

Farklı Ülkelerin Malpraktis Konusunda Yasal Düzenleme Girişimleri, Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası

¹Pınar GÜNGÖR, ²Yeliz DOĞAN MERİH, ³Meryem YAŞAR KOCABEY

¹Hem. Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi

²Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Başhemşire

³Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Başhemşire Yardımcısı

ÖZET:

Giriş ve Amaç: Malpraktis kelimesi, Latince’de mala-praxis kelimesinden türemiş olup, makul olmayan beceri veya özen eksikliğinin olduğu mesleki hatalar için kullanılır. Tıbbi girişim sonucunda oluşan zarar, genel sorumluluk kuralları gereğince sağlık çalışanlarının cezai ve hukuki olarak sorumluluk riskini oluşturmaktadır. Günümüzde, tıbbi uygulama hataları nedeniyle sağlık çalışanlarına karşı açılan dava sayısındaki hızlı artış, bir endişe kaynağı haline gelmiştir. Çalışmamızda bazı ülkelerin son yıllardaki malpraktis konusundaki yasal düzenlemeleri ve zorunlu mali sorumluluk sigorta yaklaşımları incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız kapsamında; İsveç, ABD, Almanya, Finlandiya, İspanya, Japonya ve Türkiye gibi malpraktis kavramının önemsendiği ve çalışmaların baz alındığı altı ülkenin malpraktis uygulamaları incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmamız kapsamında incelenen ülkelerin hepsinde malpraktis kavramına yönelik çalışmaların aktif yapıldığı ve yasal düzenlemelerin oluşturulduğu belirlenmiştir. Hatalara yönelik yapılan analiz çalışmalarında bütün ülkelerde ortak olarak cerrahi girişimlere bağlı hataların ilk sırada yer aldığı, hatalar sonucunda açılan davaların ağırlıklı doktor grubuna yapıldığı ve Finlandiya dışında diğer ülkelerin hepsinde hata sonucunda sağlık çalışanlarına davaların açıldığı belirlenmiştir. Ülkeler içinde en fazla tazminatların ABD ödendiği ve sigorta şirket primlerinin de buna bağlantılı olarak oldukça fazla olduğu belirlenmiştir. İncelenen bütün ülkelerde tıbbi hataları önlemeye yönelik kapsamlı çalışmaların yapıldığı saptanmıştır.

Sonuçlar: Tıbbi hataların önlenmesi için sağlık çalışanların önlem uygulamaları konusunda bilgilendirilmeleri, hatalara yönelik bildirim ve iyileştirme çalışmalarının yapılması önemlidir.

Anahtar kelimeler: Malpraktis, Mali Sorumluluk Sigortası

ABSTRACT :

Legal Arrangement Attempts of Different Countries about Malpractice: Compulsory Financial Liability Insurance Approaches

Introduction and Aim: The word “malpractice” is derived from latin as “mala-praxis” which means occupational fault with unreasonable skill or lack of care. If damage occurs after a medical invasive procedure, this damage occurs criminal and jural responsibility risk for healthcare staffs, in the case of general responsibility rules. Nowadays, the increasing number of suits of the healthcare staffs because of medical praxis faults cause anxiety. This study analyse the legal arrangement attempts of different countries about malpractice and the approaches of compulsory financial liability insurance in recent years.

Material and methods: In this study, Sweden, U.S.A, Germany, Finland, Japan and Turkey where the concept of malpractice is considered and the studies on malpractice forms basis, are analysed.

Results: : In all six countries, the studies engage the concept of malpractice actively and the legal arrangements have been developed. Due to the analysis of the faults, in all countries the faults which are caused from surgical intervention, are the most common ones, the doctors are the dominant group in terms of the bringing suits and in all countries except Finland, the healthcare staffs are faced with a lawsuit as a result of the faults. Among all countries, the highest indemnity and so the highest insurance company premium present in U.S.A. In all analysed countries extensive studies are being done to prevent the medical faults.

Conclusion: To prevent the medical faults, the healthcare staffs should be informed about pre-

İletişim Bilgileri

İlgili Doktor : Yeliz Doğan Merih

Yazışma Adresi : Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Başhemşirelik Bölümü

Tel : (0216) 391 06 80-1014

E-mail : yelizmrh@gmail.com

* Bu çalışma, 7.Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi’nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

caution praxis and it is important to do the faults' notification and melioration studies.

Key Words: *Malpractice, Financial Responsibility Insurance*

GİRİŞ

Malpraktis kelimesinin dilimizde tam tanımını olmamakla birlikte; “tıbbi hata”, “tıbbi uygulama hatası”, “tıbbi kötü uygulama”, “hekimliğin kötü uygulaması”, “tıpta hatalı uygulama”, “tıbbi hizmetlerin kötü uygulanması”, “hizmet kaynaklı zarar” gibi tanımlar kullanılmaktadır. Son yıllarda üzerinde en çok durulan ve araştırma yapılan konuların başında malpraktis konusu gelmektedir. Literatürde konunun hukuki, etik, sosyal, eğitimsel ve yönetsel açılardan kapsamlı bir şekilde irdelendiği ve farklı şekillerde tanımlandığı görülmektedir.

ABD Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation) malpraktis kavramını; hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında bir aksamanın neden olduğu, kasıtsız, beklenilmeyen sonuçlar olarak tanımlarken (1), The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) ise; sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi şeklinde tanımlamaktadır (1)

Dünya Tabipler Birliğine göre malpraktis; hekimin veya sağlık personelinin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarardır. Türk Tabipler Birliği Etik İlkeleri'nin 13. Maddesinde malpraktis (hekimliğin kötü uygulaması); bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi olarak tarif edilmiştir. Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı'nın 3. maddesinde ise, Tıbbi Kötü Uygulama kavramı kullanılmış ve bu kavram; sağlık personelinin, kasit veya kusur veya ihmâl ile standart uygulamayı yapmaması, bilgi veya beceri eksikliği ile yanlış veya eksik teşhiste bulunması veya yanlış tedavi uygulaması veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan ve zarar meydana getiren

fiil ve durum olarak tanımlanmıştır (2). Tıbbi girişim sonucunda oluşan zarar, genel sorumluluk kuralları gereğince sağlık çalışanlarının cezai ve hukuki olarak sorumluluk riskini oluşturmaktadır (3,4). Bu risk değerlendirilirken, göz önünde bulundurulması gereken önemli bir nokta, hastanın sağlık çalışanlarının uyguladığı girişimlerden beklentilerinin ne ölçüde karşılandığıdır. Bu beklentiler, hastaya uygulanan bakım, girişimin hasta üzerinde yarattığı etkiler, hastanede kalış süresi ve hasta hekim ilişkileri gibi konuları da kapsar (5). Malpraktis, “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 şartların” tamamını içermektedir (6,7,8). Ancak sağlık profesyonellerinin mesleki uygulamalardan kaynaklanan hatalı eylemleri yalnızca tanı ve tedavi ile sınırlı olmayıp, genel olarak mesleki alandaki tüm eylem ve davranışları ile ilgilidir (9,10,11).

Çalışmamızda bazı ülkelerin son yıllardaki malpraktis konusundaki yasal düzenlemeleri ve zorunlu mali sorumluluk sigorta yaklaşımlarını incelemek amaçlanmıştır.

Malpraktis ile Komplikasyon Arasındaki Fark

Dünya Tabipler Birliği'nin 1992 yılında yapılan 44. Genel Kurulu'nda kabul edilen bildirisine göre; malpraktis “hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar” şeklinde tanımlanmış; tıbbi bakım ve tedavi sırasında görülen ve hekimin hatası olmayan durumlardan (komplikasyon) ayırt edilmesi gerektiği vurgulanmıştır (12).

Komplikasyon (İzin Verilen Risk); Bütün hekimlik uygulamaları hastalar yönünden belirli bir risk oluşturmaktadır. Bu riskler, hekimlik uygulamalarının doğasından kaynaklanmakta, büyük kısmı hekim tarafından gerekli dikkat ve özen gösterilmiş olsa bile kaçınılmaz niteliktedir. Buradaki riskler izin verilen risk çerçevesinde kaldığı müddetçe bunun adı komplikasyon (istenmeyen durum) ol-

maktadır (12). Komplikasyon olduğu hallerde tıbbi uygulama hatasından ve hekimin kusurundan ve dolayısıyla hekimin ve idarenin sorumluluğundan söz edilemez. Bu nedenle tıbbi müdahalelerde izin verilen risk ile tıbbi malpraktis ayrımı hassasiyetle yapılmalıdır. “ Yapılan tıbbi müdahale, klasik tıp bilgilerinde, uluslar arası literatürde komplikasyon olarak adlandırılıyorsa ve bu müdahale tıbbın kabul ettiği normal risk ve sapmalar çerçevesinde yapılmışsa, istenmeyen sonuçlar meydana gelse bile, hekime sorumluluk yüklenemeyecektir (13).

Malpraktis; hatalı davranış veya görev ihmal sonucu bir yaralanmaya ya da zarara yol açmaktır. Bir başka tanım ile: “ hekimin hastanın standart tedavisini yaparken başarısızlığı, beceri eksikliği ya da ihmali nedeniyle zarar vermesi”dir. Bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi, hekimin tanı ve tedavide standart ve belirlenmiş davranış biçimlerinden farklı davranması veya görev ihmal sonucu, hastada geçici sağlık bozulmasından, ölüme kadar giden bir değişkenlikte zarar neden olunması halinde ise malpraktis (tıbbi uygulama hatası) söz konusu olacaktır. Zamanında fark edilmez veya fark edilmesine karşın gerekli önlemler alınmaz ya da fark edilip önlem alınmasına karşın yerleşmiş standart tıbbi girişimde bulunulmaz ise komplikasyon malpraktise dönüşür (7). Bir hatalı tıbbi girişimin varlığından söz edebilmek için şu unsurların varlığından söz etmek gerekmektedir:

- Meslek ve sanatta acemilik,
- Hastaya kasıtlı olarak zarar vermek,
- Hasta- hekim sözleşmesine aykırı hareket etmek,
- Yanlış, tehlikeli muayene sonucu hastanın zarar görmesi,
- Tıbbi aletlerin tehlikeli kullanılmasından dolayı hastaya zarar vermek.

Hekimlerin, meslekleri ve uzmanlıkları ile ilgili temel ve klasik bilgilere ve genel tıp kurallarına göre hareket etmeleri gerekir. Hekim, meslekte herkesin bildiği ya da bilmesi gereken bir konuda açık hata yaparsa sorumlu olur (8).

Malpraktis Nedenleri

Malpraktis olgusu birçok nedene bağ-

lı olarak ortaya çıkabilmektedir. Akalın’a göre malpraktisin ana nedenleri; insana bağlı faktörler (yorgunluk, yetersiz eğitim, yeterli özeni göstermeme, önlem almama, dikkatsizlik, iletişim yetersizliği, güç/kontrol, zamansızlık, yanlış karar, mantık hatası, tartışmacı kişilik), kurumsal faktörler (iş yeri yapısı, politikalar, idari/finansal yapı, liderlik, geri dönüş konularında yetersizlik, personelin yanlış dağıtımı) ve teknik faktörler (yetersiz otomasyon, yetersiz cihazlar, eksik cihazlar, karar verme destek eksikliği, entegrasyon eksikliği) olarak üç başlık altında toplanabilir (14).

Malpraktisin, insan ve sistem olmak üzere iki temel bileşeni olup, sistem hataları insanlardan kaynaklanan hatalara göre daha büyük oranda sorun teşkil etmektedir. Çünkü insan faktörünün yol açtığı hatalar incelendiğinde sadece %1’inin yetkin olmayan çalışanlardan, kalan %99’unun ise çok iyi niyetle işini yapmaya gayret eden ve görevlerinde başarılı olan kişilerden kaynaklandığı anlaşılmaktadır. insana bağlı hatalar tüm hataların %2’sini oluştururken sisteme bağlı hatalar ise %98’ini oluşturmaktadır (15).

Ülkemizde ise malpraktis nedenleri spesifik olarak incelendiğinde; eğitim kurumlarının niteliksiz sağlık personeli yetiştirmesi, sağlık personelinin sayıca yetersiz olması, aşırı çalışma saatleri, vardiyalı çalışma sistemi, hasta sayısının fazla olması, yorgunluk, meslekte memnun olmama, stres, cihazların yetersiz olması ve kalibrasyonlarının yapılmaması, fiziki mekandan kaynaklanan problemler, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların yetersiz olması ve bilgi teknolojilerinden yeterince faydalanılmaması gibi birçok faktörün malpraktise neden olduğu anlaşılmaktadır.

Malpraktis Sınıflandırılması

Malpraktis, kök neden veya hata türü açısından iki farklı şekilde sınıflandırılabilir. Kök nedenlerine göre malpraktis; işleme bağlı hatalar (yanlış işlemi yapma), ihmale bağlı hatalar (doğru işlemi yapmama) ve uygulamaya bağlı hatalar (doğru işlemi yanlış uygulama) olarak üç grupta toplanabilir. Hata türü açısından ise ilaç hataları

rı, cerrahi hatalar, tanı koymada hatalar, sistem yetersizliğine bağlı hatalar ve diğer hatalar olmak üzere beş grupta incelenebilir (14). İlaç hataları; yanlış doz, yanlış verilmiş şekli, birlikte verilen başka ilaçlarla etkileşim, allerji hikayesi olan hastaya bilmeyerek bu ilacın verilmesi gibi hatalar bu gruptadır. Cerrahi hatalar; yanlış taraf cerrahisi ve yanlış organ cerrahisi gibi hatalar bu grupta yer almaktadır. Tanı koymada hatalar; laboratuvar testlerinin yanlış uygulanması veya yorumlanması sık rastlanılan tıbbi hatalar arasında yer almaktadır. Sistem yetersizliklerine bağlı hatalar; sağlık hizmetinin sunumu sırasında sistemde ortaya çıkan ve saptanması oldukça zor olan hatalardır. Diğer hatalar; hastane enfeksiyonları, yanlış kan transfüzyonu gibi önemli konular bu tür hatalardandır (14,16,17). Literatürde üzerinde en sık durulan hatalar; ilaç hataları, hastane enfeksiyonları, hastanın yetersiz izlenmesinden kaynaklanan hatalar, düşmeler, iletişim eksikliğinden kaynaklanan hatalar ve yanlış ya da uygun olmayan malzeme kullanıma bağlı hatalar olduğundan, aşağıda bu tür hatalar hakkında kısa bilgiler sunulmaktadır (14,18).

Farklı Ülkelerin Malpraktis Uygulamaları

Çalışmamız kapsamında; İsveç, ABD, Almanya, Finlandiya, İspanya, Japonya ve Türkiye gibi malpraktis kavramının önemsendiği ve çalışmaların baz alındığı altı ülkenin malpraktis uygulamaları incelenmiştir.

İSVEÇ: İsveç'te Ulusal Sağlık ve Refah Kurulu, tüm sağlık hizmetlerinin denetim mekanizmasını üstlenmiştir. Ulusal Sağlık ve Refah Kurulu, hastanelerden, hastalardan ve hasta yakınlarından gelen şikayet bildirimleri almakta, analizini gerçekleştirmekte Tıbbi Sorumluluk Kurulu da şikayetleri karara ulaştırmaktadır (19). Kurul; hekim suçu bulamayabilmekte, ihtar verebilmekte, daha ciddi olgularda meslekten uzaklaştırmakta, nadiren de olsa hekimlerin lisansını tamamen iptal etmekte ve yargılanmaktadır. İsveç'te tıbbi uygulama hatalarına yönelik araştırma sonuçları incelendiğinde;

- En fazla dokümantasyon ve ilaç hatalarının olduğu,
- Gelen şikâyetlerin büyük kısmının aile

hekimliği ve psikiyatri ile ilgili olduğu,

- Maddi olarak tazmin edilmiş olguların çoğunluğunun cerrahi alanda meydana getirildiği tespit edilmiştir (10,20).

İsveç'te Sigorta Sistemi: 1997 yılında yayınlanan yasa ile bütün sağlık kuruluşlarına zorunlu hale gelmiştir. Her sağlık kuruluşu kendine bağlı çalışan sağlık personelinin hatalara karşı sigorta yaptırmakla yükümlü kılınmıştır. Kamuda çalışan hekimlerin sigortaları bölgesel idare meclisleri tarafından ödenmekte, özel sektörde çalışan hekimlerin primleri ise kendileri tarafından doğrudan hasta tazmin sigortasına yapılmaktadır (10,20).

ABD: ABD' de medikal hatalar yılda 44,000 ölüm ve 1 milyondan fazla sakatlanmaya sebep olmuştur. Bu olayların da; % 13,6'sı ölümlerle, % 2,6'sı kalıcı bir sakatlıkla sonuçlanmıştır. Tıbbi hataların çoğu sırasıyla; operasyon salonlarında, hasta odalarında ve acil servislerde gerçekleşmektedir. Tıbbi hatalardan en çok sorumlu olanlar; % 46,1' inden cerrahlar, %23,2' sinden dahili branşlar, operatif olmayan tıbbi hatalardan en yaygın olanı ilaç kullanımındır (21).

Cerrahi hatalar, genellikle ameliyat sırasında meydana gelen tıbbi hatalardır. En sık cerrahi hatalar ve komplikasyonlar; Cerrahi sırasında bir organ veya sinir yaralanması, vücut içinde istenmeyen nesne kalması, organ kaybıdır. Ülke çapındaki farklı hastanelerde cerrahi hataların yıllık toplam maliyeti \$ 17 milyar kadardır. Talihsiz ilaç olayları, operatif olmayan hataların en sık görülenidir. Bunlar; Doz atlatma, yanlış doz, usulsüz doz, yanlış zaman, bozulmuş ilaç, reçetenin yanlış değerlendirilmesi, ekstra doz hatalarıdır. Bu hataların çoğu (% 28-56) etkin bir enformasyonla önlenebilecek hatalardır. Acil servisler, tıbbi hataların en sık rastlandığı 3. bölgedir. Bunların % 93'ü ÖNLENEBİLİR olaylardır (20,22).

Sigorta Şirketleri: Tıbbi hata sigorta hizmeti veren 4000'den fazla şirket vardır. Bu şirketlerin hepsi özeldir ve hisse senetleri borsada işlem görmektedir. Doktorların tıbbi yaklaşımlarını yönlendirmektedirler (laparoskopik kolesistektomi yapmayın, sistem ödemiyor! vs). Tazminatların yüksek olduğu eyaletlerden tamamen çekilebilmektedirler. 1970'lerde başlayan tıbbi hata davaları ve

yüksek tazminatlar doktorları sigorta sistemine itmiştir. Doktorlar gelirlerinin önemli bir kısmını bu sigortalara harcamaktadır. Doktorlar seçecekleri branşı ve çalışacakları eyaleti sigorta tazminatının yüküne göre seçmeye başlamışlardır (19).

ALMANYA: Almanya da Eyalet Tabip Odalarında 1975 den bu yana Bilirkişi Komisyonları ve Uzlaştırma Büroları faaliyet göstermektedir. Yönlendirmelerden bağımsız bu merciler hekim ile hasta arasında ki görüş ayrılıklarında tıbbi müdahaleye ilişkin istenmeyen sonucun hatalı hekim tutumundan kaynaklanıp kaynaklanmadığını objektif biçimde değerlendirmektedir. Hasta ya da hekim bu saptama ve önerilerde hemfikir değil ise yargı yoluna gidilmektedir. Tıbbi hata veya aydınlatma hatası saptanmayan 483 olguda ,şikayette bulunanların 54 ü yargı yoluna gitmiştir. Böylelikle bilirkişi görüşü ile olguların %89 u mahkeme yoluna gitmeden çözüme ulaştırılmıştır. Yargı yoluna giden davalarda ise; cerrahi hataların ilk sırada yer aldığı tespit edilmiştir (23).

Almanya'da Sigorta Sistemi: Malpraktis de artan vaka sayısı ile birlikte bir dizi önlem alınmıştır;

- Hekimlerin sigortalanması
- Kurumların sigortalanması
- Uzlaştırıcı Eyalet Tabip Odalarının kurulması
- Uzlaştırma bürolarının kurulması
- Tabip odalarında; sorumluluk ile ilgili tartışmaları mahkeme dışında çözümlenmek üzere oluşturulan bu müesseseler;
- Çok sayıda vakanın hızlı ve yeterli biçimde aydınlatılmasına,
- Zarara uğramış hastaların taleplerinin hekimin mesleki sorumluluk sigortası tarafından hızlı ve tatmin edici şekilde karşılanmasına,
- Hekim ile hasta arasındaki güvenli ilişkinin korunmasına,
- Uzun süren ve masraflı hukuki süreçlerden kurtulmasına,
- Mahkemelerin yükünün azaltılmasına katkı sağlanmıştır (24).

FİNLANDİYA: Finlandiya'da malpraktis yaklaşımları diğer ülkelerden farklıdır. Sağlık personelinin hatasını fark etmesi durumunda personel hakkında herhangi bir

suçlama yapılmamakta ve bu personele karşı dava açılmamaktadır. Sağlık personelinin yanlış uygulamalarına ilişkin kusursuz sorumluluğa dayanan sigorta sistemi uygulaması vardır; (no-fault system). Malpraktis uygulaması sonucunda hatalı personelin cezalandırılması değil hatayı oluşturan koşulların düzeltilmesi gerektiği kabul edilmektedir. Sistemin kendine has bir diğer özelliği de Ulusal Sağlık Sigortasına sahip olmasıdır .

Hastane veya sağlık personelinin kusuru aranmaksızın, hastaların uğradığı zararı karşılamak için, hastanın ispatlayacağı zarar nispetinde, kusursuz sorumluluk sigortası tarafından ödeme yapılmaktadır (4,19).

İSPANYA: Tüm tıbbi uygulama hata şikayetleri ilk olarak Barselona Tabipler Birliği'ne ulaştırılmaktadır. Barselona Tabip-ler Birliği'nin 20.000 üyesi bulunmaktadır. Bu 20.000 doktorun hakları ve davalarının takibiyle ilgili olan kuruluş tabipler birliğidir. Gerekli görüldüğünde ayrıntılı inceleme yapılmakta / dava açılmaktadır. İspanya'da malpraktis davalarının başında estetik ameliyat davaları geliyor. Jinekologlar, Ortopedistler, Plastik Cerrahlar, Anesteziistler, Beyin Cerrahları ve Oftalmologlar en fazla iddialara maruz kalanlardır. İspanya'da hekimin sigorta yaptırması zorunlu değildir. % 90-95 oranında hekim sigorta sahibidir. 1995-2007 yılları arası İspanya'da 1899 adet malpraktis davası ile ilgili hüküm verilmiştir. 1986-1991 arası şikayet dosyaları % 232 artmıştır. Bu, ülkedeki her 100 hekimden birinin tıbbi uygulama hatası eylemleriyle ilgili olduğu iddiasına karşılık gelmektedir. İspanyada tıbbi uygulama hatalarını düzenleyen özel bir kanun yoktur. İspanya da malpraktis sonucu ortaya çıkan hasarın tazminatı (eğer varsa) genel olarak ilgili sağlık hizmet sunucuları tarafından ve kısmen de hayat sigortası harici hizmet veren sigorta şirketleri tarafından sunulan özel bir sigorta poliçesi kapsamında ödenmektedir (19).

JAPONYA: Tıbbi uygulama hataları ile ilgili JMA'ya ulaşan şikayetler değerlendirilerek hata tespit edildiğinde dava açılmaktadır. Japonya'da elli yıl boyunca tıbbi uygulama hataları nedeniyle açılan ceza davalarının sayısı 100'ü geçmemektedir. Hastanelerin yol açtığı zararlara karşı açılan davalarda kurumsal

sigortalar devreye girer. Hastane çalışanları da hastanenin elemanı oldukları için kurumsal sigorta kapsamında zararların karşılandığı belirlenmiştir.

Japonya’da Sigorta Sistemi:

Japonya’da doktorların profesyonel sorumluluk sigortaları yaptırılmaları kanuni bir zorunluluk değildir. Japon Tıp Birliği kendi üyelerine profesyonel sorumluluk sigortası sağlar. Japonya’da ortalama profesyonel sorumluluk sigortası birimi 2000 yılında JMA üyeleri için 491 Dolar (1980’de 238 Dolar belirlenmiştir) larako ((10,19,20).

TÜRKİYE: Türkiye’de aşağıda belirtilen kanun ve yönetmelikler ile hekim ve hekim dışı sağlık personelinin, mesleklerini uygulama şekilleri düzenlenmekte ve yaşanan aksaklıklarda bu kanunlardaki ilgili maddelere göre durumları değerlendirilmektedir.

- Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Kanun No: 3359, Kabul Tarihi: 7.5.1987;
- 1993 tarihli İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik
- Tababet-i Şuabat-ı Sanatların Tarz-ı İcrası’na Dair Kanun, Kanun No: 1219, Kabul Tarihi: 11.4.1928;
- Hemşirelik Kanunu, Kanun No: 6283, Kabul Tarihi: 15.2.1954;
- Adli Tıp Kurumu Kanunu, Kanun No: 2659, Kabul Tarihi: 14.04.1982;
- 2238 Sayılı Organ Ve Doku Alınması, Saklanması Ve Nakli Hakkında Kanun
- Kan ve Kan Ürünleri Kanunu, Kanun No: 2857, Kabul Tarihi: 23.6.1983;
- Tababet Uzmanlık Tüzüğü (22.5.1974 tarih ve 14893 sayılı Resmî Gazete);
- Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik (1.1.1995 tarih ve 22168 sayılı Resmî Gazete);
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Karar No: 8/5319, Karar Tarihi: 10.9.1982;
- Yataklı Tedavi Kurumları Merkezî Tıbbî Arşiv Yönetmeliği;
- 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkında Yönerge (154 Sayılı).
- Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, Karar No:

4/12578, Kabul Tarihi: 13.01.1960;

- 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun
- 83/7395 karar nolu Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin tüzük
- 1983 Tarihli Nüfus Planlaması Hizmetlerini Yürütme Yönetmeliği
- 1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliği (23,25)

Türkiye’de Malpraktis Uygulamaları ve Yasal Dayanaklar

Türkiye’de “yanlış tedavi” iddiaları zaman zaman medya ve kamuoyunun gündeminde ilk sıralarda yer alabilmekte ve bu iddiaların bir bölümü yargıya da yansımaktadır. Davaların çok uzun sürmesi, tazminatların yetersiz olması veya suçlunun cezasız kalması bu davalar sonucunda oluşan genel kanılardan sadece bazıları olup, halk arasında adaletin sağlanamadığı duygusunun yaygın olduğu söylenebilir. Ülkemizde söz konusu davalarda ceza ve borçlar hukukunun genel kuralları geçerlidir ve “hata” veya “ihmal” den kaynaklanan zararların telafi edilmesi için özel bir hukuk sisteminin gerekliliği akademik çevrelerde uzun süredir tartışılmaktadır. Diğer yünden iddia eden lehine sonuçlanan davalarda tazminatların ödenmesi konusu ayrı bir sorun alanını oluşturmuştur. Bir süredir isteğe bağlı mali sorumluluk sigortası uygulamasına başlanmış olsa da özellikle kamu çalışanlarının neden olduğu zararların ödenmesinde kamu kaynaklarının kullanılması ve hatayı yapana tazminatın rücu edilememesi bir şikayet konusu olarak ileri sürülmektedir. Mayıs 2009’da Meclise sunulan “Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı”nın 7. Maddesi ile konu bir kez daha gündeme gelmiştir. Tasarı, hekim, diş hekimi ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlara tıbbi kötü uygulama nedeniyle kendilerinden talep edilebilecek zararların karşılanması amacıyla mali sorumluluk sigortasını zorunlu kılmakta, sigorta primlerinin ödeme biçimini düzenlemekte ve zorunlu sigortalara ilişkin teminat tutarları ile uygulama usul ve esaslarının Sağlık Bakanlığı’nın görüşü alınarak Hazine Müsteşarlığı’nca belirleneceğini öngörmektedir.

Son on yıl içinde söz konusu yasa tasarısı dahil olmak üzere tıbbi hatalar nedeniyle mağdur olan bireylerin haklarının korunmasına yönelik dört yasal düzenleme girişiminden bahsetmek olanaklıdır. Bu yasa tasarılarından ilk ikisi 2000 ve 2002 yıllarında Meclise sunulmuştur. Üçüncü yasa tasarısı metin olarak üzerinde çok tartışılmasına karşın Meclise sunulmadığı düşünülen ve Meclis kayıtlarında da bulunmayan taslak bir metindir. Türkiye’de son on yılda Meclise sunulan Malpraktis ile ilgili yasa tasarıları bir bütün olarak değerlendirildiğinde 1. tasarının hukuksal çerçeveyi oluşturması, 2. tasarının uzlaştırma kurumunu önermesi, 3. tasarının sağlık kalitesini geliştirmeyi amaçlaması ve 4. yasa tasarısının da zorunlu mali sorumluluk sigortasını hedeflemesi nedeniyle malpraktis konusunda bir hukuksal düzenlemenin içeriğinde bulunması gereken önemli unsurları barındırdıklarını ileri sürmek mümkündür. Bununla birlikte bu unsurlar yasa tasarılarına bölünmüş durumdadır ve her bir yasa tasarısında bulunan bir öge diğerinde bulunmamaktadır (26).

Malpraktis Başvuruları ve Değerlendirme

Belirli tıbbi hatalarda mağdurlara dava açma hakkı veren hukuk sistemi tıbbi malpraktis olarak adlandırılır. Tıbbi malpraktis tazminat hukukunun bir parçasıdır ve tazminat hukukunun genel özellikleriyle uyumlu bazı ilkesel/politik hedeflerin gerçekleşmesini amaçlar. Bu nedenle sadece iki kişi arasındaki bir anlaşmazlıktan öte politik bir konudur. Farklı meslekler için de geçerli olabilen “malpraktis” terimi yaygın olarak “tıbbi malpraktise” özgülü olarak kullanılabilir.

Ülkemizde malpraktis durumlarına ait başvurular Tabip Odalarına; doğrudan yapılan başvurular, yazılı ihbar, resmi kurumlardan gelen başvurular, basın, televizyon ve internet yolu ile elde edilen bilgilerin değerlendirilmesi şeklinde olmaktadır. Gelen başvurular ön inceleme, inceleme, soruşturma, kovuşturma aşamalarından sonra kurullarca verilen kararlar ilgili kişilere tebliğ edilir.

5 yıllık dönemde İstanbul Tabip Odası Hekimlik Uygulama Bürosu’na başvuran Hekimlerle ilgili 1280 olgudan 344 olgunun tıbbi hata

veya ihmal iddiası ile başvurduğu , bu olguların 78’inde iddianın sabit bulunduğu belirlenmiştir. Başvurular arasında, cerrahi dallarda daha fazla olguların bulunduğu, erkek hekimler çoğunlukta iken mağdurların daha çok kadın olduğu, başvuruların önemli bir kısmının özel hastanelerde çalışan hekimlerle ilgili olduğu saptanmıştır.

Bilirkişilik Kurumları

Hukuk ve ceza yargılaması kanunlarının bilirkişilik sistemindeki temel dayanak noktası, hakimin özel ya da teknik bir bilgiyi gerektiren konuda bir bilirkişiye başvurup bu konuda kendisini aydınlatmak istemesidir. Ancak hakim, bilirkişinin verdiği rapor ile bağlı değildir. Böyle durumlarda raporun kabul görmemesi gerekçesi ile açıklanmak zorundadır. Türkiye’de hekimlerin uygulamalarından doğan aksaklıklarda, var olan mevzuat çerçevesinde belirli bir süreçten geçilerek değerlendirme yapılmaktadır.

Tıbbi malpraktis konusu disiplin suçu kapsamında ilçelerde İlçe Disiplin Kurulları, illerde İl Disiplin Kurulu, etik boyutuyla mesleki denetleme kurumu olarak Tabip Odaları Onur Kurulları ve Türk Tabipleri Birliği Yüksek Onur Kurulu’nda ele alınmaktadır. Hukuk alanında ise ceza ve tazminat yönünden yapılacak değerlendirmede, büyük oranda Sağlık Bakanlığı düzeyinde Yüksek Sağlık Şurası, Adalet Bakanlığı içinde Adli Tıp Kurumu bilirkişiliği ile mahkemeler tarafından karara bağlanmaktadır (4,8,27,28).

Yüksek Sağlık Şurası

1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun Yüksek Sağlık Şurası’na tıbbi olaylarda bilirkişilik görevini yüklemiştir. 1930 yılında yürürlüğe giren Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile de bu yükümlülüğü yerine getirecek bir yapılanma, yani Yüksek Sağlık Şurası oluşturulmuştur. Kuruluş ve çalışma esasları ise 1984 tarihinde yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 210 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile değişik 31. Maddesine göre yeniden düzenlenmiştir. Anılan karar-

nameye göre, Yüksek Sağlık Şurası “önemli sağlık konuları hakkında ve tıbbi uygulamalar sonrası oluşan adli nitelik kazanmış olaylarda” görüş bildirmekle yükümlü kılınmıştır. Tıbbi uygulamalar sonrası oluşan durumların adli nitelik kazanması durumunda açılan ceza davalarında, mahkemelerin başka bilirkişilere başvuru hakkı saklı kalmak kaydıyla Yüksek Sağlık Şurası’nın görüşünün alınması zorunludur.

Yüksek Sağlık Şurası; Bakanlık Müsteşarı, Araştırma Planlama Koordinasyon Kurulu Başkanı, Temel ve Tedavi Hizmetleri Genel Müdürleri, Birinci Hukuk Müşaviri gibi doğal üyeler ile ülkede hizmetleri ve eserleri ile tanınmış Sağlık Bakanınca seçilen 11 üyeden oluşur. Görev süreleri 1 yıldır. Yılda en az bir kez toplanma şartı getirilmiş olup, bakanlığın gerekli görmesi halinde olağanüstü toplantılar da yapılabilir.

Yüksek Sağlık Şurası’nda dosyalar üzerinde inceleme yapılarak mahkemelere görüş bildirilmektedir. Şura’nın vermiş olduğu görüşler mahkeme tarafından değerlendirilip olay hakkında yeterli kanaat verici nitelikte bulunmazsa, diğer bilirkişilerin vermiş oldukları görüşler doğrultusunda da hüküm kurulabilir. Yüksek Sağlık Şurası’ndan görüş alınma zorunluluğu, ceza mahkemeleri içindir, hukuk mahkemeleri için geçerli zorunluluk bulunmamaktadır. Tıbbi uygulama hataları sonrası oluşan durumlarda açılan tazminat davalarında, mahkeme Yüksek Sağlık Şurası’nın görüşünü almadan diğer bilirkişilerin görüşleri doğrultusunda da karar verebilir. Yüksek Sağlık Şurası’nda mahkemelerce sorulan konular yanıtlanmaktadır. Bu kapsamda “ilgili sağlık personelinin olayda oluşan zarar yönünden kusurlu olup olmadığı ya da ihmalinin bulunup bulunmadığı” sorularına cevap aranır. Bu nedenle mahkeme aşamasında alınan ifadeler ve Şura’da alınan kararlar genellikle “tıbbi uygulamalar sonucu zarar oluşup oluşmadığı, oluşan zararla sağlık personelinin eylemi arasında nedensellik bağı olup olmadığı ve bu zararın sağlık personelinin eyleminden kaynaklanıp kaynaklanmadığına” yöneliktir. Şura’da dosya üzerinden karar verilmektedir. Adli olay ile ilgili görülen kişilerin ifadeleri, sağlık kuruluşu kayıtları, hasta evrakı ve filmleri laboratuvar incelemeleri, diğer

bilirkişilerin görüşleri, varsa otopsi raporu ve Adli Tıp Kurumu raporlarının yorumları değerlendirilmektedir. Bu sırada ilgililerin muayenesi ya da ifadelerinin değerlendirilmesi yapılmamaktadır(8,29,30).

Adli Tıp Kurumu

20.04.1982 tarih ve 17670 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan, 2659 nolu Kurum Kanunu’na göre; Adli Tıp Kurumu, adalet işlerinde bilirkişilik (Ek ibare: 19/2/2003-4810/1 md.) yapmakla görevlendirilmiştir. Kurum, başkanlık, başkanlık kurulu, ihtisas daireleri ve kurulları ile şube müdürlüklerinden oluşmaktadır. Adli Tıp Genel Kurulu, Adli Tıp Kurumu Başkanının başkanlığında, adli tıp ihtisas kurulları başkan ve üyelerinden oluşur. Genel Kurulda görüşülen konu, daha önce Kurum merkezinde veya taşradaki Adli Tıp İhtisas Dairelerinde karara bağlanmış ise, Adli Tıp Genel Kuruluna Kurum merkezindeki ilgili ihtisas dairesi başkanı, yokluğunda vekili iştirak eder ve oylamaya katılır. Genel Kurul, mahkemeler ve savcılıkların yeterince kanaat verici bulmadıkları ihtisas kurulları ve dairelerinin raporlarını karara bağlar. Ayrıca bu kurul ve dairelerin iç ve aralarındaki çelişkili raporlarını da karara bağlar. Genel kurul ve ihtisas kurulları gerek duyduğunda ilgili kişilerin ifadesini alıp muayene edebilir. Adli Tıp Kurumu Kanunu’na göre, mesleki kusurlara bakan kurul, 3. Adli Tıp İhtisas Kurulu’dur. Üçüncü Adli Tıp İhtisas Kurulu, Bir başkan ve adli tıp uzmanı iki üye ile birer Ortopedi ve Travmatoloji, Genel Cerrahi, Nöroloji, İç Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları ve Enfeksiyon Hastalıkları uzmanından oluşmaktadır. Adli Tıp Kurumu Genel Kurulu’nun kararları nihai olarak algılanmakla birlikte Yüksek Sağlık Şurası kararlarında olduğu gibi yine bağlayıcı nitelikte olmayıp mahkemelerin takdir yetkilerini kısıtlamaz (8,29,30).

Yüksek Öğretim Kurumları

Adli Tıp Kurumu Kanunu’nun “Diğer Adli Ekspertiz Kurumları” başlığı altında(Madde 31) “Yükseköğretim Kurumları veya birimleri, adli tıp mevzuatı çerçevesinde adli tıp olaylarında ve diğer adli konu-

larda Ceza Muhakemeleri Usulü Kanununa göre resmi bilirkişi sayılır. Bu birim ve kliniklerde tetkik edilecek adli tıp ile ilgili işler yönetmelikte belirlenir.” denilmiştir. Aynı şekilde Yüksek Öğretim Kanunu’nun 37. maddesinde mahkemelerin teknik ve uzmanlık isteyen her konuda üniversite ve bağlı birimlerinden yararlanabileceğini, bilirkişi olarak görüş isteyebileceğini belirtmiştir. Ayrıca aynı kanunun 38/2. maddesinde Yüksek Öğrenim Kurulu’nun isteği ve ilgili kamu kuruluşunun onayı ile yüksek öğrenim kurumları ya da birimleri, ilgili adli makamların talepleri ile adli tıp mevzuatı kapsamında adli tıp ve diğer adli konularda resmi bilirkişi olarak görevlendirilebilecekleri belirtilmiştir (8,29,30).

Tabip Odaları Onur Kurulları

Türk Tabipleri Birliği (TTB), 6023 sayılı yasa ile kurulmuş kamu yararına faaliyet gösteren bir sivil toplum kuruluşudur. Türk Tabipleri Birliği ve tabip odalarının; halkının sağlığını koruyucu, geliştirici çalışmalar yürütmek, hekimlik mesleğinin çıkarını her platformda dile getirmek; üyelerinin maddi, manevi haklarını korumak gibi görevleri bulunmaktadır. Ayrıca, tıbbi uygulama hataları iddiaları, etik boyutuyla mesleki denetleme kurumu olarak Tabip Odaları Onur Kurulları ve Türk Tabipleri Birliği Yüksek Onur Kurulu’nda ele alınmaktadır(52). Tabip Odaları’nın malpraktis ile ilgili olarak yürüttüğü araştırma, soruşturma ve Onur Kurullarında karara ulaştırma süreci bir cezalandırmadan öte, tıbbi uygulamaların niteliğini denetleme ve bu niteliğin geliştirilmesine yönelik bir iç denetim mekanizmasıdır. Türkiye’deki hekimlerin %80’i (70.000) TTB’nin üyesi olup; üyelik serbest çalışan hekimler için zorunludur. Buna karşılık halen üyelerinin yarısı üyelik zorunluluğu bulunmayan, kamuda çalışan hekimlerden oluşmaktadır. Hekim sayısının 200’ü aştığı 54 il’de Türk Tabipleri Birliği’nin yerel örgütlenmesi, tabip odaları bulunmaktadır. Tabip odalarında hekimlerin mesleki uygulamaları ile ilgili suç veya suç iddiası durumlarında “Yönetim Kurulu” ile birlikte özellikle “Onur Kurulu” görev yapmaktadır. Tabip Odaları Onur Kurulları, hekimlik uygulamaları ile ilgili olarak esas olarak 28.4.2004 tarih, 25446 sayılı TTB Disiplin Yönetmeliği’ne göre çalışmaktadır. Bu kurullar, yapılan başvuruları değerlendirirken ve karara bağlarken Tıbbi Deontoloji Tüzüğü

başta olmak üzere ilgili yasa, yönetmelik ve benzer belgeleri dikkate almaktadır (8,29).

Türkiye’de Sigorta Sistemi

Malpraktis olgularında zararın telafi edilmesinde başlıca iki yöntemden / sistemden bahsedilebilir. Bu sistemlerden ilki “kusura (haksız fiile) dayalı” olandır. Kusura dayalı olan sistemlerde, haksız fiilde bulunan kişi veya kurumun sorumluluğu bir yargılamaya süreci sonunda saptanarak, zararın bir sigorta sistemi aracılığıyla ya da doğrudan kişi veya kurumlardan telafi edilmesi sağlanır. Türkiye’de hali hazırda malpraktis olgularında uygulanan sistem kusura dayalı olandır. Malpraktis olgularında zarar veren kamuda görev yapıyor ise Anayasanın 129. maddesinin beşinci fıkrası ve 2577 sayılı İdari Yargılama Usulü Kanununun 13. maddesinde belirtilen yöntem çerçevesinde yargı yoluna gidilebilmekte ve tazminat talepli davalar ancak idare aleyhine açılabilir. Kamu dışında görev yapan sağlık personelinin verdikleri zararların tazmini için ise Borçlar Hukukunun genel ilkeleri çerçevesinde adli yargıda tazminat davası açılabilir. Tazminat davasından ayrı olarak ceza davası da açılabilir, idari soruşturma başlatılabilir.

Hangi sistemle düzenleniyor olursa olsun; ihmal, dikkatsizlik, beceri/bilgi eksikliği veya kasıt nedeniyle oluşan zararların telafi edilmesinde maddi kaynaklara gereksinim olacaktır. Pazar ekonomisinin geliştiği ülkelerin çoğunda zararların karşılanması mali sorumluluk sigortaları aracılığıyla olmaktadır. Zaman içinde yargıya başvuruların artması nedeniyle sigorta sistemlerinin zararları karşılamakta zorlandıkları bilinmektedir. Sorunların çözülmesi için bir yönden hükümetler malpraktis düzenlemelerini gözden geçirmekte, diğer yönden sigorta şirketleri primlerin yükseltilmesi için uğraş vermektedir. Sağlık çalışanları ise yargılanma tehdidi altında mesleklerini uygulamaya gayret etmekte, defansif tıp olarak bilinen, riskli tedavilerden kaçınma, gereksiz tetkikler isteme ve hatta gereksiz tedavi uygulama davranışı gösterebilmektedir. Sonuçta sağlığın geliştirilmesi için kullanılacak kaynaklar adaletin sağlanması için harcanabilmektedir. İnceleme

konusu olan dört yasa tasarısının da ortak yönü, zararların karşılanmasında kaynak olarak zorunlu mali sorumluluk sigortası uygulamasını öngörüyor olmalarıdır. Birinci, 2. ve 4. yasa tasarılarında yardımcı sağlık çalışanlarının sigorta yaptırılmaları öngörülmemektedir. İkinci yasa tasarısında yardımcı sağlık personelinin hekimin gözetim ve yönetiminde hizmet verdiği vurgulanarak bu meslek grubundakilerin verebilecekleri zararların hekimin sigortasının teminatında olacağı belirtilmiştir. Üçüncü yasa tasarısında ise tüm sağlık çalışanlarına yönelik zorunlu mali sorumluluk sigortası önerilmiştir. Dördüncü yasa tasarısının zorunlu mali sorumluluk sigortası kapsamında sadece “tabip, diş tabibi ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar” bulunmaktadır. Tasarıda serbest çalışan hekimlerin primlerinin tamamının, kamu ve özel sağlık kuruluşlarında çalışanların ise primlerinin yarısının kendileri tarafından ödenmesi beklenmektedir (8,29,30).

SONUÇ

Çalışmamız kapsamında incelenen ülkelerin hepsinde malpraktis kavramına yönelik çalışmalar yapıldığı ve yasal düzenlemelerin oluşturulduğu belirlenmiştir. Hatalara yönelik yapılan analiz çalışmalarında bütün ülkelerde ortak olarak cerrahi girişimlere bağlı hataların ilk sırada yer aldığı, hatalar sonucunda açılan davaların ağırlıkla doktor grubuna yapıldığı ve Finlandiya dışında diğer ülkelerin hepsinde hata sonucunda sağlık çalışanlarına davaların açıldığı belirlenmiştir. Tıbbi uygulamalarda becerileri mükemmele erişirmede, konunun insani yönü unutulmamalıdır. Sağlık çalışanı hasta ilişkisinin sağlıklı olması iddiaların azaltılması ile doğrudan ilişkili bulunmuştur. Bu kapsamda sağlık çalışanını ciddi iletişim becerilerine sahip olmalıdır. Diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de bu konulara yer verilmesi önemlidir. Tıbbi hataların önlenmesi için sağlık çalışanlarının önlem uygulamaları konusunda bilgilendirilmeleri, hatalara yönelik bildirim ve iyileştirme çalışmalarının yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

1-JCAHO(2006). *Sentinel Event Statistics*, [www.jointcommission.org /Library/ TM_Physicians/Tmp_11_06.Htm](http://www.jointcommission.org/Library/TM_Physicians/Tmp_11_06.Htm), Erişim Tarihi:20.06.2009

2-Temel M. *Sağlık Personelini İlgilendiren Önemli Bir Konu:Malpraktis, Hemşirelik Forum Dergisi*, 2005; 84 -90

3-Büken, E. 1990-2000 Yıllarında Adli Tıp Kurumu I. Ve II. İhtisas Kurullarına Obstetrik Ve Jinekolojik Malpraktis İddiasıyla Gönderilen Olguların Adli Tıp Açısından İrdelenmesi, *Uzmanlık Tezi, Adli Tıp Kurumu, 2001, İstanbul.*

4-Özkara, E., Hamit, İ.H. *Türkiye’de Nöroşirürjiyenin Yasal Sorumlulukları Ve Medikolegal Sorunları, Türk Nöroşirürji Dergisi* 2003., 13: 213-20. 20.

5-Mandell, M.S. *Medicolegal Problems And Responsibilities: Ambulatory Gynecology (Nichols DH, Evrard JR. Ed), Pp. 487-499, Harper And Row Publishers, 1985, Philadelphia.*

6-Giray, A,Ü. *Malpraktis Açısından Hekimlerin Karakteristikleri Ve İşyeri Fiziksel Koşullarının Akciğer Tüberküloz Hastalığı Teşhisinde Kullanılan Muayene Protokolü Uygulama Yeterliliğine Etkisi: Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1999.*

7-Hancı İ.H. *Malpraktis: Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza Ve Tazminat Sorumluluğu: I. Baskı, Seçkin Yayıncılık, 2002, Ankara.*

8-Hancı İ.H. Özdemir, M.H. *Hekim Hataları Ve Yüksek Sağlık Şurası: III. Adli Bilimler Kongresi Bildiri Özet Kitabı, 1998.*

9-Güler, M. *Hekimler Ve Tabip Odası Yöneticileri İçin Mevzuat, s. 3 Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Yayını, 2001.*

- 10-Polat, O. *Tıbbi Uygulama Hataları: Klinik-Sosyal-Hukuksal-Etik Boyutları*, 1. Baskı, Seçkin Yayıncılık, 2005, Ankara.
- 11-Timmreck, T.C. *Dictionary Of Health Services Management: National Health Publishing*, 1987, Second Edition.
- 12-Çolak, A. *Komplikasyon Mu? Malpraktis Mi? Malpraktis Davalarının Asli Unsurları, Hekim Forumu Dergisi*, Nisan- Mayıs 32-33, 2003.
- 13-Çolak, A. *Nöroşirujide Malpraktis, Türk Nöroşiruji Dergisi* 12: 94- 98, 2002, s. 50.
- 14-Akalın EH. *Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği, Yoğun Bakım Dergisi*, 2005;5(3):141-146
- 15-Dhankhar P, Khan MM, Bagga S. *Effect Of Medical Malpractice On Resource Use And Mortality Of AMI Patients, Journal Of Empirical Legal Studies*, 2007; 4: 163–183
- 16-Aşçıoğlu, Ç. *Tıbbi Yardım Ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar*, 1993, Ankara.
- 17-Atıcı S., *Hekimin Meslek Hatalarından Kaynaklanan Hukuksal Ve Cezai Sorumluluğu*, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Adana, 2006, s. 69.
- 18-Birleşmiş Milletlerde Medikal Görev İhmali Yasası. *Prepared For The Kaiser Family Foundation By: Peter P. Budetti, M.D., J.D. Edward E. And Helen T. Bartlett Foundation Professor Of Public Health Chair, Department Of Health Administration And Policy College Of Public Health University Of Oklahoma Health Sciences Center Teresa M. Waters*
- 19-T.C. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı; *Avrupa Birliği Ülkelerinde Malpraktis Sigorta Uygulamaları*
- 20-T.C. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı ; *Avrupa Birliği Ülkeleri Ve Diğer Gelişmiş Ülkelerde Malpraktis Sonucu Uygulanan Cezalar*
- 21-Çankaya, H. *Hekimlerin Hukuki Ve Cezai Sorumluluğunun Temel Prensipleri Ve Hekim Sorumluluğunda Kusurun Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Adli Tıp Kurumu*, 1992, İstanbul.
- 22-Hancı H. *Malpraktis-Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu*, 3. Baskı, Ankara, 2006, s. 30
- 23-Bostan S., Deryal Y., Kırmızı H., Özlü T., Şahin Y. *Sağlık Hakkı Hasta Hakları (Türk-Alman Hukuku Sempozyumu)KATÜ Hasta Hakları Uygulama Ve Araştırma Merkezi & Augsburg Üniversitesi Hukuk Fakültesi, Kasım 2007 Trabzon Deniz Ofset*
- 24-Jescheck H., Stierber U. *Alman Ceza Hukukuna Giriş Kusur İlkesi , Ceza Hukukunun Sınırları Tercüme Eden Feridun Yenisey İstanbul 2007 Beta Yayınevi.*
- 25-Hancı İ.H. *Hasta Haklarına İlişkin Ulusal Ve Uluslararası Yasal ve Etik Düzenlemeler*, 4. Türkiye AIDS Kongresi, Kuşadası,1999.
- 26-Tuğcu, H., Yorulmaz, C., Koç, S. *Hekim Sorumluluğu Ve Tıbbi Malpraktis, Klinik Gelişim Dergisi*, 2009, 22/02.
- 27-Ayan, M. *Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk. Kazancı Kitap Ticaret A.Ş.*, 1991. 5-Ayan, M. *Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk. Kazancı Kitap Ticaret A.Ş.*, 1991.
- 28-Gündoğmuş, Ü.N., Kurtuş, Ö., Boz, H., Biçer, Ü., Çolak, B. *Kusur Ve Kusur Oranlarının Belirlenmesinde Bilirkişilerin Fonksiyonu*, *Adli Bilimler Dergisi*, 1: 63-67, 2002.
- 29-Keskin, T.R. *Sağlık Personelinin Obstetrik Ve Jinekoloji Uygulamalarındaki Hatalarının Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi*, 1996, İstanbul.
- 30-Odabaşı, A., Tümer A., Çekinik (Defansif) *Hekimlik; Yeni Türk Ceza Kanunu'nun Uygulanma Aşamasında Toplum Bekleyen Tehlike*, *Sted*,2006 Cilt 15 Sayı 4.