

T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
ADLI TIP ENSTİTÜSÜ
SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI

**2002–2006 YILLARI ARASINDA ADLI TIP KURUMU 3.
İHTİSAS KURULUNCA GÖRÜŞ BİLDİRİLEN PEDIATRİK
MALPRAKTİS İDDİASI İÇEREN KARARLARIN
İNCELENMESİ VE TIBBİ HATALARIN TESPİTİ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

AV. NESRİN ÖZKAYA (ÖZYURT)

DANIŞMAN: PROF. DR. İMDAT ELMAS

İSTANBUL, 2008

I-GİRİŞ VE AMAÇ

Her insanın doğumundan ölümüne kadar ömrünü sağlıklı bir şekilde yaşayıp tamamlaması arzu edilmesine rağmen bu ideal çoğu zaman gerçekleşmez. Hayatın belirli dönemlerinde, gerek beden sağlığında ve gerekse ruh sağlığında bozulmalar ortaya çıkar. Sağlık durumunda ortaya çıkan her aksama, sağlığı bozulmuş olan kişi (hasta) ile hekimi (ve/ veya diğer sağlık personelinin) karşı karşıya getirir. Bu karşılaşma, bağımsız çalışan bir hekim hasta ilişkisi şeklinde ve/veya bir hastane organizasyonu (kamu/özel) dahilinde kendini gösterebilir. Tıbbi müdahaleler, hastalığın türüne ve şiddetine göre, basit teşhis ve ilaçla tedavi yöntemlerinden en ağır ameliyatlara kadar uzanır. Ancak, müdahalede bulunurken erişilmek istenen hedef hastanın iyileştirilmesi olmakla birlikte, bazen istenilmeyen sonuçlar ortaya çıkabilir (1).

Tıp uygulaması diğer başka meslek gruplarına göre çok farklı bir boyuta sahiptir. Çalışma alanının insan vücudu olması ve insan üzerindeki her tip uygulamayı kapsamaması, çok değişik bir yaklaşımı ve titizliği gerektirmektedir. Bunun için ilk aşamada doğal olarak bu konuda yeterli bilgi birikimi ve uygulamada hata olasılığını sıfıra yakın düzeye getirecek prosedürel yaklaşımlar gerekmektedir. Tıp alanında hizmet verenler, üzerinde çalıştıkları materyalin insan vücudu olduğunun bilincinde olmalıdırlar. Kurallar çerçevesinde ve bilimsel doğrulara bağlı uygulamaların yapılması prensibine mutlak bağlı kalınmalıdır (2).

İnsanın acılarını azaltmak ve hayatını uzatmak amacıyla olan tıp ve tıbbın uygulayıcısı olan doktor, her şeyden evvel insana zarar vermemekle yükümlüdür (*Primum non nocere*). Ancak doktorun ilme ve insanlık özlemine uygun eylemleri yanında, ‘kişinin sağlığının kötüleşmesi veya tamamen yitirilmesine neden olan tıp bilimi ve mesleğin kutsallığıyla bağdaşmayan eylemleri’ geçmişte olduğu gibi bugün de görülmektedir. Yeryüzü tarihi kadar eski olduğu söylenen ‘iyileştirme sanatının’ uygulayıcısı olan doktorun, insan sağlığına faydalı olduğu zaman takdir edilmesine karşın; zarar verdiği anda, sorumlulukla karşı karşıya kaldığı bilinmektedir (3).

Bu tez çalışmasında, mahkemeler tarafından bilirkişi görüşü oluşturulmak üzere Adalet Bakanlığı’na bağlı Adli Tıp Kurumu’na gönderilen (2002–2006 yılları arasında), 3. İhtisas Kurulunca incelenen ve tıbbi uygulama hatası iddiası içeren olgular retrospektif olarak incelenmiştir. Bunların içerisinde 0–18 yaş (çocuk) olgulara tıbbi müdahalede bulunan sağlık mesleği mensupları (hekim, hemşire ve diğer sağlık personeli) hakkındaki kusurluluk durumları çeşitli boyutlarıyla istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Bu tez çalışması ile, çocuklara müdahale eden hekim ve diğer sağlık personelinin, en çok hata yapılan noktalar konusunda bir kez daha aydınlatılması, hastalıklarını anlatamayan ve de zarara uğradıklarında kendilerini savunup haklarını arayamayan çocuklara daha az zarar gelmesi, sağlık çalışanlarına ve kurumlara yöneltilen malpraktis iddialarının azaltılması amaçlanmıştır.

II-GENEL BİLGİLER

2.1. TARİHSEL GELİŞİM

2.1.1. Tıbbın Tarihi Gelişimi: Tıp, bugünkü gerçekçi görünümüne gelinceye kadar, birçok evrelerden geçmiştir. Hastalıkları ve iyileştirmenin insanüstü iyi (hayır) ve kötü (şer) kuvvetlerle anlatıldığı ilkel devirlerde, genellikle din adamları ve sihirbazlar tıp ile uğraşlar ve hastaları iyileştirmek için esrarlı ilaçları kullanırlardı. İnsanların her tarafta doğal kanunlar yerine mucizeler gördüğü eski çağlarda; hastalıkları ya Tanrı'nın kızgınlığına ya da şeytanın kötülüğüne yormaktan başka çıkar yol yoktu. M.Ö. V. Yüzyılda, doktorların piri olarak bilinen Hipocrates ve ondan sonra bilgin Galenos' un kurduğu okullarda, akli bir yonteme ve gözleme dayanarak elde edilen bilgilerle düzene konulan tıp bilimi, XV. yüzyıla kadar Galenos'un Tanrı taraftarı felsefesinin de etkisiyle Musevi, Hristiyan ve Müslüman dünyasına hakim olmuştur. IX, ve X. Yüzyıllarda, İranlı bilgin Razi ve Türk İslam filozofu ve hekimi İbn-i Sina, kimyayı tıbbı uygulamakla, Hipocrates ve Galenos'un başlattığı, akla ve gözleme dayanan uygulamayı bir kat daha kuvvetlendirmişlerdir. Ancak; tıp biliminin bu gelişmesi, orta çağda koyu kilise bağına altında gerilemiş ve hiç değilse gelişmesi durmuştur. İslam'da ilk önceleri dinin tıbbı etkisi batıdaki kadar katı olmamıştır. XIV. yüzyıldan başlayarak Arapça yazılan tıp kitaplarına, batıl inançların ve sihrin girmesiyle duraklama ve gerileme geçen yüzyıla kadar devam etmiştir (3,4).

İbn-i Sina, Razi, İbn-i Rüşd gibi hekimler Eski Yunan, Mısır, İranlı ve Hintlilerin yapıtlarından da yararlanarak tıp alanında çok önemli adımlar attılar. Bu bilginlerin Arapça olarak yazdıkları yapıtlar, Haçlı Seferleri sırasında ve İspanya'nın hristiyanlar tarafından ele geçirilmesinden sonra Batı Dünyası'nda Latinceye çevrildi ve okutulmaya başlandı. Ortaçağın sonlarına doğru kadavra üzerinde ilk incelemeler yapıldı, tıp okulları açıldı. Rönesans ile birlikte tıpta önemli hamleler yapıldı. Anatomi ve deneysel bilgi ön plana geçti. Cüzzam, çiçek, tifüs gibi hastalıkların kesin tanımları ortaya kondu, frenginin cıva ile tedavisi bulundu ve uygulandı. 1618 yılında Harvey kan dolaşımını buldu. Daha sonra Leeuwenhoek mikroskopla bakterileri ve protozoonları saptayarak önemi yıllar sonra anlaşılacak olan, hastalıkların teşhisi yolunu açtı. Marie Bichat (1771 – 1802) fizyolojinin temelini attı, Léopold Auenbrugger (1722 – 1809) klinik belirtilerin muayene tekniklerini ortaya koydu. Edward Jenner (1749 – 1823) çiçek aşısını buldu. Klinik tıbbın temellerini ortaya koymaya çalışan Jean Corvisart (1755 – 1821) ile René Laennec (1781 – 1826) ilk gerçek hekimler sayılmaktadır. 1844 – 1867 yıllarında Horace Wells (1815 – 1848), William Morton (1819 – 1868) ve James Simpson (1811 – 1870) tarafından anestezinin keşfedilmesi, cerrahiye büyük hamle yaptırdı. Pasteur, bulaşıcı ve asalaklı hastalıkların, görülebilen ya da görülmeyen mikroorganizmalar tarafından yaratıldığını ortaya koydu. Mikroplu hastalıkları iyileştirmede ve korunmada aşının önemini kanıtladı. Karl Lansteiner (1868 – 1943)'in kan gruplarını bulması genetik alanındaki ilk adımlardı. Wilhelm Roentgen'in X ışınlarını bulması radyografinin temelini oluşturdu. 1922'de insülinin, ardından antibiyotiklerin bulunması 20. yüzyılın tıp alanındaki önemli adımları oldu (6). 18.ve19.Yüzyıllarda

tıp bilimsel ve teknik beceri alanı haline gelmiştir. Tıbbi girişimler; evlerden büyük hastane ve üniversitelere kaymış tıbbi hizmetin yanına araştırma ve eğitim boyutu eklenmiştir.

2.1.2. Tıbbi-Hukuki Sorumluluğunun Tarihi Gelişimi: Tarihte hekimlerin ilk kez ne zaman hukuksal bir sorumluluk altına girdiğini öğrenmek istersek elimizde belgelerin gösterdiği kadarıyla bunu Mezopotamya’da Milat öncesi dönemde 1800’lere kadar götürebilir (5). Mezopotamya uygarlığından günümüze yazılı belgeler olarak gelen, Hammurabi Kanunlarında, Hindistan’da, Mısır’da, çeşitli düzenlemeler yapılmış, eski Yunan’da Hipocrates ve onu izleyenler tarafından, doktorun sorumluluğunun ilk temeli atılmıştır (3, 6). Roma Hukuku’nda da “*Lex Aquia ve Lexcornela De sicariis et veneficiis*” kanunları hekim sorumluluğunu düzenlemektedir (6).

Kutsal kitaplar İncil ve Kuran’da doktorların sorumluluğuyla ilgili kurallara rastlanmamaktadır. Hıristiyanların ruhani meclislerinde alınan kararlarda, doktorların bilgisizliği ve ihmalinin sorumluluğu gerektireceği belirtilmektedir (3). İslam kaynaklarında ise, bir hadiste hekimin kusura dayalı sorumluluğu kabul edilmiştir (4, 6). 1374 İngilteresinde ilk kayıtlara giren davada bir cerrah yarayı yanlış tedavi ettiği için suçlanmıştır (7). Ortaçağ Fransa’sında, 15 Kasım 1389 tarihinde Marsilya Kraliyet Mahkemesi önünde görülen bir davada hekim, para cezasına çarptırılmıştır (4, 8).

1767 Amerikasında bir hekim, kan akıtma operasyonu sonucu hastasını kaybetmiş, suçlanmış ancak hüküm giymemiştir. En erken kayıtlara giren karar ise, 1794 te *Cross v Guthery* davasıdır. (*Cross*, Connecticut’ lı bir hekim, *Ms. Guthery* ‘ nin bir göğsünü ampute eder ve hasta kaybedilir. Eşi dava edip 1000 sterlin ister ama mahkeme 40 sterline hükmeder.) Amerikan temyiz mahkeme kayıtlarına göre, 1790-1830 yılları arasında 2, 1830-1860 arasında 21, 1860-1890 arasında 117, 1890-1920 arasında 485, 1920-1950 yılları arasında ise 1143 medikal malpraktis davası karara bağlanmıştır. 1812-1835 yılları arasında *The New England Journal of Medicine and Surgery* ve onun devamı olan *The Boston Medical and Surgical journal* üç adet dava yayınladı. (Bir Fransa, bir İngiltere, bir USA kaynaklı) 1835-1865 yılları arasında *The Boston Medical and Surgical journal* 48 adet dava yayınlamıştır. 1930’ lu yılların sonları Amerikan Medikal Malpraktis yargılama tarihinde dönüm noktası kabul edilir (9).

Tarihsel süreç içerisinde doktor-hasta ilişkilerine göz attığımızda çok radikal değişimlerin olduğu izlenmektedir. Eski çağların kişisel ilişkilere dayanan yaklaşımları yerine teşhise yönelik mekanik bir düzenin geçtiğini görmekteyiz. Eskiden hasta –doktor ilişkisi özel ve kişisel ilişkiler olarak tanımlanabilecek boyutta karşılıklı ilişkiyi kapsamaktaydı. Sınırlı birkaç teşhisi kolaylaştırabilecek yöntem vardı. Bugün artık yüzyıllar öncesinin hekim hasta ilişkileri yoktur. Artık teknolojinin gelişimi ve ihtisaslaşma en küçük aşamada farklı bir uzmanın görev almasını ve zincirleme çok sayıda prosedürün hastaya uygulanmasını yaratmaktadır. Gelişen teknoloji bir yandan yaşamları kurtarıırken, bir yandan da hekim-hasta ilişkisini kişisel/birebir ilişki çerçevesinden çıkarmakta, diğer yandan serbest piyasa ekonomisi içerisinde değerlendirilen sağlık hizmetleri sağlıklı olma ve bu hizmetleri kullanma hakkını sıradan bir alışveriş ilişkisine dönüştürmektedir (2).

2.2. TIBİ MÜDAHALE KAVRAMI

Bir şahsın diğer birinin bir mutlak hakkını ihlale yönelik fiili, bu ihlal hususunda hukuka aykırılığı engelleyen bir sebep bulunmadıkça hukuka aykırı olduğu gibi, davranış mutlak hakkı ihlale yönelik olmasa bile böyle bir hakkı ihlal sonucuna yol açmışsa gene de bu sebeple hukuka aykırıdır. Zira hakkın niteliği icabı, herkes mutlak hak sahibinin bu hakkını ihlal etmemekle yükümlüdür (10). Tıbbi müdahale, sağlığı korumak ve sürdürmek gibi bir amaca dayalı olsa da, esasında kişilik sahibi bir varlık olan insanın vücut bütünlüğüne yönelmektedir. İlke olarak, insan sağlığına ve vücut bütünlüğüne yönelik her türlü müdahale, kişilik haklarının hukuka aykırı olarak ihlali sayılır (11). Vücut bütünlüğü, kişinin yaratılıştan sahip olduğu doğal ve organik yapının bölünmezliğini; sağlık ise, bu organizmanın arızasız, düzenli ve ahenk içinde işleyişini ifade etmektedir (6).

2.2.1 Tıbbi Müdahalenin Unsurları

Kişilik hakkı zedelenen kimsenin rızası, daha üstün nitelikte özel veya kamusal yarar ya da kanunun verdiği yetkinin kullanılması sebeplerinden biriyle haklı kılınmadıkça, kişilik haklarına yapılan her saldırı hukuka aykırıdır. (MK¹. Md.24/2) Bu fıkra göre, kişilik haklarına yönelik bir saldırı, ancak üç halde hukuka uygun sayılabilir:

- a. Kanunun Verdiği Yetkinin Kullanılması (Yasal Yetki)
- b. Daha Üstün Nitelikte Özel Veya Kamusal Yarar (Üstün Yarar=Tedavi Etme Amacı)
- c. Kişilik Hakkı Zedelenen Kimsenin Rızası (Onam).

2.2.1.1. Tıp Mesleğini İcraya Kanunen Yetkili Olmak: Tıbbi müdahalelerin hukuka uygunluğundan söz edebilmek için, bunları gerçekleştiren kimsenin kanunen yetkili bulunması, yani hekimin bu konuda bir hakka sahip olması gerekmektedir (6).

TŞSTİDK².Madde 8-Türkiye'de icrayı tababet için bu kanunda gösterilen vasıfları haiz olan umumi surette hastalıkları tedavi hakkına haizdirler. Ancak herhangi bir şubei tababette müstemirren mütehasıs olmak ve o unvanı ilan edebilmek için Türkiye Tıp Fakültesinden veya Sıhhiye Vekaletince kabul ve ilan edilecek müessesattan verilmiş veyahut ecnebi memleketlerin maruf bir hastane veya laboratuvarından verilip Türkiye Tıp Fakültesince tasdik edilmiş bir ihtisas vesikasını haiz olmalıdır.

2.2.1.2. Tıbbi Müdahalenin Tıp Biliminin Verilerine Uygun Şekilde ve Tedavi Amacına Yönelik Olarak Üstün Yarar Gözetilerek Gerçekleştirilmesi:

Tıbbi müdahalelerde, hekimin iyileştirme ödevi ve sorumluluğu ile hastanın kendi varlığı ve sağlığı için bizzat kendisinin karar verme hakkı arasında hassas bir dengenin kurulması zorunludur (11).

¹ Medeni Kanun

² 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun

Hekim bakımından teşhis, tedavi veya korumak amacıyla yapılan tıbbi müdahale tıp biliminin ilkelerine ve tıp bilimi ile ilgili mevzuat ilkelerine aykırı olamaz (12).

Çağdaş hukuk inançları, tıbbi el atmalarda, hastanın rızasının varlığını hekimin eyleminin hukuka uygunluğunun esaslı bir unsuru olarak görmektedir. Rızanın alınmamış olması eylemin hukuka uygunluğunu kaldırır, tedavinin tıp kurallarına uygun yapılması önemli değildir (13). Rıza alınmış olmasına rağmen tıbbi müdahalenin tıbbi gereklere aykırı olması halinde, rıza müdahalenin hukuka aykırılığını kaldırmaz (10). Kural, tıbbi müdahale için hasta ya da kanuni temsilcisinin rızasının aranması olmakla beraber, geciktirilmesinde tehlike bulunan hallerde, rıza aranmadan dahi müdahale mümkündür.

2.2.1.3. Rıza (Aydınlatılmış Onam): Tedavi hastaya ait bir haktır. Kendisi tıbbi yardımı isteme ya da hastalığın kaçınılmaz gidişatını kabul etme konusunda seçimlik hakka sahiptir. Bu hakkın kaynağı Anayasanın 17. maddesindeki “Herkesin yaşama ve manevi varlığını geliştirme hakkına sahip olduğuna” ilişkin kuraldır (13, 14).

Tıp etiğinde hastayı tıbbi karara ortak etmek her geçen gün daha fazla benimsenen bir davranış biçimi olmaktadır. Hekimin, kendi başına karar vermek istemesi ve hasta değerlerini göz ardı etmesi geleneksel hekim-hasta ilişkisinde olağan denebilecek bir davranış olarak görülebilir. Ama bugün bu yorumu yapmak çok güçtür. Çünkü hem hekimlere yüklenen etik yükümlülükler hem de hasta hakları, “hekim merkezli” bir davranış rahatlığını kısıtlamaktadır. Hastaların tıbbi karardaki tercih ve payının artırılması gerekmektedir. Hekimler bir otorite gücü şeklinde değil, hasta ile işbirliğine giren bir davranış modelini sergileme konusunda günümüzde etik yönden yükümlülük taşımaktadırlar (15).

➤ **2.2.1.3.1. Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanuna Göre Rıza**

Madde 70 -Tabipler, diş tabipleri ve dişçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde (kısıtlı)³ ise veli veya vasisinin evveleminde (ilk önce) muvafakatini alırlar. Büyük ameliyei cerrahiyeler için bu muvafakatın tahriri (yazılı) olması lazımdır. (Veli veya vasisi olmadığı veya bulunmadığı veya üzerinde ameliye yapılacak şahıs ifadeye muktedir olmadığı takdirde muvafakat şart değildir.)

➤ **2.2.1.3.2. Hasta Hakları Yönetmeliğine Göre Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası**

Hastanın Rızası ve İzin

Madde 24- Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur (kısıtlı) ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunmadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz. Kanuni temsilci tarafından muvafakat verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve

³ Bkz. Türk Medeni Kanunu 403-408. md., Vasi, vesayet altındaki küçüğün veya kısıtlının (mahcurun) kişiliği ve malvarlığı ile ilgili bütün menfaatlerini korumak ve hukuki işlemlerde onu temsil etmekle yükümlüdür.

vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; Türk Medeni Kanunu'nun 272 nci ve 431 inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır. Kanuni temsilciden veya mahkemeden izin alınması zaman gerektirecek ve hastaya derhal müdahale edilmediği takdirde hayatı veya hayati organlarından birisi tehdit altına girecek ise, izin şartı aranmaz. Üçüncü fıkrada belirtilen ve hayatı veya hayati organlardan birisini tehdit eden acil haller haricinde, rızanın her zaman geri alınması mümkündür. Rızanın geri alınması, hastanın tedaviyi reddetmesi anlamına gelir. Rızanın müdahale başladıktan sonra geri alınması, ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır.

Tedaviyi Reddetme ve Durdurma

Madde 25- Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir. Bu hakkın kullanılması, hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz.

Küçüğün veya Mahcurun Tıbbi Müdahaleye İştiraki

Madde 26- Kanuni temsilcinin muvafakatının gerektiği ve yeterli olduğu hallerde dahi, mümkün olduğu ölçüde küçük veya mahcur (kısıtlı) olan hastanın dinlenmesi suretiyle tıbbi müdahaleye iştiraki sağlanır.

Alışılmış Olmayan Tedavi Usullerinin Uygulanması

Madde 27- Klinik veya laboratuvar muayeneleri sonucunda bilinen klasik tedavi metotlarının hastaya fayda vermeyeceğinin sabit olması ve daha evvel deney hayvanları üzerinde kafi derecede tecrübe edilmek suretiyle faydalı tesirlerinin anlaşılması ve hastanın rızasının bulunması şartları birlikte mevcut olduğunda, bilinen klasik tedavi metotları yerine başka bir tedavi usulü uygulanabilir. Ayrıca, bilinen klasik tedavi metodu dışındaki bir metodun uygulanabilmesi için, hastaya faydalı olacağının ve bu tedavinin bilinen klasik tedavi usullerinden daha elverişsiz sonuç vermeyeceğinin muhtemel olması da şarttır. Evvelce tecrübe edilmemiş bir tıbbi tedavi ve müdahale usulü, ancak zarar vermeyeceğinin ve hastayı kurtaracağının mutlak olarak öngörülmesi halinde yapılabilir.

Rızanın Şekli ve Geçerliliği

Madde 28- Mevzuatın öngördüğü istisnalar dışında, rıza herhangi bir şekle bağlı değildir. Hukuka ve ahlaka aykırı olarak alınan rıza hükümsüzdür ve bu şekilde alınan rızaya dayanılarak müdahalede bulunulamaz.

Organ ve Doku Alınmasında Rıza

Madde 29- 18 yaşından küçük ve mümeyyiz (iyiyi, kötüyü, doğru ve yanlış ayıran) olmayanlardan organ ve doku alınmaz. Bu şartları tamam olanlardan teşhis, tedavi ve bilimsel amaçlar ile organ veya doku alınması, 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun'un 6 ncı maddesinde öngörülen yazılı şekil şartına tabidir. Ölüden organ ve doku alınma şartı ve cesetlerin bilimsel araştırma için muhafazası hususunda 2238 sayılı Kanun'un 14 üncü maddesi hükümleri saklıdır.

Aile Planlanması Hizmetleri ve Gebeliğin Sona Erdirilmesi

Madde 30- İlgilinin rızası mevcut olsun veya olmasın, Bakanlık tarafından tespit edilmiş olanlar dışındaki ilaç ve araçlar aile planlaması hizmetlerinde kullanılamaz. Gebeliğin sona erdirilmesi, 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile öngörülen şartlara tabidir. Sterilizasyon ve gebeliğin sona erdirilmesi hallerinde, hastanın rızası ile evli ise eşinin de rızası gereklidir.

Rızanın Kapsamı

Madde 31- Rıza alınırken hastanın veya kanuni temsilcisinin tıbbi müdahalenin konusu ve sonuçları hakkında bilgilendirilip aydınlatılması esastır. Hastanın, uygulanacak tıbbi müdahale için verdiği rıza, bu müdahalenin gerektirdiği sair tıbbi işlemleri de kapsar. Ancak, tıbbi işlemlerin uygulanmasında, bu Yönetmelikte ve diğer mevzuatta belirlenen hakların ihlal edilmemesi için azami ihtimam gösterilir.

➤ 2.2.1.3.3. Türk Ceza Kanununa Göre Rıza

İnsan üzerinde deney

Madde 90- (2) İnsan üzerinde yapılan rızaya dayalı bilimsel deneyin ceza sorumluluğunu gerektirmemesi için;

- a) Deneyle ilgili olarak yetkili kurul veya makamlardan gerekli iznin alınmış olması,
- b) Deneyin öncelikle insan dışı deney ortamında veya yeterli sayıda hayvan üzerinde yapılmış olması,
- c) İnsan dışı deney ortamında veya hayvanlar üzerinde yapılan deneyler sonucunda ulaşılan bilimsel verilerin, varılmak istenen hedefe ulaşmak açısından bunların insan üzerinde de yapılmasını gerekli kılması,
- d) Deneyin, insan sağlığı üzerinde öngörülebilir zararlı ve kalıcı bir etki bırakmaması,
- e) Deney sırasında kişiye insan onuruyla bağdaşmayacak ölçüde acı verici yöntemlerin uygulanmaması,
- f) Deneyle varılmak istenen amacın, bunun kişiye yüklediği külfete ve kişinin sağlığı üzerindeki tehlikeye göre daha ağır basması,
- g) Deneyin mahiyet ve sonuçları hakkında yeterli bilgilendirmeye dayalı olarak açıklanan rızanın yazılı olması ve herhangi bir menfaat teminine bağlı bulunmaması, gerekir.

(3) Çocuklar üzerinde bilimsel deney hiçbir surette yapılmaz.

(4) Hasta olan insan üzerinde rıza olmaksızın tedavi amaçlı denemede bulunan kişi, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Ancak, bilinen tıbbî müdahale yöntemlerinin uygulanmasının sonuç vermeyeceğinin anlaşılması üzerine, kişi üzerinde yapılan rızaya dayalı bilimsel yöntemlere uygun tedavi amaçlı deneme, ceza sorumluluğunu gerektirmez. Açıklanan rızanın, denemenin mahiyet ve sonuçları hakkında yeterli bilgilendirmeye dayalı olarak yazılı olması ve tedavinin uzman hekim tarafından bir hastane ortamında yapılması gerekir.

Organ veya doku ticareti

Madde 91. - (1) Hukuken geçerli rızaya dayalı olmaksızın, kişiden organ alan kimse, beş yıldan dokuz yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Suçun konusunun doku olması hâlinde, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

Çocuk düşürtme

Madde 99. - (1) Rızası olmaksızın bir kadının çocuğunu düşürten kişi, beş yıldan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Tıbbî zorunluluk bulunmadığı hâlde, rızaya dayalı olsa bile, gebelik süresi on haftadan fazla olan bir kadının çocuğunu düşürten kişi, iki yıldan dört yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(6) Kadının mağduru olduğu bir suç sonucu gebe kalması hâlinde, süresi yirmi haftadan fazla olmamak ve kadının rızası olmak koşuluyla, gebeliği sona erdirene ceza verilmez. Ancak, bunun için gebeliğin uzman hekimler tarafından hastane ortamında sona erdirilmesi gerekir.

Kısırlaştırma

Madde 101. - (1) Bir erkek veya kadını rızası olmaksızın kısırlaştıran kimse, üç yıldan altı yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

➤ 2.2.1.3.4. Sorumluluğun Onam Belgesi İle Telafi Olmadığı Haller (16)

1. TC kanunlarına, sağlık ilkeleri ve sağlık ile ilgili mevzuat hükümlerine aykırı veya modern tıbbi ve teknolojinin gereçlerine uygun olmayan ve bununla sınırlı olmaksızın aldatıcı mahiyetteki her türlü tanı, tedavi,
2. Kazaen ve/veya doğuştan deformasyonlar hariç (konjenital), her türlü rekonstruktif (estetik) ameliyatlar, her tür silikon uygulaması,
3. Üremeye yardıma (kısırlık tedavisi) ya da üremeyi önleyici (kısırlaştırıcı tedavi) her türlü tanı, tedavi (düşük, IVF, kürtaj, doğum kontrolü), (Ancak bu istisna maddesi, down sendromu, tıbbi tahliye (missed abortus) gibi tıbbi mecburiyet gerektiren durumlarda uygulanmayacaktır.)
4. Sağlık hizmeti veren kişinin sarhoşken, uyuşturucu ya da narkotik maddelerin tesiri altında iken ifa ettiği tanı, tedavi,
5. AIDS ya da onun patojenleri ya da hepatite bağlı olabilecek (kanıtlanmamış olsa bile) manipülasyonlar ile teşhis, tanı ve tedavisi veya onlardan kaynaklanan veya onların katkılan ile oluşan her tür bedeni zarar, her tür ruhsal rahatsızlıklar,
6. Her türlü bilimsel araştırma kapsamında yapılan teşhis ve tedavilerden doğacak kayıp ve zararlar,(tanı, teşhis ve tedavi aşamasında insan ve hayvan organları, kanları, hücreleri, her türlü ifrazatı, türevleri, genleri, biosentez ve ilgili mamullerin denenmesi değiştirilmesi, elde edilmesi, kazanılması, hazırlanması, işlenmesi, elden geçirilmesi, dağıtımı, depolanması ikame edilmesi, kullanılması, deney, araştırmalar yapılması neticesinde kendisinden veya bu organların yanlış uygulamasından kaynaklanan kayıp ve zararlar)
7. Adli veya idari her tür cezalarla, ilgili meslek kuruluşlarınca verilmiş olan mesleğin icrasının men'i veya tatil edilmesine dair verilmiş disiplin cezası dönemi içinde her türlü tanı ve tedavi neticesinde meydana gelen kayıp ve zararlar,

8. İlk yardım veya adı yardım müdahalesinin sunulduğu mahalde yeterli/gerekli donanım, teçhizatın bulundurulmamasından kaynaklanan kayıp ve zararlar.

➤ 2.2.1.3.5. Hekimlik Meslek Etiği Kurallarına Göre Onam⁴

Madde 26: Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konusunda aydınlatır. Yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilir biçimde verilmelidir. Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri, hasta kendi belirler. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir. Alınan onam, baskı, tehdit eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir. Acil durumlar ile hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olduğu ya da karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcisinin izni alınır. Hekim, temsilcinin izin vermemesinin kötü niyete dayandığını düşünüyor ve bu durum hastanın yaşamını tehdit ediyorsa, durum adli mercilere bildirilerek izin alınmalıdır. Bunun mümkün olmaması durumunda, hekim başka bir meslektaşını danışmaya çağırır ya da yalnızca yaşamı kurtarmaya yönelik girişimlerde bulunur. Acil durumlarda müdahale etmek hekimin takdirindedir. Acil durumlar genel olarak kabul edilen bilgilendirilmiş onamın bir istisnasıdır (17). Tedavisi yasalarla zorunlu kılınan hastalıklar toplum sağlığını tehdit ettiği için hasta veya yasal temsilcisinin aydınlatılmış onamı alınmasa da gerekli tedavi yapılır. Hasta vermiş olduğu aydınlatılmış onamı dilediği zaman geri alabilir.

2.3. TIBBİ MÜDAHALEDEN DOĞAN YASAL SORUMLULUKLAR

Tıp mesleğinin yerine getirilmesi hem ayrıcalık hem yükümlülük getirir. Tıbbi beceriler en yüksek idealler ile öğretilir. Ancak tekniklerin öğrenilmesi ahlaki yükümlülükler konusunda bilgi ve uyumla el ele gitmelidir (18). Borçlar Kanunu'nun 41. maddesinde düzenlenen haksız fiil sorumluluğu borcun doğum kaynaklarından bir tanesidir. Haksız fiil sorumluluğu, sadece belli bir alacaklıya karşı değil, herkese karşı uyulması zorunlu bir hukuki görevin ihlali yüzünden doğan zararı tazmin yükümlülüğüdür. Haksız fiilin unsurları hukuka aykırı bir fiil, bu fiille şahsa verilen zarar, fiilin işlenmesinde failin kusurlu olması, hareketle zarar arasındaki illiyet bağıdır. Bu unsurlardan bir tanesini eksikliği dahi haksız fiil sorumluluğunun doğmasına engel olacaktır (19).

Sağlık çalışanlarının yaptıkları tıbbi uygulamalar açısından sorumlulukları dört ayrı başlık altında incelenebilir;

1. Cezai Sorumluluk
2. Hukuki (Tazminat) Sorumluluk

⁴ TTB 47. Olağanüstü Genel Kurulu'nda görüşüldükten sonra 1999 yılında yayınlanmış, [http://www.saglikkutuphanesi.com/Hasta_Haklar%C4%B1/Hekimler_Meslek_Eti%C4%9Fi_Kurallar%C4%B1_\(1998\)_i1494.htm](http://www.saglikkutuphanesi.com/Hasta_Haklar%C4%B1/Hekimler_Meslek_Eti%C4%9Fi_Kurallar%C4%B1_(1998)_i1494.htm) (Erişim Tarihi:27.03.2008)

3. İdari Sorumluluk
4. Mesleki Sorumluluk

2.3.1. Cezai Sorumluluk

2.3.1.1. Sağlık Meslek Mensuplarını İlgilendiren ve ilk Defa Yeni TCK⁵ da Düzenlenen Hükümler

1. TCK Md. 53/6 : Belli hakları kullanmaktan yoksun bırakılma
2. TCK Md.73/8 : Soruşturulması ve kovuşturulması şikâyete bağlı suçlarda uzlaşma
3. TCK Md 76 : Soykırım
4. TCK Md 77 : İnsanlığa Karşı Suçlar
5. TCK Md 83 : Kasten Öldürmenin İhmali Davranışla İşlenmesi
6. TCK Md 88 : Kasten Yaralamanın İhmali Davranışla İşlenmesi
7. TCK Md 90 : İnsan Üzerinde Deney
8. TCK Md 91 : Organ veya Doku Ticareti
9. TCK Md 122 : Ayrımcılık
10. TCK Md 136, 137 : Verileri Hukuka Aykırı Olarak Verme Veya Ele Geçirme
11. TCK Md 172 : Radyasyon Yayma
12. TCK Md 287 : Genital Muayene

TCK Md.53/6 da; Belli bir meslek veya sanatın ya da trafik düzeninin gerektirdiği dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla işlenen taksirli suçtan mahkûmiyet hâlinde, üç aydan az ve üç yıldan fazla olmamak üzere, bu meslek veya sanatın icrasının yasaklanmasına ya da sürücü belgesinin geri alınmasına karar verilebilir.

TCK Md.73/8 de; Suçtan zarar göreni gerçek kişi veya özel hukuk tüzel kişisi olup, soruşturulması ve kovuşturulması şikâyete bağlı bulunan suçlarda, failin suçu kabullenmesi ve doğmuş olan zararın tümünü veya büyük bir kısmını ödemesi veya gidermesi koşuluyla mağdur ile fail özgür iradeleri ile uzlaştıklarında ve bu husus Cumhuriyet savcısı veya hâkim tarafından saptandığında kamu davası açılmaz veya davanın düşürülmesine karar verilir.

TCK 76 ve 77'de düzenlenen Soykırım ve İnsanlığa karşı Suçlar ile özellikle İkinci Dünya Savaşı sırasında Nazi hekimler tarafından yapılan uygulamaların, hukukumuzda da ilk defa ayrı ve müstakil bir suç tipi olarak düzenlenmiştir. Buna göre, bir planın icrası suretiyle milli, etnik, ırki veya dini bir grubun yok edilmesi amacıyla grup içinde doğumlara engel olmaya yönelik tedbirlerin alınması soykırım suçunu; siyasal, felsefi, ırki veya dini saiklerle toplumun bir kesimini bir plan doğrultusunda sistemli olarak bilimsel deneylere tabi kılma ise insanlığa karşı suç oluşturacaktır (20).

Kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi, TCK.Madde 83. madde gerekçesinde; Kasten öldürme suçu gibi, kanunî tanımında belli bir fiilin icrasının yanı sıra bir neticeye de unsur olarak yer verilmiş olan suçlarda, söz konusu netice, ihmali bir davranışla da gerçekleştirilebilir. Bu

⁵ Türk Ceza Kanunu

itibarla, bir sağlık kuruluşunda görev yapan tabibin, durumu acil olan bir hastaya müdahale etmemesi sonucunda hastanın ölmesi hâlinde; ihmalf davranışla öldürme suçunun işlendiğini kabul etmek gerekir. Ancak, ihmalf davranışla öldürme suçu, kasten işlenebileceği gibi taksirle de işlenebilir. Belli bir yönde icraif davranışta bulunma yükümlülüğü altında bulunan kişi, bu yükümlülüğün gereği olan icraif davranışta bulunmaması sonucunda bir insanın ölebileceğini öngörmüş ise, olası kastla işlenmiş olan öldürme suçunun oluştuğunu kabul etmek gerekir. Buna karşılık, belli bir yönde icraif davranışta bulunma yükümlülüğü altında bulunan kişi, bu ykmllğye aykırı davrandığının bilincinde olduğu hâlde, bunun sonucunda bir insanın ölebileceğini objektif zen yükümlülüğüne aykırı olarak öngörmemiş ise; taksirle işlenmiş öldürme suçundan dolayı sorumlu tutulmak gerekir (21).

Ancak her ihmali davranışı ile lme sebebiyet verenin bu maddede öngörülen şekilde ağır bir sorumluluğa (ağırlaştırılmış müebbet hapse kadar) tabi tutulması doğru olmayacağından, sadece maddede sayılan niteliklere sahip olan kimselerin bu madde kapsamında olması kabul edilmiştir. Bu kimselerin ortak niteliği, **neticeyi önlemek hususunda hukuksal bir yükümlülüklerinin bulunmasıdır**. Bu gruba dhil olanlardan biri de hekimlerdir. Hekimlerin acil durumlarda müdahale etmekle yükümlü olmaları tıp hukukunun temel kurallarından birisidir. Böylece hekimin acil durumlarda müdahale etmesi kanundan kaynaklanan bir yükümlülük olup, ayrıca sözleşme dolayısıyla bir hastanın teşhis ve tedavisini üstlenen hekim de o hastaya yönelik neticeleri önlemekle yükümlü olacaktır. Bu yükümlülüklerin ihmali sonucu bir kimsenin ölümü durumunda hekim TCK 83, yaralanması durumunda da TCK 88'den sorumlu olacaktır. Burada hekimin **kastının** olması gerekmektedir. Yani hekimin özellikle hastanın ölmesi veya yaralanması için müdahaleyi ihmal etmesi şarttır. Bu da uygulamada nadiren gerçekleşecektir. **Olası kast** ile anlaşılması gereken, hekimin neticeyi doğrudan istememesi, ancak gerçekleşme olasılığına rağmen harekete geçmeyip, neticenin gerçekleşmesini kabullenmesidir (20).

Kasten Yaralamanın İhmali Davranışla İşlenmesi, TCK. Madde 88; Bu düzenlemeyle, 765 sayılı Türk Ceza Kanununun benimsediği "kasten müessir fiil" in belli süreyle "mtat iştigallerden mahrumiyeti mucip olma" lt terk edilmiştir. Kasten yaralama fiilinin kişi üzerindeki etkisinin basit bir tıbbi müdahaleyle giderilebilecek ölçüde hafif olup olmadığını belirlemenin tıp biliminin verilerine göre yapılacağı göz önünde bulundurulmalıdır (21).

İnsan üzerinde deney, TCK. Madde 90 Gerekeşi: Tıp biliminin en önemli amacı insan sağlığını korumak ve hastalıklara are bulmaktır. Bu amaç doğrultusunda tıp, sürekli olarak kendini yenilemektedir. Nihai uygulama alanı insan olan bir disiplindeki gelişmelerin n kesilemeyeceği gibi, bu konudaki çalışmalar tamamen kontrol dışı da bırakılamaz. Bu düşünceyle madde, sağlıklı ve hasta insanlar üzerinde yapılacak biyo-tıbbi deney ve denemeleri kural olarak cezalandırmakta; ancak belirli şartların bir arada gerçekleşmesi hâlinde ise, açıklanan rızaya hukukif geçerlilik tanımaktadır.

Düzenlemede "deney" terimi bilimsel çalışmanın ilk aşamalarına yönelik olarak kullanılmıştır. "deneme" ise bilimsel amaçlı deney sonuçlarının; henüz bir kesinliğe varmasa da, hastalığın tedavisi konusunda ulaştığı somut bazı faydalarından yola çıkarak hasta bir insana uygulanması işlemidir.

Her ne kadar yeni bir tedavi metodunun geliştirilmesine veya hastanın iyileştirilmesine hizmet etse de deney ve denemelerin gerçekleştirilmesinde, tıbbi olarak kabul görmüş yöntemlere

nazaran daha katı şartların yerine getirilmesi gerekecektir. Bunun sebebi yöntemin henüz tanınmaması ve tedavi için en doğru metot olduğunun henüz ispatlanmış olmamasıdır (21).

TCK. Madde 91, Organ veya doku ticareti de, ayrı bir kanunda düzenlenmiş olmakla beraber, bu kanundaki yaptırımların yetersizliği ve ayrıca bazı yeni konuların da düzenlenmesi gereği dolayısıyla ayrıca bu konuda ceza kanunumuza bir hüküm eklenmiş bulunmaktadır. Burada hekimler bakımından dikkat edilmesi gereken husus, geçersiz rızaya dayalı olarak canlılardan organ veya doku alan hekim ile ölülerden hukuka aykırı olarak organ veya doku alan hekiminin cezalandırılacağıdır. Keza hukuka aykırı yollardan elde edilmiş bulunan organ veya dokuyu nakleden veya aşıl原因an hekim bakımından da ağır bir sorumluluk kabul edilmiştir (20).

TCK Madde 122 ile yeni bir suç tipi “**ayırıcılık**” suçu getirilmiştir.. Hekim bakımından örneğin cinsiyet veya siyasi düşünce gözetilerek bir hastaya teşhis ve tedavinin reddedilmesi bu suçu oluşturabilecektir.

TCK Madde 136 ve 137 de; hukuka uygun olarak kaydedilmiş olsun veya olmasın, kişisel verileri hukuka aykırı olarak başkalarına vermek, yaymak veya ele geçirmek, bağımsız bir suç olarak tanımlanmıştır. Kamu görevlisi tarafından ve görevinin verdiği yetki kötüye kullanılmak suretiyle, belli bir meslek ve sanatın sağladığı kolaylıktan yararlanmak suretiyle bu suç işlenirse cezası artırılabilecektir.

TCK Madde 172 ile radyasyon yayma suçunu oluşturan hareket, bir kişiyi radyasyona tabi tutmaktan ibarettir. Ancak, bu suçun oluşabilmesi için, radyasyona tabi tutulan kişinin sağlığını bozmak amacıyla hareket edilmesi gerekir. Keza, bu fiil dolayısıyla cezaya hükmedebilmek için, tabi tutulduğu radyasyon miktarının kişinin sağlığını bozmaya elverişli olması gerekir. Bu bakımdan, söz konusu suç, bir somut tehlike suçu niteliği taşımaktadır (21).

Bir laboratuvar veya tesisin işletilmesi sırasında gerekli dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırı olarak radyasyon yayılmasına neden olan kişi, fiilin bir başkasının hayatı, sağlığı veya malvarlığına önemli ölçüde zarar vermeye elverişli olması halinde cezalandırılacaktır. Dikkat etmek gerekir ki, burada insanların hayat veya sağlığına bir zarar gelmesi aranmamaktadır. Böyle bir zararın meydana gelmesi durumunda artık bu hüküm değil, yaralama veya öldürmeye ilişkin hükümler uygulanacaktır (20).

TCK. Madde 287/1: Yetkili hâkim ve savcı kararı olmaksızın, kişiyi **genital muayeneye** gönderen veya bu muayeneyi yapan fail hakkında üç aydan bir yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.

287/2: Bulaşıcı hastalıklar dolayısıyla kamu sağlığını korumak amacıyla kanun ve tüzüklerde öngörülen hükümlere uygun olarak yapılan muayeneler açısından yukarıdaki fıkra hükmü uygulanmaz.

2.3.1.2. Eski TCK’ da bulunan ve Yeni TCK’ da da Düzenlenen Sağlık Meslek Mensuplarını İlgilendiren Hükümler

1. TCK Md. 21 ve 22 : Kast ve Taksir
2. TCK Md 84 : İntihara Yönlendirme
3. TCK Md 85 : Taksirle Öldürme

4. TCK Md 89	: Taksirle Yaralama
5. TCK Md 99	: Çocuk Düşürme
6. TCK Md 101	: Kısırlaştırma
7. TCK Md. 190	: Uyuşturucu veya Uyarıcı Madde Kullanılmasını Kolaylaştırma
8. TCK Md 204, 205	: Resmi Belgede Sahtecilik, Resmi Belgeyi Bozmak, Yok Etmek veya Gizlemek
9. TCK Md 210	: Sağlık Mensubunun Gerçeğe Aykırı Belge Düzenlemesi
10. TCK Md.247	: Zimmet
11. TCK Md 250	: İrtikâp
12. TCK Md.251	: Denetim Görevini İhmal
13. TCK Md 252	: Rüşvet
14. TCK Md 257	: Görevi İhmal
15. TCK Md 259	: Kamu Görevlisinin Ticareti
16. TCK Md 280	: Sağlık Mesleği Mensuplarının Suçu Bildirmemesi.

Eski Türk Ceza Kanunu

Yeni Türk Ceza Kanunu

<p>Madde 45: Cürümde kastin bulunmaması cezayı kaldırır. Failin bir şeyi yapmasının veya yapmamasının neticesi olan bir fiilden dolayı kanunun o fiile ceza tertip ettiği ahval müstesnadır.</p> <p>Kabahatlerde kasıt sabit olmasa bile herkes kendi fiil veya ihmalden mesuldür.</p> <p>Failin öngördüğü neticeyi istememesine rağmen neticenin meydana gelmesi halinde bilinçli taksir vardır; bu halde ceza üçte bir oranında artırılır.</p>	<p>Kast</p> <p>Madde 21: (1) Suçun oluşması kastın varlığına bağlıdır. Kast, suçun kanunî tanımındaki unsurların bilerek ve istenerek gerçekleştirilmesidir.</p> <p>(2) Kişinin, suçun kanunî tanımındaki unsurların gerçekleştirilebileceğini öngörmesine rağmen, fiili işlemi hâlinde olası kast vardır. Bu hâlde, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasını gerektiren suçlarda müebbet hapis cezasına, müebbet hapis cezasını gerektiren suçlarda yirmi yıldan yirmibeş yıla kadar hapis cezasına hükümlenir; diğer suçlarda ise temel ceza üçte birden yarısına kadar indirilir.</p> <p>Taksir</p> <p>Madde 22: (1) Taksirle işlenen fiiller, kanunun açıkça belirttiği hâllerde cezalandırılır.</p> <p>(2) Taksir, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanunî tanımında belirtilen neticesi öngörülmeden gerçekleştirilmesidir.</p> <p>(3) Kişinin öngördüğü neticeyi istememesine karşın, neticenin meydana gelmesi hâlinde bilinçli taksir vardır; bu hâlde taksirli suça ilişkin ceza üçte birden yarısına kadar artırılır.</p> <p>(4) Taksirle işlenen suçtan dolayı verilecek olan ceza failin kusuruna göre belirlenir.</p> <p>.....</p>
---	--

Kast, kişi ile işlediği suçun maddî unsurları arasındaki psikolojik bağı ifade etmektedir. Suçun kanuni tanımındaki maddî unsurların bilerek ve istenerek gerçekleştirilmesi, kastın varlığı için zorunludur. Suç tanımında yer almakla birlikte, fiilin ifade ettiği haksızlık üzerinde etkili olmayan koşulların gerçekleştiğinin bilinip bilinmemesi, kastın varlığı açısından önem taşımamaktadır.

Madde metninde doğrudan kasttan ayrı olarak **olası kast** da tanımlanmıştır. Olası kast durumunda suçun kanuni tanımında yer alan unsurlardan birinin somut olayda gerçekleşebileceği öngörülmesine rağmen, kişi fiili işlemektedir. Diğer bir deyişle, fail unsurların meydana gelmesini kabullenmektedir (21).

Taksirli suçların belirgin özelliği, icrai veya ihmali şekilde olabilen iradi hareketin varlığı ve kanunî tanımda yer alan unsurlardan birinin öngörülmemiş olmasıdır. Fakat bu öngörmemenin, “gerekli dikkat ve özen” yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla ortaya çıkması gerekir. Çünkü, gerekli dikkat ve özen gösterilmediği için kanunda tanımlanmış olan neticenin gerçekleşeceği öngörülmemiştir. Bu dikkat ve özen yükümlülüğünün belirlenmesinde, failin kişisel yetenekleri göz önünde bulundurulmaksızın, objektif esastan hareket edilir. Nitekim toplum hâlinde yaşamının güvenli bir biçimde sürdürülebilmesi için, çeşitli alanlarda kişilerin dikkat ve özenli davranışlarıyla ilgili kurallar konmaktadır. İnşaat faaliyeti, sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ve trafik düzeniyle ilgili kurallar, dikkat ve özen yükümlülüğüne örnek olarak gösterilebilir. Taksirle işlenen suçlardan dolayı kusurluluk, bir değerlendirmeye ancak olay hâkimi tarafından yapılabilir. Bu nedenle, taksirden dolayı kusurluluğun matematiksel olarak ifadesi mümkün değildir. Taksir dolayısıyla kusurun belirlenmesi normatif bir değerlendirmeyle mümkün olmakla birlikte, somut olayda dikkat ve özen yükümlülüğünün ihlâl edilip edilmediğinin belirlenmesi açısından bilirkişi incelemesi yaptırılabilir. Ancak, bu durumlarda, bilirkişinin yapacağı inceleme, işin tekniği ile sınırlı olmalıdır. Bunun dışında, bilirkişi tarafından münhasıran hâkimin yetkisinde bulunan kusurluluk konusunda herhangi bir değerlendirme yapılmamalıdır. Aksi yöndeki tutum, bilirkişilik görevinin sınırını aşmayı ve hâkimin yerine geçmeyi ifade eder (21).

İlk bakışla hekimlerin yeni yasadın tedirgin olmaları haklı bir tutum gibi görünmektedir. Hukuk, yalnızca yazılı kurallardan ibaret değildir. Mahkemeler, olayların mahiyet ve karakterini göz önüne almadan yalnızca yazılı metinlere bakarak karar veriyor değildirler. Toplumdaki çok çeşitli eylem ve sonuçlar öngörülerek yasa koyucu böyle bir yasayı kabul etmiştir. Burada söz konusu olan trafik suçlarından çok çeşitli insan eylemlerine kadar genel bir düzenleme vardır. Tıbbi eylemlerde bunun içine girmektedir (5). Taksirden doğan mesuliyette ayırıcı kriter, neticenin öngörülebilir olup olmadığıdır. Tıbbi uygulamalarda günümüzde sıklıkla karşı karşıya kalınan yüksek riskli operasyonlara girilmesi yahut yeteri kadar tecrübe edilmemiş tıbbi metotların tatbiki gibi hallerde çoğunlukla zararlı netice hekim tarafından öngörülebildiği cihetle bilinçli taksirden bahis edilebilecektir. (6,11).

Eski Türk Ceza Kanunu

Madde 454: Birini intihara ikna ve buna yardım eden kimse müntehirin vefatı vuku bulduğu takdirde üç seneden on seneye kadar ağır hapis cezasına mahkum olur.

Yeni Türk Ceza Kanunu

İntihara yönlendirme

Madde 84: (1) Başkasını intihara azmettiren, teşvik eden, başkasının intihar kararını kuvvetlendiren ya da başkasının intiharına herhangi bir şekilde yardım eden kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

.....

TCK 84 ise esasen önceki kanunumuzda da bulunan bir norm olmakla beraber, yeni kanunumuzda uygulama alanı genişletilmiştir. Böylece, hekimler bakımından özellikle **ötenazi**

olaylarında uygulanabilecek bir hüküm haline gelmiş bulunmaktadır. Hekimin hastasının intiharına herhangi bir şekilde yardım etmesi durumunda bu madde uygulanacaktır (20).

Eski Türk Ceza Kanunu

Yeni Türk Ceza Kanunu

<p>Madde 468: Bir kadının rızası olmaksızın çocuğunu düşürten kimseye yedi yıldan oniki yıla kadar ağır hapis cezası verilir.</p> <p>Gebelik süresi on haftadan fazla olan bir kadının rızasıyla tıbbi nedenler mevcut olmadan çocuğunu düşürten kimseye iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası</p> <p>Gebe sanılan bir kadın üzerinde rızası olmaksızın çocuk düşürme amacıyla bazı fiillerde bulunan kimse kadının ölümüne veya bedeni zararına sebep olmuşsa 452 nci ve 456 ncı maddeler hükümlerine göre cezalandırılır.</p> <p>Madde 471: Bir erkek veya bir kadın üzerinde rızası olmaksızın sterilizasyon yapan kimse iki yıldan beş yıla kadar hapis cezasıyla cezalandırılır.....</p> <p>Eğer bu fiil sterilizasyon ameliyatı yapma yetkisi olmayan bir kimse tarafından yapılırsa ceza üçte bir oranında artırılır.</p> <p>Sterilizasyon ameliyatı yapma yetkisi olmayan bir kimsenin, kişinin rızasıyla sterilizasyon ameliyatı yapması halinde faille bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası verilir. ...</p>	<p>Çocuk düşürtme</p> <p>Madde 99: (1) Rızası olmaksızın bir kadının çocuğunu düşürten kişi, beş yıldan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.</p> <p>(2) Tıbbî zorunluluk bulunmadığı hâlde, rızaya dayalı olsa bile, gebelik süresi on haftadan fazla olan bir kadının çocuğunu düşürten kişi, iki yıldan dört yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.</p> <p>(6) Kadının mağduru olduğu bir suç sonucu gebe kalması hâlinde, süresi yirmi haftadan fazla olmamak ve kadının rızası olmak koşuluyla, gebeliği sona erdirene ceza verilmez. Ancak, bunun için gebeliğin uzman hekimler tarafından hastane ortamında sona erdirilmesi gerekir.</p> <p>Kısırlaştırma</p> <p>Madde 101: (1) Bir erkek veya kadını rızası olmaksızın kısırlaştırın kimse, üç yıldan altı yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Fiil, kısırlaştırma işlemi yapma yetkisi olmayan bir kimse tarafından yapılırsa, ceza üçte bir oranında artırılır.....</p>
--	---

Çocuk Düşürtme, Madde 99' un Gereğesi: Çocuk düşürme ve düşürtme suçları açısından 24.5.1983 tarih ve 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanunda yer alan hükümler göz önünde bulundurulmak suretiyle bir düzenleme yapılmıştır (21).

Kısırlaştırma, Madde 101 de; Kısırlaştırma ameliyesinin kişinin ölümüne veya bedensel bir zarara neden olması hâlinde, failin netice sebebiyle ağırlaşmış suçlara ilişkin hükümler çerçevesinde sorumluluğu cihetine gidileceğinde kuşku yoktur.

Eski Türk Ceza Kanunu

Yeni Türk Ceza Kanunu

<p>Madde 404:</p> <p>1.Özel bir yer sağlayarak veya başka suretle bir kimsenin uyuşturucu madde kullanmasını kolaylaştıranlar ile bu maddeleri onsekiz yaşını bitirmeyen küçüklere veya aklen malullere veya müptela olan kişilere verenler hakkında 403 üncü maddenin 5 ve 6 numaralı fıkralarında yazılı cezalar altıda biri oranında artırılarak hükümlenir.</p> <p>.....</p>	<p>Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasını kolaylaştırma</p> <p>Madde 190: (3) Bu maddede tanımlanan suçların tabip, diş tabibi, eczacı, kimyager, veteriner, sağlık memuru, laborant, ebe, hemşire, diş teknisyeni, hastabakıcı, sağlık hizmeti veren, kimyacılıkla veya ecza ticareti ile iştigal eden kişi tarafından işlenmesi hâlinde, verilecek ceza yarı oranında artırılır.</p>
---	--

Uyusturucu veya uyarıcı madde kullanilmasini kolaylastirma, Madde 190: bu suçun belli meslek ve sanati icra eden kisiler tarafından islenmesi, daha agir cezayi gerektiren nitelikli unsur olarak tanimlanmistir.

Kamu Görevlisi Olmaktan Kaynaklanan Suçlar

Eski Türk Ceza Kanunu

Yeni Türk Ceza Kanunu

<p>Madde 339: Bir memur memuriyetini icrada tamamen veya kısmen sahte bir varaka tanzim eder veya hakiki bir varakayı tağyir ve tahrif eyler ve bundan dolayı umumi ve hususi bir mazarrat tevellüt edebilirse üç seneden on seneye kadar ağır hapis cezasına mahkûm olur. Eğer işbu varaka sahteliği ispat edilmedikçe muteber olan evrak kabilinden ise ağır hapis cezası beş seneden on iki seneye kadar verilir.</p> <p>Madde 275: Bir kimse cürmü teşkil eden ecesam ve eşyayı ve o sıfatı haiz bulunmak itibariyle Hükümet dairelerinde saklanan evrak ve vesikalari veya mahkemelere ve resmi dairelere tevdi olunan veya bir memurun memuriyeti icabınca yanında bulunan senetleri ve sair mühim evrakı ortadan kaldırır veya bozar ve yok eder yahut tahrif veya tağyir eylerse bir seneden üç seneye kadar hapsolunur.</p> <p>Madde 202: Görevi sebebiyle kendisine tevdi olunan veya muhafaza, denetim veya sorumluluğu altında bulunan para veya para yerine geçen evrak veya senetleri veya diğer malları zimmetine geçiren memura altı yıldan oniki yıla kadar ağır hapis ve meydana gelen zararın bir misli kadar ağır para cezası verilir.</p> <p>Madde 209: Memuriyet sıfatını veya görevini kötüye kullanmak suretiyle kendisine veya başkasına haksız olarak para verilmesine veya sair menfaatler sağlanmasına veya bu yolda vaatte bulunulmasına, bir kimseyi icbar eden memura altı yıldan az olmamak üzere ağır hapis cezası verilir.....</p> <p>Madde 203: Denetim görevini ihmal ederek 202 nci maddenin birinci fıkrasında yazılı zimmetin oluşmasını veya artmasını mümkün kılmış olan kimseye üç aydan iki yıla kadar hapis ve beşyüzbin liradan ikimilyon liraya kadar ağır para cezası verilir.....</p>	<p>Resmî belgede sahtecilik</p> <p>Madde 204: (2) Görevi gereği düzenlemeye yetkili olduğu resmî bir belgeyi sahte olarak düzenleyen, gerçek bir belgeyi başkalarını aldatacak şekilde değiştiren, gerçeğe aykırı olarak belge düzenleyen veya sahte resmî belgeyi kullanan kamu görevlisi üç yıldan sekiz yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.</p> <p>Resmî belgeyi bozmak, yok etmek veya gizlemek</p> <p>Madde 205: (1) Gerçek bir resmî belgeyi bozan, yok eden veya gizleyen kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Suçun kamu görevlisi tarafından işlenmesi hâlinde, verilecek ceza yarı oranında artırılır.</p> <p>Resmî belge hükmünde belgeler</p> <p>Madde 210. (2) Gerçeğe aykırı belge düzenleyen tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire veya diğer sağlık mesleği mensubu, üç aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Düzenlenen belgenin kişiye haksız bir menfaat sağlaması ya da kamunun veya kişilerin zararına bir sonuç doğurucu nitelik taşıması hâlinde, resmî belgede sahtecilik hükümlerine göre cezaya hükmolunur.</p> <p>Zimmet</p> <p>Madde 247: (1) Görevi nedeniyle zilyedliği kendisine devredilmiş olan veya koruma ve gözetimiyle yükümlü olduğu malı kendisinin veya başkasının zimmetine geçiren kamu görevlisi, beş yıldan oniki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.....</p> <p>İrtikâp</p> <p>Madde 250: (1) Görevinin sağladığı nüfuzu kötüye kullanmak suretiyle kendisine veya başkasına yarar sağlanmasına veya bu yolda vaatte bulunulmasına bir kimseyi icbar eden kamu görevlisi, beş yıldan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.</p> <p>Denetim görevinin ihmali</p> <p>Madde 251: (2) Denetim görevini ihmal ederek, zimmet veya irtikâp suçunun işlenmesine imkân sağlayan kamu görevlisi, üç aydan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.</p>
--	--

<p>Madde 211: Ceza Kanununun tatbikinde memur sayılanların, kanunen veya nizamen yapmaya veya yapmamaya mecbur oldukları şeyi yapmak veya yapmamak için aldıkları veya başkalarına aldıkları para, hediye ve her ne nam altında olursa olsun sağladıkları diğer menfaatler ile bu maksatla alıp sattıkları veya ihale eyledikleri taşınır ve taşınmaz malların gerçek değeri ile verilip alınan bedel arasındaki fahiş fark rüşvet sayılır.....</p> <p>Madde 240: Yasada yazılı hallerden başka hangi nedenle olursa olsun görevini kötüye kullanan memur derecesine göre bir yıldan üç yıla kadar haps olunur. Cezayı hafifletici nedenlerin bulunması halinde altı aydan bir yıla kadar hapis ve her iki halde ikibin liradan onbin liraya kadar ağır para cezasıyla cezalandırılır. Ayrıca memuriyetten süreli veya temelli olarak yoksun kılınır.</p> <p>Madde 238: Hakimlerle memurinden her kim memuriyetinin dairesi dahilinde ahalinin zaruri havayicinden olan hububat, erzak ve sair malzemeleri alıp satarak ticaret ederse yüz liradan aşağı olmamak üzere ağır cezayı nakdi ve müebbeden memuriyetten mahrumiyet cezasıyla cezalandırılır</p>	<p>Rüşvet</p> <p>Madde 252:</p> <p>(3) Rüşvet, bir kamu görevlisinin, görevinin gereklerine aykırı olarak bir işi yapması veya yapmaması için kişiyle vardığı anlaşma çerçevesinde bir yarar sağlamasıdır.</p> <p>Görevi kötüye kullanma</p> <p>Madde 257. - (1) Kanunda ayrıca suç olarak tanımlanan hâller dışında, görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle, kişilerin mağduriyetine veya kamunun zararına neden olan ya da kişilere haksız bir kazanç sağlayan kamu görevlisi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.</p> <p>Kamu görevlisinin ticareti</p> <p>Madde 259: (1) Yürüttüğü görevin sağladığı nüfuzdan yararlanarak, bir başkasına mal veya hizmet satmaya çalışan kamu görevlisi, altı aya kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır.</p>
---	--

Yukarıda çıkartılan 204, 205, 210, 247, 250, 251, 252, 257, 259. Maddeler Kamu görevlisi olmanın gereği sağlık meslek mensupları hakkında uygulanabilir maddelerdir.

Eski Türk Ceza Kanunu

Yeni Türk Ceza Kanununa

<p>Madde 530: Hekim, cerrah, ebe yahut sair sıhiye memurları şahıslar aleyhinde işlenmiş bir cürüm asarını gösteren ahvalde sanatlarının icabettiği yardımı ifa ettikten sonra keyfiyeti adliyeye veya zabıtaya bildirmezler yahut ihbar hususunda teahhur gösterirlerse bu ihbar kendisine yardım ettikleri kimseyi takibata maruz kılacak ahval müstesna olmak üzere otuz liraya kadar hafif cezayı nakdiye mahkûm olurlar.</p>	<p>Sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi</p> <p>Madde 280: (1) Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.</p> <p>(2) Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır.</p>
--	--

Sağlık Mesleği Mensuplarının Suçu Bildirmemesi, Madde 280; Eski T.C.K.da “kabahat” olarak düzenlenmiş olan ve tedavi edilen kişinin kovuşturma altında kalacak olması halinde hekimin çekinme hakkını düzenleyen hükme göre, daha ağır ve kaçınma hakkı olmayan düzenleme yapılmıştır (16).

Gerekeçede ise; Söz konusu ihbar yükümlülüğü, madde metninde sayılan sağlık mesleği mensupları ile sınırlı değildir. Devlet eliyle işletilen sağlık kuruluşlarında görev yapan sağlık mesleği mensupları, kamu görevlisi sıfatını taşımaktadırlar. Bu kişilerin suçu bildirme yükümlülüğüne aykırı davranışları hâlinde, yukarıdaki madde hükmü uygulanacaktır (21).

Önceki kanunumuz hekime sadece “*şahıs aleyhine işlenen suçlar*” ile ilgili olarak ihbar yükümlülüğü öngörmüşken, yeni kanun bütün suçlar bakımından bu yükümlülüğü kabul ederek, madde kapsamını genişletmiş bulunmaktadır. İkinci ve önemli değişiklik ise önceki kanunda yer alan “*bu ihbar kendisine yardım ettikleri kimseyi takibata maruz kılacak ahval müstesna olmak üzere*” ifadesinin yeni kanuna alınmamış olmasıdır. Böylece bir suçun faili olma belirtisiyle hekime müracaat eden kimsenin de ihbarı yükümlülüğü getirilmiştir. Ayrıca bu husus, masumluk karinesine ve dolayısıyla İnsan Hakları Avrupa Sözleşmesi’ne de aykırıdır. Kesin hükümle mahkûm edilinceye kadar herkes masum sayılacağı halde, bir belirti dolayısıyla hekime bu yükümlülük getirilmekte ve hekime kolluk vazifesi yüklenerek, masum olabilecek bir kimsenin ihbar korkusuyla yaşam veya vücut bütünlüğüne yönelik bir zararı kabullenmesine yol açılmaktadır (20).

2.3.2. Hukuki Sorumluluk

Hekimin hukuki sorumluluğunun esasının sözleşmeye veya haksız fiile dayandığı doktrinde ve yargı kararlarında belirtilmektedir (3, 4, 13, 14,23, 24).

➤ 2.3.2.1. Sözleşmeden Doğan Sorumluluk

Doktorla hastası arasında rızaya dayanan bir ilişki olduğuna göre, sorumluluğun esasının sözleşmeye dayandırılması kesin olarak kabul edilmiş olmasına karşın, niteliğinin ne olduğu konusunda değişik görüşler ileri sürülmektedir. Bu yoldaki tartışmalar hizmet, istisna ve vekalet sözleşmeleri üzerinde toplanmıştır (3).

➤ 2.3.2.1.1. İstisna sözleşmesi: BK⁶ Md. 355’e göre istisna sözleşmesinin tarafları, müteahhit ve iş sahibidir. İş sahibi, bir eser meydana getirmeyi bir başkasına tevdi eden kişidir. İş sahibi, gerçek kişi olabileceği gibi tüzel kişi de olabilir. BK. m. 355’deki kanuni tanımdan hareket ederek, istisna sözleşmesinin unsurları; bir eser meydana getirme, eser meydana getirmeye karşılık ücret ödenmesi veya ücret ödemenin vaat edilmesidir (25).

Yargıtay estetik ameliyat sözleşmesinin bir istisna akdi olduğu görüşündedir. Yargıtay 13.Hukuk Dairesinin 05.04.1993 tarih ve 131/2741 sayılı kararına göre; “*Davada dayanılan maddi olgu, burnun estetik ameliyat yapılmak suretiyle istenilen ve kararlaştırılan biçim ve şekle uygun güzel bir görünüm kazandırılmasıdır. Bu olgudan hareket edildiğinde, böyle bir sözleşmede sonucun ortaya çıkması yönünden teminat verilerek borç altına girildiği, diğer bir anlatımla belli bir sonucun elde edilmesinin kararlaştırıldığı, kuşkusuz ve duraksamaya yol açmayacak şekilde açıktır. O nedenle, bu tip sözleşmenin eser sözleşmesi olarak kabul edilmesi, halin icaplarına ve tarafların iradelerine uygun düşeceğinin kabul edilmesi gerekir. Gerçekte de bu sözleşmedeki yükümlülük vekalet sözleşmesinin konusunu oluşturan iş görme niteliğinde değildir. Çünkü, burada vekalet akdindeki unsurların aksine çalışma sonunda; istenilen belli bir sonucun mutlaka elde edilmesi amacı güdülmektedir. Eser sözleşmesinde yüklenici eseri meydana getirmek ve onu teslim etmekle yükümlüdür. Bundan başka bu iki ana borçtan kaynaklanan ve bu borçların akde uygun surette ifasını*

⁶ Borçlar Kanunu

sağlayan diğer birtakım yan borçların da BK.'da açıkça yer aldığı ve işin mahiyetinden çıkarıldığı görülmektedir. Bunlardan biri de işi sadakat ve özenle bizzat yapma borcudur.”

➤ **2.3.2.1.2. Hizmet Sözleşmesi:** BK. Md. 313' te hizmet sözleşmesi tanımından hareket edilerek hizmet sözleşmesinin unsurları; işçinin bir işverene bağımlılık ilişkisi içinde bir hizmet görmesi veya görmeyi vaat etmesi, hizmet görülmesinin veya hizmet edimi vaadinde bulunulmasının bir ivaz (bedel) karşılığında olması, tarafların anlaşması veya bir karşılık ödenmesine yol açacak bir hizmet ilişkisinin varlığı olarak belirlenebilir (25). Hizmet sözleşmesini vekalet sözleşmesinden ayıran en önemli unsurun *süre* olduğu uygulamada ve öğretilerde kabul edilmektedir. Doktorun, hastası ile olan ilişkisinde, tedavinin süreye bağlı olması hizmetin niteliği itibarıyla mümkün değildir. Çünkü doktorun çalışmaları belli bir sonuca yönelmiştir. Bu sonuçta, süre unsuru değil tedavi önemlidir. Süre yanında ayrıca, bağımlılık bakımından her iki sözleşmeyi birbirinden ayırmak da mümkündür. Doktorun hastasına bağımlılığı en az ölçüde iken, hizmet sözleşmesinde bağımlılık unsuru çok ağır basar. Hizmet sözleşmesinde ücret daima ön plandadır. Bir hizmet sözleşmesi bir ücretin varlığını gerektirir. Vekalet sözleşmesinde ücret zorunlu değildir. Doktorun hizmet yönünde bir hastaneye bağımlılığı ile mesleğin tıp kurallarına uygun olarak hasta üzerinde icra edilmesi ayrı ayrı hukuki ilişkileri oluşturur (13).

➤ **2.3.2.1.3. Vekalet Sözleşmesi:** Hekim ile hasta arasındaki akdi ilişki genellikle vekalet akdi olarak nitelendirilmektedir. Gerçi öğretilerde tedavi akdinin bir vekalet akdinin tüm özelliklerini taşımadığı, kendine özgü bir akit olduğu, bu akde sadece Borçlar Kanunu'nun genel hükümlerinin uygulanabileceği ileri sürülmekte ise de, bu görüş gerek Türk hukukunda gerekse yabancı hukuklarda azınlıkta kalmaktadır (23). BK. Md.386 daki vekalet sözleşmesi tanımından hareketle vekalet sözleşmesinin unsurları; zorunlu unsurlar ve zorunlu olmayan unsurlar olarak ikiye ayrılarak belirlenmelidir. Vekalet sözleşmesinin zorunlu unsurları olarak; vekilin müvekkile karşı iş görme borcu altına girmesi, iş görmenin kanunla düzenlenmiş başka bir iş görme sözleşmesi çeşidinin konusunu oluşturmaması, iş görmenin başkasının menfaatine ve iradesine uygun olarak yapılması ve iş görmede zaman kaydına bağlı olunmaması, vekilin iş görmeden başarılı bir sonuç elde edilememesi tehlikesini taşımaması ve tarafların anlaşması olarak sayılabilir. Zorunlu olmayan unsurlar olarak ise; ücret, vekilin müvekkile karşı bağımsız olması ve vekalet ilişkisini her zaman sona erdirme hakkının varlığı sayılabilir (25).

Doktorun gördüğü iş, hastası olan kişinin çıkarına ve onun isteğine uygun olarak yapılmaktadır. Bu yapılan işin doğal sonucudur. Doktorun yaptığı iş, bazı duraksama yaratan özel durumlar (örneğin protezin yapılması) ayrık olmak üzere, süreye bağlı olamaz. Yapılan işin gereği olan zaman ile işin belirli süre içinde yapılmasının zorunluluğunu ortaya koyan süre kavramını birbirinden ayırmak gerekir. Doktor iyileştirmede sonucun rizikosunu ancak kusur halinde yüklenmiştir. Başka bir deyişle tıbbi yardım ve eylemlerde özel durumlar dışında sonucun doktor tarafından garanti edilmesi söz konusu olamaz. İşin doğasından kaynaklanan sonuç vekalet sözleşmesinin esaslı unsurudur. Bu durum doktor hasta arasındaki ilişkide vekalet sözleşmesinin esaslı bir unsurunun da gerçekleştiğini göstermektedir. Borçlar Kanunu'nun 386/III. Maddesine göre ücret, vekalet sözleşmesinin zorunlu koşulu değildir. Sözleşmede ücret kararlaştırılmamış olsa bile

doktor ücrete hak kazanır. Doktorların ücret istemeleri, almaları gelenekten olup, aksi de kararlaştırılabilir. Kanıtlanma yükü hastaya aittir. BK. Md.390/2'ye göre “vekil, müvekkile karşı vekaleti iyi bir surette ifa ile mükelleftir” denilmektedir. Bu hükümde geçen “iyi surette ifa” sözcük grubu, mehaza göre, “sadakat ve özen ile ifa” anlamında kullanılmıştır (13).

Vekil, iş görürken yöneldiği sonucun elde edilememesinden değil, bu sonuca erişmek için yaptığı faaliyetin özenle yürütülmesinden sorumludur. O halde vekilin, bu borcunun gereği olarak, iş görme ile hedef tutulan sonucun başarılı olması için hayat tecrübelerine ve işlerin mutad cereyanına göre gerekli girişim ve davranışlarda bulunması, başarılı sonucu engelleyecek davranışlardan kaçınması lazım gelecektir (25).

Hekimin göstermesi gereken özenin ne olduğu sorusuna Yargıtay, “mesleki şartları yerine getirmek, tıp ilminin kurallarını gözetip uygulamak”, “fen kuralları”, “tıp biliminin teknik kuralları”, “mesleki özen ve ihtimam”, “mutad dikkat ve özen” ve “titiz bir ihtimam ve dikkat” şeklinde cevaplar vermektedir. Yargıtay 13. HD⁷.’ nin 05.04.1993 131/2741 sayılı kararının bir bölümünde; “...*Doktor tıp biliminin verilerini yanlış veya eksik uygulamışsa, mesleğinin gerektirdiği özel şartlara gereği ve yeteri kadar uymamışsa, mesleki kusurunun varlığı kabul edilmelidir...Dosyaya konulmuş davacıya ait fotoğraflara bakıldığında davacının ameliyat öncesi burnu ile ameliyat sonrası meydana gelen burnu arasında kıyaslanamayacak oranda fahiş ve çok açık farklılık ve çöküntünün hasıl olduğu, adeta burnun yüz düzeyine dağılmış bir hale geldiği görülmektedir...Hakimin yargılamada kesinlikle tespit edilen maddi olgular karşısında inandırıcı olmaktan uzak Yüksek Sağlık Şurası raporu ile bağlı olmayacağına duraksamaya yer olmamalıdır*” (26).

➤ **2.3.2.1.4. Tüketici Sözleşmesi:** TKHK⁸, nun 2. maddesine göre bu Kanun, 1 inci maddede belirtilen amaçlarla mal ve hizmet piyasalarında tüketicinin taraflardan birini oluşturduğu her türlü tüketici işlemi kapsamaktadır. Acaba hasta-hekim arasındaki bu ilişki bir tüketici işlemi olarak değerlendirilebilir mi? Kanun 3. maddesinin h bendinde tüketici işlemlerinin neler olduğu düzenlenmiştir. Buna göre, **Tüketici işlemi:** Mal veya hizmet piyasalarında tüketici ile satıcı-sağlayıcı arasında yapılan her türlü hukuki işlemi kapsamaktadır. Aynı maddede, bir mal veya hizmeti ticari veya mesleki olmayan amaçlarla edinen, kullanan veya yararlanan gerçek ya da tüzel kişinin tüketici olduğu (TKHK 3/e) ve kamu tüzel kişileri de dahil olmak üzere ticari veya mesleki faaliyetleri kapsamında tüketiciye hizmet sunan gerçek veya tüzel kişilerin sağlayıcı olduğu hükme bağlanmıştır (TKHK 3/g). O halde bu tanımlara göre hasta ve hekimin bir tüketici işleminin, yani tüketici sözleşmesinin tarafı olması mümkündür. O halde taraflar açısından TKHK uygulama alanı bulması mümkündür. Acaba hasta hekim arasındaki tıbbi müdahale ilişkisinin niteliği TKHK uygulanması için uygun mudur? Bunun tespiti için TKHK hizmet kavramını nasıl tanımladığına bakmak gerekir. TKHK 3. maddesinin e bendinde **hizmet**, bir ücret veya menfaat karşılığında yapılan mal sağlama dışındaki her türlü faaliyet olarak çok geniş şekilde tanımlanmıştır.

TKHK uygulama alanına ilişkin yapılan bu açıklamalardan sonra hasta, tıbbi hizmeti ticari veya mesleki olmayan amaçlarla edinen, kullanan veya yararlanan gerçek kişi tüketicidir. Hekim de,

⁷ Hukuk Dairesi

⁸ Tüketicin Korunması Hakkındaki Kanun

ticari ve mesleki faaliyetleri kapsamında tüketiciye hizmet sunan kişi olarak TKHK göre sağlayıcıdır. Tıbbi hizmeti sağlayan gerçek kişi hekim olabileceği gibi, kamu ve özel tüzel kişileri de olabilecektir. Bu halde ifa yardımcısı sıfatıyla bir kamu hukuku ilişkisi içinde çalışan hekimlerin fiillerinden doğan uyuşmazlıklar da Tüketicin Korunması Hakkındaki Kanuna göre özel hukuk uyuşmazlığı olup Tüketici Mahkemelerinde görülmelidir. Hekimin bir kamu hukuku ilişkisi içinde çalıştığı halde uyuşmazlık tarafı olmasını engelleyen AY 129/V ve 657 s. DMK 13 bu halde uygulama alanı bulmayacaktır. Çünkü burada bir kamu yetkisinin görülmesinden söz edilemez. Kamu kurum ve kuruluşlarınca tıbbi hizmet sunulması sadece belli hallere münhasıran kamu yetkisinin kullanılması söz konusudur. Özellikle zorunlu genel ve özel sağlık hizmetlerinde, örn. salgın hastalık tehlikesi ile karantinaya ilişkin tedbirle söz konusu ise, kamu yetkisi ön plandadır. Bunun dışında ise kamu kurum ve kuruluşlarının sunduğu tıbbi hizmetler genelde mal ve hizmet piyasalarında geçerli olduğu gibi bir ücret karşılığında gerçekleşir. Bu ücretin hastanın kendisi veya bağlı olduğu özel veya sosyal sigorta kurumu tarafından karşılanmasının, ilişkinin hukuki niteliği açısından bir önemi yoktur. Sonuç olarak hasta-hekim arasındaki tıbbi müdahale ilişkisi ile ilgili olarak TKHK uygulama alanı bulacaktır (27).

➤ 2.3.2.2. Haksız Fiilden Doğan Sorumluluk ve Unsurları

Borçlar Kanunu'nun 41. maddesine göre, hukuka aykırı kusurlu bir fiille başkasına zarar veren kimse bu borcu tazmine mecburdur. Böylece haksız fiilden sorumluluk, tazminat borcunun kaynağını oluşturmaktadır (10).

Haksız fiil bir kimsenin hukuk mevzuatı ile yapmağa mecbur olduğu bir şeyi yapmaması veya yapmaması gereken bir şeyi yapmasıdır (24). Haksız fiiller kusura dayanan ve kusura dayanmayan sorumluluk olarak iki büyük bölüme ayrılırlar. Yasaların özel olarak düzenledikleri kusura dayanmayan sorumluluk halleri dışında, kural olarak her haksız fiil sorumluluğu kusura dayanan sorumluluk olarak karşımıza çıkar (23).

Haksız fiilin unsurları hukuka aykırılık, kusur, zarar ve fiil ile meydana gelen zarar arasında illiyet bağı bulunmalıdır (28).

➤ 2.3.2.2.1. **Kusur:** Kusura dayanan sorumluluğun önemli bir şartı fiilin işlenmesinde failin kusurlu olmasıdır. **Kast**, kusurun en ağır derecesidir. Kast, failin hukuka aykırı sonucu tasavvur ettiğini (bu sonucun bilincinde olduğunu) ve bu sonucu istediğini ifade eder. **İhmal** ise, failin hukuka aykırı sonucu arzu etmemesine rağmen, bu sonucun meydana gelmemesi için iradesini yeter derecede kullanmamak, hal ve şartların gerektirdiği dikkati ve özeni göstermemektir (10).

Hekimler açısından kusuru ele alacak olursak hekimlerin mesleklerini icra etmelerinin çeşitli yönlerden özellikler taşıdığı görülecektir. Bir yandan her tıbbi müdahale bir risk taşıdığından, hekimin her türlü kusurundan sorumlu tutulması, onları mesleklerini icrada büyük bir çekimserliğe itebileceği gibi, diğer mesleklere göre hekim açısından haksızlıklara da neden olabilecektir. Diğer yandan burada zarar mala değil, doğrudan doğruya kişilerin hayatlarına, sıhhatlerine verildiğinden, hekimlerin diğer kişilerden çok daha titiz davranmaları zorunlu olmaktadır. Türk hukukunda ve uygulamada, hekimlerin kusurluluğunun özel bir değerlendirmeye tabi tutulmadığı, hekimlerin de

tıpkı diğer kişiler gibi her türlü kusurları ile verdikleri zararlardan sorumlu oldukları görülmektedir (23).

Yargıtay 13. HD' nin 14.10.1974 tarih ve 2637/2492 sayılı kararına göre; *“Bir meslek veya sanat erbabı, meslek veya sanatını icra ederken muhakkak surette bilmesi gereken bir konuyu bilmemesi veya zararın önüne geçmek için bilimin lüzum gösterdiği tedbirleri ihmal etmesi yüzünden zarara sebebiyet verirse sorumlu olur. Ancak muhakkak olmayan tartışılan ve genellikle kabul olunmayan bilim kurallarına riayetsizlik sorumluluğu gerektiren bir kusur sayılmaz. Doktorlar tarafından yapılan ameliyatlar beklenen iyi sonucu vermemiş olsa dahi tıp biliminin bütün kurallarına uygun bir müdahale yapılmış ise, artık doktora kusur izafe edilemediğinden sonuçtan sorumlu tutulamaz.”*

➤ **2.3.2.2.2. Zarar:** Hekimin tedavisi sonucu hasta maddi ve manevi zarara uğrayabilir. **Maddi zarar**, başarılı bir tedavi veya ameliyat yapılsaydı hastanın bulunacağı durum ile bugünkü durum arasındaki para ile ölçülebilen zararlarını ifade eder. Hekimlerin tedavileri ve müdahaleleri sonucunda önemli ölçüde manevi zarar iddiaları da ortaya atılmaktadır. **Manevi zarar**, kişilerin şahsiyet haklarına bir tecavüz halinde ortaya çıkan, onların malvarlığını etkilememekle beraber kişilerde ruhi bunalımlara, büyük acılara, üzüntülere yol açan bir durumu ifade etmektedir (23).

Kişinin sağlığının zarar görmesi nedeniyle manevi tazminat isteme hakkı kişiye ait olmakla beraber, Yargıtay ağır ve kalıcı nitelikte yaralanmış kişilerin yakınlarının (ana, baba, eş, evlat gibi) Borçlar Kanunu'nun 49. maddesine dayanarak tazminat isteyebileceğini kabul etmeğe başlamıştır (Yargıtay 4.HD. 18/02/1992 tarih 12641/1813 sayılı karar). Bu görüşün hareket noktası “aile ve sevgi bağlarının oluşturduğu ruhsal bütünlüğün bozulması” olmaktadır. Ölüm nedeniyle manevi tazminat isteyebilecekler ölen ile eylemli olarak aile ve sevgi bağları bulunan ana, baba, eş, evlatlar ve kardeş gibi ölenin yakınlarıdır. Manevi zarar yalnız kişinin maddi değerlerini oluşturan yaşam ve sağlıklı sınırlı değildir. Kişinin onur, saygınlık, sır ve özgürlükler gibi manevi değerlerine saldırı hallerinde de manevi zarar söz konusu olabilir. Sır oluşturan bilgi ve olayların açıklanması, ölüden izin verilmeyen organ alınması, yasaklanmış kürtaj, yeni doğan çocukların karıştırılması, gerçek dışı tanılara dayanılarak düzenlenen raporla bireyin özgürlüğünün kısıtlanması gibi olaylar bireyin ruhsal bütünlüğüne ve onu koruyan kişilik hakkına saldırı kabul edilir (14).

➤ **2.3.2.2.3. İlliyet Bağı:** Hukuka aykırı bir fiil işleyen kimse ancak bu fiilinin sebep olduğu zararları tazminle yükümlüdür. Ancak bu bağın kesinlikle ispatı her zaman kolay değildir. Özellikle bir hekimin tedavisi sonucunda hastanın bir zarara uğraması halinde, çok defa ölümün mutlaka hekimin fiili sonucu ortaya çıktığını söylemek olanağı yoktur. Ölüm, önlenmesi olanaksız ameliyat risklerinin bir sonucu da olabilir. İlliyet bağına açıklayan çeşitli teoriler ortaya atılmıştır. Türk – İsviçre ve Alman hukukunda genellikle kabul edilen uygun illiyet bağı teorisi budur. Yargıtay'ın kökleşmiş kararlarına göre, “bir olay hayattaki genel davranışlara ve olayların tabii akışına göre diğer bir olayı meydana getirmeye elverişli bulunuyorsa, ilk olay uygun sebep ve sonuç ölçüsüne göre ikincisinin nedeni sayılır. Buna göre, hekimin tedavi ve müdahalesindeki kusurlu tutumu hayattaki genel davranışlara ve olayın tabii akışına göre hastadaki zararı meydana getirmeye

elverişli ise, illiyet bağı var kabul edilecektir. Buna rağmen eğer hekim, hastadaki zararın kendi fiilinden ileri gelmediğini iddia ediyorsa o takdirde ispat külfeti kendisine ait olacaktır (23).

Oğuzman (10), uygun illiyet bağını, hayat tecrübelerine göre bir fiilin, olayların normal akışında meydana getirebileceği zararlarla olan mantiki illiyet bağı olarak tanımlamaktadır.

2.3.2.3.Haksız Fiil-Sözleşmeye Aykırılık

Zarara uğrayan hasta hekimden dilerse haksız fiile dilerse sözleşmeye aykırılığa dayanarak maddi ve manevi tazminat talep edebilir. Davalardan birinin seçimi tazminatın hesaplanması yönünden önemli bir farklılık yaratmayacaktır. Zira, BK. Md.98/II' ye göre haksız fiillerden mütevellit mesuliyete müteallik hükümler kıyasen sözleşmeye aykırılık hallerine de uygulanacaktır (23).

Buna karşın haksız fiil sorumluluğu ile sözleşmeye aykırılığa dayanan sorumluluk arasında hüküm ve netice bakımından farklar vardır. Hekim, sorumluluğu haksız fiile dayanırsa, emir ve nezareti altında çalışan asistan, hastabakıcı, hademe v.s. gibi müstahdemlerin fiillerinden ileri gelen zarardan, kendisine yükletilebilecek bir kusur olmadığını yani elinde olan imkânlarla müstahdem zararını ıka etmesine mani olamadığını ispatla sorumluluktan kurtulabilir. (BK. Md.55) Sözleşme ile iş yapanlar ise yardımcıların fiillerinden mutlak surette sorumludurlar. Onlar yardımcılarına nezaret ettiklerini, zararı önlemelerinin mümkün olmadığını ispatla sorumluluktan kurtulamazlar. (BK. Md.100) Haksız fiil sorumluluğunda failin kusuru, objektif olarak takdir olunur. Şahsi maharet ve kabiliyeti, hesaba katılmaz. Müdahale eden hekim normal çalışan bir hekimin yapmaması gereken işleri yapmasından dolayı sorumlu olur. Sorumluluğun sözleşmeye dayanması halinde ise kusur subjektif olarak tayin olunur. Bir olayda, hekimin şahsi kabiliyetine göre kendinden beklenilmeyen müspet veya menfi bir hareketi kusurlu sayılır. Sözleşme sorumluluğunda prensip, müdahaleyi kabul eden hekimin hastaca bilinen şahsi kabiliyeti itibarıyla kendisinden beklenen dikkat ve ihtimamı sarf etmemesidir. Haksız fiile dayanılarak hekim aleyhine açılan davada kusurun ispatı kural olarak sorumluluğu iddia eden hastaya düşer. Bunun aksine hasta, sorumluluğu sözleşmeye dayandırır, hekim iddia olunan zararın ortaya çıkmasında kendisinin kusuru olmadığını ispata mecburdur. Haksız fiil sorumluluğuna ilişkin dava zararın öğrenildiği tarihten itibaren bir yıl sonra zamanaşımına uğradığı halde, sözleşmeye dayanan sorumluluk 10 yıl sonra zamanaşımına uğrar (4, 24).

➤ 2.3.2.4. Vekaletsiz İş Görme İlişkisinden Doğan Sorumluluk

Zorunluluk hali içinde bulunan bir hastanın hayatını kurtarmak, ağır bir zarara uğramasını engellemek için tıbbi müdahalede bulunulduğunda veya ameliyat sırasında ortaya çıkan bir beklenmedik durumda, ameliyatın zorunlu genişletilmesi halinde hasta ile hekim arasında “vekaletsiz iş görme” ilişkisi doğar (30). TDN⁹ Madde 3 - Tabip, vazifesi ve ihtisası ne olursa olsun, gerekli bakımın sağlanamadığı âcil vakalarda, mücbir sebep olmadıkça, ilk yardımda bulunur. Bu hükümden de hasta onam veremeyecek durumda ise hekim hastası lehine her türlü uygulamayı yapabileceği çıkartılabilir.

⁹ Türk Deontoloji Nizamnamesi

➤ 2.3.2.5.Mesleki Mesuliyet Sigortası

Kişiler, arzu etmedikleri halde karşılaşma ve sonunda da ekonomik durumlarında olumsuzluklar meydana getirme ihtimali bulunan çeşitli olaylara (risklere) karşı korunma ihtiyacı hissetmişler, önlemler alma yoluna gitmişlerdir. Bu önlemlerden biri de, kişilerin taşıdıkları riski, bir başkasına devretmeleridir. Sorumluluk sigortaları, sigortalının üçüncü şahıslara vereceği zararlar sonucu, karşılaşacağı tazminat taleplerini, sigorta şirketinin karşıladığı poliçeler olarak ifade edilebilir. Sorumluluk sigortalarında risk "sorumluluk" tur. Sorumluluk sigortaları ile sigortalı "sorumluluğu"nu kabul etmekte ancak sorumluluğun neticesi olan "zararı karşılama" veya "tazminat ödeme" borcundan kurtulmaktadır. Diğer bir deyişle sorumluluk sigortaları ile sigortalının zarar veya tazminat ödemesine konu davranışları, hile ve kasıt halleri hariç olmak üzere, kusurlu ve kusursuz sorumluluklarının maddi manevi, sonuçları sigorta şirketince güvence altına alınmaktadır. Mesleki Mesuliyet Sigortası, sağlık uzmanlarının mesleklerini icra ederken yapmış olduğu hatalardan ya da mesleğini gerektiği şekilde yerine getirememelerinden ötürü hastanın ruhsal ve/veya bedensel sağlığının bozulması ya da ölümü nedeniyle sigortalıya karşı ileri sürülecek tazminat talepleri teminat altına alınmaktadır (31).

Sağlık sistemindeki sorunların artması; malpraktis olgularının ve buna bağlı olarak ceza ve hukuk davalarının; mesleki sigorta işlemlerinin sayısının giderek artmasına yol açmaktadır. Bu durum, kısır bir döngü halinde bir yandan hekimleri haklı olduğu kadar haksız malpraktis ve benzer suçlamalara maruz bırakmakta; öte yandan defansif bir hekimlik anlayışının yayılmasına yol açmaktadır. Sigorta şirketlerinin hekimler için yaptığı mesleki sorumluluk sigortasının kapsamı; hekimin uzmanlık alanı, risk faktörleri, prim miktarı gibi değişkenlere bağlıdır. Hekimlerin mesleki faaliyetleri esnasındaki ihmal veya kusurlu hareketi sonucunda kendisine yüklenecek hukuki sorumluluk nedeni ile ödenecek tazminat miktarlarını içermektedir (32).

Sigorta sözleşmeleri genel hüküm itibariyle özel bir yasaya dayanmamakta "Üçüncü Şahıs Mali Sorumluluk Sigortası Genel Şartları" çerçevesinde belirtilen "özel şartlar" eklenerek genel "sorumluluk hukuku mevzuatı" uyarınca taraflara yükümlülük getirmektedir. Söz konusu sigorta sözleşmesinin tarafları; Sigortalanan kişi ve sigortayı yapan Sigorta Şirketidir. Bu sözleşme halen yürürlükte olan mevcut mevzuat göz önüne alındığında tümüyle "gönüllü-isteğe bağlı" bir sigortayı kurala bağlamaktadır. Sonuçtan asıl etkilenecek olan kesimin yani sağlık hizmetinden yararlananların, hizmet sırasında karşı karşıya oldukları risklerin sonucunda ortaya çıkan olumsuzlukların en azından maddi boyutuyla giderilmesi talebi bu sözleşmede söz konusu değildir. Dolayısıyla bu sözleşmede "hizmet alan" sıfatıyla taraf değildir (33).

Medicus (34),

- Türkiye Cumhuriyeti Sınırları içinde;
- Fiili olarak hizmet veren;
- Hekim ve diğer sağlık personelinin;
- Mesleki faaliyetlerini yerine getirirken hata, ihmal ve kusurları neticesinde hastaya verebilecekleri;
- Can kaybı, bedeni ve maddi zararları teminat altına alır,
- Tazminat talebinin ihbarından itibaren sigortalının savunması;
- Savunma dolayısıyla maruz kalınabilecek avukatlık ücretleri ile diğer tüm yasal masraf ve harcamalar,

- Savunma süresi sonunda hükmedilecek yasal faizler, poliçede yazılı azami teminat limitlerini aşmamak kaydıyla teminat dahilindedir. Medicus ile manevi tazminat talepleri de, poliçede belirtilen teminat limitinin içinde standart olarak verilmektedir.

➤ **2.3.2.5.1. Genel Şartlar:** Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları ve Hekim Mesleki Sorumluluk Klozu'nun poliçedeki özel şartlara ve ilişik klozlara aykırı düşmeyen tüm hüküm ve istisnaları aynen uygulanacaktır.

➤ **2.3.2.5.2. Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları'nda Belirtildiği Üzere Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışında Kalan Haller:**

- a) Herhangi bir bilgisayar esaslı veya elektronik ortamda saklanabilir, yazılı, basılmış veya herhangi bir yöntem ile (veya benzer bir şekilde) tekrar çoğaltılmış olsun veya olmasın her tür belge kaybı veya sigortalının bakım, gözetim ve kontrolüne verilmiş bilgi ve malzemenin kaybı veya imha edilmesi;
- b) Türkiye Cumhuriyeti mahkemeleri haricinde bir mahkemede açılan tazminat davaları ve tahkim;
- c) Her türlü haksız rekabet.

➤ **2.3.2.5.3. Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları'nda Belirtildiği Üzere Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışında Kalan Tazminat Talepleri:**

- a) Her tür patent, telif hakkı ile ticaret unvanı, marka ve benzeri fikrî mülkiyet hak ihlallerinden kaynaklanan tazminat talepleri;
- b) Sigortalının mesleki faaliyeti ifası sırasında anne, baba, kardeş, eş ve çocuklarına karşı sorumluluğundan doğan tazminat talepleri;
- c) Her türlü çevre kirliliğinden doğrudan veya dolaylı olarak doğan sorumluluklar nedeniyle yapılan tazminat talepleri;
- ç) Niteliği ne olursa olsun aşağıdaki hâllerden doğrudan veya dolaylı olarak kaynaklanacak tazminat talepleri:
 - 1) Herhangi bir nükleer yakıttan veya nükleer yakıtın yanması sonucu meydana gelen nükleer atıklardan kaynaklanan iyonize ışınım ve kirlilik,
 - 2) Radyoaktif, zehirli, patlayıcı veya herhangi bir patlayıcı nükleer bileşim veya bunun nükleer bir parçasının tehlikeli özellikleri,
 - 3) Diethylstilbesterol (DES), dioxin, urea formaldehide, asbest, asbestli ürünler veya asbest içeren ürünlerin varlığından, üretiminden, elleçlenmesinden, işlenmesinden, satış, dağıtım, depolama, bırakılma veya kullanımından kaynaklanan her tür hastalık (kanser dahil) veya asbestten kaynaklanan bütün tazminat talepleri.
- d) Bir sözleşmenin ifasına veya özel bir anlaşmaya dayanıp, sigortalının yasal sorumluluk ölçüsünü aşan her tür talepleri;
- e) Manevi tazminat talepleri.

➤ **2.3.2.5.4. Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları'nda Belirtildiği Üzere Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışında Kalan Ödemeler:**

- a) İdarî ve adlî para cezaları dahil her tür ceza ve cezai şartlar;
- b) Sigortalının iflasına bağlı olarak ortaya çıkabilecek her tür zarar;
- c) Sigortalının aleyhine cezai takibata geçilmesi hâlinde, bu takibattan doğan diğer bilumum masraflar.

➤ **2.3.2.5.5. Teminat Dışında Kalan Tazminat Talepleri:** Mesleki Sorumluluk Genel Şartları'nın "Teminat Dışında Kalan Haller" maddesinde yer alan düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla,

- a) Ruhsatlı bir sağlık kurum veya kuruluşunda ve acil haller dışında yapılmadığı ve usulünce yetki verilmiş bir anestezi uzmanı gözetimi altında olmadığı sürece, dış hekimleri ve cerrahlar tarafından genel anestezi uygulanmasından kaynaklanan tazminat talepleri,
- b) İlk yardım ve acil müdahale hariç olmak üzere, meslekten geçici yasaklanılan dönem içinde verilen her tür tedavi ve sağlık hizmetlerinden kaynaklanan tazminat talepleri,
- c) İlk yardım veya acil yardım hizmetlerinin sunulduğu yerlerde, yeterli ve gerekli ekipman ile teçhizatın sigortalının kişisel kusuru ile bulundurulmamasından kaynaklanan tazminat talepleri,
- ç) Tıbbi amaçlı kullanım dışında, radyoaktif, zehirli, patlayıcı veya herhangi bir patlayıcı nükleer bileşim veya bunun nükleer bir parçasının tehlikeli özellikleri sebebiyle talep edilen tazminat talepleri,
- d) Tıbbi amaçlı kullanım dışında, diethylstibesterol (DES), dioxin, urea formaldehyde, asbest, asbestli ürünler veya asbest içeren ürünlerin kullanımından kaynaklanan her tür hastalık (kanser dahil) veya asbestten kaynaklanan bütün tazminat talepleri, teminat dışındadır.

➤ **2.3.2.5.6. Ek Sözleşme ile Teminat Altına Alınabilecek Tazminat Talepleri ve Ödemeler:** Manevi Tazminata ilişkin düzenleme haricinde Mesleki Sorumluluk Sigortası Genel Şartları'nın "Aksine sözleşme Yoksa Teminat Dışında Kalan Haller, Tazminat Talepleri ve Ödemeler" maddesi saklı kalmak kaydıyla;

- a) Genetik mühendisliği uygulamalarından kaynaklanan tazminat talepleri,
- b) Her türlü deney veya araştırmalardan doğan tazminat talepleri,
- c) Her tür kan bankası faaliyeti neticesinde doğrudan veya dolaylı olarak meydana gelen tazminat talepleri,
- ç) Tanı veya tedavi amacı olmaksızın yapılan bütün tıbbi müdahaleler ile plastik cerrahların güzelleştirme amaçlı yaptıkları her tür estetik ameliyattan kaynaklanan tazminat talepleri,
- d) Üremeye yardımcı (kısırlık tedavisi) ya da üremeyi önleyici (kısırlaştırıcı tedavi) her tür sağlık hizmetinden kaynaklanan tazminat talepleri,
- e) Sigortalının fiillerinden sorumlu olduğu kişilerin kasıtlı hareketlerinden kaynaklanabilecek tazminat talepleri,
- f) AIDS veya onun patojenleri ya da hepatit A, B veya C'ye bağlı olabilecek yahut onlardan kaynaklanan veya onların katkıları ile oluşan her türlü zarar ile bunlar sonucu ortaya çıkan ruhsal rahatsızlıklara bağlı tazminat talepleri,

g) İnsan ve hayvan organları, kanları, hücreleri, her türlü ifrazatı, türevleri, genleri, biosentez ve ilgili mamullerin denenmesi, değiştirilmesi, elde edilmesi, kazanılması, hazırlanması, işlenmesi, elden geçirilmesi, dağıtımı, depolanması, ikame edilmesi, kullanılmasından kaynaklanan tazminat talepleri,

ğ) Sigortalıya, bir sağlık kurumunda yönetici veya işletici olması nedeniyle yöneltilen tazminat talepleri, aksine sözleşme yoksa teminat dışıdır.

➤ 2.3.2.5.7. Mesleki Mesuliyet Sigortası Hakkında Dikkat Edilmesi

Gereken Durumlar ve Eleştiriler (33): Yeni Türk Ceza Yasası'nın hekimler ve sağlıkçılar arasında tartışılmasıyla söz konusu sigortanın bu yönde bir “koruyuculuk” getirdiği düşüncesi gündeme gelmektedir. Oysa bu sözleşme kapsamında yapılan sözleşme “TCK tarafından hükmedilen kusurlu davranış ve suçlar için verilen para cezaları ve paraya dönüştürülmüş hürriyeti bağlayıcı cezaların karşılanmasını” kesinlikle kapsamamaktadır.

Sözleşmeler gerek “tekil olay”, gerekse sözleşmede belirtilen “en üst meblağ” bakımından belirli limitler temelinde güvence sağlamaktadır. Başka bir deyişle yargının hükmettiği tazminatın tümü değil, poliçede belirtilen sınırlara kadar bir koruma sağlamaktadır. Bunun üzerindeki değerleri sigortalı kendisi ödemek yükümlülüğündedir.

Sigorta sözleşmesi “sürelî” ve “TC sınırları çerçevesinde” geçerlidir. Geçerlilik-Etki Süresi, bakımından farklılıklar vardır. Dahası sözleşmelerde süre tarafların belirleyici özel durumlarına göre değişik olabilmektedir. Yasal sınırlar ölçüğünde “pazarlığa tabi”dir. Ancak bu durumda dahi sigortanın süresinin “çok kısa-dar” olduğu söylenebilir. Öncelikle tıbbi olaylarda yaşanan olumsuzluklar ve sonuçlarının görülme zamanıyla ilgili net zamanlardan söz etmek mümkün olmayacağı dikkate alınmalıdır. Örneğin batında unutulmuş bir malzeme hemen o sırada değil yıllar sonra ortaya çıkan bir olumsuzlukla anlaşılabilir. Bu durumda sözleşme süresinin içinde olan bir hatanın anlaşılma zamanı çok sonra olduğu için, sigortalı, hem sigortasını ödemiş olacak hem de tazminatı kendisi ödeme yükümlülüğüyle karşı karşıya kalmış olacaktır. Öte yandan yasal tazminat başvuru süresi olan olayın cinsine göre değişmekle birlikte en az “beş yıl”dır. Dolayısıyla bu süre içinde yapılan başvurular sonucu doğacak tazminatların ödenmesi bakımından sigortayı yaptıran herhangi bir yarar sağlamayacak durum ortaya çıkmaktadır. Başka bir deyişle sigortayı yaptıran sağlık çalışanı; sigortanın zımnî (gerçek) korumasından değil, lafzî(sözde) korumasından, yani “böyle bir sözleşme aktine sahip olma” durumundan yararlanmaktadır. Kamuoyuna yansıyan pek çok örnekten de anlaşılacağı üzere “yargılamanın tamamlanması ve kesin yargı sonucunun alınması için geçerli süre” ortalama olarak 5-7 yıldır. Bunu eğer bir veri olarak kabul edersek söz konusu sözleşmeyi yapmak, ancak ardışık sözleşmelerle süre daima uzatılmış ise ancak en az beş, ortalama 7-10 yıl sonra gerçek bir koruyuculuğun sağlanması anlamına gelecektir.

Manevi tazminat talebi, “ek prim ve özel düzenleme” ile poliçe kapsamına dahil edilmektedir. Üstelik bunun da bir sınırı vardır ve bu sınır bir poliçede “toplam tazminat limitinin % 10'u” iken diğerinde “%20'si” olarak belirlenmiştir. Dolayısıyla ek prim vererek bu yönde bir düzenlemeyi öngörse de sigortayı yaptıran sağlık çalışanı bu limitin üzerindeki kesinleşmiş manevi tazminat miktarını yine kendisi ödeyecektir.

Genel düzenleme olarak poliçede belirtilen her olay başına ödenecek ve poliçe süresi boyunca ödenecek toplam tutar sınırlandırılmıştır. Başka bir deyişle sigortayı yaptıranın taahhüdü ve

ona uyan primle belirlenecek olan poliçe temel alınacaktır. Eğer tazminatla ilgili hukuksal süreçte bu miktarın üzerinde bir ödemeye hükmedilmişse sigortayı yaptıran aradaki farkı kendisi ödeyecektir.

Grup sigortalarıyla birden fazla sağlık çalışanı için yapılmış sigortalarda aynı olayın sorumluluğu birden çok sigortalının sorumluluğuyla gerçekleşmişse bu durumda da tek bir kişi için geçerli olan limitin üzerinde bir ödeme yapılmama durumuyla karşılaşılabilecektir.

Poliçeler yalnız TC sınırları çerçevesinde geçerli sayılmaktadır. Dolayısıyla hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının sınır dışındaki mesleki faaliyetleriyle ilgili bir talepte sigorta şirketi tarafından herhangi bir ödeme söz konusu olmayacaktır. Benzer biçimde yurt dışında yapılan eğitim etkinlikleri sırasında yapılacak bir sunumda örneğin “gizliliğin ihlali” nedeniyle bir tazminat talebi başvurusu olup da bu kesinlik kazanırsa yine sigorta şirketi bundan dolayı bir sorumluluk içinde olmayacaktır.

Ülkemiz tıp biliminin gelişmesi ve yenilikler bakımından “öncü” bir ülke değildir. Gelişme ve değişiklikleri genellikle dışardan alıp uygulamaktadır. Bu bağlamda birçok bilimsel uygulama, ülke içinde bir standardizasyona gidilmediği için kapsam dışı kalacaktır. Sürekli gelişen ve değişen ancak ulusal mevzuatta karşılığı henüz olmayan durumlarla ilgili olarak çeşitli uzmanlıkların yeni uygulama alanlarına ilişkin uygulamaları da bu hüküm gereğinde sözleşme dışında kalmaktadır.

Deneysel çalışmalar “usulüne uygun ve yasal olmak” kaydıyla hekimlerin mesleki pratikleri kapsamında olduğu halde sözleşmedeki “İnsan üzerinde yapılan deneyler” gibi gerçekten çok genel ve aslında yasalara göre bir suç oluşturan söylemlerle kapsam dışı bırakılmıştır.

Tıbbın önemli uygulama alanlarından sayılan, dahası sağlık güvenlik kurumlarında bile özel düzenlemelerle karşılanan “Kısırlaştırma/kısırlık tedavisi, suni dölleme/tüp bebek, doğum kontrol uygulamaları v.b. Faaliyetlerle, bunların sonucu olarak doğan hastalar dahil, gebeliği/üremeyi teşvik edici/önleyici olarak sunulan tedaviler/hizmetler”, başka bir deyişle “bakıma yönelik etkinlikler” ya tümüyle kapsam dışında tutulmaktadır. Benzer biçimde “kürtaj” işlemleri de belgelenmek kaydıyla “tıbbi zorunluluk koşulu” dışında kapsam dışı bırakılmaktadır. Oysa bu uygulamalar hekimlik uygulamalarında en çok tıbbi uygulama yanlısının gerçekleştiği işlemler arasında bulunmaktadır. Dolayısıyla bu işlemleri yapanlar sigortanın koruyuculuğu kapsamında olmamaktadırlar.

Eğer bulaşması ile ilgili bir sorumluluğu varsa, sağlık kurumu, sağlık çalışanı veya hekim bu enfeksiyonların ortaya çıkmasından hem hukuken hem de cezai olarak sorumludur. Bu nedenle ödenmiş tazminatlara ilişkin bilgiler ortadayken, sigortacının bunları kapsam dışında bırakması, asıl amacın tazminat riskini karşılamak değil, kâr etmek olduğunu göstermektedir.

Benzer biçimde kan ve kan ürünleriyle meydana gelen tıbbi uygulama hatalarında “kan bankalarının çalışanları ve onların işlemleri” kapsam dışı bırakılmaktadır.

Sözleşmelerde gözlenen bir diğer tartışılması gereken durum, aslında en çok tıbbi uygulama hatası görülen alanlardan biri olan anestezi konusundaki ciddi sınırlamalardır. Anestezi ve reanimasyon uzmanı sayısı ve dağılımıyla ilgili sıkıntıların olduğu ülkemizde bu düzenleme özellikle acil müdahale durumlarında, hastaya müdahalede bulunmama yani “çekinik tıp” uygulamalarına yol açabilecektir. Dolayısıyla uygulama temelde doğru olsa bile hastaların hizmete ulaşma haklarını sınırlamak, dolayısıyla hekimin görevini yapmamasına yol açacağı anlamına geleceği için bu

düzenlemenin hasta ve hekim aleyhine birçok olumsuzluk yaratacağı, yeni sorumluluklar doğuracağı da açıktır.

Poliçeler ayrıca sigortalanan sağlık görevlisi için bazı koşulların mevcudiyetini de dayatmaktadır. Bildirim yükümlülüğü ilgili olasılıklar değerlendirildiğinde, pek çok durumun söz konusu olabileceği kolaylıkla anlaşılabilir. Örneğin hekim yaptığı yanlışı ya da eksikliği bilip söylemezse sözleşmeye aykırı davranarak anlaşmayı bozan taraf olabilir. Ama bunun ortaya çıkması ancak o eksikliğin ya da yanlışığın mağduru olan tarafın talebi halinde anlaşılacaktır. Böyle bir talep olmazsa sözleşme yürürlükte kalacaktır. Mağdur herhangi bir başvuruda bulunursa da hekim bunu daha önce bildirmediği için zaten sözleşmenin gereği tazminatı alamayacaktır. Bu düzenleme gereği olarak hekim kendi bildiği eksik ya da yanlışı sigortacıya düzenli olarak “rapor ederse” başka bir deyişle dürüst davranırsa, bu kez de bir sonraki dönemde sigortacı onu sigortalamaktan vazgeçebileceği ya da daha yüksek prim ödemek zorunda bırakabilecektir. Bir başka olasılık “hekimin farkında olmadığı ya da bilmediği durumlarla ilgili başvurularda” yaşanacaktır. Bunun da “daha önceden hekim tarafından bildirilmediği için” tazminatın sigortaca ödenmeme, dolayısıyla hekimin kendisi tarafından ödenmesi zorunluluğunu doğuracaktır.

Bu sigorta tıbbi uygulamadan mağdur olan ve tazminat talebinde bulunanlarla “uzlaşma”ya olanak tanımaktadır. Büyük bir tıbbi yanlışı sonucu, büyük bir tazminata hükmedilecekse ve sigortalıyı bir şekilde razı etmişse, sigortacı poliçenin en üst limiti veya anlaşmayla belirlenecek daha küçük bir bedeli ödeyerek devreden çıkabilecektir.

Kayıtların paylaşımı konusunda hasta ve yakınlarıyla temsilcilerinin yazılı onaylarının alınması da bu kez hasta haklarının aleyhine konulmuş bir hükümdür. Böyle bir onayı vermeyen hasta, yakını veya temsilcisi, bu kez hizmetin verilmemesi gibi bir durumla karşılaşacaktır. Herhangi bir ihtilaf anında tarafların oluruyla bu kayıtların bağımsız yargı tarafından incelenebilmesi de “toplumsal düzeni oluşturan sözleşmenin gereğidir”; ama yalnız hekimi ile hastasının arasında olan ve “sır” konumundaki bir bilginin bu iki kişi dışında üçüncü kişinin bilgisine sunulmasının talebi, tıpkı daha önce hastanın sağlık giderlerini ödeyen sigortanın operasyonlarla ilgili “görüntü talep etme”si gibi hem mesleki hem de yasal açıdan sıkıntılar yaratacak etik dışı ve mesleki kuralları ihlâl eden bir durumdur. Hekimi bunu yapmaya zorlamak da her şeyden önce hekimin temel bir “hakkı”nın ihlâlidir. Acı olan şu ki hekim bunu kendi isteğiyle yani gönüllü olarak ihlâl etme durumunda kalmaktadır.

Sigorta sözleşmesinin öncesindeki bir mesleki etkinliğinden dolayı sigortalama sonrası yapılan bir şikayet başvurusu, sözleşme öncesi hekim (bilmediğinden dolayı) tarafından ifade ve beyan edilmediği için sigortacının tazminat ödemekten kaçınmasına yol açabilecektir.

Genel yaklaşımın bir yandan hizmetin “iyi hekimlik” çerçevesinde verilmesini sağlamayı hedeflemelidir. Diğer yandan da oluşan her türlü nedene bağlı her türlü mağduriyetin en azından ekonomik boyutuyla “insanın haklarıyla birlikte insan” olduğu gerçeğinden yola çıkılarak karşılanması olmalıdır.

2.3.3. İdari Sorumluluk

Kamu hizmetinin yürütülmesi amacıyla, mevzuatla emredilen ödevleri/görevleri gereği gibi yerine getirmeyen ve yasakları çiğneyen sağlık çalışanları, disiplin soruşturmasına maruz kalabilir ve kusurlarının derecesine göre aşağıdaki cezalara hükmedilebilir. (657 sayılı Devlet Memurları Kanunu Md. 124/II):

- Uyarma,
- Kınama,
- Aylıktan Kesme,
- Kademe İlerlemesinin Durdurulması,
- Devlet Memurluğundan Çıkarma, 657 sayılı kanuna tabi olmayanlar kendi özel kanunlarının hükümlerine tabidir.

Genel ceza yargılaması usulünde, bir suç işlenmesi üzerine, fiile ve faile ilişkin hazırlık soruşturmasına savcı tarafından hemen ve doğrudan başlanır. 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun (RG., 04.12.1999, 23896) kapsamındaki suçlarda, memurların soruşturması için savcı idareden izin almak zorundadır.(Anayasa' nın 129. Md. ve Devlet Memurları Kanunu' nun 24. Md.) (35).

4483 Sayılı Kanun Dışında Kalan Sağlık Personeli:

- Öğretim üyeleri ve Askerler
- Sözleşmeli personel,
- Geçici personel
- İşçi statüsünde kamuda çalışan sağlık personeli

2.3.3.1. Memur Yargılaması Usulü:

Ön İnceleme ve Soruşturma İzni : Suç işlendiğini öğrenen yetkili idari merci (vali-kaymakam), inceleme başlatır. Ön inceleme elemanı, suçlanan memurun üstü konumunda olmalı, yetkili merciin belirlenmesinde, memur veya kamu görevlisinin suç tarihindeki görevi esas alınır. Ön inceleme, 30 gün ve zorunlu hallerde 45 gün içerisinde tamamlanmalıdır. Ön inceleme sonunda, sağlık çalışanı memur hakkında soruşturma izni verilmesi veya verilmemesi yönünde bir karar verilmek zorundadır. Soruşturma izni kararına karşı, sağlık çalışanı memurun; soruşturma izni verilmemesi kararına karşı ise Cumhuriyet Başsavcılığı ve şikayetçinin 10 gün içinde itiraz hakkı vardır. İtiraz, Bölge İdare Mahkemesi'ne yapılır ve öncelikle incelenerek 3 ay içinde kesin olarak karara bağlanır. (35).

2.3.3.2. İdarenin Sorumluluğu: İdare tarafından yürütülen sağlık faaliyetleri çerçevesinde idarenin sorumluluğu iki açıdan ele alınabilir. Birincisi; sağlık hizmetlerinin kuruluşu, işleyişi, denetimi gibi hususlardan kaynaklanan sorumluluktur ki; bu aşamada hekimin herhangi bir faaliyeti yoktur. İkincisi ise, idarenin hekimin faaliyetlerinden kaynaklanan sorumluluğudur. (36).

İdare Hukuku yönünden hekim kusurları hizmet kusuru (görev kusuru) ve kişisel kusur olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Yönetimin, kamu hizmetinin uygun ve düzenli biçimde sunulması

görevi bulunmaktadır. Bundaki aksama hizmet kusuru olarak karşımıza çıkar. Bu durum da üç şekilde görülür. Birincisi kamu hizmetlerinin kötü teşkilatlanması ve işleyişinden meydana gelen zararlar. Örneğin, acil bir hastanın uzun süre bakımsız kalması gibi.. İkincisi hastaya zarar veren tıbbi bakım kusurlarıdır.. Örneğin, hastanede bulunması gereken tıbbi aletlerin noksan olması Kişisel kusur, sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında hekimin(ve/veya sağlık çalışanlarının) işlediği şahsi suçlardır. Örneğin, uyarılara rağmen acil bir vakaya zamanında müdahale etmemesi, tıbbi müdahale için onayını alması gerekirken hastadan onay almaması vb.. (37).

Memur statüsü içinde, kamu hukuku kurallarına göre görev yapan sağlık çalışanlarının, görevleri nedeniyle, sağlık hizmetinden yararlanan üçüncü kişilere verebileceği zararlar, öncelikle çalıştığı kamu kurumundan karşılanır (Anayasa Md.129/5, 657 sayılı kanun Md.13).

2.3.3.3. Hizmet Kusuru: İdare, hizmetin kötü ve geç işlemesi veya hiç işlememesi hallerinde “hizmet kusuru” işlemiş sayılır. (38).

Sağlık Bakanlığı Hizmet Kusuru Genelgesi nde; (2005) hizmet kusuru nedeniyle açılan dava kayıtlarının tetkikinden özellikle aşağıdaki iş ve işlemlere istinaden açılan davaların yoğunlaştığı tespit edilmiş olup daha dikkatli davranılması istenilmiştir. (39).

- Yanlış teşhis ve tedavi,
- Ameliyat öncesi ve sonrası gelişen komplikasyonlar,
- Doğum esnasında ve sonrasında gelişen komplikasyonlar,
- Hastane idaresinden kaynaklanan problemler,
- Hatalı enjeksiyon,
- Hatalı laboratuvar tetkikleri,
- Poliklinik ve sevk işlemlerinde yanlış yönlendirmeler,
- Acil servis hizmetlerinin yetersizliği,

Danıştay, tedavi ve cerrahi müdahaleleri yüzünden meydana gelen zararların idarece karşılanması için hizmet kusuru ve ağır kusur ile irtikap edilmiş olmasını gerekli görmektedir. Ağır kusur yok ise idareyi sorumlu tutmamaktadır. (40). Danıştay ağır kusur şartını, idarenin sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde olmazsa olmaz bir şart olarak uygulamaktadır. Somut olayda ağır kusur yok ise, tazminata hükmetmemektedir. Bu yönüyle Danıştay’ ın ağır kusur şartını, sorumluluk için olmazsa olmaz (sine qua non), tazmin yükümlülüğünün ön şartı şeklinde telakki ettiği anlaşılmaktadır. Danıştay içtihatlarına bakıldığında; Danıştay’ ın, sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde idarenin kusursuz sorumluluğunu kabul etmediği göze çarpmaktadır. (41).

Fransız Uyuşmazlık Mahkemesi 1873 tarihli Blanco kararı denilen eski bir prensip kararında hizmet kusurunun müstakil özelliğini şu şekilde dile getirmiştir: “Devletin amme hizmetlerinde istihdam ettiği personelin fiillerinin fertlere ika ettiği zararlardan devlete terettüp eden mesuliyet medeni hukukun hususi şahısların diğer hususi şahıslarla aralarındaki münasebetleri idare etmek üzere konulmuş olan prensiplerle tanzim edilemez. Bu sorumluluğun hizmetin ihtiyaçlarına ve devletin haklar ile hizmetin ihtiyaçlarının telafi zaruretlerine göre değişen hususi kaideleri vardır.” Bu prensip kararı bugün de aynen muhafaza ve tatbik edilmektedir. (42, 43).

Amerika’ da birçok avukat “Hastane Malpraktisi” ne yönelirler çünkü bunlarda çok açık kusur söz konusudur(kırık aletler, kayıt tutmada eksiklik, hastane binasından kaynaklanan nedenler,

vb.). Düşmeler de ise zarar az olduğu için kayma ve düşmenin bir çok nedeni olduğu için avukatlar bu konuya yeterli ilgiyi göstermezler. 1976 te Amerikan Hastaneler Birliği' nin çok geniş çaplı yaptığı bir araştırmada 22.000 Hastane kaynaklı yaralanmanın (hastalar açısından) rapor edildiği tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada hastaların yaralanma nedenleri arasında; %60 düşmeler, %18 Hasta bakımı(İlaç, Tedavi, transfüzyon vb.), % 22 diğer nedenler (bir eşyaya çarpma, eşya kaybetme, sıkışma vb.)olarak bildirilmiştir (44).

2.3.4. Mesleki Sorumluluk

2.3.4.1. Hekimler Meslek Etiği Kurallarına Göre Sorumluluk: TTB¹⁰ 47. Olağanüstü Genel Kurulu'nda görüşüldükten sonra 1999 yılında yayınlanan Meslek Etiği kurallarına göre;

1-Hekimin Görev ve Ödevleri: Hekimin öncelikli görevi, hastalıkları önlemeye ve bilimsel gerekleri yerine getirerek hastaları iyileştirmeye çalışarak insanın yaşamını ve sağlığını korumaktır. Meslek uygulaması sırasında insan onurunu gözetmesi de, hekimin öncelikli ödevidir (Madde 5).

2-Etik İlkeler: Hekimin uyması gereken evrensel tıbbi etik ilkeleri yararlılık, zarar vermemek, adalet ve özerklik ilkeleridir (Madde 6).

3-Hekimin Yansızlığı: Hekim hastaları arasındaki siyasal görüş, sosyal durum, dini inanç, milliyet, etnik köken, ırk, cinsiyet, yaş, toplumsal ve ekonomik durum ve benzeri farklılıkları gözetmeksizin görevini yerine getirir (Madde 7).

4-Sır Saklama Yükümlülüğü: Hekim, hastasından mesleğini uygularken öğrendiği sırları açıklayamaz. Hastanın ölmesi ya da o hekimle ilişkisinin sona ermesi, hekimin bu yükümlülüğünü ortadan kaldırmaz. Hastanın onam vermesi ya da sırrın saklanması hasta ya da öteki insanların yaşamını tehlikeye sokması durumunda, hastanın kişilik haklarının zedelenmemesi koşuluyla, hekim bu sırrı saklamakla yükümlü değildir. Yasal zorunluluk durumlarında hekimin rapor düzenlemesi de, meslek sırrının açıklanması anlamına gelmez. Hekim, tanık ya da bilirkişi olarak mahkemeye çağrıldığında olayın meslek sırrı olduğunu ileri sürerek bu görevlerinden çekilebilir (Madde 9).

5-Acil Yardım: Hekim, görevi ve uzmanlığı ne olursa olsun, gerekli tıbbi girişimlerin yapılmadığı acil durumlarda, ilk yardımda bulunur (Madde 10).

6-Ticari Amaç ve Reklam Yasağı: Hekim, mesleğini uygularken reklam yapamaz, ticari reklamlara araç olamaz, çalışmalarına ticari bir görünüm veremez; insanları yanıltıcı, paniğe düşürücü, yanlış yönlendirici, meslektaşlar arasında haksız rekabete yol açıcı davranışlarda bulunamaz (Madde 11).

7-Meşru ve Yasak Yöntemler: Hekim mesleğini yerine getirirken, bilimsel ve çağdaş tanı ve tedavi yöntemleriyle koruyucu hekimlik ilkelerini göz önünde bulundurur; hastalarının tanı ve tedavisinde bilimsel olmayan yöntemleri uygulayamaz. Hekim, gerekli bilimsel aşamalardan geçip ruhsatlandırılmamış kimyasal, farmakolojik, biyolojik maddeleri ilaç olarak kullanamaz (Madde 12).

¹⁰ Türk Tabipler Birliği

8- **Hekimliğin Kötü Uygulanması (Malpractice)**Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi "hekimliğin kötü uygulaması" anlamına gelir (Madde 13).

9- **Aracılık Etme ve Aracıdan Yararlanma Yasağı:** Hekim, öteki hekimlere veya tetkik-tedavi kuruluşlarına maddi çıkar karşılığı hasta gönderemez. Hekim, hasta sağlamak amacıyla aracı kişilerden yararlanamaz (Madde 14).

10-**Endüstri ile İlişkilerde Çıkar Sağlama Yasağı:** Hekimler, endüstri kuruluşları ile hiçbir çıkar ilişkisi kuramazlar. Bilimsel araştırmalar ve eğitime yönelik ilişkiler ise, şeffaf ve kurumsal olmalıdır. Bu ilişkilerde Türk Tabipleri Birliği'nin hazırladığı "Hekim ve İlaç Tanıtım İlkeleri" geçerlidir (Madde 15).

11-**Meslektaşlar Arasında Saygı:** Hekim, kendi meslektaşlarını mesleki yönden onur kırıcı ve haksız saldırılara karşı korur (Madde 16).

12-**Yetkinlik Dışı Faaliyet Yasağı:** Hekim tıbbi görevlerini yerine getirirken, gecikmenin hasta yaşamını tehdit edebileceği zorunlu durumlar dışında özel bilgi, beceri gerektiren bir girişimde bulunamaz (Madde 18).

13-**Danışım (Konsültasyon) ve Ekip Çalışması:** Danışım ve ekip çalışması sürecinin düzenli işleyebilmesi için;

a) Hasta izleme sırasında, değişik uzmanlık alanlarının görüş ve uygulamalarına gereksinim doğduğunda, tedaviyi yürüten hekim durumu hasta ve/veya yakınlarına bildirmelidir. Konsültasyonu hastanın tedaviyi yürüten hekimi yazılı olarak ister. Yazılı istemde hastanın özellikleri, konsültasyon isteğinin nedenleri açık ve anlaşılır biçimde belirtilir.

b) Konsültasyon sürecinde konsültan hekim de, hastanın sürekli hekimi gibi hastadan sorumludur.

c) Konsültan hekim, alanında bilimsel ve teknik bilgiye sahip olmalıdır.

ç) Konsültasyon sonucunda, konsültasyonun gerekçesi ve sonuçları, açık ve anlaşılır biçimde tutanak ile belgelenir.

d) Konsültasyon sonuçlarından hastalar da yeterli ölçüde bilgilendirilir.

e) Konsültasyonun sonucunda hastanın tedaviyi yürüten hekimi ile konsültan hekimin görüş ve kanaatleri arasında fark olur ve hasta konsültan hekimin önerilerini kabul ederse, hastanın tedaviyi yürüten hekimi tedaviyi bırakabilir.

f) Konsültasyon istenen hekim davete uymak zorundadır (Madde 19).

14-**Odaya Bildirme Yükümlülüğü:** Hekim meslektaşları ile meslek uygulaması konusunda uzlaşmaz bir anlaşmazlığa düştüğünde ya da tıp etiği açısından yanlış davranan bir meslektaşının bu davranışını yerel tabip odasına bildirir.(Madde 20).

15- **Hasta Haklarına Saygı:** Hekim hastasının sağlığı ile ilgili kararlar alırken; bilgilendirme hakkı, aydınlatılmış onam hakkı, tedaviyi kabul ya da ret hakkı, vb hasta haklarına saygı göstermek zorundadır (Madde 21).

16-**Hekim Seçme Özgürlüğü:** Hasta, mevzuatın belirlediği kurallara, tıbbi uygulamanın özelliklerine ve kurumun koşullarına göre hekimini seçmekte özgürdür (Madde 22).

17-**Muayenesiz Tedavi Yasağı:** Hekim, acil vakalar gibi zorunlu durumlar dışında, hastasını bizzat muayene etmeden tedavisine başlayamaz (Madde 23).

18-Tedaviyi Üstlenmeme veya Yarıda Bırakma: Hekim, ancak tıbbi bilgisini gerektiği gibi uygulayamayacağına karar verdiğinde ve hastasının başvurabileceği başka bir hekim bulunduğu durumlarda, hastanın bakımını veya tedavisini üstlenmeyebilir veya tedaviyi yarım bırakabilir. Tedaviyi üstlenen meslektaşına hasta hakkındaki tüm bilgileri aktarmakla yükümlüdür (Madde 25).

19-Aydınlatılmış Onam: Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konusunda aydınlatır. Yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilir biçimde verilmelidir. Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri, hasta kendi belirler. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir. Alınan onam, baskı, tehdit eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir. Acil durumlar ile hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olduğu ya da karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcisinin izni alınır. Hekim, temsilcinin izin vermemesinin kötü niyete dayandığını düşünüyor ve bu durum hastanın yaşamını tehdit ediyorsa, durum adli mercilere bildirilerek izin alınmalıdır. Bunun mümkün olmaması durumunda, hekim başka bir meslektaşını danışmaya çağırır ya da yalnızca yaşamı kurtarmaya yönelik girişimlerde bulunur. Acil durumlarda müdahale etmek hekimin takdirindedir. Tedavisi yasalarla zorunlu kılınan hastalıklar toplum sağlığını tehdit ettiği için hasta veya yasal temsilcisinin aydınlatılmış onamı alınmasa da gerekli tedavi yapılır. Hasta vermiş olduğu aydınlatılmış onamı dilediği zaman geri alabilir (Madde 26)¹¹.

20-Bilgilendirmeme Hakkı: Hasta, hastalığı konusunda bilgilendirilmek istemediğini belirtmişse, hekimin bilgi vermesi gerekmez. Ailenin haberdar edilmesi hastayla görüş birliğine varılarak yapılmalıdır. Bilinçsiz durumdaki hastalar için, yakınlarının bilgilendirilip bilgilendirilmemesine hekim karar verir (Madde 27).

21-Gereksiz Harcama Yaptırma Yasağı: Hekim, hastanın parasal durumu ne olursa olsun, kesin zorunluluk olmadıkça pahalı ilaçlar ve yöntemler öneremez, hastaya gereksiz harcamalar yaptıramaz ve yararı olmayacağını bildiği bir tedaviyi veremez (Madde 30).

22-Hastayla İlgili Bilgilerin Hastaya Verilmesi ve Kullanımı: Hasta dosyalarındaki bilgilerin geniş bir özeti ile bilgi ve belgelerin örnekleri, isteği durumunda hastaya verilir. Hekim, hastanın kimlik bilgilerini saklı tutmak koşuluyla, bu bilgileri dosya üzerinde yapacağı araştırmalarda kullanabilir (Madde 31).

23-Uluslararası Sözleşmelere Uyma Zorunluluğu: Her hekim, başta İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi olmak üzere tüm insan hakları belgelerine ve hekimlikle ilgili ortak kurallara uymakla yükümlüdür (Madde 33).

24-İşkenceye Yardım Yasağı: Hekim, tıbbi bilgi ve becerisiyle, işkence ve benzeri uygulamalara katılamaz, yardımcı olamaz, gerçeğe aykırı rapor düzenleyemez. İşkence iddiası olan olgularla karşılaşan hekim, mesleki bilgi ve becerilerini gerçeğin ortaya çıkarılması için kullanır (Madde 34).

¹¹ 2.2.1.3."Rıza" Bölümünde ayrıntılı anlatılmıştır.

25-Tutuklu ve Hükümlülerin Tıbbi Yardımı Reddetmesi: Hekim, muayene ve tedavi olanaklarını bilinçli olarak reddeden tutuklu ve hükümlülere bu davranışlarının sonuçlarının neler olabileceğini açıklar. Zorla muayene ve tedavi yolunu deneyemez, öneremez (Madde 36).

26-Cinsel İlişki Muayeneleri: Hekim, savcılıklar ve mahkemeler dışında kalan kişi ve kurumlardan gelen cinsel ilişki muayene istemlerini dikkate almaz. Hekim ilgilinin veya ilgili reşit değilse, veli ve vasisinin aydınlatılmış onamı olmadıkça cinsel ilişki muayenesi yapamaz (Madde 39).

27-İnsan Üzerinde Araştırma: İnsan üzerinde yapılacak klinik, deneysel ya da epidemiyolojik araştırmalar, gerek ilaç, gerek cerrahi yöntem araştırmaları olsun, bilimsel bilgi birikimine katkıda bulunabilmek amacıyla yerel etik kurullardan geçmek koşuluyla yapılır (Madde 40).

28-Deneğin Korunması: İnsan üzerinde yapılan tıbbi araştırmalarda deneğin yaşamı, bedensel ve zihinsel bütünlüğü ile sağlığı her zaman toplumsal ve bilimsel çıkarların üzerinde tutulur. Deneğin özel yaşamına saygı gösterilmesi ve kişisel bilgilerin gizliliği sağlanır. Araştırmanın giderleri deneğe, yakınlarına ya da sosyal güvenlik kuruluşlarına yansıtılmaz (Madde 43).

29-Yayın Etiği: Hekim, araştırma verilerini değerlendirirken ve yayına hazırlarken bilimsel gerçekleri yansıtmalıdır. Çalışmaya fiilen katılmamış kişilerin adları o yayında yer alamaz. Kaynak göstermeden ve izin almadan başkalarına ait veriler, olgular ve yazılı eserler kullanılamaz (Madde 44).

30-Disiplin Kovuşturması: Hekimler, bu kurallar bütünü hükümlerine aykırı davranışlarda bulduklarında, 6023 Sayılı Türk Tabipleri Birliği Yasası'na göre tabip odaları yönetim kurulları tarafından onur kurullarına sevk edilirler. Hekimlerin disiplin soruşturmasına uğraması, haklarında ayrıca hukuki ve cezai takibat yapılmasına engel değildir (Madde 46).

➤ **2.3.4.1.1. Türk Tabipler Birliği Soruşturma Ve Yargılama Yönetmeliği**

Disiplin Cezaları:

1. Uyarma
2. Para cezası
3. Geçici olarak meslekten alıkoyma
4. Oda bölgesinde çalışmanın yasaklanması

➤ **2.3.4.1.2. Hekim hataları ve tabip odaları onur kurulları (45):**

—Tabip odaları asker olsun olmasın tüm hekimlerin hatalarına karşı soruşturma ve yargılamalarda bulunabilirler.

—Mevzuata aykırı eylemi tabip odası tarafından öğrenilen hekim hakkında oda yönetim kurulu tarafından disiplin soruşturması açılır.

—Disiplin soruşturması sivil ya da asker, serbest veya kamuda çalışan ayrımı gözetilmeksizin, odaya kayıtlı olsun olmasın bütün hekimler hakkında açılabilir

—Tabip odalarının soruşturma açma yetkileri bölgeleri ile sınırlıdır.

—Bölgesi içinde bir suç işlendiğini öğrenen tabip odası soruşturma açmakla yükümlüdür.

—İhbar, şikayet vb. şekilde fiil öğrenilmiş olabileceği veya herhangi bir şekilde (gazete haberi gibi) fiilin öğrenilmiş olması da soruşturma başlatılması için yeterlidir.

2.3.5. Kayıtların Önemi

2.3.5.1. Dokümantasyon (Belge Düzenleme ve Saklama) Yükümlülüğü: Hasta-hekim ilişkisinde hastanın öncelikli olarak iyi bir tedavi alma arzusu ve hekimin de asli edim yükümü olarak tıbbi müdahaleyi deontoloji kurallarına göre ifa etme borcu, diğer yan borçları özellikle aydınlatma ve belge düzenleme ile saklama yükümlülüğünü ikinci plana itmiştir. Hekimlerin cezai ve hukuki sorumluluğuna ilişkin mahkeme kararları da hekim hatalarına ilişkin olarak gündeme gelmiştir. Tıbbi hizmet sunan özel ya da tüzel kişiler, ister kamu kurumu ister özel kurum olsun kendisine başvuran herkesin tıbbi kayıtlarını tutmakla yükümlüdür. Bu yükümlülüğün ilk kaynağı olarak karşımıza yukarıda bahsettiğimiz gibi hekimlik mesleği kuralları çıkmaktadır. Aydınlatılmış rızanın ve hastanın bilgi edinme hakkına ilişkin işlevleri ile ilgili olarak ise bu yükümlülük, hekimin hesap verme yükümlülüğü kapsamında vekâlet sözleşmesinde ve özellikle hasta hakları yönetmeliğinde hukuki dayanağını bulmaktadır. Ayrıca tıbbi müdahalenin akışının yanında hekimin aydınlatma ve rıza alma yükümlülüğünün bir gereği olarak da münferit yasal düzenlemelerde dokümantasyon yükümlülüğü karşımıza çıkmaktadır. Örneğin Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesine ve Denetlenmesine İlişkin Tüzüğü (RG 18.12.1983/18255) 13. maddesinde izin belgesinden ve aynı tüzüğün ekinde örnek izin belgesi ve doktorun aydınlatma açıklamaları yer almaktadır. Dokümantasyon yükümlülüğü bağımsız bir yan edim yükümü olarak ihlalinde dava edilebileceği gibi, ihlali ile ortaya çıkan zararın, maddi veya manevi, tazmin edilmesi de gündeme gelebilecektir (27).

Başvuruların tanı veya tedavi amaçlı olması durumu değiştirmez. Hatta danışma amaçlı başvuruların bile kayıtları tutulmalıdır. Sağlık hizmeti talep eden kişiye verilen hizmetin paralı ya da parasız verilmesinin tıbbi kayıtları tutma yükümlülüğü açısından bir önemi yoktur. Bu durum **Tababet Ve Şuabatı Tarzı İcrasına Dair Kanun'un (TŞTİDK) 72. maddesinde** açıkça belirtilmiştir: "Hekimler, diş hekimleri ve ebeler Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen ve onaylanarak kendisine verilen protokol defterine hastanın kimliğini yazmada mecburdurlar." Kanunda yalnızca ebelerden söz edilmesi diğer yardımcı sağlık personelinin böyle bir yükümlülükleri olmadığı şeklinde anlaşılmalıdır (46).

2.3.5.2. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine Göre Kayıtlar:

Madde 71– Hasta dosyaları tıbbi müşahede muayene kâğıdı ile derece kâğıdı ve hasta tabelası (ilaç ve iâşe tabelası) olmak üzere üç esas kısımdan ibarettir. Bunlardan başka kurumların ve kliniklerin özelliklerine göre ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının izni ile uzmanlarca gerekli görülen ve baştabiplikçe kabul edilen formlar ve kâğıtlar eklenir. Müşahede-muayene ve derece kâğıdına hastaların kurumda saptanan bütün müşahedeleri ve yapılan bütün muayeneleri (klinik, fizik, şimik, bakteriyolojik) sonuç ve bulgularla, tedavi ve günlük değişiklikler yazılır. Kesin teşhise varılmadan müşahede kâğıtlarına teşhis yazılmaz. Ancak hastanın girişinde hasta giriş kâğıdına muhtemel teşhis yazılır. Hasta tabelasına da, hastalara içerden ve dışardan verilen, kullanılan ve uygulanan bütün ilaçlar ve tedbirlerle, gündelik iâşe maddeleri yazılır. Tabelada yazılı ilaç, tedavi vesair tedbirleri hastalara uygulayan hemşireler, uygulama sonuçlarını zamanında ve düzenli olarak

hemşire defterine işlerler. Hastalara uygulanacak tedavileri, teşhis, ameliyat ve müdahaleler için yapılacak hazırlıkları, laboratuvar tetkik isteklerini sağlıklı bir şekilde takip ve uygulanması, nöbet ve vardiya devirlerinde bir sonra görev alacakların zamanında bunları yerine getirmesini sağlayacak, kurumların hizmet ve personel durumlarına uygun sistem ve yöntemler geliştirilir ve bunları gerekli kıldığı kayıtlar ve fişler düzenlenir.

Madde 72– Hasta yatağına yatırıldıktan sonra en kısa süre içinde ilgili tabipler tarafından muayenesi ve gerekli laboratuvar tetkikleri yapılarak bulguları dosyasına işlenir. Gerekli tedavi şekli tespit edilerek tabelasına kaydedilir. Müşahedesini ilgili tabipler tarafından 24 saat içinde tamamlanır. Tabiplerden başka kimse müşahede alamaz. Müşahedeler okunaklı ayrıntılı olarak yazılır. Müşahedelerin vaktinde usulüne uygun alınıp alınmadığını hastane baştabipleri kontrol eder.

Madde 82 – Ölüm vukuunda servis veya nöbetçi tabibi ölüm sebebini ve zamanını tespitle tabelasına kayıt ve altına imza eder. Ölüm tespitinden sonra servis tabibi veya nöbetçi tabip ve kurumda görevli iki kişi huzurunda ölünün yanında bulunan kişisel eşyası ve parası tespit ve müfredatıyla tabelasına kayıt olunarak usulüne göre muhafaza edilir. Ölünün, tabelasındaki kimliği aynen delikli bir kartona yazılarak sağ ayağının başparmağına bağlanır ve cenaze gasilhaneye nakledilerek, özel defterine kaydı yapılır.

Madde 83 – Ölenlere ait gömme izni, servis tabibinin veya nöbetçi tabibin raporuna dayanarak kurumun Baştabibi tarafından verilir ve usulü dairesinde resmi tabipler tarafından onaylanır. Ölenlerin; adı, soyadı, doğduğu yeri ve kuruma girerken tespit edilen adresi, ölüm nedeniyle birlikte on gün içinde hastanın bulunduğu yerin nüfus dairesine yazılı olarak bildirilir. Kurumdaki ölü veya canlı doğumlar da bir ay içinde o yerin nüfus dairesine bildirilir.

Madde 84 – Ölenin ailesi, yakınları cenazelerini almak isterlerse kendilerine imza karşılığı teslim edilir. Ancak cenazeyi gömecekleri yer ölümün vuku bulduğu belediye sınırları dışında ise, nakli için gerekli işlem yapılarak, alınan belgenin kurum idaresine ibrazı mecburidir. Medeni Kanun hükümlerine göre kişilik kazanmamış ölü doğan çocuklar düşük mahsulleri ve ampute edilmiş organlar adli sakınca bulunmadığı ve aileleri tarafından, plasentalar ise tıbbi maksatlarla kullanılmak üzere ilgililerce alınmadıkları takdirde gömülür veya tesisatı olan kurumlarda fenni şekilde yok edilir. Bu takdirde olay bir tutanakla saptanır.

2.3.5.3. Hasta Hakları Yönetmeliğine Göre Tıbbi Kayıtlar:

Kayıtları İnceleme

Madde 16- Hasta, sağlık durumu ile ilgili bilgiler bulunan dosyayı ve kayıtları, doğrudan veya vekili veya kanuni temsilcisi vasıtası ile inceleyebilir ve bir suretini alabilir. Bu kayıtlar, sadece hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olanlar tarafından görülebilir.

Kayıtların Düzeltilmesini İsteme

Madde 17- Hasta; sağlık kurum ve kuruluşları nezdinde bulunan kayıtlarında eksik, belirsiz ve hatalı tıbbi ve şahsi bilgilerin tamamlanmasını, açıklanmasını, düzeltilmesini ve nihai sağlık durumu ve şahsi durumuna uygun hale getirilmesini isteyebilir. Bu hak, hastanın sağlık durumu ile ilgili raporlara itiraz ve aynı veya başka kurum ve kuruluşlarda sağlık durumu hakkında yeni rapor düzenlenmesini isteme haklarını da kapsar.

2.3.5.4. Kayıtların Niteliği: Tıbbi kayıtlar gerektiğinde kanıt olarak mahkemelere sunulabileceğinden son derece önemli belgelerdir. Bu nedenle ayrıntılı ve düzenli tutulmalarında yarar vardır. Kayıtların okunaklı bir şekilde yazılması karışıklıkları önleyecektir, tutulan kayıtlardaki yanlış anlamaların ve bundan kaynaklanacak zararların sorumlusu da kayıtları yanlış tutan kişi olacaktır. Kayıtlar tutulurken hata yapılmışsa hatanın üzeri alttaki yazı okunacak şekilde çizilmeli ve yenisi yanına yazılmalıdır. Kayıtları tutan kişi düzeltmenin yanına düzeltmenin yapıldığı tarihi ve saati not ederek imzalamalıdır. Burada kayıtlar tutulurken saatin de not edilmesinin özellikle adli olaylarda önemi büyüktür. Kişinin belli bir saate nerede olduğunun ispatının yanında, kişiye yapılan işlemlerin başlama saati de önemlidir. Örneğin kişi hekimi mesleki ihmalinden dolayı dava ettiğinde tıbbi girişime başlanması gereken saatte başlandığının ispatı ancak kayıtlarla mümkündür. Tıbbi müdahale başvurularının tanı veya tedavi amaçlı olması durumu değiştirmez. Hatta danışma amaçlı başvuruların bile kayıtları tutulmalıdır. Sağlık hizmeti talep eden kişiye verilen hizmetin paralı ya da parasız verilmesinin tıbbi kayıtları tutma yükümlülüğü açısından bir önemi yoktur. Ayrıca kanunda geçen 'hasta' sözcüğü de geniş yorumlanmalıdır. ‘**Hasta**’ kavramı ile sağlık hizmeti almak amaçlı başvuruda bulunan herkes anlaşılmalıdır (46). Dokümantasyon hataları her ne kadar hastanın tedavisinde sonucu etkilemese de medikal malpraktis davalarında sonucu çok etkilerler (48).

2.3.5.5. Adli Olaylarda Kayıtların Önemi: Adli rapor yazımı için kaynak teşkil eden ve hukuken delil niteliğinde sayılan tıbbi kayıtlar, doktorların pek çoğu tarafından genellikle bir külfet olarak görülmekte, kayıtların tutulması ihmal edilmekte, geciktirilmekte veya eksik ya da hatalı kayıtlar tutulmaktadır (48, 49, 50).

Adli olguların tamamına yakınının ilk müdahalelerinin pratisyen hekimler veya acil servislerde çalışan klinisyenler tarafından yapıldığı ve bu esnada adli inceleme amacıyla adli tıp uzmanı tarafından görülmediği göz önüne alınırsa, bu hastalarla karşılaşan hekimlerin, “her türlü tıbbi incelemede olduğu gibi, yaraların incelenmesinin de iyice aydınlatılmış ve gerekli olanaklara sahip bir ortamda yapılması, bulguların en kısa zamanda kayıt altına alınması ve tüm bulguların tıbbi terminolojiye uygun olarak ayrıntılı bir şekilde yazılması, inceleme sırasında; yaraların toplam sayısı, her bir yaranın tam anatomik lokalizasyonu, boyu, şekli, çevresi ve derinliği ile yara görünüşündeki, çevresindeki ve dağılımındaki değişimleri not etmesi, iyileşme ve komplikasyon varlığı ya da yokluğunu belirtmesi, yaraları tanımlarken kesin olarak sonuca varmadıkça yorum yapmaktan kaçınması, yaraları diyagramlarda göstermesi ve mümkünse her bir lezyonun fotoğrafını çekmesi gerektiği, yaranın özelliklerinin müdahale ve geçen zaman içerisinde iyileşme nedeni ile değişip kaybolabileceği, bu bulguların kayda alınmaması ya da eksik alınmasının olayın aydınlatılmasını sağlayacak delillerin kaybına neden olabileceği, tahkikatın yönünü değiştirebileceği ve dolayısıyla yanlış hukuki sonuçlara sebep olunabileceği, meydana gelebilecek bu adli hatalardan yasalar karşısında sorumlu tutulabilecekleri” konularında eğitilmek üzere hizmet içi eğitimlerin aksatılmaksızın sürdürülmesi gerekmektedir (48, 51, 52).

2.3.5.6. Elektronik Hasta Kaydı (EHK): Sağlık hizmetlerinin sürekliliğinin sağlanması günümüzün gelişen sağlık sistemi içerisinde en önemli özelliklerden birisidir. Sürekliliğin sağlanabilmesi hasta bilgilerinin tüm kullanıcılara yönelik EHK' nın standart, öncelikli ve güvenilir

hasta problemlerinin listelenmesini ile gerçekleştirebilir. Problem listesinin oluşturulmasında, klinik verinin dış kullanıcıları ve sağlık sisteminin kendi iç yapısı içinde anlaşılabilir olacak şekilde, tıbbi dilin standart hale getirilmesi gerekir. Seçilen problem kayıt sistemi, tüm enformasyon kullanıcılarının tanımlanan problemleri anlayabilecekleri ve hasta teşhisi ile ilgili bireysel farklarını kavrayabilecekleri kapsamda ve yeterlilikte olmalıdır. (53)

Kanıta Dayalı Tıp kavramının gittikçe önem kazandığı günümüz tıp ortamında hastanın tedavisi ile ilgili alınan kararların iyi belgelendirilmesi lüks değil bir zorunluluktur. Hem hasta ile ilgili alınan kararlar ve girişimler kayıt edilebilmeli hem de bu kararların alınması sırasında uygun literatür bilgisi ile eşleştirmelerin ve taramaların yapılabilmesine olanak sağlayan altyapılar kurulmalıdır (54).

Sorun hastaların yaşamları boyunca farklı sağlık kurumları tarafından tedavi edilmeleri ve birbiri ile çoğu kez uyumsuz bilgi sistemlerinde kayıtların bulunmasıdır. Bu sorunun bir çözümü tüm sağlık kayıtlarının merkezi bir veri tabanında tutulması gibi görünse de bu pratik nedenlerle olası değildir. Günümüz bilişim teknolojilerinin geldiği noktada bu sorunun çözümü “Sağlık bilgi Zincirleri” kavramında yatmaktadır. Sağlık bilgi zincirleri hasta kayıtlarını platform ve teknolojiye bağımsız olarak dağınık yapıda ama birbirine bağlı sistemlerden alarak tek bir ara yüzden sunmaya yarayan teknolojidir. Elektronik hasta kaydı, sağlık kayıtlarına yalnızca yetkili kişilerin ulaşmasını sağlayarak kayıtların gizliliği, mahremiyeti ve güvenliğini sağlar. Amerikan Hekimler Birliği (AMA) tıp ve sağlık bilgisi sağlayan sitelerin uyması için yayınladığı yönergede konuya verdiği önemi belirtmiştir. Uygun geliştirilmiş ve izlenmiş elektronik hasta kayıt sistemleri sağlık enformasyonuna yalnızca yetki sahibi kullanıcıların erişimine izin verdiği için kâğıda dayalı sistemlerden daha iyi bir koruma ve güvenlik sağlar (53).

2.3.5.7. Dokümantasyon Yükümlülüğünün İhlali: Hukuk Usulü Muhakemesi Kanununun (HUMK) delil ikamesinin ifa edilmemesine ilişkin getirdiği düzenlemelerde, bu yükümlülüğün ihlal edildiğinde karşılaşılabilecek yaptırıma yer verilmiştir. HMUK Madde 326 ya göre, belge ibraz yükümlülüğü, madde 332 de böyle bir belgenin ibraz edilmemesine ait yaptırımı düzenlemektedir.

HMUK 326 ye göre, Kanunu Medeni ve Ticaret Kanunu mucibince bir kimse, yedinde bulunan vesikayı ibraza mecbur olduğu gibi aşağıda yazılan vesikaları da ibraz ile mükelleftir:

1. Mahkemeye verilen evrakta istinat olunan senetler,
2. Bir tarafın diğer taraftan davaya müteallik aldığı mektup ve telgraflar,
3. İki taraf için müşterek olan muamele ve menfaatlere müteallik tanzim olunan vesikalar,
4. İki tarafın müstakil veya müşterek malik olduğu vesikalar.

Dokümantasyon yükümlülüğü bağımsız bir yan edim yükümü olarak ihlalinde dava edilebildiği gibi, ihlali ile ortaya çıkan zararın, maddi veya manevi, tazmin edilmesi de gündeme gelebilecektir (27).

2.3.6. Bilirkişilik

Adli olaylarda bilgisinden yararlanan kişilere **bilirkişi** denir. Yargıçların ele aldıkları davada çözümlenmesi özel bilgiyi ya da tekniği gerektiren olaylarla karşılaştıklarında, bu konularda yetenekli gördükleri kişilere başvurup, onların konu ile ilgili raporlarını göz önünde tutarak davayı

çözümlerler. Hekimlerin sağlıkla ilgili konularda bilirkişilik görevi vardır. İnsan vücudunda meydana gelen lezyonların niteliği, nasıl yapıldığı, her türlü biyolojik delillerin incelenmesi, suçlunun, mağdurun ya da hak ehliyetini kullanmak isteyenlerin durumlarının belirlenmesi ve tanımlanması bilirkişi hekim tarafından yapılır (55). Tıbbi Uygulama Hatası kaynaklı zararlarda olayın doğası gereği sadece uzman bilirkişilerce aydınlatılabilir. Bu uzman bilirkişiler, zararı verdiği iddia edilen kişilerle aynı uzmanlık alanına mensup kişilerdir. Sadece o işin uzmanı performansı, hatayı, varsa zararı değerlendirebilir (56).

Bir vakianın ispatı için başvuru vasıtalarına **delil** (kanıt) denir. Deliller, kesin ve takdiri deliller olmak üzere ikiye ayrılır. Kesin deliller; ikrar, kesin hüküm, senet ve yemin olmak üzere dört tanedir. Bunlara kesin delil denilmesinin nedeni, bu delillerin hakimi bağlayıcı nitelikte olmalarıdır. Hakim, kesin delillerden biri ile ispat edilen bir vakiayı, ispat edilmiş (doğru) olarak kabul etmek zorundadır; yani hakimin bu delilleri takdir yetkisi yoktur. Takdiri deliller; tanık, bilirkişi, keşif ve özel hüküm sebepleridir. Bunlara takdiri delil denilmesinin nedeni, hakimin bu delilleri serbestçe takdir yetkisine sahip olmasıdır. Bir davada çözümü hakim tarafından bilinmeyen özel ve teknik bilgiyi gerektiren hallerde oy ve görüşüne başvuru üçüncü kişiye (veya kişilere) **BİLİRKİŞİ** denir¹² (57). Belli hususlar hakkında rey ve mütalaalarını beyan ile kanun tarafından görevlendirilmiş resmi bilirkişi varsa, hususi sebepler olmadıkça başkası tayin edilemez (58).

Yeni Ceza Muhakemesi Kanunu (CMUK), bilirkişinin atanmasını ile ilgili Md. 63'te çözümü uzmanlığı, özel veya teknik bilgiyi gerektiren hâllerde bilirkişinin oy ve görüşünün alınmasına re'sen, Cumhuriyet savcısının, katılanın, vekilinin, şüphelinin veya sanığın, müdafinin veya kanunî temsilcinin istemi üzerine karar verilebilir. Ancak hâkimlik mesleğinin gerektirdiği genel ve hukukî bilgi ile çözülmesi olanaklı konularda bilirkişi dinlenemez şeklinde düzenlemiştir.

Bilirkişi atanması ve gerekçe gösterilerek sayısının birden çok olarak saptanması, hâkim veya mahkemeye aittir. Birden çok bilirkişi atanmasına ilişkin istemler reddedildiğinde de aynı biçimde karar verilir. Soruşturma evresinde Cumhuriyet savcısı da bu maddede gösterilen yetkileri kullanabilir.

Aynı kanunda bilirkişi olarak atanabileceklerle (Md.64) ilgili aşağıda sunulan yeni değişiklikler de belirtilmiştir: Bilirkişiler, il adli yargı adalet komisyonları tarafından her yıl düzenlenen bir listede yer alan gerçek veya tüzel kişiler arasından seçilirler. Cumhuriyet savcılar ve hâkimler, yalnız buldukları il bakımından yapılmış listelerden değil, diğer illerde oluşturulmuş listelerden de bilirkişi seçebilirler. Bu listelerin düzenlenmesine veya listelerde yer verilenlerin çıkarılmalarına ilişkin esas ve usuller, yönetmelikte gösterilir. Önceki kanunda da engel bir durum olmamakla birlikte yeni kanunda altı çizilen bir husus, duruşmada bilirkişinin, açıklaması (Md. 68) ile ilgili değişikliklerdir. Mahkeme, her zaman bilirkişinin duruşmada dinlenmesine karar verebileceği gibi, ilgililerden birinin (Cumhuriyet savcısının, katılanın, vekilinin, şüphelinin veya sanığın, müdafinin veya kanunî temsilcinin) istemesi halinde de açıklamalarda bulunmak üzere duruşmaya çağırabilir.

Türkiye' de malpraktis konusu disiplin suçu kapsamında ilçelerde İlçe Disiplin Kurulları, illerde İl Disiplin Kurulu, etik boyutuyla mesleki denetim kurumu olarak Tabip Odaları Onur Kurulları ve Türk Tabipleri Birliği Yüksek Onur Kurulu' nda ele alınmaktadır. Hukuk alanında ise ceza ve tazminat yönünden yapılacak değerlendirmede, Sağlık Bakanlığı düzeyinde Yüksek Sağlık

¹² CMUK Md. 66

Şurası, Adalet Bakanlığı içinde Adli Tıp Kurumu bilirkişiliği ile diğer özel bilirkişi görüşleri alınarak mahkemeler tarafından karara bağlanmaktadır.

2.3.6.1. Yüksek Sağlık Şurası (YSS): 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun Yüksek Sağlık Şurası'na(YSS) tıbbi olaylarda bilirkişilik görevini yüklemiştir. 1930 yılında yürürlüğe giren Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile de bu yükümlülüğü yerine getirecek bir yapılanma, yani YSS oluşturulmuştur. Kuruluş ve çalışma esasları ise 1984 tarihinde yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 210 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile değişik 31. Maddesine göre yeniden düzenlenmiştir. Anılan kararnameye göre, YSS “önemli sağlık konuları hakkında ve tıbbi uygulamalar sonrası oluşan adli nitelik kazanmış olaylarda” görüş bildirmekle yükümlü kılınmıştır. Tıbbi uygulamalar sonrası oluşan durumların adli nitelik kazanması durumunda açılan ceza davalarında, mahkemelerin başka bilirkişilere başvuru hakkı saklı kalmak kaydıyla YSS’ nin görüşünün alınması zorunludur.YSS; Bakanlık Müsteşarı, Araştırma Planlama Koordinasyon Kurulu Başkanı, Temel ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürleri, Birinci Hukuk Müşaviri gibi doğal üyeler ile ülkede hizmetleri ve eserleri ile tanınmış Sağlık Bakanınca seçilen 11 üyeden oluşur. YSS’ de dosyalar üzerinde inceleme yapılarak mahkemelere görüş bildirilmektedir. **YSS’ den görüş alınma zorunluluğu ceza mahkemeleri için geçerlidir**, hukuk mahkemeleri için böyle bir zorunluluk bulunmamaktadır. Tıbbi uygulama hataları sonrası oluşan durumlarda açılan tazminat davalarında, mahkeme YSS’ nin görüşünü almadan diğer bilirkişilerin görüşleri doğrultusunda da karar verebilir. Bu kapsamda “ilgili sağlık personelinin olayda oluşan zarar yönünden kusurlu olup olmadığı ya da ihmalinin bulunup bulunmadığı” sorularına cevap aranır. Bu nedenle mahkeme aşamasında alınan ifadeler ve Şura'da alınan kararlar genellikle “tıbbi uygulamalar sonucu zarar oluşup oluşmadığı, oluşan zararlarla sağlık personelinin eylemi arasında nedensellik bağı olup olmadığı ve bu zararın sağlık personelinin eyleminden kaynaklanıp kaynaklanmadığına” yöneliktir. Adli olay ile ilgili görülen kişilerin ifadeleri, sağlık kuruluşu kayıtları, hasta evrakı ve filmleri laboratuvar incelemeleri, diğer bilirkişilerin görüşleri, varsa otopsi raporu değerlendirilmektedir. Bu sırada ilgililerin muayenesi ya da ifadelerinin değerlendirilmesi yapılmamaktadır. Bu nedenle gönderilen dosyanın sorulan tıbbi görüşü oluşturacak, tüm delilleri içermesi, tam bilgi vermesi önemlidir.

2.3.6.2. Adli Tıp Kurumu (ATK): 2659 sayılı Kanunu'na göre; Adli Tıp Kurumu(ATK), adalet işlerinde bilirkişilik yapmakla görevlendirilmiştir. Kurum; Başkanlık, Başkanlık Kurulu, İhtisas Daireleri ve Kurulları ile Şube Müdürlüklerinden oluşmaktadır. Adli Tıp Genel Kurulu, Adli Tıp Kurumu Başkanının başkanlığında, Adli Tıp İhtisas Kurulları başkan ve üyelerinden oluşur. Genel Kurul, mahkemeler ve savcılıkların yeterince kanaat verici bulmadıkları ihtisas kurulları ve dairelerinin raporlarını karara bağlar. Ayrıca bu kurul ve dairelerin iç ve aralarındaki çelişkili raporlarını da karara bağlar. Genel kurul ve ihtisas kurulları gerek duyduğunda ilgili kişilerin ifadesini alıp muayene edebilir. ATK Kanunu'na göre, mesleki kusurlara 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu görüş bildirir. Bu Kurul, bir başkan ve adli tıp uzmanı iki üye ile birer Ortopedi ve Travmatoloji, Genel Cerrahi, Nöroloji, İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları ve Enfeksiyon Hastalıkları uzmanından oluşmaktadır.

2.3.6.3. Tabip Odaları Onur Kurulları: Tıbbi uygulama hataları iddiaları, etik boyutuyla mesleki denetleme kurumu olarak Tabip Odaları Onur Kurulları ve Türk Tabipleri Birliği Yüksek Onur Kurulu'nda ele alınmaktadır. Tabip Odaları'nın malpraktis ile ilgili olarak yürüttüğü araştırma, soruşturma ve Onur Kurullarında karara ulaştırma süreci bir cezalandırmadan öte, tıbbi uygulamaların niteliğini denetleme ve bu niteliğin geliştirilmesine yönelik bir iç denetim mekanizması olarak algılanmalıdır.

2.3.6.4. Yüksek Öğretim Kurumları: ATK Kanunu'nun 31.Md.'si "Diğer Adli Ekspertiz Kurumları" başlığı altında "Yükseköğretim Kurumları veya birimleri, adli tıp mevzuatı çerçevesinde adli tıp olaylarında ve diğer adli konularda Ceza Muhakemeleri Usulü Kanununa göre resmi bilirkişi sayılır. Bu birim ve kliniklerde tetkik edilecek adli tıp ile ilgili işler yönetmelikte belirlenir." denilmiştir. Aynı şekilde Yüksek Öğretim Kanunu'nun 37. md.'sinde mahkemelerin teknik ve uzmanlık isteyen her konuda üniversite ve bağlı birimlerinden yararlanabileceğini, bilirkişi olarak görüş isteyebileceğini belirtmiştir. Ayrıca aynı kanunun 38/2. maddesinde Yüksek Öğrenim Kurulu'nun isteği ve ilgili kamu kuruluşunun onayı ile yüksek öğrenim kurumları ya da birimleri, ilgili adli makamların talepleri ile adli tıp mevzuatı kapsamında adli tıp ve diğer adli konularda resmi bilirkişi olarak görevlendirilebilecekleri belirtilmiştir.

2.3.6.5. Bilirkişilerin dikkat etmesi gereken hususlar: Tıbbi uygulama hata iddiaları, hekimler için davalı olmak dışında, bilirkişilik yapmak görev ve sorumluluğunu da getirmektedir. Bilirkişi raporları kısa cümlelerle yazılmalıdır. Sunulan görüşleri net bir şekilde ifade edilmiş olmalı, sebep-sonuç ilişkileri ve yorumları içermelidir. Raporda fazlalık bilgilerden kaçınılmalı, gramer ve yazım hatalarına dikkat edilmelidir. Bu tür bir durum raporun bilirkişi tarafından acele yazıldığı imajı verebilir. Tıbbi uygulamalarla ilgili çapraz sorgu sisteminin uygulandığı ülkelerde, davalarda özellikle de uzman kişilerin ihmalinin iddia edildiği konularda, bilirkişilerin görüşleri, davayı çözmek için kritik önem taşır. Tıbbi malpraktis davalarında davacı taraf kendi iddialarını desteklemek amacıyla bilirkişileri mahkemeye çıkararak görüşlerine başvururlar. Davalı taraftaki kişiler ise genellikle bu tür iddiaları kendi bilgi birikimleri çerçevesinde çürütmeye çalışırlar. Bu ülkelerde problemler ise ya bilirkişi görüşlerine başvurulmayan ya da davalı tarafın spesifik alanına uygun olmayan bilirkişilerin seçilmesiyle başlar. Bilirkişilerin güvenilir olmaması ya da bilimsel camiada tanınan kişilerden seçilmemesi de ayrıca problemler yaratabilir. Bilirkişi olayla ilgili gerçekleri, elde ettiği bulguları, dayandığı kaynaklara göre açıklamaya çalışır. Açıklamalar sonucunda hastalığın tedavisi esnasında uygulanması gereken profesyonel standartlarla uygulanan tedavi arasında karşılaştırma yapılabilir. Duruşma esnasında bilirkişi bir avukattan ziyade bilimsel ve objektif bir hekim gibi davranmalıdır. Sonuçta elde ettiği verileri yorumlayacak ve yargılayacak olan mahkeme heyetidir. Bilirkişi ifadeleri esnasında kendini beğenmiş ve kibirli tutum takınmaktan kaçınılmalıdır. Mahkeme heyeti özellikle bilirkişi ifadeleri hususunda hassas davranırlar. Bilirkişiler açıkladığı konularda mahkeme heyetinin anlayabileceği şekilde teknik ve bilimsel içerikte değişiklik yapabilirler. Çapraz sorgu esnasında; bilirkişi ifadelerinde mahkeme heyetinin yeterince anlayamadığı konular ortaya çıkarsa, mahkeme heyetinin kafası karışabilir. Bundan dolayı bilirkişi ifadeleri esnasında mahkeme heyetinin davranışlarını gözlemleyerek olay hakkında bilgili olup olmadıklarını değerlendirebilir. Sunuş esnasında el hareketleri ve ses tonunun, önemli yerleri vurgularken, yerinde kullanılması etkileyici olur. Görsel veriler, diyagramlar ve modellerin kullanılması ve olay hakkında resimlerin gösterilmesi

bilirkişinin mahkemede kendini ifade etmesi açısından önemlidir. Bilirkişiler rahat olmalı ancak sorulan sorulardaki inceliklere ve detaylara da dikkat ederek cevaplarını bu şekilde vermelidirler. Sorular açık bir şekilde yanıtlanmalıdır. Avukatlar tarafından kullanılan temel bir taktik çapraz sorgu esnasında bilirkişi ile tartışmaya girmektir. Bilirkişi sahip olduğu bilgileri işin uzmanı olmayan bir avukat ile tartışırsa güvenilirliğini kaybederek mahkemenin aklında objektif olup olmadığı hakkında soru işareti bırakabilir. Bununla beraber bilirkişiler davanın işleyişi esnasında konu ile ilgili uzman, diğer bilirkişilerle konu hakkında tartışmada bulunabilirler. Avukatların kullandıkları diğer bir taktik ise; varsayılan bir olgunun bilirkişilerden yorumlanmasını istemeleridir. Bu şekilde avukat bilirkişiyi sonuç üzerinde kendi istediği yöne doğru yönlendirmeye çalışabilir.

Buna izin verilmemeli, bilirkişi bu sorularda varsayılan olgu ile tartışılan durum arasındaki farklılıklara dikkat çekerek konunun farklı yöne çekilmesine engel olmalıdır. Benzeri bir şekilde bilirkişiden karşı tarafın sorularına evet veya hayır gibi net ifadelerle cevap vermesi istenebilir. Hakim de karşı tarafının avukatının sorduğu soruya bilirkişinin ifadesini keserek evet ya da hayır türünden cevap vermesini isteyebilir. Eğer soru basit olarak evet ya da hayırla yanıtlanamayacaksa bilirkişi sorunun cevabı için mahkeme heyetinden karşı tarafın isteğinin aksine uzun cevaplar vermek için izin istemelidir. Aksi halde bilirkişi karşı tarafın avukatı tarafından istemeyeceği noktalara çekilmiş olacaktır. Bu tür bir durumda heyet bilirkişinin ara verme isteğine ya da kendi görüşlerine bilimsel açıklama getirmek istemesine sıcak bakar. Bilirkişilik yapmak dava süreci boyunca hekimler için yorucu bir işlemdir. Bu tip olgularda bilirkişinin güvenilirliğinde meydana gelebilecek herhangi bir durum bilirkişiye ceza verilmesine yol açabilir. Bütün bu risklere rağmen hekimler bu tip olgularda bilirkişilik yapmak durumundadırlar. Burada bilirkişinin yapacağı en önemli şey profesyonel tedavi standartlarını tanımlayarak; olay esnasında meydana gelen durumları bu standartlarla objektif, hileden uzak, rahat ve profesyonelliğin gerektiği şekilde ifade edebilmektir (59).

2.4. ÇOCUKLARDA TIBBİ MÜDAHALE VE YASAL SORUNLAR

2.4.1. Çocuk ve Çocuk Hakları Kavramı: “ÇOCUK” kavramı tarihte toplumun yapılarına, kültürlerine, inançlarına, ekonomilerine göre değişen bir kavramdır (60). Çocuk Hakları Sözleşmesi’ne göre ise “Ulusal yasalarca daha genç bir yaşta reşit sayılma hariç, 18 yaşın altındaki her insan çocuk sayılır” (61), ancak bu hususta katı davranmamış, ulusal yasalara göre, 18 yaşını tamamlamadan da çocuğa belirli bir özerklik tanınabileceğini kabul etmiştir. Medenî kanun (MK) Md. 28: “Kişilik, çocuğun sağ olarak tamamıyla doğduğu anda başlar ve ölümle sona erer.” şeklinde düzenlenerek küçüklüğün başlangıcını düzenlemiştir. Çocuklara uygulanan kanunlar çerçevesinde daha önce rüşd yaşına erişilmedikçe 18 yaşını bitirmemiş kişiler çocuk olarak tanımlanmakta ve MK’da kullanılan “küçük” kavramını kapsamaktadır (62).

Devlet, kendi çıkarları doğrultusunda aileyi denetlemeye başlayınca, toplumsal ilgi çocuğun korunması yönünde yoğunlaşmıştır. Çocuğun korunması yönündeki toplumsal ilgi önceleri dinsel etkiler altında ve dinsel nitelikteki kuruluşlar aracılığı ile olmuştur. Bu ilginin dini etkenler dışında toplum çerçevesinde kurumsallaşması 19. yüzyılda başlamıştır. Uluslararası alanda çocukların korunmasına ilişkin bir örgütün kurulması düşüncesini ilk olarak 1894 yılında Jules de Jeune ortaya atmıştır. Ancak bu alandaki en önemli gelişme, 1920’de Cenevre’de "Uluslararası Yardım Birliği"nin kurulmasıdır. Bu örgütün ve "Uluslararası Kadınlar Meclisi"nin çabaları sonucu Milletler Cemiyeti 26 Eylül 1924 yılında "Cenevre Çocuk Hakları Beyannamesi" adı altında bir beyanname yayınlamıştır. Atatürk tarafından da bizzat imzalanan bu Beyanname, *çocuğun gelişmesi, korunması, tedavi görmesi, eğitilmesi, istismardan korunması, en önce yardım görmesi, kardeşlik ve barış ruhu içerisinde büyüülmesi* prensiplerini içeren beş maddeden oluşmuştur. Çocuk haklarını konu alan ikinci önemli uluslararası belge 20 Kasım 1959 tarihinde Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda kabul edilen ve on maddeden oluşan "Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Beyannamesi"dir. Bu Beyanname, *ayrımcılığın önlenmesi, çocukların ad ve vatandaşlığa sahip olma hakkı, sağlık ve sosyal güvence hakkı, özürlülerin ve korunmaya muhtaç çocukların özel olarak korunması, eğitim hakkı, korunmada öncelik hakkı, istismardan korunma, ayrılık yaratan baskılardan uzak tutulma ve kardeşlik ruhu içinde yetiştirilme* konularında ilkeler koymuştur. Birleşmiş Milletlere üye tüm devletlerin hukuk sistemleri incelenip dikkate alınarak oluşturulan tasarı, 20 Kasım 1989 tarihinde Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda onaylanmış ve 2 Eylül 1990’da uluslararası hukukta yürürlüğe girmiştir. 30 Eylül 1990 tarihinde BM Genel Merkezinde toplanan Çocuklar İçin Dünya Zirvesi’nde "Çocukların Yaşatılmaları, Korunmaları ve Geliştirmelerine İlişkin Dünya Bildirgesi" ile Birleşmiş Milletler Örgütü Çocuk Haklarına Dair Sözleşme’yi temel alan bir küresel hareketi başlatmış ve bu bildirgenin uygulanması için bir eylem planı benimsemiştir. Çocuk Haklarına Dair Sözleşme, ulusal ve uluslararası gündemlerde çocukları üst sıralara yerleştirmiş ve köklü bir değişime zemin hazırlamıştır. Sözleşmeyi onaylayan her devlet, çocuklarla ilgili yükümlülüklerini yerine getirmelerinde ana-babalara ve diğer sorumlu kişi ve kuruluşlara yardımcı olacak yasal, yönetsel ve yapısal her önlemi almak zorundadır.

Bugün bu Sözleşme Dünya’da çocuk hakları konusunda temel yasal metindir (63). Çocuk, diğer insanlar gibi doğuştan, vazgeçilmez, dokunulmaz temel haklara sahiptir. Fakat çocuk diğer insanlardan farklı olarak , bu hakların farkında değildir. Ayrıca farkında olsa da olmasa da, bu hakları koruyabilecek fiziki, mali ve mental güce ve donanıma sahip değildir. Onun için çocuk adına irade ortaya koyacak yasal temsilciler vardır (64). Anayasamızın 41 ve 61. maddelerinde, 5395 sayılı Çocuk koruma Kanunu da çocukların korunmasına ilişkin hükümler içerir.

Çocukluktan çıkış yaşı farklı ülkelerde farklı yaş olarak düzenlense de genel olarak 18 yaş kabul edilmiştir.(Birleşmiş Milletler Çocuk hakları Sözleşmesi, Yeni TCK, 5489 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu)

2.4.2. Sağlıklı Yaşama Hakkı: Sağlık Hakkı, kişinin toplumdaki, devletten, sağlığının korunmasını, gerektiğinde tedavi edilmesini, iyileştirilmesini, isteyebilmesi ve toplumun sağladığı imkanlardan faydalanabilmesidir (65, 66). İHEB¹³ Md.3 ve AİHS¹⁴ Md.2 ye göre; kişilik doğum ile başlayıp ölüm ile sona erdiğine göre çocuklar da en temel kişilik haklarından biri olan yaşama hakkına sahiptir. TCK Md.99-100 de gebelik süresi 10 haftayı geçen gebeliklerde ceninin düşürülmesini suç sayarak çocuk adayının yaşam hakkı korunmaya çalışılmıştır.

2.4.3. Vücut Bütünlüğü Hakkı: İsviçre Anayasası Md.11/1 si çocukların beden bütünlüğünün korunması ve kişiliklerinin geliştirilmesini talep hakkı vermiştir (67). Anayasamızın 17. Md. ve HHY 5. Md. nde bu konu düzenlenmiştir. Vücut bütünlüğünün ihlali, fiziki ve psikişik bütünlüğün ihlali olmak üzere iki yönlüdür (64).

2.4.4. Çocuğun Temsili: Çocuklar üç şekilde temsil edilirler. Velayet (MK Md. 335 uyarınca anne-baba tarafından kullanılır), Vesayet (MK Md. 348-348) ve Kayyım (MK Md. 429) şeklindedir. Vesayet, velayete göre daha dar kapsamlıdır. Velayet üç temel yetki verir:

- a) Çocuğun kişi varlığının korunması,
- b) Çocuğun mal varlığının korunması,
- c) çocuğun temsil edilmesi.

Kayyımlik ise vesayetin yumuşatılmış halidir. BMÇHS¹⁵ Md.18/1 de, yasal temsilcinin her şeyden önce çocuğun yüksek yararını göz önünde bulundurulmasını işaret etmektedir.Medeni Kanunun Md.339/3, Md.450/1, Md.16/2 maddelerinde, küçüğün düşüncesinin alınmasını, onunla işbirliği yapılmasını düzenleyen maddelerdir.

Hekimin tedavi tavsiyesine rağmen ebeveynlerin tedaviye rıza göstermemesi, çocuğun sağlığı açısından zaruret ve ivedilik taşınması durumunda mahkemeden izin alınmalı, izin zaman gerektirecek ve hastaya derhal müdahale edilmesi gerekiyor ise izin şartı aranmaz. (HHY¹⁶ Md.24/3)

2.4.5. Tıbbi Müdahalelerde Çocuğun Korunması ve Pediatrik Malpraktis: HHY Md.22 ve Biyo-Tıp Sözleşmesi Md.’e göre, tıbbi müdahalenin kişilik hakkına saldırı teşkil etmemesi için kişinin rıza göstermesi gereklidir. Aydınlatılmış rızanın yanında, yetkili bir sağlık personeli tarafından, tedavi amacıyla, tıp bilimini verilerine uygun şekilde yapılmış olması zorunludur (68). Tababet Kanunu Md. 70’ e göre, küçük ve kısıtlı olan hastanın öncelikle veli veya

¹³ İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi

¹⁴ Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi

¹⁵ Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi

¹⁶ Hasta Hakları Yönetmeliği

vasisinin rızasını almak gerekir. *Serozan*' ın (67) Çocuk Hukuku adlı eserinde, “ Küçüğün kişi varlığıyla daha da yakından ilgili işlerde ve işlemlerde, özellikle kişilik değerleriyle ilgili tasarruflarda örneğin cerrahi müdahalelerde onun görüşünü almakla yetinmeyip, doğrudan doğruya onun olurluğunu sağlamak yerinde olur” şeklinde belirtmiştir.

Türk Hukuk doktrinde küçüğün tıbbi müdahaleye onam vermesi ile ilgili farklı görüşler bulunmaktadır. Görüşlerden biri bu maddelere dayanarak ayırtım gücü bulursa da küçüklerin tıbbi uygulamalara tek başına onam veremeyeceğini savunmaktadır. Bu görüş tıbbi uygulamalara onam verilmesinin kişiye sıkı sıkıya bir hak olduğunun göz ardı edilmesi nedeni ile eleştirilmektedir. İkinci görüşte ise küçüğün korunması amacı ile vücut bütünlüğü ile ilgili ve özel riskler içeren girişimlerde küçüğün onamı ile beraber yasal temsilcisinin de izninin alınması gerektiği savunulmaktadır. Bu görüş ise ayırtım gücü bulunan ve tıbbi uygulama konusunda karar verebilecek durumda olan küçüğün onamının yanında herhangi bir onamın aranmaması gerektiği gerekçesi ile eleştirilmektedir. Üçüncü görüş ise ayırtım gücü bulunan küçüğün tek başına tıbbi uygulamaya karar verebilmesini savunur. Bu görüş vücut bütünlüğü ile ilgili olan tıbbi uygulama konusunda küçüğün kararının kişiye sıkı sıkıya bağlı bir hak olmasına ve küçüğün kendi geleceğini belirleme hakkına sahip olmasına dayandırılır (69, 70).

Pediatristler, yetişkin hastalar gibi semptomları açıklayamayan küçük hastalara tanı koyarken özellikle dikkatli olmaları gerekir. Amerika'da yaygın pediatrik hata “yanlış tanı” koymaktır¹⁷ (71). Diğer yaygın hata da, çok meşgul olan hekimin çocuğun şikâyetlerini ve annenin gerginliğini fazla bularak “şikâyetçi anne”, “sinirli anne” gibi etiketleyerek onları ihmal etmesi sonucu problemlerin artmasıdır¹⁸ (72). Annenin yakınmaları dikkate alınmalı ve kaydedilmelidir. Bunlar çocukta gelişen bir durumun habercisi olabilirler. Uzmanlar dosyayı incelerken annenin ifadelerini dikkate alırlar¹⁹ (73, 74).

¹⁷ *Ravo v Rogatnik*, 70 NY.2d 305, 520 NYS 2d 533, 524 NE 2d 1104 (1987) (Pediatrist ve Doğum uzmanı birlikte yanlış tanıdan dolayı suçlanmışlar, pediatrist % 20 kusurlu bulunmuştur.)

¹⁸ *Robinson v Pediatric Affiliates Medical Group*, 159 Cal Rptr 791 (1979) (Intravenöz sıvı takibinde ihmal sonucu parmak amputasyonu gerekmiş ve pediatrist ihmalkar bulunmuştur.)

¹⁹ *Atkins v Clein*, 3 Wash 2d 168, 100 P2d 1 (1940) (9 aylık bebek hastaneye yatırmakta geç kalınmasında solunum yolu enfeksiyonundan kaybedilmiş ve pediatrist kusurlu bulunmuştur.)

III-G E R E Ç V E Y Ö N T E M

Bu çalışma, kesitsel tipte tanımlayıcı ve analitik bir çalışma olarak planlanmış olup 2002 - 2006 yıllarını kapsayan beş yıllık dönemde Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Kurulunca “kusur” yönünden değerlendirilen 1458 olgu retrospektif olarak incelenmiştir. Bu olgular içerisinde 0-18 yaş aralığında 378 çocuk olgu daha ayrıntılı olarak değerlendirilmiştir. Sağlık profesyonellerinin uygulamalarının tıp kurallarına uygunluğunun değerlendirildiği bilirkişi görüşleri taranarak kimlik bilgileri kayıt altına alınmadan (sadece ATK karar numarası ile) öncelikle EK-1 de sunulan veri toplama formuna işaretlenerek daha sonra SPSS for Windows 15.0 programına işlenmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlarının (Ortalama, Standart Sapma; Frekans, Oran) yanı sıra niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise tek gözlü düzende ve çok gözlü düzende Ki-Kare testi kullanılarak sonuçlar % 95’lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiş olup bulgular;

- 1) Tüm Olguların Genel Değerlendirilmesi,
- 2) Çocuk Olguların Değerlendirilmesi,
- 3) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. Uzmanlık Alanındaki olguların Değerlendirilmesi

olmak üzere üç alt başlık altında, tablo ve grafikler halinde, verilmiştir.

Verilere ulaşmak için Adli Tıp Kurumundan izin alınmıştır(14.03.2007 tarih ve B.03.1.ATK.0.01.00.08/111 sayılı izin). Belirtilen yıllara ait toplam 119 araştırma cildinden 102 tanesinin (% 85.71) sayfaları tek tek elden geçirilerek çalışma kapsamına uyan kararlar veri toplama formu ile kayda geçirilmiş, 17 adet araştırma cildine ise arşivde ve zimmet defterinde bulunamadığı için ulaşılamamıştır. 2003 yılının son 6 ayına, 2005 Eylül ayının 2. cildine, 2006 yılının Haziran-Temmuz-Ağustos aylarına ait ciltlere ulaşılamamıştır.

2003 Eylül ayına kadar ölümlü olgulardaki kusur tayinini 1. İhtisas Kurulu belirlediği için sadece bu tarihten sonraki ölümlü olgular değerlendirmeye alınmıştır. Hekimlerin vermiş olduğu raporların gerçek olup olmadığı yönündeki istemler, tıbbi cihaza bağlı üretim hataları (cihaz ayıbı) iddiaları ve tıbbi hata sonucu maluliyet tayinleri içeren kararlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Yeni TCK ile birlikte kusurun 8 üzerinden tayini hususu kaldırıldığı için bu kanunun yürürlük tarihinden itibaren meydana gelen tıbbi hatalarda kusur oranı belirtilmemiş olduğundan veriler sadece “Kusurlu”, “Kusursuz”, “Belirtilmeyen” kararlarına göre yorumlanmıştır. Elde edilen sonuçlar literatür ışığında tartışılarak mevcut yetersizlikler ortaya koyulmuş ve çözümler önerilmiştir.

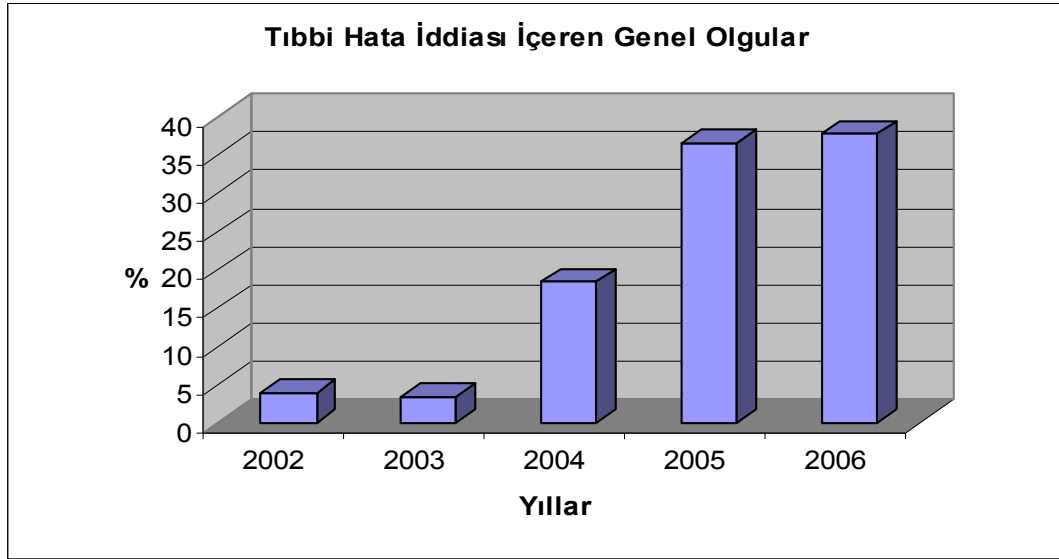
IV. B U L G U L A R

4.1. Tüm Olguların Genel Değerlendirilmesi

Çalışmada 2002–2006 tarihleri arasında hatalı tıbbi uygulama iddiasıyla Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas kurulu' na gönderilen 1458 olgu retrospektif olarak incelenmiştir.

Tablo 1: Yıllara Göre Taranan ve Tıbbi Hata İddiası İçeren Genel Olgu Sayısı (N=1458)

Yıllar	n	%
2002	57	3,9
2003	50	3,4
2004	268	18,4
2005	534	36,6
2006	549	37,7
TOPLAM	1458	100



Grafik 1: Yıllara Göre Taranan ve Tıbbi Hata İddiası İçeren Genel Olgu

2003 yılından itibaren olgu sayısında artış gözlenmiştir (Tablo 1, Grafik 1).

Tablo2: Tıbbi Uygulama Yapanların Görev ve Unvanlarına Göre Dağılımları

Tıbbi Uygulama Yapanların Unvanları	n	%
Öğretim üyesi	65	4,5
Uzman Dr.	805	55,2
Asistan	19	1,3
Hemşire	98	6,7
Pratisyen	100	6,9
Kurum*	67	4,6
Ekip**	216	14,8
Diğer	31	2,1
Belirlenemeyen***	57	3,9
Toplam	1458	100

* Kurum içerisinde Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumları, Rektörlükler toplanmıştır.

** Ekip içerisinde, Doğum ekibi, Anestezi ve ameliyat ekibi gibi hekim hemşire-ebe, teknisyen veya birden fazla hekimin ekip olarak suçlanıldığı durumlar toplanmıştır.

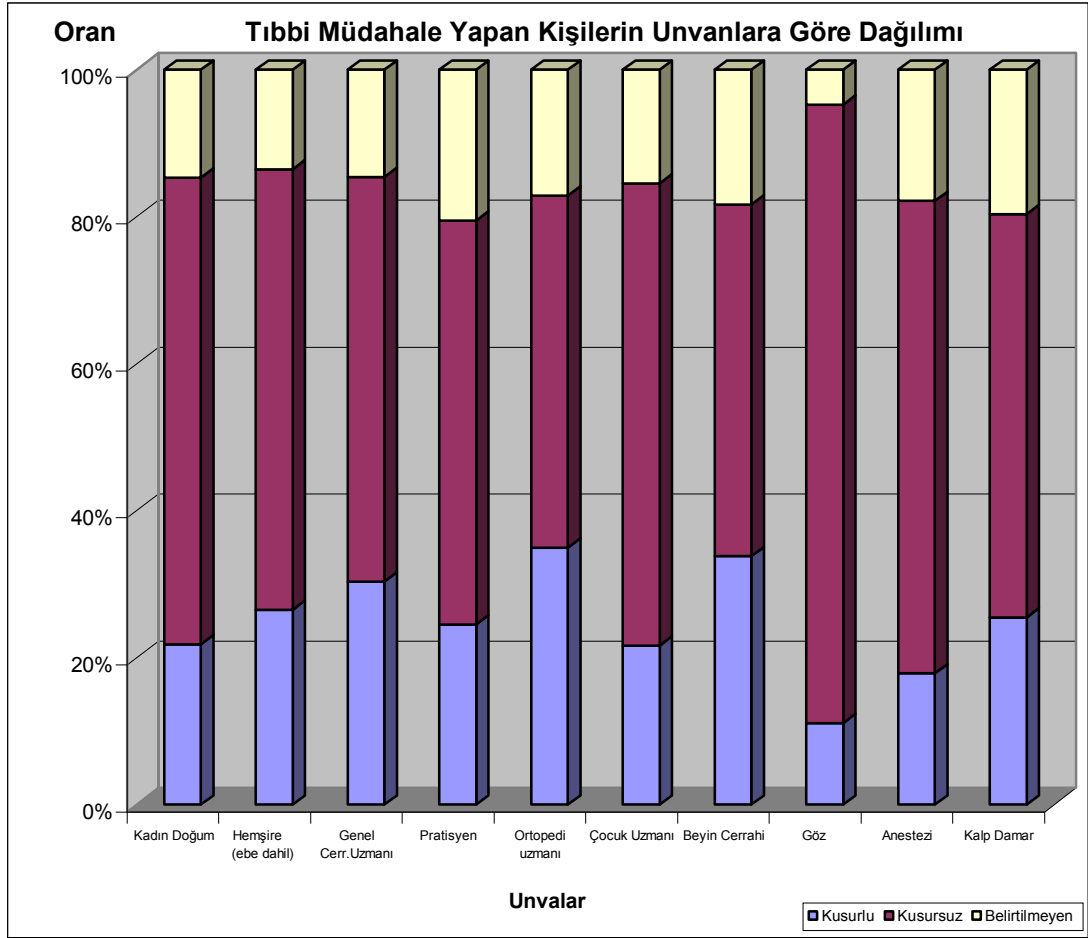
*** Uzmanlık alanı belli olmayıp sadece "Dr" şeklinde ifade edilen kişiler belirlenemeyen başlığı altında gösterilmiştir.

Tıbbi uygulamayı yapanların ağırlıklı olarak uzman doktor (% 55,2) olduğu, ekip olarak suçlananların %14,8'i oluşturduğu, bunu %6,9 ile pratisyen hekim, % 6,7 oranla hemşirelerin (ebe dahil) takip ettiği görülmektedir. Suçlamaların % 4,5' ini ise öğretim üyelerine (Prof., Doç., Yrd. Doç.) yönelik olarak yapılmıştır. Uzman Doktor, diğerlerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (**Tablo 2**).

Tablo 3: Çalışmaya Dahil Edilen Kararlarda Tıbbi Müdahale Yapan Kişilerin Uzmanlık Alanları ve Görevlerine Göre Kusur Durumu

	Kusurlu	Kusursuz	Belirtilmeyen	Toplam	%*
Kadın-Doğ. Uzm.	67 (%21,8)	195 (%63,5)	45 (%14,7)	307 (%100)	19,04
Hemşire-ebe	49 (%36,5)	111 (%60,0)	25 (%13,5)	185 (%100)	11,48
Genel Cer.Uzm.	48 (%30,4)	87 (%55,1)	23 (%14,6)	158 (%100)	9,80
Pratisyen	37 (%24,5)	83 (%55)	31 (%20,5)	151 (%100)	9,37
Ortopedi Uzm.	49 (%35,0)	67 (%47,9)	24 (%1,6)	140 (%100)	8,68
Çocuk Hst.Uzm.	22 (%21,6)	61 (%62,9)	15 (%15,5)	97 (%100)	6,02
Beyin Cer.Uzm.	24 (%33,8)	34 (%47,9)	13 (%18,3)	71 (%100)	4,40
Göz Hst.Uzm.	7 (%11,1)	53 (%84,1)	3 (%4,8)	63(%100)	3,91
Anestezi Uzm.	10 (%17,9)	36 (%64,3)	10 (%17,9)	56 (%100)	3,47
Kalp-Dam. Cer.Uzm.	13 (%25,5)	28 (%54,9)	10 (%19,6)	51 (%100)	3,16
KBB Uzm.	13 (%27,7)	27 (%57,4)	7 (%14,9)	47 (%100)	2,92
Dahiliye Uzm.	11 (%25,0)	20 (%45,5)	13 (%29,5)	44 (%100)	2,73
Üroloji Uzm.	11 (%28,9)	24 (%63,2)	3 (%7,9)	38 (%100)	2,36
Plastik Cer.Uzm.	1 (%2,9)	26 (%74,3)	8 (%22,9)	35 (%100)	2,17
Asistan	7 (%21,9)	20 (%62,5)	5 (%15,6)	32 (%100)	1,99
Kardiyoloji Uzm.	3 (%11,5)	17 (%65,4)	6 (%23,1)	26 (%100)	1,61
Doğum ekibi	3 (%13,6)	15 (%68,2)	4 (%18,2)	22 (%100)	1,36
Diş hekimi	7 (%36,8)	10 (%52,6)	2 (%10,5)	19 (%100)	1,18
Teknisyen	6 (%31,6)	6 (%31,6)	7 (%36,8)	19 (%100)	1,18
Nöbetçi Uzman	9 (%52,9)	8 (%47,1)	-	17 (%100)	1,05
Göğüs Hst.Uzm.	1(%6,3)	12 (%75)	3 (%18,8)	16 (%100)	0,99
Radyoloji uzm.	3 (%25)	5 (%41,7)	4 (%33,3)	12 (%100)	0,74
Çocuk Cer.Uzm.	-	5 (%83,3)	1 (%16,7)	6 (%100)	0,37
TOPLAM				1612	100,00

*Oran, 1612 olgu üzerinden hesaplanmıştır. Toplam olgu sayısı 1458 olmakla beraber bazı olgularda birden fazla müdahalede bulunan sağlık elemanı olduğundan sadece unvan bakımından 1612 kişi bu tabloda değerlendirilmiştir.



Grafik 2: Tıbbi Müdahale Yapan Kişilerin Branşlara Göre Kusur Durumu(İlk On)

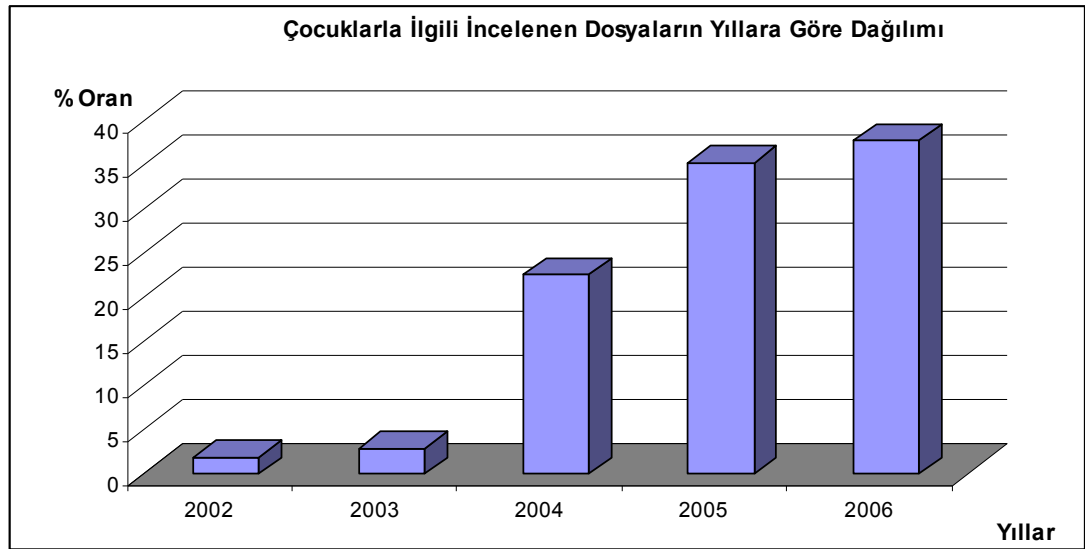
Olgular uzmanlık alanlarına ve görevlere göre değerlendirildiğinde; en yüksek oranın Kadın-Doğum uzmanlık alanının (% 19,04) oluşturduğu ve bunların %21,8' inin kusurlu bulunduğu, bunu hemşire ve ebelerin (% 11,48) takip ettiği ve %36,5 oranında kusurlu bulunduğu, Çocuk Sağ. ve Hst. Uzmanının (%6,02) ise %21,6'sı kusurlu bulunduğu gözlenmiştir. (Tablo 3, Grafik 2)

4.2. Çocuk Olguların Değerlendirilmesi

Tablo 4: 2002–2006 Yılları Arasında Çocuklara Yapılan Tıbbi Uygulamalardaki Kusur İddiasıyla Adli Tıp Kurumu'na Gönderilen ve Bu Çalışmaya Alınan Olguların Dağılımı

Yıllar	n	%
2002	7	1,9
2003	11	2,9
2004	85	22,5
2005	133	35,2
2006	142	37,6
Toplam	378*	100

*2003 Yılı Eylül ayına kadar ölümlü vakalara 1. İhtisas Kurulu bakmaktaydı. Bu çalışmada 1. İhtisas Kurulu arşivi incelenmemiştir. 3. İhtisas Kurulunun 2003 yılının son 6 ayına, 2005 Eylül ayının 2. cildine, 2006 yılının Haziran-Temmuz-Ağustos aylarına ait ciltlere ulaşamamıştır.



Grafik 3: 2002–2006 Yılları Arasında Çocuklara Yapılan Tıbbi Uygulamadaki Kusur İddiasıyla Adli Tıp Kurumu'na Gönderilen ve Bu Çalışmaya Alınan Olguların Dağılımı

Toplam 378 çocuk olgu yıllara göre değerlendirildiğinde; en fazla olgunun 2006 yılında olduğu ve yıllara göre giderek olgu sayısında anlamlı artış olduğu özellikle 2003–2004 arasındaki artışın dikkate değer olduğu gözlenmiştir (Tablo 4, Grafik 3).

Tablo 5: 2002–2006 Yılları Arasında Çocuklara Yapılan Tıbbi Uygulamalardaki Kusur İddiasıyla Adli Tıp Kurumu'na Gönderilen ve Bu Çalışmaya Alınan Olguların Şehirlere Göre Dağılımı

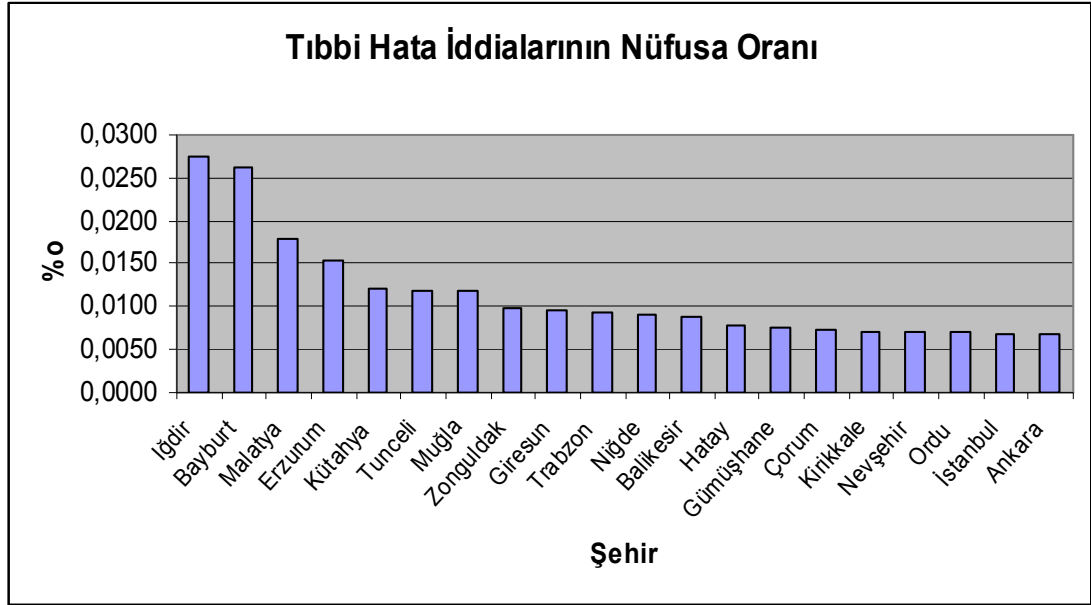
Şehirler	n	%
İstanbul	89	23,54
Ankara	30	7,94
İzmir	16	4,23
Erzurum	12	3,17
Antalya	11	2,91
Hatay	11	2,91
Balıkesir	10	2,65
Konya	10	2,65
Bursa	10	2,65
Muğla	10	2,65
Konya	9	2,38
Gaziantep	6	1,59
Bursa	9	2,38
Samsun	7	1,85
Adana	7	1,85
Gaziantep	6	1,59
Kayseri	6	1,59
Aydın	5	1,32
Diyarbakır	4	1,06
Şanlıurfa	4	1,06
Diğer	106	28,04
Toplam	378	100,00

Tablo 5a: Tıbbi Hata iddialarının Nüfusa Göre Ağırlıklı Dağılımları (İlk Beş)

Şehir	Tıbbi Hata Sayısı (n)	Nüfus* (N)	(n/N) x 1000
İğdir	5	181.866	0,0275
Bayburt	2	76.609	0,0261
Malatya	13	722.065	0,0180
Erzurum	12	784.941	0,0153
Kütahya	7	583.910	0,0120

$\chi^2=2.63, p=0,621, p>0.05$

* Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) web sayfasında yayınlanan 2007 adrese dayalı nüfus sayımı verilerini içermektedir. Tıbbi hataların nüfusa oranı % olarak hesaplanmıştır.



Grafik 4: Kusurluluk Yönünden İncelenen Çocuklardaki Tıbbi Uygulamaların Şehirlere ve 2007 Yılı Nüfusuna Göre Ağırlıklı Dağılımları

Tablo 5b: Nüfus Artış Hızı ile Tıbbi Hata Artış Hızının Karşılaştırılması

Nüfus*	Nüfus Artış Oranı**	Tıbbi Hata Sayısı	Tıbbi Hata Artış Oranı
2000–2007	(%)	2002–2006	(%)
67.803.927	149	7	406
70.586.256		142	

* Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) web sayfasında yayınlanan 2007 adrese dayalı nüfus sayımı verilerini içermektedir.

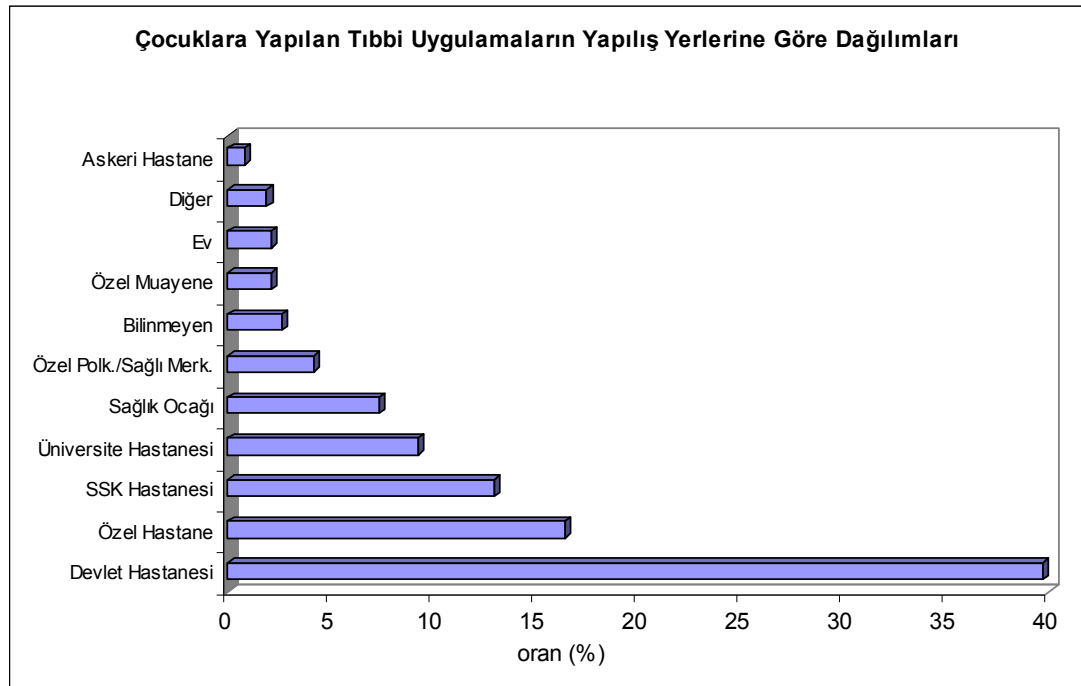
**Nüfus artış oranı %14,9 olarak ifade edilmesi daha uygun olmakla beraber Tıbbi Hata Artış Oranı % olarak hesaplandığından Nüfus artış oranı da % olarak hesaplanmıştır. Ayrıca Demografik hareketlerin etkisi bertaraf edilmeden basit oranı yoluyla nüfus artış hızı hesaplanmıştır.

Olguların şehirlere göre dağılımlarına bakıldığında sayı bakımından en yüksek oran % 23,5 ile İstanbul; bunu % 7,9 ile Ankara takip etmekte; İzmir’de oran ise % 4,2 dir (**Tablo 5**) . Nüfusa göre ağırlıklı oranlar karşılaştırıldığında; Iğdır’ ın birinci, Bayburt’ un ikinci, Malatya’ nın üçüncü sırada yer aldığını görmekteyiz (**Grafik 4**). Nüfusa göre tıbbi hata oranları en fazla tespit edilen ilk beş şehir arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemektedir ($p>0.05$) (**Tablo 5a**). Türkiye’ nin son yedi yılda Nüfus Artış Hızı % 149 iken 2002-2006 yılları arasında çocuklara yapılan tıbbi uygulamalardaki **hata** iddiasındaki artış hızı ise % 406 olduğu görülmüştür (**Tablo 5b**).

Tablo 6: Çocuklara Yapılan ve Kusurluluk Yönünden Değerlendirilen Tıbbi Uygulamaların Yapılış Yerlerine Göre Dağılımları

Tıbbi Uygulama Yeri	n	%
Devlet Hastanesi	150	39,7
Üniversite Hastanesi	35	9,3
Özel Hastane	62	16,4
Özel Poliklinik/Sağ. Mrk.	16	4,2
Özel Muayene	8	2,1
Ev	8	2,1
SSK Hastanesi*	49	13,0
Sağlık Ocağı	28	7,4
Askeri Hastane	3	0,8
Diğer	9	2,4
Belirlenemeyen	10	2,6
Toplam	378	100

*2005 yılından itibaren SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devredilmesi nedeniyle, SSK Hastanelerinin verileri Devlet Hastanesi içerisinde yer almaktadır.



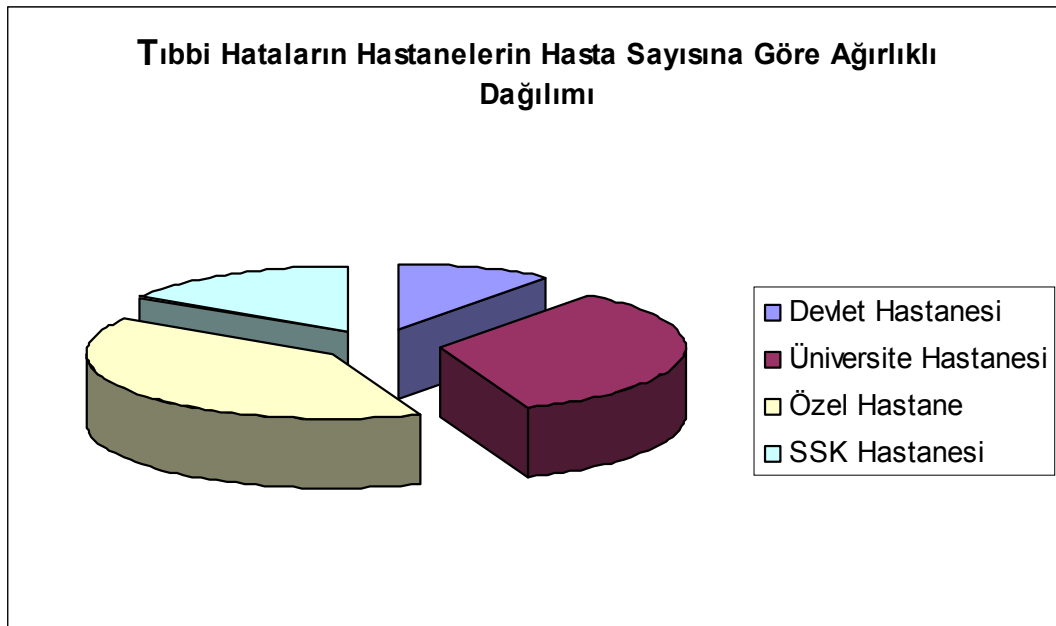
Grafik 5: Çocuklara Yapılan ve Kusurluluk Yönünden Değerlendirilen Tıbbi Uygulamaların Yapılış Yerlerine Göre Dağılımları

Tablo 6a: Çocuklara Yapılan ve Kusurluluk Yönünden Değerlendirilen Tıbbi Uygulamaların Yapılış Yerlerine ve Hasta Sayılarına Göre Ağırlıklı Dağılımları

Tıbbi Uygulama Yeri	Poliklinik Hasta Sayısı (n)* 2002–2007	Tıbbi Hata Sayısı (N) 2002–2006	(n/N) x 1000
Devlet Hastanesi	209.630.370	150	0,0007
Üniversite Hastanesi	15.025.079	35	0,0023
Özel Hastane	23.080.654	62	0,0027
SSK Hastanesi	43.911.817	49	0,0011

$\chi^2: 144,41; p:0,001; p<0,01$

*Veriler Sağlık Bakanlığı' nın İnternet Sayfasından elde edilmiştir.



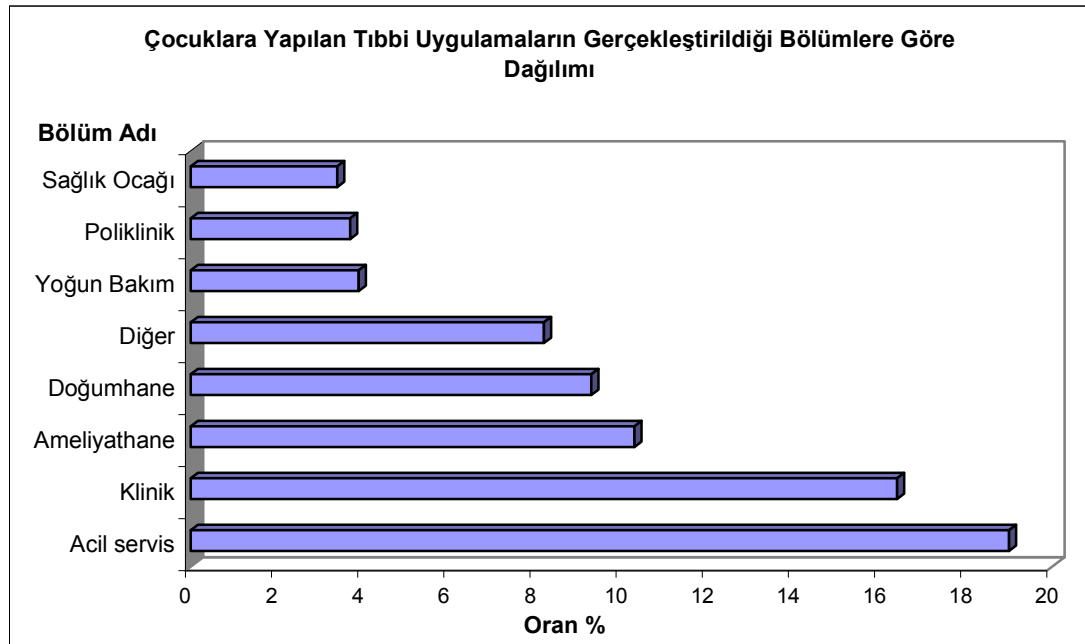
Grafik 5a: Çocuklara Yapılan ve Kusurluluk Yönünden Değerlendirilen Tıbbi Uygulamaların Yapılış Yerlerine ve Hasta Sayılarına Göre Ağırlıklı Dağılımları

Kusur iddiası içeren tıbbi uygulamaların yapılış yerlerine bakıldığında; % 39,7 si Devlet Hastanesinde (Eğitim Hst. Dahil); % 9,3' ü Üniversite Hastanesinde; % 16,4' ü Özel Hastanelerde, en düşük oranın % 0,8 ile Askeri Hastanelerde meydana gelmiştir (**Tablo 6**). Yıllık hasta istatistiklerine bakıldığında; en çok hastanın Devlet Hastanelerinin Polikliniklerine müracaat ettiği (**Grafik 5**) ve rölatif olarak tıbbi hata iddiası ile karşılaşma oranının yüksek bulunduğu, ancak ağırlıklı hata oranı incelendiğinde; en fazla hata iddiasının Özel Hastane kaynaklı olduğu görülmüştür. (**Tablo 6a, Grafik 5a**)

Tablo 7: Çocuklara Yapılan ve Kusurluluk Yönünden Değerlendirilen Tıbbi Uygulamaların Gerçekleştirildiği Bölümlere Göre Dağılımı

Tıbbi Uygulamanın Gerçekleştiği Bölümü	n	%
Klinik	62	16,4
Acil servis	72	19,0
Yoğun Bakım	15	3,9
Poliklinik	14	3,7
Ameliyathane	39	10,3
Sağlık Ocağı	13	3,4
Doğumhane	35	9,3
Diğer (Ev, Eczane, vb.)	31	8,2
Karışık*	97	25,7
Toplam	378	100

* Birden çok bölüme başvuran



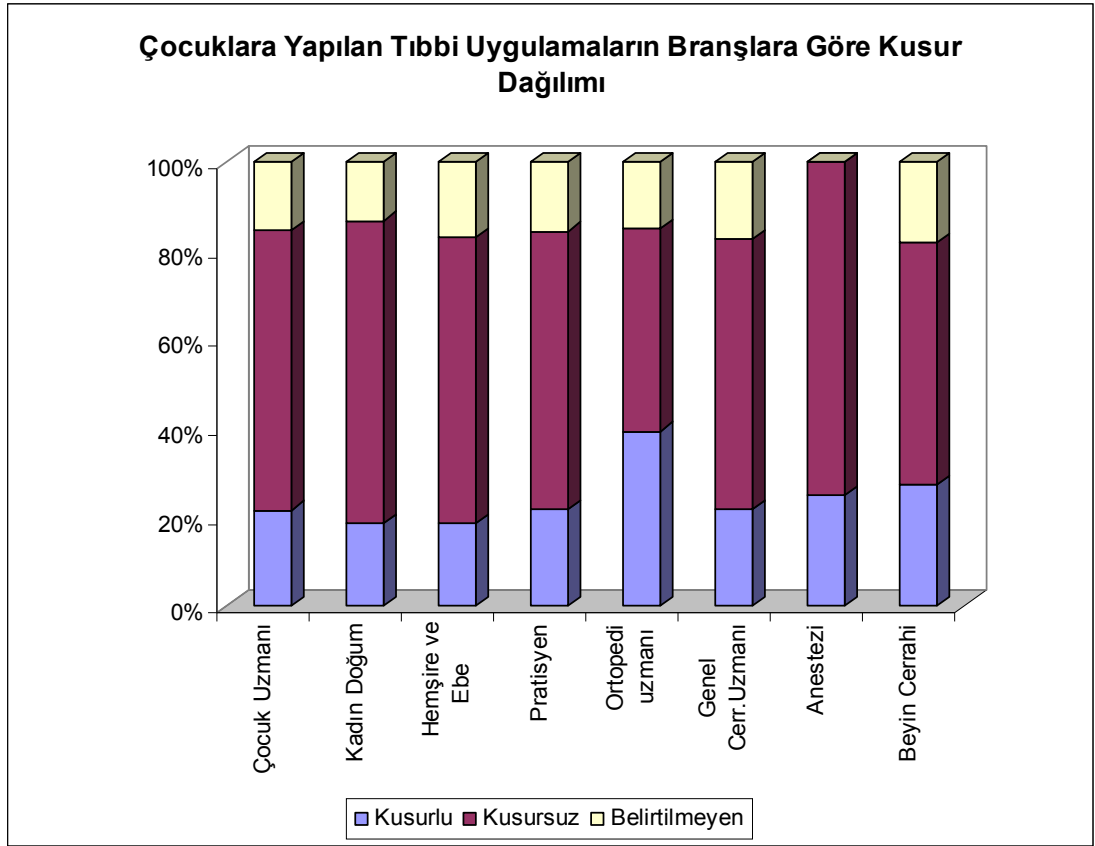
Grafik 6: Çocuklara Yapılan ve Kusurluluk Yönünden Değerlendirilen Tıbbi Uygulamaların Gerçekleştirildiği Bölümlere Göre Dağılımı

Çocuklarda tıbbi uygulama yapılan bölümlere göre dağılımlara bakıldığında; % 19 olgunun acil servis, % 16,4 olgunun klinik, % 10,3 olgunun ameliyathane, % 9,3 olgunun doğumhane, kaynaklı olduğu, Hastanenin bölümleri arasında ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuş, en yüksek tıbbi hata iddialarının acil servislerden olduğu görülmüştür (Tablo 7, Grafik 6).

Tablo 8: Çocuklara Yapılan ve Kusurluluk Yönünden Değerlendirilen Tıbbi Uygulamaların Branşlara Göre Kusur Dağılımı

	Kusurlu	Kusursuz	Belirtilmeyen	Toplam	% *
Çocuk Hst. Uzm.	21 (%21,6)	61 (%62,9)	15 (%15,5)	97 (%100)	21,13
Kadın-Doğ. Uzm.	14 (%18,7)	51 (%68,0)	10 (%13,3)	75 (%100)	16,34
Göğüs Hst.Uzm.	13 (%18,6)	45 (%64,3)	12 (%17,1)	70 (%100)	15,25
Hemşire-Ebe	14(%21,9)	40 (%62,5)	10 (%15,6)	64 (%100)	13,94
Ortopedi Uzm.	13 (%39,4)	15(%45,5)	5 (%15,2)	33 (% 100)	7,19
Genel Cer.Uzm.	5 (%21,7)	14 (%60,9)	4 (%17,4)	23 (% 100)	5,01
Anestezi Uzm.	4 (%25)	12 (%75,0)	-	16 (% 100)	3,49
KBB Uzm.	4 (%36,4)	6 (%54,5)	1 (%9,1)	11 (% 100)	2,40
Beyin Cer.Uzm.	3 (%27,3)	6 (%54,5)	2 (%18,2)	11 (% 100)	2,40
Diş hekimi	3 (%27,8)	7 (%63,6)	1 (%9,1)	11 (% 100)	2,40
Göz Hst.Uzm.	-	9 (%100)	-	9 (% 100)	1,96
Kardiyoloji Uzm.	1 (%12,56)	4 (%50,0)	3 (%37,5)	8 (% 100)	1,74
Radyoloji uzm.	1 (%14,3)	5 (%71,4)	1 (%14,3)	7 (% 100)	1,53
Çocuk Cer.Uzm.	4 (%80)	1 (%20,0)	-	5 (% 100)	1,09
Kalp-Dam. Cer.Uzm.	1 (%20)	3 (%60)	1 (%20)	5 (% 100)	1,09
Doğum ekibi	3 (%75)	1 (%25)	-	4 (% 100)	0,87
Dahiliye Uzm.	2 (%50)	1 (%25)	1 (%25)	4 (% 100)	0,87
Üroloji Uzm.	1 (%25)	3 (%75)	-	4 (% 100)	0,87
Plastik Cer.Uzm.	1 (%50)	-	1 (%50)	2 (% 100)	0,44
TOPLAM				459	100*

*Oran toplam 459 olgu üzerinden hesaplanmıştır.



Grafik 7: Çocuklara Yapılan ve Kusurluluk Yönünden Değerlendirilen Tıbbi Uygulamaların Branşlara Göre Kusur Dağılımı

0–18 yaş grubuna tıbbi müdahale yapan kişiler açısından branşlara göre kusur durumu incelendiğinde; en yüksek sayıda çocuk uzmanı (97) kusur yönünden değerlendirilmiş olup bunların % 21,6'sı kusurlu bulunmuştur; bunu 75 kadın doğum uzmanı vakasının % 18,7' si, hemşirelerin (64) % 18,6' sı, bunu pratisyenlerden (64) gelen olgular takip etmekte ve % 21,9' u kusurlu, 33 ortopedi uzmanından % 39,4' ü kusurlu bulunmuştur. (Tablo 8, Grafik 7)

Tablo 9: 2002–2006 Yılları Arasında Çocuklara Yapılan Tıbbi Uygulamalardaki Kusur Nedeniyle Adli Tıp Kurumunca İncelenen Olguların Yaş ve Cinsiyet Dağılımı

	Yıllar					Test Değ; p
	2002	2003	2004	2005	2006	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
0-1	0 (%0,0)	1 (%9,1)	38 (%44,7)	69 (%51,9)	74 (%52,1)	
2-4	0 (%0,0)	3 (%27,3)	17 (%20,0)	26 (%19,5)	16 (%11,3)	
5-7	3 (%42,9)	2 (%18,2)	8 (%9,4)	12 (%9,0)	17 (%12,0)	$\chi^2:31,84$ $p:0,010^*$
8-13	2 (%28,6)	2 (%18,2)	12 (%14,1)	19 (%14,3)	18 (%12,7)	
14-18	2 (%28,6)	3 (%27,3)	10 (%11,8)	7 (%5,3)	17 (%12,0)	
Erkek	2 (%100,0)	4 (%66,7)	41 (%54,7)	85 (%71,4)	80 (%63,0)	
Cins. Kız	0 (%0,0)	2 (%33,3)	34 (%45,3)	32 (%26,9)	45 (%35,4)	$\chi^2:9,102$ $p:0,334$
Tespit edilemeyen	0 (%0,0)	0 (%0,0)	0 (%0,0)	2 (%1,7)	2 (%1,6)	

Yüzdeler sütüne göre verilmiştir.

Çocukların yaşları ile yıllara göre kusur oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmektedir ($p<0,05$); 2004 yılından itibaren 0–1 yaş arasında olgu bildirimini anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır. Yıllara göre olgu sayısı artmaktadır. İncelenen yıllara göre olguların cinsiyet dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). Cinsiyet açısından 2002 yılı ve tespit edilemeyen 4 olgu göz ardı edilerek anlamlılık değerlendirildiğinde dahi hasta cinsiyetleri arasında anlamlı bir ilişki izlenmemiştir ($p>0,05$). (**Tablo 9**)

Tablo 10: Çocuk Olgularda Yıllara Göre Şikâyet Edilen Sağlık Personelinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımı(N=217)

Şikâyet edilenin cinsiyeti	Yıllar					Test Değ; p
	2002	2003	2004	2005	2006	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Erkek	1(%100,0)	5 (%83,3)	30 (%44,8)	38 (%66,7)	53 (%61,6)	$\chi^2:31,49$ $p:0,002^{**}$
Kadın	0 (%0,0)	1 (%16,7)	11 (%16,4)	16 (%28,1)	23 (%26,7)	
Bilinmeyen	0 (%0,0)	0 (%0,0)	6 (%9,0)	0 (%0,0)	2 (%2,3)	
Kadın/Erkek	0 (%0,0)	0 (%0,0)	20 (%29,9)	3 (%5,3)	8 (%9,3)	
Beraber						

χ^2 :Ki kare test
** p<0.01

Yıllara göre şikâyet edilen sağlık personelinin cinsiyetleri açısından, 2004 yılında bayan ve erkeğin beraber şikâyet edilme oranları diğer yıllara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (p<0,01). 2002 yılı ve belirlenemeyen olgular dışlanarak yapılan anlamlılık değerlendirmesinde dahi kadın ve erkek sağlık personelinin şikâyet edilmesi arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir (p>0,05). Ancak yüzde olarak erkek personelin şikâyet edilme oranları genel olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 10).

Tablo 11: Çocuk Olgularda Yıllara Göre Sadece Kurum Kusuru İddia edilen Kararının Dağılımı(N=38)

		Yıl					Test Değ; p
		2002	2003	2004	2005	2006	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Kurum kusuru	Kusurlu	-	1 (%33,3)	2 (%40,0)	1 (%10,0)	3 (%15,0)	$\chi^2:3,57$ $p:0,734$
	Kusursuz	-	2 (%66,7)	3 (%60,0)	8 (%80,0)	14 (%70,0)	
	Belirtilmeyen	-	0 (%0,0)	0 (%0,0)	1 (%10,0)	3 (%15,0)	

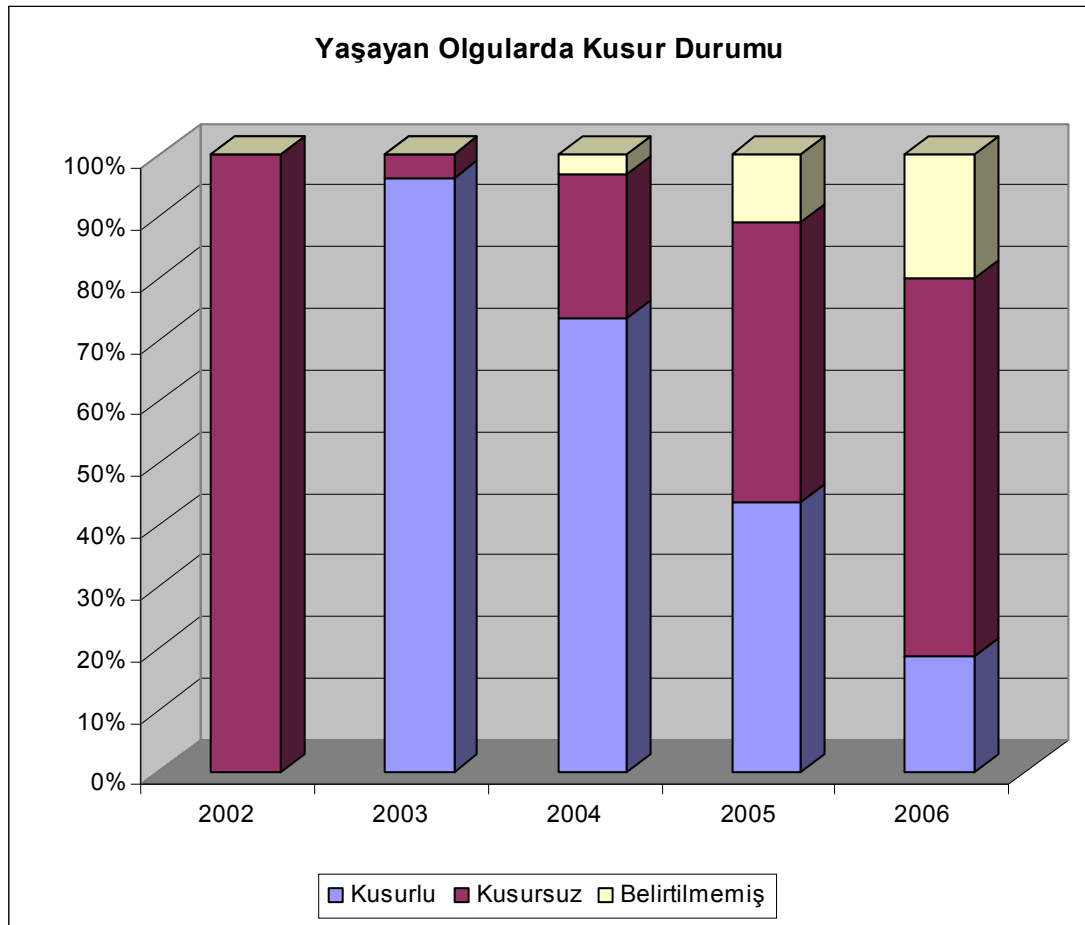
p>0,05

Kurum kusurluluk oranları yıllara göre anlamlı artış göstermemektedir (p>0,05). Belirlenemeyen 4 olgu göz ardı edilerek yapılan değerlendirmede de kurum kusurunda yıllar arasında anlamlı değişim görülmemiştir (p>0,05) (Tablo 11).

Tablo 12: Yaşayan 0–18 Yaş Arasındaki Olgularda Kusurluluk Oranlarının Yıllara göre Dağılımı (N=159)

Yaşayan Olgularda Karar	Yıl					Test Değ; P
	2002	2003	2004	2005	2006	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Kusurlu	0 (%0,0)	2 (%50,0)	15 (%46,9)	14 (%28,0)	10 (%14,1)	$\chi^2:16,95$ $p:0,031^*$
Kusursuz	2 (%100,0)	2 (%50,0)	15 (%46,9)	29 (%58,0)	46 (%64,8)	
Belirtilmeyen	0 (%0,0)	0 (%0,0)	2 (%6,3)	7 (%14,0)	15 (%21,1)	

* $p<0.05$



Grafik 8: Yıllara Göre Yaşayan Çocuk Olgularda Kusurluluk Oranlarının Dağılımı

2002–2006 yılları arasında incelenen 159 yaşayan olgunun kararları arasında kusurluluk yönünden istatistiksel olarak 2004 yılından itibaren kusurlu oranlarındaki düşüş, kusursuz oranlarındaki artış anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). 2002 yılı, belirtilmeyen olgular ve altı aylık veri eksikliği bulunan 2006 yılı olguları göz ardı edildiğinde 2003–2004–2005 yılları arasında kusur kararları arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$) (**Tablo 12, Grafik 8**).

Tablo 13: Olguda Gelişen Olumsuz Sonucun Yıllara göre Dağılımı (N=360)

Sonuç	Yıllar*			Test Değ; p
	2004	2005	2006	
	n (%)**	n (%)	n (%)	
Ölümlü	45 (%52,9)	79 (%59,4)	69 (%48,6)	$\chi^2:98,83$ <i>p:0,132</i>
Kalıcı sakatlık	22 (%25,9)	29 (%21,8)	49 (%34,5)	
Kalıcı olmayan sakatlık	3 (%3,5)	4 (%3,0)	9 (%6,3)	
Diğer***	15 (%17,6)	21 (%15,8)	15 (%10,6)	

p>0,05

*Ölümlü olgulara 2003 yılının son aylarına kadar 1.İhtisas Kurulu tarafından bakıldığından bu tabloda 2004–2005–2006 yılları değerlendirilmiştir.

**Yüzdeler sütuna göre % 100 üzerinden verilmiştir.

***Diğer seçeneği dosyalardan ayırt edilemeyen verileri içermektedir.

Yıllara göre olguda meydana gelen olumsuz sonuçların dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 14: Ölümlü Olgularda Otopsi Durumuna Göre Karar Dağılımı (N=167)

Ölümlü Olgularda Karar	Otopsi Durumu			Test Değ; p
	Otopsi Yapılmış	Otopsi Yapılmamış	Belirsiz	
	n (%)*	n (%)	n (%)	
Kusurlu	32 (%24,1)	6 (%21,4)	1 (%16,7)	$\chi^2:1,211$ <i>p:0,876</i>
Kusursuz	78 (%58,6)	16 (%57,1)	3 (%50,0)	
Belirtilmemiş	23 (%17,3)	6 (%21,4)	2 (%33,3)	

p>0,05

*Yüzdeler sütuna göre % 100 üzerinden verilmiştir.

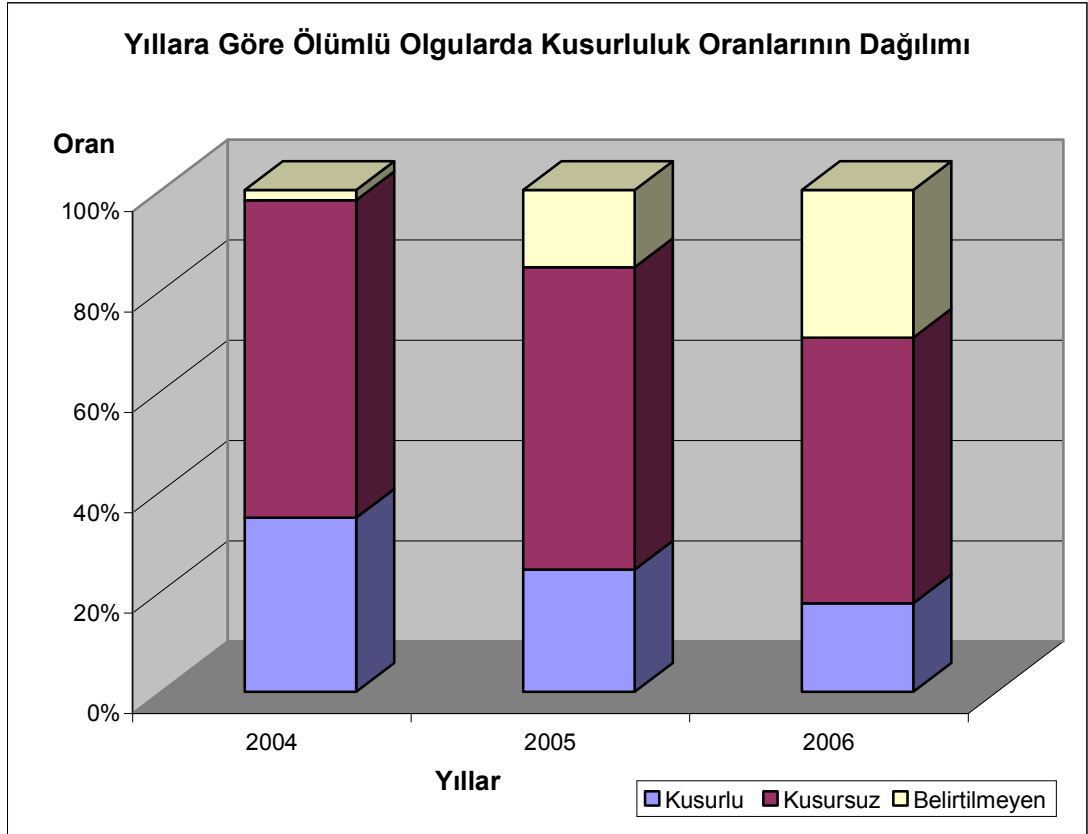
Çocuklara yapılan tıbbi müdahaleler sonucu ölümlü olguların otopsi durumuna göre kararlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). Ancak otopsi yapılan olgulardan 78 olguda kusursuz, 32 olguda kusurlu bulunma durumu otopsinin önemi açısından fikir verici niteliktedir. Otopsi durumu ve kusurluluk durumu belirlenemeyen olgular dışlanarak yapılan değerlendirmede de çocuklar açısından otopsinin kararlar üzerindeki etkisinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 15: Ölümlü Çocuk Olgularda Kusurluluk Oranlarının Yıllara Göre Dağılımı(N=195)

Ölümlü Olgularda Karar	Yıl			Test Değ; <i>p</i>
	2004	2005	2006	
	n (%)*	n (%)	n (%)	
Kusurlu	17 (%34,7)	19 (%24,4)	12 (%17,6)	$\chi^2:16,74$ <i>p:0,002</i>
Kusursuz	31 (%63,3)	47 (%60,3)	36 (%52,9)	
Belirtilmeyen	1 (%2,0)	12 (%15,4)	20 (%29,4)	

p<0.01

* Yüzdeler sütuna göre % 100 üzerinden verilmiştir.

**Grafik 9: Ölümlü Çocuk Olgularda Kusurluluk Oranlarının Yıllara Göre Dağılımı**

2004–2006 yılları arasında bakılan 195 ölümlü olgunun kararları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0,01$); yıllar ile beraber kusurlu oranlarındaki düşüş, kusursuz oranlarındaki artış anlamlı bulunmaktadır (Tablo 15, Grafik 9).

4.3. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. Uzmanlık Alanındaki Olguların Değerlendirilmesi

Tablo 16: Çocuk Uzmanı Kusur Durumunun Olgu Tiplerine Göre Dağılımı (N=97)

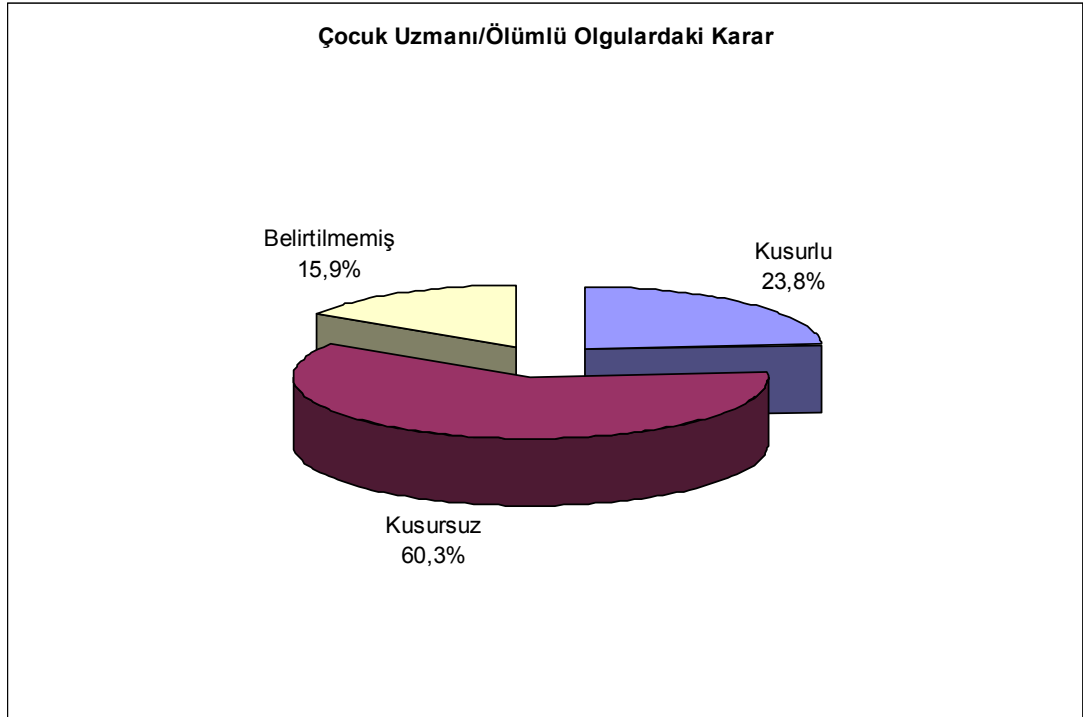
Olgu Tipi	Çocuk Uzmanı Kusur Durumu			Test, Değ; p
	Kusurlu n (%)*	Kusursuz n (%)	Belirtilmeyen n (%)	
Ölümlü	15 (%23,8)	38 (%60,3)	10 (%15,9)	
Kalıcı sakatlık	3 (%13,0)	16 (%69,6)	4 (%17,4)	$\chi^2:5,11$
Kalıcı olmayan sakatlık	1 (%100)	0 (%0,0)	0 (%0,0)	$p:0,529$
Diğer**	3 (%27,3)	7 (%63,6)	1 (%9,1)	

$p>0,05$

*Yüzdeler satıra göre % 100 üzerinden verilmiştir.

**Diğer seçeneği zarar olmayan vakaları içermektedir.

Olgu tiplerine göre çocuk uzmanı kusur durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p>0,05$). Belirtilmeyen olgular, diğer olgular, kalıcı olmayan sakatlıklar göz ardı edilerek yapılan değerlendirmede; Ölümlü ve Kalıcı sakatlık durumlarının kusurluluk kararları ile olan ilişkisinde istatistikî yönden anlamlı ilişki görülmemiştir. (Tablo 16)



Grafik 10: Ölümlü Olgularda Çocuk Uzmanı Kusur Durumunun Dağılımı

Ölümlü 63 olguda Çocuk Uzmanı % 25' inde kusurlu; % 57,8' inde kusursuz ve %17,2' sinde belirtilmemiştir. Çocuk uzmanı kusur durumuna göre ölümlü olgulardaki karar durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0,01$); Kusursuz bulunma oranı diğerlerinden anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır. (**Grafik 10**)

Tablo 17: Çocuk Uzmanı Kusur Durumunun Otopsi Durumuna Göre Dağılımı(N=61)

Kusur Durumu	Otopsi Durumu			Toplam	Test Değ; <i>p</i>
	Otopsi Yapılmış	Otopsi Yapılmamış	Belirsiz		
Kusurlu n (%)	15 (%93,8)	0 (%0,0)	1 (%6,3)	16 (%100)	$\chi^2:4,016$ <i>p:0,404</i>
Kusursuz n (%)	29 (%82,9)	5 (%14,3)	1 (%2,9)	35 (%100)	
Belirtilmeyen n (%)	7 (%70,0)	2 (%20,0)	1 (%10,0)	10 (%100)	

$p>0,05$

Otopsi durumuna göre Çocuk Uzmanı kusur durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). Ancak otopsi yapılan toplam 51 olgudan 15' i (%29,4' ü) kusurlu bulunmuştur (**Tablo 17**).

Tablo 18: Hasta Yaşlarına Göre Çocuk Uzmanı Kusur Durumu Dağılımı(N=97)

Çocuk Uzmanı Kusur Durumu	Hasta Yaşı					Test Değ; <i>p</i>
	0–1 yaş	2–4 yaş	5–7 yaş	8–13 yaş	14–18 yaş	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Kusurlu	10 (%17,2)	6 (%30,0)	2 (%22,2)	2 (%33,3)	2 (%50,0)	$\chi^2:7,95$ <i>p:0,438</i>
Kusursuz	37 (%63,8)	14 (%70,0)	5 (%55,6)	4 (%66,7)	1 (%25,0)	
Belirtilmeyen	11 (%19,0)	0 (%0,0)	2 (%22,2)	0 (%0,0)	1 (%25,0)	
Toplam	58 (%100)	20 (%100)	9 (%100)	6 (%100)	4 (%100)	

$p>0,05$

Hasta yaşlarına göre çocuk uzmanı kusur durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir ($p>0,05$). Yaşı tespit edilemeyen olgular dışlanarak değerlendirildiğinde dahi yaş grupları arasında kusurluluk yönünden istatistikî anlamlı ilişki görülmemiştir (**Tablo 18**).

Tablo19: Çocuk Uzmanlarının Kusur Nedenlerine Göre Dağılımları

Kusur Nedeni*	Kusurlu
	n (%) **
Onam Alınmaması	0
Hasta-Hekim İletişimsizliği	0
Takipte Özen Eksikliği/Yetersizliği	3 (33,3)
Eksik Muayene/ Özensiz Muayene	2 (100)
Konsültasyon İstememek	5 (100)
Gereken Sağlık Kurumuna Sevk Etmemek	3 (60,0)
Gerekli Tetkikleri Yapmamak/Gerekli Grafileri İstememek	1 (33,3)
Yatması Gereken Hastayı Yatırmayıp Evine Göndermek	4 (66,6)
Doğru Teşhis Koymamak/ Doğru Tedavi Vermemek	1 (100)
Çağırma Zamanında Uymamak	1 (100)
Dikkatsizlik/ Tedbirsizlik	0
Meslekte Acemilik/Yetersizlik	1 (100)
Komplikasyon/ İlaç Alerjisi	1 (10,0)
Hasta Sahiplerinin Kendinden Kaynaklanan Nedenler	0
Hastanın Sonuçtan Tatmin Olmaması	0
TOPLAM	22 (42,3) **

*Bilirkişi görüşünde geçen kusur nedenleri dikkate alınmıştır.

**Aynı nedenden dolayı değerlendirilip kusurlu bulunma oranı verilmiştir.

***Çocuk Sağ. ve Hst. Uzmanı kusur durumu değerlendirilen toplam 97 olgu üzerinden kusurlu bulunma yüzdesi verilmiştir.

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlarından kusurlu bulunan toplam 22 olgu üzerinden kusur nedenleri değerlendirildiğinde, “**Konsültasyon İstememek**” neden kategorisinde toplam iddia edilen sayı üzerinden % 100’ ü kusurlu, “**Yatması Gereken Hastayı Yatırmayıp Evine Göndermek**” neden kategorisinden % 66,6’ sını kusurlu, “**Gereken Sağlık Kurumuna Sevk Etmemek**” nedeninden % 60’ ını kusurlu bulunmuştur (Tablo 19).

V-TARTIŞMA VE SONUÇ

Günümüzde, Hasta haklarının tüketici hakları olarak değerlendirildiği bir ortamda, sağlık sektörü de hizmet sektörü olarak görülmektedir. Sağlık sisteminin müşteri-hizmet veren ilişkisi açısından değerlendirilmesi ve hasta haklarının medyatik bir malzeme oluşu, nedeniyle tıbbi uygulama hatası iddiaları son yıllarda öne çıkarak gündeme oturmuştur (75, 76)

Bu çalışmayı kapsayan 2002–2006 yılları arasında bilirkişi görüşü oluşturmak üzere ATK' na gönderilen, 3. İhtisas Kurulunca tıbbi uygulama hatası yönünden değerlendirilen 1458 olgu ve bunların içinden 378 çocuk olgu ve 97 Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık alanındaki olgular farklı açılardan retrospektif olarak değerlendirilmiştir. 2003 Eylül ayına kadar ölümlü olgulardaki kusur tayinini 1. İhtisas Kurulu belirlediği için ve bu kurulun arşiv bilgileri taranmadığından ayrıca 3. İhtisas Kurulunun bazı araştırma ciltlerine de ulaşamadığından çalışmamızda kullanılan veriler ATK' nın tıbbi hata yönünden değerlendirdiği tüm kararları içermemektedir. Ayrıca ATK, Türkiye'deki tek bilirkişi kurumu olmadığından, veriler toplam Türkiye Tıbbi Uygulama Kusur miktarını göstermemektedir. Sağlık Bakanlığı internet sitesinde YSS' nca değerlendirilen iddiaların istatistiklerini yayınlamaktadır. Sağlık Bakanlığınca ve/veya Adalet Bakanlığınca tıbbi kusur takibi için özel bir program olmadığından toplam rakamın belirlenmesi mümkün olamamıştır. Ancak münferit çalışmalar ile münferit bilirkişi/kurumların istatistiklerine ulaşılabilir. ABD' de bulunan National Practitioner Data Bank (NPDB) yıllık olarak Medikal Malpraktis verilerini duyurmakta ve bu alanda yapılacak çeşitli çalışmalara ışık tutmaktadır.

Dr. Büken' in (30) tez çalışmasında 1990–2000 yıllarında ATK 1. ve 2. İhtisas Kurullarınca Tıbbi Uygulama Hatası İddiasıyla incelenen genel olgu sayısını 636, çocuk olgu sayısı ise 24 olarak gösterilmiştir (2, 77). 1995–2000 yılları arasında ceza mahkemelerinden YSS' na gelen dosya sayısı 1077 olup Çocuk Sağ. ve Hst. alanında ise 55 dosya incelenmiştir (2, 78). 2000–2006 yılları arasında YSS' na gönderilen dosya sayısı ise 1006 olup Çocuk Sağ. ve Hst. alanında ise 70 olgu değerlendirilmiştir (79). 2002–2006 yılları arasında TTB tarafından meslekten geçici men cezası alan hekim sayısı 176 dır (80). *Dr Samarkandi* (81) bir çalışmasında, Suudi Arabistan da tıbbi kusur iddialarındaki önemli artışa değinmiştir. *Av. Naeyaert* bir makalesinde (82); Belçika'da her yıl yaklaşık 2000 adet tıbbi kusur şikâyeti alınmakta olduğu, bunların % 20 sinin yargıya gittiği ve yargıya gidenlerin % 17 sinin de tazminatla sonuçlandığını belirtmiştir. *Dr. Sandauer'* in bir makalesinde (83) ; Polonya tabipler odasına yılda ortalama 2000 şikâyet geldiği ve 2000 yılında da 142 davada hekimin kusurlu bulunduğu değinilmiştir. Sigorta uzmanı olan *Amberson* uzak Doğu ile ilgili seminerinde (84); Hong Kong Tıp Konseyi verilerine göre, 2001 yılından 2005 yılına kadar olan süreçte tıbbi hata başvurularında % 96 artış olduğunu dile getirmiştir. National Practitioner Data Bank (NPDB) 2006 yılı verilerine göz atıldığında (85), 2004 yılına göre 2005 yılında bildirilen tıbbi hata sayısı % 2.2 oranında daha az, 2006 yılında bildirilen tıbbi hata sayısı ise 2005 yılına göre % 8.3 oranında daha az sayıdadır. Görüldüğü üzere Amerika Birleşik Devletleri' nde (ABD) tıbbi uygulama hatalarında düşüş rapor edilmiştir. 2000 yılından itibaren mesleki mesuliyet sigortası primlerindeki artış nedeniyle tıbbi uygulama hataları hem eyalet hem federal düzeyde önemli yer tutmuş ve Haziran 2005 te 27 eyalet, Medikal Malpraktis reformlarını kanunlaştırmayı kabul etmiştir (86). Bu

reformların tıbbi hata davalarında azalmaya neden olabileceği değerlendirilmektedir. Bizim çalışmamızda genel olgu sayısı 1458, sadece Çocuk Uzm. Dr. ile ilgili olgu sayısı 97 olduğu göz önüne alınırsa 2000 yılından 2006 yılına kadar olan artışın dikkate değer olduğu açıktır. Hekim başına düşen hasta sayısı 2002 yılında 4708 iken 2006 yılında 4380 e düşmüş ama tıbbi uygulama hata sayısı giderek artmıştır²⁰ (Tablo 1 ve 4).

2006 yılında ABD’ de tıbbi uygulama hatası nedeniyle rapor edilen vakaların % 79’ u hekim, % 10,3’ ü diş hekimi, % 10,72 si ise diğer sağlık çalışanlarıdır (% 9,2’ si hemşire). Bu yüzdeler diğer yıllara göre çok büyük farklılık arz etmemektedir (114). Suudi arabistanda 1999-2003 yıllarını kapsayan *Dr. Samarkandi*’ nin çalışmasında (81); dava edilen sağlık gruplarından en düşük olanı diş hekimleri (% 2.5) olarak tespit edilmiştir. *Dr. Wallensten*’ in bir makalesinde (87); İsveç’ te yıllık yaklaşık 3000 tıbbi kusur şikâyeti ile karşılaştığı bunların % 70’ i hekim % 30 ‘ diş hekimi, hemşire ve diğer sağlık personeli olduğuna değinilmiştir. *Dr. Büken*’ in tezinde (30) Kadın Hst. ve Doğum alanındaki hastalara müdahale eden hemşire-ebe meslek grubunun yüzdesi ise 22,5 tir. Bizim araştırmamıza dahil edilen genel verilerin % 86,16’ sı hekim, % 1,18’ i diş hekimi, % 12,66’ sı diğer sağlık personelidir. Genel olgular içinde hemşire-ebe grubu % 11,48 iken çocuklara müdahale eden meslek grupları arasında % 13,94 tür. Türkiye’ de diş hekimlerinin dava edilme oranının ABD’ne göre çok düşük olduğu görülmektedir. Bu da diş hekimlerinin müdahalelerinin büyük kısmının ölümcül sonuçlar içermemesine bağlanabileceği kanısındayız (Tablo 3).

Dr. Samarkandi’ nin çalışmasında (81); 1999-2001 yılları arasında en çok kusur iddiası başkent Riyad bölgesinden gelmiştir. 2002–2006 Yılları arasında çocuklara yapılan tıbbi uygulamalardaki kusur iddiasıyla Adli Tıp Kurumu’na gönderilen ve bu çalışmaya alınan olguların şehirlere göre dağılımı incelendiğinde her ne kadar olgu sayısı en fazla İstanbul’ da görülse de nüfusa oranlandığında²¹ en fazla hatanın Iğdır ilinde yapıldığı, İstanbul’ un ise 19. sırada yer aldığı görülmüştür. Tıbbi uygulama hatası genel veritabanı ülkemizde bulunmadığından bu sıralamanın Türkiye gerçeğini yansıtmadığı bu alanda yapılacak başkaca çalışmalarla belirlenebilecektir (Tablo 5 ve 5a, Grafik 4).

Dr. Baydar’ ın (88) ve *Dr. Büken*’ in (30) uzmanlık tezi çalışmalarında, 1990–2000 Yıllarında ATK’ na gönderilen dosyaların tıp dallarına göre dağılımında, Kadın Hst. ve Doğum uzmanlık alanının sayı bakımından en fazla olduğu, YSS’ na gönderilen dosyalarda da aynı uzmanlık dalının ilk sırada yer aldığı belirtilmiştir. Çocuk Sağ. ve Hst uzmanlık alanı aynı çalışmada ATK verilerine göre 11. sırada, YSS verilerine göre 9. sırada yer almaktadır. *Tüzün ve arkadaşlarının* çalışmasında (89), Kadın Hst. ve Doğum uzmanlık alanı sayı bakımından ilk sırada yer almaktadır. *Hirvensalo*’ nun bir makalesinde (90); Finlandiya’ da Hasta Sigorta Merkezine yılda ortalama 7000 başvuru olduğu, bunların 2000 kadarına tazminat ödendiği ve ortopedi uzmanlık alanının ilk sırada yer aldığı bildirilmiştir. *Dr Samarkandi*’ nin (81) Suudi Arabistan National Medico-Legal Committee (MLC)’ nin kayıtlarını inceleyerek ortaya koyduğu araştırmasında; tıbbi kusur nedeniyle şikayet edilme oranları, Kadın Doğum uzmanlık alanının birinci sırada (%27), Pediatristlerin ise % 10 ile daha sonlarda yer aldığı belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda Kadın Hst. ve Doğum uzmanlık alanı ilk

²⁰ Hekim başına düşen hasta sayısı verileri Sağlık Bakanlığı internet sitesinden alınmıştır. <http://www.saglik.gov.tr/TR/istatistik/2006/tablo6-7.htm> (Erişim Tarihi: 29.06.2008)

²¹ 2007 Nüfus Sayımı verilerine göre

sırada, hemşire ve ebeler 2. sırada, Çocuk Sağ. ve Hst uzmanlık alanı ise 6. sırada yer almaktadır. Çalışmaların yılları dikkate alındığında, Çocuk Sağ. ve Hst uzmanlık alanında değerlendirilen tıbbi uygulama hatası iddialarında artış gözlenmektedir (Tablo 3)

Dr. Samarkandi' nin araştırmasında (81); tıbbi kusur iddialarının en çoğu Suudi Arabistan Sağlık Bakanlığına bağlı olan sağlık birimlerinden ve ikinci sırada özel sektörden geldiğine dikkat çekilmiştir. *Dr. Çankaya' nın uzmanlık tezinde* (91); 1987–1990 yılları arasında YYS tarafından düzenlenmiş hekim kusuru içeren dosyalar taranmış ve hata iddiası içeren uygulamaların en çok devlet hastanelerinde gerçekleştirildiği, ikinci sırada SSK hastaneleri, üçüncü sırada serbest hekimler yer almaktadır. *Dr. Büken' in tezinde* (30), Kadın Doğum verilerinin % 40,1' i devlet hastaneleri, % 18,6' sı özel hastane, %14,9' u SSK hastaneleri kaynaklıdır. *Dr. Baydar' ın tezinde* (88) değerlendirilen ortopedik olguların % 48,15' i devlet hastanelerinde, % 20,37' si SSK hastanelerinde, %11,11' de özel hastanelerde tedavi görmüşlerdir. Bizim çalışmamızda, hatalı uygulama yapıldığı iddia edilen çocuk hastaların % 39,7' si devlet hastanelerinde, % 16,4' ü özel hastanelerde, %13' ü SSK hastanelerinde tedavi görmüştür. *Dr. Çankaya' nın araştırmasını yaptığı yıllarda* özel hastaneler çok yaygın olmadığından sıralamanın ilk üçü arasında yer almamaktadır. Özel hastanelerden gelen tıbbi hata iddialarındaki artış dikkate değerdir. Hastaların ücreti karşılığı tedavi gördüklerinde sonuçtaki beklentilerin yüksek olması malpraktis davalarına yönelmeyi artırmakta olduğu değerlendirilmiştir. 2005 yılında SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığına devredildiğinden bu tarihten sonra tıbbi hata iddialarının devlet hastanelerindeki yüzdesinin daha da artacağı beklenmektedir. Ancak devlet hastanelerinde bakılan hasta sayısı diğer hastane ve sağlık birimlerinden fazla olduğu için hata sayısı ile değil de hata oranı ile değerlendirildiğinde; çalışmamızda çocuk hastalara yapılan müdahale yerleri bakımından özel hastanelerin birinci sırada, üniversite hastanelerinin ikinci, SSK + devlet hastanelerin üçüncü sırada yer aldığı görülmektedir. Bahse konu diğer tez çalışmalarında bakılan hasta sayılarına göre oranlama yapılmadığından karşılaştırma yapılamamış ancak hata sayısı bakımından tüm çalışmalarda devlet hastaneleri ilk sırada yer almıştır (Tablo 6 ve 6a, Grafik 5 ve 5a).

Eran Kozer ve arkadaşlarının (92) gerçekleştirdiği bir uygulamalı pediatrik resisütasyon incelemesinde; 8 ayrı sorun, 8 farklı yaş aralığındaki hastalara 20 hekim ve 15 hemşirenin katılımıyla sahte resisütasyon sahnesi ayarlanmış, 8 vakanın 7 sinde medikasyon hatası yapıldığı görülmüştür. Pediatrik acil servislerde ilaç uygulama hataları çok yaygın görülmekte ve resisütasyonun her aşamasında sıklıkla rastlanmaktadır. ABD' de, 1985–2000 yılları arasında tamamı sonuçlandırılmış acil servis kaynaklı pediatrik malpraktis davaları incenerek 2005 yılında yayınlanan bir çalışmada; davalıların % 19' u pediatrist olarak saptanmış, en yaygın hata %39 oranı ile hatalı teşhistir. Hekimlerin % 66' sı daha önce en az bir defa dava edilmiş olup, en çok dava edilen hastalıklar ise menenjit, apandisit, kol kırıkları ve testis torsiyonudur (93). Bizim çalışmamızda; çocuklara yapılan ve kusurluluk yönünden değerlendirilen tıbbi uygulamaların gerçekleştirildiği bölümlere göre bulgularımız; ilk sırada acil servis, ikinci sırada klinik, üçüncü sırada ameliyathane ve dördüncü sırada doğumhane yer almaktadır. (Tablo 7, Grafik 6)

Dr. Jagdish Singh (94) tarafından Hindistan' da yapılan bir çalışmada, 202 tıbbi ihmal iddiası ile açılan davada 6 (%3) pediatrist davalı olarak gösterilmiştir . 1973 yılında ABD' de yayınlanan *Report of the Secretary's Commission on Medical Malpractice' e* göre 1970 yılı içerisinde pediatristlerin % 2,3' ü dava edilmiştir (94). *Carroll ve Buddenbaum' un* bir makalesinde (96); 1985–

2005 yılları arasında tıbbi hata davalarının % 2.97 oranında pediatri uzmanlık alanından geldiği ve 28 uzmanlık alanı içerisinde 10. sırada yer aldığı belirtilmektedir. Bizim çalışmamızda 1458 dava içerisinde 97 (%6), çocuklarla ilgili davalarda da %21,13 oranında pediatrist davalı olarak gösterilmiştir (Tablo 3 ve 8).

Meslekte yeterlilik ile dava edilme olasılığı arasında negatif bir korelasyon vardır. Yetkili bir uzmanın dava edilme ihtimali, pratisyen hekimin dava edilme ihtimalinden daha yüksektir. Yeterli ve yetkili uzmanlar daha komplike ve daha ağır operasyonlara müdahale ettiklerinden, diğerleri daha az komplike ve daha yaygın bilinen müdahaleleri yaptıklarından uzmanların dava edilme ve daha çok tazminat istemiyle yüz yüze kalma ihtimalleri fazladır (95). Bizim verilerden değerlendirilen genel dosyaların % 55,2' si uzman, % 6,92' u pratisyen hekimdir. Sonuçlar literatür ile uyumludur (Tablo 2).

Birçok hekimin inanmak istediği gibi hatalı tıbbi uygulama davaları her zaman kapris sonucu ve temelsiz değildir. ABD' de tıbbi hataların sonucunda yaklaşık olarak % 18 ölüm, % 19 kalıcı hasar, % 63 geçici hasar ve psikolojik etki meydana gelmektedir (95). *Dr. Brown'* in başka bir çalışmasında da (97) çocuk hastalarda tıbbi hata nedeniyle ölüm oranı % 15,23 ve kalıcı sakatlık oranı ise % 27,62 olarak gösterilmiştir. İngiltere' de National Patient' s Safety Agency (NPSA)' nin 2005 yılında yaptığı tıbbi hataların epidemiyolojik olarak taranması çalışmasında; ortalama tıbbi kusur oranını % 10, bu kusurlara bağlı % 0.5 sonucun ölüm olduğu, % 0.5 sonucun da ciddi sakatlıklar olduğu belirtilmiştir (98). Bizim çalışmamızda, çocuk hastalar üzerinden yorumlanan 2006 yılına ilişkin verilerde; ölümlü olgulardan kusurlu bulunan olgu oranı % 17,6 ve yaşayan olgulardan kusurlu bulunanlar % 14,1' tür. Bunlardan çocuk hekiminin kusurlu bulunması, ölümlü olgularda % 23,8 ve yaşayan olgularda % 4 tür. Sonuçlar arasında büyük bir fark gözlenmemektedir (Tablo 12, 15 ve 16).

Dr. Brown' in 105 tıbbi hata olgusu (çocuklara yapılan uygulamalar neticesinde) üzerinden 1974 yılında yaptığı çalışmada (97), % 22 olgunun “yenidoğan” olduğu, yenidoğan uzmanlarının anoksi²² ve onun ciddi sekelleri ile uğraşmak zorunda olduklarını vurgulamıştır. *Dr. Selbst ve ark.'* nin araştırmasında (93) ise, acil serviste tedavi sonucu hataya maruz kalan çocukların % 47' si 2 yaşın altındadır. *Dr. Miller ve Dr. Zhan'* in bir çalışmasında (99); 200 yılı içerisinde, 27 eyalette, 19 yaş altındaki hastalara ait 5.7 milyon veri incelenmiş, hasta güvenliğini etkileyen faktörler nedeniyle 200 yılı içerisinde 4483 adet yatan çocuk hasta kaybedilmiştir. 1 yaş altı ve fakir olanların tıbbi hataya maruz kalma olasılığı fazla bulunmuştur (99). Bizim çalışmamızda da 0–1 yaş arasındaki olgular, sayı bakımından 2005–2006 yıllarında % 50 civarında olup 0–1 yaş arasındaki bebeklere müdahalede bulunan Çocuk Uzman hekiminin kusurlu bulunma oranı da % 17,2 dir (Tablo 9 ve 18).

Dr. Selbst ve ark.' nin araştırmasında (93); acil serviste tedavi sonucu hataya maruz kalan çocukların % 59' u erkektir. Bu çalışmaya konu olan çocukların 2005 yılında %85' i ve 2006 yılında % 80' i erkektir. Bizdeki erkek çocuk oranının fazlalığı, kültürel yaklaşımla ilgili olabilir. Türk toplumunda özellikle doğu bölgelerde erkek çocuğuna verilen değer neticesinde, erkek çocuklara verilen zararlarda ebeveynlerin dava etme oranının yüksek olması beklenen bir sonuçtur (Tablo 9).

Yeni Zelanda' da 2001–2002 yıllarında yapılan bir çalışmada erkek hekimlerin şikâyet edilme oranı % 77,6 olarak bulunmuştur (p<0.01) (100). Kanada' da yayınlanan bir makalede; kadın ve erkek hekimlerin farklı iletişim tarzları olduğu, kadınların daha az medikal malpraktis davalarının hedefi gösterildiği ve kadınların hastalarına daha çok zaman ayırdıklarından bahsedilmektedir (101).

²² Anoksi: oksijensiz kalma durumu

1992’ de yayınlanan bir araştırmada; 1977–1987 yılları arasında New Jersey’ de erkek hekimlerin 3 kat daha fazla tazminat talebiyle dava edildikleri, kadın hekimlerin hastalarıyla daha çok etkileşim içinde oldukları vurgulanmaktadır (44). Çalışmamızda şikâyet edilen sağlık personelinin 2005 yılında % 66,7 ve 2006 yılında % 61,6 oranlarında erkek olduğu görülmüştür. Tıbbi uygulamayı yapanların cinsiyetleri açısından bulgularımız literatür ile uyumludur (Tablo 10).

Yaycı ve ark.’ nın yaptığı bir çalışmada (102); Antemortem tanılar % 18 olguda otopsi sonrası değişmiştir. Malpraktis iddiası sabit görülüp ceza alan olguların % 20’ sinde olayın ölümle sonuçlandığı bildirilmektedir. Tıbbi uygulama hatalarının değerlendirilmesinde, otopsinin yeri tartışılmaz (103) . *Tüzün ve arkadaşlarının* çalışmasında (89); 1991–1995 yılları arasında ATK. 1 İhtisas Kurulunca kusur oranlarının belirlenmesi istenen olgulardan % 45,8’ ine otopsi yapılmıştır. *Madea ve ark.*’ nın 1989–2003 yıllarını kapsayan Bonn Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsünce (Almanya) malpraktis açısından değerlendirilen 210 olguyu içeren araştırmasında (104); otopsi bulgularının sıklıkla sağlık çalışanlarını malpraktis suçlamalarından kurtardığı yönünde bulgulara ulaşmışlardır . *Dr. Di Nunno ve arkadaşlarının* Bari Üniversitesinde (İtalya) yaptıkları bir araştırmada (105); 1991–2000 yılları arasında tıbbi hata iddiası içeren 364 olgu incelenmiş ve % 30’ unda ölüm sebebi doğrudan medikal malpraktis, % 15’ inde tıbbi hata var ama doğrudan ölüm sebebi bu hata değil, incelenen olguların % 88’ i devlete bağlı sağlık kurumlarında işlem görmüş, tüm olguların %10’ u acil servis kaynaklı, % 52’ si cerrahi branş, bunların % 16’ sı ilk sırada yer alan kadı-doğum alanında ve % 3 ile pediatri 9. sırada yer almıştır. Aynı çalışmada otopsi, tıbbi hata iddialarının % 70’ inde ölümle, yapılan hatanın bağlantılı olmadığını ortaya koymuştur. Bu çalışma İtalya’ da medikal malpraktis vakalarının artışı göstermesi yönünden önemlidir. Bizim çalışmamızda; 110 çocuğa otopsi yapılmış ve şikâyet edilen sağlık çalışanlarından % 58,2’ si kusursuz bulunmuştur (Tablo14). Çocuk hekimleri, otopsi yapıldığı belirlenen 44 olgudan 29’ unda (% 65,91) kusursuz bulunmuşlardır (Tablo 17) .

Dr. Brown’ ın aynı çalışmasında (97); 105 olgunun %27,62’ si tedavi hataları, %20’ si hatalı tanı hataları, %17,14’ ü anoksi ve doğum travması²³ kaynaklı, %15,24’ ü ilaç alerji/komplikasyonu, %6,66’ sı da onam problemleridir. *Michelle M. Mello ve arkadaşlarının* tıbbi hata maliyetlerini araştırdıkları çalışmalarında (106); 1992 yılında Utah ve Colorado eyaletlerinde, 465 hata sonucu gelişen yaralanmaların maliyetleri gözden geçirilmiştir. Araştırmacılar maddi ve maddiyat dışı kayıpları inceleyen bir model kullanarak; hastanede kalış süresinde uzama, yoğun bakımda kalış süresinde uzama, reçete edilen ilaçlar, tıbbi malzeme, fizik tedavi, hemşirelik bakımı, defin masrafları, gelir kaybı, gibi faktörler incelenmiştir. İhmal sonucu yaralananlardan sadece % 3’ ü dava açmış ve bunların yarısı tazminat alabilmişlerdir. İhmale bağlı hatalar; ameliyat hataları en yaygın, sonra ilaç hataları, medikal prosedür hataları, yanlış ve gecikmiş teşhis veya tedavi, doğum öncesi ve sonrası hatalar, anestezi hataları olarak sıralanmaktadır. İngiltere’ de yıllık yayınlanan National Health Service (NHS) 2007 raporunda; Tıbbi hataların % 45 oranla klinik değerlendirme ve/veya verilen tedavi hataları olduğu, % 27’ sinin ise iletişim hataları olduğu bildirilmiştir. Yine aynı raporda personelin % 12’ si sonunda ceza olsa bile yapılan hatayı rapor edeceklerini belirtmiştir (107). *Dr. Suresh ve arkadaşlarının* (108) internet tabanlı veri sisteminden tıbbi hatalar üzerine yaptıkları bir çalışmada; Protokollere uymama % 77.2, dikkatsizlik % 26.9, iletişim problemleri % 22.4, kayıt

²³ Travma: Canlı üzerinde beden ve ruh açısından önemli ve etkili yaralanma belirtileri bırakan yaşantı, bir doku ya da organın yapısını ya da biçimini bozan ve dıştan mekanik bir etki sonucu oluşan yerel yara olarak tanımlanmaktadır.

hataları % 13.4, dalgınlık % 11.8, tecrübesizlik % 10.1, konsültasyon istememek veya ilgili uzmana sevk etmemek %1.2 olarak tespit etmişlerdir. Hong Kong Tıp Konseyi' nin 2006 yılı raporlarına göre; konsey tarafından değerlendirilen şikâyetlerin % 38' i yetersiz tedavi yapmak veya doğru reçete vermemek, % 17' si zamanında teşhis koyamamak veya doğru tavsiye vermemek, % 7' si ameliyat sonucunun yetersiz olması olarak gösterilmiştir (109). Bizim çalışmamızda; kusurlu bulunan 22 pediatriğin kusur nedenlerine göre dağılımı; Takipte özen eksikliği % 13,64 , Eksik muayene % 9,09 , Konsültasyon²⁴ istememek %22,73 , Sevk etmemek % 13,64, tetkik yetersizlikleri % 4,55 , Hastayı yatırmamak %18,18 , Teşhis ve tedavi hatası % 4,55 , Çağrıya uymamak % 4,55 , Meslekte acemilik % 4,55 , İlaç allerji/komplikasyon % 4,55 dir (Tablo 19).

Sonuç olarak;

Tüm veriler değerlendirildiğinde; 2003 yılından itibaren tıbbi hata iddiası içeren olgu sayısında istatistiksel olarak anlamlı artış gözlenmiş ve tıbbi uygulamayı yapanlardan uzman doktorların tıbbi hata iddiası ile karşılaşma oranları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yeterli ve yetkili uzmanlar daha komplike ve daha ağır operasyonlara müdahale ettiklerinden, diğerleri daha az komplike ve daha yaygın bilinen müdahaleleri yaptıklarından uzmanların dava edilme ve daha çok tazminat istemiyle yüz yüze kalma ihtimallerinin fazla olduğu değerlendirilmiştir. Uzmanlık alanlarına ve görevlere göre en yüksek hata iddiasının Kadın-Doğum uzmanlık alanında olduğu, Çocuk Sağ. ve Hst. Uzmanlarının 6.sırada yer aldığı, hekim uzmanlık alanları içerisinde ise pediatriğin 4. sırada olduğu görülmüştür.

Çocuklara ait veriler değerlendirildiğinde; olguların şehirlere göre dağılımlarına bakıldığında sayı bakımından en yüksek hata iddiası İstanbul' da olduğu ancak nüfusa göre ağırlıklı oranlar karşılaştırıldığında Iğdır' ın birinci sırada yer aldığı, 2002–2006 yılları arasında çocuklara yapılan tıbbi uygulamalardaki hata iddiasındaki artış hızı ise nüfus artış hızının yaklaşık olarak üç katı olduğu tespit edilmiştir. Kusur iddiası içeren tıbbi uygulamaların devlet hastanesinde daha fazla olduğu ancak yıllık hasta istatistiklerine göre en çok hastanın devlet hastanelerinin polikliniklerine müracaat ettiği ve ağırlıklı hata oranı incelendiğinde ise en fazla hata iddiasının özel hastane kaynaklı olduğu, en fazla tıbbi hatanın ise acil serviste yapılan tıbbi müdahaleler sonucu olduğu görülmüştür. Olguların büyük bir kısmının acil servis kaynaklı olması prosedürel yaklaşımlara ihtiyaç duyduğumuzu göstermektedir. 2004 yılından itibaren 0–1 yaş arasında olgu bildirimleri anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmış, olguların cinsiyet dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir. 2004 yılında bayan ve erkek sağlık personelinin beraber şikâyet edilme oranları diğer yıllara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. 2004 yılından itibaren kusurlu bulunma oranlarındaki düşüş, kusursuz bulunma oranlarındaki artış anlamlı farklılık göstermektedir. Her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmasa da otopsi yapılan olgulardan 78 olguda kusursuz, 32 olguda kusurlu bulunma durumu otopsinin önemi açısından fikir verici niteliktedir.

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık alanındaki olgular değerlendirildiğinde; Çocuk uzmanı kusur durumuna göre ölümlü olgulardaki karar durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı

²⁴ Konsültasyon: Danışma

farklılık görülmektedir. Çocuk Uzmanları, en çok “konsültasyon istememek, yatması gereken hastayı yatırmayıp evine göndermek, gereken sağlık kurumuna sevk etmemek” nedenlerinde dolayı kusurlu bulunmuşlardır.

Öneriler;

Tıbbi uygulama hatalarından kaynaklanan hukuki sorumluluk ve bundan kaynaklanan adli süreç hizmet veren sağlık kurum ve kuruluşlarına, sağlık çalışanlarına (hekim, hemşire ebe, ve diğer sağlık çalışanı) yöneltilmektedir. Tıbbi uygulamalar sonucunda oluşan istenmeyen sonuçlar hastanın ya da diğer ilgililerin hukuki, idari ya da cezai yargılama süreçlerini başlatmasına neden olabilmektedir. Gerçekleştirilen tıbbi uygulamaların yasal çerçevede kabul edilmesi bu tıbbi uygulamaların doğrudan ya da dolaylı bir tedaviyi amaçlamalarına, yetkili bir kişi tarafından gerçekleştirilmiş olmalarına, hastanın onamına dayalı olmaları, tıp bilimi ve uygulamaların gerektirdiği bilimsel ve yasal sınırlar dâhilinde gerçekleştirilmelerine bağlıdır. Bu bağlamda öneriler kısmı; sisteme, hekim ve diğer sağlık meslek mensuplarına, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarına, bu alanda araştırma yapacak olan araştırmacılara yönelik öneriler, olmak üzere 4 başlık altında sunulmuştur.

➤ Sisteme Yönelik Öneriler:

—**Tıbbi uygulama hatalarının kayıtlarının düzenli olarak tutulacağı bir network sisteminin kurulması:** Bu sistem ayrı olarak kurulabileceği gibi mevcut MEDULA²⁵ sisteminde ayrı bir modül olarak da tasarlanabilir. Bu sisteme bilirkişi görüşü için gönderilen dosyalar, mahkemeler ve savcılık kanalıyla takip edilen dosyalar, dava sonuçları, sigortadan ödenen bedeller gibi bilgiler yetkili kişilerce sisteme işlenmesi ile gerçek rakam ve veriler ortaya konulabilecektir. (ABD’ da bulunan National Practitioner Data Bank bir örnek olabilir.) Buradan elde edilecek veriler araştırmacılara kaynak sağlayacak, bu konuda hazırlanacak yasa tasarılarına yön verecek, en çok hata yapılan uzmanlık alanlarının tespiti ile bunlara karşı alınacak tedbirlerin belirlenmesi sağlanacak ve de sigorta şirketlerine mesleki mesuliyet sigortası primlerinin adil bir şekilde belirlenmesine ışık tutacaktır.

—**Tıbbi Uygulama Hatası Uzlaşma Üst Kurulları teşkil edilmesi:** Tarafların mahkemeye başvurmadan önce bu kurula başvurarak çözüm aramaları ve uzun süren mahkeme süreci yerine uzlaşma sağlanıp zaman ile para tasarrufunun sağlanması mümkün olabilecektir.

—**Sağlık Hukuku Mahkemelerinin Kurulması:** Ayrı bir ihtisas mahkemesi kurularak hem sürecin kısaltılması hem de tıp literatürüne aşına olan hâkimlerin sağlık hukuku alanındaki davalara bakmasının sağlanması mümkün olabilecektir.

—**Sağlık çalışanlarının düzenli hizmet içi eğitimi verilmesi:** Sağlık çalışanlarının sadece mesleki konularda değil aynı zamanda hastalara yönelik davranışları konusunda da sürekli hizmet içi eğitimler düzenlenmeli ve usulüne uygun gerçekleştirilmelidir. Yönetimin de uygun personel seçimi ve eğitimi konusunda sorumluluğu olduğu unutulmamalıdır (94).

²⁵ Medula, MED(ikal) ULA(k) sözcüklerinden oluşmaktadır. Medikal haberci anlamına gelmekte olup web servisleri aracılığı ile genel, basit iletişim protokolünü desteklemektedir. <http://makrobakis.com/pdf/icerik/turkiye.pdf> (erişim Tarihi: 22.07.2008)

—**Adli Bilimler dersinin müfredata konulması:** Tıp Fakültelerinde ve Hemşirelik Yüksekokullarında “Adli Bilimler” dersinin okutulmasının sağlanması ile öğrencilere tıbbi bakış yanında hukuki bakış ta kazandırılmasının faydalı olacağı değerlendirilmektedir.

—**Meslek derneklerinin meslek standartlarını belirlemesi:** Uzmanlık dernekleri, kendi alanlarında teşhis ve tedavi protokollerini standart hale getirerek kendi mensuplarına yol gösterici olması ve hukuki uyumsuzlukları en aza indirmesi beklenebilir. “İhtiyatlı ortalama hekim” kavramını tanımlanması mahkemelerin adil bir karar vermesine yardım edecektir.

—**Otopsi yapılmasını artırıcı yönde çalışmalar yapılması:** Otopsi yapılması zorunlu olmayan durumlarda bile otopsiye izin vermesi konusunda aileye gerekli açıklama yapılarak ilerde çıkabilecek hukuki uyumsuzluklara ışık tutacaktır.

—**Adli Tıp Kurumu ve Yüksek Sağlık Şurası’ na bir hemşire üye görevlendirmesinin yapılması:** Adli Bilimler veya Adli Hemşirelik Uzmanı hemşirelerden en az biri bu kurullarda görevlendirilirse etik açıdan uygun olacağı değerlendirilmektedir.

➤ **Hekim ve Diğer Sağlık Meslek Mensuplarına Yönelik Genel Öneriler:**

—**Kayıtların usulüne uygun tutulması:** İyi bir dokümantasyonun hekimin faydasına olacaktır. İyi bir kayıt; hastanın özgeçmişini, muayene bulgularını, tetkiklerini, graflerini, konsültasyonları, tedavi şeklini, kullanılan ilaçları, aydınlatılmış rıza formlarını, tedaviyi ret notlarını içermelidir. Kriz anında kayıtlar ile oynanmaması özellikle tavsiye edilir (110).

—**Hastaya makul yaklaşım, dinleme ve değerlendirme ile hastayla iyi bir iletişim kurulması:** İhtiyatlı ortalama bir hekimin yaklaşım tarzı beklenen minimum ilgidir. Gerekli zaman ve ilgi hastaya gösterilmeli, hastanın dinlendiğini gösteren tavır sergilenmelidir (111). Hekimle olan iletişim eksikliği, hastayla empati kurmada başarısızlık ve istenilmeyen sonucun açıklanması arzusu hastayı dava açmaya iten nedenlerden en sık olanlarıdır (112). Şefkatli yaklaşımın faydalarını kabul etmek gerekir.

—**Hastaya ve yakınlarına ayrıntılı bilgi verilmesi:** Bilgilendirme yazılı veya şahit huzurunda yapılırsa ispat açısından kolay olur. Önerilen tedavinin komplikasyon ve yan etkileri mutlaka hastanın anlayacağı dil ile anlatılmalıdır. (bkz.2.2.1.3.)

—**Konsültasyon istemekten çekinilmemesi:** Özellikle komplike ve kritik hastalarda ikinci bir görüş ve/veya diğer uzmanlık alanlarından hastayı değerlendirilmesi talep edilmelidir. Konsültasyon taleplerinde ve konsültasyon verilmesinde mesleki deontoloji kurallarının göz önünde bulundurulması, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü’ndeki hükümler çerçevesinde hareket edilmesi önemlidir.

—**Hastanın terk edilmemesi:** Takipli hastalarda hekim, uzun süre ayrılacaksa (yıllık izin, yurt dışı eğitimi, hastane değiştirme vb...) hastaya bilgi vermeli ve hastasını başka bir hekime yönlendirmelidir (113). Hastanın terk edileceği durumlarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğü’nün ilgili maddelerinde yer alan koşulların bulunup bulunmadığının göz önünde bulundurulması da gereklidir (m. 18, m. 19). Aksi yöndeki tutumlar hastanın gereksiz yere yargı yoluna başvurmasına neden olabilecektir.

—**Yazılan reçetelerin okunabilir olmasına dikkat edilmesi:** İlaç isim ve dozlarının yanlış anlaşılmaya müsait olmaması için okunaklı olarak reçete hazırlanmalıdır.

—**Meslektaşların eleştirilmemesi:** Hekimlerin birbirlerini eleştirmesi hastanın dava yoluna gitmesindeki en büyük etkidir. Yorum yapmadan önce gerçekleri ve hastanın durumunu tahkik etmek gereklidir.

—**Mesleki bilgilerin güncel tutulması:** Hukuk bir kimseden her bir detayı bilmesini beklemeyiz. Ancak ortalama ihtiyatlı bir kişinin bilmesi gereken bilgilerin bilinmesini ister. Hekim kendi alanındaki son gelişmeleri elinden geldiğince takip etmelidir (110).

—**Tıbbi kusurun değerlendirilmesinde ATK 3. İhtisas Kurulunun kriterlerinin tıbbi uygulamalar sırasında dikkate alınması:** Tanının doğruluğu, gerekli tekniklerin yapılıp yapılmadığı, tıbbi uygulamanın gerekliliği ve doğruluğu, tıbbi uygulamanın tıp kurallarına uygunluğu, gerekli takibin yapılıp yapılmadığı, tıbbi uygulama sonrası ortaya çıkan zararın beklenebilir bir komplikasyon olup olmadığı, beklenebilir komplikasyonun zamanında tanınıp gerekli tedavisinin yapılıp yapılmadığı, gerekli özenin gösterilip gösterilmediği, müdahaleyi yapan hekimin uzmanlık alanı gibi hususlar tıbbi kusurun belirlenmesinde bilirkişilerce dikkate alınmaktadır (114).

—**Toplantılar düzenleyerek standartların saptanması:** Aynı uzmanlık alanından olanların uygulamaları toplantılarda tartışılarak standart uygulama sağlanabilir (97). Mümkün olduğunca bilimsel toplantılara katılımın faydalı olacağı değerlendirilmektedir.

➤ **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlarına yönelik öneriler:**

Yukarıdaki genel önerilere ek olarak;

—**Hastanın ailesinin dinlenilmesi:** İyi bir fizik muayene ve tetkiklerden başka hastanın ailesi de mutlaka dinlenmelidir. “Huysuz çocuk”, “şikâyetçi ebeveyn” yakıştırmalarından kaçınılmalıdır. Ailenin uyarıları hastanın tablosunda önemli bir değişikliği ortaya çıkarabilir (72). Bununla beraber ailenin konsültasyon isteğinin göz ardı edilmemesi gerekir. Herkesin başka bir hekimden görüş alma hakkı mevcuttur. Farklı tedavi metotları varsa, ciddi medikal veya cerrahi risk taşıyorsa, klinik durumu belirsizse, özellikle yenidoğanda konsültasyon almaktan çekinilmemelidir (95).

—**Ebeveynin onamının alınması:** Anne ve babanın tıbbi uygulamanın gerçekleştirilmesini reddetmesi ya da tıbbi uygulamaya karar vermesi süreçleri yasal açıdan tek başına karar verme yetkisi tanınmayan çocuğun yaşamı konusunda seçim yapabilme hakkı açısından etik ve yasal tartışmalar içermektedir. Bununla beraber çocuklara gerçekleştirilecek tıbbi uygulamalarda yasal açıdan çocuğun veli veya vasisinin kararının önemi yasal açıdan her zaman göz önünde bulundurulmalıdır. Anne ve babanın ortak rıza vermesi daha olgun bir karar için ideal olandır (95). Çocuğun ebeveyni çocuğun yasal temsilcileridir. Çocuk adına karar almada kural olarak yetki onlardadır.

—**Durumunu anlayabilecek hastanın da rızasının alınması:** Her ne kadar rızası hukuken geçerli olmayan küçüklerin rıza vermeleri geçersiz olsa da kendisine yapılacak işlemin farkında olan çocuklara yapılacak müdahalenin izah edilmesi faydalı olacaktır (95).

—**Hastanın düşmemesi için gerekli önlemlerin alınması:** Çocuk hastaların yaşları icabı tehlikelere açık olduğu her daim hatırlanmalıdır.

— **Sorumlu uzmanlar tarafından asistan eğitiminde ilaç doz hesaplamalarının sıklıkla kontrol edilmesi:** Literatürde ilaç dozajlarında hata yapılması hakkında yaygın olarak bahsedildiğinden bu konuda daha hassas olunması önerilmektedir. 1998 yılında, Philadelphia’ da

pediatrik acil serviste yapılan bir araştırmada; pediatri asistanlarının eğitim yılları arasında anlamlı fark olmaksızın ortalama % 47,7 reçete üzerinde hata yaptıkları bunlardan % 4,2' sinin kayda değer hata olduğu bulgulanmıştır.) (115).

➤ ***Bu alanda araştırma yapacak olan araştırmacılara yönelik öneriler:***

—Sonuçlanmış dava dosyalarının incelenmesiyle güncel istatistiklere ulaşılması ve tıbbi hata yönünden başarılı davaların yüzdesi, verilen tazminat miktar ve tazminata hükmetme kriterleri, verilen cezaların neveleri, bilirkişilerin yorum farkları vb. konularına yönelik çalışmaların faydalı olabileceği,

—İllere göre tıbbi uygulama hatalarının istatistikî çalışmasının sağlık sistemine ışık tutması açısından verimli olabileceği,

—Hekimlerin cinsiyet, yaş, meslekteki tecrübe yılı, vb parametrelerin tıbbi uygulama hatalarına etkisi ile ilgili çalışmaların yapılmasını,

—Otopsinin tıbbi hataların tanılanmasındaki rolünün aydınlatılması yönünde derinlemesine araştırma yapılmasını,

—Mesleki mesuliyet sigortalarının faydalı olup olmadığı, uygulamada tazminatın % kaçını karşıladığı vb. konularına ilişkin çalışmalar yapılmasının faydalı olacağı,

—Bir iş yerinde çalışan araştırmacılar, kendi kurumundan faydalanarak yapabileceği araştırma konusu seçerlerse daha kolay veri toplama süreci yaşayabilecekleri, bürokratik engelleri daha hızlı aşabilecekleri tarafımızdan kıymetlendirilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Ayan, M., (1991) Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, Kazancı Hukuk Yayınları No:102, Ankara.
2. Polat, O., (2005) Tıbbi Uygulama Hataları:Klinik-Sosyal-Hukuksal-Etik Boyutları, 1. Baskı, Seçkin Yayınları, Ankara.
3. Aşçıoğlu, Ç., (1993)Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar: Doktorların Devletin ve Özel Hastanelerin Sorumluluğu (Cezai ve Hukuki), y.k.y, Ankara.
4. Özdilek, A.O., (2006) Tıpta Yanlış Uygulama (Malpraktis) Sebebiyle Hekimin Hukuki Sorumluluğu, İstanbul. http://www.turkhukusitesi.com/makale_300.htm (Erişim Tarihi: 20.03.2008).
5. Aydın, E., Tıbbi Eylemden Doğan Kusur, Sorumluk ve Ceza - Güncel Konular , *Çocuk Enfeksiyon Dergisi*, Online Makale, <http://www.cocukenfeksiyon.org/yazilar.asp?yaziid=113&sayiid=> (Erişim Tarihi:07.04.2008)
6. Bayraktar, K., (1972) Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu, Sermet Matbaası, İstanbul.
7. McIntosh, J., (2007) Medical Malpractice and Healthcare: How Frivolous Lawsuits Affect the Way Doctors Provide Patient Care , http://public-healthcare-issues.suite101.com/article.cfm/medical_malpractice_and_healthcare (Erişim Tarihi. 01.07.2008)
8. Géraldine Surian, Un procès en responsabilité médicale en 1390. http://www.histoire-genealogie.com/article.php3?id_article=176 (Erişim Tarihi: 20.03.2008)
9. Deville, K.A., (1990) Medical Malpractice in 19th Century America, pp.1-25, NY University Press, NY.
10. Oğuzman, K., Öz, T., (1995) Borçlar Hukuku Genel Hükümler, Filiz Kitapevi, İstanbul.
11. Deryal, Y., Tıbbi Müdahale İçin Hastanın Aydınlatılması ve Onayının Alınması <http://www.haksay.org/files/yahya02.doc> (Erişim tarihi: 24.05.2008).
12. Yokuş, S.H., (2007) Sağlık Hakkı Kapsamında Yapılan Müdahalelerin Türk Ceza Hukukunda Hukuka Uygunluğunu Sağlayan Hükümler, 17 Kasım 2006 Sağlık Hukuku Sempozyumu Sempozyum Özel Sayısı:1 Kitabı, Deniz Ofset Matbaacılık, İstanbul.
13. Öztürkler, C., (2003) Hukuk Uygulamasında Tıbbi Sorumluluk, Teşhis, Tedavi ve Tıbbi Müdahaleden Doğan Tazminat Davaları, Seçkin Yayınevi, Ankara.
14. Hancı, İ.H., (2005) Malpraktis: Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu, Seçkin Yayınevi, Ankara.
15. Aydın, E., (2003) Çocuklarda Aydınlatılmış Onam Sorunu, *Çocuk Sağ. Ve Hst. Dergisi*, C.46, Sy.2, s.148–152, http://csh.dergisi.org/pdf/pdf_CSH_45.pdf (08.03.2008).
16. Tıbbiyeliler Derneği İnternet Sayfası, <http://www.tibbiyelilercemiyeti.com/modules.php?name=News&file=article&sid=112> (Erişim Tarihi: 23.03.2008)

17. Mastroianni, A.C.,(2006) Liability, Regulation and Policy in Surgical Innovation: The Cutting Edge of Research and Therapy, *Health Matrix: Journal of Law-Medicine*, Vol.16, No.:2, pp.351-442,USA.
18. Britanya Tabipler Odası, (1996) İhanete Uğrayan Tıp: Doktorların İnsan Hakları İhlallerine Katılımı üzerine bir çalışma grubu raporu, s.19, Cep Kitapları A.Ş., Mart Matbaacılık, İstanbul.
19. Tekinay, S., Akman, Burcuoğlu, H., Altop, A.; (1993) Tekinay Borçlar Hukuku – Genel Hükümler, 7.Baskı, Filiz Kitapevi, İstanbul.
20. Hakeri, H., Yeni Türk Ceza Kanunu ve Hekim,
http://portal.hakanhakeri.com/index.php?option=com_content&task=view&id=26&Itemid=35 (Erişim Tarihi. 23.03.2008)
21. Türk Ceza Kanunu Madde Gerekçeleri,
<http://www.ceza-bb.adalet.gov.tr/Mevzuat/maddegerekce.doc> (Erişim Tarihi: 23.03.2008)
22. Karabeyoğlu, H.Ü., (2005) Yalova, <http://www.ceza-bb.adalet.gov.tr/makale/130.doc> (Erişim Tarihi: 25.03.2008)
23. Reisoğlu, S., (1983) Hekimlerin Hukuki Sorumluluğu, Mukayeseli Hukuk Araştırma ve Uygulama Merkezi, Sorumluluk Hukukundaki Yeni Gelişmeler V. Sempozyumu, Türk Hukukunda Hekimin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Ankara 12/13 Mart 1982, Fakülteler Matbaası, İstanbul.
24. Belgesay, M.R., (1953) Tıbbi Mesuliyet, Esaslar – Tipik Vakıalar, Türk Tabipler Birliği Kanunu, İstanbul Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
25. Yavuz, C., (1996) Türk Borçlar Hukuku Özel Hükümler, Beta Yayınevi, İstanbul.
26. Başpınar, V., (2004) Vekilin (Avukatın, Hekimin, Mimarın, Bankanın) Özen Borcundan Doğan Sorumluluğu, Gözden Geçirilmiş Genişletilmiş 2. Baskı, Yetkin Yayınları, Ankara.
27. Zeytin, Z., (2005) Tıbbî Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumlulukta İspat Yükü Kuralının Ters Çevrildiği ve Kolaylaştırıldığı Haller, (Uluslararası Katılımlı 1.Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Sempozyumu), <http://www.ehukuk.net/dokumantasyon.htm> (29.03.2008).
28. Velidedeoğlu, H.V., Kaynar, R., (1960) Türk Borçlar Kanunu'na Göre Borçlar Hukuku Umumi Hükümler, 3. Baskı, Tan Matbaası, İstanbul.
29. Aybay, A., (1995) Borçlar Hukuku Dersleri Genel Bölüm, Gözden Geçirilmiş ve yenilenmiş 11. baskı, Filiz Kitabevi, İstanbul.
30. Büken, E., (2002) 1990-2000 Yıllarında ATK 1. ve 2. İhtisas Kurullarına Obstetrik ve Jinekolojik Tıbbi Uygulama Hatası İddiasıyla Gönderilen Olguların Adli Tıp Açısından İrdelenmesi, Uzmanlık Tezi, ATK, İstanbul.
31. Maksimum Sigorta İnternet Sayfası, Sorumluluk (Mesuliyet) Sigortaları,
<http://www.maksimumsigorta.com.tr/index.php?pages=icerik&no=21> (Erişim Tarihi. 17.03.2008).
32. Koç, S. (2007) Yasal Düzenlemeler Çerçevesinde Hekim Sorumluluğu (Editöryel), *Türkderm*, 41., pp.33-38., <http://saglikhukuku.blogcu.com/8930581/> (Erişim Tarihi. 17.03.2008).

33. Sütlaş, M., Hekimlerin Mesleki Mesuliyet Sigortası Örnek Sözleşmelerinin Değerlendirilmesi, <http://www.hastahaklari.org/kotu-uyg2.htm> (Erişim Tarihi:14.03.2008)
34. Genel Sigorta İnternet Sayfası, Medicus (Sağlık Personeli Mesleki Sorumluluk Sigortası), <http://www.genelsigorta.com/lwp/workplace/!ut/p/ s.7 0 A/7 0 14I> (Erişim Tarihi:17.03.2008).
35. Deryal, Y., Sağlıkta Hukuki Sorumluluklar ve Yeni Türk Ceza Kanunu, http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/hashak/birimlerimize/belge/hh_hukuki.ppt (Erişim Tarihi: 22.05.2008).
36. Yasin, M., (2007) Tıbbi Hatalardan İdarenin Sorumluluğu, 17 Kasım 2006 Sağlık Hukuku Sempozyumu, Sempozyum Özel Sayısı:1, Deniz Ofset Matbaacılık, İstanbul.
37. Aydın, E., Tıpta Yasal Konular, <http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D3/8/3080.doc> (Erişim Tarihi: 22.05.2008).
38. Duez, P., (1938) La Responsabilite de la Puissance Publique, Nouvelle Ed., pp.27 ets, Paris. (Duran, L.; s.28 den naklen).
39. Sağlık Bakanlığı Hizmet Kusuru Genelgesi, <http://www.saglik.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF7A2395174CFB32E1214AE169C6E3378A> (Erişim Tarihi: 22.05.2008).
40. Duran, L., (1974) Türkiye İdaresinin Sorumluluğu : Sorumluluğun Temeli ve Sebepleri, Sorumluluğa Yol Açan Olgular, Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü (TODAİE) , Yayın No:138, Ankara.
41. Birtok, F., Tıbbi Müdahaleler Açısından Komplikasyon Malpraktis Ayrımı, http://www.turkhukuk sitesi.com/makale_779.htm (Erişim Tarihi: 22.05.2008)
42. Onar, S.S., (1966) İdare Hukukunun Umumi Esasları,III.Cilt, 3.Baskı, İsmail Akgün Matbaası, İstanbul.
43. Kılınç, A., Hizmet Kusuru ve Fiili Yol (İdarenin Haksız Fiili), http://www.turkhukuk sitesi.com/makale_120.htm, (Erişim Tarihi: 22.05.2008)
44. Schroder, J., (2006) Identifying Medical Malpractice, 3rd.Ed., Catalpa Press, Oakland, California.
45. Kesik, V., Karataş, M., Gökçay, E., Hekimin Adli Sorumlulukları, http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/cocuk/Ders_Konulari/SEMINER_PANELLER/ESKI_YILLAR/HEKIMIN_ADLI_SORUMLULUGU.ppt (Erişim Tarihi: 27.03.2008)
46. Göçmen, E., Tıbbi Kayıtların Tutulması ve Hukuki Sorumluluk, <http://www.hastaninhaklari.com/tibbikayitlarintutulmasi.htm> (Erişim Tarihi: 09.03.2008)
47. Daehnke, P.,(2007) The Medical Records as Evidence: How Will Your Chart Look to a Jury, Bonnebridges Professional Corporation Website http://www.bonnebridges.com/pdf/November_07_News_brief.PDF (Erişim Tarihi:22.07.2008)
48. Özdemir, Ç., Mıstık, S., (2003) EÜTF İntörn Hekimlerin Adli Tıp Hizmetlerine Bakışı Anket Çalışması, 30 Ekim -2 Kasım 2003 2. Anadolu Adli Bilimler Kongresi, Poster Özetleri, Kayseri.

49. Çetin, V., Fedakar, R., (2003) 1999-2001 yıllarında Uludağ Üniversitesi Tıp Fak. Acil Serv.' de düzenlenen adli rapor formlarının değerlendirilmesi, 30 Ekim -2 Kasım 2003 2. Anadolu Adli Bilimler Kongresi, Poster Özetleri, Kayseri.
50. Zeyfeoglu, Y., Ulucay, T., ve ark., (2006) Bir Olgu nedeniyle Adli Tıbbi Uygulamalarda Hatalı Tanımlama= Yanlış Karar, 13. Ulusal Adli Tıp Günleri, Adli Tıp Kurumu, 8-11 Kasım 2006, Paneller ve Poster Bildirileri Kitabı, Antalya.
51. Çetin, G. (1999) Yaralar. Adli Tıp (Ed: Soysal Z. Çakalır C.), C.1, s. 475–81, İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi, İstanbul.
52. Night, B., (1991) Examination of wounds in Simpson's Forensic Medicine.10th ed., pp. 65-86, Arnold Edward Publication, London.
53. Di Lima, S.N., Johns T.L. (1998) Health Information Management, Aspen Publication, Maryland.
54. Yılmaz, A., Kaplan, A., Sincan, M., Elektronik Hasta Kayıt Sistemine Kavramsal Bir Yaklaşım, http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/goto.aspx?id=2440 (İndirilme tarihi: 10.03.2008).
55. Hancı, İ.H., (2003) Çapraz Sorgu (I): Bilirkişilik Nedir?, Medimagazin, sy.126, http://www.medicine.ankara.edu.tr/internal_medical/forensic_medicine/tk15.html (Erişim Tarihi: 31.03.2008).
56. Dworkin, R.B.,(2006) The Process Paradigm: Rethinking Medical Malpractice, *Wake Forest Law Review*, Vol. 41, No.:2, pp.509-536, North Carolina.
57. Ceza Muhakemesi Kanunu Md. 66. (Kanun No: 5271, Kabul Tarihi: 4.12.2004)
58. Bayram, L., Deliller ve Bilirkişilik Müessesesi, http://www.emniyet.gov.tr/egitim/dergi/eskisayi/28/yeni/web/Levent_BAYRAM.htm (Erişim Tarihi: 31.03.2008).
59. Yorulmaz, C., Kır, Z., Ketenci, Ç., Tıbbi Uygulama Hataları ve Bilirkişilik, http://www.epilepsiveben.com/t%C4%B1bbi_uygulama_hatalar%C4%B1_ve_bilirki%C5%9Fili (Erişim Tarihi: 07.04.2008).
60. Aile İçinde ve Toplumsal Alanda Şiddet, (1998) T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Yayınları: Bilim Serisi 113, Ankara.
61. Kurtay, D., Çocuk İhmal Ve İstismarının Önlenmesi, <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/cocukistismariveonlenmesi.doc> (Erişim Tarihi: 28.05.2008).
62. Talay, N.M.,Çocuğun Tanımı ve Çocuk Konusuna yaklaşımlar, http://www.canakkaleram.gov.tr/download/diger_dokumanlar/cocugun_tanimi_ve_cocuk_konusuna_yaklasimlar.ppt#1 (Erişim Tarihi: 28.05.2008).
63. Amasya Rehberlik ve Araştırma Merkezi Web sayfası, Hukukta Çocuk Kavramı, http://www.amasyaram.com/dokumanarsiv/slaytlar/cocuk_haklari_hukuki_boyut.ppt (Erişim Tarihi: 28.05.2008).
64. Deryal, Y., (Kasım 2007) Çocuk Hastaların Hakları, Sağlık Hakkı Özel Sayı, sy.3, s.8-19.
65. Çınar Ü., (2003) Sağlık Hukuku, Doktora Tezi, İ.Ü., Adli Tıp Enst., İstanbul.

66. Erman, B.,(2003) Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu, Seçkin Yayınları, Ankara. (naklen Bayraktar, K., Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu, s.16-17, 1972, İst.)
67. Serozan, R., (2005) Çocuk Hukuku, Genişletilmiş 2.Baskı, İstanbul.
68. Hakeri, H., (2007) Tıp Hukuku, Seçkin yayıncılık, Ankara.
69. Duran, S., Sert, G., Görkey, Ş., (2008) Türk Hukuk Sisteminde Küçüklerin Aydınlatılmış Onam Vermesi İle İlgili Hükümlerin Tıp Etiği Açısından Değerlendirilmesi, II. Ulusal Veteriner Hekimliği Tarihi ve Meslek Etik Sempozyumu Bildiriler Kitabı, Konya.
70. Şenocak, Z., (2001) Küçüğün Tıbbi Müdahaleye Rızası, A. Ü. Huk.Fak. Dergisi, C. 50, s. 2, Ankara.
71. Ravo v. Rogatnik, (1987) 70 NY.2d 305, 520 NYS 2d 533, 524 NE 2d 1104 .
72. Robinson v. Pediatric Affiliates Medical Group, (1979) 159 Cal. Rptr. 791.
73. Atkins v. Clein , (1940) 3 Wash 2d 168, 100 P2d 1.
74. Louisell-Williams, (1997) Medical Malpractice, Matthew Bender &Co.Inc., vol.1, pp.3-65 and 3-68, NY.
75. Baydar, Ç.L., (2002) 1990-2000 Yıllarında ATK ve YSS’ na Ortopedi Dalında Tıbbi Uygulama Hatası İddiasıyla Gönderilen Olguların Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, ATK, İstanbul.
76. Donaldson W., (1975) Editorial: Malpractice Crisis. *J. Bone Joint Surg Am*, vol.57, pp.1012
77. Savaş, H., (2007) Sağlık Çalışanlarının ve Sağlık Kurumlarının Tıbbi Müdahaleden Doğan Sorumlulukları: Ceza-Hukuk, 1. Baskı, Seçkin Yayınları, Ankara.
78. Sağlık Bakanlığı internet sitesi, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2000 Yılı İstatistik Yıllığı,
<http://www.saglik.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF7A2395174CFB32E1471B09CD482BCFA2> (Erişim Tarihi: 29.06.2008)
79. Sağlık Bakanlığı internet sitesi, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü İstatistik Yıllığı,
<http://www.saglik.gov.tr/TR/istatistik/2006/tablo45.htm> (Erişim Tarihi: 29.06.2008)
80. Sağlık Bakanlığı internet sitesi, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü İstatistik Yıllığı,
<http://www.saglik.gov.tr/TR/istatistik/2006/tablo46-47.htm> (Erişim Tarihi: 29.06.2008)
81. Samarkandi, A.,(March-April 2006) Status of medical Liability Claims in Saudi Arabia, *Ann. Saudi Med.*, Vol.26, No.:2, pp.87-91, Riyadh.
82. Naeyaert, H.,(22.10.2004) Medical Errors and Compensation under Belgian Law, Eurojuris International Law web site, <http://www.eurojuris.net/eng/article-detail.asp?ArticleId=203> (Erişim Tarihi: 12.08.2008)
83. Sandauer, A., Amount of Medical Malpractice Cases Poland –Other Countries a Data Comparison, <http://www.sppnn.org.pl/A/stat/stat.htm> (Erişim Tarihi: 12.09.2008)
84. Amberson, J., (July 2005) Medical Professional Liability Insurance trends in Asia, Asia Pacific Conference, Sydney,
<http://www.allianzre.com.sg/PDF%20Document/Asia%20Insurance%20Review%20-%20Medical%20Professional%20LiabilityF.pdf> (Erişim Tarihi: 12.09.2008)

85. National Practitioner Data Bank 2006 yılı istatistikleri, http://www.npdb-hipdb.hrsa.gov/pubs/stats/2002_NPDB_Annual_Report.pdf, p.5-7 (Erişim Tarihi: 01.07.2008)
86. <http://www.ncsl.org/standcomm/sclaw/medmalataglace.htm> (Erişim tarihi: 01.07.2008)
87. Wallensten, R.,(2006) Legislation Covering Medical Malpractice in Sweden, *The Journal of Bone and Joint Surgery*, British Volume, Vol.88-B, Issue SUPP-I, pp.14.
88. Baydar, Ç.L., (2002) 1990-2000 Yıllarında ATK ve YSS' na Ortopedi Dalında Tıbbi Uygulama Hatası İddiasıyla Gönderilen Olguların Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, ATK, İstanbul.
89. Tüzün, B.,Aşçıoğlu, F., Elmas, İ., İnce, H.,(1997) Kusurlu Tıbbi Uygulamalara Bağlı Ölümler, *İstanbul Tıp.Fak. Mecmuası*, 60.cilt, sy.4, s.468-474,İstanbul.
90. Hirvensalo, E.,(2006) Legislation Covering Medical Malpractice in Finland, *The Journal of Bone and Joint Surgery*, British Volume, Vol.88-B, Issue SUPP-I, pp.13-14.
91. Çankaya, H., (1992) Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğunun Temel Prensipleri ve Hekim Sorumluluğunda Kusurun Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, ATK,İstanbul.
92. Kozer, E., Seto, W.,et al,(28 Eylül 2008) Prospective Observational Stusy on the İncidence of Medication Error During Simulated Resuscitation in a Paediatric Emergency Department, *BMJ*, Vol.329, pp.1321.
93. Selbst, S.M.,Friedman, M.,Singh, S., (2005) Epidemiology and Etiology of Malpractice Lawsuits Involving Children in US Emercency Departments and Urgent Care Centers, *Pediatric Emercency Care*, Vol.21, No.:3, pp.165-169, Lippincott Williams & Wilkins Inc.,USA.
94. Bowman, MA.,(1992) Risk Management and Medical Malpractice, *Am.Fam.Phys.*, vol.45, p.1741-1745 (a.g.e. naklen Tiwari, S.K., Baldwa, M.,(2001) Medical Negligence, *Indian Pediatrics*, vol.38, pp.488-495)
95. Brown, R.H.,(1976) The Pediatrician and Malpractice, *Pediatrics*, vol.57, No.: 3, pp.392-402, Chicago.
96. Carrol, A.E., Buddenbaum, J.I.,(2007) Malpractice Claims Involving Pediatrician: Epidemiology and Etiology, *Pediatrics*, Vol.120, pp.10-17.
97. Brown, R.H.,(1974) Read before the Central Ohio Pediatric Society, Ohio. (Naklen. Brown, The Pediatrician and Malpractice , 1976)
98. Iatrogenic Europe Unit, (2006) Survey of Medical Errors: Epidemiology <http://www.ieu-alliance.org/Survey.html> (Erişim Tarihi: 12.09.2008)
99. Miller, M.R., Zhan, C.,(Haziran 2004) Pediatric Patient Safety in Hospital: A National Picture in 2000, *Pediatrics*, Vol.113, No.:6, pp.1741-1746.
100. Cunningham, W., Crump, R., Tomlin, A.,(2003) The Characteristics of Doctors Receiving Medical Complaints: A Cross-Sectional Survey of Doctors in New Zealand, *The New Zealand Medical Journal*, Vol. 116, No.: 1183, New Zealand. <http://www.nzma.org.nz/journal/116-1183/625/> (Erişim Tarihi: 03.08.2008)
101. Birenbaum, R.,(1995) Growing Number of Female Physicians Changing the Face of Canadian Medicine, *Canadian's Leading Medical Journal*, Vol.153, No.:8, pp:1164-

- 1166,Ottawa,
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/pagerender.fcgi?artid=1487329&pageindex=1#page>
 (Erişim Tarihi: 03.08.2008)
- 102.Yaycı, N. ve ark.,(2004) Postoperatif Ölümle Sonuçlanmış ve Tıbbi Uygulama Hatası İddiası Bulunan Olgularda Otopsinin Değeri, *Türkiye Klinikleri Adli Tıp Dergisi*, 1.cilt, sy.2,s.57-61, İstanbul.
- 103.Yorulmaz, C.,Kır, Z.,Ketenci, Ç.H.,(2006) Tıbbi Uygulama Hataları ve Bilirkişilik, İ.Ü.Tıp Fak.Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpaktis ve Adli Raporların Yazılması Sempozyum Dizisi No.: 48, s.55-69, İstanbul.
- 104.Madea, B., Vennedey, C., Dettmeyer, R., Preuß, J.,(2006) Outcome of Preliminary Proceedings Against Medical Practitioners Suspected of Malpractice, *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, Vol.131, No.:38, pp.2073-2078, Germany.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16981077> (Erişim Tarihi: 03.08.2008)
- 105.Di Nunno, N., Dell'Erba, A., Viola, L., et al.,(June 2004) Medical Malpractice: A Study of Case Histories by the Forensic Medicine Section of Bari, *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, Vol. 25 (2), pp. 141-144, Lippincott Williams & Wilkins, Inc.
106. Mello, M. M., Studdert, D.M. , et al.,(10 Aralık 2007) Who Pays for Medical Errors? An Analysis of Adverse Event Costs, the Medical Liability System, and Incentives for Patient Safety Improvement, *Journal of Empirical Legal Studies*,Vol. 4, No.:4, pp.835 – 860, Cornell Law School and Blackwell Publishing, Inc.(Naklen; Tane, J.H.,(19 April 2008) US Hospitals Pass on Most of the Costs of Errors, *British Medical Journal (BMJ)*, Vol 336, No 7649, pp.852)
107. National survey of NHS staff 2007,
http://www.healthcarecommission.org.uk/db/documents/National_NHS_staff_survey_2007_summary_of_key_findings_200804183620.pdf (Erişim Tarihi: 09.08.2008)
108. Suresh, G., Horbar, J.D.,et al, (Haziran 2004) Voluntary Anonymous Reporting of Medical Errors for Neonatal Intensive Care, *Pediatrics*, Vol.113, No.:6, pp.1613
109. Hong Kong Medical Council web site,(2006) Annual Report, Table 1, China.
<http://www.mchk.org.hk/annual/eng/2006/table.pdf> (Erişim tarihi: 12.09.2008)
- 110.Tiwari, S.K., Baldwa, M.,(2001) Medical Negligence, *Indian Pediatrics*,vol.38, p.488-495, India.
- 111.Tiwari, S.K.,(2000) Legal Aspect in Medical Malpractice, *Indian Pediatrics*,vol.37,p.961-966, India. <http://www.indianpediatrics.net/sept2000/sept-961-966.htm> (Erişim Tarihi: 22.07.20089)
112. Sage, W.M.,(2003) Medical Liability and Patient Safety, *Health Affairs*,vol.22,No.4,p.26-36,USA
113. Committee on Medical Liability, (1995–1996) Liability and Managed Care, *Pediatrics*, Vol.98, No.: 4, pp.792–794,USA.
- 114.İçmeli, Ö.S., Baklacioğlu, F., Birgen, N.,ve ark.(2007) Akciğer Hastalıklarında Tıbbi Uygulama Hataları, *Dispne*, sy.2, s.59, İstanbul.

115. Taylor, B.L., Selbst, S.M, Shah, A.E.C.,(2005) Prescription Writing Errors in the Pediatric Emergency Department, *Pediatric Emergency Care*, Vol.21, No.: 12, Philadelphia

Ö Z E T

Giriş ve Amaç: Bugün artık yüzyıllar öncesinin hekim hasta ilişkileri yoktur. Artık teknolojinin gelişimi ve ihtisaslaşma en küçük aşamada farklı bir uzmanın görev almasını ve zincirleme çok sayıda prosedürün hastaya uygulanması yaratmaktadır. Gelişen teknoloji bir yandan yaşamları kurtarıırken, bir yandan da hekim-hasta ilişkisini kişisel/birebir ilişki çerçevesinden çıkarmakta, diğer yandan serbest piyasa ekonomisi içerisinde değerlendirilen sağlık hizmetleri sağlıklı olma ve bu hizmetleri kullanma hakkını sıradan bir alışveriş ilişkisine dönüştürmektedir. Bu tez çalışması ile, çocuklara müdahale eden hekim ve diğer sağlık personelinin, en çok hata yapılan noktalar konusunda bir kez daha aydınlatılması, hastalıklarını anlatamayan ve de zarara uğradıklarında kendilerini savunup haklarını arayamayan çocuklara daha az zarar gelmesi, sağlık çalışanlarına ve kurumlara yöneltilecek malpraktis iddialarının azaltılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Mahkemeler tarafından bilirkişi görüşü oluşturulmak üzere Adli Tıp Kurumu'na gönderilen (2002–2006 yılları arasında), 3. İhtisas Kurulunca incelenen ve tıbbi uygulama hatası iddiası içeren olgular (1458 adet) retrospektif olarak incelenmiştir. Bunların içerisinde 0–18 yaş (çocuk) olgulara (387 adet) tıbbi müdahalede bulunan sağlık mesleği mensupları hakkındaki kusurluluk durumları çeşitli boyutlarıyla istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular ve Sonuç: Tıbbi Malpraktis iddiaları tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi Türkiye' de de giderek artmaktadır. Kadın Doğum Uzmanlarının kusur iddiası ile karşılaşma oranı pediatriklere göre daha yüksektir. Olguların büyük bir kısmının acil servis kaynaklı olması prosedürel yaklaşımlara ihtiyaç duyduğumuzu göstermektedir. İğdir ilinin nüfusuna göre daha çok malpraktis vakası ile karşılaşması hususu bu alanda kayıt sistemi bulunmadığından başkaca araştırmalara ihtiyaç duyulduğu izlenimi yaratmıştır. Yeterli ve yetkili uzmanlar daha komplike ve daha ağır operasyonlara müdahale ettiklerinden, diğerleri daha az komplike ve daha yaygın bilinen müdahaleleri yaptıklarından uzmanların dava edilme ve daha çok tazminat istemiyle yüz yüze kalma ihtimalleri fazladır.

Öneriler: Tıbbi Uygulama Hatası Uzlaşma Üst Kurulları teşkil edilmesi, Sağlık Hukuku İhtisas Mahkemelerinin kurulması ile dava süreçlerinin kısaltılması, Adli Bilimler dersinin Tıp Fak.müfredatına konulması, hizmet içi eğitimler ile malpraktis konusunun gündemde tutulması, Meslek derneklerince standartların ve prosedürel yaklaşımların belirlenmesi, kayıtların sağlam tutulması, hastanın gerçekten dinlenilmesi ve zaman ayrılması, konsültasyon istemekten çekinilmemesi, meslektaşların alenen eleştirilmemesi, aydınlatılmış rıza konusuna hassasiyet gösterilmesi öneriler arasındadır.

S U M M A R Y

Introduction and Objectives: There is no patient-physician relationship today as it used to be in centuries ago. From now on, improved technology and specialization makes it imperative that different experts have to take part in every small phase and creates practicing of continuous multiple procedures to the patients. While improved technology saves lives on the one hand, it takes out patient-physician relationship from personal/individual frame. On the other hand, health services that has been evaluated in the free market economy, changes the condition of being healthy or the right to use health services to commercial affairs. With this study it is aimed to; Clarify the physicians and other health professionals who have intervention with children about the most made mistakes, to decrease the harm to the children who can not express the diseases, can not defend themselves and search for rights when harmed, to decrease the claims of malpractice to the health workers and institutions

Material and Methods: The cases that contains claims of malpractice (number=1458) and had been sent to Forensic Medicine Institution during the years 2002–2006 by the courts to form expert opinion, had been evaluated by 3th Specialty Commission retrospectively. From the total, the condition of faultiness about relevant health occupation professionals who had medical intervention to 0- 18 years child cases (number=387) had been evaluated by statistical dimensions.

Results and Conclusion: The claims of medical malpractice is increasing in Turkey as in all other countries in the world. The probability to encounter a claim of faultiness is higher in gynaecologists than pediatricists. The majority of cases originated from the emergency room and this pointed out that we need procedural approaches. The city Igdir had more malpractice cases when we compare the cases with population. Because there is absence of regular case recording, other investigations have to be made. Since sufficient and authorized experts usually intervene to complicated and tougher operations, others usually perform less complex and better known interventions, experts have a higher probability of being lawsuitsed and come across with more indemnity demand.

Recomendations: The establishment of Medical Malpractice Supreme Committee to be formed, setting up Health Law Specialty Courts to shorten the process of a lawsuit, establishing Forensic Science Class in medical school curriculum, putting the malpractice on the agenda by in internal educations, determining the standarts and procedural approaches by occupation societies, keeping medical records properly, listening of the patient honestly and separating time, not hesitating to consultate the patient, not criticizeing the colleagues overtly, acting a considerate manner for clarified consent are some of the suggestions.