

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KARŞILAŞTIRMALI HUKUKTA
HEKİMİN MALPRAKTİSTEN DOĞAN
SORUMLULUĞUNUN TESPİTİNDE KULLANILAN
YÖNTEMLER**

Emine Neval YILMAZ

**ADLİ BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
DİSİPLİNLERARASI ADLİ BİLİMLER ANABİLİM DALI
SAĞLIK HUKUKU
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN

Prof. Dr. Deniz ÇALIŞKAN

İKİNCİ DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Selin ÖZDEN MERHACI

ANKARA

2018

Etik Beyan

Ankara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Yüksek Lisans/Doktora tezi olarak hazırlayıp sunduğum “***Karşılaştırmalı Hukukta Hekimin Malpraktisten Doğan Sorumluluğunun Tespitinde Kullanılan Yöntemler***” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanlarım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel çalışma/araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Emine Neval YILMAZ

Tarih: 25.06.2018

İmza:

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
Disiplinlerarası Adli Bilimler Anabilim Dalında
Emine Neval YILMAZ
tarafından hazırlanan
“Karşılaştırmalı Hukukta Hekimin Malpraktisten Doğan Sorumluluğunun Tespitinde
Kullanılan Yöntemler” adlı tez çalışması
aşağıdaki jüri tarafından **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak
OY BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

25.06.2018

Prof. Dr. Deniz ÇALIŞKAN
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Jüri Başkanı

Prof. Dr. Gürol CANTÜRK
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Üye

Doç. Dr. Erdal YERDELEN
Ankara Sosyal Bilimler Ü. Hukuk Fak.
Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mehmet AKAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	i
KABUL VE ONAY	ii
İÇİNDEKİLER	iii
ÖNSÖZ	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Tıbbi Malpraktis Kavramı	1
1.1.1. Tıbbi Malpraktis: Tanım	2
1.1.2. Tıbbi Malpraktis-Komplikasyon Ayrımı	2
1.1.3. Tıbbi Malpraktisi Oluşturan Ögeler	4
1.1.4. Tıbbi Malpraktisten Doğan Sorumluluğun Hukuki Niteliği	5
1.1.4.1. Sözleşmeden Doğan Sorumluluk	5
1.1.4.2. Haksız Fiil Sorumluluğu	7
1.1.4.3. İdarenin Kusursuz Sorumluluğu	7
1.1.4.4. “Kusursuz Tazmin”	8
1.1.4.5. Vekâletsiz İş Görmeye Dayalı Sorumluluk	9
1.2. Tıbbi Malpraktisin Modern Toplumlardaki Yeri ve Etkileri	9
1.3. Türkiye’de Tıbbi Malpraktis	11
1.4. Tıbbi Malpraktise Hekimlerin ve Hukukçuların Yaklaşımı	11
1.5. Amaç	12
2. GEREÇ VE YÖNTEM	13
2.1. Yöntem	13
2.1.1. Çalışmanın Niteliği	13
2.1.2. Karşılaştırma Yöntemi	13
2.1.3. Karşılaştırmalı Hukukun Temel İlkeleri	14

2.1.4. SWOT Analizi	15
2.2. Karşılaştırmalı Hukukta Kullanılan Kaynaklar	17
3. BULGULAR	18
3.1. Tıbbî Malpraktisten Doğan Sorumluluğun Tespitini Yargı Organlarına Bırakan Sistemler	18
3.1.1. Kıta Avrupası	18
3.1.1.1. Türkiye	18
3.1.1.2. Fransız Hukuku	20
3.1.1.3. Alman Hukuku	26
3.1.2. Anglosakson Hukuku	30
3.1.2.1. Birleşik Krallık	32
3.1.2.2. Amerika Birleşik Devletleri	36
3.1.3. Tıbbî Malpraktisten Doğan Sorumluluğun Tespitini Yargı Organlarına Bırakan Sistemlerin SWOT Analizi ile Değerlendirilmesi	41
3.2. Tıbbî Malpraktis ve Kusursuz Tazmin Sistemleri	42
3.2.1. İskandinav Modeli	42
3.2.2. Yeni Zelanda Modeli	53
3.2.3. Tıbbî Malpraktiste Kusursuz Tazmin Sistemlerinin SWOT Analizi ile Değerlendirilmesi	54
3.3. Tıbbî Malpraktis ve İdarenin Kusursuz Sorumluluğu	55
3.3.1. Türkiye	55
3.3.2. Fransa	57
3.3.3. Tıbbî Malpraktiste İdarenin Kusursuz Sorumluluğu Uygulamalarının SWOT Analizi ile Değerlendirilmesi	60
4. TARTIŞMA	61
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	77
ÖZET	83
SUMMARY	84
KAYNAKLAR	85
ÖZGEÇMİŞ	93

ÖNSÖZ

Bu çalışmayla, hem dünyada, hem de Türkiye’de yıllardır en iyi cerrahların bile tedavi etmeyi başaramadıkları kanayan bir yarayı, malpraktis davalarını incelemeyi hedefledik. Türkiye’de giderek artan sayıdaki malpraktis davaları yıllarca sürmekte, mağdurlar daha da mağdur olarak genellikle tatmin edici sonuçlara ulaşamamakta, hekimler ise sürekli dava tehdidi altında çalışmakta, açılan davalar çelişkili bilirkişi raporları ile uzayıp gitmekte, çoğu kez kamu vicdanını tatmin etmeyen, hatta bazen adalet ve hakkaniyetten uzak bir biçimde sonuçlanabilmektedir. Malpraktis iddialarının farklı hukuk sistemlerinde nasıl değerlendirildiğini inceleyerek, bu konuda geliştirilecek çözüm yollarına karınca karınca bir ışık tutmayı amaçladık.

Bu çalışmada, ilk ve en büyük teşekkürü danışman Hocalarım Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Deniz ÇALIŞKAN ve Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Karşılaştırmalı Hukuk Anabilim Dalı Doktor Öğretim Üyesi Selin ÖZDEN MERHACI’ya sunmak isterim. Alanları birbirinden çok farklı olan bu iki bilim insanı, tıp ve hukuk alanındaki bilgi, birikim ve deneyimlerini, hem hekimleri, hem de hukukçuları ilgilendiren, ama bugüne kadar genellikle hekimler veya hukukçular tarafından ayrı ayrı ele alınmış olan malpraktis konusunda birleştirdiler. Çalışmayı kurgulamamız kolay olmadı, çünkü birbirinden çok ayrı olan bu iki disiplinin çalışma kuralları, çalışmayı yürütme, verileri analiz etme biçimi birbirinden çok farklıydı. Benim öğrenci olarak en büyük şansım, her iki danışmanımın da konuya son derece açık fikirli ve özgür yaklaşımı oldu. Her ikisi de, kendileri için alışılmamış olan noktalarda büyük bir sabır ve hoşgörü gösterdiler, bunu yaparken bilimsel araştırma kurallarından sapmamam için hep yol gösterici oldular. Onların işi, kesinlikle benimkinden zordu. Tüm zorluklara karşın, tüm aşamalarda büyük bir uyum içerisinde çalıştık. Çalışmayı kurgular ve yürütürken her iki disiplinin avantajlarını da kullanarak sınırlarımızı daha da genişlettik, her iki disiplini de kapsayan bir bakış açısı geliştirmeye çalıştık.

Malpraktis konusunda hukukun teorik yaklaşımları ile sağlık sektörü ve çalışanlarının pratik sorunlarını harmanlamaya, sorunları ve çözüm yollarını her iki açıdan da ele almaya çalıştık. Her iki danışmanıma da minnet ve şükranlarımı sunuyor, gelecekte birlikte başka işlere de imza atabilme dileğimi buradan yineliyorum.

Kariyer planlaması ve kişisel gelişimim için attığım en isabetli adımlardan biri Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Programı'na başvurmak oldu. Ankara Üniversitesi'nde hem son derece değerli, alanında duayen olmuş bilim insanlarından ders alma, onlarla çeşitli çalışmalar yapma fırsatını yakaladım, hem de derslerde yaptığımız tartışmalarla hukuk ve sağlık hukukuna bakışım gelişti, ufkum genişledi. Her ne kadar, hem tıp, hem de hukuk alt yapısına sahip olsam da, olay ve kavramları ikisinin süzgecinden aynı anda geçirmeyi burada öğrendim. Eğer bu eğitimi almamış olsaydım, şu anda sürdürdüğüm avukatlık mesleğimi de çok farklı, belki de bazı yönlerden eksik bir biçimde icra ederdim diye düşünüyorum. Adli Bilimler Enstitüsü'nden ve diğer bölümlerden dersler vererek gelişimime katkıda bulunan tüm Hocalarıma minnet ve şükranlarımı sunuyorum.

Bir teşekkürü de yine Sağlık Hukuku Yüksek Lisans Programı'nda tanışıp bir araya gelerek, dostluğumuzu ve profesyonel birikimimizi Hukukçu Hekimler Platformu boyutuna taşımış olduğumuz hekim ve hukukçu meslektaşlarıma sunmak istiyorum. Onlarla yaptığımız konuşmalar, tartışmalar, deneyim paylaşımlarının her biri bir ders niteliğinde. Her birinden ayrı ayrı çok şey öğrendim ve öğrenmeye de devam ediyorum. Bu tezin hazırlanmasında, kurgulanmasında, yaptığım yorumlarda, hiç kuşkusuz çok değerli katkıları var. Tüm arkadaşlarıma ayrı ayrı teşekkürlerimi sunuyorum.

Tez konumu seçme ve kurgulama aşamalarında yaptığımız uzun tartışmalarda çok yönlü bakış açısı ve bilimsel birikimiyle ufkumu açan, en son aşamada da teknik desteğini esirgemeyen Ankara Üniversitesi Elektrik-Elektronik Mühendisliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Asım Egemen YILMAZ'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum. Sayın Hocam, fikrinizi almak için daha birçok konuda kapınızı çalacağım, sağ olun, var olun...

Son ve en önemli teşekkür de aileme... Bütün çalışmalarım sırasında bana her türlü desteği veren Canım Anneme ve Sevgili Kardeşim Egemen'e sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum. Desteğiniz olmadan bugüne kadar yaptıklarımın hiçbirini başaramazdım. Canım Babacığım, sana da herşey için teşekkürlerimi sunuyor, seni büyük bir saygı ve derin bir sevgiyle anıyorum, keşke bugünü de paylaşabilseydik...

Ve Güzel Kızım, sabrınla, çalışkanlığınla, çalışma disiplininle, azminle, ben seni değil, sen beni yönlendiriyorsun, çalışmaya teşvik ediyorsun, senin harika desteğin olmasa bütün bunları bu kadar kısa sürede bitiremezdim. Sabrın ve anlayışın için de çok teşekkür ederim. İyi ki varsın, iyi ki benim kıızımsın...



SİMGELER VE KISALTMALAR

ACC	Kaza Tazminatları Kurumu (<i>Accidental Compensation Corporation</i>)
AIDS	Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu (<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>)
AIHS	Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi
CRCI	Tıbbi Kazalar, İnflamatuar Durumlar ve Hastane Enfeksiyonları için Bölgesel Uzlaşma ve Tazminat Komisyonu (<i>Commission Regionale de Conciliation et d'Indemnisation des accidents medicaux, affections iatrogenes et infections nosocomiales</i>)
CNST	Sağlık Kurumları için Klinik İhmal Planı (<i>Clinical Negligence Scheme for Trusts</i>)
HIV	İnsan Bağışıklık Eksikliği Virüsü (<i>Human Immunodeficiency Virus</i>)
HSAN	Malpraktis Disiplin Kurulu (<i>The Medical Responsibility Board</i>)
LÖF	Ulusal Karşılıklı Sigorta Kurumu (<i>Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag</i>)
NHS	Ulusal Sağlık Servisi (<i>National Health Service</i>)
NHSLA	NHS Dava Dairesi (<i>NHS Litigation Authority</i>)
ONIAM	Ulusal Tıbbi Kazalar Tazminat Fonu (<i>Office National d'Indemnisation des Accidents Medicaux</i>)
SWOT Analizi	Güçlü Yönler, Zayıf Yönler, Fırsatlar, Tehditler (<i>Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats</i>) Analizi
WMA	Dünya Tabipler Birliği (<i>The World Medical Association</i>)

1. GİRİŞ

1.1. Tıbbî Malpraktis Kavramı

Tıbbî malpraktis, sadece ülkemizde değil, tüm dünyada giderek önem kazanan bir konudur. Bu kavram, tıp etiği, hukuk, ekonomi ve daha birçok disiplinin işin içine girmesiyle ve basının da konuyu sansasyonel bir biçimde ele almasıyla giderek daha karmaşık ve çok boyutlu bir hale gelmektedir. “*Hastane ve doktor hatasına rekor tazminat: 2,5 milyon lira,*” (Hürriyet Gazetesi, 2015), “*Hekimlere açılan dava sayısı 1.200’ü geçti, tazminat miktarı 6,5 milyon TL,*” (medikalakademi.com.tr, 2015) “*İki doktor ve hastaneye karşı 755 bin TL’lik tazminat davası*” (medimagazin.com.tr, 2015) gibi haberler basında sık sık görülmekte ve kamuoyu tarafından da ilgiyle takip edilmektedir.

Birden çok disiplini ilgilendiren ve çok sayıda paydaşı olan tıbbî malpraktis olguları hakkında elbette ciddi biçimde yazılmakta ve bilimsel araştırmalar yapılmaktadır. Bu konu hakkında yazılmış tezler incelendiğinde, konuya daha çok hukukçuların, oldukça önemli bir sayıda da ekonomistlerin eğildiği görülmektedir. Hukukçular işin hukukî, ekonomistler ise ekonomik boyutunu inceleyerek analiz etmektedirler. Konunun başrol oyuncularını olan hekimlerin ise çok sınırlı sayıda çalışmaları bulunmaktadır. Bu, hekimlerin daha çok işin “iyi tıp uygulamaları” boyutunda kalmaları, enerji, bilgi ve birikimlerini haklı olarak bu yönde kullanmayı amaçlamaları ile açıklanabilir. Herhangi bir malpraktis iddiasında da hekimlerin rolü ya savunma yapmak, ya da bilirkişilik görevi üstlenmekle sınırlı kalmaktadır.

Her konuda olduğu gibi, tıbbî malpraktiste hekim sorumluluğunun belirlenmesi konusunda da bir takım kurallar, kural koyucular, bu kuralların oluşmasını sağlayan mekanizmalar bulunmaktadır. Kullanımda olan farklı sistemler tüm dünya ülkelerinde değişik yönlerden eleştirilmekte; yeni ve daha etkin sistemler için tartışma ve arayışlar sürmektedir. Bu tartışmalarda ve oluşturulacak yeni sistem

ve kurumlarda, hem planlama, hem de uygulama aşamalarında tüm paydaşların eleştirel bir gözle ve aktif bir biçimde katılması, emek harcaması ve söz sahibi olması gerekmektedir.

1.1.1. Tıbbî Malpraktis: Tanım

“Tıbbî uygulama hataları” olarak da adlandırılan malpraktis, *“sağlık çalışanı ve/veya organizasyonun ihmal, bilgi yetersizliği ya da standartlara uygun olmayan tıbbî müdahalesinden kaynaklanan, hastanın zarar görmesine yol açan her türlü önlenemez ve öngörülebilir tıbbî sonuçlar”* şeklinde tanımlanabilir (Cantürk, 2016). Dünya Tabipler Birliği’nin (*The World Medical Association / WMA*) 1992 yılında yayınladığı ve 2005 yılında yeniden düzenlediği tebliğe göre de tıbbî malpraktis, hekimin hastaya standartlara uygun olmayan tedavi uygulamasından, beceri eksikliğinden ya da ihmalinden kaynaklanan ve hastada doğrudan zarara yol açan her türlü olumsuz sonuç olarak tanımlanmakta olup, hekimin öngörülemez ve hekimin bilgi, beceri eksikliğinden kaynaklanmayan olumsuz sonuçlar için sorumlu tutulamayacağı hususuna vurgu yapılmaktadır. (WMA, 2005)

1.1.2. Tıbbî Malpraktis-Komplikasyon Ayrımı

“Malpraktis nedir, komplikasyon nedir, ne zaman malpraktisten söz edilir?” soruları üzerinde tartışılması ve interdisipliner bir uzlaşıya varılması gereken en önemli sorunların başında gelmektedir. Bu konuda hukukçular ve hekimler arasında ciddi görüş ayrılıkları olduğu dikkati çekmektedir. Hakeri (2014), hukukçu gözüyle yazılmış *“Tıp Hukukunda Malpraktis Komplikasyon Ayrımı”* başlıklı makalesinde konuya bir hukukçu gözüyle yaklaşmakta, malpraktis ve komplikasyon ayrımının, tıp hukukunda tartışılan konulardan biri olmaya devam etmekte olduğunu belirtmekte, *“tıp mesleği mensuplarının bir tıbbi müdahale nedeniyle oluşan her türlü olumsuz sonucu komplikasyon olarak kabul etme eğiliminde olduğunu, hukukçuların ise ancak bu sonuçların meydana gelmesinde sağlık çalışanına yüklenebilecek bir*

kusurun olduğu durumlarda malpraktisten söz etmekte olduğunu” ileri sürmektedir. Elbette ki, “oluşan her türlü olumsuz sonucun” komplikasyon olarak tanımlanması kabul edilemez bir durumdur. Yine aynı makalede, “...Örneğin bir hekimin her 10 hastasından birinde yani yüzde 10’unda komplikasyon olarak nitelendirilen olumsuzluklar görülyorsa, bu oran kabul edilebilir risk dışındadır. Bunun adı artık komplikasyon değildir. Komplikasyon yüzdelerinin arkasına saklanılamaz...” denilmektedir.

Oysaki hastaların mevcut hastalığın türü, tipi, hastalığın hangi dönemde olduğu, hastanın yaşı, özgeçmişi, diğer hastalıkları, kullandığı ilaçlar, kalıtsal faktörler, mesleki ve sosyal faktörler, intoksikasyonlar, diğer hastalıkları nedeniyle verilen tedavilere sadakati, vb. gibi pek çok kriter ışığında “düşük riskli”, “normal riskli” ve “yüksek riskli” olarak sınıflandırmak mümkündür. Komplikasyon ise “*bir tıbbî müdahale sürecinde, sağlık çalışanı/kurumunun veya hastanın hatası ya da kusuru bulunmaksızın, izin verilen risk sınırları içerisinde ortaya çıkabilecek istenmeyen sonuçlar*” olarak tanımlanmaktadır (Hancı, 2005). “İzin verilen / kabul edilen risk” kavramının tıbbi karşılığı olan komplikasyon, tek başına bulunduğu hallerde hekime ve diğer sağlık çalışanlarına bir sorumluluk yüklenmesine yol açmaz (Koç, 2014). Nitekim Boyd ve Jackson’ın (2005), *Critical Care*’de yayınlanan derleme makalesinde, cerrahi hastalarda yüksek risk tanımında kullanılan kriterler sayılmıştır. Buna göre; geçirilmiş ağır kardiyorespiratuar hastalıklar, aort tutulumlu ileri dönem vasküler hastalıklar, bir ya da daha fazla vital organda azalmış fizyolojik rezervle seyreden 70 üstü yaş, karsinom nedeniyle majör cerrahi girişimler, vb. nedenler hastanın “yüksek riskli” olarak sınıflandırılmasına neden olmakta, bu hasta grubunda da ko-morbiditesi olmayan gruplara göre daha yüksek oranda komplikasyon görülebileceği belirtilmektedir. Smeili ve Lotufo’nun (2015) çalışmasında ise, “*Vasküler Cerrahi Sonrası Kardiyovasküler Komplikasyonlar ve Ölümün İnsidans ve Prediktörleri*” incelenmiş, yüksek oranda ko-morbiditesi bulunan ve yarıya yakını 70 yaş üzeri olan 141 hastada, “normal risk” taşıyan hastaların incelendiği diğer serilere göre daha yüksek oranda komplikasyon ve ölüm oranları tespit edilmiştir. Bunun yanında, tedavinin istenilen sonucu vermemesinin, hatta bazı durumlarda komplikasyonlar görülmesinin önemli nedenlerinden biri de

hastanın önerilen tedaviyi uygulamaması olabilmektedir (Peterson ve ark., 1984; Roter ve ark., 1998).

Sonuç itibariyle, komplikasyonun tanımı, hangi müdahalede ne gibi komplikasyonlar görülebileceği, her bir komplikasyon için yapılması gerekenler bellidir, sınırları bilimsel standartlarla çizilmiştir (Dasgupta, 2009). Bunun gibi hekimin özen yükümlülüğünün ihlali sonucu ortaya çıkan durumlar da bellidir, etik ve hukukî açıdan tanımlanmıştır (Duysak, 2009). Bu nedenle, tıbbî malpraktisi tartışırken, “*yüzde 10’dan fazla komplikasyon varsa malpraktis söz konusudur*” gibi genellemelerden kaçınılması, tıbbî malpraktisin söz konusu olup olmadığı değerlendirilirken bu ve benzeri genellemelerin dışlanması gerekmektedir.

1.1.3. Tıbbî Malpraktisi Oluşturan Ögeler

Dünya Tabipler Birliği’nin yaptığı tanım içerisinde, tıbbî malpraktisin tüm ögeleri sayılmaktadır (WMA, 2005). Malpraktis, ya da uygulama hatası kavramı tüm meslekler için kullanılabilecek genel bir kavramdır. Tıbbî malpraktis, ya da tıbbî uygulama hatasından söz edebilmek için söz konusu tıbbî müdahalenin bir hekim ya da başka bir sağlık çalışanı ve/veya organizasyonu tarafından gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Tıbbî müdahale, en geniş anlamıyla, “*tıp mesleğini icraya yetkili bir kişi tarafından, tanı, koruyucu hekimlik, tedavi, acı dindirici (palyatif) vb. amaçlarla yapılan ve tıp biliminde kabul edilmiş ve uygulanmakta olan standartlar çerçevesinde gerçekleştirilen her türlü faaliyet*” olarak tanımlanabilir (Hakeri, 2009) (Işık Yılmaz, 2012). Tanımdan da anlaşılacağı üzere, tıbbî müdahale kavramı, sağlığı geliştirme, koruma, hastalıkların erken tanısı uygun tedavisi, rehabilitasyon (esenlendirme) gibi son derece geniş bir uygulama yelpazesi oluşturmaktadır.

Bunun yanı sıra, yapılan uygulamanın hastada bir zarara yol açmış olması gerekmektedir. Bir başka deyişle, yapılan tıbbî müdahale ve ortaya çıkan zarar arasında bir nedensellik bağı olmalıdır (Aydın, 1999). “Hasta” kavramını, Avrupa’da hasta haklarının geliştirilmesine ilişkin 1994 tarihli Amsterdam Bildirgesi, “*sağlıklı*

veya hasta olarak sağlık hizmeti kullanan kişi” olarak tanımlamaktadır (Amsterdam Bildirgesi, 1994). Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 4. maddesinin b bendine göre ise hasta “*sağlık hizmetlerinden yararlanma ihtiyacı bulunan kimse*” şeklinde tanımlanmıştır.

Tıbbî müdahale sonucu ortaya çıkmış olan bu zarar, hekim ya da sağlık çalışanının hastaya standartlara uygun olmayan tedavi uygulamasından, beceri eksikliğinden ya da ihmalinden kaynaklanmış olmalıdır. Ortaya çıkan zarar, önlenabilir ve öngörülebilir bir sonuç teşkil etmelidir. Öngörülemez ve önlenemez sonuçlar, “kabul edilen risk” sınırları içerisinde kaldığından, malpraktis değil, “komplikasyon” olarak tanımlanmaktadır.

1.1.4. Tıbbî Malpraktisten Doğan Sorumluluğun Hukuki Niteliği

Hasta / hasta yakını ve hekim arasındaki ilişki, birçok değişik biçimde kurulabilir. Hekim ve hasta / hasta yakını arasında kurulmuş sözleşmeye, haksız fiile ya da vekâletsiz iş görmeye dayanabilir (Şatır, 2015; s. 57). Bunların yanı sıra, idarenin taraf olduğu durumlarda kusursuz sorumluluk ve sonraki bölümlerde açıklanacağı üzere, bazı hukuk düzenlerinde, “kusursuz tazmin sistemleri” uygulamaları içerisinde önemli bir yer teşkil etmekte olan, kusura bağlı olmaksızın, nedensellik ilişkisiyle ortaya çıkan “kusursuz sorumluluk” ile de karşılaşılabilinmektedir.

1.1.4.1. Sözleşmeden Doğan Sorumluluk

Hekim ve hasta arasındaki sözleşme, hem doktrinde, hem de ülkemizde Yargıtay kararlarında, bir “vekâlet sözleşmesi” olarak kabul edilmektedir (Şatır, 2015; s. 22). Vekâlet sözleşmesi, güven üzerine kurulu olup, işin vekil tarafından sadakat ve özenle yapılması en önemli unsurlarından birini oluşturmaktadır (Şenyüz, 2013, s. 411)

Hekim ve hasta arasında doğrudan doğruya sözleşmeye dayanan bir ilişki varsa, yapılan tıbbî müdahale sonucunda ortaya istenmeyen sonuçlar çıkması durumunda, hekimin sözleşmeye dayanan sorumluluğu söz konusu olmaktadır. Hekim ve hasta arasındaki sözleşmenin türü, doktrinde tartışma konusu olmakla birlikte, genel olarak kabul edilen görüş, bu sözleşmenin bir “vekâlet sözleşmesi” olduğu yönündedir. (Şenocak, 1998), (Özdemir, 2004), (Onaran, 2005).

“Sözleşmeden kaynaklanan sorumluluk” çerçevesinde, hekimin asıl borcu tıp biliminin elverdiği ölçüde hastasını iyileştirme ya da hastalığı denetim altına alma taahhüdünü içeren bir “işgörme” borcu olup, yan yükümlülükleri ise “teşhis (tanı) koyma ve en uygun tedaviyi seçip uygulama”, “bizzat yapma”, “hastayı aydınlatma”, “sadakat ve özen gösterme”, “kayda geçirme (arşivleme)”ve “sır saklama” yükümlülüğüdür. Bütün bu asıl ve yan yükümlülüklerin yasal dayanakları 6098 sayılı Türk Borçlar Kanunu, Avrupa Biyotıp Sözleşmesi, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, Hasta Hakları Yönetmeliği ve Hekimlik Meslek Etiği Kurallarıdır. Ayrıca 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu ve 6100 sayılı Hukuk Muhakemesi Kanununda hekimin sır saklama yükümlülüğünün istisnalarına ilişkin düzenlemeler mevcuttur.

Hekim ile hasta arasında ehliyet, şekil gibi unsurlar bakımından geçerli bir şekilde kurulmuş ve hükümlerini devam ettiren bir sözleşme varsa, hekimin sözleşmeden kaynaklanan sorumluluğunun doğabilmesi için, icraî veya ihmali bir hareketle sözleşmenin ihlâli (borcun hiç veya gereği gibi ifa edilmemesi) söz konusu olmalıdır (Aydın, 1999). Hekimin sözleşmeye aykırılık nedeniyle sorumlu tutulabilmesi için sözleşmeye aykırı kusurlu bir davranışının bulunması, bunun sonucunda hastanın bir zarara uğraması ve davranış ile zarar arasında uygun nedensellik bağının olması gerekir.

1.1.4.2. Haksız Fiil Sorumluluğu

Hasta /hasta yakını ve hekim arasındaki ilişki haksız fiile de dayanabilir. 6098 sayılı Türk Borçlar Kanunu'nun 49 ve devamı maddeleri uyarınca, tıbbî müdahalelerden kaynaklanan zararlar için, haksız fiile ilişkin hükümlere dayanılarak da hekimin sorumluluğuna gidilebilir. Hekim, hastanın beden bütünlüğüne yönelik müdahalelerde bulunduğu, sözleşmeye aykırı zarar verici her türlü davranışı, aynı zamanda haksız fiil oluşturur. Dolayısıyla, böyle durumlarda sözleşmeye dayalı sorumluluk ile sözleşme dışı sorumluluk yarışır (Kılıçoğlu, 2013). Bunun dışında hekim ve davacı hasta ya da davacı hasta yakınları arasında bir sözleşmenin bulunmadığı durumlar da söz konusu olabilir. Hekimin özel bir hastanede hizmet sözleşmesiyle veya devlet hastanesinde devlet memuru sıfatıyla çalışması durumunda, hasta ve hekim arasında bir sözleşme olmadığından, hekimin kişisel kusurundan doğan sorumluluğuna gidilmesi gereken durumlarda haksız fiil hükümlerine başvurmak gerekecektir. Hekim ile hasta arasındaki sözleşmenin imkânsızlık, hukuka ve ahlâka aykırılık sebepleriyle geçersiz olması durumunda da, hukuk düzeninin yok saydığı bir sözleşmeye dayanılarak dava açılmayacağından haksız fiil ilişkin hükümler devreye girecektir. Hekim ile hasta arasında geçerli bir sözleşme bulunmasına rağmen, ameliyat sonunda hastanın ölmesi sebebiyle hasta yakınlarının hekime karşı açacakları maddi ve manevi tazminat davalarında, hasta yakınları ve hekim arasında bir sözleşme olmadığından, hekimin sorumluluğu yine haksız fiil hükümlerine göre değerlendirilecektir.

1.1.4.3. İdarenin Kusursuz Sorumluluğu

Ülkemizde idarenin kusursuz sorumluluğu (*Strict Liability Of The State*), 1982 Anayasası'nın 125. maddesinde belirtilmiş olan “*İdare, kendi eylem ve işlemlerinden doğan zararı ödemekle yükümlüdür*” ve “*İdarenin her türlü eylem ve işlemlerine karşı yargı yolu açıktır*” ibareleri ile dayanak bulmaktadır (Günday, 2013) . Bu hükümlerin bir sonucu olarak, idarenin kendi işlem ve eylemlerinden doğan zararı tazmin etmek zorunda olduğu ve bu konuda bir takdir hakkı

bulunmadığı sonucu çıkmaktadır. Bu bağlamda, idarenin kusursuz sorumluluğu söz konusudur. Bir başka deyişle, eylem ya da işlem ile ortaya çıkan sonuç arasında bir nedensellik ilişkisi varsa zararın tazmin edilmesi gerektiği sonucu ortaya çıkmaktadır. İdarenin kusursuz sorumluluğuna gidebilmek için, teorik olarak zarar görenin, idarenin kusurlu olduğunu kanıtlamak yükümlülüğü bulunmamaktadır (Gözübüyük, Tan, 2003). Ancak, daha sonra ayrıntılı bir biçimde açıklayacağımız üzere, bütün uygulamalar bu yönde olmamaktadır. İdare hukukunda hangi durumların kusursuz sorumluluk kapsamında değerlendirilmesi gerektiği, Danıştay içtihatlarıyla belirlenmektedir.

1.1.4.4. “Kusursuz Tazmin”

“Kusursuz tazmin” sorumluluğu (*No-Fault Compensation*), sonraki bölümlerde geniş bir biçimde inceleneceği üzere, yapılan işlem ve ortaya çıkan zarar arasındaki nedensellik bağının kurulmasıyla sorumluluğun doğması olarak tanımlanmaktadır. Sorumluluğun belirlenmesinde kusur ya da ihmal olup olmadığına bakılmamaktadır. Bu sorumluluk türü, İskandinav ülkeleri ve Yeni Zelanda gibi ülkelerde sağlık alanında meydana gelen zararların tazmininde, Avustralya’nın Tazmanya ve Victoria bölgeleri (Drabsch, 2005) ve Kanada’nın Quebec eyaletinde ise (Coyte ve ark., 1991), trafik kazalarında oluşan hasarların tespit ve tazmininde geniş bir uygulama alanı bulmaktadır.

Teorik olarak “idarenin kusursuz sorumluluğuna” benzetmekle birlikte, uygulamada, idarenin sorumluluğu konusunda kusur, tehlike sorumluluğu vb. kavramlar önemli bir yer tutmaktadır. İçtihatlarla geliştirilmiş olan “idarenin kusursuz sorumluluğu” (*strict liability of the state*) konusunda hangi konuların bu kapsama girdiği tanımlanmamış olduğu için, pek çok tartışmayı da bünyesinde barındırmaktadır. Oysa “kusursuz tazmin” (*no-fault compensation*) kavramı her tür tartışmadan uzak olup, nedensellik bağının kanıtlanmasıyla doğrudan tazminat ödenmesi esasına dayanmaktadır. Ayrıca, kusursuz tazmin sistemlerinde değerlendirme bir kurul tarafından yapılırken, idarenin kusursuz sorumluluğu olup

olmadığını değerlendirme görevi bu konuda özel yetkisi bulunan mahkemelerce (idare mahkemeleri) yerine getirilmektedir.

1.1.4.5. Vekâletsiz İş Görmeye Dayalı Sorumluluk

Vekâletsiz iş görme, “*vekâlet sahibi olmaksızın, işi görenin iş sahibinin menfaat alanına girerek iş görmesi*” şeklinde tanımlanmaktadır (Gümüş, 2012). Vekâletsiz iş görmenin objektif unsurları, iş görme, işin başkasına ait olması ve işi yapanın vekâletinin olmaması, sübjektif unsuru ise iş görenin belli bir amaca yönelmiş iradesinin olmasıdır (Reyhani Yüksel, 2015) Uygulamada, vekâletten kaynaklanan yetkilerin aşılması ile ortaya çıkmaktadır. Hekim hasta ilişkisinde vekâletsiz iş görme acil durumlar ve tıbbî müdahalenin genişletilmesi durumlarında söz konusu olabilmektedir. Örneğin, genel anestezi altında gerçekleştirilen bir ameliyat sırasında beklenmedik bulgular ya da kanama vb. olaylar nedeniyle cerrah, hasta ile önceden kararlaştırılmamış işlemler yapmak zorunda kaldığı takdirde, vekâletsiz iş görme söz konusu olacaktır.

1.2. Tıbbî Malpraktisin Modern Toplumlardaki Yeri ve Etkileri

1960’lar öncesinde tıbbî malpraktis nedeniyle açılan davalar son derece sınırlı sayıda olup, bunların pratikte çok büyük etkileri görülmemekteydi (Sloan ve ark., 1991). 60’lı yıllarda, özellikle Amerika Birleşik Devletleri’nde başta olmak üzere tıbbî malpraktis davalarında uygulanan esas ve usule ilişkin yasaların liberalleştirilmesiyle birlikte yeni bir döneme girilmiştir (Robinson, 1986). Bunun sonucu olarak, malpraktis davaları sayıca artmaya başlamış ve ödenen tazminat miktarları yükselmeye başlamıştır. Buna paralel olarak, hekimlerin ödediği zorunlu sorumluluk sigortası primleri büyük artış göstermiş ve bazı sigorta şirketlerinin artan maliyetler karşısında zorunlu sorumluluk sigortası pazarından tamamen çekilmeleri birçok hekimin de mesleği bırakmak zorunda kalmasına neden olmuş, kriz büyüyerek Amerika Birleşik Devletleri’nin birçok eyaletinde hekimlerin grev ve

protestolarıyla sonuçlanmıştır. 70'li yılların sonunda, bazı örgütsel ve yasal reformlar sayesinde kriz yatıştırılmıştır.

80'lerin ikinci yarısında, tıp dünyası hekimlerin zorunlu sigortası primlerinin 1982-1988 arasında üçe katlanmasıyla ve sadece 1987'de yüzde 40 artmasıyla ikinci bir malpraktis kriziyle karşı karşıya kalmıştır (Deweese ve ark., 1991). Bu krizin en önemli nedenleri olarak hukuk doktrinindeki değişimler, hekimlerin giderek artan oranda birbirleri aleyhine tanıklık yapması, sosyal ve profesyonel ortamlardaki değişimlerin yanı sıra gelişen teknolojinin getirdiği yeni riskler, yeni tekniklerin herkesçe bilinir hale gelmesi ile toplumun sağlık hizmetlerinden yükselen beklentileri; dolayısıyla da en ufak sorunda yaşanan büyük hayal kırıklıkları gösterilmektedir.

2000'lere gelindiğinde, artık tıbbî malpraktis davalarının hekimler için günlük yaşamın doğal bir parçası haline geldiği görülmektedir. Ortopedistler arasında 2007 yılında yapılmış olan bir ankette, katılanların yüzde 70'i hakkında tüm meslek hayatları içerisinde en az bir kez tıbbî malpraktis davası açılmış olduğu belirlenmiştir (Upadhyay ve ark., 2007). Buna paralel olarak, sigorta primlerinde de yüzde 70'e varan artışlar görülmüş, prim ödemeye ilişkin sorunların yanı sıra, bazı sigorta şirketlerinin bazı hekimleri sigortalama noktasında özel kurallar koyması, bazı bölgelerde hiç sigorta yapmaması gibi sorunlar baş göstermiştir (*U.S. General Accounting Office / Amerikan Mali İşler Bürosu Raporu*, 2003) Bu sorunlar için avukatlar ve bazı tüketici örgütleri sigorta şirketlerini, hekimler ve onların birlikte çalıştığı sigorta şirketleri de hukuk sistemini suçlamaktadırlar (Bovbjerg ve ark., 2005). İkinci gruba göre kanunlar, gereksiz davaların açılmasını mümkün kılan düzenlemeler içermekte, açılan davaların çoğu ya reddedilmekte, ya da uzlaşmayla sonuçlanmaktadır. Dava sayısındaki artış küçük olmakla birlikte, giderek daha büyük tazminatlara hükmedilmektedir. Bu da savunma için gerekli maliyeti yükseltmektedir. Artan sayıda malpraktis davaları ve giderek yükselen tazminat miktarları zorunlu sağlık sigortası primlerinin astronomik oranlarda artmasına, bu durum da verimsiz ve defansif (savunmacı) tıp uygulamalarına yol açmaktadır (Studdert ve ark., 2005).

1.3. Türkiye’de Tıbbî Malpraktis

2005 yılında yürürlüğe giren 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu’ndaki yeni maddeler nedeniyle tıpta uygulama hataları hekimler arasında giderek artan önem kazanmış ve tartışılmaya başlanmıştır (Akbaba, Davutoğlu, 2016). Ülkemizde tıbbî uygulama hatalarına ilişkin özel bir kanun bulunmamakta, hem cezaî, hem de hukukî sorumluluğa ilişkin uyuşmazlıklarda 6098 sayılı Türk Borçlar Kanunu, 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu, vb. kanunların ilgili hükümleri uygulanmaktadır. Türkiye’de malpraktis iddiaları Adli Tıp Kurumu, Yüksek Sağlık Şurası, üniversiteler, devlet hastaneleri, Türk Tabipler Birliği Onur Kurulu tarafından ve özel bilirkişilik uygulamaları ile değerlendirilmektedir. Değerlendirmelerin farklı kurum ve mercilerce yapılması nedeniyle tüm vakaları içeren kapsamlı bir çalışma mevcut değildir.

1.4. Tıbbî Malpraktise Hekimlerin ve Hukukçuların Yaklaşımı

New York Üniversitesi’nden Prof. Dr. Allen Spiegel, Ficarra’nın (Ficarra, 1976) çok yerinde saptamasına şöyle atıf yapmaktadır: “*Hukuk ve tıp meslekleri arasındaki çatışma, tıbbin prospektif, hukukun ise retrospektif olduğu gerçeğinden kaynaklanmaktadır. Bir doktor herhangi bir hastaya herhangi bir müdahalede bulunduğu anda, deney ya da tıbbi spekülasyon yapıyor demektir. Buna karşın, hasta olumsuz bir sonuç nedeniyle dava açtığında, mahkeme, tedavi sürecini retrospektif bir biçimde değerlendirmektedir.*” (Spiegel, Kavalier 1997) Bu son derece çarpıcı ve doğru tespitin analiz edilmesi son derece büyük önem taşımaktadır.

Tıbbî malpraktis olgularının değerlendirilmesinde aynı masanın farklı taraflarında oturacak hukukçuların ve hekimlerin birbirinin dilini, yaklaşımını, çalışma biçimini ve amacını anlamaları ve bu doğrultuda hareket etmeleri büyük önem taşımaktadır. Unutulmamalıdır ki, ancak doğru hareket noktalarından yola çıkıldığında doğru hedeflere en kısa yoldan ve en etkin biçimde ulaşmak mümkün olacaktır.

1.5. Amaç

Bu tez çalışmasında farklı hukuk düzenlerine mensup ülkelerdeki hekimin malpraktisten doğan sorumluluğunun tespitinde kullanılan yöntemler incelenerek karşılaştırılacak, dava yolunun avantajları ve dezavantajları Anglosakson ve Kıta Avrupası hukuk sistemleri içinde tartışılacak, ayrıca dava dışı yöntemler kullanan İskandinav ülkeleri ve Yeni Zelanda gibi ülkeler de ayrıca incelenerek, bu yöntemlerin de olumlu ve olumsuz tarafları ortaya konacaktır. Bunların yanı sıra idarenin kusursuz sorumluluğu kavramı da bu bağlamda incelenecek ve diğer yöntemlerle karşılaştırılarak SWOT analizi yapılacaktır.

Bu tez çalışmasında iki hipotez sınanacaktır:

1. Hekimin malpraktisten doğan sorumluluğunun belirlenmesinde dava yolu, dava dışı yöntemlerle karşılaştırıldığında, taraflar için pahalı, uzun, yeterince etkin olmayan bir yöntemdir.
2. Kusursuz tazmin sistemleri, dava yoluyla karşılaştırıldığında, zarar gören hastaların zararının tazmininde zahmetsiz, hızlı ve etkin bir yöntem sunmaktadır.

Çalışmanın sonunda ülkemiz için ideal sistemin nasıl olması gerektiği konusunda bir öneride bulunmaya çalışılacaktır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Yöntem

2.1.1. Çalışmanın Niteliği

Bu çalışmada, Karşılaştırmalı Hukuk biliminin tekniklerine uygun biçimde çalışılacaktır (Arslanoğlu, 2012). Çalışma, kuramsal, betimleyici ve niteliksel bir gözden geçirme çalışması olup, hekimin malpraktisten doğan sorumluluğunun tespitinde kullanılan farklı yöntemler karşılaştırma yöntemi ile irdelenecektir.

2.1.2. Karşılaştırma Yöntemi

Karşılaştırma yöntemi, Durkheim'e göre, toplumbilimsel açıklamalar bakımından en uygun yöntemdir. Durkheim, karmaşık nitelik nitelikteki bir toplumsal olgunun açıklanabilmesi için tüm toplumsal yapılardaki genel oluşumun izlenmesi gerektiğini ortaya koyarken, toplumsal olguların karşılaştırmasının farklı toplumlar ya da farklı zaman dilimleri açısından yapılması gerektiğini ileri sürmüştür. (San, 2014) Bu çalışmada, günümüzde hekimin malpraktisten kaynaklanan sorumluluğunun farklı toplumlardaki tespit edilme yöntemleri incelenerek, bu yöntemler olumlu ve olumsuz yönleri açısından karşılaştırılacaktır. Son tahlilde, kullanılan yöntemler, kullanıldıkları ülkelerin genel koşulları içerisinde değerlendirilerek, “ülkemiz için hekimin malpraktisten kaynaklanan sorumluluğunun tespitinde ideale en yakın yöntem” hakkında bir yargıya varmaya çalışılacaktır.

2.1.3. Karşılaştırmalı Hukukun Temel İlkeleri

Çalışmada, farklı hukuk düzenlerine mensup ülkelerdeki hekimin malpraktisten doğan sorumluluğunun tespitinde kullanılan yöntemler incelenirken karşılaştırmalı hukukun “işlevsel denklik ilkesi” doğrultusunda hareket edilecektir. Karşılaştırmalı hukukta, “işlevsel denklik ilkesi” araştırmaların çıkış noktasının oluşturulmasında çok önemli bir dayanaktır (Oğuz, 2017). Bu ilke uyarınca, karşılaştırmalı hukuk araştırmasında, hayata ilişkin somut bir vakıya veya somut bir hukuki kurum ya da kavram ele alınmakta ve bu vakıya veya hukuki probleme işlevsel olarak denk olan vakıya ve kurum ya da kavramlar için çeşitli hukuk düzenlerinde nasıl bir çözüm getirildiği araştırma konusu yapılmaktadır. Bu ilke uygulanırken, *praesumptio similitudinis* (pratik çözümlerin benzerliğinin varsayımsal olarak kabul edilmesi) varsayımından yola çıkılmaktadır (Oğuz, 2003). Bu çalışmada, farklı hukuk sistemleri içerisinde, hem kullanılan farklı yöntemler, hem de aynı yöntemi kullanmakta olan hukuk düzenleri arasındaki farklı uygulamalar ele alınarak bunların olumlu ve olumsuz yönleri karşılaştırılacaktır.

Karşılaştırmalı Hukuk’ta, hukuk düzeni seçimi yapılırken, hangi konunun araştırıldığı ve bu konuya ilişkin olarak belirli ülkelerdeki özel düzenlemeler göz önüne alınmalıdır. Bu tez çalışması için yapılan önaraştırmalarda, hekimin malpraktisten doğan sorumluluğunun tespitinde başlıca iki yöntem kullanıldığını belirledik: Hukuk mahkemelerinde yapılan yargılamalar ve kusur esasına dayanmayan, sadece nedensellik bağının varlığının kanıtlanmasıyla hastanın zararının tazmin edildiği, bu iş için özel olarak oluşturulmuş kurullar tarafından karar verilen sistemler. Bunun yanı sıra, bazı ülkelerde “idarenin kusursuz sorumluluğu” ve “alternatif çözüm yolları” gibi yöntemlerin kullanılmakta olduğunu gördük.

Bütün bunların ışığında, kendi içlerindeki farklılıklar göz önüne alınarak Anglosakson ve Kıta Avrupası hukuk sistemleri içerisinde hukuk mahkemelerinde yapılan yargılamalarda temel alınan sorumluluk, kusur vb. kavramların incelenmesine ve karşılaştırılmasına, bunlar içerisinde dava yolunun avantajları ve dezavantajlarının tartışılmasına karar verilmiştir. Dava dışı yöntemler kullanan İskandinav ülkeleri, Yeni Zelanda vb. gibi ülkelerin de ayrıca incelenmesine karar verilmiştir. Her ne kadar bu ülkelerde hekimin malpraktisten doğan sorumluluğunun

tespitinde dava dışı bir yöntem olan “kusursuz tazmin sistemi” kullanılsa da, ülkeler arasında bu kurulların oluşturulması, tazminat ödemesi yapan sigorta sistemlerinin çalışması ve kurul kararı sonrasında dava hakkının bulunup bulunmaması gibi farklılıklar bulunmaktadır. Kusursuz tazmin sistemlerinin de olumlu ve olumsuz tarafları ortaya konmasına ve karşılaştırılmasına karar verilmiştir.

Karşılaştırmalı hukuk, çeşitli hukuk düzenleri arasındaki farklılıkları ve benzerlikleri araştırmayı amaçlamaktadır. Bunun yanı sıra, hukuk politikasına yol göstermesi de işlevi de bulunmaktadır. Bu bilim dalı, hukukun hangi noktada değiştirilmesi gerektiği, bir hukuk boşluğunun nasıl doldurulması gerektiği ya da uluslararası bir kural oluşturulması gibi durumlarda devreye girmektedir. Bu bağlamda, farklı hukuk düzenlerinde, hekimin malpraktisten doğan sorumluluğunu tespit eden yöntemler incelenecek, karşılaştırılacak ve çalışmanın sonunda ülkemiz için ideal sistemin nasıl olması gerektiği konusunda bir yargıya varmaya çalışılacaktır.

2.1.4. SWOT Analizi

Karşılaştırmalı hukuk, hukukî düzenlemeler arasındaki farklılıkların ve benzerliklerin saptanması için, bir sorunun, karşılaştırmalı metod kullanılarak, çeşitli hukuk düzenlerindeki görünümünün karşılaştırılması şeklinde tanımlanmaktadır (Oğuz, 2017). Geleneksel olarak, bu karşılaştırma, belirli özelliklerin, olumlu ve olumsuz yönlerin karşılaştırılması, en sonunda da eleştirel bir yargıya varılmasıyla gerçekleşmektedir.

SWOT (*Strengths and Weaknesses, Opportunities and Threats* / Güçlü Zayıf Yönler, Fırsatlar ve Tehditler) analizi, belli bir örgüt, kurum ya da kuruluşun çevresindeki ya da içindeki gelişmeleri takip etmek, yorumlamak için yapılan ve belirli faktörlerin sistematik bir biçimde değerlendirilmesinden ibaret olan bir karşılaştırma yöntemidir (Songur ve ark. 2013). Güçlü yönler (S) ve zayıf yönler (W) üzerinde bir miktar kontrol sağlanabilecek iç faktörleri oluştururken, tanım gereği, fırsatlar (O) ve tehditler (T) esasen üzerinde tam bir kontrol sağlanamayan olmadığı

dış faktörler olarak düşünülür. Bu yöntemle, kurumun mevcut durumunun analizi yapılarak hangi stratejilerin uygulanacağı belirlenir. SWOT analizinde, incelenen kurumun özellikleri güçlü yönler (strengths), zayıf yönler (weaknesses), fırsatlar (opportunities) ve tehditler (threats) şeklinde sınıflandırılır. Güçlü yönler, kurumun iyi çalışmasını sağlayan özellikler, zayıf yönler, kurumun performansını olumsuz etkileyen özellikler, fırsatlar kurumun yarar sağlayacağı hususlar, tehditler ise kurumun kontrolü dışındaki güçlerden oluşur (Baraz, 2012).

SWOT analizi, denetim için en yaygın biçimde kullanılan araçlardan biridir. Kaynakları denetleyerek, mevcut strateji ve yeteneklerin faaliyet gösterilen ortamın gereklerine göre uyarlamasını sağlar. SWOT analizi, stratejik planlama sürecinin öncüsüdür. İdeal olarak, SWOT analizi, kapsamlı bir literatür incelemesi ve ayrıntılı bir veri analizi gerektirmektedir. Analiz sonuçları, en sonunda tanıtımda ifade edilmiş olan dört kategoriye ayrılır: güçlü yönler, zayıf yönler, fırsatlar ve tehditler. “Güç alanı analizi” ile güçlü, zayıf yönler, fırsatlar ve tehditleri yönlendiren güçleri belirlenerek SWOT analizi tamamlanır. İncelenen kurumun işleyişinde eksikliklerin nerede olduğunu belirlemek için “boşluk analizi” yapılabilir. Bu analizler sonucunda, değişim, yenilikçilik ve bilginin uygulamaya aktarılmasını engelleyen faktörler daha iyi anlaşılabilir, sonuçlar iyileştirilebilir ve kaynakların daha verimli dağılımı sağlanabilir (Harrison, 2010). SWOT analizinin başlıca avantajları arasında yapısal ve keskin bir format sunması, çok büyük miktarda veriyi çok kısa özetleme olanağı sunması, esnek olması, temel yetenekler ve ayırt edici unsurların ortaya çıkarılması ve birçok farklı alanda uygulanabilmesi sayılabilir (Cömertpay, 2006).

“SWOT analizi” terimi karşılaştırmalı hukukta kullanılmamakla birlikte, işlevsel denklik ilkesi uyarınca araştırma sonuçlarının değerlendirilmesi noktasında amaçlanan, varılan sonuçların analiz edilmesi, farklı hukuk sistemlerindeki düzenlemelerin zayıf ve güçlü yönlerini belirterek, en uygun çözümün sunulmasıdır. Bu nedenle, çalışmamızda sonuçların SWOT analizi ile değerlendirilmesinin, çalışmanın bilimsel kalitesini zedelemeyeceği gibi, yapılacak karşılaştırmaya objektif bir değerlendirme ölçütü koyma noktasında katkı sağlayacağı düşünülmüştür. Araştırma konusu “farklı hukuk düzenlerine mensup ülkelerdeki hekimin

malpraktisten doğan sorumluluğunun tespitinde kullanılan yöntemlerin incelenmesi” olduğundan, söz konusu yöntemlerin SWOT analizi kullanılarak karşılaştırılması sonucu bu yöntemlerin güçlü ve zayıf yönleri, sağladıkları fırsatlar ve neden oldukları olumsuz durumlar objektif ölçütlere dayanılarak tartışılmıştır.

Farklı hukuk düzenlerine mensup ülkelerdeki hekimin malpraktisten doğan sorumluluğunun tespitinde kullanılan yöntemler arasında sigorta şirketlerini ve bazı kamu kurumlarını ilgilendiren detaylar bulunması nedeniyle, SWOT analizinin, çalışmanın sonuçlarının pratiğe yönelik değerlendirilmesi aşamasında, bu şirket ve kurumların sonuçları günlük yaşama uyarlamalarının kolaylaştıracağı öngörülmektedir.

2.2. Karşılaştırmalı Hukukta Kullanılan Kaynaklar

Bir Karşılaştırmalı Hukuk çalışmasında, yabancı hukuktaki her türlü kaynak, hukuk kaynağı olarak dikkate alınmalıdır. Bu bağlamda kanunlar, örf-adet kuralları, içtihatlar, öğreti, sözleşme tipleri, genel işlem şartları, ticari teamüller ve alışkanlıklar da araştırılmalıdır (Oğuz, 2003). Bu nedenle, bu tez çalışmasının materyalini, çalışmaya dâhil edilen ülkelerin her türlü yazılı ve yazılı olmayan hukuk kaynağının yanı sıra, konuya ilişkin olarak çeşitli devletlerin ilgili kurum ve kuruluşları tarafından hazırlanmış bilgilendirme materyalleri ve Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Bankası vb. uluslararası kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanmış dokümanlar oluşturmaktadır.

3. BULGULAR

3.1. Tıbbî Malpraktisten Doğan Sorumluluğun Tespitini Yargı Organlarına Bırakan Sistemler

3.1.1. Kıta Avrupası

3.1.1.1. Türkiye

Ülkemizde, malpraktis iddialarına ilişkin davalar genel mahkemelerde görülmektedir. Hukukî sorumluluğa ilişkin davalar hukuk mahkemelerinde, cezaî sorumluluğa ilişkin davalar ceza mahkemelerinde, kamu hastanelerinin sorumluluğuna ilişkin davalar idare mahkemelerinde, özel hastanelerin sorumluluğuna ilişkin davalar ise tüketici mahkemelerinde genel kanunlar çerçevesinde görülmektedir. Sağlık hukukuna ilişkin özel bir yasal düzenleme ya da sağlık hukuku alanında ihtisaslaşmış mahkemeler bulunmamaktadır. Mahkemeler, bilirkişi, Adli Tıp Kurumu ve Yüksek Sağlık Şurası'nın verdiği raporlar ışığında karar vermektedir.

Ülkemizde, genel olarak mahkemelerde görülmekte olan davalar yıllarca sürmektedir. Özellikle malpraktis davaları gibi bilirkişi incelemesi gerektiren davalar 8-10 yılı bulan sürelerde sonuçlandırılabilir. Davaların bu kadar uzun sürmesi, ülkemizin Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi'nde de adil yargılanma hakkının ihlal edildiği gerekçesi ile pek çok kez mahkûm edilmesine neden olmuştur¹. Yargılama sürelerinin çok uzun olması, hâkim ve savcılarının sayılarının yetersiz, iş yüklerinin fazla olması, yargılama faaliyetleri içerisindeki hantal ve karmaşık süreçler, Adli Tıp Kurumu gibi kurumların ağır işleyişi, uzlaştırmacılık ve

¹ ŞEKERCİ / TÜRKİYE DAVASI, Başvuru No. 9961/08, Karar Tarihi: 01.07 2014

arabuluculuk faaliyetlerinin günümüze kadar yeterince geliştirilmemiş olması gibi faktörlerle açıklanabilir.

Malpraktis iddialarına ilişkin davaları konu eden farklı çalışmalar incelendiğinde, Yüksek Sağlık Şurası'na 1993-1998 arasında malpraktis iddiası ile 997 vaka bildirildiği, bu vakaların yüzde 47,7'sinde hekimlerin kusurlu olduğuna karar verildiği görülmektedir (Gündoğmuş ve ark, 2005). En sık görülen malpraktis nedenleri ihmal, hatalı tedavi ve tanıda yetersizliktir. Bir başka çalışmada, 1995-2000 yılları arasında mahkemelerden Yüksek Sağlık Şurası'na intikal eden 366 malpraktis dosyasından 93'ü genel cerrahi vakalarını içerdiği, genel cerrahi dosyaları içerisinde ölümle sonuçlanan vakaların yüzde 79,6'sında malpraktis tespit edilmiştir (Tümer ve ark, 2006). Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Genel Kurulu'na 2000 ile 2011 yılları arasında tıbbi malpraktis iddiası ile gelen 330 vakanın incelendiği çalışmada ise, 330 olgunun yüzde 33,3'ünde "tıbbi uygulama hatası" olduğu tespit edilmiştir (Yazıcı ve ark, 2015). 2000-2004 yılları arasındaki Yüksek Sağlık Şurası kararlarından, acil tedavi hizmetlerini kapsayan 112 olgunun retrospektif olarak incelendiği çalışmada, 57 vakada (yüzde 50,9) kusur olmadığına, 55 (yüzde 49,1) olguda ise, tıbbi uygulama hatası olduğuna karar verilmiştir (Türkan ve ark, 2004). Adli Tıp Kurumu'na 1991-2000 yılları arasında başvuran malpraktis ile ilgili toplam 696, 2001-2005 yılları arasında 525 dosya var iken; 2005 yılı sonrasında bu sayı büyük artış göstermiştir. Adli Tıp Kurumu 1. Adli İhtisas Kurulu'nda, ölümle sonuçlanmış dosyalarda, 2013'de 1060, 2014'de 1320, 2015'de 1148 dosyada malpraktis tespit edilmiştir. Bu kararlarda malpraktis bulunduğu kabul edilen olgu sayısı alanlara göre yüzde 7-30 arasında değişmektedir (Koç, 2016).

Bütün bu malpraktis olgularında verilen cezalar ve ödenen tazminatların toplu halde incelendiği bir çalışma bulunmamaktadır.

Ülkemizde, hekimin malpraktisten doğan sorumluluğunun değerlendirilmesinde, önceki bölümlerde değinildiği üzere somut olayın özelliklerine göre vekâlet ya da eser sözleşmesinden, haksız fiilden, vekâletsiz işgörmeden

kaynaklanan kusur sorumluluğu veya idarenin kusursuz sorumluluğu esaslarına göre değerlendirme yapılmaktadır.

3.1.1.2. Fransız Hukuku

Latin hukuk çevresinin ana hukuk düzenini Fransız hukuku oluşturmaktadır. Fransa’da halen yürürlükte olan *Code Civil*, Fransız devriminin ruhuyla doğmuş ve 1804 yılında kabul edilmiştir. Yazılı hukuk kuralları, örf ve adetler ve içtihatlar hukukun kaynaklarını oluşturmaktadır. Mahkemeler teşkilatı ise hukuk ve ceza mahkemeleri ile idare mahkemelerinden oluşmaktadır (G’sell-Macrez, 2011).

Fransız haksız fiiller hukuku, hakları başlangıç noktası olarak almaz; ancak Temyiz Mahkemesi’nin, Medeni Kanun’daki bazı sorumluluk hükümlerini yorumlarken, haklardan yola çıktığı söylenebilir. Bazıları son derece genel bir içerik taşımakta olan kusursuz sorumluluk hükümleri, emniyet ve güvenliğin sağlanmasına ilişkin hakları hükme bağlarken, vatandaşların kamu kurumlarının önünde eşit muamele görme hakkını garanti altına almaktadır (Van Dam, 2007).

Fransız malpraktis hukuku, kamu sektörü, özellikle devlet hastaneleri ve kâr amacı gütmeyen kuruluşlar veya kâr amacı gütmeyen kuruluşlar olabilecek özel uygulayıcılar veya kurumlar arasında bölünme ile karakterize edilen bir Fransız sağlık sistemi bağlamında anlaşılmalıdır. Maaşlı sağlık çalışanlarının yüzde 86’sı kamu sektöründe çalışmaktadır ve mevcut yatakların yüzde 65’i kamu hastanelerinde bulunmaktadır. Hekimlerin yalnızca yüzde 46,5’i bağımsız olarak çalışmakta iken, yüzde 41,7’si kamu ya da özel hastaneler tarafından istihdam edilmekte ve yüzde 11,8’i hem özel muayenehanelerde hem de hastanede çalışmaktadırlar (Fransız Tabipler Birliği, 2010).

Bu bağlamda, 4 Mart 2002 tarihli ve 2002-303 sayılı Hasta Hakları Kanunu’nda, ilgili aktörlerin kim olduğuna (özel ya da kamu kuruluşu) bakılmaksızın, tıbbi hak ihlalleri ile ilgili kurallar ile hak ve sorumluluklar tanımlanmıştır (G’sell-Macrez, 2011). Bu yasa, hasta haklarını tanımlamakta ve

sağlık profesyonelleri ve sağlık kurumlarının sorumluluğu ile ilgili genel ilkeleri ortaya koymaktadır. Tıbbi malpraktis kurallarının genel anlamda belirlenmesine karşın, uyuşmazlıkların özel kuruluşlar ya da kamu kurumlarında ya da özel bir muayenehanede meydana gelip gelmediğine bağlı olarak, malpraktis davaları idari ya da sivil mahkemeler önüne gelebilmektedir. Ayrıca, ortada ceza hukuku açısından bir suç varsa, herhangi bir sağlık çalışanına karşı ceza mahkemelerinde dava açılabilmektedir. Bunun yanı sıra, hekimler, etik kuralların ihlali durumunda disiplin kurullarınca da (*Code de deontologie medicale*) değerlendirilebilirler.

Hasta Hakları Kanunu, sadece hastalar ve sağlık profesyonelleri arasındaki uyuşmazlıkların çözümünü düzenlemekle kalmayıp aynı zamanda herhangi bir ihmale atfedilemeyecek yaralanmaların tazminini de hükme bağlamaktadır. Koruyucu tıp, teşhis veya tedavi faaliyetleri sonucu bir zarar doğduğu takdirde, hasta, öncelikle “Ulusal Tıbbi Kazalar Tazminat Fonu’na” (*Office National d’Indemnisation des Accidents Medicaux* [ONIAM]) başvurabilir. Ayrıca, ONIAM, sorumluluk kuralları geçerli olsa dahi sağlık çalışanı veya sigortacısı tarafından tazmin edilemeyen mağdurları tazmin etmekle sorumludur. Bu gibi durumlarda zararın fondan tazmin edilmesinin “ulusal dayanışma” ilkesine dayandığı kabul edilmektedir. Bu ilke, tüm toplumun bu tür risklerin maliyetine destek vermesi gerektiği fikrini yansıtmaktadır (Helleringer, 2011).

Hasta Hakları Kanunu’ndan önce, özel sektördeki tıbbi malpraktis davaları, bir sözleşme hukuku meselesi olarak görülmekteydi. Hasta Hakları Kanunu ile tıbbî malpraktis iddiası ile yapılan yargılamalarda ne sözleşme hukuku esaslarına, ne de haksız fiil hükümlerine dayanılmamakta, tıbbi sorumluluğun yasal temeli tamamen değişmektedir. Yalnızca, hekimin aydınlatma yükümlülüğünü ihlali durumunda, Fransız Medeni Kanunu’nun 1382. Maddesi uygulanarak, bu durumda hekimin sorumluluğu haksız fiile dayandırılmaktadır (Helleringer, 2011).

Hekimin sorumluluğunun doğması için geleneksel olarak üç temel gereklilik bulunmaktadır. İlk gereklilik ihmal veya kusurun bulunmasıdır. İkinci gereklilik,

mağdurda bir zarar meydana gelmiş olmasıdır. Üçüncü gereklilik ise, hekimin ihmali ve mağdurun zararı arasındaki nedensellik bağıdır (Helleringer, 2011).

Bir kamu hastanesinin hastasının uğradığı zarar için, hekimin kişisel sorumluluğuna gidilmemektedir. Bu durum, kişisel bir kusurun bulunmadığı hallerde, idarenin hizmet kusuru sayılarak, zarar idare tarafından tazmin edilir. Fransız idare hukuku, kamu hizmeti kusuru (*faute de service*) ile failin kişisel kusuru arasında bir ayrım yaparak ikinci durumu görevi kötüye kullanma olarak nitelendirmektedir. Buna örnek olarak, bir doktorun bir hastayı tedavi etmeyi reddetmesi ya da hekimin gelmesi gerektiği halde hastaneye gelmemesi gibi durumlar gösterilebilir. Bu gibi durumlar haricinde, yapılan tıbbî müdahale nedeniyle zarar gördüğünü iddia eden hasta idareye başvurarak zararının tazmin edilmesini talep edebilmektedir. Günümüzde, özellikle doktorun sağlık ürünleri sağladığı durumlarda ve hastane kaynaklı enfeksiyonlarda idarenin kusursuz sorumluluğu kabul edilmektedir (G'sell-Macrez, 2011). Bu konu, ilgili başlık altında ayrıca incelenecektir.

Hasta Hakları Kanunu, basit ve hızlı tazminatın sağlanması için mağdurların yararına yeni bir prosedür sağlamıştır. Bugün, mağdurların iki seçeneği vardır: (1) İddiaları ile bir arabuluculuk komisyonuna başvurabilmekte veya (2) sağlık çalışanına karşı dava açabilmektedirler (Helleringer, 2011).

Hasta Hakları Kanunu ve 30 Aralık 2002 tarihli Tıbbi Uygulama Hatalarına İlişkin Kanun, her bölgede bulunan bölgesel uzlaşma ve tazminat komisyonlarına ilişkin düzenlemeler içermektedir: ("*Commission Regionale de Conciliation et d'Indemnisation des accidents medicaux, affections iatrogenes et infections nosocomiales*" [CRCI]) ("Tıbbi Kazalar, İnflamatuvar Durumlar ve Hastane Enfeksiyonları için Bölgesel Uzlaşma ve Tazminat Komisyonu). Bu yeni örgüt, anlaşmazlıkların dostane yollarla çözülmesi ve mağdurların hızlı tazminat almalarına yardımcı olmak için yeni yollar sağlamayı amaçlamaktadır. CRCI'ler 3 Mayıs 2002 sayılı kararla oluşturulmuş olup mahkemelere bir alternatif teşkil etmektedir. CRCI'lar bir yargıç tarafından yönetilmekte ve yirmi kişiden oluşmakta olup,

hastaları, sağlık profesyonellerini, hastane uygulayıcılarını, sağlık kurumlarını ve tesislerini, ONIAM'ı ve sigortacıları temsil eden altı ana kategoriye ayrılmaktadır. CRCI'ların misyonu iki yönlüdür. Birincisi, tıbbi bir tedavi ile bağlantılı olarak ortaya çıkan anlaşmazlıkların çözümünde arabuluculuk yoluyla ilerlemektir. CRCI'ların ikinci işlevi, ciddi yaralanmalardan muzdarip tıbbi malpraktis mağdurlarının tazminata kavuşmalarının kolaylaştırılmasıdır (G'sell-Macrez, 2011).

CRCI, arabulucu sıfatıyla, mağdur ve hekim veya sorumlu sağlık çalışanının sigortacısı arasında bir uzlaşmaya varmayı hedeflemektedir. Hasta ya da hasta yakını, tıbbi bakım hakkında şikâyeti varsa ya da sağlık meslek mensubu veya sağlık kurumu ile bir uyuşmazlık söz konusuysa önce CRCI'ye başvurarak uzlaşma talebinde bulunabilir. Başvurunun kabul edilebilir olması için, uyuşmazlığın 5 Eylül 2001 tarihinde veya sonrasında meydana gelen tıbbi bir olaydan kaynaklanmış olması gerekmektedir. Davacı ve sağlık çalışanı, şikâyetçinin isteğine bağlı olarak, komisyon tarafından bir bütün olarak veya komisyonun tek bir üyesi tarafından veya bağımsız bir arabulucu tarafından dinlenir. Arabuluculuk görüşmelerinin sonucu davacı ve ilgili sağlık uzmanı tarafından imzalanmış bir belgede belirtilir (G'sell-Macrez, 2011).

CRCI'lerin ayrıca bazı ciddi yaralanma ve sakatlık vakalarında arabuluculuk görevi de bulunmaktadır. Bu prosedüre kabul edilmek için, başvuru konusu olay 5 Aralık 2001'den sonra meydana gelen kazalarla ilgili olmalı ve ciddi bir yaralanma söz konusu olmalıdır. Böyle bir durumda, mağdur, davayı, gerekirse uzman görüşü almak üzere yetkili Bölgesel CRCI Komisyonu'na götürebilir. Komisyon başvuruyu altı ay içinde cevaplamak zorundadır (G'sell-Macrez, 2011).

Bu aşamada iki çözüm mümkündür. Birincisi, komisyon, ya zararın tıbbi bakımdan kaynaklanmadığı ya da ihmalin bulunmadığı ve zararın hastanın başlangıç durumuna göre anormal bir sonuç olmadığı için başvuruyu reddedebilir. İkincisi, komisyon hastanın zararının tazmin edilebileceğine karar verebilir. Bildirim, tazminatın ödenmesinden sorumlu olan kurumlara iletilir. Ödenecek tazminat, tazminat yükümlülüğü kurallarına dayandırılabilirse tazminat sağlık çalışanının

sigortası tarafından ödenirken, herhangi bir sorumluluğun tespit edilemediği, ancak bir zararın bulunduğu durumlarda da kamu yararı ve “ulusal dayanışma” ilkesi uyarınca ONIAM tarafından tazminat ödemesi yapılır (G’sell-Macrez, 2011).

İlk durumda, sorumlu sağlık çalışanının sigortacısı, dört ay içinde mağdurun zararını tam olarak karşılayan bir tazminat teklifi yapmalıdır. Mağdur teklifi kabul ederse, bir uzlaşma yapılır ve ödeme bir ay içinde gerçekleştirilir. Yapılan anlaşma, Medeni Kanun'un 1144. maddesi kapsamında bir "işlem" niteliğindedir. Bunun anlamı şudur: Mağdurun sağlık durumunun uzlaşma sonrası kötüye gittiği durumlar hariç olmak üzere, mağdurun her türlü dava açma hakkı ortadan kalkar (Helleringer, 2011).

Sigortacının teklifinin reddedilmesi halinde veya dört aylık sürenin aşılması durumunda, mağdur ONIAM'a başvurabilir, bu durumda ONIAM sigortacı sıfatıyla hareket ederek aynı koşullar altında yeni bir teklif yapar. Böyle bir durumda, ONIAM, sorumlu kişi veya kuruma rücu hakkına sahiptir (Helleringer, 2011).

Bunun yanı sıra sigortacı da CRCI'nin kararına mahkemeye başvurarak itiraz edebilir. Bugün itibarıyla, taleplerin yaklaşık yüzde 60'ı, CRCI incelemeleri sonucunda çözümlenmektedir (G’sell-Macrez, 2011). Ancak, yeni sistem, mahkemelerde yargılamanın azalmasına neden olmamıştır. Bu durum, CRCI'ların kararlarına çok yüksek oranda itiraz edilmesinden kaynaklanmaktadır.

Mağdurlar, Bölgesel Komisyonların himayesinde bir arabuluculuk prosedürüne girmek zorunda değildir. Aynı zamanda doğrudan sigorta şirketine dava da açabilirler. Ayrıca, CRCI'nin kararından memnun olmadıklarında veya sorumlu sağlık meslek mensubunun veya kurumunun sigortacısı tarafından teklif edilen tazminat teklifinden memnun olmadıkları takdirde de mahkemeye gidebilirler. Bunun yanı sıra, Mahkeme ve Komisyona bilgi verilmesi koşuluyla, mahkemede dava açmış olan bir mağdur, daha sonra ilgili Bölge Komisyonu'na da başvuruda bulunabilir. Kusura dayalı tıbbi sorumluluk söz konusu olduğunda, mahkeme kararlarının yüzde 66'ı tazminat ödenmesi yönünde iken, CRCI'lerce değerlendirilen

vakalarda bu oran yüzde 33'tür (G'sell-Macrez, 2011). Bu husus, mağdurların yalnızca sağlık çalışanının ihmalinin bariz olduğu durumlarda mahkemeye gitmesi ile açıklanmaktadır.

Hastalar dışında, Sosyal Güvenlik Kurumları da ayrıca mağdura ödedikleri tazminat nedeniyle sağlık mesleği mensuplarını dava etme hakkına sahiptirler. Sağlık çalışanının hukuki sorumluluğuna ilişkin zamanaşımı süresi önce 2002 yılında on yıla indirilmiş, daha sonra yeni bir düzenleme ile beş yıla indirilmiştir. Ancak kişisel yaralanmalarla ilgili iddialar için zamanaşımı süresi hâlâ on yıldır. Bununla birlikte, zamanaşımı süresi "konsolidasyon" anında, yani kurbanın iyileşmesinden veya uğradığı zararın kalıcı ve sabit hale geldiği andan itibaren başlamaktadır. Bu anın tespit edilmesi zor olduğundan, zamanaşımı süresini kısaltan düzenlemenin pratikte önemli bir etkisi görülmemektedir (G'sell-Macrez, 2011).

Her ne kadar Hasta Hakları Kanunu, malpraktise ilişkin hukuki düzenlemeleri somut bir perspektiften birleştirse de, yargı yetkisi ikilemi devam etmektedir. Bu, davaların hukuk mahkemeleri veya idari mahkemelerinde görülmesi anlamına gelmektedir. Hukuk mahkemeleri ve idare mahkemelerinin benzer olaylarda birbirinden çok farklı kararlar vermesinden yakınılmaktadır. Fransız yargı sisteminde idare mahkemelerinde uygulanmakta olan kusursuz sorumluluk ilkesi, ilgili bölümde ele alınacaktır.

2005 yılında, 13 Ağustos 2004 tarihli ve 2004-810 sayılı kanun ile ONIAM'a bağlı olarak kurulan “*Observatoire des risques medicaux*” (Tıbbi Riskleri İzleme Kurumu), sağlık maliyetlerini daha iyi anlamak için tıbbî malpraktis vakaları ile ilgili verileri toplamaya ve analiz etmeye başlamıştır. Bu analizlerin sonucunda, genel olarak, 1990'lı yılların başından beri malpraktis iddialarının sayıca önemli ölçüde arttığı ve 2002'deki reforma ve ulusal dayanışmaya dayalı yeni tazminat planının oluşturulmasına rağmen, bu eğilimin tersine çevrilmediği vurgulanmaktadır. 2008 itibariyle, özel muayenehanede hizmet veren hekimlerin yüzde 2,5'unun, cerrahların ise yüzde 44'ünün dava edildiği tespit edilmiştir. Açılan davaların davaların yüzde 67'sinde sağlık çalışanının tazminat sorumluluğu bulunduğu hükmedilmiştir.

Ayrıca hükmedilen tazminat miktarları da artmıştır: 2002 yılında bir malpraktis davasının ortalama maliyeti 120.000 avro iken, 2007'de bu rakam 256.000 avro olmuştur. (Courgeon ve ark., 2009).

3.1.1.3. Alman Hukuku

Avrupa'da 1989'da Berlin duvarının yıkılması ile Avrupa Birliği'ne uzanan süreç başlamıştır. 1991'de imzalanan Maastricht Antlaşması ile Avrupa devletlerinin bir birlik oluşturarak, ülkeler arasında yaşamın her alanında uyum sağlanması hedeflenmiştir. Avrupa sistemlerinin aradan geçen zaman içerisinde birbirine gerçekten yaklaşıp yaklaşmadığı toplumbilimciler tarafından sorgulanmakta olan bir konudur. Özellikle de sistemlerin birbirine benzer hale getirilmesinin arzu edilip edilmediği hususu, yanıtlanması gereken hukuki ve politik bir sorundur (Van Dam, 2007).

Avrupa ülkeleri, halen, yürürlükte olan birbirinden çok farklı hukuk sistemleri ile dikkati çekmektedirler. Fransa ve Almanya'da, 18. ve 19. yüzyıldaki devrimler vatandaşlık haklarının önünü açmış, vatandaşlık hakları büyük önem kazanmıştır (Van Dam, 2007). Alman haksız fiiller hukukunda, vatandaşın medeni hukuk hakları, özellikle de yaşam hakkı, fiziksel bütünlük, sağlık, kişisel özgürlük ve mülkiyet hakları listelenmektedir. Mahkemeler için bu haklar, tazminat talebinde bulunmaya karar vermenin başlangıç noktasıdır. Daha doğrusu, bunlar davacının, davasında en önemli dayanak noktalarını oluşturmaktadır. Bu başlangıç noktası, Alman hukukunun mağdurlara koruma sağlama konusundaki içtihadını güçlü bir şekilde etkilemiştir: Bir mahkeme, mağdurun haklarının ihlal edilmesi durumunda bir iddiayı kolay kolay reddetmeyecektir. Fransız ve Alman hukuklarının her ikisi de kişinin yaşamını ve iyiliğini koruyan hakları vurgularken, İngiliz yasaları hareket özgürlüğünü koruyarak farklı bir başlangıç noktasından hareket etmektedir. Nitekim Anglosakson hukukunda, hareket özgürlüğünün korunması, sorumluluğun belirlenmesinde önemli bir husustur. Vatandaşlık haklarının rolü ile ilgili bu farklı

başlangıç noktalarının, pratikte, mahkeme önüne gelen davalar açısından farklı sonuçlar doğurması kaçınılmaz olmaktadır (Van Dam, 2007).

Alman sağlık sistemi tüm nüfus için erişim ve kapsama alanı sağlamaktadır. Nüfusun yaklaşık yüzde 90'ı yasal sağlık sigortası kapsamındadır. Sistem, birbiriyle rekabet eden 200'den fazla sigorta şirketinden oluşan merkezi olmayan ve çeşitlendirilmiş bir yapıya sahiptir. Bu sigortacılar kamu hukuku statüsüne sahip olan şirketlerdir ve federal bir kurumun gözetimindedirler. Nüfusun yüksek gelirlilerden oluşan yüzde 10'una yakın bir kısmı, özel olarak sigortalanma seçeneğini kullanmaktadır (Palmer, 2009).

Sağlık hizmeti sağlayıcıları açısından, çok çeşitlilik ve ademi merkezîyetçilik söz konusudur. Sağlık hizmetleri hastaneler ve özel muayenehaneler tarafından sağlanmaktadır. Hastaneler, hem özel hem de kamuya ait çeşitli kuruluşlara ait olabilmektedir. Hem özel hekimler hem de hastaneler, yasal sağlık sigortası programları kapsamında sağlık hizmeti sunabilmek gelmek için anlaşmalar yapmakta olup, bu anlaşmalar, sağlık hizmeti sağlayıcılarının dernekleri ve sağlık sigortacılarının dernekleri arasında müzakere edilmektedir (Kesgin, 2018).

Almanya'da, malpraktis iddiaları çoğunlukla, sağlık kuruluşlarının arabuluculuk hizmetleri ile ya da sosyal sağlık sigortacıları uzman görüşü sunduktan sonra, sorumluluk sigortacıları ile çözülmektedir. Tüm malpraktis vakalarının sadece yüzde 8'i dava konusu edilmektedir. Alman hukuku kapsamında tıbbi uygulama hatası sorumluluğunun, mahkemelerde dava yoluyla belirlendiği durumlarda hükmedilen tazminat miktarları da Amerika Birleşik Devletleri ile karşılaştırıldığında, son yıllarda görülen artışa rağmen, oldukça düşüktür. 82,5 milyonluk bir nüfusa sahip Almanya'da, bir yılda açılan malpraktis dava sayısı yaklaşık 40.000 civarındadır (Palmer, 2009).

Almanya'da kişisel yaralanmalardan kaynaklanan zararların çoğu sosyal güvenlik sistemi tarafından karşılanmaktadır. Tedavi ve bakım masrafları sağlık sigortası tarafından, engellilik emekli maaşları ise emeklilik sigortası tarafından

sağlanmaktadır. Bununla birlikte, bu sigortacılar, masrafları yasal sübvansiyon yoluyla geri alabilmektedirler (Kesgin, 2018).

Alman hukuk sisteminde hükmedilen manevi tazminat miktarları hukuk sisteminin bazı özelliklerinden dolayı genel olarak düşüktür: hukuk davalarında jüriler bulunmamaktadır ve mahkemenin hükmettiğinden daha yüksek bir tazminat talep eden bir davacı, dava masraflarının bir kısmına katlanmak zorundadır. Dahası, manevi tazminatın belirlenmesinde, hâkimlere, çeşitli yaralanma tipleri için tazminat oranlarını belirleyen standartlaştırılmış tablolar rehberlik etmektedir. Tüm bunlara karşın, Almanya’da da manevi tazminat miktarları yavaş yavaş artmaktadır. Son zamanlarda 500.000 avroya varan taminatlara hükmedilmiş olup, bunlar doğum sırasındaki tıbbi müdahaleden kaynaklanan ağır fiziksel ve zihinsel engeller için verilmiştir. Göz ya da uzuv kaybı gibi daha küçük yaralanmalar için, tazminatlar son yirmi yılda 40.000 avronun altında kalmıştır (Palmer, 2009).

Alman malpraktis hukuku, Medeni Kanun ile sözleşmelerden doğan yükümlülöklere ilişkin hükümlere dayanmaktadır, ancak tıbbi tedavi bağlamında ortaya çıkabilecek çeşitli sorumluluk nedenleri içtihat hukuku ile geliştirilmiştir. Sorumluluğun en yaygın nedenleri kusurlu tedavi, yanlış tanı, yanlış ilâç verme, sır tutma yükümlölüğünün ihlâli ve yetkisiz tedavidir.

Tıbbî malpraktis davalarında meydana gelen zararlar ve maruz kalınan kayıplar için verilen tazminatlar Medeni Kanun hükümlerine göre belirlenmektedir. Maddî zararlar tamamen telafi edilmekte; Almanya’da cezai tazminat verilmemektedir. Tıbbi malpraktis davalarında ve genel olarak kişisel yaralanma vakalarında tedavi, rehabilitasyon ve uzun süreli bakım giderlerinin ödenmesine hükmedilebilir. Ayrıca, kazanç kayıpları telafi edilmekte ve manevi tazminat verilmektedir. 2002’de yapılmış olan büyük bir yasa reformundan bu yana, manevi tazminata hükmedilmesi kolaylaştırılmış, bu durum da malpraktis davalarının sayısında artışa neden olmuştur (Cioffi, 2002).

Almanya’da, malpraktis mağduru, büyük olasılıkla hekim veya hastanenin sigorta şirketine yapacağı başvuru ile tazminat talep etme sürecine başlayacaktır.

Mağdur bu düzeyde tatmin olmazsa, mahkemeye gidebilmekte veya bir arabuluculuk merkezinin hizmetlerini kullanabilmektedir. Arabuluculuk hizmetleri ücretsizdir, buna karşın mahkemeye başvuran davacı, davayı kaybettiği takdirde, dava masraflarını ve karşı tarafın masraf ve avukatlık ücretini ödemek zorunda kalmaktadır (Weidinger, 2006).

Arabuluculuk merkezi, sağlık çalışanının sorumlu olduğu bir zarar olduğu görüşündeyse, mağdur yeniden sigorta şirketine başvurabilir. Bu tür vakaların yüzde 85'inde, arabuluculuk merkezinin görüşü temelinde bir çözüm sağlanmaktadır. Vakaların geriye kalan yüzde 15'inde ise, davacı mahkemeye gitmekte ve çoğunlukla mahkeme kararı arabuluculuk merkezinin kararıyla paralellik göstermektedir. Uygulamada, malpraktis iddialarının büyük çoğunluğu derhal veya bir arabuluculuk merkezinin görüşü alındıktan sonra mahkeme dışında çözülmektedir (Weidinger, 2006).

Arabuluculuk merkezleri resmî tıbbî meslek odaları tarafından işletilmektedir, ancak bağımsız yargılarına çok fazla saygı duyulan bağımsız örgütlerdir. Merkezlerde, avukat ve hekimler görev yapmakta ve değerlendirmeler genellikle gönüllü hekimler tarafından ücretsiz olarak gerçekleştirilmektedir. Merkezler, malpraktis mağdurlarına iddiaları hakkında tavsiyede bulunmanın yanı sıra, kendilerine sunulan iddialara ilişkin istatistikleri de tutmakta ve bu istatistikler Federal Tıp Birliği tarafından her yıl denetlenmektedir. Bu istatistiklerin asıl amacı gelecekteki hataların önlenmesi noktasında sağlık kurumlarınca tedbirler alınmasıdır (Katzenmeier, 2008)

Sosyal sağlık sigortacıları ayrıca, kanunun gerektirdiği şekilde, sigortalılar için danışmanlık hizmetleri de sunmaktadır. Bu kurumlar malpraktis davalarında da değerlendirmeler yapmaktadır. Servis merkezleri devlet düzeyinde düzenlenmiştir (Psathakis ve ark., 2007).

Nüfusu 82,5 milyon olan Almanya'da, malpraktis davalarının insidansı konusunda çok farklı rakamlar telaffuz edilmektedir. Tüketici kuruluşları, yılda 400.000 - 650.000 vaka olduğunu iddia ederken, bir tıbbi arabuluculuk merkezi tarafından yapılan tahminlere göre, Alman hastanelerinde ve özel kliniklerde yılda

yaklaşık 130.000 malpraktis olayı meydana gelmektedir. Sorumluluk sigortacılarına yapılan başvuruların sayısı ise yılda 40.000 olarak hesaplanmıştır (Palmer, 2007).

Malpraktis iddialarına ilişkin şikâyetlerin yaklaşık yarısı haklı bir nedene dayanmadığı için reddedilmektedir. Ayrıca, tüm iddiaların sadece yüzde 8'i hakkında dava açılmakta, vakaların yüzde 92'si de sigorta şirketlerine yapılan başvuru ve arabuluculuk faaliyetleri ile çözülmektedir (Weidinger, 2006).

3.1.2. Anglosakson Hukuku

Anglo-Amerikan hukuk çevresi *case law*'a dayanmaktadır. Bu hukuk çevresinde, yazılı mevzuat, yargıç tarafından yaratılan hukuk kuralları ve ilkelere dayanan, sistematize bir hukuk sistemi bulunmamaktadır. Bunun yerine, bu hukuk sistemi her bir somut olayda yargıcın ulaşacağı sonuçlara bağlı olan ve mahkemelerde süregelen tartışmalardan doğan pratik bir disiplin olarak karşımıza çıkmaktadır (Güven, 2016).

Kıta Avrupası hukukunda zararın olmadığı yerde hukuki sorumluluk da olmazken Anglosakson hukuk düzeninde aynı şeyi söylemek mümkün değildir. Bu hukuk düzeninde haksız fiiller ikiye ayrılmaktadır: 1. “zararın kanıtlanmasına gerek olmadan dava edilebilir haksız fiiller - *actionable per se*” ve 2. “zararın ispatının şart olduğu haksız fiiller”. Ayrıca iki sistem arasında zarar kavramı bakımından da büyük farklılıklar bulunmaktadır. Ancak Anglosakson hukuk düzeninde de, kıta Avrupası hukuklarında olduğu gibi ihmale dayanan haksız fiillerin şartlarından biri zararın ispatıdır. Bu şart kıta Avrupası hukuku ile Anglosakson hukuk düzeninde ihmale dayanan haksız fiillerin önemli benzerliklerinden bir tanesini oluşturmaktadır (Özden Merhacı, 2012). İngilizlerin haklar, kusursuz sorumluluk ve hukuki sorumluluk konusundaki isteksizliği, Anglosakson hukukundaki ilke ve muğlak kurallardan duyulan korkudan kaynaklanmaktadır. Philippe Sands'e göre, Anglosakson geleneğinde özellikle açık ve kesin olan hukuki sorumluluklar esas alınmaktadır (Sands, 2006). Bunun yanı sıra, Anglosakson hukuk düzeninin tarihi gelişimi incelendiğinde kasıt (*intent*), ihmal (*negligence*) ve kusursuz sorumluluk (*strict*

liability) ayrımının kesin çizgilerle çizilmediği görülmekte, bu durum da pratikte karşımıza benzer davalarda birbirinden çok farklı kararlar verilmesi şeklinde çıkmaktadır (Brazier ve ark., 2009).

Nedensellik bağı, Anglosakson hukukunda kıta Avrupasında olduğu gibi hem ihmal, hem de kasıtlı işlenen haksız fiiller için, haksız fiiller hukuku veya kusursuz sorumluluk kapsamında tazmin yükümlülüğünün doğması için gerekli bir unsurdur. Kanun hükmü ile düzenlenmiş haksız fiil hukuku geleneğinin hâkim olduğu kıta Avrupası ülkelerinde nedensellik bağı önemli bir rol oynamasına rağmen, Anglosakson hukukunda herhangi bir yasal düzenlemeye konu edilmemiştir. Nedensellik bağına ilişkin kurallar, mahkeme ve doktrin tarafından oluşturulmuştur (Özden Merhacı, 2012).

Amerikan hukukunda ihmalin değerlendirilmesinde genel kural “*but for test*”dir. Bu test, davalının eylemi olmasaydı, zararın meydana gelmeyeceğinin ispatlanmasından ibarettir. Ancak bazı durumlarda bu testin, nedensellik bağına kuramaması ve zarar verenin sorumluluğunu sınırlandırılması söz konusu olabilmektedir (Özkan, 2014). Bu gibi durumlarda, sorumluluğun sınırlandırılması adalet duygusuyla bağdaşmayan sonuçlara yol açacaksa mahkemeler *but for test*ini kullanmamaktadır. Bu gibi durumlarda, örneğin birden fazla zarar verenin söz konusu olduğu hallerde, zarar verenlerden her biri dolaylı olarak birbirlerinin verdiği zararlardan sorumlu tutulabilmesi için “*substantial factor test*” uygulanabilmekte, ya da ispat yükü ters çevrilebilmektedir. Ancak tüm bu istisnalar son derece sınırlı şekilde uygulanmaktadır (Özden Merhacı, 2012). Benzer şekilde İngiliz hukukunda da nedensellik bağına tespitinde *but for test*inden sapmalar söz konusu olabilmektedir.

Özellikle Amerikan hukukunda gerçek nedenin tesisi konusunda tek bir test uygulanmamakta, farklı durumlarda ve farklı mahkemelerce birden fazla testin uygulandığı görülmektedir. Örneğin bir mahkeme tarafından uygulanan bir test, kimi zaman diğer mahkemeler ve doktrin tarafından kabul edilirken, diğer mahkemeler tarafından kabul edilmeyebilmektedir. Bunun nedeni, Amerika Birleşik

Devletleri'nde yeknesak bir haksız fiil hukuku bulunmamasıdır. Bir başka deyişle, eyalet hukukları Federal hukuka aykırı olmadığı sürece geçerlidir. Eyalet hukuklarına ilişkin sorunlarda, federal mahkemeler ilgili eyalet mahkemesinin bağlayıcı kararları ile bağlıdır. Bunun tek istisnası eyalet mahkeme kararının, federal hukuka aykırılık teşkil etmesidir (Özkan, 2014). Bunun yanı sıra, Amerikan hukukunda gerçek nedenin tesisinde mahkeme, gerekiyorsa çeşitli ispat kolaylıklarını benimseyebilmekte, bu durum da benzer olgularda birbiriyle çelişen kararlar verilmesine yol açabilmektedir.

3.1.2.1. Birleşik Krallık

Avrupa ülkelerinde halen birbirinden çok farklı olan hukuk sistemleri yürürlüktedir. Fransa, Almanya ve İngiltere'nin ulusal haksız fiil sistemleri arasında ilk önemli yaklaşım farkı hakların rolüdür. *Common law* ile hakların ilişkisi, çareler üzerinde odaklandığı için sıkıntılıdır. İngiliz hukuk sisteminde, talep sahipleri belirli durumlarda bazı kamu kurumlarına ya da özel kurumlara karşı bir dava açarak "meşru çıkarları ya da beklentileri" olduğunu kanıtlayabilirler. Ancak bir vatandaş olarak doğrudan bir hak iddiasında bulunamazlar. 18. ve 19. yüzyıldaki devrimlerin vatandaşlık haklarının önünü açtığı Fransa ve Almanya'nın aksine, İngiltere böyle bir olay yaşamamıştır. Bu durum ve yerleşik bir yazılı anayasanın bulunmaması, Birleşik Krallık'ta vatandaş haklarının korunmasız olduğu anlamına gelmemektedir, ancak İngiliz hukukunda, hakların korunmasının kısmi ve amaca özel olduğunu belirtmek gerekir (Van Dam, 2007).

1998 tarihli on bir no'lu protokollü Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi (AİHS)'nin İngiliz hukukunda 2000 yılından önce yürürlüğe girmemiş olması da İngilizlerin çekingen bir tavır sergilendiğinin göstergesidir. 2000 yılından sonra bile, mahkemeler, birisinin bir şeye hakkının olduğunu onaylamada isteksiz davranmışlardır. Buna örnek, AİHS'nin 8. maddesinde yer alan özel yaşama saygı gösterilmesi hakkıdır. Lordlar Kamarası, gizlilik hakkını geliştirmemiş, ancak 'güvenin ihlali' konusunu yeniden yorumlamayı seçmiştir. Buna göre, gizlilik hakkının korunması başkaları için bir görevdir.

İngiltere'de Ulusal Sağlık Servisi (*National Health Service /NHS*) tarafından istihdam edilen personelin tıbbi sorumluluğu, haksız fiiler hukukunun ağır sorumluluk yükümlülüğü ilkesine göre ele alınmaktadır. NHS çalışanlarının ihmeline ilişkin iddialar ortaya çıktığında, Sağlık Kurumları için Klinik İhmal Planı (*Clinical Negligence Scheme for Trusts / CNST*) devreye girmektedir (Feikert, 2009). Program, üyelerin ve NHS içerisindeki sağlık kurumlarının katkılarıyla finanse edilmektedir. Programı, NHS Dava Dairesi (*NHS Litigation Authority / NHSLA*) yönetmektedir. NHS Dava Dairesi, 1995 yılında, malpraktis iddialarının dünya çapındaki gelişmelere paralel biçimde Birleşik Krallık'ta da artması üzerine kurulmuştur. Amaç, malpraktis iddialarının maliyetini finanse etmek üzere NHS organizasyonları için bir kaynak sağlamaktır. Bu programa katılım gönüllü olsa da, şu anda İngiltere'deki bütün sağlık kurumları bu programa dâhil edilmiştir (Nair ve ark., 2010).

İngiltere ve Galler'de malpraktis iddiaları haksız fiiller hukuku çerçevesinde mahkemelerde değerlendirilmektedir. Davalar, kişilerden çok Ulusal Sağlık Servisi Kurumları'na yöneltilmektedir. Bu uygulama kapsamında, Ulusal Sağlık Servisi Kurumları, hekimler ve hemşireler de dâhil olmak üzere çalışanlarının kusurlu eylemleri ve ihmallerinden sorumludur. Bu sorumluluk, Ulusal Sağlık Servisi Kurumları'nın hastalarına borçlu olduğu bakım görevinden kaynaklanmaktadır. Bu sorumluluk sonucunda, bir devlet politikası geliştirilerek "NHS tazminatı" (*NHS indemnification*) ortaya çıkmıştır. Bir NHS çalışanının görevi sırasındaki kusurlu davranışı veya ihmali nedeniyle hasta veya gönüllüde zarar oluşması durumunda bunun NHS tarafından tazmin edilmesi gerekmektedir (Feikert, 2009).

NHS, kusuru bulunan sağlık çalışanından dolayı sorumlu olduğunda, tam mali sorumluluğu kabul etmekte ve masrafları söz konusu sağlık çalışanına rücu etmemektedir. Bir malpraktis iddiası ile karşılaşıldığında, NHS, yargılama giderleri ve idari giderleri üstlenmekle, mümkünse bir uzlaşmaya varmaya çalışmakla, mahkeme kararı ya da arabuluculuk faaliyetleri sonucunda ödenmesi gereken bedeli

defaten ya da yapılandırılmış olarak ödemekle yükümlüdür (İngiliz Tabipler Birliği Dokümanı, 1990).

NHS tazminatı, yalnızca malpraktis iddiasının mali sonuçlarına ilişkin olup, şikâyetleri veya disiplin soruşturmalarını veya idari soruşturmaları kapsamamaktadır. Ayrıca birinci basamak hekimleri olan pratisyen hekimleri, birinci basamak dişhekimlerini, eczacıları veya optometristleri, bağımsız ebeler gibi diğer serbest çalışan sağlık meslek mensupları, özel hastane çalışanları, yerel eğitim yetkilileri ve gönüllü kuruluşlar NHS şemsiyesi altında değildir (İngiliz Tabipler Birliği Dokümanı, 1990).

NHS tazminatını hali hazırda, Sağlık Bakanlığı yerine NHS Kuruluşları'nın karşılaması beklenmektedir. Ödenecek toplam tazminatın milyonlarca İngiliz Sterlini'ne ulaşabileceği göz önüne alınarak, bu tazminatları karşılamak üzere İngiltere'de "plan" (*scheme*) olarak bilinen bazı fonlar oluşturulmuştur. Şu anda kullanımda olan Sağlık Kurumları için Klinik İhmal Planı (*Clinical Negligence Scheme for Trusts / CNST*), 1 Nisan 1995'ten sonraki malpraktis iddiaları için oluşturulmuştur. Bu tarihten önceki iddialara ilişkin ödemeler Sağlık Bakanlığı tarafından finanse edilen "Mevcut Yükümlülükler Planı" (*Existing Liabilities Scheme*) tarafından yapılmaktaydı. Bu fon, malpraktis vakalarının yönetimini kolaylaştırmak ve böylece yasal maliyetleri azaltmak için oluşturulmuştur (Feikert, 2009).

Sağlık Kurumları için Klinik İhmal Planı, gönüllü bir risk havuzu programıdır. Sağlık Kurumları buna dâhil olarak bir sigorta gibi finansal koruma sağlamak için belirli bir prim ödemektedirler. Uygun risk yönetimi adımlarını uygulayan Sağlık Kurumları için yüzde 30'a varan indirimler söz konusudur. Sağlık Bakanlığı, NHS Kurumlarının bu programa katılmasını desteklemektedir ve hali hazırda İngiltere'deki tüm NHS Kurumları ve Temel Sağlık Kuruluşları bu plana dâhil olmuştur (Feikert, 2009).

Sağlık Kurumları için Klinik İhmal Planı, malpraktis iddialarının artan maliyetiyle ilgili olarak kurulan NHS Dava Dairesi tarafından yönetilmektedir. Dava Dairesi, Özel Sağlık Otoritesidir, yani NHS'nin bir parçasıdır. İddiaların yasal tarafını kendi avukatlarıyla yönetir ve herhangi bir zarar veya yasal masrafın ödenmesinden sorumludur (Feikert, 2009).

NHS tarafından ödenen tazminatların bedeli, her bir Sağlık Kurumu'nun bütçesinden ya da Sağlık Kurumları için Klinik İhmal Planı'ndan karşılanmaktadır. Dava sayısı ve ödenen tazminat miktarı hakkında bir örnek vermek gerekirse, 2007-2008 yıllarında toplam 5.470 malpraktis iddiasında bulunulmuş ve bunlar için toplam 633,3 milyon sterlin (yaklaşık 886 milyon ABD Doları) ödenmiştir (NHS Dava Dairesi Raporu, 2008). Bu maliyetler, 2016 yılında 1,5 milyar sterlin'e ulaşmıştır (Sağlık ve Sosyal Yardım Dairesi Raporu, 2017). NHS Dava Dairesi verilerine göre, bir sonuca varma ya da mahkeme süreci ile devam ettirme noktasına kadar geçen ortalama süre 1,46 yıldır.

NHS Dava Dairesi, mümkün olduğunca davalardan kaçınarak uyuşmazlıkları alternatif yöntemlerle çözmeye yönelik bir politika izlemektedir. Aynı NHS Dava Dairesi Raporu'na göre, yapılan başvuruların yüzde 96'sı "alternatif uyuşmazlık çözümü" yöntemiyle "mahkeme dışında" çözülmekte olup, son on yıl içinde yapılan tüm başvurulardan, yüzde 41'i şikâyetçi tarafından takipsiz bırakılmış, yüzde 41'i mahkeme dışı alternatif uyuşmazlık çözüm yöntemiyle çözülmüş, yüzde 4'ü mahkeme aşamasında uzlaşma ile çözülmüş (ki bu grupta önceden varılmış uzlaşının mahkeme kararıyla onaylanması söz konusuydu) ve sadece yüzde 14'lük bir bölüm için yargılama yoluna gidilmiştir. Yılda mahkemelerde dava konusu yapılan malpraktis iddiası sayısı elliden azdır.

NHS şemsiyesi altında bulunmayan birinci basamak hekimleri, birinci basamak dişhekimlerini, eczacıları veya optometristleri, bağımsız ebeler gibi diğer serbest çalışan sağlık meslek mensupları genel olarak Tıbbi Savunma Birliği veya Tıbbi Koruma Derneği gibi bir tıbbi savunma örgütü veya belirli durumlarda serbest piyasada yaptırdıkları sigorta yoluyla tazminatları finanse etmektedirler. Bazı tıbbi

savunma örgütlerinin sağladığı tazminat “takdire bağlı tazminat” olup, sağlık çalışanı yalnızca yardım talebinde bulunma hakkına sahiptir. Örgüt, dava hakkında bir inceleme yaparak tazminatın finanse edilip edilmeyeceği konusunda bir karar vermektedir (Feikert, 2009).

Birleşik Krallık’ta, mevcut program karmaşık olması ve yavaş işlemesi nedeniyle eleştirilmektedir. Prosedürler yüksek maliyetli olup, yapılan soruşturma ve incelemeler, klinik personelin gereğinden fazla zamanını almaktadır. Ayrıca soruşturmaların yürütülme biçiminin hem NHS personelinin moralini, hem de kamu güvenliğini olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir (NHS Dava Dairesi Raporu, 2008). Bu nedenle, hükümet, malpraktis iddialarının değerlendirilmesine ilişkin olarak yeni bir programın yürürlüğe girmesi için yasal düzenlemeler yapmayı planlamaktadır. Halen üzerinde çalışılmakta olan bu düzenlemeye göre bazı malpraktis vakalarında sabit maliyetlerin uygulanması söz konusu olacaktır. “Düşük Değerli Malpraktis İddialarında Sabit Ödemeler Planı” (*Fixed Recoverable Costs in Lower Value Clinical Negligence Claims*) olarak tanımlanabilecek olan bu plana, 25.000 sterline kadar olan iddialarla ilişkili maliyetlerin şu anda çoğu zaman orantısız olması nedeniyle ve maliyet tasarrufu sağlamak ve sınır ötesi NHS kaynaklarını korumak amacıyla tasarlanmıştır. Maliyetlerin düşürülmesi için davalı ve davacı avukatlarının değerlendirme sürecindeki davranışlarının değişmesi gerektiğine vurgu yapılarak tarafların katkılarıyla uzayıp giden davaların yargılama giderlerini de artırdığı belirtilmektedir. Bu davalarda, gerçekten zarar görmüş olan mağdurların zararının telafi edilmesi amaçlanarak, mağdurların en hızlı ve etkin biçimde tazminatlarına kavuşmaları hedeflenmektedir (Sağlık ve Sosyal Yardım Dairesi Raporu, 2017).

3.1.2.2. Amerika Birleşik Devletleri

Amerika Birleşik Devletleri'nde malpraktis iddiaları, Anglosakson hukuku çerçevesinde faaliyet göstermekte olan mahkemelerde karara bağlanmaktadır.

Malpraktis davaları, Amerika Birleşik Devletleri'nde nispeten yaygın bir olaydır. Yasal sistem, jüri yargılamasına gitmeden önce taraflar arasındaki kapsamlı keşif ve müzakereleri teşvik etmek üzere tasarlanmıştır. Yaralanan hasta, hekimin bakımda ihmali olduğunu ve bu ihmalin yaralanmaya yol açtığını göstermelidir. Bunu yapmak için, dört yasal unsurun kanıtlanması gerekir: (1) hastaya yetkili bir sağlık çalışanının hizmet borcunun bulunması; (2) bu görevin ihlâli; (3) ihlâlin yol açtığı yaralanma ve (4) ortaya çıkan zararlar. Ödenen tazminatlar, genellikle hem ekonomik kayıpları hem de manevi zararları hesaba katmaktadır (Bal, 2009).

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki malpraktis değerlendirme sistemi, sağlık hizmeti sağlayıcılarının ihmali ile zarar gören hastaları telafi etmek ve sağlayıcıları malpraktise neden olan davranışlardan caydırmak olmak üzere iki temel amaca sahiptir. Bununla birlikte, pratikte, sistem yavaş işlemekte olup oldukça da masraflıdır. Sistem, hem malpraktis mağduru hastaların zararlarını telafi etmede yetersiz kaldığı, hem de gerçekte tazminat ödenmesi gerekmeyen kişilere tazminat ödenmesi nedeniyle yeni zararlara neden olduğu için eleştirilmektedir (Seabury ve ark., 2014). Ayrıca sistem, hekimlerin dava korkusuyla defansif tıp uygulamalarına yönelmesini sağlamakta, böylece maliyetler daha da yükselmektedir (Packer-Tursman, 2015). Defansif tıp uygulamalarının sadece Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yıllık maliyetinin yaklaşık 50 milyar Amerikan Doları olduğu tahmin edilmektedir (Studdert ve ark., 2005) (Mello ve ark., 2010). Amerika Birleşik Devletleri'nde sorumluluk sisteminin başarısızlıkları ve sağlık hizmetlerinin yüksek maliyeti, haksız fiil politikası konusunda önemli bir tartışmalara yol açmıştır (Kessler, 2011).

1960'lar öncesinde tıbbî malpraktis nedeniyle açılan davalar son derece sınırlı sayıda olup, bunların pratikte çok büyük etkileri görülmemekteydi (Sloan ve ark., 1991). 60'lı yıllarda, özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde tıbbî malpraktis davalarında uygulanan esas ve usule ilişkin yasaların liberalleştirilmesiyle birlikte yeni bir döneme girilmiştir (Robinson, 1986). Esasa ilişkin olarak tıbbî ihmal olgusuyla ilgili kurallarda yapılan değişiklikler, yerellik ilkesinin birçok yerde zayıflatılması veya ortadan kaldırılması, aydınlatılmış onama ve ifa yardımcısının

sorumluluğuna ilişkin yeni düzenlemeler ve kamu yararına çalışan kurumların hukuki sorumluluktan muafiyetlerinin kaldırılması bu davaların ele alınış biçimini ve sonuçlarını derinden etkilemiştir. Özellikle, yerellik ilkesinin zayıflatılmasıyla, davacılar yerel tıbbî topluluk tarafından yaptırıma tabi olmayan bilirkişilere yönelmiş, olgular çok daha farklı boyutlarda tartışılmaya başlanmıştır. Usûle ilişkin olarak ise şikâyet ve dava açma sürelerinin uzatılması (latent komplikasyonların dava edilebilmesi açısından) gibi kolaylıklar dava açma ve yürütme sürecini kolaylaştırmıştır. Bunun yanı sıra, çok önemli bir diğer faktör de avukatların şarta bağlı ücretlerinin serbest bırakılması ve avukatlar için reklam yasağının kaldırılmasıdır. Avukatların şarta bağlı (davayı kazanması durumunda tazminatın önemli bir yüzdesini ücret olarak alması) ücretlerinin serbest bırakılması, avukatı hukuk sistemi içerisinde hizmet sunan bir kişiden bir yatırımcıya dönüştürmeye başlanmıştır. Ayrıca bu dönemde avukat sayısının artması da giderek daha fazla avukatın bu davalara yönelmesine neden olmuştur (Robinson, 1986).

Hukuk dünyasındaki değişimlerin yanı sıra, 1960’larda başlatılan “*Medicare*” ve *Medicaid*” projeleri ile kaliteli sağlık hizmeti almanın bir hak olduğunun yaygınlaşması, gelişen teknoloji sonucu uygulanan tedavilerde advers etkilerin ortaya çıkabilme olasılığının artması (örneğin yüksek dozda radyoterapi, kemoterapi, vb. gibi) ve ortaya çıkan zararların alışagelmiş basit tıbbî metotlara göre çok daha büyük olması, Amerika Birleşik Devletleri’nde hasta ve avukatların malpraktis davalarına “yatırım” yapma sıklığını artırmıştır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin ticari boyutunun öne çıkması ve bunun sonucunda hastalara kişisel yaklaşımın azalması da, halkın sağlık kurumlarına ve hekimlere olan tavrını olumsuz yönde etkilemiştir. Bunun sonucu olarak, malpraktis davaları sayıca artmaya başlamış ve ödenen tazminat miktarları yükselmeye başlamıştır. Buna paralel olarak, hekimlerin ödediği zorunlu sorumluluk sigortası primleri büyük artış göstermiş ve bazı sigorta şirketlerinin artan maliyetler karşısında zorunlu sorumluluk sigortası pazarından tamamen çekilmeleri birçok hekimin de mesleği bırakmak zorunda kalmasına neden olmuş, kriz büyüyerek Amerika Birleşik Devletleri’nin birçok eyaletinde hekimlerin grev ve protestolarıyla sonuçlanmıştır (Bal, 2009).

1970’li yılların sonunda, bazı örgütsel ve yasal reformlar sayesinde kriz yatıştırılmıştır. Yapılan reformlarda yerellik kuralının uygulanma esasları, aydınlatılmış onam için bir standart oluşturulması ve ihmalin ispatı konularına yoğunlaşmıştır. Bakım standartları oluşturulması ve ispat yükünün kimde olacağına ilişkin yasal düzenlemelerin yanı sıra, birçok eyalette bilirkişi incelemeleri ve arabuluculuk faaliyetleri için protokoller oluşturulmuştur (Randall ve ark., 2005).

2000’li yıllarda, malpraktis davalarındaki krizi çözmek amacıyla Amerika Birleşik Devletleri’nde “*tort reform*” (haksız fiil davaları reformu) adı verilen bir dizi yasal düzenlemeye gidilmiştir (Hicks ve ark., 2008). Bunlar arasında ortak sorumluluk, tazminatın davalı ya da davalıların ödeme gücüne göre belirlenmesi, avukatlık ücretinin sınırlandırılması (avukatlar genellikle tazminatın üçte birini ücret olarak almaktadırlar), şikâyet ve dava açma sürelerinin kısaltılması, maddi zarar ve tedavi giderlerine ilişkin tazminatların taksitle ödenmesi ve tıbbî malpraktis davalarında tazminat konusu edilecek zararların sınırlandırılması gibi düzenlemeler mevcuttur (Bal, 2009). 1985-2010 arasında açılmış davaların incelendiği çalışmada, manevi tazminat üst sınırının 500.000 dolardan 250.000 dolara indirilmesinin ödenen ortalama tazminat miktarında yaklaşık yüzde 15’lik (42.980 dolar) bir azalmaya neden olduğu; üst sınır yokken 250.000 dolar sınır koyulmasının ödenen ortalama tazminat miktarında yaklaşık yüzde 20’lik (59.331 dolar) bir azalmaya neden olduğu; önceleri üst sınır yokken 500.000 dolar sınır koyulmasının ise ödenen ortalama tazminat miktarı üzerinde bir etkisinin bulunmadığı tespit edilmiştir (Seabury ve ark., 2014).

Amerika Birleşik Devletleri’nde, federal yasalardaki düzenleme gereği, hasta ya da hasta yakınları ile iletişim sırasında sağlık kurumu ya da çalışanının, herhangi bir olumsuz olay veya komplikasyon nedeniyle söyleyeceği “*I’m sorry*” (üzgünüm, özür dilerim) ibaresi mahkemede suçlu olduğuna karine teşkil etmekte ve aleyhinde kullanılabilir. Ancak bu durum, giderek hekimlerin hastalar ile iletişimden kaçınmasına yol açarak, hasta-hekim ilişkisinde kırılmalara neden olmuştur. Bunun sonucunda tıbbî etik değerler gözetilerek yürütülen hasta-hekim ilişkisinin yerini avukatların yönettiği, sadece tazminat miktarlarının konuşulduğu, pazarlıkların yapıldığı süreçler almıştır (Kass ve ark., 2016). Sağlık çalışanları ve sağlık

kuruluşlarının tıbbî malpraktis nedeniyle dava edilme endişesi ile çalışmak zorunda kalmaları sonucunda Amerika Birleşik Devletleri'nde, tıbbî malpraktis endişesi ile yapılan defansif tıp uygulamalarının sağlık sistemine getirdiği maddi yükün yıllık yaklaşık 46 milyar dolar olduğu hesaplanarak malpraktise ilişkin yasalarda değişiklik yapılması teklif edilmiştir (Packer-Tursman, 2015). Bu değişikliklerden önemli bir tanesi, hali hazırda 36 eyalette uygulamaya koyulmuş olan ve hasta/hasta yakını ile iletişimde kullanılacak “*I’m sorry*” sözünü sağlık çalışanı/kuruluşu için aleyhte delil olmakta çıkaran “Özür Kanunları” (*Apology Laws*) ‘dır. Bu kanunların bazılarında özür içeren bazı söz ve deyimlerin davada aleyhte kullanılamayacağı hükmüne bağlanırken, bazılarında hata ya da ihmal olduğunu belirten sözlerin dahi dava sırasında kanıt teşkil etmeyeceği düzenlenmiştir. İlk “Özür Kanunu”, 1986’da Massachusetts eyaletinde kabul edilmiştir. Bu düzenlemelerin malpraktis davaları üzerindeki etkisinin incelendiği 2010 tarihli çalışmada (Ho ve ark., 2010), bu yasaların etkisiyle kısa vadede davaların daha çabuk sonuçlandığı ve özellikle ciddi ve kalıcı sakatlıklarda uzlaşma sonucu ödenen tazminat miktarlarının azaldığı belirlenmiştir. Hafif sakatlıklarda ödenen tazminat miktarı değişmezken, hafif sakatlıklar nedeniyle açılan dava sayısında bir azalma görülmüştür.

Birçok araştırmacı tarafından “Özür Kanunları’nın” olumlu etkileri değerlendirilirken, McMichael ve ark (2016)’nın çalışması, tıp çevrelerinde şaşkınlıkla karşılanmıştır (McMichael ve ark., 2016). Araştırmacılar, “Özür asla yeterli değildir” başlıklı çalışmalarında “özür” kanunlarının özellikle dahili branşlarda dava sayısının artmasına neden olduğu gibi, ödenen ortalama tazminat miktarlarının da yükselmesine yol açtığını göstermektedirler. Bu kanunlar, cerrahların ödediği tazminatlarda artışa neden olmamakla birlikte dava sayısında bir azalma sağlayamamıştır.

3.1.3. Tıbbî Malpraktisten Doğan Sorumluluğun Tespitini Yargı Organlarına Bırakan Sistemlerin SWOT Analizi ile Değerlendirilmesi

STRENGTHS (Güçlü Yönler) Dava hakkının kullanılması Dava açmadan önce alternatif çözüm yöntemlerine başvurma seçeneği (bazı hukuk sistemlerinde)	S	W	WEAKNESSES (Zayıf Yönler) Davaların yıllarca sürmesi Davaların hem devletler, hem de taraflar için yüksek maliyetleri Nedensellik bağının kurulmasına ve kusurun saptanmasına ilişkin zorluklar (özellikle Anglosakson hukukunda) Kasıt, ihmal ve kusursuz sorumluluk ayrımındaki zorluklar (özellikle Anglosakson hukukunda) Davayı kaybeden mağdurun yargılama masraflarını ödemek zorunda kalması Mağdurun haksız fiili ya da kusuru ispatlama yükümlülüğü Defansif tıp uygulamaları nedeniyle yükselen maliyetler
OPPORTUNITIES (Fırsatlar) Dava öncesi alternatif çözüm yöntemlerinin teşvik edilmesi	O	T	THREATS (Tehditler) Adil yargılanma hakkının ihlali Nedensellik bağının kurulmasına ve kusurun saptanması ilişkin zorluklar nedeniyle verilen çelişkili kararlar Mağdurların zararlarını telafi etmede yetersiz kalınırken, gerçekte tazminat ödenmesi gerekmeyen kişilere tazminat ödenmesi Malpraktis konusuna özel yasal düzenlemelerin bulunmaması Sağlık Mahkemeleri'nin bulunmaması

3.2. Tıbbî Malpraktis ve Kusursuz Tazmin Sistemleri

3.2.1. İskandinav Modeli

İskandinav Modeli içerisinde, hasta sigorta sistemi, ülkeler arasında farklılık göstermektedir. İsveç, bir hasta sigortası sistemi geliştiren ilk İskandinav ülkesidir. Burada, ilk hasta sigortası programı 1975 yılında yürürlüğe girmiştir. Daha sonra, İsveç'teki gelişme yaygınlaşmış, 1984'te Finlandiya'da, 1988'de Norveç'te ve 1992'de Danimarka'da “Hasta Sigortası Kanunları” ve “Hasta Yaralanmaları Kanunları” kabul edilmiştir (Von Eyben, 2001). Tüm bu reformlar, kendi içlerinde farklılıklar göstermekle birlikte, hepsi İsveç planından esinlenmiştir.

İsveç'te, hastaların, sağlık çalışanlarının yaptığı müdahalelerden kaynaklanan zararları, “Ulusal Karşılıklı Sigorta Kurumu” olarak çevirebileceğimiz LÖF (*Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag*) kurumuna yapılan başvuruların incelenmesi sonucunda tazmin edilmektedir. 1975 yılından beri yürürlükte olan bu sistemde, hastalar zararlarının ya da tedavinin olumsuz etkilerinin maddi olarak karşılanmasını talep edebilmektedirler. Sigorta, hem maddî, hem de manevî zararları karşılamaktadır. Bunun için şikâyet konusu zarar ve yapılan müdahale arasında nedensellik bağının bulunduğu ve zararın önlenabilir olduğunun kanıtlanması gerekmektedir (Hafström ve ark., 2011). Tazminatın belirlenmesinde, ortada bir kusur bulunup bulunmadığının, ya da kimin kusurlu olduğunun bir önemi bulunmamaktadır. Bu nedenle, bu model içerisindeki tazminat mekanizması “kusursuz tazmin sistemleri” (*no-fault systems*) olarak adlandırılmaktadır.

İsveç'te LÖF kurumuna yapılan şikâyetler, danışman uzman hekimler tarafından incelenerek karara bağlanmaktadır. Bu hekimler LÖF için haftada birkaç saat çalışmakta ve genellikle hastanelerde ya tam gün çalışmakta olan ya da kısa bir süre önce emekli olan hekimler olabilmektedirler. Seçilme kriteri uzmanlık alanında saygın bir yere ve tecrübeye sahip olmaktır (Essinger, 2009).

“Nordik Model” adı da verilen “İskandinav Modeli’nde” sunulan sosyal hizmetler, iş ilişkisi ya da ihtiyaç ile değil, vatandaşlık ya da ikametgâh ile ilişkilendirilmiştir. Kapsamlı bir sosyal hizmet ağı mevcut olup, sosyal hizmetlerin tamamı ücretsizdir ve hepsi kaynağında fonlanmaktadır. Ayrıca, toplumda sadece temel hizmetlere değil, en üst standarttaki hizmetlere de eşit erişimin sağlanması hedeflenmektedir. Bu nokta, İskandinav Modeli ve İskandinav tazminat hukuku incelenirken göz önünde tutulması gereken bir husustur. Pratikte, oluşan zararların çok büyük kısmı dava dışı yollarla tazmin edilmektedir. Genel haksız fiil hükümlerinden ayrılarak sigorta çözümlerine dayanan farklı mekanizmalara yönlendirilmesi, İskandinav ülkelerinde temel bir değişim olarak görülmektedir. Ödenen tazminatların temelinde refah düzeyi yüksek Kuzey Avrupa devletlerinin güçlü sosyal devlet yapılanmasının da bulunduğu göz ardı edilmemelidir. İskandinav Modeli’nde temel fikirlerden biri, giderlerin, doğrudan vergi mükelleflerince değil, özellikle riskli olan aktivitelerden sorumlu paydaş tarafın sigortasından karşılanmasıdır (Ulfbeck ve ark., 2012). İsveç’te, genel vergiler İsveç’in sosyal güvenlik ağını finanse edip, tıbbî harcamaların çoğunu karşılarken, İsveç’in tüm nüfusuna yayılmış olan bölgesel vergiler, tıbbi malpraktis sonucu ödenmekte olan tazminat vb. giderleri karşılamaktadır (Bogdan, 2011).

Dar anlamda, İskandinav Modeli, dört önemli tazmin şeması için kullanılmaktadır: 1. Trafik kazaları, 2. Hastalarda oluşan zararlar, 3. İlaçlardan oluşan zararlar, 4. İş kazaları (Hellner, 2001). Bu farklı durumlar, İsveç kanununda malpraktis ve tıbbî sorumluluk konularının anlaşılması açısından büyük önem taşımaktadır, çünkü bütün bu düzenlemeler, kusur sorumluluğu kavramının bu alanlarda dışlanmasına yol açmışlardır. Daha geniş anlamda İskandinav Modeli, bu kapsamlı tazmin şemalarının yanı sıra, kişisel yaralanma tazminatı ve sigorta arasındaki ilişkiyi de içermektedir (Strömbäck, 2017).

Sağlık hizmetlerinin düzenleniş biçimi, İskandinav ülkeleri arasında farklılıklar göstermektedir. Eyalet, bölge ve belediyeler düzeyinde farklı düzenlemelerin yanı sıra, bazı ülkelerde merkeze bağlı bir organizasyon gözlenirken, diğerlerinde yerinden yönetim dikkati çekmektedir. Genel olarak, sağlık

hizmetlerinin finansmanı kamuya ait bir sorumluluktur ve çoğu hizmet vergi kaynaklı sağlık hizmeti planı (*Beveridge* modeli) çerçevesinde gerçekleştirilmektedir. Bununla birlikte, özel hizmet sunucuları, İskandinav ülkelerinde giderek artan bir ölçüde faaliyet göstermektedir: bazı durumlarda, insanlar, mevcut kamu sağlık sistemi hizmetlerini kullanmak yerine tedavi için özel hastaneleri tercih edebilmektedirler (Hartley, 2011). Kamu finansmanının güçlü katılımı ve tazminatın nihai olarak vergi mükellefleri tarafından finanse edilmesi, kusursuz tazmin şeması çerçevesinde ödenen tazminat miktarlarını da etkilemektedir (Ulfbeck ve ark., 2012).

Genel olarak, sağlık mesleği mensupları hak ve görevleri öngören yasal düzenlemelere tâbi olup, meslek odaları yerine, devletin gözetimi altında yapılanmış bir lisanslama sistemi içerisinde çalışmaktadırlar. Bu durum, gözetimi yapan yetkililere, sağlık profesyonellerinin mesleki performansını anlamak ve kontrol etmek ve malpraktis olgularında yaptırımlar koyma gücü sağlamaktadır. Ciddi durumlarda, kişinin lisansının iptali söz konusu olabilmektedir. Şikâyet mekanizmalarıyla birlikte, bu, tıbbi hataları önleme amacına hizmet etmektedir. Hastalar, hem hasta haklarının ihlâli (örneğin, bilgi edinme hakkı), hem de tıbbi uygulama hatalarının bulunduğu vakalarda şikâyet etme hakkına sahiptir. Şikâyet prosedürleri, İskandinav ülkelerinin her birinde farklı biçimde düzenlenmektedir (Ulfbeck ve ark., 2012).

İsveç'te LÖF kurumuna yapılan şikâyetler sonucu, 2000'li yıllara kadar başvuruların yüzde 90'ında tazminat ödemesi yapılmış olmasına karşın, Malpraktis Disiplin Kurulu (HSAN)'nda yapılan incelemelerin yalnızca yüzde 30'unda sağlık çalışanlarına ceza verilmiş olması dikkat çekici bir noktadır. Bu tutarsızlık, iki kurumun amaçlarının farklı olması ile açıklanmaktadır. LÖF'ün tazminat ödemesi için, yalnızca nedensellik bağının mevcut olması ve zararın önlenemez olması yeterliyken, HSAN, disiplin cezalarını ancak yapılan müdahalenin bilimsel ve güncel kanıtlara dayanmaması durumunda vermektedir. LÖF kurumunun hekim ve diğer sağlık çalışanlarını cezalandırmak gibi bir amacı bulunmamaktadır (Hafström ve ark., 2011).

Sistemlerin düzenlenme şekliyle ilgili olarak, İsveç sistemi incelenebilir: İsveç'te sorumluluk sigortası zorunludur ve Hasta Sigorta Kanunu'nda düzenlenmiştir. Hastalık sigortası, “Ulusal Karşılıklı Sağlık Sigortası” (*Landstingens Ömsesidiga Firsakringsbolag*) (LÖF) adı verilen bir şirket tarafından sağlanmaktadır. İsveç'teki sağlık hizmetlerinin başlıca tedarikçileri olan tüm yönetim birimleri LÖF tarafından sigortalanmıştır. Özel sağlık hizmeti sunucuları da aynı sistem içerisinde yer alırlar.

Hasta Sigorta Kanunu, İsveç Haksız Fiil Sorumluluğu Kanunu hükümlerini de kapsayan ilk düzenlemedir. Önceleri, haksız fiile ilişkin hükümler ceza kanunu içerisinde düzenlenmekteydi. İsveç Haksız Fiil Sorumluluğu Kanunu, haksız fiil olgusunun tam kodifikasyonunu amaçlamamıştır. Sorumluluğun pek çok temel şartı hükme bağlanmamıştır. Örneğin, nedensellik bağının gerekliliğinden hiç söz edilmemektedir. Ancak, hazırlık çalışmaları incelendiğinde, nedensellik bağının varlığının sorumluluğun temel şartı olarak görülmesi gerektiği anlaşılmaktadır. Haksız fiile ilişkin diğer birçok kural da düzenleme dışı bırakılmıştır (Ulfbeck ve ark., 2012).

İsveç'te, tıbbî bir müdahaleden dolayı zarar gördüğünü iddia eden kişi, zararı öğrendikten sonra 3 yıl, zararın oluşmasından itibaren de 10 yıl içerisinde şikâyetle bulunmalıdır (Essinger, 2009).

Bununla birlikte, Danimarka sistemi hariç, tüm İskandinav yasal sistemleri, tazmin sistemlerine alternatif olarak Haksız Fiil Kanunu hükümlerinin uygulanmasına izin vermektedir. Bu nedenle, hasta, hem özel sigorta programına göre tazminat alma hakkına, hem de haksız fiil sorumluluğuna dayanarak tazminat talebinde bulunma hakkına sahiptir. İsveç kanunlarında, mahkeme yoluna başvurulduğu durumlarda, hasta sigortası, sorumluluk sigortası olarak devreye girmektedir. Dava açmakla, iddiasını dayandırdığı koşulları ispat yükü davacıya geçer. Bu durumda davacı, zararını, nedensellik bağını ve eğer varsa bir kusur söz konusu olduğunu kanıtlamak zorundadır. Bu nedenle, dava açmak yerine, hasta

sigortası kapsamında şikâyet hakkının kullanılması, davacı için önemli ölçüde daha avantajlı bir durumdur (Ulfbeck ve ark., 2012).

Mahkemeye çıkan az sayıda malpraktis davası, çoğunlukla, hasta sigortasının kapsamadığı yaralanmalarla ilgilidir. Danimarka kanununda sistem biraz farklıdır (*The Danish Liability for Damages Act*). Burada, hasta, Hasta Sigorta Kanunu uyarınca tazminat alma hakkına sahipse, haksız fiil sorumluluğuna dayanarak tazminat talebinde bulunma hakkı ortadan kalkmaktadır. Burada amaç, sorumluluğu hasta sigortasına yönlendirmektir. Ancak, bu kural, ürün sorumluluğu söz konusu olduğunda geçerli değildir. Bu durumlarda, yasalara göre hasta sigortasına alternatif olarak tazminat talep etme hakkı saklıdır. Bunun nedeni, Danimarka'daki ürün sorumluluk kurallarının, mağdur tarafın üreticiyi dava edebilmesini gerektiren bir AB yönergesine dayanmasıdır (*The Danish Liability for Damages Act*).

İskandinav hasta zararlarını tazmin sistemlerinin tümü aynı temel üzerine oturmuş olmakla birlikte, ayrıntılar söz konusu olduğunda aralarında bazı farklılıklar bulunmaktadır.

İskandinav malpraktis tazminat sistemlerinin ortak özelliği “*deneyimli uzman standardı*”dır. Bu kural uyarınca, verilen koşullar altında söz konusu alanda deneyimli bir uzmanın muayene, tıbbî müdahale veya benzeri işlemler sırasında farklı davranacak olması ve dolayısıyla zararın önlenilecek olması durumunda, oluşan zarar için tazminat ödenmektedir. “*Deneyimli uzman*” terimi, değerlendirmenin bir *optimus vir* standartına dayalı olması gerektiği anlamına gelir. Bu, iyi ve makul bir hekimin aksine, belirli bir alanda en iyi hekime işaret eder. Deneyimli uzman farklı davranıp zararı önleyecek olursa, hasta tazminat alma hakkına sahiptir. Değerlendirme, başka bir deyişle, olay bazlı ve varsayımsaldır. Bu olayda, gerçek hekim “en iyi hekimin” yerini almaktadır. Değerlendirme yapılırken, belirli durum içerisinde mevcut olan kaynak ve donanım göz önüne alınmalıdır. Personel eksikliği veya en yeni teknik ekipmanın mevcut olmaması gibi durumlar

geçerli bir mazeret olabilir ve deneyimli uzman kuralına göre tazminat hakkının bulunmadığına işaret edebilir ²(Finlex) (Strömbäck, 2017).

Diğer bir ortak özellik ise, "*donanım hataları*" kuralıdır. Bu kural, muayene, tıbbî müdahale veya benzerleri için veya bununla bağlantılı olarak kullanılan teknik cihazların, araçların veya diğer ekipmanın arızalanması sonucu oluşan zararlar ile ilgilidir. Burada kusursuz sorumluluk söz konusudur. Oluşan zarar, ekipmanın arızalanmasından kaynaklanmışsa, hasta tazminat alma hakkına sahiptir. Ekipmanın arızasının altında yatan neden önemli değildir. Bu bakımdan kural, ürün sorumluluk kurallarından daha ileri gider. Dolayısıyla, donanım hataları kuralına göre, ekipmanın Ürün Sorumluluğu Kanunu kapsamında kusurlu olması gerekmez ve mevcut "en son teknoloji" savunması yoktur. Burada ne tür bir teknik sorunun yaşandığı hasta açısından önem taşımamaktadır. Bununla birlikte, teknik ekipmanın arızalanması Ürün Sorumluluğu Kanunu'nun kapsamına girerse, hasta, özel hasta sigortası kapsamında şikâyet yerine, bu kanun kapsamında tazminat talep etme şansına sahiptir. Bir başlangıç noktası olarak, tazminat düzeyi her iki durumda da aynı olacaktır. Donanım hataları kuralı, muayene veya tıbbî müdahale sırasında kullanılan her tür araç, gereç ve ekipmanı kapsamaktadır. Bunun karmaşık veya basit olmasının hiçbir önemi yoktur³.

Hem Danimarka, hem de İsveç kanunları "*alternatif tedavi kuralı*"nı kabul etmektedir. Bu kural uyarınca, eğer, ikinci bir değerlendirme sonucunda, hastanın hastalığının tedavisinde başarılı olacak başka bir mevcut tedavi tekniği veya tedavi yöntemi kullanıldığı takdirde, oluşan zararın engellenebileceği anlaşılırsa hastaya tazminat ödenmektedir⁴ (Strömbäck, 2017).

İskandinav tazminat sistemleri, değişen oranlarda "*kabul edilebilirlik kuralı*"nı uygulamaktadır. Danimarka ve Finlandiya sistemlerinde, bu kabul edilebilirlik kuralının genel bir niteliği vardır (Finlex) (*The Danish Liability for*

² (Act on Liability, No. 885, Sept. 20, 2005 § 20 para. 1(1) (Danimarka); (Patient Injury Act, No. 585, July 25, 1986 § 2 para. 1(1) (Finlandiya); (Swedish Patient Injury Act (SFS 1996:799) 6(l) (İsveç)

³ (Law on the Right to Complain and Receive Compensation within the Health Service No. 24, Jan. 21, 2009 § 20 para. 1(2) (Danimarka); (Patient Injury Act, No. 585, July 25, 1986 § 2 para. 1(2)) (Finlex) (Finlandiya); (Swedish Patient Injury Act (SFS 1996:799) (İsveç); (Norwegian Patient Injury Act, No. 53, June 15, 2001 § 2 para. 2(b)) (Norveç).

⁴ (Law on the Right to Complain and Receive Compensation within the Health Service No. 24, Jan. 21, 2009 § 28 (Danimarka).

Damages Act) (Holm-Nielsen, 1933). Bu kural, yapılan muayene, tıbbî müdahale veya tedavi sonunda, hastanın makul ölçülerde katlanabileceğinden daha geniş kapsamlı zararlar, örneğin enfeksiyon ya da diğer komplikasyonlar oluşmuşsa, tazminat ödenmesini öngörmektedir. Bu bağlamda, zararın büyüklüğü, hastanın hastalığı ve genel sağlık durumu, zararın ender görülen bir durum olup olmadığı ve ortaya çıkma riski gibi faktörler göz önüne alınmaktadır. Norveç Hasta Sigortası Kanunu'nda da genel bir kabul edilebilirlik kuralı kabul edilmektedir (Jørstad, 2002). İsveç yasalarına göre ise bu kural sadece enfeksiyonlarla ilgili olarak uygulanmaktadır (*Swedish Tort Law*). Bu kural uyarınca, muayene, tedavi ya da benzeri bir eylemden sonucu bir enfeksiyon görüldüğü takdirde, hasta tazminata hak kazanmaktadır. Ancak, bunun için enfeksiyonun öngörülebilirliği, oluşan zararın büyüklüğü, tedavi edilmekte olan hastalığın niteliği veya zorluğu ve hastanın genel sağlık durumu da dikkate alınmaktadır⁵ (Strömbäck, 2017).

İsveç'te, kazalar sonucu meydana gelen bazı zararlar, örneğin hastanede bir yangın nedeniyle oluşan yaralanmalar gerçekleştiğinde, Hasta Sigortası Kanunu kapsamında tazmin edilebilmektedir (Strömbäck, 2017). Eşdeğer bir kural Finlandiya kanununda da bulunmaktadır. Buna karşın, Danimarka ve Norveç tazminat sistemleri, ancak haksız fiil sorumluluğunun doğmuş olduğu durumlarda bu kazalardan oluşan zararları tazmin etmektedirler (*The Danish Liability for Damages Act*) (Jørstad, 2002).

İsveç Hasta Sigortası Kanunu'nda yanlış veya gecikmiş teşhis sebebiyle oluşan zararlar hakkında özel bir kural bulunmaktadır. Bu gibi zararlar, Hasta Sigortası Kanunu kapsamında tazmin edilebilir. Yanlış teşhis için tazminat, ancak söz konusu koşullar altında söz konusu alanda deneyimli bir uzmanın farklı davrandığı varsayıldığında verilmektedir (Strömbäck, 2017). Danimarka kanunu uyarınca da benzer bir kural uygulanmaktadır (*The Danish Liability for Damages Act*).

⁵ (Law on the Right to Complain and Receive Compensation within the Health Service No.24, Jan. 21, 2009 § 20 para. 1(4)) (Danimarka); (Patient Injury Act, No. 585, July 25, 1986 § 2 para. 1(7) (Finlandiya); (Patient Injury Act, No. 53, June 15, 2001 § 2 para. 3) (Norveç); (Swedish Patient Injury Act (SFS 1996:799) 6(4) §) (İsveç).

İskandinav hukukunda, nedensellik, sorumluluk için genel bir gereklilik olduğu gibi, hasta sigortasından tazminat ödenmesinin de ön koşuludur. Nedensellik kavramının Haksız Fiil Sorumluluğu Kanunu ve Hasta Sigortası Kanunu'nda aynı anlamı taşıdığı sanılsa da durum böyle değildir. Ancak, İskandinav hukukundaki nedensellik kavramı, diğer birçok yasal sisteme göre daha belirsizdir. Diğer Batı hukuk sistemlerinde yer alan “nedensellik bağının haksız fiilin oluşması için *conditio sine qua non* (olmazsa olmaz) bir unsur olması” İskandinav hukukunda mevcut değildir. Bunun yerine, İskandinav hukukunda haksız fiil sorumluluğu değerlendirilirken nedensellik konusuna daha pragmatik bir yaklaşım sergilenmektedir. Örneğin, nedenselliğin açıkça belirgin olmadığı durumlarda mahkemeler esnek çözümler yoluna gidebilmektedirler. Mahkemeye intikal etmiş malpraktis olguları da buna örnek teşkil etmektedir. Bu olgularda, genellikle ispat yükünün hafifletilmesi yoluna gidildiği görülmektedir (Strömbäck, 2017).

İskandinav yasasında nedensellik bağının kurulması genellikle iki katmanlı bir süreç olarak algılanmaktadır. İlk adım gerçek olgu nedeninin soruşturulmasıdır (*factual-causation inquiry*). Burada, “*Davacının gördüğü zarar, davalının kasıtlı ya da ihmalkâr davranışından mı kaynaklanmaktadır?*” sorusuna cevap aranmaktadır. İkinci adım, yeterli nedensellik (*adequate-causation inquiry*) soruşturmasıdır: “*Söz konusu eylem veya olay, davacının gördüğü zarara neden olacak düzeyde midir?*” (Ulfbeck ve ark., 2012).

İskandinav sistemlerinde, nedensellik koşulu, farklı kanun hükümlerinden herhangi birine uymamakla birlikte, genellikle yazılı olmayan genel ve temel haksız fiil hukukuna aittir. İskandinav kanun koyucuları, haksız fiil sorumluluğu kurallarını tamamıyla yazılı hale getirmeyi hiçbir zaman amaçlamamışlardır. Zaten İskandinav ülkelerinin hiçbirinde medeni kanun hükümleri yazılı değildir. İskandinav avukatları haksız fiil hukuku ilkelerinin içeriğini anlamak için, genellikle yasanın hazırlık çalışmaları ve Yüksek Mahkeme'nin verdiği kararlar gibi diğer yasal kaynaklara dayanmaktadırlar. Ancak hazırlık çalışmaları da, İskandinav ülkelerinden herhangi birinde nedensellik konusunda açık bir rehberlik sağlamamaktadır (Hellner, 2001). İskandinavya'da nedensellik kavramı konusunda az ya da çok açıkça bir duruşa sahip

olan tek Yüksek Mahkeme, Norveç Yüksek Mahkemesidir. Norveç Yüksek Mahkemesi nedensellik bağının gerekliliğini *conditio sine qua non* (olmazsa olmaz) bir durum olarak belirtmiştir (Jørstad, 2002). Sonuç olarak, neden-sonuç konusuna ilişkin olarak İskandinav hukukunun tutumu belirsiz ve yorumlanması zordur. Nedensellik bağının kesinlikle mevcut olması gerektiği anlayışı Norveç dışındaki ülkelerde baskın bir konuma sahip değildir. Ancak, iki katmanlı nedensellik soruşturması genellikle kabul edilmektedir.

Genel olarak, Malpraktis Kanunu ve Hasta Yaralanmaları Kanunu'nun haksız fiil sorumluluğu ile ilgili temel kavramlara dayandığı kabul edilebilir. Bir malpraktis olgusundaki nedensellik kavramı, hem mahkemede, hem de hasta sigortası kuralları uyarınca tazminat söz konusu olduğunda, aynı biçimde değerlendirilmektedir. Malpraktis davaları haksız fiil hukuku kuralları çerçesinde görülmekte ve hasta sigorta planında değerlendirilen şikâyetler nadiren mahkemelere çıkmaktadır (Ulfbeck ve ark., 2012).

İskandinav kanunlarında, nedensellik sorunlarına kanunlar çerçevesinde çözüm aramak yaygın bir yaklaşımdır. Mahkemeler ve doktrin, bazen nedensellik bağı kurulması sorununun, kanıt yükünü hafifleterek çözülebileceğini düşünmektedir (Hellner, 2001). Bu malpraktis vakaları için de geçerlidir. Danimarka'da, haksız fiil hukukunun genel kuralları ile Hasta Yaralanmaları Kanunu arasındaki fark, muayene ya da tıbbî müdahale ve oluşan zarar arasındaki nedensellik bağının kurulması için kanıt şartının hafifletilmesidir. Danimarka Hasta Yaralanmaları Kanunu'nda, nedensellik bağının varlığına dair "yeterli kanıt" bulunduğu durumlarda, zarar oluşmuşsa tazminat ödenmesi yönünde karar verileceği" belirtmektedir. Bu nedenle, tazminat hakkının kazanılması için, nedensellik bağı açısından Danimarka mahkemelerinin aradığı düzeyde bir kesinliğe gerek yoktur, yüzde 51 oranında bir kesinlik yeterli bulunmaktadır (The Danish Liability for Damages Act). İsveç'te de benzer bir kural uygulanmaktadır (Ulfbeck ve ark., 2012).

Ayrıca Norveç Hasta Yaralanmaları Kanunu, nedenselliğe ilişkin kanıtlayıcı konularda özel bir kural da içermektedir. Bu düzenlemeye göre, bir hastanın

yaralanma nedeninin belirlenememesi ve zararın muhtemelen tedavi sırasında harici bir etkiden kaynaklanması durumlarında, yaralanmanın sağlık hizmeti tedarikinde ortaya çıkan bir hizmet kusuru nedeniyle meydana geldiği ve tazmin edilmesi gerektiği kabul edilmektedir (Jørstad, 2002).

İskandinav sistemlerinin tamamında, bir hastanın uğradığı zarara ilişkin tazminatın hesabı, haksız fiil kanunlarındaki genel prensiplere göre yapılmaktadır. Bu, Hasta Sigortası Kanunu kapsamında tazminat alan bir hastanın alacağı tazminatın, haksız fiil hukuku kurallarına göre yargılanması halinde bir mahkemenin verdiği tazminatla aynı olacağı anlamına gelir. Genel olarak, İskandinav ülkelerinde kişisel yaralanmalara yönelik tazminat seviyesi, diğer ülkelerde bilinen tazminat seviyesinden düşüktür. Buna ek olarak, tüm İskandinav yasal sistemlerinde, bir hasta yaralanması durumunda ödenmesi gereken miktar sınırlıdır, bu nedenle küçük yaralanmalar için tazminat ödenmemektedir (Strömbäck, 2017).

Danimarka Hasta Sigorta Derneği, Finlandiya Hasta Sigorta Merkezi, Norveç Hastalar İçin Tazminat Sistemi ve İsveç Hasta Sigorta Planı web sitelerinde, detaylı veriler arayanların referans alacağı, mükemmel ve güncellenmiş istatistiksel bilgilere sahiptir. Genel olarak, tıbbi malpraktis iddialarının Kuzey Avrupa ülkelerinde son yıllarda sayıca artması ile kusursuz tazmin planları çerçevesinde ödenen yıllık tazminatlarda da artış gözlenmektedir (Ulfbeck ve ark., 2012).

Örneğin, Danimarka'da malpraktis iddiası sayısı 2008'de 5.519 iken, 2010'da 7.489'a yükselmiştir. Bu artış kısmen sağlık hizmetlerinde artan faaliyet ile açıklanabilir. Başarı oranı, yıldan yıla değişmekte ancak normalde yüzde 35,3 ile 35,7'dir. Danimarka Hasta Sigorta Derneği tarafından verilen tazminat, 2008'de 437,6 milyon Danimarka Kronu'ndan 660,5 milyon Danimarka Kronu'na (yaklaşık 88 milyon avro) yükselmiştir. Ortalama tazminat 2008-2010 yılları arasında 183.560 Danimarka Kronu olmuştur (Ulfbeck ve ark., 2012).

Norveç'e bakıldığında, malpraktis iddiası sayısı kademeli olarak artarak, 2010 yılında 4.352'e yükselmiş, bunların ancak yüzde 32,3'ü başarı ile sonuçlanmıştır.

Norveç Hastalara Tazminat Sistemi tarafından verilen toplam yıllık tazminat miktarı sürekli artmakta olup, 2010'da 818,4 milyon Norveç Kronu (yaklaşık 100,2 milyon avro)'a ulaşmıştır. Sonuç olarak, Norveç'te ortalama tazminat Danimarka'dan çok daha yüksektir (Jørstad, 2002). Ayrıca, İsveç'te de, 2005 yılında sayısı 9.000 olan malpraktis iddiaları, 2011'de tahminen 12.000'e kadar çıkmıştır. 2005'ten 2010'a kadar ileri sürülen iddiaların yüzde 44'ü haklı bulunmuştur (Ulfbeck ve ark., 2012).

Finlandiya Hasta Sigorta Merkezi, diğer İskandinav ülkeleriyle karşılaştırıldığında iddialarda aynı artışı yaşamamıştır - aksine, 2009 ve 2010 yıllarında önceki yıllara kıyasla malpraktis iddialarında bir düşüş olmuştur. Bununla birlikte, 2010'da ileri sürülmüş olan 7.295 malpraktis iddiası sayıca Danimarka ve Norveç'ten önemli ölçüde yüksektir ve başarı oranı yaklaşık olarak aynıdır (yaklaşık yüzde 30). Yıllık tazminatların toplam tutarı son yıllarda artmış ancak Norveç ve Danimarka'da olduğu gibi dramatik derecede artmamıştır. 2010 yılında Finlandiya Hasta Sigorta Merkezi 32,6 milyon avro tazminat ödemiştir (Ulfbeck ve ark., 2012).

İsveç'in malpraktis olgularında uyguladığı “kusursuz tazmin” sistemi, ülkenin yüksek refah düzeyi ve mağdurun tüm masraflarını derhal karşılamakta olan gelişmiş sağlık sistemi bağlamında değerlendirilmelidir. İsveç sağlık sigortası sistemi hasta kişinin gelirinin yüzde 80'ini öderken tıbbî masrafların tamamını karşılamaktadır (Essinger, 2008). İsveç sistemin temelinde, bir sigorta bileşeni bulunmaktadır. Malpraktis olgularına ilişkin şikâyetlerin büyük kısmı burada çözümlenmektedir. Sigorta şirketi, alanlarında uzman hekimler ve tıbbi danışmanlardan oluşan kurulun incelemesi sonucunda, bir yıl içerisinde, tazminat ödenip ödenmeyeceğine karar vermekte ve mağdurun zararı oranında bir tazminat belirlenmektedir (Bogdan, 2011). Manevî zararlar, yaş ve yaralanmaya bağlı olarak sınırlandırılmıştır (World Bank, 2017). Eğer, malpraktis mağduru bu karardan tatmin olmazsa, hükümet tarafından atanan hâkimler ve danışman hekimlerden oluşan bağımsız bir üst zarar tespit kuruluna itirazda bulunabilmektedir. Bu kurula itiraz yoluna gitme oranı yaklaşık yüzde 10'dur. Mağdurların bu kurulun yaptığı inceleme sonrası elde ettikleri başarı oranı yaklaşık yüzde 40'tır (World Bank, 2017).

3.2.2. Yeni Zelanda Modeli

Sağlık hizmetlerini sağlanması ve finansmanı, 4,6 milyonluk bir ada ülkesi olan Yeni Zelanda'da hükümet tarafından üstlenilmiştir (Gauld, 2013). Tıbbî uygulama hatalarının neden olduğu kazalar da dâhil olmak üzere tüm kaza hasarlarının masraflarının, Kaza Tazminatları Kurumu (*Accidental Compensation Corporation, ACC*) adı verilen kuruluş tarafından karşılandığı, devlet tarafından finanse edilen bir tazmin sistemi bulunmaktadır (Bogdan, 2011). ACC, genel kamu vergileri ve bir işveren vergisi ile finanse edilmektedir.

Yeni Zelanda'da, önce 1972'de "kişisel kaza nedeniyle yaralanma" sebebiyle hukuk mahkemelerinde yapılan yargılamalar kaldırılmış, bunun yerine, oluşan zararın tazmin edilmesi üzerine kurulu ve vergilerle finanse edilen idarî bir sistem oluşturulmuştur (Davis ve ark., 2003). Böylece, tıbbî hataların, kusur kanıtlanmaksızın tazmin edilebilmesinin önü açılmıştır (Miller, 1993). 1974 yılında yürürlüğe giren ACC programı ile hastaların uğradıkları zararlar nedeniyle dava açma hakkı ortadan kalkmış, bunun yerine, zarar gören hastalara ACC'ye başvurma hakkı verilmiştir (Moore ve ark., 2017). Sistem tamamen bir sigorta sistemidir ve "sağlık mahkemesi" bileşeni yoktur. Yeni Zelanda'nın sistemi uyarınca tıbbî malpraktis iddiaları ACC'nin Ulusal Şikâyet Birimi'nde incelenerek karara bağlanmaktadır (Bismark ve ark., 2006). Sistem, İsveç'in "kusursuz tazmin" sistemine benzemekle birlikte, iddiaların yalnızca yüzde 40'ına ödeme yapılmaktadır (Bismark ve ark., 2006).

Yeni Zelanda'da hastalar, "tedavi sonucu bir zarar geliştiğini" kanıtlamak zorundadırlar. Diğer bir deyişle, tedavi ve zarar arasındaki nedensellik bağı kanıtlanmalıdır. ACC sistemi kapsamında ödenecek tazminatlar sabit bir tazminat cetveli ile belirlenmektedir. Eğer hasta, karardan tatmin olmazsa, yeniden inceleme talebinde bulunabilir. Bu incelemeden de memnun kalmayan hastanın, mahkemeye başvurma hakkı bulunmaktadır. Bu nedenle, Yeni Zelanda'daki tıbbî malpraktis mağdurları, zararları için dava açma hakkına sahip değilken, mahkemeye itiraz hakkına sahiptirler (Bogdan, 2011).

3.2.3. Tıbbî Malpraktiste Kusursuz Tazmin Sistemlerinin SWOT Analizi ile Değerlendirilmesi

STRENGTHS (Güçlü Yönler) Kusur aranmaksızın, nedensellik bağının kurulmasıyla tazminat ödenmesi Dava endişesi olmayan sağlık çalışanlarının kayıtları daha iyi tutmaları Malpraktis iddialarının doğrudan hekimler tarafından incelenmekte olması Mağdurun yalnızca nedensellik bağını kanıtlamasının yeterli olması %51'lik "yeterli kanıt" Başvuruların birkaç ay gibi kısa bir sürede sonuçlandırılması	S	W	WEAKNESSES (Zayıf Yönler) Refah düzeyi yüksek, sosyal devlet yapılanmasının güçlü olduğu ülkelerde uygulanabilir olması Kişilerin dava hakkına kısıtlama getirmesi Kişilerin dava hakkını ortadan kaldırması (Danimarka, Yeni Zelanda) Kusuru bulunan sağlık çalışanlarının cezasız kalması Tüm tazminat maliyetlerinin sağlık sigortası tarafından yüklenilmesi Başvuru uygunluk kriterlerinin karşılanamamasından dolayı yüksek red oranları
OPPORTUNITIES (Fırsatlar) Advers olayların daha açık ve dürüst bir biçimde tartışılır hale gelmesi Gelecekteki hataların daha kolay önenebilir hale gelmesi Hasta güvenliğinin artması Tazminatların genel sağlık sigortası fonlarından ödenmesi Sağlık çalışanları üzerinde baskı oluşmaması Defansif tıp uygulamalarını önlemesi Daha iyi rehabilitasyon Hastalar ve sağlık çalışanları arasındaki ilişkilerin iyileşmesi	O	T	THREATS (Tehditler) Kusur kavramının ortadan kalkmasıyla sağlık çalışanları üzerindeki caydırıcılığın yok olması Uzun vadede sağlık çalışanlarının açıklama yapma veya özür dilemekten vazgeçmeleri Tazminat alarak yaşamını sürdürme kültürünün gelişmesi Yükselen maliyetlerden doğabilecek vergi yükü

3.3. Tıbbî Malpraktis ve İdarenin Kusursuz Sorumluluğu

3.3.1. Türkiye

Ülkemizde de idarenin kusursuz sorumluluğu, 1961 Anayasası'nın yanı sıra, 1982 Anayasasının 125. maddesinde dayanak bulmaktadır. 125. madde “*İdare, kendi eylem ve işlemlerinden doğan zararı ödemekle yükümlüdür*” ve “*İdarenin her türlü eylem ve işlemlerine karşı yargı yolu açıktır*” demektedir. (Günday, 2013) . Bunu destekleyen bir diğer madde ise, “*Türkiye Cumhuriyeti'nin sosyal bir hukuk devleti olduğunu*” belirten ve değiştirilemeyecek maddeler arasında yer almakta olan 2. maddedir. Bu maddelerin tamamını bir arada incelediğimizde, ortaya, idarenin kendi işlem ve eylemlerinden doğan zararı tazmin etmek zorunda olduğu ve bu konuda bir takdir hakkı bulunmadığı sonucu çıkmaktadır. Bu bağlamda, idarenin kusursuz sorumluluğu söz konusudur. Bir başka deyişle, eylem ya da işlem ile ortaya çıkan sonuç arasında bir nedensellik ilişkisi varsa zararın tazmin edilmesi gerektiği sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu durumu sosyal devlet anlayışının doğal uzantısı olarak yorumlayan yazarlar da vardır (Satı, 2008).

Anayasal dayanak dikkate alındığında, idarenin kusursuz sorumluluğuna gidebilmek için, zarar görenin, idarenin kusurlu olduğunu kanıtlamak yükümlülüğü bulunmadığını söylemek mümkündür (Gözübüyük, Tan, 2003) (Gözübüyük, 2003). Ancak, bu konunun anayasal dayanağı bulunmasına karşın, idare hukuku ya da idari yargılama hukukunda idarenin kusursuz sorumluluğuna ilişkin açık yasal düzenlemeler bulunmamaktadır. Türk hukukunda, özel hukukta, kusursuz sorumluluk nedenleri yasada tek tek sayılmıştır. Buna karşın, idare hukukunda hangi durumların kusursuz sorumluluk kapsamında değerlendirilmesi gerektiği, uygulamanın en başından beri içtihatlarla belirlenmektedir. Bu nedenle de bu konunun incelenmesinde Danıştay içtihatları en önemli kaynağı teşkil etmektedir.

Öte yandan, idarenin hukuki sorumluluğunun, yani tazmin borcunun doğması için, bir zararın yanı sıra, bu zararın idareye yüklenebilecek bir işlem veya eylemden doğması, yani zararlar idari faaliyet arasında nedensellik bağının kurulabilmesi

gerekmektedir (Akgül, 2016). Zararla idari faaliyet arasında nedensellik bağının bulunmaması nedeniyle zararın idari faaliyetten doğmadığını, dolayısıyla idarenin hukuki sorumluluğunun ortadan kalktığı yönünde Danıştay içtihatları mevcuttur⁶.

Ülkemizdeki uygulamalarda, her ne kadar idarenin kusursuz sorumluluğu benimsenmişse de, bu durum, kusur sorumluluğunun tamamen devre dışı kaldığı anlamına gelmemektedir. Esasen, idarenin sorumluluğuna gidebilmek için, öncelikle idarenin kusur sorumluluğuna başvurulmalıdır. Bunun anlamı şudur: Oluşan zararın, idarenin bir eylemi sonucunda ortaya çıkıp çıkmadığı hususunun yanı sıra, aynı zamanda olayda herhangi bir kusur olup olmadığı da araştırılmalıdır. Bu bağlamda, idarenin “hizmet kusuru” söz konusu olabilir. Hizmet kusuru, idarenin gözetim ve denetim görevini gereği gibi yerine getirmemesi sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bu durumda, kusur, belirli bir kişiye atfedilememekle birlikte, idarenin kusurlu olduğu kabul edilir. Hizmet kusuru, hizmetin kötü işlemesi ya da hiç işlememesi, hizmetin geç veya yavaş işlemesi biçiminde görülebilmektedir. Ayrıca, hizmet içerisinde kamu görevlilerinin kişisel kusuru da söz konusu olabilmektedir (Avcı, 2012).

İdarenin eylemi sonucu bir zararın oluştuğu, ancak herhangi bir kusurun bulunmadığı durumlarda idarenin kusursuz sorumluluğuna gidilebilmektedir. Danıştay, kusur sorumluluğunun dikkate alınmaksızın ve doğrudan idarenin kusursuz sorumluluğuna gidilmiş olmasını bir bozma sebebi olarak görmektedir⁷.

Sağlık hizmetleri yürütülürken verilen zararlar söz konusu olduğunda, Danıştay’ın eski uygulamaları, idarenin sorumlu tutulabilmesi için hizmet kusuru, bazen de ağır hizmet kusuru koşulunun gerçekleşmiş olması durumunda tazminata hükmedilmesi yönündeydi. Yüksek Mahkeme’nin eski içtihadındaki gerekçesi; *“İdare hukuku ilkeleri ve Danıştay’ın yerleşik içtihatlarına göre, zarar gören kişinin hizmetten yararlanan durumunda olduğu ve hizmetin riskli bir nitelik taşıdığı hallerde, idarenin tazmin yükümlülüğünün doğması için; zararın, idarenin ağır hizmet kusuru sonucu meydana gelmiş olması gerekmektedir. Bünyesinde risk*

⁶ Danıştay 10.D., 31.12.2012, E:2011/5294, K:2012/7209, Danıştay UYAP Bilişim Sistemi.

⁷ Danıştay 10. D. 17.4.2012, E:2008/8441, K:2012/1544, Danıştay UYAP Bilişim Sistemi, Danıştay 15. D. 23.09.2014, E:2013/4079, K:2014/6453, Danıştay UYAP Bilişim Sistemi.

taşıyan hizmetlerden olan sağlık hizmetinden yararlananın zarara uğraması halinde, bu zararın tazmini, idarenin ağır hizmet kusurunun varlığı halinde mümkün olabilir.” şeklindeydi⁸.

Ancak Danıştay 15. Dairesi, 2015 yılında bir içtihat değişikliğine giderek, malpraktis davalarında idarenin tazminle sorumluluğunun doğması için “ağır hizmet kusuru” yerine “hizmet kusuru”nu yeterli kabul etmiştir. Yüksek Mahkemenin, sağlık hizmetinde kusura yönelik yeni yaklaşımı ise şu şekilde değişmiştir: “*İdare hukuku ilkeleri ve Dairemizin içtihatlarına göre, zarar gören kişinin hizmetten yararlanan durumunda olduğu ve hizmetin riskli bir nitelik taşıdığı hallerde, idarenin tazmin yükümlülüğünün doğması için; zararın, idarenin hizmet kusuru sonucu meydana gelmiş olması gerekmektedir. Bünyesinde risk taşıyan hizmetlerden olan sağlık hizmetinden yararlananın zarara uğraması halinde, bu zararın tazmini, idarenin hizmet kusurunun varlığı halinde mümkün olabilir.”*⁹

Kararlarda da görüldüğü üzere, Danıştay uygulamalarında, hastane ve hekim hatalarında tazminata hükmedilmesi için ağır hizmet kusuru uygulanmakta iken, yapılan içtihat değişikliği ile “kusursuz sorumluluk” ilkesine biraz daha yaklaşılarak bu ilkenin sağlık hizmetleri sırasında ortaya çıkan hizmet kusurundan kaynaklanan zararların tazmini noktasında uygulama alanı genişletilmiştir.

3.3.2. Fransa

Haksız fiiller hukukunda, kusursuz sorumluluk önemli bir yer teşkil etmektedir. Yirminci yüzyılda, kusursuz sorumluluk kuralları, kıta Avrupası hukukunda sağlam bir dayanak kazanmıştır. Fransız haksız fiiller hukuku, kusursuz sorumluluğa ilişkin birkaç hüküm içerirken, Alman haksız fiiller hukuku çok sayıda hüküm içermektedir. İngiltere’de ise kusursuz sorumluluk kuralları nadirdir (Van Dam, 2007).

⁸ Danıştay 15. D. 12.12.2013, E:2013/4237, K:2013/10653; 23.1.2014, E:2012/12332, K:2014/116, 23.09.2014 E:2013/4116, K:2014/6354; 24.12.2014, E:2013/4440, K:2014/10032, Danıştay UYAP Bilişim Sistemi.

⁹ Danıştay 15. D. 18.02.2015, E:2013/4361, K:2015/890 Danıştay UYAP Bilişim Sistemi.

Kusursuz sorumluluk kavramının en çok uygulama alanı bulduğu Fransa'da, şeyler (1896'dan beri) ve insanlar (1991'den beri) için kusursuz sorumluluk kuralları hükme bağlanmıştır. Mahkemeler, bu genel kuralları yasa koyucunun amacından farklı olarak, Art. 1384 s. 1 CC. (Fransız haksız fiiller kanunundan) türetmişlerdir. Davalı, bir tür kurtuluş kanıtı getirebilirse sorumluluğu ortadan kalkabilir, ya da mağdurun müterafik kusuru durumunda ödenecek tazminat miktarı düşürülebilir (Van Dam, 2007).

Diğer Avrupa ülkelerine bakıldığında, Alman hukuku, oldukça özel olarak formüle edilmiş katı sorumluluk kurallarını içermektedir. Bu kurallar, pratik ihtiyaçlar doğrultusunda geliştirilmiştir. Örneğin, 19. yüzyılda demiryollarının işletmecilerine, 20. yüzyılın başlarında motorlu taşıt sahiplerine ve 20. yüzyılın ikinci yarısında ise çevresel zarara neden olanlara katı kurallar getirilmiştir. Kişiler için kusursuz sorumluluk tanımlanmamıştır ancak kişiler zararlar sonuculanmış ihmalden sorumludur. Buna karşın “Arızalı ürünler için uygulanan Avrupa Direktifi” dışında, İngiliz yasaları sadece hayvanların ve çalışanların neden olduğu hasarlar için katı kurallar içermektedir. Karayolu trafik kazalarında meydana gelen hasarların tazmini için kusursuz sorumluluk kuralları uygulanmamaktadır. 19. ve 20. yüzyılda ortaya çıkan yeni risklerin, İngiliz yasa koyucu tarafından dikkate alınmadığı söylenebilir. İngiliz hukuku, kusursuz sorumluluk kurallarını, sadece istisnai durumlara dayanılması gereken bir ilke olarak ele almaktadır.

Avrupa hukuk sistemleri incelendiğinde, kusursuz sorumluluk kurallarının özellikle Fransız hukukunda etkin bir biçimde uygulandığı söylenebilir. Fransa’da devlet hastanelerinde meydana gelen malpraktis olaylarına ilişkin davalara idare mahkemelerinde bakılmakta ve tüm hastane hataları için tazminat ödenmektedir.

Fransız Danıştay’ı, 90’lı yıllarda, AIDS’e neden olan HIV virüsünün kan nakli ile bulaşması sonucu görülen bir davada, idarenin kusursuz sorumluluğuna yol açacak sebeplere “kan ürünlerini” de eklemiştir. Böylece hastaya HIV pozitif kan verilmesi sonucu HIV virüsü bulaştığı takdirde, idarenin kusur aranmaksızın sorumlu olacağı hükme bağlanmıştır (Kazarian, 2013).

Fransız Halk Sağlığı Kanunu'nun L.1142-1. maddesine göre, bir olguyu malpraktis olarak nitelendirebilmek için hastada oluşan zarar, hastanın sağlık durumu dikkate alındığında tıbbi müdahalenin veya ihmalin anormal bir sonucu olmalıdır. Sadece hastalığının doğal ilerlemesinin sonucu hastada oluşan zarar, yani komplikasyon, malpraktis olarak değerlendirilmemektedir.

Fransız düzeni kapsamında, tazminat fonu sadece herhangi bir kusur bulunmadığı tespit edildiğinde devreye girmektedir. Bununla birlikte, Fransız mahkemeleri, ameliyat sırasındaki hataların neden olduğu zarara ilişkin olarak hataya yönelik oldukça yaratıcı bir yaklaşım benimsemiştir. Mahkemeler, tıbbi müdahale sonucu herhangi bir zarar görme tehlikesinin bulunmadığı veya risklerin çok nadir olduğu durumlarda, hekim veya sağlık kurumunun, oluşan zarar sonrasında kusur sorumluluğunun olacağına karar vermiştir. Ancak, tıbbî müdahalenin özüne ilişkin doğal ve kaçınılmaz bir risk söz konusu ise ve durumun malpraktis olarak değerlendirilmesi için koşullar mevcut değilse, o zaman burada kusursuz sorumluluk doğacak ve hasta tazminat fonu kapsamında tazminat almaya hak kazanacaktır. Ancak bu durum, kusur sorumluluğu ve kusursuz sorumluluk arasındaki sınırın çizilmesinde zorluklar yaratmakta, zaman zaman tartışmalara neden olmaktadır (Taylor, 2015).

**3.3.3. Tıbbî Malpraktiste İdarenin Kusursuz Sorumluluğu Uygulamalarının
SWOT Analizi ile Değerlendirilmesi**

STRENGTHS (Güçlü Yönler) Devletin neden olduğu zararlarda kusur aranmaksızın tazminat ödenmesi Kişinin devletle olan uyuşmazlığında kolay bir çözüm sunması	S	W	WEAKNESSES (Zayıf Yönler) (Türkiye'deki uygulamada) İdarenin sorumluluğuna gidebilmek için, öncelikle idarenin kusur sorumluluğuna başvurma gerekliliği İdarenin kusur şartının aranması nedeniyle tam olarak uygulanamaması
OPPORTUNITIES (Fırsatlar) Bazı advers olaylar için devlet dışındaki kurumlar ve sağlık çalışanları için de kusursuz sorumluluk durumları tanınabilir İdarenin kusursuz sorumluluğunu doğuran olaylar önceden tanımlanarak bunlar gerçekleştiğinde doğrudan tazminat verilmesi sağlanabilir	O	T	THREATS (Tehditler) Kuralların kanunda belirtilmemiş olması nedeniyle içtihatlarla geliştirilmesi Kusur sorumluluğu ve kusursuz sorumluluk arasındaki sınırın çizilmesinde zorluklar

4. TARTIŞMA

Malpraktis iddialarının değerlendirilmesi konusu, baş döndürücü bir biçimde artmakta olan dava sayısı nedeniyle tüm dünyada tartışılan ve çözüm aranan bir konu haline gelmiştir. Hekimler sürekli dava tehdidi altında çalışmaktan şikâyet etmekte, defansif tıp uygulamaları ile kendilerini bir nebze olsun koruma altına almaya çalışmaktadırlar. Son yıllarda, ülkemizde de, eskiden çok popüler olan Kadın Hastalıkları ve Doğum, Genel Cerrahi, Pediatri gibi branşlara olan ilginin yüksek dava sayısı nedeniyle hızla azaldığı gözlemlenmektedir. Bu durumun uzun vadede doğuracağı sonuçlar, ne yazık ki yeterince değerlendirilmemekte, henüz önlem alma yolunda bir çalışma yapılmamaktadır. Şu andaki gelişmelere bakıldığında, önümüzdeki yıllarda yüksek riskli ameliyatlara yapacak cerrah bulamama tehdidi ile karşı karşıya olduğumuz muhakkaktır. Sorun bu boyuta ulaşmadan acil önlemler alınması gerekmektedir.

Artan malpraktis davalarının yanı sıra, ülkemizde, hukuk sisteminin yavaş işleyişi, uzun yıllardır tartışılan önemli bir sorun teşkil etmektedir. Bir hukuk davası yerel mahkemede ortalama 2-3 yıl sürmekte, birden fazla bilirkişi incelemesi gerektiren durumlarda, bu süre daha da uzayabilmektedir. İstinaf ve temyiz aşamalarının de eklenmesiyle bu süre ikiye katlanmakta, bazen, “adil yargılanma hakkını” ihlal edecek boyutlara ulaşmaktadır. 1978-2006 yılları arasında kesin hükme bağlanmış 30 malpraktis davasının incelendiği çalışmada (28 tazminat, 2 ceza davası), 5 yıl altında 16 dosyanın (yüzde 53,3), 5-10 yıl arasında 10 dosyanın (yüzde 33,3) ve 10 yıl üzerinde de 4 dosyanın (yüzde 13,3) Yargıtay tarafından karara bağlandığı belirlenmiştir (Can ve ark, 2011). Anayasa Mahkemesi, 2014/14189 sayılı ve 25.10.2017 tarihli kararında, 7 yıl süren bir malpraktis davasında “makul sürede yargılanma hakkının ihlal edildiği” yönünde karar vermiştir. Buna karşın, 9 milyon nüfusa sahip İsveç’te, yılda 10.000 hasta tıbbî müdahaleden dolayı zarar gördükleri iddiasıyla tazminat talebinde bulunmakta, kusursuz tazmin sistemi çerçevesinde incelenerek değerlendirilen bu taleplerin yüzde 45’inde tazminat ödenmesi yönünde

karar verilmektedir. Tazminat başvuruları sadece “önlenebilir” zararlar için kabul edilmektedir. Bu tazminatların yüzde 70’i başvurudan itibaren 6 ay içerisinde, yüzde 80’i ise 8 ay içerisinde ödenmektedir (Essinger, 2009).

Bazı yazarlar, kusurun ispatlanması gerekliliği nedeniyle, kayıpların tazmin edilmesinin, eski ve gerçekçi olmayan kusur kavramlarına dayanan davaların tesadüfi sonucuna bırakıldığını, bu durumun da çok ciddi mağduriyetler yarattığını ileri sürmektedirler. Toplumun gelişen ihtiyaçları ve kişilerin maruz kaldığı riskler karşısında kusur kavramından uzaklaşılarak daha adil sonuçlara ulaşılabileceği iddia edilmektedir (McKenzie, 2003).

Kusursuz tazmin ilkesi ile hukukî sorumluluğa ilişkin pek çok kavram değişiklik göstermiştir. Oluşan zararlar için klasik anlamda sorumluluk, sorumlu olan kişinin aynı zamanda kusurlu olması ile bağlantılıyken, teknolojik gelişmelerin bazı alanlarda toplumda var olan riskleri artırması ile sorumluluk kavramının da yeniden gözden geçirilmesi ve değerlendirilmesi gereği doğmuştur. Kusursuz tazmin ilkesi, Avustralya’nın Tazmania ve Victoria eyaletleri ve Kanada’nın Quebec eyaleti gibi bazı ülkelerde, sağlık alanında olmamakla birlikte diğer alanlarda uzun zamandır uygulanmaktadır (Miller, 1993). Örneğin, motorlu taşıtların ortaya çıkması, trafik kazaları sonucunda yaralanmalarının sayısının ciddi bir biçimde artmasına neden olmuştur. Trafik kazalarının sıklıkla meydana geldiği hız, tanıkların olayın ayrıntılarını doğru olarak hatırlamasını zorlaştırabilmektedir. Dolayısıyla, kimin ne kadar kusurlu olduğu hususunun ispatı son derece güç olabilmekte ve bu durum da hak kayıplarıyla sonuçlanabilmektedir (Drabsch, 2005). Kusursuz tazmin sisteminde, tazminat almak için bir başkasının kusurlu olduğunu ispatlama gerekliliği bulunmamaktadır. Ayrıca, idarenin kusursuz sorumluluğunun tespitinde devreye idare mahkemeleri girerken, kusursuz tazmin sistemlerinde değerlendirme bir kurul tarafından yapılmaktadır. Kusursuz tazmin ilkesi, yukarıda belirtilen ülkelerdeki trafik kazalarına ilişkin tazminat sisteminin belkemiğini oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra, bu ülkelerde eyaletler arası farklı düzenlemeler olmakla birlikte, çalışanların uğradığı zararlar, suç sonucu oluşan zararlar ve sporcuların yaralanmalarına ilişkin

konularla sınırlı olmak üzere kusursuz tazmin düzenlemeleri bulunmaktadır (Robinson, 1987).

Mahkemelerde yapılan yargılamaların caydırıcı bir yönü olduğu söylenebilir. Olası bir dava tehdidi, kişileri daha özenli ve dikkatli davranmaya itebilmektedir. Tazminat ödemelerinin kusur aranmaksızın yapıldığı durumlarda, sağlık çalışanlarının ve kurumlarının “nasıl olsa bana bir sorumluluk yüklenmeyecek” düşüncesi ile daha özensiz çalışacağı, kusursuz tazmin sistemlerine karşı çıkan yazarların en önemli argümanlarından birini oluşturmaktadır (Kass ve ark., 2016). Ayrıca, şikâyetlerin büyük çoğunluğu dava açılmadan çözümleneceği için mahkemelerin caydırıcılık işlevi de bundan zarar görebilecektir. Howell’e göre, kusursuz tazmin sistemlerinin temel zayıflığı, potansiyel olarak zarara sebebiyet verebilecek kişilerin, konumuz bağlamında sağlık çalışanlarının ve kurumlarının, hukuki sorumluluklarının ve tazminat ödeme riskinin ortadan kalkmasıyla, özen yükümlülüklerini en üst düzeyde yerine getireceklerinin garanti edilemeyecek olmasıdır (Howell ve ark., 2002). Ayrıca, kusur kavramının ortadan kalkmasıyla advers olaylar nedeniyle hesap vermek zorunda kalmayacak olan sağlık çalışanlarının ve kurumlarının, advers olayları inceleyerek bunlardan ders çıkarma zahmetine katlanmayacakları endişesi de mevcuttur. Hatta uzun vadede, hastalara açıklama yapma ve oluşan zararlar için özür dahi dilenmeyeceğine ilişkin kaygılar bulunmaktadır.

Buna karşın, kusur kavramının sahneden çekilmesiyle maliyetli ve gereksiz defansif tıp uygulamaları azalacak ve bunun sonucunda ortaya ekonomik kazanımlar çıkacaktır. Yargı yolunun caydırıcı rolü, disiplin soruşturmaları, bazı durumlarda ceza hukuku ve iş sağlığı ve güvenliği mevzuatı kapsamında mevcut olan yaptırımlarla zaten karşılanabilir.

Kusursuz tazmin sistemlerinin yürürlüğe konulmasındaki en önemli amaçlar, tazminat ödeme sürecinin kısaltılması, dava tehdidi ve dava maliyetinin azaltılması, hataların daha kolay bildirilmesinin sağlanması sonucunda hizmet kalitesinin yükselmesi ve hasta güvenliğinin artmasıdır (Gostin, 2000). Bu avantajlara karşı, bir

hata yapılması durumunda, yasal düzenlemenin ilk dönemlerinde itibaren, yeterli yasal bir "caydırıcılık" eksikliğinin, güncel tıbbî standartların altında uygulanmaları teşvik edeceği konusunda endişeler mevcuttur (Hiatt ve ark., 1989).

Genel izlenim, İskandinav ülkelerindeki kusursuz tazmin sistemlerinin iyi çalıştığı yolundadır. Bu sistemlerin genel amacı, hastaların tazminat almalarını kolaylaştırmaktır. Bu bağlamda, tazminat sistemleri kesinlikle başarılı olmuştur. Bir diğer amaç, dava yolundan daha ekonomik olacak bir model sunmaktır. Bu bağlamda, sistemler belki de daha az başarılı olmuşlardır. Bu sistemlerin işletilmesinde idari maliyetlerin oldukça yüksek olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Ulfbeck, 2011). Bu sistemde endişe duyulan noktalardan biri de, malpraktis olgularını bir "sigorta meselesi" yaparak yalnızca mağdurun zararının tazmin edilmesine odaklanılmasının, bunu bir "sorumluluk konusu" olmaktan uzaklaştırma tehlikesidir. Sorumluluk kurallarının ortaya çıkarması beklenen önleyici etki, bir sigorta sistemi kapsamında mevcut değildir. Öte yandan, malpraktis iddialarının hedefi olacak kurumun sigorta yükümlülüğü taşıması ve sigorta harcamalarının kurum üzerinde oluşturacağı baskı ile bu sorun bir miktar aşılabılır. Ayrıca, zarar gören tarafın bir mahkeme tarafından haklı bulunmasının bazen sembolik bir değere sahip olabileceği de iddia edilebilir. Ancak unutulmamalıdır ki, davanın reddedilmesi de mümkündür, çünkü çoğu kez hatayı ispatlamak mümkün olmayacaktır. Son olarak, Avrupa çapında daha geniş bir perspektiften bakıldığında, sigorta tabanlı İskandinav sisteminin Avrupa Birliği'ne uyum çabaları bağlamında baskı altına gireceğinden endişe duyulmaktadır (Von Eyben, 2001).

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki "kusursuz tazmin sistemleri" veya "sağlık mahkemesi" sisteminin savunucuları, bu sistemlerin en önemli avantajının malpraktisten kaynaklanan zararların önlenmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması olduğunu ileri sürmekte iseler de, hem İsveç, hem de Yeni Zelanda'da kusursuz tazmin sistemi uygulamaları sonucunda yapılan hatalarda bir azalma görülmemektedir. Her iki sistemde de, malpraktis kurbanının, tazminat ödense dahi, hata yapan hekimin hatasından dolayı cezalandırılacağına veya başkaları üzerinde yapılacak benzer hataların önleneyeğine dair bir güvencesi bulunmamaktadır

(Bogdan, 2011). Bu durum hastalar için rahatsız edici olabilmektedir. Bunun ötesinde ise, bu durumun hasta güvenliği üzerinde olumsuz bir etkisinin bulunduğu iddia edilmektedir (Bogdan, 2011).

Son yıllarda, giderek yaygınlaşan biçimde, hasta güvenliğini artırmaya yönelik yönetim sistemleri kullanılmakta, bu sistemler kapsamında yapılan hata bildirimini uygulamalarının hasta güvenliğini sağladığı ileri sürülmektedir. Hatta kusursuz tazmin sistemlerinin savunucuları, sorumluluk tehdidi ortadan kalktığı için hekimler tarafından daha fazla hata rapor edileceğini iddia etmektedirler. Ayrıca, ihmal suçlamasına maruz kalmadan yalnızca “istenmeyen bir olumsuz sonuca müdahil olmak”, hekimler üzerinde daha az bir psikolojik baskı oluşturacağından, hasta ile yüzleşmeleri, hata bildiriminde bulunmaları ve sonucu yönetmelerinin daha kolay olacağı kabul edilmektedir. Yeni Zelanda ve İsveç, kusursuz tazmin sistemleri uygulamaları sonucu hasta güvenliğinin arttığı ülkeler arasında gösterilse de, hata bildirim ve güvenlik raporlarının incelenmesiyle bu iddiayı çürütür nitelikte sonuçlara varılmaktadır (Annas, 2006).

Kusursuz tazmin sistemlerinin, hekimleri hukukî sorumluluk nedeniyle dava edilme tehdidinden korunmasını sağlamakta olması, ülkedeki hata raporlama kayıtlarının mükemmel bir biçimde tutulmasını gerektirmektedir. Buna karşın, Yeni Zelanda'da tıbbi hatalar nedeniyle zarara uğrayan hastaların yüzde 61'i hekimler veya diğer sağlık çalışanları tarafından hata hakkında bilgilendirilmeklerini bildirmiştir (Schoen, 2005). Bu bulgu, diğer beş ülkenin verileri ile uyuşmakta olup, hekimlerin büyük bir kısmının, hata bildirimlerinde yetersiz kaldıklarını kanıtlamaktadır. Ayrıca, İngiltere'de yapılan bir çalışmada, hekimlerin yalnızca dörtte birinin kendi hatalarını bildirdiklerini belirten çalışmada, bu durumun, kusursuz tazmin sistemlerinin uzun yıllardır yürürlükte olduğu, hekimlere, yaptıkları hatalardan dolayı doğrudan dava açılmadığı Yeni Zelanda'dan çok da farklı olmadığı vurgulanmaktadır (Annas, 2006). Başka bir deyişle, hekimlerin, hataları bildirmemelerinin altında, prestij kaybetme korkusu, hastalarla iletişim kurma konusunda genel bir isteksizlik, disiplin cezası alma endişesi, pozisyon ya da ayrıcalıkların kaybedilmesi korkusu dahil olmak üzere, birçok neden bulunmaktadır.

Bazı yazarlar, İskandinav sisteminde çok büyük sorunlar olduğunu ileri sürmektedirler. Ödenen tazminatların hiçbir zaman bir hekime ya da sağlık çalışanına yüklenmediği "kusura dayanmayan" bir sistem olduğundan, şikâyetlerin tazminat boyutu, tıbbî personele yönelik şikâyetlerin incelenmesinden tamamen ayrılmıştır. Sağlık çalışanlarına yönelik şikâyetleri ele alan ayrı bir süreçte, tüm vakaların yalnızca yüzde 6'sında bir işlem yapılmakta olup, bu durumun bir sonucu olarak İsveç'te tıbbî uygulama hataları sonucunda her yıl 3.000 kişinin öldüğü ileri sürülmektedir (Bogdan, 2011). Bu hatalar arasında, bebekler ve yaşlı hastalara ağrı kesicilerin aşırı dozda verilmesi, ambulans sürücülerinin çağrılara gitmemesi, doğum sırasında oluşan hasarlar, ilaçların hatalı dozda verilmesi, farklı hastaların tetkik sonuçlarının karıştırılması ve ameliyat sonrası enfeksiyonlar sayılmaktadır. Bu yazarlar, kusursuz tazmin sistemlerinde, hasta güvenliğinin, endişe duyulacak boyutlarda tehlike altında olduğunu ileri sürmektedirler. Bunun yanı sıra, İsveç'te 2000'li yılların başında, malpraktise ilişkin şikâyetlerin yüzde 80 oranında artmış olduğu, son on yılda da malpraktis nedeniyle yapılan tazminat ödemelerinin iki katına çıktığı bilinmektedir (Annas, 2006).

İsveç ve Yeni Zelanda'da tıbbi malpraktis değerlendirmesinde kullanılmakta olan yönetim sistemlerinin, yüksek maliyetli olmalarının yanı sıra, hasta güvenliğini de tehlikeye sokmakta olduğu ileri sürülmektedir. Bu sistemlerin başka ülkelerde uygulanmaması gerektiğini düşünen yazarlar mevcuttur (Howell ve ark., 2002). Bu yazarlar, bu sistemleri Amerika Birleşik Devletleri'nde uygulamaya sokmak yerine, sigortacılar tarafından tıbbi malpraktis iddialarını kabul etmelerinin ve idari masrafları düşük tutarak davacılarla anlaşma yoluna gitmelerinin daha sağlıklı bir çözüm olacağı görüşündedirler. Aynı yazarlar, İsveç ve Yeni Zelanda'daki çoğu malpraktis iddiasının bu şekilde halledildiğini ve asla sigorta sürecinin ötesine geçmediğini ileri sürseler de, değerlendirme sistemleri arasındaki farklılıklar, benzer çözüm yolları uygulanmasının önünde engel teşkil etmektedir. Bu yazarlar, sorunun, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki jüri sisteminde ya da avukatlarda olmadığını iddia etmekte ve mevcut sorunlara ilişkin olarak yalnızca sigorta şirketlerini suçlamaktadırlar.

Yeni Zelanda kamu hastanelerine yapılan şikâyetlerin yaklaşık yüzde 5'inde önlenabilir hastane içi advers olay tespit edildiği ve bunların yarısının da önemli bir sistem tutulumu nedeniyle hasta zarara yol açtığı bildirilmektedir. Bu advers olaylar, özellikle yaşlı hastalar, etnik azınlık kökenli kişiler ve bazı hastalıklarda daha fazla sıklıkla meydana gelmektedir. Bunların altında yatan nedenler incelendiğinde, tanı ve tedavi süreçlerinde protokol geliştirme ve uygulamaya ilişkin sorunlar, hekimler arası iletişim eksiklikleri ve yetersiz eğitim en önemli noktalar olarak göze çarpmaktadır. Yeni Zelanda'da önlenabilir tıbbî uygulama hataları, tüm hastalarda yüzde 1 oranında görülmekte olup, bu oran, Amerika Birleşik Devletleri ve Avusturalya'daki rakamlarla uyumludur (Davis ve ark., 2003).

2009 yılında İskoçya'da, malpraktis olguları için bir kusursuz tazmin sistemini avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek üzere bir inceleme grubu oluşturulmuştur (İskoçya Hükümeti Raporu, 2012). Yapılan incelemede, kusursuz tazmin sistemlerinin avantajlarının, tam bir rehabilitasyon, adil ve yeterli tazminat, zaman ve maliyetler açısından verimlilik olduğu, ayrıca hastalar ve sağlık çalışanları arasındaki ilişkileri iyileştirdiği, advers olay kayıtlarının özgürce ve dürüstçe tutulması nedeniyle hatalardan ders alınmasını sağladığı ve hasta güvenliğini artırdığı sonucuna varılmıştır. Ancak, tazminat programlarının sağlık çalışanlarının hukuki sorumluluktan kaçmasına, hastalara karşı hesap verme, açıklama yapma ve özür dileme konularında tembelliğe itebileceği, bunun da uzun vadede hasta güvenliğini tehlikeye sokabileceği, daha da önemlisi bir “tazminat kültürünün doğmasına” yol açabileceğine dikkat çekilmiştir. Raporda, nedenselliği kanıtlamanın bazen zor olduğuna ve başvuru uygunluk kriterlerinin her zaman karşılanamamasından dolayı karşılamada başarısız olmasından ötürü, yüksek red oranlarına dikkat çekilmektedir. Ayrıca, kusursuz tazmin planlarının, malpraktis vakalarında yapılan hatalara ders çıkarılmasına yardımcı olduğuna dair yeterli kanıt olmadığı da belirtilmektedir.

Kusursuz tazmin sistemlerinin savunucuları, bu sistemler içerisinde gelecekteki advers olayların daha kolay önlenebileceğini savunmaktadırlar. Dava tehdidi olmaksızın, bir zarardan ya da yaralanmadan sorumlu olan sağlık çalışanlarının ve kurumlarının özür dilemek ve meydana gelen bir advers olayı

bildirmek konusunda daha istekli olabileceklerini öngörmektedirler (Bismark, 2006). Örneğin, malpraktis nedeniyle dava edilme şansının düşük olduğu durumlarda, bir hekimin bir hatayı bildirme olasılığının daha yüksek olacağı, bunun da, gelecekte meydana gelebilecek benzer bir olayı önlemek için gerekli çalışmaların yapılmasını kolaylaştıracağı düşünülmektedir. Ayrıca, dava tehdidinin kaldırılmasının da, taraflar arasındaki potansiyel gerginliği azaltması mümkündür.

Bu nedenle, kusursuz tazmin planları, malpraktis mağduru olan hastalar için tazminat ihtiyacına potansiyel yanıtlar gibi görünmektedir. Bununla birlikte, yukarıda sayılan bazı dezavantajları hafifletmek için geliştirilmeleri gerekmektedir.

Luntz ve Hambly ise, mahkemelerin caydırıcılık işlevine değişik bir bakış getirmektedirler. Bu yazarlara göre, günümüzde hemen herkes, olumsuz olaylara karşı mali koruma sağlamak amacıyla sigorta yaptırmaktadır. Hatta hekimler gibi bazı meslek grupları için bu sigortalar zorunlu hale getirilmiştir. Sigortanın kullanılabilirliği, mahkemelerin caydırıcılık işlevini ortadan kaldıracabilecektir, çünkü kişiler, tazminat ödemelerini kendileri yapmayacakları için daha rahat davranabilecekleridir (Luntz ve Hambly, 2002). Ancak, bu görüşe katılmadığımızı belirtmek gerekir. 70'lerden bu yana olan süreç içerisinde sigorta primleri Amerika Birleşik Devletleri başta olmak üzere tüm ülkelerde inanılmaz artışlar göstermiş, hekimler zaman zaman kendilerini yüksek primler ya da sigorta şirketlerinin sigortalamayı reddetmesi nedeniyle çalışamaz hale gelmiş, mesleklerini bırakmak zorunda kalmışlardır. Ülkemizde, hekimler için mesleki sorumluluk sigortası 2012 yılından beri uygulanmakta olup, diğer ülkelere göre daha kısa bir geçmişe sahiptir. Ancak, hızla artan malpraktis davaları ve yüksek tazminatlar göz önüne alındığında benzer sorunların ülkemizde de yaşanacağı muhakkaktır. Bu nedenle, mahkemelerin caydırıcılık işlevinin her zaman devam edeceği görüşündeyiz.

Kusura dayalı tazminat sistemleri, uygulamadaki zorluklar ve zaman zaman da hakkaniyete uygun olmayan sonuçlar doğurduğu için eleştirilmektedir. Kusurun ispat edilemediği durumlarda, zarar gören davacı için sonuç son derece olumsuz olabilmektedir. Özellikle bu gibi durumlarda, hasta, bir zararla karşı karşıya

kalmasına rağmen, hiçbir tazminat ödenmemesi gibi bir durumla karşılaşabilmektedir.

Bir ihmalin söz konusu olduğu durumlarda, mahkemece ihmalin derecesi ölçüsünde bir tazminat belirlenecektir, ancak bunun için de çok net ölçütler bulunmamaktadır. Örneğin, bir an için konsantrasyonunu kaybeden ve hastaya ciddi bir zarar veren bir cerrah, özen yükümlülüğünü uzun bir zaman dilimi içerisinde bilinçli biçimde yerine getirmeyerek ihmali bulunan, ancak hastada çok küçük bir zarara neden olan meslektaşına göre daha fazla zarardan sorumlu olacaktır. Kanımızca, bu durumun ne kadar hakkaniyete uygun olduğu da tartışmalıdır. Oysaki bir kusursuz tazmin şeması kapsamında bir değerlendirme söz konusu olduğunda, daha büyük zararı olan hasta için daha büyük bir tazminata hükmedilirken, bir anlık istenmedik hata yapan hekim de haketmediği bir cezaya çarptırılmayacaktır.

Bazı yazarlar da kusursuz tazmin sistemlerinin adil olup olmadığını sorgulamaktadır. Mullany, *“haksız fiiller hukukunun, başkalarının önlenemez dikkatsizliği ve en uygun risk yönetimi için en iyi çare ve zarar görenler için en iyi ve en adil hukuk yolunu sağladığına”* inanması nedeniyle, kusursuz tazmin sistemlerini desteklememekte, ancak uzun vadeli gelecekteki tıbbi bakımın bedeli için tazminat öngören genel, ancak kısmi bir planın getirilmesi teklifinin daha fazla düşünmeye değer olduğuna dikkat çekmektedir (Mullany, 2002).

Atiyah, kişisel yaralanmalar için bir tazminat aracı olarak, hukuk sisteminin bir ancak piyango kadar adil olduğunu öne sürmektedir: Bunun aslında bir “kanun piyangosu”, olduğunu iddia etmektedir. “Sakatlıklar ve yaralanmalar için tazminat alıp alamayacağınız neredeyse bir şans meselesidir; bu tazminatı kimin ödeyeceği bir şans meselesidir; ne kadar tazminata hükmedileceği bir şans meselesidir” diyerek konuyu son derece çarpıcı bir biçimde özetlemektedir (Atiyah, 1997).

Dava sürecinin zarar gören davacı açısından da bazı olumsuz yönleri bulunmaktadır. Dava sürecini takip etmek bir davacı için riskli olabilir. Müterafik kusur bulunması, hükmedilecek tazminat miktarını azaltabilir (Yerdelen, 2016), bir

başkasının kusurunu kanıtlamak zor olabilir, avukatın yeterliliği değişkenlik gösterebilir. Ülkemizde, mahkemenin hükmettiğinden daha yüksek tazminat istenildiği durumlarda, davacı, dava sonrasında aradaki fark oranında karşı tarafa avukatlık ücreti ödemektedir.

Bir kusursuz tazmin düzenlemesinde, tazminatın hangi koşullarda ödeneceği belli olmalı ve hak talep edenlere tutarlı bir yaklaşım sağlanmalıdır. Bununla birlikte, hiçbir kusursuz tazmin planı, haksız fiiller hukuku ile ilgili tüm karmaşıklıkları çözememektedir. Kusursuz tazmin planı çerçevesinde yapılan bir değerlendirme de, nedensellik bağının kurulmasına ilişkin sorunlar içerebilir. Bazı durumlarda, oluşan zararı doğal hastalığın ilerlemesinden ayırt etmek kolay olmayacaktır. Ayrıca, zarar derecesi/miktarıyla ilgili anlaşmazlıklar da olabilir. Özellikle uzun süreli bakım gerektirecek çok ciddi yaralanmalarda ödenecek tazminatın belirlenmesinde zorluklar söz konusu olabilecektir. Mullany, kusursuz tazmin düzenlemeleri yapılırken, ağır sakatlanma söz konusu olan vakalar için ayrı kurallar uygulanması gerektiğini savunmaktadır (Mullany, 2002).

Kusursuz tazmin şemalarının, genel olarak zaman ve para açısından daha verimli olduğu görülmektedir. Zarar gören bir kişi, tazminatı, mahkemelerde yapılacak bir yargılamaya göre daha çabuk bir biçimde alabilmektedir. Hem Anglosakson, hem de kıta Avrupası yargı sistemlerinin aksine, zarar gören davacı, tazminatını almadan önce kararın kesinleşmesini beklemek zorunda değildir. Bunun yanı sıra, “hantal ve verimsiz” olarak tanımlanmakta olan mahkemelerde yapılan yargılamalar, hem Anglosakson, hem de kıta Avrupası yargı sistemlerinde yüksek maliyetleri beraberlerinde getirmektedir (Drabsch, 2005). Yargı giderleri, harçlar, avukat ücretleri gibi giderler, tüm hukuk sistemlerinde hem davacı, hem de davalı taraf için ciddi bir yük oluşturmaktadır.

Zararların değerlendirilmesi, zarar gören kişinin ne kadar süre yaşayacağını tahmin edilmesini de içerdiğinden, Common Law kapsamında tazminat miktarını kesin ve doğru biçimde belirlemek zordur (Brazier ve ark., 2009). Sonuç olarak, ödenen tazminat miktarı bazen gerçek zararın üstünde, bazen de çok altında

olabilmektedir. Ayrıca, ödenen tazminat miktarı zarar görenin kusuru nedeniyle ya da uyuşmazlığın yargılamadan önce arabuluculuk faaliyetleri sonucu çözülmesinden dolayı da azaltılabilir. Kusursuz tazmin sistemlerinde, periyodik ve zarar görenin ihtiyaçlarına göre ayarlanabilir ödemelere izin verilebileceğinden ödemelere ilişkin sorunlar daha kolaylıkla önlenebilir.

Birleşik Krallık'ta son yıllarda tıbbî malpraktis ile ilgili kapsamlı bir kusursuz tazmin sistemi seçeneği değerlendirilmiştir (Birleşik Krallık Sağlık Müsteşarlığı Raporu, 2003). Ancak bu teklif reddedilmiştir. Teklifin reddedilmesinin nedenlerinden biri, dava sayısındaki potansiyel artış ve bir kusursuz tazmin planının toplam maliyetinin mevcut haksız fiiller hukuku sisteminden çok daha büyük olacağı inancıydı. Kusursuz tazmin planının düşük maliyetli olabilmesi için, hükmedilecek tazminatın, *Common Law* yargılamasında verilen miktardan çok daha düşük bir seviyeye ayarlanması gerektiği düşünülmekteydi. Bu da, zarar gören kişinin ihtiyaçlarının, düşük tazminatlarla karşılanamayacağı düşüncesini doğurmuştur.

Davacının belirsizlik ve uzayıp giden davalar ile uğraşmak zorunda kalmaması nedeniyle rehabilitasyon, kusursuz tazmin sisteminde daha hızlı bir şekilde ilerleyebilmektedir. Yaralanan kişiler, zararlarının büyüklüğünü riske atmamak için, mahkeme nezdinde bir hak talebinde bulunmaları halinde rehabilitasyonlarını erteleyebilmektedirler. Oysaki hem kişisel yarar, hem de kamu yararı açısından, ideal olanı, kişilerin en çabuk şekilde toplumsal hayata geri dönmelerini ve üretime katılmalarını sağlamaktır. Uzun mahkeme süreçleri, hem Anglosakson, hem de kıta Avrupası hukukunda bunu önlemektedir.

Bununla birlikte, bazı yazarlar kusursuz tazmin sistemlerinin kusur aranmaksızın tazminat ödenecek olması nedeniyle aşırı tazminat ödemelerine yol açabileceğinden ve tazminat kültürünü körükleyeceğinden endişe duymaktadırlar (Drabsch, 2005). Özellikle, tazminat ödemelerinin düzenli bir gelir şeklinde elde edilmesi durumunda, zarar gören kişilerin mümkün olan en kısa sürede işe dönmek yerine tembelliğe teşvik edilecekleri ihtimali mevcuttur. Buna karşılık, yargılama

sonrası yapılacak tazminat ödemesi, zarar gören kişinin bağımsız bir biçimde hareket etmesini kolaylaştırabilir ve rehabilitasyonu teşvik edebilir (Wheatland, 2005).

Kusursuz tazmin sistemlerinin trafik kazaları ve iş kazaları gibi alanlarda uygulanmakta olduğu Avusturalya'da, hastalarda oluşan ölüm ve zararlarda yapılabilecek yenilikler noktasında *Common Law* uygulamalarında değişiklik yapılması; haksız fiiller hukukunun bazı yeni ilke ve kavramlarla desteklenmesi veya kapsamlı bir tazmin planının uygulanması gibi bir dizi seçenek önerilmektedir (Coyte, 1991). Bazı yazarlar, Yeni Zelanda'da olduğu gibi, bir kusursuz tazmin planına geçişi desteklediklerini, bu tür programların Anglosakson haksız fiiller sisteminden daha adil ve daha verimli görüldüğünü dile getirmektedirler (Deweese ve ark., 1991). Bununla birlikte, diğerleri, böyle bir hareketle ortaya çıkacak potansiyel maliyetlere dikkat çekmektedirler (Bogdan, 2011). Howell, bu nedenle, en iyi sonucun ikili bir şemayı yürütmek olduğunu ileri sürerek, dava açma hakkının ortadan kaldırılmayarak kusursuz tazmin sisteminin yürürlüğe konulması şeklinde bir çözümün ideal koşulları sağlayabileceğini söylemektedir (Howell ve ark., 2002).

Avusturalya'da, Tazmania ve Victoria eyaletlerinde, 1970'lerin başında yalnızca trafik kazaları ile sınırlı olmak üzere bir kusursuz tazmin sistemleri yürürlüğe girmiş, ardından, 1979'da aynı uygulamaya Kuzey Bölgesi'nde de başlanmıştır (Drabsch, 2005). 2011 yılında, tıbbi yaralanmalar için de bir ulusal yaralanma sigortası sisteminin kurulması önerilmiştir (Weisbrot, 2012). Kusursuz tazmin sistemi daha adil, daha hızlı ve daha düşük maliyetli olma ve hasta güvenliğine katkıda bulunma potansiyeli nedeniyle bir alternatif olarak sunulurken, ihmali temel alan mevcut tazminat planının, yavaş, maliyetli, verimsiz, hasta hedefli ve stres yaratan bir sistem olmaya devam etmekte olduğu ileri sürülmüştür. Yeni sistemde, herhangi bir suçlamayla karşılaşmayacak olan sağlık çalışanlarının raporlama faaliyetlerini daha etkin biçimde gerçekleştirebilecekleri ve bunun da hasta güvenliğine modern bir yaklaşım sunacağı belirtilmiştir. Ancak, hasta ölüm ve yaralanmaları için oluşturulacak yeni sistemin, taksirli hataları önleyemeyeceği, sistem hatalarını tanımlama veya önleme noktasında yetersiz kalacağı yönünde

endişeler nedeniyle soru işaretleri oluşmuş, bu sistemi uygulamakta olan ülkelerdeki durumun incelenerek son kararın verilmesi hedeflenmiştir.

Malpraktis iddialarını mahkemelerde değerlendiren farklı hukuk sistemlerine bakıldığında, bu konuda alternatif çözüm yollarının önemli bir yer tuttuğu görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde, malpraktis davaları için alternatif çözüm yollarına ilişkin özel bir düzenleme bulunmamakla birlikte, yasal sistem, jüri yargılamasına gitmeden önce taraflar arasındaki kapsamlı keşif ve müzakereleri teşvik etmek üzere tasarlanmıştır. Uyuşmazlıkların son derece önemli bir kısmı da bu aşamada çözümlenmektedir. Ancak bu sistem, tarafların pazarlık yeteneklerine dayanması nedeniyle, bazen adil olmayan sonuçlara da yol açabilmektedir. Bu bağlamda bazen malpraktis mağduru hastaların zararları yeterli düzeyde telafi edilmezken, bazen de gerçekte tazminat ödenmesi gerekmeyen kişilere tazminat ödenebilmektedir (Seabury ve ark., 2014).

Malpraktis iddialarını değerlendirme konusunda alternatif çözüm yolunu kurumsal hale getirmiş olan Fransa iyi bir örnek oluşturmaktadır. Fransa'da, koruyucu tıp, teşhis veya tedavi faaliyetleri sonucu bir zarara uğrayan mağdurların iki seçeneği bulunmaktadır. Mağdurlar “Tıbbi Kazalar, İnflamatuvar Durumlar ve Hastane Enfeksiyonları için Bölgesel Uzlaşma ve Tazminat Komisyonu (CRCI)” adını taşıyan bir arabuluculuk komisyonuna başvurabilmekte veya sağlık çalışanına karşı dava açabilmektedirler. 2002 yılından beri faaliyet göstermekte olan CRCI'lar, anlaşmazlıkların dostane yollarla çözülmesi ve mağdurların hızlı tazminat almalarına yardımcı olmak amacıyla oluşturulmuş olup, mahkemelere bir alternatif teşkil etmektedir. CRCI'lar bir yargıç tarafından yönetilmekte ve yirmi kişiden oluşmakta olup, hastalar, sağlık profesyonelleri, hastane uygulayıcıları, sağlık kurumlarını temsilcileri, ONIAM (Ulusal Tıbbi Kazalar Tazminat Fonu) temsilcileri ve sigortacıardan oluşan bir yapı göstermektedir. Bu aşamada iki çözüm mümkündür. Komisyon, başvuruyu reddedebilir ya da hastanın zararının tazmin edilebileceğine karar verebilir. Bildirim, tazminatın ödenmesinden sorumlu olan kurumlara iletilir. Ödenecek tazminat, tazminat yükümlülüğü kurallarına dayandırılabilirse tazminat sağlık çalışanının sigortası tarafından ödenirken, herhangi bir sorumluluğun tespit edilemediği, ancak bir zararın bulunduğu durumlarda da kamu yararı (“ulusal

dayanışma”) ilkesi uyarınca ONIAM tarafından tazminat ödemesi yapılır. Sonraki aşamada, hem hastanın, hem de sigortacının CRCI'nin kararına itiraz ederek mahkemeye başvurma hakkı bulunmaktadır. (Helleringer, 2011). Dava açma seçeneğinin ortadan kaldırılmamış olması, arabuluculuk faaliyetlerinin tüm paydaşların temsil edildiği ve büyük ölçüde uzmanlardan oluşan bir kurul tarafından gerçekleştirildiği bu sistem, kanımızca uygulanabilirlik oranı ve tarafları tatmin etme konusunda başarı şansı yüksek bir alternatif oluşturmaktadır.

Almanya’da, malpraktis mağduru, hekim veya hastanenin sigorta şirketine yapacağı başvuru ile tazminat talep etme sürecine başlamakta, bu düzeyde tatmin olmadığı takdirde, mahkemeye gidebilmekte veya bir arabuluculuk merkezinin hizmetlerini kullanabilmektedir. Arabuluculuk hizmetleri ücretsiz olması kişilerin öncelikle bu yola başvurmalarının önünü açmaktadır. Almanya’da malpraktis iddialarının yüzde 85’i, arabuluculuk faaliyetleri sonucunda çözülmekte, vakaların yalnızca yüzde 15’i mahkemeye gitmektedir (Weidinger, 2006).

Anglosakson hukukunda nedensellik bağının kurulmasına ve kusur, ihmal ve sorumluluk kavramlarının belirlenmesine ilişkin sorunlar, yargılamalarda çelişkili kararlar verilmesi ile sonuçlanmaktadır (Brazier ve ark., 2009). Birleşik Krallık’ta da, malpraktis iddialarının alternatif çözüm yollarıyla sonuca bağlanması teşvik edilmekte olup, ayrıca, tazminat ödemeleri için sağlık kurumlarının ödediği katılım bedeli ile finanse edilen özel bir fon oluşturulmuştur. NHS Dava Dairesi Raporu’na göre, yapılan başvuruların yüzde 96’sı “alternatif uyuşmazlık çözümü” yöntemiyle “mahkeme dışında” çözülmektedir. Tüm Birleşik Krallık’ta bir yılda mahkemelerde dava konusu yapılan malpraktis iddiası sayısının elliden az olduğu bildirilmektedir.

Dava yolu, SWOT analizi ile de belirlendiği üzere, dava hakkının kullanılması açısından iyi bir yöntem olmakla birlikte, bu yöntemin davaların yıllarca sürmesi, hem devletler, hem de taraflar için ortaya çıkan yüksek maliyetler, özellikle Anglosakson hukukunda nedensellik bağının kurulmasına ve kusurun saptanması ile kasit, ihmal ve kusursuz sorumluluk ayırımına ilişkin zorluklar, davayı kaybeden mağdurun yargılama masraflarını ödemek zorunda kalması, mağdurun haksız fiili ya da kusuru ispatlama yükümlülüğü ve defansif tıp uygulamaları nedeniyle yükselen

maliyetler gibi pek çok zayıf yönleri bulunmaktadır. Ancak, dava yolunun yanı sıra başvurulacak alternatif çözüm yöntemleri, bu konuda bir fırsat olarak değerlendirilebilir. Dava yoluna ilişkin en önemli tehditler ise adil yargılanma hakkının ihlâli, nedensellik bağının kurulmasına ve kusurun saptanması ilişkin zorluklar nedeniyle verilen çelişkili kararlar, mağdurların zararlarını telafi etmede yetersiz kalınırken, gerçekte tazminat ödenmesi gerekmeyen kişilere tazminat ödenmesi, birçok ülkede malpraktis konusuna özel yasal düzenlemelerin bulunmaması ve hiçbir ülkede Sağlık Mahkemeleri'nin bulunmaması olarak sıralanabilir.

SWOT analizi sonuçlarına göre, kusursuz tazmin sistemlerinin en önemli güçlü yönleri kusur aranmaksızın, nedensellik bağının kurulmasıyla tazminat ödenmesi, dava endişesi olmayan sağlık çalışanlarının kayıtları daha iyi tutmaları, malpraktis iddialarının doğrudan hekimler tarafından incelenmekte olması, mağdurun yalnızca nedensellik bağını kanıtlamasının yeterli olması ve başvuruların birkaç ay gibi kısa bir sürede sonuçlandırılması olarak sıralanabilir. Ancak, bu sistemlerin, refah düzeyi yüksek, sosyal devlet yapılanmasının güçlü olduğu ülkelerde uygulanabilir olması, kişilerin dava hakkına kısıtlama getirmesi hatta bazı ülkelerde tamamen ortadan kaldırması, kusuru bulunan sağlık çalışanlarının cezasız kalması, tüm tazminat maliyetlerinin sağlık sigortası tarafından yüklenilmesi ve başvuru uygunluk kriterlerinin karşılanamamasından dolayı yüksek red oranları gibi zayıf yönleri bulunmaktadır. Kusursuz tazmin sistemlerine ilişkin fırsatlar, advers olayların daha açık ve dürüst bir biçimde tartışılır hale gelmesi, gelecekteki hataların daha kolay önlenbilme olasılığının artması, hasta güvenliğinin artması, tazminatların genel sağlık sigortası fonlarından ödenmesi, sağlık çalışanları üzerinde baskı oluşmaması, defansif tıp uygulamalarını önlemesi, daha iyi rehabilitasyon yapılabilmesi ve hastalar ve sağlık çalışanları arasındaki ilişkilerin iyileşmesi şeklinde sıralanabilir. Bu sistemlere ilişkin tehditler ise kusur kavramının ortadan kalkmasıyla sağlık çalışanları üzerindeki caydırıcılığın yok olması, uzun vadede sağlık çalışanlarının açıklama yapma veya özür dilemekten vazgeçmeleri ihtimali, tazminat alarak yaşamını sürdürme kültürünün gelişmesi ve yükselen maliyetlerden doğabilecek vergi yüküdür.

Malpraktis iddialarında, idarenin kusursuz sorumluluğu, SWOT analizi sonuçlarına göre devletin neden olduğu zararlarda kusur aranmaksızın tazminat ödenmesi ve kişilerin devletle olan uyuşmazlığında kolay bir çözüm sunması açısından güçlü bir seçenek olarak görünmektedir. Ancak, bu yöntemin en önemli zayıf yönü, özellikle Türkiye’deki uygulamada idarenin sorumluluğuna gidebilmek için, öncelikle idarenin kusur sorumluluğuna başvurma gerekliliği ve bu nedenle tam olarak uygulanamamasıdır. Bu yöneme ilişkin tehditler ise idarenin kusursuz sorumluluğunu gerektiren durumların kanunda belirtilmemiş olması nedeniyle içtihatlarla geliştirilmekte olmasıdır. Somut olaylara uygulandığında, bazı durumlarda kusur sorumluluğu ve kusursuz sorumluluk arasındaki sınırın çizilmesinde ortaya çıkan zorluklar da bir başka tehdit oluşturmaktadır. İdarenin kusursuz sorumluluğunun malpraktis iddialarında uygulanmasındaki fırsatlar noktasında, bazı advers olaylar için devlet dışındaki kurumlar ve sağlık çalışanları için de kusursuz sorumluluk durumları tanımlanarak zarar gören hastaların zararlarının tazmin edilmesi kolaylaştırılabileceği; bunun yanı sıra, idarenin kusursuz sorumluluğunu doğuran durumların da önceden tanımlanarak bunlar gerçekleştiğinde doğrudan tazminat verilmesi sağlanabileceği düşünülmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu tez çalışmasında, şu iki hipotez sınanmıştır:

1. Hekimin malpraktisten doğan sorumluluğunun belirlenmesinde dava yolu, dava dışı yöntemlerle karşılaştırıldığında, taraflar için pahalı, uzun, yeterince etkin olmayan bir yöntemdir.

2. Kusursuz tazmin sistemleri, dava yoluyla karşılaştırıldığında, zarar gören hastaların zararının tazmininde zahmetsiz, hızlı ve etkin bir yöntem sunmaktadır.

Birinci hipotez, farklı hukuk sistemleri ve Türk hukuk sisteminin incelenmesi sonucunda doğrulanmıştır. Hem ülkemizde, hem de diğer ülkelerde yapılan çalışmalar, malpraktis davalarının uzun süren, karmaşık prosedürler içeren ve yüksek maliyetli çözüm yolları oldukları konusunda hemfikirdir.

Malpraktis davaları, sayıca hızla artmakta, ülkemizde hukukî sorumluluğa ilişkin davalar, malpraktis iddiasının muhatabına göre Asliye Hukuk Mahkemeleri'nde, Tüketici Mahkemeleri'nde ya da İdare Mahkemeleri'nde yapılan yargılama sonucunda karara bağlanmaktadır. Hekimin şahsi sorumluluğun ilişkin davalar Asliye Hukuk Mahkemeleri'nde, özel hastanelerdeki malpraktis iddialarına ilişkin davalar Tüketici Mahkemeleri'nde, kamu hastanelerindeki malpraktis iddialarına ilişkin davalar ise İdare Mahkemeleri'nde görülmektedir. Her ne kadar, bu davaların sayısında bir artış gözlense de, bu davaların farklı mahkemelere dağılmasıyla, mahkemelerin bu konuda ihtisaslaşması mümkün olamamaktadır.

Malpraktis davalarının değerlendirilmesinde mutlaka bilirkişi görüşlerine başvurulmakta, birbiriyle çelişen farklı raporlar karşısında, mahkemelerin sağlıklı bir değerlendirme yapması da çok zorlaşmaktadır. Örneğin, Yargıtay 13. Hukuk Dairesi'nin 2005/11653 E, 2005/17791 K sayı ve 1.12.2005 tarihli kararında,

yargılama sırasında verilmiş olan raporlar arasındaki çelişkiye dikkat çekilerek “Davacı davalının yanlış tedavisi sonucu sağ gözünün göremez olduğunu ileri sürerek maddi ve manevi tazminat istemiştir. Hükme dayanak alınan, Yüksek Sağlık Şura’sının Raporunda ise davalıların kusursuz oldukları bildirilmiş ise de raporda yeterli gerekçe bulunmamaktadır. Her iki rapor birlikte değerlendirildiğinde, kurul raporu, kendi içinde çelişkili bulunduğu gibi Yüksek Sağlık Şura raporu ile de çelişmektedir. Yine Yüksek Sağlık Şurası raporu açıklamalı ve gerekçeli değildir. Öyle olunca bu rapora itibar edilerek hüküm kurulamaz. Bu nedenlerle, mahkemece, dosya içindeki tüm raporlar, kurul raporu, Yüksek Sağlık Şura raporu hastanın geçmişte var ise raporları, davalı hastanedeki ilk muayene ve bundan sonraki tüm tabela ve müşahede kâğıtları, ameliyat ve kontrollere ilişkin evraklar hep birlikte değerlendirilerek Üniversite Öğretim Üyelerinden oluşturulacak konusunda uzman üç kişilik bilirkişi kurulundan her bir raporun içeriği, sonuçları, birlikte gerekçeli şekilde tartışılarak, davacının maluliyeti hususunda, tedavisini üstlenen doktor ve hastaneye atfı kabil bir kusur olup olmadığı konusunda rapor alınarak, davalı doktorun en hafif kusurunun belirlenmesi halinde tazminatla sorumlu olduğu kabul edilip, sonucuna uygun bir karar verilmelidir,” denilmektedir.

Yüksek Sağlık Şurası raporuna ilişkin olarak ise Yargıtay 13. Hukuk Dairesi’nin 2000/1146 Esas ve 2000/4438 Karar sayılı kararında, “Yüksek Sağlık Şurası’nın hukuk davalarında, HUMK 276/2. maddesinde öngörülen nitelikte, resmi bilirkişi olmadığı, mahkemenin, Yüksek Sağlık Şurası’na başvurup başvurmamakta serbest olduğuna ve herhangi bir bilirkişi raporuyla bağlı olmadığı gibi, onun raporuyla da bağlı bulunmadığına” vurgu yapılmaktadır. Yargıtay 13. Hukuk Dairesi’nin 2002/7925 E, 2002/10687 K, 15.10.2002 T sayılı, Yargıtay 4. Hukuk Dairesi’nin 1993/8557 E, 1994/2138 K, 04.03.1994 T sayılı kararları da, bu karara paralellik göstermektedir. Son derece teknik konular içeren ve bunların hakkaniyetli bir biçimde değerlendirilmesinde konunun uzmanı kişilerin yer alması gereken malpraktis davalarında, tıbbî konularda teknik bilgisi bulunmayan hâkime bu kadar geniş bir takdir hakkı tanınmış olmasının, bazı durumlarda tarafların adil yargılanma hakkını zedeleyecek sonuçlar doğurabileceği görüşündeyiz.

Sağlık hukukuna ilişkin özel yasal düzenlemeler bulunmadığından, davaların genel hükümler ve yasalar çerçevesinde görülmektesi de ayrı bir sorun teşkil etmektedir. Örneğin İskandinav haksız fiiller hukukunda bulunan, sağlık hukukuna ilişkin “*Hasta Yaralanmaları Kanunu*” ve “*Ürün Sorumluluğu Kanunu*” gibi özel yasal düzenlemeler, “*deneyimli uzman standardı*”, “*donanım hataları kuralı*”, “*alternatif tedavi kuralı*”, “*kabul edilebilirlik kuralı*” gibi sağlık hukukuna özgü tanım ve kavramlar bulunmamaktadır. Bu da, bazı özel durumlarda, hasta ya da hekim açısından bazı ayrıntıların değerlendirilmesinde zorluklara, yetersizliklere, bazen de adil olmayan sonuçlara ve çelişkili kararlara yol açabilmektedir.

Malpraktis davalarına ilişkin bir başka sorun ise, bu davalara ilişkin maliyetlerdir. Dava açarken, istenilen tazminat oranında bir harç yatırılması gerekliliği, özellikle hastalar açısından bir bariyer oluşturmaktadır. Özellikle, haksız fiil sorumluluğuna dayanılarak açılan davalarda, ispat yükünün davacıda olması nedeniyle, iddiasını ispatlayamayan davacı hasta veya hasta yakını, zarara uğradığı halde, hiçbir tazminat alamadan, üstelik bir de hem kendisine, hem karşı tarafın avukatlık ücretini ve mahkeme masraflarını ödemek zorunda kalarak, daha da mağdur olabilmektedir.

Hekimler açısından ise, durum daha da zor ve düşündürücü bir boyut kazanmıştır. Bu davalarda özellikle basında telaffuz edilen, milyonlara varan büyük rakamlar, bazı çevrelerin bu tür davalara “altın madeni” gözüyle bakmasına neden olmuştur. Ciddi bir dayanak olmadan açılan davalar, hekimleri büyük baskı altına sokmakta, hekimler dava tehdidi altında çalışmakta, yıllar süren tazminat davalarının maddi ve manevi yükünü taşımaktadırlar. Bunun sonucunda ortaya çıkan defansif tıp uygulamalarının yaygınlaşması ile hem sağlık hizmetlerinde maliyet artışları kaçınılmaz hale gelmekte, hem de bu uygulamalar hasta hakları ihlallerine yol açmakta ve kendi içlerinde malpraktis ile sonuçlanan durumlara zemin hazırlamaktadırlar (Yılmaz, 2014). Bundan daha da büyük bir tehlike, hekimlerin, özellikle bazı cerrahi branşlarda, dava tehdidi nedeniyle, bazı büyük ve tehlikeleri girişimleri yapmaktan kaçınmaya başlamaları olacaktır. Bu gerçekleştiği takdirde, birkaç yıl içinde, bazı büyük ameliyatların yapılacağı hastane ve yapacak cerrah

bulunamayacaktır. Bu durum, ütöpik bir fikir değil, ne yazık ki, yüz yüze olduğumuz ve yakın geleceğimizi tehdit eden bir gerçek olarak karşımızdadır.

Bütün bu nedenlerle, tıpkı “İş Mahkemeleri”, “Tüketici Mahkemeleri”, “Fikri ve Sinai Haklar Mahkemeleri” gibi “Sağlık Mahkemeleri” kurularak, bu konuya ilişkin özel yasal düzenlemelerin ve malpraktis iddialarının değerlendirilmesinde özel kriterlerin getirilmesi gerekmektedir. Ayrıca bu mahkemelerde görev yapacak yargıçların özel bir eğitimden geçmesi sağlanmalıdır. Her ne kadar ülkemizde tıp eğitimi sonrasında hukuk eğitimi tamamlayan “Hukukî Hekimler” sayıca artmakta olsa da, ilk aşamada yargıçlardan her iki eğitimi de almış olmalarını beklemek çok gerçekçi olmayabilir. Ancak bu kriter zaman içerisinde yürürlüğe konulabilir. Bu sayede dava sürelerinin kısalarak daha adil ve birbiriyle çelişmeyen kararlar verilmesi mümkün hale gelecektir.

Sağlık Mahkemeleri’nin tasarlanması, kurulması, burada görevlendirilecek hâkim ve savcılarının altyapılarının oluşturulması, hiç kuşkusuz çok kapsamlı yasal düzenlemeleri ve oldukça uzun bir hazırlık dönemini beraberinde getirecektir. Ancak, tüm dünyada olduğu gibi, ülkemizde de malpraktis iddiasıyla açılan davaların sayısı baş döndürücü bir hızda artmaktadır. Adli Tıp Kurumu’na 1991-2000 yılları arasındaki 10 yıllık sürede toplam 696 başvuru yapılmışken, onu izleyen 5 yıl içerisinde 525 başvuru yapılarak sayı neredeyse ikiye katlanmıştır. Sonraki yıllarda ise, bu sayılarda adeta bir patlama yaşanmıştır. 2013 yılında, Adli Tıp Kurumu 1. Adli İhtisas Kurulu’nda malpraktis tespit edilen dosya sayısı 1060, 2014’te 1320, 2015’te ise 1348 olmuştur (Koç, 2016). Belirtmek gerekir ki, son üç rakam, Adli Tıp Kurumu’na yapılan başvuru sayısı değil, tüm başvurular içerisinde malpraktis tespit edilen dosya sayısıdır. Söz konusu çalışmada belirtilmemekle birlikte, başvuru sayısının çok daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

“Kusursuz tazmin sistemleri, zarar gören hastaların zararının tazmininde zahmetsiz, hızlı ve etkin bir yöntem sunmaktadır” şeklinde kurguladığımız ikinci hipotezimiz ise kısmen doğrulanmış, ancak detaylı inceleme sonucunda, bu sistemlerin de kendilerine özgü sorunları olduğu ortaya çıkmıştır. Bu sistemin refah

düzeyi yüksek, sosyal devlet yapılanmasının güçlü olduğu ülkelerde uygulanabilir olması, kişilerin dava hakkına kısıtlama getirmesi, hatta bazı durumlarda ortadan kaldırması, kusuru bulunan sağlık çalışanlarının cezasız kalması gibi olumsuz yönleri bulunmaktadır.

“Kusursuz tazmin” sisteminin ülkemiz koşullarında uygulanabilirliği de tartışılmalıdır. Malpraktis iddiası durumunda, hekim, hukukçu ve hasta temsilcilerinden oluşan bir Malpraktis Değerlendirme Kurulu’nun ilk değerlendirmeyi yapması bir alternatif olabilir. Hasta temsilcilerinin nasıl belirleneceği, konuya ilişkin Sivil Toplum Kuruluşları ve Sağlık Bakanlığı işbirliği ile belirlenebilir. Bu değerlendirme sonrasında İskandinav Modeli’nde olduğu gibi, nedensellik bağı ve zararın saptandığı durumlarda tazminata hükmedilebilir. Malpraktis Değerlendirme Kurulu’nun hükme bağlayacağı tazminat miktarları için bir cetvel oluşturularak, bu konuda bir öngörülebilirlik sağlanabilir. Kişisel kusur şüphesi olan durumlarda, ya da başvurunun itirazı üzerine Sağlık Mahkemesi’nde dava açma hakkı verilebilir.

Davalar bu kadar hızla artarken, soruna hızlı ve pratik bir çözüm bulma gerekliliği doğmaktadır. Bu noktada, ülkemizde son yıllarda üzerinde yoğun bir biçimde çalışılmakta olan “alternatif uyuşmazlık çözüm yollarının” bir çare olabileceğini düşünmekteyiz. Alternatif uyuşmazlık çözüm yolları, özel olarak malpraktis davaları için tasarlanmış olmamakla birlikte, taraflara, objektif bir üçüncü kişinin yardım ve desteği ile iletişim kurarak ortaklaşa bir çözüm bulmalarını sağlamayı amaçlamaktadır. Bu yollar, mahkemelerde yapılan yargılamalara bir alternatif oluşturmakta, uyuşmazlıkların daha kısa sürede ve tarafların katılımıyla çözülmesini sağlayarak toplumsal barışa da katkı sunmaktadır.

Genel olarak hukuk davaları, konumuz bağlamında ise tazminat davaları için öngörülmüş olan alternatif çözüm yolu arabuluculuktur. Arabuluculuk, oldukça yaygın olarak uygulanmakta olup, arabulucunun görevi tarafların müzakerelere katılımını sağlamak ve anlaşmaya varacakları bir ortamı sağlamaktan ibarettir. Arabuluculuk faaliyetleri gönüllülük, eşitlik, bizzat hazır bulunma, taraf hâkimiyeti

ve gizlilik ilkeleri uyarınca gerçekleştirilir (Bulur, 2007). Örneğin, 7036 sayılı İş Mahkemeleri Kanunu ile 2017 yılında yapılan düzenleme sonucunda, arabulucuya başvurulmuş olması, kanuna, bireysel veya toplu iş sözleşmesine dayanan işçi veya işveren alacağı ve tazminatı ile işe iade talebiyle açılan davalarda bir dava şartı olarak belirlenmiştir. Benzer bir düzenleme, tıbbî malpraktis davaları için de yapılabilir. Hatta konunun özelliğinden dolayı, bu konudaki arabuluculuk faaliyetleri yürütmek üzere bu konuda eğitim almış bir hekim ve bir hukukçu birlikte görevlendirilebilir.

Bu bulgular ışığında; yapılan karşılaştırmalar sonucunda Fransız Modeli'nin ülkemiz için ideale en yakın yöntem olduğu kanısındayız. Malpraktis mağduru olduğunu iddia eden kişilerin ilk başvuru noktası olarak kurulacak resmî bir arabulucuk kurulu, Fransa örneğinde olduğu gibi bir hâkim başkanlığında, hekim, hasta, sigorta, bakanlık vb temsilcilerinden oluşturularak mahkemelere bir alternatif sağlayabilecektir. Hatta iş davalarında olduğu gibi, bir uyuşmazlık durumunda öncelikle bu kurula başvurmanın bir dava şartı haline getirilmesi hem uyuşmazlıkların daha hızlı ve etkin bir biçimde çözülmesini, hem de mahkemelerin iş yükünün azalmasını sağlayabilecektir. Hekimler ve diğer paydaşların bulunduğu bir kurulun yapacağı inceleme sonucunda daha doğru sonuçlara daha çabuk, etkin ve düşük maliyetli bir biçimde ulaşılabileceği görüşündeyiz. Ülkemiz hukuk sistemi içerisinde son yıllarda yapılan çalışmalarla hakettiği yeri kazanmaya çalışan alternatif uyuşmazlık çözüm yöntemleri, malpraktis davalarına adapte edilmeli ve konu özelinde yapılacak düzenlemeler için daha fazla vakit kaybedilmemelidir.

Hem hasta, hem de hekim tarafının mağduriyetlerinin önlenmesi için, malpraktis iddialarının değerlendirilerek karara bağlanması noktasında, ciddi ve kökten yeniliklere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu yenilikler için ülkemiz gerekliliklerinin araştırılarak bize en uygun modelin geliştirilmesi ve ivedilikle tasarlanarak hayata geçirilmesi gerekmektedir.

ÖZET

Karşılaştırmalı Hukukta Hekimin Malpraktisten Doğan Sorumluluğunun Tespitinde Kullanılan Yöntemler

Malpraktis davalarının yüksek maliyeti, uzun sürmesi ve taraflara getirdiği külfetler nedeniyle birçok ülkede bu konuyu çözümleyecek yeni sistem arayışlarına gidilmiş, hekimin malpraktisten doğan sorumluluğunun tespiti için dava yolu dışında çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. Birçok ülkede malpraktis davaları hukuk mahkemelerinde genel hükümler çerçevesinde görülmekte, az sayıda ülkede de farklı yaklaşımlar benimsenmiştir. Bunlar arasında en çarpıcı olanı İskandinavya’da ve Yeni Zelanda’da 70’li yıllardan beri yürürlükte olan “kusursuz tazmin” modelidir. “Kusursuz tazmin” sistemlerinde hekimin ya da organizasyonun kusuruna bakılmaksızın, yapılan tıbbî işlem ile ortaya çıkmış olan olumsuz sonuç arasında bir nedensellik bağının varlığı halinde hastanın zararının tazmini yoluna gidilmektedir. Bunların yanı sıra “idarenin kusursuz sorumluluğu” kavramı ve uygulamaları da bu bağlamda incelenmesi gereken yöntemler arasında bulunmaktadır. Kullanılan tüm yöntemlerin kendi içerisinde olumlu ve olumsuz yönleri bulunmaktadır. Bu çalışmada, farklı sistem ve metotlar karşılaştırılarak ülkemiz için ideal sistemin nasıl olması gerektiği konusunda bir yargıya varmaya çalışılmakta, kişilerin dava hakkını kısıtlamaksızın, malpraktis iddialarının çözümünde alternatif uyuşmazlık çözüm yöntemlerinin önemine dikkat çekilmekte ve konu özelinde yapılacak düzenlemeler ile bu faaliyetlerin malpraktis davalarına adapte edilmesi hususu önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: hekim sorumluluğu, idarenin kusursuz sorumluluğu, karşılaştırmalı hukuk, kusursuz tazmin, tıbbî malpraktis

SUMMARY

Methods Used in Comparative Law for the Determination of the Physician's Liability in Medical Malpractice

Due to the high costs, long duration and the other burdens of the malpractice litigations, many countries have searched for new systems to resolve this issue and methods have been developed outside the court to determine the liability of the physician for malpractice. In many countries malpractice cases are litigated in the civil court systems, and in several countries, different approaches have been adopted. The most striking of these is the "no-fault compensation" model in Scandinavia and New Zealand, which has been in effect since the 70's. Regardless of the fault of the physician or the organization, in the "no-fault compensation" systems, the patients are compensated if there is a causal relation between the medical procedure and the harm without proof of physician's and/or the organization's fault. In addition to these, the concept of "strict liability of the state" and its applications are among the methods to be examined in this context. All the methods used have positive and negative aspects within themselves. In this study, we try to make a judgment about how the ideal system should be for our country by comparing different systems and methods. We emphasize the importance of alternative dispute resolution methods in resolving malpractice claims without limiting the litigation right of individuals.

Keywords: comparative law, liability, medical malpractice, no-fault compensation, strict liability of the state

KAYNAKLAR

- AKBABA M, DAVUTOĞLU V (2016), Hukuk Kısılcacında Hekim: Ne yapmalı? *Turk Kardiyol Dern Ars*, **44(7)**: 609-616.
- AKGÜL A (2016), İdarenin Sağlık Hizmetlerinden Doğan Tazmin Sorumluluğu ve Danıştayın Yeni Yaklaşımı, *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, **1**: 269-302, webftp.gazi.edu.tr/hukuk/dergi/20_1_9.pdf (erişim tarihi: 10.02.2018)
- Amsterdam Bildirgesi (1994), http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf (erişim tarihi: 05.02.2018)
- ANNAS GJ, “The Patient’s Right to Safety – Improving the Quality of Care through Litigation against Hospitals,” *N Engl J Med*, **354(19)**: 2063-2066 www.isabelhealthcare.com/pdf/NEJM_Patients_Right_May2006.pdf (erişim tarihi: 10.02.2018)
- ARSLANOĞLU İ (2012), Sosyal Bilimlerde Metot ve Araştırma Teknikleri, w3.gazi.edu.tr/~iarslan/arastek.doc (erişim tarihi: 22.10.2017)
- ATİYAH P (1997), *The Damages Lottery*, Hart Publishing, Oxford, s. 144.
- AVCI M (2012), Sağlık Hizmetlerinde İdarenin Mâlî Sorumluluğu, *Ankara Barosu Dergisi*, **1**: 107-140.
- AVRUPA BİYOTİP SÖZLEŞMESİ (Resmi Gazete Tarihi: 09.12.2013; Resmi Gazete Sayısı: 25311)
- AYDIN E (1999), Tıbbi etik ve malpraktis. Tıbbi Tıp Etiği Araştırmaları Ed.: ARDA B. Biyoetik Derneği Yay. Ankara, s. 45-50.
- BAL S (2009), An Introduction to Medical Malpractice in the United States, *Clin Orthop Relat Res* **467**: 339–347.
- BARAZ B (2012), İç Çevre Analizi, Stratejik Yönetim I, Anadolu Üniversitesi AÖF, Eskişehir Ed.: Deniz T, Ulukan C. s.: 80-104.
- BİRLEŞİK KRALLIK SAĞLIK MÜSTEŞARLIĞI RAPORU (2003) UNITED KINGDOM, CHIEF MEDICAL OFFICER (2003), Making Amends: A consultation paper setting out proposals for reforming the approach to clinical negligence in the NHS, June 2003, s. 101.
- BİSMARK M PATERSON R (2006), “No-Fault Compensation in New Zealand: Harmonizing Injury Compensation, Provider Accountability and Patient Safety,” *Health Affairs* <http://www.commonwealthfund.org/Publications/In-the-Literature/2006/Feb/No-Fault-Compensation-in-New-Zealand--Harmonizing-Injury-Compensation--Provider-Accountability--and.aspx> (erişim tarihi: 22.10.2017)
- BOGDAN J (2011), Medical Malpractice in Sweden and New Zealand: Should Their Systems Be Replicated Here? *Center for Justice and Democracy*, **21**: 1-9.
- BOVBJERG RR (2005), Malpractice Crisis and Reform, *Clin Perinatol*, **32**: 203– 233.
- BOYD O, JACKSON N (2005), Clinical review: How is risk defined in high-risk surgical patient management? *Critical Care*, **9**:390-396

- BRAZIER M, ALLEN N (2009), Criminalizing Medical Malpractice, *The Criminal Justice System and Health Care*, Oxford University Press, DOI:10.1093/acprof:oso/9780199228294.003.0002, s.15
- BULUR A. (2007) Alternatif Uyuşmazlık Çözüm Yolları ve Arabuluculuk Yöntemi, *Ankara Barosu Dergisi*, **65(4)**: 36-40.
- CAN İÖ, ÖZKARA E, CAN M (2011), Yargıtayda Karara Bağlanan Tıbbi Uygulama Hatası Dosyalarının Değerlendirilmesi, *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, **25(2)** 69 – 76.
- CANTÜRK G (2016), Ankara Üniversitesi Adli Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Tezli YL Ders Notları
- CIOFFI JW (2002), Restructuring “Germany Inc.”: The Politics of Company and Takeover Law Reform in Germany and the European Union, *Law & Policy*, **24(4)**: 355-402.
- COYTE PC, DEWEES DN, TREBILCOCK MJ (1991), Medical Malpractice: The Canadian Experience, *N Engl J Med*, **324**: 89-93.
- COURGEON B, LETOUZEY C (2009), *Rapport sur les decisions de justice et avis CRCI rendus en 2008 [Report on Judicial Decisions and CRCI Opinions Rendered in 2008]*, Hors serie [Special Issue] Responsabilite: Revue De Formation Sur Le Risque Medical [Liability: Journal of Medical Risk Education] s. 75-79 http://www.macsfr.fr/file/docficsite/pj/ce/c5/24/04/risque-professions-sante-1_890.pdf. (erişim tarihi: 28.04.2018)
- CÖMERTPAY Ş (2006), Küçük ve Orta Ölçekli İşletmelerde Kurumsal Strateji Belirleme için Karar Destek Sistemi, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana, s 64-67.
- DASGUPTA M, ROLFSON DB, STOLEE P, BORRIE MJ, SPEECHLEY M, (2009), Frailty is associated with postoperative complications in older adults with medical problems, *Archives of Gerontology and Geriatrics* **48**: 78–83.
- DAVIS P, LAY-YEE R, BRIANT R, SCOTT A (2003), Preventable in-hospital medical injury under the “no fault” system in New Zealand, *Qual Saf Health Care*, **12**: 251–256.
- DE VRIES, E. N., RAMRATTAN, M. A., SMORENBURG, S. M., GOUMA, D. J., & BOERMEEESTER, M. A. (2008). The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review. *Quality & Safety in Health Care*, **17(3)**, 216–223.
- DEWEES DN, TREBILCOCK MJ, COYTE PC (1991), The Medical Malpractice Crisis: A Comparative Empirical Perspective, *Law and Contemporary Problems*, **54(1)**: 217-251.
- DRABSCH T (2005), No Fault Compensation, NSW Parliamentary Library Service, www.parliament.nsw.gov.au/WEB_FEED/PHWebContent.nsf/PHPages/LibraryPublications, s. 33-38
- DUYSAK M (2009), Hekimin Tıbbi Uygulama Hatalarından Doğan Cezai Sorumluluğu, *Hukuk Gündemi*, 25-38. www.ankarabarusu.org.tr/siteler/ankarabarusu/hgdmakale/2009-3/5.pdf (erişim tarihi: 22.05.2017)
- ESSINGER K (2008), Medical Liability Alternative Ways to Court Procedures, www.patientforsakring.se/resurser/dokument/engelska_artiklar/medicalliability_alternative_ways_to_court_procedures (erişim tarihi: 22.05.2017)

- ESSINGER K (2009), The Swedish Medical Injury Insurance Report, http://www.vim.gov.lv/images/userfiles/phoebe/ministrija_sabiedribas_lidzdaliba_ab75e1a6c38b637dc22573d800293aaa/zviedrijas_traumu_apdrosin.pdf (erişim tarihi: 19.02.2018)
- EYBEN VON B (2001), Alternative Compensation Systems, *SCANDINAVIAN STUD. LAW*, **41**: 193-202.
- CROSS REF FICARRA BJ (1976) A History of Legal Medicine, Legal Medicine Annual, Ed.: Wecht C, Appleton-Century-Crofts, New York.
- FEIKERT C (2009), Medical Malpractice Liability: United Kingdom (England and Wales), <https://www.loc.gov/law/help/medical-malpractice-liability/uk.php> (erişim tarihi: 30.04.2018)
- FINLEX - Translations of Finnish acts and decrees, <https://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/> (erişim tarihi:29.01.2018)
- FRANSIZ TABİPLER BİRLİĞİ (2010), CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MİDECİNS [NATIONAL COUNCIL OF THE ORDER OF PHYSICIANS], ATLAS DE LA DEMOGRAPHİE MİDİCALE EN FRANCE [ATLAS OF MEDICAL DEMOGRAPHY IN FRANCE], <http://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/Atlas%20National%20CNOM%202010.pdf>. (erişim tarihi: 27.04.2018)
- GAULD R (2013). Questions about New Zealand's Health System in 2013, Its 75th Anniversary Year. *New Zealand Medical Journal*, **126**: 68–74.
- GOSTIN L (2000). A public health approach to reducing error: medical malpractice as a barrier. *JAMA*, **283**:1742.
- GÖZÜBÜYÜK Ş, TAN T (2003), İdari Yargılama Hukuku, Turhan Kitapevi Yayıncılık, Ankara 2003, s.685
- GÖZÜBÜYÜK Ş (2003), Yönetmelik Yargı, Turhan Kitapevi Yayıncılık, 17.Bası, Ankara 2003, s.304
- G'SELL-MACREZ F (2011), Medical Malpractice and Compensation in France: Part I: the French Rules of Medical Liability since the Patients' Rights Law of March 4, 2002, *Chi.-Kent. L. Rev.* **86**: 1093-1123.
- GÜMÜŞ MA (2012), Borçlar Hukuku Özel Hükümler, Cilt 2, İstanbul, s. 217.
- GÜNDAY M (2013), İdare Hukuku, İmaj Yayınevi, 10. Baskı, s 379.
- GÜNDOĞMUŞ UN, ERDOĞAN MS, ŞEHİRALTI M, KURTAŞ O (2005), A descriptive study of medical malpractice cases in Turkey, *Ann Saud Med.* **25(5)**: 4048.
- GÜVEN K (2016), Hukuk Çevreleri Ayrımında Alman Hukuku'nun Yeri ve Temel Özellikleri, Place of German Law in Major Legal Families and its Fundamental Features, *Ankara Üni. Hukuk Fak. Dergisi*, **65 (3)**: 837-891.
- HAFSTRÖM L, JOHANSSON H, AHLBERG J, (2011) Diagnostic Delay of Breast Cancer: An Analysis of Claims to Swedish Board of Malpractice (LÖF), *The Breast* **20**: 539-542.
- HAKERİ H (2009), Tıp Hukuku, Seçkin Yayınevi, s. 89.
- HAKERİ H (2014), Tıp Hukukunda Malpraktis Komplikasyon Ayrımı, s. 23-28 DOI:10.5152/tcb.2014.003, <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/173201492523-238.pdf> , (erişim tarihi: 23.11.2016)

- HANCI H (2005), Malpraktis mi, Komplikasyon mu? *Mevzuat Dergisi*, **90(8)**: 1-2
<https://www.mevzuatdergisi.com/2005/06a/02.htm#> (erişim tarihi: 19.11.2017)
- HARRISON JP (2010), Essentials of Strategic Planning in Healthcare, Health Administration Press, s. 113-124.
- HARTLEY M (2011), Forwards or Backwards? New Directions in Danish Patients' Rights Legislation, *EUR. J. HEALTH L.* **18**: 365-369.
- HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ (Resmi Gazete Tarihi: 01.08.1998; Resmi Gazete Sayısı: 23420).
- HEKİMLİK MESLEK ETİĞİ KURALLARI (Türkiye Tabipler Birliği, Yayın Tarihi: 01.02.1999).
- HELLERINGER G (2011), Medical Malpractice and Compensation in France, Part II: Compensation Based on National Solidarity, *Chi.-Kent L. Rev.* **86**: 1019-1127.
- HELLNER J (2001), Compensation for Personal Injuries in Sweden: A Reconsidered View, *Scandinavian Study of Law*, **41**: 249
- HIATT HH, BARNES BA, BRENNAN TA (1989), A study of medical injury and medical malpractice: an overview. *N Engl J Med*, **321**:480-484.
- HICKS TC. WILLIAM H (2008). Harridge lecture: the medical malpractice crisis in surgery. *Am J Surg.* **195**: 288-291.
- HO B, LIU E (2010), Does Sorry Work? The Impact of Apology Laws on Medical Malpractice, Job Market Paper, <http://irving.vassar.edu/faculty/bh/ho-liu-apologies-and-malpractice-nov15.pdf> (erişim tarihi: 09.06.2017)
- Holm-Nielsen H (1933), The Law of Torts in Denmark, *Journal of Comparative Legislation and International Law* **15(4)**: 176-79. <http://www.jstor.org/stable/753656>. (erişim tarihi: 01.05.2018)
- HOWELL B, KAVANAGH J AND MARRIOTT L (2002), No-fault public liability insurance: evidence from New Zealand, *Agenda*, **9(2)**: 147.
- HÜRRİYET GAZETESİ (2015), (<http://www.hurriyet.com.tr/yazarlar/ayse-arman/hastane-ve-doktor-hatasina-rekor-tazminat-2-5-milyon-lira-27888991>) (erişim tarihi: 25.05.2017)
- İNGİLİZ TABİPLER BİRLİĞİ DOKÜMANI (BRITISH MEDICAL ASSOCIATION) (1990), NHS Indemnity, <https://www.bma.org.uk/-/media/files/pdfs/practical%20advice%20at%20work/contracts/nhsmedicalindemnity.pdf?la=en> (erişim tarihi: 30.04.2018)
- İSKOÇYA HÜKÜMETİ RAPORU (2012)
<http://www.gov.scot/Publications/2012/08/4456/6> (erişim tarihi: 28.04.2018)
- JØRSTAD RG (2002), The Norwegian system of compensation to patients, *Med Law*, **21(4)**:681-686.
- KASS JS, ROSE RV (2016), Medical Malpractice Reform—Historical Approaches, Alternative Models, and Communication and Resolution Programs, *American Medical Association Journal of Ethics*, **18 (3)**: 299-310.
- KATZENMEIER C (2008), Aussergerichtliche Streitbeilegung in Arzthftungssachen, *Anwaltsblatt*, 319.

- KAZARIAN M (2013), The Role of the Criminal Law and The Criminal Process in Healthcare Malpractice in France and England, Manchester Üniversitesi, Doktora Tezi, s. 231-233.
- KESGİN S (2018), Almanya’da Sosyal Güvenlik Sistemi, <http://kisi.deu.edu.tr/kamil.tugen/Almanya%20sosyal%20g%C3%BCvenlik%20sistemi.pdf> (erişim tarihi: 30.04.2018)
- KESSLER DP (2011), Evaluating the Medical Malpractice System and Options for Reform, J Econ Perspect, **25(2)**: 93–110.
- KOÇ S (2014), Adli Tıbbi Açidan Malpraktis ve Hekim Sorumluluğu, DOI:10.5152/tcb.2014.002 (erişim tarihi: 19.11.2017)
- KOÇ S (2016), İyi Hekimlik, İstanbul Tabip Odası Sunumları, http://www.istabip.org.tr/site_icerik_2016/haberler/aramak2016/iyihekimlik/sunumlar/dr_sermet_koc.pdf (erişim tarihi: 09.06.2017)
- KILIÇOĞLU AM (2013), Borçlar Hukuku Genel Hükümler (Genişletilmiş 17. Bası), Turhan Kitabevi, s. 87.
- LUNTZ H, HAMBLY D (2002), Torts: Cases and Commentary, Lexis Nexis Butterworths, Fifth edition, Chatswood, s. 8.
- MCKENZIE P (2003), The compensation scheme no one asked for: the origins of ACC in New Zealand, *Victoria University of Wellington Law Review*, **34(2)**: 195.
- MCMICHAEL BJ, R. VAN HORN L, VISCUSI WK (2016), Sorry Is Never Enough: The Effect of State Apology Laws on Medical Malpractice Liability Risk, https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2883693 (erişim tarihi: 20.04.2018)
- MEDİKALAKADEMİ.COM.TR (2015) <https://www.medikalakademi.com.tr/hekime1200dava65tl tazminat/> (erişim tarihi: 25.05.2017)
- MEDİMAGAZİN.COM.TR (2015) <http://www.medimagazin.com.tr/hekim/hukuk-etik/tr-2-doktor-ve-hastaneye-karsi-755-bin-tllik-tazminat-davasi-2-17-66468.html> (erişim tarihi: 25.05.2017)
- MELLO MM, CHANDRA A, GAWANDE AA, STUDDERT DM (2010), National Costs of the Medical Liability System, *Health Affairs*, **29(9)**:1569–1577.
- MILLER RS (1993). An analysis and critique of the 1992 changes to New Zealand’s accident compensation scheme. *Maryland Law Rev*, **52**: 1070–92.
- MOORE J, MELLO MM (2017), Improving reconciliation following medical injury: a qualitative study of responses to patient safety incidents in New Zealand, *BMJ Qual Saf*, **0**:1–11. doi:10.1136/bmjqs-2016-005804
- MULLANY N (2002), ‘Tort reform and the damages dilemma’, *University of New South Wales Law Journal*, **8(2)**: 18-49.
- NAIR V, CHANDRAHARAN E (2010), Clinical Negligence Scheme for Trusts, *Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine*, **20(4)**: 125-128.
- NHS Dava Dairesi Raporu (NHS Litigation Authority, *Factsheet 3*) (2008): Information on Claims at 1, <http://www.nhs.uk/clinicalnegligence/claimsinformation/200708.doc> (erişim tarihi: 30.04.2018)
- OĞUZ A (2017), Hukukun Bağımsız Bir Alanı Olarak Karşılaştırmalı Hukukun Konusu ve Metodu, www.oguzhukukdanismanlik.com/images/upload/9hukuk.pdf (erişim tarihi: 29.10.2017)

- OĞUZ A (2003), Karşılaştırmalı Hukuk. Yetkin Yayınları. s. 67-84.
- ONARAN B (2005), Hasta Hakları, Yeditepe Üniversitesi *Hukuk Fakültesi Dergisi*, **1(2)**: 273-323
- ÖZDEMİR H (2004), Özel Hukukta Teşhis ve Tedavi Sözleşmesi, Ankara 2004, s.80.
- ÖZDEN MERHACI S (2012), Common Law Haksız Fiiller Hukukuna Genel Bir Bakış ve İhmal Dayanan Haksız Fiiller, *Ankara Barosu Dergisi*, **4**: 179-206.
- ÖZKAN Z (2014), Amerikan Hukukunda Nedenselliğin Tesisi Çerçevesinde Gerçek Neden ve İspatı, *TBB Dergisi*, **110**: 33-56.
- PACKER-TURSMAN J (2015). The defensive medicine balancing act. *Med Econ*. **92(1)**: 43, 45-58.
- PALMER E (2009), Medical Malpractice Liability: Germany <https://www.loc.gov/law/help/medical-malpractice-liability/germany.php> (erişim tarihi: 29.04.2018).
- PETEK H (2013), Tıbbi Müdahalelerden Kaynaklanan Uyuşmazlıklarda Tüketicinin Korunması Hakkındaki Kanunun Uygulanması, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, **15**: 969-1017.
- PETERSON GM, MCLEAN S, SENATOR GB (1984) Determinants of patient compliance, control, presence of complications, and handicap in non-insulin-dependent diabetes, *Australian and New Zealand Journal of Medicine*, **14**: (2)135-41.
- RANDALL R, BOVBERG JD (2005), Malpractice Crisis and Reform, *Clin Perinatol* **32**: 203– 233.
- REYHANİ YÜKSEL S (2015), Hekimin Vekâletsiz İş Görmeden Doğan Sorumluluğu (Physician's Liability Owing to Acting Without Authority), *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, **21**: (2) 793 – 804. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/273398> (erişim tarihi: 01.02.2018)
- PSATHAKİS D, HILDEBRAND B (2007), Die Rolle des MDK bei Beratung und Prüfung vorgeworfener ärztlicher. Behandlungs- und Pflegefehler, 8. Deutscher Medizinrechtstag, 21.-22. September 2007 [https://www.google.com.tr/search?q=D.+Psathakis+et+al.%2C+Die+Rolle+des+MDK+bei+Beratung+und+Pr%C3%BCfung+vorgeworfener+%C3%A4rztlicher+Behandlungs-+und+Pflegefehler%2C+ANWALT%2FANW%C3%84LTIN+IM+SOZIALRECHT+79+\(2008\)&oeq=D.+Psathakis+et+al.%2C+Die+Rolle+des+MDK+bei+Beratung+und+Pr%C3%BCfung+vorgeworfener+%C3%A4rztlicher+Behandlungs-+und+Pflegefehler%2C+ANWALT%2FANW%C3%84LTIN+IM+SOZIALRECHT+79+\(2008\)&aqs=chrome..69i57.1015j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com.tr/search?q=D.+Psathakis+et+al.%2C+Die+Rolle+des+MDK+bei+Beratung+und+Pr%C3%BCfung+vorgeworfener+%C3%A4rztlicher+Behandlungs-+und+Pflegefehler%2C+ANWALT%2FANW%C3%84LTIN+IM+SOZIALRECHT+79+(2008)&oeq=D.+Psathakis+et+al.%2C+Die+Rolle+des+MDK+bei+Beratung+und+Pr%C3%BCfung+vorgeworfener+%C3%A4rztlicher+Behandlungs-+und+Pflegefehler%2C+ANWALT%2FANW%C3%84LTIN+IM+SOZIALRECHT+79+(2008)&aqs=chrome..69i57.1015j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8) (erişim tarihi: 30.04.2018)
- ROBINSON GO (1986), The Medical Malpractice Crisis of the 1970's: A Retrospective, *Law and Contemporary Problems*, **49**: (2) 5-35.
- ROBINSON MA (1987), Accident Compensation in Australia: No-fault Schemes, Legal Books PTY LTD, s. xii.
- SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM DAİRESİ RAPORU (Department of Health and Social Care (2017) <https://www.gov.uk/government/news/plans-for-fixed-cap-on-legal-costs-for-medical-negligence-cases> (erişim tarihi: 01.05.2018)
- SAN C (2014), Karşılaştırma Yönteminde Zaman ve Mekan Boyutları, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, **48(1)**: 155-159.
- Sands P (2006), Lawless World, Penguin Publications, s. 83.

- SATI S (2008), İdarenin Kusursuz Sorumluluğu, http://www.turkhukuks_tes_com/makale_744.htm , s.1 (erişim tarihi: 29.10.2017).
- SCHOEN C (2005), Taking the pulse of the health care systems: experiences of patients with health problems in six countrie, *Health Affairs*, <http://www.commonwealthfund.org/Publications/In-the-Literature/2005/Nov/Taking-the-Pulse-of-Health-Care-Systems--Experiences-of-Patients-with-Health-Problems-in-Six-Countri.aspx> (erişim tarihi: 01.02.2018)
- SEABURY SA, HELLAND E, JENA AB (2014), Medical Malpractice Reform: Noneconomic Damages Caps Reduced Payments 15 Percent, With Varied Effects By Specialty, *Health Affairs*, **33 (11)**: 2048-2056.
- SLOAN FA, Bovbjerg RR, Githens PB (1991) Insuring Medical Malpractice, New York, NY: Oxford University Press, s.96
- SMEILI LAA, LOTUFO PA, Incidence and Predictors of Cardiovascular Complications and Death after Vascular Surgery, *Arq Bras Cardiol*. 2015 Nov; **105(5)**: 510–518.
- SONĞUR C, TOP M, TEKİNGÜNDÜZ S (2013), Sağlık Sektöründe GZFT (Güçlü-Zayıf Yönler-Fırsatlar-Tehditler) Analizi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, **(5):1** 69 - 99 <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/303530> (erişim tarihi: 05.11.2017).
- SPIEGEL, AD, KAVALER F (1997) America's First Medical Malpractice Crisis 1835-1865, *Journal of Community Health* **22**: 283.
- STRÖMBÄCK E (2017) Personal Injury Compensation in Sweden Today, <http://www.scandinavianlaw.se/pdf/38-16.pdf> (erişim tarihi:29.01.2018)
- STUDDERT DM, MELLO MM, SAGE WM (2005) Defensive medicine among high-risk specialties physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA*. **293(21)**: 2609-2617.
- ŞATIR N (2015), Emsal Kararlar Işığında Kamu ve Özel Hastanelerde Çalışan Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Yargıtay-Danıştay İçtihatları, Yetkin Yayınları, s. 57.
- ŞENOCAK Z (1998), Özel Hukukta Hekimin Sorumluluğu, Ankara 1998, s.24
- ŞENYÜZ D (2013), Borçlar Hukuku Genel ve Özel Hükümler (7. Baskı), Ekin Basım, Yayın, Dağıtım, s.72-86
- SWEDISH TORT LAW, http://ec.europa.eu/competition/antitrust/actionsdamages/national_reports/sweden_en.pdf (erişim tarihi:29.01.2018)
- TAYLOR S (2015), Problems posed by the French administrative compensation scheme, Medical Accident Liability and Redress in English and French Law, Cambridge University Press, 93-116, <https://doi.org/10.1017/CBO9781316212721.007> (erişim tarihi: 28.04.2018)
- THE DANISH LIABILITY FOR DAMAGES ACT, <http://pebl.dk/en/patientskader/love-og-regler/lov-om-klage-og-erstatningsadgang/behandlingsskader> (erişim tarihi:29.01.2018)
- THE NORWEGIAN PRODUCT LIABILITY ACT, <http://www.gccapitalideas.com/2011/11/14/continental-european-legislative-and-judicial-trends-the-norwegian-product-liability-act/> (erişim tarihi:29.01.2018)
- TİBBİ DEONTOLOJİ NİZAMNAMESİ (Resmi Gazete Tarihi: 19.02.1960; Resmi Gazete Sayısı: 10436)

- TÜMER AR, DENER C (2006), Evaluation of surgical malpractice in Turkey, *Legal Medicine* **8**: 11–15.
- TÜRKAN H, TUĞCU H (2004), 2000-2004 Yılları Arasında Yüksek Sağlık Şurası'nda Değerlendirilen Acil Servislerle İlgili Tıbbi Uygulama Hataları, *Gülhane Tıp Dergisi* **46 (3)**: 226 - 231.
- ULFBECK V, HARTLEV M, SCHULTZ M (2012), *Malpractice in Scandinavia*, *Chi.-Kent. L. Rev.* **87**: 111-129. <http://scholarship.kentlaw.iit.edu/cklawreview/vol87/iss1/6> (erişim tarihi: 05.11.2017)
- UPADHYAY A, YORK S, MACAULAY W, MCGRORY B, ROBBENNOLT J, BAL BS (2007). Medical malpractice in hip and knee arthroplasty, *J Arthroplasty*. **22(6 Suppl 2)**:2–7.
- U.S. General Accounting Office. Malpractice insurance: multiple factors have contributed to increased premium rates. <http://www.gao.gov/new.items/d03702.pdf>. (erişim tarihi: 15.06.2017)
- WEIDINGER, P (2006), Aus der Praxis der Haftpflichtversicherung für Ärzte und Krankenhäuser – Statistik, neue Risiken und Qualitätsmanagement, *Medizinrecht*, **24(10)**: 571-580.
- WEISBROT D, BREEN KJ (2012), A no-fault compensation system for medical injury is long overdue, *Med J Aust*, **197 (5)**: 296-298.
- WHEATLAND FT (2005), Medical Indemnity Reform in Australia: “First Do No Harm”, *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, **33(3)**: 429 – 443.
- WMA (World Medical Association) (2005), The World Medical Association Statement on Medical Malpractice, <https://www.wma.net/policies-post/world-medical-association-statement-on-medical-malpractice/> (erişim tarihi: 19.11.2017)
- WORLD BANK (2017), “Medical Malpractice Systems around the Globe: Examples from the US tort liability system and the Sweden no fault system,” http://siteresources.worldbank.org/INTRUSSIANFEDERATION/Resources/Malpractice_Systems_eng.pdf (erişim tarihi: 19.11.2017)
- YAZICI YA, ŞEN H, ALİUSTAOĞLU S, SEZER Y, İNCE CH (2015), Evaluation of the medical malpractice cases concluded in the General Assembly of Council of Forensic Medicine, *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi*, **21(3)**: 204-8.
- YERDELEN E (2016), Hastanın Kusurunun Hekimin Sorumluluğuna Etkisi(Mağdurun Kusuru-Müterafik Kusur), *I. Uluslararası Katılımlı Ulusal Tıp Hukuku Kongresi (Vaka Tartışmalı)*, Ed.: Hakan Hakeri, Cahid Doğan, Legal Yayıncılık, s. 97. (93-108).
- YILMAZ K, POLAT O, KOCAMAZ B (2014), Defansif Tıp Uygulamalarının Hukuksal Açıdan İncelenmesi, *TAAD*, **5(16)**: 19-51.

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı, Soyadı Emine Neval YILMAZ
Doğum Tarihi 4 Kasım 1966
Doğum Yeri Diyarbakır
Uyruğu Türkiye / Hollanda



Adres Eti Mah. Ali Süavi Sok.
EMA İş Merkezi No:1/14
Çankaya / Ankara

LinkedIn

www.linkedin.com/in/nevalyilmaz
www.facebook.com/avdmevalyilmaz/



E-posta nevalyilmaz@ankara.av.tr

YouTube

www.youtube.com/channel/UCbmGtpCW_FgqxqHvt1sVEcw



www.twitter.com/neval_ylmaz

Telefon +90 312 229 10 12



www.instagram.com/nevalyilmaz

GSM +90 535 726 76 26



ankara.academia.edu/NevalYilmaz

EĞİTİM DURUMU

<u>Derece</u>	<u>Kurum</u>	<u>Mezuniyet Yılı</u>
Yüksek Lisans	Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Hukuku (Tezli)	2016-...
Lisans	Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi	2016
Doktora (Ph.D.) ¹⁰	Vrije Universiteit, Amsterdam, Hollanda “The pathophysiology of colon ischemia after surgery for abdominal aortic aneurysms”	2004
Tıpta Uzmanlık Yan Dal	European Association of Vascular Surgery Avrupa Vasküler Cerrahi Lisansı	2002
	Catharina Hospital, Eindhoven, Hollanda Vasküler Cerrahi	2002
Tıpta Uzmanlık	Vrije Universiteit, Amsterdam, Hollanda Genel Cerrahi	1999
Tıp Doktoru	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (İngilizce)	1990
Lise	Ankara Atatürk Anadolu Lisesi	1984

¹⁰ Ph.D. Hollanda’da alınabilen en yüksek akademik derecedir.

MESLEKİ DENEYİM

<u>Dönem</u>	<u>Kurum</u>	<u>Görev</u>
2018-...	Zübeyda Hanım Kadın Hastalıkları Hastanesi	Etik Kurul Üyesi
2017-...	Ankara Barosu	Avukat
2016-2017	Ankara Barosu	Stajyer Avukat
2015-...	Ankara Üniversitesi Girişimcilik Programı	İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitmeni
2013-2016	Serbest	İşyeri Hekimi
2013-2016	65. Noter, Ankara	Hollandaca/İngilizce/Türkçe Yeminli Tercüman
2012-2016	33. Noter, Ankara	Hollandaca/İngilizce/Türkçe Yeminli Tercüman
2012-...	SeREN Vakfı	Yönetim Kurulu Başkanı
2011-2016	E.D.Y. Ar-Ge Hizmetleri Ltd. Şti. Ankara	İdari İşler Sorumlusu, Ar-Ge Danışmanı
2010-2014	E.C.N. Ar-Ge Hizmetleri Ltd. Şti. Ankara	Kurucu, Genel Müdür
2002-2010	Admiraal De Ruyter Ziekenhuis, Goes, Hollanda	Genel Cerrah/Vasküler Cerrah
2002	Sophia Ziekenhuis, Zwolle, Hollanda	Vasküler Cerrah
2001-2002	Sint Jan's Ziekenhuis, Weert, Hollanda	Genel Cerrah
2001-2002	Catharina Ziekenhuis, Eindhoven, Hollanda	Fellow Vasküler Cerrah
1997-1999	Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit, Amsterdam, Hollanda	Genel Cerrahi Asistanı
1997-1999	Amsterdam Hemşirelik Okulu, Amsterdam, Hollanda	Genel Cerrahi Eğitmeni (yarı-zamanlı)
1997-1999	ANWB, Hollanda	Uçuş Hekimi (yarı-zamanlı)
1995-1996	Kennemer Gasthuis, Haarlem, Hollanda	Genel Cerrahi Asistanı
1993-1994	Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit, Amsterdam, Hollanda	Yoğun Bakım Ünitesi Asistanı
1992-1993	Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit, Amsterdam, Hollanda	Genel Cerrahi Asistanı
1991-1992	Academisch Ziekenhuis Rotterdam Rotterdam, Hollanda	Genel Cerrahi Asistanı
1990-1991	Mekece Sağlık Ocağı, Adapazarı	Pratisyen Hekim

EĞİTMENLİK DENEYİMİ

<u>Dönem</u>	<u>Kurum / Eğitim Programı</u>	<u>Görev</u>
2017	Adli Bilimciler Derneği/Ankara Büyükşehir Belediyesi Ölüm İncelemeleri Kursu	Eğitmen
2015-...	Ankara Üniversitesi Girişimcilik Programı	İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitmeni
1997-1999	Amsterdam Hemşirelik Okulu, Amsterdam, Hollanda	Genel Cerrahi Eğitmeni (yarı-zamanlı)

ALINAN MESLEKİ EĞİTİMLER

<u>Dönem</u>	<u>Eğitim Tanımı</u>
2018	İyi Klinik Uygulamalar Sertifika Programı (KADUZEM)
2018	Adli Yardım Eğitimi (Ankara Barosu)
2018	Bilirkişilik Temel Eğitimi (Ankara Tabip Odası)
2017	Uzlaştırmacılık Eğitimi (Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi)
2017	CMK Eğitimi (Ankara Barosu)
2016	İdari Yargıda İstinaf Usulü (Ankara Barosu)
2013	İşyeri Hekimliği Sertifika Programı (ISAGEM)
2012	Proje Başarısızlıkları 15 Sebep (2. Kısım)
2012	Proje Başarısızlıkları 15 Sebep (1. Kısım)
2012	Proje İletişim ve Doküman Yönetimi
2012	Entegre Proje Yönetimi
2012	Teknoloji Projeleri Yönetimi
2010	Ar-Ge Projeleri Hazırlama ve Yönetme Eğitimi
2006	Course on Clinical Radiation
2004	Course on Endovascular Techniques
2003	4 th International Symposium on Diabetic Voet
2003	Course on Evidence Based Medicine
2002	European Vascular Course
2001	Symposium Diabetische Voet: De Geïnfecteerde Voet
2001	6 th International Symposium on Critical Issues on Endovascular Grafting
2000	Medtronic Talent Stent Graft System Physician Training Program
2000	Medtronic Aneurix Stent Graft System Physician Training Program

2000	3rd Basic Multidisciplinary Hemodialysis Access Course
2000	ATLS (Advanced Trauma Life Support)
1999	Basic Skills for Presentation in English
1999	AO Basis Kurs, Theoretische en Praktische Grundlagen der Operative Fracturbehandlung
1999	Specialisten Cursus Heelkunde "Pancreaschirurgie"
1999	Specialisten Cursus Heelkunde "Trauma chirurgie"
1998	Specialisten Cursus Heelkunde "Communicatie"
1998	Specialisten Cursus Heelkunde "Vaatchirurgie"
1998	Symposium Proctology, International Update on Fissures, Fistulae and Haemorrhoids
1997	Basic Course Surgical Sciences, Board of Collegium, Chirurgicum Neerlandicum
1997	Specialisten Cursus Heelkunde "Colorectale chirurgie"
1997	Specialisten Cursus Heelkunde "Mamma chirurgie"
1987 - 1990	Centre Culturel Français / Ankara
1985 - 1990	Goethe-Institut / Ankara

ÖDÜLLER

"En İyi Poster Ödülü" The Integrated Approach to Trauma Care, 2nd International Congress, May 1995, Nijmegen, Hollanda, Yılmaz EN, Spoel vd JI, Bakker FC, Patka P, Haarman HJThM, Cardiac contusion as a result of sternal fractures: A fact or a myth?

" ESCVS Vasküler Ödül Oturumu, Dos Santos Ödülü 1998" 47th International Congress, Paris, Fransa, Yılmaz EN, Vahl AC, van Rij GL, Vink GQM, de Lange ESM, Brom HLF, Rauwerda JA, The renin-angiotensin system in swine during hypovolemic shock combined with a low-flow ischemia of the sigmoid colon

1984 ÖYS Türkiye Birincisi (Türkçe)

1984 ÖYS Türkiye Birincisi (Yabancı Dil)

1984 ÖYS Türkiye Üçüncüsü (Sosyal Bilimler)

1984 ÖYS Türkiye Yirincisi (Genel Sıralama)

1984 Ankara Atatürk Anadolu Lisesi Dönem Birincisi

1977 Milliyet Gazetesi İlkokullar Arası Bilgi Yarışması Adıyaman Birincisi

ÜYE OLUNAN MESLEK KURULUŞLARI

Ankara Barosu | Türkiye Barolar Birliği
Ankara Tabip Odası | Türk Tabipler Birliği
Hukukçu Hekimler Platformu

DİLLER

Türkçe	Anadil
İngilizce	Çok iyi (Anadil düzeyinde)
Hollandaca (Felemenkçe)	Çok iyi (Anadil düzeyinde)
Almanca	İyi
Fransızca	Orta

ULUSAL SINAV SONUÇLARI

Sınav	Puan	Yıl
YDS	88.75	2015
ALES (Sözel)	75.47	2015
ALES (Eşit Ağırlıklı)	61.35	2015
ALES (Sayısal)	61.28	2015

SOSYAL SORUMLULUK PROJELERİ

Hekim Hata Yapınca (Video Serisi) 2018

https://www.facebook.com/pg/avdrnevalyilmaz/videos/?ref=page_internal

Şiddet Mağdurları Nasıl Bir Yol İzlemeli? (Video Serisi) 2018

www.youtube.com/channel/UCbmGtpCW_FgqxqHvt1sVEcw

Sigara ve Gençlik (Sempozyum)

İhsan Doğramacı Vakfı Özel Bilkent İlkokulu, 31.05.2011

Pasif İçicilik: Fiziksel ve Psikolojik Etkileri ve Ötesi (Sempozyum)

İhsan Doğramacı Vakfı Özel Bilkent İlkokulu, 31.05.2011

YAYINLAR

Doktora Tezi

The Pathophysiology of Colon Ischemia after Surgery for Abdominal Aortic Aneurysms

Vrije Universiteit, Amsterdam, 12 Kasım, 2004

Danışman Prof. Dr. J. A. Rauwerda

ISBN 90-9018269-1

Kitap Bölümleri

1. **Yılmaz EN**, Hancı İH

Adli Bilimlerin Bir Dalı Olarak Adli Kozmetoloji

Adli Kozmetoloji

Editörler: Ü. Gül, LD Kozacı, İH Hancı; Yard. Editörler: YD Akçay, **EN Yılmaz**
Seçkin Yayınları, Ankara, 2018

2. Emiral E, **Yılmaz EN**, Hancı İH

Kozmetolojide Yasal Altyapı ve Malpraktis

Adli Kozmetoloji

Editörler: Ü. Gül, LD Kozacı, İH Hancı; Yard. Editörler: YD Akçay, **EN Yılmaz**
Seçkin Yayınları, Ankara, 2018

3. Buth J, Peppelenbosch N, **Yılmaz EN**, Cuypers Ph, Duijm L, Tielbeek A

Ruptured AAA: should endovascular treatment be the first choice?

Vascular Emergencies

Editors: M. Jacobs, A. Brancherau,
Futura Publishing, Armonk NY 2003

4. Buth J, **Yılmaz EN**, Cuypers Ph, Tielbeek A, Duijm L

Mid- and long-term failures of endovascular repair of the lower limb arteries

Complications in Vascular and Endovascular Interventions Part II

Editors: M. Jacobs, A. Brancherau,
Futura Publishing, Armonk NY 2002

5. **Yılmaz EN**, Cuypers Ph, Tielbeek A, Duijm L, Buth J

Endovascular aneurysm repair will take over ruptured AAA

Evidence for Vascular and Endovascular Reconstruction

Editors: R. M. Greenhalgh,
Saunders, London, 2002

Uluslararası Hakemli Dergi Makaleleri (SCI / SCI-Expanded)

1. van Schaik TG, Yeung KK, Verhagen HJ, de Bruin JL, van Sambeek MRHM, Balm R, Zeebregts CJ, van Herwaarden JA, Blankensteijn JD; DREAM trial participants.

Collaborators:

Theodorus G van Schaik, Kak K Yeung, Hence J Verhagen, Jorg L de Bruin, Marc RHM van Sambeek, Ron Balm, Clark J Zeebregts, Joost A van Herwaarden, Jan D Blankensteijn, DE Grobbee, JD Blankensteijn, AAA Bak, J Buth, PM Pattynama, ELG Verhoeven, AE van Voorthuisen, R Balm, PWM Cuypers, M Prinssen, MRHM van Sambeek, AF Baas, MG Hunink, JM van Engelshoven, MJHM Jacobs, BAJM de Mol, JH van Bockel, J Reekers, X Tielbeek, W Wisselink, N Boekema, LM Heuveling, I Sikking, JL de Bruin, AV Tielbeek, JA Reekers, P Pattynama, T Prins, AC van der Ham, JJIM van der Velden, SMM van Sterkenburg, GB ten Haken, CMA Bruijninx, H van Overhagen, RP Tutein Nolthenius, TR Hendriks, JAW Teijink, HF Odink, AAEE de Smet, D Vroegindewij, RMM van Loenhout, MJ Rutten, JF Hamming, LEH Lampmann, MHM Bender, H Pasmans, AC Vahl, C de Vries, AJC Mackaay, LMC van Dormont, AJ van der Vliet, LJ Schultze Kool, JHB Boomsma, HR van Dop, JCA de Mol van Otterloo, TPW de Rooij, TM Smits, **EN Yılmaz**, FG van den Berg, MJT Visser, E van der Linden, GWH Schurink, M de Haan, HJ Smeets, P Stabel, F van Elst, J Poniewierski, FEG Vermassen

Long-term survival and secondary procedures after open or endovascular repair of abdominal aortic aneurysms.

Journal of Vascular Surgery, 2017; 66(5): 1379-1389

2. Powell JT, Sweeting MJ, Ulug P, Blankensteijn JD, Lederle FA, Becquemin JP, Greenhalgh RM; EVAR-1, DREAM, OVER and ACE Trialists.

Collaborators:

Theodorus G van Schaik, Kak K Yeung, Hence J Verhagen, Jorg L de Bruin, Marc RHM van Sambeek, Ron Balm, Clark J Zeebregts, Joost A van Herwaarden, Jan D Blankensteijn, DE Grobbee, JD Blankensteijn, AAA Bak, J Buth, PM Pattynama, ELG Verhoeven, AE van Voorthuisen, R Balm, PWM Cuypers, M Prinssen, MRHM van Sambeek, AF Baas, MG Hunink, JM van Engelshoven, MJHM Jacobs, BAJM de Mol, JH van Bockel, J Reekers, X Tielbeek, W Wisselink, N Boekema, LM Heuveling, I Sikking, JL de Bruin, AV Tielbeek, JA Reekers, P Pattynama, T Prins, AC van der Ham, JJIM van der Velden, SMM van Sterkenburg, GB ten Haken, CMA Bruijninx, H van Overhagen, RP Tutein Nolthenius,

TR Hendriksz, JAW Teijink, HF Odink, AAEA de Smet, D Vroegindeweyj, RMM van Loenhout, MJ Rutten, JF Hamming, LEH Lampmann, MHM Bender, H Pasmans, AC Vahl, C de Vries, AJC Mackaay, LMC van Dortmont, AJ van der Vliet, LJ Schultze Kool, JHB Boomsma, HR van Dop, JCA de Mol van Otterloo, TPW de Rooij, TM Smits, **EN Yilmaz**, FG van den Berg, MJT Visser, E van der Linden, GWH Schurink, M de Haan, HJ Smeets, P Stabel, F van Elst, J Poniewierski, FEG Vermassen

Meta-analysis of individual-patient data from EVAR-1, DREAM, OVER and ACE trials comparing outcomes of endovascular or open repair for abdominal aortic aneurysm over 5 years.

Br J Surg. 2017 Feb;104(3):166-178. doi: 10.1002/bjs.10430.

3. de Bruin JL, Groenwold RH, Baas AF, Brownrigg JR, Prinssen M, Grobbee DE, Blankensteijn JD; DREAM Study Group.

Collaborators:

Grobbee DE, Blankensteijn JD, Bak AA, Buth J, Pattynama PM, Verhoeven EL, van Voorthuisen AE, Blankensteijn JD, Balm R, Buth J, Cuypers PW, Grobbee DE, Prinssen M, van Sambeek MR, G Verhoeven EL, Baas AF, Hunink MG, van Engelshoven JM, Jacobs MJ, de Mol BA, van Bockel JH, Balm R, Reekers J, Tielbeek X, Verhoeven EL, Wisselink W, Boekema N, Heuveling I, Sikking LM, Prinssen M, Balm R, Blankensteijn JD, Buth J, Cuypers PW, van Sambeek MR, Verhoeven EL, de Bruin JL, Baas AF, Blankensteijn JD, Prinssen M, Buth J, Tielbeek AV, Blankensteijn JD, Balm R, Reekers JA, van Sambeek MR, Pattynama P, Verhoeven EL, Prins T, van der Ham AC, van der Velden JJ, van Sterkenburg SM, Ten Haken GB, Bruijninx CM, van Overhagen H, Tutein Nolthenius RP, Hendriksz TR, Teijink JA, Odink HF, de Smet AA, Vroegindeweyj D, van Loenhout RM, Rutten MJ, Hamming JF, Lampmann LE, Bender MH, Pasmans H, Vahl AC, de Vries C, Mackaay AJ, van Dortmont LM, van der Vliet AJ, Schultze Kool LJ, Boomsma JH, van Dop HR, de Mol van Otterloo JC, de Rooij TP, Smits TM, Yilmaz EN, Wisselink W, van den Berg Vrije FG, Visser MJ, van der Linden E, Schurink GW, de Haan M, Smeets HJ, Stabel P, van Elst F, Poniewierski J, Vermassen FE.

Quality of life from a randomized trial of open and endovascular repair for abdominal aortic aneurysm.

Br J Surg. 2016 Jul;103(8):995-1002. doi: 10.1002/bjs.10130. Epub 2016 Apr 5.

4. de Bruin JL, Karthikesalingam A, Holt PJ, Prinssen M, Thompson MM, Blankensteijn JD; Dutch Randomised Endovascular Aneurysm Management (DREAM) Study Group

Collaborators:

Grobbee DE, Blankensteijn JD, Bak AA, Buth J, Pattynama PM, Verhoeven EL, van Voorthuisen AE, Blankensteijn JD, Balm R, Cuypers PW, Grobbee DE, Prinssen M, van Sambeek MR, Verhoeven EL, Baas AF, Hunink MG, van Engelshoven JM, Jacobs MJ, de Mol BA, van Bockel JH, Balm R, Reekers J, Tielbeek X, Verhoeven EL, Wisselink W, Boekema N, Heuveling LM, Sikking I, van Sambeek MR, de Bruin JL, Blankensteijn JD, Prinssen M, Tielbeek AV, Pattynama P, Verhoeven EL, Prins T, van der Ham AC, van der Velden JJ, van Sterkenburg SM, Ten Haken GB, Bruijninx CM, van Overhagen H, Tutein Nolthenius RP, Hendriksz TR, Teijink JA, Odink HF, de Smet AA, Vroegindeweyj D, van Loenhout RM, Rutten MJ, Hamming JF, Lampmann LE, Bender MH, Pasmans H, Vahl AC, de Vries C, Mackaay AJ, van Dortmont LM, van der Vliet AJ, Schultze Kool LJ, Boomsma JH, van HR, de Mol van Otterloo JC, de Rooij TP, Smits TM, **Yilmaz EN**, van den Berg FG, Visser MJ, van der Linden E, Schurink GW, de Haan M, Smeets HJ, Stabel P, van Elst F, Poniewierski J, Vermassen FE

Predicting reinterventions after open and endovascular aneurysm repair using the St George's Vascular Institute score.

J Vasc Surg. 2016 Jun;63(6):1428-1433.e1. doi: 10.1016/j.jvs.2015.12.028. Epub 2016 Mar 19.

5. de Bruin JL, Baas AF, Heymans MW, Buimer MG, Prinssen M, Grobbee DE, Blankensteijn JD; DREAM Study Group.

Collaborators:

Grobbee DE, Blankensteijn JD, Bak AA, Buth J, Pattynama PM, Verhoeven EL, van Voorthuisen AE, Blankensteijn JD, Balm R, Cuypers PW, Grobbee DE, Prinssen M, van Sambeek MR, Verhoeven EL, Baas AF, Hunink MG, van Engelshoven JM, Jacobs MJ, de Mol BA, van Bockel JH, Balm R, Reekers J, Tielbeek X, Verhoeven EL, Wisselink W, Boekema N, Heuveling LM, Sikking I, van Sambeek MR, de Bruin JL, Blankensteijn JD, Prinssen M, Tielbeek AV, Pattynama P, Verhoeven EL, Prins T, van der Ham AC, van der Velden JJ, van Sterkenburg SM, Ten Haken GB, Bruijninx CM, van Overhagen H, Tutein Nolthenius RP, Hendriksz TR, Teijink JA, Odink HF, de Smet AA, Vroegindeweyj D, van Loenhout RM, Rutten MJ, Hamming JF, Lampmann LE, Bender MH, Pasmans H, Vahl AC, de

Vries C, Mackaay AJ, van Dortmont LM, van der Vliet AJ, Schultze Kool LJ, Boomsma JH, van HR, de Mol van Otterloo JC, de Rooij TP, Smits TM, **Yilmaz EN**, van den Berg FG, Visser MJ, van der Linden E, Schurink GW, de Haan M, Smeets HJ, Stabel P, van Elst F, Poniewierski J, Vermassen FE

Statin therapy is associated with improved survival after endovascular and open aneurysm repair.

J Vasc Surg. 2014 Jan;59(1):39-44.e1. doi: 10.1016/j.jvs.2013.07.026. Epub 2013 Oct 18.

6. van Beek SC, Blankensteijn JD, Balm R; Dutch Randomised Endovascular Aneurysm Management (DREAM) trial collaborators.

Collaborators:

Grobbee DE, Blankensteijn JD, Bak AA, Buth J, Pattynama PM, Verhoeven EL, van Voorthuisen AE, Blankensteijn JD, Balm R, Cuypers PW, Grobbee DE, Prinssen M, van Sambeek MR, Verhoeven EL, Baas AF, Hunink MG, van Engelshoven JM, Jacobs MJ, de Mol BA, van Bockel JH, Balm R, Reekers J, Tielbeek X, Verhoeven EL, Wisselink W, Boekema N, Heuveling LM, Slikking I, van Sambeek MR, de Bruin JL, Blankensteijn JD, Prinssen M, Tielbeek AV, Pattynama P, Verhoeven EL, Prins T, van der Ham AC, van der Velden JJ, van Sterkenburg SM, Ten Haken GB, Bruijninx CM, van Overhagen H, Tutein Nolthenius RP, Hendriksz TR, Teijink JA, Odink HF, de Smet AA, Vroegindewij D, van Loenhout RM, Rutten MJ, Hamming JF, Lampmann LE, Bender MH, Pasmans H, Vahl AC, de Vries C, Mackaay AJ, van Dortmont LM, van der Vliet AJ, Schultze Kool LJ, Boomsma JH, van HR, de Mol van Otterloo JC, de Rooij TP, Smits TM, **Yilmaz EN**, van den Berg FG, Visser MJ, van der Linden E, Schurink GW, de Haan M, Smeets HJ, Stabel P, van Elst F, Poniewierski J, Vermassen FE

Validation of three models predicting in-hospital death in patients with an abdominal aortic aneurysm eligible for both endovascular and open repair.

J Vasc Surg. 2013 Dec;58(6):1452-1457.e1. doi: 10.1016/j.jvs.2013.05.104. Epub 2013 Jul 21.

7. De Bruin JL, Baas AF, Buth J, Prinssen M, Verhoeven EL, Cuypers PW, van Sambeek MR, Balm R, Grobbee DE, Blankensteijn JD; DREAM Study Group.

Collaborators:

Grobbee DE, Blankensteijn JD, Bak AA, Buth J, Pattynama PM, Verhoeven EL, van Voorthuisen AE, Blankensteijn JD, Balm R, Cuypers PW, Grobbee DE, Prinssen M, van Sambeek MR, Verhoeven EL, Baas AF, Hunink MG, van Engelshoven JM, Jacobs MJ, de Mol BA, van Bockel JH, Balm R, Reekers J, Tielbeek X, Verhoeven EL, Wisselink W, Boekema N, Heuveling LM, Slikking I, van Sambeek MR, de Bruin JL, Blankensteijn JD, Prinssen M, Tielbeek AV, Pattynama P, Verhoeven EL, Prins T, van der Ham AC, van der Velden JJ, van Sterkenburg SM, Ten Haken GB, Bruijninx CM, van Overhagen H, Tutein Nolthenius RP, Hendriksz TR, Teijink JA, Odink HF, de Smet AA, Vroegindewij D, van Loenhout RM, Rutten MJ, Hamming JF, Lampmann LE, Bender MH, Pasmans H, Vahl AC, de Vries C, Mackaay AJ, van Dortmont LM, van der Vliet AJ, Schultze Kool LJ, Boomsma JH, van HR, de Mol van Otterloo JC, de Rooij TP, Smits TM, **Yilmaz EN**, van den Berg FG, Visser MJ, van der Linden E, Schurink GW, de Haan M, Smeets HJ, Stabel P, van Elst F, Poniewierski J, Vermassen FE

Long-term outcome of open or endovascular repair of abdominal aortic aneurysm.

N Engl J Med. 2010 May 20;362(20):1881-9. doi: 10.1056/NEJMoa0909499.

8. J Buth, N Peppelenbosch, **N Yilmaz**, C van Marrewijk, P Cuypers, L Duijm, A. Tielbeek
mergency

Treatment of Symptomatic and Ruptured AAAs: Outcome of a Prospective Intent-to-Treat-by-EVAR-Protocol

Journal of Endovascular Therapy, 2003, 10, 1-10

9. Peppelenbosch O, **Yilmaz EN**, van Marrewijk C, Buth J, Cuypers Ph, Duijm L, Tielbeek AV

Emergency treatment of acute symptomatic or ruptured abdominal aortic aneurysm. Outcome of a prospective intent-to-treat by EVAR protocol

Eur J Vasc Endovasc Surg. 2003 Sep;26(3):303-10

10. Ditmarsch M, **Yilmaz EN**, Vahl AC, van Genderingen HR, van Rij GL, Rauwerda JA

Endoluminal aortic shunting for distal perfusion during thoracic aortal cross-clamping in a pig model

Cardiovascular Surgery 2003; 11(4):287-93

11. **Yilmaz EN**, Vahl AC, van Rij GL, Vink GQM, Brom HLF, Rauwerda JA

The effect of renin-angiotensin system blockade by valsartan during low-flow sigmoideal ischemia combined with hypovolemic shock in pigs

Cardiovascular Surgery, 2003;11;45-51

12. **Yilmaz EN**, Peppelenbosch N, Cuypers Ph, Tielbeek A, Duijm L, Buth J

Emergency treatment of acute symptomatic or ruptured aneurysms. The role of endovascular repair.

Journal of Endovascular Therapy, 2002;9;449-457

13. **Yilmaz EN**, Heek van NT, Vermeulen EGJ, Vahl AC, Rauwerda JA

Long-term results of local thrombolysis followed by first rib resection: an encouraging clinical experience in treatment of subclavian vein thrombosis

Vascular Surgery 2000;34(1):17-23

14. **Yilmaz EN**, Vermeulen EGJ, Berg van den FG, Vahl AC, Rauwerda JA

Long-term results after percutaneous low-dose streptokinase treatment for acute arterial thrombosis

Vascular Surgery 2000;34(3):225-230

15. **Yilmaz EN**, Vahl AC, van Rij GL, Vink GQM, de Lange ESM, Brom HLF, Rauwerda JA

The renin-angiotensin system in swine during hypovolemic shock combined with a low-flow ischemia of the sigmoid colon

Cardiovascular Surgery 1999,7(5):539-544

16. **Yilmaz EN**, Vahl AC, Rij van G, Nauta SHM, Brom HLF, Rauwerda JA

Endoluminal pulse oximetry of the sigmoid and the monitoring of the colonic circulation

Cardiovascular Surgery 1999;7(7):704-707

17. **Yilmaz EN**, Heek van NT, Spoel vd JI, Bakker FC, Patka P, Haarman HJThM
Myocardial contusion as a result of isolated sternal fractures: a fact or a myth?

European Journal of Emergency Medicine 1999;6(4):293-295

18. Vahl AC, **Yilmaz EN**, Nauta SHM, Scheffer GJ, Felt-Bersma RJM, Brom HLF, Rauwerda JA

Endoluminal pulse oximetry combined with tonometry to monitor the perfusion of the sigmoid during and after resection of abdominal aortic aneurysm.

Cardiovascular Surgery 1997, 5(1):65-70

19. **EN Yilmaz**, AC Vahl, ESM De Lange-De Klerk, JA Rauwerda

Evaluation of the sigmoidal circulation during aortic reconstruction by means of endoluminal pulse oximetry and active renin determinations

Cardiovascular Surgery 1997, 5, 93

20. **Yilmaz EN**, Dur AHM, Cuesta MA, Rauwerda JA

Endoscopic versus open surgical thoracic sympathectomies in treatment of facial blushing and/or primary hyperhidrosis: 5-year-experience

European Journal of Cardiothoracic Surgery, 1996,10:168-172

Ulusal Hakemli Dergi Makaleleri (Hollanda)

1. **Yılmaz EN**, Dur AHM, Cuesta MA, Rauwerda JA

De endoscopische thoracale sympathectomie: 3 jaar ervaring

Ned Tijdschr Heelkunde, Jaargang 3, Nr. 1, Feb. 1994, 8-11

Ulusal Hakemli Dergi Makaleleri (Türkiye)

1. Hancı İH, **Yılmaz EN**

CSI Etkisi

Adli Bilimler Dergisi / Turkish Journal of Forensic Sciences, 2017, 16(4): 16-22

Ulusal Dergi Makaleleri (Türkiye)

1. **Yılmaz EN**, Hancı İH

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarına İlişkin Hukukî Düzenlemeler ve Mevzuat

Nefes, Türk Sağlıksen, 2018, 34: 78-79

Uluslararası Hakemli Kongre/Sempozyum Bildirileri

1. Peppelenbosch O, **Yılmaz EN**, van Marrewijk C, Buth J, Cuypers Ph, Duijm L, Tielbeek AV

Emergency treatment of acute symptomatic or ruptured abdominal aortic aneurysm. Outcome of a prospective intent-to-treat by EVAR protocol

ESVS, Annual Meeting, Istanbul, September 2002

2. **Yılmaz EN**, Vahl AC, van Rij GL, Vink GQM, Brom HLF, Rauwerda JA

The effect of renin-angiotensin system blockade by valsartan during low-flow sigmoideal ischemia combined with hypovolemic shock in pigs

ESCVS, 51st International Congress "Vascular Prize Session", June 2002, Helsinki

3. Buth J, **Yılmaz EN**, Cuypers Ph, Tielbeek A, Duijm L

Mid-term and long-term failures of endovascular repair of the lower limb arteries

European Vascular Course, March 2002 Amsterdam

4. Buth J, **Yılmaz EN**, Peppelenbosch N, Cuypers Ph, Tielbeek A, Duijm L

Requirements of a hospital to set up an emergency AAA treatment programme

European Vascular Course, March 2002 Amsterdam

5. **Yılmaz EN**, Vahl AC, van Rij GL, Vink GQM, de Lange ESM, Brom HLF, Rauwerda JA

The renin-angiotensin system in swine during hypovolemic shock combined with a low-flow ischemia of the sigmoid colon

ESCVS, 47th International Congress "Vascular Prize Session" 26-29 September 1998, Paris, ESCVS "Vascular Prize" 1998

6. **Yılmaz EN**, Vahl AC, van Rij GL, Vink GQM, de Lange ESM, Rauwerda JA

Evaluation of the sigmoideal circulation during aortic reconstruction by means of endoluminal pulse oximetry and active renin determinations

The International Society for Cardiovascular Surgery 23rd World Congress 21-26 September 1997, London

7. **Yılmaz EN**, de Lange ESM, Rauwerda JA

Low-dose local streptokinase treatment for arterial thrombosis: Long-term results

The 17th World Congress of the International Union of Angiology, 3-7 April 1995, London

8. **Yılmaz EN**, Dur AHM, Cuesta MA, Rauwerda JA

Endoscopic thoracic sympathectomy in treatment of hyperhidrosis and facial blushing

Symposium on Endoscopic Surgery, February 1995, Amsterdam

9. Rauwerda JA, Vahl AC, **Yılmaz EN**, Mackaay AJC, Melse J, Van der Waal

Perioperative surveillance of colon ischemia after aortic surgery with use of transanal pulse oximetry in the sigmoid

XXIV World Congress Int. Coll. Surg. 13-16 November 1994, London

10. Vahl AC, **Yılmaz EN**, Nauta SHM, Scheffer GJ, Felt-Bersma RJM, Brom HLF, Rauwerda JA

Endoluminal pulse oximetry combined with tonometry for monitoring the sigmoid during abdominal aortic grafting

Congress ESCVS, Berlin, 7-9 September 1994

Ulusal Hakemli Kongre/Sempozyum Bildirileri (Hollanda/Türkiye)

1. **Yılmaz EN**

Hammurabi'den Günümüze Malpraktis

Türk Nöroşirürji Derneği 32. Bilimsel Kongresi, Nisan 2018, Antalya

2. **Yılmaz EN**

CSI Etkisi

5.Adli Psikoloji 1.Adli Felsefe 1.Adli Sosyoloji Kongresi, Gazi Üniversitesi / Adli Bilimciler Derneği, Nisan 2018, Ankara

3. **Yılmaz EN**

CSI Etkisi

4. **Yılmaz EN**

Colon ischaemie na geruptureerd aneurysma aortae abdominalis

Najaarsvergadering van de Vereniging voor Heelkunde, November 2004, Ede

5. Buth J, van Marrewijk C, **Yılmaz EN**

De EUROSTAR ervaring

Nederlandse Vereniging voor Radiologen, March 2002, Utrecht,

6. **Yılmaz EN**, Buth J, Cuypers Ph, Tielbeek A, Duijm L

Endovasculaire behandeling van thoracale aneurysmas: Ervaring in het Catharina Ziekenhuis

Najaarsvergadering van de Vereniging voor Heelkunde, November 2001, Amsterdam

7. **Yılmaz EN**, Vahl AC, van Rij GL, Vink GQM, Brom HLF, Rauwerda JA

The effect of renin-angiotensin system blockade by valsartan during low-flow sigmoideal ischemia combined with hypovolemic shock in pigs

13^e SEOHS, 17 November 2000, Utrecht

8. **Yılmaz EN**, Vahl AC, van Rij GL, Vink GQM, Brom HLF, Rauwerda JA

The effect of renin-angiotensin system blockade by valsartan during low-flow sigmoideal ischemia combined with hypovolemic shock in pigs

Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie, Najaarsvergadering, October 2000, Zwolle

9. Bezooijen R, Tielbeek A, Duijm L, **Yılmaz EN**, Buth J

Evaluatie van graft stenose d.m.v. moving-bed infusion tracking MR angiography

Radiologendagen, September 2000, Veldhoven

10. Plaisier M, Tielbeek A, Duijm L, **Yılmaz EN**, Buth J

Endovasculaire behandeling van infrarenale aorta stenose

Radiologendagen, September 2000, Veldhoven

11. **Yılmaz EN**, Vahl AC, van Rij GL, Vink GQM, de Lange ESM, Rauwerda JA

Het renine-angiotensine systeem tijdens hypovolemische shock in het varken bij een low-flow ischemie van het sigmoid

10^e SEOHS, 14 November 1997, Maastricht

12. **Yılmaz EN**, Vahl AC, de Lange ESM, Brom HLF, Rauwerda JA

De evaluatie van het sigmoid tijdens de reconstructie van de aorta d.m.v. endoluminale pulse oximetry en actieve reninespiegel

9^e SEOHS, 6 November 1996, Amsterdam

13. **Yılmaz EN**, Spoel vd JJ, Bakker FC, Patka P, Haarman HJThM

Een nieuwe benadering voor diagnostiek en behandeling voor de sternum fracturen

Najaarsvergadering van de Vereniging voor Heelkunde, December 1994, Veldhoven

14. **Yilmaz EN**, Rauwerda JA

De behandeling van de Stanford type B aorta dissecties

Najaarsvergadering van de Vereniging voor Heelkunde, December 1994, Veldhoven

15. Vahl AC, **Yilmaz EN**, Nauta SHM, Scheffer GJ, Felt-Bersma RJM, Brom HLF, Rauwerda JA

Endoluminale pulse oxymetrie en de dynamiek van het sigmoid tijdens en na resectie van een aneurysma aortae abdominalis

Chirurgendagen, June 1994, Veldhoven

16. **Yilmaz EN**, Dur AHM, Cuesta MA, Rauwerda JA

De endoscopische thoracale sympathectomie: 3 jaar ervaring

Chirurgendagen, June 1994, Veldhoven

17. **Yilmaz EN**, Dur AHM, Melse J, Mackaay AJC, Rauwerda JA

Lage dosis lokale streptokinase behandeling bij arteriele en veneuze thrombose

Chirurgendagen, May 1993, Amsterdam

Uluslararası Hakemli Kongre Poster Sunumları

1. **Yilmaz EN**, Rauwerda JA

Treatment of Stanford Type B Aortic Dissections

World Congress of Surgery, August 1995, Lisbon

2. **Yilmaz EN**, Spoel vd JJ, Bakker FC, Patka P, Haarman HJThM

Cardiac contusion as a result of sternal fractures: A fact or a myth?

The Integrated Approach to Trauma Care, 2nd International Congress, May 1995, Nijmegen

"The Best Poster Award"

3. **Yilmaz EN**, Dur AHM, Cuesta MA, Rauwerda JA

Endoscopic thoracic sympathectomies in treatment of hyperhidrosis and facial blushing

The 2nd International Congress of the European Association for Endoscopic Surgery, September 1994, Madrid

Ulusal Hakemli Kongre Poster Sunumları (Hollanda)

1. **Yilmaz EN**, Vahl AC, van Rij GL, Vink GQM, de Lange ESM, Rauwerda JA

Het renine-angiotensine systeem tijdens hypovolemische shock in het varken bij een low-flow ischemie van het sigmoid

Chirurgendagen, May 1998, Veldhoven

2. Taha AA, Vahl AC, Bodewitz ST, **Yilmaz EN**, de Cock CC, Rauwerda JA

Intramural hematoma of the descending aorta and Type B aortic dissection

Chirurgendagen, May 1997, Veldhoven

3. **Yilmaz EN**, Vahl AC, de Lange ESM, Brom HLF, Rauwerda JA

De evaluatie van het sigmoid tijdens de reconstructie van de aorta d.m.v. endoluminale pulse oximetrie en actieve reninespiegel

Chirurgendagen, May 1997, Veldhoven

4. **Yilmaz EN**, Vahl AC, Scheffer GJ, De Lange HMEF, Rauwerda JA

Mesenteriale vasoconstrictie door renine tijdens aortachirurgie

7^e SEOHS, Amsterdam, 11 November 1994

5. Vahl AC, Jansen P, **Yilmaz EN**, Scheffer GJ, Brom HLF, Rauwerda JA

Abdominale aorta chirurgie, sigmoid perfusie en endotoxine release

Chirurgendagen, June 1994, Veldhoven

6. Vahl AC, Mackaay AJC, **Yilmaz EN**, Huijgens PC, Scheffer GJ, Rauwerda JA

Verstoring van de hemostase door aneurysma chirurgie van de abdominale aorta

Chirurgendagen, June 1994, Veldhoven