



**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI**

**YÜKSEK YARGIDA 2010-2020 YILLARI ARASINDA KARARA
BAĞLANAN ÖLÜMLE SONUÇLANAN TIBBİ UYGULAMA
HATASI DAVALARININ İNCELENMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Anıl Çağrı KABAL

ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Osman CELBİŞ**

MALATYA-2022



**İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**

**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ADLİ TIP ANABİLİM DALI**

**YÜKSEK YARGIDA 2010-2020 YILLARI ARASINDA KARARA
BAĞLANAN ÖLÜMLE SONUÇLANAN TIBBİ UYGULAMA
HATASI DAVALARININ İNCELENMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Dr. Anıl Çağrı KABAL
ORCID ID: 0000-0002-4819-9093**

ADLİ TIP ANABİLİM DALI

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Osman CELBİŞ**

MALATYA-2022

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Genel tanım	3
2.2. Tıbbi Uygulama Hatasının Tarihçesi	4
2.3. Dünyada Tıbbi Uygulama Hatasına Yaklaşım.....	6
2.4. Tıbbi Uygulama Hatalarının Türkiye’deki Durumu	9
2.5. Tıbbi Uygulama Hatası Kavramına İlişkin Genel Tanımlar	10
2.5.1. Tıbbi Uygulama (Bakım) Standardı	10
2.5.2. Komplikasyon (İzin Verilen Risk)	10
2.5.3. İstenmeyen Sonuç.....	11
2.5.4. Defansif (Savunmaya Dayalı) Tıp.....	11
2.6. Hekimlerin Yasal Sorumlulukları	12
2.6.1. Hekimlerin Mesleki Sorumlulukları.....	15
2.6.2. Hekimlerin İdari Sorumlulukları	16
2.6.3. Hekimlerin Cezai ve Hukuki Sorumlulukları.....	18
2.6.4. Hekimler Tarafından İşlenebilecek Diğer Suçlar	21
2.7. Tıbbi Uygulama Hatalarının Başlıca Nedenleri.....	22
2.7.1. Aydınlatılmış onam	23
2.7.2. Tıbbi Kayıt ve Arşivleme Eksiklikleri	25
2.7.3. Tanı Hataları	26
2.7.4. Tedavi Hataları	26
2.7.5. Konsültasyon İstenmemesi ve Yetki Sınırının Aşılması	27
2.7.6. İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Hatalar	27
2.7.7. Organizasyon Kusuru ve Teknik Hatalar	28
2.7.8. Terk Etme	29

2.7.9. Dikkat ve Özen Eksikliği.....	30
2.8. Mesleki Sorumluluk Sigortası.....	30
2.9. Tıbbi Uygulama Hatalarında Bilirkişilik ve Bilirkişilik Kurumları.....	31
2.9.1. Adli Tıp Kurumu	32
2.9.2. Yüksek Sağlık Şurası.....	33
2.9.3. Yüksek Öğretim Kurumları	33
2.9.4. Tabip Odaları Onur Kurulları	34
2.10. Ölümle Sonuçlanan Tıbbi Uygulama Hatası Olgularının Değerlendirilmesinde Otopsinin Önemi	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	38
4. BULGULAR.....	40
4.1. Tüm Yüksek Yargı Yollarından Sağlanan Ortak Bulgular	40
4.2. Yargıtay Ceza Dairelerince Verilen Temyiz Kararlarından Tespit Edilen Yargı Yoluna Özgü Bulgular	51
4.3. Danıştay İlgili Dairelerince Verilen Temyiz Kararlarından Tespit Edilen Yargı Yoluna Özgü Bulgular	57
4.4. Yargıtay Hukuk Dairelerince Verilen Temyiz Kararlarından Tespit Edilen Mercie Spesifik Bulgular	64
4.5. Otopsi Yapılıp Yapılmamasının İlk Derece Mahkemeleri Yargılama Süreleri Ortalamasına, Aynı Kurum Raporları Arasında Çelişki Durumuna ve Ek Bilirkişi Raporuna İhtiyaç Durumuna Etkisini Yönünden İstatistiki Anlamlılıklar	69
5. TARTIŞMA	75
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	101
KAYNAKLAR	105
EKLER.....	112
EK-1. Etik Kurul Kararı	112

TEŞEKKÜR

Tıp fakültesi eğitimimden beri desteği ve sevgisini her daim benden esirgemeyen, aynı zamanda hukukçu kimliği ile tezime olan katkılarıyla hayatımın her anında yanımda olan sevgili eşim Hilal Akbaba Kabal'a

Uzmanlık eğitimim döneminde; bilgi ve beceri edinmemde ilgi ve yardımlarını her zaman üzerimde hissettiğim ve tez çalışmamda bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım değerli hocam, tez danışmanım ve anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Osman Celbiş'e ve anabilim dalımızın öğretim üyesi olan değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Mucahit Oruç'a

Hayatımın her anında maddi manevi tüm desteği ile yanımda olan, entelektüel gelişimimde çok büyük katkı sahibi kıymetli babam başta olmak üzere annem, ablam ve tüm aile üyelerime,

Tez çalışmam sürecinde desteklerini ve hukuki katkılarını esirgemeyen sevgili arkadaşlarım Seda Semiha ve Ahmet Harun Yılmaz çiftine,

Anabilim dalında beraber çalıştığım arkadaşlarım Nusret Ayaz, Osman Kule, Erhan Kartal, Ayhan Şahin, İsmail Altın, Savaş Dertsiz, Abdullah Mert Ünsal, Muhammed Emin Parlak, Erkal Gümüşboğa, Ömer Dengeşik, Ahmet Serdar Alışık, Pınar Boyraz, Bengü Berrak Özkul, Emre Boz, Sadık Haras ve Mehmet Efdal Saydan'a

Otopsi eğitimim sürecindeki katkıları için adli tıp uzmanları Hasan Okumuş, Salih Güven ve Duygu Güleş'e, patoloji rotasyonumdaki katkıları için Prof. Dr. Emine Şamdancı'ya, bana hayatın her anında abilik yapan Uzm. Dr. Yetkin Koca'ya ve diğer tüm Adli Tıp Kurumu Malatya Grup Başkanlığı personeline,

Tez çalışmamdaki desteklerinden dolayı İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı araştırma görevlisi Zeynep Küçükakçalı'ya,

İnönü Üniversitesi E-Kütüphanesinde erişimize açık olan ve çalışmamdaki verileri temin ettiğim Lexpera Hukuk Bilgi Sistemi'nin kurucusu On İki Levha Yayıncılığa,

Sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Anıl Çağrı KABAL

ÖZET

Yüksek Yargıda 2010-2020 Yılları Arasında Karara Bağlanan Ölümle Sonuçlanan Tıbbi Uygulama Hatası Davalarının İncelenmesi

Amaç: Tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan ceza ve tazminat davalarının sayısı ülkemizde ve dünyada giderek artmaktadır. Tüm tıbbi uygulama hatası iddiaları içerisinde ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddialarının oranı azımsanmayacak ölçüdedir. Tıbbi uygulama hatası sonucu doğabilecek en trajik sonucun ölüm olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Tüm bu sebeplerle çalışmamızda yüksek yargı (Danıştay-Yargıtay) temyiz kararları incelenerek ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası olgularının genel olarak irdelenmesi ve bu olgularda otopsinin önemi üzerinden bilirkişilik ve yargılama süreçlerinin daha sağlıklı ilerlemesine yardımcı olabilecek tespitler ortaya konması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda; yüksek yargı (Danıştay-Yargıtay) temyiz karar tarihleri 2010-2020 yılları arasında olan ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddiası ile görülen dâhil etme ve dışlama kriterlerimize göre belirlenen 380 yüksek yargı temyiz kararı incelenmiştir.

Bulgular: Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarındaki otopsi yapılmayan olgularda aynı bilirkişi kurumu tarafından verilen raporlar arasında çelişki varlığı, otopsi yapılan olgulardakine göre anlamlı ölçüde fazla bulunmuştur ($p<0.05$). Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki otopsi yapılmayan olgularda esasa ilişkin yeniden yargılamada kullanılmak üzere ek bilirkişi raporuna ihtiyaç varlığı, otopsi yapılan olgulardakine göre anlamlı ölçüde fazla bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuçlar: Çalışmamızdan elde edilen veriler ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddiasıyla görülen davalarda otopsi yapılmasının somut maddi gerçeğe ulaşmayı kolaylaştırdığını, yüksek yargı mercilerinin nihai kararlarını vermesini hızlandırdığını ve bilirkişilik ile yargılama süreçlerinin daha sağlıklı işlemlerini sağladığını gözler önüne sermektedir. Bu nedenle ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddialarında şartlar el verdiği ölçüde otopsi yapılmasının sağlanması gerekmektedir. Otopsi yapılmamasının neden olduğu belirsizlikler ve dezavantajlar yargılama süreçlerinde sadece hakimlerin ve sağlık idarelerinin üzerine yüklenmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Yargıtay kararları, Danıştay kararları, otopsi, tıbbi uygulama hatası

ABSTRACT

Investigation of Fatal Medical Malpractice Cases Concluded Between 2010-2020 in the High Judiciary

Aim: The number of criminal and compensation cases with the claim of medical malpractice is increasing in our country and in the world. Among all, the proportion of fatal medical malpractice claims is substantial. The most tragic outcome of medical malpractice is death. Therefore, our aim is to study fatal medical malpractice cases by examining the high court appeal decisions, to reveal the findings that can help the expert and trial processes to progress more healthily, based on the importance of autopsy.

Materials and Methods: In our study; 380 high court appeal decisions, between 2010 and 2020, determined according to our inclusion and exclusion criteria, with the allegation of fatal medical malpractice, were examined.

Findings: The contradiction between the reports of same expert agency in the cases without autopsy was significantly higher than the cases with autopsy ($p<0.05$). The need for an additional expert report to be used in the retrial on the merits in the cases without autopsy in the appeal decisions of the Court of Cassation Civil Chambers was significantly higher than the cases with autopsy ($p<0.05$).

Results: The data from our study reveal that autopsy in fatal medical malpractice cases facilitates reaching the concrete material truth, accelerates the final decisions of the high judicial authorities, ensures a healthier functioning of the expert witness and trial processes. Therefore, it is necessary to perform an autopsy in fatal medical malpractice cases as circumstances allow. The uncertainties and disadvantages of not performing an autopsy should not be burdened only on physicians and health administrations during the judgement process.

Key Words : Supreme Court decisions, Council of State decisions, autopsy, medical malpractice

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

N	: Sayı
%	: Yüzde
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ATK	: Adli Tıp Kurumu
TCK	: Türk Ceza Kanunu
TBK	: Türk Borçlar Kanunu
TTB	: Türk Tabipler Birliği
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
HMK	: Hukuk Muhakemeleri Kanunu
YSS	: Yüksek Sağlık Şurası
YÖK	: Yüksek Öğretim Kurumu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 4.1. Çalışmamız kapsamında incelenen yüksek yargı temyiz kararlarının yüksek yargı yoluna göre dağılımı.....	40
--	----



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarında hakkında şikâyet olunan hekimlerin çalıştığı kurum türleri sayısal verileri ve vaka başına düşen oranları.	41
Tablo 4.2. Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarında hakkında şikâyet olunan idare türleri sayısal verileri ve vaka başına düşen oranları.	41
Tablo 4.3. Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarında hakkında şikâyet olunan hekimlerin çalıştığı kurum türü sayıları ve oranları.	42
Tablo 4.4. Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarında hakkında şikâyet olunan doktorların unvan türlerine göre sayısal verileri ve vaka başına düşen oranları.	42
Tablo 4.5. Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarında hakkında şikâyet olunan doktorların unvan türlerine göre sayısal verileri ve vaka başına düşen oranları.	43
Tablo 4.6. Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarında hakkında şikâyet olunan doktorların unvan türlerine göre sayısal verileri ve vaka başına düşen oranları.	43
Tablo 4.7. Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarında hakkında şikâyet olunan hekimlerin uzmanlık alanı ve görev tanımı türlerine göre sayısal verileri ve vaka başına düşen oranları.	44
Tablo 4.8. Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarında hakkında şikâyet olunan hekimlerin uzmanlık alanı ve görev tanımı türlerine göre sayısal verileri ve vaka başına düşen oranları.	45
Tablo 4.9. Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarında hakkında şikâyet olunan hekimlerin uzmanlık alanı ve görev tanımı türlerine göre sayısal verileri ve vaka başına düşen oranları.	46
Tablo 4.10. Yargıtay Ceza Daireleri Temyiz Kararlarındaki vakalarda uygulanan tedavi türlerine göre sayısal veriler ve vaka başına düşen oranlar.	47
Tablo 4.11. Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarındaki vakalarda uygulanan tedavi türlerine göre sayısal veriler ve vaka başına düşen oranlar.	47

Tablo 4.12. Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki vakalarda uygulanan tedavi türlerine göre sayısal veriler ve vaka başına düşen oranlar.....	48
Tablo 4.13. Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarındaki olgularda rapor temin edilen bilirkişi kurum türlerine göre sayısal veriler ve vaka başına düşen oranlar.	48
Tablo 4.14. Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarındaki olgularda rapor temin edilen bilirkişi kurum türlerine göre sayısal veriler ve vaka başına düşen oranlar.	49
Tablo 4.15. Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki olgularda rapor temin edilen bilirkişi kurum türlerine göre sayısal veriler ve vaka başına düşen oranlar.	49
Tablo 4.16. Tüm yargı yollarındaki olgularda bilirkişi raporlarından elde edilen verilerde hiçbir bilirkişi raporuna göre kusur verilmeyen ve en az bir bilirkişi raporuna göre kusur verilen olguların dağılımı	50
Tablo 4.17. Tüm yargı yollarındaki olgularda bilirkişi raporlarından elde edilen verilerde en az bir bilirkişi raporuna göre kusur verilen olgulardaki kusur türlerinin olgu başına düşen oranları ve sayısal verileri	51
Tablo 4.18. Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarındaki suç tiplerinin sayısal verileri ve vaka başına düşen oranları.....	51
Tablo 4.19. İlk derece ceza mahkemeleri kararlarının Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarına göre dağılımı.	52
Tablo 4.20. Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarındaki olgularda bilirkişi raporlarına göre hatalı tıbbi uygulama ve ölüm arasında illiyet bağı tespit durumu dağılımı	53
Tablo 4.21. İlk derece ceza mahkemeleri kararları ile bilirkişi raporları arasındaki uyum durumu dağılımı.....	53
Tablo 4.22. Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararları ile bilirkişi raporları arasındaki uyum durumu dağılımı.....	55
Tablo 4.23. Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarındaki birden çok bilirkişi raporu olan ve raporlar arasında kusur veya illiyet tespiti yönünden çelişki bulunan olguların genel durumu.....	56
Tablo 4.24. İlk derece idare mahkemelerince tam yargı davalarında verilen manevi tazminat kararlarının Danıştay ilgili dairelerince verilen temyiz kararlarına göre dağılımı.....	57

Tablo 4.25. İlk derece idare mahkemelerince tam yargı davalarında verilen maddi tazminat kararlarının Danıştay ilgili dairelerince verilen temyiz kararlarına göre dağılımı.	58
Tablo 4.26. Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarındaki olgularda bilirkişi raporlarına göre hatalı tıbbi uygulama ve ölüm arasında illiyet bağı tespit durumu dağılımı.	59
Tablo 4.27. İlk idare mahkemesi kararları ile bilirkişi raporları arasındaki uyum durumu dağılımı.....	59
Tablo 4.28. Danıştay ilgili daireleri temyiz kararları ile bilirkişi raporları arasındaki uyum durumu dağılımı.....	60
Tablo 4.29. Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarındaki birden çok bilirkişi raporu olan ve raporlar arasında kusur veya illiyet tespiti yönünden çelişki bulunan olguların genel durumu.	62
Tablo 4.30. İlk derece hukuk mahkemelerince verilen manevi tazminat kararlarının Yargıtay Hukuk Dairelerince verilen temyiz kararlarına göre dağılımı.	64
Tablo 4.31. İlk derece hukuk mahkemelerince verilen maddi tazminat kararlarının Yargıtay Hukuk Dairelerince verilen temyiz kararlarına göre dağılımı.	65
Tablo 4.32. Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki olgularda bilirkişi raporlarına göre hatalı tıbbi uygulama ve ölüm arasında illiyet bağı tespit durumu dağılımı.	66
Tablo 4.33. İlk derece hukuk mahkemesi kararları ile bilirkişi raporları arasındaki uyum durumu dağılımı.....	66
Tablo 4.34. Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararları ile bilirkişi raporları arasındaki uyum durumu dağılımı.	67
Tablo 4.35. Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki birden çok bilirkişi raporu olan ve raporlar arasında kusur veya illiyet tespiti yönünden çelişki bulunan olguların genel durumu.....	68
Tablo 4.36. Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarındaki olguların otopsi durumuna (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen) göre dağılımı.	69
Tablo 4.37. Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarındaki olgularda otopsi durumu (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen) ile aynı bilirkişi kurumu tarafından verilen raporlar arasındaki çelişki durumunun istatistiki anlamlılıkları.	69

Tablo 4.38. Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarındaki olgularda otopsi durumu (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen) ile ek bilirkişi raporuna ihtiyaç durumunun istatistiki anlamlılıkları.	70
Tablo 4.39. Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarındaki olgularda otopsi durumu (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen) ile ilk derece ceza mahkemesi yargılama/savcılık soruşturma sürelerinin istatistiki anlamlılıkları.	70
Tablo 4.40. Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarındaki olguların otopsi durumuna (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen) göre dağılımı.	71
Tablo 4.41. Danıştay ilgili daireler temyiz kararlarındaki olgularda otopsi durumu (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen) ile aynı bilirkişi kurumu tarafından verilen raporlar arasındaki çelişki durumunun istatistiki anlamlılıkları.	71
Tablo 4.42. Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarındaki olgularda otopsi durumu (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen) ile ek bilirkişi raporuna ihtiyaç durumunun istatistiki anlamlılıkları.	72
Tablo 4.43. Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarındaki olgularda otopsi durumu (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen) ile ilk derece idare mahkemesi yargılama sürelerinin istatistiki anlamlılıkları.	72
Tablo 4.44. Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki olguların otopsi durumuna (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen) göre dağılımı.	73
Tablo 4.45. Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki olgularda otopsi durumu (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen) ile aynı bilirkişi kurumu tarafından verilen raporlar arasındaki çelişki durumunun istatistiki anlamlılıkları.	73
Tablo 4.46. Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki olgularda otopsi durumu (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen) ile ek bilirkişi raporuna ihtiyaç durumunun istatistiki anlamlılıkları.	74
Tablo 4.47. Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki olgularda otopsi durumu (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen) ile ilk derece hukuk mahkemesi yargılama sürelerinin istatistiki anlamlılıkları.	74

1. GİRİŞ

Malpraktis sözcüğü etimolojik olarak, Latince'den köken alan “Male” ve “Praxis” kelimelerinden türemiş olup “hatalı uygulama” anlamına gelmektedir. Tüm meslekler ve zanaatlar için geçerli kapsayıcı bir tanımdır. Eğer söz konusu hata hekim ve diğer sağlık mesleği mensuplarını ilgilendiriyorsa “tıbbi malpraktis” den söz edilir(1). Ülkemizde ise yargı mercilerince ve akademik çevrelerde “malpraktis” ve “tıbbi malpraktis” ifadeleri yerine yaygın olarak “tıbbi uygulama hatası” ifadesi kullanılmaktadır(2).

Dünya Tabipler Birliği'nin 1992 yılında toplanan 44. Genel Kurulu'nda kabul edilen bildirgeye göre, hekimler için malpraktis tanımı “hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastayı tedavi etmemesi ile oluşan zarar” şeklinde yapılmış olup uygulanan tıbbi müdahale sırasında karşılaşılan ve hekimin kusuru bulunmayan durumların (komplikasyon) ayırt edilmesi gerektiğinde belirtilmiştir. Tıbbi malpraktis, “sağlık hizmetleri sunan hekim, hemşire ve ilgili yasaya göre hastaya müdahale yetkisi bulunan fizyoterapist, psikolog veya diyetisyen gibi sağlık personelinin, öneri ve/veya uygulamaları sonucu, hastalığın normal seyrinin dışına çıkarak, iyileşmesinin gecikmesinden hastanın ölümüne kadar geniş bir yelpazedeki koşulların” tamamını içermektedir(3).

Tıbbi uygulama hatası; tıbbi müdahalede bulunan kişinin tanıdan tedavinin sonuçlanmasına kadar geçen süreçte güncel tıbbi standart uygulamayı yapmaması veya eksik yapması sonucu oluşan zarardır. Komplikasyon ise; tanıdan tedaviye tüm aşamalarda güncel tıbbi standartlara göre davranılması halinde dahi gelişen öngörülemez öngörülse dahi önlenemeyen istenmeyen sonuçlardır. Lakin literatüre girmiş yaygın komplikasyonlar açısından önlem alınmalı alınan önlemlere rağmen görülmesi halinde de güncel tıbbi standartlara göre yönetilmesi gerekmektedir aksi halde komplikasyon tanımı dışında kalıp tıbbi uygulama hatası olarak değerlendirilir(4).

Son yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) ve Avrupa ülkelerinde hekimlere ve sağlık çalışanlarına karşı tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan dava sayılarının nüfus artışına göre ivmeli olarak arttığı bilinmektedir(5). Gelişmiş ülkelere paralel olarak ülkemizde de tıbbi uygulama hatası iddiasıyla açılan dava sayılarında gözle görülür bir artış söz konusudur. Adli Tıp Kurumu'nda (ATK) 1996–2000 yılları

arasında hatalı tıbbi uygulama iddiası ile bilirkişi raporu verilen dosya sayısı 636 iken, bu sayının sadece 2009 yılında 707 olması, bu artışın ivmesinin ne kadar yüksek olduğunu gözler önüne sermektedir(6).

Amerikan Tıp Enstitüsünün 2000 yılı raporuna göre ABD’de her yıl 44.000 ile 98.000 arasında hastanın tıbbi uygulama hatalarına bağlı öldüğü bildirilmektedir. Tıbbi uygulama hatası sonucu oluştuğu düşünülen ölüm sayıları azımsanmayacak ölçüdedir. ABD’de tıbbi uygulama hataları sonucu oluşan ölümler tüm ölüm nedenleri arasında beşinci sırada yer almaktadır(7). Tıbbi uygulama hatası sonucu ortaya çıkabilecek maddi ve manevi en dramatik sonuç hastanın vefat etmesidir. Ülkemizde ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası davalarının tüm tıbbi uygulama hatası davalarına oranı göz ardı edilemeyecek derecede yüksektir(2). Tüm bu veriler ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan davaların ölümle sonuçlanmayan tıbbi uygulama hatası davalarından ayrı tutularak ve özel olarak incelenmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda; yüksek yargıda (Danıştay-Yargıtay) 2010-2020 yılları arasında karara bağlanan ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddiası ile görülen davaların temyiz kararları incelenerek ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası olgularının genel olarak irdelenmesi ve bu olgularda otopsinin önemi üzerinden bilirkişilik ve yargılama süreçlerinin daha sağlıklı ilerlemesine yardımcı olabilecek tespitler ortaya konması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Genel tanım

Malpraktis sözcüğü Latince olan “Male” ve “Praxis” kelimelerinin birleşmesi ile oluşan ikili bir söz öbeğidir ve “hatalı uygulama” anlamına gelmektedir. Herhangi bir konuda yetkinliği olan kişinin yetkin olduğu işi yaparken büyük bir hata yapmasa bile o işi layıkıyla yerine getirememesi anlamını taşır. Eğer ki söz konusu layıkıyla yapılamayan işlemler bütünü hekim ve diğer sağlık mesleği mensuplarını ilgilendiriyorsa, tıbbi uygulama hatası ya da “tıbbi malpraktis” den söz edilir(1). Ülkemizde ise yargı mercilerince ve akademik çevrelerde “malpraktis” ve “tıbbi malpraktis” ifadeleri yerine yaygın olarak “tıbbi uygulama hatası” ifadesi kullanılmaktadır(2).

Tıbbi uygulama hatası doğası gereği hem hukuku hem de tıbbi ilgilendiren multidisipliner bir konudur. Bu sebeple tıbbi uygulama hatasının hem hukuki hem de meslek örgütlerince yapılan iki farklı tanımı mevcuttur.

1992 yılında Dünya Tabipler Birliği’nce gerçekleştirilen 44. Genel Kurulu’da kabul edilen bildirgeye göre, tıbbi malpraktisin hekimler açısından tanımı “hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastayı tedavi etmemesi ile oluşan zarar” şeklinde yapılmıştır(3). Türk Tabipleri Birliği Etik İlkeleri Madde 13’e göre ise tıbbi uygulama hatasının tanımı “bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeni ile bir hastanın zarar görmesi” şeklinde yapılmıştır. Hekimlik mesleği yoğun bilgi ve beceri gerektiren oldukça riskli müdahaleler yapılan bir meslek olması sebebiyle yapılan tüm tıbbi müdahaleler izin verilen risk (komplikasyon) çerçevesinde yapıldığından doğabilecek komplikasyonlardan hekimin sorumlu tutulması mümkün değildir. Lakin hekimin hastasına yaptığı tüm tıbbi işlemlerde üstün bir dikkat ve özen yükümlü olduğu unutulmamalıdır(8).

Hekimler Anayasamız ve 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunla vücut dokunulmazlığına karşı tıbbi müdahale konusunda istisnai tutulup aynı zamanda bu konuda yetkilendirilmiştir(9)(10). Hekimlerin kanunlarca verilen tıbbi müdahale, tanı ve tedavi gibi yetkilerini kullanırken kanunlara göre hareket etmesi gerekir. Hastanın hekime başvurusu ile hekim ve hasta arasında vekalet

sözleşmesi kurulmuş olur. Vekâlet sözleşmesi ana ilkeleri gereği hekim tanı, tedavi v.b. tüm tıbbi işlem ve müdahaleleri hastanın sağlığı ve yaşam kalitesini gözeterek dikkat ve özenle gerçekleştirmekle yükümlüdür(11). Tıbbi uygulama hatasının meslek örgütlerince ve hukuki olarak yapılan tanımlamalarında benzerlikler görülmektedir.

2.2. Tıbbi Uygulama Hatasının Tarihçesi

İnsanlık tarihi kadar eski olan hekimlik mesleği yazılı tarihin başlaması ile birlikte antik metinlerde ve kanunlarda kendine yer bulmuştur. Hekimlik mesleği kutsal olarak sayılmış ve toplum hiyerarşisinde seçkin bir konuma yerleştirilmiştir. Hekimlerin sorumlulukları da statüleri gibi yüksek olmuştur. Hastalarına zarar vermeleri durumunda cezai yaptırımlarla karşı karşıya kaldıkları antik kanunlarda karşımıza çıkmaktadır(12)(1).

İnsanlık tarihinin bilinen ilk yazılı kanunu olan Hammurabi Kanunları'nda hekimin neden olduğu zararların tazmini ve cezalandırılmasına yönelik ilkeler belirlenmiştir. Hammurabi Kanunları 218. maddesinde: “Eğer bir hekim operatör bıçağı ile derin bir yarık açarsa ve hastayı öldürürse ya da bıçak ile bir tümörü açarken gözü keserse doktorun elleri kesilir”, 219. maddesinde: “Eğer bir hekim, operatör bıçağı ile azat edilmiş bir adamın kölesinde derin bir yarık açarsa ve onu öldürürse; o köleyi başka bir köle ile ikame etmelidir” ve 220. maddesinde: “eğer operatör bıçağı ile bir tümörü açarken gözünü çıkarırsa; kölenin değerinin yarısını öder” şeklinde ifadeler yazılıdır(12).

Hindistan'da ki antik Zorastre Kanunu'nda hekimlerin yaptığı işlemler yine hekimlerden oluşan bir heyetçe değerlendirilerek yanlış bir uygulama tespit edilirse cezalandırılması gerektiğini söyleyen maddeler bulunmaktadır. Bu sebeple Zorastre Kanunu hekimlerin hatalı uygulamalarının bilirkşiye danışıldığı tarihte bilinen ilk kanun özelliği taşımaktadır(1).

Antik Mısır'da hekimler tıbbi uygulamaları standardize etmek için yazılan meslek kitaplarına çok büyük önem göstermişlerdir. Bu kitapta hekimlerin belirlenen kurallara riayet ederek yaptıkları tıbbi müdahalelerden sorumlu olmayacakları ancak kitapta belirtilen kurallara uymadan yaptıkları hatalardan sorumlu olacakları belirtilmiştir(12).

Eski Yunan'da Hipokrat ve sonrasında gelen hekimlerce hekim sorumluluğunun ana çerçeveleri belirlenmiştir. Antik Mısır'a benzer şekilde hekim dönemin genel tıp

kurallarına uygun hareket ederse sorumlu tutulmuyor aksi durumlarda hatalı kabul ediliyordu. Kusur sonucu hekime olan yaptırımlar zararın tazmininden çok bizzat hekimin cezalandırılması şeklinde tasarlanıp uygulanıyordu(12).

Roma'da ise hekimlerin ihmal, bilgi ve beceri eksikliğinden kaynaklanan hataları sonucu oluşan zararlardan sorumlu olacakları 12 levha kanunlarında belirtilmiştir. Lex Aquia kanununda da hekimin veya yardımcısının acemiliği, bilgisizliği ve ihmali ağır kusur olarak değerlendirilmiştir(13).

Ortaçağ İngiltere'sinde 1354 yılında görülen bir davada hastasının çenesindeki ağrıyı gidermek için müdahale eden cerrah yaptığı yanlış müdahale sonucunda hastanın çenesinde tedavi edilemez yaralara neden olduğu gerekçesiyle yargılanmıştır. Londra belediye başkanı ve ihtiyar heyetinin yargıçlığında, dört uzman cerrahın bilirkişiliği neticesinde bilgi, beceri eksikliği ve tecrübeli bir cerrahın yardım istememesi nedeniyle suçlu bulunmuştur. Yine ortaçağ İngiltere'sinde 1432 yılında yaralanma sonrası enfeksiyonu önlemek için cerrahlar tarafından eli ampute edilen hastanın elini sakat bıraktıkları gerekçesiyle cerrahları dava ettiği vakada; belediye başkanı ve ihtiyar heyeti yargıçlığında, usta cerrahları da içeren 8 kişilik bilirkişi heyetince hastadan izin alarak amputasyon yapan ve tıp kurallarına uygun hareket eden 3 cerrah suçsuz bulunmuştur. Bu vakalardan anlaşıldığı üzere ortaçağ Avrupa'sında dahi hekimlerin hatalarına ilişkin davalarda hekimlerden oluşan bilirkişi heyetlerinden görüş alındığı ve uygulanan cerrahi işlemlerden önce hastanın rızasının alınmasına dikkat edildiği tespit edilmiştir(14).

Büyük Selçuklu Devleti döneminde hekimliğin çok ileri seviyelere çıktığı, yetersiz kişilerin hekimlik yapmasının yasaklandığı ve bu kişilerin hekimlik yapmaları halinde cezalandırılacağı bilinmektedir(1). Bu veri ışığında günümüze benzer şekilde Büyük Selçuklu Devletinde de tıbbi müdahalenin ancak ehliyet sahibi hekimlerce yapılmasının sağlandığı görülmektedir. Osmanlı Devletinde ise hastanın cerrahi işleminden önce alınan rızası yazılı senetlere bağlanarak, müdahale sonrası beklenmeyen bir zarar (günümüz ifadesiyle komplikasyon) doğması halinde hekimin korunması sağlanmıştır. Lakin bu rıza sınırsız değildi hekimin işlemleri usulüne uygun olarak yapması ve oluşan zararda kastının olmaması gerekmekteydi(15). Bu bilgi hastanın rızasının alınmasının ve rızanın yazılı olarak alınarak hekimin kendini yaptırımlara karşı korumasının Osmanlı Hukuku'nda ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

Bildiğimiz anlamda tıbbi uygulama hatası kavramı ilk olarak 18. Yüzyıl İngiltere’inde hukuki olarak temellendirilmeye başlanmıştır. İngiliz hukukçu Sir William Blackstone tarafından 1768’de yazılan yorumlarda, günümüzde uygulama hatası terimine karşılık olarak kullandığımız malpraktis teriminin kaynağını oluşturan “mala praxis” kelimesini kullanmıştır. Aynı metinde hatalı tıbbi uygulama “ihmal ya da beceri eksikliği içeren hekimin, cerrahın ya da eczacının yönetimi ile hastanın zarara uğraması ve hekime güvenin sarsılması” olarak belirlenmiştir. Her ne kadar tıbbi uygulama hatası modern hukuk çerçevesinde tanımlanmış olsa da uygulamaya geçmesi çok uzun yıllar almıştır. 19 yüzyıl boyunca bu konuda uygulamada her hangi hareket görülmemiştir. Tıbbi uygulama hatalarının modern anlamda hekimlerin gündemine girmesi ise ABD, Kanada ve İngiltere gibi ülkelerde 1970 yılların sonlarından itibaren açılan davalarla yüksek tazminat cezalarının verilmeye başlaması ile olmuştur. Benzer tarihlerde hasta haklarıyla ilgili ilk gelişmelerde yaşanmaya başlamıştır(16).

2.3. Dünyada Tıbbi Uygulama Hatasına Yaklaşım

Gelişmiş ülkelerde hekimlik mesleğinin standartlarının artması, tanıda teknoloji ve tetkiklerin gelişmesi, tedavi ve ilaç alternatiflerinin çeşitlenip gelişmesine paralel olarak toplumların hekimlerden şifa beklentisi oldukça artmıştır. Bu beklenti artışına bağlı olarak tıbbi müdahaleler sonucunda oluşabilecek her türlü zarar da hekim tarafından hatalı uygulama yapıldığı düşüncesi ile hekimler aleyhine davalar açılmaya başlanmıştır. Kronolojik olarak bu davalar 1960’lı yıllarda açılmaya başlamış ve kademeli bir atışla devam etmiştir. 1970’li yıllarda tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan dava sayılarında ise dramatik bir artış yaşanmıştır. Artan davalar ve hükmedilen yüksek tazminatlar sonucu hekimlere mesleki sorumluluk sigortası yapan şirketler büyük zararlar etmeye başlamıştır. Sigorta şirketleri bu sebeple hekimlere mesleki sorumlu sigortası yapmamaya yapsa bile sigorta primlerinde büyük artışlar yapmaya başlamıştır. Madalyonun diğer tarafında yüksek tazminatlar verilen davaların artması sebebiyle avukatlarında tıbbi uygulama hatası davalarına ilgisi artmış ve tıbbi uygulama hatası iddiaları büyük bir gelir kapısı olarak görülmeye başlanmıştır. Tüm bu gelişmeler hasta haklarına ve güvencesine verilen önemin artması şeklinde olumlu sonuçlara da neden olmuştur(17). Tıbbi uygulama hatası iddiası ekseninde yüksek gelir beklentisi ile oluşan sigorta şirketleri, avukatlar ve zararlarının tazminini isteyen taraflardan müteşekkil büyük bir ekosistem oluşmuştur.

Amerikan Tıp Derneği'nin kuruluş sebebi 19. Yüzyıl başlarında ABD'de ortaya çıkan tıbbi uygulama hatası iddialarındaki artışlardır. Dernek kuruluşundan sonra tıbbi müdahalelerin standardizasyonu için yönetmelikler oluşturmuştur. Bu kuruluş 1800'lü yılların sonuna geldiğinde hekimlerin işlemlerinin büyük bir çoğunluğunu denetleyebilir hale gelmiştir. ABD 'de 1950'li yılların sonunda hekimleri özellikle acil tıbbi durumlar sebebiyle oluşabilecek soruşturmalardan korumaya yönelik bir kanun çıkarılmıştır. Bu kanun sayesinde hekimlere meslekleri gereği yaptığı tıbbi müdahaleler sonucu ortaya çıkan zararlar yönünden ceza yargılaması yapılamamaktadır. ABD'de tıbbi uygulama hatası davalarında hastada oluşan zararlarda hekim kusuruna dayanan tazmin esası benimsenmiştir. Bu tazmin yükü ihtiyaca binaen ortaya çıkan mesleki sorumluluk sigortası yapan şirketlerce karşılanmaya başlamıştır. 1990 yılların tamamında ABD'de yaklaşık 100 hekimden 15'ine tıbbi uygulama hatası iddiasıyla davası açıldığı tespit edilmiştir(18). Amerikan sigorta şirketlerinin ortak verilerine göre 1990 dan 2005 e kadar olan süreçte ödenen tazminat miktarlarının sürekli arttığı, 2003 yılında ödenen miktarın 2004 yılında iki katına çıktığı tespit edilmiştir(19).

İngiltere'deki tıbbi uygulama hatasına yönelik hukuki düzenlemeler aynı zamanda ABD'de kullanılan sistemin temelini oluşturmaktadır. İngiltere'deki hekimlerin oldukça büyük bir çoğunluğu Ulusal Sağlık Sistemi (National Health Service) tarafından sigortalanmıştır(20). Bu sistem sayesinde hekimlerin özel mesleki sorumluluk sigortası yapmasına ve sigorta primi ödemesine gerek kalmamaktadır. Yargılamalar sonucu çıkan tazminat bedelleri Ulusal Sağlık Sistemi'nin sağladığı sigorta sayesinde karşılanmaktadır. Bu sistemin bütçesi İngiltere Devlet'inin genel bütçesinden karşılanmaktadır. Ulusal Sağlık Sistemi'nin 1996 ile 1997 yıllarını kapsayan dönemde ödediği tazminat miktarı 235 milyon sterlinken her yıl ödenen miktarlar bir önceki yıla göre yüzde yirmi beş artmaktadır(21)(1). İngiltere de hasta hakları ve güvenliği kapsamında Ulusal Raporlama ve Öğrenme Sistemi kurulmuştur. Sistemin amacı hastalara yapılan müdahaleler sonucu oluşan zararların, gelişen komplikasyonların, mortalite ve morbite verilerinin tek bir elde toplanarak analiz edilmesi sonucu sistemde oluşan sorunların ve güncel komplikasyonların tespiti sağlanarak sunulan sağlık hizmetinin ve hasta haklarının geliştirilmesidir(22).

Fransa'nın tıbbi uygulama hatasına bakış açısı ve süreç yönetimi 2002 yılında yapılan kanun değişikliği sonrası İngiltere'deki sisteme benzer hale getirilmiştir. Bu tarihten sonra hastaların bakış açısı tıbbi uygulama hatası iddiasıyla açılan davalarda

kanunların hekimleri koruduğu ve haklı bulunma ihmallerinin düşük olduğu yönünde değişmiştir. Tıbbi uygulama hatası sonucu ortaya çıkan zararlar hastanelerce veya bizzat devlet tarafından karşılanmaktadır(21).

Japonya’da 100 hekim başına düşen tıbbi uygulama hatası iddiasıyla açılan dava sayısı diğer gelişmiş ülkelere göre oldukça düşük kalmaktadır. 1990’lı yılların tamamında ABD’de yaklaşık 100 hekimden 15’ine tıbbi uygulama hatası iddiasıyla dava açıldığı tespit edilmişken, Japonya’da 1998 yılında 100 hekim başına düşen tıbbi uygulama hatası iddiasıyla açılan dava sayısı 0,25’dir. Japonya’ da ABD ve İngiltere’den farklı olarak tıbbi uygulama hatası iddiası olan hasta ve yakınları hekimlere hem tazminat davası hem de cezai yargılama davası açabilmektedirler. Lakin Japonya’da son 50 yılda hekimler aleyhine açılan toplam ceza davası sayısı oldukça düşük bir şekilde 100 davadan azdır. Japonya’da tüm tıbbi uygulama hatası iddiasıyla açılan dava sayılarının diğer gelişmiş ülkelerden az olmasının sebepleri kültürel olarak insanların davranış modellerindeki farklılıklar ve dava açmadan anlaşmazlıkların çözüldüğü uzlaştırma sisteminin gelişmiş ve yaygın kullanılması şeklinde açıklanmaktadır(21).

Almanya’da Japonya’ya benzer şekilde özellikle ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddiası olan vakalar ceza soruşturmasına ve yargılamasına konu olabilmektedir. Bir diğer benzerlik işlevsel olan ve tercih edilen uzlaştırma sisteminin varlığıdır. Yılda sadece 1500-2000 davanın savcı tarafından soruşturulduğu tahmin edilmektedir. Bunlar esas olarak ölümün tıbbi uygulama hatasından kaynaklandığının düşünüldüğü ve ölümün nedeni ile şeklinin adli otopsi ile aydınlatılması gereken durumlardır. Savcıların her 60.000 nüfusa bir soruşturma yürüttüğü, ayrıca her 90.000 nüfusa bir hukuk davası açıldığı tespit edilmiştir. Yılda sadece 8 ceza davası açılırken bunların 4 ünde hüküm verildiği, 4 ünde ise duruşmanın devam ettiği tespit edilmiştir. Tıbbi uygulama hatası iddialarının sıklığına ilişkin tazminat davası sayıları yönünden net veriler ortaya konmamış olmakla birlikte yılda 15.000 tazminat davası açıldığı tahmin edilmektedir. Almanya’da her hekimin mesleki sorumluluk sigortası yaptırması zorunludur. 108.000 sigortalı doktoru olan bir sigorta şirketinin verilerine göre taraflarına yılda yaklaşık 4500 şikâyet başvurusu olduğu, bu başvuruların % 30’da uzlaşmaya varıldığı, %10’unun hukuk mahkemelerine taşındığı, mahkemeye taşınan tazminat davalarının % 4’ünde ödeme yapıldığı tespit edilmiştir. Almanya’da ölümle sonuçlanmayan tıbbi uygulama hatası iddiaları tıp konseylerinin tahkim kurullarında ele

alınmaktadır. 30 yıldan fazla bir süre önce tıp konseyleri, tıbbi uygulama hatası iddialarının mahkemeye başvurmada çözölmesi için kurulmuştur. Tahkim kurullarında yılda 10.000'den fazla dosya ele alınmakta ve bunların %30'unda hasta iddiaları doğrulanmaktadır. Tıp konseyleri hakem heyetlerinin verileri ulusal olarak yılda bir kez yayınlanmaktadır. Ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddiaları ise Adli Tıp Enstitülerince değeriendirilmektedir(23).

2.4. Tıbbi Uygulama Hatalarının Türkiye'deki Durumu

Ülkemizde de diğeri gelişmiş ölkelere benzer lakin kronolojik olarak birkaç dekat geriden gelecek şekilde olmak üzere tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan ceza, hukuk ve idari davaların sayısında nüfus artışıyla açıklanamayan bir ivmeyle artış olduğı görölmektedir(5). Yargıtay ve Danıştay resmi sitelerinde halka açık olarak yayınlanan temyiz kararlarına bakıldığında bu artışı net olarak görmek mümkündür.

Sağlık Bakanlığı tarafından kamu hastanelerine farklı tarihlerde gönderilen genelgelerle hizmet kusuru nedeniyle ödenen tazminat miktarlarının arttığı bu konuda hastane yönetimleri ve hekimlerin dikkatli olması gerektiğı bildirilmiştir(11). Düzenlenen hasta hakları yönetmelikleri ile hasta hakları ve menfaatleri son derece önemsenip dikkate alınırken hekimler yoğun bir hukuki yaptırım baskısı altına alınmıştır. Günümüzde ölkemizdeki hiçbir hekim tıbbi uygulama hatası iddiasıyla dava edilme korkusu olmadan, tıbbi müdahalelerini özgür bir şekilde tamamen tıbbi doğırlara ve hastanın yüksek yararına göre yapamamaktadır. Aksine kendisini koruyacak şekilde en az riskli ve hastaya en az müdahale edecek şekilde tanı ve tedavi seçimlerini yapmaktadır(4)(24).

Çoğı gelişmiş ölkede hekimlere mesleğı gereğı yaptığı işlemlerden dolayı ceza soruşturması ve yargılaması yapılamamaktadır. Ayrıca idari davalar açılamamaktadır. Bu nedenle o ölkelerdeki hekimlerin endişe edebileceğı tek hukuki sorumluluk yolu tazminat davalarıdır. Bunlara yönelik olarak da birçoğunda bizzat devlet bütçesinin koruması varken diğeriğinde de gelişmiş ve uygulanabilir mesleki sorumluluk sigorta sistemleri mevcuttur(20)(22). Bu nedenlerle bahse konu ölkelerdeki hekimler hukuki yaptırım korkusunu çok daha az hissederek mesleklerini icra edebilmektedirler. Ülkemizde ise tıbbi uygulama hatası şüphesi olan durumlarda hastalar, yakınları ve avukatlar tarafından hekimlere karşı ceza, hukuk ve idari davalar açabilmektedir. Bu sebeple hekimlerimiz üç farklı hukuk yolundan yaptırım tehdit altında kalmaktadır.

Sağlık Bakanlığı, özel ve kamu hastaneleri ülkemiz sağlık sisteminde oluşan aksaklıklar ve yoğunluk sebebiyle oluşabilen zararların sorumluluğunu üstlenmekten kaçınmaktadır. Aksine hekimler çalıştıkları kamu ve özel kuruluşların kendilerine açabilecekleri rücu tazminat davaları ile de karşı karşıya kalabilmektedir(2).

Hekimler aleyhine çıkan yüksek miktartlı tazminat kararları sayısındaki artış gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de mesleki sorumluluk sigorta sisteminin doğmasını kaçınılmaz hale getirmiştir. Ülkemizde 21.01.2010 tarihinde yürürlüğe giren “Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun” 8. maddesine göre Türkiye Cumhuriyeti Devletin çalışan tüm hekimlerin “Mesleki Mali Sorumluluk Sigortası” yapması zorunlu tutulmuştur(25).

Tüm bu bilgiler ışığında ülkemizde de gelişmiş ülkelere benzer şekilde tıbbi uygulama hatasının merkezde olduğu sigorta şirketlerinin, avukatların, hasta ve yakınlarının oluşturduğu zararın tazmini amacından çok maddi menfaat düşüncesiyle ortaya çıkan bir ekosistem oluşmuştur.

2.5. Tıbbi Uygulama Hatası Kavramına İlişkin Genel Tanımlar

2.5.1. Tıbbi Uygulama (Bakım) Standardı

Tıbbi uygulama (bakım) standardı aynı uzmanlık alanından ve statüden yeterli tıbbi eğitim alan güncel literatüre hakim hekimlerin aynı ekipman ve hastane şartlarında benzer tip vakalarda ortaya koydukları tüm hekimlik uygulamalarında göstermesi beklenen yetkinlik ve özen olarak tanımlanmıştır(26).

2.5.2. Komplikasyon (İzin Verilen Risk)

Hekimlik mesleği doğası gereği yaptığı tıbbi müdahalelerde yüksek riskler barındırmaktadır. Barındırdığı risklere rağmen tüm tıbbi müdahaleler hasta açısından kar zarar dengesi gözetilerek hastadan aydınlatılmış onam alınmak şartıyla uygulanabilir. Hastanın üstün yararı gereği alınan risklere rağmen yapılan tıbbi müdahale ve tedaviler sonucu bu risklerin açığa çıkardığı istenmeyen sonuç ve zararların ortaya çıkması durumu komplikasyon olarak tanımlanmaktadır. Bilindiği üzere komplikasyonun hukuksal karşılığı da yukarıda yaptığımız tanıma benzer şekilde “izin verilen risk” tir(27). Komplikasyonun tıbbi tanımı ise “bir hastalığın seyri veya tedavisi sırasında ortaya çıkan, hastalığın kendinden veya tıbbi müdahaleden

kaynaklanan, tedbir alınmasına rağmen önlenemeyen, ortaya çıkabileceği o konu ile ilgili çevrelerde ve literatürde belirlenmiş ve kabul edilen, diğer hastalıklar veya bozukluklar” şeklinde ifade edilmektedir(28). Tüm bunlara rağmen hekimlerin komplikasyonlardan hukuki olarak sorumlu olmaması için tıbbi müdahale veya tedavi öncesi hastadan aydınlatılmış onamının alınmış olması gerekmektedir. Ayrıca literatürde bulunan veriler ışığında gelişebilecek komplikasyonlar yönünden önceden önemler alınmış olması ve komplikasyon gelişmesi halinde hastanın bu durumu en az zararlarla atlatabileceği şekilde sürecin yönetilmiş olması şartları aranmaktadır(27). Tanı ve tedavi yöntemleri ile alternatiflerinin olağan üstü bir hızda gelişmesi nedeniyle birkaç yıl önce öngörülemez olarak tanımlanan bir komplikasyon birkaç yıl sonra bu komplikasyon yönünden önlem almayan hekimin hukuki olarak sorumlu tutulabileceği duruma dönüşebilmektedir.

2.5.3. İstenmeyen Sonuç

Hekimlik uygulamalarında komplikasyon veya tıbbi uygulama hatası sonucunda oluşabilen tüm zararlar istenmeyen sonuç olarak tanımlanmaktadır. İstenmeyen sonuçta hekimin sorumluluğu somut olayda tıbbi uygulama hatası ile izin verilen risk (komplikasyon) ayrımının yapılmasına bağlıdır. Tıp biliminin oldukça geniş kapsamda bilgiler içermesi ve onlarca branşa ayrılmış olması sebebiyle komplikasyon ile tıbbi uygulama hatasının ayrımının yapılabilmesi üstün teknik bilgi gerektirmektedir. Somut olayda hekimin kusuru ve kusur ile doğan zarar arasındaki illiyet bağının kurulması ancak alanında uzman hekimleri içeren tıbbi bilirkişi kurum ve kurullarının oluşturduğu bilirkişi raporları ile mümkündür. Bilirkişi raporları yapılan tıbbi uygulama ve tedavilerin bakım standartlarına göre yapılıp yapılmadığı bakarak somut olayda komplikasyon ve tıbbi uygulama hatası ayrımının yapılması açısından zarurettir(29).

2.5.4. Defansif (Savunmaya Dayalı) Tıp

Defansif tıp hekimlerin kendilerini tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan tazminat ve ceza davalarından korumak amacıyla geliştirdikleri kaçınma davranışlarından temel alan bir kavramdır. Ülkemizde ve dünyada tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan tazminat ve ceza davalarının sayısının giderek artmasının doğal bir sonucudur(30).

Defansif tıp negatif ve pozitif defansif tıp şeklinde iki başlık altında incelenmektedir. Negatif defansif tıp hekimlerin sonuçları açısından riskli tıbbi

uygulamaların tamamından mümkün olduğunca kaçınmalarını ifade eden bir tanımdır. Pozitif defansif tıp ise hekimlerin her vakada tıbbi uygulama hatası iddiasıyla karşı karşıya kalıyormuşçasına korunma iç güdüsüyle daha çok tahlil, tetkik ve radyolojik görüntüleme isteme ve daha geniş kapsamlı tedavi uygulamalarına yönelmesini ifade eden bir tanımdır(31).

Genel olarak defansif tıp uygulamalarında hekimlerin önceliği hastanın üstün yararından ziyade kendini korumaktır. Hekimlerin mevcut şartlar gereği ve istemsiz olarak negatif defansif tıp uygulamalarını tercih ediyor olması hastaların kendileri için elzem olan sağlık hizmetlerine ulaşmasını zorlaştırmakta ve geciktirmektedir. Ayrıca pozitif defansif tıp uygulamaları sağlık hizmetlerinin israf edilmesine neden olmaktadır. Tüm bu sebeplerle hekimleri defansif tıp uygulamalarına iten sorunların çözülmesi ülkemiz ve insanımız içinde son derece faydalı olacaktır.

2.6. Hekimlerin Yasal Sorumlulukları

Tüm hukuk devletlerinde hekimlerin uyguladıkları tıbbi müdahale ve tedaviler açısından yasal sorumlulukları bulunmaktadır. Bu yasal sorumluluklar istenmeyen sonuç doğan durumlar için geçerli olduğu gibi kanun ve yönetmelikler çerçevesine uygun davranılmaması durumlarını da kapsar. Hekimlerin öncelikle kendilerini sonrasında hastalarını koruyabilmeleri için meslekleri ile ilgili tüm yasal düzenlemeleri ve olası yargılama ile cezai ve idari soruşturma süreçlerini bilmesi gerekmektedir. Bu sayede karşılaşılabilecekleri tıbbi uygulama hatası iddialarına ve doğabilecek süreçlere veya kanunlardan ve yönetmeliklerden doğan sorumluluklarını yapamamaları halinde karşı karşıya kalabilecekleri yaptırımlara ve süreç yönetimlerine hazırlıklı olmaları sağlanabilir(32).

Uygulanan tüm tıbbi müdahale ve tedavilerin kanunlara uygun olabilmesi için; kanun ve yönetmelikler ile ehliyet verilen kişilerce yapılması, kanunlara göre izin verilen bir işlem olması, yapılan işlem ve tedavinin uygun nedenlerle ve güncel tıbbi uygulamalara uygun şekilde hastanın aydınlatılmış onamıyla yapmış olması gerekmektedir(32)(33).

İstenmeyen sonuçlardan hekimin yasal sorumluluğunun doğabilmesi için; hekimin tıbbi uygulamaları ve tedavisinin kanunlara aykırı olması, kanuna aykırı bu eylemin bir zarar doğurması ve zararlar eylem arasında uygun illiyet bağının kurulmuş olması gerekmektedir. Bu şemaya uygun eylemler cezai yaptırım açısından Türk Ceza

Kanunu (TCK) ilgili maddeleri gereğince işlem görürken, Türk Borçlar Kanuna (TBK) göre ise tarif edilen şemaya uyan eylem haksız fiil olarak tanımlanmakta ve TBK ilgili maddeleri gereğince tazminat yükümlülüğü doğurmaktadır(33)(32)(34)(35).

Hekimlerin hukuki sorumlulukları olduğu gibi meslek örgütleri ve ilgili bakanlıkların yönetmelikleri gereği idari ve mesleki sorumlulukları da mevcuttur(26). Türk Tabipler Birliği (TTB)'nce yayımlanan Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 2. Maddesine göre hekimlerden beklenen etik ve deontolojik değerler “Tabip ve Diş Tabibinin başta gelen vazifesi, insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermektir” şeklinde ilke olarak belirlenmiştir. Hatalı tıbbi uygulama durumlarında bu ilkenin ihlali olarak değerlendirilmektedir. Halk ve yargı nezdinde tıbbi uygulama hatası iddialarında her daim hekim başrol de düşünülmeyle beraber tıbbi müdahale ve tedaviler komplike bir sistem dahilinde birden çok meslek ve branştan kişinin ortak etkisi ile gerçekleştirildiğinden oluşan zararlarda sorumlu veya sorumluların tespiti gerekmektedir(36).

Hekimlik mesleği son derece sistematik oldukça bilgi içeren bir meslek olması, halk ve yargının hekimden şifa ve kusursuzluk beklentisinin çok yüksek olması sebebiyle hekimler ve diğer yardımcı sağlık personellerinin yasal sorumluluklarını belirleyen çok sayıda yasal düzenleme mevcuttur.

Önemli yasal düzenlemeler;

-“Türk Ceza Kanunu İlgili maddeleri”

-“Türk Borçlar Kanunu ilgili maddeleri”

-“14.11.1928 tarih, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair

Kanun”,

-“24.04.1930 tarih, 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu”,

-“23.01.1953 tarih, 6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Kanunu”,

-“15.02.1954 tarih, 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu”,

-“13.01.1960 tarih, 4/12578 sayılı Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi”,

-“22.05.1974 tarih, 14893 sayı ile Resmi Gazetede yayınlanan Tababet Uzmanlık Tüzüğü”,

- “14.04.1982 tarih, 2659 sayılı Adli Tıp Kurumu Kanunu”,
- “10.09.1982 tarih, 8/5319 sayılı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği”,
- “07.05.1987 tarih, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu”,
- “01.02.1999 tarihli Türk Tabipler Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları”,
- “28.04.2004 tarih, 25446 sayılı Türk Tabipler Birliği Disiplin Yönetmeliği”,
- 12
- “06.04.2011 tarih, 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname”
- “2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu”,
- “2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun”,
- “Zorunlu Mesleki Sorumluluk Sigortası Yasası”,
- “01.08.1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliği” (20.10.2016 tarihinde güncellendi)
- “Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi” şeklindedir.

Tüm bu yasal düzenlemeler gereği hekimler tıbbi uygulama hatası iddiası olan durumlarda ceza ve hukuk davaları ile idari davalar ve meslek kuruluşlarınca yapılan idari soruşturmalarla karşı karşıya kalabilmektedir(36).

Çalışmamız tamamlanırken Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) tarafından 12.05.2022 tarihinde kabul edilen kanunun Ek 18. maddesiyle kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan hekim ve yardımcı sağlık personelleri yönünden tıbbi uygulama hatası iddiasıyla idareye karşı açılan davalar sonrası ödenen tazminatların hekim ve yardımcı sağlık personellerine rücu edilmesinde izlenecek usul ve esaslar yeniden düzenlenmiştir. İlgili düzenleme “Kamu kurum ve kuruluşları ve Devlet üniversitelerinde görev yapan hekim ve diş hekimleri ile diğer sağlık meslek mensuplarının sağlık mesleğinin icrası kapsamında yaptıkları muayene, teşhis ve tedaviye ilişkin tıbbi işlem ve uygulamalar nedeniyle idare tarafından ödenen tazminattan dolayı ilgisine rücu edilip edilmeyeceğine ve rücu miktarına, ilgilinin görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle görevini kötüye kullanıp kullanmadığı ve kusur durumu gözetilerek Mesleki Sorumluluk Kurulu tarafından bir yıl içinde karar verilir.” şeklinde tanımlanmıştır. Yeni düzenleme ile görevleri

tanımlanan Mesleki Sorumluluk Kurulu'nun üyelerinin; "Sağlık Bakanı tarafından belirlenen; Bakan yardımcısı, Sağlık Hizmetleri, Kamu Hastaneleri, Hukuk Hizmetleri, Yönetim Hizmetleri genel müdürleri veya yardımcıları, Profesör veya doçent unvanlı biri dâhilî, diğeri cerrahi branştan iki hekim, olmak üzere yedi üyeden oluşur. Mesleki Sorumluluk Kurulunun başkanı Bakan yardımcısıdır." ilkelerine göre belirleneceği belirtilmiştir. Kurulun oylama ve toplanma esasları; "Mesleki Sorumluluk Kurulu, üye tam sayısının salt çoğunluğuyla toplanır ve üye tam sayısının salt çoğunluğuyla karar alır. Oylamalarda çekimser oy kullanılamaz." şeklinde belirlenmiştir. Ayrıca bu yeni kanun düzenlemesi Mesleki Sorumluluk Kuruluna "hekim ve diş hekimleri ile diğer sağlık meslek mensuplarının sağlık mesleğinin icrası kapsamında yaptıkları muayene, teşhis ve tedaviye ilişkin tıbbi işlem ve uygulamalar nedeniyle yapılan soruşturmalara" izni verme veya vermeme yetkisi vermiştir. Bunlara ek olarak Mesleki Sorumluluk Kuruluna, "özel sağlık kurum ve kuruluşları ve vakıf üniversitelerinde görev yapan hekim ve diş hekimleri ile diğer sağlık meslek mensupları bakımından il sağlık müdürlüklerinde görevli başkan veya yardımcılarını da ön inceleme yapmak üzere görevlendirme" yetkisi de verilmiştir(37).

TBMM tarafından kabul edilen yeni düzenleme her ne kadar kamuda çalışan hekimlerin tazminat korkusu olmadan ve defansif tıbbı yönelmeden mesleklerini daha özgürce icra etmesi amaçlanarak yapılmış olsa da tarafımızca ve hekim çevrelerince tıbbi uygulama hatası gibi birden çok uzmanlık alanında ve oldukça komplike bilgi gerektiren olguları inceleyecek ve ilgisine rücu konusunda karar verecek Mesleki Sorumluluk Kurulu'nun sadece iki hekim üye içeriyor olması yönünden şüphe ile karşılanmıştır. Lakin kanun maddesinde "Bu maddenin uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar, Sağlık Bakanlığı tarafından yürürlüğe konulan yönetmelikle belirlenir " ifadesi geçmektedir. Yeni yapılan bu düzenlemenin Sağlık Bakanlığı tarafından yürürlüğü konulacak yönetmelik ve uygulamadaki yansımaları sonrası değerlendirilmesi daha sağlıklı olacaktır.

2.6.1. Hekimlerin Mesleki Sorumlulukları

Bilim çerçevesinde yapılan her meslek gibi hekimlerinde mesleki sorumlulukları vardır. Hekimler mesleklerini, tıbbi uygulamaları ve tedavileri yaparken ilgili yasa ve yönetmelikte belirtilen kurallara uymakla yükümlüdür(32).

Ülkemizde mesleki sorumluluk şartlarının yerine getirilmemesi halinde hekimlere verilebilecek disiplin cezaları TTB’ce hazırlanan “28.04.2004 tarih ve 25446 sayılı Resmi Gazete’de” yayınlanarak yürürlüğe giren “6023 sayılı Türk Tabipler Birliği Kanunu’nun” 59. maddesine dayanılarak çıkartılan “Türk Tabipler Birliği Disiplin Yönetmeliğinde” açıklanmıştır. Tabip odalarının “Onur Kurulları” ve “Yönetim Kurulları” hekimlik mesleği etik ve deontoloji değerlerine uymayan davranışlar yapan veya hatalı tıbbi uygulama iddiası sonucu tabip odalarına şikâyet edilen hekimler hakkında başta TTB’ce çıkarılan “Tıbbi Deontoloji Tüzüğü” ve “Türk Tabipler Birliği Disiplin Yönetmeliği” olmak üzere ilgili yasa, yönetmelik ve belgeler dikkate alınarak yapılan incelemeler sonunda disiplin cezası yönünden karar verilmektedir(38).

“Türk Tabipler Birliği Disiplin Yönetmeliği’ne” göre “Yasa ve tüzüklere uymamak”, “haksız çıkar sağlamak”, “deontolojiye aykırı davranmak” ve “hasta haklarını ihlal etmek” disiplin cezası gerektiren haller olarak tanımlanmıştır. Yapılan disiplin incelemesi sonucunda ilgili kurullarca hekimlere disiplin cezası kapsamında verilebilecek cezalar ise; “uyarı cezası”, “para cezası”, “geçici olarak meslekten men etmek” , ve “oda bölgesinde çalışmanın yasaklanması” şeklinde belirlenmiştir. Tabip odaları “Onur ve Yönetim kurullarınca” verilen “meslekten men cezası” dışındaki tüm cezalar taraflarca yapılan itirazlara binaen, “meslekten men cezası” ise itiraz yapılmasa dahi “Yüksek Onur Kurulu” tarafından resen incelerek onaylanması sonunda kesinleşir(39).

2.6.2. Hekimlerin İdari Sorumlulukları

Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimlerin ve yardımcı sağlık personellerinin bireysel kusurları ile sebebiyet verdiği tıbbi uygulama hataları da idare hukuk çerçevesinde “hizmet kusuru” olarak tanımlanmaktadır. Hizmet kusuru; “idarenin yürüttüğü kamu hizmetinin hiç işlememesi, kötü işlemesi veya geç işlemesi sonucu ortaya çıkan ve idarenin ortaya çıkan zararı ödemesini öngören bir sorumluluk türü” şeklinde tanımlanmaktadır(27).

Kamu tarafından sağlık hizmeti sunulan kurumlarda çalışan hekim ve yardımcı sağlık personeli hakkında tıbbi uygulama hatası iddiası ile yapılan şikâyetlerde “Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin Yargılanması Hakkında Kanun” gereğince savcılıklar direkt kendileri soruşturma yürütememekte şikâyet konu kamu kurumundan

kurum içi soruşturma yapmasını talep etmektedir. İlgili kurum amirinin görevlendirdiği kişi veya kişilerce kurum içi soruşturma yürütülmektedir(26).

Kurum içi soruşturma raporunda tıbbi uygulama hatası iddiası ile şikâyet edilen kişiler hakkında men-i muhakeme veya lüzum-u muhakeme kararı verilir. Lüzum-u muhakeme kararı verilen durumlar savcılığa bildirilerek şikâyet konu kamu kurumu hakkında idare mahkemesinde tam yargı davasının başlayabilmesinin yolunu açılmış olur. Men-i muhakeme kararları da yine savcılığa bildirilir şikâyet eden tarafın itirazı sonrası idare mahkemelerince itiraz reddedilebilir veya yeniden soruşturma yapılması istenebilir. Yüksek Öğretim Kurumlarında (YÖK) verilen men-i muhakeme kararlarında değerlendirme mercii direk Danıştay 1. Dairesi'dir. Danıştay ve İdare mahkemelerince lüzum halinde kurum dışı soruşturma yapılmak üzere başka bir kamu kuruluşundan idari soruşturmacı atanabilmektedir. Tüm bu itiraz süreçleri sonunda men-i muhakeme kararı kesinleşirse idare mahkemesinde tam yargı davası açılamaz. İtiraza binaen yürütülen süreçte men-i muhakeme kararı kaldırılırsa şikâyet konu kamu kurumu hakkında idare mahkemesi nezdinde tam yargı davası açılır. Dava sonucunda kamu kurumu aleyhine maddi ve veya manevi tazminat cezası çıkması durumunda kamu kuruluşu davaya konu tıbbi uygulama hatasını yapan hekim veya yardımcı sağlık personeli olan çalışanına karşı adli yargı çerçevesinde rücu davası açabilmektedir(40).

Tüm bu kurum içi ve dışı soruşturmalar kapsamında şikâyet konu hekim veya yardımcı sağlık personeli hakkında disiplin soruşturması da açılabilir. Disiplin soruşturmalarının usul ve esasları ile soruşturma sonrası verilebilecek cezalar “657 sayılı Devlet Memurları Kanunun 7. bölümde 124–145. Maddelerinde” ele alınmıştır. İlgili maddelere göre devlet memurları hakkında verilebilecek disiplin cezaları; “uyarı”, “maaş kesme”, “kademe ilerlemesinin durdurulması” ve “kurumdan ihraç şeklinde” şeklinde tanımlanmıştır(41).

YÖK’e bağlı üniversitelerde görev yapan akademik personel içinse “2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanunu” ve bununla ilişkili olarak “Yükseköğretim Kurumları Yönetici, Öğretim Elemanı ve Memurları Disiplin Yönetmeliği” kapsamında disiplin soruşturması yapılabilmektedir. Bu kanun ve yönetmelik disiplin cezaları usul ve esasları açısından “657 sayılı Devlet Memurları Kanunun 7. bölümde 124–145. Maddeleriyle” benzer tanımlamalar içermekle birlikte bir takım farklılıkları da barındırmaktadır(4).

2.6.3. Hekimlerin Cezai ve Hukuki Sorumlulukları

Hekimler idari ve mesleki sorumlulukları olduğu gibi tabii olarak hukuki sorumlulukları da mevcuttur. Hekimler çoğu zaman idari ve mesleki sorumluluklarından kaynaklanan yaptırımlardan ziyade hukuki sorumluluklarından kaynaklanan yaptırımlardan daha çok endişe etmektedir.

Hekimler hakkında yukarıda bahsedildiği şekilde birçok yasal düzenleme ve meslek örgütleri ile bakanlıklar tarafından belirlenen yönetmelikler olmasına karşın tıbbi uygulama hatalarında hukuki ve cezai sorumluluklarını düzenleyen özel bir kanun mevcut değildir. Hekimler meslekleri gereği yaptıkları müdahaleler sonucu doğabilecek zararlar yönünden TCK ve TBK'nın ilgili genel hükümleri kapsamında sorumlu tutulmaktadır. Hekimler tıbbi uygulama hatası iddiası ile adli yargı çerçevesinde açılan davalarda ceza yargılaması veya hukuk yargılamasına konu olabilmektedirler. Ceza hukukunda kanunlara göre suç olarak tanımlanan hallerde toplum düzeninin sağlanması ve caydırıcılık esasına göre kişinin bizzat devlet tarafından cezalandırılması esas alınmıştır. Özel hukuk kapsamında ise kanunlara göre haksız fiil olarak tanımlanan hallerde mağdurun maddi manevi uğradığı zararın tazminine yönelik uygulamalar esas alınmıştır(27).

Adli yargı mahkemeleri çerçevesinde ceza hukukuna veya özel hukuka göre yürütülen tıbbi uygulama hatası iddiasıyla açılan davalarda ortak çerçeve hekimlerce yapılan tıbbi uygulama ve tedaviler sonucunda bir zarar doğmasıdır. Yapılan tıbbi uygulama veya tedavinin bakım standartlarına uymaması ve doğan zararlar kusurlu eylem arasında illiyet bağı olması gerekmektedir(32).

Ceza davalarında hukuk yargılamalarından farklı olarak suçun şahsiliği ilkesi geçerlidir. Tıbbi uygulama hatası iddiası ile kamu ve özel sektörde çalışan tüm hekimler hakkında açılan ceza davalarında kusurlu eylem sonucunda TCK'da tanımlanan hallere uyan suçun varlığı aranır. Zarar ile kusurlu eylem arasında özel hukuka benzer şekilde illiyet bağının varlığı da aranmaktadır. İlliyet kurulması halinde bu eylemlerin hekimlik mesleğinin doğası gereği kasıtlı işlenen suçlar kapsamında değerlendirilmesi mümkün olmayacağından “taksirle yaralama ve ölüme sebebiyet verme” gibi taksirli suçlar kapsamında cezalandırılması söz konusu olmaktadır. TCK'nın 22. Maddesine göre taksirli suç “dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık dolayısıyla, bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen neticesi öngörülmeyle gerçekleştirilmesi” şeklinde tanımlanmıştır. Ayrıca taksirle işlenen suçlarda doğan sonuca göre ceza verilmemekte

taksirle doğan sonuçta kişinin kusur durumu değerlendirilerek ceza verilmektedir(27)(34).

Hekim tarafından yapılan tıbbi uygulama veya tedavilerde kusurlu eylem olmasına rağmen kusurlu eylem ile doğan zarar arasında illiyet bağının kurulmadığı hallerde de ise TCK'nın 257. Maddesinin 2. Bendinde tanımlanan “ihmal suretiyle görevi kötüye kullanma” suçu kapsamında değerlendirilme yapılmaktadır. Hekimlerin ceza davalarında karşı karşıya kalabilecekleri en büyük suçlama ise “kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi” suçudur. Bu suç tanımı aynı zamanda hekimlere karşı suçlama olarak kullanılmayan kasıtlı suçlar yönünden istisna oluşturmaktadır(27)(34).

Hekimlerin ceza yargılaması açısından nadiren karşılaşılabilecekleri lakin dikkat etmesi gereken durumlardan biride ötenazidir. Türk ceza hukukunda ötenazi ile ilgili özel bir tanımlama bulunmamakla birlikte; hekimlerin hastanın içinde bulunduğu durum ne olursa olsun rızaya dayalı olarak bile olsa ötenazi yapması halinde TCK'nın 81. ve 82. Maddeleri gereği kasten öldürme suçundan yargılanabileceğini unutulmamalıdır(34).

Özel sektörde çalışan hekimler aleyhine özel hukuk kapsamında tüketici mahkemelerine açılan davalarda TBK'nın ilgili maddelerine göre yargılama yapılır. Buna göre hekim tarafından yapılan eylemin bakım standartlarına uymaması neticesinde hastada zarar oluşması ve oluşan zarar ile eylem arasında illiyet(nedensellik) bağı olması gerekmektedir. TBK'nın 49. Maddesindeki “Kusurlu ve hukuka aykırı bir fiille başkasına zarar veren, bu zararı gidermekle yükümlüdür. Zarar verici fiili yasaklayan bir hukuk kuralı bulunmasa bile, ahlaka aykırı bir fiille başkasına kasten zarar veren de, bu zararı gidermekle yükümlüdür” ifadeleri tıbbi uygulama hatası yapan hekimlere tazminat ödeme yükümlülüğü getirmektedir(35). TBK'nın 58. Maddesindeki “tazminat hakkı sadece kişinin yaşamı ve sağlığıyla sınırlandırılmayıp, kişinin onuru, saygınlığı, sırları ve özgürlükleri gibi manevi değerlerine saldırı durumunda da söz konusu olacağı” ifadesi hekimlerin hastanın kişilik hakları, onuru ve sırlarının ihlal edilmesi halinde de tazminat yükümlülüğü ile karşı karşıya kalabileceğini ortaya koymaktadır(35).

TBK'nın 50. Maddesinde “Zarar gören, zararını ve zarar verenin kusurunu ispat yükü altındadır” ifadesi bulunmasına rağmen konu genel olarak haksız fiil halli değil de tıbbi uygulama hatası kapsamında olan bir haksız fiilse yerleşik yüksek yargı içtihatlarına göre yine TBK'nın 502 ila 514. Maddelerinde belirtilen vekâlet sözleşmesi

esasları gereğince hekimin doğan zararda kusurunun olmadığını ispatlaması beklenmektedir(2)(35). Kısaca haksız fiil eylemi hekim dışındakiler tarafından yapılınca kusurun ispat yükümlülüğü mağdura yüklenmekte iken haksız fiili yaptığı iddia edilen kişi hekimse bu sefer kusursuz olduğunu ispatlama yükümü hekime yüklenmekte mağdurdan kusuru ispat etmesi beklenmemektedir.

TBK'nın 74. Maddesinde "Hâkim, zarar verenin kusurunun olup olmadığı, ayırt etme gücünün bulunup bulunmadığı hakkında karar verirken, ceza hukukunun sorumlulukla ilgili hükümleriyle bağlı olmadığı gibi, ceza hâkimi tarafından verilen beraat kararıyla da bağlı olmadığı, aynı şekilde, ceza hâkiminin kusurun değerlendirilmesine ve zararın belirlenmesine ilişkin kararı da, hukuk hâkimini bağlamayacağı" ifade edildiği üzere özel hukuk kapmasında görülen davaların ceza davalarında alınan bilirkişi raporlarına ve verilen kararlara bağlı kalmaması gerektiği belirtilmiştir(35).

Hukuk yargılamalarında ceza yargılamalarından farklı olarak doğan zarardan sorumluluğun şahsi olabileceği gibi müşterek ve müteselsilende olabileceğinden bahsedilebilmektedir(42). Buna örnek olarak yardımcı sağlık personeli tarafından yapılan intramusküler enjeksiyon sonrası gelişen nöropatiden tıbbi uygulama ve tedavi işlemlerinin başı kabul edilen hekim ile sağlık kurumu tüzel kişisi sorumlu tutulabilmekte ve bu durum "kusursuz sorumluluk" olarak tanımlanmaktadır. Bununla beraber kusursuz sorumluluk kapsamında hekim veya sağlık kurumu aleyhine tazminat yükümlülüğü kararı verilen hallerde kusurun ilgisine rücu davası açılabilmektedir(43).

Eğitim ve araştırma ile üniversite hastaneleri gibi eğitim verilen sağlık kurumlarında ortaya çıkabilecek tıbbi uygulama hatası sonucu meydana gelen zararda hiyerarşik bir sorumluluk söz konusudur. Asistan hekimlerin yetki ve sorumlulukları pratisyen hekim düzeyindedir. Bu sebeple asistanlar eğitimini aldıkları uzmanlık alanı ile ilgili işlemleri uzman doktorların direktifi ve gözleminde yapmak durumundadır. Uzman hekim bilgilendirilip çağırıldığı halde tıbbi uygulama veya tedavi yapan asistan hekimin uygulamalarını gözlemlememesi ve gözlemlerken yanlış gördüğü durumlarda müdahil olmaması halinde doğabilecek zararlardan sorumlu tutulmaktadır. Asistanın sorumluluğu ise her türlü vakada uzman hekimi bilgilendirmesine ve aldığı direktiflere uygun hareket edip etmediğine göre ortaya konmaktadır(44).

2.6.4. Hekimler Tarafından İşlenebilecek Diğer Suçlar

İnsan Üzerinde Deney: TCK'n "insan üzerinde deney" başlıklı 90. maddesinde "İnsan üzerinde bilimsel bir deney yapan kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır" ve "Hasta olan insan üzerinde rıza olmaksızın tedavi amaçlı denemede bulunan kişi, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır" ifadesi geçmekle birlikte alt bentlerde bahsedilen şartlara uyarak cezai müeyyidelerle karşı karşıya kalamadan da yapılabileceği belirtilmiştir(34).

Organ veya Doku Ticareti: organ ve dokuların tedavi veya bilimsel amaçlarla nakli ve diğer işlemlerin yürütülmesine dair şartlar "Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkında Kanun" ve "Organ ve Doku Nakli Hizmetleri Yönetmeliği" şeklindeki yasal düzenlemelerle belirlenmiştir. Bu mevzuatlara uygun olmayan şekilde doku ve organ nakli işlemlerinin yapılması TCK 91. Maddesinde belirtilen suçun kapsamına girmektedir(34).

Çocuk Düşürtme ve Sterilizasyon: TCK 99. Maddesine göre bir kadının rızası olmadan çocuğunun düşürülmesi veya rızaya dayalı olarak olsa bile tıbbi bir endikasyon olmadan 10 haftalığı geçen gebeliklerin sonlandırılması suç olarak tanımlanmıştır. TCK 101. Maddesine göre bir kadın veya erkek üzerinde rızası alınmaksızın yapılan sterilizasyon işlemi suç olarak tanımlanmıştır(34). Kürtaj ve sterilizasyon işlemlerinde uyulması gereken kural ve şekil şartları "Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük" ile yasal olarak düzenlenmiştir(45).

Görevi Kötüye Kullanma: TCK'nın 257. Maddesi 1. Bendinde "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" hakkında verilecek ceza belirtilmiştir. Lakin hekimler meslekleri gereği yaptıkları işler sebebiyle "görevi kötüye kullanma" kapsamında yargılandıkları ceza davalarında yaygın içtihatlarla göre TCK'nın 257. Maddesi 2. Bendinde tanımlanan "Kanunda ayrıca suç olarak tanımlanan haller dışında, görevinin gereklerini yapmakta ihmal veya gecikme göstererek, kişilerin mağduriyetine veya kamunun zararına neden olan ya da kişilere haksız bir menfaat sağlayan kamu görevlisi, üç aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır" suçu kapsamında değerlendirilmektedir(34)(2).

Sır Saklama Yükümlülüğünün İhlali: hekimlerin meslekleri gereği aldıkları anamnezler sebebiyle kişiler hakkında özel ve mahrem bilgilere erişimleri oldukça sık karşılaşılan bir durumdur. Bu sebeple sır saklama yükümlülüğü mesleki ve etik değerler kapsamında görülmekte ayrıca TCK'nın 136. Maddesinde “verileri hukuka aykırı olarak verme veya el geçirme” şeklinde suç olarak tanımlanmaktadır(34).

Çocuğun Soy Bağını Değiştirme Suçu: TCK'nın 231. maddesine göre, “Bir çocuğun soy bağını değiştiren veya gizleyen kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Özen yükümlülüğüne aykırı davranarak, sağlık kurumundaki bir çocuğun başka bir çocukla karışmasına neden olan kişi, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.” şeklinde düzenlenmiştir(34).

İrtikap Suçu: TCK'nın 256. Maddesinde tanımlanan irtikap suçu hekimler özelinde değerlendirildiğinde halk arasında “bıçak parası” olarak tanımlanan durum karşımıza çıkmaktadır. Kamu görevlisi olan hekimlerin ve yardımcı sağlık personellerinin görevlerinin sağladığı nüfuz sayesinde kendilerine ve başkasına menfaat sağlamaları irtikap suçunu oluşturmaktadır(27)(34).

Genital Muayene: kişiler üzerinde iç beden muayenesi yapılabilme şartları ve şartlara uyulmadan yapılması halinde verilecek ceza TCK'nın 287. Maddesinde “Yetkili hakim ve savcı kararı olmaksızın, kişiyi genital muayeneye gönderen veya bu muayeneyi yapan fail hakkında üç aydan bir yıla kadar hapis cezasına hükmolunur” şeklinde tanımlanmıştır(34).

Türk Tabipler Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları 39. Maddesine göre iç beden muayenesinin usul ve esasları “Hekim, savcılıklar ve mahkemeler dışında kalan kişi ve kurumlardan gelen cinsel ilişki muayene istemlerini dikkate alamaz. Hekim ilgilinin veya ilgili reşit değilse, veli veya vasisinin aydınlatılmış onamı olmadıkça cinsel ilişki muayenesi yapamaz.” şeklinde belirlenmiş olup yargı mercilerinin kararı doğrultusunda yapılabileceği ifade edilmiş ayrıca aydınlatılmış onamın alınmasının zorunluluğuna da dikkat çekilmiştir(46).

2.7. Tıbbi Uygulama Hatalarının Başlıca Nedenleri

Tıbbi uygulama hatası nedenlerinden söz edildiğinde toplum ve yargı gözünde akla ilk olarak hekimler gelmektedir. Hekim kaynaklı olarak oluşabilecek tıbbi uygulama hatası nedenleri; tanı ve ayırıcı tanın yapılamaması, tedavi amaçlı uygulanan yöntem ve tedavi seçinde yapılan hatalar ve uygun doz seçiminin yapılamaması, tanı,

tedavi ve takip aşamalarında gerekli hallerde konsültasyon istenmemesi veya ileri merkeze sevk edilmemesi, hastalardan veya yakınlarından usulüne uygun aydınlatılmış onam alınmaması, uygulanan girişimsel işlemler ve ameliyatlar sırasında yapılan hatalar ve eksiklikler, tanı ve tedavi aşamasında hastanın takip süresi ve niteliğinde yapılan kusurlar gerçekleştirilen tıbbi uygulama ve tedaviler sonucu gelişebilecek komplikasyonların öngörülerek gerçekleşmemesi için önlem alınmaması, komplikasyon geliştikten sonra hastaya en az zarar gelecek şekilde sürecin yönetilememesi, hekimler arasında iletişim eksiklerine bağlı gelişen eksiklik ve kusurlar olarak sıralanabilir. Tüm bu hataların temelinde hekimin bilgi ve beceri eksikliği, ilgisizlik ve özensizliği ile sağlık sistemindeki aksaklıklar sebebiyle oluşan yoğunluk ve uzun çalışma saatleri yatmaktadır(47).

Tıbbi uygulama hatası nedenlerinde başrolde hekim gösterilmekle birlikte hekim dışı yardımcı sağlık personelinin kaynaklanan birçok nedende mevcuttur. Bu nedenler; yardımcı sağlık personelinin bilgi ve beceri eksikliği ile ilgisizliği ve özensizliği, hekim tarafından verilen talimatlara uyulmaması veya yanlış uygulanması şeklinde sıralanabilir.

Hekim ve yardımcı sağlık personelinin sebebiyet verdiği tıbbi uygulama hatası nedenleri dışında birçok başka nedende bulunmaktadır. Bu nedenler; genel sağlık sistemi aksaklıklarından kaynaklı iş yükü artışı, uzun çalışma saatleri, yetersiz personel temini, sağlık kurumlarının fiziki yetersizliği ile gerekli tıbbi cihaz ve ekipman temininin sağlanamaması, sağlık kurumları yönetimlerinin organizasyon kusurları, sağlık birimleri arasındaki sevk zincirinde oluşan aksaklıklar ve hatalar, hekimlere ve yardımcı sağlık personeline verilmesi gereken meslek içi eğitimlerin yetersiz kalması şeklinde sıralanabilir(36).

2.7.1. Aydınlatılmış onam

Hekimler tarafından uygulanan tüm tıbbi müdahalelerin, tedavi ve tanı yöntemlerinin çok çeşitli olması ve riskler barındırması nedeniyle hastaların kendilerine uygulanacak tanı ve tedavi prosedürleri konusunda ve alternatifleri varlığında yöntem seçimi için bilgilendirilmesi ve rızasının alınması elzem hale gelmiştir. Hastanın kendi üzerinde uygulanacak tanı ve tedavi prosedürleri konusunda bilgilendirilmesi sonrası yapılacak işlemlere karşı rızasının alınması gerekliliği Anayasamız 17. Maddesi belirtilen temel bir insan hakkıdır(9). Bu durum güncel hukukumuzda “Aydınlatılmış

Onam” olarak tanımlanmaktadır. Vücut dokunulmazlığı temel insan hakkı çerçevesinde hastaya yapılacak tüm işlemlerin hukuka uygunluk kesin ön şartı “Aydınlatılmış Onam” dır(48).

Hasta rızasının alınması gerekliliği Hasta Hakları Yönetmeliği 24. Maddesine göre “Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır.” şeklinde ifade edilmiştir. Aynı yönetmeliğin 31. Maddesinde ise rızanın geçerli olabilmesinin “Rıza alınırken hastanın veya kanuni temsilcisinin tıbbi müdahalenin konusu ve sonuçları hakkında bilgilendirilip aydınlatılması” şartına bağlı tutulduğu görülmektedir. Hastaya yapılan aydınlatmanın kabul edilebilir olma şartları aynı yönetmeliğin 18. Maddesinde “Bilgi, mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde verilir” olarak tanımlanmaktadır(49).

TTB tarafından yayınlanan “Hekimlik Meslek Etiği Kuralları’nın” 26. Maddesine göre “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 konularında aydınlatır” şeklinde tanımlanmıştır. Aydınlatılmış onamın geçerli olarak yapılması şartları da 26. Maddenin alt bendinde “Yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olması gerektiği, bilgiler hasta tarafından anlaşılabilir biçimde verilmesi, hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri, hasta kendisi belirlemesi gerektiği, sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabileceği, alınan onam, baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa olacağı” şeklinde ortaya konmuştur(46).

Hastanın kendinden ve yakınından rızasının alınmasının mümkün olmadığı veya rıza alınması işlemlerinin sebebiyet verdiği gecikmeye tahammülün olmadığı, acil ve yaşamı tehdit eden durumlarda aydınlatılmış onam şartı ortadan kalkmaktadır. Ayrıca kan-idrar örneği alma, ultrasonografi ve direk grafi çekilmesi gibi az riskli ve herkes tarafından bilindiği varsayılan işlemler öncesi zaman ve emek kaybına neden olmamak için aydınlatılmış onam şartı aranmamaktadır(48)(44).

Yüksek yargı (Danıştay ve Yargıtay) temyiz kararları incelendiğinde tıbbi uygulama hatası kapsamında yapılan yargılamalarda hekimlerin gerçekleştirdiği tıbbi

müdahale ve tedavilerden kaynaklanan hatalar kadar aydınlatılmış onamın varlığına ve usulüne uygun olarak yapılmasına da büyük önem verildiği görülmektedir. Yüksek yargı kararlarında hekime gerçekleştirdiği tıbbi uygulama ve tedaviler sebebiyle kusur verilmediği, lakin aydınlatılmış onamın yokluğu veya usulüne uygun olarak alınmaması nedeniyle kusur verildiği davalar tespit edilmiştir(2).

2.7.2. Tıbbi Kayıt ve Arşivleme Eksiklikleri

Yürütülen sağlık hizmetinin kanunlara uygun olabilmesi için gerekli şartlardan biri de tüm tıbbi evrakların arşivlenmesi yükümlülüğüdür. Tüm tıbbi evrakların arşivlenme süreleri ile arşivlemede izlenmesi gereken usul ve esasların belirlendiği birçok kanun ve yönetmelik mevcuttur. Bunlar; “1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun 72. Maddesi”, “Hasta Hakları Yönetmeliği 16. ve 17. Maddesi”, “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliği 27. Maddesi”, “Özel Hastaneler Tüzüğü’nün 29. Maddesi”, “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği 12/IV. 32. ve 71. Maddeleri”, “Devlet Arşivleri Hakkında Yönetmeliği 5. Madde2, “Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği 6.maddesi” olarak sıralanmaktadır(50).

Tıbbi evrakların arşivlenmesi kanunen zorunlu tutulmasının yanı sıra hastanın geriye dönük sağlık durumunun seyrini ortaya koyması ve mahkemelerce istenilmesi halinde adli raporların yazılması açılarından da gereklidir. Ayrıca tıbbi uygulama hatası iddiasıyla açılan davalarda hekimlerin yaptıkları ve yapmadıkları tüm işlemlere dair en önemli delilleri oluşturması açısından da önemlidir(51).

Günümüzde gelişmiş bilgisayar programları sayesinde radyolojik raporlar, ameliyat notları, tahlil sonuçları, epikriz evrakları otomatik olarak arşivlenmektedir. Lakin elektrokardiyografi ve non stres test kayıtları ile hemşire izlem ve vital takip formları gibi halen fiziki olarak arşivlenmesi yapılan nispeten önemsiz görülen tıbbi evrakların arşivlerde sıkça kaybolması veya bulunamaması durumlarına sıkça rastlanmaktadır. Özellikle tıbbi uygulama hatası iddiasıyla açılan davalarda hekimlerin savunmalarında zorlanmalara ve maddi gerçeklerin aydınlatılamamasına neden olabileceği için bu tür evrakların arşivine özellikle dikkat edilmesi gerekmektedir(2).

2.7.3. Tanı Hataları

Hastaların tedavisinde hekim tarafından belirlenmesi gereken ilk şey kişinin mevcut durumunun ne olduğunun tespit edilmesi yani hastalık tanısının konmasıdır. Hastaların gerçek manada tedavi edilip oluşabilecek mortalite ve morbiditelerin önlenmesi ancak doğru tanı konulması halinde mümkündür. Lakin hekimlerin her zaman ve her hastası için uygun tanıyı bulması mümkün olmamaktadır. Güncel tıbbi bakım standartlarına göre tanısı konabilecek bir hastalığı olan kişinin hastalığına tanı konulamaması veya yanlış tanı konulması halinde doğabilecek zararlardan hekim sorumlu tutulmakta ve bu durum tıbbi uygulama hatası olarak değerlendirilmektedir. Tıp bilimi içerisinde binlerce hastalık tanımlanmış olması, bu hastalıkların semptomlarının bir birlerine benzer özellikte olabilmesi, hastalıkların tanısında kullanılan tahlil, tetkik ve radyoloji testlerinin çok çeşitli olması, multidisipliner olarak tanı konulması gerek birçok hastalık olması ve en önemlisi de genel sağlık sistemindeki eksiklikler nedeniyle hasta başına düşün muayene sürelerinin oldukça azalması nedeniyle tanı hataları ve eksikleri sık yapılan tıbbi uygulama hatası nedenleri arasındadır(51)(33).

2.7.4. Tedavi Hataları

Hekimlerden beklenen ve arzu edilen nihai sonuç tedavi yani sıhhattir. Hekimler hastalıkların tanılarını doğru koyabilmeleri halinde de her zaman yeterli ve uygun tedaviyi gerçekleştiremeyebilirler. Güncel tıbbi standartlara göre tedavisi mümkün olan hastalığın tedavi edilememesi veya eksik tedavi edilmesi halinde doğabilecek zararlardan hekim sorumlu tutulmakta ve bu durum tıbbi uygulama hatası olarak değerlendirilmektedir. Hastaya yapılabilecek tedavi seçenekleri içinde doğru tedavinin seçilmesinde hatalar yapıla bildiği doğru olarak seçilen yöntemin yeterli ve uygun şekilde yapılamamış olması da mümkündür. Farmakolojik tedavi seçeneklerinde uygulama yolun ve ilaç dozlarında yapılan hatalar ortaya çıkabilmektedir. Cerrahi veya girişimsel tedavilerde de başarı oranları uygulayıcının yetkinliği, yeteneği ve tecrübesi ile korelasyon gösterdiği için tedavide her zaman başarı sağlanamamaktadır. Yanlış tedavi seçimi ve yetersiz tedavi durumları kadar doğru ve uygun olarak yapılmasına rağmen geç yapılan tedavilerde tıbbi uygulama hatası nedenleri arasındadır. Tıp biliminde tek bir hastalığın bile onlarca tedavi seçeneği olması, bazı tedavilerin multidisipliner yapılması gerekliliği, cerrahi ve girişimsel tedavilerde kişisel becerinin önemli olması, ilaç tedavilerinde doz ayarlanmasının ve hasta uyumunun önemli olması

gibi nedenlerden ötürü tedavi hataları da tıpkı tanı hataları gibi yaygın olarak karşımıza çıkan tıbbi uygulama hatalarındandır(52).

2.7.5. Konsültasyon İstenmemesi ve Yetki Sınırının Aşılması

Tıp bilimi ve hekimlik mesleğinin 20. Yüz yılın ortalarından sonra oldukça ivmeli olarak gelişti ve ilerledi bu gelişme branşlaşmayı zorunlu hale getirdiği için günümüzde oldukça fazla sayıda ana uzmanlık alanı ve bir o kadar da yan dal uzmanlık alanı ortaya çıkmıştır. İnsanın hastalıkları ve sağlığı tekil parametrelerle ilerlemediği için hastalar için yapılan tanı ve tedavilerde başka uzmanlık alanlarından veya aynı uzmanlık alanından başka bir hekime danışma zorunluluğu hâsıl olmuştur. Hekimin gereken hallerde uygun branşa ve uygun şekilde hastayı konsülte etmemesi durumu tıbbi uygulama hatası olarak değerlendirilmektedir. Hekimin gereken hallerde konsültasyon istememesi ile tanı ve tedaviyi tamamen kendisinin belirlemesi aynı zamanda yetki sınırının aşılması olarak değerlendirilmektedir. Usulüne uygun ve zamanında konsültasyon sağlanan hekimin zamanında hastayı muayene edip görüşünü ilgili hekime sunmaması halinde doğabilecek zararlardan özen yükümlülüğüne aykırı davranmaktan sorumlu tutulacağı unutulmamalıdır. Yetki sınırının aşılmasına verilebilecek en net örnek pratisyen ve asistan hekimlerin gereken hallerde uzman hekimlere hastayı danışmadan kendi başlarına tanı ve tedaviye karar vermesidir. Gerekli hallerde ileri merkeze sevkı gerekli hastanın sevk edilmemesi de yetki sınırının aşılması olarak değerlendirilebilir. Yetki sınırının aşılması yüksek yargı kararları ve bilirkişi raporlarında kusur ve tıbbi uygulama hatası olarak değerlendirilmektedir(27).

2.7.6. İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Hatalar

Hekimlerin hastalarından aldıkları anamnezler hastalıkların tanı ve tedavisinde oldukça önemlidir. Sağlıklı ve güvenilir bir anamnez ancak hekimle hasta arasında iyi bir iletişim kurulmasıyla mümkündür. Hastaların sosyokültürel ve entelektüel seviyeleri arasındaki farklılıklar ve mevcut koşullar gereği anamnez alma sürelerinin azalması nedeniyle iletişim eksikliğinden kaynaklanan hatalar oluşabilmektedir. Bu hatalar tıbbi uygulama ve tedavilerin tanı, tedavi ve aydınlatılmış onam gibi aşamalarında karşımıza çıkabilmektedir. Hekimlerin tıbbi bilgileri ve tecrübeleri ışığında mümkün olduğunca hastanın beklentisi ve isteklerine önem vererek tanı ve tedavi seçeneklerini belirlemesi gerekmektedir(27).

Tıp biliminin gelişmesi ile birlikte hastalıkların tanı ve tedavisinde birden çok uzmanlık alanın ortak çalışması zorunluluğu ortaya çıkmaktadır. Tüm mesleklerde olduğu gibi farklı uzmanlık alanlarından doktorların ortak çalışmasında da iletişim oldukça önemlidir. Hekimler arasındaki iletişim eksikleri konsültasyon, servisler arasında veya dış merkezlere sevkler aşamalarında gerçekleşebilmektedir. Hekimlerin olası tıbbi uygulama hatası iddialarında kendilerini koruyabilmesi için hekimler arasındaki tüm iletişimlerini mümkün olduğunca kayıt altına alması ve resmileştirmesi gerekmektedir(44).

2.7.7. Organizasyon Kusuru ve Teknik Hatalar

Her ne kadar tıbbi uygulama hatası denilince ilk olarak hekim veya yardımcı sağlık personellerinin bireysel hataları akla geliyor olsa da sağlık hizmeti organizasyon gerektiren onlarca hatta yüzlerce farklı görev tanımındaki personelin uyum içinde ve yeterli ekipmanla çalışması gereken bir sistemdir. Bu nedenle yüksek yargı kararlarında tıbbi uygulama hatası nedenleri içerisinde organizasyon kusuru azımsanmayacak ölçüde karşımıza çıkmaktadır(53)(2).

Sağlık kurumunun büyüklüğü ve tanımına göre yeterli sayıda ve donanımda personelin istihdam edilmemesi, personellerin çalışma saatlerinin ve nöbet değişimlerinin uygun şekilde düzenlenmemesi sonucu oluşan tüm zararlar organizasyon kusuru kapsamında değerlendirilmektedir. Yardımcı sağlık personelleri ve diğer hizmet personellerinin görev tanımlarının net ve anlaşılır olarak yapılmaması sonunca oluşabilecek zararlarda organizasyon kusuru kapsamında değerlendirilir. Benzer şekilde tanı ve tedavide kullanılan tüm cihazların temin edilmemesi sonucu oluşan zararlar da organizasyon kusuru kapsamında değerlendirilir(54)(55). Hastaneler sunulan sağlık hizmeti nedeni ve gereğiyle sürekli olarak steril ve hijyenik tutulması gereken kurumlardır. Hijyen ve sterilite eksikliği ile oluşan her türlü zarar organizasyon kusuru kapsamında değerlendirilmektedir(56). Organizasyon kusuru kapsamında değerlendirilen tüm bu aksaklıklar nedeniyle doğan zararlardan idareler (Sağlık Bakanlığı ve Üniversite Rektörlükleri), hastane sahibi kişi veya şirketler ile hastane yönetimleri sorumludur(54)(55).

Organizasyon kusuru kapsamında değerlendirilen tüm bu aksaklıklar nedeniyle doğan zararların tazmininde idareler, hastane sahibi kişi veya şirketler ile hastane

yönetimleri sorumlu tutulmalı hekimleri ve yardımcı sağlık personellerini bireysel olarak sorumlu tutma hatasına düşelmemelidir(57).

Sağlık uygulamalarında kullanılan tüm tanı ve tedavi cihazlarının yetersizliği, yokluğu ve çalışır durumda tutulmaması sonucu hastalara uygulanan tanı ve tedavi aşamalarında oluşan aksaklıklar nedeniyle ortaya çıkan zarar sağlık kurumu yönetimi veya cihazın kullanımı ve bakımında sorumlu kişiler açısından sorumluluk doğurmaktadır. Teknik hatalar da yargı ve bilirkişi mercilerince kusur olarak görülmekte tıbbi uygulama hatası olarak değerlendirilmektedir(27).

2.7.8. Terk Etme

Hekimlerin hali hazırda ilgilendiği veya kendisine başvuran hastayla ilişkini tek taraflı olarak kesmesi durumu terk etme olarak tanımlanmıştır. Terk etme eyleminin kusur olarak değerlendirilebilmesi için hastaya gereken tıbbi müdahaleleri yapacak bir hekime devredilmemiş veya bilgi verilmemiş olması gerekir. Bu halin varlığı yargı ve bilirkişi mercilerince dikkat ve özen yükümlülüğünü yerine getirmeme kusuru olarak değerlendirilmektedir. Hastanın gerekenden erken taburcu edilmesi, hastaneye çağırılan icapçı hekimin hastaneye gelmemesi hekimler açısından terk etme kusuru doğuran hallere örnek olarak verilebilmektedir. Usulüne uygun olarak hastanın tıbbi müdahalesi ve tedavisinin başka bir hekime devredilmesi halinde bu kusurdan söz etmek mümkün değildir(46)(58).

Yataklı sağlık kurum ve kuruluşları 7 gün 24 saat esasına göre çalıştıklarından hekimler ve yardımcı sağlık personelleri nöbet shiftleri şeklinde çalışmaktadır. Bu sebeple hekimlerin ve yardımcı sağlık personellerinin nöbet değişimleri sırasında nöbete yeni gelen meslektaşlarına tüm hastalarını son durumları ve nöbet sürecince yapılan tüm işlemler ve dikkat edilmesi gereken hususlarda bilgi vermesi ve resmi devir notlarının tutulması tıbbi uygulama hatası iddialarına karşı kendilerini korumakta büyük önem arz etmektedir. Aynı kurum içerisindeki devirlerde devir notları önemli olduğu gibi başka bir sağlık kurumuna sevk sırasında da hastanın gönderildiği kuruma ayrıntılı bilgiler verilmeli ve devir notları ile kayıt altına alınmalıdır. Aksi halde hekimler ve yardımcı sağlık personelleri hastayı terk etme kusuru işleme iddiası ile doğabilecek zararlardan idari, disiplin, cezai ve tazmini olarak sorumlu tutulabilirler(26).

2.7.9. Dikkat ve Özen Eksikliği

TBK'nın ilgili maddelerinde tanımlanan vekâlet sözleşmesi göre vekil edilen kişinin vekâlet veren namına yönettiği iş ve süreçlerde özen göstermesi gerektiği belirtilmiştir(35). Hekim ile hasta arasında kurulan ilişkinin hukuki tanımlaması vekâlet sözleşmesi kapsamına alınarak değerlendirilmiştir. Bu sebeple vekâlet verilen konumunda olan hekimin hastaya yapacağı tüm tanı, tedavi ve müdahalelerinde özen ve dikkat yükümlülüğü aranmaktadır. Hekimler tanı, tedavi ve tüm tıbbi müdahalelerinde tıbbi bakım standartları çerçevesinde yeterli özeni ve dikkati göstermemesi halinde bilirkişi ve yargı mercilerince kusurlu olarak değerlendirilmekte ve ortaya çıkabilecek zararlardan sorumlu tutulabilmektedir(27).

2.8. Mesleki Sorumluluk Sigortası

Ülkemizde de gelişmiş ülkelere benzer şekilde tıbbi uygulama hatası kaynaklı tazminat yükümlülüklerin artması mesleki sorumluluk sigortasının ortaya çıkması sonucunu doğurmuştur. “5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun” 8. Maddesinde “Kamu sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, tıbbi kötü uygulama nedeniyle kendilerinden talep edilecek zararlar ile kurumlarınca kendilerine yapılacak rüculara karşı sigorta yaptırmak zorundadır, Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan veya mesleklerini serbest olarak icra eden tabipler, diş tabipleri ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar, tıbbi kötü uygulama sebebi ile kişilere verebilecekleri zararlar ile bu sebeple kendilerine yapılacak rüculara karşılamak üzere mesleki mali sorumluluk sigortası yaptırmak zorundadır.” şeklindeki ifade edildiği üzere ülkemizdeki tüm hekimler için mesleki mali sorumluluk sigortası zorunlu hale getirilmiştir(25).

Hekimlerin gerçekleştirdikleri tüm tıbbi uygulama ve tedavileri sonucu gelişebilecek zararlardan kaynaklanan tazmin yükümlülüklerinin zorunlu mesleki sorumluluk sigortası kapsamında karşılanması amaçlanmıştır. Lakin son yıllarda hekimler aleyhine tıbbi uygulama hatası nedeniyle açılan maddi ve manevi tazminat davalarında mahkemelerce belirlenen tazminat miktarları sigorta şirketlerinin ödeme yapacağı üst limitten oldukça fazla çıkmaktadır. Bu durum zorunlu mesleki sorumluluk sigortasının tıbbi uygulama hatalarına karşı hekimi korumadaki değerini azaltmakta ve

hekimlerin sigorta primleri ödemesine rağmen kendini güvende hissederek mesleklerini icra etmesini engellemektedir(59).

2.9. Tıbbi Uygulama Hatalarında Bilirkişilik ve Bilirkişilik Kurumları

Hâkim ve savcılar teknik bilgi gerektiren, muhakeme yapılması gerekli durumlarda hukuki kararlarını vermeden önce alanında uzman kişilerin görüşlerine ihtiyaç duymaktadır. Bu ihtiyaç bilirkişilik kavramının doğmasına sebebiyet vermiştir. Bilirkişiler çözümünde teknik bilgi ve muhakeme gerektiren sorunların çözülmesinde yargı mensuplarına sundukları raporlarla yardımcı olan kişilerdir(27).

Bilirkişilik kurumu “Hukuk Muhakemeleri Kanunu’nun (HMK)” 266. ve 267. maddelerinde “Mahkeme, çözümü hukuk dışında, özel veya teknik bilgiyi gerektiren hallerde, taraflardan birinin talebi üzerine yahut kendiliğinden, bilirkişinin oy ve görüşünün alınmasına karar verir. Hakimlik mesleğinin gerektirdiği genel ve hukuki bilgiyle çözümlenmesi mümkün olan konularda bilirkişiye başvurulmaz, Mahkeme bilirkişi olarak yalnızca bir kişi görevlendirebilir. Ancak, gerekçesi açıkça gösterilmek suretiyle, tek sayıda, birden fazla kişiden oluşacak bir kurulun bilirkişi olarak görevlendirilmesi de mümkündür.” şeklindeki ifadelerle açıklanmıştır. HMK’nın 282. maddesinde ise “Hakim, bilirkişinin oy ve görüşünü diğer delillerle birlikte serbestçe değerlendirir” olarak ifade edildiği şekliyle bilirkişi raporunun hakimi kararını direkt bağlamadığı, bilirkişinin belirttiği görüşün hakim tarafından takdir edilen delil niteliğinde olduğu belirtilmiştir(60). Güncel yüksek yargı içtihatlarına bakıldığında da tıbbi uygulama hatası iddiası ile görülen tüm davalarda bilinen ve kabul görmüş bilirkişilik kurumlarından bilirkişi raporu alınmasının elzem olduğu görülmektedir(2).

Hekimler insan vücudunun konu olduğu tüm adli ve idari yargı davalarında bilirkişilik yaptıkları gibi tıbbi uygulama hatası iddiası ile görülen davalarda da bilirkişilik yapmaktadır. Tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan davalarda alınan bilirkişi raporları şahıslardan veya kurumlardan alınabilmektedir. Bilirkişi raporları tek hekim tarafından verilebileceği gibi farklı veya aynı uzmanlık alanından birden çok hekimi içeren heyetler tarafından da verilebilmektedir. Yüksek yargı içtihatlarına bakıldığında tıbbi uygulaması hatası iddiası ile görülen davalarda öncelikli ve daha çok itibar gören bilirkişi raporlarının içerisinde davaya konu uzmanlık alanı ve yan dallarından hekim veya hekimlerinde olduğu birden çok uzmanlık alanından hekimden

oluşan heyetlerce yargı mercilerince kabul görmüş kurumlardan alınan raporlar olduğu görülmektedir(2).

Ülkemizde yargı mercilerince kabul görüşmüş bilirkişilik hizmeti yapan kurumlar; Adli Tıp Kurumu, Yüksek Sağlık Şurası (YSS), Üniversitelerin Adli Tıp ve Diğer Anabilim Dalları, Tabip Odaları Onur ve Yönetim Kurulları şeklinde sıralanabilir. Bu kurumlardan farklı olarak idari soruşturmalarda atanan kurum içi veya kurum dışı soruşturmacıların verdikleri raporlarda resmi bilirkişili raporları olarak değerlendirmeye alınabilmektedir(26).

2.9.1. Adli Tıp Kurumu

ATK “2659 no’lu Adli Tıp Kurum Kanunu’na” göre; “Adalet Bakanlığı’na bağlı olarak adalet işlerinde bilirkişilik (Ek ibare: 19.2.2003-4810/1 md.) yapmakla görevlendirilmiştir”. Kurumun teşkilatlanması başkanlık, başkanlar kurulu, üst kurullar, ihtisas kurulları, ihtisas daireleri, grup başkanlığı ve şube müdürlüklerinden oluşmaktadır(61).

Adli Tıp Kurumu Birinci İhtisas Kurulu ölümle sonuçlanan vakaları karara bağlamakla yükümlüdür. Otopsi yapılması halinde otopsi raporu ve tüm tıbbi belgelere ve adli tahkikat dosyasına göre, otopsi yapılmamış olması halinde tüm tıbbi belgeler ve adli tahkikat dosyasına göre ölüm nedeninin tespiti konusunda görevlidir. Ayrıca 08.04.2010 tarihinden itibaren ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddiası ile görülen davalarda kusur ve illiyet yönünden tespit yapmakla görevlendirilmiştir. Adli Tıp Kurumu 3. İhtisas Dairesi ise tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan davalarda kusur ve illiyet tespiti yönünden görevlendirilmiştir. Adli Tıp Kurumu Genel Kurulu ise tıbbi uygulama hatası iddiasına yönelik kurumun ilgili ihtisas kurullarından veya taşra teşkilatlarından verilen raporların yetersiz görüldüğü ve itiraz edildiği hallerde son merci olarak karar vermektedir. Aynı zamanda tüm bilirkişilerce veya bilirkişi kurumlarınca verilen raporlar hakkında yetersizlik iddiası ve itiraz halleri ile raporlar arası çelişkinin giderilmesi konusundan son merci olarak karar vermektedir. Adli Tıp Genel Kurulu, Adli Tıp Kurumu Başkanının başkanlığında, Adli Tıp İhtisas Kurulları Başkan ve Üyelerinden oluşur(61).

Adli Tıp Kurumu İhtisas Kurullarının görev ve yetkilerinde değişikliğe gidilen “Bakanlıklara Bağlı, İlgili, İlişkili Kurum ve Kuruluşlar ile Diğer Kurum ve Kuruluşların Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı 4 Nolu Kararnamesi” ile ölümle

sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddialarında Adli Tıp Kurumu 8. İhtisas Kurulu, ölümle sonuçlanmayan tıbbi uygulama hatası iddialarında Adli Tıp Kurumu 7. İhtisas Kurulu bilirkişilik yapmak konusunda görevlendirilmiştir(62).

Güncel yüksek yargı içtihatlarına bakıldığında özellikle ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddiası ile görülen dava ve savcılık soruşturmalarında otopsilerin ATK tarafından yapılması ve kesin ölüm sebebinin taraflarınca verilmesi nedeniyle bilirkişi kurumu olarak ilk tercih edilen kurumun ATK olduğu görülmektedir. Ayrıca ATK'nın diğer tüm tıbbi uygulama hatası iddiası ile görülen dava ve savcılık soruşturmalarında da tek ve asli görevi adli tıbbi bilirkişilik olması, diğer bilirkişi kurumlarına göre daha tecrübeli olması ve rapor süreçlerinin daha hızlı işlemesi nedeniyle ilk tercih edilen bilirkişi kurumu olduğu görülmektedir(2).

2.9.2. Yüksek Sağlık Şurası

1930 yılında yürürlüğe giren “Umumi Hıfzısıhha Kanunu” ile YSS kurulmuştur. 863 sayılı 14.04.1928 tarihinde Resmi Gazete’de yayınlanan 1219 sayılı “Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun”da bilirkişilik görevi YSS’ye verilmiştir(10). 663 sayılı 11.10.2011 tarihli “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”nin 21. maddesi çerçevesinde YSS’nin işleyişi güncellenerek belirlenmiştir. (63).

Ceza davalarında YSS’den bilirkişi raporu alınması zorunluluğu yargılama süreçlerinde gecikmelere sebebiyet vermesi nedeniyle makul sürede yargılanma hakkının ihlali olarak değerlendirilerek Anayasa Mahkemesi kararı ile kaldırılmıştır(27). YSS’nin bilirkişi kurumu olarak yetkileri kaldırılmamışsa da ilgili Anayasa Mahkemesi Kararı’nda da belirtildiği üzere işleyiş ve toplanma süreçlerinin uzunluğunun neden olduğu bilirkişi raporu temin sürecindeki gecikmeler nedeniyle yargı mercilerince güncel uygulamada tercih edilmediğinden fiili olarak varlığının son bulduğu görülmektedir(2).

2.9.3. Yüksek Öğretim Kurumları

Adli Tıp Kurumu Kanunu “Diğer Adli Ekspertiz Kurumları” başlığı 31. Maddesindeki; “Yükseköğretim Kurumları veya birimleri, adli tıp mevzuatı çerçevesinde adli tıp olaylarında ve diğer adli konularda Ceza Muhakemeleri Usul Kanunu’na göre resmi bilirkişi sayılır. Bu birim ve kliniklerde tetkik edilecek adli tıp ile

ilgili işler yönetmelikte belirlenir” ifadesi ile bilirkişilik konusunda yetkilendirilmiştir(61).

Güncel yüksek yargı içtihatlarına bakıldığında özellikle kusur ve illiyet belirlenmesinde sorun yaşanan tıbbi uygulama hatası iddialarında, bilirkişi raporları arasında çelişki olması halinde ve yargı merciince hükme esas alınamayacak birden çok bilirkişi raporu olan dosyalarda son olarak üniversitelerin adli tıp anabilim dalları ve ilgili branş anabilim dallarından bilirkişi raporu alınmasının tercih edildiği görülmüştür(2).

2.9.4. Tabip Odaları Onur Kurulları

TTB 6023 sayılı kanun ile kurulmuştur(64). Tabip odaları “Onur Kurulları” ve “Yönetim Kurullarınca” hekimlik mesleği etik ve deontoloji değerlerine uymayan davranışlar yapan veya hatalı tıbbi uygulama iddiası sonucu tabip odalarına şikâyet edilen hekimler hakkında başta TTB’ce çıkarılan “Tıbbi Deontoloji Tüzüğü” ve “Türk Tabipler Birliği Disiplin Yönetmeliği” olmak üzere ilgili yasa, yönetmelik ve tüzükler dikkate alınarak yapılan incelemeler sonunda disiplin cezasına karar verilebilmektedir. Tıbbi uygulama hatası iddiası ile yapılan şikayetlerde ilgili kurul tarafından branş özelinde bilirkişi tespit raporu temini sonrasında muhakeme yapılmaktadır. Yapılan muhakeme sonucu ilgili hekim hakkında kusur varlığına ve ağırlık derecesine göre “uyarı cezası”, “para cezası”, “geçici olarak meslekten men etmek”, ve “oda bölgesinde çalışmanın yasaklanması” şeklindeki cezalardan birine hükmedilmektedir(39).

Hekimler hakkında meslekten men cezası verilebilmesi için tek yetkili kurum TTB Yüksek Onur Kurulu iken “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile bu yetki Sağlık Meslekleri Kuruluna da verilmiştir(63).

2.10. Ölümle Sonuçlanan Tıbbi Uygulama Hatası Olgularının Değerlendirilmesinde Otopsinin Önemi

Tüm tıbbi uygulama hatası iddiası olgularında ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddiası olgularının oranı azımsanmayacak ölçüde fazladır. Ayrıca tıbbi uygulama hatası sonucu doğabilecek en trajik sonucun ölüm olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Bu sebeple ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddialarının aydınlatılması oldukça önemlidir(65).

Otopsi tüm şüpheli ölüm olaylarının aydınlatılmasında oldukça önemliyken tıbbi uygulama hatası iddiası olan ölüm olaylarının aydınlatılmasında çok daha önemlidir. Çünkü diğer tüm şüpheli ölüm olgularından farklı olarak ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddiası olgularının otopsisinde sadece ölüm nedeni ve orijin verilmemekte, yapılan tıbbi işlemler yönünden kusur olup olmadığı, kusur varsa kusur ile ölüm arasındaki illiyet net olarak ortaya konmaktadır(65).

Otopside saptanan bulgulara, kimyasal ve patolojik incelemelere göre kişinin tıbbi uygulamaya ve tedaviye konu hastalıktan mı yoksa tamamen farklı bir nedenden mi öldüğü ortaya konmaktadır. Otopside elde edilen bulgular aynı zamanda hekimlerin gerçekleştirdiği tıbbi uygulamalar ve tedavilerin güncel tıbbi bakım standardına uygun olup olmadığının tespitinde de kullanılmaktadır. Otopsinin sağladığı bu bilgiler ışığında kusur tespit edilmesi halinde kusur ile ölüm arasındaki illiyet bağının da aydınlatılması mümkün olmaktadır. Ülkemizde otopsi işlemleri Ceza Muhakemesi Kanunu'nun 86-87. maddelerindeki tanımlar doğrultusunda yapılmakta iken uluslararası standardizasyona uyulması içinde Minnesota Otopsi Protokolüne uyulmaktadır(65)(66).

Goldman ve arkadaşlarınca 1983 yılında yapılan çalışmada otopsi ile klinik ölüm tanısı arasındaki farklılıkların tespiti için kullanışlı bir sınıflama geliştirilmiştir. Buna göre; “Ölümden önce tespit edilmesi halinde hastanın sağ kalım süresinin uzamasını veya hastalığın tedavi edilmesini sağlayacak atlanmış major tanılar”, “Ölümden önce tespit edilmesi halinde muhtemelen hastalığın yönetiminde değişikliğe sebep olmayacak atlanmış major tanılar”, “Ölümlle direkt olarak bağlantısı olmayan atlanmış minor tanılar”, “Sonuç olarak hastanın ölümüne katkıda bulunan süreçte yer alan önemli ve ilgisiz atlanmış minör tanılar olarak tanımlanan” şeklinde 4 sınıf ortaya konmuştur. Goldman sınıflaması yayımlandıktan sonra yapılan birçok çalışmada bu sınıflamanın kullanıldığı görülmüştür(67).

Bove ve arkadaşları tarafından otopsilerin tıbbi uygulama hatası iddiası ile görülen davalarda ve bilirkişilik süreçlerindeki öneminin ortaya konduğu 99 ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddiası olgusunun incelendiği bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaya göre olguların 27 (%27,3) tanesinde klinik tanı ile otopsi sonucu uyumlu bulunmuşken, 54 (% 54,5) olguda otopsi sonucu ile klinik ölüm tanısı arasında uyumsuzluk bulunmuştur. Ayrıca 8 (% 8,1) olguda negatif otopsi sonucu verildiği, 10 (% 10,1) olguda ise otopsi raporlarının yeterli görülmemesi nedeniyle mahkeme tarafından reddedildiği tespit edilmiştir. Bu veriler otopsi yapılmadan sadece klinik

ölüm tanıları üzerinden yargılama ve bilirkişilik süreçlerinin yürütülmesinin ne kadar sağlıklı sonuçlar ortaya çıkarabileceğini göstermektedir(68).

Gartland ve arkadaşları tarafından Harvard Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde gerçekleşen ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan tazminat yargılaması ve uzlaşma dosyaları üzerinden yapılan çalışmada 293 olguda otopsi yapılan olgu sayısı 89 (% 30) olarak bulunmuşken, otopsi yapılmayan olgu sayısı ise 204 (% 70) olarak bulunmuştur. Otopsi yapılmayan olgularda % 38 oranla en sık rastlanan tıbbi uygulama hatası iddiası tanı hataları olarak bulunmuşken, otopsi yapılan olgularda bu oran % 18 olarak bulunmuş olup aralarında istatistiki olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu veri ışığında tanı hatası iddialarının araştırılmasında otopsinin önemi ortaya konmuştur(69).

Ülkemizde Yayı ve arkadaşları tarafından 1995–2000 yılları arasında İstanbul Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu'ndan görüş istenen hatalı tıbbi uygulama iddiası bulunan toplam 49 olgu üzerinde çalışma yapılmıştır. Çalışmadan elde edilen verilere göre 16 (% 32,7) olguda klinik ölüm tanısı olmadığı ve bu olgular içerisindeki 14 (% 87,5) olguda otopsi sonrası tanı konabildiği, 2 (% 12,5) olguda otopsi sonrasında da tanı konamadığı tespit edilmiştir. 33 (% 67,3) olguda ise klinik ölüm tanısı olduğu ve bu olgular içerisindeki 9 (% 27,3) olguda otopsi ile klinikte ölüm tanısının değiştiği tespit edilmiştir. Sonuç olarak toplam 49 olguda 23 (% 46,9) olgunun kesin ölüm nedeni otopsi yapılması sayesinde ortaya konulmuş olup hatalı değerlendirmelere neden olabilecek ölüm nedeninin net olarak ortaya konamaması veya yanlış ölüm nedeni verilmesi durumları engellenmiştir(70).

Ölümle sonuçlanmayan tıbbi uygulama hatası ile görülen davalarda kişi hayatta olduğu için ilerleyen dava süreçlerinde bilirkişi marifetiyle kişinin muayene edilmesi ve tıbbi belgelerin incelenmesi ile kusur ve illiyet tespiti yapılması mümkündür. Lakin ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası vakalarında ölen üzerinde gerekli otopsi işlemleri yapılmadan defnedilmesi halinde kusur ve illiyet tespiti oldukça zorlaşmaktadır. Otopsi yapılması halinde de otopsinin uluslararası standartlara uygun, dikkat ve özenle gerçekleştirilmemesi somut gerçeğe ulaşmada zorluğa daha kötüsü yanlış muhakemelere sebep olmaktadır. Tüm bu nedenler bilirkişilerin kısıtlı daha kötüsü yanlış verilerle muhakeme yapması durumuna neden olmakta kusur ve illiyetin net olarak tespitini ve buna bağlı olarak yargı mercilerince verilecek kararların hakkaniyet derecesi kötü anlamda etkilemektedir. Sonuç olarak ölümle sonuçlanan tıbbi

uygulama hatası iddiası ile görülen davalar ve savcılık soruşturmalarında kusur, zarar ve illiyetin ortaya konmasında elimizdeki en önemli somut ve bilimsel veri uluslararası standartlara uygun, özen ve dikkatle gerçekleştirilmiş otopsilerdir(65).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiş olup 30.11.2021 tarih ve 2021/2776 karar sayısı ile onaylanmıştır. İnönü Üniversitesi E-Kütüphanesi'nin sağladığı Lexpera hukuk bilgi sistemi (T.C. Yargıtay ve Danıştay resmi internet sitelerinde de yayınlanan halka açık veriler) üzerinden “hekim kusuru”, “doktor kusuru”, “ölüm”, “otopsi” ve “tıbbi uygulama hatası” anahtar kelimeleri aratılarak ulaşılan karar tarihi 01.01.2010 ile 31.12.2020 yılları arasında olan Yargıtay ve Danıştay temyiz kararları içerisinde çalışmamız için belirlediğimiz koşullara uygun kararlar tespit edilerek incelenmiştir.

Çalışmamıza dâhil etme kriterleri; tıbbi uygulama hatası iddiası olunan ve ölümle sonuçlanan vakaları içeren temyiz kararları şeklinde belirlenmiştir. Veri çıkarımı yapacağımız kararları tespit ederken bir takım dışlama kriterleri uygulanmıştır. Dışlama kriterlerimiz; tıbbi uygulama hatası iddiası olmayan kararlar, zaman aşımı ve görevsizlik kararı verilen kararlar, ölümle sonuçlanmayan tıbbi uygulama hatası iddialarını içeren kararlar, aynı ilk derece mahkemesinin aynı vaka üzerine verdiği kararların birden çok temyiz kararı olması halinde kronolojik olarak eski olan temyiz kararları, vaka türü olarak uygun olan lakin çıkarılabilecek veri miktarının oldukça az olduğu temyiz kararları şeklinde belirlenmiştir. Ayrıca esasa ilişkin yargılama yapılmamış kurum içi veya dışı soruşturmacı tarafından verilen men-i muhakeme kararlarına itirazları değerlendiren Danıştay 1. Dairesi kararları ile aynı vaka üzerine Danıştay kararı da olan kamu kurum niteliğindeki idarelerin hekimlere açtıkları rücu tazminat davaları içeren Yargıtay 4. Hukuk Dairesi kararları da çalışmamızdan dışlanmıştır.

Veriler kayıt altına alınırken; hakkında ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddiasıyla şikâyet olan hekimlerin unvan ve görev tanımı dağılımları (çok nadir vakada yardımcı sağlık personelleri), uzman olanların uzmanlık alanları (acil servislerde görevli hekimler şeklindeki ek tanımlamayı da içeren) dağılımı, olgunun gerçekleştiği sağlık hizmeti kurumları veya idarelerinin dağılımı, uygulanan tıbbi işlemlerin türleri açısından dağılımı, ölen hasta üzerinde otopsi yapıp yapılmadığı, ilk derece mahkeme kararı, ilk derece mahkeme kararı hakkında yüksek yargı kararı ve nedeni, yargı mercilerinin bilirkişi raporlarına uyum durumu ve dağılımı, olay tarihi, dosya esas ve

karar numaralarına göre ilk derece mahkemelerindeki yargılama süreleri, bilirkişi kurumlarınca verilen raporların sınıflanması ve bu sınıflamaya göre dağılımı, bilirkişi raporları arasında kusur veya illiyet yönünden çelişkinin varlığı, bilirkişi raporlarına göre kusur ve illiyet tespiti durumlarının dağılımı, otopsi yapılan olgular ile yapılmayan olguların ek bilirkişi raporuna ihtiyaç durumuna, ilk derece mahkemesi yargılama süreleri ortalamasına ve aynı bilirkişi kurumu tarafından verilen bilirkişi raporları arasındaki çelişki durumuna etkisi incelendi.

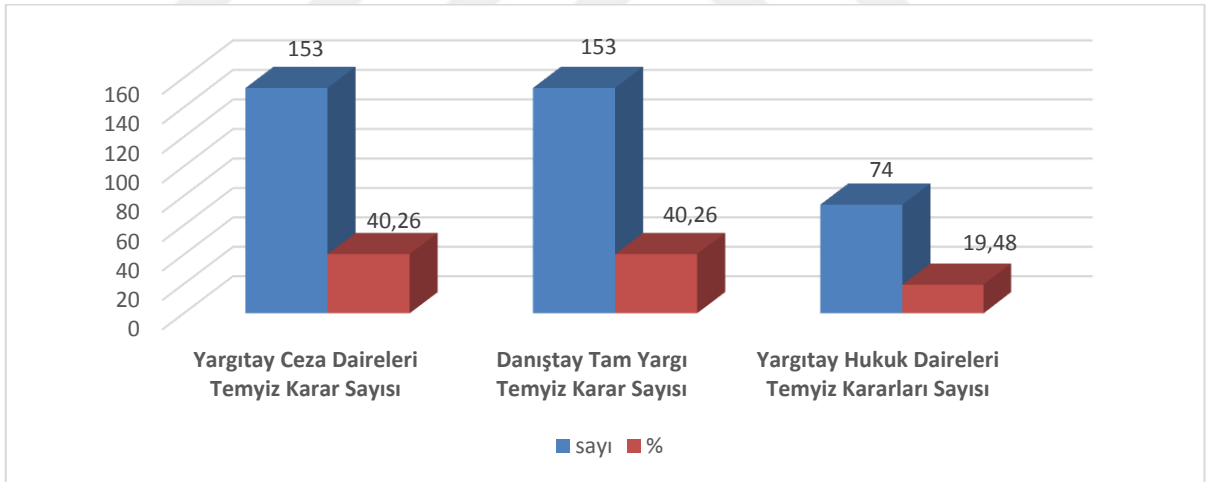
Toplanan veriler SPSS 26.0 (Statistical Package for Social Science) programı kullanılarak analiz edildi ve belirlenen veri karşılaştırılmaları ve birbirlerine etkisi tespit edildi. Tespit edilen bulgular tablolar ve şekillerle gösterilerek olguların özellikleri ortaya konmuştur.



4. BULGULAR

Çalışmamızda; temyiz karar tarihleri 2010-2020 yılları arasında olan ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddiası ile görülen gereç ve yöntem başlığında açıkladığımız dâhil etme ve dışlama kriterlerine göre belirlenen 380 yüksek yargı temyiz kararı incelenmiştir. Temyiz kararlarının 153 (%40,26)'ünü Yargıtay Ceza Dairelerince verilen kararlar, 153 (%40,26)'ünü Danıştay ilgili dairelerince verilen kararlar, 74 (%19,48)'ünü ise Yargıtay Hukuk Dairelerince verilen kararlar oluşturmaktadır (Şekil 4.1).

Çalışmamız üç farklı yüksek yargı yolundan elde edilen verilerden oluştuğundan tüm yargı yolları için ortak bulgular toplu olarak, yüksek yargı yoluna özgü bulgular ise ayrı başlıklar halinde sunulacaktır. Son olarak da otopsi yapılan ve yapılmayan olguların ilk derece mahkemeleri yargılama süreleri ortalamasına, aynı kurum raporları arasında çelişki durumuna ve ek bilirkişi raporuna ihtiyaç durumuna etkisi yönünden istatistiki anlamlılıklar sunulacaktır.



Şekil 4.1. Çalışmamız kapsamında incelenen yüksek yargı temyiz kararlarının yüksek yargı yoluna göre dağılımı.

4.1. Tüm Yüksek Yargı Yollarından Sağlanan Ortak Bulgular

Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarında hakkında şikâyet olunan hekimlerin çalıştığı kurum türleri, aynı vakada birden çok kurumda çalışan hekimlere yönelik şikâyet olabilmesi nedeniyle vaka başına düşen oranları yönünden incelenmiştir. Vaka başına düşen en yüksek orana sahip olan kurum Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet

hastaneleriyken (% 58,8), bunu sırasıyla özel hastaneler (%31,4) ve üniversite hastanelerinin (%11,1) izlediği görülmektedir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarında hakkında şikâyet olunan hekimlerin çalıştığı kurum türleri sayısal verileri ve vaka başına düşen oranları.

Hakkında Şikâyet Olunan Kurum türü	N (%)
Devlet Hastaneleri	90 (58,8)
Özel Hastane	48 (31,4)
Üniversite Hastanesi	17 (11,1)
Askeriye Revir	3 (2,0)
Özel Muayenehane	1 (0,7)
Askeri Hastane	1 (0,7)
Özel Sağlık Kabini	1 (0,7)
Toplam	161 (105,2)

Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarında hakkında şikâyet olunan idare türleri, aynı vakada birden çok idareye yönelik şikâyet olabilmesi nedeniyle vaka başına düşen oranları yönünden incelenmiştir. Vaka başına düşen en yüksek orana sahip olan idare Sağlık Bakanlığı'yken (% 81,7), ikinci sırada YÖK'e bağlı üniversiteler (%23,5) olduğu görülmektedir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarında hakkında şikâyet olunan idare türleri sayısal verileri ve vaka başına düşen oranları.

Hakkında Şikâyet Olunan İdare Türü	N (%)
Sağlık Bakanlığı	125 (81,7)
YÖK'e Bağlı Üniversiteler	36 (23,5)
Toplam	161 (105,2)

Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarında hakkında şikâyet olunan hekimlerin çalıştığı kurum türleri arasında en çok tespit edilen kurum olarak özel hastaneler % 91,9 gibi çok yüksek bir oranla karşımıza çıkmaktadır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarında hakkında şikâyet olunan hekimlerin çalıştığı kurum türü sayıları ve oranları.

Hakkında Şikâyet Olunan Kurum Türü	N (%)
Özel Hastane	68 (91,9)
Özel Tıp Merkezi	2 (2,7)
Özel Muayenehane	1 (1,4)
Özel Patoloji Laboratuvar	1 (1,4)
Özel Tüp Bebek Merkezi	1 (1,4)
Özel Kurum İş Yeri Hekimi	1 (1,4)
Toplam	74 (100,0)

Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarında hakkında şikâyet olunan doktorların unvan türleri, aynı vakada farklı unvanlardaki birden çok doktor hakkında şikâyet olabilmesi nedeniyle vaka başına düşen oranları yönünden incelenmiştir. Vaka başına düşen en yüksek orana sahip olanlar uzman doktorlarken (% 93,5), bunu sırasıyla pratisyen hekimler (% 40,5) ve asistan hekimlerin (% 14,4) izlediği görülmektedir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarında hakkında şikâyet olunan doktorların unvan türlerine göre sayısal verileri ve vaka başına düşen oranları.

Hakkında şikâyet olunan doktor -yardımcı sağlık personeli unvan türleri	N (%)
Uzman Hekim	143 (93,5)
Pratisyen Hekim	62 (40,5)
Asistan Hekim	22 (14,4)
Yan Dal Uzmanı Hekim	4 (2,6)
Yardımcı Sağlık Personeli	10 (6,5)
Toplam	241 (157,5)

Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarında hakkında şikâyet olunan doktorların unvan türleri, aynı vakada farklı unvanlardaki birden çok doktor hakkında şikâyet olabilmesi nedeniyle vaka başına düşen oranları yönünden incelenmiştir. Vaka başına düşen en yüksek orana sahip olanlar uzman doktorlarken (% 83,0), bunu sırasıyla pratisyen hekimler (%30,1) ve asistan hekimlerin (%11,8) izlediği görülmektedir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarında hakkında şikâyet olunan doktorların unvan türlerine göre sayısal verileri ve vaka başına düşen oranları.

Hakkında şikâyet olunan Doktor-yardımcı sağlık personeli unvan türleri	N (%)
Uzman Hekim	127 (83,0)
Pratisyen Hekim	46 (30,1)
Asistan Hekim	18 (11,8)
Yan Dal Uzmanı Hekim	4 (2,6)
Baş Hekim	1 (0,7)
Yardımcı Sağlık Personeli	9 (5,9)
Toplam	205 (134,0)

Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarında hakkında şikâyet olunan doktorların unvan türleri, aynı vakada farklı unvanlardaki birden çok doktor hakkında şikâyet olabilmesi nedeniyle vaka başına düşen oranları yönünden incelenmiştir. Vaka başına düşen en yüksek orana sahip olanlar uzman doktorlarken (% 83,8), bunu sırasıyla pratisyen hekimler (% 13,5) ve yan dal uzmanı hekimlerin (% 2,7) izlediği görülmektedir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarında hakkında şikâyet olunan doktorların unvan türlerine göre sayısal verileri ve vaka başına düşen oranları.

Hakkında şikâyet olunan Doktor-yardımcı sağlık personeli unvan türleri	N (%)
Uzman Hekim	62 (83,8)
Pratisyen Hekim	10 (13,5)
Yan Dal Uzmanı Hekim	2 (2,7)
Diploma Denkliği Almamış Yabancı Uyruklu Hekim	1 (1,4)
Yardımcı Sağlık Personeli	2 (2,7)
Toplam	77 (104,1)

Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarında hakkında şikâyet olunan hekimlerin uzmanlık alanı ve görev tanımı türleri, aynı vakada farklı uzmanlık alanı ve görev tanımında birden çok hekim hakkında şikâyet olabilmesi nedeniyle vaka başına düşen oranları yönünden incelenmiştir. Vaka başına düşen en yüksek orana sahip olanlar acil servislerde görevli hekimlerken (% 37,3), bunu sırasıyla kadın hastalıkları ve doğum

uzmanı hekimler (% 17,0) ve genel cerrahi uzmanı hekimlerin (% 17,0) izlediği görülmektedir (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarında hakkında şikâyet olunan hekimlerin uzmanlık alanı ve görev tanımı türlerine göre sayısal verileri ve vaka başına düşen oranları.

Uzmanlık Alanı ve Görev Tanımı Türleri	N (%)
Acil Servislerde Görevli Hekimler	57 (37,3)
Kadın Hastalıkları ve Doğum	26 (17,0)
Genel Cerrahi	26 (17,0)
Anestezi ve Reanimasyon	12 (7,8)
Dâhiliye	12 (7,8)
Beyin Cerrahisi	10 (6,5)
Çocuk Hastalıkları	9 (5,9)
Kalp Damar Cerrahisi	9 (5,9)
Ortopedi	4 (2,6)
Kardiyoloji	7 (4,6)
Üroloji	6 (3,9)
Nöroloji	6 (3,9)
Çocuk Cerrahisi	5 (3,3)
Göğüs Hastalıkları	4 (2,6)
Enfeksiyon	4 (2,6)
Gastroenteroloji	3 (2,0)
Askeriye Revirlerinde Görevli Hekimler	3 (2,0)
Göğüs Cerrahisi	2 (1,3)
Psikiyatri	2 (1,3)
Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları	2 (1,3)
Plastik Cerrahi	1 (0,7)
Radyoloji	1 (0,7)
Radyasyon Onkolojisi	1 (0,7)
Aile Hekimi Uzmanı	1 (0,7)
Yardımcı Sağlık Personeli	8 (5,2)
Toplam	221 (144,4)

Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarında hakkında şikâyet olunan hekimlerin uzmanlık alanı ve görev tanımı türleri, aynı vakada farklı uzmanlık alanı ve görev tanımında birden çok hekim hakkında şikâyet olabilmesi nedeniyle vaka başına düşen

oranları yönünden incelenmiştir. Vaka başına düşen en yüksek orana sahip olanlar acil servislerde görevli hekimlerken (% 32,0), bunu sırasıyla kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekimler (% 20,9) ve genel cerrahi uzmanı hekimlerin (% 12,4) izlediği görülmektedir (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarında hakkında şikâyet olunan hekimlerin uzmanlık alanı ve görev tanımı türlerine göre sayısal verileri ve vaka başına düşen oranları.

Uzmanlık Alanı ve Görev Tanımı Türleri	N (%)
Acil Servislerde Görevli Hekimler	49 (32,0)
Kadın Doğum	32 (20,9)
Genel Cerrahi	19 (12,4)
Anestezi ve Reanimasyon	14 (9,2)
Beyin Cerrahisi	14 (9,2)
Çocuk Hastalıkları	10 (6,5)
Dâhiliye	8 (5,2)
Kalp Damar Cerrahisi	5 (3,3)
Ortopedi	4 (2,6)
Kardiyoloji	4 (2,6)
Nöroloji	4 (2,6)
Enfeksiyon	4 (2,6)
Göğüs Cerrahisi	3 (2,0)
Sağlık Ocağında Görevli Hekimler	3 (2,0)
Çocuk Cerrahisi	2 (1,3)
Üroloji	2 (1,3)
Tıbbi onkoloji	2 (1,3)
Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları	2 (1,3)
Plastik Cerrahi	2 (1,3)
Göğüs Hastalıkları	2 (1,3)
Radyoloji	1 (0,7)
Patoloji	1 (0,7)
Gastroenteroloji	1 (0,7)
Baş Hekim	1 (0,7)
Diş Hekimi	1 (0,7)
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	1 (0,7)
112 Ambulansta Görevli Hekim	1 (0,7)
Çocuk Nefroloji	1 (0,7)
Yardımcı Sağlık Personeli	8 (5,2)
Toplam	201 (131,4)

Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarında hakkında şikâyet olunan hekimlerin uzmanlık alanı ve görev tanımı türleri, aynı vakada farklı uzmanlık alanı ve görev tanımında birden çok hekim hakkında şikâyet olabilmesi nedeniyle vaka başına

düşen oranları yönünden incelenmiştir. Vaka başına düşen en yüksek orana sahip olanlar kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekimlerken (% 23,0), bunu sırasıyla genel cerrahi uzmanı hekimler (% 20,3) ve anestezi uzmanı hekimlerin (% 10,8) izlediği görülmektedir (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarında hakkında şikâyet olunan hekimlerin uzmanlık alanı ve görev tanımı türlerine göre sayısal verileri ve vaka başına düşen oranları.

Uzmanlık Alanı ve Görev Tanımı Türleri	N (%)
Kadın Doğum	17 (23,0)
Genel Cerrahi	15 (20,3)
Anestezi ve Reanimasyon	8 (10,8)
Acil Servislerde Görevli Hekimler	8 (10,8)
Çocuk Hastalıkları	4 (5,4)
Plastik Cerrahi	4 (5,4)
Kalp Damar Cerrahisi	4 (5,4)
Kardiyoloji	3 (4,1)
Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları	3 (4,1)
Göğüs Hastalıkları	3 (4,1)
Beyin Cerrahisi	2 (2,7)
Ortopedi	2 (2,7)
Radyoloji	2 (2,7)
Enfeksiyon	2 (2,7)
Radyasyon Onkolojisi	2 (2,7)
Çocuk Cerrahisi	1 (1,4)
Üroloji	1 (1,4)
Patoloji	2 (2,7)
Dâhiliye	1 (1,4)
Aile Hekimi Uzmanı	1 (1,4)
İş yeri hekimi	1 (1,4)
Gastroenteroloji	1 (1,4)
Tıbbi onkoloji	1 (1,4)
Yardımcı Sağlık Personeli	1 (1,4)
Toplam	89 (120,3)

Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarındaki vakalarda uygulanan tedavi türleri aynı vakada birden çok tedavi türü tercih edilebilir olması nedeniyle vaka başına düşen

oranları yönünden incelenmiştir. Vaka başına düşen en yüksek orana sahip olan tedavi türü medikal ve konservatif tedavilerken (% 55,6), bunu sırasıyla cerrahi tedaviler (% 49,7) ve girişimsel işlemlerin (% 4,6) takip ettiği görülmektedir (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Yargıtay Ceza Daireleri Temyiz Kararlarındaki vakalarda uygulanan tedavi türlerine göre sayısal veriler ve vaka başına düşen oranlar.

Tedavi Türleri	N (%)
Medikal ve Konservatif Tedaviler	85 (55,6)
Cerrahi Tedaviler	76 (49,7)
Girişimsel İşlemler	7 (4,6)
Toplam	168 (109,8)

Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarındaki vakalarda uygulanan tedavi türleri aynı vakada birden çok tedavi türü tercih edilebilir olması nedeniyle vaka başına düşen oranları yönünden incelenmiştir. Vaka başına düşen en yüksek orana sahip olan tedavi türü cerrahi tedavilerken (% 56,9), bunu sırasıyla medikal ve konservatif tedaviler (% 52,3) ve girişimsel işlemlerin (% 3,3) takip ettiği görülmektedir (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarındaki vakalarda uygulanan tedavi türlerine göre sayısal veriler ve vaka başına düşen oranlar.

Tedavi Türleri	N (%)
Cerrahi Tedaviler	87 (56,9)
Medikal ve Konservatif Tedaviler	80 (52,3)
Girişimsel İşlemler	5 (3,3)
Toplam	172 (112,4)

Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki vakalarda uygulanan tedavi türleri aynı vakada birden çok tedavi türü tercih edilebilir olması nedeniyle vaka başına düşen oranları yönünden incelenmiştir. Vaka başına düşen en yüksek orana sahip olan tedavi türü cerrahi tedavilerken (% 68,9), bunu sırasıyla medikal ve konservatif tedaviler (% 40,5) ve girişimsel işlemlerin (% 5,4) takip ettiği görülmektedir (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki vakalarda uygulanan tedavi türlerine göre sayısal veriler ve vaka başına düşen oranlar.

Tedavi Türleri	N (%)
Cerrahi Tedaviler	51 (68,9)
Medikal ve Konservatif Tedaviler	30 (40,5)
Girişimsel İşlemler	4 (5,4)
Toplam	85 (114,9)

Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarındaki olgularda rapor temin edilen bilirkişi kurum türleri aynı olguda birden çok bilirkişi kurumdan rapor alınabileceği gibi aynı bilirkişi kurumundan birden çok rapor alınabilmesi nedeniyle vaka başına düşen oranları yönünden incelenmiştir. Vaka başına düşen en yüksek orana sahip olan bilirkişi kurumu Adli Tıp Kurumuyken (% 130,1), bunu sırasıyla Yüksek Sağlık Şurası (% 28,8) ve Üniversitelerin (% 15,7) takip ettiği görülmektedir. Ayrıca iki vaka da yargı mercilerince hiçbir bilirkişi raporu temin edilmediği tespit edilmiştir (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarındaki olgularda rapor temin edilen bilirkişi kurum türlerine göre sayısal veriler ve vaka başına düşen oranlar.

Bilirkişi kurum türleri	N (%)
Adli Tıp Kurumu (İhtisas Kurulları ve Genel Kurul)	199 (130,1)
Yüksek Sağlık Şurası	44 (28,8)
Üniversiteler (İlgili Branş veya Adli Tıp Anabilim Dallarınca Verilen Bilirkişi Raporları)	24 (15,7)
Diğer*	11 (7,2)
Bilirkişi Raporu Temin Edilmediği Durumlar	2 (1,3)
Toplam	280 (183,0)

*(Kurum içinde yapılan soruşturma raporları, Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu raporları, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri İlgili Branş Hocalarından alınan raporlar, TTB ve Tabip Odaları Kurulları, Taraflar tarafından temin edilen uzman görüşü raporları)

Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarındaki olgularda rapor temin edilen bilirkişi kurum türleri aynı olguda birden çok bilirkişi kurumdan rapor alınabileceği gibi aynı bilirkişi kurumundan birden çok rapor alınabilmesi nedeniyle vaka başına düşen oranları yönünden incelenmiştir. Vaka başına düşen en yüksek orana sahip olan bilirkişi kurumu Adli Tıp Kurumuyken (% 130,7), bunu sırasıyla Yüksek Sağlık Şurası (% 17,6) ve Diğerleri sınıflamasındaki kurumların (% 14,4) takip ettiği görülmektedir. Ayrıca üç

vaka da yargı mercilerince hiçbir bilirkişi raporu temin edilmediği tespit edilmiştir (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarındaki olgularda rapor temin edilen bilirkişi kurum türlerine göre sayısal veriler ve vaka başına düşen oranlar.

Bilirkişi kurum türleri	N (%)
Adli Tıp Kurumu (İhtisas Kurulları ve Genel Kurul)	200 (130,7)
Yüksek Sağlık Şurası	27 (17,6)
Diğer*	22 (14,4)
Üniversiteler (İlgili Branş veya Adli Tıp Anabilim Dallarınca Verilen Bilirkişi Raporları)	12 (7,8)
Bilirkişi Raporu Temin Edilmediği Durumlar	3 (2,0)
Toplam	264 (172,5)

*(Kurum içinde yapılan soruşturma raporları, Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu raporları, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri İlgili Branş Hocalarından alınan raporlar, TTB ve Tabip Odaları Kurulları, Taraflar tarafından temin edilen uzman görüşü raporları)

Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki olgularda rapor temin edilen bilirkişi kurum türleri aynı olguda birden çok bilirkişi kurumdan rapor alınabileceği gibi aynı bilirkişi kurumundan birden çok rapor alınabilmesi nedeniyle vaka başına düşen oranları yönünden incelenmiştir. Vaka başına düşen en yüksek orana sahip olan bilirkişi kurumu Adli Tıp Kurumuyken (% 151,4), bunu sırasıyla Üniversiteler (% 37,8) ve Yüksek Sağlık Şurasının (% 24,3) takip ettiği görülmektedir (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki olgularda rapor temin edilen bilirkişi kurum türlerine göre sayısal veriler ve vaka başına düşen oranlar.

Bilirkişi kurum türleri	N (%)
Adli Tıp Kurumu (İhtisas Kurulları ve Genel Kurul)	112 (151,4)
Üniversiteler (İlgili Branş veya Adli Tıp Anabilim Dallarınca Verilen Bilirkişi Raporları)	28 (37,8)
Yüksek Sağlık Şurası	18 (24,3)
Diğer*	11(14,9)
Toplam	169 (228,4)

*(Kurum içinde yapılan soruşturma raporları, Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu raporları, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri İlgili Branş Hocalarından alınan raporlar, TTB ve Tabip Odaları Kurulları, Taraflar tarafından temin edilen uzman görüşü raporları)

Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarındaki olgulardan elde edilen verilerde 108 (% 70,6) olguda en az bir bilirkişi raporuna göre en az bir kişi yönünden kusur verildiği, 45 (% 29,4) olguda ise hiçbir bilirkişi raporunda hiç kimse yönünden kusur verilmediği tespit edilmiştir. Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarındaki olgulardan elde edilen verilerde 75 (% 49,0) olguda en az bir bilirkişi raporuna göre en az bir kişi yönünden kusur verildiği, 78 (% 51,0) olguda ise hiçbir bilirkişi raporunda hiç kimse yönünden kusur verilmediği tespit edilmiştir. Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki olgulardan elde edilen verilerde 42 (% 56,8) olguda en az bir bilirkişi raporuna göre en az bir kişi yönünden kusur verildiği, 32 (% 43,2) olguda ise hiçbir bilirkişi raporunda hiç kimse yönünden kusur verilmediği tespit edilmiştir (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Tüm yargı yollarındaki olgularda bilirkişi raporlarından elde edilen verilerde hiçbir bilirkişi raporuna göre kusur verilmeyen ve en az bir bilirkişi raporuna göre kusur verilen olguların dağılımı

Kusur Durumu	Yargıtay Ceza Daireleri Temyiz Kararları İçerisindeki Bilirkişi Raporları	Danıştay İlgili Daireleri Temyiz Kararları İçerisindeki Bilirkişi Raporları	Yargıtay Hukuk Daireleri Temyiz Kararları İçerisindeki Bilirkişi Raporları
	N (%)	N (%)	N (%)
Kusur Var	108 (70,6)	75 (49,0)	42 (56,8)
Kusur Yok	45 (29,4)	78 (51,0)	32 (43,2)
Toplam	153 (100,0)	153 (100,0)	74 (100,0)

Tüm yargı yollarındaki olgularda bilirkişi raporlarından elde edilen verilerde en az bir bilirkişi raporuna göre kusur verilen olgular içerisinde olgu başına düşen en yüksek orana sahip kusur türü tanı eksikliği/hatası 69 (%33,2) – 42 (% 27,1) – 20 (% 28,2) iken, bunu sırasıyla takip eksikliği/tedavide gecikme 62 (% 29,8) – 38 (%24,5) – 18 (% 25,4) ve tedavi eksikliği/hatası 34 (% 16,3) – 28 (% 18,1) – 18 (%25,4) izlemektedir (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Tüm yargı yollarındaki olgularda bilirkişi raporlarından elde edilen verilerde en az bir bilirkişi raporuna göre kusur verilen olgulardaki kusur türlerinin olgu başına düşen oranları ve sayısal verileri

Kusur Durumu ve Türleri	Yargıtay Ceza Daireleri Temyiz Kararları İçerisindeki Bilirkişi Raporları N (%)	Danıştay İlgili Daireleri Temyiz Kararları İçerisindeki Bilirkişi Raporları N (%)	Yargıtay Hukuk Daireleri Temyiz Kararları İçerisindeki Bilirkişi Raporları N (%)
Tanı Eksikliği/Hatası	69 (33,2)	42 (27,1)	20 (28,2)
Takip eksikliği/Tedavide gecikme	62 (29,8)	38 (24,5)	18 (25,4)
Tedavi Eksikliği/Hatası	34 (16,3)	28 (18,1)	18 (25,4)
Konsültasyon İstememe/İletişim Eksikliği	18 (8,7)	14 (9,0)	1 (1,4)
Komplikasyon Yönetim Kusuru	6 (2,9)	3 (1,9)	7 (9,9)
Organizasyon Kusuru	2 (1,0)	9 (5,8)	3 (4,2)
İlgisizlik/Özensizlik	4 (1,9)	7 (4,5)	2 (2,8)
Sevk Etmemeye/Uygun Olmayan Şartlarda Sevk Etme	9 (4,3)	3 (1,9)	1 (1,4)
Arşiv Eksikliği/Bilgi Edinme Hakkı İhlali	1 (0,5)	4 (2,6)	0 (0,0)
Bilgi/Beceri Eksikliği	2 (1,0)	2 (1,3)	0 (0,0)
Yetkisiz işlem	0 (0,0)	1 (0,6)	1 (1,4)
İcapçı Hekimin Gelmemesi	1 (0,5)	4 (2,6)	0 (0,0)
Toplam	208 (100,0)	155 (100,0)	71 (100,0)

4.2. Yargıtay Ceza Dairelerince Verilen Temyiz Kararlarından Tespit Edilen Yargı Yoluna Özgü Bulgular

Aynı ceza yargılamasında birden çok kişi ve suç tipi yönünden suçlama olabileceğinden suç tipleri vaka başına düşen oranları yönünden incelenmiştir. Vaka başına düşen en yüksek orana sahip olan suç tipi taksirle ölüme sebebiyet verme suçuyken (% 91,5) bunu sırasıyla ihmal suretiyle görevi kötüye kullanma (% 7,8) ve taksirle yaralanmaya sebebiyet verme (% 2,0) suçları takip etmektedir (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarındaki suç tiplerinin sayısal verileri ve vaka başına düşen oranları.

Suç Tipleri	N (%)
Taksirle ölüme sebebiyet vermek	140 (91,5)
İhmal suretiyle görevi kötüye kullanma	12 (7,8)
Taksirle yaralanmaya sebebiyet vermek	3 (2,0)
Görevi Kötüye Kullanma	2 (1,3)
Toplam	157 (102,6)

İlk derece ceza mahkemelerince 100 (% 65,3) davada sanık veya sanıklar hakkında beraat veya kamu adına kovuşturmaya yer olmadığı kararına karşı itirazın reddi kararı verilmiştir. Yargıtay Ceza Dairelerince bu kararların 45 (% 29,41)'i onanmış ve karar kesinleşmiş, 40 (% 26,14)'ı esasa ilişkin yeniden yargılama yapılması veya ceza yargılaması yapılması gerektiğiyle bozulmuş, 15 (%9,80)'i ise sanık veya sanıkların tamamı veya bir kısmı hakkında çeşitli suç tiplerine göre ceza verilmesi gerektiği ile bozulmuştur. İlk derece ceza mahkemelerince 53 (% 31,4) davada sanık veya sanıkların tamamı veya bir kısmı için ceza kararı verilmiştir. Yargıtay Ceza Dairelerince bu kararların 22 (% 14,37)'si onanmış ve karar kesinleşmiş, 15 (% 9,80)'i esasa yönelik yeniden yargılama yapılması gerektiğiyle bozulmuş, 14 (%9,15)'ünde ise farklı tipte suçtan ceza verilmesi veya sanıklardan bazılarının beraat bazılarının ceza kararı verilmesi gerektiği ile bozulmuş, 2 (% 1,30)'sinde de sanık veya sanıklar hakkında beraat verilmesi gerektiği ile karar bozulmuştur. Kısaca çalışmamızdaki Yargıtay Ceza Daireleri kararlarına göre farklı suç tiplerinde en az bir sanık yönünden kesin olarak ceza verilen karar sayısı 51 (% 33,3) olarak bulunmuştur (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. İlk derece ceza mahkemeleri kararlarının Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarına göre dağılımı.

		İlk Derece Ceza Mahkemeleri Kararları		
Yargıtay Ceza Daireleri Kararı		Ceza verilmiş N (%)	Beraat veya Kyok itirazı reddi* N (%)	Toplam N (%)
Onanmış ve kesinleşmiş kararlar	N (%)	22 (14,37)	45 (29,41)	67 (43,78)
Esasa yönelik yeniden yargılama yapılması veya ceza yargılaması yapılması gerektiğiyle bozulmuş kararlar	N (%)	15 (9,8)	40 (26,14)	55 (35,94)
Farklı tipte suçtan ceza verilmesi veya sanıklardan bazılarının beraat bazılarının ceza kararı verilmesi gerektiği kararları ^{1/} Sanık veya sanıkların tamamı veya bir kısmı hakkında çeşitli suç tiplerine göre ceza verilmesi gerektiği kararları ²	N (%)	14 ¹ (9,15)	15 ² (9,8)	29 (18,95)
Sanık veya sanıklar hakkında beraat verilmesi gerektiği kararları	N (%)	2 (1,33)	0 (0,0)	2 (1,33)
Toplam	N (%)	53 (34,65)	100 (65,35)	153 (100,0)

*İlk derece mahkemelerince sanık veya sanıklar hakkında verilen beraat kararları ile savcılık soruşturmasında sanık veya sanıklar hakkında kamu adına kovuşturmaya yer olmadığı kararı verilenler yönünden ilk derece mahkemelerine yapılan itirazların reddedildiği kararlar toplamı

Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararları sonrası 100 (%65,4) davada ek bilirkişi raporuna ihtiyaç duyulmamışken, 53 (%34,6) dava esasa ilişkin yeniden yargılamada kullanılmak üzere ek bilirkişi raporuna ihtiyaç duyulduğu tespit edilmiştir.

Bilirkişi raporlarına göre hatalı tıbbi uygulama ile ölüm arasındaki illiyet bağı tespit durumuna bakıldığında 86 (% 56,21) vakada hiç bir bilirkişi raporunda illiyet bağı tespit edilmediği, 34 (% 22,20) vakada en az bir bilirkişi raporunda illiyet bağı tespit edildiği, 16 (%10,46) vakada ise bilirkişi raporunda veya raporlarında illiyet bağının bilinemeyeceğine karar verildiği görülmektedir (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarındaki olgularda bilirkişi raporlarına göre hatalı tıbbi uygulama ve ölüm arasında illiyet bağı tespit durumu dağılımı

Bilirkişi Raporlarına Göre Hatalı Tıbbi Uygulama ve Ölüm Arasında İlliyet Bağı Tespit Durumu	N (%)
Yok	86 (56,21)
Var	34 (22,20)
Bilinemeyeceği	16 (10,46)
Bahsedilmemiş	14 (9,15)
Bilirkişi Yok	2 (1,31)
Adli Tahkikatla Belirlenebileceği	1 (0,65)
Toplam	153 (100,0)

İlk derece ceza mahkemeleri 69 (% 45,1) kararında bilirkişi raporlarına direkt olarak uymuşken, 25 (% 16,3) kararında kusur yönünden uymuş illiyet yönünden uymamış, 18 (%11,8)'inde ise bilirkişi raporlarına tamamen uymamıştır (Tablo 4.21).

Tablo 4.21. İlk derece ceza mahkemeleri kararları ile bilirkişi raporları arasındaki uyum durumu dağılımı.

İlk derece mahkeme kararı ile bilirkişi raporları arasındaki uyum durumu	N (%)
Uymuş*	69 (45,1)
Kusur yönünden uymuş illiyet yönünden uymamış	25 (16,3)
Uymamış**	18 (11,8)
ATK'ya uymuş, YSS'ye uymamış	8 (5,2)
YSS'ye uymuş, ATK'ya uymamış	5 (3,3)
ATK'ya uymuş, Soruşturmacı raporuna uymamış	4 (2,6)
ATK'ya uymuş, Üniversitelerce verilen bilirkişi raporuna uymamış	3 (2,0)

ATK'ya uymuş Üniversitelerce verilen bilirkişi raporuna uymamış	3 (2,0)
ATK'nın kusur veren rapora uymuş, vermeyene raporuna uymamış	2 (1,3)
Kusur ve illiyet bilinmez diyen bilirkişi raporuna göre beraat veren	2 (1,3)
Bilirkişi yok	2 (1,3)
ATK'ya uymuş, Soruşturmacı raporuna ve YSS'ye uymamış	1 (0,7)
ATK'nın kusur ve illiyet vermeyen raporuna uymuş, ATK ve YSS'nin kusur ve illiyet veren raporlarına uymamış	1 (0,7)
Bazı sanıklara kusur verilen bazı sanıklara kusur verilmeyen ATK raporuna göre tüm sanıklara ceza verilmiş	1 (0,7)
Adli tahkikatla aydınlatılmalı denen bilirkişi kararına göre beraat verilmiş	1 (0,7)
ATK'nın kusur vermeyen raporuna uyma, kusur veren raporuna uymama	1 (0,7)
ATK ve Üniversitelerce verilen bilirkişi raporuna uymuş, YSS'ye uymamış	1 (0,7)
YSS ve ATK raporlarına uymuş, Soruşturmacı raporuna uymamış	1 (0,7)
ATK raporuna uymuş, Üniversitelerce verilen bilirkişi raporu ve YSS raporuna uymamış	1 (0,7)
ATK ya ve Üniversitelerce verilen bilirkişi raporuna uymuş, YSS ye uymamış	1 (0,7)
ATK ve YSS'nin illiyet veren raporlarına uymuş, ATK'nın illiyet vermeyen raporuna uymamış	1 (0,7)
Sadece ölüm nedeni veren bilirkişi raporuyla beraat kararı verilmiş	1 (0,7)
YSS ve Üniversitelerce verilen bilirkişi raporuna uymuş ATK'ya uymamış	1 (0,7)
Toplam	153 (100,0)

*Tek bilirkişi raporu olanlarda bilirkişi raporuna uyulması veya birden çok bilirkişi raporu olan olgularda raporların ortak kanaatine uyulması

**Tek bilirkişi raporu olanlarda bilirkişi raporuna uyulmaması veya birden çok bilirkişi raporu olan olgularda raporların ortak kanaatine uyulmaması

Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarındaki 74 (% 48,4) olguda bilirkişi raporu veya raporlarının ortak kanaatine tamamen uygun kararlar verildiği, 23 (% 15,0) olguda ise bilirkişi raporları arasında kusur veya illiyet yönünden çelişki olması nedeniyle hiçbir bilirkişi raporuna uyulmadığı ek bilirkişi raporu alınarak esasa ilişkin yeniden yargılama yapılmasına karar verildiği tespit edilmiştir. Bilirkişi raporu veya raporlarının ortak kanaatine uyulmadığı 28 (% 18,3) olgu tespit edilmiş olup bunların 24 (% 15,7)'ünde ek bilirkişi raporu alınarak esasa ilişkin yeniden yargılama yapılmalı kararı verilirken, 4 (% 2,6)'ünde ise bilirkişi raporu veya raporlarındaki ortak kanaatten tamamen farklı karar verildiği tespit edilmiştir. (Tablo 4.22).

Tablo 4.22. Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararları ile bilirkişi raporları arasındaki uyum durumu dağılımı.

Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararları ile bilirkişi raporları arasındaki uyum durumu			N (%)
Uyumuş*			74 (48,4)
Uymamış	Uymamış**	24 (15,7)	28 (18,3)
	Uymamış***	4 (2,6)	
Raporlar arasında çelişki olduğu için hiç birine uymamış			23 (15,0)
Kusur yönünden uyumuş illiyet yönünden uymamış			6 (3,9)
ATK'ya uyumuş YSS'ye uymamış			5 (3,3)
Kusur yönünden uyumuş özel sektör çalışanı olduğu için 257/2 den ceza verememiş			4 (2,6)
Kusur ve illiyet bilinmez diyen bilirkişi raporuna göre beraat veren onanma			1 (0,7)
YSS uyumuş ATK'ya uymamış			3 (2,0)
ATK'ya uyumuş Üniversitelerce verilen bilirkişi raporuna uymamış			2 (1,3)
Bilirkişi yok			2 (1,3)
Adli tahkikatla aydınlatılmalı denen bilirkişi kararına göre verilen beraat kararı bozulmuş			1 (0,7)
Üniversitelerce verilen bilirkişi raporuna uyumuş ATK ya uymamış			1 (0,7)
ATK ya ve Üniversitelerce verilen bilirkişi raporuna uyumuş YSS ye uymamış			1 (0,7)
Sadece ölüm nedeni verilen bilirkişi raporuyla karar verilemeyeceği ek bilirkişi raporu alınması gerektiği			1 (0,7)
YSS ve Üniversitelerce verilen bilirkişi raporuna uyumuş ATK'ya uymamış			1 (0,7)
Toplam			153 (100,0)

*Tek bilirkişi raporu olanlarda bilirkişi raporuna uyulması veya birden çok bilirkişi raporu olan olgularda raporların ortak kanaatine uyulması

**Tek bilirkişi raporu olanlarda bilirkişi raporuna uyulmamış veya birden çok bilirkişi raporu olan olgularda raporların ortak kanaatine uyulmamış lakin bilirkişi raporundan veya bilirkişi raporlarından tamamen bağımsız ve farklı karar verilmemiş ek bilirkişi raporu alınarak esasa ilişkin yeniden yargılama yapılmasına karar verilmiş

***Tek bilirkişi raporu olanlarda bilirkişi raporuna uyulmamış veya birden çok bilirkişi raporu olan olgularda raporların ortak kanaatine uyulmamış ve bilirkişi raporundan veya bilirkişi raporlarından tamamen farklı karar verilmiş

Tablo 4.23. Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarındaki birden çok bilirkişi raporu olan ve raporlar arasında kusur veya illiyet tespiti yönünden çelişki bulunan olguların genel durumu.

İlk Derece Mahkeme Kararı	Yargıtay Ceza Dairesi Kararı	ATK Kusur Tespiti		YSS Kusur Tespiti		Üniversite* Kusur Tespiti		Diğer** Kusur Tespiti		Ek bilirkişi raporuna gerek
		Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	
Ceza	Bozulmuş	X ⁹	X ⁹							Var
Ceza	Bozulmuş	X ⁸								Var
Beraat	Bozulmuş	X ⁹	X ⁹							Var
Ceza	Bozulmuş	X ⁸		X ⁸						Var
KYOK ⁷	Bozulmuş		X			X				Var
Beraat	Bozulmuş	X			X					Var
KYOK ⁷	Bozulmuş		X			X				Var
KYOK ⁷	Onanmış		X	X						Yok
Beraat	Onanmış ³ -Bozulmuş ⁴	X ¹	X ²		X					Yok
Beraat	Bozulmuş	X ⁹	X ⁹	X						Var
Beraat	Bozulmuş	X			X					Var
KYOK ⁷	Bozulmuş		X					X		Var
Beraat	Onanmış		X	X						Yok
Beraat	Bozulmuş		X					X		Var
Beraat	Bozulmuş		X	X						Var
Beraat	Onanmış	X ⁸						X ⁸		Yok
Beraat	Onanmış		X	X						Yok
Beraat	Bozulmuş		X					X		Var
Beraat	Bozulmuş ⁴		X			X				Yok
Beraat	Bozulmuş		X			X				Var
Ceza	Bozulmuş	X			X					Var
KYOK ⁷	Bozulmuş		X					X		Var
Beraat	Bozulmuş		X	X						Var
Beraat	Onanmış		X			X				Yok
Beraat	Bozulmuş ⁴		X	X						Yok
Beraat-Ceza ⁶	Onanmış	X		X ¹	X ²					Yok
Ceza	Bozulmuş		X	X						Var
Beraat	Bozulmuş	X ⁹	X ⁹	X						Var
Ceza	Onanmış	X					X			Yok
Beraat	Bozulmuş ⁵		X	X ¹	X ²					Yok
Beraat	Bozulmuş		X	X			X			Var
Beraat	Bozulmuş		X	X				X		Var
Ceza	Bozulmuş	X		X					X	Var
Ceza	Bozulmuş	X			X		X			Var
Ceza	Bozulmuş			X ⁸		X ⁸				Var
Beraat	Onanmış		X	X			X			Yok
Beraat	Onanmış	X			X		X			Yok

*İlgili Branş veya Adli Tıp Anabilim Dallarınca Verilen Bilirkişi Raporları ** Kurum içinde yapılan soruşturma raporları, Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu raporları, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri İlgili Branş Hocalarından alınan raporlar, TTB ve Tabip Odaları Kurulları, Taraflar tarafından temin edilen uzman görüşü raporları ¹ Bazı kişilere yönünde kusur var ² Bazı kişilere yönünden kusur yok ³ Bazı sanıklar için onanmış ⁴ Bazı sanıklar için ihmal suretiyle görevi kötüye kullanma suçundan ceza verilmeli denilerek bozulmuş ⁵ Ceza verilmeli denilerek bozulmuş ⁶ Bazı sanıklar için beraat bazı sanıklar için ceza verilmiş ⁷ Kamu adına kovuşturmayla yer olmadığı kararına itirazın reddi ⁸ Kusur yönünden çelişki yok illiyet yönünden çelişki var ⁹ Aynı bilirkişi kurumunun bazı raporlarında kusur var bazı raporlarında kusur yok

4.3. Danıştay İlgili Dairelerince Verilen Temyiz Kararlarından Tespit Edilen Yargı Yoluna Özgü Bulgular

İlk derece idare mahkemelerince manevi tazminat taleplerinin 92 (%60,14)'si reddedilmişken, 61 (%39,86)'i kabul edilmiştir. İlk derece idare mahkemelerince manevi tazminat talebinin reddedildiği kararların 37 (%40,2)'si Danıştay tarafından manevi tazminata hükmedilmesi gerektiği kararı verilerek bozulmuşken, 26 (%28,3) karar onanmış, 29 (%31,5) karar ise esasa ilişkin yeniden yargılama yapılması gerektiği ile bozulmuştur. İlk derece idare mahkemelerince manevi tazminat verilen kararların 56 (%91,8)'sı Danıştay tarafından onanmışken, 5 (%8,2) karar ise esasa ilişkin yeniden yargılama yapılması gerektiği ile bozulmuştur. Kısaca 93 (% 60,78) davada Danıştay ilgili daireleri tarafından kesin olarak manevi tazminat verilmesi gerektiğine karar verilmiştir (Tablo 4.24).

Tablo 4.24. İlk derece idare mahkemelerince tam yargı davalarında verilen manevi tazminat kararlarının Danıştay ilgili dairelerince verilen temyiz kararlarına göre dağılımı

İlk derece idare mahkemelerince verilen manevi tazminat dair kararlar		Danıştay ilgili daire kararı			Toplam
		Bozulmuş*	Onanmış	Verilmeli Denilerek Bozulmuş	
Manevi Tazminat Talebi Reddedilenler	N (%)	29 (31,5)	26 (28,3)	37 (40,2)	92 (100,0)
Manevi Tazminat Karar Verilenler	N (%)	5 (8,2)	56 (91,8)	0 (0,0)	61 (100,0)
Toplam	N (%)	34 (22,2)	82 (53,6)	37 (24,2)	153 (100,0)

*Esasa ilişkin yeniden yargılama yapılması gerektiği ile bozulanlar

İlk derece idare mahkemelerince maddi tazminat taleplerinin 89 (%66,42)'u reddedilmişken, 45 (%33,58)'i kabul edilmiştir. İlk derece idare mahkemelerince maddi tazminat talebinin reddedildiği kararların 52 (% 58,4)'sı Danıştay tarafından onanmışken, 30 (% 28,3) karar esasa ilişkin yeniden yargılama yapılması gerektiği ile bozulmuş, 7 (% 7,9) karar ise maddi tazminata hükmedilmesi gerektiği ile bozulmuştur. İlk derece idare mahkemelerince maddi tazminat verilen kararların 36 (% 80,0)'sı Danıştay tarafından onanmışken, 7 (% 15,6) karar esasa ilişkin yeniden yargılama yapılması gerektiği ile bozulmuş, 2 (% 4,4) karar ise maddi tazminat verilmemesi

gerektiği ile bozulmuştur. Kısaca 43 (% 28,10) davada Danıştay ilgili daireleri tarafından kesin olarak maddi tazminat verilmesi gerektiğine karar verilmiştir (Tablo 4.25).

Tablo 4.25. İlk derece idare mahkemelerince tam yargı davalarında verilen maddi tazminat kararlarının Danıştay ilgili dairelerince verilen temyiz kararlarına göre dağılımı.

İlk derece idare mahkemelerince verilen maddi tazminata dair kararlar		Danıştay ilgili daire kararı					Toplam
		Bozulmuş*	Onanmış	Bozmuş ve ver demiş	Talep edilmemiş	Bozulmuş ve verme demiş	
Maddi							
Tazminat Talebi	N (%)	30 (33,7)	52 (58,4)	7 (7,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	89 (100,0)
Reddedilenler							
Maddi							
Tazminat Karar Verilenler	N (%)	7 (15,6)	36 (80,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,4)	45 (100,0)
Maddi							
Tazminat Talep edilmeyenler	N (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	19 (100,0)	0 (0,0)	19 (100,0)
Toplam	N (%)	37 (24,2)	88 (57,5)	7 (4,6)	19 (12,4)	2 (1,3)	153 (100,0)

*Esasa ilişkin yeniden yargılama yapılması gerektiği ile bozulanlar

Danıştay ilgili daireler temyiz kararları sonrası 111 (% 72,5) davada ek bilirkişi raporuna ihtiyaç duyulmamışken, 42 (% 27,5) dava esasa ilişkin yeniden yargılamada kullanılmak üzere ek bilirkişi raporuna ihtiyaç duyulduğu tespit edilmiştir.

Bilirkişi raporlarına göre hatalı tıbbi uygulama ile ölüm arasındaki illiyet bağı tespit durumuna bakıldığında 101 (% 66,0) vakada hiç bir bilirkişi raporunda illiyet bağı tespit edilmediği, 37 (% 24,2) vakada en az bir bilirkişi raporunda illiyet bağı tespit edildiği, 10 (%6,5) vakada ise bilirkişi raporunda veya raporlarında illiyet bağının bilinemeyeceğine karar verildiği görülmektedir (Tablo 4.26).

Tablo 4.26. Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarındaki olgularda bilirkişi raporlarına göre hatalı tıbbi uygulama ve ölüm arasında illiyet bağı tespit durumu dağılımı.

Bilirkişi Raporlarına Göre Hatalı Tıbbi Uygulama ve Ölüm Arasında İlliyet Bağı Tespit Durumu	N (%)
Yok	101 (66,0)
Var	37 (24,2)
Bilinemeyeceği	10 (6,5)
Bahsedilmemiş	3 (2,0)
Bilirkişi Yok	2 (1,3)
Toplam	153 (100,0)

İlk derece idare mahkemeleri 97 (% 63,4) kararında bilirkişi raporlarına direkt olarak uymuş, 20 (% 13,1) kararında bilirkişi raporlarına tamamen uymamış, 9 (%11,8) kararda ise kusur yönünden uymuş illiyet yönünden uymamıştır (Tablo 4.27).

Tablo 4.27. İlk idare mahkemesi kararları ile bilirkişi raporları arasındaki uyum durumu dağılımı

İlk İdare Mahkemesi Kararları İle Bilirkişi Raporları Arasındaki Uyum Durumu	N (%)
Uymuş*	97 (63,4)
Uymamış**	20 (13,1)
Kusur yönünden uymuş illiyet yönünden uymamış	9 (5,9)
ATK raporuna uymuş, Soruşturmacı tarafından verilen rapora uymamış	5 (3,3)
ATK tarafından kusur ve illiyet bilinemez denilen rapora göre maddi manevi tazminat talebi reddedilmiş	4 (2,7)
Bilirkişi yok	3 (2,0)
ATK raporuna uymuş, Üniversitelerce verilen bilirkişi raporuna uymamış	2 (1,4)
ATK raporuna uymuş, YSS raporuna uymamış	2 (1,3)
ATK tarafından kusur verilen illiyet verilmeyen rapora kusur yönünden uymuş illiyet yönünden uymamış, ATK tarafından kusur ve illiyet vermeyen rapora uymamış	2 (1,3)
YSS uymuş ATK uymamış	1 (0,7)
ATK raporuna uymuş, Soruşturmacı ve YSS raporlarına uymamış	1 (0,7)
Adli tahkikatla aydınlatılmalı denen bilirkişi kararına göre manevi red kararı	1 (0,7)
ATK'nın kusur ve illiyet vermeyen raporuna uymuş, ATK'nın kusur veren illiyet vermeyen raporuna uymamış	1 (0,7)
Soruşturmacı tarafından verilen kusur ve illiyet veren rapora uymuş, ATK ve Soruşturmacı tarafından kusur ve illiyet vermeyen raporlara uymamış	1 (0,7)
Üniversitelerce verilen bilirkişi raporuna uymuş, ATK raporuna uymamış	1 (0,7)

YSS'nin kusur ve illiyet veren raporuna uymuş, Üniversitelerce verilen kusur veren illiyet vermeyen rapora kusur yönünden uymuş illiyet yönünden uymamış	1 (0,7)
YSS ve ATK tarafından kusur veren illiyet vermeyen raporlara kusur yönünden uymuş illiyet yönünden uymamış, ATK'nin kusur ve illiyet vermeyen raporuna uymamış	1 (0,7)
ATK raporuna uymuş, Üniversitelerce verilen kusur ve illiyet bilinemez denilen raporu dikkate almamış	1 (0,7)
Toplam	153 (100,0)
*Tek bilirkişi raporu olanlarda bilirkişi raporuna uyulması veya birden çok bilirkişi raporu olan olgularda raporların ortak kanaatine uyulması	
**Tek bilirkişi raporu olanlarda bilirkişi raporuna uyulmaması veya birden çok bilirkişi raporu olan olgularda raporların ortak kanaatine uyulmaması	

Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarındaki 57 (% 37,3) olguda bilirkişi raporu veya raporlarının ortak kanaatine tamamen uyulduğu, 14 (% 9,2) olguda ise bilirkişi raporu veya raporlarının ortak kanaatine kusur yönünden uyulduğu illiyet yönünden uyulmadığı tespit edilmiştir. Bilirkişi raporu veya raporlarının ortak kanaatine uyulmayan 56 (% 36,6) olgu tespit edilmiş olup bunların 30 (% 19,6)'unda ek bilirkişi raporu alınarak esasa ilişkin yeniden yargılama yapılmalı kararı verilirken 26 (% 17,0)'sında ise bilirkişi raporu veya raporlarındaki ortak kanaatten tamamen farklı karar verildiği tespit edilmiştir. (Tablo 4.28).

Tablo 4.28. Danıştay ilgili daireleri temyiz kararları ile bilirkişi raporları arasındaki uyum durumu dağılımı.

Danıştay İlgili Daireler Temyiz Kararları İle Bilirkişi Raporları Arası Uyum Durumu			N (%)
Uymuş*			57 (37,3)
Uymamış	Uymamış**	30 (19,6)	56 (36,6)
	Uymamış***	26 (17,0)	
Kusur yönünden uymuş illiyet yönünden uymamış			14 (9,2)
Raporlar arasında çelişki olduğu için hiç birine uymamış			6 (3,9)
Soruşturmacı tarafından verilen rapora uymuş, ATK tarafından verilen rapora uymamış			4 (2,6)
Bilirkişi yok			3 (2,0)
ATK tarafından kusur veren illiyet vermeyen rapora uymuş, ATK tarafından kusur ve illiyet verilmeyen rapora uymamış			2 (1,3)
YSS tarafından kusur ve illiyet verilen rapora uymuş, ATK tarafından kusur verilen illiyet verilmeyen rapora kusur yönünden uymuş illiyet yönünden uymamış			2 (1,3)
ATK raporuna uymuş, YSS raporuna uymamış			1 (0,7)
Adli tahkikatla aydınlatılmalı denilen bilirkişi kararına göre verilen manevi tazminat ret kararı bozulmuş			1 (0,7)
Üniversitelerce verilen bilirkişi raporuna uymuş, ATK raporuna uymamış			1 (0,7)

Soruşturmacı tarafından kusur ve illiyet verilen rapora uymuş, Başka bir Soruşturmacı ve ATK tarafından kusur ve illiyet verilmeyen raporlara uymamış	1 (0,7)
YSS tarafından kusur ve illiyet verilen rapora uymuş, Üniversitelerce verilen kusur veren illiyet vermeyen rapora kusur yönünden uymuş illiyet yönünden uymamış	1 (0,7)
ATK raporuna uymuş, YSS ve Soruşturmacı tarafından verilen raporlara uymamış	1 (0,7)
ATK tarafından kusur ve illiyet bilinemez denilen rapora göre manevi tazminat vermiş maddi tazminat vermemiş	1 (0,7)
ATK tarafından kusur verilen illiyet verilmeyen rapora kusur yönünden uymuş illiyet yönünden uymamış, ATK tarafından kusur verilmeyen rapora uymamış	1 (0,7)
YSS tarafından kusur ve illiyet verilen rapora kusur yönünden uymuş illiyet yönünden uymamış, ATK tarafından kusur verilmeyen rapora uymamış	1 (0,7)
Toplam	153 (100,0)
*Tek bilirkişi raporu olanlarda bilirkişi raporuna uyulması veya birden çok bilirkişi raporu olan olgularda raporların ortak kanaatine uyulması	
**Tek bilirkişi raporu olanlarda bilirkişi raporuna uyulmamış veya birden çok bilirkişi raporu olan olgularda raporların ortak kanaatine uyulmamış lakin bilirkişi raporundan veya bilirkişi raporlarından tamamen bağımsız ve farklı karar verilmemiş ek bilirkişi raporu alınarak esasa ilişkin yeniden yargılama yapılmasına karar verilmiş	
***Tek bilirkişi raporu olanlarda bilirkişi raporuna uyulmamış veya birden çok bilirkişi raporu olan olgularda raporların ortak kanaatine uyulmamış ve bilirkişi raporundan veya bilirkişi raporlarından tamamen farklı karar verilmiş	

Tablo 4.29. Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarındaki birden çok bilirkişi raporu olan ve raporlar arasında kusur veya illiyet tespiti yönünden çelişki bulunan olguların genel durumu.

Danıştay İlgili Daire maddi tazminat Kararı	Danıştay İlgili Daire manevi tazminat Kararı	İlk derece idare mahkemesi maddi tazminat kararı	İlk derece idare mahkemesi manevi tazminat kararı	ATK		YSS		Üniversite*		Diğer**		Ek bilirkişi raporuna gerek
				Kusur Tespiti		Kusur Tespiti		Kusur Tespiti		Kusur Tespiti		
				Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	
Onanmış	Bozulmuş ¹	Yok	Yok	X ³	X ³							Yok
Bozulmuş	Onanmış	Var	Var	X ³	X ³							Yok
Onanmış	Onanmış	Var	Var	X ³	X ³							Yok
Talep edilmemiş	Onanmış	Talep edilmemiş	Yok		X	X						Yok
Talep edilmemiş	Bozulmuş ¹	Talep edilmemiş	Yok		X					X		Yok
Onanmış	Onanmış	Var	Var		X			X				Yok
Onanmış	Onanmış	Var	Var			X ⁵		X ⁵				Yok
Bozulmuş	Bozulmuş	Var	Var	X ³	X ³	X						Var
Bozulmuş ¹	Bozulmuş ¹	Yok	Yok		X					X		Yok
Bozulmuş	Bozulmuş	Yok	Yok		X			X				Var
Bozulmuş	Bozulmuş	Yok	Yok		X			X				Var
Bozulmuş	Onanmış	Var	Var	X ⁵		X ⁵						Var
Onanmış	Bozulmuş ¹	Yok	Yok	X ⁶		X						Yok
Onanmış	Bozulmuş ¹	Yok	Yok		X					X		Yok
Bozulmuş	Bozulmuş	Var	Var		X	X						Var

Onanmış	Onanmış	Var	Var	X ⁵	X ⁵		Yok
Onanmış	Onanmış	Var	Var	X ⁵	X ⁵		Yok
Bozulmuş	Bozulmuş	Yok	Yok		X	X	Var
Onanmış	Onanmış	Yok	Yok	X	X	X	Yok
Onanmış	Onanmış	Var	Var	X		X ⁴ X ⁴	Yok

*İlgili Branş veya Adli Tıp Anabilim Dallarınca Verilen Bilirkişi Raporları ** Kurum içinde yapılan soruşturma raporları, Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu raporları, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri İlgili Branş Hocalarından alınan raporlar, TTB ve Tabip Odaları Kurulları, Taraflar tarafından temin edilen uzman görüşü raporları ¹ hangi sütunda ise manevi/maddi tazminat verilmeli denilerek bozulmuş ² Maddi tazminat verilmemeli denilerek bozulmuş ³ Aynı bilirkişi kurumunun bazı raporlarında kusur var bazı raporlarında kusur yok ⁴ Diğer grubunda sınıflanmış bilirkişi kurum raporlarının bazılarında kusur var bazı kurum raporlarında kusur yok ⁵ Kusur yönünden çelişki yok illiyet yönünden çelişki var ⁶ Kusur durumunun bilinmeyeceği kararı

4.4. Yargıtay Hukuk Dairelerince Verilen Temyiz Kararlarından Tespit Edilen Mercie Spesifik Bulgular

İlk derece hukuk mahkemelerince manevi tazminat taleplerinin 50 (% 67,56)'si reddedilmişken, 23 (% 31,08)'ü kabul edilmiştir. İlk derece hukuk mahkemelerince manevi tazminat talebinin reddedildiği kararların 41 (% 82,0)'i Yargıtay Hukuk Daireleri tarafından esasa ilişkin yeniden yargılama yapılması gerektiği ile bozulmuşken, 8 (% 16,0) karar manevi tazminat verilmesi gerektiği ile bozulmuş, 1 (% 2,0) karar ise onanmıştır. İlk derece mahkemelerince manevi tazminat verilen kararların 14 (% 60,9)'ü Yargıtay Hukuk Daireleri tarafından onanmışken, 5 (% 21,7) karar esasa ilişkin yeniden yargılama yapılması gerektiği ile bozulmuş, 4 (% 17,4) karar ise manevi tazminat verilmemesi gerektiği ile bozulmuştur. Kısaca 22 (% 29,27) davada Yargıtay Hukuk Daireleri tarafından kesin olarak manevi tazminat verilmesi gerektiğine karar verilmiştir (Tablo 4.30).

Tablo 4.30. İlk derece hukuk mahkemelerince verilen manevi tazminat kararlarının Yargıtay Hukuk Dairelerince verilen temyiz kararlarına göre dağılımı.

İlk derece hukuk mahkemelerince verilen manevi tazminata dair kararlar		Yargıtay Hukuk Daireleri Kararları					Toplam
		Bozulmuş*	Onanmış	Verilmeli Denilerek Bozulmuş	Manevi Tazminat Talep edilmemiş	Verilmemeli Denilerek Bozulmuş	
Manevi Tazminat Talebi	N (%)	41 (82,0)	1 (2,0)	8 (16,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	50 (100,0)
Reddedilenler							
Manevi Tazminat Kararı	N (%)	5 (21,7)	14 (60,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (17,4)	23 (100,0)
Verilenler							
Manevi Tazminat Talep edilmeyenler	N (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	1 (100,0)
Toplam	N (%)	46 (62,2)	15 (20,3)	8 (10,8)	1 (1,4)	4 (5,4)	74 (100,0)

*Esasa ilişkin yeniden yargılama yapılması gerektiği ile bozulanlar

İlk derece hukuk mahkemelerince maddi tazminat taleplerinin 55 (% 74,32)'i reddedilmişken, 14 (% 18,91)'ü kabul edilmiştir. İlk derece hukuk mahkemelerince maddi tazminat talebinin reddedildiği kararların 45 (% 81,8)'i Yargıtay Hukuk Daireleri tarafından esasa ilişkin yeniden yargılama yapılması gerektiği ile bozulmuşken, 6 (% 10,9) karar maddi tazminat verilmesi gerektiği ile bozulmuş, 4 (% 7,3) karar ise onanmıştır. İlk derece hukuk mahkemelerince maddi tazminat verilen kararların 9 (% 64,3)'ü Yargıtay Hukuk Daireleri tarafından onanmışken, 5 (% 35,7) karar ise esasa ilişkin yeniden yargılama yapılması gerektiği ile bozulmuştur. Kısaca 15 (% 20,27) davada Yargıtay Hukuk Daireleri tarafından kesin olarak maddi tazminat verilmesi gerektiğine karar verilmiştir (Tablo 4.31).

Tablo 4.31. İlk derece hukuk mahkemelerince verilen maddi tazminat kararlarının Yargıtay Hukuk Dairelerince verilen temyiz kararlarına göre dağılımı.

İlk derece mahkemelerince verilen maddi tazminata dair kararlar		Yargıtay Hukuk Daireleri Görüşü				Toplam
		Bozulmuş*	Onanmış	Verilmeli Denilerek Bozulmuş	Manevi Tazminat Talep edilmemiş	
Maddi Tazminat Talebi Reddedilenler	N (%)	45 (81,8)	4 (7,3)	6 (10,9)	0 (0,0)	55 (100,0)
Maddi Tazminata Karar Verilenler	N (%)	5 (35,7)	9 (64,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	14 (100,0)
Maddi Tazminat Talep edilmeyenler	N (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (100,0)	5 (100,0)
Toplam	N (%)	50 (67,6)	13 (17,6)	6 (8,1)	5 (6,8)	74 (100,0)

*Esasa ilişkin yeniden yargılama yapılması gerektiği ile bozulanlar

Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararları sonrası 52 (% 70,3) davada esasa ilişkin yeniden yargılama sırasında kullanılmak üzere ek bilirkişi raporuna ihtiyaç duyulduğu, 22 (% 29,7) davada ise ek bilirkişi raporuna ihtiyaç duyulmadığı tespit edilmiştir.

Bilirkişi raporlarına göre hatalı tıbbi uygulama ile ölüm arasındaki illiyet bağı tespit durumuna bakıldığında 49 (% 66,2) vakada hiç bir bilirkişi raporunda illiyet bağı tespit edilmediği, 20 (% 27,0) vakada en az bir bilirkişi raporunda illiyet bağı tespit edildiği, 5 (%6,8) vakada ise bilirkişi raporunda veya raporlarında illiyet bağının bilinmeyeceğine karar verildiği görülmektedir (Tablo 4.32).

Tablo 4.32. Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki olgularda bilirkişi raporlarına göre hatalı tıbbi uygulama ve ölüm arasında illiyet bağı tespit durumu dağılımı.

Bilirkişi Raporlarına Göre Hatalı Tıbbi Uygulama ve Ölüm Arasında İlliyet Bağı Tespit Durumu	N (%)
Yok	49 (66,2)
Var	20 (27,0)
Bilinemeyeceği	5 (6,8)
Toplam	74 (100,0)

İlk derece hukuk mahkemeleri 40 (% 54,1) kararında bilirkişi raporlarına tamamen uymuş, 9 (% 12,2) kararında ise bilirkişi raporlarına tamamen uymamıştır (Tablo 4.33).

Tablo 4.33. İlk derece hukuk mahkemesi kararları ile bilirkişi raporları arasındaki uyum durumu dağılımı.

İlk derece mahkeme kararları ile bilirkişi raporları arası uyum durumu	N (%)
Uymuş*	40 (54,1)
Uymamış**	9 (12,2)
ATK raporuna uymuş, Soruşturmacı tarafından verilen rapora uymamış	5 (6,8)
ATK raporuna uymuş, Üniversitelerce verilen bilirkişi raporuna uymamış	4 (5,4)
ATK raporuna uymuş, YSS raporuna uymamış	3 (4,1)
YSS ve Üniversitelerce verilen bilirkişi raporlarına uymuş, ATK tarafından verilen rapora uymamış	3 (4,1)
YSS raporuna uymuş, ATK raporuna uymamış	1 (1,4)
ATK'nın kusur vermeyen raporuna uymuş, ATK ve YSS'nin kusur ve illiyet veren raporlarına uymamış	1 (1,4)
YSS raporuna uymuş, ATK ve Üniversitelerce verilen bilirkişi raporlarına uymamış	1 (1,4)
YSS ve Soruşturmacı tarafından verilen raporlara uymuş, ATK raporuna uymamış	1 (1,4)
Kusur ve illiyet vermeyen ATK ve YSS raporlarına uymuş, kusur ve illiyet veren ATK raporuna uymamış	1 (1,4)
ATK raporuna uymuş, YSS ve Soruşturmacı tarafından verilen raporlara uymamış	1 (1,4)
Kusur ve illiyet vermeyen ATK ve Üniversitelerce verilen bilirkişi raporlarına uymuş, kusur ve illiyet veren ATK raporuna uymamış	1 (1,4)
Kusur ve illiyet vermeyen ATK ve Soruşturmacı tarafından verilen raporlara uymuş, kusur ve illiyet veren Soruşturmacı raporuna uymamış	1 (1,4)
Üniversitelerce verilen bilirkişi raporuna uymuş, ATK raporuna uymamış	1 (1,4)
Üniversitelerce verilen bilirkişi raporuna uymuş, Soruşturmacı tarafından verilen rapora uymamış	1 (1,4)
Toplam	74 (100,0)

*Tek bilirkişi raporu olanlarda bilirkişi raporuna uyulması veya birden çok bilirkişi raporu olan olgularda raporların ortak kanaatine uyulması

**Tek bilirkişi raporu olanlarda bilirkişi raporuna uyulmaması veya birden çok bilirkişi raporu olan olgularda raporların ortak kanaatine uyulmaması

Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki 10 (% 13,5) olguda bilirkişi raporu veya raporlarının ortak kanaatine tamamen uygun kararlar verildiği, 15 (% 20,3) olguda ise bilirkişi raporları arasında kusur veya illiyet yönünden çelişki olması nedeniyle hiçbir bilirkişi raporuna uyulmadığı ek bilirkişi raporu alınarak esasa ilişkin yeniden yargılama yapılmasına karar verildiği tespit edilmiştir. Bilirkişi raporu veya raporlarının ortak kanaatine uyulmadığı 35 (% 47,3) olgu tespit edilmiş olup bunların 32 (% 43,3)'sinde ek bilirkişi raporu alınarak esasa ilişkin yeniden yargılama yapılmalı kararı verilirken 3 (% 4,0)'ünde ise bilirkişi raporu veya raporlarındaki ortak kanaatten tamamen farklı karar verildiği tespit edilmiştir (Tablo 4.34).

Tablo 4.34. Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararları ile bilirkişi raporları arasındaki uyum durumu dağılımı.

Yargıtay Hukuk Daireleri kararları ile bilirkişi raporları arası uyum durumu			N (%)
Uymamış	Uymamış**	32 (43,3)	35 (47,3)
	Uymamış***	3 (4,0)	
Raporlar arasında çelişki olduğu için hiç birine uymamış			15 (20,3)
Uymuş*			10 (13,5)
Kusur yönünden uymuş illiyet yönünden uymamış			4 (5,4)
Üniversitelerce verilen bilirkişi raporuna uymuş, ATK raporuna uymamış			2 (2,7)
YSS ve Üniversitelerce verilen bilirkişi raporlara uymuş, ATK raporuna uymamış			2 (2,7)
ATK raporuna uymuş, Üniversitelerce verilen bilirkişi raporuna uymamış			1 (1,4)
YSS raporuna kusur yönünden uymuş illiyet yönünden uymamış, ATK ve Üniversitelerce verilen bilirkişi raporlarına uymamış			1 (1,4)
ATK ve YSS tarafından kusur veren illiyet vermeyen raporlara kusur yönünden uymuş illiyet yönünden uymamış, ATK'nın kusur vermeyen raporuna uymamış			1 (1,4)
YSS ve Üniversitelerce verilen bilirkişi raporlarına kusur yönünden uymuş, illiyet yönünden uymamış, kusur vermeyen ATK raporuna uymamış			1 (1,4)
ATK tarafından kusur ve illiyet veren rapora uymuş, ATK ve Üniversitelerce verilen kusur ve illiyet vermeyen bilirkişi raporlarına uymamış			1 (1,4)
Soruşturmacı tarafından kusur ve illiyet verilen rapora kusur yönünden uymuş illiyet yönünden uymamış, ATK ve Soruşturmacı tarafından kusur ve illiyet verilmeyen raporlara uyulmamış			1 (1,4)
Toplam			74 (100,0)

*Tek bilirkişi raporu olanlarda bilirkişi raporuna uyulması veya birden çok bilirkişi raporu olan olgularda raporların ortak kanaatine uyulması

**Tek bilirkişi raporu olanlarda bilirkişi raporuna uyulmamış veya birden çok bilirkişi raporu olan olgularda raporların ortak kanaatine uyulmamış lakin bilirkişi raporundan veya bilirkişi raporlarından tamamen bağımsız ve farklı karar verilmemiş ek bilirkişi raporu alınarak esasa ilişkin yeniden yargılama yapılmasına karar verilmiş

***Tek bilirkişi raporu olanlarda bilirkişi raporuna uyulmamış veya birden çok bilirkişi raporu olan olgularda raporların ortak kanaatine uyulmamış ve bilirkişi raporundan veya bilirkişi raporlarından tamamen farklı karar verilmiş

Tablo 4.35. Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki birden çok bilirkişi raporu olan ve raporlar arasında kusur veya illiyet tespiti yönünden çelişki bulunan olguların genel durumu.

Yargıtay Hukuk Dairesi maddi tazminat Kararı	Yargıtay Hukuk Dairesi manevi tazminat Kararı	İlk derece mahkemesi maddi tazminat kararı	İlk derece mahkemesi i manevi tazminat kararı	ATK Kusur Tespiti		YSŞ Kusur Tespiti		Üniversite * Kusur Tespiti		Diğer** Kusur Tespiti		Ek bilirkişi raporuna gerek
				Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	
Bozulmuş	Bozulmuş	Var	Var	X					X			Var
Bozulmuş	Bozulmuş	Var	Var	X							X	Var
Talep edilmemiş	Bozulmuş ²	Talep edilmemiş	Var	X					X			Yok
Bozulmuş	Bozulmuş	Yok	Yok		X			X				Var
Bozulmuş	Bozulmuş	Yok	Yok		X	X						Var
Bozulmuş	Bozulmuş	Var	Var		X	X						Var
Bozulmuş	Bozulmuş	Yok	Yok	X ³	X ³		X					Var
Talep edilmemiş	Bozulmuş	Talep edilmemiş	Yok		X	X						Var
Bozulmuş	Bozulmuş	Yok	Yok		X					X		Var
Bozulmuş ¹	Bozulmuş ¹	Yok	Yok	X ³	X ³				X			Yok
Onanmış	Onanmış	Var	Var	X					X			Yok
Onanmış	Onanmış	Var	Var		X			X				Yok
Bozulmuş	Bozulmuş	Yok	Yok		X					X		Var
Bozulmuş	Bozulmuş	Yok	Yok		X	X						Var
Bozulmuş	Bozulmuş	Yok	Yok						X	X		Var
Bozulmuş	Bozulmuş	Yok	Yok		X					X		Var
Bozulmuş	Bozulmuş	Yok	Yok		X					X		Var
Onanmış	Onanmış	Var	Var		X	X		X				Yok
Onanmış	Onanmış	Var	Var		X	X		X				Yok
Bozulmuş	Onanmış	Yok	Var		X	X			X			Var
Bozulmuş	Bozulmuş	Yok	Yok	X			X		X			Var
Bozulmuş ¹	Bozulmuş ¹	Yok	Yok		X	X						Yok
Bozulmuş	Bozulmuş	Var	Var	X			X				X	Var
Bozulmuş ¹	Bozulmuş ¹	Yok	Yok	X			X		X			Yok
Bozulmuş	Bozulmuş ¹	Yok	Yok		X					X ⁴	X ⁴	Var

*İlgili Branş veya Adli Tıp Anabilim Dallarınca Verilen Bilirkişi Raporları ** Kurum içinde yapılan soruşturma raporları, Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu raporları, Eğitim ve Araştırma Hastaneleri İlgili Branş Hocalarından alınan raporlar, TTB ve Tabip Odaları Kurulları, Taraflar tarafından temin edilen uzman görüşü raporları ¹ hangi sütunda ise manevi/maddi tazminat verilmeli denilerek bozulmuş ² hangi sütunda ise manevi/maddi tazminat verilmemeli denilerek bozulmuş ³ Aynı bilirkişi kurumunun bazı raporlarında kusur var bazı raporlarında kusur yok ⁴ Diğer grubunda sınıflanmış bilirkişi kurum raporlarının bazılarında kusur var bazı kurum raporlarında kusur yok

4.5. Otopsi Yapılıp Yapılmamasının İlk Derece Mahkemeleri Yargılama Süreleri Ortalamasına, Aynı Kurum Raporları Arasında Çelişki Durumuna ve Ek Bilirkişi Raporuna İhtiyaç Durumuna Etkisini Yönünden İstatistiki Anlamlılıklar

Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarındaki olguların 97 (% 63,4)'sinde otopsi işlemi yapılmışken, 44 (% 28,8)'ünde otopsi işlemi yapılmamış, 12 (% 7,8) olguda ise eldeki verilere göre otopsi yapılp yapılmadığı tespit edilememiştir (Tablo 4.36).

Tablo 4.36. Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarındaki olguların otopsi durumuna (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen) göre dağılımı.

Otopsi Durumu (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen)	N (%)
Otopsi Yapılmış Olgular	97 (63,4)
Otopsi Yapılmamış Olgular	44 (28,8)
Otopsi Durumu Tespit Edilemeyen Olgular	12 (7,8)
Toplam	153 (100,0)

Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarındaki otopsi yapılmayan olgularda aynı bilirkişi kurumu tarafından verilen raporlar arasındaki çelişki varlığı, otopsi yapılan olgulardakine göre anlamlı ölçüde fazla bulunmuştur. (Tablo 4.37).

Tablo 4.37. Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarındaki olgularda otopsi durumu (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen) ile aynı bilirkişi kurumu tarafından verilen raporlar arasındaki çelişki durumunun istatistiki anlamlılıkları.

		Otopsi durumu (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen)			P* değeri
		Otopsi Yapılmamış Olgular	Otopsi Yapılmış Olgular	Otopsi Durumu Tespit Edilemeyen Olgular	
		N %	N %	N %	
Aynı Bilirkişi Kurumu	Yok	39 _a (88,6)	96 _b (99,0)	12 ¹ (100,0)	0,011
Tarafından					
Verilen Raporlar Arasında Çelişki	Var	5 _a (11,4)	1 _b (1,0)	0 ¹ (0,0)	

Aynı harfi içermeyen grup kategorilerinde istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. *Pearson Ki Kare Testi

Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarındaki otopsi yapılan ve yapılmayan olgular arasında ek bilirkişi raporuna ihtiyaç durumu açısından anlamlı fark tespit

edilmemiştir. Otopsi yapılmayan olgularda ek bilirkişi raporuna ihtiyaç varlığı (% 43,2), otopsi yapılan olgulardaki ek bilirkişi raporuna ihtiyaç varlığından (% 26,8) oransal olarak fazla bulunmuştur. (Tablo 4.38).

Tablo 4.38. Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarındaki olgularda otopsi durumu (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen) ile ek bilirkişi raporuna ihtiyaç durumunun istatistiki anlamlılıkları.

		Otopsi durumu (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen)			P* değeri
		Otopsi Yapılmamış Olgular	Otopsi Yapılmış Olgular	Otopsi Durumu Tespit Edilemeyen Olgular	
		N %	N %	N %	
Ek bilirkişi raporuna ihtiyaç	Yok	25 _{a,b} (56,8)	71 _a (73,2)	4 _b (33,3)	0,009
	Var	19 _{a,b} (43,2)	26 _a (26,8)	8 _b (66,7)	

Aynı harfi içermeyen grup kategorilerinde istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. *Pearson Ki Kare Testi

Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarındaki otopsi yapılan ve yapılmayan olgular arasında ilk derece mahkemesi yargılama/savcılık süresi ortalamaları açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir. Otopsi yapılan olgularda ilk derece mahkemesi yargılama/savcılık soruşturma süresi ortalamasının ($3,12 \pm 1,58$) otopsi yapılmayan olgulardaki ilk derece mahkemesi yargılama/savcılık soruşturma süresi ortalamasından ($2,74 \pm 1,41$) fazla olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.39).

Tablo 4.39. Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarındaki olgularda otopsi durumu (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen) ile ilk derece ceza mahkemesi yargılama/savcılık soruşturma sürelerinin istatistiki anlamlılıkları.

Otopsi Durumu (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen)	İlk derece mahkemesi yargılama/savcılık süresi			P* değeri
	N	Ortalama Süre (yıl)	Standart sapma	
Otopsi Yapılmayan Olgular	44	2,74	1,41	0,242
Otopsi Yapılan Olgular	97	3,12	1,58	
Otopsi Durumu Tespit Edilemeyen Olgular	12	2,50	1,14	

*Kruskal Wallis Testi

Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarındaki olguların 73 (% 47,7)'ünde otopsi işlemi yapılmamışken, 62 (% 40,5)'sinde otopsi işlemi yapılmış, 18 (% 11,8) olguda ise eldeki verilere göre otopsi yapılıp yapılmadığı tespit edilememiştir (Tablo 4.40).

Tablo 4.40. Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarındaki olguların otopsi durumuna (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen) göre dağılımı.

Otopsi Durumu (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen)	N (%)
Otopsi Yapılmamış Olgular	73 (47,7)
Otopsi Yapılmış Olgular	62 (40,5)
Otopsi Durumu Tespit Edilemeyen Olgular	18 (11,8)
Toplam	153 (100,0)

Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarındaki otopsi yapılan ve yapılmayan olgular arasında aynı bilirkişi kurumu tarafından verilen raporlar arasındaki çelişki durumu açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir (Tablo 4.41).

Tablo 4.41. Danıştay ilgili daireler temyiz kararlarındaki olgularda otopsi durumu (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen) ile aynı bilirkişi kurumu tarafından verilen raporlar arasındaki çelişki durumunun istatistiki anlamlılıkları.

		Otopsi durumu (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen)			P* değeri
		Otopsi Yapılmamış Olgular	Otopsi Yapılmış Olgular	Otopsi Durumu Tespit Edilemeyen Olgular	
		N %	N %	N %	
Aynı bilirkişi kurumu tarafından verilen raporlar arasında çelişki	Yok	70 (95,90)	61 (98,4)	18 (100,0)	0,504
	Var	3 (4,10)	1 (1,6)	0 (0,0)	

*Pearson Ki Kare Testi

Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarındaki otopsi yapılan ve yapılmayan olgular arasında ek bilirkişi raporuna ihtiyaç durumu açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir. Otopsi yapılmayan olgularda ek bilirkişi raporuna ihtiyaç varlığı (% 34,2), otopsi yapılan olgulardaki ek bilirkişi raporuna ihtiyaç varlığından (% 19,4) oransal olarak fazla bulunmuştur (Tablo 4.42).

Tablo 4.42. Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarındaki olgularda otopsi durumu (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen) ile ek bilirkişi raporuna ihtiyaç durumunun istatistiki anlamlılıkları.

		Otopsi durumu (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen)			P* değeri
		Otopsi Yapılmamış Olgular	Otopsi Yapılmış Olgular	Otopsi Durumu Tespit Edilemeyen Olgular	
		N %	N %	N %	
Ek bilirkişi raporuna ihtiyaç	Yok	48 (65,8)	50 (80,6)	13 (7,2)	0,155
	Var	25 (34,2)	12 (19,4)	5 (27,8)	

*Pearson Ki Kare Testi

Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarındaki otopsi yapılan ve yapılmayan olgular arasında ilk derece idare mahkemesi yargılama süreleri ortalaması açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir (Tablo 4.43).

Tablo 4.43. Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarındaki olgularda otopsi durumu (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen) ile ilk derece idare mahkemesi yargılama sürelerinin istatistiki anlamlılıkları.

Otopsi Durumu (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen)	İlk derece idare mahkemesi yargılama süresi			P* değeri
	N	Ortalama Süre (yıl)	Standart sapma	
Otopsi Yapılmayan Olgular	44	3,86	1,72	0,100
Otopsi Yapılan Olgular	97	3,37	1,55	
Otopsi Durumu Tespit Edilemeyen Olgular	12	3,30	2,00	

*Kruskal Wallis Testi

Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki olguların 43 (% 58,1)'ünde otopsi işlemi yapılmamışken, 22 (% 29,7)'sinde otopsi işlemi yapılmış, 9 (% 12,2) olguda ise eldeki verilere göre otopsi yapıp yapılmadığı tespit edilememiştir (Tablo 4.44).

Tablo 4.44. Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki olguların otopsi durumuna (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen) göre dağılımı.

Otopsi Durumu (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen)	N (%)
Otopsi Yapılmamış Olgular	43 (58,1)
Otopsi Yapılmış Olgular	22 (29,7)
Otopsi Durumu Tespit Edilemeyen Olgular	9 (12,2)
Toplam	74 (100,0)

Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki otopsi yapılan ve yapılmayan olgular arasında aynı kurum raporları arasında çelişki durumu açısından anlamlı fark tespit edilmemiştir (Tablo 4.45).

Tablo 4.45. Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki olgularda otopsi durumu (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen) ile aynı bilirkişi kurumu tarafından verilen raporlar arasındaki çelişki durumunun istatistiki anlamlılıkları.

		Otopsi durumu (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen)			P* değeri
		Otopsi Yapılmamış Olgular	Otopsi Yapılmış Olgular	Otopsi Durumu Tespit Edilemeyen Olgular	
		N %	N %	N %	
Aynı kurum raporları arası çelişki	Yok	42 (97,7)	21 (95,5)	8 (88,9)	0,473
	Var	1 (2,3)	1 (4,5)	1 (11,1)	

*Pearson Ki Kare Testi

Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki otopsi yapılmayan olgularda ek bilirkişi raporuna ihtiyaç varlığının, otopsi yapılan olgulardakine göre anlamlı ölçüde fazla olduğu bulunmuştur (Tablo 4.46).

Tablo 4.46. Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki olgularda otopsi durumu (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen) ile ek bilirkişi raporuna ihtiyaç durumunun istatistiki anlamlılıkları.

		Otopsi durumu (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen)			P* değeri
		Otopsi Yapılmamış Olgular	Otopsi Yapılmış Olgular	Otopsi Durumu Tespit Edilemeyen Olgular	
		N %	N %	N %	
Ek bilirkişi raporuna ihtiyaç	Yok	8 _a (18,6)	12 _b (54,5)	2 _{a,b} (22,2)	0,010
	Var	35 _a (81,4)	10 _b (45,5)	7 _{a,b} (77,8)	

Aynı harfi içermeyen grup kategorilerinde istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. *Pearson Ki Kare Testi

Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki otopsi yapılmayan olgularda ilk derece mahkemesi yargılama süresi ortalamaları, otopsi yapılan olgulardakine göre anlamlı derecede kısa bulunmuştur (Tablo 4.47).

Tablo 4.47. Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki olgularda otopsi durumu (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen) ile ilk derece hukuk mahkemesi yargılama sürelerinin istatistiki anlamlılıkları.

Değişken*	Otopsi durumu (yapılmayan-yapılan-tespit edilemeyen)			P**değeri
	Otopsi Yapılmayan Olgular	Otopsi Yapılan Olgular	Otopsi Durumu Tespit Edilemeyen Olgular	
İlk derece mahkemesi yargılama süresi (yıl)	4 _{a,b} (1.5-13)	5.75 (2-13)	6 (3-13)	0.01641

a: var grubuna göre farklıdır, b: tespit edilemedi grubuna göre farklıdır.*Değişkenler, 'ortanca (min.-maks.)' şeklinde özetlenmiştir.**Kruskal Wallis Testi

5. TARTIŞMA

Çalışmamız kapsamına alınan olguların % 40,26 (153) ile büyük bir kısmını Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarının oluşturmasının nedeninin ülkemizdeki sağlık hizmetinin tamamını sağlayan özel veya kamu kurumlarına ait tüm sağlık kuruluşlarında çalışan hekim ve yardımcı sağlık personelleri hakkında ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddiası olgularının ceza yargılaması açısından ortak yargı yolu olmasından ileri geldiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamız kapsamına alınan olguların yine % 40,26 (153) ile yüksek bir oranını Danıştay ilgili Daireleri temyiz kararlarından oluşmasının nedenininse Sağlık Bakanlığı'nın 2020 yılı istatistiklerine göre ülkemizdeki hastanelerin yaklaşık % 63'ünü oluşturan kamu hastanelerinde çalışan hekim ve yardımcı sağlık personellerinin eylemleri neticesinde ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddiası olgularının maddi ve manevi tazminat taleplerinin yargı yolu olmasından ileri geldiğini düşünmekteyiz (71). Ayrıca bu yüksek oranın bir diğer nedeninin tıbbi durumu ağır ve riskli işlemler yapılması gereken hastaların üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerine başvurma eğilimleri ile sevk edilme durumlarının fazla olmasından ileri geldiğinin düşünmekteyiz.

Çalışmamız kapsamına alınan olguların % 19,48 (74) ile diğer iki yargı yoluna göre daha düşük oranını Yargıtay Hukuk Dairelerince karar bağlanan temyiz kararlarının oluşturmasının nedeninin Sağlık Bakanlığı'nın 2020 yılı istatistiklerine göre ülkemizdeki tüm hastanelerin % 37'sinin oluşturan özel hastaneler ve sağlık kuruluşlarında çalışan hekim ve sağlık personellerinin eylemleri neticesinde ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddiası olgularının maddi ve manevi tazminat talepleri açısından yargı yolu olmasından ileri geldiğini düşünmekteyiz (71). Ayrıca bu düşük oranın bir diğer nedeninin özel hastanelere başvuran riskli müdahale gerektiren veya durumu ağır olan hastaların eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastanelerine sevk edilmesi olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızdaki Yargıtay Ceza Daireleri Temyiz Kararlarından elde edilen verilere bakıldığında hakkında şikâyet olunan personellerin çalıştıkları kurum türleri içerisinde vaka başına düşen en yüksek orana sahip olan kurum Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastaneleriyken (% 58,8), bunu sırasıyla özel hastaneler (%31,4) ve

üniversite hastanelerinin (%11,1) izlediği gösterilmiştir. Bu veriler Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan 2020 sağlık istatistiği yıllık verilerindeki ülkemizde hizmet veren hastanelerin yaklaşık % 58'ini Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastaneleri oluştururken, yaklaşık % 36'sını özel hastanelerin oluşturduğu verisi ile uyumlu bulunmuştur(71). Yine Sağlık Bakanlığı verilerine göre ülkemizde hizmet veren hastanelerin yaklaşık % 4'ünü Yükseköğretim Kurumlarına bağlı özel veya devlet üniversiteleri hastanelerinin oluşturduğu verisi yönünden ise uyumsuz bulunmuştur(71). Bunun nedeninin çalışmamızda ölümle sonuçlanan olgular incelendiğinden sağlık durumu ağır ve riskli müdahale gerektiren hastaların sıklıkla üniversite hastanelerine sevk edilmesinden ileri geldiğini düşünmekteyiz. Benzer şekilde özel hastanelere başvuran sağlık durumu ağır ve riskli müdahale gerektiren hastaların üniversite hastanelerine sevk edilmesi nedeniyle özel hastanelerin vaka başına düşen oranının Sağlık Bakanlığı verilerinden bir miktar düşük çıkmasının anlaşılabilir olduğunu düşünmekteyiz. Maeda ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çalışmamızla uyumlu olarak tıbbi uygulama hatası iddialarının büyük hastanelerde, daha az yataklı birimlere göre yüksek olduğu vurgulanmıştır (72). Büken'in tezinde (2002) devlet hastanelerinin oranı % 40,1 olarak gösterilmişken özel hastanelerin oranı ise % 18,6 olarak gösterilmiştir(73). Algan'ın tezinde (2012) ise devlet hastaneleri oranı % 42,16 iken özel hastanelerin oranı % 40,20 olarak gösterilmiştir(74). Bu çalışmalardaki ve çalışmamızdaki Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarından alınan veriler ışığında yıllar içerisinde tıbbi uygulama hatası iddiası ile başvuru alan kurum türleri dağılımı içerisinde özel hastanelerin oranının giderek arttığını söylemek mümkündür. Bu durum Türkiye'de sağlık hizmetlerinin kamudan özel sektöre kaymasının tezahürü olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızdaki Danıştay ilgili Daireleri temyiz kararlarından elde edilen verilere bakıldığında hakkında şikâyet olunan idare türleri içerisinde vaka başına düşen en yüksek orana sahip olan idare Sağlık Bakanlığı (% 81,7) iken, ikinci sırada YÖK'e bağlı üniversiteler (% 23,5) olduğu görülmektedir. Üniversite hastanelerinin vaka başına düşen oranı (% 23,5) Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan 2020 sağlık istatistiği yıllık verilerindeki üniversite hastaneleri oranına (% 4) göre yüksek çıkmış olmasının sağlık durumu ağır ve karmaşık olan, ileri tedavi gerektiren hastaların donamın ve klinik tecrübe açısından daha yetkin akademisyenleri barındıran üniversite hastanelerine başvurusu veya sevk edilmesinden ileri geldiğini düşünmekteyiz (71).

Çalışmamızdaki Yargıtay Ceza Daireleri Temyiz Kararlarından elde edilen verilere göre hakkında şikâyet olunan doktorların unvan türleri içerisinde vaka başına düşen en yüksek orana sahip olanlar uzman doktorlarken (% 93,5), bunu sırasıyla pratisyen hekimler (% 40,5) ve asistan hekimlerin (% 14,4) izlediği görülmektedir. Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarından elde edilen verilere göre de hakkında şikâyet olunan doktorların unvan türleri içerisinde vaka başına düşen en yüksek orana sahip olanlar uzman doktorlar (% 83,0) iken, bunu sırasıyla pratisyen hekimler (%30,1) ve asistan hekimlerin (% 11,8) izlediği görülmektedir. Yargıtay Hukuk Daireleri Temyiz Kararlarından elde edilen verilere göre hakkında şikâyet olunan doktorların unvan türleri içerisinde vaka başına düşen en yüksek orana sahip olanlar uzman doktorlar (% 83,8) iken, bunu sırasıyla pratisyen hekimler (% 13,5) ve yan dal uzmanı hekimlerin (% 2,7) izlediği görülmektedir. Çalışmamızdaki üç yargı yolundan elde edilen verilere göre de uzman hekimlerin vaka başına düşen oranlarının (% 93,5-83-83,8) oldukça yüksek çıkması Algan'ın tezindeki (2012) % 84,3 ve Pakiş'in tezindeki (2006) %83,3 oranları ile uyumlu bulunmuştur(74)(75). Madea ve ark. tarafından Almanya'da otopsi verilerinden yapılan çalışmaya göre uzman hekimlerin oranı % 87,5 olarak tespit edilmiş olup çalışmamızdaki verilerle uyumlu bulunmuştur(23). Ayrıca çalışmamızda ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası olguları incelendiğinden tıbbi durumu ağır ve riskli müdahaleler gerektiren hastaların çoğunlukla uzman hekimlere başvurmaları veya pratisyen hekimlerce görülen bu tür hastaların çoğunlukla uzman hekimlere danışılmasından ileri geldiğini düşünmekteyiz.

Özel hastanelerde asistan hekimlerin çalışmaması sebebiyle Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarından elde edilen verilerde asistan hekimlere rastlanılmaması beklenen bir bulgudur. Çalışmamızdaki Danıştay ilgili daireleri ve Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarından elde edilen verilere göre hakkında şikâyet olunan asistan hekimlerin vaka başına düşen oranları sırasıyla % 14,4 ve % 11,8 olarak tespit edilmiştir. Madea ve ark. tarafından Almanya'da otopsi verilerinden yapılan çalışmaya göre asistan hekimlerin oranı % 0,13 olarak bulunmuş olup çalışmamızdaki oranlardan oldukça düşük olduğu tespit edilmiştir. Bunun bir nedeninin Avrupa ülkelerinde tıpta uzmanlık eğitimi alan hekimlere eğitim süreçleri bitene kadar uzmanlık gerektiren riskli tıbbi uygulamaların yaptırılmıyor olmasından ileri geldiğini düşünmekteyiz. Bir diğer nedeninse ülkemizde asistan hekimlere eğitimleri tam olarak tamamlanmadan uzmanlık

gerektiren riskli tıbbi uygulamalar yaptırılıyor olmasından ve iş yükleri ile çalışma sürelerinin oldukça fazla olmasından ileri geldiğini düşünmekteyiz(23).

Çalışmamızdaki Yargıtay Ceza Daireleri ve Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarından elde edilen verilerde vaka başına düşen oran sıralamasında ikinci sırada yer alan pratisyen hekimlerin vaka başına düşen oranlarının (% 40,5-30,1) Algan'ın tezindeki (2012) % 15,7 ve Pakiş'in tezindeki (2006) %16,7 oranlarına göre yüksek çıktığı görülmüş olup bunun nedenininse karşılaştırma yapılan çalışmalarda unvan türleri, görev yerleri ve acil servislerde çalışan hekimlerin sınıflandırılmasındaki farklılıklardan ileri geldiğini düşünmekteyiz(74)(75). Madea ve ark. tarafından Almanya'da otopsi verilerinden yapılan çalışmaya göre pratisyen hekimlerin oranı % 12,5 olarak bulunmuş olup çalışmamızdaki oranlardan çok düşük olduğu tespit edilmiştir(23). Bunun bir nedeninin Avrupa ülkelerinde sağlık kurumları ve doktorlar arası sevk zincirinin ülkemize göre daha işlevsel olmasından ileri geldiğini düşünmekteyiz. Bir diğer nedeninse Avrupa ülkelerindeki uzman hekim pratisyen hekim oranının ülkemizden yüksek olmasından ileri geldiğini düşünmekteyiz(76).

Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarından elde edilen verilere göre vaka başına düşen pratisyen hekim oranlarının (% 13,5) diğer yargı yollarından elde edilen verilerden düşük çıkmış olmasının nedenininse özel hastanelerin daha çok uzmanlık alanları özelinde hizmet vermesinden ileri geldiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızdaki Yargıtay Ceza Daireleri Temyiz Kararlarından elde edilen verilere göre hakkında şikâyet olunan uzmanlık alanı ve görev tanımlarına bakıldığında vaka başına düşen en yüksek orana sahip olan görev tanımının acil servislerde görevli hekimler (% 37,3) olduğu, bunu sırasıyla kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekimleri (% 17,0) ve genel cerrahi uzmanı hekimlerinin (% 17,0) izlediği görülmektedir. Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarından elde edilen verilere göre de hakkında şikâyet olunan uzmanlık alanı ve görev tanımlarına bakıldığında vaka başına düşen en yüksek orana sahip olan görev tanımının acil servislerde görevli hekimler (% 32,0) olduğu, bunu sırasıyla kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekimleri (% 20,9) ve genel cerrahi uzmanı hekimlerinin (% 12,4) izlediği görülmektedir. Yargıtay Hukuk Daireleri Temyiz Kararlarından elde edilen verilere göre hakkında şikâyet olunan uzmanlık alanı ve görev tanımlarına bakıldığında vaka başına düşen en yüksek orana sahip uzmanlığın kadın hastalıkları ve doğum uzmanlığı (% 23,0) olduğu, bunu sırasıyla genel cerrahi uzmanlığı (% 20,3) ve anestezi uzmanlığının (%10,8) izlediği görülmektedir. Yargıtay

Hukuk Daireleri temyiz kararlarından elde edilen verilerdeki görev tanımı ve uzmanlık alanlarının oransal dağılımının diğer iki yargı yolundan elde edilen verilerden farklı olmasının özel hastanelerin acil servis hizmetlerinden ziyade diğer spesifik uzmanlık alanlarında daha çok hizmet vermesinde ileri geldiğini düşünmekteyiz. Algan'ın tez çalışmasında (2012) ise oransal dağılım olarak ilk sırada acil servislerde görevli hekimlerin (% 31,4) olduğu, ikinci sırada ise kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekimlerin (% 22,5) olduğu, genel cerrahi uzmanı hekimlerin oranının ise % 7,2 olduğu ortaya konmuştur(74). Kırtısoğlu'nun tezinde (2018) ise ilk sırada acil servislerde görevli hekimlerin (% 32,0), ikinci sırada kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekimlerin (% 17,0) üçüncü sırada genel cerrahi uzmanı hekimlerin (% 13,2) olduğu ortaya konmuştur(77). Çalışmamızdaki Yargıtay Ceza Daireleri ve Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarından elde edilen verilerin bu verilerle uyumlu olduğu görülmüştür. Kui Zhang ve ark. tarafından Çin'de yapılan bir çalışmaya göre çalışmamızdaki verilerle uyumlu şekilde tıbbi uygulama hatası iddiası ile en sık karşı karşıya kalan uzmanlık alanı ve görev tanımları sırasıyla kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekimler, genel cerrahi uzmanı hekimler ve acil servisler de görevli hekimler olarak tespit edilmiştir(78). Madea ve ark. tarafından Almanya'da otopsi verilerinden yapılan çalışmaya göre çalışmamıza benzer şekilde cerrahi branşların tıbbi uygulama hatası iddiası en sık karşılaşılan branşlar olduğu ortaya konmuştur(23). Çalışmamızdan elde edilen verilere bakıldığında ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddiası ile daha sık karşılaşılan branşların Tıpta Uzmanlık Sınavı sonuçlarına göre hekimler tarafından tercih edilme oranlarının ve yerleşme puanlarının oldukça düştüğü hatta bazı kontenjanların boş kaldığı dikkat çekmektedir(79).

Çalışmamızdaki Yargıtay Ceza Daireleri Temyiz Kararlarından elde edilen verilere göre uygulanan tedavi türleri dağılımına bakıldığında vaka başına düşen en yüksek orana sahip olan tedavi türünün medikal ve konservatif tedaviler (% 55,6) olduğu, bunu sırasıyla cerrahi tedavilerin (% 49,7) ve girişimsel işlemlerin (% 4,6) izlediği görülmektedir. Madea ve ark. tarafından Almanya'da otopsi verilerinden yapılan ceza soruşturmaları ve yargılamalarını içeren çalışmaya göre çalışmamızdaki Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarından elde edilen verilere benzer şekilde tıbbi uygulama hatası iddialarında ilk sıradaki tedavi türü medikal ve konservatif tedavilerken (% 60,5), ikinci sırada cerrahi tedavilerin (% 39,0), üçüncü sırada girişimsel işlemlerin (% 5,2) olduğu gösterilmiştir(23).

Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarından elde edilen verilere göre uygulanan tedavi türleri dağılımına bakıldığında vaka başına düşen en yüksek orana sahip olan tedavi türünün cerrahi tedaviler (% 56,9) olduğu, bunu sırasıyla medikal ve konservatif tedavilerin (% 52,3) ve girişimsel işlemlerin (% 3,3) izlediği görülmektedir. Yargıtay Hukuk Daireleri Temyiz Kararlarından elde edilen verilere göre uygulanan tedavi türleri dağılımına bakıldığında vaka başına düşen en yüksek orana sahip olan tedavi türünün cerrahi tedaviler (% 68,9) olduğu, bunu sırasıyla medikal ve konservatif tedavilerin (% 40,5) ve girişimsel işlemlerin (% 5,4) izlediği görülmektedir. Kui Zhang ve ark. tarafından Çin’de yapılan tazminat yargılamaları ve uzlaşma dosyaları verilerini içeren çalışmaya göre çalışmamızdaki Danıştay ilgili daireleri ve Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarından elde edilen verilerle uyumlu şekilde tıbbi uygulama hatası iddialarında en sık rastlanan tedavi türü cerrahi tedavilerken (% 55,5), ikinci sırada ise medikal ve konservatif tedavilerin (% 41) olduğu gösterilmiştir(78).

Çalışmamızdaki Yargıtay Ceza Dairelerinden elde edilen verilere göre olgu başına oranı en yüksek olan bilirkişi kurumu ATK (% 130,1) iken, bunu sırasıyla YSS (% 28,8) ve Üniversiteler (% 15,7) izlemektedir. Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarından elde edilen verilere göre ise olgu başına oranı en yüksek olan bilirkişi kurumu yine ATK (% 130,7) iken, bunu sırasıyla YSS (% 17,6) ve diğerleri olarak sınıflanan bilirkişi kurumları (% 14,4) izlemektedir. Yargıtay Hukuk Daireleri Temyiz Kararlarından elde edilen verilere göre de vaka başına oranı en yüksek olan bilirkişi kurumu yine ATK (% 151,4) iken, bunu sırasıyla Üniversiteler (% 37,8) ve YSS (% 24,3) izlemektedir. Üç yargı yolunda da vaka başına oranı en yüksek olan bilirkişi kurumu olarak karşımıza ATK çıkmaktadır. Kırtıçoğlu’nun Yargıtay Ceza ve Hukuk Daireleri temyiz kararlarını incelediği tezinde (2018) çalışmamıza benzer şekilde olgu başına oranı en yüksek olan bilirkişi kurumu yine ATK (% 64,2) olarak belirtilmiştir. Çalışmamıza göre oransal olarak farklı çıkmasının ise karşılaştırma yaptığımız tezde veri elde etme yollarının farklı olabilmesi ve kurum bazında alınan birden çok raporun tek rapor olarak sayılmış olabileceği ihtimalinden kaynaklandığı düşünmekteyiz. Ayrıca bu farkın karşılaştırma yaptığımız tez çalışmasında tüm tıbbi uygulama hatası iddiaları incelenirken çalışmamızda sadece ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddialarının incelenmesinden ileri geldiğini düşünmekteyiz(77).

Çalışmamızda ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddiaları incelendiğinden ve ayrıca otopsi yapılan olgularda nihai karar merciinin ATK olması nedeniyle vaka

başına oranı en yüksek çıkan bilirkişi kurumunun ATK olması şaşırtıcı değildir. Lakin ülke genelindeki tüm ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddialarında ATK'nın özellikle belli ihtisas kurullarının bilirkişilik yapıyor olması iş yükünü önemli ölçüde artırmaktadır. Artan bu iş yükünün olguların sağlıklı değerlendirilmesi ve olgu başına düşen değerlendirme sürelerinin kısalması açısından dezavantaj oluşturacağı kanaatindeyiz. Ayrıca üniversitelerden alınan bilirkişi raporlarının vaka başına düşen oranının düşük olması yargı mercilerinin ilgili branştan birden çok akademisyenden görüş alınan değerli bilirkişi raporlarından daha az yararlanabildiği anlamına geldiğinden tarafımızca olumsuz bir veri olarak değerlendirilmiştir.

Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarından elde edilen verilerde kurum içi soruşturma raporlarını ve sağlık bakanlığı müfettiş raporlarını içeren diğerleri şeklindeki bilirkişi kurum türü sınıflamasının üniversitelerin önünde olmasının idare mahkemelerinde görülen davaların tamamında öncesinde kurum içi soruşturma yapılması zorunluluğu olmasından ileri geldiğini düşünmekteyiz. Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarından elde edilen verilere göre vaka başına oranı en yüksek ikinci kurum olarak üniversitelerin karşımıza çıkmasının taraflarca bilirkişi kurum raporlarına yapılan itiraz ve yine taraflarca dava dosyalarına kazandırılan uzman mütalaalarının çokça olmasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarından elde edilen verilerde 108 (% 70,6) olguda en az bir bilirkişi raporuna göre en az bir kişi yönünden kusur verildiği, 45 (% 29,4) olguda ise hiçbir bilirkişi raporunda hiç kimse yönünden kusur verilmediği tespit edilmiştir. Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarından elde edilen verilerde 75 (% 49,0) olguda en az bir bilirkişi raporuna göre en az bir kişi yönünden kusur verildiği, 78 (% 51,0) olguda ise hiçbir bilirkişi raporunda hiç kimse yönünden kusur verilmediği tespit edilmiştir. Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarından elde edilen verilerde 42 (% 56,8) olguda en az bir bilirkişi raporuna göre en az bir kişi yönünden kusur verildiği, 32 (% 43,2) olguda ise hiçbir bilirkişi raporunda hiç kimse yönünden kusur verilmediği tespit edilmiştir. Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarından elde edilen verilerde en az bir bilirkişi raporuna göre en az bir kişi yönünde kusur verilme oranının diğer iki yargı yolundaki benzer açıklamayı içeren kusur verilme oranlarından yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu farkın bir nedeninin Yargıtay Ceza Daireleri kararlarında olgu başına düşen hakkında şikâyet olunan kişi sayısının (1,57), diğer iki yargı yolundan (1,33-1,04) yüksek olmasından ileri geldiğini düşünmekteyiz. Bir diğer nedeninin ceza

yargılamaları öncesindeki soruşturmada şüphelilerin resen savcılık tarafından araştırılarak belirlenmesi yapılırken, tazminat yönünden yargılamaları içeren diğer iki yargı yolunda ise tarafların ifadelerine göre şüphelilerin belirlenmesinin yapılmasından ileri geldiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızdaki tüm yargı yollarındaki bilirkişi raporlarından elde edilen verilerde en az bir bilirkişi raporuna göre kusur verilen olgular içerisinde en yüksek orana sahip kusur türü tanı eksikliği/hatası 69 (%33,2) – 42 (% 27,1) – 20 (% 28,2) iken, bunu sırasıyla takip eksikliği/tedavide gecikme 62 (% 29,8) – 38 (%24,5) – 18 (% 25,4) ve tedavi eksikliği/hatası 34 (% 16,3) – 28 (% 18,1) – 18 (%25,4) izlemektedir. Alman Tıp Konseyi Tıbbi Hata Raporlama Sisteminde bulunan ülke çapında tahkim komiteleri kararlarından elde edilen istatistiklere göre tıbbi uygulama hatası kararı verilen olgularda en sık rastlanan kusur türü tedavi eksikliği/hatası (% 46) iken, bunu sırasıyla tanı eksikliği/hatası (% 37,8) ve takip eksikliği/hatası (5 16,2) izlediği tespit edilmiştir(80). Kui Zhang ve ark. tarafından Çin Pekin bölge mahkemelerinin nihai kararları üzerine yapılan bir çalışmada ise tıbbi uygulama hatası kararı verilen olgularda en sık rastlanan kusur türü tedavi eksikliği/hatası (% 61) iken, bunu sırasıyla tanı eksikliği/hatası (% 22,2) ve takip eksikliği/hatası (% 8,6) izlediği tespit edilmiştir(78). Priscila Giraldo ve ark. tarafından ABD’de yapılan bir çalışmada ise tıbbi uygulama hatası kararı verilen olgularda en sık rastlanan kusur türü tedavi eksikliği/hatası (% 57,8) iken, tanı eksikliği/hatasının oranı ise % 13 olarak tespit edilmiş olup takip eksikliği/ hatası sınıflaması yapılmadığı tespit edilmiştir(81). Çalışmamıza göre en sık rastlanan kusur türü tanı eksikliği/hatası olarak bulunmuşken literatürde tedavi eksikliği/hatası olarak bulunmuştur. Ayrıca çalışmamızda takip eksikliği/tedavide gecikme kusurunun da tedavi eksikliği/hatası kusurundan fazla çıktığı tespit edilmiştir. Bu farklılıkların nedenin ülkemizde sevk zincirinin sağlıklı işlememesinden, hasta başına ayrılan sürenin oldukça kısıtlı olmasından, hekimlerin iş yükünün ve çalışma saatlerinin oldukça fazla olmasında ve özellikle kamuda sağlık sisteminin nitelikten çok niceliği önceleyen performans sistemine dayanmasından ileri geldiğinin düşünmekteyiz. Kısaca çalışmamızda tanı hatası/eksikliği ve takip hatası/tedavide gecikme kusurlarını literatüden farklı olarak tedavi hatası/eksikliği kusurundan fazla bulunmasının nedeninin Türkiye’deki sağlık sisteminin genel aksaklıklardan kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Çalışmamız kapsamında incelenen Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarındaki olgularda hekimlerin ve yardımcı sağlık personellerinin TCK kapsamında suçlandığı suç tiplerine bakıldığında vaka başına en yüksek oran taksirle ölüme sebebiyet verme suçundayken (% 91,5), bunu sırasıyla ihmal suretiyle görevi kötüye kullanma (% 28,8) ve taksirle yaralanmaya sebebiyet verme (% 15,7) suçlarının takip ettiği bulunmuştur. Çalışmamızda ölümlerle sonuçlanan olgular incelendiğinden taksirle ölüme sebebiyet verme suçunun vaka başına düşen oranının çok yüksek olmasının beklenen bir bulgu olduğunu düşünmekteyiz. Hakkında suçlama olan kişi veya kişilerin kusurlu eylemleri sabit lakin bu eylemle ölüm arasında illiyet bağının kurulamadığı hallerde yargı mercilerince verilen ihmal suretiyle görevi kötüye kullanma suçunun da vaka başına düşen oranda ikinci sırada olmasının anlaşılabilir bir bulgu olduğunu düşünmekteyiz. Ölümlerle sonuçlanan vakaları incelediğimiz çalışmamızda taksirle yaralama sebebiyet verme suçunun vaka başına oranının üçüncü sırada çıkması ilk bakışta beklenmedik gelmektedir. Lakin çalışmamızda perinatal ve intrauterin eks fetüs vakaları da bulunmaktadır. Tüm ceza yargılamalarında Türk Medeni Kanunu 28. maddesindeki “Kişilik, çocuğun sağ olarak tamamıyla doğduğu anda başlar ve ölümlerle sona erer” tanımlaması uyarınca anne karnında veya doğum eylemi tamamlanmadan ölen bebekler annenin bir uzvu olarak görülüp yaralama suçu olarak değerlendirilmektedir(82). Bu sebeple ölümlerle sonuçlanan olguları incelediğimiz çalışmamızda perinatal ve intrauterin eks fetüslerin olduğu olgular taksirle yaralama suçu yönünden karşımıza çıkmaktadır.

Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararları kapsamında incelediğimiz olgularda ilk derece mahkemesi tarafından verilen kararlara baktığımızda 100 (% 65,3) olguda ceza verilmediği veya ceza yargılamasına dahi gerek olmadığı kararı verildiği tespit edilmiştir. Kırtıçoğlu’nun tezinde (2018) bu oran % 70,3 olarak tespit edilmiş olup çalışmamızla uyumlu bulunmuştur(77). Yargıtay Ceza Dairelerince 100 (%65,3) olgudaki ceza verilmediği veya ceza yargılamasına dahi gerek olmadığı kararlarının 45 (% 29,4)’i onanmış ve kesinleşmiştir. Kırtıçoğlu’nun tezinde (2018) bu oran (% 30,9) olarak tespit edilmiş ve çalışmamızla uyumlu bulunmuştur(77). İlk derece ceza mahkemeleri tarafından 53 (% 34,7) davada sanık veya sanıkların en az biri için ceza kararı verildiği görülmüştür. Yargıtay Ceza Dairelerince ilk derece mahkemesi tarafından sanık veya sanıkların en az biri için ceza verilen 53 (% 34,7) kararın 22 (% 14,4)’si onanmış ve kesinleşmiştir. Kırtıçoğlu’nun tezinde (2018) bu oran (% 9,7) olarak tespit edilmiş ve çalışmamızla nispeten uyumlu bulunmuştur(77).

Çalışmamızdaki Yargıtay Ceza Daireleri kararlarına göre ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddiasıyla görülen davalarda farklı suç tiplerinde ve en az bir sanık yönünden cezanın kesinleştiği olgu sayısı 51 (% 33,3) olarak bulunmuşken, Madea ve ark. tarafından Almanya’da ceza soruşturması veya yargılamaların kapsamındaki otopsi verilerinden yapılan çalışmaya göre tıbbi uygulama hatasının kesin olarak doğrulandığı olguların oranı % 13,6 şeklinde tespit edilmiş olup çalışmamızla uyumsuz bulunmuştur. Bu farkın bir nedenin karşılaştırma yapılan çalışmadaki olguların tamamında otopsi yapılmış olmasına karşın bizim çalışmamızdaki olguların % 63,4’ünde otopsi yapılmış olmasından ileri geldiğini düşünmekteyiz. Bir diğer nedeninse karşılaştırma yaptığımız çalışmada tek bilirkişi kurumu görüşünü içeren kararlar üzerinden varılan sonuçlar ortaya konmuşken çalışmamızda ise birden çok bilirkişi kurumu görüşünü içeren yüksek yargı kararları üzerinden varılan sonuçların ortaya konmasından ileri geldiğini düşünmekteyiz(23).

Yargıtay Ceza Dairelerince esasa ilişkin yeniden yargılama yapılması gerektiği ile bozulan 55 (% 35,9) ilk derece mahkemesi kararı olduğu tespit edilmiştir. Yargıtay Ceza Dairelerince verilen temyiz kararlarının 53 (% 34,6)’ünde ek bilirkişi raporu alınması kararı verildiği tespit edilmiştir. Bu iki verinin oldukça benzer çıkması Yargıtay Ceza Dairelerinin esasa ilişkin yeniden yargılama yapılması gerektiğiyle bozduğu kararların neredeyse tamamında ek bilirkişi raporu alınmasına karar verdiğini ortaya koymaktadır.

Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararları kapsamında incelediğimiz davalarda yargı mercilerince alınan bilirkişi raporlarının en az birinde kusur ile ölüm arasında illiyet bağı kurulmuş olgu sayısı 34 (% 22,2) olarak bulunmuştur. İlk derece mahkemeleri tarafından kusurla ölüm arasında illiyet kurulması durumunda verilen taksirle ölüme veya yaralamaya neden olma suçundan ceza verilen 46 (% 30,1) dava olduğu tespit edilmiştir. Taksirle ölüme veya yaralamaya neden olma suçundan ceza verilen 46 davanın 15 (% 33,3)’inin onandığı, 15 (% 33,3)’inin kusurun sabit olduğu illiyetin kurulamadığı hallerde verilen ihmal suretiyle görevi kötüye kullanma suçundan ceza verilmesi gerektiği kararı ile bozulduğu, 16 (% 33,4)’ünün ise esasa ilişkin yeniden yargılama yapılması gerektiği ile bozulduğu tespit edilmiştir. Yargıtay Ceza Daireleri kararlarıyla kusur ile ölüm arasında illiyetin kesin olarak kurulduğu olgu sayısı 15 (% 9,8) olarak bulunmuştur. Madea ve ark. tarafından otopsi verilerinden yapılan çalışmaya göre bu oran % 5,8 olarak bulunmuş çalışmamızdaki Yargıtay Ceza Dairelerince kusur

ve ölüm arasında illiyet kurulması oranı Almanya'dan elde edilen verilere göre daha yüksek olarak saptanmıştır. Bu farkın bir nedeninin karşılaştırma yapılan çalışmadaki olguların tamamında otopsi yapılmış olmasına karşın bizim çalışmamızdaki olguların % 63,4'ünde otopsi yapılmış olmasına bağlı olabileceğini düşünmekteyiz. Bir diğer nedeninse karşılaştırma yaptığımız çalışmada tek bilirkişi kurumu görüşünü içeren kararlar üzerinden varılan sonuçlar ortaya konmuşken çalışmamızda ise birden çok bilirkişi kurumu görüşünü içeren yüksek yargı kararları üzerinden varılan sonuçların ortaya konmasından ileri geldiğini düşünmekteyiz (23).

Çalışmamızdaki Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararları kapsamında incelediğimiz olgularda ilk derece mahkemelerinin bilirkişi raporlarına uyum durumuna bakıldığında 69 (% 45,1) olguda bilirkişi raporlarının kusur ve illiyet durumu tayinine tamamen uygun kararlar verdiği, 25 (% 16,3) olguda bilirkişi raporlarının kusur tayinine uyduğu lakin illiyet durumu tayinine uygun olmayacak şekilde kararlar verdiği, 18 (% 11,8) olguda ise bilirkişi raporlarında tayin edilen kusur ve illiyet durumundan tamamen farklı şekilde kararlar verdiği tespit edilmiştir. Kırtısoğlu'nun tezinde (2018) ilk derece ceza mahkemeleri kararlarının bilirkişi raporlarına uyma oranı % 84, uymama oranı ise % 16 olarak bulunmuştur(77). Çalışmamızdaki verilerle karşılaştırıldığında bilirkişi raporlarına uyulmayan ilk derece mahkemesi karar oranı nispeten benzer bulunmuştur. Bilirkişi raporlarına uyulan ilk derece mahkemesi kararları oranı ise çalışmamıza göre yüksek bulunmuş olmakla birlikte bunun nedeninin karşılaştırma yaptığımız tezde sadece kusur yönünden uyum durumuna bakılmış olmasından ileri geldiğini düşünmekteyiz. Çalışmamızdaki bilirkişi kurumuna tamamen uyulan karar oranı ile kusur yönünden uyulan illiyet yönünden uyulmayan karar oranı toplandığında Kırtısoğlu'nun tezindeki verilerle yakın oranların ortaya çıktığı görülmektedir(77). Ülkemizden farklı olarak yurtdışı literatüründe incelenen çalışmalarda yargı kararları ve bilirkişi kararlarının ayrı ayrı verilmediği, ikisinin tek bir veri gibi sunulduğu ve sadece bilirkişi kararlarına yönelik verilerin paylaşıldığı, benzer sebeple yargı kararlarının bilirkişi kararlarına uyma durumu yönünden veriler olmadığı da tespit edilmiştir.

Çalışmamızdaki Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarında 74 (% 48,4) olguda bilirkişi raporu veya raporlarının ortak kanaatine tamamen uyulduğu, 23 (% 15,0) olguda ise bilirkişi raporları arasında kusur veya illiyet yönünden çeliş olması nedeniyle ek bilirkişi raporu alınmasına karar verildiği tespit edilmiştir. Bilirkişi raporu veya raporlarının ortak kanaatine uyulmadığı 28 (% 18,3) olgu tespit edilmiş olup bunların 24

(% 15,7)'ünde ek bilirkişi raporu alınarak esasa ilişkin yeniden yargılama yapılmalı kararı verilirken 4 (% 2,6)'ünde ise bilirkişi raporu veya raporlarındaki ortak kanaatten tamamen farklı karar verildiği tespit edilmiştir. Kırtıçoğlu'nun tezinde (2018) Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarının % 67'sinde bilirkişi raporlarına uyulduğu, % 8'inde uyulmadığı, % 25'inde ise ek bilirkişi raporuna ihtiyaç olduğu kararı verildiği görülmüştür(77). Çalışmamızdaki verilerle karşılaştırıldığında ek bilirkişi raporuna ihtiyaç duyulan kararların oranı uyumlu bulunmuştur. Bilirkişi raporlarından tamamen farklı karar verilen ve bilirkişi raporlarına tamamen uyulan kararların oranları oransal büyüklük dağılımı olarak uyumlu bulunmuştur. Bilirkişi raporlarından tamamen farklı karar verilen ve bilirkişi raporlarına tamamen uyulan kararların oranları arasında fark bulunmasının nedenininse çalışmamızda sadece ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddiası olguları incelenirken, karşılaştırma yaptığımız tezde tüm tıbbi uygulama hatası iddiası olgularının incelenmesinden ve sadece kusur açısından uyuma bakılmasından ileri geldiğini düşünmekteyiz(77). Ayrıca çalışmamızda bilirkişilerin ortak kanaatine uyum durumuna bakılırken, karşılaştırma yaptığımızda çalışmada bilirkişi raporlarının verildiği kuruma göre sınıflandırılması sonrası her kurum yönünden ayrı ayrı uyum durumuna bakılmış olması nedeniyle de bu farkların oluştuğunu düşünmekteyiz. Yargı kararlarının bilirkişi raporlarının ortak kanaatine uyum durumunu sorgulaması yönünden çalışmamızın daha değerli olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca ülkemizden farklı olarak yurtdışı literatüründe incelenen çalışmalarda yargı kararları ve bilirkişi kararlarının ayrı ayrı verilmediği, ikisinin tek bir veri gibi sunulduğu ve sadece bilirkişi kararlarına yönelik verilerin paylaşıldığı, benzer sebeple yargı kararlarının bilirkişi kararlarına uyma durumu yönünden veriler olmadığı da tespit edilmiştir.

Çalışmamızda Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarından elde edilen birden çok bilirkişi raporu alınan ve raporlar arasında kusur veya illiyet yönünden çelişki bulunan olguların durumu tanımlayıcı olarak tablo 4.2.8 gösterilmekte olup veriler arasında istatistiki uyum veya kümelenme olmaması nedeniyle tartışılmamıştır.

Çalışmamız Türkiye'de tıbbi uygulama hatası iddiası ile Danıştay'da görülen davalar yönünden istatistiki veri ortaya koyan ilk çalışma olması nedeniyle Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarından elde ettiğimiz veriler uluslararası literatürdeki tazminat davaları yönünden incelemeler yapan çalışmalardaki verilerle ve

çalışmamızdaki Yargıtay Hukuk Daireleri kararlarından elde ettiğimiz verilerle karşılaştırılmıştır.

Çalışmamız kapsamında incelenen Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarından elde edilen verilerde ilk derece idare mahkemelerince manevi tazminat taleplerinin 92 (%60,14)'si reddedilmişken, 61 (%39,86)'i kabul edilmiştir. İlk derece idare mahkemelerince manevi tazminat talebinin reddedildiği 92 (% 60,14) kararın 37 (% 24,2)'si Danıştay tarafından manevi tazminata hükmedilmesi gerekmeli kararı verilerek bozulmuşken, 26 (% 17,00) karar onanmış, 29 (% 19,00) karar ise esasa ilişkin yeniden yargılama yapılması gerektiği ile bozulmuştur. İlk derece idare mahkemelerince manevi tazminat verilen 61 (% 39,86) kararın 56 (% 36,60)'sı Danıştay tarafından onanmışken, 5 (% 3,2) karar ise esasa ilişkin yeniden yargılama yapılması gerektiği ile bozulmuştur. Kısaca 93 (% 60,78) olguda Danıştay ilgili daireleri tarafından manevi tazminat verilmesi gerektiğine karar verilmiştir. Bu oranın literatürdeki tazminat kararı verilen olgu oranlarından oldukça yüksek olduğu tespit edilmiştir(83)(84). Studdert ve ark. tarafından ABD'de yapılan bir çalışmaya göre tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan tazminat (maddi ve manevi birleşik) davalarında tazminat kararı verilen olgu oranı yaklaşık % 28 olarak tespit edilmiştir(83). Literatürdeki pek çok çalışmadan farklı olarak Kui Zhang ve ark. tarafından Çin Pekin Bölge Mahkemeleri'nin nihai kararları üzerine yapılan bir çalışmada tıbbi uygulama hatası iddiasıyla açılan davaların % 83,7'sinde nihai karar olarak tazminat ödenmesi gerektiğine karar verildiği tespit edilmiş olup çalışmamızdaki % 60,78 oranı gibi literatüre göre oldukça yüksek olduğu görülmüştür(78). Çalışmamızdaki Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarından elde edilen verilerde Yargıtay Hukuk Dairelerince manevi tazminata kesin olarak hükmedilen davaların oranı % 29,72 olarak bulunmuştur. Bu veri Danıştay'ın ülkemizde aynı tür davalara bakan diğer yüksek yargı merciine göre de oldukça uyumsuz ve yüksek oranda (%60,78) manevi tazminat kararı verdiğini gözler önüne sermektedir. Bu durumun idarelere yüklenen tazminat ödemeleri kendilerine rücu edilen hekimler için endişe verici olduğunu ve hekimlerin yargıya olan güvenini ve adalet arayışlarını zedelediğini düşünmekteyiz.

Çalışmamız kapsamında incelenen Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarından elde edilen verilerde ilk derece idare mahkemelerince maddi tazminat taleplerinin 89 (% 58,17)'u reddedilmişken, 45 (% 29,41)'i kabul edilmiştir. İlk derece idare mahkemelerince maddi tazminat talebinin reddedildiği 89 (% 58,17) kararın 52 (%

34,0)'si Danıştay tarafından onanmışken, 30 (% 19,60) karar esasa ilişkin yeniden yargılama yapılması gerektiği ile bozulmuş, 7 (% 4,06) karar da ise maddi tazminata hükmedilmesi gerektiği ile bozulmuştur. İlk derece idare mahkemelerince maddi tazminat verilen 45 (% 29,41) kararın 36 (% 23,52)'si Danıştay tarafından onanmışken, 7 (% 4,57) karar esasa ilişkin yeniden yargılama yapılması gerektiği ile bozulmuş, 2 (% 1,30) karar ise maddi tazminat verilmemesi gerektiği ile bozulmuştur. Kısaca 43 (% 28,10) davada Danıştay ilgili daireleri tarafından kesin olarak maddi tazminat verilmesi gerektiğine karar verilmiştir. Bu oranın literatürdeki tazminat kararı verilen olgu oranlarıyla uyumlu olduğu tespit edilmiştir(83)(84). Studdert ve ark. tarafından ABD'de yapılan bir çalışmaya göre tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan tazminat davalarının yaklaşık % 28'inde tazminat kararı verildiği tespit edilmiştir(83). Çalışmamızdaki Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarından elde edilen verilerde Yargıtay Hukuk Dairelerince maddi tazminata kesin olarak hükmedilen davaların oranı % 20,27 olarak bulunmuş olup Danıştay ilgili dairelerince kesin olarak maddi tazminata hükmedilen kararların oranına nispeten benzer olduğu bulunmuştur. Manevi tazminat oranlarındaki gibi yüksek bir fark bulunmamış olmasının nedeninin Danıştay ilgili dairelerince de kesin olarak maddi tazminata karar verirken illiyet şartının göz önünde bulundurulması zorunluluğundan ileri geldiğini düşünmekteyiz.

Danıştay ilgili dairelerince maddi-manevi tazminat açısından esasa ilişkin yeniden yargılama yapılması gerektiği ile bozulan 37-34 (% 24,2-22,2) ilk derece mahkemesi kararı olduğu tespit edilmiştir. Danıştay ilgili dairelerince verilen temyiz kararlarının 42 (% 27,5)'sinde ek bilirkişi raporu alınması kararı verildiği tespit edilmiştir. Bu verilerin nispeten farklı çıkması nedeninin Danıştay ilgili dairelerince maddi ve manevi tazminat kararları açısından ortak veya ayrı ayrı esasa ilişkin yeniden yargılama kararları verilebilmesinde ileri geldiğini düşünmekteyiz. Ayrıca çalışmamızdaki Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarında ek bilirkişi raporu alınmasına karar verilen davaların oranının (% 70,3) Danıştay ilgili dairelerince ek bilirkişi raporu alınmasına karar verilen davaların oranından (% 27,5) oldukça yüksek olduğu tespit edilmiştir. Veriler arasındaki bu fark Danıştay ilgili dairelerinin bilirkişi raporlarındaki görüşe uymadığı hallerde ek bilirkişi raporu almak yerine kendi kabullerine göre karar verdiğini düşündürmektedir.

Danıştay ilgili daireleri temyiz kararları kapsamında incelediğimiz davalarda yargı mercilerince alınan bilirkişi raporlarının en az birinde kusur ile ölüm arasında

illiyet bağı kurulmuş olgu sayısı 37 (% 24,20) olarak bulunmuştur. İlk derece idare mahkemeleri tarafından kusurla ölüm arasında illiyet kurulması durumunda verilen maddi tazminat kararı verilen 45 (% 29,41) dava olduğu tespit edilmiştir. Bu iki veri beraber değerlendirildiğinde ilk derece idare mahkemelerinin bilirkişilerden bir miktar fazla olmakla beraber benzer oranlarda illiyet kurduğunu ortaya koymaktadır. Danıştay ilgili daireleri kararlarıyla kusur ile ölüm arasında illiyetin kesin olarak kurulduğu dava sayısı 43 (% 28,10) olarak bulunmuştur. Buna göre Danıştay ilgili dairelerinin (% 28,10) bilirkişilerden (% 24,20) bir miktar fazla olmakla beraber benzer oranlarda illiyet kurduğunu ortaya koymaktadır. Bu oranın literatürdeki illiyet kurulma oranlarıyla uyumlu olduğu tespit edilmiştir(83)(84). Studdert ve ark. tarafından ABD’de (maddi ve manevi birleşik) tazminat davalarından yapılan çalışmada ülkemiz yargı mercilerinden farklı olarak kusur ile ölüm arasında illiyet kurulması halinde verilen tazminat kararı oranı yaklaşık % 28 olarak tespit edilmiştir(83). Çalışmamızdaki Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarında ölüm ile kusur arasında illiyetin kesin olarak kurulduğu olguların oranı % 20,27 bulunmuşken bu oran Danıştay ilgili daireleri kararlarında % 28,10 olarak bulunmuştur. Bu iki veri arasında oransal olarak fark bulunması Danıştay ilgili dairelerinin otopsi yapılmayan vaka çokluğu nedeniyle bilirkişi raporlarının dahi illiyet konusunda tereddütte düştüğü olgularda Yargıtay Hukuk Dairelerine göre illiyet kurmaya daha meyilli olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızdaki Danıştay ilgili daireleri temyiz kararları kapsamında incelediğimiz olgularda ilk derece idare mahkemelerinin kararlarında 97 (% 63,4) olguda bilirkişi raporlarına tamamen uyduğu, 20 (% 13,1) olguda bilirkişi raporlarına tamamen uymadığı, 9 (% 5,9) olguda ise bilirkişi raporlarına kusur yönünden uyduğu illiyet yönünden uymadığı tespit edilmiştir. Bu veriler çalışmamızdaki Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararları kapsamında incelediğimiz olgulardaki ilk derece hukuk mahkemelerinin kararlarında 40 (% 54,05) olguda bilirkişi raporlarına tamamen uyduğu, 9 (% 12,16) olguda ise bilirkişi raporlarına tamamen uymadığı verileri ile karşılaştırıldığından nispeten uyumlu bulunmuştur. Ülkemizden farklı olarak yurtdışı literatüründe incelenen çalışmalarda yargı kararları ve bilirkişi kararlarının ayrı ayrı verilmediği, ikisinin tek bir veri gibi sunulduğu ve sadece bilirkişi kararlarına yönelik verilerin paylaşıldığı, benzer sebeple yargı kararlarının bilirkişi kararlarına uyma durumu yönünden veriler olmadığı da tespit edilmiştir.

Çalışmamızdaki Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarında 57 (% 37,3) olguda bilirkişi raporlarına tamamen uyulduğu tespit edilmiş olup bu oran yine çalışmamızdaki Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki oranla (% 13,5) karşılaştırıldığında yüksek bulunmuştur. Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarında 14 (% 9,2) olguda bilirkişi raporları arasında kusur veya illiyet yönünden çeliş olması nedeniyle ek bilirkişi raporu alınmasına karar verildiği tespit edilmiş olup bu oran Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki oranla (% 20,3) karşılaştırıldığında düşük bulunmuştur. Veriler arasındaki bu farkın nedenin Yargıtay Hukuk Dairelerince tek bilirkişi raporu olan olgularda dahi ek bilirkişi raporuna ihtiyaç duyulduğu kararı verilen olguların oranının (% 50,0) Danıştay ilgili dairelerince benzer durumdaki olgu oranlarından (% 18,3) oldukça yüksek olmasından ileri geldiğini düşünmekteyiz.

Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarında bilirkişi raporu veya raporlarının ortak kanaatine uyulmadığı 56 (% 36,6) olgu tespit edilmiş olup bunların 30 (% 19,6)'unda ek bilirkişi raporu alınarak esasa ilişkin yeniden yargılama yapılmalı kararı verilirken, 26 (% 17,0)'sında ise bilirkişi raporu veya raporlarındaki ortak kanaatten tamamen farklı karar verildiği tespit edilmiştir. Yine çalışmamızdaki Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarında ise bilirkişi raporu veya raporlarının ortak kanaatine uyulmadığı 35 (% 47,3) olgu tespit edilmiş olup bunların 32 (% 43,25)'ünde ek bilirkişi raporu alınarak esasa ilişkin yeniden yargılama yapılmalı kararı verilirken, 3 (% 4,05)'ünde ise bilirkişi raporu veya raporlarındaki ortak kanaatten tamamen farklı karar verildiği tespit edilmiştir. Bu veriler Danıştay ilgili dairelerinin Yargıtay Hukuk Dairelerine göre yaklaşık olarak üç kat fazla oranda bilirkişi raporu veya raporlarının ortak kanaatinden tamamen farklı kararlar verdiğini ortaya koymaktadır. Her ne kadar hâkimlerin bilirkişi raporlarına uyma zorunluluğu bulunmasa da bilirkişi raporlarından tamamen farklı olarak verilen kararların oranın bu denli yüksek olması düşündürücüdür(60). Danıştay ilgili dairelerinin bilirkişi raporu veya raporlarının ortak kanaatinden tamamen farklı ve bağımsız karar verdiği olgu oranının bu kadar yüksek olması ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddiası ile görülen davalarda hekimlerin Danıştay kararları özelinde yargıya olan güvenini ve adalet arayışlarını zedelediğini düşünmekteyiz. Ayrıca ülkemizden farklı olarak yurtdışı literatüründe incelenen çalışmalarda yargı kararları ve bilirkişi kararlarının ayrı ayrı verilmediği, ikisinin tek bir veri gibi sunulduğu ve sadece bilirkişi kararlarına yönelik verilerin

paylaşıldığı, benzer sebeple yargı kararlarının bilirkişi kararlarına uyma durumu yönünden veriler olmadığı da tespit edilmiştir.

Çalışmamızda Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarından elde edilen birden çok bilirkişi raporu alınan ve raporlar arasında kusur veya illiyet yönünden çelişki bulunan olguların durumu tanımlayıcı olarak tablo 4.3.8 gösterilmekte olup veriler arasında istatistiki uyum veya kümelenme olmaması nedeniyle tartışılmamıştır.

Çalışmamız kapsamında incelenen Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarından elde edilen verilerde ilk derece hukuk mahkemelerince manevi tazminat taleplerinin 50 (% 67,56)'si reddedilmişken, 23 (% 31,08)'ü kabul edilmiştir. İlk derece hukuk mahkemelerince manevi tazminat talebinin reddedildiği 50 (% 67,56) kararın 41 (% 55,4)'si Yargıtay Hukuk Daireleri tarafından esasa ilişkin yeniden yargılama yapılması gerektiği ile bozulmuşken, 1 (% 1,3) karar onanmış, 8 (% 10,8) kararda manevi tazminat verilmesi gerektiği ile bozulmuştur. İlk derece hukuk mahkemelerince manevi tazminat verilen 23 (% 31,08) kararın 14 (% 18,91)'ü Yargıtay Hukuk Daireleri tarafından onanmışken, 5 (% 6,75) karar esasa ilişkin yeniden yargılama yapılması gerektiği ile bozulmuş, 4 (% 5,40) karar ise manevi tazminat verilmemesi gerektiği ile bozulmuştur. Kısaca 22 (% 29,72) kararda Yargıtay Hukuk Daireleri tarafından manevi tazminat verilmesi gerektiğine karar verilmiştir. Bu oran literatürle uyumlu bulunmuştur(83)(84). ABD'de yapılan bir çalışmaya göre tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan tazminat davalarının yaklaşık % 28'inde tazminat kararı verildiği ortaya konmuştur(83).

Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarından elde edilen verilerde ilk derece hukuk mahkemelerince maddi tazminat taleplerinin 55 (% 74,32)'i reddedilmişken, 14 (% 18,91)'ü kabul edilmiştir. İlk derece hukuk mahkemelerince maddi tazminat talebinin reddedildiği 55 (% 74,32) kararın 45 (% 60,81)'i esasa ilişkin yeniden yargılama yapılması gerektiği ile bozulmuşken, 6 (% 8,10)'sı maddi tazminat verilmesi gerektiği ile bozulmuş, 4 (% 34,0)'ü ise onanmıştır. İlk derece hukuk mahkemelerince maddi tazminat verilen 14 (% 18,91) kararın 9 (% 12,16)'u Yargıtay Hukuk Daireleri tarafından onanmışken, 5 (% 6,75) karar esasa ilişkin yeniden yargılama yapılması gerektiği ile bozulmuştur. Kısaca 15 (% 20,27) davada Yargıtay Hukuk Daireleri tarafından kesin olarak maddi tazminat verilmesi gerektiğine karar verildiği tespit edilmiştir. Bu oranın literatürdeki oranlarda nispeten düşük olduğu görülmüştür(83)(84). Studdert ve ark. tarafından ABD'de yapılan bir çalışmaya göre

tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan tazminat davalarının yaklaşık % 28'inde tazminat kararı verildiği tespit edilmiş olup çalışmamızdaki veriden bir miktar yüksek olduğu görülmüştür(83). Bunun nedenin çalışmamızdaki Yargıtay Hukuk Daireleri kararlarında esasa ilişkin yeniden yargılama yapılmasına dair kararların oranının yüksek olmasından ileri geldiğini düşünmekteyiz.

Yargıtay Hukuk Dairelerince maddi-manevi tazminat açısından esasa ilişkin yeniden yargılama yapılması gerektiği ile bozulan 45-41 (% 60,81-55,40) ilk derece mahkemesi kararı olduğu tespit edilmiştir. Yargıtay Hukuk Dairelerince verilen temyiz kararlarının 52 (% 70,3)'sinde ek bilirkişi raporu alınması kararı verildiği tespit edilmiştir. Bu verilerin nispeten farklı çıkması nedeninin Yargıtay Hukuk Dairelerince maddi ve manevi tazminat kararları açısından ortak veya ayrı ayrı esasa ilişkin yeniden yargılama kararları verilebilmesinde ileri geldiğini düşünmekteyiz.

Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararları kapsamında incelediğimiz davalarda yargı mercilerince alınan bilirkişi raporlarının en az birinde kusur ile ölüm arasında illiyet bağı kurulmuş olgu sayısı 20 (% 27,00) olarak bulunmuştur. İlk derece hukuk mahkemeleri tarafından kusur ile ölüm arasında illiyetin kesin olarak kurulduğu dava sayısı 14 (% 18,91) olarak tespit edilmiştir. Yargıtay Hukuk Daireleri kararlarında kusur ile ölüm arasında illiyetin kesin olarak kurulduğu dava sayısı 15 (% 20,27) olarak bulunmuştur. Bu üç veri beraber değerlendirildiğinde ilk derece hukuk mahkemelerinin ve Yargıtay Hukuk Dairelerinin bilirkişilerden daha düşük oranlarda illiyet kurduğunu ortaya koymaktadır. Bunun nedeninin çalışmamızda aynı olguda bir bilirkişi raporunda bile illiyet kurulması halinde bilirkişiler tarafından illiyet kuruldu olarak sınıflamamızdan ileri geldiğini düşünmekteyiz. Yargıtay Hukuk Daireleri kararlarında kusur ile ölüm arasında illiyetin kesin olarak kurulduğu olgu oranı % 20,27 olarak bulunmuş olup bu oranın literatürdeki illiyet kurulma oranlarından bir miktar düşük olmakla beraber nispeten uyumlu olduğu tespit edilmiştir(83)(84). Studdert ve ark. tarafından ABD'de (maddi ve manevi birleşik) tazminat davalarından yapılan çalışmaya göre kusur ile ölüm arasında illiyet kurulması halinde verilen tazminat kararı oranı yaklaşık % 28 olarak tespit edilmiştir(83). Çalışmamızdaki verinin literatürdeki verilerden bir miktar düşük olmasının nedenin çalışmamızdaki Yargıtay Hukuk Daireleri kararlarında esasa ilişkin yeniden yargılama yapılmasına dair kararların oranının yüksek olmasından ileri geldiğini düşünmekteyiz

Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararları kapsamında incelediğimiz olgularda ilk derece hukuk mahkemelerinin bilirkişi raporlarına uyum durumuna bakıldığında 40 (% 54,05) olguda bilirkişi raporlarının kusur ve illiyet durumu tayinine tamamen uygun kararlar verdiği, 9 (% 12,16) olguda bilirkişi raporlarında tayin edilen kusur ve illiyet durumundan tamamen farklı şekilde karar verdiği tespit edilmiştir. Kırtısoğlu'nun tezinde (2018) ilk derece hukuk mahkemeleri kararlarının bilirkişi raporlarına uyma oranı % 89 uymama oranı ise % 11 olarak bulunmuştur(77). Çalışmamızdaki verilerle karşılaştırıldığında bilirkişi raporlarına uyulmayan ilk derece mahkemesi kararları oranı benzer bulunmuştur. Bilirkişi raporlarına uyulan ilk derece mahkemesi kararları oranı ise çalışmamıza göre oldukça yüksek bulunmuş olmakla birlikte bunun nedeninin çalışmamızda sadece ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası olguları incelenirken karşılaştırma yaptığımız tezde tüm tıbbi uygulama hatası olgularının incelenmesinden ileri geldiğini düşünmekteyiz(77). Ayrıca çalışmamızda bilirkişilerin ortak kanaatine uyum durumuna bakılırken, karşılaştırma yaptığımız çalışmada bilirkişi raporlarının verildiği kuruma göre sınıflandırılması sonrası her kurum yönünden ayrı ayrı uyum durumuna bakılmış olması nedeniyle de bu farkların oluştuğunu düşünmekteyiz(77). Ülkemizden farklı olarak yurtdışı literatüründe incelenen çalışmalarda yargı kararları ve bilirkişi kararlarının ayrı ayrı verilmediği, ikisinin tek bir veri gibi sunulduğu ve sadece bilirkişi kararlarına yönelik verilerin paylaşıldığı, benzer sebeple yargı kararlarının bilirkişi kararlarına uyma durumu yönünden veriler olmadığı da tespit edilmiştir.

Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarında 10 (% 13,5) olguda bilirkişi raporlarına tamamen uygun kararlar verildiği, 15 (% 20,3) olguda ise bilirkişi raporları arasında kusur veya illiyet yönünden çelişki olması nedeniyle ek bilirkişi raporu alınmasına karar verildiği tespit edilmiştir. Bilirkişi raporu veya raporlarının ortak kanaatine uyulmadığı 35 (% 47,3) olgu tespit edilmiş olup bunların 32 (% 43,3)'ünde ek bilirkişi raporu alınarak esasa ilişkin yeniden yargılama yapılmalı kararı verilirken 3 (% 4,0)'ünde ise bilirkişi raporu veya raporlarındaki ortak kanaatten tamamen farklı karar verildiği tespit edilmiştir. Kırtısoğlu'nun tezinde (2018) Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarının % 15'inde bilirkişi raporlarına uyulduğu, % 20'sinde uyulmadığı, % 58'inde ise ek bilirkişi raporuna ihtiyaç olduğu kararı verildiği görülmüştür. Çalışmamızdaki verilerle karşılaştırıldığında bilirkişi raporlarına uyulan ve ek bilirkişi raporuna ihtiyaç olduğuna dair verilen kararların oranı benzer bulunmuştur(77). Bilirkişi raporlarına uyulmayan kararların oranının oldukça farklı bulunmuş olmasının nedeninse

çalışmamızda sadece ölümle sonuçlanan olgulara incelenirken, karşılaştırma yaptığımız tezdeki olguların tüm tıbbi uygulama hatası iddiaları yönünden incelenmesinden ve sadece kusur açısından uyuma bakılmasından ileri geldiğini düşünmekteyiz. Karşılaştırma yaptığımız tezde Yargıtay Hukuk Dairelerinin bilirkişi raporlarına uyumuna bakıldığı tabloda usulden ret kararlarının da olmasının farklılığın oluşmasında başka bir etken olduğunu düşünmekteyiz(77). Ayrıca çalışmamızda bilirkişilerin ortak kanaatine uyum durumuna bakılırken, karşılaştırma yaptığımızda çalışmada bilirkişi raporlarının verildiği kuruma göre sınıflandırılması sonrası her kurum yönünden ayrı ayrı uyum durumuna bakılmış olması nedeniyle de bu farkların oluştuğunu düşünmekteyiz. Yargı kararlarının bilirkişi raporlarının ortak kanaatine uyum durumunu sorgulaması yönünden çalışmamızın daha değerli olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca ülkemizden farklı olarak yurtdışı literatüründe incelenen çalışmalarda yargı kararları ve bilirkişi kararlarının ayrı ayrı verilmediği, ikisinin tek bir veri gibi sunulduğu ve sadece bilirkişi kararlarına yönelik verilerin paylaşıldığı, benzer sebeple yargı kararlarının bilirkişi kararlarına uyma durumu yönünden veriler olmadığı da tespit edilmiştir.

Çalışmamızda Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarından elde edilen birden çok bilirkişi raporu alınan ve raporlar arasında kusur veya illiyet yönünden çelişki bulunan olguların durumu tanımlayıcı olarak tablo 4.4.8 gösterilmekte olup veriler arasında istatistiki bir uyum veya kümelenme olmaması nedeniyle tartışılmamıştır.

Dünya ve ülkemiz literatüründeki ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddialarında otopsinin önemini ortaya koymak amacıyla yapılan çalışmalarda tamamıyla otopsi yapılan olgular üzerinden inceleme yapıldığı tespit edilmiştir. Ayrıca ülkemizde ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddiası olguları üzerine yapılan çalışmalarda verilerin sadece ATK'dan bilirkişilik istenen olgulardan elde edilerek incelendiği tespit edilmiştir. Çalışmamızda tüm bu çalışmalardan farklı şekilde yüksek yargı yollarından elde edilen ve birçok farklı kurumundan alınan bilirkişi görüşlerini içeren olgular üzerinden otopsi yapılan ve yapılmayan olguların dağılımı ile yargılama ve bilirkişilik süreçlerine etkisi yönlerinden inceleme yapılmıştır. Bu sebeple çalışmamızın otopsinin tıbbi uygulama hatası iddiası olgularındaki önemini ortaya koyan daha değerli veriler içerdiğini düşünmekteyiz. Dünya literatüründe çalışmamıza benzer şekilde otopsi yapılan ve yapılmayan olguların dağılımı ile uzlaşma ve tazminat yargılama süreçlerine etkisinin incelendiği yalnızca bir çalışma tespit edilmiştir(69). Çalışmamız bu türde dünya genelinde yapılan ikinci çalışma, kıta Avrupası hukuk sisteminde yapılan ilk

Çalışma özelliği taşırmaktadır. Bu sebeple çalışmamızdaki otopsi yapılan ve yapılmayan olguların dağılımmı ile yargılama ve bilirkişilik süreçlerine etkisi yönünden veriler Gartland ve ark. tarafından yapılan çalışmadaki benzer hususları irdeleyen verilerle karşılaştırılmış olup benzer olmayan hususlardaki verilerse tarafımızca yorumlanıp tartışılmıştır(69).

Çalışmamızda Yargıtay Ceza Daireleri Temyiz Kararlarındaki olguların 97 (% 63,4)'sinde otopsi işlemi yapılmışken, 44 (% 28,8)'ünde otopsi işlemi yapılmamış, 12 (% 7,8) olguda ise eldeki verilere göre otopsi yapılıp yapılmadığı tespit edilememiştir. Pakiş'in tezinde (2006) alışmamızdaki Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarından elde ettiğimiz verilere uyumlu şekilde otopsi yapılan olguların oranı % 71, otopsi yapılmayan olguların oranı %29 olarak bulunmuştur(75). Gartland ve ark. tarafından ABD'deki Harvard Tıp Fakültesi Hastanelerinde gerçekleşmiş ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddialarına yönelik uzlaşma dosyaları ve tazminat yargılamalarından elde edilen verilerle yapılan bir çalışmaya göre otopsi yapılan olguların oranı %30 yapılmayan olguların oranı ise %70 olarak bulunmuştur. Otopsi uygulanmayan olguların oranının çalışmamıza göre yüksek bulunmasının nedenin karşılaştırma yapılan çalışmada tazminat davaları ve uzlaştırma dosyaları kapsamındaki olgular incelenirken, çalışmamızda ceza yargılaması veya savcılık soruşturması kapsamındaki olguların incelenmesi nedeniyle savcılıklar tarafından resen otopsi yaptırılan vakaların çokluğundan ileri geldiğini düşünmekteyiz(69). Bu farkın bir diğer nedeninse ülkemizde ceza soruşturması kapsamında uygulanan otopsi işlem ücretleri devlet tarafından deniyorken, karşılaştırma yaptığımız çalışmadaki otopsi işlem ücretlerinin taraflarca ödenmesinden ileri geldiğini düşünmekteyiz.

Yargıtay Ceza Daireleri Temyiz Kararlarındaki otopsi yapılmayan olgularda aynı bilirkişi kurumu tarafından verilen raporlar arasında çelişki varlığı, otopsi yapılan olgulardakine göre istatistiki olarak anlamlı ölçüde fazla bulunmuştur. Bu veriye göre ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası olgularında otopsi yapılmamasının aynı kurumun aynı heyetlerince veya tıbbi uygulama hatalarına bakış açısı oldukça benzer olan farklı heyetleri tarafından verilen bilirkişi raporları arasında bile kusur veya illiyet yönünden çelişkili kararlar verilmesine neden olduğunu düşünmekteyiz.

Yargıtay Ceza Daireleri Temyiz Kararlarındaki otopsi yapılan ve yapılmayan olgular arasında ek bilirkişi raporuna ihtiyaç durumu açısından istatistiki anlamlılık tespit edilmemiş olmakla birlikte otopsi yapılmayan olgularda ek bilirkişi raporuna

ihtiyaç varlığı (% 43,2), otopsi yapılan olgulardaki ek bilirkişi raporuna ihtiyaç varlığından (% 26,8) oransal olarak fazla bulunmuştur. Bu veriye göre ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası olgularında otopsi yapılmamasının yargı mercilerinin ek bilirkişi raporuna ihtiyaç duymadan maddi olayı aydınlatmasını ve nihai kararını vermesini zorlaştırdığını düşünmekteyiz.

Yargıtay Ceza Daireleri Temyiz Kararlarındaki otopsi yapılan ve yapılmayan olgularda ilk derece mahkemesi yargılama/savcılık süreleri açısından istatistiki anlamlılık tespit edilmemiş olmakla birlikte otopsi yapılan olgularda ilk derece mahkemesi yargılama/savcılık soruşturma süresi ortalamasının ($3,12 \pm 1,58$) otopsi yapılmayan olgulardaki ilk derece mahkemesi yargılama/savcılık soruşturma süresi ortalamasından ($2,74 \pm 1,41$) fazla olduğu tespit edilmiştir. Gartland ve ark. tarafından ABD'deki Harvard Tıp Fakültesi Hastanelerinde gerçekleşmiş ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddialarına yönelik uzlaşma dosyaları ve tazminat yargılamalarından elde edilen verilerle yapılan bir çalışmaya göre çalışmamızdaki bulgudan farklı olarak otopsi yapılan olgularda otopsi yapılmayan olgulara göre toplam süresinin daha kısa sürdüğü tespit edilmiş olsa da istatistiki anlamlılık tespit edilememiştir. Çalışmalar arasındaki bu farklılığın karşılaştırma yaptığımız çalışmadaki verilerin çoğunlukla tazminata yönelik uzlaşma dosyalarından alınmışken bizim çalışmamızdaki verilerinse ceza yargılamaları davalarından elde edilmesinden ileri geldiğini düşünmekteyiz. Çünkü uzlaşma dosyalarında özellikle ceza davalarından farklı olarak suçlama ile karşı karşıya kalan kişinin otopsi ile ortaya konan somut bulgulara rağmen iddiasında diretme kense kendisi için en az dezavantajlı durum üzerinden biran önce uzlaşmaya varmak istediğini düşünmekteyiz(69). Çalışmamızdaki bu veride otopsi yapılan olgularda yapılmayan olgulara göre ilk derece yargılama/savcılık soruşturma süreleri ortalamasının fazla bulunmasının nedeninin üzerinde fikir yürütülebilecek veya itiraz yapılabilecek otopsi ile ortaya konan somut bulgunun olmasından ileri geldiğini düşünmekteyiz.

Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarındaki olguların 73 (% 47,7)'ünde otopsi işlemi yapılmamışken, 62 (% 40,5)'sinde otopsi işlemi yapılmış, 18 (% 11,8) olguda ise eldeki verilere göre otopsi yapıp yapılmadığı tespit edilememiştir. Bu veriye oransal dağılım olarak nispeten benzer şekilde Gartland ve ark. tarafından ABD'deki Harvard Tıp Fakültesi Hastanelerinde gerçekleşmiş ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddialarına yönelik uzlaşma dosyaları ve tazminat yargılamalarından elde edilen verilerle yapılan bir çalışmaya göre ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası

olgularında otopsi yapılan olguların oranı %30 yapılmayan olguların oranı %70 olarak bulunmuştur(69). Oranlar arasındaki farkın nedeninse idare mahkemelerinde görülüp Danıştay ilgili dairelerine temyiz edilen olguların bir kısmında öncesinde savcılık soruşturması veya ceza yargılaması yapıyor olmasından ileri geldiğini düşünmekteyiz. Pakiş'in tezinde otopsi yapılan olguların oranı %71, yapılmayan olguların oranı ise %29 olarak bulunmuştur(75). Bu veri çalışmamızdaki Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarından elde edilen verilerle karşılaştırıldığında uyumsuz bulunmuştur. Bunun nedenin karşılaştırma yaptığımız tez çalışmasındaki verilerin sadece ATK'dan görüş alınan olgulardan elde edilmesi ve bu olgularında çoğunluğunu savcılık soruşturması veya ceza yargılaması kapsamındaki olguların oluşturmasından ileri geldiğini düşünmekteyiz.

Danıştay İlgili Daire Temyiz Kararlarındaki otopsi yapılan ve yapılmayan olgular arasında aynı bilirkişi kurumu tarafından verilen raporlar arasındaki çelişki durumu açısından istatistiki anlamlılık tespit edilmemiş olmakla birlikte otopsi yapılmayan olgularda aynı kurum raporları arasında çelişki varlığı (% 4,1), otopsi yapılan olgulardaki aynı kurum raporları arasında çelişki varlığından (% 1,6) oransal olarak fazla bulunmuştur. Bu veriye göre ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası olgularında otopsi yapılmamasının aynı kurumun aynı heyetlerince veya tıbbi uygulama hatalarına bakış açısı oldukça benzer olan farklı heyetleri tarafından verilen bilirkişi raporları arasında bile kusur veya illiyet yönünden çelişkili kararlar verilmesine neden olduğunu düşünmekteyiz.

Danıştay İlgili Daireler Temyiz Kararlarındaki otopsi yapılan ve yapılmayan olgular arasında ek bilirkişi raporuna ihtiyaç durumu açısından istatistiki anlamlılık tespit edilmemiş olup otopsi yapılmayan olgularda ek bilirkişi raporuna ihtiyaç varlığı (% 34,2), otopsi yapılan olgulardaki ek bilirkişi raporuna ihtiyaç varlığından (% 19,4) oransal olarak fazla bulunmuştur. Bu veriye göre ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası olgularında otopsi yapılmamasının yargı mercilerinin ek bilirkişi raporuna ihtiyaç duymadan maddi olayı aydınlatmasını ve nihai kararını vermesini zorlaştırdığını düşünmekteyiz.

Danıştay İlgili Daireler Temyiz Kararlarındaki otopsi yapılan ve yapılmayan olgularda ilk derece idare mahkemesi yargılama süreleri açısından istatistiki anlamlılık tespit edilmemiştir. Ayrıca yargılama süreleri ortalamaları da bir birine oldukça yakın bulunmuştur. Bu veriye göre ilk derece mahkemelerinde yargılama sürelerinin

uzunluğuna etki eden birden çok etken olması nedeniyle otopsi yapılmasının veya yapılmamasının yargı sürelerine olan etkisinin ortaya çıkmasını engellediğini düşünmekteyiz.

Yargıtay Hukuk Daireleri Temyiz Kararlarındaki olguların 43 (% 58,1)'ünde otopsi işlemi yapılmamışken, 22 (% 29,7)'sinde otopsi işlemi yapılmış, 9 (% 12,2) olguda ise eldeki verilere göre otopsi yapıp yapılmadığı tespit edilememiştir. Bu veriye benzer şekilde Gartland ve ark. tarafından ABD'deki Harvard Tıp Fakültesi Hastanelerinde gerçekleşmiş ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddialarına yönelik uzlaşma dosyaları ve tazminat yargılamalarından elde edilen verilerle yapılan bir çalışmaya göre ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası olgularında otopsi yapılan olguların oranı %30 yapılmayan olguların oranı %70 olarak bulunmuştur(69). Oranlar arasındaki ufak farkın nedeninse hukuk mahkemelerinde görülüp Yargıtay Hukuk Dairelerine temyiz edilen olguların bir kısmında öncesinde savcılık soruşturması veya ceza yargılaması yapılıyor olmasından ileri geldiğini düşünmekteyiz. Pakiş'in tezinde otopsi yapılan olguların oranı %71, yapılmayan olguların oranı ise %29 olarak bulunmuştur(75). Bu veri çalışmamızdaki Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarından elde edilen verilerle karşılaştırıldığında uyumsuz bulunmuştur. Bunun nedenin karşılaştırma yaptığımız tez çalışmasındaki verilerin sadece ATK'dan görüş alınan olgulardan elde edilmesi ve bu olgularında çoğunluğunu savcılık soruşturması veya ceza yargılaması kapsamındaki olguların oluşturmasından ileri geldiğini düşünmekteyiz.

Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki otopsi yapılan ve yapılmayan olgular arasında aynı kurum raporları arasında çelişki durumu açısından istatistiki anlamlılık tespit edilmemiştir. Bunun nedeninin Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarından alınan verilerdeki aynı bilirkişi kurumu arasında çelişki olan vaka sayısının az olmasında ileri geldiğini düşünmekteyiz.

Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki otopsi yapılmayan olgularda ek bilirkişi raporuna ihtiyaç duyulmasının, otopsi yapılan olgulardakine göre anlamlı ölçüde fazla olduğu bulunmuştur. Bu veriye göre ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası olgularında otopsi yapılmamasının yargı mercilerinin ek bilirkişi raporuna ihtiyaç duymadan maddi olayı aydınlatmasını ve nihai kararını vermesini zorlaştırdığını düşünmekteyiz.

Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki otopsi yapılan olgularda ilk derece mahkemesi yargılama süresi ortalamaları, otopsi yapılmayan olgulardakine göre anlamlı derecede daha uzun bulunmuştur. Gartland ve ark. tarafından ABD'deki Harvard Tıp Fakültesi Hastanelerinde gerçekleşmiş ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddialarına yönelik uzlaşma dosyaları ve tazminat yargılamalarından elde edilen verilerle yapılan bir çalışmaya göre çalışmamızdaki bulgudan farklı olarak otopsi yapılan olgularda otopsi yapılmayan olgulara göre toplam süresinin daha kısa olduğu ortaya konsada istatistiki anlamlılık tespit edilememiştir. Çalışmalar arasındaki bu farklılığın karşılaştırma yaptığımız çalışmadaki verilerin çoğunlukla uzlaşma dosyalarından alınmışken bizim çalışmamızdaki verilerinse hukuk yargılamaları davalardan elde edilmesinden ileri geldiğini düşünmekteyiz. Çünkü uzlaşma dosyalarında dava süreçlerinden farklı olarak haksız iddiaları olan tarafın otopsi ile ortaya konan somut bulgulara rağmen iddiasında direktmektense kendisi için en az dezavantajlı durum üzerinden biran önce uzlaşmaya varmak istediğini düşünmekteyiz(69). Çalışmamızdaki bu veride otopsi yapılan olgularda yapılmayan olgulara göre ilk derece yargılama süreleri ortalamasının istatistiki olarak anlamlı derecede fazla bulunmasının nedeninin üzerinde fikir yürütülebilecek veya itiraz yapılabilecek otopsi ile ortaya konan somut bulgunun olmasından ileri geldiğini düşünmekteyiz. Ayrıca yargılama süresinin uzunluğuna etki eden birden çok etken olmasına rağmen otopsi yapılan ve yapılmayan olgular arasında yargılama süreleri açısından anlamlı fark bulunmasının normal istatistiki anlamlılıktan daha değerli olduğunu düşünmekteyiz.

Tez çalışmamız verilerin sadece yüksek yargı temyiz kararlarından temin edilmesi yönünden kısıtlılık içermektedir. Gizlilik, etik ve izin sorunları gereği her ne kadar oldukça zor olsa da dava dosyaları içerisindeki evrakların tek tek okunması ile elde edilecek veriler üzerinden yapılabilecek bir çalışmanın daha sağlıklı sonuçlar vereceğini düşünmekteyiz. Çalışmamızdaki bulgular yüksek yargı temyiz kararlarındaki yargı ve bilirkişilerce verilen muhakeme kararlarının tarafımızca yapılan değerlendirmesi neticesinde sayısal verilere dönüştürülmüştür. Yüksek yargı temyiz kararları üzerinden yapılan bir çalışmada sayısal veri ve istatistiki anlamlılık verebilmekte ancak bu şekilde mümkün olmaktadır. Bu sebeple çalışmamız minimalde olsa araştırmacı hatası içerebilmesi yönünden kısıtlılık içermektedir. Yüksek yargı temyiz kararlarındaki yargı ve bilirkişilerce verilen muhakeme kararlarının birden çok

hekim ve hukukçu araştırmacı tarafından beraber değerlendirilmesi sonrası sayısal verilere dönüştürülmesinin araştırmacı hatası ihtimalini ve oranını düşürerek daha sağlıklı sonuçlar vereceğini düşünmekteyiz.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- 1- Yargıtay Ceza Daireleri ve Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarındaki olgularda hakkında ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddiasıyla şikâyet olunan uzmanlık alanı ve görev tanımı türleri içerisinde vaka başına düşen oranı en yüksek olanlar acil servislerde görevli hekimler (% 37,3-32,0) kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekimler (% 17,0-20,9) ve genel cerrahi uzmanı hekimler (% 17,0-12,4) olarak tespit edilmiştir. Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki olgularda hakkında ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddiasıyla şikâyet olunan uzmanlık alanı türleri içerisinde vaka başına oranı en yüksek olanlar kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekimler (% 23,0), genel cerrahi uzmanı hekimler (% 20,3) ve anestezi uzmanı hekimler (% 10,8) olarak tespit edilmiştir.
- 2- Çalışmamızdan elde edilen verilere bakıldığında ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddiası ile daha sık karşılaşılan branşların TUS sonuçlarına göre hekimler tarafından tercih edilme oranlarının ve yerleşme puanlarının oldukça düştüğü hatta bazı kontenjanların boş kaldığı dikkat çekmektedir. İnsan sağlığı ve yaşamı için oldukça önemli olan bu branşlardaki hekim sayısının ve kalitesinin azalması ülkemiz sağlık sistemi açısından geri dönülemez yaralar oluşturmaktadır. Hekimlerin branş tercihlerini özgürce yapabilmesi, seçtikleri branşlarda tıbbi uygulama hatası iddialarından korkmadan, defansif tıbbi yönelmeden mesleklerini sadece tıbbın gereklerine göre ve hastaların en çok fayda görecekleri şekilde icra edebilmeleri için gerekli tüm düzenlemelerin biran önce yapılması gerekmektedir.
- 3- Tüm yargı yollarındaki bilirkişi raporlarından elde edilen verilerde en az bir bilirkişi raporuna göre kusur verilen olgularda en sık rastlanan kusur türleri sırasıyla; tanı eksikliği/hatası (% 33,2-27,1-28,2), takip eksikliği/tedavide gecikme (% 29,8-24,5-25,4) ve tedavi eksikliği/hatası (% 16,3-18,1-25,4) olarak tespit edilmiştir.
- 4- Çalışmamıza göre en sık rastlanan kusur türü tanı eksikliği/hatası olarak bulunmuşken dünya literatüründe tedavi eksikliği/hatası olduğu

görülmüştür. Ayrıca çalışmamızda takip eksikliği/tedavide gecikme kusurunun da tedavi eksikliği/hatası kusurundan fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu farklılıkların nedenin ülkemizde sevk zincirinin sağlıklı işlememesinden, hasta başına ayrılan sürenin oldukça kısıtlı olmasından, hekimlerin iş yükünün ve çalışma saatlerinin oldukça fazla olmasında ve özellikle kamuda sağlık sisteminin nitelikten çok niceliği önceleyen performans sistemine dayanmasından ileri geldiğinin düşünmekteyiz. Bu sebep hekimlerin çalışma süreleri ve koşullarının gelişmiş ülkelerdekine benzer şekilde bir an önce düzeltilmesi gerekmektedir.

- 5- Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarına göre farklı suç tiplerinde ve en az bir sanık yönünden kesin olarak ceza verilen dava sayısı 51 (% 33,3) olarak bulunmuştur. Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarına göre 93 (% 60,78) davada manevi, 43 (% 28,10) dava ise maddi tazminata hükmedilmiştir. Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarına göre 22 (% 29,72) davada manevi, 15 (20,27) davada ise maddi tazminata hükmedilmiştir.
- 6- Çalışmamız kapsamında incelenen Yargıtay Ceza ve Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası nedeniyle verilen ceza veya tazminat (maddi-manevi) kararlarının oranı dünya literatürü ile genel hatları itibariyle uyumlu bulunmuş olmakla birlikte Danıştay ilgili daireleri kararlarında ise bu oran dünya literatürünün ve Yargıtay (Ceza-Hukuk) temyiz kararlarının oldukça üstünde bulunmuştur. Bu durum idarelere yüklenen tazminat ödemeleri kendilerine rücu edilen hekimler için endişe verici olup aynı zamanda hekimlerin yargıya olan güvenini ve adalet arayışlarını zedelemektedir. Ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddiası ile görülen davaların sonuçları açısından yüksek yargı kararları arasında bu denli oransal uyumsuzluk olması tıbbi uygulama hatalarına yönelik özel bir kanunun çıkarılmasının ve ihtisas mahkemelerinin kurulmasının elzem olduğunu gözler önüne sermektedir.
- 7- Yargıtay Ceza Daireleri'nin 4 (% 2,6) temyiz kararında, Danıştay ilgili dairelerinin 26 (% 17,0) temyiz kararında, Yargıtay Hukuk Daireleri'nin 3 (% 4,0) temyiz kararında bilirkişi raporu veya raporlarındaki ortak kanaatten tamamen farklı karar verdiği tespit edilmiştir. Danıştay ilgili dairelerinin bilirkişi kanaatinden tamamen farklı karar verdiği olguların oranı Yargıtay

Ceza ve Hukuk Dairelerine göre oldukça yüksek bulunmuştur. Ülkemiz kanunlarına göre her ne kadar yargı merciinin bilirkişi kararlarına uyma zorunluluğu olmasa da tıbbi uygulama hatası iddiaları gibi oldukça teknik bilgi gerektiren bir konuda bilirkişi kanaatinden tamamen farklı karar verilen olguların oranının bu denli yüksek olması endişe vericidir. Ayrıca ülkemizden farklı olarak yurtdışı literatüründe incelenen çalışmalarda yargı kararları ve bilirkişi kararlarının ayrı ayrı verilmediği, ikisinin tek bir veri gibi sunulduğu ve sadece bilirkişi kararlarına yönelik verilerin paylaşıldığı, benzer sebeple yargı kararlarının bilirkişi kararlarına uyma durumu yönünden veriler olmadığı da tespit edilmiştir.

- 8- Yargıtay Ceza Dairelerince verilen temyiz kararlarının 53 (% 34,6)'ünde, Danıştay ilgili dairelerince verilen temyiz kararlarının 42 (% 27,5)'sinde, Yargıtay Hukuk Dairelerince verilen temyiz kararlarının 52 (% 70,3)'sinde ek bilirkişi raporu alınması sonrası esasa ilişkin yeniden yargılama yapılması gerektiği kararı verildiği tespit edilmiştir.
- 9- Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki otopsi yapılmayan olgularda ek bilirkişi raporuna ihtiyaç duyulması oranı, otopsi yapılan olgulardakine göre anlamlı ölçüde fazla bulunmuştur.
- 10- Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki otopsi yapılmayan olgularda ilk derece mahkemesi yargılama süreleri ortalaması, otopsi yapılan olgulardakine göre anlamlı derecede kısa bulunmuştur.
- 11- Otopsi yapılan olgularda yapılmayan olgulara göre esasa ilişkin yeniden yargılamada kullanılmak üzere istenen ek bilirkişi raporuna ihtiyaç oranı düşük bulunmuştur. Bu veri otopsi yapılan olgularda otopsi yapılmayan olgulara göre yüksek yargı tarafından nihai karar verilme oranının daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Bu sebeple her ne kadar otopsi yapılan olgularda otopsi yapılmayan olgulara göre ilk derece yargılama süreleri daha uzun bulunmuş olsa da otopsi yapılmasının yüksek yargı tarafından nihai kararın verilmesini hızlandırdığı sonucu ortaya çıkmaktadır.
- 12- Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarındaki otopsi yapılmayan olgularda aynı bilirkişi kurumu tarafından verilen raporlar arasındaki çelişki varlığı oranı, otopsi yapılan olgulardakine göre anlamlı ölçüde fazla bulunmuştur.

- 13- Çalışmamızda otopsi yapılan olgularda otopsi yapılmayan olgulara göre aynı bilirkişi kurumu tarafından aynı olgu için verilen raporlar arasındaki çelişki oranı düşük bulunmuştur. Bu veriye göre ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası olgularında otopsi yapılmamasının aynı kurumun aynı heyetlerince veya tıbbi uygulama hatalarına bakış açısı oldukça benzer olan farklı heyetleri tarafından verilen bilirkişi raporları arasında bile kusur veya illiyet yönünden çelişkili kararlar verilmesine neden olduğunu ortaya koymaktadır. Tüm bu veri ve açıklamalar neticesinde otopsi yapılan olgularda otopsi yapılmayan olgulara göre bilirkişilik süreçlerinin daha sağlıklı yürüdüğü ortaya çıkmaktadır.
- 14- Yargıtay Ceza Daireleri temyiz kararlarındaki olguların 97 (% 63,4)'sinde otopsi yapıldığı, 44 (% 28,8)'ünde otopsi yapılmadığı, 12 (% 7,8) olguda ise otopsi durumunun belirsiz olduğu tespit edilmiştir. Danıştay ilgili daireleri temyiz kararlarındaki olguların 73 (% 47,7)'ünde otopsi yapılmadığı, 62 (% 40,5)'sinde otopsi yapıldığı, 18 (% 11,8) olguda ise otopsi durumunun belirsiz olduğu tespit edilmiştir. Yargıtay Hukuk Daireleri temyiz kararlarındaki olguların 43 (% 58,1)'ünde otopsi yapılmadığı, 22 (% 29,7)'sinde otopsi yapıldığı, 9 (% 12,2) olguda ise otopsi durumunun belirsiz olduğu tespit edilmiştir.
- 15- Çalışmamıza göre ülkemizde ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddiası ile görülen davalardaki olgularda otopsi yapılma oranları başta tazminat yargılamalarında olmak üzere düşük bulunmuştur. Bu durum somut gerçeğe ulaşmayı zorlaştırdığı gibi yüksek yargı tarafından nihai kararın verilmesini de geciktirmektedir. Ayrıca bilirkişilik süreçlerinin sağlıklı ilerlemesine engel olmaktadır. Bu nedenle ölümle sonuçlanan tıbbi uygulama hatası iddialarında şartlar el verdiği ölçüde otopsi yapılmasının sağlanması gerekmektedir. Otopsi yapılmadan defnedilen kişi yönünden tıbbi uygulama hatası iddiası ile açılan davalarda, özellikle tazminat yargılamalarında otopsi yapılmamasının neden olduğu dezavantajlar gözünde bulundurulmalıdır. Otopsi yapılmamasının neden olduğu belirsizlikler ve dezavantajlar yargılama süreçlerinde sadece hakimlerin ve sağlık idarelerinin üzerine yüklenmemelidir.

KAYNAKLAR

1. Polat O. Tıbbi Uygulama Hataları. 1st ed. Polat O, editor. Ankara: Seçkin Yayınları; 2005.
2. Celbiş O, Keser H, Börk T, Öner BS. Yüksek Yargı Kararlarında Tıbbi Uygulama Hataları. 1st ed. Ankara: Akademisyen Yayınları; 2018. 10–110 p.
3. Sayek F. Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler (Dünya Tabipler Birliği, Avrupa Konseyi, Birleşmiş Milletler, Unesco, Avrupa Tabip Birlikleri Forumu). 2nd ed. F. Sayek, editor. Türk Tabipler Birliği Yayınları. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları; 2009. 48–49 p.
4. Tuğcu H, Yorulmaz C, Koç S. “Hekim sorumluluğu ve tıbbi malpraktis.” In: Koç S, Can M, editors. Birinci Basamakta Adli Tıp. 2nd ed. İstanbul: İstanbul Tabip Odası Yayınları; 2011. p. 9-17.
5. Çetin G. Tıbbi Malpraktis. In: Yorulmaz A.Ç., Çetin G., editor. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları; 2006. p. 21-42.
6. Yorulmaz C, Kaya A. Tıbbi Malpraktisin Uzmanlık Alanlarına Dağılımı Ve Karşılaşılan Nedenler. In: Çetin G, Kaya A, editors. Hekimlik Uygulamalarının Adli Tıbbi Güncellenmesi. 1st ed. İstanbul: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Eğitim Komisyonu; 2012. p. 9-21.
7. Gore DC, Gregory RS. Historical perspective on medical errors: Richard Cabot and the Institute of Medicine. Vol. 197, Journal of the American College of Surgeons. LWW; 2003. p. 609–11.
8. Mızrak B, Celbiş O. Patoloji ve Malpraktis. J Turgut Ozal Med Cent. 2007;14(3):213–7.
9. T.C. Anayasası 17. Madde T.C. Resmî Gazete, sayı: 17863 (Mükerrer) , 18 Kasım 1982.
10. 1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. T.C. Resmî Gazete, sayı: 863, 14 Nisan 1928.

11. Hakeri H. Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluğunun Şartları. Tıp Hukuku Derg. 2014;3(6):17–44.
12. Aşçıoğlu Ç. Tıbbi yardım ve el atmalardan doğan sorumluluklar. 1st ed. Aşçıoğlu Ç, editor. Doktorların Devletin ve Özel Hastanelerin Sorumluluğu (Cezai ve Hukuki). Ankara: Tekışık Ofset Tesisleri; 1993.
13. Amundsen DW. Physician, Patient And Malpractice: An. In: The Law-Medicine Relation: A Philosophical Exploration: Proceedings of the Eighth Trans-Disciplinary Symposium on Philosophy and Medicine Held at Farmington, Connecticut, November 9–11, 1978. Springer Science & Business Media; 2012. p. 255.
14. Cosman MP. Medieval medical malpractice: the dicta and the dockets. Bull N Y Acad Med. 1973;49(1):22.
15. Gedikli F. “Osmanlı Hukukunda Hekim Sorumluluğu ve XVII. Yüzyılda Ünlü Bir Fıtık Cerrahı. Türk Hukuk Tarihi Araştırmaları. 2007;4:15–27.
16. Mohr JC. American medical malpractice litigation in historical perspective. Jama. 2000;283(13):1731–7.
17. Dalton GD, Samaropoulos XF, Dalton AC. Improvements in the safety of patient care can help end the medical malpractice crisis in the United States. Health Policy (New York). 2008;86(2–3):153–62.
18. Thorpe KE. The medical malpractice “crisis”: Recent trends and the impact of state tort reforms. Health Aff. 2004;23.
19. Budetti P, Waters T. Medical Malpractice Law in the United States. Menlo Park; 2005.
20. Kessler DP. System and Options for Reform. J Econ Perspect. 2011;25(2):93–110.
21. Bal BS. An introduction to medical malpractice in the United States. Clin Orthop Relat Res. 2009;467(2):339–47.
22. Savaş H. Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları Tıbbi Malpraktis Tıbbi Davaların Seyri ve Sonuçları, Seçkin Yayınları, 3. Savaş, Hal. 3, editor. Baskı, Ankara, Haziran. Ankara: Seçkin Yayınları; 2013.
23. Madea B, Preuß J. Medical malpractice as reflected by the forensic evaluation of

- 4450 autopsies. *Forensic Sci Int.* 2009;190(1–3):58–66.
24. Gürcan A, Yorulmaz AC. Physician Responsibility and Medical Malpractice After the Legal Regulations. *Trak Univ Tıp Fak Derg* 2010;27:7–12. *Trak Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg.* 2010;27(1):7–12.
 25. Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. T.C. Resmî Gazete, sayı: 27478, 21 Ocak 2010.
 26. Polat O, Pakiş I. Tıbbi uygulama hatalarında hekim sorumluluğu. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2011;(3):119–25.
 27. Hakeri H. *Tıp hukuku.* 1st ed. Ankara: Seçkin Yayınları; 2012.
 28. Kocatürk U. *Açıklamalı Tıp Terimleri Sözlüğü.* 1st ed. Kocatürk U, editor. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi; 1989. 22 p.
 29. Can İÖ, Özkarar E, Can M. Yargıtayda karara bağlanan tıbbi uygulama hatası dosyalarının değerlendirilmesi. *DEÜ Tıp Fakültesi Derg.* 2011;25(2)(232):69–76.
 30. Yılmaz KC, Polat O, Kocamaz B. Defansif tıp uygulamalarının hukuksal açıdan incelenmesi. *Türkiye Adalet Akad Derg.* 2014;(16):19–51.
 31. Yeşiltaş A, Erdem R. Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Bir Derleme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Derg.* 2018;10(23):137–50.
 32. Keser H, Durhan İ. Hekimin ve İdarenin Sağlık Hizmetlerinden Doğan Hukuki Sorumluluğu. In: Celbiş O, İşcan MY, editors. *Adli Bilimler: Kimlik, Yeniden Yapılandırma ve Ölüm.* 1st ed. Ankara: Akademisyen Kitapevi; 2016. p. 1–22.
 33. Koç S. Adli Tıbbi Açıdan Malpraktis ve Hekim Sorumluluğu. *Toraks Cerrahisi Bülteni.* 2014;5(1):33–8.
 34. Türk Ceza Kanunu. T.C. Resmî Gazete, sayı: 25611, 12 Ekim 2004.
 35. Türk Borçlar Kanunu. T.C. Resmî Gazete, sayı: 27836, 4 Şubat 2011.
 36. Ersoy LV. Medical Palpraktis. *Toraks Cerrahisi Bülteni.* 2014;5(1):29–32.
 37. TBMM. Türk Ceza Kanunu Ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Kanun Numarası 7406 Kabul Tarihi:12.05.2022 [Internet]. TBMM Resmi Web Sitesi. [cited 2022 May 15]. Available from: <https://www5.tbmm.gov.tr/kanunlar/k7406.html>

38. Odabaşı O. TTB Yüksek Onur Kurulu 2008-2010 ve 2010-2012 Dönemi Kararları Üzerinden Değerlendirme. *Sürekli Tıp Eğitimi Derg.* 2018;27(1):45–45.
39. Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği. T.C. Resmî Gazete, sayı:25446, 28 Nisan 2014.
40. Hızal A, Çınarlı S. Hatalı Tıbbi Müdahaleden Kaynaklanan Tam Yargı Davalarında Tazmin Borcunun Kapsamı. *İstanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Derg.* 2015;2(1):143–84.
41. Koç S. Responsibility and Obligations Physician by Legal Regulations. *Turkish Arch Dermatology Venereol.* 2007;41(2):33–8.
42. Yıldırım İ. Tıbbi Malpraktis ve Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2015;6(3):121–9.
43. Veli Durmuş. İdarenin Sağlık Hizmetinden Doğan Kusursuz Sorumluluğu. In: *İstanbul Barosu Yayın Kurulu, editor. Sağlık Hukuku Makaleleri 2. 1st ed. İstanbul: İstanbul Barosu Yayınları; 2012. p. 195–213.*
44. Özaslan A, Kolusayın Ö. Hekimin Yasal Sorumlulukları. In: *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Ana Bilim Dalı, editor. Adli Tıp Ders Kitabı. 1st ed. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları; 2011. p. 23–6.*
45. Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük. T.C. Resmî Gazete, sayı: 18255, 18 Aralık 1983.
46. Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları [Internet]. Türk Tabipler Birliği Resmi Web Sitesi. Ankara; 1999 [cited 2022 Apr 16]. 5–24 p. Available from: https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&id=65
47. Top M, Gider Ö, Taş Y, Çimen S. Hekimlerin Tıbbi Hatalara Neden Olan Faktörlere İlişkin Değerlendirmeleri: Kocaeli İlinden Bir Alan Çalışması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Derg.* 2008;11(2):161–200.
48. Duysak M. Hekimin Tıbbi Uygulama Hatalarından Doğan Cezai Sorumluluğu. *Ankara Barosu Hukuk Gündemi Derg.* 2009;3(5):25–38.
49. Hasta Hakları Yönetmeliği. T.C. Resmî Gazete, sayı: 23420, 1 Ağustos 1998.

50. Altundiş M. Tıbbi kişisel verilerin tutulması ve korunması yükümlülüğü ve idarenin bu yükümlülüğünü yerine getirmemesinden doğan sorumluluğu. Türkiye Adalet Akad Derg. 2016;7(28):313–51.
51. İnce H, İnce N, Özyıldırım BA, Safran N. Hatalı tıbbi uygulama ve korunma yolları. İst Tıp Fak Derg. 2005;68(4):123–7.
52. Özer Ö, Taştan K, Set T, Çayır Y, Şener MT. Tıbbi hatalı uygulamalar. Dicle Med J / Dicle Tıp Derg. 2015;42(3):394–7.
53. Akgül A. İdarenin Sağlık Hizmetlerinden Doğan Tazmin Sorumluluğu ve Danıştayın Yeni Yaklaşımı. Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Hukuk Fakültesi Derg. 2016;20(1):269–302.
54. Çağlar Ö, Leblebici DN. Organizasyon kusurundan doğan zarar açısından özel hastane ve hekimlerin sorumluluklarına kısa bir bakış. Hacettepe Sağlık İdaresi Derg. 2007;10(2):177–200.
55. Demir M. Tıbbi organizasyon kusuru açısından hastanelerin hukuksal sorumluluğu. Ankara: Turhan Kitabevi Yayınları; 2010.
56. Özcan Z. Hastane işletmecisinin enfeksiyon riskine bağlı tehlike sorumluluğu. Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Derg. 2014;63(3):1–18.
57. Yıldırım MŞ, Odabaşı AB, Köse Ç, Lale A, Tümer AR. Tıbbi Uygulama Hatası İddialarının Değerlendirilmesinde Örnek Bir Sistem Hatası Olgusu. Adli Tıp Bülteni. 2018;23(1):65–8.
58. Ambady N, LaPlante D, Nguyen T, Rosenthal R, Chaumeton N, Levinson W. Surgeons' tone of voice: A clue to malpractice history. Surgery. 2002;132(1):5–9.
59. Özkıdık D. Hekimin Mesleki Sorumluluk Sigortası. Ankara Barosu Derg. 2016;74(4):245–68.
60. Hukuk Muhakemeleri Kanunu. T.C. Resmî Gazete, sayı: 27836, 4 Şubat 2011.
61. Adli Tıp Kurumu Kanunu. T.C. Resmî Gazete, sayı: 17670, 20 Nisan 1982.
62. Bakanlıklara Bağlı, İlgili, İlişkili Kurum ve Kuruluşlar ile Diğer Kurum ve Kuruluşların Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi. T.C. Resmî Gazete, sayı: 30479, 15 Temmuz 2018.
63. Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. T.C.

Resmî Gazete, sayı: 28103 Mükerrer, 2 Kasım 2011.

64. Türk Tabipler Birliği Kanunu. T.C. Resmî Gazete, sayı: 8323, 31 Ocak 1953.
65. Kök AN. Hatalı tıbbi uygulama (medikal malpraktis) iddialarında otopsinin  nemi. Uyuşmazlık Mahkemesi Derg. 2016;(7):677–86.
66. Duran GY. Ceza Muhakemesi Hukukunda  l n n Kimliğinin Belirlenmesi, Adli Muayene ve Otopsi (CMK m. 86-89). Bahçeşehir Üniversitesi Hukuk Fakültesi Derg. 2019;14(177–178):1089–164.
67. Goldman L, Sayson R, Robbins S, Cohn LH, Bettmann M, Weisberg M. The value of the autopsy in three medical eras. N Engl J Med. 1983;308(17):1000–5.
68. Bove KE, Iery C. The role of the autopsy in medical malpractice cases, I: a review of 99 appeals court decisions. Arch Pathol Lab Med. 2002;126(9):1023–31.
69. Gartland RM, Myers LC, Iorgulescu JB, Nguyen AT, Yu-Moe CW, Falcone B, et al. Body of evidence: Do autopsy findings impact medical malpractice claim outcomes? J Patient Saf. 2021;17(8):576–82.
70. Yayıcı N,  z n  , Arslan MM,  ris M. Postoperatif ölümle sonuçlanmış ve tıbbi uygulama hatası iddiası bulunan olgularda otopsinin değeri. T Klin Adli Tıp Der. 2004;1(2):57–61.
71. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020 Haber Bülteni [Internet]. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. [cited 2022 Apr 10]. Available from: <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/41611/0/haber-bulteni-2020pdf.pdf>
72. Maeda H, Fujita MQ, Zhu BL, Quan L, Kamikodai Y, Tsuda K, et al. Labor-related fatalities in forensic postmortem investigations during the past 6 years in the southern half of Osaka city and surrounding areas. Leg Med. 2003;5(SUPPL. 1):2001–3.
73. Bora Büken. 1990-2000 Yıllarında Adli Tıp Kurumu I. ve II. İhtisas Kurullarına Obstetrik ve Jinekolojik Malpraktis İddiasıyla Gönderilen Olguların Adli Tıp Açısından İrdelenmesi. T.C. Adli Tıp Kurumu; 2002.
74. Berna Algan. İstanbul’da Yapılan Adli Otopsilerin Malpraktis Açısından İrdelenmesi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi; 2012.

75. Pakiş I. Ölüm ya da ölü doğumla sonuçlanan tıbbi uygulama hatalarına yaklaşımda adli otopsinin rolü. Marmara Üniversitesi; 2006.
76. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Health Data: specialists outnumber GPs in most OECD countries [Internet]. OECD Official website. 2007 [cited 2022 Apr 20]. Available from: <https://www.oecd.org/general/oecdhealthdataspecialistsoutnumbergpsinmostoecdcountries.htm>
77. Mustafa KIRTIçOĞLU. Yargıtay’da 2010-2017 Yılları Arasında Karara Bağlanan Hatalı Tıbbi Uygulama (Malpraktis) Dava Kararlarının Değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.
78. Zhang K, Li Y, Fan F, Liu X, Deng Z. Court Decisions on Medical Malpractice in China After the New Tort Liability Law. Am J Forensic Med Pathol. 2016;37(3):149–51.
79. ÖSYM. 2022-TUS 1. Dönem Genel Yerleştirme Sonuçlarına İlişkin En Büyük ve En Küçük Puanlar [Internet]. ÖSYM Resmi Web Sitesi. 2022 [cited 2022 Apr 18]. Available from: <https://dokuman.osym.gov.tr/pdfdokuman/2022/TUSDONEM1/minmax-gnyu28042022.pdf>
80. Burkhard Madea. Medical Malpractice. first edit. Burkhard Madea, editor. Handbook of Forensic Medicine. Wiley Online Library; 2014. 545–561 p.
81. Giraldo P, Sato L, Castells X. The impact of incident disclosure behaviors on medical malpractice claims. J Patient Saf. 2020;16(4):e225–9.
82. Türk Medeni Kanunu 28. Maddesi. T.C. Resmî Gazete, sayı: 24607, 8 Aralık 2001.
83. Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Gandhi TK, Kachalia A, Yoon C, et al. Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. N Engl J Med. 2006;354(19):2024–33.
84. Knaak JP, Parzeller M. Court decisions on medical malpractice. Int J Legal Med. 2014;128(6):1049–57.

EKLER

EK-1. Etik Kurul Kararı

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
30.11.2021	24	2021/2776	
Çalışma Adı:	Yüksek Yargıda 2010-2020 Yılları Arasında Karara Bağlanan Ölümle Sonuçlanan Tıbbi Uygulama Hatası Davalarının İncelenmesi		
Araştırmacılar:	Prof. Dr. Osman CELBİŞ (Yürütücü) Arş. Gör. Anıl Çağrı KABAL (Yardımcı Araştırmacı)		
Başvurunuz; üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup- olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde <u>çalışmanın etik açıdan uygun olduğuna;</u> oy birliği ile karar verilmiştir.			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı		KATILMADI	
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.		Prof. Dr. Barış OTLU Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Dinçer ÖZGÖR Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Ahmet KOÇ Etik Kurul Üyesi	KATILDI