hem de hatanın devlete maliyet açısından çok önemli bir husustur. Bu önemli husus doğrultusunda, tıbbi hataların en aza indirilmesi için yasal düzenlemeler bir devinim içerisinde. Bu yasal düzenlemeler çerçevesinde, tıbbi uygulama hataları sonucunda sağlığını kaybeden hastalar ve hayatını kaybedenlerin yakınları, malpraktis davasına yönelim göstermektedirler. Geçmişle kıyaslandığında, günümüzde malpraktis davalarında önemli bir artış yaşandığı gözlemlenmektedir³. Davaların yoğunlaşmış olmasına karşın, davaların ezici çoğunluğunda hekimin cezai sorumluluğu olmadığı yönünde karar verilmektedir⁴. Bu duruma karşın, hekimler tedavi süreçlerinde hata yapma korkusunu yenememekte ve ceza korkusu, hekimlerin tedavilerde sorumluluk alma süreçlerini olumsuz etkilemektedir⁵.

Tıp biliminin kardiyoloji - kalp damar cerrahisi alanı, mesleki sorumluluğun ve riskin son derece yüksek olduğu bir disiplindir. Bu alanda görev yapan hekimler, tedavi esnasında ve tedavi sonrasında hastanın ölümüne diğer tıp disiplinlerinden çok daha fazla şahit olmaktadır. Hastanın ölümüne neden olan nedenler, genel itibarıyla doğal bir sürecin neticesi iken, yer yer komplikasyon veya tıbbi hata durumu da gerçekleşebilmektedir. Tedavi süreci başlayan hastanın kalp rahatsızlığı çok önemli bir konu olup, hastanın hayati

² Murat Akbaba ve Vedat Davutoğlu, “Sağlık ve hukuk kısılacında hekim: Ne yapmalı?”, *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları Dergisi*, S. 44-7, (İstanbul 2016), s. 609.

³ H. Cem Barlıoğlu, “Defansif Tıp Unsuru Olarak Tıbbi Malpraktis,” (Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, 2018), s. 2-4.

⁴ Mehmet, Kırtısoğlu, “Yargıtay’da 2010-2017 yılları arasında karara bağlanan hatalı tıbbi uygulama (malpraktis) dava kararlarının değerlendirilmesi” (Tıpta Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, 2018), s. 35-43.

⁵ Darcy Reed, Donna Windish, Rachel Levine, “Do fears of malpractice litigation influence teaching behaviors?”, *Teaching and Learning in Medicine*, C.20, S.3 (New York 2008), s. 208.

durumunu doğrudan ilgilendirmektedir. Bu bağlamda, kalp ve damar alanında görevli hekimler, tedavide olumsuz bir sonuçla karşılaşmamak adına çok daha dikkatli davranmak durumunda kalmaktadırlar ve endişe düzeyleri daha fazla olabilmektedir.

Bu çalışmada öncelikli olarak, çalışmanın ana hatlarını oluşturan kavramlar ve tanımlar üzerine durulmuştur. İlk bölümde, okuyucunun tıbbi terimleri anlamlandırma aşamasında yaşayabileceği zorluklar gözetilerek, kavramlara yönelik detaylı anlatım tekniği benimsenmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde, öncelikle tıbbi müdahalede dikkat edilmesi gereken hususlar irdelenmiştir. İlerleyen başlıklarda; hekimin hukuki sorumlulukları, dava süreçlerini doğrudan etkileyen nedenler, hasta hakları yönetmeliğinin dava süreçlerine tesiri ve hekimlerin hukuki sorumlulukları ayrıntılı olarak ele alınmıştır. Böylelikle, malpraktis davaları ile savunmaya dayalı (defansif) tıba yönelim arasındaki ilişkinin aydınlatılması hedeflenmiştir. İkinci bölümde, kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi alanında görev yapan hekimlerin karşı karşıya kalabilecekleri sorunların daha net anlaşılması hedeflenmiştir. Kalp ve damar hastalarına yönelik cerrahi müdahaleler sonucunda yanlış uygulama iddiasıyla açılan davalar yine bu bölümde ele alınarak incelenmiş, hukuki süreçlerinin defansif tıba yönelime tesiri değerlendirilmiştir.

Üçüncü bölümde, ilk olarak defansif tıba yönelimde malpraktis-komplikasyon ayırımının önemi incelenmiş ve sağlık sistemindeki aksaklıkların malpraktis durumunun oluşumuna etkisi ele alınmıştır. Hekimlerin ve cerrahların malpraktis davaları nedeni ile yargılanması ve bu yargılama süreçlerinin uzun sürmesinin, diğer hekim ve cerrahların endişe durumunu da doğrudan etkilemesi incelenerek, hekime karşı hukuki yaptırımlar ve yaptırımların defansif tıba yönelime tesiri başlığı altında ele alınmıştır.

Tıp literatüründe farkında olamadan defansif tıbbi öğretim ve öğrenme problemi de, bu bölümde değerlendirilerek, tıp eğitimindeki aksaklıkların henüz yeni yetişen tıp öğrencilerini de etkilemesinin öneminin üzerinde durulmuştur.

Malpraktis nedeni ile yaşanan problemlerin giderilmesi aşamasında, eğitim sorunlarının çözülmesi büyük bir önem arz etmektedir. Bu bağlamda, eğitimin malpraktis davalarının azlmasına etkisi ve hasta tazminat sisteminin uygulanmasının defansif tıba yönelen

hekimlerin endişe durumlarına tesirine üçüncü bölümde değinilmiştir. Türkiye Büyük Millet Meclisi Anayasa komisyonu tarafından değerlendirilen malpraktis kanununa yönelik değerlendirmeler de üçüncü bölümün önemli başlıkları arasında yer almaktadır.



BÖLÜM I

ÇALIŞMADA KULLANILAN; KAVRAMLAR, TANIMLAR, TIBBİ MÜDAHALE VE HEKİMİN HUKUKİ SORUMLULUKLARI

1. KAVRAMLAR VE TANIMLAR

Bu çalışmada, hukuki ve tıbbi terimlere sık sık yer verildiğinden, öncelikli olarak çalışmada kullanılan kavramlar açıklanmıştır. Böylelikle, çalışmanın daha iyi ifade edilebilmesi ve okuyucunun anlam karmaşası yaşamaması amaçlanmıştır. Bu bağlamda, çalışmada kullanılan kavram ve tanımlar aşağıda maddeler halinde sunulmuştur.

1.1. Tıp

Tıp biliminin çalışma alanı, gerek tedaviye ihtiyaç duyan hastalar gerekse sağlık durumundan emin olmak isteyen sağlıklı insanları kapsamaktadır⁶. Tıp Bilimi literatürde en fazla kullanılan anlamıyla: “İnsan sağlığının sürdürülmesi ya da bozulan sağlığın yeniden düzeltilmesi için uğraşan, hastalıklara tanı koyma, hastalıkları sağaltma (tedavi etme), hastalık ve yaralanmalardan korumaya yönelik çalışmalarda bulunan birçok alt bilim dalından oluşan bilimsel disiplinlerin şemsiye adı” olarak tanımlanmıştır.

1.2. Hukuk

“Hukuk” terimi, bilimsel çalışmalarda ve Türk Dil Kurumu’nun tanımlamasında: “Toplumu düzenleyen ve devletin yaptırım gücünü belirleyen yasaların bütünü” olarak ifade edilmektedir⁷.

⁶ Uğur Uğrak, “Hekimlerin Tıbbi Hata Algı ve Tutumları İle Malpraktis Korkuları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi”, (Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Programı, 2019), s.2.

⁷ www.tdk.gov.tr, Tıp, [Erişim Tarihi, 12.11.2021].

1.3. Tıp Hukuku

Tıp Hukuku, hukukun alt çalışma disiplinlerinden olup, tıbbın uygulanması aşamasında sağlık personelinin sorumluluklarını, haklarını belirleyen, hastaya karşı yasal sorumluluklarının ana hatlarını çizen ve *“hasta hakları, ilaç hukuku, medikal hukuk gibi konuları ele alan”* bir hukuk disiplinidir. Tıp hukukuna göre; *“tıbbi müdahalenin hekim veya farklı sağlık çalışanları tarafından yapılması arasında bir ayrım asla gözetilmemektedir. Bu hukuk dalının temel özelliği, disiplinler arası bir hukuk dalı olması ve anayasa hukuku, ceza hukuku, idare hukuku ve medeni hukuku ilgilendiren yönlerinin”*⁸ bulunması gerekmektedir.

1.4. Tıbbi Müdahale

Hasta Hakları Yönetmeliği’nin, *“Amaç Kapsam, Dayanak, Tanımlar ve İlkeler”* başlığının (g) bendinde tıbbi müdahale kavramına açıklık getirilmiştir. Yönetmeliğin belirtilen bendinde tıbbi müdahale: *“Tıp mesleğini icraya yetkili kişiler tarafından uygulanan, sağlığı koruma, hastalıkların teşhis ve tedavisi için ilgili meslekî yükümlülükler ve standartlara uygun olarak tıbbın sınırları içinde gerçekleştirilen fizikî ve ruhî girişi”* ifadesiyle tanımlanmıştır.⁹

Bu ifadeyle örtüşen çok sayıda tanım olmakla birlikte, literatürde en fazla karşılaşılanı: *“Tıp mesleğini icraya yetkili bir kişi (hekim) tarafından, doğrudan ya da dolaylı tedavi amacına yönelik olarak gerçekleştirilen her türlü faaliyeti kapsar”*¹⁰ ifadesidir.

1.5. Hasta Hakları Yönetmeliği

Oviedo’da 1997 yılında kabul edilen, Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi, Dünya’da hasta haklarını savunan en önemli metinlerden birisidir. Türkiye, bu sözleşmeye 5013 sayılı ve 03.12.2003 tarihli yasa ile taraf olmuştur. Bu metnin Türkiye’de hasta hakları için yorumlanması

⁸ Hakan Hakeri, *Tıp Hukuku*, (İstanbul: Seçkin Yayıncılık, 2019), s. 45-46.

⁹ 01.08.1998, Sn.: 23420; Ek Madde: 8/5/2014-28994 sayı numaralı Resmî Gazete.

¹⁰ Hasan Petek, *Güzelleştirme Amaçlı Estetik Ameliyatlardan Kaynaklanan Hukukî Sorumluluk*, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, C. 8, S. 1, (İzmir 2006), s. 220-230.

neticesinde, Hasta Hakları Yönetmeliği oluşturulmuştur. Hasta Hakları Yönetmeliği¹¹, Oviedo’da kabul edilen sözleşme metninin bir benzeri olmakla birlikte, hasta haklarının savunulmasının hukuki altyapısını oluşturmaktadır.

1.6. Malpraktis

Türk Tabipler Birliği, Hekimlik Meslek Etiği Kurallarının 13. Maddesinde, tıbbi malpraktis, “Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi, hekimliğin kötü uygulaması anlamına gelir” ifadesiyle tanımlanmaktadır¹². Dünya Tabipler Birliği de, 1992 yılında, literatürdeki bu tanımla örtüşen bir ifadeyle bu tip uygulama hatalarını, “*hekimin tedavi sırasında uygun müdahaleyi yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi sebebiyle oluşan zarar*” olarak tanımlamıştır. Malpraktis terimi, Latince’de mala-praxis kelimesinden türemiş olup, “*makul olmayan beceri veya özen eksikliğinin olduğu mesleki hatalar*” için kullanılmaktadır¹³.

1.7. Komplikasyon

Bir hastalığın tedavisinde kullanılacak yöntemler birden fazla olabilmekle birlikte, insanlar arasında da anatomik ve fizyolojik bakımdan farklılıklar bulunabilmektedir. Bu kapsamda, bir hastaya uygulanan tedavi yöntemi farklı bir hastalara uygulandığında, farklı bir sonuç ortaya çıkabilmektedir. Beklenmedik olumsuz sonuçların ortaya çıkması halinde, hekimin sorumluluğu bulunmamaktadır. Bu durum tıp literatüründe komplikasyon olarak adlandırılmaktadır.

1.8. Malpraktis Korkusu

Öncelikle korku kavramının irdelenmesi, “Malpraktis Korkusu”nun daha anlaşılabilir olmasını sağlayabilir. McDougall, korku kavramının algılama ve düşünme ikilisinin

¹¹ Resmî Gazete, 01.08.1998, Sn. 23420

¹² Türk Tabipler Birliği, *Hekimlik Meslek Etiği Kuralları*, (Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları, 2012), s. 9

¹³ Pınar Güngör, Yeliz Doğan Merih, Meryem Yaşar Kocabey, “Farklı Ülkelerin Malpraktis Konusunda Yasal Düzenleme Girişimleri, Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası”, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, C. 43, S. 4, (İstanbul 2012), s.128.

birlikteliği sonucunda oluştuğunu ifade ederken, aynı kavram Bay ve Algase tarafından, “*bilinen bir tehlide maruz kalma riski durumunda oluşan bir savunma mekanizması*” olarak tanımlanmaktadır. Korku kavramı, canlıların bir endişe esnasında, savunma refleksiyle hareket etmesi olarak belirtilirken, “*psikolojik hissiyatın davranışa ve pratik savunmaya dönüşmesi durumu*”¹⁴ şeklinde de tanımlanmaktadır. Bu kavram, daha klasik bir ifadeyle, kişinin endişelenmesine kapı aralayan bir risk durumunda verdiği duygusal tepki olarak da ifade edilmektedir¹⁵.

Hekimlerin olumsuz süreçlerden etkilenmeleri ve hukuki dava risklerine karşı savunma pozisyonuna geçmeleri, malpraktis korkusu olarak adlandırılmaktadır. Literatürde sık sık karşılaşılan, malpraktis korkusunun, hekimlerin tutum ve davranışlarına yansıdığı ve malpraktis korkusu yaşayan hekimlerin hata yapma algısının daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir¹⁶. Malpraktis konulu akademik araştırmaların büyük çoğunluğunda, hukuki süreçlerin uzun ve endişe verici olduğu görülmekte ve bu durumun hekimleri defansif tıba yönelttiği tespit edilmektedir¹⁷.

1.9. Defansif Tıp

Defansif Tıp terimi ilk olarak, ABD’de tıp alanında yapılan bilimsel çalışmalarda kullanılmış ve ilerleyen süreçte kavramsallaşma aşamasına geçmiştir. Terimin, literatüre ilk kez girmesinde aşağıda maddeler halinde sıralanan nedenler etkili olmuştur:

- Hasta haklarına yönelik yasal düzenlemelerin ivme kazanması,
- Tedavi süreçlerinde yapılan tıbbi hataların daha fazla dava edilmeye başlanması,
- Sağlık sigorta primlerinin artması,
- Dava sonuçlarında yüksek tazminatlara mahkûm edilen hekim sayısının artması

¹⁴ Uğrak, s.2-5.

¹⁵ İlker Kefe, İsmail Bakan, “Kurumsal Açıdan Algı ve Algı Yönetimi”, *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, C.2, S.1. (Kahramanmaraş 2012). s. 19-34.

¹⁶ Uğrak, s.3.

¹⁷ Uğrak, s. 2-5.

ve malpraktis davalarının diğer hasta-hasta yakınlarına emsal teşkil etmesi¹⁸.

Hukuki süreçlerin hekimler aleyhine işlemeye başlaması, hekimlerin tedavi süreçlerinde çekingen davranmalarına ve savunmaya hazırlık pozisyonuna geçmelerinde tesirli olmuştur¹⁹. Defansif tıp kavramı üzerine yapılan bilimsel çalışmaların artması neticesinde, pozitif ve negatif defansif tıp kavramları da çalışmalarda görülür hale gelmeye başlamıştır.

1.10. Pozitif Defansif Tıp

Bu kavram, savunmaya dayalı tıp uygulamaları kapsamında ve hekimin kendisini korumak için aldığı önlemler çerçevesinde oluşmuştur. Hekimin kendisini güvence altına almak isteme gerekçeleri, pozitif defansif tıbbi oluşturan esas unsurdur. Bu uygulamalar, *“Hastalığın teşhis, tedavi veya takibi açısından aslında gerekli olmayan; ancak hekimin, hasta veya yakınlarından gelebilecek tıbbi uygulama hatası iddialarına önlem çabası”*nın bir ürünüdür. Savunmaya dayalı anlayış çerçevesinde gelişen bu tıbbi kavramın oluşum nedenleri iki ana gerekçe ile açıklanabilir:

- Hekimin hukuki yaptırımlara maruz kalma ihtimalini değerlendirmesi bu uygulamaların ana nedenidir.
- Hekim; teşhis ve tedavi aşamalarındaki her adımın büyük bir titizlikle ve dikkatle yapıldığı izleniminin, hasta ve hasta yakınlarının zihninde yer etmesini sağlama gayretindedir²⁰.

1.11. Negatif Defansif Tıp

Bu kavramı oluşturan ana etken, doktorun mesleki geleceğini hukuken garanti altına alma isteği ve bu amaçla tedaviden tamamen kaçınma isteğidir. Pozitif defansif tıpta, doktor

¹⁸ Büşra Şahin, Özgür Alçalı, “Defansif Tıp Kavramı ve Defansif Tıbbi Uygulamaların Hekimin Hukuki Sorumluluğu Kapsamında Değerlendirilmesi”, *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, C.1, S.41, (Ankara 2020). s. 484.

¹⁹ Şahin ve Alçalı, s. 484.

²⁰ Ulaş, Can Değdaş, “Hatalı Tıbbi Uygulamadan (Malpraktis) Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk”, *Anadolu Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, C.4, S.6, (Eskişehir 2018). s.58.

kendisini garanti altına alırken, hastanın tedavi sürecine devam etmektedir. Negatif defansif tıpta ise doktor, olası olumsuzluklara karşı tedaviden tamamen kaçınmaktadır²¹.

1.12. Hekimlik Sözleşmesi, Hastaneye Kabul Sözleşmesi ve Hukuki Sorumluluk

Yargıtay Hukuk Genel Kurulu'nun 2017/669 E., 2020/346 K. Sayılı kararında belirtildiği üzere, sağlık hakkı dünyadaki tüm insanların en temel haklarından birisidir. Bu nedenle kişi sağlığını emanet ettiği bir sistemin insanın temel hakkına karşı gerekli özeni göstermesi gerekmektedir ve bu hak kanunla garanti altına alınmıştır. Kanun kapsamında, hastane içerisindeki içtihatlara uyulması ve gerekli özenin gösterilmesi toplum sağlığının korunması açısından son derece önemlidir.

Hekimlik sözleşmesi, hekimin, hastası veya hastanın hukuki vasisi ile yaptığı; hastaya uygun teşhisi koyup, uygun tedaviyi uygulama sorumluluğunu beyan eden sorumluluklar bütünüdür. Literatürde bu sözleşmenin esasları, aynen şöyle belirtilmektedir: *“hekimlik sözleşmesi öyle bir sözleşmedir ki, serbest çalışan hekim bu sözleşme ile hastasının menfaatine ve iradesine uygun olarak, tıp bilimi ve uzmanlığının öngördüğü esaslar çerçevesinde ve bir ücret karşılığında, bir teşhis koyma ve konulan teşhise en uygun tedaviyi seçip uygulamayı, bir zaman kaydına bağlı olmaksızın ve sonucun elde edilmesi taahhüdü altına girmeksizin üstlenir”*²².

Bir hastanın, hastaneye girdiği andan itibaren oluşan bu sözleşme, hastaneye kabul sözleşmesi olarak adlandırılır ve bu sözleşme içerik bakımından her hastanede farklı uygulamalar kapsamında yorumlanabilir. Hastaneye kabul sözleşmesi, hastanın tedavi olma amacıyla hastaneye girdiği andan itibaren gerçekleşen tüm filleri kapsar ve fiiller her hastanede farklı tarzlarda gelişebilir. Hastane, belirtilen sözleşme kapsamında, hastanın tedavi yükümlülüğünü üstlenmiş olup, hasta taburcu olana kadar geçecek

²¹ Şahin ve Alçalı, s. 487.

²² Akbaba ve Davutoğlu, s. 612-614.

süreçteki tüm aşamalardan sorumludur. Sözleşmelerde; hastalığın teşhisi, hastanın tedavisi, tıbbi hizmetlerin niteliği hakkında hastaya bilgi verilmesi ise bir zorunluluktur²³.

Tıbbın çalışma alanı insan sağlığı olduğundan, hekimler çok farklı risklerle karşı karşıya kalabilmektedirler. Hekimler, tıbbi müdahale esnasında ortaya çıkması muhtemel riskleri ve riskler sonucunda ortaya çıkan zararın karşılanması hususunda hukuka karşı sorumludurlar. Daha net bir ifade ile, teşhis ve tedavi süreçlerinde, kusurdan kaynaklı olarak oluşan zararlarda, hekim sözleşmeye bağlı kalmak zorundadır ve sorumluluğu üstlenmek durumundadır.

Sözleşme sonucunda meydana gelen hukuki sorumluluğun devreye girebilmesi ise hastanın tedavi sürecinde meydana gelen zararı ispatlaması ile mümkün olabilmektedir. Yani, zarar ve kusurlu davranış arasında illiyet bağı bulunması ve bu bağı ispatlanabilmesi şartı aranmaktadır²⁴. Sözleşme ile taahhüt altına alınan yükümlülükler aşağıda maddeler halinde sıralanmış olup, hekimin kusurundan kaynaklı olarak adli dava sürecinin başlaması halinde, bu yükümlülükler önem kazanmaktadır.

- Hastalığı teşhis yükümlülüğü,
- Hastanın tedavi yükümlülüğü,
- Hastanın aydınlatılması ve rızasının alınması yükümlülüğü,
- Hastaya özel durumun hasta ve hekim arasında kalması yükümlülüğü ve
- Hastanın durumu ile alakalı kayıt oluşturma yükümlülüğüdür.

2. TIBBİ MÜDAHALELERDE HUKUKA UYGUNLUK ŞARTLARI

Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğunun tescili için; müdahalenin, işinin ehli ve işe yetkili hekim tarafından uygulanması, tedavi amacına yönelik olması, hastanın rızası ile

²³ Hakan, Hakeri, “Hastane Yönetiminin Sorumluluğu”, *Sağlık Hukuku Kurultayı* (Ankara: Ankara Barosu Yayınları 2009), s.163.

²⁴ Yargıtay’ın bir kararında illiyet bağına atıf yapılmıştır. “...davahtıya yüklenilen haksız ameliyatın kusurlu yapılmış ise nedeni, ilk ameliyattan ikinci ameliyat teklifine kadar geçen sürenin zararlı sonuca ne dereceye kadar etkisi olduğu, ilk ameliyatın bir an için kusurlu olduğu kabul edilip ikinci ameliyat hasıl olduğunda ikincisinin mutlaka İsveç’te gerekip gerekmeyeceği incelenmeli, sonunda davalının eylemiyle zararlı sonuç arasında gerçek bir bağ varsa bu açık ve kesin olarak belirtilmelidir”; Yargıtay 4. Daire, Karar No.: 17.10.1964-6459/4925.

gerçekleştirilmesi ve müdahalenin tıp biliminin öngördüğü sınırlar çerçevesinde kalması gerekmektedir.

Tıp bilimi, bünyesinde kaçınılmaz riskleri barındıran bir bilim dalıdır. Bu bağlamda, risk barındırmayan tıbbi bir müdahalenin olması pek mümkün değildir. Gerek sağlık alanında görev yapanlar, gerekse sosyal hayatta sağlık haberlerine ilgi duyanlar, hayatta kalması pek mümkün olmayan ve kritik cerrahi müdahalelerle sağlığına tekrar kavuşanları sık sık görebilmektedirler. Buna ek olarak, basit bir tıbbi müdahale ile giderilebilecek sağlık sorununun yanlış müdahale sonucunda ölümle sonuçlandığı vakaları da sıklıkla görülebilmektedir. Tıp biliminin, çok boyutlu uygulamalarla iç içe olması nedeniyle, bu alanda tedavi amaçlı farklı yaklaşımlar görülebilmektedir. Bu nedenle, tıbbi müdahalelerde hukuka uygunluk şartı aranmaktadır.

Tıbbi bir müdahalenin hukuka uygunluğundan söz edilebilmesi için, “1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’un” belirlediği esaslar çerçevesinde belirlenen ve aşağıda yer alan şartların bir arada bulunması gerekmektedir:

- Müdahale yetkili sağlık personeli tarafından yapılması,
- Hasatlığın tedavi yöntemi ve doğru müdahale yönteminin (Endikasyon), belirlenmesi,
- Hastanın aydınlatılması ve rızasının alınması,
- Tıbbın uygun gördüğü standartlar çerçevesinde müdahale yapılması.

Müdahale sonucunda bir problem ortaya çıkarsa, müdahaleyi yapanların sorumluluğu ve yetkisi hukuken önemli bir delil haline gelir. Bu nedenle, tıbbi müdahalelerin yetkililerce yapılması zaruri bir durumdur.

1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’un 4. Maddesinde: “hekimlik yapmak ve hasta tedavi edebilmek için Türkiye Tıp Fakültesinden diploma almak ve Türk olmak gereklidir. Türkiye dışından alınan tıp diplomalarına sahip Türk hekimlerin hekimlik yapabilmesi için bu diplomaların denkliğini onaylatmış olmaları gerekir” şartı yer almaktadır. Yine bu kanunun, 3. Maddesinde, “cerrahi ve alt dallarında

uzmanlık belgesi bulunmayan hekimlerin cerrahi müdahale yapma hakları” olmadığı, sadece küçük cerrahi operasyonları diğer hekimlerin yapabileceği belirtilmektedir²⁵.

3. HEKİMLİK SÖZLEŞMESİ VE HEKİMİN HUKUKİ SORUMLULUĞU

Hekimin hukukî sorumluluğu, hekimden kaynaklı kusuru ifade etmek için kullanılan terminolojik bir kavramdır. Hekim, ifadeden de anlaşılacağı üzere, sadece tedavi esnasında kusurlu uygulaması nedeniyle hastaya karşı sorumludur. Bunun yanı sıra, hekimin hatası olmaksızın ortaya çıkabilecek risklerin her an gerçekleşebileceğine çalışmanın kavramlar ve tanımlar kısmında kısaca değinilmişti. Hekim, her ne kadar gerekli özeni gösterse de her insanın yapısı birbirinden farklı özellikler içerebildiğinden, tedavi sürecinde her tedavide aynı olumlu sonucun elde edilmesi pek mümkün olamamaktadır.

Tıbbi bir müdahale esnasında, her ne kadar gerekli özen gösterilse de öngörülemeyen olumsuzluklar yaşanabilmektedir. Bu durum, tıp literatüründe, tıbbi müdahalenin sapmaları olarak değerlendirilmektedir²⁶. Bir hastalığa yönelik, aynı tedavi yöntemi, farklı bireylerde farklı sonuçlar ortaya çıkartabilmektedir. Bu, öngörülebilir bir durum olmayıp, insan anatomisinin karmaşık yapısı, farklı sonuçların ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilmektedir²⁷. Tedavi esnasında, kusurdan kaynaklı olmayan herhangi bir zarar doğar ise bu durum komplikasyon olarak kabul edilmekte ve hekim, oluşan zarardan hukuken sorumlu tutulamamaktadır²⁸.

Hekimin bir hastaya müdahale etmesi ve hastada öngörülemeyen bir zarar oluşması durumunda da hekim hukuken sorumlu değildir²⁹. Öngörülebilir ve öngörülemeyen durumlara karşı, hastanın aydınlatılması, hekimin hukuki sorumluluğu açısından hayati derecede önemlidir. Komplikasyonun veya öngörülemeyen nedenin gerçekleşmesi

²⁵ Türk Tabipler Birliği, “Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun 1219,” <https://www.ttb.org.tr/> [Erişim Tarihi, 11.09.2021].

²⁶ Hakeri, Hakan, “Tıp Hukukunda Malpraktis Komplikasyon Ayrımı”, *Toraks Cerrahisi Bülteni*, C. 5, S.1, (Ankara 2014), s.25.

²⁷ Bayraktar, s. 207-208.

²⁸ Akbaba ve Davutoğlu, s. 612.

²⁹ Hakeri, Tıp Hukukunda Malpraktis Komplikasyon Ayrımı, s. 24.

halinde; aydınlatılmış hastanın rızasının alınmış olması, hukuki sorumluluğa karşı doktorun korunmasını sağlayacak en önemli belgedir³⁰.

Bazı hususlarda, hekimin hastayı aydınlatma yükümlülüğü bulunmamaktadır. Bu durumlar, “*acil müdahale edilmesinin gerekli olması, hastanın kendi isteğiyle bu hakkından vazgeçmesi, hastanın tıbbi süreç ile ilgili bilgisinin bulunması ve son olarak bilgilendirmenin hasta üzerinde olumsuz etki yaratacak olmasıdır.*” Belirtilen durumlardan herhangi birisinin oluşması halinde, hekimin hastayı aydınlatma yükümlülüğü şartı ortadan kalkmaktadır³¹. Bir hastanın kendi rızasıyla, hekimin aydınlatma yükümlülüğünden faydalanmamak istemesi, iradesinin sakatlanmamış olması halinde mümkün olabilmektedir. Hastanın böyle bir talebinin olması durumunda hasta kendisi içi öngörülen tıbbi müdahaleye peşinen rıza göstermiş sayılır³². Bu gibi durumlarda bile, hastanın kısaca aydınlatılması doktor açısından fayda sağlamaktadır³³. Hasta sağlık çalışanı ise, mesleği gereğince tıbbi süreçler hakkında bilgi sahibi olabilir. Kişinin mesleğinden kaynaklı olarak bilgi sahibi olması da hastanın bilgilendirilmesi zorunluluğunu ortadan kaldırmamakta ve hekimin tedavi süreci hakkında sağlık çalışanını da bilgilendirme zorunluluğunu bulunmaktadır.

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi’nin 2. Maddesinde; “Herkesin yaşam hakkı yasanın koruması altındadır” ifadesi mevcuttur. Bu ifade, toplum sağlığının uluslararası alanda tescili ve devletlerin de bu ifade doğrultusunda hareket etmesinin zorunluluğuna işaret etmektedir. Buna ek olarak, Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 90. Maddesinin 5. Fıkrasındaki, “*Usulüne göre yürürlüğe konulmuş milletlerarası antlaşmalar kanun hükmündedir. Bunlar hakkında Anayasaya aykırılık iddiası ile Anayasa Mahkemesine başvurulamaz*” ifade ile toplum sağlığının korunmasına uluslararası bir değer

³⁰Akbaba ve Davutoğlu, s.610; Pervin Somer, “Hekimin Hukuki Sorumluluğu”, *Kadir Has Üniversitesi Hukuk Fakültesi Uluslararası I. Sağlık Hukuku Sempozyumu*, (İstanbul, 2011), s. 42.

³¹ Fatma Begüm Yeşiller, “Hekimlik Sözleşmesi ve Hekimin Sözleşmeden Doğan Sorumluluğu,” (Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2019), s. 36.

³² Çetin Aşçıoğlu, *Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar*, Tekişik Ofset, (Ankara, 1993), s. 34.

³³ Özge Yücel, *Medeni Hukuk Bakış Açısıyla Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluğunun Koşulları, Sağlık ve Tıp Hukukunda Sorumluluk ve İnsan Hakları*, (Ankara: Seçkin Yayınları, 2018), s. 199.

atfedilmiştir. Bu ifade, son derece önemli bir husus olup, toplum sağlığı ile alakalı olarak, devletlerin kendi bireysel politikalarından ziyade, milletlerarası protokollerin esas alınmasının önemini göstermektedir. Bu bağlamda, milletlerarası antlaşmalarla teminat altına alınan toplum sağlığının ve toplumun yaşam hakkının, devletlerin iç hukuk kurallarının oluşumunda da etkili olduğu söylenebilir.

2709 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 17/1. Maddesinde yer alan, “Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir” ifadesinin de uluslararası sözleşmeler doğrultuda şekillendiği ifade edilebilir. Anayasanın 56/3. maddesine göre, “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler” ifadesi devletin sağlık alanında yürütülen her faaliyeti denetim yetkisini göstermektedir. Anayasanın aynı maddesinin dördüncü fıkrasında, “Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir” hükmü mevcut olup bu maddeler ile toplumun sağlığı devlet garantisine alınmıştır³⁴.

³⁴ Yargıtay, Hukuk Genel Kurulu, Sayı No: 2017/669 E. , 2020/346 K., Erişim: <https://karararama.yargitay.gov.tr/YargitayBilgiBankasiIstemciWeb/> [Erişim: 02.01.2022]

BÖLÜM II

HASTA HAKLARI, TÜRKİYEDE KARDİYOLOJİ VE KALP DAMAR CERRAHİSİ ALANINDA ÖRNEK MALRAKTİS DAVALARI VE VAKA DEĞERLENDİRMELERİ

1. HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ VE HASTA HAKLARINA YÖNELİK YASAL DÜZENLEMELER

Tıbbi malpraktis davalarının Dünya genelinde artış göstermesi, toplumun sağlıklı-uzun yaşam sürdürebilme isteği, robotik cerrahinin gelişimi ve diğer dinamikler bağlamında değerlendirilebilir. Davaların artış hızı, tıbbi alanda yasal düzenleme ihtiyacını her geçen gün daha da artmaktadır. T.C. Anayasası Md. 17 ile tüm bireylerin “*yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme, sağlık hakkına sahip olduğu*” ifade edilerek, bu haklar, anayasada güvence altına alınmıştır. Anayasada, “*tıbbi sorumluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz*”³⁵ hükmü ile kişinin sağlık hakkına atıf yapılmaktadır. Buna ek olarak, Anayasanın 20. Maddesinde, “*herkes, özel hayatına ve aile hayatına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahiptir. Özel hayatın ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz*”³⁶ ilkesi benimsenmiş ve kişiye özel bilgilerin hukuki gereksinimler haricinde, diğer kişilerle paylaşılamayacağı üzerinde durulmuştur.

³⁵ T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, “Hasta Hakları Yönetmeliği”, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> [Erişim Tarihi, 10.08.2021].

³⁶ Resmî Gazete, “Hasta Hakları Yönetmeliği”, Yayın Tarihi, 01.08.1998 Sn. 23420.

Hasta Hakları Yönetmeliği, Türkiye’de hasta haklarına yönelik ilk yönetmelik olma özelliğini taşımakta olup, 1998 yılında Avrupa Birliği’ne uyum süreci ilkeleri kapsamında kabul edilmiştir. Bu yönetmeliğin kabulü ile malpraktis davaları da hız kazanmaya başlamıştır. Buna ek olarak, Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Kanun Tasarısı adlı “bir yasa tasarısı üzerine çalışılmış olsa da, tüm Dünya’da olduğu gibi ülkemizde de tıbbi malpraktis davalarında ana bakış noktasının standart sapma olduğu kabul edilmektedir”³⁷. Bu noktada karşımıza çıkan en önemli problem, bu hususta herhangi bir standart uygulamanın belirlenememiş olması ve bu nedenle standart sapmanın unsurlarının sınırlarının çizilememesidir. Toplum sağlığının korunması amacıyla; kamu ve özel hastane ayrımı yapılmaksızın kamu ve özel hastane denetimi yapılmamakta, hangi hastanenin özel, hangisinin kamu hastanesi olduğunun kontrolü kayıt altında tutulmakta ve ortaya çıkan hukuki problemlere önlem olarak, özel-kamu hastanesi faaliyetleri kontrol altında tutulmaktadır³⁸.

Vekâlet sözleşmesinde, tedavinin ana unsurunun insan olması dikkatle değerlendirilerek, tedavilerde yüksek bir özen gösterilmesi sorumluluğunun önemine vurgu yapılmaktadır. Belirtilen özen yükümlülüğüne yönelik, Dünyada kabul edilen görüş, “*standart ve çağdaş tanı ve tedavi yöntemlerinin doktorun kendi bilgi ve becerisini de kullanması*”dır. Buna karşın, Dünya genelinde her doktorun görev yaptığı ülkenin şartlarının belirli bir standardının olmaması ve her doktorun aynı imkânlarla sahip olmaması, bu görüşün evrensel bir ifade olamayacağını açıkça göstermektedir³⁹. Bu kapsamda, Dünya genelinde kabul gören standartların Türkiye’de olmaması durumundan dolayı, standart sapma oluşması muhtemel bir sonuçtur. Hekimin-cerrahın özen konusundaki durumunun ülke şartları bağlamında değerlendirilmesi ve eksikliklerin gözlemlenmesi, hakkaniyete daha uygun bir yaklaşım olabilir.

³⁷ Ferhat, Canbolat, “Kamu Hastanesinde Yapılan Tıbbi Müdahalede Hekimin Özel Hukuktan Doğan Sorumluluğunun Dayanağı”, Türkiye Barolar Birliği Dergisi, Sayı:80, (Ankara 2009), s. 158.

³⁸ a.y.

³⁹ Fatih Aydın, Berna Gümrükçüoğlu Özpınar vd., Edt. Yekta Gürlertop, *Kardiyoloji Hekiminin Hukuk Rehberi*, (İstanbul: Medikal Yayıncılık Bilimsel Eserler Dizisi, 2020), s.1.

Hekim hasta ilişkileri sonucunda meydana gelen sorumluluklara yönelik hükümler aşağıda yer alan tüm kanunlarda mevcuttur:

- 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunu,
- 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu,
- 2659 sayılı Adli Tıp Kurumu Kanunu,
- Özel Hastaneler Kanunu,
- 38 sayılı Tababati Adliye Kanunu
- 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Kanunu.

Yukarıda belirtilen bu kanunların tamamında, özel nitelikte hükümler bulunmamakla birlikte, hasta doktor ilişkisinde meydana gelen hukuki sorunlarda, *genel nitelikteki hukuk kuralları* dikkate alınmaktadır⁴⁰. Daha net ifade etmek gerekirse, Türkiye’de Hekim-Hasta ilişkisini düzenleyen yasal bir düzenleme mevcut değildir⁴¹.

Hekim ve hasta ilişkisinin yasal düzenleme ile belirlenmemesinin oluşturduğu sıkıntılar nedeniyle, Türkiye’de “*buyurgan doktor modeli*” oluşmuştur. Bu doktor modeli, hastanın aydınlatılmadan yönlendirilmesi ve açıklama yapmaktan doğan hukuki sorumluluğun da peşinen kabul edilmesi çerçevesinde değerlendirilebilir⁴². Sağlık personelinin, mesleki uygulama kaideleri ve yaşanan olumsuzluklara karşı hukuki aşamaları belirten; kanun, yönetmelik, tüzük ve yönergeler, aşağıdaki tabloda yer almaktadır⁴³.

⁴⁰ Aydın ve Gümrükçüoğlu, s.2.

⁴¹ Akbaba ve Davutoğlu, s.612-613.

⁴² Aydın, Gümrükçüoğlu vd. s.83.

⁴³ Güngör, Merih ve Kocabey, s.133.

Tablo 1: Sağlık Personelinin, Mesleği Uygulama Kaidelerini, Yaşanan Olumsuzlukların Değerlendirilmesi Hususlarını Belirten Kanun, Yönetmelik, Tüzük ve Yönergeler.⁴⁴

1	Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu
2	1993 Tarihli İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik
3	Tababet-İ Şuabat-I Sanatların Tarz-I İcrasına Dair Kanun
4	Hemşirelik Kanunu
5	Adli Tıp Kurumu Kanunu
6	2238 Sayılı Organ ve Doku alınması, Saklanması Ve Nakli Hakkında Kanun Kan Ve Kan Ürünleri Kanunu
7	Tababet Uzmanlık Tüzüğü
8	Kamu Kurum Ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi İle Çalışma Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik
9	Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği
10	Yataklı Tedavi Kurumları Merkezî Tıbbî Arşiv Yönetmeliği
11	2219 Sayılı Hususi Hastaneler Kanunu
12	Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge
13	Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi
14	2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun
15	Rahim Tahliyesi Ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi Ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük
16	1983 Tarihli Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği
17	1998 Tarihli Hasta Hakları Yönetmeliği

2. TÜRK CEZA KANUNU'NA GÖRE MALPRAKTİS DAVALARI

TMK'nın 24. Maddesi kişilik haklarına saldırıda hukuka aykırılık konusunu ele almaktadır. Bu madde, literatürde, *“kişinin rızası alınmaksızın kişilik hakları kapsamına giren hayatına, sağlığına, vücut tamlığına yapılacak her türlü müdahalenin”* hukuka aykırılık teşkil ettiği yorumu kapsamında değerlendirilmektedir. CMK ve TMK'da hekimlere yönelik, cezai-hukuki sorumluluğun belirtildiği bir maddeye yer verilmiştir.

⁴⁴ Güngör, Merih ve Kocabey, s.135.

Sağlık alanında görev yapan yetkililerin mesleklerini icra ederken uymaları gereken etik kurallar bütünü, sağlık çalışanlarının sorumluluklarının yasal sınırlarını da belirlemektedir⁴⁵. Teşhis ve tedavi süreçlerinde taksir suçunun işlenişi genel itibarıyla aşağıda sıralanan 4 ana başlık çerçevesinde gerçekleşmektedir:

- “*Tedbirsizlik*”,
- “*Dikkat ve özen eksikliği*”,
- “*Meslekte acemilik ve yetersizlik*”,
- “*Emir ve yönetmeliklere riayetsizlik*”⁴⁶.

Tıbbi müdahalelerde uygulama nedenli hatalarda ortaya çıkması muhtemel suçlar, genellikle TCK’nın 85-89. Maddeleri kapsamında değerlendirilmektedir. Suçun, bu maddeler kapsamında değerlendirilebilmesi için zararın gerçekleştiğinin ispatlanması da zaruridir. Her tıbbi uygulamada, hata ihtimali olmakla birlikte, her tıbbi uygulamanın cezai sorumluluk gerektiğinden bahsedilemez. Cezai sorumluluk oluşması için bazı şartların oluşması gerekmektedir. Bu bağlamda, hekim veya diğer sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirilen her tıbbi hatanın, her durumda cezai sorumluluğa tabi olduğu söylenemez. Ayrıca, tıbbi uygulama hatasından söz edebilmek için, yapılan hatanın şartlarının cezai sorumluluk kapsamında olması gerekmektedir. Buna ek olarak, tıp alanında aygın olan öğretide, taksirli müdahaleleri yanı sıra, kasıtlı müdahalelerinde tıbbi uygulama hatası çerçevesinde değerlendirilmesi gerektiği yaygın bir görüştür. Kanunlarda kasıtlı veya taksirle gerçekleşen tıbbi uygulama hataları net bir şekilde tanımlanmadığından, “*tıbbi hata*” ve “*tıbbin suça alet edilmesi*” eylemlerinin yargı süreçleri ziyadesiyle karmaşık bir hal almaktadır⁴⁷. Literatürde, tıbbi hata eyleminin esasına yönelik sıklıkla savunulan görüşe göre, “*failin uyulması zorunlu davranış*

⁴⁵ Akbaba ve Davutoğlu, s.612-614.

⁴⁶ Aydın ve Gümrükçüoğlu, s.82-83.

⁴⁷ Fatih Birtok, “Tıbbi Uygulama Hataları Bakımından Taksir- Bilinçli Taksir Ayrımı (Komplikasyon-İzin Verilen Risk Ayrımı Bağlamında)”, *Erciyes Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, C.10, S.1, (Kayseri, 2015), s. 68.

kurallarına uymak suretiyle önleyebileceği bir fiili veya fiilleri (davranış kurallarını) ihlal etmek suretiyle istemeyerek gerçekleştirmiş olması” gerekmektedir⁴⁸.

TCK m.22/2’ye göre, taksir suçunun gerçekleşmesi için, *“dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık”* unsurunun bulunması gerekmektedir. Bu bağlamda taksirin, öngörülmeyle gerçekleştirilmesi ön koşul olarak değerlendirilmektedir. Hekimin, *“dikkat ve özen yükümlülüğüne uygun davranıldığı”* durumlarda *“öngörülemeyen”* bir neticenin oluşması durumunda hekime sorumluluk yüklenmesi kanuna aykırılık teşkil etmektedir⁴⁹. Türkiye’de hekimler, Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 17. maddesine göre yasal sorumluluk almaktadırlar⁵⁰. TCK’nın 86 ve 89. Maddeleri tıbbi müdahalelerde yaşamını yitiren veya farklı zararların cezai sınırlarını belirlemektedir⁵¹. Türk Ceza Kanunu’nda malpraktis kavramı irdelenmemekte, bunun yerine sorumlu kişinin işini icra ederken dikkat ve özen eksikliği taksir çerçevesinde incelenmektedir⁵². Yargıtay vermiş olduğu emsal bir kararında gerekli özeni göstermenin önemine şu atfı yapmıştır: *“...Ameliyat sırasında doktor, burun içinde kırılan iğne ucunu tüm uğraşmalara rağmen bulamayıp çıkaramamış ve bu sonucu davacıya haber vermemiştir. Şu durum karşısında orta seviyede tedbirli bir doktorun aynı hal ve şartlar altında göstereceği mutlak ihtimam ve özen davacıya gösterilmemiştir...”*⁵³. Bu karar TCK m.22/2’de belirtilen hükmü açıklayıcı bir karardır.

TCK m. 257/1’e göre, kamu görevlisinin kendisine verilen görevin gereğini yerine getirmeme ve görevinin gerektirdiği iş ve eylemin dışına çıkma durumunda, *“görevi kötüye kullanma”* suçu oluşmaktadır. Görevi kötüye kullanma suçunun oluşabilmesi için, yapılan fiilin, görev ile doğrudan alakalı olması gerekmektedir. Kamu görevinin, kişinin zarar görebileceği makul sürede yerine getirilmemesi durumunda ise sadece gecikme söz konusudur. Bu gibi durumlar, hekimlere en fazla dava açılan hususlardan olup, Türk Ceza

⁴⁸ Muharrem Özen, *TCK’da Taksir, Alman- Türk Karşılaştırmalı Ceza Hukuku*, (İstanbul 2012), s.115.

⁴⁹ Birtok, s. 81.

⁵⁰ Akbaba ve Davutoğlu, s.611.

⁵¹ Aydın ve Gümrükçüoğlu, s.3.

⁵² a.g.e., s.83.

⁵³ Yargıtay, 13. HD’nin 06.11.2000 tarih 8590/9569 sayılı kararı.

Kanunu Madde 257/2'ye göre ihmal etmek suretiyle görevi kötüye kullanma suçu kapsamında değerlendirilmektedir⁵⁴.

Tedavi esnasında, hekim, neticeyi öngörmek suretiyle, bilerek hayati tehlikeye yol açıyorsa, bu kusurda kasıt aranmaktadır. Bu gibi durumlarda hekimin sorumluluğu tedavi amacı dışında hareket etmesi ile değerlendirilmektedir. Bayraktar, hekimin bu gibi bir suça yönelmesi halinde, “*kasten işlediği suçlarda diğer kimselerden farklı bir durumda bulunmamaktadır*” yorumunu yapmaktadır⁵⁵. Bu gibi kasıtlı işlenen suçlar, “tıbbın suça alet edilmesi” kapsamında değerlendirilmektedir. Yani hekimin hastasını kasıt ile öldürmesi durumunda, tıbbın suça alet edilmesi suretiyle kasten öldürme suçu oluşmaktadır. Bu suçun gerçekleşmesinde hastanın rızası da olsa, hekim hukuki sorumluluktan kurtulamamaktadır⁵⁶.

3. BORÇLAR KANUNU'NA GÖRE MALPRAKTİS DAVALARI

Sağlık hakkı Dünya'daki tüm insanların en temel haklarından birisidir. Bu nedenle insanın sağlığını emanet ettiği bir sistemin, insanın temel hakkına karşı gerekli özeni göstermesi gerekmektedir ve bu hak kanunla garanti altına alınmıştır. Kanun gereğince, hastane içerisindeki içtihatlarla uyulması ve gerekli özenin gösterilmesi toplum sağlığının korunması açısından son derece önemlidir. Hekimlik sözleşmesi, hekimin, hastası veya hastanın hukuki vasisi ile yaptığı; hastaya uygun teşhisi koyup, uygun tedaviyi uygulama sorumluluğunu beyan eden sorumluluklar bütünüdür. 2709 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 17/1. Maddesi de bu doğrultuda şekillenmiş olup, “Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir.”

Türkiye Borçlar Kanunu'nun 506. Maddesi'nde, “*Vekil, vekâlet borcunu bizzat ifa etmekle yükümlüdür. Ancak vekile yetki verildiği veya durumun zorunlu ya da teamülün mümkün kıldığı hâllerde vekil, işi başkasına yaptırabilir. Vekil üstlendiği iş ve hizmetleri, vekâlet*

⁵⁴ Şenay Coşkun İnce, “Tıbbi Müdahalelerde Hekimin Ceza Sorumluluğu,” (Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2020), s. 35-36.

⁵⁵ Köksal Bayraktar, *Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu*, 1. Baskı, (İstanbul: Sermet Matbaası, 1972), s.204.

⁵⁶ Nejdet Şatır, *Emsal Kararlar Işığında Kamu ve Özel Hastanelerde Çalışan Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu*, 1. Baskı, (Ankara: Yetkin Yayınları, 2015), s. 331-333.

*verenin haklı menfaatlerini gözeterek, sadakat ve özenle yürütmekle yükümlüdür”*⁵⁷ ifadesi yer almaktadır. Bu maddede, iyi surette ifanın ile cümlesi ile kastedilen, görevini özenli yapmaktır. Bu madde hekimin özen gösterme zorunluluğunun yasal zeminin oluşturmaktadır⁵⁸. Malpraktis davalarında, normal şartlar altında, kişinin tedavi esnasında zarar görmesi halinde tazminat hakkı zarar görene ait olmakla birlikte, Yargıtay bir kararında, zarar görenin birinci derece yakınlarının tazminat isteme hakkının olduğunu da belirtmiştir⁵⁹. Malpraktis davalarında, borçlar kanununun önemi bu maddeden dolayı ön plana çıkmaktadır.

4. TIP HUKUKU AÇISINDAN MALPRAKTİS

Tıp Hukuku, *“sağlık personelinin hak ve yükümlülükleri, yasal sorumluluğu, hasta hakları, ilaç hukuku, medikal hukuk gibi konuları ele alan hukuk dalıdır. Tıbbi müdahale ise tıp biliminin insan üzerinde uygulanması ile bağlantılı olarak yapılan her türlü müdahale”* olarak ifade edilmektedir⁶⁰.

Kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi alanında örnek malpraktis davaları tıp hukuku açısından değerlendirilecek olur ise, durum tıbbi müdahalede hukuka uygunluk şartının oluşup oluşmadığı bakımından ele alınabilir⁶¹. Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluğu, hekimlik mesleğinde yetkin kişiler yetkili kişiler tarafından uygulanıp uygulanmadığı, hastanın müdahale için aydınlatılıp rızasının alınıp alınmadığı ve müdahalenin tıp biliminin verilerine uygun olup olmadığı kapsamında değerlendirilmektedir⁶².

⁵⁷ Türkiye Borçlar Kanunu, <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6098.pdf> [Erişim, 25.04.2022]

⁵⁸ Cevdet, Yavuz, *Türk Borçlar Hukuku Özel Hükümler*, (İstanbul, Beta Yayınevi, 1996), s. 593.

⁵⁹ Yargıtay 4.HD. 18.02.1992 tarih 12641/1813 sayılı kararı, Erişim: <https://karararama.yargitay.gov.tr/YargitayBilgiBankasiIstemciWeb/> Erişim Tarihi: 03.02.2022.

⁶⁰ Hakeri, Tıp Hukuku, s. 45.

⁶¹ Ali Yıldırım, Murat Aksu, İlhan Çetin, Abdulkadir Şahan, “Tokat İli Merkezinde Çalışan Hekimlerin Tıbbi Uygulama Hataları İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları,” *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, C.31, S.4, (Sivas 2009), s.356-366.

⁶² Yahya Deryal, “Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluk Şartı Olarak Hastanın Rızası”, <https://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/riza2.htm> [Erişim 18.11.2021].

5. DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE MALPRAKTİS

Günümüzde, pazar ekonomisine dayalı ekonomik modeller nedeniyle geçmişteki hasta-doktor ilişkisini günümüzde bulmak çok zordur. Tıbbi malpraktis özellikle son 30 yıllık süreçte tıp literatüründe sıklıkla tartışılan ve adli bakımdan mahkeme salonlarında sıklıkla görülen bir konu haline gelmiştir. “Dünya Tabipler Birliği, 1992 yılındaki, “*Tıpta Yanlış Uygulama*” konulu duyurusunda, tıbbi uygulama hatalarını, “doktorun tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar” olarak tanımlamıştır⁶³.

Amerika’daki hastaların hakları değerlendirildiğinde, “*bilgilendirilmiş onay doktrini*”nin çok önemli bir belge niteliğinde olduğu görülmektedir. Bu belge, doktorun hastayı tam olarak ve açıkça bilgilendirmesini zorunlu kılmaktadır. Bu onay konusu, üç durumda çok büyük önem arz etmektedir:

1. Cerrahi müdahale öncesinde,
2. Ağır nitelikteki ilaç tedavilerinde,
3. Risk taşıyan tedavi süreçlerinde⁶⁴.

Amerika’da genellikle “*danışman doktor*” modeli kabul görmesine karşın, malpraktis davalarında 1992 yılından 2002 yılına kadar olan süreçte, %30 artış olduğu tespit edilmiştir. Amerika’da tıbbi malpraktis davalarına “1986 yılında 95.000 dolar tazminat ödenirken 2002 yılında bu miktar 320.000 dolara” kadar çıkmıştır⁶⁵.

OECD ülkelerini tamamında yanlış uygulamalar nedeniyle doktorun ceza alması için, kusurun ispatında maddi delil şartı bulunmaktadır. 2005 yılında OECD tarafından hazırlanan ve OECD Ülkelerinde Tıbbi Hataların Sigorta Kapsamı başlığı altında

⁶³ Rezzan Günday, “Tıbbi Müdahale ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki Sorumluluk,” (Yüksek Lisans Tezi, Çankaya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Özel Hukuk Anabilim Dalı, 2009), s.7.

⁶⁴ a.y.

⁶⁵ a.y.

raporlanan veriler değerlendirildiğinde, malpraktis davalarında artış gözlemlenmektedir.⁶⁶ OECD ülkelerinde, malpraktis konulu davalarda artış hızının olduğu yıllarda, Türkiye’deki malpraktis davalarında da artış olduğu aşağıdaki tablodan görülebilir.

Tablo 2: 1995–2009; Yüksek Sağlık Şurasına ceza hukuku ile ilgili gönderilen dosyaların branşlara göre dağılımı ve dosya sayısının yüzdelik oranları.⁶⁷

ALANI	VAKA SAYISI	YÜZDELİK ORANI
Kadın Doğum Uzmanları	125	%34,2
Genel Cerrahi Uzmanları,	93	%25,4
Ortopedi Uzmanları	62	%16,9
Kalp Damar Cerrahisi Uzmanları	19	%5,2
Göz Hastalıkları Uzmanları	19	%5,2
Beyin Cerrahisi Uzmanları	15	%4,1
Kulak Burun Boğaz Uzmanları	15	%4,1
Üroloji Uzmanları	8	%2,2
Plastik Cerrahi Uzmanları,	8	%2,2
Çocuk Cerrahisi Uzmanları	2	%0,5

Bu tablo, Adli Tıp Kurumu’ndan temin edilen 167 vakanın belgesi incelenerek oluşturulmuştur. Elde edilen veriler doğrultusunda, kadın doğum uzmanları tüm davaların yaklaşık olarak %33’üne denk gelmektedir. Çalışmada incelediğimiz Kalp Damar Cerrahisi uzmanları ise 19 vaka ile %5,2’lik dilime girmektedir. Türkiye nüfusunun, ortalama olarak üçte biri oranında nüfusa sahip olan Tayvan’da kardiyo­loji uzmanlarının adli dava oranlarının incelendiği bir araştırmada, 2002-2013 yılları arasında 36 malpraktis

⁶⁶Ayhan Olcay, Sadık Volkan Emren, Gamze Babür Güler ve dğr., “The Opinion of Turkish Cardiologists on Current Malpractice System And an Alternative Patient Compensation System Proposal: PCS Study Group C.5, S.7, *Türk Kardioloji Derneği Araştırmaları*, (İstanbul 2017) s. 634.

⁶⁷ a.y.

davası olduğu tespit edilmiştir⁶⁸. Bu çalışmanın içeriğinde yer alan rakamsal değerlerden faydalanarak oluşturduğumuz tablo aşağıda yer almaktadır.

Tablo 3: Tayvan’da 2002-2013 Yılları Arasında Kardiyoloji Alanında Malpraktis Davalarına ilişkin sayısal veriler⁶⁹.

Davaların Ortalama Sonuçlanma Süresi	65.5 ay
Klinisyenlerin Ortalama Hapis Cezası	4.3 ay
Klinisyenlerin Kaybedilen Dava Oranı	%7,4
Kardiyoloji Ve Acil Uzmanlarının Davalara Karışma Oranı	% 56,3
Kardiyoloji Ve Acil Uzmanlarının Kazandığı Dava Oranı	%92,6
Diğer Uzmanların Kazandığı Dava Oranı	%75

Bu tabloda en önemli verilerden birisi davaların sonuçlanma süre ortalamasının 65,5 ay olmasıdır. Davaların %20’sinde klinisyenler 100.639 dolar maddi tazminat ödemişler ve ortalama 4,3 ay hapis cezası almışlardır. Kardiyoloji ve acil uzmanları davaların %56,3’üne davalık olmalarına karşın, bu davaların %92,6’sından beraat etmişlerdir, diğer uzmanlar ise haklarında açılan davaların %25 ‘ini kaybetmişlerdir. Araştırmaya göre, kardiyoloji alanında açılan malpraktis davalarında, hekimlerin en fazla dava kaybettiği konu koroner arter hastalığı için risk faktörü hastalıklarına yanlış teşhisle tedavi olmuştur⁷⁰. Türkiye’de de benzer durumla sıklıkla karşılaşılması, acil serviste çalışan hekimlerin, Dünyada ölümü en hızlı tetikleyen koroner arter hastalıklarında çok daha dikkatli olmalarının zorunluluğunu göstermektedir. Kardiyoloji hekimlerine daha fazla dava açılmasına karşın diğer branş hekimlerine oranla daha az ceza almışlardır. Bunun en önemli nedeni, diğer branş hekimlerinin koroner arter teşhisini koyamamaları ve bu nedenle süreci yanlış yönetmeleridir.

Yine, 2016 yılında yapılan bir bilimsel çalışmada da kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi alanında görev yapan hekimlerin malpraktis korkusu nedeni ile gereksiz test istemek

⁶⁸ Aydın ve Gümrükçüoğlu s.76.

⁶⁹ a.y.

⁷⁰ a.y.

zorunda kaldıklarını ve riski yüksek olan hastaları tedavi etmekten kaçındıkları tespiti yapılmıştır.

6. NEDENSELER BAKIMINDAN TIBBİ HATALAR

Tıbbi hatanın genel tanımı “*planlanan bir eylemin tamamlanamaması ve istenilen şekilde sonuçlanmaması veya bir amaca ulaşırken yanlış bir planın yapılması*” olarak ifade edilmektedir. Engellenebilir ve istenmeyen hataların oranlarındaki artış sıralaması göz önüne alındığında, tıbbi hatalar; “motorlu taşıt kazaları, göğüs kanseri ya da AIDS'ten daha fazla ölüme neden olmakta ve ölüm nedenleri sıralamasında 7. Sırada” kendine yer bulmaktadır⁷¹.

Tıbbi hatalar genel olarak üç ana sınıfta sıralanabilir: insan kaynaklı, teknik problemler ve sağlık sisteminden kaynaklı hatalar. *Adams ve Garber (2007)*, sağlık sisteminden kaynaklı hataların, hekimlerin bireysel hatalarından daha büyük oranda olduğu ve daha fazla sorun teşkil ettiği düşüncesindedir. Türkiye’de 200 sağlık çalışanının katılımıyla hazırlanan bilimsel bir makalede, tıbbi hataların nedenleri araştırılmıştır. Bu araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %75’i hataların sağlık sistemindeki hatalardan kaynaklandığını belirterek, sistemden kaynaklı sorunların bireylere yüklendiğini ifade etmişlerdir⁷². Sağlık alanında karşılaşılan hatalar, özü itibarıyla incelendiğinde, hemen her hatanın öncülünün başka bir sistemsel hata olduğu gözlemlenmektedir.

Değdaş (2018), tıbbi hatalardan hekimin sorumlu tutulmasında, uygulamaların eksik yapılmasının etkili olduğu düşüncesiyle, “*hekimin, komplikasyonlardan sorumlu tutulmaması için; hastayı, komplikasyonlar konusunda bilgilendirmiş ve hukuka uygun olarak rızasını almış olması gerekir*” ifadesinde bulunmaktadır. Tabi burada dikkat edilmesi gereken başlıca konu tıbbi müdahale esnasında oluşabilecek komplikasyonların yer yer kestirilememiş olmasıdır. Hekimin bu hususta dikkatli olup her türlü ihtimal konusunda hastaya bilgi sunması ve hastanın da bu bilgiler ışığında tedaviyi kabul etmesi

⁷¹ Oğuz Güner, “Sağlık Hizmetlerinde İyileştirme ve Hasta Güvenliği İçin Tıbbi Hatalar ve Malpraktis Nedenleri,” *Journal Of Awareness*, S.3. (2018), s. 474.

⁷² a.g.e., s. 475.

gerekmektedir. Bu gibi durumlara dikkat edildiği halde, hekimin sorumluluğu ancak kusurlu uygulama hatasından sonucu oluşabilmektedir. Tıbbi müdahalede oluşabilecek durumları aşağıdaki tablo ile ifade etmek, konuya daha fazla açıklık getirecektir.

Tablo 4: Tıbbi müdahalelerde oluşabilecek olumsuzlukların, cezai sorumluluk oluşturup oluşturmayacağına yönelik durumu bildirir tablo.⁷³

Meydana gelen Netice		Sonucun İsmi	Sonuçtan Sorumluluk
Öngörülemeyen	Önlenemeyen	Kaza, Tesadüf	Sorumluluk Doğmaz.
Öngörülebilir	Önlenemeyen	Komplikasyon	Sorumluluk Doğmaz. (Öngörülebilir(beklenen) zararlı sonuç hakkında hastanın bilgilendirilmiş rızasının alınmış olması ve kusurlu fiillerle zarara sebebiyet verilmemiş olması koşulu ile)
Öngörülebilir	Önlenilebilir	Malpraktis	Sorumluluk Doğar.

Tabloda ifade edilen duruma göre, cezai sorumluluğu oluşturan ana etken, olası bir olumsuzluğun öngörülebilir olup olmadığıdır. Yargıtay Ceza Genel Kurulu'nun 11.05.2004 tarihli ve E.2004/2-97 K.2004/115 sayılı kararında, “...Neticenin öngörülebilmesi (tahmin edilebilmesi) ise, failin hareketlerinin sonuçlarını tahmin edebilme yeteneğini ifade eder. Bu bakımdan failce neticenin öngörülebilir olup

⁷³ Değdaş, s.61.

olmadığının belirlenmesi bakımından failin yaş, görgü, meslek vs. gibi niteliklerinin nazara alınmasını zorunlu kılar...” ifadesinde bulunulmuştur⁷⁴.

Tablo 5: Tıbbi Hataların Sınıflandırılmasına Yönelik Tablo⁷⁵.

TIBBİ HATALAR		
Hata Türü Açısından	İhmale Bağlı Hatalar	Hata Türü Açısından
• Kök Nedenlerine Göre Tıbbi Hatalar • İşleme Bağlı Hatalar (Yanlış İşlemi Yapma)	• Doğru İşlemi Yapmama • Uygulamaya Bağlı Hatalar • Doğru İşlemi Yanlış Uygulama	• İlaç Hataları, • Cerrahi Hatalar, • Tanı Koymada Hatalar, • Sistem Yetersizliğine Bağlı Hatalar • Diğer Hatalar

7. TÜRKİYE’DE MALPRAKTİS DAVALARI VE EMSAL KARARLAR

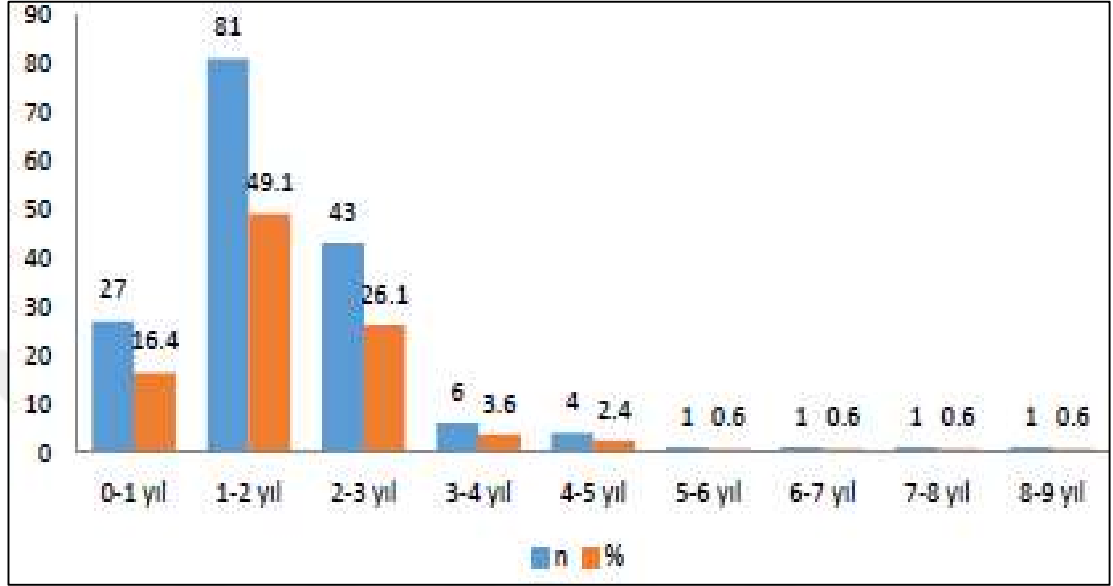
Türkiye’de Malpraktis davalarına yönelik yapılan bir uzmanlık çalışması, Türkiye’de görev yapan hekimlerin yaşadığı zorlukları göstermesi açısından önemlidir. Malpraktis korkusu, hekimlerin işine yoğunlaşmasını zorlaştırırken, savunmaya dayalı tıbbi yönelim eğilimlerini artırdığını ispatlar niteliktedir. Belirtilen çalışmada, malpraktis nedeniyle gerek yerel mahkemelere gerekse mahkeme kararını bozmak için Yargıtay’a götürülen davaların, 2010 ile 2017 yılları arasında sistematik bir şekilde arttığı tespit edilmiştir⁷⁶.

⁷⁴ a.g.e., s.63.

⁷⁵ Güner, s.475.

⁷⁶ Kırtıçoğlu, s. 44-48.

Şekil 1: 2010-2017 Yılları Arasında Yargıtay Tarafından Yürütülen 165 Malpraktis Davasının, Karar-Zaman Aralığının Yüzdelik Oran Grafiği (n: Dava Sayısı) ⁷⁷

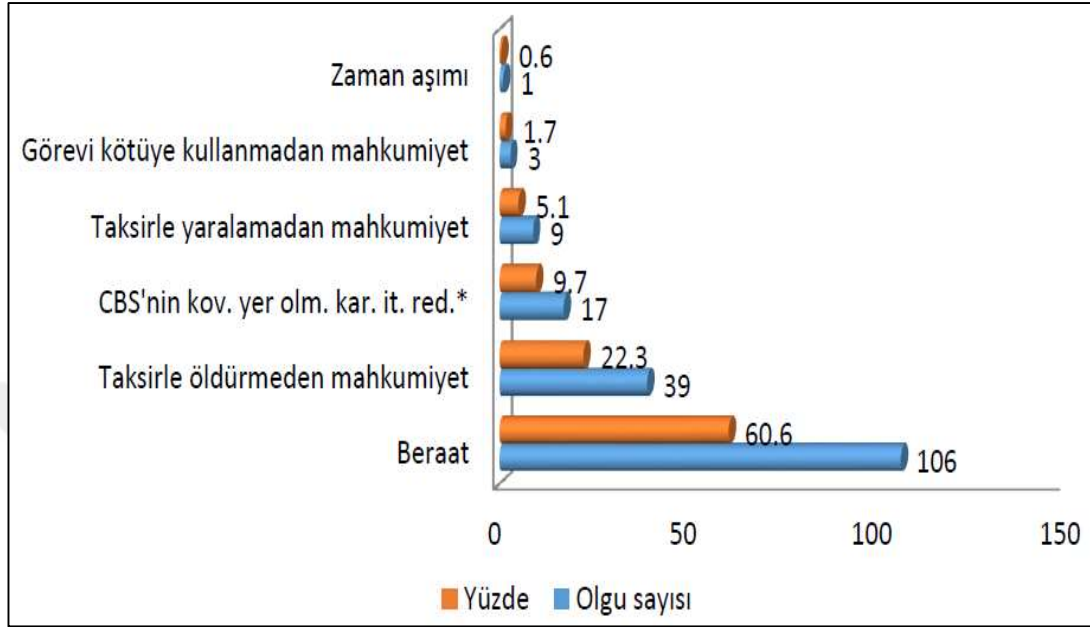


Malpraktis davalarının Yargıtay’a kadar uzanan süreci zaman-dava sayısı bakımından oranlandığında, davaların % 49,1’i bir veya iki yıl içerisinde sonuçlanırken, davaların % 91,5’i iki ve üç yıllık süre zarfında sonuçlanmıştır⁷⁸.

⁷⁷ Kırtışoğlu, s.45.

⁷⁸ a.y.

Şekil 2: Ceza davalarında yerel mahkeme kararlarının dağılımı.⁷⁹



Malpratis konulu ceza davalarına göre yerel mahkemelerde 175 ceza davası görülmüştür. Bu davalardan % 60,6 oranına denk gelen 106 davada beraat kararı vermiştir. Soruşturma ve koğuşturma aşamasındaki davalar bir bütün olarak incelendiğinde, davaların % 70,3'ünde kusur görülmemiş ve hekimler ceza almamıştır. Davaların % 27,42'sinde ceza verilmiş ve bu cezaların tamamı taksir gerekçe gösterilerek verilmiştir. Davalardaki kusur oranları disiplinlere göre sıralandığında; üroloji alanındaki 6 davadan 3'ünde kusur görülmüş, diş hekimliğinde 16 davadan 7 davada kusur görülmüş, genel cerrahide 30 davadan 10'unda kusur görülmüş ve kardiyoloji alanında ise 7 davanın hiç birisinde kusur görülmemiştir⁸⁰.

2010-2017 yılları arasını kapsayan bu uzmanlık çalışmasında kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi konulu 7 davada kusur görülmemiş olması dava süreçlerinde hekimlerin yıpranmadığı anlamına gelmemektedir. Yerel mahkeme kararlarının, Yargıtay'a

⁷⁹ Kırtışoğlu, s.41.

⁸⁰ a.g.e., s.42

götürülmesi sonucunda, kalp ve damar cerrahisindeki yerel mahkeme kararlarının 2'sinin bozulmuş olduğu ve hekimlere taksirden dolayı ceza verildiği görülmüştür⁸¹.

Özellikle dava süreçlerinin uzun olması nedeniyle, dava devam ederken görev yapan hekimler, yapacakları tıbbi müdahalelerde çekimser kalabilmekte ve defansif tıbbi yönelim gösterebilmektedirler.

7.1. Adli Vaka Örneği 1

Yargıtay 13. HD. 2006/6704 E. 2006/9459 K. Sayılı ve 12.06.2006 tarihli kararında “davacı, 13.11.2000 tarihinde davalı Hastanede doktor olan diğer davalılar tarafından kendisine yapılan By-Pass ameliyatı sırasında kalbinde sargı bezi unutulması nedeniyle yeniden ameliyat olmak zorunda kaldığını belirterek, uğramış olduğu zararlar için maddi ve manevi tazminat talep etmiştir”. Uyuşmazlık, bu dava ile doktorun ameliyat esnasında ve ameliyat sonrasındaki süreçteki kusurunun olup olmadığının tespiti için toplanmış ilk olarak vekâlet sözleşmesinde belirtilen hususları ele almıştır. “Burada dikkat edilen nokta, davalı doktorun vekâlet sözleşmesinde belirtilen özen hususuna ayrılık olup olmadığıdır (B.K. Madde: 386, 390) Bu sözleşmede doktorun özenli davranma zorunluluğu ve hafif kusurdan dahi sorumlu olduğu belirtilmektedir (BK 321/I) - (BK 390/II)”⁸². Belirtilen maddeler bağlamında, doktorun meslek alanı kapsamında gerçekleşebilecek bütün kusurları peşinen kabul ettiği ifade edilmiştir. Verilen kararda hekimin sorumluluğu net bir şekilde kabul edilmiş ve özensiz davranış nedeni ile doktorun sorumlu olduğu kararı verilmiştir.

7.2. Adli Vaka Örneği 2

Yargıtay 12. C.D. 2015/11325, 2016/8666, K. Sayılı ve 24.05.2016 tarihli kararına göre incelenen bir vakada, hasta olan kişi, sağlık kurumuna göğüs ağrısı şikâyeti ile başvurmuştur. Sağlık merkezi hastanın tedavisi amacıyla, “koroner anjiyografi (KAG) ve koroner arter bypass greft (CABG) kararı vermiştir. Hastanın raporunda görüldüğü üzere, ikili bypass (LIMA-LAD, RCAPD-SVG) yapılmış ve hasta taburcu edilmiştir.

⁸¹ a.g.e., s.44.

⁸² Günday, s.7.

Operatör hekim, “*LAD bypass yapılırken LIMA kullanımından vazgeçerek safen ven grefti kullanmış, hastaya otopsi yapılmamış ve Toraks BT anjiyografi ise çekilmemiştir.*” Tedavinin tamamlanmasından yaklaşık 4 ay kadar sonra, hasta göğüs ağrısı ile tekrar sağlık merkezine başvurmuş ve merkezdeki KAG sonucuna göre, hastanın durumunu bildirir raporda, “*LIMA serbest izlenmiş, LAD distali antegrad ve RCA’dan silik olarak dolduğu, Cx %30 darlık olduğu, Ao-RCA dışında bypass damarı görülmediği*” tespiti yapılmıştır. Rapora göre, hastanın ilk teşhisten 4 ay sonraki testlerinde; “*ST yükselmesiz miyokard infarktüsü ve Cx proksimalindeki %70 darlığa stent takıldığı*” görülmüştür. Hasta 03.02.2011 tarihine ölmüş ve davalık olan cerrah ifadesinde; “*LAD bypass yapılırken LIMA kullanımından vazgeçildiğini safen ven grefti kullandığını, Toraks BT anjiyografinin çekilmediğini, otopsinin yapılmadığını*” belirtmişlerdir. Yargıtay 12. Daire davada cerrahın kusurunun bulunmadığı kararını vermiş ve cerrah beraat etmiştir.

Bu dava dosyasındaki bilirkişi raporuna göre, “*cerrahi müdahalenin evraklarında LAD-LIMA grefti belirtilmiş, fakat diğer koroner anjiyografilerde LIMA’nın serbest izlendiğinin rapor edilmiştir.*” Bu durum, cerrahi müdahalede bulunan hekim ve ekibinin zor durumda kalmasına neden olmuştur. Bu bağlamda, “Hekim hastasını taburcu ederken tıbbi sekreterin yazdığı epikrizi dikkatli okumalı, altını imzalamalı bir nüshasını hastasına vererek anlaşılır dille yapılan işlemi ve olduysa karşılaşılan sorun-komplikasyonları dürüstçe anlatması”⁸³ gerektiği sonucuna ulaşılabilir. Hasta ve doktor ilişkisinde, hastayla sözlü-yazılı iletişim çok önemlidir. Bu iletişim, hem yanlış anlaşılmaları ortadan kaldırmakta, hem de ilerleyen süreçte karşılaşılabilecek hukuki süreçlerde doktoru koruyucu bir unsura dönüşebilmektedir. 2010 yılında açılan bu davada karar verilmesi 6 yıl sürmüştür. Operatör doktor ve ekibinin, yanlış anlaşılmalara ve eksik evrak nedeniyle 6 yıl süren bir davada işine yoğunlaşamaması ve defansif tıbbi yönelmiş olma ihmali ağır basmaktadır.

⁸³ a.y.

7.3. Adli Vaka Örneği 3

Yargıtay 12. C. D. 2015/14398, 2016/12604 K. numaralı ve 10. 11. 2016 tarihli karara konu olan davada; ölen şahıs, 02.00 - 02.30 sıralarında rahatsızlanmış ve kollarının-göğsünün ağrıdığını belirterek, kardeşi tarafından hastaneye getirilmiştir. 02.35'te hastaneye gelen hasta şahsa hastanenin acil bölümünde ilk müdahale yapılır. Acilde görevli doktor tarafından yapılan muayenede *“panik atak, göğüs ağrısı, bronşit + myalji teşhisi ile, TA:110/80 mmHg ölçüldüğü, Dekort ve Novalgin ampul tedavisi uygulanan reçete”* yazılır ve hasta evine gönderilir. Hasta ve kardeşi hastaneden çıkıp eczaneden ilaçları alırlar ve hasta saat: 03.10'da tekrar kardeşi tarafından hastaneye getirilir. Şahıs hastaneye getirildiğinde, öncelikle CRP uygulanır ve hemen ardından kardiyoloji uzmanı ve nöbetçi uzman doktor çağırılır. Hasta şahsın ex olduğu tespitle, müdahalelere rağmen hayata döndürülemez. Ölümüne ilişkin hastane raporunda, *“ölümün kalp damar hastalığı sonucu meydana gelmiş olduğu”* belirtilmiştir. Adli Tıp İhtisas Kurulu şikâyeteye konu olan dosya ve deliller üzerine yaptığı incelemede sonucunda sunduğu raporda, sanık durumundaki doktorun, hastanın şikâyetine yönelik *“EKG, PA akciğer grafisi, kan biyokimyası, kardiyak enzimler vs”*, tetkikleri yapmadığı ve *“müşahadeye alınıp takip edilmemesi, dahiliye veya kardiyoloji konsültasyonlarının istenmemesinin eksiklik olduğu, bunun yanında gerekli tetkiklerin ve tedavisinin zamanında yapılması halinde de kurtulmasının kesin olmadığı”* yönünde görüş bildirmiştir.

Bu dava için, Yüksek Sağlık Şurası tarafından düzenlenen raporda ise kardiyomiyopatinin görülmesinin tetkiklerle anlaşılmasının zor olmasına karşın, gerekli tetkiklerin yapılmadığı, kalp ve damarlarda %50 darlık olmasının ölümün tek nedeni olamayacağı belirtilmiştir. Böylelikle, kardiyomiyopatinin de ölümde payı olduğu görüşü ile sanık kusurlu görülmüştür. Her iki rapordan da anlaşılacağı üzere doktor kısmi olarak kusurlu bulunmuş, ancak *“bu kusur ile ölüm arasında illiyet bağının olmadığı”*⁸⁴ görüşü ön plana çıkmıştır.

⁸⁴ Aydın ve Gümrükçüoğlu, s.55.

Sonuç olarak, doktora açılan dava görevi kötüye kullanma olup, Ali Tıp Kurumu tarafından düzenlenen raporla, hastanın şikâyetinin değerlendirilmesi aşamasında, tetkiklerin hastanın şikâyetleri ile uyumlu yapıldığı kanaatine varıldığı bildirilmiştir. Adli Tıp Kurumunun doktorda gördüğü kusurlu davranış ise kardiyoloji konsültasyonlarını istememesidir. Yargıtay verdiği kararda, yerel mahkemenin TCK'nın 257/2. Maddesi kapsamında verdiği kararın hatalı olduğunu belirterek, doktorun görevi kötüye kullanma suçunu işlemediğine ve taksirli davranışın görevi kötüye kullanma suçu kapsamında değerlendirilemeyeceğine hükmetmiştir⁸⁵.

Bu bağlamda, yerel mahkeme doktorun beraatına karar vermiş olsa da, sonrasında davacının temyize gitmesi sonucunda Yargıtay tarafından karar bozulmuştur. Kararın bozulmasının nedeni, “*doktorun eksik ve kusurlu eyleminin TCK 257/2. Maddesindeki ihmal suretiyle görevi kötü kullanma kapsamında değerlendirilmesi*” olmuştur. Bu dava her ne kadar acil müdahale esnasında gerçekleşmiş bir olay olsa da, olayın sonuçları kalp ve damar cerrahisinde görev yapan doktorların hastaya müdahale esnasında tedavi için doğru karar verememeleri durumunda ortaya çıkabilecek olumsuzlukları da göstermesi bakımından önemlidir.

7.4. Adli Vaka Örneği 4

Yargıtay, Hukuk Genel Kurulu 2017/669 E., 2020/346 K. Numaralı ve 2020 tarihli kararına konu olan davada; davacı olan taraf, annesinin 2007 yılı Şubat ayında kalp krizi geçirdiği için hastaneye kaldırıldığını, davalı olan doktorun öncelikle ilaç tedavisi uyguladığını ve Haziran ayına ameliyat için gün vererek, ilaç tedavisine devam ettiğini belirtmişlerdir. Davacı, annesinin Haziran ayı içerisinde kalp ameliyatı olduğunu ve ameliyat sonrasında, hastanın taburcu edildiğini ancak hastanın ayaklarında şişme ve ağrı olduğu şikâyetiyle kalp ameliyatı olan hastaneye tekrar başvurduğunu belirtmiştir. Hastane, davalıya tedavi için yer olmadığını belirttiğinden, başka hastaneye müracaat edilmiştir. Olaya konu ikinci hastanede, 48 gün tedavi gören kişi kurtarılamayarak 11 Aralık 2007 tarihinde hayatını kaybetmiştir.

⁸⁵ a.g.e., s.60.

Davacı olan kişi annesinin yatarak tedavi gördüğü hastaneden aldığı ölüme ilişkin raporda, annesine Hepatit-B tanısı konulduğunu görmüş ve yaptığı araştırmada, ilk hastanede verilen kandan dolayı annesinin Hepatit-B'ye yakalandığı düşüncesine kapılmıştır. Bunun üzerine, tüm aile bireylerine test yaptırarak aile üyelerinden hiç birisinde bu hastalığının olmadığını ispatlamış ve annesinin tedavi gördüğü ilk hastanedeki kardiologdan davacı olmuştur.

Bu davada, davacı olan hasta yakınının tazminat talebinin ana nedeni; görevli sağık personelinin özenli davranış kuralını ihlal ettiği iddiasıdır. Kan naklinden önce kanın kontrol edilmemesi ve hastaya nakledilmesi nedeniyle hastanın virüs kaptığı ve yaşlı olan hastanın hayatının son günlerini acı çekerek yaşadığı iddiası davanın esas nedenidir. Bunlara ek olarak; hastane yönetiminin insan hayatına değer vermemesi, hastayı yaşatmak için gerekli özeni göstermemesi, kan merkezinden kan almak yerine hastane içerisinde yasal olmadığı iddia edilen kan merkezinin kurulması ve oradan kan temin edilmesi gibi durumlar, hasta yakınının Şişli Cumhuriyet Savcılığı'na müracaat nedeni olmuştur. Bu müracaata, cumhuriyet savcılığı takipsizlik vermiş, lakin İstanbul İl Sağık Müdürlüğü'ne yapılan müracaatta Hastane'nin yasal olarak kan merkezi kurma yetkisi olmadığını belirttiğinden, cumhuriyet savcılığının takipsizlik kararına itiraz edilmiş dava yeniden açılmış ve hasta yakını yaşadığı duygusal çöküş iddiasıyla maddi tazminat talebinde bulunmuştur.

Doktor yaptığı savunmada, ilaç tedavisinin ve yapılan ameliyatın başarılı geçtiğini hastane ise verilen kanın temiz olduğunu savunmuştur. Hastane, kan alınan kişileri tekrar hastaneye davet ederek kanlarını test etmiş ve yapılan testlerde Hepatit-B negatif çıkmıştır. Bu maddi ispatı mahkemeye sunan hastane yönetimi, yapılan yargılamada suçsuz olduğunu belirtmiştir. Yapılan yargılamada, hastanede kan alınan birimin resmi işlemlerinin bitmemesi ile hastaya verilen kanın hastanın ölümüne neden olduğu ve kardioloji cerrahının da bunun sorumlu olduğu iddiaları arasında illiyet bağı tespit edilmediği sonucuna ulaşılmıştır. Kararda HEPATİT-B hastalığının sadece kan alıp verme nedeniyle bulaşmadığı, kişinin temas ettiği kişilerdeki deri veya mukoz membranlardan da geçebileceği belirtilmiştir. Dava ortalama olarak 13 yıl sürmüş ve 13

yılın sonunda cerrahın ölümden sorumluluğu olmadığı kararı verilmiştir. Ayrıca, hastanenin Kızılay'dan kan elde edemediği hallerde, eldeki imkânlar dâhilinde hastaya kan temin etmesinin Sağlık Bakanlığı'nın genelgelerine uygun olduğu belirtilmiştir.

7.5. Adli Vaka Örneği 5

Yargıtay 12. Ceza Dairesi E. 2014/9938 K. 2014/13376 T. Karar numaralı ve 02. 06. 2014 tarihli karara konu olan davada; 2010 yılında göğüs ağrısı şikâyeti ile özel bir hastaneye başvuran hastaya, koroner anjiyografi yapılması uygun görülür ve hastanın yatışına karar verilir. 2010 itibarıyla 54 yaşında olan hasta, *“koroner anjiyografi sonrasında yapılan tıbbi müdahalelere karşın hayatını kaybeder. Hastanın efor testi iskemik açıdan pozitif çıkmıştır ve hastaya koroner anjiyografi işlemi yapılmıştır. İşlem sonrasında durumunun normal olmadığı gözlemlenmiş, bu nedenle tomografisi çekilmiş ve süperior çölyak trunkusunda kanama olduğu tespit edilmiştir.”* Bu durumun koroner anjiyografi sırasında oluştuğu düşünülmüştür. Hastaya cerrahi ekip tarafından müdahale edilmesine karşın hasta ölmüştür. İlk mahkeme sürecinde karar doktorlar lehine çıkmış lakin hasta yakınları davayı bir üst mahkemeye taşıyarak kararın reddini talep etmişlerdir. Mahkeme tarafından atanan bilirkişi *“koroner anjiyografi sırasında arter yaralanmalarının koroner anjiyografi komplikasyonu olduğuna ve taksir olmadığı”* kanaatini mahkemeye sunmuştur.

“Bu alanda kabul görmüş kardiyoji kitaplarında da böyle komplikasyonların olabileceği bilgisi mevcuttur. Burada dikkat edilecek diğer bir nokta ise komplikasyon geliştikten sonra komplikasyon yönetimidir. Eğer komplikasyon zamanında fark edilemezse ve onu düzeltmek için gerekli tıbbi müdahaleler vaktinde ve doğru bir şekilde tatbik edilmezse ve bundan dolayı hasta bir zarar görürse genel kanı bunun da malpraktis olduğu yönündedir”⁸⁶. Hastanın durumunun kötüye gittiğini gözlemleyen kardiyoji hekiminin, hastaya bilgisayarlı tomografi çekimi istemesi, *“genel cerrahi ve radyoloji konsültasyonlarına başvurmuş ve gerekli müdahaleleri yapmış”* olması, mahkeme tarafından gerekli ve yerinde bir karar olarak görülmüştür

⁸⁶ a.g.e., s.83-84.

Hasta yakınlarının bu dava kararını bozma istemiyle üst mahkemeye taşımalarının gerekçesi; “*koroner girişim sırasındaki atar damar yaralanmasındaki dikkatsizlik*” olarak sunulmuştur. Tedavi esnasında gerçekleşen komplikasyon nedeniyle ölen hastanın yakınları ise ölüm nedeninin komplikasyon olduğunu bilmelerine rağmen tanı koyma hususunda geç kalınmasının ölümüne neden olduğu iddiasında bulunmuşlardır. Bu durumu ölümün öncül nedeni olarak iddia eden hasta yakınları reanimasyon hekimi ve hastaneyi otopsi yapmayarak gerçek ölüm nedenini gizleme amacıyla oldukları düşüncesi ile dava etmişlerdir⁸⁷.

Bu davada pek çok suçlama olmakla birlikte, aşağıda sıralanan problemler, kalp ve damar cerrahisi alanında karşılaşılan olumsuzluk hallerinde belirsizlik ortamı ortaya çıkartmaktadır:

- Taksir ve dikkatsizlik ayrımının yapılmasının nasıl mümkün olacağı problemi,
- Operasyon vaktinin zamanı belirlemede yaşanan gecikmede kusurun kimde olacağı sorunu,
- Komplikasyon ve malpraktis ayrımının hangi kıstaslara göre yapılacağının tespit sorunu,
- Hastanın süreçlerinin takibinin nasıl sağlanacağının ve hastaya zarar veren kusurun sorumlusunun nasıl tespit edileceği problemi,
- Ölen hastaya otopsi yapılamamadan dolayı hekimlerin yargılanmasının mümkün olabileceği hususunu ve ölen kişiye hangi prosedür gereği otopsi yapılması gerektiğinin belirsizliğini,⁸⁸
- İdari görevli bir hekimin bile tüm tıbbi süreçlerden sorumlu tutulabileceğinin karmaşık ve belirsiz olduğunu ve bir başhekimin kendi alanına girmeyen bir süreçle alakalı yargılanabileceğini gösteren önemli bir davadır.

⁸⁷ a.g.e, s.84.

⁸⁸ a.g.e, s.86.

Yargıtay 12. C.D/E. 2014-9886 K. 2015-5850- 2015 sayı numaralı bir davada verilen kararda, *“Ülkemizde rutin otopsi yapılmamakta ve hangi hastalara otopsi yapılması gerektiği ile ilgili bir yönetmelik ya da tıbbi kılavuz bulunmamaktadır”* ifadesi bu alanda bir boşluk olduğunu da ispatlar niteliktedir.

7.6. Adli Vaka Örneği 6

Yargıtay 12. C.D/E. 2014-9886 K. 2015-5850-2015 Sayı numaralı bu vakada; 2010 yılında Kalp ameliyatı geçiren bir hasta, taburcu edildikten sonra yer yer şikâyetleri devam eder ve taburcu olan hasta, hastaneye son müracaatında nefes darlığının olduğunu belirterek hastanenin acil kısmına başvuru yapar.

Hastayı muayene eden doktor, EKG’de “Düşük V. Ors” tespit eder ve hastalığın ana nedeninin kalp yetmezliğinden kaynaklandığını değerlendirir. Buna ek olarak, hastanın akciğer grafisini de çekince, hastanın sol akciğerinde “Plevral Mayi ve Kardiyomegali” bulgusuna rastlar. Hastayı ameliyat eden Kardiyolog Cerrah ile görüşür ve onun tavsiyesi ile “Lasix Ampul” yapar ve hastanın durumunun stabil olmasından dolayı, hastayı taburcu eder. Hasta bir gün sonra bilinci kapalı bir durumda özel bir hastaneye götürülür, tedaviye cevap vermez ve hastanede vefat eder.

Bu olayda hastanın abisi, ölen kardeşinin otopsisinin yapılmadığı belirterek il sağlık merkezine müracaat ederek şikâyetçi olur. Bilirkişi, acil serviste hastaya yapılan müdahalenin ilk aşamalarının yeterli olduğunu, lakin tanı konulduktan sonra, kardiyolojide cerrahi müdahale yapılmasının gerekli olduğu, belirtilerek, raporu şu şekilde düzenlemiştir: *“Mekanik protez kapak fonksiyonlarında bozulma olup olmadığının tespitinde ve perikardiyal efüzyon varlığında EKO’nun önemi, büyüktür. Hastanın dosyası incelendiğinde, bu komplikasyonları ekarte edecek EKO gibi ileri kardiyolojik tetkiklerin postop dönemdeki poliklinik kontrollerinde ve Acil Servise gelişlerinde yapılmamış olması, hastanın şikâyetlerine yol açan etyolojiyi ortaya çıkarmada yetersiz kalmış ve bunun hastanın tedavisine de yansıdığı görülmüştür Postop 49. ve 50. günlerdeki Acil Servis başvurularında; hastanın şikâyetleri, muayene bulguları ve akciğer grafisi birlikte*

değerlendirildiğinde; kalp kapak operasyonu sonrası bir geç dönem komplikasyonun varlığının yeterli uzmanlık dalları ile değerlendirilmediği, bunun imkanı olmaması halinde tetkik ve tedavisinin yapılabileceği başka bir hastaneye sevk edilmediği görülmüştür”.

Raporda belirtildiği üzere, kusurlu davranış tespit edilmiş ve ölen kişinin kardeşi bu raporla savcılığa suç duyurusunda bulunmuştur. Burada ölen kişiye “EKO” yapılması ve alanda uzman bir hekimin müdahalede bulunmaması kusur olarak kabul edilmiştir. Yerel mahkemeye açılan dava, TCK 257’ye göre açılmış olup doktor hakkında mahkumiyet kararı verilmiştir. Dava temyiz için Yargıtay’a götürüldüğünde, Yargıtay görevi kötüye kullanma suçunun oluşmadığına ve olayın taksirli suç kapsamında değerlendirilebileceğine hükmederek hükmün bozulmasına oy birliğiyle karar vermiştir.

Bu davada dikkat edilecek en önemli husus acil serviste görevli doktorun ameliyatı gerçekleştiren Kardiyoloji hekimi ile görüşmesi sonucunda hastanın durumunu stabil izlemesi ve netice itibarıyla EKO yapmadan hastayı taburcu etmesidir. Bu tür olaylarda hastanın durumu hakkında telefonla bilgi alıp, durum değerlendirmesi yapmak son derece tehlikeli sonuçlara neden olabilmektedir.

7.7. Adli Vaka Örneği 7

Yargıtay 12 Ceza Dairesi, 2017/2042 E. , 2017/8741 K. 2020/1335E, 2021/1418 K. sayı numaralı karara konu olan davada, taksirle ölüme neden olma suçundan mahkûmiyet hükmü olan sanıkların müdafii tarafından temyize gitmesi değerlendirilmiştir. Yaşanan olayda, hasta göğüs ağrısı şikâyeti ile 8 Kasım 2005 tarihinde özel hastaneye başvurmuş ve ambulansla başka bir hastaneye transfer edilmiştir. Hastanın durumu, gönderildiği hastanede, sırasıyla acil hekimi ve kardiyoloji uzmanınca değerlendirilmiş ve hastaya yapılan tetkikler sonucunda akut koroner sendrom tanısı ile kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi uzmanları ve hocalarından oluşan bir ekip tarafından koroner anjiyografi kararı verilmiştir.

Anjiyografi sonrasında hasta yoğun bakıma alınmış, kardiyoloji profesörünün gözetimi altında takip edilirken, gece nöbetçi asistan (Sanık) tarafından, hastada bir takım sıkıntılar olduğunu tespit etmiş, hastanın mevcut şeker hastalığının metabolik komplikasyonları ve siyataljisine bağlamış ve hastayı telefonla dahiliye uzmanına danışmıştır. Ancak sabah 07-08 arasında hastanın genel durumu daha fazla bozulmuş, preşok ve şok tablosu ile entübe edilerek genel yoğun bakıma transfer edilmiştir. Burada derin anemi ve hipovolemik şok nedeniyle incelenen hasta, kalp ve damar cerrahisince retroperitoneal ve intraperitoneal kanama nedeniyle opere edilmiştir. Sonrasında, Nöroloji, gastroenteroloji uzmanlarınca konsülte edilmiş ancak hasta 11 Kasım 2005 tarihinde solunum ve dolaşım yetersizliğinden hasta kaybedilmiştir.

Yargıtay 12. CD. 09.11.2017 tarih ve 2017/2042-2017/ 8741 sayılı bozma ilamı ile, yerel mahkemece verilen cezada dayanak olan Adli Tıp tarafından 25.06.2014 tarih ve 2913 sayılı kararında; heyette kardiyoloji uzmanı olmadığı anlaşıldığından; sanıkların taksirle ölüme sebep olup olmadığının kuşkuya yer vermeyecek şekilde anlaşılabilmesi amacıyla, içlerinde kardiyoloji uzmanının da bulunduğu Adli Tıp kurumu veya üniversite öğretim üyelerinden oluşan komisyonca oluşturulan bilirkişi heyetinden rapor alınması gerektiği bildirilmiştir. İstanbul Adli Tıp Kurumu Başkanlığı'nın 8.inci Adli Tıp Başkanlığı'na 20/03/2019 tarih ve 2019/546 sayılı raporuna göre "takibi esnasında anjiyografi esnasında vasküler yaralanma olduğu bunun bir komplikasyon olduğu ancak komplikasyon yönetiminin iyi yapılmadığı ve yapılan uygulamaların tıp kurallarına uygun olmadığı" oy birliği ile mütalaa edilmiştir.

Ölümdeki nedensellik bağının anjio işlemi esnasında oluşan yaralanma ve gelişen komplikasyonlar olarak illiyet bağı çözümlendiğinden TC K85/1, 62, 51/1-7 maddeleri gereğince verilen mahkûmiyet kararı önceden yapılan incelemede Kardiyoloji uzmanının olmaması bir eksiklik olarak görülmüş, Kardiyoloji uzmanının da olduğu heyet raporuna göre değerlendirilerek 11.02.2021 tarihinde onanmıştır. Buradaki en önemli konu yapılan işlem doğru olup işleme bağlı gelişen komplikasyon yönetiminin uygun olmamasına bağlı olarak kusur ortaya çıkmıştır.

7.8. Adli Vaka Örneği 8

Yargıtay, 2020/12142E,2021/4766K S. numaralı karara konu olan davada, Asliye Ceza Mahkemesince, Taksirle öldürme suçundan TCK'nın 85/1, 62/1, 50/1-a-4, 52/2-4, 53/6. Maddeleri uyarınca mahkûmiyet kararı verilen vaka değerlendirilmiştir.

Disk hernisi nedeniyle, beyin cerrahisi tarafından devlet hastanesinde operasyona alınan vakada, ameliyat esnasında oluşan damar yaralanmasının anlaşılamamıştır. Sonrasında tansiyon düşmelerine sıvı ve kan takviyesi yapıldığı hastanın servise verildikten sonrada tansiyonu düşmesi nedeniyle, Kalp Damar cerrahisi uzmanına konsülte ettirilen hastada damar yaralanmasından şüphelenilmiş, ancak hastaya dopamin ve mayi verilerek hastanın genel durumu düzelmeyince üniversite hastanesine sevk edilmiştir. Hastanın, hastaneye geldiğinde durumunun kritik olduğu, solunum bozulması ile beraber kalbi duran hastaya gerekli müdahalelerde bulunularak, hasta entübe edilmiş ve orada gerekli incelemeler yapılarak, iliak arter ve ven yaralanması tespit edilmiştir. Bunun üzerine, acil operasyona alınan ve damar onarımı yapılan hasta, ameliyat sonrası uyutulduğu sonrasına gelişen komplikasyonlara bağlı olarak ölmüştür.

İstanbul Adli Tıp kurumu, 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu 14/06/2013 tarih ve 6672 ve 05/10/2011 kararında; İliak arter ven yaralanmasının komplikasyon olduğu, hastanın ameliyattan çıktıktan sonra sevk edilinceye kadar geçen 3 saatlik süreyi bir gecikme olarak görmüştür. Kurul, hastanın durumunun teşhis edildiği anda müdahale edilmesi gerekirken sevk edilmesinin tıp kurallarına uygun olmadığını belirtmiştir. Kurul bu kararının, Sağlık Bakanlığı Yüksek Sağlık Şurasının 2015/14 sayılı raporunun da, Adli Tıp 3. İhtisas kurulunun raporlarıyla uyumlu olduğu; damar yaralanması farkına varıldığı halde müdahale edilmemiş olması ve kalp damar cerrahisi uzmanının ameliyathanede müdahale etmemesini kusurlu bulmuştur.

Kararda, hastanın genel durumunun medikal destekle toparlanmaya çalışılması ve ameliyatı yapan beyin cerrahisi uzmanı ile Kalp ve Damar cerrahisi uzmanının kusurlu oldukları konusunda yerel mahkemenin kararına katılmıştır. Verilen kararda, sanıkların görevi ihmal suçu nedeniyle TCK 257/2 deki görevi ihmal suçuna göre bozma görüşüne

katılmamıştır. Bu vakadaki en önemli eksiklik, komplikasyonun gelişmiş olmasına karşın operasyon yönetimi ile birlikte diğer işlemlerin yapılmamış olmasıdır.

7.9. Emsal Davaların Genel Değerlendirmesi

Yukarıda incelenen tüm davalarda görülen bazı ortak özellikler bulunmaktadır. Bunlardan en önemlisi malpraktis davalarının ortalama olarak 10-15 yıl sürmesidir. Belirtilen yıl ortalaması son derece yıpratıcı ve önemli psikolojik problemlere yol açabilecek bir süreci kapsamaktadır. Bu davaların büyük çoğunluğu hekimler tarafından kazanılmış olsa da bu süreç sadece hekimleri değil, hasta yakınlarını da psikolojik olarak olumsuz etkileyebilecek bir süreçtir.

Davaların incelendiğinde, görevi kötüye kullanma ve görevi ihmal suçlamaları öne sürülerek açılan davaların yoğunlukta olduğu görülmektedir. Görevi kötüye kullanma ile alakalı davalarda genel olarak beraat kararı çıksa da bu tür bir dava son derece yorucu ve stresli bir süreci tetiklemektedir.

Görevi kötüye kullanma ve görevi ihmal suçlarından çıkan kararlarda genellikle komplikasyon olduğu kanaati oluşmuş ve bu yönde karar verilmiştir. Bu bağlamda hukuk alanında yetkin hekimlerin tıp alanında uzman hukukçuların yer aldığı bir uzlaştırma komisyonunun oluşturulması bu tür dava süreçlerinin daha kısa sürede aydınlanması açısından yüksek derecede fayda sağlayabilir.

Davaların açılma nedenleri genellikle görevi kötüye kullanma veya görevi ihmal olsa da, hastanelerde organizasyon bozukluğu nedeni ile meydana gelen zararlar daha fazladır. Bu tür durumlarda, hasta-hasta yakınına tazminat ödenmesi zaruri bir durumdur. Hastanelerde yönetici pozisyonunda olan kişilerin, hastane içerisindeki tüm süreçleri kontrol edebilmesi mümkün olmasa da, öncül tedbirleri alması toplum sağlığının korunması için önemli bir husustur.

İncelenen davalarda, özellikle acil servise müracaat eden kalp hastalarının durumu ile alakalı telefonla uzmana danışma ve tavsiye alma sonrasında yaşanan vakalarda, ya yanlış

müdahale ya da müdahale etmeden hastayı gönderme durumlarının söz konusu olduğu gözlemlenmektedir.

Davaların içeriklerinde genellikle, testlerin tam olarak yapılmadan tedaviye başlanması, hastanede tedavi için kullanılan ekipmanların arızalı olması, yiyecek ve içeceklerin kontrolü, hastane ısısının kontrolü vb. durumlarda hastanenin zararı tanzim etmesi gerekmektedir. Ancak durum malpraktis olunca organizasyon bozuklukları dikkate alınmadan, davaların sadece hekim-cerrah üzerinden yürütülmesi gibi bir durum ortaya çıkabilmektedir. Bir görevi uzman olmayan bir kişi tarafından yapılması, kişisel bir hata iken bir görevin uzman olmayan bir kişiye verilmesi organizasyon bozukluğundan kaynaklı bir hatadır. Bu gibi dava süreçlerinde, öncüllerin de iyi incelenmesi ve gözden geçirilmesi hukuk davaları açısından son derece önemlidir⁸⁹.

⁸⁹ Erol, Hatırnaz. *Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu ve Hasta Hakları*. 2.Baskı, Ankara: 2009, s.58-59.

BÖLÜM III

MALPRAKTİS DAVALARI VE DEFANSİF TİPA YÖNELİM

1. DEFANSİF TIBBA YÖNELİMDE MALPRAKTİS-KOMPLİKASYON AYIRIMININ ÖNEMİ

Teknolojinin gelişmesi ile ilintili olarak, kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi alanında, hastalığın teşhisi ve tedavisine yönelik pek çok yenilik olmuştur. Gerek, Amerikan Kalp Cemiyeti'nin gerekse de Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin güncel bilgileri sürekli olarak yayımlaması, hekimlerin komplikasyon durumlarına karşı hazırlıklı olmalarını açısından büyük faydalar sağlamaktadır. 2013 yılında Türk Kardiyoloji Derneği tarafından başlatılan uzmanlık eğitimi, kalp damar cerrahisi alanında uzmanlaşabilmek için hangi aşamalardan geçilmesi gerektiğinin önemi üzerine durmaktadır. Kalp ve damar cerrahisinde, hekimin hastası ile ilk görüşmeye başladığı ve hastanın öyküsünü aldığı andan itibaren başlayan süreç, hekim ve hasta arasında yazılı olmayan bir anlaşma olarak kabul edilmektedir. Bu anlaşma, sözlü olan bir vekâlet antlaşması olarak kabul edilmektedir. Bu görüşmede hekim her ne kadar öyküsünü dinlediği hastaya elinden geleni yapmaya söz vermiş olsa da, her türlü riski düşünerek hastaya kesinlikle iyileşeceği sözünü vermemektedir. Bu sözün verilmeme nedeni, hekimin komplikasyon olarak algıladığı durumun farklı meslek gurupları tarafından malpraktis olarak algılanmasından kaynaklanmaktadır⁹⁰.

2015 yılında yapılan bilimsel bir çalışmada, öğrencilere örnek olaylar sunulmuş ve malpraktis-komplikasyon ayrımı yapılması istenmiştir. Çalışmaya iştirak eden

⁹⁰ Aydın ve Gümrükçüoğlu, s.73-74.

öğrencilerin büyük çoğunluğu komplikasyon olan bir vakayı malpraktis olarak değerlendirmişlerdir⁹¹. Bu çalışmanın sonucunda elde edilen veriler, hekimlerin endişelerinin ve defansif tıbbi yönelimlerinin önemli ispatlarından birisidir. Çalışmayı yapan bilim insanları, bu gibi karmaşık durumların aydınlatılmasının, alanında uzman hekimlerin hukuk fakültelerinde sempozyum düzenlemeleri veya derslere katılımları ile mümkün olabileceğini savunmaktadırlar. Hekim, yaptığı tıbbi müdahalelerde ne kadar profesyonel olsa da, müdahale esnasında istenmeyen durumlarla karşılaşmak mümkündür. Bu gibi durumlarda hastanın ve hasta yakınlarının bu istenmeyen durumu hekime mal etmeye çabası, hekimleri en fazla zorlayan hususlardan birisidir. Hasta yakınlarının komplikasyona yönelik bilgi sahibi olmaması ise toplumun bu alanda bilgilendirilmemesinden kaynaklanmaktadır ve bu eksiklik her olumsuzluğun hekime mal edilmesine neden olmaktadır. Belirtilen nedenler bağlamında, bu gibi istenmeyen durumlarla karşılaşılabilmesi gerek hastaya gerekse hasta yakınlarına çok iyi izah edilmelidir.

Hastanın ilk müracaatında, miyokart infarktüsü gibi acil müdahale edilmesi gereken bir durum söz konusu değil ise hastanın bilgilendirildiği onam evrakı hastaya taktim edilmeli ve hastanın tüm detayları okuyarak değerlendirmesi için makul bir süre verilmelidir. Bu önlem, hem hastayı hem de hekimi korurken, hekimin mesleki etik ilkeleri ile görev yapmasını da kolaylaştıracak ve toplum sağlığının korunması açısından da değerli bir katkı sunacaktır⁹².

2. SAĞLIK SİSTEMİNDEKİ AKSAKLIKLARIN MALPRAKTİS DURUMUNUN OLUŞUMUNA ETKİSİ

Ülkemizde malpraktise neden olan faktörler araştırıldığında, personelden kaynaklı nedenler, tıbbi yetersizlikler ve fiziki şartlar bağlamındaki yetersizlikler ön plana çıkmaktadır. Bu yetersizlikleri maddeler halinde sıralayacak olursak:

⁹¹ a.g.e., s.76.

⁹² Güngör, Merih ve Kocabey, s.128-138.

- “Eğitim kurumlarının niteliksiz sağlık personeli yetiştirmesi”,
- Sağlık personelinin niceliksel yetersizliği,
- Çalışma saatlerinin aşırı yoğun olması ve personelin yorgun düşmesi
- Vardiyalı çalışma sisteminin dinlenmeye uygun olmaması,
- Hasta sayısının hekim sayısının hizmet sunamayacağı oranda fazla olması,
- Sürekli stresli ve yorgun olma,
- Meslekten memnun olmama,
- Tıbbi donanım ve cihazların yetersizliği,
- Kalibrasyonlarının yapılmaması
- “Fiziki mekândan kaynaklanan problemler, (Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların yetersiz olması”⁹³.

2.1. Sağlık ve Hayat Sigortası Sistemine Dünya’da Örnekler

Türkiye’de Sağlık kurumunun ve sağlık çalışanına yönelik sigorta sistemini incelemeden önce, bu tür sistemlerin Dünya’da nasıl işlediğini incelemek konu bütünlüğünün sağlanması açısından faydalı olacaktır.

Günümüzde gelişmiş devletler kategorisinde yer alan İsveç’te “Ulusal Sağlık ve Refah Kurulu” adında bir tüzel kişilik, sağlık hizmetlerindeki aksaklıkları el almakta ve çözüm mekanizması görevini yürütmektedir. Bu kurul, gerek hastanın-hasta yakının gerekse hekimin şikâyetlerini ele alıp analiz ederek sorunun çözümünde öncü bir rol üstlenmektedir.⁹⁴ 1997 yılından itibaren yürürlüğe konulan yasa ile İsveç’te tüm sağlık kuruluşlarının personelleriyle birlikte malpraktis konularına karşı sigortalı olmasını zorunlu hale getirmiştir. Yasa, “kamuda çalışan hekimlerin sigortaları bölgesel idare

⁹³ Mevlüt Caymaz, “Sağlık Personelinin Tıbbi Uygulama Hataları Üzerine Bir Araştırma”, *Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, C.2, S.4, (Ankara 2015), s.4.

⁹⁴ Taner, Güven. “Sağlık Çalışanı Mesleki Mali Sorumluluk Sigortası, Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi”, İ.Ü. Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, No:48. (İstanbul 2008), s. 83.

meclisleri tarafından ödenmekte, özel sektörde çalışan hekimlerin primleri ise kendileri tarafından doğrudan hasta tazmin sigortasına yatırılmaktadır”⁹⁵.

ABD’de malpraktis konusuna karşı gerek toplumu gerekse sağlık personelinin korumak amacıyla faaliyet gösteren sigorta şirketi sayısı 4000’in üzerindedir. Bu şirketler devlete bağlı bir kurum niteliği taşımayıp tamamı özel mülkiyete tabidir.⁹⁶

Almanya’da her hekimin isteğine bağlı özel sigortaları vardır ve hekimin yapabileceği tıbbi hataya karşı hem tedavi gören hastayı hem de hekimi korumaktadır. Her eyaletin kendi denetiminde olan tabip odaları bulunmaktadır ve bu tabip odalarında, hatayı belirlemeye yönelik bilirkişi kurumları ve uzlaştırma büroları görev yapmaktadır.⁹⁷

Diğer devletlerden farklı olarak Finlandiya’da farklı bir sistem işlemektedir. Finlandiya’da “hekimin hatasını fark etmesi” öncül koşul olmak suretiyle, hekimin Malpraktisten dolayı ceza alması mümkün olmamaktadır.⁹⁸ Finlandiya’da; hekim, kurum ve hasta “kusursuz sorumluluğa dayanan ulusal sigorta sistemi” sistemi ile sigortalanmaktadır. Finlandiya, malpraktis hususunda hekimde hata varsa hekimi cezalandırmak yerine, hataya neden olan etkenler güdeme alınmakta ve o hatanın farklı hekimler tarafından da yapılmaması için gereken koşulları oluşturmaya çalışmaktadır⁹⁹.

Aşağıda, bazı devletlerin temel alınması ile yapılan akademik bir çalışmadan faydalanılarak oluşturulan bu tablo kıyaslama yapmamıza yardımcı olacaktır.

⁹⁵ Güngör, Merih ve Kocabey, s.128-138.

⁹⁶ Güngör, Merih ve Kocabey, s.130-135.

⁹⁷ a.y..

⁹⁸ Güven, s. 85.

⁹⁹ a.y.

Tablo 6 : Gelişmiş Bazı Ülkelerde Sağlık Alanında Sigorta ve Dava Sistemi Örnekleri¹⁰⁰.

	Almany a	Amerika	Finlandi ya	Japonya	İspanya	İsveç
Tıbbi Hata Sigortası	+	+	+	+	+	+
Hekimin Sigortalanması	Var ve Güçlü	Var ve Güçlü	Var ve Çok Güçlü	+	+	Var ve Çok Güçlü
Kurumun Sigortalanması	+	+	+	+	+	+
Zararın Hekimden Rücu Edilmesi	Kısmi Olarak	Kısmi Olarak	-	Kısmi Olarak	Kısmi Olarak	Kısmi Olarak
Uzlaştırma Büroları	Var	-	Var	-	-	Var

Yukarıda belirtilen sigorta sistemleri belirtilen ülkelerde orta derecede güçlü veya tam güçlü halde bulunmaktadır. Bu gibi sigorta sistemleri ülkemizde hala tam olarak oturtulamamıştır. Bunun en önemli nedeni hekimin hata durumunda yargılanmasını belirleyecek cezai müeyyidelerin tam olarak belirlenememiş olmasıdır.¹⁰¹

3. MALPRAKTİS DAVALARININ HEKİMLERİNİN ENDİŞE DURUMUNA TESİRİ

Türkiye’de defansif tıp kavramından bahseden bilimsel çalışmalardan ilk ve en önemlilerinden birisi, 2000 yılında Prof. Dr. Oğuz Polat tarafından hazırlanıp yayınlanan Adli Tıp kitabıdır. Bu çalışmada, defansif tıp kavramı incelenirken, “her talihsiz olayda hekimlerin sorumlu tutulması artık toplumumuzda yerleşmiş bir davranış halini almıştır”

¹⁰⁰ Güngör, Merih ve Kocabey, s. 128-138.

¹⁰¹ Güven, s. 83.

ifadesi geçmektedir. Hekimin sorumlu tutulduğu davalarda bilirkişiliğin sağlıklı bir sistem içerisinde yer almaması ve hukuki prosedürde bir kriterin belirlenememesi hekimleri zor durumda bırakmaktadır. Bu gibi olumsuzluklar hekimi hasta tedavi sürecinde çekimser bırakırken, risk içeren konularda hekimin tedaviden kaçınması gibi çok olumsuz bir durumun oluşmasına da etki etmektedir. *Tümer*, malpraktis davaları için, “*mesleğe karşı yılgınlık oluşturmakta ve hastaya yaklaşımında çekince meydana getirmektedir*” yorumunu yapmaktadır¹⁰². Burada belirtilen yılgınlık ifadesi gelecekte hekimler arasında çekimser tavrın önemini belirtmesi bakımından son derece mühimdir. Hekimlerin, defansif tıbbı yönelimi ile birlikte hastalardan istenen ve maliyeti artıran tahliller hem ülke ekonomisine hem de hastanın ekonomik durumuna ciddi bir yük bindirmektedir. Bu durumlarda hastalar da istediği tedaviyi tam olarak alamamaktadır. Bu durum yalnız Türkiye’ye özgü olmayıp, hekimlere karşı yürütülen davalar pek çok ülkede defansif tıbbı yönelimi daha cazip hale getirmektedir.

1992 yılında Dünya Tıp Birliği tarafından gerçekleştirilen genel kurulda Malpraktis Bildirisi yayınlanmış; Dünya genelinde davaların artışından bahsedilerek, hekimlerin ilerleyen yıllarda çekinik tıbbı yönelimlerinin artacağı endişesi dile getirilmiştir. Bu bakımdan hekimlerin hataları sonucu gerçekleşmeyen olumsuzlukların dava konusu haline getirilmesine yönelik aksaklıklarla ilgili uyarılarda bulunulmuştur. Gelişmiş ülkelerin hemen hepsinde tıbbi uygulama hatalarına yönelik düzenlemeler mevcuttur. Böyle bir hatanın olması durumunda sigorta sistemi bazı ülkelerde çok güçlü bir şekilde hekimi savunurken bazılarında kısmi karşılama yapabilmektedir. Finlandiya haricindeki ülkelerin hemen hepsinde hekimlere dava açılması olağan bir durumdur. Finlandiya’da ise yasalar tıbbi uygulama hatalarında hekime dava açılmasına müsaade etmemekte ve zarar sigorta şirketleri aracılığı ile telafi edilmektedir¹⁰³.

¹⁰² Ali Rıza, Tümer, “1995-2000 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası tarafından değerlendirilen cerrahi vakalarının komplikasyon ve malpraktis yönünden araştırılması.” (Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı). Ankara: 2002. s.68.

¹⁰³ Güngör, Merih ve Kocabey, s.137.

3.1. Hekime Karşı Hukuki Yaptırımlar ve Yaptırımların Defansif Tıbbı Yönelime Tesiri

Hukuki yaptırımların defansif tıbbı yönelimdeki tesirleri şu maddeler altında özetlenebilir:

- Hekimler tamamen haklı olsalar bile mesleki zorluklarından kaynaklı olarak avukat tutmak zorunda kalıyorlar, bu durum hekimlerin ek bir maddi külfet altına girmelerine neden oluyor.
- Hekimler önceki örnekten yola çıkarak hayati riski yüksek olan hastaları tedavi etmekten kaçınıyorlar.
- Davaya maruz kalan hekimler mesleklerini icra etmekten soğumaya başlıyorlar ve tedavi esnasında çok daha stresli oluyorlar.
- Defansif tıp uygulamasına yönelerek hastanın daha fazla mağdur olmasına neden oluyorlar.
- Hekimlik mesleğini icra eden kişi farklı bir mesleği olmadığından yaşamını sürdürmek için zorunlu olarak mesleğine devam ediyor ve toplum sağlığını tehdit eden bir tablo ortaya çıkıyor.

Sağlık hukuku alanında uzmanlaşmış hukukçu sayısının çok az olması malpraktis davalarını doğrudan etkileyebilmektedir¹⁰⁴. Hukukçuları en fazla zorlayan problem, malpraktis ve komplikasyon arasındaki farkın ayırt edilememesi olarak ön plana çıkarken, bu durum hekimlerin de kendi hataları olmayan bir durumdan dolayı zor duruma düşmesine neden olmaktadır. Bu tip olumsuzluklar sonucunda, öğrenciler farkında bile olmadan defansif tıbbı yönelim eğilimine girmektedirler.

¹⁰⁴ Winally, “Malpraktiste Alternatif Öneri: Hasta Tazminat Sistemi”, Erişim Adresi: <https://www.winally.com/2016/01/malpraktiste-alternatif-oneri-hasta-tazminat-sistemi/> Erişim Tarihi, 03.03. 2016.

4. FARKINDA OLAMADAN DEFANSİF TIBBİ ÖĞRETME VE ÖĞRENME PROBLEMİ

Defansif Tıpa yönelimin ana nedenini; *“pahalı ve anlamsız malpraktis davalarından korumak, üzerindeki tazminat ve hapis cezası baskısını azaltmak için, tıbbi faydası tartışmalı olan test, girişim ve konsültasyonları, istemesi”*¹⁰⁵ olarak özetlemektedir. Hemen her, tıbbi müdahale hastalar açısından risk içermektedir. Tıbbi müdahalelerde, hekim tarafından hasta hakları çerçevesinde gerekli kurallara uyulmuş olsa bile, riskler her daim söz konusu olabilmektedir.

Buradaki riskler arasında komplikasyon da yer almaktadır ve “komplikasyon olduğu hallerde tıbbi uygulama hatasından ve hekimin kusurundan ve dolayısıyla hekimin ve idarenin sorumluluğu” bulunmamaktadır. Bu nedenledir ki tıbbi müdahaleye yönelik davalarda komplikasyon ve malpraktis ayrımı, hekimin iş gücünün önlenmesi için ciddiyle yapılmalıdır. Tatbiki, bu aşamada hekimin de malpraktis hususunda bilgili ve donanımlı olması gerekmektedir. Tıp eğitimi gören öğrencilerin uzmanlık eğitimleri sırasında, hem eğitim veren hekimlerde hem de çevrelerinde bulunan hekimlerde “malpraktis korkusu ve sonucunda oluşan davranışları gözlemlendiği”, farkına varmadan malpraktis korkusunun geliştiğini ve bu korkunun farkında olmadan öğrenildiğine literatürde sıklıkla değinilmektedir. Bu olumsuzluğun oluşmasında, *“defansif tıbbın artışıdaki önemli nedenlerden biri, hekimlerin günlük uygulama pratiklerinde malpraktis ve komplikasyon arasındaki farkı-ayrımı iyi bilmiyor olmalarının”* etkisi belirtilmektedir.¹⁰⁶ Bu olumsuzluğun telafisinin ise, “tıp fakültesi öğrencilerinin bu konuda eğitilmesi için uzmanlık derneklerinin olması ve meslek odaları aracılığı ile mesleki eğitimin verilmesi” ile mümkündür.

¹⁰⁵ Winally, s.3.

¹⁰⁶ a.y.

5. DEFANSİF TIBBA YÖNELİMİ ENGELLEYİCİ BİR SİSTEM ÖNERİSİ: HASTA TAZMİNAT SİSTEMİ (HTS)

Türkiye’de hasta haklarına yönelik ilk yasa tasarısı 2000 yılında ikincisi ise 2002 yılında meclise sunulmuştur. Diğer kanun tasarısı ise 2022 yılı itibariyle meclis anayasa komisyonunda değerlendirilmektedir¹⁰⁷. Meclise sunulan ve malpraktis ile alakalı düzenlemeleri de barındıran bu yasa tasarıları içerik yönünden değerlendirilince:

1. Tasarılar, hekimlerin-hastaların haklarını savunan ve bu amaçla, bir komisyon kurularak uzlaştırmaya yönelik adımlar atılmasını öneren bir içeriğe sahiptir.
2. Her iki tasarı da, malpraktis durumunda zorunlu mali sorumluluk ve sağlık sigortalarının devreye girmesini öngörerek, gerek hastanın gerekse hekimin mağduriyetini gidermeyi hedeflemektedir.
3. Tasarılarda, sağlık kurumlarının donanım ihtiyaçlarının tamamlanması ve malpraktise neden olabilecek koşulların düzeltilmesi ana hedeflerde birisidir.
4. Ayrıca, bu tasarılar, malpraktis konusunda hukuki düzenlemeler yapılmasını öngörmektedir¹⁰⁸.

Malpraktis konulu davalarda ortaya çıkan zararlarda genellikle “kusura (haksız fiile) dayalı” olan sistem kapsamında değerlendirilmekte ve tahsil yoluna gidilmektedir. Bu sistemde, kusurlu olduğu düşünülen kişi veya kurumunun yargılanması yoluna başvurulmakta ve oluşan zarar yargı kararı doğrultusunda kişi veya kurumdan tahsil edilmektedir.”¹⁰⁹ Malpraktis davlarında, zarar verdiği düşünülen sağlık çalışanı eğer bir kamu kurumunda çalışıyorsa, Anayasanın 129. Maddesinin Beşinci Fıkrası ve 2577 sayılı İdari Yargılama Usulü Kanunu’nun 13. Maddesi gereğince yargı yoluna gidilebilmekte ve tazminat davaları açılabilir¹¹⁰.

¹⁰⁷ TBMM, “Yasama Kanun Teklifleri Türk Ceza Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi”, <https://www.tbmm.gov.tr/Yasama/Kanun-Teklifleri> [Erişim: 0301.2022].

¹⁰⁸ Güngör, Merih ve Kocabey, s.136.

¹⁰⁹ Yıldırım, Aksu, Çetin ve Şahan s. 356–66.

¹¹⁰ Güngör, Merih ve Kocabey, s.138.

Kamu kurumu özelliğinde olmayan diğer birimlerde görev alan personelin malpraktis davalarında ise Borçlar Hukuku'na göre adli dava açılmaktadır. Malpraktis davalarında tazminat ile birlikte idari soruşturma ve TCK'nın ilgili maddelerine göre de dava açılabilmektedir.¹¹¹ Adli ve idari soruşturmalarda bilirkişi görevini üstlenen kurumlar ise şunlardır:

- “Yüksek Sağlık Şurası,”
- “Adli Tıp Kurumu,”
- “Yüksek Öğretim Kurumları”¹¹².

Hekimlerin bilinçli bir şekilde hastaya zarar vererek, yüksek tazminatlı dava yükü altında ezilme ve vicdani sorumluluk gibi riskli bir durumlara bir hekim asla bilinçli olarak girmesi pek olası bir durum değildir. Bu bakımdan tıbbi müdahale esnasında hastanın zarar görmesi gibi bir durumda, cezalandırma yerine, eğitim vererek problemin çözülmesi sorunların çözümüne daha pozitif katkılar sunabilir¹¹³.

Bu kapsamda Olcay tarafından önerilen sistem; hem hekimlerin korunması, hem de toplumun sağlığı açısından ziyadesiyle önemlidir. Hasta Tazminat Sistemi”nde karar verici mekanizma, hasta tazminat kurulunun olması düşünülmekle birlikte, bu kurulun bir tahkim kurulu tarzında hizmet vermesi tasarlanmıştır. Malpraktis durumunda oluşturulacak kurumun olayın mahkemeye intikalinden önce alternatif bir çözüme kavuşturulması bu önerinin ana hedefidir. Tahkim kurulu ve Hasta Tazminat Sistemi önerisi ile hasta yakınlarının mağduriyetinin karşılanması yanı sıra, hekimin de istemeden yaptığı bir hata nedeniyle diğer hastalara yaklaşımında korku unsurunun ortadan kaldırılması toplum sağlığının korunması açısından da önemli bir husustur. Bu sistemin işleyişinde “Sağlık Bakanlığı ve Tabip Odası tarafından oluşturulan idari bir resmi kurumun” sorumlu olması ve hasta veya hasta yakınının gerek bireysel gerekse

¹¹¹ Güven, s. 83.

¹¹² Güngör, Merih ve Kocabey, s.137.

¹¹³Winally, s.3.

avukatı aracılığı ile hasta tazminat sistemine başvurup kendisinin zararının araştırılmasını talep etmesi defansif tıbbi yönelimi önleyici bir faktör olabilir.

Hasta tazminat kurulunun ise “doktorlar, hemşireler, hastane yöneticileri, sağlık hukukunda uzman hukukçular ve diğer sağlık profesyonelleri” tarafından oluşturulması planlanmıştır. Kurulda, hastaya ait tüm kayıtlar kurul tarafından incelendikten sonra hasta haklı bulunur ise HTS’ye yönlendirilerek ödenmesi gereken tazminat belirlenir ve en kısa sürede ödemesi gerçekleştirilir. Sistemde hastanın bir avukat olmaksızın başvuru hakkı olmakla birlikte hastanın talebi durumunda avukattan yardım alması da mümkündür¹¹⁴.

HTS için oluşturulacak fona ödenecek miktar sigorta şirketlerine ödenen ücretten daha az olup, hekimler için ödeme sabit tutulacaktır. Kısaca izah etmek gerekirse, hekimin hatasından dolayı kurula başvuran hasta sayısı birden çok olsa da, fona aynı ücreti ödeyecektir. Bu fonun amacı gelecekte tazminat davalarının artmasına bağlı olarak hekimi koruma altına alma amacını da taşımaktadır. Gelecekte “*ödenen sigorta primlerinin artması durumunda sistemin kilitlenmesi*” ihtimaline önlem olarak önerilen bu sistemde, hekimler fonun işleyişini sağlayabilmek için standart bir meblağ ödeyecek ve böylelikle yüklü tazminat ödeme riskinden kurtulabileceklerdir¹¹⁵.

Bu sistemde, hekim yorucu mahkeme süreçlerini yaşamamakta, kurulun talebi doğrultusunda hastanın kayıtlarını ve hastanın tedavi sürecine yönelik ilgi sunmaktadır. Hekimin mahkeme yerine kurula gitmesi ve tazminat sisteminin olması hekimin stresli bekleyişi sonlandırmakta ve daha verimli görev yapmasına imkân tanımaktadır. Böylece, mahkemede kaybedilecek vakit toplum sağlığının korunması için kullanılacak yeni mağduriyetlerin önüne de geçilebilecektir. HTS sistemi ile hekimin “*malpraktis nedeniyle kişisel tazminata maruz bırakılamayacak*” olması da, hekimin maddi kaygı duymasını engelleyecek ve mesleki stresini azaltabilecek niteliktedir¹¹⁶.

¹¹⁴ Olcay, Emren, Güler ve dğr., s. 632.

¹¹⁵ Winally, s.4.

¹¹⁶ Olcay ve Emren, s. 633.

Hasta Hakları Yönetmeliği ve Sağlıkta Performans Sistemi ile birlikte; tetkik, girişim ve ameliyatlardan kaynaklı davalarda önemli artış yaşanmıştır. Bu durumun kardiyologlara yansımaları ise *“daha çok tetkik isteme, daha çok girişimsel işlem yapma ve ciddi-riskli hastaları tedavi etmekten kaçınma”* olarak gerçekleşmiştir. Hekimleri bu tip bir savunmaya geçmesinin ana nedeni, hekimlere yönelik tazminat davası, hapis cezası alma riski, olarak değerlendirilmiştir. Hukukçuların *“kişi hakkını temel alarak”* konuya yaklaşımının önemli bir hata olduğunu savunan görüş bağlamında, bu tip davaların toplum sağlığı üzerindeki etkisinin gözden kaçırıldığı değerlendirilmesi yapılmıştır¹¹⁷.

Hekimler davalarla uğraşma ve zor durumda kalmaya tepki olarak defansif tıp uygulamasına yönelmektedirler. Bu durum, hem hastaya hem topluma zarar verirken sağlık sisteminin giderlerini ve maliyetlerini artırmaktadır.¹¹⁸ Tedavi amacıyla hekime başvuran bir hastanın zarar görmeden tedavisinin gerçekleştirilmesi çok mühim olsa da, yapılması muhtemel hatanın karşılığının tazminat davalarıyla uğraşmak olmamalıdır. Hapis cezasının tehdit unsuru haline gelmesi yerine *“eğitim ve hatalarından öğrenen bir sistem”* oluşturma stratejisinin benimsenmesi durumunda daha olumlu sonuçların ortaya çıkarması muhtemeldir¹¹⁹.

Bilimsel bir araştırmada, hem kardiyologların malpraktis korkusu nedeniyle sergiledikleri davranışın ölçülmesi, hem de HTS sistemine Kardiyologların bakış açısının belirlenmesi hedeflenmiştir. Araştırma kapsamında, *“Türk sağlık sisteminin farklı seviyelerinde çalışan kardiyologların mesleki risk algılarının uygulamalarına etkisi”* tartışılmış ve 24 soruluk bir anket çalışması düzenlenerek, elde edilen bulgular makale olarak yayınlanmıştır. Elde edilen bulguların daha net gözlemlenebilmesi amacıyla elde edilen bulgular tablo haline getirilerek aşağıda sunulmuştur.

¹¹⁷ Winally, s. 4.

¹¹⁸ Güven, s. 85.

¹¹⁹ Olcay ve Emren, s. 630-637.

Tablo 7 : Kardiyologların mesleki risk algılarının uygulamalarına etkisini gösterir tablo¹²⁰.

Ankete 253 Kardiyolog Katılım Sağlamıştır			
Hukuki Süreç	Malpraktis Nedeni İle Mahkemeye Giden Hekim Sayısı	Malpraktis Nedeniyle Hapis Cezası Alan Hekimler	Malpraktis Nedeniyle Para Cezası Alan Hekimler
Hekim sayısı	29	1	2
Yüzdelik oranı	%11.6	%3.4	%6.9
Malpraktis Korkusunun Tedaviden Kaçınma Durumuna Etkisi Anketine 253 Toplam Hekim Katılmıştır			
Çekinilen Tedavi Türü	Bilgisayarlı Tomografik Anjiyo (BTA)	Koroner Anjiyo	Stent İmplantasyonu
Hekim Sayısı	199	181	51
Yüzdelik oranı	%78.8'i,	%71.6'sı	%20'si

Ankete katılım sağlayan 29 kardiyolog “malpraktis” nedeniyle adli dava süreci yaşamış olup; 2 kardiyolog hakkında para cezasına hükmedilirken, 1 kardiyolog hakkında ise hapis cezasına hükmedilmiştir. Adli dava süreci olan 29 kardiyologdan 3’ü ceza almış olsa da adli dava süreçlerin diğer kardiyologlara yansımaları olumsuz olmuştur. Araştırmanın sonucuna göre, %50’den fazlasına karşılık gelen 132 kardiyolog “malpraktis” yapabileceği tıbbi bir hata nedeni ile çekimser kalarak tedavi yöntemlerinde “gereksiz test talep etme” veya “tedaviden kaçınma” savunmaya dayalı tıbbi yönelmiştir. Araştırmaya katılan kardiyologlara, çalışmada ayrıntılarından bahsettiğimiz HTS sistemini olumlu bulup bulmadıkları sorulmuş ve 253 kardiyologdan 232’si böyle bir sistemi onayladıklarını belirtmişlerdir¹²¹.

¹²⁰ Olcay ve Emren, s. 630-637.

¹²¹ a.g.e., s. 634.

6. TBMM'YE MALPRAKTİSTEN KAYNAKLI SORUNLARI ÇÖZMEK AMACIYLA SUNULAN YASA TASARILARI VE GEREKÇELERİ

2000, 2002 yıllarında meclise sunulmuş olan ve 2022 yılı itibariyle meclis anayasa komisyonunda değerlendirilen malpraktis ile alakalı yasa tasarıları değerlendirildiğinde aşağıdaki sonuçlara ulaşılmaktadır:

1. Sağlık alanında toplumda bilinç düzeyinin artmasına bağlı olarak sağlık sisteminin sorgulanmaya başlanması,
2. Tedavi esnasında ve sonrasında memnuniyet oranının düşmesi,
3. Hastaların daha fazla tazminat davası açmaya yönelimi,
4. Hastanelerin hasta hakları bölümünün hastalara cevap vermekte yetersiz kalması,
5. Sağlık personelinin tazminat ödemede yetersiz kalarak istifaya yönelmesi ve
6. Eğitim ve kalite standartlarının yükseltilmesi ihtiyacıdır.

Bu yasa tasarılarında, var olan sorunlar yer yer ayrıntılı yer yer kısıtlı olarak ele alınmıştır. Yasal düzenlemelerin genel hatları incelendiğinde, hasta ve sağlık personelinin haklarının sınırlarını genişletmeyi hedeflediği gözlemlenmektedir. Tasarıların detaylı incelemesi yapılırken, gerek hasta hakları gerekse malpraktis hususundaki öneriler sınırlı kalmakta ve problemlere kısmi çözüm önerileri sunmaktadır. Meclis Anayasa Komisyonu'ndaki 2002 tarihli yasa teklifinde malpraktis daha ayrıntılı ele alınmasına karşın herhangi bir çözüm üretme konusunda net bir tavır belirlenmediği tespit edilmiştir. Kanun tasarısının en önemli eksikliği, tasarıda tazminat konusuna üstün körü değinilmiş olmasıdır. Tazminat sisteminin eleştirildiği 2002 tarihli yasa teklifinde tazminatın ödenmesi aşamasındaki problemler ele alınırken, devletin tazminatı çalışana yansıtmamasının pek mümkün olmadığı belirtilmiştir.

Türkiye'de son 20 yıllık süreçte malpraktis ile alakalı yasa tasarıları değerlendirildiğinde, tasarılar; malpraktis davalarına yönelik hukuksal çerçeveyi oluşturmakta yetersizdir ve tazminat sistemine yönelik sigorta sistemini kapsamamaktadır. 2002, 2004 ve 2022 yıllarında meclis anayasa komisyonlarında görüşülen yasa tasarıları bir bütünlük arz etmemekte, malpraktis ile alakalı sorunları çözmemekte yetersiz kalmakta ve malpraktisten kaynaklı tazminatların karşılanmasına yönelik düzenlemeler üstün körü

değerlendirilmektedir. Malpraktis konusunda, sorunun eğitim sisteminin yeniden gözden geçirilmesi ve yeniden düzenlenmesi ile çözüleceği hususuna yönelik bir çalışma olmamakla birlikte, zorunlu sağlık ve mali sigorta sistemlerine yönelik düzenlemeler malpraktisin yasal ve etik problemlerini çözme aşamasında yetersizdir.

2000-2022 yılları arasında, TBMM anayasa komisyonunda gündeme alınan, malpraktise yönelik yasa tasarıları incelendiğinde malpraktis nedenli zorlukların detaylı olarak ele alındığı gözlemlenmektedir. Zorluklar detaylı olarak bilinmesine karşın, yasa tasarılarında malpraktis tazminatlarının ödenmesi hususunda bir ilerleme kaydedilememiştir. Tasarılarda, tazminatlar için mali sorumluluk sigortası önerilmekte ve sorunu çözmekten ziyade, sorundan kaynaklı tazminatın sağlık çalışanlarının tamamına yüklenmesi gibi bir duruma odaklanılmaktadır.

Tıbbi malpraktis davaları, hekimlerin duygusal olarak zedelenmesine neden olmaktadır. Gerek komplikasyon gerekse mesleki hatadan dolayı yıllarca devam eden yargılamalar, anksiyete dahil olmak üzere pek çok hastalığı tetikleyebilmektedir. Bu durum, zaman içerisinde hekimlerde benlik duygusunun zedelenmesine de yol açabilmektedir. Hiçbir adli dava süreci yaşamamış hekimlerde bile, dava edilme korkusu ortaya çıkmaktadır. Günümüzde, malpraktis davaları ve malpraktis nedeni ile davalı duruma düşme korkusu nedeni ile hekim ve cerrahlarda erken emeklilik veya farklı ülkelere yerleşerek görevini yapma eğilimi ivme kazanmış durumdadır. Malpraktis ile alakalı ciddi bir yasal düzenlenmenin yapılmaması halinde, gelecekte en riskli tıp bilim dallarından, kalp damar cerrahisi alanında görev yapan hekim-cerrah sayısının hızla düşeceği ve bu alanda uzmanlık alan öğrenci sayısında da ciddi bir değişim yaşanabileceğini öngörmekteyiz. Yaşanan bu olumsuzluklar göz önüne alındığında, yasal düzenlemeler için çalışmalarının hızlanması ve malpraktis sorununun, hukuk-tıp bilimlerinin ortak eğitim sisteminin benimsenmesiyle çözülebileceği düşüncesinin yaygınlaşması, toplum sağlığının geleceği için değerli bir katkı sunacaktır.

SONUÇ

Çalışmada ele alındığı üzere, hukuka uygunluk şartları sağlanarak hastaya müdahale edilir ve tedavi esnasında malpraktis konusu gerçekleşir ise hekimin kusurlu müdahalede bulunduğu ispatlanması koşuluyla hekime dava açılabilir. Bu aşamada, hekimin, her tedavi esnasında bir riskin olabileceğini ifade etmesi, malpraktis ve komplikasyon farkını iyi bilmesi hayati derecede önem arz etmektedir. Kısaca ifade etmek gerekir ise hekimin hastaya karşı hukuken sorumlu olmasının ön koşulu, bir kusurunun olmasıdır. Bir hastanın hastaneye gelişinden itibaren, hastanın tedavisi için gerekli şartların sağlanması, personel tarafından tüm önlemlerin alınması ve kayıt oluşturularak sürecin takip edilmesi gerekmektedir. Bu durumlarda, herhangi birisinde bir eksiklik var ise sorumlu olanlar için cezai sorumluluk kaçınılmaz hale gelmektedir. Hastanın durumunun aciliyeti göz önünde bulundurularak, hekimin tedavi yapmayı reddetmesi veya tedaviden bilinçli olarak kaçınması da cezai sorumluluğun oluşumuna neden olabilmektedir.

Çalışmada belirtildiği üzere Türkiye’de malpraktis davaları ile alakalı bir kanun maddesi bulunmamaktadır. Bu boşluk, genel olarak, 5237 Sayılı TCK Md. 21’in 1. Fıkrasında, suçun kanunî tanımındaki unsurların bilerek ve istenerek gerçekleştirilmesi” ve 2. Fıkrasında yer alan “*Kişinin, suçun kanunî tanımındaki unsurların gerçekleştirebileceğini öngörmesine rağmen fîili işlemesi hâlinde olası kast vardır*” ifadeleri kapsamında doldurulmaktadır. Yine aynı kanunda yer alan Md. 22’de, taksir ve bilinçli taksir hususlarında cezai yaptırım için ön görülen cezai müeyyideler tanımlanmaktadır. Ceza kanununda olduğu gibi, tazminat davalarında da malpraktise yönelik özel bir düzenleme bulunmamaktadır. Bu nedenle, malpraktis kaynaklı tazminat taleplerinde, Türk Borçlar Kanunu’nun 50. Maddesi dikkate alınmaktadır.

Kardiyoloji ve Kalp Damar Cerrahisi alanında, direkt olarak kalp gibi yaşamsal bir organa müdahale edilmesi nedeniyle, bu disiplin son derece önemli riskleri barındırmaktadır. Bu alanda, hataya yer olmaması ve hata sonrasında cezai yaptırımın söz konusu olması ihtimali, bu disiplinde görev yapan hekimlerin endişelerinin her daim canlı kalmasına neden olmaktadır.

Cezai yaptırım riskinin bu denli yüksek olduğu kardiyoloji alanında görev yapan hekimler, meslektaşlarının yaşadıkları hukuki süreçleri de göz önünde bulundurarak, defansif tıbbi yönelim göstermektedirler. Hekimlerin defansif tıbbi yönelirken davranışlarını gözlemleyen tıp öğrencileri de farkında olmayarak defansif tıbbi öğrenmektedirler. Bu durum toplum sağlığı açısından son derece riskli bir ortama zemin hazırlamaktadır.

Kardiyoloji hekimlerini defansif tıbbi yönelten etkenler incelendiğinde, hekimler olumsuz örneklerden yola çıkarak hayati riski yüksek olan hastaları tedavi etmekten kaçınmaktadırlar. Davaya maruz kalan hekimler, tamamen haklı olmaları durumunda da, avukat tutmak zorunda kaldıklarından, bu durum hekimlerin geçim sıkıntısına ek olarak yeni bir maddi külfet altına girmelerine neden olmaktadır. Dava süreçleri nedeniyle strese giren hekimler, diğer meslektaşlarını da dolaylı yollardan etkilemektedirler. Bu durum, mesleğini severek icra eden hekim sayısını azaltmakta ve sadece ekonomik ihtiyaçlar doğrultusunda yaşam sürdüren hekim sayısının artmasına neden olmaktadır. Çalışmada ele alındığı üzere, sağlık hukuku alanında uzmanlaşmış hukukçu sayısının çok az olması, malpraktis davalarını doğrudan etkilemektedir. Hukukçuları en fazla zorlayan problem, malpraktis ve komplikasyon arasındaki farkın ayırt edilememesi olarak ön plana çıkarken, bu durum hekimlerin de kendi hataları olmayan bir durumdan dolayı zor duruma düşmelerine neden olmaktadır. Bu tip olumsuzluklar neticesinde, öğrencilerde, farkında olmadan defansif tıbbi yönelim eğilim hali gerçekleşmektedir. Kardiyoloji ve kalp damar cerrahisi hekimlerinin tedaviden kaçınma eğilimlerinin ana hatlarıyla belirtildiği (Tablo 6) durum savunmaya dayalı tıbbi yönelimi tüm gerçekliğiyle ortaya koymaktadır.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar, kardiyoloji hekimlerinin malpraktis korkularının toplum sağlığını tehlikeye atabilecek düzeyde olduğunu ispatlar niteliktedir. Bu kapsamda, gerek tıp öğrencilerinin eğitimleri esnasında farkında olmadan malpraktis korkusuyla yetişmeleri, gerekse tedavi sorumluluğu olan hekimlerin karşılaştıkları hukuki zorluklar, toplumun sağlığını tehdit edebilecek boyuttadır. Bu durum, defansif tıbbi yönelimi engelleyebilmek için yasal düzenlemeleri zaruri kılmaktadır. 2022 yılında TBMM Anayasa Komisyonu'nda tartışılan yasal düzenlemede, malpraktis giderlerinin

devlet güvencesinde olmaması hekimlerin karşılaştıkları zorlukları aşmaları açısından gözle görülür bir fayda sağlamamaktadır.

21. yüzyılda tıbbi imkânların gelişmesine paralel olarak, insanların tedavilerden beklentileri de artmaktadır. Beklentilerin yüksekliği nedeniyle, davaların artışı kaçınılmaz bir sonuç olarak ön plana çıkmaktadır. Malpraktis davalarının mali yükü nedeniyle hem hekimler hem de hastalar büyük zorluklar yaşamaktadır. İhmal ve kasıt nedeni ile yaşanan olumsuzluklar hariç olmak üzere, sigorta sisteminin geliştirilmesi kardiyoloji alanında verilen sağlık hizmetlerinin daha verimli yapılması açısından önemli bir önlem olabilir. 1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliği'nden sonra, hekimlere açılan davaların artışı sürecine girmesi ile birlikte defansif tıbbi yönelim de artmıştır. Bu durum, hem hekimi oyalayan, hem de hastaya pek bir faydası olmayan, gereksiz tetkik isteme durumunu ortaya çıkartmıştır. Hasta hakları yönetmeliğinin kardiyologlara ve kalp damar cerrahisine yansması ise hem daha fazla tetkik yapma hem de yaşamsal riski fazla olan hastaları tedavi etmekten kaçınma olarak gerçekleşmiştir. Bu alanda görev yapan hekimlerinin bu tip bir savunma mekanizması geliştirmelerinin ana nedeni, tazminat ödeme ve hapis riskidir. Bu hususların dikkate alınması suretiyle yapılacak bir düzenleme, hem hastalar açısından hem de hekimler açısından fayda sağlayacağı gibi, toplum sağlığının korunması açısından önemli bir adım olabilir.

Gelecekte toplum sağlığının geleceğini birinci derecede etkileyebilecek önemli krizlerden birisi olabilecek malpraktis sorununun eğitim ile çözülmesi, en önemli eğilimlerden birisi olmalıdır. Komplikasyon ve malpraktis ayrımının dahi yapılmadığı ve bir sağlık çalışanının 10-15 yıl süren uzun ve yorucu dava süreçleri ile strese girmesinin ve defansif tıbbi yönelimini önüne geçilmesi zaruri bir durumdur. Finlandiya örneğinden yola çıkarak, malpraktis sorununun yaşanması-tekrarı durumunda, hatanın nedeninin eğitimde arandığı ve eğitimdeki eksiklikleri tespit edip sorunu kaynağında çözme modeli acilen hayata geçirilmelidir.

Eğitim aşamasında önemli bir diğer problem de, malpraktis korkusunun, öğrenci yetiştiren tıp anabilim dalındaki öğretim görevlileri aracılığı ile farkında olmadan, tıp öğrencilerine

aktarılmıştır. Farkında olmadan öğrenme olarak adlandırılan bu aksaklığın önüne geçilmesi toplum sağlığının geleceği açısından son derece önemli bir önlemdir. Çalışmada ortaya çıkan diğer önemli bir husus da hukuk alanında tıp hukuku dersleri verilirken tıp eğitimi alan öğrencilere hukuk dersinin verilmesinin zorunluluğunun ortaya çıkmasıdır. Bu durum komplikasyon ve malpraktis ayrımının hem hukukçular hem de tıp öğrencileri tarafından daha ince detaylarına kadar öğrenilmesini sağlayabileceğinden, gelecekte malpraktis davalarında önemi bir düşüş eğiliminin yaşanmasını sağlayabilir.

KAYNAKÇA

Akbaba, Murat, Davutoğlu, Vedat, “Sağlık ve hukuk kıskacında hekim: Ne yapmalı?,” *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları Dergisi*, S. 44-7, (İstanbul 2016), s. 609-616.

Aşçıoğlu Çetin, *Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar*. Ankara, Tekışık Ofset, 1993.

Aydın, Fatih, Berna Gümrükçüoğlu Özpınar vd. Edt. Yekta Gürlertop. *Kardiyoloji Hekiminin Hukuk Rehberi*. İstanbul: Medikal Yayıncılık Bilimsel Eserler Dizisi, 2020.

Barlıoğlu, Cem, “Defansif Tıp Unsuru Olarak Tıbbi Malpraktis.” Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, 2018.

Bayraktar, Köksal. *Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu*, 1. Baskı. İstanbul: Sermet Matbaası, 1972.

Birtek, Fatih. “Tıbbi Uygulama Hataları Bakımından Taksir- Bilinçli Taksir Ayrımı; Komplikasyon-İzin Verilen Risk Ayrımı Bağlamında. *Erciyes Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, C.10, S.1. Kayseri, 2015, s. 63-106.

Canbolat, Ferhat. “Kamu Hastanesinde Yapılan Tıbbi Müdahalede Hekimin Özel Hukuktan Doğan Sorumluluğunun Dayanağı”, *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*, Sayı:80, (Ankara 2009), s. 156-181.

Caymaz, Mevlüt. “Sağlık Personelinin Tıbbi Uygulama Hataları Üzerine Bir Araştırma” *Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, C. 2, S.4, (2015): s.4-14.

Değdaş, Ulaş, Can. “Hatalı Tıbbi Uygulamadan (Malpraktis) Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk”, *Anadolu Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, C.4, S.6, (Eskişehir 2018), s.41-68.

Deryal, Yahya. “Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluk Şartı Olarak Hastanın Rızası”, <https://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/riza2.htm> [Erişim 18.11.2021].

Günday, Rezzan. “Tıbbi Müdahale ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki Sorumluluk.” Yüksek Lisans Tezi, Çankaya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Özel Hukuk Anabilim Dalı, 2009.

Güner, Oğuz. “Sağlık Hizmetlerinde İyileştirme ve Hasta Güvenliği İçin Tıbbi Hatalar ve Malpraktis Nedenleri,” *Journal Of Awareness*, S.3. (2018): s. 471-480.

Güngör, Pınar, Yeliz Doğan Merih, Meryem Yaşar Kocabey. “Farklı Ülkelerin Malpraktis Konusunda Yasal Düzenleme Girişimleri, Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası”, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, C. 43, S. 4, (İstanbul 2012): s.128-138.

Güven, Taner, “Sağlık Çalışanı Mesleki Mali Sorumluluk Sigortası, Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi”, *İ.Ü. Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, No:48. (2008): 83-89.

Hakan, Hakeri. “Tıp Hukukunda Malpraktis Komplikasyon Ayrımı”, *Toraks Cerrahisi Bülteni*, C. 5, S.1, (Ankara 2014): s.25-36.

Hakeri, Hakan. “Hastane Yönetiminin Sorumluluğu”, *Sağlık Hukuku Kurultayı* (Ankara: Ankara Barosu Yayınları, 2009), s.163-168.

Hakeri, Hakan. *Tıp Hukuku*, (İstanbul: Seçkin Yayıncılık, 2019).

Hatırnaz, Erol, *Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu ve Hasta Hakları*. 2. Baskı, Seçkin Yayınevi, Ankara: 2009.

İnce, Şenay Coşkun. “Tıbbi Müdahalelerde Hekimin Ceza Sorumluluğu,” (Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2020).

Kefe, İlker, İsmail Bakan. “Kurumsal Açından Algı ve Algı Yönetimi”, *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, C.2, S.1. (Kahramanmaraş 2012), s. 19-34.

Kırtıçoğlu, Mehmet. “Yargıtay’da 2010-2017 yılları arasında karara bağlanan hatalı tıbbi uygulama (malpraktis) dava kararlarının değerlendirilmesi”, (Tıpta Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, 2018).

Olçay, Ayhan, Sadık Volkan Emren, Gamze Babür Güler ve dğr. “The Opinion of Turkish Cardiologists on Current Malpractice System And an Alternative Patient Compensation System Proposal: PCS Study Group C.5, S.7, *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları*, (İstanbul 2017) s. 630-637.

Özen, Muharrem. *TCK’da Taksir, Alman- Türk Karşılaştırmalı Ceza Hukuku*, (İstanbul 2012).

Petek, Hasan. “Güzelleştirme Amaçlı Estetik Ameliyatlardan Kaynaklanan Hukukî Sorumluluk”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, C. 8, S. 1, (İzmir 2006), s. 220-230.

Polat, Oğuz. *Adli Tıp*. İstanbul: Der Yayınları, 2001.

Reed, Darcy, Donna Windish, Rachel Levine. “Do fears of malpractice litigation influence teaching behaviors?”, *Teaching and Learning in Medicine*, C.20, S.3 (New York 2008), s. 208-226.

Resmî Gazete, “Hasta Hakları Yönetmeliği”, Yayın Tarihi, 01.08.1998 Sn. 23420.

Somer, Pervin. “Hekimin Hukuki Sorumluluğu”, *Kadir Has Üniversitesi Hukuk Fakültesi Uluslararası I. Sağlık Hukuku Sempozyumu*, (İstanbul, 2011).

Şahin, Büşra, Özgür Alçalı. “Defansif Tıp Kavramı ve Defansif Tıbbi Uygulamaların Hekimin Hukuki Sorumluluğu Kapsamında Değerlendirilmesi”, *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, C.1, S.41, (Ankara 2020) s. 483-510.

Şatır, N. *Emsal Kararlar Işığında Kamu ve Özel Hastanelerde Çalışan Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu*, 1. Baskı, Ankara: Yetkin Yayınları, 2015.

TBMM. “Yasama Kanun Teklifleri Türk Ceza Kanunu ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi”, <https://www.tbmm.gov.tr/Yasama/Kanun-Teklifleri> [Erişim: 03. 01. 2022]

Tümer, Ali Rıza. “1995-2000 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurası tarafından değerlendirilen cerrahi vakalarının komplikasyon ve malpraktis yönünden araştırılması.” (Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı). Ankara: 2002.

Türk Tabipler Birliği. *Hekimlik Meslek Etiği Kuralları*, Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları, 2012.

Uğrak, Uğur. “Hekimlerin Tıbbi Hata Algı ve Tutumları İle Malpraktis Korkuları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi”, (Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Yönetimi Programı, 2019).

Winally, “Malpraktiste Alternatif Öneri: Hasta Tazminat Sistemi”, <https://www.winally.com/2016/01/malpraktiste-alternatif-oneri-hasta-tazminat-sistemi/> [Erişim Tarihi, 03.03. 2016].

www.tdk.gov.tr, Tıp, [Erişim Tarihi, 12.11.2021].

Yavuz, Cevdet. *Türk Borçlar Hukuku Özel Hükümler*, İstanbul: Beta Yayınevi, 1996.

Yeşiller, Fatma Begüm. “Hekimlik Sözleşmesi ve Hekimin Sözleşmeden Doğan Sorumluluğu” (Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2019).

Yıldırım, Ali, Murat Aksu, İlhan Çetin, Abdulkadir Şahan. “Tokat İli Merkezinde Çalışan Hekimlerin Tıbbi Uygulama Hataları İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları,” *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, C.31, S.4, (Sivas 2009), s.356-366.

Yücel, Özge. *Medeni Hukuk Bakış Açısıyla Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluğunun Koşulları, Sağlık ve Tıp Hukukunda Sorumluluk ve İnsan Hakları*, (Ankara: Seçkin Yayınları, 2018).



ÖZGEÇMİŞ:

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Vedat ERENTUĞ

Eğitim

İlkokul: Elazığ Cumhuriyet İlkokulu; Elazığ.

Ortaokul: Elazığ Mezre Ortaokulu, Elazığ.

Lise: Elazığ Endüstri Meslek Lisesi, Elektronik Bölümü.

Üniversite: Ortadoğu Teknik Üniversitesi, Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Bölümü kazandıktan sonra Yabancı Diller Yüksekokulunda İngilizce Hazırlık eğitimi alıp, Üniversite sınavına girerek, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne Ankara'da başladım ve 1991 yılında mezun oldum.

Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Kalp ve Damar Cerrahisi Bölümünde Uzmanlık Eğitimi).

Başasistanlık: Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Doçentlik: Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Klinik Şefliği: İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği.

Kurum Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Mehmet Akif Ersoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği.

T.C. Anadolu Üniversitesi, Açık Öğretim Fakültesi, Hukuk Bölümü, Adalet Programı, Ön Lisans Programı, (2018).

T.C. Anadolu Üniversitesi, Açık Öğretim Fakültesi, Toptan Perakende Satış Bölümü, Emlak ve Emlak Yönetimi, Ön Lisans Programı, (2015).

Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları:

Mezoterapi eğitimi, İstanbul Medipol Üniversitesi, 2019.

Ozonterapi Eğitimi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2021.

Kupa-Hacamat Eğitimi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2021.

Sülük Eğitimi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2021.

Proloterapi Eğitim, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2021.

Akupunktur Eğitimi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2021-2022.

Diğer Eğitimler:

Hastane Yönetimi ve İşletmeciliği Sertifika Programı; 12 Ders - 3 Akademik Dönem, Türk Hava Kurumu Üniversitesi -T.C Sağlık Bakanlığı (2013).

İş Sağlığı ve Güvenliği Sertifika Programı; Türk Hava Kurumu Üniversitesi - T.C Sağlık Bakanlığı (2013)

Eğiticinin Eğitimi, T.C. Düzce Üniversitesi, Yaşam Boyu Eğitim ve Araştırma ve Uygulama Merkezi.

Bilirkişilik Temel Eğitimi, İstanbul Aydın Üniversitesi, (2018).

T.C. Sağlık Bakanlığı, İlaç Ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, Klinik Araştırmalarda Etik yaklaşım Kursu (2009).

İş Hekimliği Sertifikası, Türk Tabipler Birliği (2004).

Tanısal Radyolojide Radyasyondan Korunma, Türkiye Atom Enerjisi Kurumu (2011).

Kişisel Gelişim İletişim Eğitimi T.C. Sağlık Bakanlığı (2011).

Hayvan Deneyleri Eğitimi, Kayseri, 2004.

Deney Hayvanları Kullanım Sertifikası Eğitimi, İstanbul Bağcılar, (2010).

T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü, Ofis Ergonomisi Kursu (2014).

İş Tecrübesi:

Hatay, Dörtyol Kuzuculu Sağlık Ocağı hekimliği (1992).

Hatay, Dörtyol Devlet hastanesi Acil Servis Doktorluğu,(1992-1993).

İstanbul, Koşuyolu Yüksek İhtisas Hastanesi (1993-1999).

Ankara, Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Hastanesi (1999-2000).

İstanbul, Koşuyolu Yüksek İhtisas Hastanesi (1992-2008).

Van Yüksek İhtisas Hastanesi (2000).

Bakü Merkezi Klinika Hastanesi (2002).

Samsun Devlet Hastanesi (2008).

Bağcılar Eğitim ve Araştırma hastanesi (2008-2017).

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma hastanesi (2009).

Erzincan Üniversitesi Mengücek Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2011-2015).

SBÜ İstanbul Mehmet Akif Ersoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2017-2022).

Yabancı Diller:

İngilizce, İyi.

Hobiler: Kitap okumak, Seyahat etmek.